JOKABIDE-TERAPIA: ARAZO PSIKOPATOLOGIKOEN EBALUAZIOA ETA TRATAMENDUA

Donostia, 2007

Karmele Salaberria Irizar

ISBN: 978-84-690-8854-8

Nire irakasle izandako Enrique Echeburua eta Paz de Corralentzat, haiengandik ikasi nuelako eta oraindik ere ikasten dudalako.

SARRERA

Jokabide-terapia ikaskuntzaren psikologian (baldintzapen klasikoan, operantean, sozialean eta sinbolikoan edo kognitiboan) oinarritzen den tratamendu mota bat da, eta bere jardueran metodologia esperimentalaren erabilera aldarrikatzen du, arazo klinikoen definizioan, ebaluazioan eta tratamenduan (Echeburua, 1993).

Historikoki, jokabide-terapiaren aplikazio-esparruak herstura eta fobia-nahasteak izan ziren (Kazdin, 1983), baina gaur egun psikologia klinikoan eta osasunaren psikologian ari direnentzat tresna nagusia da (Remor, Arranz eta Ulla, 2003). Hala da beraren jarduera eta efektibotasuna ikertuak izan direlako eta esku-hartze terapeutikoaren prozeduren deskribapen zehatza egiten duelako (Labrador, Echeburua eta Becoña, 2000).

Egun, jokabide-terapiak frogatua du hainbat arlotan bere erabilgarritasuna eta eraginkortasuna (Chambless eta Hollon, 1998; Perez, Fernandez, Fernandez eta Amigo, 2003), bai helduen tratamenduan (Caballo, 1997, 1998; Vallejo, 1998), bai haur eta nerabeen arazo klinikoen terapian (Caballo eta Simon, 2001; Comeche eta Vallejo, 2005).

Beraz, osasunaren arloan lan egin nahi duen edonorentzat beharrezkoa da denetariko arazo psikopatologikoak tratatzeko enpirikoki egiaztatua dagoen terapia hau ezagutzea (Mendez, Espada eta Orgiles, 2006; Espada, Olivares eta Mendez, 2005).

Ikasmaterial honetan azaltzen da jokabide-terapiak helduengan edo nagusiengan agertzen diren nahaste psikopatologiko nagusiak nola ulertzen, ebaluatzen eta tratatzen dituen. Idazkiaren lehen kapituluak jokabide-terapiaren kontzeptua agertzen du; gero, lehen zatian (2., 3., 4., 5., 6. eta 7. kapituluetan), herstura, fobia eta nahaste afektiboak lantzen dira; 2. zatian, elikadura nahasteak eta menpekotasunak jorratzen dira (8., 9., eta 10. kapituluetan), eta azkeneko zatian (11. eta 12. kapituluetan), eskizofrenia eta bikote-indarkeria.

Kapitulu bakoitzean, nahaste psikopatologikoaren deskribapena, azalpen-ereduak edo etiologia, ebaluazioa (arloak eta tresnak) eta tratamendua esplikatzen dira. Oinarrizko bibliografia eta gida klinikoen erreferentzia ere ematen dira.

Testuaren helburu nagusia da ikasleek “Jokabide-terapia” ikasgaia jorratzeko materiala edukitzea, eskola teoriko eta praktikoetarako erabilgarria izan dadin.

AURKIBIDEA **Orrialdeak**

1.Jokabide-terapiaren kontzeptua…… 7

1.1. Definizioa eta ezaugarriak…… 7
1.2. Psikopatologiaren eredu orokorra…….. 8
1.3. Ebaluazioa eta esku-hartze terapeutikoaren prozesua…… 8
Oinarrizko bibliografia…… 11

I. ZATIA: Herstura, fobia eta nahaste afektiboak……12

2. Izua eta agorafobia……13

2.1. Ezaugarri psikopatologikoak……13
2.2. Eredu etiologikoak……..16
2.3. Ebaluazio arloak eta tresnak……18
2.4. Tratamendua……20
Oinarrizko bibliografia……26

3. Fobia soziala eta fobia espezifikoak……..27

3.1. Fobia sozialaren ezaugarriak……..27
3.2. Fobia sozialaren azalpen-ereduak……29
3.3. Fobia sozialaren ebaluazioa……31
3.4. Fobia sozialaren tratamendua……33
Oinarrizko bibliografia……..38

3.5. Fobia espezifikoen ezaugarriak……..39
3.6. Fobia espezifikoen azalpen-ereduak……41
3.7. Fobia espezifikoen ebaluazioa……42
3.8. Fobia espezifikoen tratamendua……43
Oinarrizko bibliografia……...47

4. Herstura orokorra……..48

4.1. Definizioa eta ezaugarriak……48
4.2. Azalpen-ereduak……..51
4.3. Ebaluazioa……53
4.4. Tratamendu-programak……..57
Oinarrizko bibliografia……65

5. Trauma ondorengo estresa……66

5.1. Traumaren kontzeptua……66
5.2. Traumaren ondorioak……..67
5.3. Biktima motak……..69
5.4. Sintomen azalpen-ereduak……70
5.5. Ebaluazioa……73
5.6. Tratamendu-teknikak……..74
Oinarrizko bibliografia……80

6. Nahaste obsesibo-konpultsiboa eta hipokondria…….82

6.1. Nahaste obsesibo-konpultsiboaren ezaugarriak……82
6.2. Nahaste obsesibo-konpultsiboaren etiologia……...85
6.3. Nahaste obsesibo-konpultsiboaren ebaluazioa……...87
6.4. Nahaste obsesibo-konpultsiboaren tratamendua……90
Oinarrizko bibliografia……101

6.5. Hipokondriaren kontzeptua……102
6.6. Hipokondriaren etiologia……105
6.7. Hipokondriaren ebaluazioa……107
6.8. Hipokondriaren tratamendua…… 109
Oinarrizko bibliografia…… 112

7. Depresioa eta dolua……..113

7.1. Kontzeptuak eta ezaugarriak……..113
7.2. Depresioaren azalpen-ereduak……..120
7.3. Depresioaren ebaluazioa……124
7.4. Depresioaren tratamendua…… 129
Oinarrizko bibliografia…….. 138

II. ZATIA: Elikadura-nahasteak eta mendekotasunak…….139

8. Elikadura-nahasteak: anorexia eta bulimia……..140

8.1. Sarrera……140
8.2. Kontzeptua eta ezaugarriak……141
8.3. Faktore etiologikoak……143
8.4. Ebaluazioa……146
8.5. Tratamendu-programak……..150
Oinarrizko bibliografia……..161

9. Mendekotasun kimikoak: Alkoholismoa……..163

9.1. Sarrera……163
9.2. Alkoholaren neurririk gabeko erabilera eta alkoholismoa……170
9.3. Etiologia……174
9.4. Ebaluazio-arloak eta –tresnak……..175
9.5. Helburu terapeutikoak: edate kontrolatua eta abstinentzia-programak .179
9.6. Tratamendua eta berrizkaturen prebentzioa……...180
Oinarrizko bibliografia……185

10. Mendekotasun psikologikoak: Joko patologikoa……..187

10.1. Sarrera…….187
10.2. Joko patologikoaren kontzeptua……..189
10.3. Azalpen-ereduak……193
10.4. Ebaluazio-arloak eta –tresnak……195
10.5. Tratamendua……..197
Oinarrizko bibliografia……..201

III. ZATIA: Eskizofrenia eta bikote-indarkeria……..202

11. Eskizofrenia……..203

11.1. Ezaugarriak…….203
11.2. Azalpen-ereduak……207
11.3. Ebaluazioa……..209
11.4. Tratamendua……..213
11.5. Familiarentzako eta zaintzaileentzako programak……...220
11.6. Eskizofreniaren prebentzioa……223
Oinarrizko bibliografia……227

12. Bikote-indarkeria……..229

12.1. Bikote indarkeriaren definizioa, ezaugarriak eta motak……229
12.2. Biktimaren sintomak eta haien azalpen-ereduak……..230
12.3. Biktimaren sintomen ebaluazioa……..234
12.4. Biktimaren sintomen tratamendua……...235
12.5. Erasotzaileen ezaugarriak……237
12.6. Jokabide bortitzaren azalpen-ereduak……238
12.7. Erasotzaileen ebaluazioa……..239
12.8. Erasotzaileen tratamendu-programak……240
Oinarrizko bibliografia……..243

Erreferentzia bibliografikoak……245

1.JOKABIDE-TERAPIAREN KONTZEPTUA

1.1. DEFINIZIOA ETA EZAUGARRIAK

Jokabide-terapia ikuspuntu terapeutiko bat da, portaera normala eta ez-normala azaltzeko ikaskuntza oinarriak erabiltzen dituena. Psikologia zientifikotik eratorritako teknikak eta ebaluazio objektiboa eta egiaztagarritasun enpirikoa dira beraren oinarri teorikoak, jokabide desegokiak ezerezteko eta egokiak bultzatzeko.

Honako hauek dira ezaugarri nagusiak (Cruzado, Labrador eta Muñoz, 1993):

- Ikaskuntzaren psikologiaren printzipioetan eta psikologia zientifikotik eratorritako teorietan oinarritzen da portaera ulertzeko, aztertzeko, ebaluatzeko eta tratatzeko.
- Giza portaera ikaskuntza-prozesuen eta gizabanakoak mundua hautemateko, interpretatzeko eta balioesteko moduaren ondorioa dela uste du. Horrela, aurretiko joerako faktoreak, ikaskuntza-ereduak, pentsamendu eta prozesu kognitiboak eta amiltze-faktoreak kontuan hartzen ditu portaera azaltzean (Cottraux, 1991).
- Jokabidearen ezaugarri neurgarriak azpimarratzen ditu (maiztasuna, intentsitatea, iraupena), portaeraren osagarri kognitiboak, jokabidezkoak eta psikofisiologikoak kontuan hartuz.
- Arazo diren jokabideak eta horiek kontrolatzen dituzten kanpo- eta barne-aldagaiak neurtzen ditu ebaluazioak. Ebaluazioaren helburua tratagarriak izango diren aldagaiak agerian jartzea da, eta tratamendua balioesteko irizpide nagusia da ebaluatutako jokabideetan gertatzen den aldaketa .
- Tratamenduak aktiboak eta gidatuak dira. Pazienteari bere jokabideak maneiatzeko estrategiak erakusten zaizkio, norberaren ezagutza eta autokontrola handituz, gerora ager daitezkeen arazoekin zailtasunik izan ez dezan.
- Tratamenduaren eraginkortasuna neurtzen da ebaluatutako jokabideetan izandako aldaketa kontuan hartuz (jokabide-aldaketak irauten duen eta orokorra den balioetsiz). Terapia balioesten da eraginkortasuna eta kostu eta etekinak kontuan hartuta.
- Jokabideak ebaluatzeko, tratamendua diseinatzeko eta emaitzak balioesteko metodologia esperimentala erabiltzen da. Esku-hartze terapeutikoaren deskribapen zehatzak egiten dira, errepikagarria eta konparagarria izan dadin prozesua.

Oro har terapiak laburrak izaten dira, 6-12 hilabete ingurukoak; terapeuta aktiboa eta gidatzailea da, eta pazientearen parte-hartze aktiboa eskatzen du. Helburua jokabide arazotsuetan aldaketak lortzea da; ikuspuntua orainaldikoa da, eta pazientearen eta terapeutaren elkarlana beharrezkoa da (Perez, 1998). Pentsatzeko, jokatzeko eta sentitzeko modu berriak eta egokiagoak ikasteko aukera ematen du terapiak.

1.2. PSIKOPATOLOGIAREN EREDU OROKORRA

Pazientearen arazoak eskuarki ulertzeko beharrezkoa da gaur egun ikerketatik eratorritako psikopatologiaren ereduak erabiltzea. Horrela, ikerketen ondorioz arazo klinikoen hainbat hipotesi etiologiko agertu dira. Arazoen sorrera, bilakaera eta iraupena azaltzen dituzten hainbat aldagai kontuan hartzen dira pazienteari gertatzen zaiona ulertzeko. Hala, aldagai biologikoek, aldagai psikologikoek eta sozialek, eta zaurgarritasun- eta babes-faktoreek eragina dute jokabide normalaren eta ez-normalaren sorreran eta bilakaeran. Munduko Osasun Erakundeak dioen bezala, osasuna ulertzeko ikuspuntu bio-psiko-soziala beharrezkoa da.

Horrela, aldagai biologikoak (genetika, fisiologia, neurokimika, aiurria) jokabidearen oinarriak dira; horiek eragin-trukea dute inguramenarekin (kulturarekin, gizartearekin, familiarekin, hezkuntzarekin), denboran zehar gertatzen diren ikaskuntza-prozesuekin (jokabidezkoarekin, kognitiboarekin eta sozialarekin) eta esperientziekin. Guzti horren ondorioz, jokatzeko ohizko modua (nortasuna) eta eguneroko zailtasunen aurrean estilo pertsonala osatzen da. Beraz, aldagai biologikoak, sozialak eta ikaskuntza-prozesuak moldeatutako nortasun edo estilo pertsonalak babes edo arrisku faktore gisa funtziona dezake egoera estresagarrien aurrean, eta jokabide normala edo ez-normala sorrarazi.

Horrela, psikopatologiaren agerpenean hiru elementu kontuan hartzekoak dira: aiurria, inguru fisikoaren, sozialaren eta emozionalaren ezaugarriak, eta arrisku-faktoreen agerpena (Lemos, 2003). Aiurri zail baten aurrean inguruak egoki erantzuten badu eta egoera estresagarri gutxi bizi badira, posible da psikopatologiarik ez agertzea, eta alderantziz: aiurri zail baten aurrean inguruaren erantzuna desegokia bada eta egoera arriskugarriak agertzen badira, jokabide desegokiak agertzeko aukera handiagoa izango da.

1.3. EBALUAZIOA ETA ESKU-HARTZE TERAPEUTIKOAREN PROZESUA

Esku-hartze terapeutikoa prozesu bat da, eta hainbat fasetatik igarotzen da. Ebaluazioa eta tratamendua prozesuaren oinarriak dira eta elkarri loturik daude.

Pazientea kontsultara etortzen denean harreman terapeutikoa eraikitzen hasi, eta ebaluazioa abian jartzen da. Ebaluazioa informazioa lortzeko prozesua da, eta honako hauek dira beraren helburuak: jokabide-arazoak ezagutzea, jokabidea agerrarazten duten aldagaiak identifikatzea, lortu nahi diren helburuak finkatzea, kasu zehatza tratatzeko teknika egokiak aukeratzeko informazioa ematea, eta tratamenduaren emaitzak balioestea.

Ebaluazioaren zereginak askotarikoak dira: kasua deskribatzea, diagnostikoa egitea (CIE-10 edo DSM-IV sailkapen-sistemen arabera), analisi funtzionala egitea, hipotesi etiologikoak aurkeztea, eta aldaketaren ebaluazioa egitea (Llavona, 1984).

Zeregin guzti horiek pauso hauetan egiten dira (Echeburua, 1993):

a. Jokabide arazoen deskribapena, identifikazioa eta definizioa

Jokabide-arazoa zehaztea, definitzea eta deskribatzea da lehen zeregina, orokortasunak saihesturik. Horretarako jokabidearen *analisi topografikoa* erabiltzen da, eta erantzun-sistema hirukoitzaren bidez deskribatzen da jokabidea:

- Erantzun edo sintoma motorikoak: zer egiten duen edo zer ez duen egiten pazienteak.
- Erantzun edo sintoma fisiologikoak: nerbio-sistema autonomoaren erantzunak (zer sentitzen duen gorputzean).
- Erantzun edo sintoma kognitiboak: gizabanakoaren esanak, pentsamenduak, sinesmenak, irudiak, itxaropenak, eta abar (zer pasatzen zaion burutik).

Gainera, erantzun horien maiztasuna, intentsitatea, iraupena eta eguneroko bizitzan duten eragina zehazten da. Arazoak izan daitezke, erantzun gehiegi edo gutxiegi agertzen direlako. Jokabidearen analisi topografikoaren bidez irits gaitezke diagnostikoa egitera.

b. Jokabidearen analisi funtzionala

Analisi funtzionalaren bidez, jokabidea kontrolatzen duten aldagai aurrekari eta ondorengoak identifikatu, eta haien arteko kontingentzia-erlazioak azaltzen dira. Hau da, arazoa agertzearekin eta horrek irautearekin loturik dauden aldagai guztiak aztertzen dira. Horretarako, E-G-R-O ekuazioa erabiltzen da (Segura, Sanchez eta Barbado, 1995):

E. Estimulu aurrekariak kanpokoak, ingurukoak edo barnekoak izan daitezke. Sintomen agerpenarekin harremana duten estimuluak zehaztea.
G. Gorputz-aldagaiak (determinatzaile biologikoak, jokabide-bilduma eta ikaste-historia). Sintomekin erlazioa izan dezaketen aldagai biologikoak, nortasun-ezaugarriak eta ikaste-esperientziak deskribatzea.
R. Analisi topografikoaren bidez zehaztu diren erantzun arazotsuak azaltzea.
O. Erantzunen ondorioa, errefortzua edo zigorra. Hainbat sintomaren ondorioa, indargarri edo zigor modura.

Pazienteak duen arazoaz gain, beste arlo batzuk ere kontuan hartu behar dira ebaluazioan, hala nola, alderdi osasuntsu eta positiboak, tratamendurako motibazioa, itxaropenak eta helburuak.

Aurreko horri guztiari buruz informazioa lortzeko hainbat ebaluazio-tresna daude: elkarrizketak, galdetegiak, behaketa, norberaren behaketa eta erregistro psikofisiologiko batzuk. Ebaluazio tresna-egokiak aukeratzeko zenbait irizpide erabiltzen dira (Muñoz, Roa, Pérez, Santos-Olmo eta Colomina, 2002): kostu-etekinen arteko oreka, terapeutak ebaluazioa egiteko duen denbora, tresnen erabilgarritasuna eta kalitatea (fidagarritasun eta balioduntasuna), eta abar.

c. Hipotesiak formulatzea

Pazientearen arazoa azaltzen duten faktoreek hipotesi etiologikoa osatzen dute. Hipotesi etiologikoek azaltzen dute pazientearen arazoak nola sortu ziren eta nola irauten duten. Batetik, arazoen sorrera ulertzeko kontuan hartzen dira aldez aurretiko faktoreak (ezaugarri biologikoak, nortasun-ezaugarriak, ikaste-historia) eta amiltze-faktoreak (gertakizun estresagarriak, gizarte-laguntzarik ez izatea). Bestetik, arazoari iraunarazten dioten faktoreak kontuan hartzen dira; gehienetan, egoerei aurre egiteko estrategia motor eta kognitibo desegokiak izaten dira horiek.

Pazientearen arazoak ulertzeko, horren banakako ebaluazioa kontuan hartzen da, baina baita ikerketatik eratorritako psikopatologiaren ereduak ere.

Terapeutak hipotesien formulazioaz gain, hezkuntza-fase bat eraikitzen du pazientearekin; fase horretan, zein den arazoa, zergatik agertu den, zergatik iraun duen, eta zer irtenbide dauden esplikatzen du. Pazientea azalpen horiekin eta planteamenduarekin ados badago, hurrengo fasera pasatzen da.

d. Tratamenduaren helburuak zehaztea

Helburuek errealistak, zehatzak eta argi definituak izan behar dute. Sintomak ezereztea, nork bere burua hobeto ezagutzea eta bizitzarako trebetasunak ikastea dira helburu orokorrak. Helburuak, pazientearen eta terapeutaren artean adosten dira, lehentasun-mailak ezarriz.

e. Tratamenduaren aplikazioa

Tratamendua aukeratzeko garaian hainbat aldagai kontuan hartzen dira: arazo mota, larritasuna, pazientearen ezaugarriak (adina, kultura-maila, introspekzio gaitasuna, eta abar), testuinguru terapeutikoa (anbulatorioa, ospitalea, zentro pribatua, eta abar), psikofarmakoak beharko diren edo ez, eta terapeutaren aldagaiak (ezagutza eta prestakuntza).

Gaur egun lagungarri gertatzen dira, halaber, ikerketa esperimentalaren ondorioz egindako gida klinikoak eta tratamendu eraginkorren txostenak.

Horrela, tratamendua diseinatzean bi alderdi kontuan hartzen dira: alderdi formala (saioen maiztasuna, iraupena, intentsitatea…) eta edukia (teknikak eta landuko diren gaiak), eta horren arabera aukeratzen dira aktibazioa gutxitzeko teknikak, baldintzapen-prozesuetan oinarriturikoak edo teknika kognitiboak.

f. Tratamenduaren emaitzak balioestea

Aplikatutako tratamenduak eragina izan duen edo ez jakiteko, ebaluazioak egiten dira, tratamendua egin bitartean, bukatzean eta jarraipenetan.

Tratamendua bukatzean, ebaluatzen da pazienteak hobera, okerrera egin duen edo tratamenduak porrot egin duen, hasierako helburuak bete diren edo ez, eta lortutakoarekin pazientearen gogobetetze-maila nolakoa den. Gehienetan jarraipenak egiten dira, aldaketek irauten duten edo ez jakiteko, 1, 3, 6, eta 12 hilabetera.

Tratamendua ikaste-prozesua da, eta, beraz, hobekuntza ez da lineala, gorabeherak daude, eta ikuspuntu errealista eta positiboa beharrezkoak dira lan egiteko.

OINARRIZKO BIBLIOGRAFIA

Buela-Casal, G. eta Sierra, J.C. (arg.) (2001). ***Manual de evaluación y tratamientos psicológicos.*** Madril. Biblioteca Nueva.

Caballo, V. (arg) (1997, 1998). ***Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos.*** Madril. Siglo XXI.

Echeburúa, E. (1993). ***Modificación de conducta y psicología clínica.*** Bilbo. EHU/UPV.

Espada, J., Olivares, J. eta Méndez, F.X. (koord.) (2005). ***Terapia psicológica. Casos prácticos.*** Madril. Pirámide.

Fernandez-Ballesteros, R. (1994). ***Evaluación conductual hoy.*** Madril. Pirámide.

Froján, M.X. (1998). ***Consultoría conductual.*** Madril. Pirámide.

Hersen, M. eta Last, C.G. (arg.) (1993). ***Manual de casos de terapia de conducta.*** Bilbo. DDB.

Labrador, F.J., Cruzado, J.A. eta Muñoz, M. (arg.) (1993). ***Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta.*** Madril. Pirámide.

Maciá, D. eta Méndez, X. (arg.) (1988). ***Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta. Estudio de casos.*** Madril. Pirámide.

Pérez, M., Fernández-Hermida, J.R., Fernández, C. eta Amigo, I. (arg.) (2003). ***Guía de tratamientos psicológicos eficaces.*** Madril. Piramide.

Segura, M., Sánchez, P. eta Barbado, P. (1995). ***Análisis funcional de la conducta: un modelo explicativo.*** Granada: Universidad de Granada.

Vallejo, M.A. (arg.) (1998). ***Manual de terapia de conducta.*** Madril. Dykinson.

Vazquez, C. (2003). ***Técnicas cognitivas de intervención clínica.*** Madril. Síntesis.

I. ZATIA: HERSTURA, FOBIA ETA NAHASTE AFEKTIBOAK

Herstura edo antsietatea eta depresio-nahasteak dira gaur egun, epidemiologikoki, arazo klinikorik zabalduenak helduen artean.

Oro har, populazioaren % 13-15ek du herstura-arazoren bat, komorbilitatea oso altua da (% 68). 4 pertsonatik 1ek tratamendua hartzen du, eta normalean berandu, hamar urtez arazoa jasan ondoren. Herstura-nahasteen barruan agorafobiak, izuak eta nahaste obsesibo-konpultsiboak izaten dira eskaera terapeutiko gehien dituztenak. Depresioari dagokionez, emakumeak bizitzan zehar depresio nagusia jasateko arriskua % 10-25ekoa da, eta % 5-12koa gizonen kasuan, baina askotan pazienteak ez dira laguntza eskatzera joaten.

Herstura edo antsietatea berez izan daiteke arazoa, edo, bestela, hainbat nahasteren osagai. Horrela, normala izaten da depresioan, disfuntzio sexualetan, mendekotasunean, elikadura-arazoetan, pazienteak herstura izatea. Gainera, herstura gaixotasun fisikoetan ager daiteke (minbizian, hipertentsioan, tiroide-arazoetan…), droga eta botiken ondorioa izan, edo nortasunaren ezaugarri gisa agertu (aiurri beldurtia, kezkatia, zurruna, perfekzionista, eta abar).

Herstura agertzen da, gizabanakoak bere ongizate fisikoa edo psikologikoa mehatxatuta sentitzen duenean; hainbat egoeraren aurrean agertzen den beldurraren erreakzio emozionala da. Erreakzioa erantzun-sistema hirukoitzaren bidez agertzen da, maila motorrean, psikofisiologikoan eta kognitiboan. Depresioan, aldiz, tristura eta galeraren hautematea da emozio nagusia. Bai herstura-arazoetan, bai depresioan, gehienetan pazienteak kezka somatikoengatik joaten dira sendagilearengana.

Herstura, beldurra eta tristura egokiak eta normalak dira; patologiko bihurtzen dira hainbat aldagairen arabera, hala nola eguneroko bizitza normala aurrera eramateko zailtasunak agertzen direnean, gizabanakoaren erantzuna gehiegizkoa denean, sintomen intentsitateak, maiztasunak eta iraupenak arazoak sortzen dituztenean, eta sufrimendu-maila handia eta luzea denean. Herstura eta tristura maneiatzeko gai izatea da tratamenduaren helburu terapeutikoa.

2. IZUA ETA AGORAFOBIA

2.1. Ezaugarri psikopatologikoak
2.2. Eredu etiologikoak
2.3. Ebaluazio-arloak eta -tresnak
2.4. Tratamendua
Oinarrizko bibliografia

2.1. EZAUGARRI PSIKOPATOLOGIKOAK

Izua bat-batean eta ustekabean agertzen den hersturazko krisia da. Sintoma fisiologiko nabarmenak, ekiditeko edo ihes egiteko bulkada, eta hiltzeko edo erotzeko beldurrak dira beraren ezaugarri nagusiak. Taula honetan ageri dira pazienteek izaten dituzten sintomak:

Arnasa hartzeko arazoak edo itolarria
Zorabioa, desoreka
Takikardiak
Dardarak
Izerdia, hotzikarak
Kontrako eztarritik joatearen sentipena
Goragalea edo urdaileko ondoeza
Gauzekiko edo norberarekiko irrealtasun-sentipena (despertsonalizazioa edo desrealizazioa)
Inurritzea
Bularreko mina edo ondoeza
Hiltzeko beldurra
Kontrola galtzeko edo erotzeko beldurra

Sintoma horiek bat-batean agertzen dira, eta lehen 10 minutuetan bizi-biziak dira. 20 minutu-edo irauten dute, eta batez ere somatikoak dira. Gizabanakoa kezkatu egiten da, gerora krisiak gertatuko diren edo ez pentsatuz edo krisiak izan ditzakeen ondorio fisiko, sozial eta mentalengatik.

Izu-krisiak oharkabekoak izan daitezke, inolako abisurik gabe, estimulu zehatzekin erlazionatu gabe. Adibidez, pertsona estresatua dago, lan gehiegi dauka, gaixorik dago, gaizki lo egin du denboraldi batean, eta bat-batean agertzen da krisia. Baina badaude, halaber, estimulu zehatzekin erlazionaturiko krisiak.

Izu-krisiek ez dute izu-nahaste bat osatzen; populazioaren % 15ek izaten ditu herstura-krisiak, baina % 3,5ek bakarrik dauka **izu-nahasterik**. Izu-nahastea izateko, pazienteak izu-krisi errepikatuak izan behar ditu, eta, gutxienez, hilabete iraun behar dute eta pertsonaren bizitzan eragin negatiboa izan.

Izu-nahastea duten pazienteek lehen mailako sintomak dituzte (takikardiak, itolarria eta abar), eta batzuetan hain larriak ez diren beste batzuk:

ahultasuna, dardara eta beste. Krisiak izan ditzakeen ondorio larriei buruzko pentsamendu katastrofistak eragiten dituzte sintoma guztiek.

Izu-krisiaren eta hersturaren sintomak bertsuak dira, baina hersturaren indartsuagoak dira; horregatik, pazienteak berriro urduri jartzen direnean, krisi bat izatearen beldur dira.

Izu-krisiak bat-batean agertzen dira, baina ondorengo aldietan krisia beldur baldintzatuak eragin dezake; izan ere, tokiak, pentsamenduak eta egoera fisikoak izuarekin erlaziona daitezke, eta, halakoetan, pertsonak egoera horiek ekiditera jotzen du. Ekiditeak agorafobia ekartzen du.

Ohikoa izaten da izu-nahastea duten pazienteek aurretiko herstura izatea ("beldurrari beldurra"), eta, hau egoeren ekiditearekin batera agertzen denean, agorafobia sortzen da. Pazienteak egoeretatik ihes egiten duenean, beldurra apaltzen da. Hori dela eta, sintomak agertzen direnean ekiditeko jokabideak agertzen dira, eta litekeena da jokabide horiek pixkanaka orokortzea, aurretiko hersturaren ondorioz.

Oro har **agorafobia** duten pertsonen % 95ek izu-krisi baten ondorioz garatu du. Horrela, diagnostikoen arabera, izu-nahastea agorafobiarekin edo gabe ager daiteke.

Agorafobia nahaste fobikorik garrantzitsuena da, pazientearen bizitzan eragin negatiboena duena. Behin agertu ondoren ez da desagertzen, eta arazo fobikoetatik eskaera terapeutikorik handiena duena da.

Agorafobia beldur multzo batek osatzen du. Alde batetik ditugu kanpo estimuluen beldurra (toki publikoak, kalera ateratzea, garraioak, jende asko dauden tokiak, leku itxiak, zubiak, toki irekiak, mendia, hondartza, edo pazienteak ihesbidea zail ikusten duen tokiak…), eta, beste aldetik, barne-estimuluen beldurra edo sentipen somatikoekiko kezka. Beldur guzti horiek indartu egiten dira, gizabanakoa bakarrik dagoenean edo tokietatik ihes egitea zail ikusten duenean, segurtasunik gabeko egoerek beldurra eta ekiditeko jokabideak agerrarazten dituzte.

Erantzun-sistema hirukoitzaren ikuspuntutik, bai agorafobian, bai izuan, pazienteek **kognitiboki** ondorio negatiboak aurreratu, egoerak eta gaitasunak negatiboki ebaluatu, sintoma somatikoekiko interpretazio okerrak egin, eta ihes-pentsamenduak izaten dituzte.

Alderdi **motorra**ren ikuspuntutik, izu-nahastean ekiditeko jokabideak ez dira agorafobian bezain argiak. Agorafobian askotariko egoerak ekiditen dira, berriro izu-krisia izateko beldurrarengatik. Hala, saihesten dira merkataritzaguneak, jatetxeak, elizak, zinemak, garraioak, etxetik edo ospitale batetik urrun dauden lekuak, ihesbide zaila duten tokiak, edo bakarrik egotea. Izuan, sintoma fisiologikoak eragin ditzaketen jarduerekin erlazionatzen dira ekidite-jokabideak gehienetan. Hona hemen jarduera horietako batzuk: eskailerak igotzea, bero izatea, gela beroetan egotea, ariketa fisikoak egitea,

dantzatzea, harreman sexualak izatea, kafea edo antzeko edariak edatea, eta abar.

Zenbait autorek hainbat agorafobia mota bereizten dituzte (Bados, Burgaya, Labrador eta Pujol, 2001):

Agorafobia konplexua:

a. pazienteek beren buruarengan konfiantza gutxi agertzen dute, asertibitate apala, eta menpekotasunez jokatzen dute harreman pertsonaletan.
b. Herstura eta izu-krisiak irtenbiderik ez duen arazo batekin erlazionatzen dira, eskuarki pertsonarteko arazoekin. Gurasoen eta bikotearen menpe daude; harremana aldatu nahi dute, baina beldur dira.
c. Herstura eta izua egoera fisikoei edo gaixotasunei egozten dizkiete, pertsonarteko arazoekin erlazionatu beharrean.
d. Beldur nagusia da, beldurrari beldur izatea, hersturaren inguruko gorputz-sentipenei eta pentsamenduei.
e. Izu-krisiak gertatutako egoerak ekiditen dituzte, baita ezaugarri berdintsuak dituzten egoerak ere. Ekiditeak menpekotasuna areagotzen du, eta gai ez izatearen sentipena.

Agorafobia sinplea: izu-krisiak nahaste fisikoen, botiken edo drogen esperientzia desegokien ondorio dira. Ez dago menpekotasun pertsonalik, eta tratamendua errazagoa da.

Diagnostikorako irizpideen arabera, agorafobia izu-nahastearekin edo ez diagnostika daiteke.

Komorbilitatea

Bai izua bai agorafobia beste arazo psikopatologiko batzuekin batera ager daitezke. Horrela, hipokondria edo gaixo-ustea, arazo afektiboak (zehazki depresioak), herstura orokorra edo beste arazo fobiko batzuk ere ager daitezke. Gainera, arazoaren ondorioz normala izaten da pazienteak lanean, bikotearekin eta arlo sozialean arazoak izatea, eta alkohola eta lasaigarriak erabiltzea hersturari eta beldurrari aurre egiteko. Askotan, nortasun-nahaste menpekotasunezkoa eta ekiditezkoa ere izaten dira.

Arazoa agertu ondoren, beraren bilakaerak gorabeherak izaten ditu, hobekuntzak eta okerraldiak. Gorabehera horiek faktore psikologikoekin (aldartearekin, gertakizun estresagarriekin…), egoera fisikoekin (nekearekin, gaixotasunekin…) eta inguruko aldagaiekin (argiarekin, beroarekin) lotu daitezke.

Epidemiologia

Izu-nahaste agorafobiadunaren prebalentzia oso altua (%3,5-7) da, ekidite-jokabiderik edo agorafobiarik gabekoarenaren aldean (% 1-2,4). Bi kasuetan, gehienetan emakumeei erasaten die, eta 20 urtetik 35 urtera

bitartean agertzen da nagusiki. Normala izaten da sendagilearenera joatea eta urteak pasatzea kontsultatu gabe. Izuari aurre egiteko, gizonezkoek alkohola erabiltzen dute, eta emakumezkoek, ekiditea. Biztanleen % 1,2-3,8k izaten du agorafobia, eta gehienak izaten dira emakumeak, ezkonduak eta 30-40 urtekoak. Kontsultara etortzen diren fobikoen % 50-80 agorafobikoak dira.

Izu-nahastea, agorafobia, bakartze soziala eta depresioa loturik daude kronologikoki. Agras (1989) autoreak deskribatu du prozesua:

a) Banaketa edo galera bat gertatzen da (norbaiten heriotza, bikote-haustura edo lagunak galtzea), edo egoera estresagarriak jasaten ari da pertsona. Horri gehitzen zaizkio aurrekari familiarrak, menpekotasun-arazoak (eskolarekiko fobia edo banaketak eragindako herstura) edo beldurrak (gaixotzeko, hiltzeko….), eta izu-, agorafobia- edo depresio-aurrekariak. Guzti horiek arrisku-faktoreak dira.
b) Izu-krisia agertzen da. Oro har, pazienteak gaixotasun edo arazo fisiko bati egozten dio, eta askotan toki publikoan gertatzen da. Horrek estimulu ez-baldintzatu gisa funtziona dezake, eta neutro ziren hainbat toki edo leku baldintzatu bihurtu. Izu-krisiak larrialdirako erantzunak dira, estimulu ez-kaltegarrien aurrean agertzen direnak.
c) Mugikortasuna mugatzen da. Pazienteak krisiak izandako tokiak ekiditen ditu, eta etxetik bakarrik ateratzea ezinezko zaio, toki segurua uztearen beldur da eta. Horrek agorafobia agerrarazten du.
d) Aurretiko herstura. Krisiak baino garrantzitsuagoa da pazienteak duen estutasunak eragindako antsietate-egoera. Horrek berriro agerraraz ditzake krisiak, batez ere pentsatzen bada krisia gertatzeko probabilitatea altua dela edo oso gogorra izango dela edo ezingo zaiola aurre egin. Horrela, gorputzaren barne-seinaleak arriskuarekin erlazionatzen dira.
e) Bakartzea eta depresioa. Gai ez izatearen eta etxean sartuta geratzearen ondorio dira. Izua duten pazienteen % 50-65ek depresioa izaten dute.

2.2. EREDU ETIOLOGIKOAK

Izua azaltzeko hainbat eredu etiologiko aipatu dira. Bi dira nagusiak: Clark-en eta Salkovskis-en eredu kognitiboa (1987), eta Barlow-en (1988) eredu bateratzailea, faktore psikofisiologikoak, kognitiboak eta aurrekariak kontuan hartzen dituena. Hala ere, bi fase desberdindu daitezke: arazoaren sorrera, batetik, eta iraupena, bestetik.

Arazoaren sorrera:

Arazoaren sorreran hainbat faktore ageri dira, hala nola:

- Zaurgarritasun biologikoa. Urduritasun-maila altua eta aktibazio autonomiko altua (modu larrituan erantzuteko joera, takikardia edo gehiegizko arnasketa).

- Zaurgarritasun psikologikoa. Familia ikaskuntzaren edo esperientziaren ondorioz ingurua ez kontrolatzearen sentipena, ingurua arriskutsua dela hautematea, ahultasun-sentipena, asertibitate-maila urria, pertsonarteko menpekotasuna eta familia-ereduak gaixotasun edo kexu somatikoen inguruan.

- Gertakizun estresagarriak, aktibazio somatikoa eragiten dutenak, galera edo banaketak, eta abar.

Faktore horien ondorioz ustekabekoa den izu-krisia ager daiteke, eta errepikatu. Krisiak era askotako ondorioak izan ditzake: sentipen somatikoetan arreta fokalizatzea eta interpretazio katastrofista egitea, itxarote hertsagarria aktibatzea, egoerak saihestea, eta barne-sentipenak arriskugarri bizitzea.

Arazoaren iraupena:

Izu-krisiak nahaste bihurtzeko, lehenago aipatutako faktore guzti horiek agertu behar dute, sintoma somatikoen interpretazio katastrofikorik egiten ez bada eta zaurgarritasun-faktorerik ez badago, gertatutakoari beste azalpen bat ematen zaio eta gizabanakoak gainditu egiten du; bestela, arazoak iraun egiten du, eta ondorengo zirkuituan sartzen da pazientea.

Estimulu aurrekariak (barnekoak edo kanpokoak, pentsamenduak, irudiak, egoerak, gorputz-sentipenak) arriskugarri hautematen dira, eta beldurra, herstura eta larritasuna eragiten dituzte; horiek gorputz-sentipenak indartzen dituzte, eta hondamena etorriko dela pentsarazi; ondorioz, saihesteko eta babesteko jokabideak agertzen dira.

Behin nahastea agertu denean, nahasteak irauteko, Mowrer-ek (1947) deskribatutako bi faktoreen teoria kontuan izan beharra dago. Batetik, baldintzapen klasikoaren prozesua dago: sintoma somatikoak askotariko estimulurekin elkartzen dira eta beldurra sorrarazten dute; horrela, beldurraren beldurra agertzen da, eta, bestetik, pazienteak ekiditea edo saihestea erabiltzen badu lasaitzeko, errefortzu negatiboaren menpe dago baldintzapen operantearen paradigmaren barruan, eta agorafobia garatzen du.

Ekiditeak epe laburrera herstura apaltzen du, besteen ulermena eta laguntza bultzatzen ditu, eta arriskurik ez izateko erabiltzen da, baina luzera arrisku-usteei iraunarazten die eta mugikortasuna mugatzen da. Gainera, horren ondorioz, pertsona sozialki bakartzen da; familia-, bikote- eta lan-arazoak izaten ditu, eta tristura eta depresioa garatu.

Beraz, Botella eta Ballester (1997) autoreek dioten bezala, nahasteak, bai izua bai agorafobia, sintoma psikofisiologikoen, pentsamenduaren eta erreakzionatzeko moduaren arteko eraginaren ondorio dira, eta aldagai bakarrak ez luke azalduko nahastearen sorrera eta iraupena, hainbat faktore beharrezkoak baitira.

2.3. EBALUAZIO-ARLOAK ETA -TRESNAK

Izua eta agorafobia ebaluatzean, analisi topografikoa eta funtzionala egin behar dira: zer sintoma fisiologiko, motor eta kognitibo dituen pazienteak, zer intentsitate, maiztasun eta iraupen duten, zer egoeratan agertzen diren, eta zer ondorio dakartzaten.

Gainera, beste arazo psikopatologikorik dagoen ere kontuan hartu behar da, hala nola depresioa, beste herstura–arazo batzuk, alkohola eta botiken kontsumoa, nahastearen eragina (familian, bikote-harremanean, lanean), eta abar.

Taula honetan agertzen dira **ebaluazio-arlo nagusiak:**

Azken izu-krisia: zer egoeratan gertatu zen, zer ondorio izan zituen, eta zer sintoma (somatikoak, kognitiboak eta motorrak). Beste krisien ezaugarriak. Jarduerak edo egoerak saihestea: maiztasuna eta larritasuna. Pazientearen ingurukoen erreakzioa krisien edo ekiditeen aurrean. Krisia arintzen edo okertzen duten aldagaiak. Arazoaren sorrera eta bilakaera. Aurretik jasotako tratamenduak. Pazienteak zeri egozten dion nahastea.

Arlo horiei guztiei buruzko informazioa jasotzeko, zenbait ebaluazio-tresna erabil daitezke: elkarrizketa, galdetegia eta autobehaketa, bereziki. Jarraian aipatuko ditugu nagusiak.

Elkarrizketak

Pazientea kontsultara datorrenean, hasierako elkarrizketa orokorra egiten da, analisi topografiko eta funtzionalaren arabera. Honako hauek dira puntu nagusiak:

Arazoa: zein den, zer gertatzen zaion, noiz gertatu den azken aldiz. Arazoaren garrantzia eguneroko bizitzan. Arazoaren ezaugarriak: maiztasuna, intentsitatea, iraupena. Arazoaren aurrekari eta ondorioak. Arazoaren sorrera eta bilakaera: noiz hasten den arazoa, zer gertatzen da, noiz den okerragoa eta noiz arinagoa, zeri egozten dion… Itxaropenak, helburuak, jasotako tratamenduak eta emaitzak.

Nahasteen diagnostikoa egiteko, hiru elkarrizketa egituratu hauek erabiltzen dira bereziki.

Structural clinical interview for DSM-III-R *(SCID) Spitzer, Williams, Gibbon, eta First, 1990.*

Izua eta agorafobia neurtzeko erabili da bereziki. Pazienteak aipatu behar ditu gaizki sentiarazten duten egoerak, izandako beldurra eta arazoaren bilakaera. Gaztelaniaz Ayuso-ren (1988) testuan aurki daiteke.

Anxiety disorders interview schedule *(ADIS-R) Di Nardo eta Barlow, 1988.*

Herstura-nahasteak ebaluatzeko erabiltzen den elkarrizketa. DSM-ren diagnostiko-irizpideak betetzen diren edo ez ebaluatzeko eta diagnostikoa egiteko erabiltzen da.

Schedule for affective disorders-lifetime anxiety *(SADS-LA) Manuzza, Fyer, Klein eta Endicott, 1986.*

Herstura eta arazo afektiboak ebaluatzeko erabiltzen den elkarrizketa egituratua.

Galdetegiak

Inventario de agorafobia *(IA) Echeburua, Corral, García, Páez eta Borda, 1992*

69 galdera ditu eta bi zatitan banatzen da. Lehenengo zatian, erantzun motorrak, fisiologikoak eta kognitiboak jasotzen dira, Likert eskalan (0-5). Egoera bakoitza bi aldagairen arabera ebaluatzen da: pazientea bakarrik edo lagundurik dagoen. Bigarren zatian, erantzunen aldakortasuna ebaluatzen da, zenbait aldagaik herstura handitu edo arindu dezaketelako.

Ebakitze-puntuak: 176 eskala orokorrean, 96 motorrean, 61 fisiologikoan eta 30 kognitiboan.

Autoerregistroak

Izu-krisien eta jokabide fobikoen ezaugarri zehatzak jakiteko erabil daitezke.

Izu-krisien kasuan, ebaluatzen da noiz eta non izan den krisia, zenbat iraun duen, zenbateraino izan den larria, bat-batekoa edo egoerak eragina izan den. Batzuetan aurretiko herstura ere balioets daiteke. Adibidea izan daiteke: eguna/krisia/egoera/iraupena/gorputz-sentipenak/larritasuna/pentsamenduak, eta abar.

Jokabide agorafobikoen kasuan, eguna, ordua, herstura (0-10), tokia, pertsonak, jarduera, sintoma fisiologikoak, pentsamenduak eta herstura maneiatzeko erabilitako estrategiak.

Hala ere, autoerregistroak paziente bakoitzaren ezaugarrietara moldatu behar dira.

2.4. TRATAMENDUA

Gaur egun, izu-nahastearen eta agorafobiaren tratamendua psikologikoa da batez ere, botikak lagungarri direla. Orain dela urte batzuk terapia psikofarmakologikoa zen batez ere, baina, ikerketen datuen arabera, terapia kognitibo-jokabidezkoaren arrakasta-maila % 74koa da, lasaigarri bidezkoarena % 61ekoa, eta % 58koa antidepresiboen bidezkoarena (Gould, Otto eta Pollak, 1995).

Izua eta agorafobiaren tratamendu psikologikoak osagai hauek ditu:

- Sintoma somatikoetarako: arnasketa, lasaitzea, eta sentipen somatikoen aurrez aurre jartzea.
- Sintoma kognitiboetarako: ber-egituraketa kognitiboa, autoaginduak.
- Ekiditeko jokabideetarako: ekiditen diren egoeren aurrez aurre jartzea.

Teknikak aplikatu baino lehen, **hezkuntza-fasea** dago. Orduan, arazoaren azalpena ematen da: zer den herstura, zer den izua, krisien funtzionamendua eta ondorioak, zer eragin duten pentsamenduek eta ekidite-jokabideek arazoak irauteko, eta nolakoa izango den tratamendua.

Lasaitzea eta arnasketa

Jacobson-en lasaitze progresiboa eta arnasketa-ariketak erabili izan dira, hiperarnasketa tratatzeko. Hiperarnasketa arnasa hartze desegokiaren ondorioa da; gorputzean oxigeno gehiegi eta anhidrido karboniko gutxi agertzen da, eta egoera horrek sintoma somatikoak eragin ditzake. Arazoa konpontzeko, arnasketa-ariketak egiten dira, diafragma erabiliz edo plastikozko poltsa baten barruan arnasa hartuz eta botaz. Pazienteari arnasa geldiro hartzen erakusten zaio, sudurretik arnasa hartuz (8-10 arnasketa minutuko). Bai lasaitzea bai arnasketa egoerei aurre egiteko erabiltzen diren estrategiak dira.

Terapia kognitiboa

Berregituratze kognitiboaren helburua sintoma somatikoen interpretazio katastrofista aldatzea da. Izuaren kasuan, “arrisku-hautematea”ren inguruko pentsamenduak izaten dira; esaterako, *garrantzi gehiegi ematen zaie egoera negatiboei* (kalera ateratzen banaiz, erori egingo naiz) eta *gertakizun beldurgarrien intentsitateari*; *gutxiesten dira egoerei aurre egiteko trebetasunak* (ezingo naiz ile-apaindegian ordu bat egon, eta jendearen aurrean barregarri geratuko naiz), eta *gorputz-sentipenen beldurra agertzen da* (bihotzekoa izango dut; zorabio hauek erotzen ari naizen seinale dira). Agorafobian, pentsamendu horiez gain, *ihes egiteko eta ekiditeko pentsamenduak* izaten dira (dendatik azkar atera behar dut, bestela zerbait pasatuko zait).

Berregituratzearen lehen pausoa pentsamenduen eragina azaltzea da. Gero, pauso hauek egin behar dira:

a. pentsamendu katastrofistak identifikatu autoerregistroen bidez.
b. pentsamenduak eztabaidatu eta zalantzan jarri: aldeko eta kontrako frogak, probabilitateen azterketa, interpretazio razionalagoen erabilera, dramatizazioa kentzea, erabilgarritasuna zalantzan jartzea.

Pastor eta Sevilla (1998) autoreek irizpide hauek baliatzen dituzte eztabaidan:

- pentsamendua zer datutan oinarritzen den (objektibotasuna)
- emozioen intentsitatearen irizpidea: oso urduri gaudenean pentsamenduek zer ezaugarri dituzten
- zertarako balio duten (erabilgarritasuna)
- pentsamenduaren ezaugarri formalak: pentsamendu desegokiak dikotomikoak, nahitaezkoak, orokorrak dira

c. Pentsamendu desegokien ordez egokiak jarri

Beste teknika kognitibo batzuk ere, *distrakzioa* eta *autoaginduak,* oso erabilgarriak dira. Pazientea motibatzeko balio dezakete, tratamendua hasi baino lehen; agindu terapeutikoak betetzeko baliagarriak dira; prestakuntza-saio gisa erabil daitezke tratamenduan zehar, eta, hura bukatzean, autoeraginkortasun-itxaropenak handitzeko eta arazoa berriro ez agertzeko.

Distrakzioa 5 modura egin daiteke:

- objektu bati adi egon
- nor bere sentipen fisikoei adi egon
- buru-ariketak egin (kontuz erabili behar dira, ezaugarri obsesiboak badaude)
- jarduera fisikoak egin
- oroimen eta fantasia atseginak irudikatu

*Autoagindu*en kasuan, pazientearekin batera prestatu egiten dira, egoera agertu aurretik, bitartean eta ondoren (gauzak ondo joan direnean eta gauzak hain ondo joan ez direnean) erabiltzeko.

Mathews-ek, Gelder-ek eta Johnston-ek (1986) erregela hauek aipatzen dituzte, izuari aurre egiteko autoagindu modura:

1. Gogoratu izaten dituzun sentipenak estresaren aurrean gorputzak ematen dituen erantzunen gehiegikeriak direla.
2. Ez dira erreakzio arriskutsuak, ez dira atseginak, baina ez da ezer okerrik gertatuko.
3. Pentsamendu beldurgarriek izua areagotzen dute. Beraz, alde batera utzi eta ez handitu.
4. Behatu zer gertatzen ari den zure gorputzarekin orain eta ez zer gerta daitekeen.
5. Itxaron eta denbora pasatzen utzi beldurra desagertu arte. Ez haren kontra borrokatu eta ez ihes egin. Onartu.

6. Beldurra areagotzen ez denean pentsamendu hertsagarrien bidez, beldurra berez desagertuz doa.
7. Gogoratu praktikaren helburua beldurrari aurre egiten ikastea dela, hura ekidin gabe. Beraz, aurre egiteko aukera duzu.
8. Pentsa ezazu zailtasunaren gainetik zer aurrerapen egin duzun. Pentsatu nola geratuko zaren berriro lortzean.
9. Erosoago sentitzen hasten zarenean, zure ingurura begiratu eta, gero, zer egingo duzun planifikatzen hasi.
10. Jarraitzeko prest zaudenean, lasai hasi, ez dago presarik.

Sentipenen aurrean jartzea

Bi modu daude, pazientea bere sentipenen aurrean jartzeko:

a) Ekiditen diren egoerei aurre egitea, izua agorafobiarekin batera agertzen denean.
b) Barne-sentipen fisiologikoei aurre egitea, izuaren kasuan.

*Barne-estimuluen aurrez aurre jartzea*ren helburua kontsultan izu-sintomak eragitea da, horiekin erlazionatuta dauden pentsamenduak zalantzan jartzeko eta sintomak maneiatzeko trebetasunak ikasteko. Sentipen somatikoak lortzeko hainbat estrategia erabili dira:

- ariketa fisikoak egin, saltoak egin, eskailerak igo eta jaitsi, bihotz-taupadak azkartzeko eta izerdia lortzeko;
- borondatezko hiperarnasketa itolarria sentitzeko, arnasari eutsi ahalik eta gehien, azkar arnasa hartu;
- nork bere buruari bueltak eman, bueltak ematen dituen aulki batean; burua alde batetik bestera mugitu 30 segundoan, zorabioa sentitzeko;
- gorputzaren giharrak tentsioan jarri minutu batean;
- Ispiluan begiratu zehatz-mehatz, despertsonalizazioa lantzeko;
- Hainbat koloretako marra horizontalei begiratu, irrealtasun-sentipena lantzeko;
- Sintomen izena duten hitz elkartuen irakurketa (adibidez: arnas falta / itotzea, zorabioa / erortzea, takikardia / heriotza, eta abar)
- Bihotzean edo arnasketan atentzioa fokalizatu.

Ariketen bidez sentipen fisikoak eragin ondoren, pazienteei eskatzen zaie estimulu horiei erreparatzeko, pentsamendu automatikoak identifikatzeko eta eztabaidatzeko, gero bizitza errealean izu-krisiei aurre egin diezaieten. Teknika horren arazo nagusia da ez dagoela argi sintoma horiek benetako izu-krisian azaltzen diren berberak diren edo ez.

Gainera, kontuz ibili behar da, teknika aplikatzean bihotz-arazoak, hipertentsioa, arnasa-arazoak, arazo metaboliko eta hormonalak edo epilepsia dituzten pazienteekin, haurdun dauden emakumeekin edo nahaste fisiko larrietarako botikak hartzen ari direnekin.

Ekiditen diren egoeren aurrez aurre jartzea agorafobian

Frogatuta dago bizitza errealean pazientea egoeren aurrez aurre jartzea dela tratamendurik egokiena agorafobiarako. Beste teknikak osagarriak dira. Horretarako beharrezkoak dira elkartasun terapeutikoa, tratamenduaren ulermena, azken helburuak definitzea, horiek lortzeko bitarteko pausoak, eta bikotearen parte-hartzea, funtzionamendu independentea estimula dezan. Gainera, irakurgaiak, eskuliburuak eta etxerako lanak bidaltzen dira, eta horiek erregistratzen.

Paziente talde batek aipatzen dituen jokabide-helburuak agertzen dira taula honetan:

1. Kalera atera. Bakarrik ibili.
2. Garraiobideetan edo autoan ibili.
3. Supermerkatura joan
4. Ikuskizunetara joan. Jende asko dagoen tokietara joan.
5. Etxetik kanpo afaldu; bilera batean egon.
6. Erosketak egitera joan.
7. Mendira, hondartzara joan, zubiak pasatu, toki goretan egon.
8. Oporretara joan; bidaiak egin.
9. Elizara joan.
10. Lehiatilan gestioak egin; ilaran itxaron.
11. Erietxeetara, ileapaindegietara edo parkingetara joan; igogailuetan ibili.
12. Etxean bakarrik geratu.

Arrakasta izateko, 2 aldagai kontuan izan behar dira: 1) prozesu mailakatua, luzea, errepikatua eta erregularra izatea, beldurgarriak diren estimulu guztien aurrean herstura apaldu arte eta etxerako lanak erregistratuz, eta 2) arreta lantzea, horri esker pazientea konturatzen baita egoera beraren menpe dagoela eta kontrolatzen duela.

Pazientea egoera horien aurrean jartzeak eragina du zenbait arlotan: ihes egiteko eta ekiditeko jokabideetan, aktibazio autonomikoan, izuan, eta pazientearen bizitzan arazoak ezartzen dituen mugetan.

Hobekuntza tratatutako jokabideetara mugatzen da, lehenengo saioetan nabaritu behar da aurrerapena bestela hobe da tratamendua birplanteatzea. Normalean hobekuntza lehenengo hilabeteetan gertatzen da eta gero egonkortu egiten da.

Aurrez aurre jartzeko saioak egunero egin behar dira, herstura % 25era jaitsi arte eta hau 30-45 minutu inguruan gertatzen da. Teknika horrek aukera ematen dio pazienteari ikasteko ihes egin gabe herstura jaitsi egiten dela. Gainera autoerregistroak erabiltzen dira etxeko lanak idazteko eta egiten diren aurrerapenez ohartzeko

Mathews, Gelder eta Johnston (1986) autoreek agorafobia tratatzeko programa egituratua sortu dute («Práctica programada para la agorafobia, manual del paciente y para el coterapeuta»). Programaren osagaiak hauek dira: norbera egoera beldurgarrien aurrean jartzea, eskuliburua, terapeuta kidea, etxerako lanak idatziz jasotzeko egutegia, eta terapeutaren gainbegiratua. Programa horrek arrakasta lortu du zenbait arrazoirengatik: pazientea protagonista delako, arrakasta bere ahaleginei egozten dielako, eta praktikan jarraitzen duelako terapeuta kidearen laguntzarekin, helburuak finkatuta eta aurrerapena kontrolatuz.

Arnasketak eta lasaiketak erraztu egin dezakete pazientea egoeren aurrean jartzeko prozesua, eta ekidina galarazi. Teknika horien helburua sintoma fisiologikoen intentsitatea gutxitzea da. Arnasketa kontrolatuak ere lagundu dezake, lagungarri baitira sintoma fisiologikoak arrisku gisa ez ikusteko, distrakzioa eta autoeraginkortasun-itxaropenak gehituz.

Orain arte aipatutako teknikak jaso eta egituratu ditu «Terapia kognitibo fokala» programak, eta 10-15 saiotan aplikatzen da (Clark, 1997).

Tratamendu farmakologikoa

Bi motatako botikak erabili dira: lasaigarriak eta antidepresiboak. Lasaigarrien barruan alprazolam (trankimazin), antidepresiboen barruan triziklikoak (imipramina-tofranil) eta serotoninaren berratzematearen inhibitzaileak fluvoxamina (dumirox), fluoxetina (prozac), paroxetina (frosinor, seroxat), sertralina (aremis, besitran), eta citalopram (prisdal, seropram) bereziki (Echeburua eta Corral, 1999).

Lasaigarriek epe laburrean arrakasta dute hersturaren kontra; bestela, izuari eta disforiari aurre egiteko egokiagoa da antidepresiboak erabiltzea, baina horiek ez dute efekturik ekidite-jokabideetan. Gainera, benzodiazepinek, mendekotasun arazoak eta berrizkaturak eragiten dituzte uzten direnean, eta zailtasunak agertzen dituzte, sentipenen aurrean jartzeko teknikarekin batera erabiltzeko.

Imipraminak depresioaren eta izuaren kontra egiten du, baina berrizkaturak ekartzen ditu botika erretiratzen denean, eta, gainera, bigarren mailako efektuak eragiten ditu.

Serotoninaren inhibitzaileak bigarren mailako ondorio gutxiago dituzte; seguruagoak dira, gaindosirik izanez gero, baina funtzionamendu sexualean arazoak sor ditzakete.

Hona hemen emaitza terapeutikoei buruzko datuak: benzodiazepinen arrakasta (% 61) eta uztea (% 13), antidepresiboen arrakasta (% 58) eta uztea (% 25,4), eta tratamendu kognitibo-jokabidezkoen arrakasta (% 74) eta uztea (% 5,6). Beraz, egokiagoak dira terapia psikologikoak (oro har, % 70-80ko arrakasta), eta emaitza horiek jarraipenean irauten dute. Epe luzera arrakasta terapeutikoaren iragarle da sintoma somatikoen interpretazio katastrofista desagertzea.

Lasaigarriak eta pazientea sentipenen aurrean jartzeko teknikak konbinatzen direnean, emaitzak ez dira positiboak; antidepresiboekin, aldiz, bai, horiek erraztu egin baitezakete pazientea sentipenen aurrean jartzea. Antidepresiboek depresioa eta izua arintzen dute, eta horrek errazten du teknika horiek erabiltzea. Bestalde, azken urteetan aplikatzen hasiak dira lehenengo lasaigarriak eta gero aurrean jartzeko teknikak, farmakoaren dosia gutxituz poliki-poliki.

Agorafobian, pazientea egoeren aurrean jartzeko tekniken bidez lortutako hobekuntza lehenengo hilabeteetan gertatzen da, eta gero egonkortu egiten da. Arrakastari loturik dauden aldagaiak dira: ekidite-jokabide argiak adieraztea, gogo-aldarte normala, agindu terapeutikoak betetzea, eta egoeren aurrean jartzeko teknikak erabiltzea alkoholik eta lasaigarririk gabe. Behin tratamendua hasi ondoren, lehenengo saioetan egiten den aurrerapena da arrakastaren iragarlea.

Porrota % 25ekoa da, eta aldagai hauek dira iragarle: agindu terapeutikoak ez betetzea, alkohola eta lasaigarriak hartzea, hiperarnasketa eta depresio maila handia.

Berrizkaturak, tentsioa, estresa eta pertsonarteko arazoak agertzen direnean ematen dira eta depresioa duten pazienteengan batez ere, horregatik beharrezkoak izan daitezke birbaldintzapen-saioak edo farmako antidepresiboak. Izuaren kasuan, izuarekiko kezka, hiperernetasuna eta interpretazio katastrofikoen intentsitatea erlazionatu dira berrizkaturarekin.

Kontuan hartu behar dira, halaber, tratamendua baztertzen duten pazienteak hura hertsagarri gertatzen zaielako. Gainera, nahaste psikopatologikoekin batera nortasun-nahasteak agertzen direnean, tratamenduak luzeagoak eta konplexuagoak izaten dira. Banakako tratamenduaz gain, batzuetan terapiak taldeka aplikatu dira, bakarrik dauden edo laguntzarik ez duten pazienteekin.

Oraindik erantzun gabe daude zenbait arazo tekniko: zein den ekiditearen eginkizuna, zein den ohitzea lortzeko metodo orokor azkarrena, zein den pazientea sentipenen edo egoeren aurrean jartzeko teknikaren mailakatze egokiena eta iraupen eraginkorrena, eta zer puntutaraino laguntzen dioten teknika kognitiboek teknika horri.

Teknikak aplikatzeko zein den ordenarik egokiena ere ez da ikertu, ezta komorbilitatea gertatzen denean zer egin ere. Ordenari dagokionez, badirudi pazienteak errazago onartzen dutela honako hau: lasaitzea, arnasketa lantzea, pentsamenduak lantzea eta, azkenik, sentipenen aurrean jartzea. Izuaren kasuan, beste arazo larriago batzuk (psikosiak, depresio sakonak, alkoholismoa edo droga-mendekotasunak) daudenean, horiek lehenago tratatzea gomendatzen da. Gainera, bihotz-arazoak, arnas hartzeko arazoak edo epilepsiak daudenean eta haurdun dauden emakumeen kasuan, sendagilearen laguntza beharrezkoa izaten da.

OINARRIZKO BIBLIOGRAFIA

Bados, A. (2000). ***Agorafobia y ataques de pánico.*** Madril. Pirámide.

Bados, A. (2003). «Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia» *in* Perez, M., Fernandez-Hermida, J.R., Fernandez, C. eta Amigo, I. ***Guía de tratamientos psicológicos eficaces I.*** Madril. Pirámide.

Bados, A. (2006). ***Tratando..... pánico y agorafobia.*** Madril. Pirámide.

Botella, C. (2003). «Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico» *in* Perez, M., Fernandez-Hermida, J.R., Fernandez, C. eta Amigo, I. ***Guía de tratamientos psicológicos eficaces I.*** Madril. Pirámide.

Botella, C. eta Ballester, R. (1997). ***Trastorno de pánico: evaluación y tratamiento.*** Bartzelona. Martinez Roca.

Craske eta Lewin (1997). «Trastorno por pánico» *in* V. Caballo. ***Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos.*** Madril. Siglo XXI.

Echeburua eta Corral (1997). «Tratamiento psicológico de la agorafobia» *in* V. Caballo. ***Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos.*** Madril. Siglo XXI.

Mathews, A.M., Gelder, M. eta Johnston, D.W. (1986). ***Práctica programada para la agorafobia. Manual del paciente, manual del compañero.*** Eusko Jaurlaritza.

Pastor eta Sevillá (1995). ***Tratamiento psicológico del pánico-agorafobia. Un manual de autoayuda paso a paso.*** Valentzia. Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.

Roca eta Roca (1998). ***Cómo tratar con éxito el pánico (con o sin agorafobia).*** Madril. ACDE cooperación y desarrollo.

3. FOBIA SOZIALA ETA FOBIA ESPEZIFIKOAK

3.1. Fobia sozialaren ezaugarriak
3.2. Fobia sozialaren azalpen-ereduak
3.3. Fobia sozialaren ebaluazioa
3.4. Fobia sozialaren tratamendua
Oinarrizko bibliografia

3.1. FOBIA SOZIALAREN EZAUGARRIAK

Herstura soziala normala da; gizaki guztiok sentitzen dugu egoeren eta pertsonen aurrean, eta tontoarena egitetik babesten gaitu. Baina herstura hori handiegia denean, beldur bihurtzen denean, irrazionala denean, egoerak ekiditera eramaten gaituenean eta gure bizitzan eragin negatiboa duenean, fobia soziala esaten zaio.

Bigarren nahaste fobikorik garrantzitsuena da. Herstura soziala eta herabetasuna desberdindu daitezke bizitzan duten eraginagatik.

Hala, egoera sozial baten edo gehiagoren aurrean agertzen den beldurra da fobia soziala. Egoera horretan pertsona besteen begipean dago, eta modu desegokian jokatzeko beldurra dauka. Beldurra hainbat sintomaren bidez agertzen da:

- *Sintoma fisiologikoak:* takikardia, izerdia, dardara, eta gorritzea batez ere. Sintoma horiek kanpotik ikus daitezke, eta askotan tratamenduaren helburu bihurtzen dira. Pazienteak, inoiz agertuko ez balira, arazoa bukatutzat emango luke. Pazienteak hartzen ditu ezgaitasunaren seinaletzat edo balio pertsonalaren gabeziaren markatzat.

- *Sintoma motorrak:* egoera sozialak ekiditea. Aktiboa izan daiteke edo pasiboa (hots, isilik geratzea, zoko batean geratzea, hitz gutxitan erantzutea, eta abar). Jokabide motorrak, besteak beste, izan daitezke toteltasuna, aurpegiko keinuak eta trebetasunen gabezia. Ekiditeak bakartze soziala dakar.

- *Sintoma kognitiboak*: ebaluazio negatiboaren beldurra, autoestimu psikologikoa galtzeko beldurra. Agorafobian osasun fisikoa da zalantzan dagoena; fobia sozialean, pertsonaren autokontzeptua. Gainera, beste sintoma batzuk agertzen dira: porrot-pentsamenduak, gaitasunak gutxiestea eta hiperbehatuak sentitzea. Ebaluazio negatiboaren beldurra orokorra izan daiteke, edo pertsona agintedunen aurrean agertu, intimitatezko erlazioetan, besteen aurrean ekintzaren bat egin behar denean…

Ebaluazio negatiboaz gain, beste pentsamendu batzuk ere agertzen dira (Sposari, Abbott eta Rapee, 2003):

- Iraganaz: gertakizun negatiboak gogoratu, emaitza positiboak edo lortutako ondorio positiboak baztertu, edo garrantzia kendu.
- Orainaz: barne-sentipenen eta norberarenganako kontzientzia; gertakizunak

anbiguoak badira, mehatxutzat hartu; gertakizun neutralak negatibotzat hartu, eta negatiboak katastrofikotzat.

- Geroaz: porrotak aurreratzea, itxaropen negatiboak.

Motak

Fobia sozialari buruz egindako ikerketa batean mota hauek bereizten dira (Quero, Baños, Botella y Gallardo, 2003):

Espezifikoa: jendearen aurrean hitz egin, jan, edan, irakurri, antzeztu edo beste zerbait (musika jo…) egin behar denean agertzen den beldurra. Egoera horiek egituratuagoak dira, formalak, gutxiagotan agertzen dira, eta trebetasun espezifikoak eskatzen dituzte. Errendimenduarekin erlazionatutako beldurra da, pertsona besteen arretagune delako.

Orokorra: egoera sozial orokorren beldurra, elkarrizketak hastean eta izatean, taldean egotean, telefono-deiak egitean, bileretara joatean, festetara joatean... Harremanekiko herstura agertzen da egoera ez-egituratuetan, beste pertsonekin erlazionatzeko beldurra.

Fobia sozial orokorra duten pazienteak fobia sozial espezifikoa duten pazienteekin konparaturik, lehenak psikopatologikoki okerrago daude, komorbilitate gehiago daukate, eta gazteagotatik hasi dira arazoarekin.

Neronek egindako ikerketen ondorioz beste bereizketa batzuk ere egin daitezke (Salaberria y Echeburua, 2003):

1. Oso lotsatiak direnek, barnerakoiak betidanik, trebetasun sozial gutxi eta nortasun-ezaugarri ekiditezkoak dituztenak.
2. Izerdiaren, dardararen eta gorritzearen inguruan obsesio-maila altua dutenak. Trebeak izaten dira, baina beren arazo nagusia kontrola da, sintoma eta egoera sozialen kontrola. Oso berekoiak dira. Beren irudi pertsonalarekin oso kezkatuak agertzen dira.
3. Izu-krisi baten ondorioz garatzen diren fobiak. Eskuarki, hasieran izu-krisi bat agertzen da egoera sozialean, eta, gero, orokortze-prozesuak izaten dira. Herstura-maila altua duten gizabanakoak dira. Askotan lasaigarriak eta alkohola erabiltzen dituzte, beren ondoeza baretzeko.
4. Gertakizun estresagarri baten ondorioz agertutako arazoa: banaketa, etxe-aldaketa, hiri-aldaketa, lan berria, drogak uztea, eta abar. Egoera berriak trebetasun bereziak eskatzen dizkie, eta zalantzak sorrarazi beren trebetasunei buruz.

Herstura sozialarekin erlazionatuta dago, halaber, herabetasuna, baina hau ez da nahaste bat, eguneroko bizitzari aurre egiteko oztopo ez bada. Bestalde, fobia sozial orokorraren eta nortasun-nahaste ekiditezkoaren arteko desberdintasunak oso txikiak dira; autore batzuek larritasuna eta trebetasun sozialen gabezia aipatzen dituzte bereizgarri gisa, baina praktikan zaila da horrelako bereizketak egitea. Rapee-k eta Heimberg-ek (1997) diote herabetasunaren, fobia sozialaren eta ekiditezko nortasun-nahastearen arteko

desberdintasuna larritasun-maila dela.

Komorbilitatea

Fobia sozialarekin batera, beste arazo fobiko batzuk ere ager daitezke, eta alkoholaren, psikofarmakoen edo beste substantzia batzuen erabilera, egoera sozialei aurre egiteko. Depresioak ere izaten dira, eta, nortasunaren nahasteen artean, ekiditezkoa, mendekotasunezkoa eta obsesiboa.

Diagnostiko diferentzialari dagokionez, garrantzitsua da fobia soziala agorafobiatik, nortasun-nahaste eskizoidetik eta dismorfofobiatik bereiztea.

Epidemiologia

Populazioaren % 2-4k du fobia soziala, eta eragin bera du emakumeen nahiz gizonen artean. Eskuarki, pazienteak gazteak dira, eta gehienetan ezkongabeak. Arazoa nerabezaroan hasten da, eta askotan ez da gertakizun argirik egoten, batez ere fobia sozial orokorrari dagokionez. Oro har, pertsonek ez dute laguntzarik eskatzen; arazoa konponezina dela eta betidanik izan dutela onartzen dute, eta beren zailtasunak izateko modu bati egozten dizkiote. Batzuetan fobia soziala identifikatzen da, pertsonak beste arazo batzuengatik kontsultara doazenean (hala nola depresioarengatik, alkoholaren kontsumoagatik…) (Olivares, Caballo, Garcia-López, Rosa eta Lopez Gollonet, 2003).

3.2. FOBIA SOZIALAREN AZALPEN EREDUAK

Herstura soziala pertsonaren garapen-prozesuan agertzen den aldagaia da. Hala, bi-hiru urtetan umeak kritiken ondorengo sentimendu negatiboak jasaten hasten dira. 8-9 urtetan autokontzientzia agertzen da, negatiboki ebaluatua izateko beldurra, eta ebaluazio negatibo baten ondorioen beldurra; Nerabezaroan autokontzientzia hori areagotu egiten da.

Baina herstura soziala patologiko bihurtzeko hainbat aldagaik agertu behar dute; batzuek arazoaren sorreran dute eragin nagusia; beste batzuek, aldiz, arazoaren iraupenean (Olivares eta Caballo, 2003).

Sorrera-faktoreak:

Giro sozial negatiboa	**Elkarreragina**	**Zaurgarritasun psikologiko eta biologiko handia**	**Erantzun ez-funtzionalak**
Familia Eskola- eta haur-harremanak Beste gertakizun batzuk	Ikaskuntza-prozesuak: klasikoa, operantea, behaketazkoa eta informazioa	Aldagai biologikoak Aldagai psikologikoak, Nortasun-ezaugarriak	Fobia soziala, eta herstura erantzunak giro sozialetan

- Giro sozial negatiboa:

Familia-giroa, negatiboa denean harreman sozialetarako, eredu desegokia da. Horrela, bakartze sozialak, estimulazio sozial gutxiko familiak, familiako giro txarrak edo gurasoen psikopatologiak sustatzen dute herstura sozialaren agerpena. Gainera, familiaren barruan harremanei buruz ematen den informazio negatiboak (besteak mehatxagarriak edo arriskugarriak dira) eta hezkuntza-estiloak zaurgarritasun psikologikoa eragin dezakete. Horrela, fobiko sozialei galdetzen zaienean, haien gurasoak gainbabesleak direla eta laguntza emozional urria ematen dutela diote. Neurriz gaindiko babesak autonomia murrizten du, eta inhibizioa gehitu; eta laguntza emozional urriak autoestimuaren eboluzioa moteldu, eta besteen aurrean jokatzeko segurtasuna murriztu.

Eskolan ere ager daitezke herstura soziala handitzen edo agerrarazten duten aldagaiak. Hala nola, ikaskideen baztertzeak edo irakasleen jarrera negatiboak indartu ditzakete ume baten zailtasunak.

Beste faktore batzuk ere ager daitezke giro sozialaren barruan, etxe-aldaketak, ospitaleratzeak, gehiegikerien biktima izatea, ikastetxe-aldaketak eta abar oso egoera estresagarriak izan daitezke ume batentzat.

- Zaurgarritasun psikologiko edo biologiko handia

Aiurriaren ikuspuntutik, jokabidezko inhibizioa aipatu da faktore garrantzitsu gisa. Ume inhibituek aktibazio fisiologikoaren maila baxuagoa dute, eta, estimulu ezezagunen aurrean daudenean, gorrituz, dar-dar eginez eta urduri jarriz erantzuten dute, eta, behin urduri jarri ondoren, denbora gehiago behar dute lasaitzeko. Egoera horrek adierazkortasun emozional handiagoa dakar, autokontzientzia-maila altuagoa eta ekidite-jokabide gehiago.

Nortasunaren ikuspuntutik, neurotizismoak eta barnerakoitasunak eragina dute fobia sozialean, baita ere beste gertakizun sozial negatibo batzuk agertzeak edo ihes-jokabideak ikasteak. Gainera, seme zaharrena edo bakarra izateak edo itxura fisiko bereziak (lodia izateak, akneak, ile asko izateak, nerabezaroko aldaketek eta bestek) eragina dute besteen ebaluazio negatiboa jasotzeko beldurrean.

- Ikaskuntza-prozesuak

Umeak sozialki erlazionatzen ikasten ari direnean, lehenago aipatutako faktoreak abian jartzen dira. Hala, baldintzapen klasikoak ekar dezake egoera sozial batean gertatutako zerbait negatiboak antzeko egoera sozialak higuingarri bihurtzea eta, ondorioz, lasaitzeko ekiditea. Hau errefortzu negatibo bihur daiteke, eta, ondorioz, trebetasun sozialik ikasi ez.

Prozesu horiek bereziki indartsuak dira nerabezaroan, 14 urtetik 16 urtera bitartean. Garai horretan, gazteek familiatik kanpo atera behar dute, eta besteen ebaluazio negatiboaren menpe daude.

Iraute-faktoreak:

Egoera sozialak hersturarekin eta ekiditearekin erlazionatzen direnean, beldurraren korapiloa egina dago: desegokia izateko eta besteekin harremanak izateko beldurrak loturik agertzen dira.

Horrela, egoera sozial beldurgarriak hautematen dira, eta iraganeko oroitzapen negatiboak ekartzen ditu. Ondorioz, oinarri kognitiboak aktibatzen dira, besteen kritiken beldurra, inpresio ona egiteko beharra, norberarengan konfiantza gutxi izatea. Horrek guztiak itxaropen negatiboak sortzen ditu, eta egoera sozialak arriskugarri ikusarazi. Horrela, nork bere buruari arreta egiten dio, eta egoeraren seinaleei adi egotea ezinezkoa da. Egoera horrek herstura areagotzen du, pertsonek ez dakitelako zer egin, eta ekidite-jokabideak edo babes-jokabideak agerrarazi. Etengabeko autoebaluazioak helburuen eta emaitzen arteko desadostasunak bultzatzen ditu, beldur negatiboa indartu, autoestimua moteldu, eta egoeren beldurra handitu (Clark eta Wells, 1995; Rapee eta Heimberg, 1997).

Horrek guztiak herstura handitzen du, interpretazio desegokiak eta negatiboak areagotu, trebetasunak gutxitu, eta bakartzea eragin.

3.4. FOBIA SOZIALAREN EBALUAZIOA

Ebaluazioan arazoari buruzko informazioa jaso behar da, zehazki, ekiditen diren jokabide eta egoerak, distortsio kognitiboak eta sintoma fisiologikoen balioespena. Bestalde, beste arlo batzuetako informazioa ere lortu behar da, hala nola herstura, depresioa, autoestimua, trebetasun sozialak, eguneroko bizitzan arazoak duen eragina, alkoholaren eta lasaigarrien kontsumoa, eta abar.

Gainera, helburu terapeutikoak jarri behar dira, eta pazientearen motibazioa eta itxaropenak zeintzuk diren jakin, hauek askotan ez direlako errealistak. Ez da erraza fobiko sozialen ebaluazioa egitea, hitz egitea kostatzen baitzaie eta askotan mesfidantza handia agertzen baitute. Bestalde, arazoa urte askotan jasan ondoren, konponbiderik ez duela uste izaten dute; horrelakoak direla pentsatzen dute, eta erremediorik ez dutela (Salaberria eta Echeburua, 2003).

- **Elkarrizketak**

Elkarrizketen helburua da harreman egokia eratzea eta informazioa lortzea. Lehen harremanak oso garrantzitsuak dira, pazienteentzat egoera hertsagarriak direlako.

Elkarrizketa egituratuen artean, SCID eta ADIS erabili izan dira (deskribaturik daude bigarren kapituluan). Gainera, elkarrizketa ez-egituratuak ere erabiltzen dira, jokabidearen analisi funtzionala egiteko.

- **Galdetegiak**

Estresa eta ekidite sozialaren eskala *(Escala de Estrés y Evitación Social, SAD) Watson eta Friend (1969).*

28 item dauzka, eta erantzuteko bi aukera (egia edo gezurra). Egoera sozialetan izan daitezkeen ondoeza subjektiboa eta ekidite-maila neurtzen ditu. Ebakitze-puntua 15tik gorakoa da. Galdetegiaren muga nagusiak dira item errepikatuak eta zehaztasun gutxiko galderak.
Gaztelaniaz badago bertsio bat *Cómo vencer la timidez* liburuan (Girodo, 1980).

Beldur negatiboari buruzko eskala *(Escala de Miedo a la Evaluación Negativa, FNE) Watson eta Friend (1969).*

30 galdera ditu, eta erantzun dikotomikokoak (bai edo ez). Fobia sozialaren ezaugarri nagusia, kritika negatiboak jasotzeko beldurra, neurtzen du, batez ere alderdi kognitiboa. 21 da ebakitze-puntua. Gaztelaniazko bertsioa *Cómo vencer la timidez* liburuan dago (Girodo, 1980).

Herstura eta fobia sozialaren galdera-sorta *(Inventario de Ansiedad y Fobia Social, SPAI) Turner, Beidel, Dancu eta Stanley (1989).*

45 galdera dauzka, eta 2 azpieskala: fobia sozialarena (32 item) eta agorafobiarena (13 item). Erantzun-sistema hirukoitzaren ezaugarriak jasotzen ditu. Galdera bakoitzari Likert eskala batean (1-7 puntu) erantzuten zaio, eta sintomen agerpenaren maiztasuna neurtzen du. Ebakitze-puntua 60koa da.

Interakzio sozialetan izaten diren autoberbalizazioen testa *(SISST) Glass, Merluzzi, Biever eta Larsen (1982).*

30 galdera ditu (15 berbalizazio positibo, eta 15 negatibo), eta harreman sozialaren testuinguruan ager daitezkeen pentsamenduen maiztasuna ebaluatzen du. Item bakoitzari Likert eskala batean (1-5 puntu) erantzuten zaio. Testak 4 eskala ditu: norberarenganako mespretxua, gertakizun positiboak aurreratzea, ebaluazio negatiboaren beldurra, eta egoeren aurrean jartzea.

Beste eskala batzuk ere badaude, hala nola *Escala breve de fobia social* (Davidson, Potts, Richichi, Ford, Krishnan, Smith eta Wilson, 1991) edo *Escala de fobia social* (Liebowitz, 1987), baina gutxiago erabili dira.

- Autoerregistroak

Pazientearen autoebaluazioak erabil daitezke, analisi funtzionala egiteko eta tratamenduan zehar etxerako lanak betetzen diren edo ez jakiteko. Hainbat arloz jaso daiteke informazioa, hala nola sintomen maiztasunaz eta iraupenaz, saihesten diren egoerez, aurrekariez eta ondorengoez, eta pazienteen pentsamenduez.

- Behaketa-tresnak

Alegiazko egoera sozialetan izaten diren jokabideak ebaluatzen dituzte *rol-playing*aren bidez. Hauek dira erabili diren froga nagusiak: ***Alegiazko harremanen testa*** (*Social Situation Interaction Test*, SSIT) (Curran, 1982) eta ***Harreman sozialaren testa*** (*Social Interaction Test*) (Trower, Bryrant eta Argyle, 1978). Lehenengoak 8 egoera sozial labur aurkezten ditu, 4 gizonekin eta 4 emakumeekin. Gizabanakoaren erantzuna grabatzen da, eta hitzezko jokabidea, ez-hitzezkoa eta itxura fisikoaren egokitasuna ebaluatu. Bigarren testean, pazienteari 12 minutuan laguntzaile batekin harremanak izateko eskatzen zaio, eta, gero, ebaluatu egiten da saiakera.

3.5. FOBIA SOZIALAREN TRATAMENDUA

Tratamendua hasi aurretik eta ebaluazioa egin ondoren, pazienteari hipotesi etiologikoa adierazten zaio eta helburuak lantzen dira. Haren adostasuna lortu ondoren, hezkuntza-fasea dator; bertan, fobiaren eta beldurraren arteko desberdintasuna, sintomen eragina eta tratamenduaren irizpide nagusiak agertzen dira. Zehazki sintoma fisiologikoen kasuan, horien ulermena, funtzionamendua eta onarpena lantzen dira. Kasu askotan, pazientearen kezka nagusia dira, eta kezka obsesibo bihur daitezke (Scholing eta Emmelkamp, 1996).

Fobia sozial espezifikoaren kasuan, pazienteak egoeren aurrez aurre jartzen dira, eta, orokorraren kasuan, erabiltzen dira aipatutako teknika hori, berregituratze kognitiboa eta batzuetan, gaitasun sozialen gabezia dagoenean, trebetasun sozialen entrenamendua (Turner, Beidel eta Flood, 2003).

- **Egoeren aurrean jartzea**

Pazienteak berarentzat beldurgarri diren estimuluei aurre egitea da teknikaren funtsa, modu sistematikoan herstura-maila nabarmen apaldu arte eta ekidite-jokabideak egin gabe. Teknika horrek zailtasunak ditu fobia sozialean aplikatzen denean. Beharrezkoa da, baina ez nahikoa. Programatzen zaila izaten da, egoera sozialak aldakorrak eta ezin igarrizkoak direlako. Askotan ezin daiteke gradua, eta, egoerak iraupen txikikoak direnez, ez da posible saio luzeak egitea. Gainera, askotan pazienteek ekidite-jokabide pasiboak dituzte, fisikoki egoeran daude, baina kognitiboki bertatik urrun.

Butler-ek (1985, 1989) zenbait muga agertu ditu teknikaren erabileran:

a. Herstura soziala gaitasun sozialen gabeziarekin batera agertzen da kasu askotan. Hortaz, ez da nahikoa pazientea egoeraren aurrean jartzea.
b. Beste fobia batzuetan gertatzen ez den bezala, fobia sozialean besteen aurrean agertu behar dira jokabideak, eta horrek zailtasun handiagoa ematen dio teknikari.
c. Egoera sozialak askotan dira aldakorrak eta ezin igarrizkoak. Beraz teknika ezin da beti programatu eta graduatu.
d. Fobia sozialean ekiditen diren egoeren nolakotasunak baldintzatzen du teknikaren eraginkortasuna. Egoerak iraupen motzekoak izaten dira (festan elkarrizketa hasi, ezezagun bat agurtu, bilera batean hitza hartu…), eta, hori dela eta, zaila da saio luzeak eta errepikatuak programatzea.
e. Pazientea egoeraren aurrean jartzeak ez du "egin daitekeen ebaluazio negatiboa"z informaziorik ematen.
f. Fobia soziala gainditzeak ez du bat-batean ondorio positiborik ekartzen, ez delako erraza beste pertsonek pazientearekin dituzten jarrerak aldatzea.

Arazo horien aurrean irtenbide hauek proposatzen dira: saio laburrak eta errepikatuak egitea; eguneroko bizitza egoeren aurrean jartzeko saiotzat hartzea; autolaguntzazko eskuliburua erabiltzea; harreman soziala errazten duten arauak eskaintzea, ekidite kognitiborik ez izateko eta arreta lortzeko.

Butler-ek arau hauek eskaintzen ditu, teknika errazteko:

1. Hersturaren aurrean gerturatuz erantzun, ez ekidinez edo ihes eginez.
2. Non zauden kontziente izan, eta ez pentsatu beste toki batean zaudela.
3. Egoki agurtu eta begietara begiratu.
4. Jendeari entzun, eta hitz egiteko gai posibleen zerrenda egin.
5. Hitz egin nahi duzula agertu; galderak egin.
6. Ozen eta ahoskera egokiarekin hitz egin
7. Isiluneak jasaten ikasi.
8. Non eseri, noiz edan, zertaz hitz egin behar den ohartu, eta parte-hartzearen seinaleak besteengan aztertu eta itxaron.
9. Kritikak eta eztabaidak jasan eta erantzuten ikasi.

Saioetan jokabidezko saiakuntzak egiten dira, paziente bakoitzak aukeratutako helburu terapeutikoen arabera. Gero, saio terapeutikoan landutakoa etxerako lan gisa proposatzen da, bizitza errealean eta giro naturalean pazienteak praktikatu dezan.

Hona hemen pazienteek lortu nahi dituzten helburu terapeutikoen adibide batzuk:

Festa eta bilera sozialetara joan.
Sexu bereko edo desberdineko pertsonekin elkarrizketak hasi eta eduki.
Jende-talde batekin egon edo hitz egin.
Egoera berrietara egokitu; lan-taldeak; nork bere burua aurkeztu, eta besteen aurkezpenak egin.
Telefonoz hitz egin; hitzorduak egin; gustatzen zaien norbaitekin hitz egin edo atera.
Pubetara, diskoteketara, dendetara, tabernetara joan edo sartu.
Agintea duten pertsonekin hitz egin.

Besteak haiei begira daudela jarduerak egin: irakurri, idatzi. Arretagunea izatea jasatea; behatua izateko beldurra galdu. Dardarari eta gorritzeari garrantzia kendu. Eskubideak aldeztu; ezetz esan; esamesa desegokiei erantzun; kexak agertu. Iritziak, sentimenduak, mugak adierazi; konplimenduak egin; mesedeak eskatu Kritikak onartu eta egin.

Pazienteei adierazten zaie, halaber, besteak baldarrak izan daitezkeela eta besteen jokabidea ezin dela iragarri; ondorioz harreman sozialetarako erregela zurrunak eraikitzea ez da oso lagungarria. Egokiagoa da arazoaren zergatia agertzea eta harreman sozialak zalantzazkoak izan daitezkeela onartzen ikastea.

- **Berregituratze kognitiboa**

Autore batzuek, pazientea egoeren aurrean jartzeko zailtasunak eta ebaluazio negatiboaren garrantzia kontuan hartuz, teknika kognitiboak erabili dituzte nahaste honen tratamenduan. Gehienetan, egoeretan jartzeko teknikaren lagungarri gisa erabili dira, eta bi alderdi landu dituzte: batetik, pentsamenduaren edukia eta, bestetik, arreta- eta oroimen-prozesuak.

Teknika kognitiboek fobia sozialean agertzen diren pentsamendu hauek lantzen dituzte (Lucock eta Salkovskis, 1988):

- Gizabanakoak bere buruari soilik erreparatzea, eta besteek ere beraren jokabide sozialari bakarrik erreparatzen diotela pentsatzea. Arretaren fokalizazioak eta aktibazio fisiologikoa hautemateko maila urriak eginkizun sozialak galarazten ditu, erreakzio emozionalak areagotu, eta barne-egozpen negatiboak egiteko probabilitatea handitu.
- Pertsonarteko *feedback*a negatiboki ebaluatu, eta atentzio selektiboa norberaren akatsetara bideratu.
- Pertsonarteko harreman negatiboak gogoratu.
- Egoera sozialei aurre egiteko gaitasunak gutxietsi.
- Gertakizun sozial negatiboak gertatzeko probabilitate handia dagoela uste izan.
- Galera-pentsamenduak izan estres-egoeretan; emaitza negatiboak iragarri; besteak urduri ikusiko duten guztiz beldurtuta egon; edo gaizki ikusia izateko beldurra izan.
- “Ez banintz gorrituko, izerdituko edo dardaraka hasiko ez nuke arazorik izango” pentsatu. Hori ezinezkoa da, mirari bat behar litzateke; argi geratu behar da ez dela horrela, eta sintomak ezabatzea onarpen-prozesuaren ondorio dela. Sintomak ezin dira ezereztu; bai, ordea, haiei aurre egiteko modua ikasi eta haien garrantzia zalantzan jarri.

Erabiltzen den tratamendu kognitibo nagusia Beck-en terapia kognitiboa da:

- Egoera sozialetan parte hartu aurretik, bitartean eta ondoren agertzen diren pentsamenduak identifikatu.
- Pentsamenduen, emozioen eta jokabideen arteko katea identifikatzen ikasi.
- Pentsamendu irrazionalak atzeman.

- Pentsamenduak hipotesi modura hartu, zalantzan jarri eta eztabaidatu.
- Erantzun egokiagoak eta arrazionalak erabiltzen ikasi.

Terapia kognitiboaren helburuak hauek dira:

a) Kontrol ezarekin erlazionaturiko pentsamendu eta itxaropen negatiboak atzematea.
b) Helburu perfekzionistak jartzeko joera gutxitzea.
c) Atentzioa gertaera sozialetara bideratzea aktiboa izateko.
d) Hondamenezko gertaerei buruzko pentsamenduaren probabilitatea gutxitzea.
e) Aktiboa izateko beharra sortzea, eta egin daitekeenaz arduratzea, eta ez egiten ari ez denaz.

Teknika kognitiboak saiakuntza jokabidezkoekin batera egin behar dira. Egoera sozialen aurrean izaten diren pentsamendu desegokiak atzeman eta identifikatu behar dira, eta, gero, eztabaidatu eta positiboekin ordezkatu.

- **Beste teknika batzuk**

Batzuetan, trebetasun sozialen entrenamendua erabili ohi da, eta emaitza onak izaten dira. Besteetan, autoaginduak erabili izan dira egoeretan jartzeko teknikaren lagungarri gisa, norberaren trebetasunez jabetzeko eta pentsamendu negatiboei aurre egiteko. Kasu guztietan etxerako lanak bidaltzen dira, pazienteak bere giro naturalean saio terapeutikoan ikasitakoa praktikatu dezan.

Azken urteetan arretaren fokalizazioa eta bideo-*feedback*a erabili izan dira, baina oraindik ikerketa esperimentaletan frogatu gabe.

- **Banakako edo taldeko terapia**

Fobia sozialaren kasuan taldean terapia egiteak baditu zuzeneko abantailak (Heimberg, 1980):

1. Pazienteak arazoa duen bakarra ez dela ikusten du.
2. “Coping” ikaskuntza gertatzen da.
3. Pazientearen independentzia garatzen da.
4. Aldaketarako konpromiso publikoa ezartzen da.
5. Aldaketarako motibazioa lantzen da.
6. Besteen laguntza jasoz eta besteei laguntza emanez ikasten da.
7. Estimulu fobikoak taldean lantzeko aukera ematen da. Saio terapeutikoak, pazienteak egoeren aurrean jartzeko saio luzeak izaten dira, eta taldeak besteen pertzeptzioekiko distortsio kognitiboak frogatzeko aukera ematen du.
8. Taldekide bat baino gehiago egoteak egoera terapeutiko desberdinak sortzeko aukera ematen du, egoera gatazkatsuen saiakuntza jokabidezko aberatsak eta askotarikoak egiteko aukera.

Talde-terapiak 10-12 saio izaten ditu. Bukaera izan behar du, bestela pazienteak bizitza osoan egongo lirateke tratamenduan. Saio bakoitza 2-2,5 ordukoa da, eta 2 terapeuta (gizon eta emakume) daude. Saioak astean behin

egiten dira, eta talde homogeneotan (4-6 paziente), adina eta sexua kontuan hartuta.

- **Beste arazo batzuk**

Substantzien kontsumoa kontrolatu behar da, eta baita ere Interneten gehiegizko erabilera harreman sozialak edukitzeko. Gainera, tratamenduan askotan beharrezkoa izaten da gorputz-irudiaz eta autoestimuaz hitz egitea eta horiek lantzea.

- **Tratamendu psikofarmakologikoa**

Farmakoak eta teknika kognitibo-jokabidezkoen arteko erlazioa ez da ikertu oraindik. Ez dakigu botikek hobekuntza nabariak eragiten dituzten edo ez, baina badakigu medikazioa kentzen denean berrizkaturak izaten direla.

Fobia sozial espezifikoan, betablokeanteak (atenolola, propanolola) erabili izan dira, herstura-sintoma agerietan eragina baitute.
Fobia sozial orokorrean antidepresiboak IMAO (fenelzina eta moklobemida) eta serotoninaren berratzematearen inhibitzaileak (fluoxetina) erabiltzen dira, batez ere fobia soziala depresioarekin batera agertzen denean.

- **Tratamenduaren eraginkortasuna**

Aipatutako tekniken eraginkortasuna % 60-80koa da; fobia espezifikoetan baino apalagoa, beraz. Hobekuntza denborarekin batera handitu egiten da.

Tratamenduaren porrota % 30ekoa da, eta tratamendua lehenengo 3-4 saioetan utzi ohi da. Aldagai hauek agertu dira porrotarekin erlazionatuta: a) tratamenduaren aldagaiak: aldaketarako itxaropen urria eta etxerako lanak ez egitea; b) aldagai psikopatologikoak: depresio-sintomak eta ebaluazio negatiboaren beldur handia, eta c) nortasunaren aldagaiak: perfekzionismoa, autoestimu urria eta neurotizismo handia.

Komorbilitatearen ikuspuntutik, depresio-arazoak izaten direnean tratamenduen eraginkortasuna urriagoa da; alkohola edo bestelako substantziak kontsumituz gero, lehenengo mendetasuna tratatu behar da, eta, gero, arazo fobikoa.

Nortasun-nahaste ekiditezkoa dagoenean, tratamenduak ere eraginkorrak izaten dira, baina gehienetan saio gehiago behar dira. Eskuliburuen laguntza ez da egoki ikertu, eta ez dakigu teknika kognitibo sinpleak konplexuak baino eraginkorragoak diren edo ez, ezta ere terapia kognitiboaren emaitzak hobeak ote diren banaka edo taldeka aplikatuta.

OINARRIZKO BIBLIOGRAFIA

Bados, A. (1994). ***Hablar en público. Guía práctica para lograr habilidad y confianza.*** Madril. Pirámide.

Bados, A. (2001). ***Fobia social.*** Madril. Síntesis.

Botella, C., Baños, R.M., eta Perpiña, C. (2003). ***Fobia social. Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social.*** Bartzelona. Paidós.

Caballo, Andrés eta Bas (1997). «Fobia social» *in* V. Caballo (arg.). ***Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos.*** Madril. Siglo XXI.

Echeburúa, E. (1993). ***Fobia social.*** Bartzelona. Martinez Roca.

Echeburúa, E. (1995). ***Evaluación y tratamiento de la fobia social.*** Bartzelona. Martinez Roca.

Olivares, Rosa eta García-López (2004). ***Fobia social en la adolescencia.*** Madril. Pirámide.

Olivares, J. (2005). ***Protocolo para la intervención en adolescentes con fobia social.*** Madril. Pirámide.

Pastor, C. eta Sevilla, J. (2000). ***Tratamiento psicológico de la fobia social. Un manual de autoayuda paso a paso.*** Valentzia. Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.

Psicología Conductual, 2003, 11. liburukia, monografikoa

Salaberria, K. eta Echeburua, E. (1998). «Fobia social» *in* M. Vallejo. ***Manual de modificación de conducta.*** Madril. Dykinson.

Salaberria, K. eta Echeburua, E. (2003). «Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la fobia social» *in* Perez, M., Fernandez-Hermida, J.R., Fernandez, C. eta Amigo, I. ***Guía de tratamientos psicológicos eficaces I.*** Madril. Pirámide.

FOBIA ESPEZIFIKOA

3.5. Fobia espezifikoen ezaugarriak
3.6. Fobia espezifikoen azalpen-ereduak
3.7. Fobia espezifikoen ebaluazioa
3.8. Fobia espezifikoen tratamendua
Oinarrizko bibliografia

3.5. FOBIA ESPEZIFIKOEN EZAUGARRIAK

Fobia espezifikoa da estimulu zehatzak edo espezifikoak eragindako beldur iraunkor eta irrazionala. Eskuarki animalia edo egoera jakin batek eragiten du, eta herstura, beldurra eta ekiditea dakartza.

Ez dauka, beste fobiek duten bezala, konplikazio psikopatologikorik. Herstura eta depresio-arazoak bakanak dira fobia espezifikoak dituzten pertsonengan.

Oro har, 18 urtetik 45 urtera bitartean agertzen dira, baina animaliekiko edo odolarekiko/zauriekiko fobiak haurtzaroan garatzen dira. Maiztasun handia dute: populazioaren % 6,2-12,5ek izan dezake fobia espezifikoren bat, baina ez dira kontsultara joaten, bizitzarako oztopo bihurtzen diren arte.

Fobia klinikoak eratortzen dira eboluzio edo garapen filogenetikoan gertatzen diren 3 oinarrizko beldurretatik: a) animalienganako beldurra; b) min fisikoen beldurra, eta c) amarengandik banatzako beldurra.

Eskuarki, haur eta nerabeen artean, denbora pasatu ahala gutxitzen doaz, baina helduengan agertzen direnean kroniko bihurtzen dira. Astiro laguntza eskatzen bada, beste fobia konplexuagoak baino errazago tratatzen dira.

Fobia espezifikoen sintomak honako hauek dira erantzun-sistema hirukoitzaren arabera:

- Motrizitatean, ekiditea edo saihestea da ezaugarririk nabariena, baina mugimendu estereotipatuak eta zurruntasuna ere ager daitezke.
- Fisiologikoki, aktibazioa, takikardia, izerdia, gorritzea, zurbiltzea, urdaileko arazoak, ahoa lehortzea eta beste ager daitezke. Nerbio-sistema autonomoaren aktibazioaren ondorioak azaltzen dira.
- Kognitiboki, maiz izaten dira pentsamendu katastrofistak (beti gertatuko da okerrena), probabilitate negatiboen neurriz gaindiko balioespena, egoeren eta gaitasunen ebaluazio negatiboa, erreakzio fisiologikoekiko kezka eta ihes-pentsamenduak.

- **Fobia espezifikoen motak**

Bost fobia espezifiko bereiz daitezke:

1. Animalienganako fobia (sugeak, armiarmak, eltxoak, katuak, arratoiak, txoriak, eta beste ezin ikusia); normalean haurtzaroan agertzen da, eta emakumeei gehiago erasaten die.
2. Inguruko estimuluekiko fobia: ekaitzak, ura, altuerak...
3. Odolarekin, minarekin, indizioekin, dentistarekin, ospitaleekin… eta zauriekin erlazionaturiko estimuluekiko fobia.
4. Tokiekiko fobia (toki itxiek, irekiek, gidatzeak, igogailuek, hegazkinek eta abarrek eragindako larritasuna). Oro har, hogei urteren inguruan agertzen dira, emakumeengan arruntagoa da, eta izu-krisiekin erlaziona daitezke.
5. Beste batzuk: itotzeko fobia, okatzeko fobia...

Horietatik bi landuko ditugu orain zehatzago:

Tokiekiko fobia:

Toki itxi edo irekiekiko fobia pazienteen beldur irrazional bakarra izan daiteke, baina askotan agorafobia sindromearen barruan agertzen da. Horrela den edo ez jakiteko ekidin perfila zehaztu beharko litzateke. Agorafobiaren kasuan, tokiekiko fobia pazienteek dituzten beldurren arteko bat da, beste askoren artean.

Hegazkinean bidaiatzeko fobian 4 alderdi dira beldurra eragiten dutenak: istripua izateko posibilitatea, toki itxian egotea, desoreka eta altuera, kontrola ez edukitzea, eta izu-krisia jasateko arriskua. Aurre egiteko estrategia nagusiak izaten dira ekiditea, alkohola edo lasaigarriak erabiltzea, erretzea, asko hitz egitea edo mututurik geratzea.

Odolarekiko fobia:

Beldur horrek dakar osasunerako garrantzitsuak diren kontsulta medikoak uztea, medikuntza-ikasketak ez egitea edo haurdun ez geratzea. Normala da odolari beldurra izatea, baina populazioaren % 2-3k baino ez dauka fobia hori.

Odolarekiko edo zauriekiko fobian aurrekari familiarrak izaten dira kasuen % 60-70ean, eta, oro har, fobia haurtzaroan agertzen da lehen aldiz, 8-9 urteren inguruan.

Fobia mota horretan, hersturazko erantzuna bi fasetan agertzen da. Lehen fasean, aktibazio-sintomak agertzen dira: takikardiak, izerdia, herstura, eta abar. Bigarren fasean, aldiz, gelditze-prozesu bat agertzen da gorputzean; bihotz-taupadak motelduz doaz (30-45 taupada minutuko); botatzeko gogoa dator, zorabioa, izerdia eta zurbiltzea, eta, azkenik, pertsona erori egiten da. Sintoma horiek guztiek egoerak ekiditera bultzatzen dute pertsona, batez ere erortzeko beldurrarengatik.

Pagek (1994) odolarekiko fobiaren hiru mota bereizi ditu: a) odolarekiko fobia eta aurreratzen den herstura eta minaren beldurra, b) odolarekiko fobia, erortzeko beldurra, eta nazkarekiko zaurgarritasuna, eta c) bien konbinazioa.

Datu epidemiologikoak:

Kontsultan aztertzen diren arazo fobikoetatik % 15 dira fobia espezifikoengatik laguntza eskatzera doazenak. Klaustrofobia, eta odolarekiko, dentistarekiko eta animaliekiko fobiak dira ugarienak. Urtean, Estatu Batuetako datuen arabera, populazioaren % 10ek du fobia espezifikoren bat. Beste arazo fobikoen aldean, kontsulta gutxiago izaten ditu.

Emakumeen artean zabalduago dago fobia espezifikoa (% 70). Normala izaten da beste arazo psikologiko batzuk agertzea fobia espezifikoa izan dutenen edo dutenen artean. Hala, depresio nagusia, fobia soziala, agorafobia, eta alkoholarekiko eta farmakoekiko mendekotasuna izan ditzakete pazienteek.

3.6. FOBIA ESPEZIFIKOEN AZALPEN-EREDUAK

Hiru eredu aipatzen dira fobia espezifikoen zergatia azaltzean: baldintzapen klasikoa eta operantea, ikaskuntza bikarioa, eta informazioa jasotzea (Tortella-Feliu eta Fullana, 1998).

- **Baldintzapen-ereduak**

Baldintzapen klasikoaren arabera, fobia espezifikoa sortzen da estimulu neutroa eta higuinezko erantzuna elkartzen direnean. Baina egia da, halaber, ez dugula edozein estimulu elkartzen erantzunarekin, badaude zenbait estimulu filogenetikoki prestatuak daudenak beldurra eragiteko, hala nola animaliak, toki irekiak eta itxiak, eta beste. Behin beldurrak, estimuluak eta erantzunak elkartzen dituenean, gizabanakoak beldur-egoeratik edo antzekoetatik ihes egiteko joera du, eta ekidite-jokabidea errefortzu negatibo bihurtzen da, baldintzapen operantearen paradigmaren menpe.

Behin estimulu batek beldurra eragin ondoren, gizabanakoa tarte labur batean estimulu beldurgarriaren aurrean jartzen denean, ematen duen erantzuna oso intentsua bada eta neurotizismoa eta barnerakoitasuna agertzen baditu, Eysenck-ek deskribatutako beldurraren inkubatzea gertatzen da.

- **Ikaskuntza sozialaren ereduak**

Fobia espezifikoen sorrera ikaskuntza sozialarekin erlaziona daiteke. Beldurra izatera irits gaitezke, estimuluaren arriskugarritasunari buruz informazioa jaso dugulako edo beste pertsonak estimulu horien aurrean beldurrez erreakzionatzen ikusi ditugulako. Bi kasuetan, estimulu hori arriskugarria dela eta hura ekiditea hobe dela ikasten dugu. Horrela, eredu esanguratsuek (gurasoek, anai-arrebek, ikaskideek, lagunek….) beldurrezko erantzunak noiz ematen dituzten eta zer egiten duten ikusiz ikas dezakegu, orobat, beldurrezko erantzunak garatzen.

Ikaskuntza-ereduaz gain, arazo fobikoen sorrera azaltzean kontuan hartu behar dira **zaurgarritasun psikologikoa** (aurre egiteko estrategiak, laguntza soziala) eta **zaurgarritasun fisikoa edo biologikoa** (hipersentsibilitatea, nerbio-

sistema autonomo kitzikagarriagoa).

Horrela, Barlowek (1988) dio fobiak garatzen direla zaurgarritasun psikologikoa edo biologikoa duten pertsonengan. Zaurgarritasun psikologikoak egoera estresagarrien aurrean larrialdiko (beldurrezko edo izuzko) erantzunak ematea dakar, eta egoera edo norberaren erreakzioak kontrolatu ezin direla pentsatzera bultzatzen du. Ondorioz, estres-egoerak kontrolaezin bihurtzen dira, eta haiei aurre egiteko aktibazioa eta herstura kronikoa agertzen dira. Fobia espezifikoetan, objektuen edo egoeraren aurrean larrialdi ikasiak agertzen dira, eta horrek bultzatzen du zelatan egotera eta ager daitezkeen estimulu mehatxagarriak ekiditera.

Fobia agertu ondoren, iraun egiten du, ekidite-jokabideak agertzen baitira bizitzan egoera estresagarriak izaten direnean eta jokatzeko ohiko modua bezala.

3.7. FOBIA ESPEZIFIKOEN EBALUAZIOA

Elkarrizketak

Elkarrizketa ebaluazio psikologikoa egiteko erabiltzen den lehen tresna da. Elkarrizketak egituratuak edo ez-egituratuak izan daitezke.

Egituratugabeak badira, zenbait puntu kontuan hartu behar ditu: a) egoera beldurgarriak eta ekidite-jokabideak; b) erantzun-sistema hirukoitzaren araberako sintomen deskribapena eta horien intentsitatea, maiztasuna eta iraupena; c) arazoa larritu edo hobetu dezaketen egoerak; d) arazoak bizitzan duen eragina; e) arazoaren historia, eta gainditzeko egindako saiakerak; f) tratamendurako motibazioa, itxaropena eta helburuak; eta g) gizabanakoak izan ditzakeen beste arazoak. Elkarrizketan jasotako informazioa baliatuz, analisi topografikoa eta funtzionala egin behar da.

Elkarrizketa egituratuen artean, Di Nardo-k, Brown-ek eta Barlow-ek (1994) DSM-IVan oinarrituriko ***Herstura-nahasteen elkarrizketa*** (ADIS) dugu. Ordu pare bat irauten du, eta herstura-nahasteen ebaluazioa egiteko erabiltzen da. Galderak egiten dira pazienteak dituen sintoma nagusiez, nahasteen larritasunaz, eraginaz, garapenaz eta bestez. Bestalde, diagnostiko diferentziala egiteko ere, aldarteari buruzko galderak erabiltzen dira, nahaste somatoformeei buruzkoak, mendekotasun-arazoei eta arazo fisikoei buruzkoak edo gaixotasunari buruzkoak. Elkarrizketatzaileen arteko fidagarritasuna, Kappa koefizientearen arabera, 0'91koa da.

Galdetegiak

Galdetegiak gehien erabiltzen diren tresnak dira. Sintomen intentsitatea eta tratamenduaren ondorioz izan daitezkeen aldaketak neurtzen dituzte, eta elkarrizketaren osagarri gisa erabiltzen dira.

Beldurrak identifikatzeko galdetegia (*Fear survey schedule III*, Wolpe eta Lang 1977)

122 estimulu aipatzen dira, eta gizabanakoak balioetsi behar du item bakoitza 1etik 5erako eskala batean. Puntuazioen zabalera, beraz, 122-610 da. Faktoreen analisia eginda, faktore nagusiak honako hauek dira: pertsonarteko egoerak, heriotza/mina/odola/gaixotasun-egoerak, animaliak eta agorafobia. Beste beldur batzuk ere agertzen dira: ura, soinu gogorrak, iluntasuna, sexualitatea eta jokabide oldarkorrak.

Nahiz eta tresna hori oso erabilia izan, baditu muga batzuk: ez da tresna espezifikoa, beldurrezko erantzuna, oro har, ebaluatzen du, eta ez da informaziorik ematen alderdi motor, fisiologiko eta kognitiboei buruz. Gaztelaniaz liburu honetan aurki daiteke: Carrobles, Costa, Del Ser eta Bartolomé (1986). *La práctica de la terapia de conducta.* Promolibro.

Beldurren galdetegia (Fear Questionnaire, FQ, Marks eta Mathews, 1979)

Egoera fobikoak zenbateraino ekiditen diren neurtzen du. 15 egoera agertzen dira, 0tik 8rako eskalan puntuatzeko. 3 beldur mota neurtzen ditu: agorafobia, zaurien beldurra, eta egoera sozialen beldurra. Gainera, herstura eta depresioa neurtzen ditu, eta fobiak bizitzan duen eragina.

Kritika gisa aipa daiteke item gutxiz osatua dagoela eta alderdi motorrak bakarrik neurtzen dituela. Gaztelaniaz liburu honetan aurki daiteke: Mathews, Gelder eta Johnston (1986). *Agorafobia: naturaleza y tratamiento.* Fontanella.

Autoerregistroak

Autoerregistroak egoera naturaletan ematen den informazioa jasotzeko aukera ematen du. Oro har, erregistroen bidez ebaluatzen dira sintomak, horien maiztasuna eta intentsitatea, estimulu aurrekariak eta ondorioak, eta herstura edo beldur-maila.

Erregistroak aplikatzean, motibazioa eta erreaktibotasuna kontuan hartu behar dira.

Behaketa

Egoera naturaletan egin daiteke terapeutak edo familiako norbaitek behatzen badu pazientearen jokabidea. Baina normalean teknika honek denbora asko suposatzen du eta garesti ateratzen da. Haurren kasuan gurasoei eskatzen zaie beren semearen jokabideen erregistroa egitea. Horretarako aurretik entrenatu behar zaie.

Behaketaren tresnetako bat ekidite-testak dira. Horietan estimulu fobikoaren aurrean jartzen da gizabanakoa eta estimulura gerturatzeko eskatzen zaio. Bitartean erregistratzen dira pazienteak agertzen dituen jokabideak, eta burura etortzen zaizkion pentsamenduak adierazteko ere eska daiteke. Test horiek ez dira beti aplikagarriak, eta kontsulta toki segurua izateak eragina izan dezake pazientearen erantzunean.

3.8. FOBIA ESPEZIFIKOEN TRATAMENDUA

Nahiz eta etiologiari buruz dagoen ezagutza urria izan, tratamendu psikologikoak gaur egun aukera terapeutiko egokiak dira nahaste fobikoetarako.

Fobia espezifikoak beste fobiak baino errazagoak dira tratatzeko, klaustrofobia eta autoak gidatzeko fobiak izan ezik.

Eskuarki, jokabide-terapiak % 75-85eko arrakasta lortzen du, eta iraun egiten du (berrizkatura-mailak txikiak dira). Tratamenduak egituratuak eta laburrak dira. Etxeko lanak, eskuliburuak eta idatzitako aginduak erabil daitezke lagungarri gisa.

Oro har tratamendurik egokiena da pazientea egoera beldurgarrien aurrean jartzea, beste teknika batzuk lagungarri gisa erabiliz.

- **Pazientea egoera beldurgarrien aurrean jartzeko teknikak**

Teknika horren bidez, pazienteak beldurgarria den estimuluari aurre egin behar dio, herstura apaltzen den arte, ekidite-jokabideak galaraziz. Aurre egitea modu sistematizatu batean egiten da, gradualki, erregulartasunez eta teknika errepikatuz.

Tratamendua aplikatu baino lehenago, pazienteari beraren arazoa azaldu behar zaio, eta teknika zer den eta zergatik aplikatzen den adierazi. Hala, informazioa eskaintzen da herstura normalaren eta patologikoaren arteko desberdintasunaz, beldurraren eta fobiaren artekoaz, eta arazoaren sorrerari eta iraupenari lotuta dauden faktoreez.

Komeni izaten da teknika mailakatua erabiltzea, horrek motibazioa handitu eta tratamendua uzteko joera gutxitzen baitu. Horretarako, ezinbestekoa da pazientearekin beldurraren hierarkia egitea (oro har, 10-20 item izaten ditu hierarkiak).

Egoeren aurrean jartzeko ariketak egunero egin behar dira. Batzuetan, ahaide edo lagun baten laguntza erabil daiteke terapeutakide gisa. Pazienteak etxerako lan gisa egunero egiten dituen ariketak autoerregistro batean jaso behar ditu, eta ondorengo saioan gainbegiratu terapeutarekin batera, zailtasunik agertu den edo ez ikusteko. Bestalde, autoerregistroak pazienteak egiten dituen aurrerapenak ikusteko ere balio du.

Teknika honen helburua estimulu beldurgarriak neutro bihurtzea da, eta horiek ez ekiditea.

- **Teknikarako lagungarriak**

Lasaiketa- eta arnasketa-teknikak eta autoaginduak lagungarri izaten dira. Pentsamendu katastrofistak agertzen direnean, garrantzizkoa da horiek berregituratze kognitiboen bidez tratatzea.

- **Hegazkinetan ibiltzeko beldurra eta odolaren beldurra**

Hegazkinetan ibiltzeko fobian zaila da egoera beldurgarriaren aurrean jartzeko teknika baliatzea, eta horregatik erabiltzen da desentsibilizazio sistematikoa edo irudimenaren bidez egoeran jartzea. Horri lasaitze-ariketak, autoaginduak eta informazioa gehitzen zaizkio.

Konpainia batzuek (Swissair-ek, British Airways-ek eta Lufthansa-k) tratamenduak eskaintzen dituzte. Taldean, 6-12 parte-hartzaile, psikologoak eta pilotuak egoten dira. Tratamenduaren osagaiak hauek dira:

- informazioa: hegazkin eta hegan egiteari buruzkoa, estatistika-datuak
- irudimenaren bidez egoera beldurgarriaren aurrean jartzea
- hegaldi-simulagailua: hegazkin simulatuan bidaiatuz edo errealitate birtuala erabiliz egoera beldurgarriaren aurrean jartzea

egoeraren aurrez aurre jartzea bizitza errealean

Odolarekiko fobia tratatzeko, Ost ikerlariak diseinatutako bi estrategia hauek: bizitza errealean egoeraren aurrean jartzea eta tentsio aplikatua (Borda, Martinez eta Blanco, 1998) erabiltzen dira.

Tratamendua pauso hauetan aplikatzen da:

1. Lasaitzeko edo arnasa hartzeko teknikak irakatsi, aktibazio-sintomak maneiatzeko.

2. Tentsio aplikatua irakatsi. Beldurrezko erantzunaren bigarren faseko erantzunak identifikatzen ikasi, eta tentsioa aplikatu behar da, gorputzean desaktibazioa gerta ez dadin. Tentsioa hainbat modutan aplika daiteke: eskuak indarrez estutuz, hanketan tentsioa jarriz, belaunen artean euro bateko txanpona daukagula pentsatuz, animalia bat gerturatzen zaigula pentsatuz, usain sarkorren bat nabaritzen dela irudikatuz, norbaitekin eztabaidan ari garela irudikatuz…

3. Behin gizabanakoak aurreko estrategiak ikasi ondoren, egoera beldurgarriaren aurrean jartzeko teknika aplikatzen da, gradualki eta etxerako lanak erregistratuz. Teknikaren lagungarri gisa autoagindu positiboak eta distrakzioa erabil daitezke. Lehenengo fasean teknika irudimenaren bidez baliatzen da, eta bigarrenean, bizitza errealean. Pazientea lasaitzen da arnasketa, lasaitze-teknikak eta autoaginduak erabiliz, eta estimulu beldurgarria aurkezten zaio irudimenean; zorabiatzen hasten bada, tentsioa aplikatu behar du, eta egoerari eutsi, herstura-maila apaldu arte. Behin beldurrak irudimenean gainditzen direnean, bizitza errealean jartzen da pazientea estimulu beldurgarrien aurrean.

- **Tratamenduaren eraginkortasuna**

Fobia espezifikoen tratamenduan, irudimena edo desentsibilizazio sistematikoa erabil daitezke pazientea estimulu beldurgarrien aurrean jartzeko, baina emaitzak eskasak dira. Teknika hori bizitza errealean egiten den

praktikarekin osatu behar da, orokortze-arazoak gutxitzeko. Hala ere, zenbait kasutan ez dago beste aukerarik, adibidez hegazkinekiko fobian, barne-gertakizunak direnean beldurraren iturri (kontrola galtzea, erortzea, itotzea...), edo gizabanakoa, hersturaren eta beldurraren ondorioz, teknika bizitza errealean erabiltzen ausartzen ez denean..Beste aukera bat izan daiteke errealitate birtuala baliatzea egoera beldurgarrien aurrean jartzeko (Botella, Baños eta Perpiña, 2000).

Teknika kognitiboak orohar ez dira askorik erabiltzen, autoaginduak izan ezik, eta klaustrofobia edo altuerekiko fobiak tratatzeko ez bada.

Berrizkaturen prebentzioa egitea garrantzitsua da, nahiz eta horiek urriak izan. Pazientea trebatzen da arrisku handiko egoerak identifikatzen eta horien aurrean estrategia egokiak erabiltzen. Horrela, fase horretan hainbat kontzeptu gogoratzen dira: a) arazoak, tratamendua eta emaitzak; b) praktikaren garrantzia; c) beldur normalaren eta patologikoaren arteko aldea; d) erortzearen eta berrizkaturaren arteko bereizketa; e) berrizkaturari lotuta egon daitezkeen faktoreen identifikazioa (egoera estresagarriak, estimulu beldurgarriekin izandako esperientzia negatiboak, estimulu beldurgarriari aurre egin gabeko egoera luzeak) eta, f) estimuluen aurrean jartzeko praktika berreskuratzea.

Tratamendu farmakologikoari buruz esan daiteke betablokeanteak izan direla gehien erabilitako farmakoak, sintoma somatikoak gutxitzeko. Beste farmakoak ez dira askorik erabili, eta ez dira lagungarritzat hartzen.

Ikerketek hainbat fobia espezifikotarako tratamendu zehatzak bilatu behar dituzte, eta teknikaren ezaugarri egokienak zein diren kasu bakoitzean ikertu.

OINARRIZKO BIBLIOGRAFIA

Antony eta Barlow (1997). «Fobia específica» *in* V. Caballo. ***Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*.** Madril. Siglo XXI.

Avero, P. (1998). ***Manual práctico de la terapia de exposición en el tratamiento de la fobia a viajar en avión: guía para el terapeuta*.** La Laguna. Servicio de Publicaciones de la Universidad.

Bados (1998). «Fobias específicas» *in* M. Vallejo. ***Manual de terapia de conducta*.** Madril. Dykinson. 1. liburukia.

Baez eta Salaberria (2001). «¿Fobia al descontrol de esfínteres? Un estudio de casos». ***Análisis y modificación de conducta, 27*,** 139-160.

Baños, Botella eta Perpiña (2000). ***Fobia a volar. Tratamiento mediante realidad virtual*.** Valentzia. Promolibro.

Botella, Baños eta Perpiña (2000). ***Tratamiento de la claustrofobia por medio de la realidad virtual*.** Valentzia. Promolibro.

Borda, Baez eta Echeburua (1993). «Tratamiento de exposición en un caso de fobia a la sangre». ***Análisis y modificación de conducta, 19*,** 583-607.

Marks, I. (1991). ***Miedos, fobias y rituales. 1. Los mecanismos de la ansiedad. 2. Clínica y tratamientos.*** Bartzelona. Martínez Roca.

Orejudo eta Froján (1996). «Tratamiento de una fobia a conducir». ***Análisis y modificación de conducta, 22*,** 463-480.

Peurifoy, R.Z. (1992). ***Venza sus temores*.** Bartzelona. Robin book.

Sosa, C. eta Capafons, J.I. (2003). «Guía de tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas» *in* Perez, M., Fernández, J.R., Fernández, C. eta Amigo, I. ***Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*.** Madril. Pirámide.

Sosa, D., Capafons, C. eta Capafons, J.L. (2005). ***Tratando..... fobias específicas*.** Madril. Pirámide.

4. HERSTURA OROKORRA

4.1. Definizioa eta ezaugarriak
4.2. Azalpen-ereduak
4.3. Ebaluazioa
4.4. Tratamendu-programak
Oinarrizko bibliografia

4.1. DEFINIZIOA ETA EZAUGARRIAK

Nahaste horren bereizgarria da modu orokorrean eta iraunkorrean agertzen den herstura; ez du loturarik estimulu konkretuekin; ez da agertzen gertaera higuingarri baten ondorioz, ezta ere bat-batean, aldi labur batez eta intentsitate handiz. Askotan pertsona atseden hartzen ari denean, edo telebista ikusten edo egonean, edo norbaiti itxaroten dagoenean agertzen dira sentipen fisikoak. Baina askotan gertaera estresagarriak izan dira nahastearen aurrekariak.

Herstura orokorraren ezaugarririk nabarmenenak dira kezka, eta antsietate-maila handi eta menderagaitza.

Fidagarritasun txikiko diagnostikoa zuen nahasteak. Beste nahasteen diagnostikoa baztertzen zenean egiten zen diagnostikoa, 1980an aurkeztutako DSM-IIIaren irizpideei jarraituz. 1987an, DSM-III-Ran agertzen da lehen aldiz kategoria-diagnostiko nagusi gisa, baina sintoma somatikoak ziren haren ezaugarri nagusiak. DSM-IVan aldaketa nabariak azaltzen dira: kezkak dira ezaugarri nagusia, eta 6 sintoma somatiko hauek agertu behar dute, nahastea diagnostikatzeko: aktibatua sentitzea, erraz nekatzea, kontzentratzeko arazoak izatea, burua hutsik edukitzeko arazoak, amorrazioa, muskuluen tentsioa, lo egiteko arazoak.

Gaur egun, herstura orokorraren ezaugarriak honako hauek dira: itxaronaldi larria, eta herstura eta kezka iraunkorrak, ez-errealistak edo gehiegizkoak, bizitzako hainbat egoeratan, gutxienez 6 hilabeteko iraupena dutenak.

Kezkak bizitzako hainbat arlori buruzkoak dira, familiari, ekonomiari, lanari, ikasketei, pertsonarteko harremanei, gaixotasunei, gizarteari eta besteri buruzkoak, eta kezka horiek kontrolatzeko zailtasunak dauzkate gaixoek. Kezkak bakoitzaren ezgaitasunarekin erlazionatuta daude, eguneroko bizitzari aurre egiteko ezintasunarekin, eta afektu negatiboz kargaturik daude; arreta nork bere buruarengan fokalizatzea dakarte; hiperaktibotasun fisiologikoarekin erlazionatzen dira, eta kontrolaezintzat hartzen dira. Izan daitezkeen ezohiko gertakizun arriskutsuei lotuta dago kezken edukia.

Kezkek etorkizunean ager daitezkeen gertakizun negatiboen aurrean prestatzera bultzatzen dute gizabanakoa, eta ezin kontrolatzea eta estimulu mehatxagarriei atentzioa hartzea dakarte. Kezkek ekintzarako prestatzen dute gizabanakoa, baina pertsonak ez du ezer egin behar une horretan, kezkak gerora izan daitezkeen arazoei buruzkoak baitira. Egoera horrek **aktibazio emozionala** eta sintoma fisiologikoak sorrarazten ditu. Sintomak 3 motatakoak izan daitezke:

* Tentsio motorra: dardara, kontrakzioak, giharretako tentsioa eta mina, larritasuna, gehiegizko nekea, buruko minak.

* Hiperaktibotasun begetatiboa: itolarria, arnasa-falta, takikardia, izerdia, esku hotz eta hezeak, aho lehorra, zorabioa, botalarria, hotzikarak, beroa, pixagalea, korapiloa eztarrian.

* Zelatan egotea: arrisku-sentipena, larrialdizko erantzunak ematea, kontzentrazio-zailtasunak, gogamena hutsik ez egotearen sentipena, lo egiteko arazoak, eta amorrazioa.

Sintoma fisiologikoen aldakortasunak zenbait arrazoi ditu: familiatik jasotako erantzuteko modu ohikoa, zaurgarritasun organikoa, gizabanakoaren profil psikosomatikoa, eta emozio bakoitza azaltzeko gorputzaren alderdi desberdinak egotea; hala, estutasuna arnas faltarekin azaltzen da, beldurra takikardiarekin, eta abar.

Hersturarekin eta kezkekin batera, honako sintoma hauek ageri dira: nekea, kontzentratzeko zailtasunak, tentsio muskularra, barne-egonezina, lo egiteko arazoak eta lasaitzeko zailtasunak.

Hainbat **kezka mota** agertzen dira nahaste horretan:

a. Errealitatean eta egunekoan oinarritzen diren kezkak, egoera aldagarriei buruzkoak (arazo pertsonalak, hitzorduak, etxeko matxurak, eta abar).
b. Gaur egungo arazoei buruzkoak baina irtenbiderik ez dutenak (mundua, pobrezia, gerratea, familiako norbaiten heriotza, gaixotasuna, eta abar).
c. Errealitatean oinarrituta ez dauden arazo ahalezkoei buruzko kezkak, eta beraz aldaezinak (porrot egiteaz edo gaixotzeaz kezkatzea, arazo ekonomikorik edo gaixotasunik ez dagoenean).

Nahaste hori duten pazienteek bizitzan ager daitezkeen arazo guztiak aurkitzen dituzte, baina ez dira gai horietarako irtenbidea emateko. Kezkatu egiten dira bizitzako “mehatxu”en edo arazoen aurrean, eta erreakzionatzeko modu horrek hiperaktibotasun fisiologikoa sorrarazten du, eta arazoak konpontzeko estrategia aktiboak baliatzea galarazten die. Kezka bizitzako zalantzaren aurrean agertzen da, hura jasanezina zaiolako.

Gehienetan, kezkak probabilitate gutxiko gertaerei buruzkoak dira. Hala ere, pazienteak gertaera horiek jira eta bira darabiltza buruan, irteerarik aurkitu gabe, eta izan ditzaketen ondorio negatiboez kezkatzen da. Badirudi pazienteak blokeatuta daudela arazoak konpontzeko prozesuaren lehen fasean.

Askotan, hiperaktibotasun fisiologikoak eta kezkak beldurra eragiten die. Ondorioz, pertsonak **ekidite-jokabideak agertu, jarduerak utzi, edo segurtasuna ematen dioten ohiturak hartzen ditu.**

Luzarora, egoera horrek beren buruenganako konfiantza galtzera eramango ditu, eta beren trebetasunetan fede gutxi izatera. Ondorioz, errealitatearen eskaerak kontrolaezintzat hartu eta ekidin egiten dira.

Autore askok nortasunaren ezaugarritzat jotzen dute nahaste hau: **hersturazko nortasun**tzat. Horren arabera, pertsona konformistak dira, perfekzionistak, ziurtasunik gabekoak, lanak errepikatzen dituztenak edo atseginik gabe bizi direnak (Tyrer, Seiverwright, Fergusson eta Tyrer, 1992).

Gehienetan arazoa duten pertsonak ez dira laguntza eskatzera joaten, eta joaten direnean sendagilearenera doaz sintoma somatikoak tratatzera.

- **Epidemiologia eta komorbilitatea**

Populazioan, % 6,4-7,6ko prebalentziak agertzen dira. Paziente gehienak emakumeak dira, 35-45 urtekoak. Gizonen kasuan, 45 urtetik aurrera agertzen da nahastea.

Arazoaren hasierari buruz galdetzen denean, gehienek haurtzaroa edo nerabezaroa aipatzen dute. Baina askotan gertakizun estresagarri kontrolaezinak izan dira amilgarriak. Nahastea azaldu ondoren, kronikoa izaten da, baina gorabeherak egon daitezke estresaren arabera. Pazienteak familia-sendagilearenera doaz, sintoma somatikoak direla eta.

Komorbilitatearen ikuspuntutik, normala da nahastea agorafobiarekin, izuarekin, distimiarekin edo depresio nagusiarekin batera agertzea. Gisa berean, alkohola eta droga lasaigarriak kontsumitzeak areagotzen du, baita somatizazio-nahasteek ere. Pazienteak gehienetan sendagilearenera doazenean, nekea, gihar-arazoak eta lo-arazoak izaten dira haien kexa nagusiak. Gainera, normala da estresaren sintomekin batera agertzea. Hala, buruko minak, hipertentsioa, ultzerak eta abar ohikoak izaten dira, baita diabetesa eta bihotz-arazoak ere.

Batzuetan, herstura- eta depresio-sintomak batera agertzen dira; hersturazko eta depresiozko nahastea deritzo. Honako hauek dira horren ezaugarriak (Echeburúa eta Salaberria, 1999): a) afektibitate negatiboa, estresa, atsegin eza, errua, beldurra; b) herstura, ezinegona eta hiperaktibotasun autonomikoa; ©) afektu positibo baxua.

Diagnostiko diferentzialaren ikuspuntutik:

Depresioan	*Herstura orokorrean*
Lo egiteko arazoak	Bai
Amorrua	Bai
Nekea	Bai
Autoestimu apala	Bai
Kontzentrazio-arazoak	Bai
Tristura	Beldurra
Esperantza eza	Kezka
Iraganaren garrantzia	Etorkizunaren garrantzia

Izuan	*Herstura orokorrean*
Kezka gertuko arriskuekin erlazionatua dago (heriotzarekin, minarekin, kontrola galtzearekin)	Kezka geroaren inguruan azaltzen da (zer gertatuko ote da? ziur zerbait negatiboa)
Ihes- eta ekidite-jokabideak	Jokabide aldetik urduritasuna eta egonezina
Familia-prebalentzia handia	
Transmisio genetikoa	Ez
Antidepresiboen emaitza onak	Ez
Benzodiazepinen emaitza txarrak	Emaitza txarrak
Sodio laktatoarekin eragiten dira atakeak	Emaitza onak
Depresio nagusia	Ez
Fobia gehiago	Ez
Haurtzaroko banaketa-fobiak	Ez
	Ez

4.2. AZALPEN-EREDUAK

Arazoa nola sortzen den eta nola irauten duen esplikatzeko, zaurgarritasun-aldagaiak eta faktore kognitiboak aipatzen dira.

Zaurgarritasun-ereduak

Ikuspuntu biologikotik, hainbat ikerlarik hipersentiberatasun neurobiologikoaz hitz egiten dute. Estresaren aurrean, pertsona horiek arazoak dituzte GABAren (azido gamma-aminobutirikoaren) eta benzodiazepinen errezeptoreetan, eta, ondorioz, neurriz gaindiko aktibazioa dute.

Ikuspuntu psikologikotik, nahaste hori duten pertsonek ezaugarri hauek dituzte:

a) munduari arriskutsu deritzote; edozein tokitan mehatxuak ikusten dituzte;
b) zalantzak jasateko arazoak dituzte eta aktibazio emozionala ekiditen dute;
c) uste dute ez direla gai gertaera arriskutsuei aurre egiteko.

Ezaugarri horiek bizitzako esperientzien ondorio dira. Esperientzia traumatikoak (gaixotasunak, mina, heriotza, erasoak, familiarekiko eta lagunekiko gertakizun emozionalak) bizi izanak, gurasoekin harreman desegokiak izateak (baztertuta sentitzeak edo ama galtzearen beldur izateak), eta guraso oso babesleak edo zorrotz eta urduriak izateak bultzatzen dute pertsona bizitzari buruzko ikuspegi negatiboa hartzera eta norberarengan konfiantza gutxi izatera.

Horrek guztiak ezaugarri psikologiko hauek dakartza:

- gizabanakoa erne egotea ager daitezkeen gertakizun mehatxagarriei; beraz, soslaiei atentzioa hartzea;
- hala-holako informazioa mehatxagarritzat hartzea;

- mehatxuen probabilitateari garrantzi gehiegi ematea;
- gertakizunen kontrol txikia izatea.

Gainera, nortasun-ezaugarri batzuk ere izaten dira: perfekzionismoa, zalantzak jasateko zailtasunak, mendekotasuna, asertibitate falta, autoestimu urria, kritikekiko sentiberatasuna, baztertua izateko beldurra, sormen handia (mehatxuak aurreratzea eta horiek irudikatzeko gaitasuna), kontrola edukitzeko beharra, eta besteak baztertu ez dezaten sentimendu negatiboak (amorrua eta harrotasuna) ezerezteko beharra. Ezaugarri horiek direla eta, zaila izan daiteke egoera estresagarriak maneiatzea.

Peurifoy adituak (1993) dioenez, nortasunaren ezaugarri horiek familiako balioen, diziplina-metodoen, helduen ereduen eta eragin sozial eta kulturalen ondorio dira.

.

Nortasun-ezaugarri horien eraginez, gizabanakoak kezkak erabiltzen ditu gerta daitezkeen mehatxuei aurre egiteko, ikasia baitu aurre egiteko estrategia kezkatzea dela.

Eredu kognitiboak (Rapee 1995; Borkovec, 1994)

Kontrolaren pertzeptzio-maila urriak, zalantzak eta aktibazio emozionalak kezkak sorrarazten dituzte. **Kezkak** etorkizunean ager daitezkeen mehatxuak maneiatzeko erabiltzen dira, ez baitago unean bertan ekintzaren bidez irtenbiderik aurkitzeko aukerarik.

Kezkak hainbat ondorio ditu:

- Jarduera kognitibo konplexuak oztopatzen ditu.
- Hautematen diren mehatxuei ez die irtenbiderik ematen, eta kontrol ezaren sentipena eragiten du.

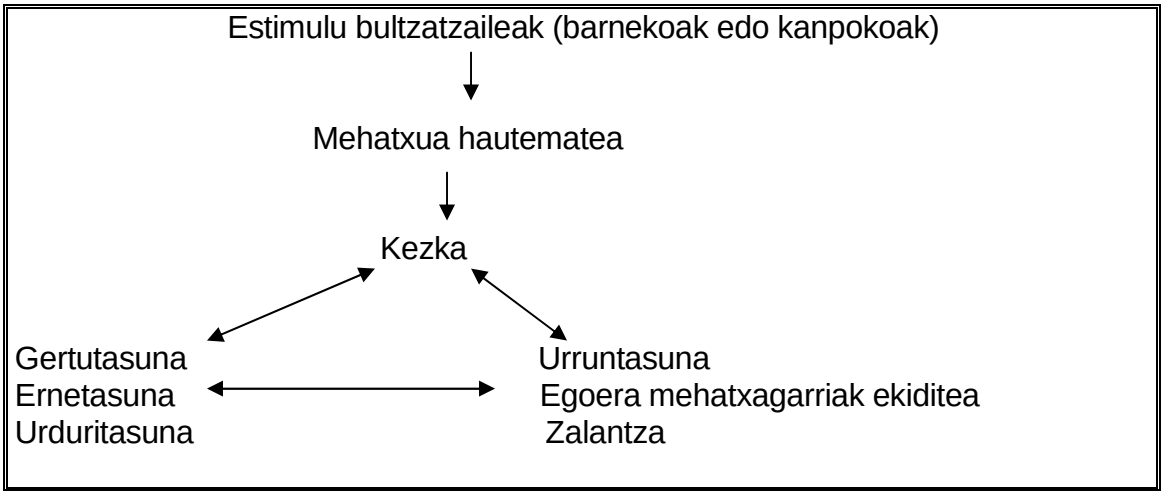
  Adibidez, lan baten bukaeraz kezkatzen bada pertsona, denborarik izango ez duela pentsatuz edo gaizki egingo duela sinetsiz, haren kezkak eta ondoezak eragina izango dute kontzentrazioan eta errendimenduan, eta atzerapena eragingo. Horrek gizabanakoaren beldurrak indartzen ditu, eta kontrola ezako egoera suspertu.

- Informazio mehatxagarriaren prozesatze emozionala murrizten du.

Kezkak epe laburrera herstura apaltzen du, baina epe luzera mehatxu-interpretazioak atxikitzen ditu. Kezkek irudi emozionalak gogamenetik kentzea lortzen dute, eta ahalbidetzen dute estimulu mehatxagarrien aurrean txandaka erne egotea eta ekiditea.

Horrela, kezkatzearekin batera ernetasuna areagotzen denean, zalantza gutxitzen da, baina aktibazio emozionala handitu, eta, aktibazioa deseroso bihurtzen denean, irudiak ekiditeko joera agertzen da, aktibazioa gutxituaz baina zalantza handituaz. Pazienteak biribil horren barruan daude. Egoera mehatxagarrien aurrean gerturatuz eta ekidinez erreakzionatzen dute.

Dugas eta Ladouceur (1997) autoreek horrela deskribatu dute biribila:



- Gizabanakoak kezkak erabilgarriak direla sinesten du. Horrela, normala izaten da pentsamendu hauek izatea:

  "Kezkatzeak gertakizun beldurgarria ez agertzea eragingo du" (kontrola dudala sentiarazten dit).
  "Kezkatzeak irtenbideak bilatzea ahalbidetzen du".
  "Kezkatzeak gai emozional sakonak ekiditen ditu" (pentsamendu okerragoetatik distraitzen nau).
  "Kezkatzeak motibatzen nau" (arazoa garrantzitsua dela adierazten dit).

Horren guztiaren ondorioak dira:

- Kezkak jokabideak ekiditera edo segurtasuna bilatzeko jokabideak izatera bultzatzen du gizabanakoa, herstura gutxitzeko (telefonoz deitu familiakoei ea dena ondo doan, albiste txarrei buruz ez hitz egin, emozioei buruz ez hitz egin, eta abar).
- Herstura eragiten du, kontzentrazio-zailtasunak, lo egiteko arazoak, giharren tentsioa, nekea, erabakiak ez hartzea...

Azken finean, kezkatzea errefortzu positibo eta negatiboa da; gerturatzea eta ekiditea konbinatzen dira, eta horrek arazoei eta errealitateari aurre egiteko estilo desorekatua dakar.

Oro har, Dugas-en eta Koerner-en (2005) arabera, 4 osagai nagusi ditu nahasteak: lehenengoa, zalantzarekiko tolerantziarik eza (zalantza modu negatiboan edo mehatxagarrian interpretatzen denez, pazienteek errealitatean balizko arazoak bilatzeko joera dute); bigarrena, kezkarenganako uste ona; hirugarrena, arazoak konpontzeko trebetasun gutxi izatea, eta azkena, ekidite kognitiboa. Mennin-ek (2004) dioenez, emozioak ezagutzeko, onartzeko, komunikatzeko eta erregulatzeko arazoak dituzten pertsonak dira herstura orokorra dutenak. Gaixoek, emozioak erregulatzeko arazoak dituztenez, kontrol kognitiboa eta kezka erabiltzen dituzte.

4.3. EBALUAZIOA

Gaur egun badaude nahastea ebaluatzeko tresnak, baina oraindik beharrezkoa da tresna egokiagoak garatzea, espezifikoagoak, analisi funtzionalaren arabera informazioa ematen dutenak, psikometrikoki egokiak, gaztelaniazko laginekin lortutakoak, eta aldaketa terapeutikoa neurgarri bihurtzen dutenak. Jarraian azaltzen direnak klinikan erabiltzen diren tresna nagusiak dira.

Elkarrizketak

Elkarrizketen bidez askotariko informazioak lortzen dira: arazoaren deskribapena, estimulu aurrekariak, sintomak, arazoaren historia, egoera larrigarriak, bizitzaren arloetan nahasteak duen eragina, tratatzeko saiakerak, itxaropena eta motibazioa. Gainera, elkarrizketak kezkaren ezaugarri nabarmenenak jaso behar ditu: kezken edukia, bakoitzaren funtzionaltasuna, nola kontrolatzen dituen pazienteak eta kontrola eraginkorra den.

Komeni izaten da, tratamendu psikologikoa hasi baino lehen, sendagileak azterketa egitea, beste arazo fisikorik dagoen baztertzea, eta depresiorik dagoen edo ez aztertzea. Pazientea deprimituta badago, arazo horri egin behar zaio aurre lehendabizi.

Aurreko kapituluetan aipatutako elkarrizketa egituratuaz gain, herstura orokorra ebaluatzeko gehien erabiltzen den tresna honako hau da:

Herstura ebaluatzeko eskala *(Hamilton Anxiety Rating Schedule, HARS) Hamilton (1959)*

14 galdera ditu, eta eskala heteroaplikatua aplika daiteke. Pazientearen herstura-maila neurtzen du. Terapeutak elkarrizketan zehar balioetsi behar ditu, 0tik 4rako eskala batean, pazientearen jokabidearen zenbait alderdi: hersturazko umorea, tentsioa, beldurra, lo egiteko arazoak, funtzio intelektualak, depresioa, sintoma muskularrak, kardiobaskularrak, arnasketa-arazoak, urdaileko arazoak, eta abar. Horien guztien maiztasuna eta intentsitatea ebaluatu behar dira.

Eskalan 2 faktore bereizten dira: herstura psikikoa eta somatikoa. Eskalaren muga nagusiak bi dira: itemak globalak izatea eta estandarizatua ez egotea.

Galdetegiak

Badira herstura orokorra neurtzen duten galdetegi orokorrak. Horiek gizabanakoaren hersturaren adierazpen orokorra ematen dute. Honako hauek dira gehien erabiltzen direnak.

Herstura-egoera eta -ezaugarriari buruzko galdetegia *(Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo STAI) Spielberger, Gorsuch eta Lushene (1970)*

40 galdera ditu, 20 egoeraren azpieskalan eta beste 20 ezaugarriaren

azpieskalan. Gizabanakoak duen hersturaren intentsitatea adierazi behar du, nolakoa den herstura maila orokorrean eta nolakoa den galdetegiari erantzuten ari zaion unean. Gaztelaniaz baliodunduta dago. TEA argitaletxeak argitaratu du.

Herstura-egoera eta -erantzunei buruzko galdetegia *(Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad, ISRA) Miguel Tobal eta Cano (1988)*

Hersturak sortzen dituen sintoma fisiologiko, kognitibo eta motorrak neurtzen ditu, baita zenbait egoeratako herstura-maila orokorra ere. 224 galdera ditu, eta bakoitzari 0tik 4rako eskala baten bidez erantzuten zaio. 3 motatako puntuazioak lor daitezke: erantzun-sistema hirukoitzaren puntuazioak, egoeren arabera (herstura ebaluazioaren aurrean, pertsonartean, eguneroko egoeren aurrean) lortutakoak, eta puntuazio globala edo herstura-maila orokorra.

Beck-en hersturari buruzko galdetegia *(Inventario de ansiedad de Beck, BAI) Beck, Epstein, Brown eta Steer (1988)*

21 galdera ditu, eta sintomak azken astean agertu diren edo ez markatu behar da. Sintoma gehienak somatikoak dira, eta askotan izu-atakean agertzen direnen antzekoak. 0-63 da eskalaren zabalera. Bi faktore agertzen dira, hersturaren sintoma fisikoak eta herstura subjektiboa. Gaixoek, batez beste, 25,76 puntu (d.t. 11,42) izaten dituzte, eta gainerakoek, 15,88 (d.t. 11,81).

Kezkari buruzko galdetegia *(Inventario de preocupación, PSWQ) Meyer, Miller, Metzger eta Borkovec (1990)*

16 galdera ditu, eta guztiek kezka iraunkorrak neurtzen dituzte. Halaber, horiek gizabanakoarentzat garrantzitsuak diren edo ez ebaluatzen du, 1etik 5erako eskala batean. 16-80 da eskalaren zabalera. Gaixoek, batez beste, 68,11 puntu (d.t.9,59) lortzen dituzte, eta gainerakoek, 34,90 (d.t. 10,98).

Klinikan BAI eta PSWQ erabil daitezke batera, lehena sintoma fisiologikoak ebaluatzeko eta bigarrena sintoma kognitiboak.

Gai kezkagarriei buruzko galdetegia *(Cuestionario de areas de preocupación) Tallis, Davey eta Bond (1994)*

25 galdera ditu, eta bost arlotako kezkak neurtzen ditu: pertsonarteko harremanak, norberarenganako konfiantza falta, lana, geroa eta arazo ekonomikoak. Gizabanakoak 0tik 4rako eskala baten arabera erantzuten die galderei, gai horiek zer puntutaraino kezkatzen duten argitzeko.

Zergatik kezkatu? *(Why worry? ¿por qué preocuparse?) Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas eta Ladouceur (1994)*

Pertsonak bere kezkak nola balioesten dituen ebaluatzen du. 20 galdera dira, eta pertsonak zer kezka izan ditzakeen aztertzen du. Zehazki, kezkaren erabilgarritasunaren inguruko ideia hauek azaltzen diren edo ez ebaluatzen du: “kezkatzeak gauzak hobeto egiteko modua bilatzen laguntzen du”, “kezkek kontrola errazten dute” eta “irtenbideak bilatzera bultzatzen dute gizabanakoa”.

Kezkatzeak hondamenak eragotz ditzake, eta pentsamendu okerretatik eta beldur-irudietatik distraitzeko balio dezake.

Hersturari eta kezkari buruzko galdetegia *(Cuestionario de ansiedad y preocupación, worry and anxiety questionnaire, WAD) Dugas, Ladouceur eta Freeston (1995)*

Galdetegi hori *Generalized anxiety disorder questionnaire GADQ Roemer, Posa eta Borkovec (1991)* izenekoaren moldaketa da (gaztelaniaz, GADQ-M, 11 item, Sandín, 1997). 16 item dauzka, eta galdera bakoitzari 9 puntuko eskala baten arabera erantzun behar zaio. Eskalak 4 faktore ditu: zalantzaren tolerantzia eza, pentsamenduaren ezabatzea, arazoaren orientazioa eta perfekzionismoa.

Aipatutako galdetegiaz gain, badira beste batzuk gutxiago erabiltzen direnak, hala nola *Cuestionario de supresión del pensamiento* (*White bear supresión inventory*, *WBSI)* Wegner eta Zanakas, 1992; *Intolerance of uncentainty scale* (IUS) Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas eta Ladouceur, 1994; eta *Social problem solving inventory* (SPSI) D'Zurilla eta Nezu, 1990.

Autoerregistroak

Hainbat autoerregistro mota daude. Terapeuta bakoitzak erabaki behar du zein izan daitekeen egokiena eta lagungarriena pazientearentzat eta terapiarako.

Batzuetan, egunean zehar izandako emozioak erregistratzea eskatzen zaio pazienteari. Horrela, pertsonak eguna bukatzean, honako hauek jaso beharko ditu 0tik 8rako eskala batean: herstura-mailaren batez bestekoa eta maximoa, depresioa, afektu positiboa, eta kezkatuta emandako denboraren proportzioa.

Beste batzuetan, erregistroak kezkaren ingurukoak izaten dira soilik. Horrela, pazienteak kezkatuta dagoen bakoitzean erregistratzen du zer egoeratan agertu den kezka, nolako herstura eragin dion, eta nola gutxitu duen kezka.

Honelako beste erregistro mota bat izan daiteke: eguna, ordua, egoera, kezka, emozio eta aldaketa fisiologikoak, jokabidea, ondorioa, hersturaren intentsitatea (0-10).

4.4. TRATAMENDU-PROGRAMAK

Nahaste fobikoen tratamenduan baino arrakasta gutxiago lortzen da herstura orokorraren tratamenduan. Terapiaren helburuak bi dira: kezkak eta tentsioa maneiatzen ikastea. Terapiaren helburuak dira pertsona gutxiago kezkatzea eta modu errealistan egitea eta, egoera mehatxagarriak badaude, horiei hobeto aurre egiteko moduak ikastea. Horretarako hainbat teknika erabiltzen dira.

- **Hezkuntza-fasea**

Edozein teknika aplikatu baino lehenago, garrantzitsua da pazientearekiko harremana zaintzea, arazoari buruz informazioa ematea, eta tratamenduaren zergatia eta nondik norakoak azaltzea.

Arazoaren zergatia azaltzeko pazienteari esaten zaio nahaste hori duten pertsonak hainbat estimuluren aurrean kezkatu eta deprimitzen direla, batez ere zalantza jasanezina zaielako, ekidite kognitiboa erabiltzen dutelako eta kezkari on irizten diotelako. Tratamenduaren helburua da zalantza beste modu batean maneiatzen irakastea, kezka ezagutzea eta identifikatzea, kezka urrundu-gerturatu jokabidetzat hartzea, eta hainbat kezka motaren artean irtenbide egokiak aukeratzen ikastea.

Fase honetan hainbat kontzeptu argitzen dira pazientearekin batera:

- pazientearen itxaropenak
- hersturaren hiru osagaien deskribapena
- hersturaren egokitasuna
- tratamenduaren azalpena
- auto-erregistroen eta saio terapeutikoen tarteko etxerako lanen garrantzia
- arazoaren azalpena: estimuluak, kezkak, aldartea, zalantzaren tolerantziarik eza, ekidite kognitiboa, kezkari buruzko iritzi ona
- kezka motak (Dugas eta Ladouceur,1997): gaur egungo arazo aldakorrei buruzko kezkak, gaur egungo arazo aldaezinei buruzkoak, eta etorkizunekoak eta aldaezinak diren egoerei buruzko kezkak (hau da, hipotetikoak)
- pazientearen kezken identifikazioa: nolakoak diren beraren kezkak (errealistak, datuetan oinarriturikoak, aldakorrak), inoiz irtenbiderik aurkitu dien antzeko arazoei, edo beraren kezkak egoera aldaezinei buruzkoak diren (askotan pazienteak uste du egoera zailak alda ditzakeela, ezinezkoa izan eta beraren esku egon ez arren, eta besteetan, arazoari irtenbidea aurkitzea posible denean, ez du ezer egiten)
- kezka mota bakoitzerako erabilgarriak diren tekniken azalpena eta arrazoibidea

- **Lasaiketa eta arnasketa**

Botika lasaigarriek bezala, lasaiketak epe laburrera funtzionatzen du; epe luzera eragingarria izan dadin, pazienteak lasaiketa praktikatzen jarraitu behar du. Bai lasaiketak bai arnasketak alderdi fisiologikoan dute eragina. Pazienteari arnasa geldiro hartzen irakasten zaio: arnasa hartu, geratu eta 10era arte zenbatu, arnasa bota eta "lasai" esan; hiru segundo pasatu arnasa hartzen eta hiru botatzen, eta botatzen den bakoitzean "lasai" esan; 10 aldiz errepikatu ondoren, arnasa hartzeari utzi 10 segundoz, eta berriro hasi arnasketa-zikloa. Jacobson-en lasaiketa progresiboa ere erabiltzen da, irudi atseginekin konbinatuz. Normala izaten da gorputza lasaitzea, baina ez hainbeste gogamena; horretarako, bistaratzea erabiltzen da (irudi atseginak sortzea eta irudikatzea).

Batzuetan pazienteak hasieran ez dira lasaitzen edo pentsatzen dute teknikak ez direla erabilgarriak, baina praktikatzen jarraitzen badute haien eragina nabaritzen hasten dira.

- **Tratamendu kognitiboak**

Hainbat teknika kognitibo erabili izan dira, batzuk sinpleak beste batzuk konplexuak. Oro har, teknika kognitiboen barruan bi talde aipa daitezke, pentsamenduen edukia aldatzeko xedea dutenak, batetik, eta, bestetik, pentsamenduen maiztasuna, intentsitatea eta iraupena aldatzea xede dutenak (Vazquez, 2003).

Teknika sinpleen kasuan autoaginduak, distrakzioa, "pentsamenduen gelditzea", eta "zaborraren denbora" erabili izan dira, herstura orokorraren tratamenduan.

*Autoagindu*en bidez, pazienteari modu positiboan hitz egiten irakasten zaio. Teknika erabilgarria da, pertsonak bere buruari igortzen dizkion mezuak jokabidean eragin negatiboa dutenean. Autoagindu negatiboek arreta norberaren buruan fokalizatzen dute, herstura-sentipenetan, eta ihes-jokabideak bultzatzen dituzte.

Aldiz, autoagindu positiboek egoerei aurre egiten laguntzen dute. Eraginkorrak izan daitezen, ezaugarri batzuk izan behar dituzte: ez dute orokorrak izan behar, zehatzak baizik; eginkizun bati lotuta egon behar dute; gaur egungo jarduerei eta jokabide positiboei atentzioa hartu behar diete, eta ez jokabide negatiboen inhibizioari ("ez naiz urduri jarriko", "ez zait gaizki aterako" eta antzeko pentsamenduak). Idatzita eman behar dira, eta paziente bakoitzak bereak sortu behar ditu terapeutaren laguntzarekin.

Distrazio kognitiboa izeneko teknikaren helburua da sintomak edo kezkak buruan erabiltzeari uztea, eta gizabanakoaren atentzioa mehatxagarri ez diren estimulu edo egoeretara erakartzea. Horrela, arreta kanpo-estimuluetara bideratu daiteke, gogamena jarduera zehatz batean erabili (atzera kontatu hirunaka, hitz gurutzatuak egin) edo ariketa fisikoa egin.

Beste teknika kognitibo batzuk dira, besteak beste, *zaborraren denbora* eta *pentsamenduen gelditzea.* Lehenengoan egunean zehar pentsatzeko eta kexuak idazteko denbora programatzen da: hasieran, egunean 4-5 aldiz, 10 minutu aldi bakoitzean; gero, une horien beharra gutxituz joaten da.

Pentsamenduen gelditzea izeneko teknikaren bidez, pentsamenduen maiztasuna gutxitu nahi da. Pauso hauek ematen dira:

1. Teknikari buruz informazioa eman eta deskribatu.
2. Pentsamendu desatseginak jasotzen dira.
3. Lasaituta pentsamendu horiek burura ekartzen dira.
4. Buruan daudenean, terapeutak GELDI, STOP, NAHIKOA edo antzeko hitzak esaten ditu, txalo bat emanez.
5. Berriro errepikatzen da prozesua, baina pazienteak berak esaten dio bere buruari hitza, terapeutak txaloa ematen duenean, eta gero aukerazko pentsamendu lasaigarria sartzen da.
6. Pazienteak berak bere buruari hitza esan, eta aukerazko pentsamendua ekartzen du burura.
7. Egunean zehar prozesua 3-4 aldiz praktikatzen da.

Orain arte aipatutako teknikak sinpleak ziren. Jarraian azaltzen direnak, berriz, teknika kognitibo konplexuak dira.

Beck-en berregituratze kognitiboaren helburua pazienteen pentsamenduen edukia aldatzea da. Horretarako pauso hauek egiten dira:

1. Pentsamenduak identifikatu. Herstura orokorrean, honako pentsamendu hauek dira arruntenak:

Gertakizun negatiboei garrantzi handiegia ematea Pentsamendu katastrofikoak; okerrena gertatuko da; ezingo dut jasan; ezingo diot aurre egin, eta abar. Kezkatzeari on iriztea Pazienteak kezkatzea erabilgarria dela uste du, kezkak, erru-sentimenduen maneiatzea, ondorioak ekiditea, okerrenerako prestatzea eta distrazio modura erabil daitezkeelako. Kontrolari garrantzi handiegia ematea Arrazoibide emozionala: herstura dudalako ezin ditut gauzak egin edo ezin dut egoerekin. Perfekzionismoa: perfekzioa posiblea da; lorpenek zehazten dute nire balioa pertsona gisa; akatsak egitea izugarrizkoa da.

Peurifoy-k (1993) perfekzionismoa eta jokabide hauek lotzen ditu:

- Norberarentzat finkatzen diren itxaropenak edo helburuak gehiegizkoak izatea (pertsonak ez du balio ezer, ez badu arrakastarik lortzen).
- Norberaren jokabideak ebaluatzea, ezer/dena parametroak erabiliz.
- Akatsei atentzioa hartzea.

Haren iritziz, jokabide horiek kalte handia egiten diote norberaren estimuari. Porrotaren beldurrak arriskuak ez hartzera bultzatzen du pertsona, aurrera ez egitera. Perfekzionistak azken helburuekin hain daude kezkatuta, non proiektuak ezinezkotzat jotzen baitituzte, eta horrek herstura eragiten du eta gauzak gerorako uztea.

2. Pentsamenduak zalantzan jarri. Horretarako, hainbat estrategia erabil daitezke:

- Pentsamenduak hipotesitzat hartzea.
- Pentsamenduak errealitatearekin konparatzea eta jokabide-esperimentuak egitea.
- Pentsamenduak egia balira zer gertatuko litzatekeen aztertzea.
- “Okerrena gertatuko balitz, zer pasatuko litzateke?” galderari erantzutea.
- Pentsamenduaren aldeko eta kontrako frogak aurkitzea.
- Pentsamenduaren azpian dagoen gertakizun negatiboa agertzearen probabilitatea aztertzea 0tik 100erako eskalan.
- Beste pertsonek egoera beraren aurrean egin ditzaketen interpretazioak aztertzea.
- Egoeraren aurrean pentsamendu errealistagoak eta erabilgarriagoak identifikatzea.
- Egoera bera izanik hemendik hilabete batzuetara zer gerta daitekeen aztertzea.
- Pentsamenduen forma aztertzea. Pentsamendu irrazionalak katastrofistak, ilogikoak, orokorrak, zurrunak, dogmatikoak eta negatiboak dira; aldiz, pentsamendu arrazionalak logikoak, zehatzak, malguak eta positiboak baliagarriak dira bizitzari aurre egiteko.

3. Pentsamendu desegokien ordez egokiak izan eta haien eragina aztertu.

Ordu eta erdiko 20 bat saio beharrezkoak izaten dira, egunero praktikatuz, teknika ondo erabiltzeko.

Arazoei irtenbideak aurkitzen trebatzea:

Teknika erabiltzen da errealitatean oinarrituta dauden arazoetarako eta alda daitezkeenetarako. Helburua arazo zehatzei irtenbidea aurkitzen ikastea da.

Teknikak bi osagai nagusi ditu: arazoaren orientazioa eta arazoak konpontzeko trebetasunak ikastea. Askotan arazoei buruzko ikuspegia ez da lagungarria izaten: arazoak negatiboki balioesten dira; mehatxagarritzat hartzen dira; pentsatzen da ez dagoela gaitasunik aurre egiteko, arazoak norberaren

erantzukizunaren menpe soilik daudela. Hala bada, pazientearekin eztabaidatzen da, eta ikuspegi egokiagoa eskuratzen laguntzen zaio, gero konponbidea bilatzen trebatzeko. Trebakuntzak fase hauek ditu: arazoa zehazki definitu; irtenbideak bilatu balioespenik egin gabe; irtenbide bakoitzaren alderdi positibo eta negatiboak aztertu; irtenbide bat aukeratu eta abian jarri; irtenbidea balioetsi.

- ***Teknika jokabidezkoak***

Hainbat teknika jokabidezko erabiltzen dira. Jarraian azalduko dira nagusiak.

Seinaleen aurrean jartzea:

Egoera onartzea eta emozioak maneiatzea da errealitatean oinarrituta dauden baina alda ez daitezkeen arazoen inguruko pentsamenduetarako edo errealitatean oinarrituta ez dauden pentsamendu aldaezinetarako. Horretarako, pentsamendu katastrofikoetarako seinaleen aurrean jartzeko teknika erabiltzen da, izan daitezkeen arazoak direnean pazienteen kezken eduki nagusia.

Bi motatakoa izan daiteke seinaleen aurrean jartzea:

1. Kanpo-seinaleen aurrean jartzea: herstura eragiten duten edo ekiditen diren egoeren zerrenda egin, ordenatu eta hierarkizatu; helburu txikiak finkatu eta argi definitu; eta horien aurrean erregulartasunez jarri. Nahaste fobikoetan baliatzen den teknikaren antzekoa da.

2. Barne-seinaleen aurrean jartzea:

a) Bi edo hiru kezka nagusiak identifikatu eta hierarkikoki erregistratu.
b) Gerta daitezkeen ondorio okerrenak irudikatu.
c) Ohitu arte (hau da, 1etik 10erako eskalan herstura 4ra jaitsi arte) irudia gogamenean atxiki 25-30 minutuz.
d) Aukera arrazionalak planteatu.

Teknika erabiltzen denean, garrantzitsua da ohitzearen kontzeptua agertzea. Pazienteak kezkatzen direnean, kezka batetik bestera pasatzen dira, bakoitza behar adina landu gabe —hau da, kezka bakoitzaren azken ondorio okerrenak zein izan daitezkeen irudikatu gabe—. Joera horrek herstura eta beldurra eragiten ditu. Seinaleen aurrean jartzeko teknikak ezereztu nahi du joera hori.

Prozesua kasete batean graba daiteke. Kontsultan egin ondoren, etxerako lan gisa bidaltzen da egunean bi aldiz egiteko.

e) Baieztatze- edo ekidite-jokabideak galarazi. Batzuetan pazienteek kezkekin erlazionatuta dauden egoerak ekiditen dituzte, edo kezkatzen direnean jokabide “seguruak” agertzen dituzte, herstura maneiatzeko. Horrela, telefonoz deitzen dute, ea bidaiatik pertsona iritsi den jakiteko; bileretara askoz ere lehenago iristen dira; etxea egunero garbitzen

dute; elkarrizketa negatiboak ekiditen dituzte; gonbidapenak ukatu... Segurtasuna bilatzen duten jokabide horiek luzarora urduritasun-maila handitzen dute; kezkak mantentzen dituzte, eta interpretazio mehatxagarriak egitera bultzatzen dute gizabanakoa. Egoera horren aurrean prozedura hau erabiltzen da: kezka eta jokabidea identifikatu eta erregistratzen dira; jokabidea ez egiteko edo galarazteko eskatzen zaio gizabanakoari (erantzunaren prebentzioa) eta, horren ordez, bateraezinak diren jokabideak egiteko.

Seinaleen aurrean jartzearen teknika erabiltzen da gerta ez daitezkeen arazoetarako eta errealitatean oinarrituta ez dauden gertakizunen aurrean, eta bakarrik aplikatzen da pazienteak beste motetako kezkei aurre egiten ikasi duenean. Bestela, prozedura oso beldurgarria da, eta pazienteek baztertu egiten dute.

Beste teknika jokabidezko batzuk erabiltzen dira: **errefortzuzko jarduerak eta ariketa fisikoa programatzea, eta denbora antolatzea.** Azken horretan, hiru oinarri aintzat hartzen dira: erantzukizunak besteen esku uztea, ezetz esaten ikastea, eta egindako planak betetzea. Horretarako, eguneroko jarduerak bete behar dira; eta garrantzitsuak eta garrantzigabeak bereizi; gaurkoak, azkar konpondu behar direnak edo itxaron dezaketenak bereizten ikasten da, eta perfekzionismoari aurre egiten.

- **Tratamendu programa egituratuak**

Aurreko tekniken mugak kontuan hartuta, estrategia-terapeutiko globalak sortu dira; adibidez, **Butler**-en **(1985)** *Entrenamiento en manejo de ansiedad*. Programaren osagaiak honako hauek dira: lasaitzea, distrakzio kognitiboa, autoaginduak, kanpo- eta barne-estimuluen aurrean jartzea, eta errefortzuzko jarduerak planifikatzea.

Suinn-ek **eta Richardson**-ek **1971**n herstura maneiatzeko estrategiak garatu zituzten. Haiek diseinatutako trebakuntzan, pazienteari irakasten zaio hersturaren lehen seinale kognitibo, fisiologiko eta emozionalak identifikatzen eta horien kontra jokabide berrien bidez erreakzionatzen, lasaitze progresiboa eta irudimen lasaigarriak erabiliz. Hasieran, prozedura herstura apala eragiten duten estimuluekin erabiltzen da; gero, tarteko herstura-mailakoekin, eta, azkenik, herstura-maila oso handia eragiten dutenekin. Lasaitzeko prozesuak ere laburtzen dira: hasieran, osoa egiten da; hurrena, tentsio-ariketak kentzen dira; arnasketa bakarrik erabiltzen da; gero, irudiak baliatzen dira, eta, azkenik, hitzezko seinaleak. Taula honetan azaltzen da saio terapeutikoetan erabiltzen den autoerregistroa:

Eguna eta ordua/sentipena/egoera/tentsio-maila (0-100) Eguna eta ordua/sentipena/seinale fisikoak eta kognitiboak/egoera/tentsio-maila (0-100) Eguna eta ordua/seinale fisikoak eta kognitiboak/hersturaren-kontrolean arrakasta bai-ez/tentsio-maila hasieran (0-100)/tentsio-maila ondoren (0-100)

Honako hauek dira trebakuntzaren pausoak:

1. lasaitzen trebatu
2. egoera positiboa bistaratzen ikasi, irudimena trebatu
3. hersturazko egoerak bistaratu: lasaiketa, egoera positiboa, lasaiketa, herstura eta irudi lasaigarriak tartekatzea
4. jarduera positiboak planifikatu eta ekidite-jokabideei aurre egin

Saio terapeutikoetan egiten den lanaz gain, etxerako lanak proposatzen dira, lasaitze-ariketak eta hersturazko irudiei buruzkoak, eta erregistroak aztertzen dira terapian. Tratamendu mota hori beste tratamenduen hasiera izan daiteke, eta batez ere osagai fisiologikoak tratatzen ditu.

Mastery of your anxiety and worry programak (Craske, Barlow eta O'Leary, 1992) kezkaren tratamendua lantzen du bereziki.

Zaharrentzat (Mohlman, 2004; Stanley, Diefenbach eta Hopko, 2004) eta haur eta nerabeentzat ere egin dira programak (Orgiles, Méndez, Alcazar eta Inglés, 2003). Zaharren kasuan, tratamenduak ezaugarri hauek ditu: 8 saio ditu; lantzen ditu motibazioa, hezkuntza, arnasketa eta lasaiketa, pentsamenduen aldaketa, arazoen irtenbidea; lo-arazoen terapia eskaintzen du, eta berrizkatura prebenitzen.

- **Tratamendu konbinatuak**

Farmako lasaigarriak, zehazki benzodiazepinak eta azapironak (buspirona, ipsapirona…) erabiltzen dira. Azken horiek lehenengoek baino denbora gehiago behar dute eragina izateko, baina nahi gabeko eragin gutxiago dituzte. Haien eragina handiagoa da sintoma kognitiboetan. Pazienteak ez badu eraginik igarri benzodiazepinak erabiliz, zaila da besteak hartuta izatea.

Lasaigarrien eragina epe motzera gertatzen da, eta ez dira gomendatzen tratamendu luzeak, tolerantzia- eta menpekotasun-arazoak eragiten baitituzte.

Antidepresiboak, benzodiazepinekin urteetan tratatutako pazienteei ematen zaizkie, lasaigarriek eraginik ez dutenean (Chamorro, Elices eta Murias, 2003).

Antidepresibo triziklikoek eragina izateko denbora gehiago behar dute, baina benzodiazepinek adinako eragina izaten dute. Farmakoak aldi baterako dira, herstura handiegia denean; 2-3 hilabetez hartzeko eta dosia jaisteko programatu behar dira, eta hersturari aurre egiteko estrategiak ikasi behar ditu pazienteak, botika utzi baino lehen, bestela berrizkatura asko izaten baitira.

Tratamendu psikologikoa eta farmakologikoa konparatu dituzten bi ikerketak erakutsi dutenez, terapia psikologikoaren eragina handiagoa da farmakologikoarena baino, eta farmakoek ez zuten indartzen tratamendu psikologikoaren emaitza.

- **Tratamenduaren ondorioa**

Tratamenduak 15-20 saiokoak dira, banaka egindakoak; pazienteak kezken aurrean jartzen dira. Bestela, taldeka egin daitezke, baina badirudi banakako terapia eragingarriagoa dela eta paziente gutxiagok uzten dutela (Dugas eta Koerner, 2005).

Tratamendu psikologikoen arrakasta % 50-55ekoa da; pazienteen herenak tratamendua uzten du. Baina ez da erraza sendatze- edo arrakasta-irizpideak finkatzea. Pazienteak hobekuntzak lortzen dituzte baina askotan antsietatea geratzen zaie, arazoa nortasunaren ezaugarri delako edo hiperaktibazio autonomikoaren ondorio delako.

Ez dakigu oraindik zer motatako tratamendua den egokiena; askotariko osagaiak dituzten tratamenduak zailak dira aplikatzen, eta pazienteek utzi egiten dituzte. Azken urteetan, aipatutako tratamendu-teknikei gehitu zaizkie pertsonarteko terapiak eta pazienteen emozioekin lan egiten duten terapia esperientzialak, eta emaitza onak izan dituzte (Borkovec, Newman eta Castonguay, 2003). Azken horren adibidea da Mennin-en terapia (2004), emozioak nola ezagutu, onartu, komunikatu eta erregulatu lantzen duena. Terapia horrek 4 fase ditu: 1) hezkuntza-fasea: kezkei, emozioei eta herstura orokorrari buruzko informazioa ematen da; 2) emozioen aurrean ekidite-jokabideek eta erantzun defentsiboek duten zeregina kezka eta segurtasuna bilatzeko; 3) esperimentazio-ariketak, pazienteen beldurrak (galerak, desegokitasuna eta porrota) jorratzeko, eta, azkenik, 4) tratamenduaren laburpena eta berrizkaturen prebentzioa.

Terapia psikologikoen arrakasta handiagoa da, komorbilitaterik ez dagoenean, bikote-arazorik ez dagoenean, eta pazienteen maila ekonomikoa apala ez denean.

OINARRIZKO BIBLIOGRAFIA

Bados (1998). Trastorno de ansiedad generalizada. Non M Vallejo. **Manual de terapia de conducta.** Madril. Dykinson.

Buela-Casal eta Sierra (2001). **Manual de evaluación y tratamiento psicológico.** Madril. Biblioteca Nueva. Páginas 133-188.

Butler (1985). **Manejo de la ansiedad.** Gobierno de Navarra.

Craske, M.G., Barlow, D.H. eta O'Leary, T. (1992). **Mastery of your anxiety and worry.** Albany, New York. Graywind.

Deffenbacher, J.L. (1997). Entrenamiento en el manejo de la ansiedad generalizada. Non V Caballo. **Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos.** Madril. Siglo XXI.

Dugas eta Ladouceur (1997). Análisis y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada. Non V. Caballo. **Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos.** Madril. Siglo XXI.

Echeburúa (1993). **La ansiedad crónica. Evaluación y tratamiento.** Madril. Eudema.

Echeburua, Corral y Amor (2002). Tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad generalizada. Non Bobes, Bousoño, Gonzales y Saiz. **Trastorno de ansiedad generalizada.** Bartzelona. Ars Medica.

Peurifoy, R.z. (1993). **Venza sus temores.** Bartzelona. Robin book.

Psicothema, 2001, 13 alea, 442-446 orrialdeak (A. Capafons)

Sheehan, E. (1997). **Cómo combatir la ansiedad y el pánico.** Bartzelona. Martinez Roca.

Suinn, R.M. (1993). **Entrenamiento en manejo de la ansiedad.** Bilbo. DDB.

Capafons, A. Eta Alarcón, A. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastornos de ansiedad generalizada. Non Perez, M., Fernández, J.R., Fernández, C. Eta Amigo, I. **Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos.** Madril. Pirámide.