

psicologia:

L'agressivitat és un component afectiu humà que no sempre es manifesta a través de la conducta agressiva. Em centraré en aquest aspecte deixant de banda la discussió "innat/adquirit", ja que hi ha molts estudis que destaquen més els aspectes instintius i altres que destaquen els adquirits en les pautes de criança.

Des de la psicoanàlisi sabem que les fantasies internes agressives són primàries i que malgrat les condicions de criança no hi ha infant sense fantasia agressiva interna (ho podem veure en jocs: de matar, de guerres, de metges o d'esports). Els jocs ajuden l'infant a integrar aquestes fantasies, permetent-li expressar-les i manifestar-les sense el temor de destruir o sentir-se destruït.



Els desitjos destructors es tenen davant sensacions desagradables d'insatisfacció ja des dels primers moments de vida. A més, són la primera causa d'angoixa: quan l'infant s'adona que la mare que satisfà també és qui frustra i que a més no està sempre a l'abast, sorgeix l'ambivalència d'amor i d'odi envers ella (M. Klein).

Continuant en la mateixa línia, Winnicott considera que les arrels de l'agressivitat són innates, de manera que veu dos significats a l'agressió: com a reacció a la frustració, o com a energia de la pròpia naturalesa humana. Cap als 18 mesos al bebè el pot atemorir sentir la capacitat de destrucció, encara que aquest sentiment sigui de la seva fantasia, però cal que pugui experimentar agressivitat sense culpa.

Seguint el mateix autor, la privació o pèrdua pot tenir conseqüències per a la futura socialització, pot derivar cap a una tendència antisocial. Quan les experiències de crueltat predominen sobre les d'estimació, l'individu pot bolcar enfora els seus impulsos agressius amb actuacions (accions com robatoris o destrosses) o bé pot actuar autodestructivament (és una manera de buscar una autoritat externa que pugui controlar); també es pot contenir mitjançant la sublimació a través del joc, el treball, l'esport, l'art, la literatura, la pintura, etc. La retenció i excés de control de l'impuls pot portar a la inhibició (també de la creativitat) o bé pot explotar sobtadament fora de context.

Manifestacions de l'actuació agressiva en diferents trastorns i problemàtiques

DSM-IV

En el DSM-IV (*Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals*) trobem diversos trastorns; parlaré dels que crec que estan més relacionats amb les problemàtiques conductuals, essent conscient que n'ometo d'altres que també es podrien incloure:

- Els trastorns que s'inicien en la infància i l'adolescència i que directament tenen símptomes de trastorns relacionats amb el comportament són: el trastorn negativista desafiant, el d'hiperactivitat, el dissociat, i el del comportament perturbador (en alguns casos cal fer un diagnòstic acurat dels sentiments interns que porten l'individu a reaccionar amb aquestes simptomatologies, ja que de vegades poden relacionar-se amb trastorns adaptatius o circumstàncies doloroses).

TRASTORNS CONDUCTUALS AMB RELACIÓ A ALTRES TRASTORNS I AL SENTIMENT INTERN DE L'AGRESSIVITAT

- En psicosis precoces, trastorns en què la reacció d'intolerància a la frustració ocasiona una desorganització del comportament de l'infant i també autoagressivitat.
- Altres trastorns que apareixen en el DSM-IV i amb els quals crec que cal tenir la mateixa cura diagnòstica pel que fa al món intern de la persona són els trastorns de l'estat d'ànim, el trastorn límit de la personalitat i els trastorns adaptatius. Tots aquests trastorns poden implicar dificultats en el comportament, dificultats de l'estat d'ànim depressiu, o ansietat, i poden comportar aspectes depressius i sentiments d'agressivitat que poden ser més o menys conscients en l'individu.

Protocol del nen sa

En el *Protocol del nen sa* (dins el *Protocol d'activitats preventives de promoció de la salut a l'edat pediàtrica. Infància amb salut*, del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya) s'esmenten diversos senyals d'alarma. N'intentaré fer alguns comentaris descriptius relacionats amb les manifestacions de l'actuació agressiva en diferents trastorns i problemàtiques.

Fins als sis anys (infància)

Trastorns del comportament en infants de fins a sis anys: crisi de còlera, oposicionisme-negativisme, conductes agressives i baixa tolerància a la frustració (nen difícil de calmar). L'edat d'oposicionisme evolutiu normal de l'infant és aproximadament des dels dos anys fins als tres anys i mig (és quan es reafirma com a persona diferent). Cal veure quina és la resposta familiar davant dels trastorns de comportament: l'excés de tolerància pot portar a l'augment

d'aquestes conductes (fins i tot amb exigències tiràniques, que caldria relacionar amb la manera com els pares han viscut com a fills, ja que a vegades pot haver-hi sobrecompensació de les seves vivències de manca), mentre que l'exigència extrema no deixa que l'infant pugui trobar el seu espai propi com a persona ni que es pugui individualar.

Dels sis als dotze anys (edat escolar)

• Manifestacions somàtiques

En l'apartat "Conductuals", el *Protocol del nen sa* parla, entre d'altres, d'alteracions en el control d'esfínters; i en l'apartat "Queixes somàtiques" s'esmenten, també entre d'altres, els vòmits i les nàusees. Els desencadenants poden ser diversos, però només em centraré en els que tenen a veure amb l'agressivitat:

En l'enuresi:

- Operacions mutiladores mal preparades (és a dir, que no s'han explicat de forma adequada i tranquil·litzadora a l'infant, de manera que aquest no coneix l'abast del que li fan i no aclareix els seus dubtes i fantasies al respecte), que per exemple en el cas de la fimosi poden generar un sentiment de pèrdua de la virilitat; amb aquest temor, l'infant vol constatar físicament la no pèrdua de la virilitat, a vegades acompanyant això amb trastorns del comportament.
- Agressivitat continguda (no expressada o no pensada-sentida) respecte a situacions reals o sentides d'exigència excessiva i de baixa valoració dels aspectes positius d'un mateix (com ara pulcritud, estudis, o formalismes amb actituds externes, generalment de docilitat o a vegades acompanyades de trastorns del comportament).

En l'encopresi:

- S'hi solen trobar sentiments d'agressivitat continguda o expressada davant relacions d'hostilitat amb les figures parentals.
- Quan es presenta amb constipació (restrenyiment), les relacions no solen ser tan hostils. En aquest cas, pot ser símptoma de rebel·lia inconscient davant el control dels adults. (Aquesta retenció pot ocasionar que l'infant embruti la roba interior o que després es produeixi una descàrrega de la femta.) Tant en l'encopresi com en la constipació, pot ser que l'infant senti plaer en defecar o retenir les femtes quan les situacions externes li resulten desagradables i plenes d'hostilitat.

En vòmits i nàusees:

- Els vòmits i les nàusees solen associar-se a dificultats per tolerar o pair situacions que resulten hostils, com a símptoma ansiós que l'infant no sap o no pot expressar d'altra manera.

• En els trastorns de la conducta

Impulsivitat, oposicionisme (actiu o passiu), enrabiades, rebel·lia, mentides reiterades, dificultats per incorporar i assumir normatives escolars i familiars, robatoris i comportaments destructius, agressions a persones (autoagressions i heteroagressions) i a animals, excés de moviment sense finalitat (hiperactivitat) i en més d'un ambient (llar i escola, llar i parc...), etc. Respecte a això, voldria comentar que:

- En molts casos trobem immaduresa afectiva, que implica baixa tolerància a la frustració. Si els trastorns són elevats, caldria una intervenció precoç per prevenir futurs trastorns psicopàtics de la personalitat.
- L'agressivitat, la impulsivitat, l'oposicionisme, les enrabiades i la rebel·lia, a més del que hem comentat en el punt anterior, poden revelar un patiment de fons depressiu amb dificultats per expressar i sentir tristesa. En molts infants i adolescents, la depressió pot adoptar manifestacions comportamentals agressives.

En mentides reiterades:

- Pel que fa a les mentides reiterades, és important discriminar el que són fabulacions egosintòniques (que apuntarien a patologia greu) del que són defenses enfront d'autoexigències o exigències externes, sentiments de menyspreu, o agressions inconscients cap als sentiments de pressió que pot sentir l'infant (considerant que dels quatre als sis anys ja hi ha d'haver diferenciació de fantasia i realitat).

En autoagressions i agressions a persones i a animals:

- Si les autoagressions i les agressions a persones i a animals van acompanyades d'altres símptomes greus, podríem explorar-les i discriminar si hi ha trets psicòtics. En altres casos pot ser una demanda de límits (autoagressió com a autocàstig) davant situacions familiars afectives o excessivament negligents pel que fa a les normes.



- L'autoagressió pot ser de tipus histriònic, com a crida d'atenció. L'agressió als iguals o als animals pot tenir relació amb situacions en què l'infant projecta la seva agressivitat perquè no la pot expressar en la situació real per possibles temors a perdre l'estima dels pares o d'altres figures importants (per exemple, per gelosia dels germans més petits, malalts, etc., que l'infant sent que reben més atencions o que són més valorats que ell).

Els aspectes depressius de l'infant i l'adolescent no sempre es manifesten amb tristesa i trets depressius com en l'adult, ja que molts ho manifesten amb agressivitat, irritabilitat i baix rendiment acadèmic

En l'excés de moviment sense cap finalitat:

- Descartant el trastorn hiperactiu (que ja hem comentat quan parlàvem dels trastorns en infants de fins a sis anys), en casos de moviments repetitius sense cap finalitat, estereotípics, cal explorar altres simptomatologies psicòtiques. L'excés de moviments també es pot observar en infants amb greus deprivacions afectives i/o ambientals, que ho fan com a mecanisme d'autoestimulació o de cerca de contenció per poder calmar-se.

• En els trastorns per ansietat

Respecte als trastorns per ansietat, només vull esmentar els rituals compulsius. En situacions greus, invalidants, els infants mostren aspectes obsessius amb incapacitat de poder sentir els seus temors interns (d'agressivitat, de sexualitat, o altres temors o fantasies), desplaçant o tapant, volent calmar el patiment amb aquestes defenses, amb aquests rituals. Si això va acompanyat d'altres símptomes més greus, com per exemple desconnexió dels altres, caldrà valorar la gravetat d'aquests trastorns obsessius i/o possibles inicis de trastorns psicòtics.

• En els trastorns de l'estat d'ànim

- Inclouen: tristesa o irritabilitat, culpabilització excessiva, pensament alentit, desmotivació o manca d'il·lusió, astènia, agitació o lentitud psicomotora, idees de suïcidi o pensaments persistents sobre la mort, i eufòria i excitació excessiva (mania). Aquests símptomes mostren situacions depressives, reactives/adaptatives, o no. Cal explorar possibles desencadenants en la història de l'infant i la família (situacions traumàtiques, morts, malalties...). Els infants sintonitzen més amb els seus patiments quan mostren tristesa que no pas quan la depressió es mostra a través de trastorns de la conducta (que és el freqüent en aquestes edats en què encara costa poder entendre i expressar sentiments).
- Cal veure també possibles fantasies de culpa excessiva, no reactives a situacions reals, que poden o no portar a actuacions.
- L'eufòria i l'excitació excessiva (mania) són una negació i no acceptació del que provoca tristesa.

A partir dels 12 anys (adolescència)

• En els trastorns afectius

En els trastorns afectius (distímia, depressió i mania) es parla de mal humor, irritabilitat, agressivitat, tristesa, pessimisme, apatia, avorriment, reducció d'activitat i d'interessos, descens del rendiment acadèmic, menyspreu personal, culpabilització, menys vàlua, idees de mort i/o suïcidi, queixes somàtiques, insomni o somnolència, pèrdua de gana i apriament, eufòria, i loquacitat i descontrol general excessius.

En aquest apartat es podrien repetir comentaris ja fets anteriorment. Considero important reiterar aquests aspectes:

- Cal tenir en compte que els aspectes depressius de l'infant i l'adolescent no sempre es manifesten amb tristesa i trets depres-

sius com en l'adult, ja que molts ho manifesten amb agressivitat, irritabilitat i baix rendiment acadèmic.

- Quan les manifestacions són més directament depressives, cal veure possibles situacions estressants a les quals l'adolescent reacciona, possibles desencadenants (morts, malalties...) a través dels quals l'adolescent connecta amb el seu patiment i la seva tristesa.
- En altres casos, sense desencadenant extern coincident, caldria explorar el món intern de l'adolescent, les seves fantasies i/o sentiments no basats en una realitat contrastable, no adaptatius.
- Algunes manifestacions acompanyades de queixes somàtiques mostren que la depressió pot anar acompanyada d'ansietat.
- Caldria conèixer antecedents familiars depressius, maníacs, o bipolars, sobretot si hi ha episodis maníacs.

• En els trastorns de la conducta

- Desobediència sistemàtica, absentisme escolar freqüent, agressions físiques freqüents, robatoris, mentides freqüents, conductes sexuals inadequades, crueltat amb els animals i consum de tòxics (a part del que hem comentat anteriorment en l'apartat de l'edat escolar).

- Cal observar les relacions afectives des de la primera infància a nivell de contenció, separacions, dols, etc. L'adolescència pot reeditar aspectes anteriors.

- S'ha de discriminar si s'està organitzant una personalitat psicopàtica (amb baixa tolerància a la frustració i sense sentiments de culpabilitat) o bé si hi ha manca de normes donades amb afecte, amb la qual cosa la conducta podria mostrar, indirecta i inconscientment, una provocació de demanda de límits.

- També podem interpretar els trastorns de conducta amb un fons depressiu com a fugida dels sentiments depressius propis i/o relacionar-los amb el fet de no saber expressar-los o sentir-los (sentiments de buidor, situacions estressants de tristesa, dols, sentiments de desvaloració...).

Relació entre trastorns de conducta i depressió

En un estudi sobre el tema d'aquest article fet per Pedra, Ruiz i Vilella (1993), es va observar la relació evident entre trastorns del comportament i depressió, la qual cosa feia pensar que molts subjectes no podien pensar en lloc d'actuar, és a dir, que els faltava capacitat de mentalització –capacitat per aproximar-se d'un mode introspectiu als sentiments propis–; de 372 casos a l'atzar, el 25% d'infants i adolescents presentaven trastorns del com-



portament i el 43% d'aquests últims tenien un diagnòstic de fons depressiu. Respecte a aquests resultats, ateses les patologies que es veuen actualment en les consultes, podem especular sobre canvis en l'augment de trastorns del comportament, i caldria veure quin percentatge de trastorns correlacionaria amb aspectes depressius.

Altres constatacions des de la pràctica clínica

Des de l'experiència clínica constato, a part del que ja he comentat anteriorment, aquestes situacions:

- En infants i adolescents, la manca de límits i d'una autoritat contenidora que freni l'agressió porta a actuacions de les quals cal fer diagnòstic per diferenciar en cada cas si aquestes són l'inici d'un trastorn psicosocial o bé si es tracta d'altres problemàtiques en les que l'individu té poca capacitat de mentalització (és a dir, dificultat per simbolitzar els sentiments propis i/o per sentir tristesa).
- La psicopatia pot ser una defensa contrafòbica, una actuació per expulsar l'angoixa, o també una defensa contra aspectes depressius que no es poden mentalitzar (sobretot en adolescents). En situacions més greus parlem de defensa d'un món intern persecutori, psicòtic.
- En adolescents i adults amb diagnòstics de trastorns d'ansietat generalitzada, angoixa amb o sense agorafòbia, trastorns obsessius compulsius, i fòbies (específiques i socials), en el tractament psicoterapèutic molt sovint es troba contenció inconscient de l'agressivitat (tapada per la defensa de l'ansietat) relacionada amb diferents situacions viscudes i/o sentides pel subjecte. Aquestes situacions poden referir-se a dificultats de separació-individuació, a situacions edípiques no resoltes, o a experiències viscudes o sentides i a vegades fantasiejades com a traumàtiques de la sexualitat.
- També en situacions de dol amb simptomatologia depressiva i ansiosa s'observa ambivalència de sentiments de tristesa i agressivitat (conscient o egosintònica, i que es va fent més present al llarg del tractament).



Bibliografia

- AJURIAGUERRA, J. **Manual de psiquiatria infantil**. Barcelona: Toray-Masson (1983).
- DEPARTAMENT DE SALUT DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA. **Protocol d'activitats preventives de promoció de la salut a l'edat pediàtrica. Infància amb salut**. Barcelona: Direcció General de Salut Pública (2008).
- DIATKINE, R.; LEBOVICI, L.; SOULÉ, M. **Tratado de psiquiatria del niño y del adolescente**. Madrid: Biblioteca Nueva (1989).
- **DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales**. Barcelona: Masson (1995).
- FAIN, M.; SOULÉ, M.; KREISLER, L. **El niño y su cuerpo**. Buenos Aires: Amorrortu (1999).
- FEDUCHI, L. **Noves problemàtiques en la clínica de l'adolescència**, seminari del Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya, delegació de Lleida (2008).
- FEDUCHI, L.; MAURI, L.; RAVENTÓS, P.; SASTRE, V.; TIÓ, J. **Reflexiones en torno a la violencia en la adolescencia**, dins *Revista de psicopatología y de salud mental del niño y del adolescente* núm. 8, pàg. 19-26 (2006).
- GOLSE, B. **El desarrollo afectivo e intelectual del niño**. Barcelona: Masson (1987).
- KLEIN, M. **Obras completas de Melanie Klein**. Barcelona: Paidós Ibérica (1971).
- KREISLER, L. **La desorganización psicosomática en el niño**. Barcelona: Herder (1985).
- KREISLER, L.; MARTY, P. Conferències de les Jornades de Psicopatologia (1988).
- MANZANO, J.; PALACIO ESPASA, F.; ZILKHA, N. **Los escenarios narcisistas de la parentalidad**. Bilbao: Asociación Altxa (1999).
- MARTY, P. **Los movimientos individuales de vida y de muerte**. Barcelona: Toray (1984).
- PEDRA, A.; RUIZ, E.; VILELLA, M. **Trastornos de adaptación y de conducta. Relación entre trastornos de conducta infanto-juvenil y depresión**, estudi i ponència fets al CAPIP de Lleida (actual CSMIJ) (1993).
- SOULÉ, M. **Tratado de psiquiatria del niño y del adolescente III**, pàg. 296-344. Madrid: Biblioteca Nueva (1989).
- WINNICOTT, D. **Deprivación y delincuencia**. Buenos Aires: Paidós (2005).

Eulàlia Ruiz Farré
Psicòloga Clínica (Lleida)