

# Manifestacions actuals de la malaltia mental en l'àmbit escolar. Algunes limitacions de les categories diagnòstiques

Josep Moya Ollé

Psiquiatre, ex coordinador equip clínic Centre l'Alba

## Resum

### **Manifestacions actuals de la malaltia mental en l'àmbit escolar. Algunes limitacions de les categories diagnòstiques.**

El diagnòstic és un pas indispensable en l'atenció dels problemes de salut mental, és l'element que ha de guiar la direcció de la cura i del tractament. No obstant, en l'àmbit de la salut mental infantil i juvenil la tasca diagnòstica ha esdevingut cada vegada més complexa i difícil ja que la clínica basada en els símptomes està donant pas a una clínica en la qual els problemes de conducta oculten la base psicopatològica subjacent. Això està provocant que, sovint, una determinada conducta es converteixi automàticament en un diagnòstic. Així, un excés de moviment es converteix en un trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat i una conducta oposicionista és etiquetada de trastorn negativista desafiant. Aquest article intenta mostrar les limitacions de certes categories diagnòstiques (TDAH, trastorn de conducta, psicosi) i la necessitat de reformular alguns criteris amb els quals es defineixen aquelles categories.

**Paraules clau:** trastorn mental, diagnòstic, limitacions epistèmiques

## Abstract

### **Current manifestations of mental illness in the school environment. Some limitations of diagnostic categories.**

Diagnosis is an indispensable step in the care of mental health problems as it guides treatment and therefore, the route to healing. However, in the fields of childhood and adolescent psychology and psychiatry, the diagnostic procedure is becoming increasingly complex because a symptom-based diagnosis of ten means that behavioural problems covert the underlining psychopathology. This is causing certain conducts to automatically become a diagnosis. Thus, excessive movement becomes a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and an oppositional behaviour becomes a diagnosis of oppositional defiant disorder (ODD). The aim of this article is to show the limitations of some diagnostic criteria (ADHD, conduct disorders, psychosis) and the necessity to reformulate these criteria.

**Keywords:** Mental disorder, diagnosis, epistemic limitations.

## 1. Introducció

En el dia a dia es constata que la major part dels professionals i dels familiars que conflueixen en l'escola coincideixen en el judici de que alguna cosa no va bé en l'ensenyament i en l'educació. Educar significa aconseguir que l'infant i l'adolescent desenvolupi un pensament propi amb capacitat creativa i crítica, uns valors individuals i col·lectius i un potencial emocional que el faci apte per establir vincles afectius beneficiosos tant per ell mateix com pels altres. La tasca educativa pertany, en primer lloc, a la família, i en segon lloc, als altres agents socials, el més important dels quals - però no l'únic - és l'escola (Monseny, 2009).

Ara bé, aquesta tasca educativa es troba confrontada amb tot un conjunt de dificultats i problemes entre els quals, els malestars psicoafectius en són una part molt rellevant. És conegut que els problemes emocionals dels infants i els adolescents impliquen una dificultat per l'assoliment dels aprenentatges i, en ocasions, condueixen al fracàs escolar. D'altra banda, les problemàtiques emocionals dels responsables de l'educació dels infants i adolescents, en la seva funció de pares o docents, poden comportar també dificultats en el procés d'aprenentatge dels escolars i, molt especialment, d'aquells que mostren alhora problemes o fragilitat psicoafectiva.

L'escola, doncs, és un lloc on poden confluïr, en una complexa cruïlla, diversos vectors relatius tant a la salut mental infanto-juvenil com a l'adulta que, de no ser abordats de manera curosa, poden esdevenir en seriosos conflictes, com el dia a dia permet constatar (Anguera, i Moya, 2010).

Un altre aspecte a considerar és el paper que l'escola té en la detecció i reinserció del trastorn mental greu, especialment la psicosi. En efecte, diversos autors (Faya, Barrios i de Dios, 2010) han assenyalat que des d'una perspectiva bio-psico-social, el fet d'abordar les diferents patologies mentals en la infància i l'adolescència mitjançant la interconsulta amb els docents i els pedagogs és fonamental per promoure la salut i prevenir, detectar, diagnosticar i tractar la malaltia. Els docents, en tant informants, són importants des de la primera entrevista. Són els docents els que poden proporcionar informació sobre la conducta de l'infant a l'escola, sobre el seu rendiment escolar, el desenvolupament emocional i les seves relacions amb els altres nens i nenes. Això permet identificar factors estressants a l'escola, que poden repercutir en el menor i que en algunes ocasions actuen com factors precipitants de psicopatologia.

A més, l'observació escolar, de llarga evolució, permet comparar situacions evolutives (Lasa, 2009) com, per exemple, canvis bruscs en el rendiment escolar d'un alumne o actituds d'aïllament social, que poden ser indicadors de l'inici d'un procés psicòtic (Edwards i McGorry, 2004). Això permet també instaurar una dinàmica que potencia la construcció del cas; diversos docents poden tenir visions diferents sobre el menor i això obliga a endegar un procés dialèctic que evita la cosificació del menor, és a dir, el seu etiquetatge psiquiàtric.

Aquest procés dialèctic pot veure's confrontat a intenses dificultats derivades de la manca de consens entre les parts implicades, per exemple, pot donar-se el cas que no hi hagi acord entre el professional de l'equip d'assessorament psicopedagògic (EAP) i el professional de salut mental infantil-juvenil pel que fa a la hipòtesi diagnòstica.

Finalment, un altre aspecte a assenyalar és el que es refereix a les particulars manifestacions clíniques dels trastorns mentals en els infants i adolescents de l'època actual. En efecte - i és el que intentaré mostrar en aquest article - les patologies clàssiques, aquelles que durant molt temps varen ser objecte d'estudi a les facultats de medicina i de psicologia, han canviat de manera considerable fins al punt que provoquen moltes dificultats en les tasques diagnòstiques i de diagnòstic diferencial. Un cas paradigmàtic és el de la psicosi a la infància i l'adolescència que, a l'actualitat, es presenta amb predomini de trastorns conductuals i rarament en forma de deliris mínimament estructurats.

## 2. L'entorn social

Totes aquestes dificultats i malestars es desenvolupen en un entorn social concret: el de la societat hipermoderna (Lipovetsky, 2007). Aquest model de societat es caracteritza, entre d'altres, per un consum descontrolat, que sembla respondre a la lògica del "pateixo, per tant, compro", de manera que quant més aïllat o frustrat es troba l'individu, més consol cerca en les satisfaccions immediates dels objectes del mercat. El consum exerceix la seva influència en la mesura que té la capacitat d'adormir, d'anestesiari i d'oferir-se com pal·liatiu dels desigs frustrats de l'individu modern. Es compra en proporció amb l'amor que manca, i anar de compres permet omplir un buit i minvar el malestar que ens afecta.

Però, en aquest marc social en el qual l'individu es troba reduït a sí mateix i sotmès a l'empeny d'ampliar indefinidament el cercle dels seus desigs; ja no està preparat per suportar els infortunis de l'existència. Per un cantó, viu sotmès a un diluvi d'incitacions a gaudir de la vida però, per l'altre, comprova com augmenta inevitablement la distància entre les promeses de la publicitat i la realitat. És la diferència, en ocasions enorme, entre allò al que s'aspira i el que és possible tenir. D'aquí que la civilització del benestar potencia, a escala massiva, les frustracions i els malestars existencials. I no cal ressaltar que en els temps actuals aquesta dinàmica està assolint unes dimensions considerables ja que la crisi econòmica està accentuant fins a límits dramàtics les diferències entre ideals i realitats.

Un altre aspecte a ressaltar de l'entorn actual, i que té una especial incidència en la població jove, és el paper de les pantalles, el que alguns autors (Lipovetsky i Serroy, 2009) han denominat "*pantalla global*". En efecte, ens trobem en l'era de la pantalla global; en tot lloc i moment hi ha pantalles: a les botigues, als mercats, als bancs, als

aeroports, als restaurants o als transports. Hi ha pantalles de tot tipus i tamany; és la pantalla planetària i multimèdiàtica. Però, quins efectes té aquesta proliferació de pantalles en la nostra relació amb el món i amb els altres? I, sobretot, quina classe de vida cultural i democràtica anuncia el triomf de les imatges digitalitzades?, es pregunta Lipovetsky. És més, quin futur espera al pensament i a l'expressió artística?

L'individu actual i de demà, connectat permanentment, mitjançant el mòbil i el portàtil, amb el conjunt de les pantalles, es troba en el centre d'un teixit reticulat l'amplitud del qual determina els actes de la seva vida quotidiana. Davant d'això sorgeixen dues posicions: els defensors i els crítics. Pels primers, les pantalles ofereixen l'oportunitat d'obtenir molta informació de manera ràpida. Pels segons, molta informació no equival a coneixement, ja que aquest exigeix una cultura prèvia, una formació intel·lectual i una capacitat per interpretar els continguts disponibles.

Sense prendre partit per uns o altres, el cert és que les pantalles estan desplaçant els llibres i que això té uns efectes en la manera de pensar i de viure i, per tant, té unes conseqüències directes en l'educació. En aquest sentit és precís posar èmfasi en un fenomen inherent a les pantalles: el món dels videojocs. La imatge és prou coneguda: és impossible entrar en un vagó de metro o de tren i no observar cap persona que no estigui absolutament concentrada en un videojoc, navegant per internet o enviant missatges ja sigui a través del seu mòbil, la tauleta o l'ordinador portàtil. La mateixa imatge es repeteix en el restaurant: la família està asseguda a taula i la filla o el fill, molt petits, tenen un dispositiu amb pantalla en el que centren tota la seva atenció. La pediatra Concepción Ruipérez, de l'Hospital de Torre Vieja, advertia sobre els perills d'un ús abusiu dels videojocs (Ruipelez, 2014). Aquesta pediatra explicava que entre els principals riscos estaven la disminució de l'activitat física, la tendència al sedentarisme i l'obesitat, l'insomni i d'altres trastorns del son, la disminució del rendiment escolar, la disminució de les habilitats socials i de les relacions familiars. Finalment, el risc d'aparició de símptomes patològics: ansietat, ira o reaccions colèriques, entre d'altres.

Uns anys abans, dos psiquiatres francesos, Marc Valleur i Jean – Claude Matysiak, explicaven que en els jocs d'estratègia i simulació, l'esfondrament passional en un univers paral·lel pot revelar-se més problemàtic (Valleur i Matysiak, 2005). En efecte, en alguns casos, el sentiment d'identificació amb l'heroi i la força d'atracció d'aquell món fictici són tals que tindrà tanta importància, o més, que la realitat del jugador durant un període de temps més o menys llarg. Els mateixos autors afegien que la dependència prendrà aquí la forma d'una inversió passional en el subjecte deixant de costar els seus altres centres d'interès, socials o afectius.

És indubtable el valor econòmic i social que tenen els videojocs en la nostra societat, així, en un article titulat "*I després del Fortnite, què?*", publicat el mes de juny en el diari ARA (Vallejo, 2019), s'explicava que el popular videojoc Fortnite, de l'empresa Epic Games, estava arrasant en el mercat i havia guanyat 3.000 milions de dòlars l'any 2018. Aquest videojoc pertany al tipus de jocs shooter (videojoc de

disparar), es juga en tercera persona i l'objectiu és ser l'últim jugador viu en un espai que va reduint-se a mesura que avança el joc. Però, com alerta Justo Navarro en el seu llibre *El videojugador* (Navarro, 2017), la dinàmica, el missatge subjacent al videojoc consisteix en dividir el món en dues parts: els bons i els dolents, i això el fa més fàcil, comprensible i manejable. Els llenguatges informàtics i el seu sistema binari, l'u o el zero, sí o no, mantenen una correspondència quasi natural amb el joc maniqueu de la guerra, basat en la distribució de simpaties i antipaties, rebuig o solidaritat afectiva i moral amb els personatges, bons i dolents, vils que han de ser destruïts, herois amb els quals ens podem identificar o confondre, sense dubtes sobre qui ha de vèncer i a qui és divertit eliminar. Finalment, un punt a considerar és el de la psiquiatrització de l'educació.

Es tracta d'un fenomen que va en augment i que consisteix en la interpretació dels problemes de l'educació en termes psiquiàtrics, és a dir, en considerar que la major part de problemes que enfronta el sistema educatiu són deguts a trastorns mentals. Aquestes tesis troben defensors tant en el camp de la clínica com en el camp educatiu i és innegable que l'existència d'un determinat trastorn psicopatològic en un alumne sol tenir efectes adversos en el seu equilibri emocional i en el seu rendiment escolar. No obstant, no sempre que un infant o un adolescent mostra dificultats en els seus aprenentatges o bé presenta problemes de conducta és degut a que pateix algun tipus de trastorn mental. D'altra banda, s'ha de ser molt prudent a l'hora d'establir correspondències biunívokes entre determinades conductes i un trastorn mental concret. Els símptomes mentals poden formar part de diversos trastorns, com succeeix per exemple amb el símptoma distracció/manca d'atenció o amb el trastorn de conducta. El primer pot estar present en una depressió, un trastorn d'ansietat, un trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat o una psicosi (Sims, 2008; Stahl, 2011). Finalment, tampoc s'ha de pretendre resoldre problemes educatius amb l'administració sistemàtica de psicofàrmacs. Aquests tenen unes indicacions molt precises i requereixen uns controls i seguiments molt acurats ja que tenen uns efectes secundaris importants. En resum, cada problema que enfronti la pràctica educativa ha de ser analitzat exhaustivament, defugint "solucions ràpides" i tenint cura del context o contextos en els quals apareix.

### 3. Els malestars en l'àmbit escolar

Res més adient que les declaracions dels propis implicats per poder fer-nos una idea sobre els malestars en l'educació. Són fragments extrets de l'estudi "*Problemes de comportament en els infants i adolescents de Catalunya (TDAH i TC). Necessitats educatives que generen*", que fou encarregat pel Departament d'Educació a l'Observatori de Salut Mental de Catalunya (Anguera i Moya, 2010). En aquest estudi

es varen enregistrar converses de grups focals constituïts per docents, famílies, professionals de salut mental i professionals dels equips d'assessorament psicopedagògic. Els grups focals es varen realitzar en col·legis de primària i en instituts de secundària. El primer fragment correspon a les queixes d'una mare:

*“Jo crec que sí que hi ha un problema de límits, que quan els hi dius NO ho toleren fatal, hi ha problemes de frustració. A la que dius NO, es forma una tangana. Jo tinc un nen que si li dic NO, pot estar moltes hores enfadat, amb comportament agressiu, i des de molt petit”.*

Aquesta mare expressa allò que podem escoltar sovint en els centres de salut mental infantil i juvenil: la dificultat de les famílies per poder exercir la seva autoritat.

Els següents fragments corresponen a docents:

*“Com pitjor està la classe, pitjor es posa el professor, i els nens ho noten. Si s'arriba a un límit, ens hauríem de relaxar. I veus que no pots perquè no arribes a realitzar el treball que tens i t'atabales”.*

*“Tenim sentiments de frustració, et veus molt impotent estant sola a classe amb 25 nens. Els problemes van creixent, i va generant molta tensió, som molt irresponsables”.*

*“Tot això et cansa, et desmunta i t'estressa”.*

Aquests tres fragments són indicatius del profund malestar que afecta el professorat, tant de primària com de secundària. Aquest malestar es pot expressar en termes de sentiment de soledat, d'impotència o d'apatia. El docent pot acabar conclouent que potser s'ha equivocat en elegir la professió de mestre o pot pensar que les famílies no comprenen les dificultats que han d'enfrontar en el dia a dia. Sovint, i això és manifesta de manera recurrent, els docents tenen la vivència de que s'espera massa d'ells, de que hi ha massa expectatives dipositades en les seves funcions i això els crea una pressió insuportable.

D'altra banda, les famílies se senten, com ja he advertit abans, desautoritzades per exercir les seves funcions educatives. Sovint, quan demanen ajut pregunten que han de fer per tal que la seva paraula sigui ben valorada pels seus fills, que aquests els facin cas. Però aquest problema forma part i és la manifestació d'una qüestió més general: la crisi de l'autoritat. En efecte, diversos autors han assenyalat (Renaut, 2004; Marina, 2009) que en la nostra època s'està produint un declivi de l'autoritat i això suposa una crisi estructural de les societats democràtiques. Aquesta crisi es manifesta en una progressiva desautorització dels docents i també dels pares i mares per dur a terme les seves tasques educatives. L'autoritat, entesa com el respecte que es té a qui se li reconeix un saber, ja no és un element que vingui donat als docents en tant transmissors de coneixements sinó que és necessari guanyar-la en un exercici continuat i feixuc.

Però, hi ha altres problemes. Com s'ha dit abans, la transmissió de valors i els models educatius són inherents a l'àmbit familiar, però això requereix temps i dedicació. En conseqüència, la dilatació i fragmentació dels horaris laborals, sotmeten

els pares i mares a intenses càrregues de treball de manera que no disposen ni del temps ni de les energies que calen per desenvolupar la seva funció educativa. Això produeix sentiments d'impotència i de soledat, tant en els pares i mares com en els fills i filles, degut a que és difícil compartir els temps i les estones necessàries en les que es poden treballar i assolir els límits, les normes de convivència, els hàbits de treball, la contenció, l'acceptació del no, i totes aquelles coordinades educatives inherents a la introjecció de referents parentals sòlids.

A més, les dificultats de les famílies per educar els seus fills no solament deriven dels extenuants horaris laborals sinó que tenen a veure també amb una situació de desorientació total (Camps, 2008)). En efecte, moltes famílies no saben com han de respondre als persistents interrogants que planteja l'educació dels fills en unes circumstàncies que són molt diferents a les dels temps en els quals dominava l'educació fonamentada en l'ordre, la disciplina i el respecte a la jerarquia. La pregunta que es planteja és la de com controlar el que sembla que s'escapa a qualsevol tipus de control familiar, escolar o polític. És en aquest context en el qual es demana que sigui l'escola la institució que s'encarregui de fer tot el treball de resoldre el que no funciona; al cap i a la fi es diu que és allí on s'educa. Però el que se li demana, en molts casos, és que ho resolgui tot, que actuï com element substitutiu de la família en tant aquesta es veu totalment impotent i sense referents que orientin una nova manera d'educar.

Actualment, tampoc existeixen altres institucions que transmetin els valors esmentats, així doncs se li demana a l'escola que, anant contra corrent, assumeixi aquesta responsabilitat. En aquest sentit caldria emfatitzar que l'educació és cosa de tothom, de les famílies, de l'escola i de tot el conjunt de la societat.

#### **4. Limitacions de les categories psicopatològiques actuals**

Com ja he indicat a l'inici, un element destacable de la clínica mental en la infància i l'adolescència de la nostra societat és la dificultat que trobasovint a l'hora de poder elucidar, definir, un diagnòstic precís. Així, per posar un exemple paradigmàtic, en un cas que vaig tractar a la meua consulta, el noi, un adolescent de 17 anys, havia estat diagnosticat de trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat en la segona infància. Posteriorment, es varen afegir comportaments disruptius a l'escola però, pocs anys després, es varen fer extensibles en l'àmbit familiar. El diagnòstic que es va fer llavors fou el de trastorn negativista desafiant. Paral·lelament, les dificultats en els aprenentatges varen anar en augment provocant un fracàs escolar considerable. Al llarg d'aquells anys va ser atès en diversos dispositius: centre de salut mental infantil juvenil (CSMIJ), hospital de dia, unitat de crisi d'adolescents, així com diverses visites a urgències de psiquiatria. Els tractaments farmacològics varen oscil·lar entre psicoestimulants (metilfenidat) i antipsicòtics (risperidona, aripiprazol), amb resultats

decebedors. Per acabar de complicar les coses, el noi va iniciar una trajectòria de robatoris seguits de les corresponents detencions i intervencions de justícia juvenil. No cal afegir que al llarg de tot aquest procés va ser molt difícil aconseguir la seva vinculació transferencial a un/una psicoterapeuta. Finalment, es va intentar que es vinculés amb un centre especialitzat en adolescents amb greus problemàtiques conductuals. El temps dirà si aquest objectiu haurà reïxit.

Aquest cas es pot considerar paradigmàtic ja que es tracta d'una situació que es produeix amb certa freqüència en l'àmbit escolar. El problema es detecta a l'escola primària i sembla compatible amb el que es coneix com trastorn per dèficit d'atenció (TDAH). Més endavant, les coses es compliquen en forma de problemes de conducta, i l'alumne és diagnosticat de trastorn disocial o trastorn negativista desafiant. I, temps després, apareixen elements paranoïdes o clarament paranoïcs i es fa el diagnòstic de psicosi. Veiem, doncs, que ens diuen els sistemes internacionals de classificació dels trastorns mentals DSM V (APA, 2014) i CIE-10 (OMS, 1992) i quines són les limitacions que s'hi poden detectar.

Comencem pel TDAH. Aquest trastorn ha estat conceptualitzat amb els mateixos criteris de dèficit atencional, hiperactivitat i impulsivitat, tant pel DSM V com per la CIE-10, però amb algorismes diferents segons el sistema classificatori internacional; així, la classificació de l'Organització Mundial de la Salut, la CIE-10, té un algorisme molt més restrictiu que el DSM V ja que exigeix un sumatori de símptomes (sis més tres més un) (taula 1).

**Taula 1:** Algorisme diagnòstic del TDAH

<b>DSM V</b>	<b>CIE-10</b>
Al menys 6 dels criteris del grup d'Inatenció i/o 6 criteris del grup d'Hiperactivitat-Impulsivitat o ambdós.	Al menys 6 criteris del grup GI i 3 criteris del grup G2 y 1 criteri del grup G3.

Una segona diferència entre el DSM V i la CIE-10 consisteix en l'aproximació al diagnòstic quan coexisteixen dos o més trastorns (comorbiditat). El DSM V reconeix tots els diagnòstics que estiguin presents excepte l'esquizofrènia, l'autisme i el trastorn generalitzat del desenvolupament. Això comporta que es pugui fer el diagnòstic de TDAH juntament amb altres trastorns com la depressió, els estats d'ansietat o el trastorn obsessiu-compulsiu. En canvi, la CIE-10 només aprova els diagnòstics múltiples quan sigui clara la presència independent d'un trastorn hipercinètic manifestat per símptomes que simplement no formen part del trastorn afectiu. La conseqüència de tot plegat és clara: La CIE-10 és molt més restrictiva que el DSM V de manera que les



prevalences variaran en funció del tipus de classificació internacional que s'utilitzi (Soutullo i Díez, 2007).

A més, seguint encara en el capítol del TDAH, diversos autors han alertat que ens trobem davant d'una falsa epidèmia de TDAH, és a dir, que es sobrediagnostica. Així, Vasen (2011) explica que els símptomes nuclears del TDAH – manca d'atenció, hiperactivitat i impulsivitat – no són sinònims excloents d'aquest quadre sinó que es troben entre les conductes més globals i generalitzades que es veuen en la infància i l'adolescència de la “nostra accelerada modernitat tardana”. D'altra banda, Frances Allen (2014), president del comitè de l'edició del DSM IV, es pregunta quina pot ser la raó de que el TDAH s'estigui convertint en una explicació per a tota mena de problemes de comportament en els infants i adolescents; la resposta que dona és que actualment es diagnostiquen com trastorns mentals problemes conductuals i d'atenció que abans es consideraven part de la vida i de la varietat individual.

La segona categoria diagnòstica a considerar és la dels trastorns de conducta (TC). El DSM V inclou aquesta categoria en el capítol dels trastorns disruptius, del control dels impulsos i de la conducta. Aquests últims es defineixen com patrons repetitius i persistents de comportament en els quals no es respecten els drets bàsics dels altres, les normes o regles socials pròpies de l'edat. Els criteris que hi ha d'haver - en un període mínim de dotze mesos - fan referència a agressions a persones i animals, destrucció de la propietat, enganys o robatoris i l'incumpliment greu de les normes. El que crida més l'atenció de la definició donada pel DSM V és l'absència de cap símptoma mental; només es citen conductes disruptives o il·legals; dit amb d'altres paraules, el trastorn de la conducta es defineix amb criteris extrems del codi penal. És un exemple de com la psiquiatria oficial renuncia al llenguatge que li hauria de ser propi, el dels símptomes mentals, i s'apropia de criteris provinents del dret penal. Aquesta renúncia és ja una primera limitació, però n'hi ha d'altres.

Una autora, Valerie Harwood (2009), professora a la Universitat de Wollongong, Austràlia, assenyala que des de la primera aparició del DSM, el trastorn de conducta ha experimentat una metamorfosi amb cada edició. Aquesta transformació es fa evident en els criteris canviants utilitzats per diagnosticar-lo. En el DSM III hi havia quatre subtipus específics del trastorn de conducta. Set anys més tard, en el DSM III-R es varen proposar tres subtipus del trastorn de conducta. Però quan es va publicar el DSM IV, els tres subtipus varen desaparèixer i varen donar pas a tres nous subtipus. L'esmentada autora adverteix que cada canvi en la definició redisenya la veritat del trastorn de la conducta i realinea el seu objecte, el nen problemàtic. Resulta força clara la debilitat epistemològica d'un trastorn mental que requereix ser revisat en cada edició de les classificacions internacionals. Però no acaben aquí les limitacions del concepte.

Els anomenats trastorns de la conducta (TC) constitueixen un calaix de sastre (Martínez, 2016) en el que s'inclouen problemàtiques de naturalesa molt heterogènia en les quals l'únic comú denominador podria ser el malestar que generen en els altres:

mares, pares, docents, educadors. De fet, en la clínica quotidiana ens trobem, molt sovint, amb demandes formulades per les famílies o els docents a partir dels símptomes que pateixen i que deriven dels malestars provocats per l'infant o l'adolescent. Dit amb d'altres paraules: aquell o aquella que són diagnosticats de trastorn de la conducta no presenten símptomes – al menys de manera clara – mentre que els que sí presenten símptomes mentals són els que fan la demanda: els pares o els docents/educadors. Es tracta d'adolescents reconeguts pel seu valor de molèstia (Tolchinsky, 2016). I és aquí on trobem una segona limitació del concepte de trastorn de conducta: no expresen absolutament res sobre el patiment mental subjacent.

Finalment, i sense ànim de ser exhaustiu, em centraré en el capítol de les psicosis. Aquí les coses es compliquen una mica més atès que ni els tractats a l'ús ni els sistemes classificatoris internacionals aborden el concepte general de psicosi; així, el DSM IV-TR i el DSM V encapçalen el capítol corresponent amb el títol de "*Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*" (APA, 2014), i el mateix trobem en diversos manuals i tractats de psiquiatria (Wiener i Dulcan, 2005). Crida l'atenció que es col·loqui primer el terme "esquizofrènia" i seguidament s'hi afegeixi "altres trastorns psicòtics" quan, en rigor, el concepte d'esquizofrènia constitueix un subapartat dintre del capítol de les psicosis i, a més, definit de manera imprecisa.

Però és necessari afegir que el propi concepte de psicosi aplicat a la infància ha estat envoltat de fortes polèmiques ja que mentre que alguns autors varen negar la seva existència en la infància d'altres varen considerar que les psicosis infantils agrupaven tres categories: autisme infantil, esquizofrènia infantil i psicosi desintegrativa de la infància (Kanner, 1957).

Si - acceptant els criteris internacionals a l'ús - es considera que les psicosis són aquells trastorns en els quals es presenten deliris, al·lucinacions i tendències a l'aïllament social, cal advertir que diferenciar les al·lucinacions psicòtiques infantils d'altres fenòmens pot resultar difícil des del punt de vista clínic (House, 2003). Això comporta, entre d'altres, establir el diagnòstic diferencial amb: les imatges eidètiques, els amics imaginaris, les al·lucinacions hipnagògiques i hipnopòmiques. El mateix autor adverteix que, sovint, molts examinadors no són conscients de fins a quin punt les seves preguntes suggereixen les respostes que desitgen obtenir.

Però, les dificultats no s'esgoten amb el que he plantejat. És precís afegir que els trastorns psicòtics es manifesten en els nostres infants i adolescents de manera diferent a com ho feien fa uns vint o trenta anys. En efecte, a l'actualitat és una relativa raresa trobar processos psicòtics en infants i adolescents que es manifestin en deliris i al·lucinacions; sí són freqüents, en canvi, els comportaments disruptius que poden anar acompanyats de patrons d'abús de substàncies tòxiques, predominantment, de cannabis.

En d'altres ocasions, la història es desenvolupa d'una manera més dramàtica. Així, en un cas atès pel nostre equip, la història es va iniciar amb episodis de rebequeries seguits d'absentisme escolar. Al cap d'un temps varen aparèixer idees autolítiques

enmarcades en un discurs d'insatisfacció per la vida. A aquestes vivències s'hi va afegir una mala relació amb els germans – amb moments d'agressions físiques- així com un aïllament social que ell expresava en termes de “no tinc amics ni sento la necessitat de tenir-los”. El seu discurs s'expressava amb una fredor absoluta, fins i tot quan va explicar la seva temptativa autolítica (defenestració). En aquest pacient no va ser possible detectar cap element propi de les neurosis sinó tot el contrari: un discurs centrat en la possessió de la veritat, sense fisures, sense matissos. A més, va protagonitzar episodis violents desencadenats arran de sentir-se hostigat pels seus companys de l'aula.

En aquests casos no es pot parlar de psicosis típiques, és a dir, amb les manifestacions centrades en deliris i al·lucinacions. Les descripcions dels manuals i tractats així com els criteris emprats per les classificacions internacionals (CIE i DSM) no ens són d'utilitat. Ha estat la psicoanàlisi d'orientació lacaniana la que ha incorporat una lògica no binària, no aristotèlica, per tal d'intentar dilucidar la naturalesa d'aquesta nova clínica en l'àmbit de les psicosis. Així, Jacques-Alain Miller (2003) va recórrer a la clínica borrosa, inspirada en la teoria dels conjunts difusos de Zadeh (1965), per referir-se a aquelles psicosis “més modestes” que reserven sorpreses en tant el fenomen específicament psicòtic pot trigar un temps en manifestar-se. La clínica de les psicosis ordinàries està feta de trets discrets, útils per la diferència que existeix entre uns i altres; ara bé, aquests trets són tan discrets, tan subtils, que poden desaparèixer de manera general i solament apareixen en la singularitat de cada cas, i cada vegada de manera diferent (Bassols, 2017).

Per resumir-ho de manera molt breu, en les psicosis ordinàries trobem trets molt heterogenis així com trajectòries molt diverses en les quals els infants i adolescents han rebut diagnòstics que van des del TDAH fins als trastorns de personalitat passant pel trastorn negativista desafiant i l'abús de substàncies tòxiques. Però, una mirada atenta i pacient permet localitzar aquells elements específicament psicòtics i, també, les diverses maneres i estratègies mentals que els pacients han pogut desenvolupar per enfrontar el insuportable sentiment de buidor existencial.

De tot això es pot desprendre que l'escola i els docents, amb certa freqüència, es troben enfront alumnes amb conductes disruptives i/o difícils de contextualitzar; però quan es coordinen amb els professionals dels equips d'assessorament psicopedagògic (EAP) o dels centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ) no sempre obtenen les eines i les indicacions que els poden ser útils pel maneig de les complexes situacions generades per aquests alumnes. Intentaré, en l'apartat següent, donar alguns elements.

## 5. Què observar, com observar i com informar en el medi escolar?

Una de les dificultats que tenen els docents en la seva tasca educativa és decidir què cal observar en relació als comportaments disruptius que presenten alguns alumnes i com fer-ho.

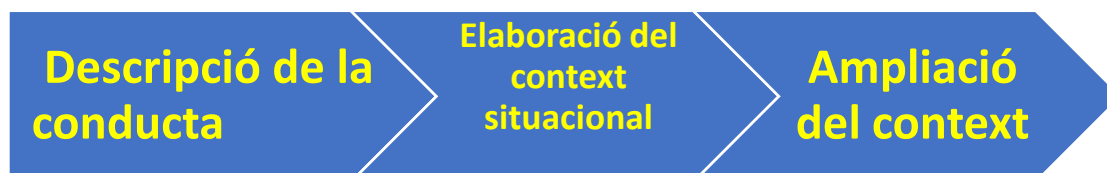
En primer lloc, cal poder diferenciar entre comportaments que poden ser considerats inherents a l'edat (per exemple l'adolescència) i aquells altres que poden ser la manifestació d'algun tipus de trastorn mental. A més, en algunes ocasions, cal tenir molt present que alguns alumnes poden mostrar-se molt silenciosos a l'aula i, alhora, tenir importants i/o greus trastorns mentals. Aquesta observació és fonamental tant de cara al treball en xarxa (amb l'equip psicopedagògic, serveis socials, salut mental infantil i juvenil, l'equip d'atenció a la infància i l'adolescència, pediatria) com de cara al treball dins el propi centre educatiu.

Cal disposar d'una metodologia que permeti distingir allò que és rellevant del que és superflu i, alhora, que ajudi el docent a transferir la informació als professionals de l'EAP i, especialment als de la salut mental infantil i juvenil (CSMIJ).

En primer lloc, cal considerar que tot comportament ha de ser observat en base a uns procediments:

1. Descripció
2. Elaboració del context situacional (temps, espai, actors implicats )
3. Ampliació del context en base a les informacions prèvies

Tenir molta cura d'observar en base al caràcter ambigu de la conducta (figura 1).



**Figura 1.** Fases de la descripció de la conducta en el medi escolar

La primera fase consisteix en descriure de manera detallada el que fa l'alumne, per exemple, si es mostra distret de manera recurrent, o si no és capaç de romandre assegut a la cadira, o bé molesta els companys o bé es comporta de manera estranya, amb conductes fora de context.

En la segona, cal especificar el context en el qual es produeix la conducta anòmala o disruptiva, és a dir, si és durant tota la classe, solament a l'inici o al final, o bé la conducta es produeix a l'hora del pati.

En la tercera fase, cal ampliar el context amb les informacions que puguin donar altres docents. Així, per exemple, en una reunió de claustre la mestra va explicar tot un conjunt de comportaments que mostrava un alumne a la seva classe, però quan varen intervenir altres docents la visió es va modificar considerablement fins el punt que la tutora del curs anterior es va mostrar molt sorpresa afirmant que semblava que estiguessin parlant d'un altre alumne i no del que ella havia tingut el curs passat.

La contextualització de la conducta o del comportament d'un determinat alumne és necessària ja que tota manifestació conductual, o tot símptoma adquireix un significat en base a la resta de conductes i a les coordenades de temps i espai en que apareix. Un exemple pràctic ajudarà a aclarir el procediment esmentat.

Es tracta d'un alumne que mostrava comportaments disruptius en algunes classes. Aquests comportaments consistien en molestar altres companys, donant-los copets o llançant-los paperets. Quan el docent li cridava l'atenció, l'alumne solia mostrar-se desafiant. No obstant, aquests comportaments no es produïen a totes les classes sinó en algunes. A més, tampoc molestava tots els companys sinó a alguns en concret. A l'hora de menjar, les coses es complicaven encara més ja que el noi desafiava de manera descarada les monitores. Ara bé, a casa, el noi es mostrava amable i carinyós amb els pares. El procediment que es va seguir per reconduir la situació va incloure sessions d'anàlisi del cas en les que varen intervenir la tutora, la psicopedagoga del centre i el professional de salut mental. Això va permetre que la tutora disposés d'eines per un adient maneig dels conflictes que es produïen a l'aula.

Fent una extrapolació a d'altres casos, podem dir que la descripció que cal fer ha d'incloure tots aquests detalls pertinents ja que així es podrà dilucidar amb més precisió el significat de les conductes disruptives i prendre les decisions sobre les mesures a adoptar de manera més adient. A més, el tutor o tutora de l'alumne podrà aportar aquesta valuosa informació als professionals de salut mental infantil i juvenil.

## 6. Conclusions

La patologia mental a la infància i l'adolescència es manifesta en el moment actual de maneres molt més complexes i atípiques. Això succeeix en un entorn social en el que educar – tant en l'àmbit escolar com en el familiar – és cada vegada més difícil. D'altra banda, els nous patrons conductuals derivats de la incorporació de les noves tecnologies i dels consums abusius de substàncies tòxiques contribueixen també a dificultar les tasques diagnòstiques.

En aquest marc, es fa necessari revisar i reformular els criteris emprats habitualment per diagnosticar certs tipus de problemes mentals, com el trastorn per dèficit d'atenció i/o hiperactivitat, els trastorns de la conducta i els trastorns psicòtics. Diagnosticar un determinat trastorn mental a partir d'un símptoma –infant massa mogut,

o poc atent; adolescent rebel i desafiant; adolescent amb comportament rar – pot conduir fàcilment a l’error diagnòstic i, en conseqüència, a prendre mesures inadequades.

En aquest context, els docents tenen molt a dir i a observar ja que l’alumne passa moltes hores a l’escola i és allí on es generen els actes de conducta que poden ser la manifestació d’algun trastorn mental.

D’altra banda, es fa necessari anar més enllà del símptoma i potser recórrer a lògiques que superin les limitacions de la lògica binària. És probable que aquesta manera de procedir ens porti a reformular també el propi concepte de normalitat psíquica i, en conseqüència, el concepte de trastorn mental. El repte està plantejat.

## Referències bibliogràfiques

- Allen, F. (2014). *¿Somo todos enfermos mentales?* Barcelona: Ariel.
- Anguera, M. i Moya, J. (2010). *Problemes de comportament en els infants i adolescents de Catalunya (TDAH i TC). Necessitats educatives que generen.* Barcelona: Departament d’Ensenyament. Generalitat de Catalunya.
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.* Madrid: Panamericana.
- Bassols, M. (2017). Psicosis, ordenadas bajo transferencia. En J.A. Miller, *Las psicosis ordinarias y las otras* (págs. 25-29). Buenos Aires: Grama.
- Camps, V. (2008). *Creer en la educación.* Barcelona: Península.
- Dulcan, M.J. i Wiener, J. M. (2005). *Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia.* Barcelona: Masson.
- Edwards, J. i McGorry, P.(2004). *La intervención precoz en la psicosis. Guía para la creación de servicios de intervención precoz en la psicosis.* Madrid: Fundación para la intervención y tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.
- Faya, M., Graell, M. i de Dios, J.L. (2010). Interconsulta con el equipo escolar: maestros y pedagogos. En C. Soutullo i M.J. Mardomingo, *Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente* (págs. 331-336). Madrid: Panamericana.
- Harwood, V. (2009). *El diagnóstico de los niños y adolescentes problemáticos. Una crítica a los discursos sobre los trastornos de la conducta.* Madrid: Morata.
- House, A. (2003). *DSM IV. El diagnóstico en la edad escolar.* Madrid: Alianza.
- Kanner, L. (1957). *Child psychiatry.* Oxford: Blackwell.
- Lasa, A. (2009). *Los niños hiperactivos y su personalidad.* Bilbao: Altxa.
- Lipovetsky, G. (2007). *La felicidad paradójica.* Barcelona: Anagrama.
- Lipovetsky, G. i Serroy, J. (2009). *La pantalla global.* Barcelona: Anagrama.
- Marina, J. (2009). *La recuperación de la autoridad.* Barcelona: Versátil.

- Martínez, A. (2016). Los trastornos de conducta, un cajón de sastre. En J. Monseny, *¿Trastornos de conducta o conductas que trastornan?* (págs. 7-24). Barcelona: Horsori.
- Miller, J.A. (2003). Apertura. En J.A. Miller et al., *La psicosis ordinaria* (págs. 197-204). Buenos Aires: Paidós.
- Monseny, J. (2009). *Educar aún. El educador frente a los retos de la enseñanza*. Barcelona: ICE. Universitat de Barcelona.
- Navarro, J. (2017). *El videojugador*. Barcelona: Anagrama.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Renaut, A. (2004). *La fin de l'autorité*. París: Flammarion.
- Ruipérez, C. (10 de Gener de 2014). *EFESalud*. Obtenido de [www.efesalud.com/adiccion-a-los-videojuegos-un-exceso-peligroso-para-la-salud/](http://www.efesalud.com/adiccion-a-los-videojuegos-un-exceso-peligroso-para-la-salud/)
- Sims, A. (2008). *Síntomas mentales*. Madrid: Triacastela.
- Soutullo, C. i Díez, A. (2007). *Manual de Diagnóstico y Tratamiento del TDAH*. Madrid: Panamericana.
- Stahl, S. (2011). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Madrid: Aula Mèdica.
- Tolchinsky, S. (2016). Unos chicos difíciles. En J. Monseny, *¿Trastornos de conducta o conductas que trastornan?* (págs. 37-52). Barcelona : Horsori.
- Vallejo, O. (30 de juny de 2019). I després del Fortnite, què? *ARA*, págs. 62-63.
- Valleur, M. i. Matysiak, J.C. (2005). *Las nuevas adicciones del siglo XXI*. Barcelona: Paidós.
- Vasen, J. (2011). *Una nueva epidemia de nombres impropios*. Buenos Aires: Noveduc.
- Zadeh, L. (1965). Fuzzy Sets. *Information and Control*, 8, 338-353.

Correspondència amb l'autor: Josep Moya Ollé. E-mail: [moyaolle@gmail.com](mailto:moyaolle@gmail.com)