

10.

**HAUR ETA NERABEEN
PSIKOPATOLOGIAREN ETA
OSASUN PSIKOLOGIKOAREN
EBALUAZIOA**

10. HAUR ETA NERABEEN PSIKOPATOLOGIAREN ETA OSASUN PSIKOLOGIKOAREN EBALUAZIOA

Sarrera

Haur eta nerabeen psikopatologia eta arazo klinikoen tratamendu egokia egin ahal izateko, ebaluazioa lehenengo pausoa da. Horixe da Diagnostiko Klinikoaren eginbeharra, zeina ondoan deskribatzen ditugun bi kontzepzio-diagnostikoetan koka baitezakegu:

1. Kontzepzio-diagnostikoak

Haur eta nerabeen psikopatologia eta osasunaren psikologikoaren ebaluazioan bi kontzepzio talde handi bereiz ditzakegu: Diagnostiko Kliniko Kategoriala eta Diagnostiko Kliniko Estatistikoa edo Dimentsionala. Biek helburu berdina dute: haur eta nerabeen arazo edo sindromeen sailkapena egitea. Baina modu ezberdinean egiten dute, tradizio ezberdinetatik datoz (medikuntza-tradiziotik dator lehena), eta tresna

ezberdinak erabiltzen dituzte.

Edozein kasutan, sindromeen sailkapena da bien helburua.

Achenbach eta Edelbrock-en (1978) arabera, sindrome bat zera da:

- nortasun mota baten agerbidea,
- egoera estresagarri baten aurrean izandako erreakzioa,
- estatistikoki elkaturik agertzen den portaera sorta bat,
- dimentsio edo ezaugarri psikologikoen isla bat.

Bi kontzepzio-diagnostiko horiek honela deskribatzen dira:

‣ **Diagnostiko Kliniko Kategoriala:** adostasuna lortu duten irizpide subjektiboak erabiltzen ditu.

‣ **Diagnostiko Kliniko Estatistikoa edo Dimentsionala:** azterketa faktorialen ondoren lortutako kategoria enpirikoak erabiltzen ditu.

1.1. Diagnostiko Kliniko Kategorialaren barruan bi hauek dira gaixotasunak edo arazoak sailkatzeko gehien erabiltzen diren sistemak:

‣ **ICD. *International Classification of Diseases*** edo ***Gaixotasunen nazioarteko sailkapena***. Gaur egun, haren hamargarren bertsioa dugu.

‣ **DSM. *Diagnostic and Statistical Manual*** edo ***Estatistikari eta diagnostikoari buruzko eskuliburua***. Gaur egun, haren laugarren bertsioa dugu.

Bi sistemetan hauek dira oinarrizko erregelak, portaera ezegokien sailkapena egiteko:

- 1. Sindromeak osatzen dituzten sintomak zehazki deskribatu behar dira, eta era operazional batean definitu.
- 2. Subjektu baten sailkapena egonkor eta iraunkor den era batean egingo da.
- 3. Definizioaren ezaugarriak aldatu gabe mantendu behar dira.

Diagnostiko Kliniko Kategorialaren ikusmoldetik erabiltzen diren tresnak:

Ikuspegi honetatik, **elkarrizketak** dira gehien erabiltzen den tresna. Helburua kontuan harturik, bi elkarrizketa mota erabiltzen dira: elkarrizketa biografikoak eta elkarrizketa diagnostikoak.

✳️ **Elkarrizketa biografikoen** helburua subjektuaren historiaren berri izatea da, haren *anamnesis* edo biografiarena, alegia. Hainbat iturritatik hartzen dituzte datuak: gurasoengandik, haur-nerabeengandik, edo biengandik. Horien artean, honako hauek aipatuko ditugu:

◊ CPDI, *Children's Personal Data Inventory*, edo *Haurren datu pertsonalen inbentarioa* (Shaywitz, 1982). Oso elkarrizketa egokia da, eta haurrari buruzko datu asko jasotzen du: demografikoak; genetikoak; jaiotza aurreko, inguruko eta ondokoak; eboluzioa; garapen sozial eta fisikoa; bizi-gertakizunak...

◊ *Pauta de Entrevista para Padres*, edo *Guraso-elkarrizketarako eredua* (Pelechano, 1980). 78 galderatan, hauek aztertzen ditu: eboluzio-prozesuak; familia-harremanak; portaera afektibo, sozialak eta eskolakoak.

◊ *Entrevista Evolutiva* (García Martos, 1983)

◆ *Prediagnóstico Infantil* (Angel Izquierdo, 1982)

Lehenengoa kultura anglosaxoiaren arabera egina dago; azkeneko hirurak, espainiarrean. Ez dago euskal bertsiarik.

* **Elkarrizketa diagnostikoak** arazoaren diagnostikoa egin ahal izateko erabiltzen den tresna malgu eta egokia da. Orain, zenbait elkarrizketa egituratu eta erdi egituratu aurkezten ditugu:

◆ **Egituratuak:**

◆ DICA, *Haur eta nerabeentzako elkarrizketa diagnostikoa* (Herjanic et al., 1975)

◆ DICA-P. *Haur eta nerabeentzako elkarrizketa diagnostikoa* (gurasoei pasatzeko egina).

◆ DICA-R, *Haur eta nerabeentzako elkarrizketa diagnostiko berrikusia* (Reich eta Welner, 1988)

◆ DISC, *Haurrentzako elkarrizketa diagnostikoa* (Costello eta al., 1982, 1985)

◆ CSI *Haur eta nerabeentzako hautaketa inbentarioa* (Langner et al., 1976)

Elkarrizketa horiei buruzko informazioa taula honetan agertzen da.

HAUR ETA NERABEEN ARAZOAK EBALUATZEKO ERABILTZEN DIREN ELKARRIZKETA EGITURATUAK

TRESNA	EBALUATUA	FORMA	EGILEAK
Haur eta nerabeentzako elkarrizketa diagnostikoa - Berrikusia	Gurasoak Haurrak, 6-12 Nerabeak, 13-17	DICA-P DICA-R-C DICA-R-A	HERJANIC ET AL., 1975-77 REICH ETA WELNER, 1989
Haurrentzako elkarrizketa diagnostikoa	Gurasoak Haurrak eta nerab., 6-18	DISC-P DISC-C	COSTELLO ET AL., 1982 COSTELLO ET AL., 1985
Haur-nerabeen hautaketa inbentarioa	Gurasoak Haur-nerabeak, 6-18	CSI	LANGNER ET AL., 1976

**HAUR ETA NERABEEN ARAZOAK EBALUATZEKO ERABILTZEN DIREN
ELKARRIZKETA EGITURATUAK**

	DICA-R	DISC	CSI
DESKRIPZIOA			
Itemak	267: sintomei buruz (hasiera, iraupena, gertakizunak)	264 haur/nerabe 302 gurasoak	35: arazo emozionalak eta portaerazkoak
Erantzunak	Ez/batzuetan/bai	Ez/batzuetan/bai (0,1,2)	
Denbora	60 minutu	h.-n.: 40-60 minutu gur.: 60-80 min	15-20 minutu
Informatzaileak	Gur., haur.,nerab.	Gur., haurrak, nerab.	Gurasoak
Behar den formakuntza	Klinikoa	Klinikoa	Klinikoa
Entrenamendu- maila	Ertaina	Ertaina	Motza
INFORMAZIOA			
Sintomak	200	Dauden/ez, hasiera, luzarokoak.	Badauden/ez Maiztasuna; maila
Eskalak	6: eskola eta harreman-arazoak	27 sintomatologia eskala	7 faktoreak eta puntuazio orokorra
Diagnostikoa	DSM-III-R	DSM-III-R	Ez
EZAUGARRI PSIKOMETRIK.			
Test-birtest fidagarritasun. Baliozkotasuna	Ez Ona	Ona Oso ona	Ez da ematen Ertaina
APLIKAZIOA			
Oinarrizkoa Bigarren mailakoa	Ikerketa eta epidemiologia Diagnostiko klinikoa	Epidemiologia Ikerketa klinikoa Sintomen zerrenda	Deskribatzailea (ez da egokia klasifikazioak egiteko)

DICA-REN ELEMENTUEN ADIBIDEAK (bereizkuntza-nahastea)

158. Gurasoekin ez zaudenean, zerbait txarra gertatzeaz (gaixotasunaz, zauriez, heriotzaz) asko kezkatzen al zara?

159. Uste al duzu zure gurasoak gehiago ez ikusteko moduko zerbait (bahiketarik, hilketarik) gerta daitekeela?

160. Ez al duzu eskolara joan nahi zure gurasoei zerbait txarra gertatzearen beldurrez (gaixotasunaren, ezbeharren, heriotzaren beldur)?

158., 159. eta 160. galderari ezetz erantzunez gero, 174.era pasatu; baietz erantzunez gero, 161.arekin eta ondorengoekin jarraitu).

161. Gauean lo egiteko zure ama edo aita (edo beste helduren bat) ondoan behar al duzu?

◆ *Erdi egituratuak:*

◆ K-SADS, *Portaera afektiboen nahaste eta eskizofreniaren erregistroa* (Puig-Antich eta Chambers, 1978, 1983 eta 1986)

◆ ISC, *Haurrentzako elkarrizketa-erregistroa* (Kobaks, 1978, 1985)

◆ CAS, *Haurrentzako ebaluazio-erregistroa* (Hodges eta beste, 1982, 1986)

◆ CAPA, *Haur eta nerabeentzako ebaluazio psikiatrikoa* (Angold et al., 1995)

**HAUR ETA NERABEEN ARAZOAK EBALUATZEKO ERABILTZEN DIREN
ELKARRIZKETA ERDI EGITURATUAK**

TRESNA	EBALUATUA	FORMA	EGILEAK
<i>Portaera afektiboen nahaste eta eskizofreniaren erregistroa</i>	Gurasoak Haur-nerabe: 6-18 Epidemiologikoa	K-SADS-R-P K-SADS-R-C K-SADS-R-E	Puig-Antich eta Chambers (1978, 1983 eta 1986)
<i>Haurrentzako elkarrizketa-erregistroa</i>	Haur-nerabe: 8-17	ISC-C Sarrera- Jarraipen.	Kovacs eta Beck, 1977
<i>Haurrentzako ebaluazio-erregistroa</i>	Gurasoak Haur-nerabe: 7-16	P-CAS C-CAS	Hodges et al., 1981-1990
<i>Haur eta nerabeentzako ebaluazio psikiatrikoa</i>	Gurasoak Haur-nerabe: 8-18	CAPA	Angold et al., 1995

**HAUR ETA NERABEEN ARAZOAK EBALUATZEKO ERABILTZEN DIREN
ELKARRIZKETA ERDI EGITURATUAK (jarraipena)**

	K-SADS-R	ISC
DESKRIPZIOA		
Itemak	100. 49 eremu. 11 behaketa. punt.orokorra	43 , sintomak 12 behaketa
Erantzunak	1 (ezer ez) 6 (dena)	0(ezer ez)-8(asko)
Denbora	15-20 minutu ez eg. 30-40 min. Erdiegitur.	40-60 minutu
Informatzaileak	guras, haur,ner.6-18	gur, haur, nerab.(8-17)
Behar den formak.	Klinikoa oso experim.	Klinikoa oso experim.
Entrenam.maila	Formak. berezia	Formak. berezia
INFORMAZIOA		
Sintomak	bai/ez/maila	48 sintomak
Eskalak	12 esk/1 orokorra	Ez
Diagnostikoa	DSM-III-R	DSM-III-R
EZAUG. PSIKOMETRIK.		
Fidagarritasuna	Ona	Ona
Baliozkotasuna	Oso Ona	Oso ona
APLIKAZIOA		
Oinarrizkoa	Diagnostikoa- Iker.Klin	Ikerk. Klinikoa
Bigarren mailakoa	Irizpide Diagnostikoak Aldaketa terap.ebaluaz.	Diag. diferentziala Eb. Klinikoa, Tratamend. ebaluaz.

**HAUR ETA NERABEEN ARAZOAK EBALUATZEKO ERABILTZEN DIREN
ELKARRIZKETA ERDI EGITURATUAK (jarraipena)**

	CAS	CAPA
DESKRIPZIOA		
Itemak	320: hiru partetan banatuta: 1. Edukiak 2. Sintomatologia. 3. Behaketa	1401: hiru partetan banatuta: 1. Sarrera 2. Sintomen ebaluazioa 3. Sintomen eragina arlo ezberdinetan
Erantzunak	bai/ez; anbigüo; e.e.	bai/ez; ez du erantzuten; ez dagokio
Denbora	60 minutu	60 minutu
Informatzaileak	Gurasoak; haur-nerabe.	Gurasoak; haur-nerabe
Behar den formakun.	Kliniko esperientziaduna	Klinikoa
Entrenamendu-maila	Formazio berezia	1-5 hilabete
INFORMAZIOA		
Sintomak	bai/ez; hasiera-iraupena	bai/ez; iraupena
Eskalak	11 informazio arloak	12 informazio arloak
Diagnostikoa	DSM-III-R (IV prest.)	DSM-III-R ETA CIE10
EZAUG. PSIKOMETRIK.		
Fidagarritasuna	Ona	Ona
Baliozkotasuna	Ona	Ona
APLIKAZIOA		
Oinarrizkoa	Ebal. klinikoa; adiagnostik.	Ikerk. Klinikoa Diagnostikoa
Bigarren mailakoa	Ikerkuntz. klinik. Sintomak markatu	Ikerkuntza

CAS ELKARRIZKETAREN ELEMENTUEN ADIBIDEAK

Zer da eskolatik gehien gustatzen zaizuna?

Zenbat lagun dituzu?

Ondo pasatzeko zer egiten duzu?

1.2. Diagnostiko Kliniko Estatistikoa edo Dimentsionala

Ebaluazio-ikuspuntu honetatik, portaera arazotsua *continuum* bat bezala ikusten da, eta intentsitate eta konbinazioetan datza ezberdintasuna. Jarrera honek portaera ez-normalaren ikuspegi kuantitatiboak hartzen ditu kontuan. Azterketa faktoriala oinarrizko tresna da. Lagin zabalak aztertu ondoren, lortutako datu normatiboak erabiltzen ditu kategoria enpirikoak sortzeko.

Diagnostiko Kliniko Estatistikoa edo Dimentsionalaren ikusmoldetik erabiltzen diren tresnak

Hemen erabiltzen diren tresnak (inbentarioak eta galdesortak, gehienetan) bi taldetan banatzen dira:

1. Dimentsio Anitzeko Tresnak
2. Dimentsio Bakarrekoak

◆ **Dimentsio Anitzeko Tresnak:**

Portaera ezegokien *screening* (gainbegirada) bat egiteko pentsatuta dira. Diagnostiko-prozesuaren hasieran datuak biltzeko oso erabilgarriak dira. Abantaila batzuk dituzte: puntuazio estandarizatuak eskaintzen dituzte; pasatzen eta zuzentzen errazak dira (beraz, ebaluazioaren kosteak murriztu egiten dituzte), eta posible egiten dute konstrukto berdina tresna batekin baino gehiagorekin ebaluatzea.

Haien artean, portaera arazotsuen hainbat inbentario ditugu.

◆ **CBCL. *Child Behavior Check List* edo *Haur-portaeren zerrenda*** (Achenbach eta Edelbrock, 1978, 1983)

- Guraso eta irakasleentzako bertsioak daude.
- Populazio kliniko eta normaletan aplikatzen da, nahi izanez gero.
- Egitura
 - 1. partea: haurraren egokitzapen soziala ebaluatzen du 20 galderatan
 - 2. partea: portaera-zerrenda bat lantzen da, 118 galderatan; maiztasunaren arabera, 0-1-2 puntu ematen zaio galdera bakoitzari; faktore hauek lantzen dira:
 - depresioa
 - inkomunikazioa
 - obsesibitate-konpulsibitatea
 - kexu somatikoak

- bakartze soziala
- eskizofrenia
- hiperaktibitatea
- agresibitatea
- delinkuentzia
- beste arazo batzuk

Lehenengo bostak *barne-sindrometzat* jotzen dira; bigarren laurak, *kanpo-sindrometzat*. *Sindrome mistoak* ere badaude, lehenengoen eta bigarrenen izaeraren ezaugarriak dauzkatenak, hala nola sexu motako arazoak, heldutasunik gabeko portaera edo bakartze soziala.

Azpieskala bakoitzaren puntuazioa lortutako puntuen batura da. Estandarizazioa T puntuazioen arabera egiten da. Ezaugarri psikometriko onak ditu.

CBCLren elementuen adibideak

- Komunikatu kanpo kaka egiten du.
- Obsesionatuta dago. Pentsamendu batzuk ezin ditu burutik kendu.
- Helduekiko menpekotasuna du.
- Negar asko egiten du.
- Bakarrik sentitzen da.
- Ez du ondo jaten.

◆ **YSR. *Youth Self Report*, edo *Gazteentzako autotxostena*** (Achenbach eta

Edelbrock, 1987).

Nerabeen (11 urtetik 18 urtera bitartekoen) autoaplikaziorako diseinatuta dago.

CBCLren antzeko egitura du, eta faktore hauek ditu:

- depresioa
- ez-populartasuna
- kexu somatikoak
- pentsamenduaren nahasketak
- autosuntsitzea
- agresibitatea
- delinkuentzia

YSRren elementuen adibideak

- Nire gauzak puskatzen ditut.
- Managaitza naiz etxean.
- Ez naiz beste neskekin (mutilekin) ongi konpontzen.
- Erraz jartzen naiz jeloskor.
- Besteak behar duenean, laguntzeko prest nago.

◆ **PIC, *Personality Inventory for Children*** edo ***Haurrentzako nortasun-inbentarioa***

(Wirt eta beste, 1977).

PIC, *Personality Inventory for Children*, MMPIren antzeko test bat da, haur eta gurasoei aplikatzen zaiena. 600 item edo galdera dauzka, eta 3 urtetik 16 urtera bitartean aplikatzen da. 14 eskala kliniko eta bi kontrol-eskala dauzka: L, gezurra, eta F, maiztasuna.

Eskala klinikoak hauek dira:

- defentsa-jarrera
- egokitzea
- eskola-errendimendua
- adimen-maila (6-10 urte)
- garapena
- kexu somatikoak
- depresioa
- familia-harremanak
- delinkuentzia
- atzerapen soziala
- antsietatea (herstura)
- psikosia
- hiperaktibitatea
- trebetasun sozialak

Baremo ezberdinak daude mutilentzat eta neskentzat, baita adin bakoitzerako ere. Ezaugarri psikometriko onak ditu. Asko erabiltzen da, eta, MMPIk bezala, desabantaila bakarra dauka: oso luzea dela.

◆ **Dimentsio bakarreko tresnak**

Autotxostenen bidez egiten dira, gehienetan, ebaluazioak (galdesortak, eskalak edo inbentarioak) erabiliz. Haur eta nerabeen dinamikaren barruan garrantzia duten ebaluazio arlo batzuk aurkezten ditugu hemen, ebaluatzeko erabiltzen diren tresnekin batera:

ANTSIETATEAREN EBALUAZIOA

Antsietatea oinarrizko emozio bat da. Arrisku-, kezka-, zalantza-egoeretan edo gainezka egiten diguten gertakarien aurrean denok bizi izan ditugu antsietate-uneak. Populazioaren % 15ek jasaten du noiz edo noiz antsietate-asaldurik.

Haur eta nerabeetan, antsietatea ebaluatzeko autotxostenak dira gehien erabiltzen diren tresnak. Ezaugarriena, segur asko, STAI testaren bertsio bat da:

◆ **STAIC *State Trait - Anxiety Inventory for Children*** edo ***Haurrentzako antsietateari buruzko egoera-ezaugarri inbentarioa*** (Spielberger eta beste, 1973). Test honek antsietate-ezaugarria eta antsietate-egoera bereizten ditu. Antsietate-

ezaugarria (AA) nortasun-ezaugarri bat da, egonkorra den zerbait. Antsietate-egoera (EA) une zehatz bati lotzen zaio, eta aldakorragoa da.

- Aplikazio-adina: 9-15 urte.
- 20 galdera, antsietate-ezaugarria (AA) ebaluatzeko, eta beste 20 galdera, antsietate-egoera (EA). Galderaren formulazio positiboa eta negatiboa tartekaturik daude.
- Ezaugarri psikometriko (fidagarritasuna test-birtestean, baliozkotasuna) onak ditu

STAICren elementuen adibideak

- Urduri nago.
- Kezkaturik nago.
- Zoriontsua naiz.
- Seguru sentitzen naiz.

◆ **CAS, *Child Anxiety Scale*** edo ***Haurrentzako antsietate-eskala*** (Gillis, 1980) 6-8 urteko haurrei pasatzeko sortutako eskala da. Eskolako lehenengo urteetan (OHoko 1., 2. eta 3. mailetan) gerta daitezkeen antsietate-nahasteak hasieratik atzematea du helburu, lehenbailehen tratamendu egokia hasteko.

- 20 galdera ditu, bakoitzak bi erantzun aukeran dituela.
- Taldeka eta bakarka pasatzen da.
- Iraupena: 20-30 minutu.
- OHoko 1., 2. eta 3. mailetarako baremoak daude.

- Ezaugarri psikometrikoak onak ditu, autoreen arabera

HASERREA

Haserrearen, asertibitatearen, eta agresibitatearen konstruktoak bereizteko zailtasuna ebaluazio-tresnetan islatzen da. Izan ere, tresna askotan elkaturik agertzen dira.

Haserrea ebaluatzeko tresna zaharrena haur eta nerabeen munduan hauxe da:

◆ CIA, *Children's Inventory of Anger* edo *Haurrentzako Haserre Inbentarioa*

(Nelson eta Finch, 1978).

- 9 urtetik 12 urtera bitartean erabiltzen da.
- Eskola- eta klinika-mailan erabil daiteke 71 itemetan.
- Lau puntuko eskala batean balioztatzen dira haserre-erreakzioak.

◆ Ezagunena eta erabiliena da STAXI, *State – Trait Anger Expression Inventory*

edo *Haserre-adierazpenei buruzko egoera-ezaugarri inbentarioa* (Spielberger, 1988).

- Nerabe eta helduentzat da.
- Haserre-sentimendua eta adierazpena ebaluatzen ditu 44 itemetan.
- Lau puntuko eskala batean balioztatzen dira haserre-erreakzioak.
- Lau faktore dauzka: haserre-egoera / haserre-ezaugarria, kanporako haserrea / barrurako haserrea, haserrearen kontrola eta haserrearen adierazpena.

Testa gaztelaniaz egina dago, Galiziako populazioarentzat egindako egokitzapen batean (Saburido eta Gómez, 1991). Ez dago euskaratua.

FOBIAK ETA BELDURRAK

Haur baten beldurrei dagokienez, garrantzi berdina daukate zertan laguntzen jakiteak eta zer egin behar ez den jakiteak. Oso garrantzitsua da gurasoek haurren beldurrak errespetatzen eta ulertzen saiatzea.

Beldurrak ekidinezinak dira, baina kontrolagarriak, haurrak guraso edo zaintzaileen konfiantza eta laguntza baditu. Hona hemen zuretzat (guraso, irakasle, hezitzaile...) haurrari beldurra gainditzen laguntzeko hainbat aholku.

- **Ez** beldurtu haurra munstro, fantasma eta sorginen istorioekin, bereziki ohera joan aurretik. Pertsonaia horiek ez direla existitzen esan behar diezu.
- **Ez** barrerik egin haurrak azaltzen dituen beldurrez. Haien beldurrei burla egiten badiezu, beren buruenganako konfiantza murriztu egingo da. “Ez izan tentela, zu bezalako haurrek ez lukete horren beldur izan behar” edo “Ez duzu beldur horien lotsa izan behar?” bezalako esaldiek ez dute haien beldurra gutxituko. Aitzitik, beren beldurren berri emateko gogoia kenduko diete.
- Duen baino beldur gehiago **ez** sentiarazi haurrari. Berak zure ziurtasun eta konfiantza eduki behar ditu. **Ez** alde batera utzi haren beldurrak. Ez

gezurrik esan, beldurrezko egoera bati buruz gezurra esaten baduzu beldurra areagotu egingo da eta.

- **Ez** behartu haurra beldurra ematen dion egoeratik pasatzera. Beldurrak ez dira gainditzen egoerari behin eta berriro aurre eginez; askotan, horrek beldurra handitu dezake. Haurra poliki-poliki ohitu behar da beldurra ematen dioten egoeretara.
- **Ez** sentiarazi haurrari zeure beldurrak. Armiarme beldur badiezu, haurrak igarri egin dezake. Zure beldurrei aurre egiteko moduak haurrari antzeko egoeretan aritzeko gaitasuna ematen dio.
- **Ez** tratatu haurra beldurtia edo haur txikia balitz bezala, egoera baten aurrean beldurtzen bada. Ez haiei trufa egin. Horrek ez dio lagunduko: bakarrik dagoela eta ulertzen ez dutela sentituko du.
- **Ez** behartu haurra bere beldurrari bakarrik aurre egitera. Akats handia da. Ez behartu haurra bakarrik gela ilun batera sartzera, hark ez badu nahi. Horrela, haren antsietatea areagotu, eta beldur hori luzatu daiteke. Gainera, egoerari ezin aurre egiteak ez dio bere buruaz harro egoten utziko.
- **Ez** eman garrantzi handirik. Bestela, askotan haurrak pentsa dezake bere beldurrak guztiz errealak direla, eta ezingo ditu egoera horiek gainditu.
- **Ez** utzi alde batera haurraren beldurrak. Horrela eginez gero, haurra bakarrik eta galduta sentituko da; ez du arazoari aurre egiteko modurik bilatuko, eta zure aldetik interes eta maitasun falta jasoko du.

Sarritan izaten diren beldurrak

Hirugarren eta laugarren urteen artean, haurraren adimen grinatsua (beharbada, telebista edo zinemaren eraginpean edota bere lagunekin komentatzen dituen esperientziak eraginda) estresa eta kezkek sortzen hasten da. Ondorioz, zaila egiten zaie errealitatea eta mamuak bereiztea. Iluntasunaren mundua oso ikaragarria izan daiteke adin horretako haur batentzat.

Garrantzitsuena haurrengan beldurra sorrarazi duen kausa ikertzea izango litzateke. Telebistako saio bat izan daiteke, edo zineman ikusitako filmen bat, edo eskolan irakasleak kontatutako krokodilo beldurgarri baten istorioa. Kontuan izan behar da adin horretako haurrak bere bizitzan aldaketak bizitzen ari dela: komuna erabiltzen hasi dira, atzamarra xurgatzeari utzi diote, eskolara hasi dira, irakasle berri bati egokitu beharra izan dute, eta abar.

Berritasun horiek guztiak antsietatea sortzen dute haurraren; errutinazko bizimodu batetik atera dira. Posible da haurrak lo egiteko orduan beldurra sentitzea, pentsatzen duelako esnatzen denean bere ama ez dela izango han edo bere imajinazioak sortu duen munstroa agertuko zaiolako. Argitxoak, izara magikoak, eskuargiak edo amaren hitzek haurra lasaitzen ez badute eta estres egoera luzatzen bada, orduan haurrak psikologo baten laguntzaren premia izan dezake.

Beldurrak aldatu egiten dira haur batetik bestera; beldurrak haurraren izaerak eta egoerak markatzen ditu. Baina, oro har, beldur gehienak unibertsalak dira. Bizitzaren lehen urtearen inguruan hasten dira, eta laugarren eta seigarren urteen

artean beldurrek indar gehiago izaten dute. Aro horretan, haurrak beldurra izango die intsektuei, animaliei, iluntasunari, pertsona ezezagunei, soinu gogorre, trumoiari eta ekaitzei, heriotzari, eta abarri. Hona hemen beldur horien deskripzioak:

1.- Pertsona ezezagunenganako beldurra. Beharrezkoa da hurrei erakustea ezezagunak diren pertsonekin hitz egitea benetan arriskutsua dela, baina askorik beldurtu gabe: gozokiak eta opariak ez onartu, ezezagunei eskua ez eman, ezta haiekin paseatzera joan. Haurrari konfiantza eta segurtasuna helarazi behar zaio, baina ezezagunen aurrean arreta izan behar duela esan.

2.- Iluntasunari beldurra. Beldur hori haurrari kontatutako munstro edo sorgin baten ipuinak eragin dezake, baita amesgaiztoek, ametsek edota etxebizitza-aldaketak. Haur batzuk argitxo bat piztuta utzita lasaitu egiten dira; gainera, seguruago sentitzen dira. Haurrak horrela eskatuz gero, aldi batean argitxoa piztuta utzi beharko dute gurasoek. Horrek ez dauka eragin negatiborik haurarentzat; gainera, aldi bat pasatu ondoren haurrari ahaztu egingo zaio beldur hori.

3.- Trumoi eta ekaitzei beldurra. Ekaitzak daudenean, leiho eta ate guztiak ez ixtea gomendatzen zaie gurasoei. Haurrak euria ikustea ona da. Gurasoek trumoiak zenbatzeko proposatu behar diote, joko bat balitz bezala. Gurasoek naturaren benetako fenomenoak esplikatuz beharko dizkiote beldurrik ez izateko: zergatik egiten duen euria, zergatik gertatzen diren trumoiak, eta abar; fenomeno horiek igarokorrak eta normalak direla, eta minik ez diotela egingo.

4.- **Animaliei beldurra.** Normala da haurrak ezagutzen ez duen animalia bat gerturatzean beldurra izatea. Distantziak poliki-poliki gutxitu egin behar dira, haurra behartu gabe. Komenigarria da, haurrak txikitatik animaliekin tratua edukitzea, argazkiak eta dokumentalak erakutsiz, ipuinak kontatuz, eta abar. Prozesua motela denez, pazientzia izan beharko dute gurasoek. Gurasoek txakur bati gerturatu eta hura laztandu beharko dute; eta, gero, haien haurrari berdina egitea proposatu (behartu gabe). Haurrari honako hau erakutsi beharko diote gurasoek: animalia bat ukitu baina lehen jabeari baimena eskatu beharko diola (jabeak baitaki animalia nolakoa den).

5.- **Gaueko izuak.** Haur batzuek bakarrik lo hartzen dute, gurasoak ondoan badituzte, edo gurasoen ohean badaude. Lo hartzeko beldurra beste beldurrekin erlazonaturik egoten da, esate baterako, amesgaiztoekin, munstroekin, sorginekin, eta besterekin. Gurasoek haurraren gehiegizko kitzikapena saihestu beharko dute, ohera joan baino lehenago. Haurra gauaren erdian garrasika eta negarrez hasten bada, gurasoek bere ondora joan behar dute haurra erlaxatzen eta lasaitzen saiatzeko. Gurasoak haurraren ondora urduri gerturatzen badira, ez dute ezer konponduko.

Beldurrek ez dituzte gurasoak kezkatu behar, haurraren garapena eragozten ez badute. Baina beldurren bat haurrari bizimodu normala egiten uzten ez badio, psikologo baten laguntzaren premia izan dezake.

Ebaluaziorako tresnak

Fobiak eta beldurrak haurtzaroko dinamikan presente dauden osagarriak direnez, tresna asko dago, galdesortak gehienetan, horiek ebaluatzeko, bai orokorrean bai espezifikoki (fobia edo beldur zehatzak: ospitaleak, sugeak, bakardadea, iluntasuna, eta abar).

Fobiak eta beldurrak ebaluatzeko lehenengo eskala Wolpe eta Lang-en ***Fear Survey Schedule*** edo ***Beldurren inbentarioa*** (FSS) izan zen, 1964. urtean egina, helduei eta nerabeei aplikatzeko. Haurrentzako bertsioa sortu zuten Scherer-ek eta Nakamura-k: ***Fear Survey Schedule for children*** edo ***Haurrentzako beldurren inbentarioa*** (FSSC), 1968. urtean. Bi horien ezaugarriak lauki honetan agertzen dira.

Nerabe eta haurren beldurra ebaluatzeko FSS eta FSSCren deskripzioa eta ezaugarriak

TRESNAREN IZENA	<i>Fear Survey Schedule III</i> edo <i>Beldurren Inbentarioa</i> (FSS III), 1964
TRESNA MOTA	Beldurren ezagutzari buruzko inbentarioa
EGILEAK	Wolpe eta Lang
APLIKAZIO-ADINA	Nerabe eta helduak
EGITURA	<p>72 item, 6 arlotan banaturik: A: animaliak (9 item) S: egoera sozialak edo pertsonartekoak (17 item) D: gaixotasuna, min fisikoa, heriotza (18 item) R: zaratak (4 item) O: beste fobia batzuk (16 item) V: denetarik (8 item)</p> <p>Erantzunak 5 puntuko eskala batean ematen dira</p>
EBALUATZEN DU	Hainbat estimuluren aurrean sorrarazitako beldur izugarrien intentsitatea
PASATZEA	Taldeka edo banaka
IRAUPENA	40 minutu
FIDAGARRITASUNA	Hersen-en arabera (1971) fidagarritasun-maila altua dauka
BALIOZKOTASUNA	Ona

TRESNAREN IZENA	<i>Fear Survey Schedule for Children</i> edo <i>Haurrentzako beldurren inbentarioa</i> (FSSC), 1968
TRESNA MOTA	Beldurren ezagutzari buruzko inbentarioa. FSS III-ren egokitzapena haurrentzat
EGILEAK	Scherer eta Nakamura
APLIKAZIO-ADINA	9-12 urte
EGITURA	80 item, 7 arlotan banaturik: <ul style="list-style-type: none"> • etxea • eskola • animaliak • egoera sozialak edo pertsonartekoak • gaixotasuna, min fisikoa • bidaiak • denetarik <p>Erantzunak 5 puntuko eskala batean ematen dira</p>
EBALUATZEN DU	Hainbat estimuluren aurrean sorrarazitako beldur izugarrien intentsitatea
PASATZEA	Taldeka edo banaka
FIDAGARRITASUNA	.082 astebeteko test-birtest
BALIOZKOTASUNA	Ona

DEPRESIOA

Depresioaren sintomatologia (hainbat autoreren arabera) hauxe da:

- disforia
- jateko gogoa galtzea/handitzea
- lo-arazoak
- mugimenduen asaldura ala moteltzea
- anhedonia, plazer edo interes falta
- energia falta
- erru-sentimenduak
- buru-hilketa (fantasiak edo saialdiak)
- bakartze soziala
- agresibitatea
- arreta-arazoak

Hasiera batean, haur-depresioaren existentzia bera ukatzen bazen ere, gaur egun ez bairik gabe onartzen da. Haren eragina % 5-13koa da (Kovacs-en CDI gaztelaniazko bertsioan, TEA, 2004).

Depresioaren ebaluazioan erabiltzen diren tresnak

A. Elkarrizketa egituratu eta erdi egituratu gehienetan, depresioa ebaluatzeko atalak daude, lehen ikusi dugun bezala (K-SADS bera, adibidez).

B. Autotxosten bereziak ere erabiltzen dira. Horien artean, ezagunenak dira CDI (Kovacs eta Beck, 1977; Kovacs, 1992) eta CDS, *Children's Depression Scale* (Tisher eta Lang, 1974; 1978).

◆ CDI, Children's Depression Inventory (Kovacs eta Beck, 1977; Kovacs, 1992)

- Beck-en depresioaren definizioa du oinarri teoriko.
- Enpirikoki eginga dago, eta hiru esaldiz osaturiko 27 item dauzka.
- 7 urtetik 17 urtera bitartean erabiltzekoa da.
- Gaur egun depresioa ebaluatzeko gehien erabiltzen den autotxostena da.
- Subjektu deprimituak eta ez-deprimituak bereizten dituen puntuazioa 19 da.
- Bakarka edo taldeka pasa daiteke, eta pasatze-denbora 10-25 minutukoa da. TEA etxeak atera berri du gaztelaniazko egokitza (2004).

CDIren item baten adibidea

- Beti nago triste.
- Maiz nago triste.
- Batzuetan nago triste.

◆ **CDS, Children's Depression Scale** (Tisher eta Lang, 1974; 1978)

- Gurasoei eta hurrei pasatzeko.
- 8 urtetik 16 urtera bitartean erabiltzen da.
- 66 item edo galdera dauzka, 18 positibo eta 48 depresibo.

CDSren elementuen adibideak

1. Gehienetan, alai sentitzen naiz
7. Bizitzan asko sufritzen dela uste dut.
28. Batzuetan, gorroto diot neure buruari.
41. Pertsona zoriontsua naiz.
52. Eskolan huts egiten badut, uste dut ez dudala ezertako balio.
63. Lagun asko daukat.

Testaren egitura

- **Depresiboa guztira.**
 - **RA.** Erantzun afektiboa. Umore-egoera eta subjektuaren sentimenduak.
 - **PS.** Arazo sozialak. Harreman sozialean dauden arazoak, bakartzea eta bakardadea.
 - **AE.** Autoestimua.
 - **PM.** Heriotzaren kezka.
 - **SC.** Erru-sentimenduak.
 - **DV.** Depresio-sintomak.

- **Positiboa guztira**

- **AA.** Animu, alaitasuna, zoriona subjektuaren bizitzan, edo bere falta.
- **PV.** Positiboak.

Zuzenketa eta interpretazioa:

- Txantilo baten bidez zuzentzen dira eskalak.
- Puntuazioak sexu eta adinaren arabera estandarizatzen dira.
- Estandarizazioa zentiletan eta dekatipotan egiten da.

BURU-HILKETA PORTAERAREN EBALUAZIOA

Nerabezaroan (15-19 urte) buru-hilketaren eragina handitu egiten da azken urteetan. Zaila da arrazoen berri ematea, hainbat arrazoiengatik gerta daitekeelako. Depresioa horietako bat da; deprimituta dauden subjektuen artean buru-hilketen proportzio altuagoa gertatzen da, behintzat.

Subjektuaren pertzepzioa garrantzizkoa da buru-hilketa ebaluatzean. Horregatik gehien erabiltzen diren tresnak autotxostenak dira.

A. Elkarrizketak

◆ SASUWSA. *Structured Assessment Schedule for use with Suicide Attempts* edo *Burua hiltzeko saialdiak ebaluatzeko elkarrizketa egituratua* (Catalan et al., 1980).

Elkarrizketa honek galdetzen du buru-hilketaren oinarrian dauden gertakizunez, saiakeraren seriotasun-mailaz, aurrekariez, arrazoiez, subjektuaren arazo psikologikoez, sare sozialaz, aurre egiteko estrategiez, uneko arazoez, eta abarrez.

B. Eskalak

◆ SIS. *Suicidal Intent Scale* edo *Suizidio-saialdien eskala* (Beck eta beste, 1979).

- 19 item dauzka, 0-2 punturekin balioztatzen direnak.
- Buru-hilketaren aurreko portaera ebaluatzen du, arrisku-faktoreak kontrolatzeko eta laguntzaren plangintza egiteko asmoz.
- Zortzi faktore dauzka: bakartzea; denbora, hartu diren neurriak; prestakuntza; asmoen komunikazioa; aurrez pentsatua izatea; oharrak eta izkribuak; besteen arreta eskuratzeko saiakuntzaren porrota.
- Ezaugarri psikometriko onak (barneko sendotasuna eta irizpidedun baliozkotasuna), autoreen arabera.
- Eskala horren birmoldaketa bat da MSSSI, *Modified Suicidal Intent Scale* edo *Burua hiltzeko saialdien eskala eraldatua* (Miller et al., 1989). Eskala hori osorik pasatzen da, baldin eta lehenengo lau itemetan subjektuak sakonago den azterketa bat baliagarria izango dela pentsatzeko moduan erantzuten badu.

◆ **SPS, *Suicide Probability Scale*** edo ***Burua hiltzeko probabilitatearen eskala***, Cull

eta Gill, 1982.

- 14 urtetik aurrera pasatzen da.
- Nork bere burua hiltzeko arriskua ebaluatzen du.
- 36 item dauzka, lau azpieskalatan banatuak: burua hiltzeko burutazioa, etsipena, autokontzeptua eta etsaitasuna.
- T puntuazioetan estandarizatzen ditu emaitzak. 70etik gorako puntuazioak burua hiltzeko arriskua adierazten du.
- Ezaugarri psikometriko onak, autoreen arabera.

C. Galdesortak

◆ **SIQ, *Suicidal Ideation Questionnaire*** edo ***Burua Hiltzeko Burutapen Galdesorta***

(Reynolds, 1987).

Bi bertsio daude:

- 13 urtetik 15 urtera bitartekoentzakoa (15 item) eta
- 16 urtetik 18 urtera bitartekoentzakoa eta helduentzakoa (30 item).

Burua hiltzeko arriskua adierazten duten portaerei buruz galdetzen du.

ELIKADURA-PORTAERAREN NAHASTEAK ETA HAIEN EBALUAZIOA

Azken 30 urteetan, edertasun idealean aldaketa bat eman da. Gaur egungo gizarteak arreta asko jartzen die elikadura eta dietei. Dieta osasungarri bat izatearen garrantziaz hitz egiten da; kaloria, koipe edo azukre gutxi izan behar ditu. Bestalde, gehiegi balioesten da figura eta argaltasuna. Hau da, argal egotea eta gorputz liraina izatea balio pertsonal oso positibotzat hartzen da gure kulturaren. Mendebaldeko kulturaren, gizartearen presioak direla medio, argaltasuna osasunaren pareko jarri da, mass-mediaren bitartez. Horregatik, nerabeak diren emakume asko dieta egiten hasten dira, eta elikatze-jokaera patologikotara lerratzen. Jokaera horiek patologikotzat jotzen dira; besteak beste, honako hauek dira: pisua ez irabaztearren jandako elikagaiak botatzea edo elikagairik ez jatea (pisuarekin eta gorputz-irudiarekin kezkatuak).

Jakin badakigu gizakiak behar biologikotzat duela elikatzea. Organismoak elikagai kopuru bat behar du, eguneroko jarduerak egiteko, baina jateak berak baditu esanahi sozial eta kultural batzuk. Beraz, jateak komunikazio soziala ere badakar, eta jarrera patologikoen horretan ere eragina dute.

Elikadura-nahasteak jasaten dituzten pertsonen kopurua urtetik urtera handitzen da. Gehienak nerabezaroan dauden emakumeak dira, baina gero eta gehiagotan agertzen da gizonezko eta helduen artean. Emakumezkoen % 10ek (30 urtetik beherakoek) elikagai-arazoren bat duela kalkulatu da. Nahiz eta entitate diagnostiko nagusiak ANOREXIA NERBIOSOA eta BULIMIA NERBIOSOA izan, elikadura-nahasteen barruan beste zenbait sailkapen egin dira.

Elikadura Nahaste Motak

1. Anorexia nerbiosoa. Nahaste honen lehen deskripzio medikoa Richard Morton-ek egin zuen. 1873an, William Gull-ek, alde batetik, eta Ernest Lasègue frantsesak, bestetik, zenbait artikulatu idatzi zituzten gaixotasun bati buruz. Lehenengoak “anorexia nerbiosoa” deitu zion eta besteak “anorexia histerikoa”. Bi autoreak ados zeuden gaixotasun psikogenoa zela esatean.

Nahaste horren ezaugarria pisu-galera handi bat da, non gaixoak bere adin eta altuerarentzat egokia den pisua izateari uko egiten baitio. Elikagaiak ez irentsita galtzen du pisua, gizentzeko duen beldur fobiko batek bultzatuta. Pisu-jaitsiera hori lortzeko, halaber, gaixoak gehiegizko ariketa fisikoa egin, laxanteak (aringarri) eta diuretikoak hartu, edo botatzea eragin dezake.

Anorexia nerbiosoa jasaten duten pertsonak bereizgarri komun batzuk dituzte: perfekzionistak dira, lehiakorrak, adimentsuak, emozionalki heldugabeak, autoestimu gutxikoak, familiaren menpekoak. Haien autoestimua pisuaren araberakoa da, arazoak dituzte erlazio sozialetan, eta beren itxura distortsionatzen dute. Oro har, ez dira jabetzen beren arazoaz, eta oso zaila da espezialista batengana joatea laguntza eske.

Lehenengo sintomak:

- gorputz-tenperaturaren beherakada
- ilea erortzea
- takikardia arina
- idorreria
- kalanbreak

- amenorrea

Tipoak:

Anorexia nerbiosoaren koadro klinikoaren barruan DSM-IVaren arabera bi mota bereizten dira:

- ***Murritzalea.*** Dietaren, barauaren edo gehiegizko ariketaren bidez pisua galtzea litzateke. Pertsona horiek perfekzionistak eta zurrinak dira, eta eraginkortasun ezaren sentimendua izaten dute. Ez dute, eskuarki, betekadarik egiten edo purgarik hartzen.
- ***Bulimikoa/konpulsiboa.*** Subjektuak betekada handiak egin, eta botaka eragiten dioten beren buruari, edo aringarri edo diuretikoak erabiltzen dituzte pisurik ez irabazteko. Bulkadak kontrolatzeko arazo gehiago izaten dute, droga eta alkoholaren abusurako erraztasuna, labilitate emozionalerako joera (umore-aldaketak), eta abar.

2. *Bulimia nerbiosoa.* *Bulimia* hitzaren esanahiak hainbat ibilbide ditu historian zehar. Brenda Parry-Jones-ek egindako lanaren arabera, antzinako Greziatik dator. Erdi Aroan eta Aro Modernoan, “irensteko joera asezin”tzat jotzen zen, gero irentsitakoa bota edo ez; beste zenbait sintoma ere agertzen zituen (batzuetan, elikagaiak ez diren substantziak irentsi nahia).

Nahiz eta kontzeptua aspaldikoa izan, 1970eko hamarkadaren bukaeran hasten da entitate nosologiko independentetzat hartzen. 1979an, Russell izan zen lehena koadro klinikoaren deskribapen oso bat egiten; nahaste horren lehen irizpide diagnostikoak ezarri zituen, eta *bulimia nerbiosoa* kontzeptua sartu zuen. Horrek oinarritzko hiru ezaugarri bereizten zituen:

- 1.- Subjektuek asko jateko bulkada jasanezinak dituzte.
- 2.- Botaka eginez eta aringarriak erabiliz pisua irabaztea ekiditen dute.
- 3.- Gizentzeko beldur morbosoa izaten dute.

Gaur egun oso eztabaidatua da elikagadura-nahasteen arteko erlazioa. Ez da harritzekoa anorexia nerbiosoa duen subjektu batek etorkizunean bulimia nerbiosoa garatzea. Egia esanda, zenbait autorek *continuum* batez dihardute.

Bulimiaren kausa zehatzak ez dira ezagutzen, baina badaude faktore eraginkor batzuk: presio kulturalak eta familiarak, nahaste emozionalak eta nortasunezkoak, besteak beste.

Konpentsatzeko erabilitako mekanismoak kontuan izanda, bulimia nerbioaren azpisailkapen bat egin daiteke, DSM-IVren arabera:

- **Jariatzailea (“*purging*”).** Norberak eragindako botatzeak, aringarri, diuretiko eta enemak erabiliz. Gorputz-irudiaren distortsio handiagoarekin, eta depresio eta obsesio handiagoekin loturik dago, beste tipokoak baino.

- **Ez-jariatzailea** (“*non purging*”). Erabilitako mekanismo konpentsatzaileak, kasu honetan, baraua eta ariketa fisiko gehiegizkoa dira.

3. **Pika.** Elikagaiak ez diren substantziak irensten dituzte; jaten den substantzia hori adinarekin aldatzen da: haur txikitan, pintura, sokak, ilea edo arropa izan daitezke, eta haur handitan, berriz, animalien kakak, harea, intsektuak, hostoak... Arazo hori nerabeengan eta helduengan ere ager daiteke. Nahaste hori buru-atzerapenarekin erlazionatzen da, baina pobrezia, abandonua eta gurasoen absentsia arrisku-faktoreak izan daitezke.

Etiopatogenia edo elikagai-nahasteen kausak

Ezberdinak dira. Hemen aurkezten ditugu ikuspegien arabera sailkatuta:

- › **Ikuspegi biologikoak.** Hipotalamoa, neurotransmisorea, metabolismoa eta alderdi genetikoak hartu behar dira kontuan. Russell-ek nahaste neuroendokrinoekin, pisu-galerarekin eta aldaketa psikikoekin erlazionatu zituen anorexia nerbioaren kasuan. Bulimia nerbioaren kasuan zenbait sistemen asalduek deskribatzen dira. Horietaz gain, elikadura-nahasteetan herentziazko faktoreez ere hitz egin da.
- › **Ikuspegi psikologikoak.** Nahaste horien hasierari dagokion aldi ebolutiboa kontuan hartu behar da (nerabezaroa). Aldi horretan, aldaketa, gatazka eta tentsio ugari izaten dira. Testuinguru horretan, pisua eta altuera handitzeak eta bigarren mailako ezaugarri sexualak agertzeak aldarazten dute gorputz-irudia; aldaketa hori eragingarria izan daiteke. Zenbait autorek elikadura-nahasteen agerpena

erlazionatzen dute bizitzako zenbait egoera estresagarriekin, besteak beste, abusu sexualaren historiarekin, atzerrian egotearekin, galtze-sentimenduarekin...

‣ **Familia ikuspegiak.** Autore batzuen iritziz, zenbait elikadura-nahasteren azken azalpena familia-giroko eraginei eta esperientziei zor zaie. Zenbait ikerketaren arabera, bulimia eta anorexia dutenen familiek jarrera erasokor eta negatiboak azaltzen dituzte beren alaben behar emozionalen aurrean. Era berean, horiek familia-giro gatazkatsuagoa hautemango dute: laguntza moral, independentzia eta azalpen emozional gutxiago. Familiako norbaiten presioa eragingarria izan daiteke, subjektuak argaltzeko dieta bat hastea erabaki dezan.

‣ **Ikuspegi soziokulturalak.** Argi dago gure gizartean argaltasunaren moda gero eta indartsuagoa dela. Emakumeari ideal estetiko altu bat proposatzen zaio (antinaturala), edertasuna *muturreko argaltasun* batekin lotuz. Irudi hori etengabe azaltzen da komunikabideetan, eta, horrekin batera, arrakasta, garaipena eta giza balioak bultzatu nahi dira. Beraz, argal egoteko presio sozialaz hitz egin daiteke. Lan-munduan ere, gorputzak duen garrantzia nabaria da. Laburtuaz, eragin soziokulturalak ondorioztatzen dira elikadura-jokaera eta jarreretatik. Subjektu askok pisua galtzeko osasungarriak ez diren metodoak ikasi dituzte komunikabideen bitartez. Autore askoren iritziz, faktore soziokulturek eragin nabarmena dute elikagai-nahasteen hasieretan.

Elikadura-nahasteen ebaluazioa

Subjektu horien ebaluazio zuzena egin behar da, patologia hau ondo ulertzeko eta neurri terapeutiko egokiak hartzeko. Garrantzi handikoa da **Historia Kliniko-Psikiatrikoa** egitea. Ez da erraza subjektuen historia kliniko oso bat egitea. Askotan, subjektuek ez dute beren gaixotasunaren kontzientziarik, ez dute laguntzen, eta familiarengatik joaten dira kontsultara. Oinarrizkoa da paziente eta terapeutaren arteko harremana konfiantzazkoa eta errespetuzkoa izatea, gero tratamendu terapeutikoa ezartzeko. Hauek dira zenbait baliabide:

1.1.- Elkarrizketa kliniko familiarra edo indibiduala:

Eskuarki, gaixoa bere familiarekin joaten da kontsultara, baina paziente prest badago hasteko, berari egiten zaizkio hasierako galderak. Lehenengo harremanean, medikuaren eta profesionalaren laguntzarekin hasieran, informazioa lor daiteke pazientearen sintomatologiaz, haren ondorio fisiko, emozional, sozial eta akademikoaz. Pazienteek hitz egingo dute galdutako pisuaz, hilekoaren desagerpenaz, hotzaz, esnatze goiztiarrez, idorreriaz eta ateratzeko denbora faltaz. Zailagoa da bere sintomatologia depresiboaz eta obsesiboaz hitz egitea. Konfiantzazko klima bat sortu behar da, tentsioa kentzeko eta pazienteak errazago hitz egiteko. Aldi berean, gurasoek isilik egoten saiatu behar dute.

Elkarrizketa asko daude. Horien artean hauek aipagarri dira: **IDED, Elikadura Arazoen Diagnostikoa** edo **Diagnostic of Eating Disorders** (Williamson, 1990); **EDE, Elikadura Arazoen Azterketa** edo **Eating Disorder Examination** (Fairburn eta Wilson,

1993); eta Stanfordeko *Elikaduraren Klinika* edo *Stanford Eating Disorders Clinic* (Agras, 1987).

1.2.- Elikagaiekiko jokaera edo elikaduraren arazoaren sintomen autotxostenak:

Subjektuaren jateko ohituren inguruan informazioa biltzea beharrezkoa da: otorduen maiztasuna, norekin/non jaten duen, gustu eta lehentasunak, zer jan ohi duen, zer ekiditen duen...

◆Subjektu anorexikoetan, elikadura-ohitura ezohikoak agertzen dira, ez jatean oinarritutako dieta zurrunean batera. Atentzioa ematen du jateko moduak: gutxi eta oso mantso, behin eta berriz murtxikatuz... Familiako beste kideekin jatea ekiditen dute, bakarrik jan nahiago dutelako.

◆Subjektu bulimikoetan, denbora gutxian egiten dituzte irensteak janari kopuru handia janez (kaloria askokoak). Elikadura-jokaera horretan, kontrol ezaren sentipena izaten da, eta jateari uzteko zailtasunak azaltzen dira.

APAk gomendatzen du ebaluazioa zenbait instrumentu estandarizaturen bitartez egitea. Beraz, zenbait eskala diseinatu dira diagnostikoa berresteko eta sintomatologiaren intentsitatea balioesteko. Eskala horiek bi taldetan sailkatzen dira:

- *Elikagadura-jokaeraren nahastea* neurtzen dutenak. Adibidez, Slade-k (1973) diseinaturiko *Anorexia Behavior Scale (Anorexia Portaera Ebaluatzeko Eskala)* edo Vandereycken-en (1984) *Anoretic Behavior Observation Scale* edo *Anorexia Portaera Ebaluatzeko Eskala*.

- Galdesorta autoaplikatuak. Adibidez, *Eating Attitudes Test* eta *Bulimia Test* (BULIT) (Smith eta Thelen, 1984).

◆ *EAT, Eating Attitudes Test* edo *Elikaduraren aurreko jarrera* (Garner eta Garfinkel, 1979)

- Test honek, oro har, 40 item ditu guztira, eta elikaduraren aurreko jarrera ebaluatzen du. Hiru zatiz osatuta dago:
 - **1. zatia.** Zenbait galdera daude: altueraren ingurukoak; normalean izaten den pisua; izan den pisurik handiena eta txikiena, eta kirolaren inguruko beste galdera bat. Zati honen helburua subjektuaren pisu-historialaren inguruko informazioa ematea izango da, eta guztietatik laburrena da.
 - **2. zatia.** 26 itemek osatzen dute, eta item bakoitzak 6 erantzun posible ditu maiztasun irizpidearen arabera sailkatuak: *beti, ia beti, askotan, batzuetan, gutxitan* eta *inoiz ez* dira aukera posibleak. Erantzun guztien eskuinaldean puntuaziorako zutabe bat dago, eta bukaeran denen batuketa egin behar da.
 - **3. zatia.** 5 itemek osatzen dute, baina item horiei erantzuteko modua ezberdina da. Item bakoitzak *bai/ez* erantzun-aukera posibleak ditu. Lehenengo hiru itemetan baietz erantzunez gero, azken sei hilabeteetan izandako maiztasunaren inguruko galdera

bat egiten da. Hala, azken bi itemetan, *noiz* galderari erantzun beharra dago, *baietz* erantzunez gero.

- Azkenik, puntuazioa lortzeko eta hura interpretatzeko, zenbait aipamen daude. Ebakitze-puntua (puntuazio horretatik aurrera anorexia dagoela esan dezakegu) 20koa da, gaztelaniazko bertsioan (Castro et al., 1991).

◆ *Stanford Eating Disorders Questionnaire* edo *Stanfordeko janari-desorekari buruzko galdesorta* (Agras, 1987).

- Galdesorta hori hiru zatitan banatua dago:
 - **1. zatia:** pertsonaren datu pertsonalak (adina, sexua, egoera-zibila, haurrak...).
 - **2. zatia:** pisuaren historia barneratzen du. Itemek alderdi hauek lantzen dituzte: pisua, altuera, eta bien arteko erlazioa; satisfakzio-maila norberaren gorputzarekin; besteen iritzien garrantzia norbere irudiaren pertzepzioan; jateko ohiturak; kontrol-maila janariarekiko; bizitzan zehar izandako pisu-galera eta –irabaziak; konpentsaziozko jokaeren agerpena; botiken eta drogen kontsumoa...
 - **3. zatia:** familiako historia, eta aita eta amaren inguruko zenbait datu barne hartzen ditu.
- Galdesorta honek 49 item dauzka guztira. Item horien egituraketa-mailari dagokionez, 1. zatiak 10 item ditu. Erantzuteko moduari dagokionez, batzuek aukera batzuetatik bat seinalatzea eskatzen dute, eta besteek idatziz erantzutea.

2. zatiak 37 item ditu (zati nagusia), eta itemak mota hauetakoak dira: aukera anitzekoak; *bai /ez / ez dakit* formakoak, eta norberak idatziz erantzun beharrekoak. Azkenik, 3. zatian, 2 item daude gurasoen ingurukoak. Horiek dira *bai / ez / ez dakit* formakoak edo norberak idatziz erantzun beharrekoak.

1.3.- Azterketa psikopatologikoa:

Subjektuak pisua galtzera bultzatzen dituen motibo nagusia norbere gorputzarekiko asegabetasuna izango da. Jarrera patologiko horiek aztertuko dira: subjektuak gorputz-irudia noraino baztertzen duen, pisu-igoerak autoestimuan nolako eragina duen, zenbatero pisatzen den, eta pisu-galeraren aurrean pozten ote den.

Sintomatologia depresiboa eta antsietatezkoa normala izaten da elikadura-nahasteak dituzten pertsonengan. Anorexia nerbiosoa duten subjektuengan antsietate lausoa nabari da, betiere kanpoko faktoreek (familia-presioak, lanekoak...), gizentzeko duten beldur fobikoak eta janariarekiko kontrol ezak eragindakoa. Bulimia nerbiosoa dutenengan, aldiz, antsietate-egoera zenbait egoerak eragiten dute; betekada handiekin lasaitzen da, baina ondorengo erru-sentimendua kentzeko jandakoa desagerrarazi egiten da. Nahaste nagusien artean, alkoholismoa, droga-menpekotasuna eta autoerasoak azaltzen dira; baita bakartze soziala eta arlo guztietako interesen murrizketa ere.

1.4.- Nortasunaren ikerketa:

Subjektuen nortasunaren ezaugarriak ezagutzea komeni da, test proiektibo edo galdesorten bitartez. Besteak beste, honako hauek erabil daitezke: *Tematic Aperception*

Test (TAT), Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI) edo Eysenck Personality Inventory.

1.5.- Familiako giroaren azterketa:

Elikadura-nahasteen hasieran eta eboluzioan duen garrantziatik aztertu behar da. Familia-dinamika ebaluatzeko test psikologiko estandarizatuak, galdesortak eta behaketa-metodoak erabiltzen dira. Erabilienak: “*Family Environment*”, “*Family Assessment Measure*” eta “*The Family Adaptability and Cohesion Scale*”.

1.6.- Egoera organikoa:

Azterketa fisikoan, kontuan hartu beharrekoak: tentsio arteriala, pultsua, tenperatura, arnasketa (minutuko), pisua eta altuera. Erreparatu egin behar zaie deshidratazioari, mukosen lehorketari, edemen presentziari. Elikadura-egoeraren balioespenari dagokionez, autore gehienak bat datoz esatean neurri egoki bat Quetelet-en Indizea edo Gorputz Masaren Indizea (IMC) dela.

HIPERAKTIBITATEA

Autore askoren aburuz, hiperaktibitatea da haurren artean hedatuen dagoen arazo klinikoa, eragina eta funtzionaltasun eza irizpidetzat hartzen baditugu. Gainera, nerabegarora eta helduarora hedatu ohi da sarritan.

Nahiz eta oraindik ez dugun lortu **hiperaktibitatea jasaten duten haurren kopuru** zehatzaren datua, hainbat ikerketatan emaitza hauek lortu dituzte:

- Ipar Amerikan egindako ikerketetan (*Barkley, 1982*), haur hiperaktiboek eskolako populazioaren % 5 osatzen dutela ikusi da.
- *Ross eta Ross-ek (1982)* eskolako lehen urteetan, gela bakoitzean, batez beste, bi haur hiperaktibo detektatu dituzte.
- *Safer eta Krager-ek (1988)* baieztatzen dute haien inguruko eskoletan nahaste hau jasaten duten milioi eta erdi haur daudela, gutxi gorabehera.

Duela urte gutxiko ikerketetan zifra berditsuak lortu dituzte adituek. Hala ere, ez dira datu guztiz fidagarriak, nahaste honen diagnostikoak dituen mugak eta zailtasunak kontuan hartzen baditugu. Nolanahi ere, enpirikoki frogatutako datuek argi erakusten dute, hiperaktibitatea dela jokabide-nahasteen artean ohikoena haurren artean.

Bestetik, ikerketa epidemiologikoek **sexuen arteko ezberdintasunak** aurkitu dituzte. Hiperaktibitatea jasaten duten haurren artean, mutilak gehiago dira neskak baino. Esaterako, *Ávila eta Polaino-Lorente-k (1991)* ikusi dute 6 mutileko 4 neskak jasaten dutela hiperaktibitatea. Hala ere, datu horiek kontu handiz erabili behar dira, aztertutako populazioa ez baita populazioaren lagin adierazgarria.

1. Haur-hiperaktibitatearen ondorioak

Gurasoek eta adituek galdera hauek planteatu ohi dituzte: zer gertatuko da heldua izatera iristen denean? Zein izango da haren errendimendu akademikoa? Harremanetan arazoak izango ote ditu? Lortuko al du gizartean modu egokian integratzea eta sozialki egokitzea? Arazo psikologikorik izango ote du?

Galdera horiei guztiei erantzuteko, funtsezkoa da nahastearen sintoma nuklearrei erreparatzea (**arreta-defizitari, inpultsibitateari eta gehiegizko aktibitate motorrari**). Sintoma horiek maila pertsonalean, eskolan, familian eta gizartean jasateak emango digu arrastorik arazo eta ondorio posiblei buruz. Hori guztia kontuan hartuz, nabaria da haurraren garapen sozio-afektiboan eta akademikoan sintomatologia horrek oso eragin negatiboa izango duela..

Ondorio pertsonalak

Ikerketa ugari egin dira, hiperaktibitateak eragin ditzakeen ondorio pertsonalen inguruko informazioa jasotzeko, eta, oro har, duela gutxi arte egin diren ikerketetan jasoriko datuek honako hau erakutsi dute: hiperaktibitate-aurrekariak izan dituzten nerabeek delinkuentzia, eskola-porrota, arazo sozialak eta osasun-arazoak jasateko probabilitate handiagoa dute. Ildo horretatik, badirudi mutilen populazioak jokabide-arazoak izateko joera duela; aldiz, nesken populazioak sindrome depresiboak izateko joera du. Beraz, baieztatu dezakegu hiperaktiboak diren haurrek ikaskuntza-arazoak, jokabide-nahasteak eta nahaste afektiboak garatzeko arrisku handiagoa dutela hiperaktibo ez diren haurrek baino.

Ondorio akademikoak

Arretari eusteko gaitasuna izatea funtsezkoa da errendimendu akademikoari dagokionez. Ondorioz, arretaren nahasteek eragin zuzena dute ikaskuntza-gaitasunean. Beraz, haur-hiperaktibitatean, sintoma adierazgarrienetako bat arreta-

gaitasunaren defizita izanik, logikoa da haur horiek ikaskuntza-arazoak izatea. Gainera, inpultsibitatearen sintomak, arreta-gaitasuna galarazteaz gain, eragin handia dauka errendimendu akademiko baxuan.

Haur hiperaktiboak ezaugarri hauek dituzte arlo horri dagokionez: a) idazteko eta marrazteko trakeostasuna; b) matematika-jarduerak egiteko zailtasunak; d) irakurmen apala; e) informazioa gordetzeko gaitasun txikia; f) ideia abstraktuak ulertzeko gaitasun oso urria g) informazio berria barneratzeko eta ideiei aplikatzeko gaitasun murrizta; h) informazio garrantzitsua garrantzitsua ez denetik banatzeko gaitasun gutxitua; i) informazioa esploratzeko desegokiak diren estrategien erabilera.

Aipaturiko ezaugarri horien ondorioz, ez da harritzeko haur horiek errendimendu akademiko baxua izatea, eta horrek sarritan eskola-porrotera eramaten ditu.

2. Haur-hiperaktibitatearen profila

Haur hiperaktibo baten jokabidearen deskribapena egin beharko bagenu, egonezina aipatuko genuke. Egonezin horren ezaugarri dira etengabeko gorputz-mugimenduak, arreta galtzeko erraztasuna eta presazko jokaerak. Hiru ezaugarri horiek dira hiperaktibitatearen sintoma nuklearrak.

- **Arreta-gaitasunaren defizita.** Arreta, ikaskuntzarekin eta jokabide pautekin zuzenki lotuta aurkitzen da. Horrela, errendimendu akademiko baxua, jokabide ezegokiak eta ez-egokitzapen soziala arreta nahastearen espresio izatera hel daitezke.
- **Inpultsibitatea.** Hiperaktibitatearen bigarren sintoma bereizgarria dugu. Haur horiek inpultsiboak izan ohi dira, arlo kognitiboan nahiz jokabidezkoan. Oro har, eginkizun batetik bestera pasatzen dira,

pentsatzeko edo planifikatzeko gelditu gabe (jokabide-arloa); eginkizunei aurre egiteko estrategia ezegokiak erabiltzen dituzte presa handiz, eta, ondorioz, akats ugari egin ohi dituzte. Sintoma honek erlazio estua du arreta-defizitarekin.

- ***Gehiegizko aktibitate motorra.*** Hirugarren sintoma nuklearra dugu. Haurrak bere adin eta egoerari ez dagokien gehiegizko aktibitatea agertzen du. Ez da gai geldi egoteko. Ikuspuntu sintomatiko batetik, aktibitate motorra da hiperaktibitatearen balioespen diferentzian bereizte-gaitasun handiena duen ezaugarria.

- ***Beste ezaugarri psikopatologiko gehigarri batzuk.*** Haur hiperaktiboaren profila ez da hiru elementu horietara mugatzen. Ezaugarri hauek ere ohikoak dira nahaste horretan: errendimendu akademiko baxua, jokabide-nahasteak (delinkuentzia- eta agresibitate-jokaerak), eta nahaste afektiboak (sintoma depresiboak, etengabeko frustrazioen ondorioz).

3. DSM IVren (1995) arabeko sailkapen diagnostikoa

A.- Diagnostiko orokorra

Bi dira, DSM IVren irizpideen arabera, diagnostiko honetara iristeko ibilbideak:

(1): **Arreta eza** adierazten duten sintoma hauetatik 6 (edo gehiago) sei hilabetez zehar edukitzea, subjektuaren garapen-mailarekin bat ez datorren eta desegokia den intentsitate batekin:

- (a) Sarritan ez du xehetasunetan arreta jartzen, edota, axolagabetasunaren ondorioz, akatsak egiten ditu eskola-eginkizunetan, laneko eginkizunetan edo beste jardueren batzuetan.
- (b) Sarritan arretari eusteko zailtasunak ditu jolas-jardueretan.

- (c) Sarritan badirudi ez duela entzuten hitz egiten zaionean.
- (d) Askotan ez ditu betetzen aginduak, eta ez ditu eskolako eginkizunak, enkarguak, edota betebeharrak amaitzen (jokabide hori ez dagokio jokabide negatibista bati, ezta aginduak ulertzeko gaitasun ezari ere).
- (e) Askotan zailtasunak ditu eginkizunak eta jarduerak antolatzeko.
- (f) Sarritan, buru-ahalegin jarraitua eskatzen duten jarduerak (eskolako lanak edo etxeko eginkizunak) ekiditen ditu, edota atsekabea eragiten diete.
- (g) Sarritan, eginkizunak eta jarduerak aurrera eramateko beharrezkoak diren objektuak galtzen ditu (esate baterako, jostailuak, arkatzak, liburuak, eskolako ariketak...).
- (h) Askotan, garrantzitsuak ez diren estimuluekin arreta galtzen dute; distraitu egiten dira.
- (i) Sarritan, eguneroko jarduerekin arduragabe ageri da.

(2): **Hiperaktibitate/inpulsibitatearen** adierazgarri diren sintometatik 6 (edo gehiago) sei hilabeteetan eduki dira, subjektuaren garapen-mailarekin bat ez datorren eta desegoki den intentsitate batekin:

Hiperaktibitatea

- (a) Sarritan, esku eta hankak mugitzen ditu, edo esertokian ez da geldirik egoten.
- (b) Askotan, bere esertokitik altxatzen da, gelan nahiz eserita egon behar duen beste edozein ingurutan.
- (c) Sarritan, ezegokia suertatzen den inguruetan korrika edota jauzika hasten da (nerabe eta helduetan, egonezinezko sentimendu subjektiboetara mugatu daiteke).
- (d) Askotan, jolas-eginkizunetan edota aisialdiko beste jarduera batzuetan aritzeko zailtasunak agertzen ditu.
- (e) Sarritan, “martxan dago” edo motor bat izango balu bezala jokatzen du.
- (f) Askotan, gehiegi hitz egiten du.

Inpulsibitatea

- (g) Sarritan, galderak egiten amaitu baino lehen erantzunak ematen ditu.
- (h) Askotan izaten du txanda errespetatzeko zailtasuna.
- (i) Sarritan, besteen jarduerak eteten ditu (esate baterako, besteen elkarrizketen edota jokoen erdian sartzen da).

B.- Nahasteak eragin ohi dituzten hiperaktibitate-inpulsibitatearen edo arreta ezaren hainbat sintoma agertzen dira haurrak 7 urte bete baino lehen.

C.- Sintomak eragindako nahasteak inguru bitan edo gehiagotan agertzen dira (esaterako, eskolan edo lanean eta etxean).

D.- Klinikoki esanguratsua den narriaduraren frogek argiak izan behar dute, jardun sozialean, akademikoan edo lanean.

E.- Sintomak ez dira eksklusiboki agertzen garapen orokorreko nahasteen, eskizofreniaren edota beste nahaste psikotiko batzuen bilakaeran. Eta ez dira buruko beste nahasteen presentziarengatik hobeki esplikatzen (esaterako, gogoaldateen nahastea, antsietate-nahastea, nahaste disoziatiboa edo nortasun-nahastea agertzeagatik).

4. Ebaluazio-teknikak

Hiperaktibitatea ebaluatzeko tekniken artean honako hauek aurki genitzake:

4.1. Elkarrizketa klinikoak

Hiperaktibitatearen ebaluazio diagnostikoan gehien erabili ohi den metodoa da. Elkarrizketaren bidez hasten da informazioa biltzen. Hiperaktibitatea ebaluatzeko elkarrizketa kliniko hauek azpimarratu genitzake:

- *Haur-ebaluazio egituratua (The Child Assessment Schedule), CAS*; Hodges, Kline, Fitch, McKnew eta Cytryn, 1981.
- *Gurasoentzako elkarrizketa (Parental Interview Format)*, Barkley-k egokitua (1981).
- *Gurasoen bidezko haurren sintomen ebaluazioa (Parental Account of Childhood Symptoms)*; Taylor, Schachar, Thorley eta Wieselberg, Institute of Psychiatry London (1986)

4.2. Jokabidea ebaluatzeko eskalak

Zenbait eskala orokorretan, hiperaktibitateari buruzko informazioa jasotzen da. Adibidez, CBCLn edo PICen. Badaude eskala espezifikoak ere, hiperaktibitatearen presentzia eta haren intentsitatea edota maiztasuna jasotzeko. Informazio-iturriak gurasoak, irakasleak, lagunak eta haurrak berak izaten dira. Hona hemen gehien erabiltzen direnak:

- *Guraso eta irakasleentzako Connors-en eskalak (“Parent Rating Scale” eta “Teacher Rating Scale”;* Connors 1969,1973).
- *Werry-Weiss eta Peters-en aktibitate-eskala (“Werry-Weiss - Peters Activity Scale”;* Werry-Weiss, 1968).
- *David-en Hiperkinesia-indizea (“Davids Hyperkinesis Index”;* Davids, 1971).
- *Hiperaktibitate Eskala (“Spring’s Hyperactivity Rating Scale”;* Spring et al., 1977).
- *Eskolako eta Familiako Egoerari buruzko Galdesorta (“Home and School Situations Questionnaire”;* Barkley eta Edelbrock, 1987).

◆ *Guraso eta irakasleentzako Connors-en eskalak (Parent Rating Scale eta Teacher Rating Scale;* Connors, 1969,1973).

Gurasoenak 96 item ditu, eta eskala hauetan banatzen dira.

- portaera-nahasteak
- beldurra
- antsietatea
- impulsibitatea/egonezina
- heldugabetasun / ikaskuntza-arazoak
- arazo psikosomatikoak
- obsesioa
- jarrera antisozialak
- hiperaktibitatea

Irakasleen eskala laburragoa da, 39 item ditu sei faktoretan biltzen direnak:

- hiperaktibitatea
- jarrera-arazoak
- labilitate emozionala

- antsietatea/pasibitatea
- jarrera antisoziala
- lo-arazoak

Galdera bakoitzak haurren jarrera bereizgarri bat deskribatzen du, gurasoek edo irakasleek horiek balioetsi beharko dituzte intentsitatearen arabera (ezer ez=0, gutxi=1, nahiko=2, asko=3).

◆ **Werry-Weiss eta Peters-en aktibitate-eskala (Werry-Weiss -Peters Activity Scale;** Werry-Weiss eta Peters, 1968).

- 31 itemak dauzka.
- Gurasoak dira informazio-iturria.
- 0-2ko eskala batean puntuatzen dira.
- Hainbat ingururi buruz ematen da informazioa: jatorduei, telebistari, etxeko lanei, toki publikoei eta eskolari buruz.

WWPARS-en itemen adibideak

Otorduetan haurra etengabe jaikitzen eta esertzen da.

Telebista ikusten duenean, besteak molestatzen ditu eta ez die kasu egiten uzten.

Ezin da geldirik egon.

Jolasten denean, beste haurren jarduna asaldatzen du.

◆ **Eskolako eta familiako egoeren galdesorta** (Home and School Situations Questionnaire; Barkley eta Edelbrock, 1987).

- 16 item dauzka.
- Haur hiperaktiboek eraginda, gurasoentzako arazo diren egoeren zerrenda bat da.

- Otik 9rainoko eskala batean erantzuten da.
- Tratamenduen planifikaziorako oso erabilgarria da.
- Haur normalen eta hiperaktiboen ebakitze-puntua: 5 puntu (edo gehiago) portaera oso arazotsuetarako; 7 baino gehiago erdiko intentsitaterako.
- Portzentaje-taulak daude eskuliburuan, diagnostikoa errazten dutenak.
- Eskola-egoeretan erabiltzekoak antzeko funtzionamendua du.

HSQren itemen adibideak

- ▲ Bakarrik jolasean
- ▲ Beste hurrekin jolasean
- ▲ Komunean
- ▲ Gurasoek telefonoz hitz egiten dutenean
- ▲ Toki publikoetan

SSQren itemen adibideak

- ▲ Eskolara heltzean
- ▲ Bere mahaian
- ▲ Talde txikietan egiten diren eginkizunetan
- ▲ Jolasorduetan
- ▲ Autobusean

4.3. Portaeraren behaketa

1970eko hamarkadatik aurrera, haur hiperkatiboak ebaluatzeko orduan portaeraren behaketari garrantzi berezia eman zaio. Behaketak egokiak dira:

- hiperaktibitatea agerraraz dezaketen ingurugiroko faktoreak ebaluatzeko,
- arrakasta terapeutikoa ebaluatzeko (farmakologikoa nahiz kognitibojokabidezkoa),
- ikerketa arloan, hiperaktibitatearen eremuko analisi multifaktorialerako neurri gisa.

Hona hemen hiperaktibitatearen behaketarako erabiltzen diren zenbait tresna:

- *Ikasgelako behaketa-kodea (Classroom Observation Code;* Abikoff eta Gitelman, 1980).
- *Gaitasun sozialen ebaluazioa (The Social Skills Test for Children, S.S.T.-C.;* Williamson eta lag., 1983).
- *Ama-haur interakzioa (Mother-Child Interaction during Play;* Campbell, 1987).

LO-ARAZOAK

Loaren nahastea sintoma komuna da, buruko nahaste eta nahaste somatiko batzuetan (hala nola, nahaste depresiboetan eta mina edo beste ondoez motaren bat eragiten duten nahaste fisikoetan), eta zenbait sendagai hartu izanari loturik egon daiteke. Gainera, lo-nahasteek beste buru-nahaste edo nahaste somatiko batzuk sorraraz edo areagotu ditzakete. Lo-nahasteak, nolabait ere, beste buru-nahaste bati

edo nahaste somatiko bati loturik daudenean, loaren nahaste gisa diagnostikatuko dira, betiere nahaste hori kexu nagusia bada.

Loaren antolamendua

Loa giza jokaeraren ezaugarri oinarritzakoa da. Hala ere, loaren mekanismoez eta funtzioez oso gutxi dakigu, kontuan hartuz bizitzaren herena lotan pasatzen dugula. Loa beharrezkoa dela badakigu, eta horren barruan fisiologiazko eta jokaerazko zenbait ezaugarri agertzen dira.

Garunaren funtzionamendua ulertzeko beharrezkoa da horren aktibitateari behatzea; hainbat metodo erabiltzen dira, besteak beste, garunaren aktibitate elektrikoari behatzea (elektroentzefalogramaren bitartez lortzen da).

Beste metodo bat da gizaki edo animalien jokaerari behatzea garun-lesioak jasan ondoren. Azkenik, badago beste bat: substantzien egoera (neurotransmisoreena edo hormonena) aztertzea jardueretan, lo- edo beila-egoeran.

EEG transmisiorako buruan elektrodo txikiak jartzen dira, eta horiek ordenagailu bati konektatzen. Elektrodo horiek garunean gertatzen diren tentsio-aldaketak erregistratzen dituzte. Transmisio hori edozein unetan egin daiteke; ez dauka inolako arriskurik. Loaren ikerketan gau osoan zehar irauten du transmisioak; pertsona loaren laborategian gau osoa egoten da, eta ordenagailuak haren garunaren aktibitatea erregistratzen du.

Lo-egoeran, eskuarki, bi fase bereizten dira: REM loa, non amets emozionalak gertatzen baitira, eta EZ REM loa.

REM siglak ingelesez “*rapid eye movement*” esan nahi du, begien mugimendu azkarrak gertatzen direlako fase horretan.

EZ REM loan, 4 estadio bereizten dira. Loaren sakontasunean, elektroentzefalogramaren aldaketetan eta subjektuaren kanpo-estimuluekiko erreakzio-maila ezberdinetan azaltzen dira.

Lehen eta bigarren estadioak lo arinekoak dira; hirugarren eta laugarrena, lo sakonekoak. Azken horietan, gero eta zailagoa da esnatzea.

Eskuarki, lo geratzen garenean, lo arin baten ondoren lo sakonean sartzen gara, eta, azkenik, REM loa dator. Ziklo hori gauean zehar errepikatzen da, baina lo sakonaren proportzioa gutxituz doa. REM loaren iraupena, aldiz, gaua aurrera joan ahala handituz doa.

EEGn azaltzen diren ezaugarriez gainera, loaren faseetan beste sintomak agertzen dira.

Giharren tentsioa gutxituz doa lehenengo faseetik laugarrenera. REM loan, nerbio-sistema autonomoaren aktibitate handia agertzen da, arnasketa azkarra, bihotz-taupaden abiadura azkarra eta irregularra, odol-presio altua, eta kortisol-jariaketa handia.

EZ REM loan, ez dago begi-mugimendurik, baina REM loan azkarrak eta indartsuak dira.

Gorputz-tenperatura hasierako fasean igotzen da; gero, jaitsi egiten da.

Bihotz-taupadak eta arnasketa moteltzen dira, eta odol-presioa jaisten da. Hazkuntzaren hormona, garrantzi handikoa haurrentzat, eragin zuzena dauka organismoaren funtzio askotan, adibidez, osteogenesisian eta prozesu metabolikoetan.

Loan gertatzen den beste aldaketa bat ametsena da. Gauaren hasieran, motzak, argiak eta pentsamenduz beteak izaten dira, baina emozionalki pobreak. Gaua aurrera joan ahala emozionalago eta nahasiagoak dira, fase horretan REM loa gehiagotan agertzen delako.

Zertarako loa?

Lotan gure bizitzaren herena pasatzen dugu, baina zertarako behar dugu loa?

Hainbat teoria daude hori azaltzen dutenak.

Horietako teoria batek dioenez, loak atsedean eta sintesirako funtzioa du. Lo sakonean, hazkuntza-hormona jariatzen da; horrek haurren haziera estimulatzen du. Ez da ezagutzen zer funtzio duen helduengan, baina organismoaren errekupeazioan laguntzen duela dirudi.

Estresaren hormonaren, kortisolaren, kontzentrazioak jaitsi egiten dira loaldian. Esmatzean, produkzioa areagotzen da. Beste ikerketa batzuen ustez, loak egokitze-funtzioa dauka. Hipotesi horrek dioenez, haur txikiek REM lo gehiago izaten dute, eta horrek nolabaiteko barne-estimulazioa dakar, garapenerako garrantzitsua izango dena.

REM loa ere garrantzitsua izango litzateke oroitzenak finkatzeko. Lo egiten ez badugu, informazioa iraupen laburreko oroimenetik iraupen luzeko oroimenera igarotzeko arazoak egongo lirateke.

Disomniaren eta parasomniaren arteko ezberdintasunak

Loaren nahasteak bi azpitalde handitan zatituta daude DSM IVaren arabera (APA,1994): disomniak eta parasomniak. Lehen kasuan, nahaste nagusia da loaren kantitate, kalitate eta ordutegiaren araberakoa. Bigarren kasuan, berriz, nahaste nagusiak loaldian zehar gertatzen diren fenomeno anomaloekin zerikusia du.

Disomniak loaren hasieran agertzen dira, eta mantentzearekin erlazionaturik daude: loaren kantitate, kalitate eta ordutegiarekin erlazionatutako nahasteak dira. Honako hauek barne hartzen ditu:

- Lehen mailako insomnia: kantitate eta kalitate txikiko loa.
- Lehen mailako hipersomnia: logura, loaldi luzeak eta eguneko loaren agerpena.
- Narkolepsia: kontrolaezinezko lo-atakeak.
- Arnasketarekin erlazionatutako lo-nahasteak: loaldian arnasketaren nahasteak direla eta, gehiegizko logura edo insomnia.
- Erritmo zirkadianoaren nahasteak: *lo-beila* biorritmo naturalaren desegokitzeak.
- Disomnia ez-espezifikoa.

Parasomniak loarekin batera agertzen diren jokaera edo fenomeno fisiologiko ezohikoak dira.

- Amesgaiztoak: amets beldurgarriak, errepikatzen direnak eta subjektua esnatzen dutenak.
- Gaueko izuak: oihuz, negarrez eta beldurrez bat-batean esnatzea.
- Sonanbulismoa: lotan ibiltzea.
- Parasomnia ez-espezifikoa.

Amesgaiztoen eta gaueko izuen ezaugarriak

Lehenik eta behin esan beharra dago amesgaiztoak eta gaueko izuak ez direla gauza bera, nahiz eta biak lo-nahasteak izan. Orain aipatuko ditugun ezberdintasunek garbi azaltzen dituzte haien arteko desberdintasunak:

A. Amesgaiztoak

Amets hertsagarriak dira eta haurra esnatzen dute; haurra beldurtuta, orientatuta eta maila begetatiboa apur bat aktibatuta agertzen da. Gurasoak haurra lasaitzera joaten direnean, haurra gai da amesgaiztoaren eduki guztiak azaltzeko, eduki horiek arriskutsu izan ohi dira haurraren autoestimurako edota biziraupenerako. Amesgaizto baten ondorioz, haurrak loa hartzeko arazoak dauzka, eta hurrengo goizean logalea ager daiteke; gainera, amets horiek maiz gertatuz gero, haurrak gaueko fobia gara dezake.

Antsietateak eragina handia du amesgaiztoetan, batez ere haurraren lehenengo eskola-urteetan (3 urtetik 6 urtera bitartean). Garai horretan, haurrak oraindik nahasi egiten ditu fantasia eta errealitatea. Horregatik, egunean zehar ederra eta atsegina den panpina gauean, logela ilun dagoela, beldurgarria den munstroa izan daiteke.

Gaixotasun bat izateak amesgaiztoak areagotu egin ditzake. Haur batek katarroa badu, eta horren ondorioz arnasa gaizki hartzen badu, norbaitek hura itotzen ari dela amestu dezake.

Amesgaiztoak REM fasean gertatzen dira, eta 10 minutu baina gehiago iraun dezakete. Amesgaiztoen hasiera graduala da, eta indar gehiago edo gutxiago izan dezakete.

CIE-10en diagnostikoa

CIE-10i dagokionez, diagnostiko zehatz bat egiteko ezaugarriak hauek dira:

- ▲ Gaueko lo edo siesta batetik esnatzean amesgaiztoen oroitzapen zehatza. Eskuarki, autoestimua, babes edo biziraupenarako arrisku bat dira.
- ▲ Gizabanakoa esnatzen denean, azkar orientatzen da.
- ▲ Ezinegona sorrarazten dute.

Epidemiologia

Amesgaiztoak haurtzaroan nahaste arruntak dira. Eskuarki, hirugarren eta bosgarren urtetik aurrera ageri dira. Eragina % 25ekoa da, eta, adina aurrera doan

heinean, behera egiten du. Fenomeno horren inguruan ez da aurkitu sexuen arteko ezberdintasun nabarmenik.

DSMren arabera, kasuen erdiak baino gehiago 10. urtetik aurretik hasten dira, eta kasuen bi herena, gutxi gorabehera, 20. urtearen aurretik. Kasuen % 60tan, gertakizun biografiko garrantzitsu bat azaldu ohi da nahastearen aurretik.

Etiologia

Oro har, amesgaiztoak haurrak aurreko egunetan edukitako edo ikusitako esperientzia positibo edo negatiboetan oinarritzen dira. Esperientzia negatibo horiek izan daitezke ikusitako beldurrezko film baten edo lagunekin komentatutako gai beldurgarri baten ondorio. Esperientzia positiboa, berriz, lortutako gaitasun berri baten galeraren beldurra izan daiteke, esaterako, txiza gainean ez egitea. Noizbehinkako amesgaizto horiek sarritan agertzen dira, eta horregatik ezin dira patologikotzat hartu. Patologikoak ez direnez, ez dauka zentzurik haurrari esperientzia negatiboak ekiditen saiatzeak, amesgaiztorik izan ez dezan, bizitzaren parte garrantzitsu bati uko egitea bailitzateke.

Tratamendua

Lehenengo eta behin, haurra distraitzen eta segurtasuna ematen saiatu behar dute gurasoek. Hori premiazkoa da batez ere haur oso txikiekin, haientzat magiaren eta munstroen mundua eguneroko bizitza bezain erreala izan baitaiteke.

Gurasoek amesgaiztoaren inguruko elkarrizketa bat izan beharko lukete beren seme-alabekin, ez unean bertan, baizik eta ondorengo egunean, haurra lasaiago dagoenean. Haurrak hain beldur sakona duenean, oso ulerkorra da, eta, gainera, gomendagarria da haurra gurasoen ohera eramatea.

Amesgaiztoei aurre egiteko beste aukera bat konfrontazio-metodoa da. Metodo horren bidez, terapeutak aurre egiten die amesgaiztoetan agertzen diren munstro edo gauza beldurgarriei. Terapeutak oihu egiten dio munstroari, eta, haurrak desagertzen dela ikusten duenez, hurrengo batean hark egingo dio aurre.

Funtzionatzen duen beste gauza bat da haurrari babestuko duen zinginarri bat edo antzeko zerbait eskaintzea. Garrantzitsuena da haurrak izaki irrealarekin borrokatzeko modua jasotzea; gainera, oso positiboa da metodoa ere irrealia izatea.

Beste metodo bat desentiberatze sistematikoa da; horren bidez, egunean zehar bizi izandako egoera kritikoa jokabide erlaxatu batekin lotzen saiatu behar du haurrak. Lehenengo eta behin arazoa sortzen duen egoera deskribatu behar da; gero, egoerak ordenatu egiten dira mehatxu-mailaren arabera, eta azkenik, erlaxatzeko ariketa errazak egiten dira.

Erlaxatzeko beste modu bat entrenamendu autogenoa da; entrenamendu hori lotuta dago haurra lasaitzeko eta bere buruarengan konfiantza areagotzeko autoinstrukzioekin. Autoinstrukzioak egoera mentalki mendean hartzeko esaldiak dira; adibidez, “Inoren laguntzarik gabe konpontzeko gai naiz”.

Lagugarria izan daiteke, halaber, amesgaizto baten aurrean haurrak izandako jokabide egokia saritzea.

B. Gaueko izuak

Amesgaiztoekin nahastea nahiko erraza da. Lokartuta zegoen haurra bat-batean eseri eta oihuka hasten da. Oihu horiekin batera mugimendu zakarrak eta sistema begetatiboaren aktibatze handia (takikardiak, izerdia, begi-niniaren dilatazioa...) agertzen dira.

Nahiz eta haurrak begiak zabal-zabalik eduki, ez dago esna. Gurasoen estimulu lasaigarrien aurrean ez du erantzunik ematen eta haurra esnatzea ezinezkoa da. Minutu batzuk pasatzean beldur izugarri hori desagertzen da, eta haurra berriz ere lokartzen edota esnatzen da. Krisi horiek 2-10 minutu irauten dute. Esnatzean, eskuarki, ez dira gertatutakoa gogoratzeko gai, eta, gogoratzekotan, edukiak ez dira argi ageri.

Nahastea loaldiaren EZ REM fasean agertzen da, oro har hirugarren eta laugarren estadioetan, gauaren lehenengo herenean.

Laburbilduz, honako hauek dira sintoma nagusiak:

- Gauean, bat-batean bortizki esnatzen dira.
- Negarra, oihuak, mugimendu bortitzak eta astinaldiak agertzen dira.
- Gertaerak irauten duen bitartean, ezinezkoa da haurra lasaitzea.
- Beldur-sentipen argia da, eta kitzikapen begetatibo altua (izerdi-jariatzea, takikardia...) gertatzen da.
- Nahiz eta haurrak begiak irekiak dituen, inguruko pertsonen begiratzen die, baina ez ditu ikusten, erabat esna ez dagoelako.

- Minutu batzuk pasatu ondoren, ikara desagertzen da, eta haurra lotara doa edota esnatzen da.
- Haurrak ezinezkoa du ikara-esperientziaz oroitzea, edo oroitzapena oso ahula da.
- Nahastea uhin motelen lo-fasean (EZ REM fasean) azaltzen da: oro har, 3. edo 4. estadioetan edo gauaren lehen laurdenean.

Epidemiologia

Gaueko izuak eskuraki 2. edo 3. urtearen inguruan agertzen dira. Erregistraturiko kasu gehienak 4. urtetik 12. urtera bitartean kokatzen dira, eta nerabezaroan desagertzeko joera dute; hau da, DSM-IVk adierazten duen adin tartean. Era berean, nahaste hori ere 20. eta 30. urtearen artean ager daiteke, eta kronifikatzeko arriskua du; horren maiztasuna eta larritasuna aldakorrak dira.

Bestalde, autore batzuentzat gaueko izuen eragina ezezaguna izan arren, zenbait ikerketa epidemiologiko egin dira, eta horien datuek azaltzen dute 4 urtetik 7 urtera bitarteko haurren amets-nahasteen % 63 gaueko izuak direla; portzentajeak hauek dira: 8 urtetik 10 urtera bitartean % 24, eta 11 urtetik 14 urtera bitartean % 15.

Nahaste horien inguruko beste informazio batzuek adierazten dute indize altua agertzen dela desoreka emozionalak dituzten familietako haurren artean, edo guraso

alkoholiko edo drogazaleen haurren artean ere. Ugariagoa da mutilengan nesengan baino, eta arazoa jasan dutenen lehen graduko senitartekoen artean populazio orokorrean baino (APA, 1994). Gainera, gaueko izuak sonambulismoarekin, somnilokiarekin eta enuresiarekin lotuta agertu dira.

Etiologia

Aldez aurretik esan beharra dago nahaste honen etiologiaren inguruan oso gutxi ezagutzen dela, eta badirudi *arousaleko* patroia anormal batekiko berezko joera baten isla (agian jatorri genetikokoa) dela. Beste ikerketa etiologiko batzuek nahastearen agerpena alkoholaren edo ansiolitikoen kontsumoarekin erlazionatzen dute, edo ametsik ezarekin, nekearekin, estresarekin, familia-gatazkekin, aldaketa emozionalekin eta antzeko aldagaiekin (APA, 1994).

Hauek dira zerikusia duten zenbait faktore:

- ▲ Faktore genetikoak: kasu hauetan normala da familiaren historian gaueko izuak jasan dituen norbait aurkitzea.
- ▲ Heltze-faktoreak: garapenarekin desagertzen dira eta nerabezaroarekin berriz ere agertzen; orduan, larriagoa den nahaste psikopatologiko baten ondorioa izan daitezke.
- ▲ Esperientzia antsiogenoak: egunean zehar bizi izandako esperientzia gogorrak, bai positiboak bai negatiboak, direla eta, haurra gauean oso urduri eta mugikor egon daiteke, eta, horrela, ikarak errazago ager daitezke.

- ▲ Sukarra izateak, hainbat farmako hartzeak eta nekatua egoteak gau bateko lo moteleko 3. eta 4. faseak areagotuko lituzke, eta, horrela, gaueko ikarak agertzeko probabilitatea areagotzen da.

Tratamendua / Esku hartzeko metodoak

Gehienetan, gaueko izuen kasuetarako tratamendu bat zehaztea beharrezkoa ez den arren, denborarekin bakarrik desagertzen direlako, gurasoei gomendatzen zaie, nahastea agertzean, haurra lasaitzea eta besarkatzea, berriro lokartu arte (Genovard, Gotzens eta Montané, 1981; Haslam, 1985). Gainera, gaueko izuak oinarrian duen arazo emozional orokorra arindu beharko da, haurraren ametsaren edukia “gida”tzat harturik. Genovard, Gotzens eta Montané-k (1987) gomendatzen dute, era berean, haurrari loa erraz hartzen lagunduko dioten errutinak ezartzea.

Beste aukera bat da, nahastea *delta ametsen* kantitate handiaren emaitza izateko probabilitatean oinarrituta (hau da, beharrezko orduak lo egin ez direnean), haurrak siesta egitea, edo ohera joateko ordua aurreratzea, edo bi gauza horiek aldi berean egitea, nekea saihesteko eta, ondorioz, delta loaren eta gaueko izuen agertzea (Bootzin eta Chambers, 1990).

Honako lauki honetan agertzen dira, laburbilduta, amesgaizto eta gaueko izuen arteko ezberdintasunak (Diagnostiko Diferentziala).

**Amesgaizto eta gaueko izuen arteko ezberdintasunak (diagnostiko
diferentziala)**

AMESGAIZTOAK	GAUEKO IZUAK
Amets beldurgarria, haurra esnatzen duena.	Haurra lokartua edo erdi lokartua dagoenean ageri den amets beldurgarria; haurra ez da esnatzen.
Ageri den aktibatzea mugimendu txiki batzuk dira, haurra esnatu baino lehenago gertatzen direnak.	Aurpegiak izu handia erakusten du; begiak zabalik infinitura begiratzen dute. Haurra ohean esertzen da edota lurrera salto egin dezake. Korrika has daiteke alde batetik bestera segurtasunaren bila.
Haurra esna dago gurasoek bere herstura hautematen dutenean, eta lasaitzean gertatutakoaren berri ematen du.	Haurrak denbora guztian lokartuta jarraitzen du, eta ezin dezake bere herstura azaldu. Larritasuna ezin daiteke eten edo arindu.
Haurra esnatzean bere alboan dagoen jendea (ama, aita, neba...) ezagutzen du, eta gauza bera gertatzen da alboan dituen objektuekin.	Bere alboan dituen pertsonak ez ditu ezagutzen. Maiz ametsen agertutako subjektu edo objektuekin nahasten ditu.
Ez dago haluzinaziorik.	Haurrak ametsen agertutako subjektu eta objektuei buruzko haluzinazioak ditu logelan dauden gauza edo pertsonekin.
Oro har, transpiraziorik ez dago.	Transpirazioa ageri da.
Behin lasaituta eta haurra berriro ohean dagoela gertatutakoari buruzko berrikuspen kontziente bat egin daiteke.	Izua eta gero loaldi gozo eta lasai bat dator.
Eskuarki, gertaerak 2-3 minutu irauten du.	Izuak 15-20 minutu iraun dezake.
Haurrak gutxi gorabehera ametsa gogoratzen du, eta gertaera ez du inoiz ahazten.	Amnesia erabatekoa da bai ametsari buruz bai geroko gertaerari buruz.

Haurtzaro eta nerabezaroko lo-nahasteen ebaluazioa eta ebaluazio-tresnak

Lo/esnaldi jokaerak ebaluatzen dira, batik bat informazioa jasotzeko teknika subjektiboak erabiliz, eta bakarrik batzuetan (patologia zehatzetan) gaueko erregistro polisomnografikoak edota monitorizazio ambulatorioa erabiltzea ezinbesteko suertatzen da. Teknika subjektiboek batez ere barne hartzen dituzte: a) gurasoei eta haurrari egindako elkarrizketa kliniko zehatza; b) loaren egunekoak/agendak; d) galdesortak eta eskala espezifikoak.

* **Elkarrizketa klinikoa.** Gurasoek eskaintzen dituzten datuak haurrak eskaintzen dituen datuekin osatu behar dira (haurrak horretarako adin nahikoa baldin badu). Haurra bakarka elkarrizketatu behar da.

* **Autotxostenak.** Noski, horretarako beharrezkoa da haurra erregistro idatzi bat egiteko gai izatea. Oinarrizko maila ezartzeko, erregistroak gutxienez bi aste iraun behar du, eta haurrak goizero bete behar du. Oso gomendagarria da gurasoek ere antzeko erregistro bat egitea.

Haur eta gurasoen arteko elkarrekintza eta ohituren jokabide-azterketa egitea beharrezkoa da (batez ere lo-nahastearekin lotutakoak).

* **Loaren ikerketa objektiboak,** edo ebaluazio-teknika psikofisiologikoak, gehienbat laborategietan egiten dira. Subjektuaren aktibitate elektroentzefalografikoaren zabaltasun eta maiztasunaren arabera, loaren ebaluazio

kuantitatibo nahiz kualitatiboa ahalbidetzen dute. Pertsonak (loaren) laborategian lo egin behar du, kablez inguratuta.

Beste konstrukto batzuetan bezala, haurtzaro eta nerabezaroko lo-nahasteen ebaluazioan, informazioa jasotzeko hainbat iturri erabiltzea komenigarria da.

Taula honetan, lo-nahasteen ebaluazioan erabiltzen diren ebaluaziorako tresnak dituzu:

LO-ARAZOEN EBALUAZIOA

TRESNA	EGILEAK/URTEA	ZER EBALUATZEN DEN ETA TRESNAREN EGITURA	ABANTAILAK/DESABANTAILAK
<p>Elkarrizketak:</p> <p>Elkarrizketa orokorrak (egituratugabeak, egituratuak edo erdi egituratuak)</p>		<p>Helburua da bezeroaren loaren historia egitea. Informaziogune nagusiak honako hauek dira, besteak beste: nola eta noiz sortzen den arazoa; bezeroaren bizi-estiloa; lo egiten duen tokiaren deskribapena; subjektuak arazoari buruz egiten duen ebaluazioa, eta arazoa konpontzeko duen motibazioa</p>	<p>✌ Bezeroaren ikusmoldea islatzen du, eta berak bakarrik (edo gertuko pertsonak) eman dezakeen informazioa eskuratzea ahalbidetzen du.</p>
<p>Elkarrizketa bereziak:</p> <p>Loaren arazoaren ebaluazioa haurtzaroan eta nerabezaroan.</p>	<p>Buela Casal eta Sierra, 1994</p>	<p>Gurasoak informazio-iturri gisa erabilia, seme-alaben lo-ohituei buruzko zenbait galdera egiten du: ordutegia; zenbat kostatzen zaien lokartzea; zurrunga egiten duten; pixa egiten duten; gauean esnatzen diren; eskolan erne egoteko arazorik ote dagoen, eta abar.</p>	<p>🌀 Subjektuak (edo gurasoek) informazioa distortsiona dezake.</p>

LO-ARAZOEN EBALUAZIOA (JARRAIPENA)

TRESNA	EGILEAK/URTEA	ZER EBALUATZEN DEN ETA TRESNAREN EGITURA	ABANTAILAK/DESABANTAILAK
Autotxostenak: Aktibazio/desaktibazio adjektiboen zerrenda	Thayer, 1967	Subjektuak aktibazioarekin loturik dagoen adjektiboen zerrenda bat sailkatu behar du lau aktibazio-faktoreen arabera: . Aktibazio orokorra (bizirik, energiaz beteta) . Desaktibazioa-logura (nekaturik, logale) . Aktibazio handia (urduri, asaldaturik) . Desaktibazio orokorra (lasai, deskantsaturik)	☹️ Haur txikiak ezin du horrelakorik egin ✌️ Haur helduentzat eta nerabeentzat egokia
<i>Stanfordeko logura-eskala</i> edo <i>Stanford Sleep Scale (SSS)</i>	Hoddes, Dement eta Zarcone, 1972. Gaztelaniazko bertsioa: Buela-Casal, 1990; Buela-Casal eta Sierra, 1994	1etik 7rainoko aktibazio-mailak adierazten dituzten egoerak deskribatzen dira 1. Aktibo, erne esnaturik 3. Lasaturik, esnatuta, ez guztiz erne 5. Moteldurik, esnatuta egoteko gogorik gabe 7. Ia lo, ezin esnatuta egon	✌️ Ebaluazio-beharretara egokitzen diren hainbat formatu daude (eguneko ordu bakoitzean, asteko une bakoitzean) kasu bakoitzean egokiena aukeratu dezagun ✌️ Beste tresnetatik eratorriak diren neurriekin korrelazio altuak aurkitu dira
<i>Sleep Disorders Questionnaire</i> edo <i>Lo-arazoaren galdesorta (SDQ)</i>	Douglas, Barnstein eta lagunak, 1994	Azken sei hilabeteetan izandako lo-arazoak eta loaldiaren nahasteak 176 item dauzka, 7 arlotan banatuak 5 puntuko eskala batean ebaluatzen dira <i>Screening</i> bat da	☹️ Luzea da. Haur txikiak ezin du horrelakorik egin ✌️ Haur helduentzat eta nerabeentzat egokia
Autoerregistroak: Loaren egunkariak		Subjektuak esnatzean goizero egiten dituen erregistroak. Loaren ordutegiari eta lo dauden bitartean gertatzen denari buruzko informazioa (amesgaiztoak, beldurrak, esnatzea) jasotzea ahalbidetzen dute.	☹️ Erregistro horiek bi astez iraun beharko dute, gutxienez. Horretarako beharrezkoa da haurra erregistro idatzi bat egiteko gaitasuna eta adina edukitzea. ✌️ Gurasoentzat, haur helduentzat eta nerabeentzat egokia

LO-ARAZOEN EBALUAZIOA (JARRAIPENA)

TRESNA	EGILEAK /URTEA	ZER EBALUATZEN DEN ETA TRESNAREN EGITURA	ABANTAILAK/DESABANTAILAK
<p>Teknika psikofisiologikoak</p> <p>Ebaluazio polisomnografikoa</p>		<p>Subjektuaren aktibitate elektroenzefalografikoaren zabaltasun eta maiztasunaren arabera, loaren ebaluazio kuantitatibo nahiz kualitatiboa ahalbidetzen du.</p>	<p>✌️ Loarekin loturik dauden aldagai psikofisiologiko gehiago edo gutxiago ebaluatuko ditugu, erabiltzen ditugun kanalen arabera. Normalki, 4 kanaletik 14 kanalera bitartean hartzen dira kontuan.</p> <p>🔴 Bezeroak loaren laborategian lo egin behar du.</p>

LOAREN ARAZOAK EBALUATZEKO GURASOEN ELKARRIZKETAREN ADIBIDEAK
<p>Buela-Casal eta Sierra, 1994</p>
<p>- Gauetz lo dagoenean pixarik egiten al du?</p> <p>a) Egunero b) Astean behin c) Hilabetean behin d) Hilabetean behin baino gutxiago e) Ez</p> <p>- Egunez lo dagoenean pixarik egiten al du?</p> <p>a) Egunero b) Astean behin c) Hilabetean behin d) Hilabetean behin baino gutxiago e) Ez</p> <p>- Zurrungarik egiten al du?</p> <p>a) Egunero b) Astean behin c) Hilabetean behin d) Hilabetean behin baino gutxiago e) Ez</p>

STANFORDEKO LOGURA-ESKALAREN ADIBIDEAK
Hoddes, Dement eta Zarcone, 1972

Bi aukerak:

Eguneko 24 orduetan norberak informatutako aktibazioaren erregistroa

Asteko egun guztietako hiru unetan norberak informatutako

aktibitatearen erregistroa

INSTRUKZIOAK:

Irakurri arretaz eskala hau, eta markatu gurutze batekin uneko egoerari dagokion laukia.

1. Gogotsu, biziz beterik, erne, guztiz esna sentitzen naiz.
2. Funtzionamendu altua (baina ez ahal dudan handiena), kontzentratzeko gaitasuna.
3. Lasai, esna, ez guztiz erne, erreaktiboa.
4. Motel samarra, ez gorenean, gutxiturik.
5. Moteldurik, esna egoteko gogorik gabe.
6. Logale, etzanda egotea nahiago, loaren kontra borrokan, nahasirik,
7. Ia lo, loaren hasiera, ezin esna egon

Egoera

Ordua	1	2	3	4	5	6	7
00							
01							

Asteko egunak eta uneak

	Jaikitze ordua	Bazkalarrean	Oheratzeko ordua
EGUNA	Ordua	Ordua	Ordua
Astlehena			
Asteartea			

AUTISMOA

Autismoa *autos* hitz grekotik dator, eta ‘norbera’ esan nahi du. Horrek autismoaren ezaugarri argi bat islatzen du, hau da, bere buruarengan zentratutako portaera. Estatistikoki 1000 haurretik 4ri eragiten dion nahastea da. Autismoa da bizitza osoa irauten duen garapenaren nahaste biologiko konplexu bat. Garapenerako ezgaitasuntzat hartzen da; izan ere, hiru urteak bete aurretik agertu ohi da, garapenaren aldian hain zuzen, eta pertsonaren hazkuntzaren edo garapenaren arlo askotarako zailtasunak eta arazoak dakartza.

Sarritan, autismoak eremu hauetan arazoak eragiten ditu:

- Komunikazioan, bai hitzezkoan bai hitzez bestekoan.
- Besteekiko harreman sozialetan, bai fisikoki (besarkatzean, heldzean...) bai eta hizketan ere (elkarrizketa bat edukitzeko unean).
- Ohituretan edo jokaera errepikakorretan, hitzak edo ekintzak behin eta berriz errepikatzen dituzte, ohiturak eta eginbeharren ordutegiak modu obsesibo batean betetzen dituzte, eta abar.

Autismoaren kontzeptua **Bleuerrek** erabili zuen lehen aldiz 1919an, eskizofreniko helduengan ager daitekeen kanpoko munduarekiko urruntasuna deskribatzeko. Aurrerago, 1943an, **Leo Kannerrek**, behaketa egin ostean, “*Haurtzaroko Autismo Goiztiarra*” definitu zuen. Orduan behatu zituen haur haiek *sintoma* hauek ageri zituzten:

- Neurritz gairidiko bakardadea (hau da, beste pertsonekin harremanetan jartzeko ezintasuna).
- Hizkuntzaren eta komunikazioaren asaldur larriak.
- Ezer ez aldatzeko nahia; inguruaren aldaketan aurkako jarrera.
- Nahastearen agerpen oso goiztiarra; bizitza osoa irauten du.

Egun, autismoaren nahastearen barnean aurki ditzakegu:

- ▶ *Nahaste autista (sarritan, autismo klasiko deitua)*
- ▶ *Aspeger sindromea*
- ▶ *Haurtzaroko nahaste desintegratiboa*
- ▶ *Rett sindromea*

Autismoarean jatorria

Autistek ez dituzte izaten anormaltasun fisiko nabariak. Hori dela eta, berrogeiko hamarkadan, autismoa eragozpen emozional bat zela uste zen. Egungo ikerketek erakusten dutenez, Nerbio Sistema Zentralaren nahaste bat litzateke autismoaren arrazoa, eta ez arazo emozionalak. Baina nahaste horren arrazoiak aipatzean ez dago iritzi bateraturik, hainbat hipotesi baitaude:

- Genetikoak: “X ahul” izeneko akats kromosomiko bat litzateke autismoaren eragilea.
- Biokimikoak: funtzionamendu kimiko edo metaboliko desegoki batek jokabide autista areagotzen du. Neurotransmisoreen rolaekin zerikusia du hipotesia honek, serotina eta triptofano neurotransmisoreen rolaekin hain zuzen.

- Biralak: amak haurdunaldian zehar jasan zituen infekzioak dira autismoaren erantzule, horiek Nerbio Sistema Zentralean hainbat anormaltasun eragiten baitituzte (errubeola, esaterako).
- Egiturazkoak: garunaren, bertako hemisferioen eta beste zenbait egitura neurologikoren malformazioek eragiten dute.

Autismoaren sintomak

Lehenik eta behin, aipatu behar da guztiok desberdinak garela eta, ondorioz, ez ditugula aurkituko sintoma berberak dituzten bi autista. Baliteke sintoma bat arina izatea pertsona batengan, eta larria beste norbaitengan. Jarraian dituzu autismoa duen pertsonak eduki eta ager ditzakeen arazo eta jokabideak.

- Gaitasun sozialak. Baliteke nahaste hau jasaten duten pertsonak gainerako jendeak interakzionatzen duen modu berdinean ez interakzionatzea, beharbada beste pertsonak interesatuko ez zaizkielako. Litekeena da, halaber, autistek begien bidez elkarrekintzarik ezarri nahi ez izatea eta bakarrik egon nahiago izatea. Ez zaie gustatzen jendeak haiek besarkatu edo haiei heltzea, edo haiek nahi dutenean soilik egin behar zaie. Batzuk ez dira ohartzen besteak haiei hitz egiten saiatzen direla; beste batzuk, berriz, beste pertsonekin interesatuak egon daitezke, baina ez dute jakiten nola hitz egin, jolastu edo harremanak ezarri.
- Hizketa, hizkuntza eta komunikazioa. Autisten % 40k ez du modu egokian hitz egiten; batzuek *ekolalia* dute, hots, esaten zaiena errepikatzen dute. Baliteke, gisa berean, telebistan entzuten dutena

errepikatzea. Posible da eskuarekin agur egitea eta antzeko keinuak ez ulertzea; haien ahotsak monotonoak dira, eta badirudi bolumena ez dutela kontrolatzen. Interesatzen zaien gaiez denbora luzez aritzen dira, baina norbaitekin elkarrizketa bat izatea izugarri kostatzen zaie.

- Jokabide eta ohitura errepikakorrak. Autistek zeregin batzuk behin eta berriro errepikatzeko ohitura dute. Ohiturak gogoko izaten dituzte, gauzak beti leku berberean egotea, esaterako. Aldaketak onartzea kostatzen zaie. Adibide bat jar dezagun: haur autista bat pijama jantzi aurretik aurpegia garbitzera ohitua badago, ekintza horien ordena aldatzeak nabarmen gogait dezake.

Haur autistek gainerako haurrena ez bezalako garapena dute. Autismorik ez duten hurrek eremu motorra, kognitiboa eta hizkuntzaren eta gaitasun sozialen eremua aldi berean garatzen dituzte; haur autistek, berriz, beste erritmo batean garatzen dituzte aipaturiko eremuak. Baliteke hizkuntzaren, gaitasun sozial eta kognitiboen eremuan asko atzeratzea, eta eremu motorrean beren adineko haurren garapena izatea. Buruhausteen eta ordenagailuko arazoek konponketan adituak izan litezke, baina lagunak egitea edo harremanak hastea izugarri kostatu.

Autismoaren diagnostikoa DSM IVren eta CIE 10en arabera

DSM IVren arabera honako irizpide hauei jarraitu beharko litzaieke, nahaste autista diagnostikatzeko:

A.- Autismoa diagnostikatzeko, harremanetarako nahasteei (1), komunikazio-nahasteei (2) eta malgutasun-nahasteei (3) dagozkien sei adierazpen edo gehiago agertu beharko dira:

1.- Harremanen nahaste kualitatiboak adierazpen hauek ditu:

- Hitzez besteko harremanaren isla diren begietarako begiradetan, aurpegi-adierazpenetan, gorputz-adierazpenetan, keinuetan eta antzeko jokabideetan nahaste handiak.
- Adinkideekin harremanak izateko ezintasuna.
- Plazer, interes edo lorpenak besteekin konpartitzeko berezko jokabiderik eza.
- Elkarrekikotasun sozial edo emozional falta.

2.- Komunikazioaren nahaste kualitatiboak adierazpen hauek ditu:

- Ahozko hizkuntzaren atzerapen edo absentzia.
- Hizketa egokia garatu dutenean, elkarriketak hasteko edo edukitzeko nahaste handiak.
- Hizkuntzaren erabilera errepikakor edo estereotipatua, edo hizkuntza idiosinkratikoaren erabilera.
- Fikziozko jolas natural edo aldakorraren falta, edota imitazio sozialeko jolasaren falta.

3.- Jokabide-, interes- edo jarduera-patroi murriztaile, errepikakor eta estereotipatuek adierazpen hauek ditu:

- Interesgune batekiko gehiegizko kezka, jokabide murriztua eta estereotipua (intentsitate eta eduki anormalekoa) azalduko duena.

- Ohitura edo erritu zehatz eta ez-funtzionalekiko atxikimendu itxuraz zurruna.

- Estereotipia motor errepikakorrak

- Objektuekiko kezka etengabea.

B.- Hiru urte bete aurretik, hiru eremu hauetako batean asalduek agertu behar dira: (1) elkarrekintza sozialean, (2) hizkuntzaren komunikaziozko erabileran edo (3) jolas sinbolikoan.

Diagnostiko diferentziala

Gaur egun, autismoa gainerako nahaste eta defizit psikopatologikoetatik bereizita dagoen sindrometzat hartzen da. Baina, hala eta guztiz ere, zenbait kasutan zailtasunak egon izan dira, beste nahasteetatik desberdintzeko garaian. Hona hemen zer sindromerekin nahas daitekeen autismoa, eta dagokien diagnostiko diferentziala:

- **Gorrieria.** Zenbait kasutan haur gorrek autisten hainbat ezaugarri izaten dituzte. Adin goiztiarretan, autismoaren eta gorrieriaren arteko diagnosi diferentziala egitea garrantzizkoa da, haur autisten guraso gehienek lehen kontsultak gorrieria edo hipoakusia arazoarekin kezkatuta egiten dituztelako. Hori gertatzen da, autistek entzumenezko estimuluak gaizki interpretatzen dituztelako. Bi nahaste horien arteko

diagnostiko diferentziala egiteko, mimika eta keinu bidezko komunikazioaren aurrean gorreria duten hurrek ematen duten erantzun positiboa balia daiteke.

- **Itsumena.** Beste zenbait kasutan haur autistak itsuekin nahasi izan dira.

- **Buru-atzerapena.** Buru-atzerapena duten haur batzuek autisten antzeko portaera izaten dute. Bestalde, zaila da buru-atzerapena duen pertsona bati autismoa ere diagnostikatzea. Buru-atzerapena duen pertsonari autismoa diagnostika dakioke, gaitasun sozial edo komunikatiboetan ezintasun kualitatiboak gertatzen direnean edo nahaste horren portaera-ezaugarriak agertzen direnean.

- **Haurtzaroko psikosia.** Hasiera geroago izan ohi du, eta haren bereizgarriak dira, besteak beste, eldarnioak eta haluzinazioak. Nahaste autista duen pertsona bati eskizofrenia diagnostikatzeko, eldarnioek eta haluzinazioek gutxienez hilabete batean agertu behar dute.

- **Asperger sindromea.** Zenbait autorek autismoa eta Asperger sindromea desberdintzen dituzte; izan ere, Asperger sindromea funtzionamendu altuko beste autismo mota bat da. Oinarritzko desberdintasuna hizkuntzari dagokio, Asperger sindromean hobeto garatzen baita.

- **Rett sindromea.** Sindrome hau neskegan bakarrik ageri da, eta anomalia portaerazko, neurologiko eta fisikoak dakartza. Baditu sintoma bereizgarri batzuk, hala

nola, garezurraren perimetroaren hazkuntzaren moteltzea, eskuen gaitasunen galtzea eta koordinazio txarra.

Ebaluazioa

Haur autisten artean ezberdintasun handiak daude, gaitasun gabezi, larritasun eta gaitasun sozial eta intelektualen garapen-mailari dagokionez. Tratamendu-programa bat antolatzeko beharrezkoa da, aurretik, haurren gaitasun, jokaera-arazo eta nahaste funtzionalen ebaluazio zehatz bat egitea. Hoberena profesional talde batek esku hartzea izango litzateke, haur-psikiatra batek, neurologo-pediatra batek, psikologo batek, terapeuta batek, gizarte-laguntzaile batek eta irakasleak, adibidez.

Haur bakoitzaren nortasuna kontuan hartzea garrantzitsua da: batzuk setatsuak eta kanporakoiak dira; beste batzuk, aldiz, zaputzak eta lotsatiak; batzuk ziur sentitzen dira; besteak urduri-urduri egoten dira. Ezaugarri horiek guztiak kontuan hartu behar dira, kasu bakoitzean teknika metodologiko egokiena zein den erabakitzen lagunduko baitigute.

Haur autisten ebaluazioan psikologoaren betebeharra da, alde batetik, funtzio mota guztiak aztertzea (gaitasun kognitiboak, linguistikoak, pertzepziozkoak, motorrak eta sozialak). Beste aldetik, diagnostiko espezifiko bat egingo da, autismoa ebaluatzeko sortu diren test espezifikoen bitartez.

A: Beste arloak ebaluatzeko tresnak

Hainbat asmotarako test psikologikoen aukera handia dago. Jarraian dituzu autistekin edo mintzairaren arazo larriak dituzten hurrekin gehien erabiltzen diren testak:

◆ Garapen intelektualaren testak

◆ *Merrill-Palmer-en adimen-testen eskala*

Merrill-Palmer-en eskala urte eta erditik sei urtera bitarteko hurrekin erabil daiteke. Zailtasuna areagotuz doan azpittest multzo batean oinarritzen da. Mintzaira erabiltzea eskatzen duten azpittestek galdera sinpleak biltzen dituzte. Adibidez, haur txikientzat: nola kantatzen dute txoritxoek?, nola duzu izena?; eta zaharragoentzat: zein da saltoka mugitzen den animalia?, zerekin idazten dugu? Test manipulatioetan, besteak beste, oholetan piezak sartu behar dituzte, buruhausgarriak egin, eta formak parekatu, komunikaziorako sinbolo-sistema bat ez duten hurrek ere arrazoibide logiko bat behar duten probak egin ahal izateko. Galdesorta hau haur autista txikiekin bereziki erabilgarria da.

Eskala horren alderdi txar nagusia da, adin tartea mugatua denez, ezin zaiela egoki aplikatu erdi-mailako ez hitzezko gaitasuna duten haur autista zaharragoei. Beste alderdi negatibo bat da puntuazioa eginkizunaren abiaduran eta zehaztasunean oinarritzen dela. Haur autista batzuk, haien ohiturak direla eta, makalagoak dira; adibidez, pieza bat bi aldiz usaintzeko edo jotzeko ohitura

dute, haren lekuan jarri aurretik; edo beste batzuek denbora pasatzen dute pieza bakoitzean zehaztasun obsesibo bat lortzeko ahaleginean.

◆ *Wechsler-en testak*

Eskolaurreko eta Haur Hezkuntzako adimen-eskala (WPPSI) eta haurrentzako Wechsler-en adimen-eskala (WISC) barne hartzen ditu. Biek diseinu bera dute. Hamar azpittest dituzte, zailtasunaren arabera antolatuak eta bi taldetan banatuak. Talde bat manipulatioa izango da, bestea, aldiz, hitzekoa; talde bakoitzean bost azpittest daude.

Zenbait ariketak (marrazkiak betetzeko probek; gakoak eta marrazkiak ordenatzeak) ez dute hitzeko erantzun bat eskatzen, baina horiek egiteko beharrezkoa da hitzeko edo beste sinbolo-sistema bateko arazoibide logikoa. Azpittest horietan autistak ez dira oso abilak izaten. Kuboekin edo piezekin aritzeko garaian, aldiz, trebeak dira.

◆ *Stanford-Binet-en adimen-eskala*

Eskala hau heziketa berezian aplikatu ohi da. Aldiz, ez da oso erabilgarria haur autistentzat edo mintzairarekin bestelako arazoak dituzten haurrentzat, item askok hitzeko abilezia eskatzen baitute.

Eskala honetan, hainbat azpittest daude, adin tarteen arabera sailkatuak. Merrill-Palmer-ean baino puntuazio baxuagoak lortzen dira, oro har, eskala honetan. Stanford-Binet, beharbada, erabilgarria da zenbait eginkizun ongi

betetzen dituzten haur zaharragoen adierazpen abstraktuetan gaitasun gabeziak aztertzeke, baina betiere autista moderatuak direlako susmoa dagoenean.

◆ *Raven-en matrize progresiboak*

60 irudiz osaturik dago, eta horietariko bakoitzari pieza bat falta zaio. Haurrak modelo osatzeko zer pieza falta den erabaki beharko du, zenbait aukera posibletatik bat hautatuz. Modeloak hamabiko bost taldetan banaturik daude, eta talde bakoitzean irudiak zailtasunaren arabera daude antolaturik. Testa zortzi urtetik aurrerakoekin eta helduekin erabil daiteke. Koloretako modeloak dituen beste bertsio bat ere bada, bost urtetik hamaika urtera bitartekoentzat. Adinekoei eta mintzairaren ekoizpenean edota ulermenean arazoak dituzten guztiei zuzendurik dago; adimen-urritasuna duten haur eta helduei, adibidez.

Testak ez du inolako hitzezko erantzunik eskatzen, eta, ustez, mintzairaren menpe ez dagoen adierazpen-gaitasuna neurtzen du. Ikusmen-bereizkuntza eta, zailagoak diren ataletan, antzekotasunak eta beste zenbait harreman logiko aurkitzeko gaitasunak aztertzen ditu. Test honetan ez da denbora-mugarik egongo.

◆ *Columbiako adimen-heldutasunaren eskala*

Hasiera batean, eskala hau sortu zen garun-paralisia zuten haurrentzat. Hiru urtetik hamar urtera bitartean aplikatzen da, eta txartel batzuek osaturik dago. Horietariko bakoitzean kolore biziko irudi sorta bat edo hitz sail bat azaltzen da. Egin beharrekoa da sorta bakoitzean egokitzen ez den elementua aukeratzea.

Hasierakoak errazak dira; esaterako, bi zirkulu gorri eta karratu hori bat aurkezten dira, eta sobran dagoena erraz ezberdindu daitezke kolore eta formagatik. Azkenekoak askoz ere zailagoak dira. Lehen aipatu bezala, sorta batzuk idatzirik dauden hitzez osaturik daude; adibidez, autoa, autobusa, tren eta ibaia.

Hasierako sailak haurrak eginkizuna uler dezan erabil daitezke, entrenamendu gisa. Aplikazioan arazoak sortzen dira konbinatzetik hitz sailen eta pixkanaka haziz doan kontzeptuen konplexutasuna eta ikusmen-konplexutasuna, horietariko askok adierazpen logikoa eskatzen baitute. Zailtasun-maila nahasi hori dela eta, testaren zailtasunaren hierarkia ez da egokia haur autistentzat; izan ere, gai dira zailenatarikotzat jotzen diren hainbat item egiteko, eta hasierako batzuk, berriz, gaizki egiten dituzte.

◆ *Leiter-en eskala internazionala*

Leiter-en eskala haur gorrentzat sortu zen. Irudidun txartel sortek eta aurpegietako batean irudi bat duten egurrezko kubotxoek osatzen dute materiala. Txartelak bata bestearen atzetik ezartzen dira ohol batean, eta haurrak kubotxoetako irudiekin eta txarteletakoekin bikoteak egin beharko ditu, oholean dagozkien lekuetan jarritz. Argibideak erakustaldi-proba baten bidez azaltzen dira, hitzik erabili gabe. Bi urtetik 18 urtera arte aplikatu daitezke item hauek.

Lehenengo itemek koloreekin, formekin, diseinuekin eta zenbakiekin bikoteak egitea eskatzen dute, batzuk antzekotasunaren arabera. Azkenekoek irudiak hiru dimentsiotan ikusteko gaitasuna eskatzen dute.

Hitzezko argibiderik ez dagoenez, test hau bereziki egokia da haur autistentzat. Adimen-adina eta adimen-koefizientea ahalbidetzen ditu.

◆ **Garapen sozialaren testak**

Haur batek bere burua zaintzeko eta beste pertsonekin interakzioak izateko gaitasuna gara daiteke bere gaitasun intelektualari ez dagokion maila batean. Adimen-testek adimenaren araberrako adin bat ezartzeko aukera ematen duten bezala, posible da, baita ere, haur bati bere lorpen praktikoak neurtuz eta haur normalen lagin batekin alderatuz adin sozial bat esleitzea.

◆ *Vineland-en heldutasun sozialaren eskala*

Haurrak bere burua zaintzeko duen gaitasuna ebaluatzen du eskala honek, eta zortzi eremu hauek ditu: norberaren zainketa orokorra, elikatzea, janzteia, ibiltzea (lokomozioa), eginbeharrak, komunikazioa, autonomabidea (*autodirección*), eta gizarteratzea edo sozializazioa. Item konkretu bakoitzaren ebaluazioa egiteko behar den informazioa lortzen da haurra ongien ezagutzen duen pertsonari elkarrizketa eginez. Elkarrizketatzaileak galderak egingo ditu haurraren ohiko jokabideen adibideak lortzeko. Esaterako, “agindu sinpleak egiten ditu” itema ebaluatzen saiatzen denean, honelako galderak egingo zaizkio

haurren hurbileneko pertsonari: haurri deitzean zer gertatzen den; haurra leku jakin batera bidaltzen denean nola erantzuten duen; irudi batean objektuak seinalatzeko aipatzen zaionean, ea gai den; haurren jolasak egiteko eskatzen zaionean egiten dituen. Hilabete batetik 25 urtera bitarteko adin tartea hartzen du eskalak.

Haur autista batzuek test honetan puntuazio baxuagoak atera ditzakete mintzairaren menpe ez dauden adimen-testetan baino; izan ere, item asko mintzairaren ulermenean eta adierazpenean oinarritzen dira komunikaziorako, pentsamendurako nahiz planifikazio edo antolaketarako.

◆ *Gunzberg-en garapenaren ebaluazio-taula (1973)*

Ez da test bat, baizik eta taula bat, non zainketa pertsonalaren alderdi guztietan (elikaduran, lokomozioan, garbitasunean, janztean eta komunaren erabileran), komunikazioan, eginbeharretan eta gizarteratzean lorturiko maila erregistratzen baita. Gaitasunak eta horien gabeziak grafiko eran azaltzen dira. Azken ebaluazioak eta aurretik eginikoak alderatu daitezke, aurrerapenik egon den ikusteko.

Eskala hau batez ere adin guztietako adimen-urritasuna dutenentzat sortu zen. Beraz, batzuetan eskoletara edo adimen-urritasuna dutenen ospitaleetara joaten diren haur autistei aplikatzen zaie. Oro har, oso erabilgarria suertatzen da, baina zenbait item, batez ere komunikazioaren eremukoak, zailak dira ebaluatzen haur autisten kasuan.

◆ **Mintzairaren garapenaren eskalak**

◆ *Peabody-ren hiztegi grafikoaren testak*

Test hau liburuxka moduan agertzen da, eta orri bakoitzean lau irudi azaltzen dira. Aplikatzaileak hitz bat esaten du, eta haurrak dagokion irudia seinalatu beharko du. Erantzun zuzenen kantitatea zenbatzen da, eta aldi berean proban zehar haurrak izandako jarrera ebaluatzen da, erantzunen abiadura, arretaren iraupena, arretaren gaitasuna, zoriarekiko erantzunak eta erantzunaren aurretiko geldituak kontuan hartuz. Bi urte eta erditik 18 urtera bitarteko adinean aplika daiteke test hau.

Test honek haurrak ulertzen dituen hitzen kopurua neurtzen du, eta ez azaltzeko erabiltzen duen hiztegia, ezta hitzez azaltzeko duen gaitasuna ere.

Puntuazioek adimen-adina eta adimen-koefizientea kalkulatzeko ahalbidetzen dute.

◆ *Reynell-en mintzairaren garapenaren eskala*

Bost hilabetetik sei urtera bitartean aplika daiteke eskala hau. Materiala panpina txikiek, altzaritxoek, arrokek, animaliek eta antzeko objektu txikiek osatzen dute; horrez gainera, *Ladybirden* liburuen bildumatik ateratako bost irudi erabiltzen dira, non familia baten eguneroko gertaerak azaltzen baitira.

Eskalek mintzairaren oinarritzko alderdiak neurtzeko xedea dute: entzuten dena interpretatzeko prozesua (mintzairaren ulermena) eta ideiak hitzez adierazteko gaitasuna (mintzairaren ekoizpena).

Hitzen ulermenaren eskala (A eredu) bederatziz zatitan banatzen da. Lehenengo atalak hizketaren aurreko aldiari egiten dio erreferentzia. Oraindik ez daki hitz egiten, baina beretzat esanahi emozionala duten zenbait soinu ulertzen ditu. Esaterako, bere izena entzutean objektu edo senide bati begiratzen dion ebaluatzen da. Atal hauetan haurrari jostailuak argibideen arabera ordenatzeko edo seinalatzeko eskatzen zaio. Honelako galderak eta eginkizunak jartzen zaizkie: Hauetariko zein txakur doa lehendabizi? Seinalatu hesia saltatzen ari den txakurra. Azken ataletan haurrak egoera bat ulertu beharko du, eta haren ondorioak azaldu beharko ditu. Esaterako, panpina bat ezartzen da aulki batean. Orduan, aplikatzaileak azaltzen dio ume horrek katilua bota duela, eta galdetzen ea zer egin behar duen. Atal bakoitzak ulermenerako eta abstrakziorako gaitasun bat eskatzen du, gero eta handiagoa.

Reynell-ek ulermenaren beste eskala bat garatu zuen (B eredu). Arazo fisikoak zituzten haurrentzat garatu zen. A ereduaren garapen atal berdinei jarraitzen die, baina testaren azkeneko atalak apur bat errazagoak dira. Eskala horrek hainbat argibide ditu.

Adierazpenaren eskalak hiru zati ditu: mintzairaren egitura, hiztegia eta edukia. Mintzairaren egiturak esaldi sinpleenetatik konplexuenerainokoen garapena hartzen du kontuan. Hiztegiaren zatirik sinpleenak haurrak objektu batzuk aipa ditzan eskatzen du. Hurrengo pausoan marrazturiko ekintzak edo objektuak aipatu beharko ditu. Eginkizunik zailena da izenak, aditzak eta izenlagunak dauden hitz sail bat definitzea. Esaterako, “zer da laranja bat?”.

Edukiaren zatian puntuazio altua lortzeko, haurrak harremanetan dauden pentsamenduak esateko gaitasuna izan behar du. *Ladybirden* saileko bost irudi erakusten zaizkio, eta azaltzeko eskatzen. Puntuazioa egokitasuna eta azalpenaren konplexutasunaren araberakoa izango da.

Reinell-en eskalek ulermenerako adin linguistiko bat eta ekoizpenerako beste bat eskaintzen dute.

◆ *Illinois-en trebetasun psikolinguistikoen testa*

Bi urtetik bederatzi urtera bitarteko adinetan aplika daiteke test mota hau. Materiala irudidun txarteletan oinarritzen da. Azpittestetako seiren helburua da esanahia duen mintzairaren garapena aztertzea. Lehenengo biak “dekodifikazio”ari egiten diote erreferentzia, zeina irudi baten edo hitz baten ulermena esan nahi baitu. Hurrengo biek “asoziazio”ari edo irudi edo hitzen arteko harremanak ulertzeko gaitasunari. Azkeneko biek, berriz, “kodifikazio”ari edo keinu edo hitzen bitartez ideiak adierazteko prozesuari.

Illinois-en testak ahalbidetzen du azpittest bakoitzerako adin linguistiko bat eta adin linguistiko orokor bat kalkulatzeko.

B: Autismoa ebaluatzeko test espezifikoak

◆ **CHAT, *Checklits for Autism in Toddlers* edo *Haur Txikientzako Autismo Galdesorta*** (Baron-Cohen et al., 2000)

CHAT, medikuek edo osasun-langileek 18 hilabeko hurrekin autismoa diagnostikatzeko erabil dezaketen galdesorta da. Galdesorta horrek bi atal ditu: lehena gurasoek erantzutekoa, eta bigarrena medikuek edo osasun-langileek, haurraren portaera azterturik, erantzutekoa. 20 minutu inguruko iraupena du galdesortak. Arrisku handia duten haurren kasuan (hau da, anai-arreba zaharragoren bat autista denean), haien ebaluazio goiztiarra egitea lagungarria da.

Jarraian, CHAT galdesortan ageri diren galdera mota guztiak ikus daitezke:

A ATALA: AITA/AMARI GALDETZEKO	
Beste haurrekin interesatzen al da zure semea/alaba?	Bai/Ez
Ezkataketan jolastea gustatzen al zaio zure semeari/alabari?	Bai/Ez
Itxurak egiten al ditu edalontziren batera edariren bat ateratzen ari dela? Edo egiten al du beste ezereen itxurarik?	Bai/Ez
B ATALA: PROFESIONALAREN BEHAKETA	
I. Haurrak behaketan zehar adierazi al du zurekiko inolako ikusmenezko kontakturik?	Bai/Ez
III. Haurraren arreta eskuratu, eta, orduan, teontzi bat eta edalontzi bat eman eta esan: "Zerbitza dezakezu?"	Bai/Ez
V. Ba al daki haurrak blokez osaturiko dorre bat eraikitzen? Hala bada, zenbat bloketakoa?	Bai/Ez

◆ **ASQ: *Austism Screening Questionnaire*** edo ***Autismoa atzemateko galdesorta***
(Berument, 1999)

Autismoa duten haurrak beste garapen-nahaste batzuk dituztenetik bereizteko galdesorta da. Gaur egun, edizio berrikusia gehiago erabiltzen da, ***Social Communication Questionnaire*** edo ***Komunikazio sozialerako galdesorta (SCQ)***. Edozein adinetan erabil daiteke, nahiz eta 4 urtetik gorakoentzat balioztatua egon.

◆ **PDDST-II: *Pervasive Developmental Disorders Screening Test II*** edo ***Garapenaren nahaste orokorrak atzemateko testa II*** (Siegel, 1998, 2001).

Gurasoei zuzenduriko galdesorta bat da. Tresna hori, CHAT ez bezala, sintoma positiboak eta negatiboak aztertzeko baliatzen da, erregresioaren inguruko zenbait galdera izateaz gain. PDDSTk, beste eskalen esparru berdintsuak aztertzeaz gain, ebaluatzen ditu temperamentua, zentzumen-erantzunak, mugimenduzko estereotipiak, arreta, atxikimendua eta adinkideekiko interesa.

◆ **ASIEP-2, *Autism Screening Instrument for Educational Planning*** edo ***Heziketa-plangintzarako autismoa atzemateko tresna*** (Krug Arick & Almond, 1993).

Nahastearen hainbat alderdi ebaluatzeko helburua duten bost eskalaz osaturik dago. Galdesortak 57 item ditu eta jokabidearen hainbat dimentsio jorratzen ditu; hala nola, zentzumenezkoa, pertsonarteko harremanak, gorputzaren eta objektuen erabilera, hizkuntza eta egokitzapen pertsonala eta soziala.

Autismoaren tratamendua

Gaur egun, ez dago oraindik autismoarentzat guztiz eraginkorra den sendabiderik. Hala eta guztiz ere, autismoa duten pertsonen eta haien familiei bizimodu arrunta izaten lagundu diezaiekeen tratamendu anitz aurkitzen dira.

Indibidualak diren esku-hartzeak ahalik eta adin goiztiarrean hasten dira, eta horiek izaten dira autistei garatzeko aukerarik hoberena eskaintzen dietenak. Sendagileen iritziz, tratamendu horiek bi edo hiru urteak bete baino lehen hasi behar

dute, horrela lortuko direlako emaitzarik hoberenak eta iraunkorrenak. Zenbait kasutan, tratamendu horiek autistari pertsona arrunt gisa funtzionatzen lagunduko diote.

Autismoaren tratamenduen artean honako hauek ditugu:

- ❖ **Heziketa-programa indibidualizatuak.** Autismoarekin loturiko arazoak saihesteko bide eraginkorra dira, eta autismoa duten pertsonen beren arazo zehatzez jabetzen eta horiek gainditzen lagunduko diete.
- ❖ **Tratamendu-programa integralak.** Programa horiek ikaskuntza-metodo zehatzetatik jokabide aplikatuaren analisirakoak hartzen dituzte, zenbait garapen-helburu lortu arte. Programa mota honetan, hurrek bi urte edo gehiago eta astean 15 orduetik 40 ordura bitartean egon behar izaten dute, haien jokabidea aldatzeko eta arazoak ekiditeko.
- ❖ **Jokabide aplikatuaren analisia.** Arazoak sortzen dituzten jokabide zehatzak murriztea eta gaitasun berriak erakustea dira gakoak. Autismoa duen norbaiti irakasten zaionean ordutegi aldaketetara, lekuz aldaturiko altzarietara, pertsona berrietara eta antzeko egoeretara ohitzen, jokabide azarotsua sortzen duten egoerak gutxituko dira.
- ❖ **Jokabide positiborako esku-hartze eta laguntzak.** Helburua da jokabide positiboak areagotzea, arazotsuak diren jokabideak murriztea eta autismoa duen pertsonaren bizi-estiloa hobetzea.

Bizi-estilo hori hobetzea lortzeko asmoz, autismoa duten pertsonen, haien ingurunearen, jokabidearen eta ikasprozesuen arteko elkarrekintza lantzen saiatzen dira.

❖ **Botika eta sendagaiak** ere autisten jokabide eta gaitasunak hobetzeko eraginkorrak gerta daitezke. Botikeren erabilera jokabide zehatzak tratatzeko izan ohi da, hala nola, bere buruari min egiteko jokabideak gutxitzeko.

Autistetako askok beste zenbait nahaste ere jasaten dituzte: loaren nahasteak, konbultsioak, alergiak edota digestio-arazoak. Arazo horiek medikamentuen bitartez konpondu ahal dira. Egoera horretan bizi diren autistei dagokienez, autismoa ez da sendatuko, baina pertsona horien eta haien familien bizi-kalitatea hobetzeko aukera izango dute.

Haur autistei gehien agintzen zaien medikazioa Ritalin da. Estimulante bat da, hiperaktibitatearekin edo arreta gutxituarekin lotutako nahasteak tratatzeko erabiltzen dena.

ACS NERABEENTZAKO AURRE EGITEKO ESKALAK

Australian sorturiko testa hau (Frydenberg eta Lewis, 1996, Council for Educational Research Ltd. Victoria. Australia) aurre egiteko estrategiak ebaluatzeko eskala bat da. Terapiarako eta orientaziorako tresna izateaz gain, ikerketarako tresna ere bada, eta gazteei beren jokabideak aztertzeke aukera ematen die.

Tresna hau 12 urtetik 18 urtera bitarteko gazteei zuzendua dago. Autotxosten itxurako inbentario bat da, 80 elementuk osatua. Elementu horietatik 79 itxiak dira, eta likert motako eskala baten bitartez erantzuten zaie; azken elementua, ordea, irekia da, eta pertsonari arazoei aurre egiteko zer egiten duen galdetzen zaio.

ACS test erraza da, eta haren aplikazioa laburra. Oro har, 10 minutu nahiko izaten dira inbentario guztiari erantzuteko, eta aplikazio-denbora osoa, argibideak eta helburuen azalpenak barne, ez da 15 minututik gorakoa izaten.

Fitxa teknikoa

- **Jatorrizko izena:** Adolescent Coping Scale edo Nerabeentzako Aurre Egiteko eskala.
- **Egileak:** Erica Frydenberg eta Ramon Lewis.
- **Administrazioa:** indibiduala edo taldekoa.
- **Iraupena:** 10-15 minutu.
- **Aplikazioa:** 12-18 urteko gazteak.
- **Zer ebaluatzen duen:** aurre egiteko (*coping*) estrategien ebaluazioa.
- **Behar den materiala:** eskuliburua, galdesorta, eskuzko zuzenketa eta zuzenketa mekanizaturako erantzun-orria, eta profilaren orria.

Egitura kontzeptuala

Azterketa faktorialaren bidez aurre egiteko 18 modu bereizten dira test honetan.

Honako hauek dira aurre egiteko ACS tresnan jasotzen diren 18 estrategiak:

1. **Laguntza soziala bilatu.** Besteei arazoaren berri eman, laguntza bilatu.
2. **Arazoaren konponketan zentratu.** Arazoa konpontzera bideratua dagoen estrategia bat: aztertu, ikusmolde guztiak analizatu, eta abar.
3. **Esfortzatu eta arrakasta lortu.** Konpromisoa, lana eta inplikazio pertsonala deskribatzen dituzten estrategiak dira.
4. **Arduratu.** Geroaren alderako beldurra adierazten duten itemak dira.

5. **Lagun minetan inbertitu.** Pertsonarteko harremanetan konprometitzeko ahalegina adierazten du.
6. **Kide izatea bilatu.** Harremanekiko kezka edo interesa erakusten du, bai eta besteek pertsonaz pentsatzen dutenarekikoa ere.
7. **Ilusioak egin.** Dena ondo bukatuko delako itzaropena adierazten du.
8. **Aurre ez egiteko estrategia.** Arazoari aurre egiteko ezintasuna, eta arazo psikosomatikoak garatzeko arriskua adierazten du.
9. **Tentsioaren gutxitzea.** Hobeto sentitze aldera tentsioa jaisteko egiten diren ahaleginak islatzen dira hemen.
10. **Ekintza soziala.** Besteak inplikatu kezketan edo arazoetan, eskakizunak idazten, talde bilerak antolatzen, eta abar.
11. **Arazoa ez ikusi.** Arazoa alde batera uzteko egiten diren ahaleginak erakusten ditu.
12. **Bere buruari egotzi errua.** Nork bere burua arazoaren errudun edo arduradun gisa ikustea adierazten duten elementuak.
13. **Norberarentzat erresebatu.** Besteengandik bakartu, edo arazoa ezkutatu.
14. **Laguntza espirituala bilatu.** Errezatzeko edo Jainkoaren laguntza eskatzeko joera adierazten du, baita beste edozein lider espiritualena ere.
15. **Positiboan zentratu.** Bizitzaren ikusmolde baikor eta optimista bat adierazten dute hemen bildutako itemek. Alde ona bilatzeko joera bat.
16. **Laguntza profesionala bilatu.** Lagunduko dioten profesionalengana jo, hala nola irakasle, mediku edo psikologoengana.
17. **Dibertsio erlaxagarriak bilatu.** Pintura, musika edo antzeko ekintza lasaigarriak bilatzeko joera.

18. Ariketa fisikoa. Kirola, ariketa fisikoa edo sasoian egoteko jarduerak egiten direla adierazten du.

Oinarrizko hiru estilotan banatzen dira aurre egiteko 18 estrategia horiek:

- Arazoa konpontzera zuzenduta dagoena
- Besteekiko harremanen inguruan aurre egiteko modua
- Antzua den aurre egiteko modua

ACSren itemen adibideak
1. Besteekin hitz egin, haiek arazo bera edukiz gero zer egingo luketen jakiteko. 4. Nire etorkizunaz kezkatu. 5. Lagunekin elkartu. 9. Negar edo garrasi egin. 12. Neure burua kritikatu. 14. Utzi Jainkoari nire arazoan ardura hartzen. 16. Dakien pertsona bati laguntza eskatu. 18. Kirola egin. 31. Jendea ekiditu. 39. Lan asko egin. 80. Erantzun-orrain idatzi zure arazoei aurre egiteko egiten duzun beste gauzaren bat.

Aplikazioa eta zuzenketa

Beste testetako jarraibide orokorrak hemen ere kontuan izan behar dira: konfiantzazko giroa sortu; aztertzaile eta subjektuaren arteko komunikazio-harreman egokia eratu. Oharbide etikoak ere kontuan izan behar dira: subjektuei proba egitearen zergatiak azaldu, eta, informazioa nork erabiliko, jasoko eta ezagutuko duen adierazteaz gain, informazio hori non gordeko den jakinarazi.

Aplikazio-arauak:

ACS autoebaluaziorako galdesorta denez, gomendagarria izaten da subjektuei inolako judiziorik biltzen ez duela adieraztea. Bestalde, probaren zergatiak azaltzea ere gomendatzen da.

Taldekatu aplikazio batean hurrengo prozedurari jarraitzea gomendatzen da:

- 1- Subjektu guztiek beharrezkoa den materiala dutela ziurtatu.
- 2- Probaren helburua azaldu eta konfidentziasunaren gaia aipatu.
- 3- Erantzun *zuzen* eta *okerrik* ez dagoela azaldu, eta asko pentsatu gabe erantzuteko eskatu.
- 4- Taldeari testaren aplikatzaileak esan arte ez hasteko eskatu behar zaio.
- 5- Probaren koaderno eta erantzunen orria emango zaizkie.
- 6- Beharrezkoa denean, erantzunen orrian identifikazio-datuak jartzeko eskatuko zaie.
- 7- Koadernoan azaltzen diren argibideak ozenki eta argi irakurriko dira.
- 8- Zalantzarik ote dagoen galdetu, eta beharrezkoa denean argitu.

9- Subjektuei koadernoan ezer ez idazteko eskatuko zaie, hasteko ordena emateaz gain.

10- Proban zehar gomendagarria da gelan barrena ibiltzea subjektuek arauak benetan ulertu dituzten ziurtatzeko.

Zuzenketa-arauak:

ACS zuzentzeko orduan, jarraitu beharreko pausoak eskuliburuan garbi azaltzen dira, eta errazak dira.

1- Eskala bakoitzarentzat puntuazio totala bilatu, eta *puntuazio totalaren* laukitxoan jarri.

2- Inork elementuren bat zuriz utzi badu, hutsunea betetzeko eskatuko zaio. Bategatik edo besteagatik hutsunea betetzea posible ez bada, elementu horri 3ko puntuazioa emango zaio; izan ere, horrek eragin apalagoa izango du emaitzen distortsioan hutsune batek baino. Subjekturen batek eskala batean bi elementu edo gehiago hutsik uzten baditu, ez da eskala hori balioztatuko.

3- Puntuazio totalak erantzunen orrian adierazitako koefizienteaz biderkatuko da.

4- Egokitutako puntuazioak profilaren orrira aldatuko dira.