

TRASTORNOS DA PERSONALIDADE E INTERACCIÓN FAMILIAR: MEDRAR MALOS?

Dolores Mosquera^{1,4}, Paula Baldomir^{1,4}, Raquel Fernández^{2,4}, Gerardo Flórez^{3,4}, Alberto Soto^{1,4} e Ana Cris Eiriz^{1,4}

✉ doloresmosquera@gmail.com

RESUMO: Neste artigo abórdanse conceptos relacionados cos trastornos da personalidade, os comportamentos agresivos e coa maldade. En ocasións atribúese a "maldade" a algunhas etiquetas diagnósticas, motivo polo que se aborda o tema dunha forma máis pormenorizada, diferenciándoo da agresividade.

Resáltase a importancia da cautela á hora de usar o devandito termo e recoméndase poder diferenciar categorías dentro dos trastornos da personalidade. En moitas patoloxías pode existir intencionalidade nas súas condutas, pero se entendemos a conduta como un sintoma ou unha aprendizaxe disfuncional poderemos atopar a función relacionada coa historia previa.

PALABRAS CLAVE: Trastornos da Personalidade, maldade, agresividade, trauma, interacción familiar.

ABSTRACT: In this article, concepts related to personality disorders, aggressive behavior, and evil are addressed. Occasionally, some diagnostic labels are attributed to "evil." For this reason, the issue is addressed in much more detail, distinguishing it from aggression.

The importance of caution when using this term is highlighted, and differentiating categories within personality disorders is recommended. In many pathologies, there may be intent in their behavior, but if we understand the behavior as a symptom or as dysfunctional learning, we may be able to find out the function that is related to their past history.

KEY WORDS: Personality Disorders, evil, aggressiveness, trauma, family interaction.

SUMARIO:

- 1 Personalidade.
- 2 Temperamento e contorna.
- 3 Apego, empatía, "maldade" e Trastornos da Personalidade.
- 4 Caso X.
- 5 Caso J.
- 6 Conclusión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Barkley, R. A. (2012). *Executive functions: What they are, how they work, and why they evolved*. Guilford Press.

Blair, R. J. R., & Lee, T. M. (2013). *The social cognitive neuroscience of aggression, violence, and psychopathy*. *Social neuroscience*, 8(2), 108-111.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Attachment*. (vol. 1). Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Separation* (vol. 2). Basic Books.

Depue, R. A., & Fu, Y. (2011). *Neurogenetic and experiential processes underlying major personality traits: Implications for modelling personality disorders*. *International Review of Psychiatry*, 23(3), 258-281.

Herpertz, S. C., & Bertsch, K. (2014). *The social-cognitive basis of personality disorders*. *Current opinion in psychiatry*, 27(1), 73-77.

Kendler, K. S., Aggen, S. H., Czajkowski, N., Røysamb, E., Tambs, K., Torgersen, S., ... & Reichborn-Kjennerud, T. (2008). "The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders: a multivariate twin study". *Archives of General Psychiatry*, 65(12), 1438-1446.

Kernberg, P., Weiner, A.S., & Bardenstein, K.K. (2000). *Personality Disorders in Children and Adolescents*. Nova York: Basic Books.

Millon, T. & Davis, R.D. (1998). *Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.

Oldham, J.M., Skodol, A.E. & Bender, D.S. (2009). *Tratado de los trastornos de la personalidad*. Elsevier-Masson.

Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols and Procedures*. Second edition. Nova York: Guilford Press.

Dimaggio, G., & Semerari, A. (2011). *Los trastornos de la personalidad: modelos y tratamiento*. Editorial Desclée de Brouwer.

1. PSICÓLOGA/O.
2. EDUCADORA SOCIAL E PEDAGOGA.
3. PSIQUIATRA.
4. INTRA-TP. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y TRATAMIENTO DEL TRAUMA Y LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD. A CORUÑA, SANTIAGO E SADA

Antes de profundar nun tema tan complexo como o que se presenta no título, consideramos que pode ser conveniente abordar varios conceptos relacionados cos trastornos da personalidade e os comportamentos agresivos que resultan esenciais no coñecemento e na súa diferenciación, xa que en multitude de ocasións preséntanse de maneira interrelacionada e quizais algo confusa tamén.

1 Personalidade

Desde o punto de vista histórico, a palabra **personalidade** deriva do termo grego *persona*, que orixinariamente representaba a máscara utilizada polos actores de teatro nas súas representacións (Millon & Davis, 1998).

A personalidade concíbese actualmente como un patrón complexo de características psicolóxicas profundamente arraigadas, que son na súa maior parte inconscientes e difíciles de cambiar e que se expresan automaticamente en case todas as áreas de funcionamento do individuo. Estes trazos xorden dunha complicada matriz de determinantes biolóxicos e de aprendizaxes e comprenden o patrón de percibir, sentir, pensar, afrontar e comportarse dun individuo (Herpertz & Bertch, 2013).

John M. Oldham (2009) sinala que “cada persoa ten un tipo de personalidade que é único e irrepitible, case como unha pegada dactilar”. Segundo este autor, o **temperamento** herdado determina, en diferentes graos, o comportamento dos recentemente nados. A este factor engádense as influencias das persoas que os coidan (modelado), da familia e do ambiente.

Por outra banda, a personalidade é o resultado dunha serie de operacións mentais como construír a imaxe dun mesmo, dar significado ao mundo, actuar e relacionarse cos demais e atopar solucións a problemas expostos pola contorna (Semerari & Dimaggio, 2011). Os mecanismos dedicados a estas operacións poden funcionar incorrectamente. Cando esa disfunción se estende a diferentes áreas da vida social e interna, asume a forma de **Trastorno da Personalidade**.

De acordo coa investigación e os achados clínicos, espérase que un Trastorno da Personalidade teña un impacto serio na maior parte das esferas da vida dunha persoa, incluíndo o comportamento no traballo e/ou na escola; a interacción con compañeiros e a familia; o funcionamento cognitivo e emocional, que se reflicte no sentido dun mesmo e doutros e, por extensión, na súa relación coa realidade en xeral (Kernberg, Weiner & Bardenstein, 2000).

Para diagnosticar un Trastorno da Personalidade segundo o DSM-5 téñense que observar os seguintes criterios (APA, 2013):

A. Patrón permanente de conduta e experiencia interna que se desvía notablemente das expectativas culturais e que se manifesta en polo menos dúas das seguintes áreas: cognición, afectividade, funcionamento interpersonal e control de impulsos.

B. O patrón de personalidade é inflexible e desadaptativo e causa malestar subxectivo ou unha deterioración funcional significativa.

De todo iso, podemos deducir que no desenvolvemento dun trastorno da personalidade se dan dúas variables: por unha banda, unha compoñente xenética, onde situamos o temperamento (Kendler et al., 2008) e unha compoñente ambiental, onde situamos a interacción coa contorna, dentro da cal se sitúa en primeiro termo a familia (Depue & Fu, 2011).



2 | Temperamento e contorna

Como dicía John M. Oldham, o **temperamento** dun neonato vai determinar os seus comportamentos e condutas, as cales inevitablemente activan unha resposta condutual nos seus cuidadores. É de aquí de onde, en moitas ocasións, partirá a **aprendizaxe** dunha conduta disfuncional. É dicir, un bebé tranquilo, cun temperamento sosegado, recibirá con maior probabilidade respostas de maior proximidade, tenrura e moduladoras por parte das súas figuras de apego, que irán orientadas a acougar as necesidades deste, e á súa vez favorecerá unha aprendizaxe adaptativa en canto á súa regulación emocional e expresión de emocións e necesidades. Con todo, un lactante cun temperamento máis forte e inquieto, con respostas máis irascibles é probable que active, á súa vez, respostas de maior angustia e irascibilidade nos seus cuidadores e posiblemente tamén máis impulsivas e intensas, o cal repercutirá nunha aprendizaxe máis disfuncional deste neno en canto á súa regulación emocional, atención ás súas necesidades e a súa impulsividade.

Noutras ocasións, o temperamento do lactante non é un factor tan primordial como nos supostos descritos no parágrafo anterior, é dicir, independentemente de se o bebé é máis ou menos activo/intenso, existen dificultades por parte das figuras de apego para entender e atender as súas necesidades. Ditas dificultades poden deberse a multitude de factores, que nada teñen que ver na maioría das ocasións cunha intención de producir un dano por parte dos cuidadores, senón con aprendizaxes/historia biográfica previa, enfermidades físicas/psicológicas propias, contornas/contextos desestruturados, dificultades laborais ou outros factores externos que afectan á estabilidade emocional e física das figuras de apego.

Por tanto, estes menores irán crescendo cunha falta de capacidade na regulación emocional e carencias no entender, respectar e dar satisfacción ás súas necesidades, polo que terán que desenvolver certas estratexias de afrontamento que lles permitan seguir adiante aínda que sexa dunha maneira disfuncional. A agresividade (activa ou pasiva) e os comportamentos disruptivos son, en moitas ocasións, unha forma aprendida de dar resposta a unhas necesidades ou intentos disfuncionais de comunicación.



Ilustración de F. Barnard para "Ginx's Baby..."
de John Edward Jenkins, 1876, Londres



3 | Apego, empatía, “maldade” e Trastornos da Personalidade

O **apego** é o vínculo emocional que desenvolve un neno coas súas figuras de referencia e cuidadores principais, a través do cal recibe a seguridade e a protección necesarias para un adecuado desenvolvemento. Cando un neno está exposto a situacións de negligencia, falta de coidado emocional ou violencia intrafamiliar, a súa base segura verase afectada, sendo probable a aparición de certas dificultades para a experimentación do mundo desde unha visión de protección e seguridade.

É importante ter en conta que o dano producido nun neno non vén só dunha posible situación de violencia física directa, senón que a ausencia de mensaxes de valía e a falta de coidado emocional poden ter secuelas moito maiores no desenvolvemento dese menor. As situacións traumáticas que se producen a idades temperás teñen lugar nun momento crucial do desenvolvemento, tanto a nivel cerebral, como da personalidade e identidade, polo que os efectos da situación traumática non se adscribirán unicamente ao momento presente (problemas de sono, enuresis, problemas de conduta, medos...) senón que van ter un efecto, se cabe maior, a medio/longo prazo, xa que as bases da personalidade do neno vense afectadas e con elas as crenzas e interpretacións sobre si mesmo e sobre o mundo.

As compoñentes principais do apego son o *modelo mental*, no que se inclúen os recordos da relación, o concepto que se ten da figura de apego e de si mesmo, as expectativas da relación e a visión do contexto no cal se sitúa a relación; e os *sentimentos de seguridade*, asociados á proximidade e o contacto, e de ansiedade ante a perda (Bowlby, 1969, 1973).

Os nosos conceptos sobre o mundo e sobre nós mesmos xeraranse nestas primeiras relacións, polo que as interaccións repetidas do neno co seu cuidador establecen o tipo de patrón de relación que terá este consigo mesmo e cos outros no futuro. Os proxenitores e/ou cuidadores que non sexan capaces de interpretar adecuadamente as demandas do neno, ou cuxas respostas sexan mediadas polos seus propios

medos ou por experiencias emocionais negativas, condicionarán seriamente as capacidades dos seus fillos para ser e sentirse capaces de afrontar a vida.

É importante facer fincapé en que cando falamos de cubrir necesidades non nos referimos soamente ás físicas (alimentación, hixiene, sono...), senón tamén ás que se refiren ao coidado emocional do neno. Pode ocorrer que se satisfagan o primeiras pero non as segundas, afectando o neno do mesmo xeito ou mesmo con maior intensidade que a ausencia duns coidados físicos.

O apego é a base para a aparición da empatía e este, á súa vez, a base para o desenvolvemento dun sentido moral emocional. Estas son dúas dimensións fundamentais á hora de xulgar as condutas como “malvadas”.

Os eventos traumáticos, especialmente durante o desenvolvemento, alteran a capacidade executiva e o control de impulsos, o outro elemento básico das condutas “malvadas”. Moitas veces sucede que entendemos o **trauma** como grandes acontecementos que aparecen nas noticias e nos medios de comunicación: superviventes de guerra, catástrofes naturais, ataques terroristas... pero, de feito, por definición, trauma é calquera feito que ten un efecto negativo duradeiro (Shapiro, 2001).

Para diferenciar os diferentes tipos de trauma podemos falar de traumas con T maiúscula (malos tratos, abuso sexual, catástrofe...) e os traumas con t minúscula (deprivación, negligencia, culpabilización, falta de resposta parental...)

Unha presenza continua de traumas “t” ao longo da vida por parte das figuras de apego pode ocasionar grandes conflitos a nivel interno, levando ao neno a unha falta de seguridade, xa que en moitas situacións probablemente non a obtivo das súas figuras de referencia, e á presenza de crenzas desadaptativas sobre si mesmo e sobre o mundo, podendo derivar en posibles trastornos da personalidade futuros.



Por tanto, destes conceptos podemos deducir que o neno que medra nunha contorna insegura e falta de protección terá secuelas futuras, podendo considerar as condutas de dano cara aos demais como aprendizaxes adquiridas froito destas experiencias traumáticas.

Doutra banda, entendemos o “mal” ou a “maldade” como unha condición negativa relativa, atribuída ao ser humano, que indica a ausencia de moral, bondade, caridade ou afecto natural pola súa contorna e quen lle rodea. Actuar con maldade tamén implica contravir deliberadamente usando a astucia, os códigos de conduta morais ou de comportamento oficialmente correctos nun grupo social.

Algúns definicións refírense á maldade como o termo que determina a ausencia da bondade que debe ter un ente segundo a súa natureza ou destino. Desta forma, o “mal” sería a característica de quen ten unha carencia ou de quen actúa fóra dunha orde ética, converténdose en consecuencia en algo malo.

Seguindo estas definicións, como se podería medir ou analizar a conduta dunha persoa no día a día para determinar a súa maldade? Sen dúbida sería algo moi complexo de realizar e implicaría ter a certeza de poder medir con fiabilidade un patrón persistente que afecta a todas as esferas da vida dunha persoa e que leva a realización de condutas nas que hai ausencia de empatía polos demais, combinado cunha ausencia de respecto polas regras morais, individuais ou implícitas, e sociais ou explícitas (Blair & Le, 2013). Todo isto tería que darse nun individuo do que a súa función mental estivese preservada de tal forma que toda a súa función executiva e capacidade de control de impulsos estivese a funcionar dentro da normalidade (Barkley, 2012). Unha persoa sería mala ou malvada se a maior parte das súas condutas seguisen este patrón.

Obviamente, carecemos dun sistema fiable de medición que nos permita realizar tal afirmación xa que non temos acceso directo ao contido da mente das persoas. O nivel de empatía e moralidade de cada conduta, xunto á capacidade executiva e de control de impulsos de cada momento, sería orientativo e especulativo, en función da información que achega o suxeito e da opinión dos avaliadores. Ademais, como medir todas as condutas dun suxeito ao longo dun período de tempo significativo para realizar tal afirmación? Sería necesario un seguimento diario constante que alteraría a conduta do suxeito se este é consciente do devandito seguimento e que, para que a persoa non fose consciente diso, requiriría un gasto inasumible, á parte de non ser ético.

Se se puidesen salvar todos estes obstáculos e levar a cabo este singular experimento o máis probable é que se observase que o nivel de empatía, moralidade e función executiva/control de impulsos de cada conduta sería variable cunhas oscilacións propias de cada persoa en función de variables ambientais, é dicir, en función da personalidade de cada individuo. Non habería persoas

“Actuar con maldade tamén implica contravir deliberadamente usando a astucia, os códigos de conduta morais ou de comportamento oficialmente correctos nun grupo social”



malvadas, nin sequera habería condutas malvadas; habería condutas nas que oscilaría, nun patrón predicible, o nivel de empatía, de moralidade e de función executiva/control de impulsos. Ao tratar-se dun continuo dimensional de varias variables sería, e é, imposible establecer un punto de corte fiable para a maldade.

Entendendo a maldade como unha falta de bondade intencionada e deliberada, como unha intención de facer dano de maneira consciente e entendendo as condutas agresivas (activas ou pasivas) ou as condutas disruptivas como estratexias complementarias aprendidas, pódese cuestionar e poñer en dúbida a etiqueta de “maldade” asociada a moitos trastornos da personalidade e, con iso, pódese desafiar a idea de que esa “maldade” non é modificable nin permeable ao tratamento. Se cada conduta “malvada” é froito da interacción do medio ambiente xunto a un momento empático, moral e executivo, as posibilidades de intervención para tentar evitar que se repita son múltiples. Soamente nun escenario en que esas catro variables fosen inmodificables a certeza de que a conduta “malvada” se perpetuaría no tempo sería absoluta. É factible que para unha persoa haxa moi pouca, ou ningunha, marxe de modificación ambiental, pero o resto de variables son dimensións transformables en terapia.

Ademais, se profundamos neste tipo de respostas e condutas que podemos atopar nun trastorno da personalidade, nas súas causas e consecuencias, en moitas ocasións atopamos que a primeira prexudicada e damnificada é a propia persoa.

É importante ser cautos con este tema e poder diferenciar as diferentes categorías dentro dos trastornos da personalidade. Non é menos certo que en certas patoloxías pode existir unha maior intencionalidade nas súas condutas (como algúns casos de trastorno paranoide, trastorno antisocial, trastorno narcisista e trastorno obsesivo-compulsivo) e que en ocasións si pode chegar a haber procura ou unha maior intención consciente no dano cara aos demais, pero sempre desde unha visión de entender a conduta como un síntoma ou unha aprendizaxe disfuncional que terá unha función relacionada cunha historia previa de vida. O importante é non xeneralizar e poder buscar, ante unha mesma conduta, a orixe e a función da mesma, non quedando simplemente na superficie ou no aparente ou máis visible. Aínda nestes casos, é fundamental non perder a perspectiva e non esquecer que moitas veces a conduta é o síntoma dun malestar ou dunha patoloxía e que debaixo desta conduta aparentemente manipulativa e egoísta adoitamos atopar numerosas historias traumáticas.

En certos trastornos da personalidade, a sintomatoloxía pode relacionarse cunha maior probabilidade de que existan condutas onde se produza dano cara aos demais. Sen entrar en profundar, imos enumerar algunhas das características que vemos como máis destacables:



Ilustración do libro “Phantasms Original stories illustrating posthumous personality and character ... Sole edition” de Wirt Gerrare, 1895, Londres



Trastorno da Personalidade Paranoide:

- Desconfianza extrema (tenden a pensar que os demais, incluídos os seres queridos están na súa contra ou que se queren aproveitar deles).
- Tendencia a interpretar ofensas, burlas e menosprezos en feitos neutros.
- Preocupación excesiva acerca da lealdade ou da fidelidade dos demais; se ten parella, sospeita repetida e inxustificadamente que a súa parella lle é infiel.
- Tendencia a reprochar, a ser hostís e a cuestionar todo o que fan os demais (especialmente as intencións detrás das accións).
- Garda rancor durante tempo, mesmo palabras “exactas” que lle dixeron.
- Contraataca cando se sente atacado (percibindo ataques en feitos que non son aparentes para os demais).

Trastorno da Personalidade Antisocial:

- Agresividade.
- Condutas impulsivas e destrutivas.
- Falta de remorsos.
- Carisma superficial.
- Mentiras repetidas.
- Falta de interese e/ou respecto polas normas da sociedade.
- Dificultades frecuentes coa lei.
- Baixa ou nula empatía; desinterese real polos demais.
- Tendencia para violar os dereitos doutros; a explotar e utilizar aos demais.

Trastorno da Personalidade Narcisista:

- Sentimentos de grandeza; fantasías de éxito; tendencia a esaxerar logros e habilidades.
- Necesidade de admiración e atención continuada.
- Dificultades para empatizar coas necesidades doutros (aínda que algúns poden ser especialmente habilidosos para “captalas”).
- Baixa tolerancia á crítica.
- Egoísmo.
- Explotación dos demais.
- Desprezo, desvalorización dos demais (especialmente cando non lle compracen).
- Mentiras frecuentes, condutas manipulativas.

Trastorno da Personalidade Obsesivo-Compulsivo:

- Rixidez extrema; dificultades para flexibilizar.
- Inflexibilidade sobre temas de moral, ética ou valores.
- Meticulosidade excesiva.
- Inseguridade, falta de decisión, precaucións excesivas.
- Necesidade de manter a sensación de control (con reaccións extremas ante a posibilidade de perdelo).
- Excesiva dedicación ao traballo (na súa falta a outras áreas, por exemplo, parella).
- As cousas han de facerse “exactamente como eles ditan” (ata o punto de ofenderse por unha simple suxestión doutros).
- Inmersos na súa propia perspectiva; dificultades para ter en conta a dos demais.

Non podemos esquecer que por diante de calquera etiqueta diagnóstica existe unha persoa, única e individual. Por tanto, cando falamos destes trastornos e os seus criterios referímonos a uns síntomas xerais que son froito dunha combinación única onde temperamento e ambiente se interrelacionan estreitamente. En moitos casos, atopamos historias de trauma previas e que poden potenciar e dar sentido a unha maior prevalencia de agresividade (activa ou pasiva) cara aos demais, pero como sinalabamos, cada caso é único e non sempre un determinado trastorno ten que levar asociado condutas de agresividade.

En xeral, as persoas que presentan condutas violentas (activas ou pasivas) con frecuencia son “xulgadas e etiquetadas como malas” desde o principio, esquecendo que en moitos casos non deixan de ser estratexias que desenvolveu unha persoa que tamén ten a súa propia historia de abuso, negligencia e/ou malos tratos e que tamén poden beneficiarse dunha psicoterapia. Cómpre destacar, chegados a este punto, que en ningún momento o noso obxectivo é xustificar ningún tipo de agresividade, pero si que é importante entender a función e a orixe das condutas desde o punto de vista terapéutico.

Debemos por tanto, describir a diferenza que para nós existe entre *ser* e *facer*. Nun momento dado, calquera persoa pode levar a cabo unha acción que podería ser cualificada de mala, inadecuada, daniña, incorrecta, pero non por iso necesariamente a persoa debe ser etiquetada como mala. As características propias dun ser humano, o seu carácter, o seu temperamento non son equiparables ás accións que leva a cabo, aínda que unhas poidan influír sobre as outras.

Por tanto, a seguinte cuestión que se nos expón é entender cal é a función que desenvolverían esas condutas inadecuadas.

Javier Medina comenta que estas actitudes poderían ter a súa orixe na aprendizaxe social durante a infancia e adolescencia, pois a observación no fogar de modelos significativos que fan uso da violencia pode ter un profundo impacto no neno. O neno pode aprender que a **violencia** é unha forma *lexítima* de defender os propios dereitos.

Centrándonos na parte ambiental ou aprendida nos trastornos da personalidade, atopámonos habitualmente cunha maraña de vivencias, onde xeralmente non hai grandes diferenzas entre as situacións de gozar e perigo, onde o xogo, a exploración ou a vinculación cos demais adoitan estar relacionadas con experiencias adversas para o neno.

Se pensamos en posibles **factores de risco** para desenvolver condutas agresivas na vida adulta, a maioría deles lévannos a penetrarnos na contorna sociofamiliar na que a persoa crece. Cando falamos de contorna sociofamiliar referímonos á contorna na que medra e se desenvolve a persoa, non tendo que ser sempre esta a familia. Algúns dos posibles factores de risco a ter en conta serían:

- Historia biográfica traumática.
 - Sufrir malos tratos na infancia.
 - Presenciar (ou escoitar) violencia entre proxenitores.
- Ter interiorizado un sistema de “valores” que xustifica a violencia como xeito de resolver problemas.
- Outros:
 - Levar a cabo maltrato animal.
- Problemas psiquiátricos nun ou en ambos os proxenitores ou cuidadores principais, especialmente non atendidos ou sen tratamento.
- Familia desestruturada.
- Dificultades implicadas nos procesos de adopción.

Na nosa experiencia clínica adoitamos traballar a miúdo con nenos e adolescentes que presentan problemas de conduta e dificultades de comportamento importantes. En ocasións veñen acompañados polas súas familias ou polo menos por un dos seus proxenitores, noutras ocasións acoden cos educadores sociais ou cuidadores dos centros onde residen, ben por iniciativa do educador ou persoal do centro ou ben como pena imposta por un xuíz. Na maior parte dos casos hai unha historia familiar complexa, repleta de situacións traumáticas: omisión de cuidados, negligencia, malos tratos, familiares con enfermidades mentais graves ou adicións, abandonos, perdas...



4 Caso X

X é un mozo de 21 anos que acode acompañado polos seus pais á primeira entrevista. Vén de mala gana, con actitude pouco colaboradora e intimidante.

A familia de X informa de que desde unha idade temperá mostrou respostas agresivas tanto verbais como físicas, pero é durante os últimos cinco anos cando o comportamento, din, chega ao momento de cruel e “malvado”. Explican que cometeu delitos, roubou na casa á familia en incontables ocasións e que o ven como un caso perdido ao que habería que ingresar nalgún lugar para mozos conflictivos. A descrición que fan do seu fillo é dunha persoa sen principios e que non ten nada que ver con eles e cos seus outros dous fillos. O pai, de 56 anos, parece desbordado; a nai, de 51 anos, informa dos anteriores feitos desde a distancia emocional na primeira entrevista, relativizando a versión do pai.

Cando profundamos coa familia, a nai informa de que tivo unha infancia complicada. Comenta que foi a maior de tres irmáns e que desde moi cedo tivo que facerse cargo do seu coidado e da casa, porque a súa nai estaba enferma a maior parte do tempo, aínda que non sabe cal era a enfermidade que tiña. Ela lémbrese como moi responsable, o seu pai traballaba todo o día e daba por feito que ela se encargaría de todo. O primeiro recordo que ten facéndose cargo da casa é á idade de 6 anos. O pai informa de que tivo unha infancia feliz, con pais estritos aos que tiña que tratar de vostede; “eran outros tempos, había moito máis respecto polos adultos”. A nai recoñece estar desbordada polas necesidades do fillo desde que naceu. O pai recoñece non participar na educación do seu fillo e que se distanciou desde o principio. Explica que a medida que X medraba e daba problemas cada vez sentía máis rexeitamento: “sempre foi un neno inquieto, molestando constantemente”.

A medida que X foi medrando, os pais informan que non poden con el, o pai mantense na distancia e a nai séntese atafegada, co que repiten unha e outra vez o patrón de calar para evitar problemas e de darlle o que pide inmediatamente para que non reaccione de forma violenta.

Explorando co mozo, comenta que a única maneira na que lle fixeron caso foi cando se “comportaba mal”, refire “nunca fago nada ben, só cando a monto responden”. Di que sempre envexou os seus irmáns porque levaban todos os abrazos e atención positiva.

Este paciente é un exemplo de posible “malvado”, se quedásemos simplemente coa descrición das condutas e non realizamos unha comprensión de forma máis profunda da persoa, non quedando coa etiqueta, senón vendo máis aló, á persoa única que temos diante, poderemos así tentar entender a persoa e tamén o que lle pode estar a levar a comportarse dunha determinada maneira.

“A medida que X foi medrando, os pais informan que non poden con el, o pai mantense na distancia e a nai sentese atafegada”

5 | Caso J

Trátase dun caso dun adolescente adoptado nun país do leste de Europa aos 8 anos. Tras varios anos de problemas graves de conduta desde a súa chegada a España (agresións á nai, pelexas e conflitos graves con compañeiros de instituto, abuso de substancias...), explicaba nunha das sesións que tivemos no centro, como lle custaba entender que “non é necesario defender a túa opinión coa violencia”. Contábanos como era necesario para el, para poder sobrevivir nos centros de menores e de acollida nos que vivira ata o momento, como lle sorprende que na súa situación actual os demais mozos do seu redor non o fixesen (xa que para el era perigoso non facelo así, sería mostrarse débil e vulnerable e iso aumentaba as posibilidades de ser utilizado/agredido/abusado polos demais). J explicaba o complicado que era para el deixar de usar ese recurso, controlar o seu resorte violento en canto sentía que debía facerse “forte” para ser escoitado e entendido. Non era complicado para el entender as consecuencias que tiña non poder controlar esa agresividade, pero ao mesmo tempo resultáballe demasiado complicado freala. Afortunadamente, tras varios meses de terapia, conseguíuno.

“En numerosas ocasións as condutas inadecuadas son a única forma de ocupar un lugar no mundo”

6 | Conclusión

Moitos destes menores teñen un autoconcepto moi negativo, algúns móstrano; outros “agóchano” tras unha “fachada” dura, fría, retadora. Senten que son culpables ou polo menos responsables da maior parte das cousas que lles sucederon, xa que recibiron esa mensaxe directamente, “é a túa culpa”, ou porque non tiveron máis opción que asumir este rol para sobrevivir emocional e ás veces fisicamente e ter algunha sensación de control sobre as súas vidas. O caso é que desde a etiqueta de “son malo” a única opción que teñen é comportarse como tal, xa que se non..., “quen son?”.

En numerosas ocasións as condutas inadecuadas son a única forma de ocupar un lugar no mundo, noutras son a maneira de recibir algo máis de atención, noutras achegan unha sensación de control necesaria en contornas caóticas ou perigosas, noutras aprendeuse como a única opción posible de actuación.