5. TRAUMA ONDORENGO ESTRESA

5.1. Traumaren kontzeptua
5.2. Traumaren ondorioak
5.3. Biktima motak
5.4. Sintomen azalpen-ereduak
5.5. Ebaluazioa
5.6. Tratamendu-teknikak
Oinarrizko bibliografia

5.1. TRAUMAREN KONTZEPTUA

Trauma gertakizun traumatiko baten ondorioa da. Gertakizun traumatikoa negatiboa da; bat-batean agertzen da; ustekabekoa da, kontrolaezina, eta pertsonaren osotasun fisikoa eta psikologikoa hankaz gora jartzen du. Zaila da traumari aurre egitea, eta ondorioak ditu. Bizia arriskuan dagoela sentiarazten duenez, beldurra, ikara eta babesgabetasuna eragiten ditu. Horrelako gertakizunak ez dira eguneroko bizitza arruntean gertatzen (Echeburua, 2004).

Gertakizun traumatikoen barruan bereiz daitezke nahitakoak eta nahi gabeak (Herbert eta Wetmore, 1999). Lehenengoen artean, baditugu helduen eta haurren kontrako eraso sexualak, tratu txarrak, gerratea, terrorismoa, bahiketa eta tortura, indarkeriaz hildako seme edo alaba baten heriotza, hilketak, eta eraso eta ekintza bortitzak. Bigarrenen artean, istripuak eta natura-hondamendiak. Gizakiak nahita eragindako traumak beti dira okerragoak, eta ondorio bortitzagoak izaten dituzte; besteenganako konfiantza, norberarenganakoa eta bizitzaren ideal nagusiak irauli egiten dituzte, eta ondorio fisikoak dakartzate (Follett, Ruzek eta Abueg, 1998).

Horrelako gertakizun traumatikoen biktima edo lekuko izateak ohartarazten gaitu geure edo besteen biziak arriskuan daudela. Horren ondorioz izaten den erreakzio emozionalak beldurra eta babesgabetasuna eragiten ditu. Hiru motatako sintoma nagusiak agertzen dira, horrelako gertakizunak bizi izan ondoren:

Berritzea. Erasoa edo esperientzia berritu egiten da amesgaiztoetan, irudimenean edo oroimenean, *flash-back*en bidez modu iraunkor eta ustekabean. Egoera traumatikoaren estimuluei aurre egitean, bai errealitatean bai sinbolikoki, erreakzio psikologiko eta fisiologiko indartsuak agertzen dira.

Ekiditea. Gertakizun traumatikoarekin zerikusia duten tokiak, egoerak, pertsonak saihesten dira; pertsonak ez du hitz egiten gertatutakoaz, eta saiatzen da horretan ez pentsatzen. Horrekin batera, lehen erakargarri zenarekiko interesa galtzen da; afektu positibo eta negatiboak sorgortzen dira; ez da sentimendu indartsurik jasaten, eta depresio- eta autoestimu-arazoak agertzen dira.

Ohikoa izaten da, halaber, gertaerarekin lotuta dagoen informazioa gogoratzeko zailtasunak agertzea, amnesia disoziatiboa, zehazki. Erruarekin eta lotsarekin, gertatutakoaren hautemate itxuragabetuarekin eta esperientzia negatiboak ahazteko joerarekin erlazionatzen da amnesia. Baina sintoma horrek eragin negatiboak ditu; emozioen adierazpena galarazten du; gizarte-laguntza urritu, gertatutakoaren berrebaluazio kognitiboa blokeatu, eta ekidite-jokabideak agerrarazi.

Saihesteak eta sentiberatasun faltak traumarekiko distantzia psikologikoa eta emozionala lortzea dute xede, sufrimendua gutxitzea. Gertakizun traumatikoak jasandako pertsonek beren bizitza mugatzen dute, egoera traumatikoei loturiko estimulu eta emozioak saihestu nahi dituztelako.

Hiperzaintzako erantzunen hazkundea: ohikoak dira kontzentrazio-zailtasunak, amorrua, lo egiteko arazoak, izututa egotea eta aktibazio fisiologikoaren sintomak.

Gorago aipatu diren sintoma guzti horiek eragin negatiboa dute eguneroko bizitzan; interes falta eragiten dute, eta sentimenduak adierazteko arazoak.

5.2. TRAUMAREN ONDORIOAK

Traumaren ondorio psikologikoek hainbat fasetan agertzen den min psikologikoa eragiten dute (Trujillo, 2002):

Hunkigarritasun-erreakzioa: emozioen sorgortzea, geldotasuna, sinesgarritasun-pentsamenduak, *shock*-egoera.
Emozio-erreakzioak: mina, amorrua, herra, errua, beldurra, pena, eta abar.
Gertatutakoa berritzeko joera, berezkoa edo estimuluren batek suspertuta.

Berehala agertzen diren ondorioei lesio psikiko deritze; gerora gelditzen diren ondorio emozionalak kronikoagoak dira.

Taula honetan agertzen dira lesio psikiko nagusiak:

- Fisiologikoak:

ikaraldiak
loaren nahasteak
disfuntzio sexualak

- Jokabidearen aldetik:

gogo eza eta saihestea
amorrua eta oldarkortasuna
alkohola eta drogen kontsumoa
bizitza-estiloaren aldaketa, etxe-aldaketa, tokietara ez joatea
errefortzuzko jarduerekiko interesa galtzea

- Kognitiboak:

harridura, erabakiak hartzeko zailtasunak
arriskuen menpe egotearen sentipena
norberaren bizitza eta etorkizuna ez kontrolatzearen pertzepzioa
norberarenganako konfiantza galtzea
autoestimua gutxitzea
kontzentrazio-arazoak, traumarekiko etengabeko kezka

- Emozionalak:

sentimendu negatiboak: lotsa, amorrua, errua, makurtua sentitzea.
herstura
depresioa eta bere buruaz beste egiteko saiakerak

- Harreman-mailan:

besteenganako konfiantza galtzea
mendekotasun emozionala edo bakartzea
jokabide antisozialak, erreakzio oldarkorrak

Traumak sortutako berehalako ondorioak aste gutxitan desager daitezke, eta epe luzeko arazoek iraun. Horrela, ezgaitasun fisikoak ager daitezke, trauma ondoko estresagatiko nahastea, depresioa, nahaste psikosomatikoak, nortasunaren ezaugarri desegokiak eta izaeraren aldakuntza. Askotan trauma jasan duen pertsonaren ingurukoek biktima beste pertsona berri bat dela diote (Esbec, 2000).

Ikuspuntu diagnostiko batetik, trauma ondoko estresagatiko nahastea da gehien agertzen dena biktimen artean, baina nahaste horren aldaera batzuk ere agertzen dira:

a. Estres akutuko nahastea:

Arazo hori diagnostikatzeko, baldintza hauek bete behar dira: gertakizun traumatikoaren ondoren disoziazio-sintometatik hiruk agertu behar dute: emozioekiko erantzun faltak, amnesiak, despertsonalizazioak, desrealizazioak, edo inguruari buruzko ezagutza urritzeak. Horietaz gain, berresperimentazioak, ekidite-jokabideek eta aktibazio-sintomek 2 egunetik 4 astera irauten dute gutxienik.

b. Trauma ondoko estresagatiko nahastea

Nahastearen diagnostikoa egiteko, irizpide hauek bete behar ditu pazienteak: berresperimentazio-sintoma bat, hiru ekiditezkoak eta bi hiperzaintzakoak. Gainera, sintomek hilabetea baino gehiago iraun behar dute, eta eguneroko bizitzan zailtasunak sortu.

Hiru motatakoak izan daitezke trauma ondoko estresagatiko nahasteak:

1. Akutua: gertakizuna izan eta 1-3 hilabetera agertzen direnean sintomak. Kasu gehienak horrelakoak dira, biktimen % 80k izaten du mota horretako nahastea. Sintomek hilabete iraun behar dute gutxienez, eta, gehienetan, lehenengo hiru hilabeteetan sintomak gutxituz doaz; bestela, kroniko bihurtzen da arazoa.

2. Kronikoa: sintomak hiru hilabete baino gehiago irauten dutenean; biktimen % 35ek jasaten du.

3. Atzeratua: trauma gertatu eta 6 hilabetera sintomak agertzen direnean, eskuarki beste gertakizun estresagarri batzuen ondorioz.

Batzuetan azpisindromea diagnostikatzen da; horretarako, bi sintoma multzok agertu behar dute, berresperimentazioak eta ekiditeak edo hiperzaintzak.

Nahastea larriagoa da, estresaren zergatia gizakien esku-hartzearen ondorio denean, eta ez istripu hutsa —hots, min egiteko asmoa zegoenean—. Kasu horietan biktimaren kontrol ezaren pertzepzioa handitu egiten da, eta besteenganako konfiantza galdu. Kontuan hartu beharko litzateke, halaber, noiz izan den gertakizun traumatikoa, helduaroan, haurtzaroan edo nerabezaroan. Haurrak betiere ahulagoak dira, eta honako aldagai hauek dute eragina ondorio psikologikoen intentsitatean: erasotzailearen nortasunak, haurraren garapen-faseak edo adinak, aurretiko galeren aurrean izandako erreakzioak, ingurukoen jokabideak eta familiaren egiturak (Echeburua, 2004).

Hala eta guztiz ere, bizipen traumatikoak dituzten pertsona guztiek ez dute nahastea garatzen, edo ez dute intentsitate berdinarekin garatzen, erreakzioa zenbait aldagairen menpe baitago:

gertakizunaren intentsitatea, iraupena, esanahia, asmo-egozpena, espero izatekoa zen edo ez, arrisku-maila, galerak, lesio fisikoak biktimaren ezaugarriak: adina, oreka emozionala, baliabide psikologikoak, afektuzko harremanak, autoestimua biktimizazioaren historia laguntza soziala eta familiarena

- **Epidemiologia**

Populazioaren % 1-2k izan dezake traumarik; pertsona asko dira bizipen traumatikoak izaten dituztenak, baina gutxi batzuek garatzen dituzte nahaste psikologikoak. Horrela, istripuak edo hondamendiak jasan dituzten guztien artean % 15-20k gara dezake nahastea, baina, gertakizun traumatikoa pertsonen ekintzen ondorio denean, prebalentzia-mailak igo egiten dira % 50-60ra. Erasoa gertatu eta urtebetera, biktimen % 20k ez dauka sintomarik.

Komorbilitatearen ikuspuntutik, depresioa, eta droga eta alkoholaren kontsumoa ohikoak izaten dira.

5.3. BIKTIMA MOTAK

Gertakizun traumatikoak eragina dauka biktimarengan, baina baita ere biktimaren ingurukoengan. Aldatu egiten da biktimaren pentsatzeko, sentitzeko eta jokatzeko modua, eta horrek eragina du familian, lagunengan eta ingurukoengan.

Bi motatako biktimak bereizten dira:

- Zuzeneko biktimak: gertakizuna jasaten dutenak. Hala ere, bizia arriskuan izatean lesioak larriak eta askotarikoak izan direnean ondorioak handiagoak dira.
- Zeharkako biktimak: familiak, lankideek, bizilagunek, lagunek eta bestek ere jasan dezakete biktimaren sufrimendua edo horren heriotza. “Bigarren mailako traumatizazioa” deritzo horri.

Gainera, biktimek bigarren mailako biktimizazioa jasan dezakete, eta sistema juridikoarekin, legalarekin eta zerbitzu sozialekin dituzten harremanetan agertzen da. Sistema horiek guztiek biktima gaizki tratatzen dutenean, min psikologikoa areagotu eta kroniko bihur dezakete. Biktimak bizi izandako traumaren ondorioa jasaten du, eta baita zauri soziala ere, ingurukoek ulertu ez eta laguntzen ez diotenean, eta are larriagoa da, gizarteak erasotzailea aldezten duenean.

Polizien, epaileen, auzitegiko medikuaren, fiskalaren, abokatuen aurrean gertatutakoa behin eta berriro kontatu beharrak etengabe gogorazten dio trauma. Justiziaren geldotasunak ere ez du laguntzen, ezta komunikabideen jarrerek eta hainbat erasoren justifikazio sozialak. Gainera biktimaren ingurukoek haren kexei garrantzia kentzen dietenean edo azkarrago bizkortu behar duela esaten dutenean, zauria handitzen dute.

Zenbait motatako biktimek jasandako ondoeza aztertu da hainbat ikerketatan. Taula honetan agertzen dira populazioak eta ikertzaileak:

Gerratean egondako soldaduak (Albuquerque, 1992) Eraso sexualak jasandako biktimak (Kilpatrick, 1992; Echeburua, Corral, Sarasua eta Zubizarreta, 1996; Echeburua, Corral, Zubizarreta eta Sarasua, 1997) Tratu txarren biktimak (Echeburua eta Corral, 1998; Sarasua eta Zubizarreta, 2000) Seme baten indarkeriazko heriotza (Worden, 1998) Terrorismoaren, bahiketaren eta torturaren biktimak (Basoglu, 1992; Cuesta, 2000) Hondamendiak (Fernández-Millan, 2005) Istripuen biktimak (Hickling eta Blanchard, 1997) Traumatizatuekin lan egiten dutenen ondoeza (Saakvitne eta Pearlman, 1996) Gaixotasun larrien diagnostikoa (Alter, Pelcovitz, Axelrod, Goldenberg, Harris, Meyers, Grobois, Mandel, Septimus eta Kaplan, 1996).

Ez dira azalduko biktima mota bakoitzaren xehetasunak. Informazio gehiago nahi bada, erreferentzia bibliografikoetara jo daiteke.

5.4. SINTOMEN AZALPEN-EREDUAK

Lehen aipatu den bezala, bizipen traumatikoak dituzten pertsona guztiek ez dute nahaste psikopatologikorik garatzen. Baldintzapen-prozesuak, eredu kognitiboak, zaurgarritasun- eta babes-faktoreak, eta estresari aurre egiteko trebetasunak konbinatzen dira patologia agerrarazteko edo ez.

- **Zaurgarritasun- eta babes-faktoreak (Echeburúa, 2004)**

Gertaera izan aurretik pertsonak dituen ezaugarri psikologikoak eta estresari aurre egiteko trebetasunak erabakigarriak izan daitezke patologia agertzeko. Hona hemen zaurgarritasun-faktoreak:

Zaurgarritasun-faktoreak:

* oreka emozional urria
* autoestimu urria
* alkoholaren, drogen eta botiken mendekotasuna
* adimen urria
* aldaketetarako egokitze-maila urria
* zoritxarraren sentipena
* gertatutakoa itzuliko ez dela hautematea

Aurre egiteko estrategia negatiboak:

* oroimenean sartua gelditzea eta erantzunik ez duten galderak planteatzea
* erru-sentimenduak
* gorrotozko eta mendekuzko emozioak
* bakartze soziala
* auzitegiko prozesuetan parte-hartzea batez ere norberaren borondatez

Aldiz, badaude *babesgarriak diren ezaugarri psikologikoak* (Peñacoba eta Moreno, 1998; Vazquez eta Pérez-Sales, 2003):

Estresaren aurrean nortasun sendoa izatea:

- emozioen kontrola
- norberaren buruari buruzko balioespen positiboa eta muga pertsonalen onartzea
- irizpide moral sendoa
- bizi-estilo orekatua plazeraren eta betebeharren artean
- bizi-proiektua izatea ("zertarako bizi naiz?")
- zaletasun atseginak
- laguntza soziala eta jarduera sozialetan parte hartzea
- barne-mundu aberatsa: umorea, espiritualtasuna
- bizitzarekiko jarrera positiboa, eguneroko zailtasunei aurre egitea

Eta gainera gertatutakoaren aurrean estrategia positiboak erabiltzea, adibidez:

- gertakizuna onartzea
- etsipena eta mina besteekin partekatzea
- eguneroko bizitza berrantolatzea
- helburu berriak eta harreman berriak eratzea
- laguntza soziala bilatzea
- autolaguntzazko taldeetan sartzea

Estrategia positiboek zerikusia dute gaitasun intelektualekin, autoestimuarekin, estilo kognitiboarekin, aurretiko esperientziekin, arazoak konpontzeko trebetasunekin eta laguntza sozial eta familiakoarekin.

Aurrekoaz gain, azken urteetan hainbat ikerketa egin dira, trauma baten aurrean erreakzionatzeko modu osasuntsua deskribatu nahirik. Horrela, fisikako kontzeptu bat erabiltzen da (erresilientzia; *resiliencia* gaztelaniaz), pertsonek gertakizun traumatikoari aurre egiteko, eta beren oreka psikologikoa berreskuratzeko eta hazteko duten ahalmena izendatzeko (Crylunik, 2002). Calhoun eta Tedeschi (1999) autoreek diote gertakizun traumatikoek bizitzan aldaketa positiboak eragin ditzaketela hiru arlotan:

a. Norberari buruzko pertzeptzioan: indartsuagoa sentiaraziz, etorkizunean ager daitezkeen zailtasunei aurre egiteko gaitasun gehiago dutela pentsaraziz eta norberarenganako konfiantza gehituz.
b. Pertsonarteko harremanetan: familia traumaren ondorioz elkartuz, emozioak agerraraziz, besteen laguntza onarraraziz, gertutasun emozionala sentiaraziz.
c. Bizi-filosofian: pertsonek daukatena gehiago balioestera bultzatuz eta eguneroko gauza sinpleetatik atsegin hartzen irakatsiz.

- **Baldintzapen-prozesuak**

Baldintzapen klasikoek, estimuluen orokortze-prozesuek, goi-ordenako baldintzapenek eta bi faktoreen teoriak azaltzen dute nola agertzen diren beldur- eta herstura-sintomak eta nola irauten duten. Gertakizun traumatikoan zeuden estimuluak beldurrarekin eta ikararekin erlazionatzen dira, eta estimulu baldintzatu bihurtzen dira; ondorioz, antzekoak diren egoerak eta pertsonak antsietatea sortzeko gai dira, eta beldurra orokortzen da. Gainera, ekidite-jokabideak errefortzu negatibo bihurtzen dira, eta zaildu egiten dute herstura eta beldurra iraungitzea.

- **Eredu kognitiboak**

Depresio-sintomak agertzen dira bizi izandako egoerak abertsiboak eta kontrolaezinak direnean, eta pertsonaren jokabideak emaitza eraginkorrik ez duenean. Gertakizun traumatikoak babesik gabeko egoerak dira. Gertakizun negatiboa kontrolaezina da; eta etorkizuna kontrolatuko ez delako sinismena sortzen du, eta jokabide-gabeziak orokortzen. Egoera horrek luzarora depresio-sintomak agerrarazten ditu. Gainera, egozpen barnerakoi, iraunkor eta orokorrek larriagotzen dute arazoa, eta erru-sentimenduak sorrarazi (biktimak errua bere buruari egozten dio).

Horrela, eredu kognitiboen arabera, gertatutakoaren ebaluazio kognitiboa oso garrantzitsua da arazo psikopatologikoen sorreran. Biktimak egiten duen ebaluazioan erantzukizuna eta errua bere buruari egozten badio, erraza da gaizki sentitzea; aldiz, ebaluazio positiboak egiten baditu (bizitzeko aukera berritzat hartu, bizitzaren beste alderdi positiboak balioetsi, jasotako laguntza soziala eta familiarena balioetsi, eta abar), hobeto sentituko da.

Herstura, beldurra eta depresio-sintomez gain trauma ondorengo estresean agertzen den berresperimentazio-sintoma ulertzeko, Foa eta Kozak (1986) autoreek informazioaren prozesamenduaren teoria proposatu dute. Teoria horren arabera, bizipen traumatikoa izan ondoren, gizabanakoek beldurraren barne-egitura kognitiboa osatzen dute, ihes- eta ekidite-jokabideak eragiten dituena. Horrela, traumarekin zerikusia duen edozein estimuluk aktiba ditzake beldurraren eskema eta ondorengo ekidite-jokabideak. Eskema kognitiboaren etengabeko aktibazioak oztopatzen du gertatutakoaren

prozesamendu emozionala, eta ekidite-jokabideek aurre egitea eta eskema aldatzea galarazten dute.

Horrela, gertakizunak emozionalki prozesatu ez direnean, beste jokabide eta esperientzien integrazio kognitiboa eta emozionala galarazita gelditzen da. Beldurrak eta ondoezak indartu egiten dira, traumarekin zerikusia duten egoerak ekiditen direnean, eta horrek gizabanakoa sentsibilizatzen du. Egoeren aurrean tarte laburretan jartzeak eskema kognitiboa aldatzea eragozten du.

Laburtuz, ikaskuntza-ereduak beldurra, herstura eta ekidite-jokabideak azaldu ditzake; babesik ezaren teoriak, depresioa, interesa galtzea eta apatia-jokabideak, eta informazioaren prozesamenduaren teoriak, berresperimentazioa.

5.5. EBALUAZIOA

Gertakizun traumatikoengatik kontsultara doazen pazienteak ebaluatzean, hainbat arlo kontuan hartu behar dira:

- gertakizunak eragindako sintomak (trauma ondoko estresagatiko nahastea, hain zuzen)
- herstura, depresioa eta beste arazo psikopatologiko batzuk
- egokitasun-maila, eguneroko bizitza egiteko gaitasunak
- autoestimua eta egoerari aurre egiteko trebetasunak

Gainera, kontuan hartu behar da zenbat denbora pasatu den gertakizuna izan zenetik. Hasierako erreakzioak normalak dira; denbora pasatuta pertsonak bizitza normala berreskuratu ez duenean, orduan nahaste bat izan dezake. Jarraian azalduko dira trauma jasan duten pertsonak ebaluatzeko erabiltzen diren tresna nagusiak:

- **Elkarrizketak**

Informazioa lortzea garrantzitsua da, nahiz eta pazientearentzat erraza ez izan, gertatutakoari aurre egiteko askotan ukatu edo gutxitu egiten baitu sufrimendua. Terapeutaren eta pazientearen arteko harremana garrantzitsua bada edozein arazo psikologikotan, biktimen kasuan funtsezkoa da. Horrela enpatia eta errespetua behar-beharrezkoak dira biktimekin lan egiteko.

Elkarrizketa egituratuen artean, aurreko kapituluetan aipatutako SCID edo ADIS-R erabili izan dira, baina, trauma ondorengo estresagatiko nahastea zehazki ebaluatzeko, eskala hau erabil daiteke:

Trauma ondorengo estresagatiko sintomen larritasunaren eskala (*Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático,* Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta eta Sarasua, 1997)

Eskala elkarrizketa egituratu bat da, DSM-IVren irizpideekin batean sintomen agerpena eta intentsitatea ebaluatzeko erabiltzen dena. Sintomei buruzko itemei erantzuten zaie 0tik 3rako Likert eskala baten arabera, haien intentsitatea eta maiztasuna zein diren azalduz.

17 item dauzka: 5 berresperimentazioari buruzkoak, 7 ekiditeari buruzkoak eta 5 hiperaktibazioari buruzkoak. Elkarrizketa osoaren puntuazioen zabalera 0-51 da eskala orokorrean, 0-15 berresperimentazioari buruzkoan, 0-21 ekiditeari buruzkoan eta 0-15 aktibazioari buruzkoan. Badago, halaber, sintoma fisiologikoak neurtzen dituen eskala osagarri bat.

Trauma ondorengo estresagatiko nahastea diagnostikatzeko 15 puntu lortu behar dira eskala orokorrean, 5 puntu berresperimentazioari buruzkoan, 6 ekiditeari buruzkoan eta 4 aktibazioari buruzkoan.

Bi faktore agertu dira analisi faktoriala egin denean: herstura, ondoeza eta egonezina, batetik, eta depresioa, apatia eta motibazio eza, bestetik.

- **Galdetegiak**

Gertaera hunkigarrien eraginaren eskala (*Escala revisada de sucesos impactantes*, Horowitz, Wilner eta Alvarez, 1979)

15 galdera ditu, eta gertakizun negatiboak izan dituen eragin psikologikoak neurtzeko erabiltzen da. Nahastearen intentsitatea neurtzeko erabil daiteke. Eskala orokorra eta bi azpieskala dauzka, bata pentsamendu intrusiboei buruzkoa eta bestea ekiditeari buruzkoa. Ebakitze-puntuak dira 49 eskala orokorrean, 29 pentsamendu intrusiboei buruzkoan eta 21 ekiditeari buruzkoan.

SCL-90-R (*Sympton Checklist 90 revised*, Derogatis, 1983)

Psikopatologia orokorra ebaluatzen duen galdetegia da; 90 item dauzka, eta bakoitzak, 5 erantzun aukeran. 9 eskala daude: somatizazioa, obsesio-konpultsioa, pertsonarteko sentiberatasuna, depresioa, antsietatea, etsaitasuna, herstura fobikoa, ideia paranoideak, psikotizismoa eta, azkenik, malenkoniazko depresioa. 3 puntuazio lor daitezke: GSI edo pertsonaren sufrimendu-maila, PSDI edo sintomen intentsitatea, eta PST edo sintomen kopurua. Kasu psikiatrikotzat hartzen da, gizabanakoak GSIren T puntuazioan 63 puntu edo gehiago lortzen dituenean. Badira datu fidagarri eta erabilgarriak Espainiako populazioari buruz (Gonzalez de Rivera, 2002).

Egokia izan daiteke, halaber, beste arlo psikologiko batzuk ebaluatzea, hala nola, herstura, depresioa, autoestimua eta egokitasun-maila.

- **Autoerregistroak**

Analisi funtzionala egiteko eta eguneroko egoeraz informazioa lortzeko, egokiak dira autoerregistroak. Kontuan hartu behar da, betiere, erregistroa betetzean zer eragin duten gizabanakoaren motibazioak, erreaktibotasunak eta kontzientzia faltak.

- **Perituen irizpenak**

Irizpen horiek erabiltzen dira min psikologikoa balioesteko eta testiguaren deklarazioa onartzeko (sinesgarritasuna eta errealitatearekiko adostasuna).

5.6. TRATAMENDU-TEKNIKAK

Batzuetan, nahiz eta gertakizun traumatikoa jasan, pertsonek ez dute behar izaten tratamendurik. Oreka psikologikoak, denborak, jasotako laguntzak eta eguneroko jarduerak lehengoratzeak gertakizuna gainditzen laguntzen die. Horrenbestez, gai dira beste pertsona batzuekin harremanetan jartzeko, lan egiteko, eguneroko bizitzari aurre egiteko eta proiektu berriak eraikitzeko.

Beste pertsona batzuk, aldiz, jasandako trauman sartuta daude; loa eta jateko gogoa ez dituzte berreskuratu; etengabeko sufrimendua dute; ez dituzte beren emozio eta pentsamenduak kontrolatzen; sozialki bakartuta daude; ezin diete aurre egin eguneroko betekizunei; gainezka sentitzen dira. Pertsona horiek laguntza terapeutikoa behar izaten dute, baita ere inorekin ezin dutenean hitz egin edo laguntza sozialik ez dutenean. Gainera, erreakzio psikologikoek hilabete eta erdiko iraupena dutenean, eguneroko bizitzan eragina dutenean eta pentsamenduz eta emozioz gainezka daudenean, egokia da terapia egitea.

Tratamenduaren xedeak honako hauek dira:

sintoma larriak: lo egiteko arazoak, amesgaiztoak, herstura, tristura traumaren muina: berresperimentazioa, ekidite-jokabideak eta hiperaktibazioa emozioen erregulazioa: emozioen sorgortzea, amorrua, gorrotoa, mendekua, dolua, errua, lotsa, eta abar autoestimua, pertsonarteko harremanak eguneroko jarduerak lehengoratzea justiziarekin egon daitezkeen arazoak

- **Hezkuntza-fasea**

Edozein teknika aplikatzen hasi baino lehenago, ezinbestekoa da pertsonari gertatzen zaionari buruz informazioa ematea.

Horrela, sintomak eta gertatzen zaiona erreakzio normalak dira, egoera anormalaren aurrean gorputzak eta gogamenak duten erantzuteko eta bizia babesteko modua.

Fase horretan lehentasunezkoa da pazienteari babes emozionala ematea eta emozioak adierazteko era ematea. Horretarako, harreman terapeutiko egokia da tresnarik garrantzitsuena. Gero, tratamenduaren helburuak finkatzen dira, eta teknikak aplikatzen dira.

- **Aktibazioa eta herstura**

Lasaiketa- eta arnasketa-teknikak erakusten zaizkio pazienteari, eta baita ere irudimenaren bidez lasaitzen.

- **Emozio sorgortuak**

Traumak jasandako pertsonek besteekiko distantzia emozionala sentitzen dute. Horregatik, emozioak sorgortuak daude; distantzia hori babes emozional gisako bat da hasieran, baina gero arazoak sortzen ditu.

Egoera horri aurre egiteko, kanpo-munduarekiko harremana berreskuratu behar da pausoz pauso. Horretarako, garrantzitsua da erregulartasunez kalera ateratzea, pertsona ezagunak agurtzea, nork bere buruaz hitz egitea, taldeko jaietan parte hartzea, toki publikoetara joatea (liburutegiak, kiroldegiak, boluntario-zentroak…) eta nork bere buruaren errefortzu egitea. Nork bere barrua besteei irekitzea gradualki egiten den prozesua da.

- **Amorrua**

Garrantzitsua da amorruaren zikloa zein den adieraztea (tentsio-pilaketa, eztanda eta damua) eta norberarentzat amorragarri izan daitezkeen keinuak identifikatzea, hala nola kanpo- eta barne-faktoreak, pentsamendu beroak, gorputzeko sentipenak eta jokabide oldarkorrak.

Gero, lagungarriak izan daitezkeen teknikak erakusten dira: distrakzioa, arnasketa geldoa eta autoagindu positiboak.

- **Depresioa**

Tristura patologiko bihurtzen da, pentsatzeko modu negatiboaren eta jokabide desegokien bidez elikatzen bada. Depresioari aurre egiteko erabiltzen diren teknika nagusiak honako hauek dira: pentsamendu negatibo desegokiak berregituratzea, jarduera atseginetan parte hartzea, eguneroko jardueretan gauza positiboak bilatzea.

- **Autoestimua eta besteekiko harremanak**

Autoestimua eta autokontzeptuak zer diren lantzen da, eta, gero, horiek hobetzeko ariketak: porrotak eta akatsak onartzea, helburu errealistak finkatzea, besteekin harremanak izatea, emozioak kontrolatzea, jarduera atseginak egitea, eta besteekin ez konparatzea.

Trebetasun sozialetan eta komunikazioan trebatzea ere erabilgarria izaten da.

- **Gertakizun traumatikoa berresperimentatzea**

Berresperimentatzea da gertakizun traumatikoak sortutako egoeraren sintomarik mingarriena, horren bidez egoera berritzen baita gizabanakoaren barruan, hark nahi izan ez arren. Amesgaiztoetan, irudietan, pentsamenduetan gertatzen da, eta pertsonari ondoez emozional eta fisikoa sorrarazten dio. Kasu hauetan emozionalki bizitako esperientzia traumatikoa gainditzeko gomendatzen da egoeraren aurrez aurre jartzea.

Estimuluen aurrean jartzeko teknikaren helburua da beldurraren eskema kognitiboa aktibatzea eta laguntzazko testuinguru batean eskema hori zuzentzea ondorio abertsiborik gabe. Horrela, gizabanakoak traumak sortutako emozioak onartzen ditu, eta sortutako sintoma kognitibo, fisiologiko eta jokabidezkoak ordenatzen.

Teknika gradualki erabiltzen da estimulu errazenetatik zailenetaraino; kognitiboak direnean, estimulu beldurgarriak grabatzen dira edo arropak, egunkariak, argazkiak eta beste erabil daitezke, teknika baliatzean. Hasieran, teknika irudimenean erabiltzen da; gero, bizitza errealean ekiditen diren egoerei, jarduerei eta tokiei aurre egiten zaie.

10-12 saio izaten dira, astean behin, ordu bateko iraupenarekin saio bakoitza eta 2-3 hilabetez.

Hala ere, Foa eta Rothbaum (1998) autoreek agertzen dituzte oroitzapen traumatikoen aurrean jartzeko teknikaren gomendio eta kontraindikazioak:

Gomendioak:

- ekidite-jokabide agerikoak edo ezkutuak
- amesgaiztoak eta pentsamendu intrusiboak
- antsietate-jokabideak
- kontrola galtzeko edo erotzeko beldurra

Kontraindikazioak:

- buru-hiltzeko jokabideak, depresioa eta erru-sentimendu larria
- alkoholaren eta drogen kontsumoa
- mendeku- eta gorroto-sentimendu aktiboak
- auziak

Teknika aplikatzeko beste modu bat da **begien mugimendu sakadikoen bidez egiten den desentsibilizazioa** (Shapiro, 1995). Teknika horrek bi osagai ditu: irudimenaren bidez estimuluen aurrean jartzea eta begien mugimendu sakadikoak (azkarrak eta erritmikoak). Gizabanakoak pentsamendu traumatikoak gogoratzen dituen bitartean, burua geldirik duela, begiekin jarraitzen dio terapeutaren atzamarrari, batetik bestera mugitu ahala, 10-25 aldiz, pazientearen aurpegitik 30 zentimetrora. Alboko mugimenduek begien ikuste-arkua betetzen dute. Gero, pazienteak burua hustu egiten du eta egurasten da. Tratamenduak 3-5 saio ditu, 90 minutukoa saio bakoitza. Shapiro-ren iritziz, begien alboko mugimenduek traumaren prozesamendu kognitiboa errazten dute.

Hala ere, oraindik tratamenduaren osagai aktiboa zein den ez dakigu, begien mugimendua edo pazientearen saiakera trauma gogoratzeko.

- **Errua, gorrotoa eta lotsa**

Erru-sentimenduei aurre egiteko, garrantzitsua da bereiztea errua eta erantzukizuna, eta erru irrazionala eta objektiboa. Irrazionala denean, berregituratze

kognitiboaren teknikak erabiltzen dira, eta, objektiboa denean, barkamena eskatzen da, egindakoaren erantzukizuna onartu, eta egindako kaltea konpontzeko modua bilatu.

Zehazki, **prozesatze kognitiboaren terapia** (Resik eta Schnicke, 1993) diseinatu da, gorago aipatu diren sentimenduak maneiatzen ikasteko. 12 saio dira, eta hainbat biktima motarekin aplikatu da.Terapia horrek 3 fase ditu:

a. Hezkuntza-fasea. Nahastearen sintomak eta informazioaren prozesamenduaren teoria deskribatzen dira. Galdetzen zaio pazienteari zer den berarentzat trauma jasatea eta, trauma jasan ondoren, zein diren bere buruarekiko eta besteekiko pentsamenduak (1. saioa). 2. saioan, gertakizunen, pentsamenduen eta sentimenduen arteko lotura identifikatzen da, eta oinarrizko lau emozioez hitz egiten da (amorruaz, tristuraz, pozaz eta beldurraz).

b. Trauma gogoratzea. Fase horretan gertakizuna deskribatzeko eskatzen zaio pazienteari, eta, zehazki, pentsamendu, sentimendu eta sentipenak adierazteko (3. saioa). Garrantzitsua da pazienteak kontatzen duena deskribapen hutsa ez izatea eta berriro emozioak berritzea, prozesamendua gerta dadin. Normala da zailtasunak agertzea, eta sintoma fisiologikoak eta emozioak berriro agertzea.
Gainera, pazienteari eskatzen zaio deskribapena idazteko eta, gero, terapeutari irakurtzeko, baita ere egunero etxean irakurtzeko. Terapeutarekin batera komentatzen dira idaztean izandako zailtasunak eta blokeoak (4. saioa). Idatziz eta kontatuz, pazientea egoeren aurrean jartzen da eta emozioak aktibatzen dira, horiek prozesatzeko.

5. saioan, pazienteari berriro eskatzen zaio gertakizun traumatikoaren deskribapena idazteko, eta galderak eskaintzen zaizkio, agertzen diren pentsamenduak zalantzan jartzeko. Hona hemen erabiltzen diren galdera batzuk:

Zeintzuk dira pentsamendu horren aldeko eta kontrako arrazoiak?
Egoeraren interpretazioak errealitatetik urrunegi al daude?
Modu dikotomikoan pentsatzen ari zara?
«Beti», «inoiz ez», «behar dut», «izan beharko luke», «ezin dut»… eta antzekoak erabiltzen dituzu?
Testuingurutik kanpo dauden adibideak erabiltzen dituzu?
Gauzak ez egiteko aitzakiak jartzen ari zara?
Informazioa lortzeko iturria fidagarria al da?
Zure ideiak gertakizunetan baino pentsamenduetan oinarrituta daude?

c. Galdeketa kognitiboaren fasea. Beck-en pentsamendu distortsionatuen zerrenda eskaintzen zaio pazientari, eta distortsioak beraren deskribapenean agertzen diren edo ez identifikatzea eskatzen zaio (6. eta 7. saioak). Hurrengo saioetan (8.etik 12.eraino), 5 gai hauek lantzen dira: segurtasuna, konfiantza, boterea, kontrola, estimua eta intimitatea. Gai horiek traumaren ondorioz norberarekiko eta besteekiko harremanetan zer eragin duten lantzen da.

- **Psikofarmakoak**

Lagungarri gertatzen dira batez ere arazo hauek agertzen direnean: depresio larria, oldarkortasuna, nork bere burua hiltzeko pentsamenduak, lo egiteko arazo larriak, eta horiek hilabete baino gehiago irauten dutenean (Friedman, Davidson, Mellman eta Southwick, 2003).

Antidepresiboak dira gehien erabiltzen diren psikofarmakoak, zehazki serotoninaren berratzematearen inhibitzaileak: sertralina (aremis, besitran), paroxetina (frosinor, seroxat, motivan), fluoxetina (adofen, prozac, reneuron), fluvoxamina (dumirox) eta zitalopram (prisdal, seropram). Antidepresibo guztiek bezala nahi gabeko ondorioak dituzte, hala nola botalarria, jateko gogoa galtzea, beherakoa, buruko minak, lo egiteko arazoak, urduritasuna, zorabioak, anorgasmia eta abar, eta ondorio terapeutikoa hasteko 4-8 aste behar izaten dira. Terapiaren iraupena 6 hilabetekoa izaten da gutxienez; gero, botika erretiratzen da gradualki.

- **Taldeko edo banakako terapia**

Banakako tratamendua da lehen aukera, bertan paziente bakoitzaren beharrak lantzen baitira. Hala ere, taldeko tratamenduak batzuetan lagungarri izaten dira, bilkura soziala sentitzeko, arazoei irtenbidea aurkitzen trebatzeko, bai eta autolaguntza modura ere.

Hala ere, paziente batzuk ezin dira tratatu taldean, hain zuzen ere, beren burua hiltzeko pentsamenduak dituztenak, depresioa, eldarnioak eta haluzinazioak dituztenak, jokabide oldarkorrak agertzen dituztenak, edo epaitegietan auziak dituztenak.

- **Ondorioak**

Biktimen tratamenduan oinarrizkoa da terapeutaren eta pazientearen arteko harremana. Besteenganako konfiantza galdu duen pertsona batentzat, harreman terapeutikoan terapeuta enpatikoa eta lagungarria izatea behar-beharrezkoa da konfiantza berreskuratzeko.

Onak dira sendatzeko sentimenduak adieraztea, oroimen traumatikoak eta irudiak ordenatzea, jarduera positiboak eta errealitatea berreskuratzea, eta besteei laguntzeko gogoa izatea. Aldiz, txarrak dira emozioak adierazteko zailtasunak, alkohol gehiegi edatea, botikak hartzea, konpultsiboki lan egitea, eta lehengoan jarraitzea, mendeku- eta gorroto-sentimenduz betea.

Kapituluan zehar aipatutako teknikak lagungarriak dira tratamenduan, oro har, egoeren aurrean jartzeko teknika berresperimentazioa tratatzeko, eta berregituratze kognitiboa, gorrotoa eta errua tratatzeko. Ikerketa gutxi daude, baina badira sintomak kroniko bihurtu direla adieraz dezaketen aldagai batzuk: traumaren aurretik nahaste psikopatologikoak edukitzea, estresagarrien intentsitatea, disoziazio-sintomak agertzea, eta laguntza soziala eta psikologikoa ez jasotzea.

OINARRIZKO BIBLIOGRAFIA

Astin eta Resick (1997). «Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estrés postraumático» *in* V. Caballo. ***Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos***. 1. lib. Madril. Siglo XXI.

Baguena, M.J. (2003). «Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de estrés postraumático» *in* Perez, M., Fernández, J.R., Fernández, C. eta Amigo, I**. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I***. Madril. Pirámide.

Bobes, Bousoño, Calcedo eta Gonzalez (2000). ***Tratamiento del estrés postraumático***. Bartzelona. Masson.

Cyrulnik, B. (2002). ***Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*.** Madril. Gedisa.

Echeburúa, E. (2004). ***Superar un trauma***. Madril. Síntesis.

Echeburúa, E. eta Corral, P. (1998). «Trastorno de estrés postraumático» *in* Vallejo, M. ***Manual de terapia de conducta***. Madril. Dykinson.

Foa, Keane eta Friedman (2003). ***Tratamiento del trastorno de estrés postraumático***. Bartzelona. Ariel.

Manciaux, M. (2003). ***La resiliencia: resistir y rehacerse***. Madril. Gedisa.

Psicothema, 2001, 13. zenbakia, 479.-492. orrialdeak (M.J. Baguena)

Vazquez, C. eta Pérez-Sales (2003). «Emociones positivas, trauma y resistencia». ***Ansiedad y estrés***, **9**, 231-254.

Eraso sexualak

Echeburua, Corral, Zubizarreta eta Sarasua (1995). ***Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales***. Coruña. Paideia.

Echeburua, E. eta Guerricaechevarría, C. (2000). ***Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores*.** Bartzelona. Ariel.

Larrialdiak, krisiak eta hondamendiak

Fernandez-Millán (2005). ***Apoyo psicológico en situaciones de emergencia***. Madril. Piramide.

Fernandez Liria eta Rodriguez Vega (2002**). *Intervención en crisis***. Madril. Sintesis.

Robles eta Medina (2002*). **Intervención psicológica en catástrofes***. Madril. Síntesis.

San Juan, C. (2001). ***Catástrofes y ayuda de emergencia. Estrategias de evaluación, prevención y tratamiento*.** Bartzelona. Icaria.

Wainrib eta Bloch (2001). ***Intervención en crisis y respuesta al trauma***. Bilbo. DDB.

Terrorismoa

Perez, Garcia eta Sanz (2002). ***Guía de actuación psicológica a las víctimas del terrorismo. Manual de autoayuda psicológica***. Bilbo. Eusko Jaurlaritzako Herrizaingo Saila eta Asociación para la defensa de la dignidad humana.

6. NAHASTE OBSESIBO-KONPULTSIBOA ETA HIPOKONDRIA

6.1. Nahaste obsesibo-konpultsiboaren ezaugarriak
6.2. Nahaste obsesibo-konpultsiboaren etiologia
6.3. Nahaste obsesibo-konpultsiboaren ebaluazioa
6.4. Nahaste obsesibo-konpultsiboaren tratamendua
Oinarrizko bibliografia

6.1. NAHASTE OBSESIBO-KONPULTSIBOAREN EZAUGARRIAK

Nahaste obsesibo-konpultsiboaren ezaugarririk nabarmenena herstura da. Gizabanakoak nahi gabe etortzen zaizkion pentsamenduei aurre egiten dienean sortzen da. XVIII. mendearen inguruan nahaste hori psikositzat hartzen zen, batez ere pentsamenduen eta jokabideen irrazionaltasun-mailagatik eta pazienteen *insight*-maila oso urria zenean.

Nahasteak bi osagai ditu:

a) Obsesioa edo pentsamendua: ideiak, pentsamenduak (nire senarrak istripua izango du, eta hil egingo da), irudiak (hilenak), bulkadak (sexualak edo oldarkorrak), edo zalantzak (homosexuala naiz?, ulertu dut?, esan dut edo ez?). Horiek iraunkorrak, errepikagarriak eta egodistonikoak —hots, borondaterik gabe eraikiak— dira. Kontzientzia betetzen dute, eta zentzugabetzat edo nazkagarritzat hartzen dira. Gizabanakoa ezerezten ahalegintzen da; pentsamenduek zentzurik ez dutela uste du, eta haien kontra egiten saiatzen da; badaki bere buruak sortuak direla eta ez kanpotik inposatuak. Batzuetan, ez dago obsesioaren kontrako erresistentziarik, eta onartu egiten da. Kasu horietan, eldarnio bihurtzen da. Ideiaren kontrako erresistentzia-gradu batzuk daude, eta baita ideiaren irrazionaltasunaren onarpenean ere.

Obsesioen edukia askotarikoa izan daiteke: zikintasuna, kutsadura, oldarkortasuna, ideia erlijioso eta sexualak, pentsamendu oldarkorrak, zalantzak, zenbakiak...

Obsesioak erantzun ezkutuak dira, bat-batean ager daitezke edo barne- edo kanpo-estimuluak eraginda azal daitezke. Barne-estimulu eragileak sentipen fisikoak, egoera emozionalak edo gertakizun kognitiboak dira; kanpo-estimulu eragileak, aldiz, objektuak, egoerak, ekintzak eta pertsonak.

Pentsamenduen edukia baino garrantzitsuagoa da pazienteak ematen dion esanahia. Pentsamenduaren balioespenak zehazten du horren eragina. Balioespena negatiboa bada edo ondorio negatiboak ekarriko dituela pentsatzen bada, mehatxuaren pertzepzioa ekarriko du, eta, ondorioz, horri aurre egiteko estrategiak abian jarriko dira.

b) Konpultsioak edo erritualak errepikatzen diren jokabideak dira, zenbait erregela betetzen dituztenak edo estereotipikoki egiten direnak. Jokabideak ez du berezko helbururik: egoeraren bat eragiteko edo geroan gerta daitekeen zerbait negatiboa ez agertzeko egiten da. Jokabideak ez dauka lotura errealistarik egoerarekin, edo neurriz gaindikoa da. Ekintza konpultsio subjektibo gisa egiten da, eta hasieran, behintzat, konpultsio horri aurre egiteko nahia agertzen da. Pertsona konturatzen da bere jokabideak

ez duela zentzurik (haurrengan gerta daiteke horrela ez izatea), eta ez du plazerik lortzen jarduera hori eginez, nahiz eta lasaitzea lortu.

Erritualak jokabide agerikoak edo mentalak izan daitezke (otoitz egin, esaldiak errepikatu…). Arruntenak dira: garbitasuna (% 50); konprobatze errepikatua (% 40) edo egiaztatzea (gasa, iturriak, atea) ezbeharrak ekiditeko; dena gordetzea; ekintzak errepikatzea; zenbaki magiko bat edo otoitzak errepikatzea; ordenatzea; objektuak zenbatzea eta ukitzea, eta geldotasun konpultsiboa.

Erritualak pentsamendu obsesiboen herstura maneiatzeko erabiltzen dira, eta neutralizatzaileak dira (haien helburua pentsamendua ezabatzea edo gutxitzea da).

Oro har, kasuen % 90ean obsesioak eta konpultsioak batera izaten dira; erritualak obsesioen ondorio dira. Horiez gain, beste sintoma garrantzitsu bat da **ekiditea**: obsesioarekin zerikusia duten egoerak, pertsonak eta jarduerak saihestea, antsietatea menperatzeko.

Prozesu honetan eraginkorra da **gogo-aldartea**; tristurak eta urduritasunak modulatu egiten dute nahastea. Bai tristurak bai urduritasunak obsesioak areagotzen dituzte, eta balioespen desegokiak egiteko aukera handitu; neutralizazioaren eraginkortasuna gutxitu egiten dute; hiperzaintza areagotu, eta terapian zehar ikasitakoa abian jartzea galarazten dute.

Eguneroko gertakizun estresagarriek ere badute eragina arazoan. Kritikatua izateak, gaixorik egoteak edo familiakoen gaixotasunek, nekeak, lo egiteko arazoek, baztertze-arazoek, erabakiak hartzeko arazoek, lasaitzeko ezintasunak, akatsek, gehiegizko erantzukizunak, soinuek, betebehar sozialek eta bestek ere pentsamendu intrusiboen maiztasuna gehitzen dute, eta horiei buruzko balioespen negatiboa eta mehatxagarria areagotzen dute.

Erantzun-sistema hirukoitzaren arabera sintomak hiru taldetan sailkatu daitezke:

* Erantzun fisiologikoak: jardun autonomiko handia, izerdia, takikardia, arnasa hartzeko arazoak, aho lehorra, eta abar.
* Erantzun motorrak: erritual konpultsiboak, jokabidearen kate landuak, eta ekidite-jokabideak.
* Erantzun kognitiboak: beldurra, erritual kognitibo lasaigarriak, eta irudi edo bulkada hertsagarriak.

Populazio orokorrean errepikatzen diren ideiak eta jokabideak ere agertzen dira, baina normaltasuna eta patologia bereizteko zenbait aldagai kontuan izaten dira: maiztasuna, intentsitatea, iraupena, eguneroko bizitzan duten eragina, eta gizabanakoak pentsamenduak nola balioesten dituen.

Taula honetan agertzen dira obsesio eta erritual nagusiak:

Obsesioa	**Erituala**
Pentsamenduak burutik ezin kentzea	Esaldiak errepikatzea
Zerbait txarra gertatuko da	Ordena eta simetria
Kutsatzeko edo gaixotzeko beldurra	Garbitasuna eta konprobatzea
Betebeharra ondo egin den zalantza egitea	Etengabeko galderak, betebeharra errepikatzea edo geldiro egitea
Nahigabeko bulkada sexualak eta oldarkorrak	Saihestea edo beste mota bateko erritualak
Geroan zerbait beharko den zalantza egitea	Gauzak pilatzea eta biltzea

Obsesioen eta konpultsioen arteko lotura era askotakoa izan daiteke (Foa eta Wilson, 1992): pazienteen % 90k obsesioak eta erritualak agertzen dituzte aldi berean; erritualak ezkutukoak edo agerikoak izan daitezke (paziente garbitzaileak, egiaztatzaileak, errepikatzaileak, ordenatzaileak edo pilatzaileak); beste pazienteengan obsesioak bakarrik ageri dira, erritualik gabe, eta paziente oso gutxik agertzen dituzte konpultsioak soilik. Azken horren adibidea da geldotasun obsesiboa: eguneroko jarduera normalak egiteko orduak ematen dituzte (ohetik altxatu, hortzak garbitu, jantzi, dutxatu...), zeren eta egin ahala buruz egiaztatzen baitira edo pausoz pauso egiten.

Nortasun-nahasteen ikuspuntutik**, nortasun obsesiboa**ren ezaugarriak honako hauek dira (Avia, 1992): zurruntasuna, perfekzionismoa, arriskuak ez hartzea, gehiegizko erantzukizuna, pentsamendu dikotomikoa, xehetasunez gehiegi kezkatzea, erabakiak hartzeko zailtasunak, emozioak adierazteko zailtasunak, enpatia-maila urria, autokritika handia. Batzuetan, nortasun-ezaugarriak eta nahastea batera ageri dira, eta tratamendua zailagoa da.

- **Diagnostiko diferentziala**

Beste hainbat arazotan ager daitezke errepikatzen diren pentsamendu eta jokabideak, hala nola nahaste eskizofrenikoetan, nahaste afektiboetan, mendekotasun-nahasteetan, parafilietan, hipokondrian, dismorfofobian, anorexian eta bulimian. Beraz, beharrezkoa da diagnostiko diferentziala egitea, kontuan izanda gizabanakoak pentsamenduen kontra egiten duen edo ez, eta herstura eragiten dioten pentsamenduak diren edo ez.

- **Komorbilitatea**

Ohikoa izaten da nahaste obsesibo-konpultsiboa duten pazienteek beste arazo psikologiko batzuk ere izatea, hala nola, depresioa eta antsietate-arazoak. Batzuetan, obsesioez gain, ideia batzuei balio handiegia ematen zaie, eta horiek normaltzat jotzen direnean eta horien aldera gaixotasunaren kontzientziarik ez dagoenean, nahaste obsesiboaren pronostikoa okertzen dute (Kozak eta Foa, 1994).

- **Epidemiologia**

Estatu Batuetako datuen arabera, populazio orokorrean urtebetean agertzen den prebalentzia % 1,1-1,8koa da, eta bizitzan zehar % 1,9-2,5koa.

Eskuarki, nahastea 22-35 urte inguruan agertzen da; kasu gehientsuenak, % 65, 25 urte bete baino lehenago azaltzen dira, eta % 15, 35 urte bete ondoren. Gizonen eta emakumeen kopurua berdintsua da. Klase soziala erdikoa edo goikoa da; adimen handiko pertsonak dira, eta sozialki ongi ikusiak.

Nahastearen hasierari dagokionez, askotan amiltze-faktoreak izaten dira, pazientearen bizitza pertsonalean agertzen diren aldaketa garrantzitsuak: heriotza edo gaixotasunak familian, bikote- eta sexu-arazoak, haurdunaldia eta erditzea, gehiegizko lana, estresa, kontrolatzen ez diren gertakizunak, eta abar. Behin arazoa agertu ondoren, kroniko bihurtzen da, eta depresioarekin batera garatzen. Pertsonak kontsultara laguntza eskatzera joan arte, batez beste, zazpi urte pasa daitezke, eta nahasteak eguneroko bizitzan eragin oso negatiboa dauka, lanean, ikasketetan, familia-harremanetan, eta abarretan.

6.2. NAHASTE OBSESIBO-KONPULTSIBOAREN ETIOLOGIA

Gaur egun nahastearen etiologia azaltzeko hainbat faktore kontuan hartzen dira: faktore genetikoak, heldutasuna, ikaskuntza sozialaren faktoreak, baldintzapen-prozesuak, faktore kognitiboak, eta abar. Faktore bakoitzak, bakarka, ez luke azalduko zergatik sortzen den nahastea eta zergatik irauten duen, guztiak erabilgarriak dira pazienteei gertatzen zaiena ulertzeko eta haiei azaltzeko (Robert eta Botella, 1990).

Cruzadok (1993) eredu hau aurkezten du nahastearen ulerbiderako:

Aldez aurretiko faktoreak:
- biologikoak
- psikologikoak: suposamendu disfuntzionalak eta heziketa-ohiturak

Gertakizun estresagarriak, erantzukizun pertsonala handitzea

Hersturaren, zalantzaren eta erruaren sorrera

Pentsamendu intrusiboak (baldintzapen-prozesuak eta pentsamenduen balioespena)

Ekiditea----------Erritualak (baldintzapen operantea eta soziala)

*Aldez aurretiko faktore biologiko*ez **Barlow**-ek dio paziente obsesiboek estresaren aurrean erreakzio emozional gogorrak izateko joera dutela, badirudi, **Eysenck**-ek dioen bezala, obsesibo-konpultsiboek gainerakoek baino aktibazio fisiologiko handiagoa dutela,

eta gehiegizko aktibazioak herstura, disforia eta pentsamendu intrusiboak agertzea errazten duela.

*Aldez aurretiko faktore psikologiko*en barruan, **Salkovskis**-ek (1989) erantzukizunaren eredua proposatzen du. Heziketa- edo zaintze-ohituren ondorioz, gizabanakoak erantzukizun pertsonalarekiko sentiberatasun berezia garatzen du, eta, horrekin batera, beste distortsio kognitibo edo sinesmen irrazional batzuk ("suposamendu disfuntzional" deituak). Beraz, ikaskuntza sozialaren faktoreak eragina du zaurgarritasunaren agerpenean.

Salkovskis-ek dio populazioaren % 90ek dituela pentsamendu intrusiboak (hots, nahigabekoak) eta horiek positiboak direla, sormena suspertzen baitute, baina obsesiboen kasuan kontrolatzen ez diren pentsamendu horien agerpena txarresten da. Pertsona erantzule sentitzen da bere buruaren kontrola ez izateagatik; pentsamendu horiei atentzioa hartu, eta obsesionatzen hasten da, burutik kentzeko ahaleginean. Pentsamenduen balioespena mehatxagarria bada norberarentzat edo besteentzat eta gizabanakoak bere gaitasunengan konfiantzarik ez badu, pentsamendu horiek kontrolatzeko gogoa izango du.

Beraz, pentsamenduen aurrean erantzule sentitzeak arazoak areago nahasten ditu. Erantzukizunak ondoeza, herstura eta tristura gehitzen ditu, eta gogo-aldarte horrek pentsamendu intrusiboak agertzea suspertzen du, eta neutralizatzeko ahaleginak gehitu.

Hezkuntza-praktiken ondorioz, gizabanakoak bere buruko munduari aurre egiteko jarrera desegokiak ikasten ditu. Haurra gehiegi babesten duten gurasoek egoera arriskutsuak edo hertsagarriak ekiditera bultzatzen dute, eta beldurrezko erantzunak ematera. Guraso oso kritiko eta zorrotzek erru-sentimenduak eta erantzukizun pertsonala areagotzen dituzte. Heziketa mota horrek haurrari erakusten dio arazoak sortzen direla ez duelako behar adina kontu eduki eta, beraz, bera dela gertatzen denaren erantzule bakarra.

Egoera horren ondorioz distortsio kognitibo edo suposamendu disfuntzionalak agertzen dira (Salkovskis, 1985):

- Ekintza bati buruz pentsamenduak edukitzea ekintza bera egitea bezala da. Ondorioz, pentsamenduak eta ekintzak bat egiten dute modu magikoan.
- Norberari edo besteei min ez egiteko prebentzioan porrot egiten denean, min hori egitea bezala da edo saiakerarik ez egitea bezala. Ondorioz, norberaren erantzukizuna handitu egiten da, eta pertsonaren kontrolpean ez dauden gertakizunen erantzule egiten du bere burua.
- Pertsonak pentsamenduen eta ekintzen kontrol osoa eduki behar du. Hori ezinezkoa denez pentsamenduekin, horiek ez baitira borondatezkoak, herstura eta antsietatea areagotu egiten dira, eta hori arriskutsutzat hartzen da.
- Pentsamendu intrusiboak agertzen direnean ez badira neutralizatzen, horrek esan nahi du pentsamenduzko kaltea bilatzen edo desiratzen dela.

Behin distortsio kognitibo horiek ikasi ondoren, edozein unetan jar daitezke abian, batez ere pazienteak erantzukizun pertsonala areagotzen duten egoerak bizi baditu (adibidez: seme edo alaba bat eduki; eguneroko bizitzan ager daitezkeen arriskuen

iragarkiak; lana aldatu, eta abar), egoera horietan pertsonak kaltea eragozteko zerbait egin behar duela sentitzen baitu.

Interpretazio horiek direla eta, herstura, zalantza, errua eta kontrol-pentsamenduak areagotzen dira, eta ondoeza eragiten dute. Gainera, egoera emozional horiek pentsamendu intrusiboak agertzea areagotzen dute, eta baldintzapen-prozesuen ondorioz kanpo- eta barne-estimuluekin zerikusia duten erantzun fisiologikoak handitzen dituzte. Horrela, **Mowrer**-ek dioen bezala, baldintzapen klasikoaren bidez estimulu neutroak (hitzak, irudiak, pentsamenduak edo objektuak) egoera abertsiboekin elkartzen dira, herstura eta beldurra sentiarazten dituzte. Gero, gizabanakoak, egoera hori maneiatzeko, ekidite-jokabideak eta erritualak egiten ditu (baldintzapen operantea). Eta horiek eragozten dute pentsamenduetara ohitzea, eta, ondorioz, sentiberatasun-prozesuak gertatzen dira (inkubazioaren teoria).

Ekidite-jokabideek eta erritualek aldi labur batez jartzen dute pertsona pentsamenduen aurrean; luzarora, herstura-maila handitu, iraungitzea ekidin eta ohitzea zailtzen dute. Gainera, pentsamenduak neutralizatzeko saiakerek —hots, erritualek eta ekidite-jokabideek— denbora galarazten dute, jarduera atseginak kendu, eta trebetasunak gutxitu; ondorioz, antsietatea eta tristura gehitu egiten dira.

Orain arte aipatutako ereduaz gain, badaude beste autore batzuk, **informazioaren prozesamenduaren teorietan** oinarrituta, urritasun kognitiboaren faktoreak aipatzen dituztenak nahastea ulertzeko. Hala, Reed-ek (1985) dio pazienteak arazoak dituztela esperientzia antolatzeko eta bateratzeko. Horrela, obsesiboek arazoak dituzte errealitatearen aurrean garrantzitsua dena eta ez dena bereizteko, eta, ondorioz, jasotzen duten informazio guztiari garrantzi berdina ematen diote. Akats horrek informazioa sailkatzeko eta oroitzeko arazoak ekartzen ditu, eta erabakiak hartzeko zailtasunak. Zailtasun kognitibo horiek antsietatea eragiten diote, eta gertakizunak arriskugarriak balira bezala biziarazi. Hala, konpultsioak eta erritualak egiten dira, arriskua ezerezteko. Gainera, obsesiboak informazioa modu zurrunean mugatzen saiatzen dira.

Shapiro-ren (1965) arabera, obsesiboen funtzionamendu kognitiboak 3 ezaugarri nagusi ditu:

a) Pentsamenduaren zurruntasuna, interes oso zehatzak, eta gauzetan pentsatzeko modu barreiaturik ez izatea.

b) Motibazioaren aldetik tentsioan eta etengabeko ahaleginean egotea, egituratuak ez dauden jarduerek herstura eta kontrola galtzeko beldurra eragiten dizkietelako.

c) Errealitatean dogmatismoaren eta etengabeko zalantzaren artean mugitzea.

d) Garrantzitsua dena eta ez dena bereizteko zailtasuna.

6.3. NAHASTE OBSESIBO-KONPULTSIBOAREN EBALUAZIOA

Arazoaren analisi topografikoa eta funtzionala egin behar da, eta pazientearen bizitzako arlo guztietan (lanean, astialdian, egoera sozialean, bikote-harremanetan, sexu-harremanetan, eta abarretan) arazoak izan dezakeen eragina balioetsi. Garrantzitsua da,

orobat, diagnostiko diferentziala egitea eta komorbilitatearen ikuspuntutik antsietatea, depresioa eta beldurrak ebaluatzea. Ebaluazioak hiru saio behar izaten ditu gehienetan. Jarraian aipatzen dira informazioa lortzeko erabiltzen diren tresna nagusiak.

- **Elkarrizketa**

Paziente hauentzat egokiagoak dira galdera itxiak irekiak baino, xehetasunetan galtzeko joera baitute, egindako galderei zehazki erantzun gabe. Perfekzionismorako joera ere ager daiteke, baita arrazionalizatzekoa ere etengabeko galderak eginez. Arretari eusteko arazoak eta negarra ere agertzen dira.

Elkarrizketaren helburua informazio hau lortzea da:

- Erantzun obsesiboak, erritualak, ekidite-jokabideak eta segurtasunaren bilaketa. Jokabide horiek zein diren eta haien intentsitatea, maiztasuna eta iraupena zehaztu behar dira.
- Obsesioen eta erritualen kanpo- eta barne-aurrekariak.
- Pazienteak obsesioen ondorioei dien beldurra eta pentsamendu obsesiboan duen sinesmen-maila.
- Eguneroko bizitzan arazoak duen eragina.
- Arazoaren historia eta bilakaera.
- Aurretik jaso diren tratamenduak.

Balioetsi behar dira, halaber, amorrua, depresioa eta pertsonarteko arazoak, baita ere pazientearekin bizi direnek zer egiten duten, erritualetan sartuta dauden edo ez eta nolakoa den haien erreakzioa. Gainera, kontuan hartu behar da zer laguntza izan dezakeen pazienteak tratamendua betetzeko eta zer-nolako motibazioa duen. Jakina da familia-harreman negatiboek, pazientearen kontrako amorruak, kritikak, bere aldetik ezer egiten ez duela leporatzeak eragin negatiboa dutela emaitza terapeutikoetan.

Yale-Brown obsesio-konpultsio eskala (Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Delgado, Heninger eta Charney, 1989a, 1989b)

Elkarrizketatzaileak sintoma obsesibo-konpultsiboak agertzen diren edo ez ebaluatzen du. Zehazki, 36 obsesio mota eta 23 erritual agertzen diren edo ez balioesten da, 0tik 4rako eskala batean. Gainera, balioesten dira obsesioek eta konpultsioek hartzen duten denbora, eragina, ondoeza, erresistentzia eta kontrola, *insight*-maila, ekidite-jokabidea, erabakiak hartzeko zailtasunak eta erantzukizuna. Lortzen den puntuazioa 16tik gorakoa bada, tratamendua gomendatzen da.

- **Galdetegiak**

Maudsley-ren obsesio-konpultsio galdetegia (Hodgson eta Rachman, 1977)

30 galdera ditu, eta bakoitza gezurra edo egia den erantzun behar da. Puntuazio orokorra lortzen da, eta 5 eskalatakoa: garbiketa, egiaztatzea, geldotasuna eta errepikatzea, zalantzak eta hausnarketak.

Leyton-en obsesioari buruzko galdetegia *(*LOI, Cooper, 1970)

69 galdera ditu (46, sintoma obsesibo-konpultsiboei buruzkoak, eta 23, nortasun-ezaugarriei buruzkoak), eta 4 motatako puntuazioak lor daitezke: sintoma kopurua, nortasun-ezaugarriak, arazoak pazientearen bizitzan duen eragina, eta pazienteak zer puntutaraino egiten duen obsesioen kontra. Ebaluatzen dituen arloak honako hauek dira: pentsamendu errepikagarriak, berrikustea, kutsadura, objektu arriskutsuak, garbiketa, ordena, eta abar.

Philpott-en konpultsioen zerrenda (Philpott, 1975)

Nahasteak eguneroko 62 jardueratan duen eragin negatiboa ebaluatzen du, zehazki konpultsioen eragina.

Azken urteetan *nahastearen alderdi kognitiboak* ebaluatzeko, Freeston ikertzailearen taldeak hainbat galdetegi prestatu ditu:

Intrusio kognitiboen galdetegia (Freeston eta Ladouceur, 1993): obsesioen ezaugarriak zeintzuk diren balioesten du, zein den pentsamendua, irudia, bulkada edo zalantza eta zer estrategia erabiltzen dituen gizabanakoak ezabatzeko.

Obsesioei buruzko usteen galdetegia (Freeston, Ladouceur, Gagnon eta Thibodeau, 1991)

Neutralizazioaren elkarrizketa egituratua (Freeston, Ladouceur, Provencher eta Blais, 1995)

- **Behaketa**

Ekidite-jokabideen testak erabiltzen dira, gizabanakoa estimulu beldurgarrien aurrean jarriz eta haren erantzuna behatuz. Balioesten dira antsietate-maila, erantzun fisiologikoak, estimuluaren aurrean egon daitekeen denbora eta erritualak egiten dituen edo ez. Gainera, familiakoei eska dakieke behaketa egiteko, pazienteak bere etxean egiten dituen erritualak identifikatzeko.

- **Autobehaketa eta autoerregistroak**

Pentsamendu obsesiboen eta erritualen intentsitatea, maiztasuna, eta iraupena erregistra daiteke, eta herstura- eta tristura-mailak, ondorioak, eta abar. Horien bidez lortzen den informazioa oso garrantzitsua da, baina batzuetan pazienteak beldurtzen ditu autoerregistroak betetzeak, eta lasaitu egin behar dira. Autoerregistroen hainbat eredu daude:

Cruzado (1998)

Gertakizuna	Pentsamendua	Ondoeza (0-100)	Erritualа	Ekiditea
Ordua Deskribapena	Deskribapena		Ordua Deskribapena Ondoeza (0-100) Iraupena	

Silva eta Rachman (1995)

Eguna: Obsesio edo konpultsioa:

Ordua	Maiztasuna	Ondoeza (0-10)	Konpultsio-larrialdia (0-10)	Noiz
7ak baino lehen 7:00-10:00 10:00-13:00 13:00-16:00 16:00-19:00 19:00-22:00 22:00etatik aurrera				

6.4. NAHASTE OBSESIBO-KONPULTSIBOAREN TRATAMENDUA

Nahaste obsesibo-konpultsiboaren tratamenduan kontuan hartu behar den lehen gauza da tratamendua anbulatorioan edo ospitalean egin behar den. Tratamendua ospitalean egitea gomendatzen da, pazientea bakarrik bizi denean, familia harremanak estresagarriak direnean, edo bere burua hiltzeko arriskua dagoenean.

Aviak (1992) zenbait aholku ematen ditu tratamendurako:

* Tratamendua aurkezteko modua zaindu behar da, azalpenak emanez baina ez gehiegizko itxaropenak.

* Betebehar terapeutikoak egiteko modua zaindu behar da: ziurtasuna bilatzen duen pazientearen galderei ez zaie erantzun behar; gogoratu behar da terapiaren helburuetako bat dela zalantza jasaten ikastea.

* Behin herstura moteldu denean, arreta obsesioetatik eta erritualetatik desbideratu behar da, eta pazientearen bizitzaren beste arlo batzuei kontu egin.

* Pazienteak tratamenduaren erantzukizuna hartu behar du.

* Arazoarengatik desagertu edo gutxitu diren jokabide osasuntsuak indartu behar dira: independentzia; asertibitatea; jokabide ez-planifikatuak eta atseginak egitea, eta autoestimua lantzea.

Foa-k eta Wilson-ek (1992) diote oso garrantzitsua dela tratamendua hasi aurretik ikuspuntu positiboa izatea. Horretarako, lau erronka ditu pazienteak:

1. Arazoa gainditzeko jarrerari atentzioa hartzea. Merezi du aldatzea. Gai izango da laguntzarekin. Esperimentu bat egin dezake, eta ondorioa zein den balioetsi. Orain arte erabili ez diren estrategia edo praktika berriak abian jartzeko eskatuko zaio tratamenduan.

2. Obsesioen edukia irrazionala dela pentsatzea, eta agertzen den bakoitzean bere buruari esatea: pentsamendu hori irrazionala, irreala, gehiegizkoa, eta zentzurik gabekoa da; hersturaren ondorioa da; obsesioa da.

3. Herstura apaltzeko edo kentzeko metodo bakarra ez da erritualak egitea edo estimuluak ekiditea. Beste modu batzuk ere badaude antsietatea kontrolatzeko.

4. Obsesioak dauzkala onartzea eta ez ukatzea; zenbat eta ahalegin handiagoa egin ukatzeko, orduan eta indartsuagoak dira.

Tratamendu-teknikak aplikatzen hasi baino lehenago, hezkuntza-fase bat dago, oso garrantzitsua dena, non pazienteari beraren arazoa ulertzeko ikuspuntu berria proposatzen baitzaio.

- **Hezkuntza-fasea**

Tratamendua aplikatzen hasi baino lehenago, arazoa azaldu egin behar da. Populazioaren % 99k dauzka pentsamendu intrusiboak, desatseginak, herstura eragiten dutenak. Maiztasunean, iraupenean, ondorioetan, gizabanakoak ematen dien garrantzian eta kontra egiteko saiakeretan datza pentsamendu horien eta obsesiboen arteko desberdintasuna.

Pentsamendu intrusiboak indar handiagoa hartzen dute, beldurra badiegu, aktiboki haien kontra egiten badugu, oroitzapenak ekar ditzakeen edozein egoera ekiditen badugu, halako pentsamendua inoiz ez izatea helburu badugu, eta hurrengo batean berriro halako pentsamendua izango dugula-eta kezkatzen bagara. Hori guztia egitean etengabe ari gara pentsamendua burura ekartzen.

Era berean, pentsamenduak ezin dira iragarri; ezin dugu gure bizitza mentala kontrolatu; ezin dugu erabaki pentsamendu zehatz bat ez izatea, hitza eta pentsamendua bat direlako eta sortzaileak izateko eta arazoak konpontzeko pentsamendu espontaneoak behar ditugulako.

Hori guztia kontuan hartuta, terapiaren helburua ez da pentsamenduak ezereztea baizik eta horien alderako erreakzioa aldatzea. Horrela, pentsamenduen indarra gutxitzen da, gainditu nahi direnean, hipotesitzat hartzen ditugunean, onartzen ditugunean haien kontra egin gabe, eta nork bere burua kritikatzen ez duenean pentsamendua izateagatik.

Nahaste obsesibo-konpultsiboan borondatezko eta nahigabeko aldagaiak daude. Bat-batean etortzen diren pentsamenduak ez dira borondatezkoak; aldiz, haiei buruz egiten dugun balioespena eta neutralizazio-saiakerak borondatezkoak dira. Neutralizazioak pentsamenduak kontrolatu, kendu edo ekidin egiten ditu epe motzera, baina ez du ezertarako balio epe luzera, zerbaitetan ez pentsatzea ezinezkoa delako eta, gainera, obsesioekin batera agertzen den herstura maneiatzeko erabilgarria ez delako. Egoerak ekiditeak eta lasaitasuna bilatzeak (familiakoei galdetzea…) ere ez du balio hersturari aurre egiteko, pentsamenduek garrantzi handiagoa hartzen baitute, etengabe kontrolatu behar delako zer saihestu behar den eta zergatik. Beraz, prozesu horretan pentsamendua etengabe dago buruan.

Ondorioz tratamenduaren helburua erreakzionatzeko beste modu batzuk ikastea da, arazoa ondo ulertuz eta nahastean aldagai bakoitzak zer garrantzia duen ohartuz.

- ***Foaren eta Wilsonen (1992) Autolaguntzako programa***

Programa hori erabilgarria da, pertsonak egunean bi ordu baino gutxiago pasatzen badu bai obsesioetan, bai erritualetan.

Hiru osagai ditu:

Zer egin obsesioa igartzen hasten naizenean? Zer egin obsesiorik ez dudanean? Zer egin erritualak edo konpultsioak kontrolatzeko?

Kezkatzen edo **obsesioa igartzen hasten denean,** pazienteak bi irtenbide dauzka:

1. Borroka egin, aurre egiteko (praktika horrek obsesioa indartzen du).

2. Pentsamendua onartu. Horrek ez du esan nahi pentsamenduarekin ados nagoenik, baina, borondatezkoa ez denez, onar dezaket buruak hala pentsa dezakeela batzuetan. Gainera, estrategia hauek ere erabil ditzaket:

a. Pentsamendua badator, gerorako utzi, eta bitartean zerbaitetan aritu. 5 minutu pasatu ondoren, kezka gaitezke ideiarekin edo gerorako utzi, hala zenbat eta denbora gehiago pasatu, pentsamenduaren indarra gero eta txikiagoa izango da.

b. Obsesioaren modua aldatu. Behin agertzen den pentsamenduak ez du garrantzirik. Arazoa haren aurkako erreakzioa da. Beraz, ez aztertu zergatik etorri den burura, zein den haren esanahia, edo gelditzeko gai izango zaren. Pauso hauek eman:

pentsamendua agertu dela onartu
zure erantzun emozionala aztertu
halako pentsamendua bat-batean agertzeak ez du ezer esan nahi
pentsamendua irrazionala da, ez aztertu
erantzun emozionala aldatu: idatzi obsesioa, abestu, egoera aldatu, aktiboki zerbaitetan inplikatu
erabakia indartu, autoagindu positiboak emanez
lasaitzeko arnasketa geldoa erabili
ekiditen diren egoerei aurre egin

Kezkarik edo **obsesiorik ez dagoenean,** zer egin daiteke pazienteak obsesioak menperatzeko?

1. Egunero denbora tarte bat erreserbatu obsesiorako, borondatez kezkatzeko. Bi epe aukeratu behar dira, 10-15 minutukoak, une horietan obsesioari soilik kontu egiteko, beste ezertan distraitu gabe. Negatiboari erreparatu eta errepikatu. Teknika konbina daiteke obsesioa gerorako uzteko teknikarekin.

2. Obsesioei buruzko zinta bat entzun. Horretarako hitzez hitz idatzi esaldia edo buruan agertzen den istorio obsesiboa, eta zintan grabatu. Egunero 45 minutu edo gehiago eman zinta entzuten. Entzun ahala, ahal den herstura-mailarik gorena sentitu, eta entzuten jarraitu, herstura, gutxienez, % 50era jaitsi arte. Teknika horrek grabazioari atentzioa hartzea eskatzen du.

3. Obsesioen grabazio luzea entzun. Horretarako, lau edo bost orrialdeko deskribapena egin behar da. Zehatz-mehatz deskribatu behar da zer entzuten den, zer ikusten den, zer sentitzen den, zer egiten den, eta zer usaintzen den. Ez da obsesioa aztertu behar, baizik eta esperientzia bizi. Grabatu baino lehen irakurri egiten da, eta ahal diren xehetasun gehienak aipatzen dira gertalekuari buruz, ekintzaz, besteen erantzunei buruz eta sentitzen diren emozioez.

4. Ekiditen diren egoerei aurre egin, lasaitzeko teknikak erabili, autoaginduak baliatu, eta aktiboa izan.

Zer egin erritualak edo konpultsioak kontrolatzeko?

Obsesioak herstura eragiten du eta erritualak egiteko beharra. Erritualak egiten badira, epe motzera lasaitasuna ematen dute; aldiz, epe luzera erresistentzia gutxituz doa, eta herstura-maila gehitzen. Beraz, erritualak egin ordez, hainbat irtenbide jar daitezke abian:

1. Errituala gerorako utzi.
2. Errituala egiten bada, poliki eta geldiro erabili, bai mentalki, bai fisikoki.
3. Erritualaren alderdiak aldatu. Horretarako, aurretik idatzi behar da zehatz-mehatz nola egiten den errituala, eta, gero, alda daitezke jokabideen ordena, maiztasuna, erabiltzen diren objektuak, unea.
4. Erritualari ondorio bat ezarri. Errituala egin ondoren, beste zerbait egin behar da, konpultsioekin lotura ez duena eta ohitura normalak puskatzen dituena (30 minutuz ibili, lurreko hostoak jaso parke batean, liburu bateko olerkiak 10 aldiz kopiatu…)
5. Erritualik ez egin. Beraz, herstura sentitzeko prestatu, lasaiketa edo arnasketa erabiliz, interesagarria izan daitekeen zerbaiti atentzioa hartuz...

Obsesio eta erritualetan egunean bi ordu baino gehiago ematen duten pazienteekin jarraian azaltzen diren teknikak erabiltzen dira. Bi taldetan banatzen dira teknikak, obsesioak eta erritual agerikoak dituztenentzakoak, batetik, eta obsesioak eta erritual ezkutuak dituztenentzakoak, bestetik.

- ***Obsesioak, erritual konpultsibo agerikodunak***

Obsesioek jokabide erritualista agerikoak sortzen dituztenean, teknika hauek erabiltzen dira: sentipen obsesiboen aurrean jartzea (bizitza errealean edo irudimenean) eta erantzunaren prebentzioa, Meyer-ek definitu eta deskribatu zuena 1966. urtean.

Tratamendua hertsagarria da, eta motibazio handia eta familiaren laguntza beharrezkoak izaten dira. Aplikatzen hasi aurretik, pazienteari azaldu behar zaio zein den

arazoa, nolakoa den tratamendua, zer lotura dagoen obsesio eta erritual neutralizatzaileen artean, eta zalantzak argitu behar dira.

Normala izaten da pazienteak hiru pentsamendu hauek edukitzea:

a. Egoera hertsagarri bat ekidin behar dut; bestela, nire hersturak betiko jarraituko du.
b. Erritualak ni eta ingurukoak salbatuko gaitu.
c. Ez erotzeko erritualak egin behar ditut.

Teknika aplikatu aurretik, ideia horien inguruan eztabaidatu eta informazio argigarria eskaintzen da.

Terapeutak pazientea obsesioen aurrean jartzeko saioak diseinatzen ditu: itemak (objektuak, egoerak edo pentsamenduak) deskribatu eta hierarkizatzen ditu, eta kontuan hartzen ditu, orobat, galarazi behar diren erritualak.

Obsesioen aurrean jartzeko saioek 60-120 minutu irauten dute, gutxi gorabehera, baina 90 minutu ere iraun dezakete, herstura jaitsi arte, 0tik 100erako eskalan 25era heldu arte, hain zuzen. 15-20 saio izaten dira; 4-16 astean egiten da terapia, eta egunero egin behar dira obsesioen aurrean jartzeko lanak. Lehenengo 10-15 saioetan ez bada hobekuntzarik igartzen, saioak gehitzeak ez du emaitza positiborik ekartzen.

Pazientea obsesioaren aurrean jartzean, terapeuta eredu bada, gauzak errazten ditu, eta autoagindu positiboak ere erabiltzen dira.

Teknika irudimenaren bidez lantzen da, beldur obsesiboak irudi mentalak osatzen dituenean, edo errealitatean lantzea oso hertsagarria denean.

Teknika irudimenaren bidez lantzen denean, pazienteari egoera, objektu eta pentsamendu obsesiboen deskribapenak azaltzen zaizkio, eta horiek ekar ditzaketen beldurraren eta hersturaren hondamenezko ondorioak. Agertu behar dute kanpo-egoeraren deskribapenak, beldurra eragiten duten ondorioek, sentipen fisiologikoek eta pentsamenduek. Pazienteak deskribatu egin behar du itema, eta atxiki irudimenean, herstura 25ra jaitsi arte. Eskuarki, 45 minutu edo gehiago irauten du saioak. Gainera, item bakoitza grabatu egiten da, gizabanakoak gero etxean entzun dezan, eta erregistratu egin behar du sortzen dion herstura. Etxeko lanak egunero egin behar dira, eta, oro har, 5 eszena prestatzen dira hierarkizaturik.

Pazientea irudimenaren bidez obsesioen aurrean jarri ondoren, erituala egitera bultzatzen duen egoeraren aurrean jartzen da, eta, jokabide erritualistak agertzen badira, **erantzunaren prebentzioa** erabiltzen da. Helburua pazienteak jokabide erritualistarik ez egitea da. Teknika aplikatzean, garrantzitsua da erantzunaren prebentzioa luzea izatea, eta lagungarri gertatzen da galdera hauek buruan erabiltzea:

a. Erituala egingo ez balitz, zer gertatuko litzateke?
b. Erituala ez egiteko aukerak diseinatu, zer egin erritualaren ordez?
c. Erituala egin ez denean, zer gertatu da?
d. Arazorik izango ez banu, zer egingo nuke?

Saio terapeutikoetan, pazientea obsesioen aurrean jartzen da, eta erantzunaren prebentzioa lantzen da, baina **etxerako lanak** ezinbestekoak dira. Saio terapeutikoan egindakoa egunero praktikatu behar da, obsesioen aurrean jarriz eta ondoeza eta neutralizatzeko gogoa erregistratuz. Etxeko lanen iraupena luzea da, bizpahiru ordu. Hasieran, herstura-maila txikia eragiten duten itemekin hasten da, eta gero hertsagarriagoei aurre egiten zaie.

Tratamenduan zehar pazienteei laguntzeko familia edo lagunak oso inportanteak dira: erritualak ez egiten laguntzen dute, eta pazienteak lasaitzeko erabiltzen dituen galderei ez erantzuteko eskatzen zaie. Familiakoek edo lagunek ez dute pazientearekin eztabaidatu behar, edo fisikoki pazientea geldiarazi behar; aitzitik, estimulatu behar dute eta hari lagundu hitzez, eta terapeuta informatu.

Tratamenduaren azken saioetan, pazienteari garbitze eta egiaztatze normalaren erregelak ezarri behar zaizkio, ohitura normalak berreskura ditzan.

Agindu terapeutikoak emateko, Rachman-ek eta Hogdson-ek (1980) pauso hauek proposatzen dizkiote pazienteari:

Pertsona askok jasaten dituzte pentsamendu eta irudi desatseginak, baina baldintza normaletan pertsona gehienek ken ditzakete ideia horiek burutik inolako arazorik gabe. Depresioa izanez gero, nahiko zaila da ideia horiek burutik kentzea, eta, ekidin nahi direnean, obsesionatuago bukatzen du pazienteak. Egoera horretatik ateratzeko, pauso hauek kontuan hartu behar dira:

1. Pentsamendu horiek apropos bilatu behar dira; buruan eduki, eta haiei aurre egin denbora luze batean, haiei ihes egin gabe eta erritualak egin gabe.
2. Ez kezkatu, ideia desatseginen aurrean jartzeak eta erantzunaren prebentzioak ondoeza sortzen badute, batez ere terapiako lehenengo faseetan. Tinko eusten badiozu, ondoeza desagertuko da.
3. Ariketa horiek egitean, tinko eutsi behar zaio eta ariketek luzeak izan behar dute, ondoeza apaldu dadin.
4. Terapeutak emandako erregistroan jaso behar dira etxerako lan terapeutikoak.
5. Ez kezkatu, behin erritualak eta obsesioak gaindituta, berrizkatura bat baduzu, gogo-aldartearen gorabeherarekin lotuta egon daiteke eta. Egin behar dena da ariketak praktikatzea eta terapeutari laguntza eskatzea.

- ***Obsesioak, erritual ezkutudunak: erritualizatzaile mentalak***

Obsesioak jokabide erritualista agerikorik gabe azaltzen direnean, zailagoak dira tratatzeko. Nahasi egiten dira pentsamendu hertsagarriak eta pentsamendu erritualista lasaigarriak. Horrela, erritual kognitiboak eta ekidite-jokabideak zailagoak dira identifikatzen, eskuratzen eta kontrolatzen. Obsesioa eta neutralizazioa erantzun kognitiboak dira, eta edozein unetan ager daitezke.

Batik bat bi teknika erabiltzen dira arazoa tratatzeko:

* Irudimenaren bidez obsesioen aurrean jartzea, asetzea edo ohitzea (pentsamendu obsesiboetarako).
* Pentsamendua gelditzea asertibitate ezkutua erabiliz (pentsamendu erritualistetarako).

Asetzea edo ohitzea pentsamendu obsesiboei edo antsietatea sortzen duten pentsamenduei aurre egiteko erabiltzen da. Teknika horretan, nork bere borondatez pentsamendu obsesiboa burura ekarri eta atxikitzen du, herstura jaitsi arte eta neutralizaziorik egin gabe.

Pazientea pentsamendu obsesiboen aurrean jartzen da, baina horiek buruan atxikitzea zailagoa da. Horregatik eskatzen zaio pazienteari apropos gogoratu ditzala, pentsamenduak idatziz jar ditzala, eta bere ahotsarekin grabaturiko zinta entzun dezala. Pazienteak zinta entzuten duenean, identifikatu behar du herstura, eta baita ere hura gutxitzeko edo distraitzeko erabil dezakeen edozein metodo. Gero, etxerako lan gisa, eskatzen zaio zinta etxean entzuteko, egunero 20 minutuz, eta sortutako herstura erregistratzeko. Pazienteak zinta herstura-maila apalarekin entzun dezakeenean, errepika daiteke prozesua beste pentsamendu berri batekin.

Orokortzea errazagoa izan dadin, pazienteari eska dakioke zinta egoera zailetan entzuteko, edo urduri dagoenean, edo aldaketak sartuz pentsamendu obsesiboetan. Azken pausoa da pazienteak bere borondatez pentsamendu obsesiboak burura ekartzea, neutralizatu gabe.

Asertibitate ezkutua erabiliz pentsamenduak gelditzea erabiltzen da, pentsamendu erritualistak edo lasaigarriak kentzeko.

Teknikaren helburua da pentsamendu intrusiboen maiztasuna eta iraupena gutxitzea, neutralizazioa erabili gabe. Horretarako, pentsamendu obsesiboen zerrenda (lau bat pentsamendu) egin beharra dago, eta haiek suspertzen dituzten egoerena. Gainera, aukerazko beste lau pentsamendu lasaigarri eta positibo zerrendatu behar dira. Ez dira pentsamendu neutralizatzaileak erabili behar. Ondo definitu behar da, aukerazko pentsamendua edo irudia erritual bihur ez dadin. Pentsamendu bakoitzak eragiten duen herstura-maila adierazten da.

Pazienteak begiak itxi, eta terapeutak eszena deskribatzen du, pazienteak agertzen dionean erabat osatu duela pentsamendua irudimenean "Stop!" edo "Geldi!" esaten du ozenki, eta galdetzen dio pazienteari zer gertatu den pentsamenduarekin. Berriro errepikatzen da prozesua "Stop" esan ondoren, aukerazko pentsamendua sartzen da, eta minutu bat eta erdi buruan eduki behar du pazienteak. Saio bakoitzak 10 minutu irauten du.

Prozesua errepikatu egiten da, herstura jaitsi arte, eta, gero, pazientea bera da "stop" esaten duena, eta berak deskribatzen du aukerazko pentsamendua (5 minutu). Entrenamenduaren azken mailan pazienteak berak esaten du “stop” ahapeka, eta deskribatzen du aukerazko pentsamendua ahapeka (5 minutu).

Teknika hau 2-3 saiotan praktikatu behar da, eta, gero, etxeko lanak bidali egunero 20 minutuz praktikatzeko, hasieran pazientea estresatu gabe dagoen uneetan eta gero gradualki urduriago dagoen egoeretan. Prozesu hori pentsamendu errazenetatik hasten

da hertsagarrienetaraino, eta autoerregistro bat egiten da, ondoez- eta irudimen-maila neurtuz.

Teknika horren arrakasta-maila txikia da; izan ere, zaila da irudimena erabiltzea, eta batzuetan pentsamendu obsesiboa ez da desagertzen. Askotan, distrakzioaren laguntzarekin batera egiten da.

- **Teknika kognitiboak**

Teknika kognitiboak pentsamendu obsesiboaren balioespena aldatzeko erabili izan dira. Helburua da pentsamendu intrusiboak mehatxagarritzat ez hartzea. Gainera, pazientea obsesioen aurrean jartzeko teknika errazteko, teknika horren lagungarri gisa edo obsesioak soilik dituzten pazienteekin erabili izan dira teknika kognitiboak.

Teknika horiek erabili behar direnean, pauso hauek eman behar dira (Salkovskis, 1996):

a) Obsesio-arazoen eredu kognitibo-jokabidezkoa ezarri. Horren bidez, pazienteak uste distorsionatuak identifikatzen ikasten du, eta bere arazoari buruzko beste ikuspuntu bat eskaintzen dio, erantzukizunari buruzko ideiak ezabatzeko.

b) Pentsamenduak identifikatu, erregistratu, eta horien balioespena eta sinesgarritasun-maila zein den aztertu.

c) Pentsamenduen balioespena eta horien oinarriak zalantzan jarri.

d) Jokabide-esperimentuak egin, pentsamenduak zalantzan jartzeko eta aukerazko hipotesiak frogatzeko. Ez da eztabaidetan galdu behar.

e) Pentsamenduen eta horien balioespenen azpian egon daitezkeen oinarriak zalantzan jarri.

Arlo hauek tratatzen dira terapia kognitiboan (Cruzado, 1998):

1. Pentsamenduei garrantzi handiegia ematea:
   - pentsamendu bat edukitzea, berez, garrantzitsua da
   - pentsamenduek gertakizunak agerraraz ditzakete
   - zerbait pentsatzea egitea bezain txarra da
   - pentsamendu magikoa

2. Erantzukizuna

3. Perfekzionismoa:
   - ziurtasunaren beharra
   - kontrolaren beharra

4. Mehatxuen neurriz gaindiko interpretazioa:
   - arriskuei garrantzi handiegia ematea
   - arriskuen ondorioei garrantzi handiegia ematea

5. Hersturaren ondorioak:
- antsietatea arriskutsua da
- antsietateak errendimendua galarazten du

1. Pentsamenduei garrantzi handiegia ematea

Pentsamendu bat edukitzea, berez, garrantzitsua da. Ideia hori zalantzan jartzeko, esperimentu hauek egiten dira: pentsamendua ezereztu nahi badut, indartu egiten da; egunean zehar garrantzia ez duten pentsamenduak zenbat aldiz agertzen diren identifikatu; pentsamendu bat garrantzitsua dela erabakitzen badut, gehiagotan agertuko da kontu gehiago egiten diodalako.

Pentsamenduak gertakizun bat agerraraz dezake, edo gertakizunaren probabilitatea gehitu. Ideia hori zalantzan jartzeko eskatzen zaio pazienteari adibidez, garbigailua hondatuko dela pentsatzea eta egiaztatzea ea gertatzen den.

Zerbait pentsatzea egitea bezain txarra da. Oinarrian dagoen ideia hauxe da: pentsamenduak onartezinak dira, eta, beraz, pentsamendu desegokiak ekintza desegokiak egitea bezala da. Ideia hori zalantzan jartzeko, esperimentu hauek egin daitezke: zenbat pentsamendu sexual desegoki edo oldarkor ez diren egin, edo besteenganako zenbat bulkada oldarkor ez diren egin. Beraz, ekintzak dira moralak eta etikoak, edo ez, eta ez pentsamenduak.

Pentsamendu magikoa, zenbakiak, koloreak edo letrak ziurtasunarekin edo arriskuarekin lotzen dira. Haien arteko lotura logikoa aztertu behar litzateke.

2. Erantzukizuna

Gertakizun negatibo baten erantzule izatea erlazionatzen da balio pertsonal urriarekin, erru-sentimenduekin eta besteek norbera baztertzearekin. Pazienteek batzuetan erantzukizun-mailari balio handiegia ematen diote, kanpo-faktoreak ahaztuz, edo gertakizun negatiboen ondorioei garrantzi handiegia ematen diete inolako frogarik gabe.

Pazienteari gehiegizko erantzukizuna noiz agertzen duen erregistratzeko eskatzen zaio. Seinalea herstura edo ondoeza izan daiteke. Gero, gertakizuna aztertzen da, eta zenbat faktore egon daitezkeen inplikatuta identifikatzen da, faktore bakoitzaren garrantzia tarta moduko grafiko batean adieraziz. Beste batzuetan, konparatzen dira gertakizun baten aurrean beste pertsona batzuei buruz egiten diren judizioak eta pazienteak bere buruari buruz egiten dituenak.

3. Perfekzionismoa

Perfekzionismoak dakar posible dela egoera perfektua egotea. Horri lotuta daude simetria, zuzentasuna, ziurtasunaren beharra, jakin beharra eta kontrolaren beharra.

Ziurtasunaren beharra. Ideia horri aurre egiteko, galdera hauek erabiltzen dira: irakurgai bateko testu guztia ulertzen ez bada, ez al da ezer ulertzen?; azkar irakurtzen bada, zer pasatzen da? Zerbait egin ondoren, zalantzaren aurrean, ondo ala gaizki dagoen ez egiaztatzea da zalantza maneiatzeko modurik egokiena.

Kontrolaren beharra. Zer pasatzen da akatsik badago? Zer abantaila eta desabantaila ditu hala jokatzeak edo pentsatzeak? Esperimentu batzuk egiten dira: egoera atseginetan pentsamendu desatseginak burura ekartzea, eta lortutako atsegina balioestea.

4. Mehatxuen neurriz gaindiko interpretazioa

Arriskuei garrantzi handiegia ematea. Hondamendi bat gertatzeko pasatu behar diren pauso bakoitzaren analisia eta pauso bakoitzaren probabilitatea kalkulatzen da ariketen bidez (adibidez: zigarroa ez badut itzaltzen etxea erreko da).

Arriskuen ondorioei garrantzi handiegia ematea. Adibidez, gaixotzen banaiz, haurdun dagoen nire laguna kutsatuko dut, eta bere semea edo alaba elbarri jaioko da; etxeko giltzak galtzen baditut, norbait sartuko da eta guztia lapurtuko du. Horrelako eta antzeko egoerak lantzen dira, haien probabilitateak aztertuz.

5. Hersturaren ondorioak

Herstura arriskutsua da edo *hersturarekin ez dago errendimendurik*. Ideia horiei buruz eztabaidatu, eta errealitatean egiaztatu esperimentuen bidez, aztertuz zer gertatzen den nahiz eta urduri egon.

Tratamendu kognitiboa egiten denean, bost alderdi garrantzitsu daude: pazientea ez lasaitzea, pentsamendu obsesiboen ezaugarri normala adieraztea, pentsamenduetara ohitzeko prozesua luzea izatea, eta pentsamenduen kontra ez egitea.

- **Tratamendu konbinatuak (psikofarmakologikoa eta kognitibo-jokabidezkoa)**

Batez ere antidepresiboak erabiltzen dira, 200-250 mg clomipramina (anafranil, tofranil), 60-80 mg fluvoxamina (luvox) eta fluoxetina (prozac). Hirurek sintoma obsesiboak, depresioa eta herstura hobetzen dituzte. Antidepresiboen eragina ez da bat-batekoa; 2-3 aste pasatzen dira eragina izaten hasi arte; berrizkaturak askotan gertatzen dira, botikak hartzeari uzten zaionean, eta nahigabeko ondorioak sarri agertzen dira. Tratamenduak 10-12 aste iraun behar du gutxienez.

Psikofarmakoak erabil daitezke, depresio-maila handia denean, ideiei garrantzi handiegia ematen zaienean, motibazioa urria denean, eta sintomak azkar gutxitu behar direnean gero tratamendu psikologikoa hasteko. Oro har, gomendatzen da antidepresiboak pazientea obsesioen aurrean jartzeko teknikarekin eta erantzunaren prebentzioarekin batera erabiltzea.

- **Ondorioak**

Tratamendua anbulatorioan egitea gomendatzen da; pazientea ospitaleratzen da, familia giroa negatiboa denean edo pazienteak bere burua hiltzeko arriskua dagoenean. Depresioa duten pazienteek, lehenengo, hura tratatu beharko dute, eta, gero, nahaste obsesibo-konpultsiboa.

Arruntena da egunero ordu batera jaistea erritualen eta obsesioen iraupena, oso bakanetan desagertzen baita nahastea.

Jokabide erritualistak agerikoak direnean, egoeren aurrez aurre jartzea erantzunaren prebentzioarekin egiten da, irudimenean bakarrik arriskuak potentzialak direnean. Erritual kognitiboak edo obsesioak bakarrik daudenean, pentsamenduak gelditzea eta asertibitate ezkutua erabiltzen dira.

Garrantzitsua da mantentzea planifikatzea. Horretarako, saioak sakabanatu egin behar dira, eta bi asterik behin egin. Kontuan hartu behar da normala dela pentsamendu intrusiboak edukitzea egoera estresagarrietan. Horiek agertzen badira, ikasitakoa abian jarri behar da, eta, obsesioaz gain, beste arlo batzuk ere landu behar dira: astialdia, harreman pertsonalak, lana, arazoen konponbidea, autoestimua, eta abar.

Bestalde, **berrizkaturen prebentzioa** ere egin behar da. Horretarako zenbait puntu aipatu behar dira:

Eguneroko estresek eta gogo-aldarteek duten eragina hersturaren eta pentsamendu intrusiboen agerpenean. Arrisku egoerak identifikatzen ikastea. Ikasitako teknikak aplikatzen hastea. Idatziz eman diren aginduak irakurtzea eta praktikan jartzea. Arrisku-egoerak ikasteko aukeratzat hartzea.

Zailtasunak ere ager daitezke tratamenduan zehar:

a) Ez ohitzea, obsesioen aurrean jartzeko saioak motzak direlako, depresio-maila handia delako edo ideiei garrantzi handiegia ematen zaielako.
b) Saio batetik bestera aurrerapenik ez egitea, pazienteak distrakzioa edo neutralizazioa erabiltzen dituelako edo familiakoek neutralizazioa baliatzen dutelako.
c) Tratamenduari ez lotzea, ez delako ulertzen, etxerako lanekin arazoak edo zailtasunak daudelako, arazoarekiko erantzukizuna hartzen ez delako…

Tratamenduaren eragina:

Arrakasta terapeutikoa % 70-75ekoa da tratamendua bukatzean eta jarraipenetan; hau da, pazienteen sintomak % 50 gutxitzen dira. Arrakasta-mailak txikiagoak dira, % 50en inguruan, obsesio puruak dituzten pazienteengan.

Pazienteen % 20-25 inguruk ez du tratamendua bukatzen, eta ez du eraginik egoeren aurrez aurre jartzeak erantzunaren prebentzioarekin % 10-15ean. Berrizkaturak, eskuarki, depresioarekin eta motibazio-maila txikiarekin lotzen dira.

Oraindik gutxi dakigu obsesio puruen tratamenduari buruz, eta baita ere geldotasun konpultsiboari buruz. Gainera, introspekzio urria duten pazienteek, nortasun obsesiboa dutenek eta familia-harreman disfuntzionalak dituztenek tratamendu zailagoa dute.

Garunaren ebakuntza (zingulotomia) oso kasu larrietan aplikatzen da, eta beste terapia guztiek porrot egin dutenean gomendatzen da.

OINARRIZKO BIBLIOGRAFIA

Cruzado, J.A. (1993). ***Tratamiento comportamental del trastorno obsesivo-compulsivo***. Madril. Fundación Universidad Empresa.

Cruzado, J.A. (1998). "Trastorno obsesivo-compulsivo" *in* Vallejo M. ***Manual de terapia de conducta*.** Madril. Dykinson. 1. alea.

Foa, E. eta Wilson, R. (1992). ***Venza sus obsesiones***. Bartzelona. Robin Book.

Freeston eta Ladouceur (1997). "Análisis y tratamiento de las obsesiones" *in* Caballo V. ***Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos***. Madril. Siglo XXI.

Robert eta Botella (1990). "El trastorno obsesivo-compulsivo (I): una revisión de las teorías explicativas". ***Análisis y modificación de conducta*, 16,** 549.-584. orrialdeak.

Vallejo, M. (2003). "Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo-compulsivo" *in* Perez, M., Fernández, J.R., Fernández, C. eta Amigo, I. ***Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*.** Madril. Pirámide.

Turner, S.M. eta Beidel, D.C. (1994). ***Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo*.** Bartzelona. Martinez Roca.

HIPOKONDRIA

6.5. Hipokondriaren kontzeptua
6.6. Hipokondriaren etiologia
6.7. Hipokondriaren ebaluazioa
6.8. Hipokondriaren tratamendua
Oinarrizko bibliografia

6.5. HIPOKONDRIAREN KONTZEPTUA

Literaturan hipokondriakoen adibide argiak daude: Molièreren “alegiazko gaixoa” edo Cervantes-en “Vidriera lizentziaduna”. Aspalditik deskribatu dira gaixo horien ezaugarriak.

Populazio orokorrean arrunta da gaixotasunei beldur izatea. Askotan beldur horiek agertzen dira, familiako edo gertuko norbaitek diagnostiko larria duenean edo azalpenik ez duten sintoma fisikoak azaltzen direnean, baina ez dute irauten 6 hilabete baino gehiago. Horrela, osasunarekiko jarrerak *continuum* batean koka daitezke: mutur batean, etengabeko kezka kronikoa eta iraunkorra, eta, bestean, norberaren osasunaz ez arduratzea, nahiz eta arriskuak izan.

Hipokondria nahaste somatoformeen artekoa da. Nahaste horien ezaugarri nagusia da zergati organikoa ez duten sintoma fisikoen agerpena (gainera, sintoma fisiko horiek ez dira pertsonaren borondatez sortuak). DSM-IVren arabera hipokondria honela definitzen da: gaixotasun larriaren beldurra, kezka edo ustea. Uste hori gorputzeko sintomen interpretazio desegokiaren ondorioa da; ez da eldarniozkoa, eta kezka atxikitzen du, nahiz eta froga medikoak eta azalpenak hipotesi horren kontra egon. Pazienteak kezkatuta daude sintoma fisikoen esanahiarengatik. Eztarriko mina, buruko mina, larruazaleko orbanak, eztula, zorabioak, urdaileko mina eta beste izaten dira haien kezkak. Kezka horiek eragin negatiboa dute bizitzan, lanean, familian eta abarretan, eta gutxienez 6 hilabeteko iraupena dute.

Hipokondriakoak medikuarenera joaten dira, eta ez psikologo edo psikiatrarenera. Sintoma orokorrengatik kexatzen dira edo nekeagatik, eta normala izaten da nahastea estres-egoeren ondorioz agertzea.

Pazienteak zehatz-mehatz deskribatzen du bere historia, eta sendagilearekiko harremanean amorrua eta frustrazioak agertzen dira. Sendagileen lasaitasuna bilatzen dute, eta tratamendu psikologikoa ez dute jaso nahi. Askotan, paziente horiekin gertatzen da benetan gaixotzen direnean sendagileak, aspertuta, kasurik egiten ez dietela.

Pazienteek beren sentipen somatikoak handiagotzen dituzte, eta ondoez fisikoa okerrago jasaten dute. Herstura izerdiaren eta sintoma fisikoekiko kezkaren bidez adierazten dute. Kezka horiek ez dute justifikazio organikorik, eta gorputz-aldaketen aurrean atentzio selektiboa agertzen delako eta gorputzeko sintomak negatiboki interpretatzen direlako agertzen dira.

Kezka somatikoez gain paziente horiek nortasun konpultsiboa izaten dute, *doctor shopping* deritzan joera, tristura; harreman sozial gutxi izaten dituzte, eta beren sintomak xehetasunez azaltzeko beharra; medikuei mesfidantza diete, eta arruntak izaten dira

egoerak ekiditeko jokabideak eta gorputz-sintomen egiaztatze erritualistak. Botika gehiegi hartzen dituzte, froga diagnostikoak eskatzen dituzte, eta larrialdietara joaten dira maiz (kostu ekonomiko handia dakarte, beraz).

- **Hipokondria motak**

Hipokondria mota batzuk bereizten dira:

a) Lehen mailakoa. Ez dago beste nahaste psikiatrikorik.
b) Bigarren mailakoa. Beste gaixotasun fisiko edo mental baten edo bizipen batzuen ondorioa da hipokondria. Askotan, nahastea depresio nagusiaren, izuaren, herstura orokorraren edo eskizofreniaren ondorioz ager daiteke, edo bizipen negatiboen ondorioz, hilzorian dagoen norbaiten zaintzaile delako pazientea edo batzuetan medikuntzako ikasle izateagatik. Maiz nahastea gaixotasun larri baten ondoko susperraldian agertzen da.
c) Hipokondria iragazgaitza. Arazoak 6 hilabeteko iraupena baino laburragoa du, eskuarki gaixotasunaren edo egoera estresagarrien ondorioz.

Batzuetan beste bereizketa batzuk ere egiten dira:

Hipokondria "cum materia". Arazo fisikoak egoki diagnostikatuta daude, baina pazienteak kezka handiagotu egiten du, eta bere bizitzaren arlo nagusia bihurtzen. Analisi, behaketa, froga mediko anitz egiten ditu, eta egun osoa kezka horretan murgilduta egoten da.

Hipokondria "sine materia". Ez dago medikuak diagnostika dezakeen ezer fisikorik, baina pazientea sentipen fisikoen interpretazio larrietan murgilduta dago, zerbait larria izango direla pentsatuz eta egoera dramatikoetara bultzatuko dutela pentsatuz.

Nahastearen aurrean, garrantzitsua da introspekzio-maila zehaztea, hau da, pazienteak bere kezka gehiegizkoa eta irrazionala dela onartzen duen edo ez aztertzea.

Erantzun sistema hirukoitzaren arabera, pazienteek aktibazio-sintoma fisiologikoak izaten dituzte; erritualak eta ekidite-jokabideak egiten dituzte, eta gehiegizko kezkak eta pentsamendu irrazionalak agertzen dituzte osasunaren eta gaixotasunaren inguruan.

- **Komorbilitatea**

Hipokondria depresio- eta herstura-nahasteekin batera agertzen da, eta izuan eta nahaste obsesibo-konpultsiboan ere ager daiteke. Autore askok (Tyrer, Seivewright eta Seivewright, 1999, Kellner, 1986) nortasunaren ezaugarri ez-normaltzat jotzen dituzte jarrera hipokondriakoak.

- **Diagnostiko diferentziala**

Ez da erraza hipokondria eta adierazpen somatikoa duten beste arazo batzuk bereiztea.

Diagnostiko diferentziala egiteko lehen pausoa da **nahaste fisikorik ez dagoela** baieztatzea. Pazienteak ez du eduki behar sintoma fisikorik duen gaixotasunik. Hala ere, batzuetan nahaste organikoak eta hipokondria batera gertatzen dira. Gaixotasun fisikoaz sendagileak ematen dion informazioa katastrofikoki interpretatzen du pazienteak; ez da

lasaitzen sendagileak emandako informazioarekin; beraren beldurrak gaixotasun fisikoarekin zerikusia ez duten sintomei lotuta daude, eta kezka hipokondriakoak arazo fisikoa baino lehenago agertu dira (Schmidt, 1994).

Zailtasunak daude hipokondria eta gaixotasunarekiko fobia (nosofobia) bereizteko. Nosofobian gaixotzeko beldurra dago; hipokondrian, berriz, gaixotasun larria dagoelako ustea. Gainera, beste ezaugarri bereizgarri batzuk ere badaude.

Hipokondria	**Nosofobia**
Antsietatea barne-estimuluekikoa (gorputzeko sentipenak) da.	Antsietatea barne eta kanpo estimuluekikoa da.
Neutralizazio-jokabideak daude.	Ekidite jokabideak daude.
Beldur zaie hainbat gaixotasun eta gorputz-sintomari (aldagarriak dira).	Beldur zaio sintoma edo gaixotasun bakar bati (finkoa da).

Hala eta guztiz ere, batzuetan pazienteak bi arazoen ezaugarriak agertzen ditu.

Somatizazio-nahastea eta hipokondria bereiztea ere batzuetan ez da erraza. Lehenengo kasuan, sintoma fisikoak dira arazoa; hipokondrian, berriz, gaixotasunaren beldurra edo gaixo-ustea da arazoa. Gainera, somatizazioan kexak orokorrak dira; hipokondrian, berriz, zehatzak. Sendagileekin eratzen den harremanean, somatizatzaileak konfiantza, eskerra eta arreta agertzen dituzte. Hipokondriakoak, aldiz, ez dira lasaitzen; zorrotzak dira, eta ez dute esker ona agertzen. Pazientearen ezaugarrien aldetik, somatizatzaileak emakumeak izaten dira, 20 urtetik 30 urtera bitartekoak, eta nortasun histrionikoaren ezaugarriak dituzte. Hipokondriakoak 30 urtetik 40 urtera bitartekoak izaten dira; emakume edo gizon izan daitezke, eta nortasun obsesiboaren ezaugarriak dituzte.

Hipokondria eta nahaste obsesibo-konpultsiboa bereiztea askotan zaila da. Desberdintasun nagusia osasunarekiko kezkaren aurkako erresistentzia da. Nahaste obsesibo-konpultsiboa duten pazienteek ez dute pentsamendu hori izan nahi, eta haren kontra egiten dute. Erritualei dagokienez, antzekoak izan daitezke bi arazoetan.

Kontuan hartu behar da, halaber, depresio- eta herstura-arazoen agerpena, jarrera hipokondriakoak depresioan, min psikogenoan, izuan eta herstura orokorrean ere ager baitaitezke. Depresioan, pazienteak okerrago sentitzen dira goizez; galerak egoten dira arazoaren sorreran; medikuengatik urruntzen dira; sintomak ezkutatzen dira, eta haien zio psikologikoa onartzen da; hipokondrian, aldiz, ez (Dubovsky, 1988).

Izuan gaizki interpretatzen diren sintomak dira aktibazio fisiologikoarekin zerikusia dutenak; une horretan ager daitekeen gaixotasun larri batekin lotzen dira; ekidite-, ihes- eta segurtasun-jokabideak egiten dira, eta hersturarekiko sinesmen disfuntzionalak daude (Salkovskis eta Clark, 1993).

Herstura orokorraren kasuan, pazientea bere ingurukoak edo familiakoak gaixotuko diren beldur da; mehatxua etorkizunean kokatua dago; sendagileak ez du lasaitzen pazientea, eta beldurrak ez dira estimulu zehatzen aurrean aktibatzen (Woody eta Rachman, 1994).

- **Epidemiologia**

Hipokondriaren hasieran eta bilakaeran gaixotasun fisikoak egon daitezke, eta arazoa helduaroan agertzen da. Gizonen eta emakumeen arteko maiztasuna antzekoa da, eta biztanleen % 4-9k garatzen du. Arazoa kronikoa izan daiteke, aldian behin agertu edo behin bakarrik. Kronikoa denean, nortasunaren ezaugarritzat hartzen da, neurotizismoarekin eta afektu negatiboarekin duen loturagatik.

6.6. HIPOKONDRIAREN ETIOLOGIA

Hainbat teoria agertu dira hipokondria ulertzeko, guztiak izan daitezke baliagarriak pazienteari gertatzen zaiona ulertzeko.

Ikuspuntu psikodinamikotik, hipokondria da, kexa fisikoen bidez, bulkada sexual eta oldarkorrak desbideratzeko modua. Autoestimu apala izanik eta Niari baliogabe iritzirik, pazienteak hartzen duen babesteko modua da nahaste hori. Beste batzuetan, emozioak eta afektuak adierazteko pazienteak dituen zailtasunengatik agertzen da hipokondria.

- **Pertzepzio-arazoaren adierazpena**

Barsky-k (1996) dio hipokondriakoak estilo somatiko areagotzailea dutela, gorputzeko sentipenak txar eta mehatxagarri hautematen baitituzte. Hiru ezaugarri ageri dira paziente horiengan:

1. gorputzari atentzioa hartzea, gorputza miatzea, eta gorputzeko sentipen deserosoei kontu egitea.
2. beldurrei eta maiztasun txikiko sentipenei atentzioa hartzea.
3. gorputzeko sentipenak ez-normalak, patologikoak eta gaixotasunaren seinale direla uste izatea.

Areagotzen diren gorputzeko sentipenak honako hauek izaten dira: bihotz-taupadak, konkorrak, urdaileko arazoak, buruko mina, belarriko burrunbak, arnasbideetako arazoak, zotina, larruazaleko orbanak, eta abar.

Behin gaixotasunaren susmoa agertu ondoren, gorputza miatzen dute, hipotesia baiezta dezaketen sentipen somatikoei adi egoteko. Horrek guztiak antsietatea handitzen du, eta, horrekin batera, gorputz-sentipen gehiago sortzen dira, nahaste fisikoaren seinaletzat hartuak.

Hautemate-estilo hori, edo pertzepzio hori, izan daiteke aldizkakoa edo iraunkorra, haurtzaroan ikasitakoa, hezkuntzarengatik, jasotako informazioarengatik edo bizi izandako gertakizunengatik eraikitakoa.

Kellner-ek (1986) dio haurtzaroan jasandako esperientziek sintoma somatikoei adi egotera bultzatzen dutela pazientea eta hainbat gertakizunek amiltze-faktore gisa funtziona dezaketela (familiakoen gaixotasunek, heriotzek…).

- **Hipokondria jokabide sozial ikasiaren adierazpena**

Ikuspuntu horretatik, gaixo egotearen abantailak proposatzen dira arazoaren iraupena ulertzeko. Besteen arreta izatea eta erantzukizunik bete behar ez izatea izan daitezke nahasteak iraunarazteko faktoreak. Gainera, hipokondria modu irekian adierazten ez diren kritika eta sentimendu negatiboak azaltzeko bidea izan daiteke, batetik, eta, bestetik, bikotean eta familian baztertze- edo uzte-arriskua ekiditeko modua.

- **Hipokondria, interpretazio kognitibo desegokiaren ondorioa**

Warwick eta Salkovskis (1990) ikertzaileek diote hipokondria interpretazio kognitibo okerraren ondorioa dela, arriskutsuak ez diren sintoma fisikoak gaixotasun larriaren seinaletzat gisa hartzen direlako. Interpretazio hori agertzen da osasunaren eta gaixotasunaren aurrean jarrera ez-funtzionalak dituzten pertsonen artean. Jarrera horiek pazienteen gaixotasun-esperientzien, familiako gaixotasunen edo sendagileen akatsen ondorio izan daitezke. Esperientzia horiek sintomen, osasunaren eta gaixotasunen interpretazio okerrak egitera bultzatzen dute pazientea, eta antsietatea sorrarazten dute. Jarrera horiek gertakizun kritiko bat agertu arte egon daitezke aktibatu gabe, baina gertakizuna agertzean herstura azaltzen da.

Behin osasunarekiko herstura agertu ondoren, aktibazio fisiologikoa hasten da, eta hori gaixotasunaren seinale gisa interpretatzen da. Ondorioz, pertsona gorputzari adi egoten da, eta berrikuste-jokabideak, informazioaren bilaketa eta galdeketa lasaigarriak agertzen dira. Jokabide horiek guztiek sintomak areagotzen dituzte, eta pentsamendu negatiboak handitu.

Aktibazio fisiologikoa, atentzioaren fokalizazioa, ekiditea eta autobehaketa, nahaste obsesibo-konpultsiboan bezala, erritual gisakoak dira. Kezkak mantentzen dituzte; ez diote uzten pertsonari ikusten ez dela gertatzen hark uste duena; pentsamendu negatiboei adi egotera bultzatzen dute, eta gorputz-aldaketak sortzen dituzte.

Taula honetan agertzen da eredua zehatzago:

Arazoaren bilakaera:
Gaixotasunekin norberak edo familian izandako esperientziak
Osasuna, sintomak eta gaixo-usteak (adibidez, gorputzeko sintomak zerbait gaizki dagoen seinale dira; nire sintomek azalpena izan beharko lukete; ez nuke nire gorputza sentitu behar…)
Gertakizun kritikoa edo seinale fisikoaren agerpena
Irudi eta pentsamendu automatiko negatiboak (gaixotasuna izan daiteke, beranduegi izan daiteke, okertzen ari naiz…)
Osasunarekiko herstura

Arazoaren iraupena:

Mehatxagarria hautematen diren estimuluak (irakurketak, gaixotasunei buruzko berriak, irudiak...)

Beldurra eta herstura eragiten ditu, eta pazienteak sintoma eta jokabide hauek agertzen ditu:

aldaketa fisiologikoak: aktibazioa, lo egiteko arazoak, eta abar
aldaketa kognitiboak: atentzioaren fokalizazioa, informazio negatiboari adi egotea, informazio positiboari garrantzia kentzea
jokabide-aldaketak: ekiditea, gorputza miatzea, kontsultak, informazio lasaigarria bilatzea
aldaketa emozionalak: herstura, tristura, amorrua

6.7. HIPOKONDRIAREN EBALUAZIOA

Analisi funtzionalaren eskemari jarraituz, aldagai hauei buruzko informazioa jaso behar da ebaluazioan.

Estimulu aurrekariak: urrunak, haurtzaroko gaixotasunak edo familiaren joera hipokondriakoak, gaur egungoak, gertukoen heriotza edo dolu-prozesuak, estresak eragindako ondoez fisikoak, gaixotasun bati buruzko informazio berria eta mehatxagarria…

Gorputz-aldagaiak: faktore sozial eta kulturalak, seinale fisikoak hautemateko gaitasun handia, asertibitatea, eta emozioak adierazteko zailtasunak.

Erantzun-sistema hirukoitza:

Kognizioak: kezkak, arreta selektiboa, neurriz gaindiko autobehaketa, gorputzaren osasuna ez zaintzea, eta abar.
Erantzun fisiologikoak: nerbio-sistema autonomoaren aktibazioa, gogo-aldartearen desoreka.
Erantzun jokabidezkoak: gaixotasunarekiko hizketaldiak, sendagileen kontsultetara joatea, informazioa bilatzea, gaixoen jokabideak egitea (ohean egon, termometroa jarri, elikadura-ohiturak aldatu, botikak hartu…), gorputza aztertzea eta ukitzea. Ekidite-jokabideak, batez ere jarduera sozialei eta lanari lotuak.

Ondorioak:

Bi motatako ondorioak izan daitezke: batetik, errefortzu positiboa (besteen ardura eta zainketak jasotzea) eta, bestetik, errefortzu negatiboa (gaixo egotearen beldurra gutxitzea eta ondorio beldurgarriak ekiditea).

Horri guztiari buruz informazioa lortzeko hainbat tresna erabil daitezke. Jarraian azaltzen dira nagusiak.

- **Elkarrizketak**

Aurretik aipatutako aldagaiez gain, oso garrantzitsua da datuak jasotzea pazienteak tratamendu psikologikoaren aurrean duen jarrerari buruz. Ohikoa da terapeuta konbentzitu nahi izatea bere arazo fisikoaz. Jarrera horien aurrean, psikologoak adierazi behar du ez duela soilik arazo psikologikoekin lan egiten, eta psikearen eta somaren arteko lotura ere lantzen duela. Ebaluazioaren helburua informazioa jasotzea da. Gero, pazienteak erabakiko du aurrera jarraitu nahi duen edo ez, eta askotan lagungarri izaten da galdetzea ea ez ote duen inoiz zalantzarik izan bere arazo fisikoen zergatiaz.

Beraz, arazoaren deskribapena egiteko eskatzen zaio pazienteari, eta arazoaren historia, bilakaera eta jasotako tratamenduak azaltzeko. Gainera, informazioa jasotzen da arazoari buruzko usteak eguneroko jardueretan duen eraginari buruz eta ingurukoen erreakzioari buruz.

Elkarrizketaren helburu nagusia izaten da harreman terapeutikoa eraikitzea. Paziente hipokondriakoak ez dira gustura egoten sendagileekin dituzten harremanetan; haien ustez, urteetan haien arazoez jasotako informazioa ez da egokia izan; ez dituzte entzun, ezin izan dituztelako beren sintomak xehetasunez adierazi; sendagileen jarrera ez da atsegina izan, eta askotan tratamendu psikologikoa denbora galtzea dela pentsatzen dute (Warwick, 1995). Hori guztia kontuan hartu behar da ebaluazioa egitean.

- **Galdetegiak**

Gaixotasunarekiko jarreren eskala (*Escala de actitud ante la enfermedad,* IAS, Kellner, 1986)

29 item dauzka, 9 eskalatan banatuak. Hona hemen eskala horiek: gaixotasunarekiko kezka, minarekiko kezka, osasun-ohiturak, uste hipokondriakoak, tanatofobia, gaixotasunarekiko fobia, gorputzarekiko kezka, sintomen eragina eta tratamenduekin izandako esperientzia. Item bakoitzari 5 puntuko Likert eskala baten arabera erantzuten zaio.

Gaixotasun-jokabideen galdetegia (*Cuestionario de conducta de enfermedad*, IBQ, Pilowsky eta Spence, 1983)

Osasun-egoeraren aurrean erantzuteko modua neurtzen du. 62 galderaz osatua dago, erantzun dikotomikoa dutenak eta 7 faktoretan biltzen direnak (hipokondria orokorra, gaixotasun-ustea, sintomen pertzepzio psikologikoa *vs* somatikoa, afektuen inhibizioa, desoreka emozionala, ukatzea eta amorrua).

Gorputz-sentipenen areagotzearen eskala (*Escala de amplificación somato-sensorial*, SSAS, Barsky, Wyshak eta Klerman, 1990)

10 galdera ditu, eta bakoitza zer puntutaraino den norberaren ezaugarria erantzun behar du pazienteak. Item bakoitzari 5 puntuko Likert eskala baten arabera erantzuten zaio, eta bi osagarri ditu: kanpo-estimuluen areagotzea eta barne-estimuluen areagotzea.

- **Autobehaketa**

Pazienteak erregistra ditzake bere sintomak, pentsamenduak, jokabideak, hartzen dituen botikak, arazoaren ondorioak eta beste hainbat aldagai.

6.8. HIPOKONDRIAREN TRATAMENDUA

Hainbat teknika psikologiko erabili dira hipokondriaren terapian. Aviak (1992) tratamendu zabala proposatzen du, osagai hauek erabilita:

- Autoerregistroaren bidez gaixotasun-sintomen behaketa egituratua egitea.
- Hersturaren kontrako teknikak erakustea: lasaiketa, arnasketa, norberaren gorputzaren sentipen positiboak aztertzea, distrakzioa eta zentzumenen erabilera (entzumena, ukimena, usaimena…) gorputz-esperientzia berriak izateko.
- Familiak eta pazienteak gaixotasunaren aurrean duten jarrera aldatzea, gaixotasunaren indargarri izan ez daitezen, eta eguneroko jarduerak berreskuratzea.
- Pazientea sentipenen aurrean jartzea, sintoma fisikoak sorraraziz, irudimenean gaixotasunaren azken ondorioen aurrean jarriz, eta erantzun erritualak galaraziz (egiaztatzea, informazioa bilatzea, galderak…).
- Pazientearen bizitza antolatzea, estres-iturriak kontrolatuz eta harreman sozialak landuz. Horretarako, trebetasun sozialen entrenamendua eta arazoei irtenbideak aurkitzeko entrenamendua erabiltzen dira.

Warwick-en eta Salkovskis-en (1990) terapia kognitiboak duen helburua seinale fisikoen interpretazioa aldatzea da. Horretarako, pazienteari laguntzen zaio bere arazoa ezagutzen. Autore horiek oinarrizkotzat jotzen dute terapeutak printzipio orokor hauek baliatzea hipokondriaren tratamenduan (Salkovskis, 1989):

1. Terapiaren helburua arazoa identifikatzen laguntzea da.
2. Sintomak egiazkoak dira, eta tratamenduaren helburua da horiei azalpen egokia ematea.
3. Informazio egokia eta desegokia bereizi (azken hori lasaigarria eta errepikatua da).
4. Saio terapeutikoak elkarlanekoak dira (galderak egin eta ez borrokatu inoiz).
5. Pazientearen usteak harentzat egiazkoak diren datuetan oinarritzen dira. Ustea hankaz gora jarri baino lehenago, aztertu zein den pazienteak darabilen egiazko froga eta landu.
6. Epea jarri lan egiteko, pazientearen beldurrak eta terapiak behar duten denbora kontuan hartuz.
7. Pazienteek duten atentzio selektiboa eta sugestionatzeko erraztasuna erabili behar dira, antsietateak sintoma fisikoak sor ditzakeela azaltzeko.
8. Pazienteei eskatu behar zaie saio terapeutikoan ulertutakoa laburtzeko, ondo ulertu duten jakiteko.

Oinarri horiek kontuan hartuta, diseinatu den terapiak 10 saio irauten du, eta osagai hauek dauzka:

a) Arazoari iraunarazten dioten jokabide arazotsuak ezabatzea, eta horien ordez egokiak ezartzea.
b) Sintoma fisikoek sortzen dituzten pentsamendu negatibo automatikoak identifikatzea eta aldatzea.
c) Osasunari eta gaixotasunari buruzko uste desegokiak aldatzea.

10 saio horiek 3 multzotan banatzen dira (Botella eta Martinez, 1997):

1.-2. saioak: azalpen-eredua argitzea eta konpromisoa lortzea.
3.-4.-5.-6.-7.-8. saioak: teknikak ikastea
9.-10. saioak: berrizkaturen prebentzioa

Lehenengo fasea: hezkuntza

1. Pazientearen arazoa adierazten duen hipotesia azaltzea (sintomek zergati organikoa dute).
2. Aukerazko hipotesia proposatzea (sintomak antsietatearen ondorio dira). Hemen agertzen da Warwick-ek eta Salkovskis-ek planteatutako etiologiaren eskema.
Bi hipotesiak konparatzea: pazienteari zalantzak, galderak, desadostasunak eta iruzkinak idazteko eskatzen zaio.
Konpromiso terapeutikoa ezartzea (2-3 hilabetean zehar lan egingo da, hipotesi berriarekin ea zer gertatzen den).
Tratamenduaren logika planteatzea.

Bigarrengo fasean: teknikak erakutsi

1. Arazoak irauteko jokabideek (ekiditeak, lasaitasuna bilatzeak, egiaztatzeak eta miatzeak) duten eragina lantzea. Pazienteari eskatzen zaio ekiditen dituen jokabideak egiteko eta egiaztatze-jokabideek zer eragin izan dezaketen aztertzeko (adibidez, gorputzeko alderdiak sakatzeak min egiten du).
2. Autodebekuak (erantzunen prebentzioa) ezartzea: sendagileengana ez joan; lagunei, familiakoei edo lankideei sintomez ez hitz egin; gaixotasunei buruz informazioa ez bilatu edo irakurri; kezken iturri diren gorputz-atalak ez ukitu eta ez aztertu.
3. Familiakoei jokabide-arauak eskaintzea.
4. Sintomen interpretazio negatiboei buruzko eztabaida (I): arazoaren hipotesiaren aldeko eta kontrako frogak aztertu (adibidez, zer pentsatuko luke beste batek egoera horretan?, datu garrantzitsuak ahazten al ditut?). Horretarako hipokondriaren egunerokoa ematen zaio.
Sintomen interpretazio negatiboei buruzko eztabaida (II) : “Kezkatzeko ordua” izeneko ariketa.
6. Atentzioaren fokalizazioak gorputz-sentipenetan duen eragina.
7. Distrakzioaren eragina.
8. Distrakzioaren entrenamendua.
9. Atseginak ez diren irudiak berregituratzea.
10. Uste disfuntzionalen identifikazioa eta eztabaida.

Hirugarrengo fasea: berrizkaturen prebentzioa

Landutako kontzeptuak eta teknikak gogoratzen dira; lortutako hobekuntzak eta hipotesien sinesmen-maila balioesten dira. Pazienteari galdera hauek egiten zaizkio:

Zer da antsietatea?
Zer faktorek iraunarazten diote osasunarekiko kezkari?
Sintomei buruz zer pentsamendu negatibo dituzu? Aldeko eta kontrako zer datu daude?
Osasunari buruzko zer uste desegoki dituzu? Aldeko eta kontrako zer datu daude?
Tratamenduaren zer osagai izan dira lagungarrienak?
Nola egingo diezu aurre osasunarekiko kezkei?

Barsky-ren, Geringer-en eta Wool-en (1988) programak estilo somatiko areagotzailea tratatzea du helburu. Horretarako, talde-terapia egitea proposatzen dute, 6-8 pazienterekin, osagai hauek landurik:

Atentzioaren eragina arazoan eta lasaiketaren erabilera.
Pentsamenduak eta sintomak egoztea.
Inguruaren faktoreak eta horien eragina.
Emozioak eta mendekotasun-arazoak.

- **Ondorioak**

Urteetan pentsatu da hipokondria ezin zela tratatu, aldaketa gutxi eta pronostiko txarra zuen arazoa zela. Batez ere hiru arrazoirengatik:

a. hipokondriakoek sendagileen esku-hartzeei beste sintoma eta arazo batzuekin erantzuten dietelako.
b. tratamendu psikologikoaren aurrean erresistentzia handia dutelako.
c. sendagileekin mendekoak eta, aldi berean, oldarkorrak agertzen direlako (ondorioz, harreman terapeutikoa galarazten da).

Gainera, badirudi hipokondriakoen artean bi talde bereiz daitezkeela (Salkovskis, 1991):

1. jokabide-eredu fobikoa dutenak, ekiditea bereziki erabiltzen dutenak, eta arazoaren aurrean jartzeko teknika eta erantzunaren prebentzioa lagungarri dituztenak.
2. gaixo daudela uste dutenak, pentsamendu eta jokabide obsesiboa dutenak. Horientzat tratamendu kognitiboa lagungarriagoa da.

Tratamendu psikofarmakologikoa erabiltzen denean, antidepresiboak ematen zaizkie pazienteei, eta, egoera estresagarriak badaude, lasaigarriak, baina ez dago tratamendu psikologikoa eta farmakologikoa konparatu duen ikerketa esperimentalik.

Oro har, Bass-ek eta Benjamin-ek (1993) pronostiko okerraren aldagaiak azaldu dituzte:

Antsietaterik eta depresiorik ez izatea
Zergati fisikoaren hipotesiaren aldeko sinismen maila handia
Estresak eta hersturak larriagotzen ez duten mina
Ebakuntza-historia luzea, arrakastarik gabea
Min kroniko eta iraunkorra
Bikotearen ezaugarri hipokondriakoak

OINARRIZKO BIBLIOGRAFIA

Avia, M.D. (1993). ***Hipocondría***. Bartzelona. Martinez Roca.

Botella, C. eta Martinez, M.P. (1997). "Tratamiento cognitivo-conductual de la hipocondría" *in* Caballo, V. (arg.). ***Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*.** Madril. Siglo XXI.

Fernandez, R. eta Fernandez, C. (2003). "Guía de tratamientos psicológicos eficaces en la hipocondría" *in* Perez, M., Fernández, J.R., Fernández, C. eta Amigo, I. ***Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*.** Madril. Pirámide.

Revista de psicopatología y psicología clínica (1991), 2. zenbakia, hipokondriari buruzko monografikoa.

Salkovskis, P.M. (1991). "Aspectos cognitivo-conductuales de problemas con presentación somática: ansiedad por la salud, hipocondría, fobia a la enfermedad y problemas psicosomáticos". ***Cuadernos de medicina psicosomática*, 18**, 42.-55. orrialdeak.

7. DEPRESIOA ETA DOLUA

7.1. Kontzeptuak eta ezaugarriak
7.2. Depresioaren azalpen-ereduak
7.3. Depresioaren ebaluazioa
7.4. Depresioaren tratamendua
Oinarrizko bibliografia

7.1. KONTZEPTUAK ETA EZAUGARRIAK

Depresioaren oinarrian tristura dago, eta depresioa definitzea ez da oso erraza sintoma psikologikoak eta fisikoak nahasita ageri direlako. Tristuraren agerpena galerekin lotzen da, tristura normala eta egokitzailea da, besteek laguntza eskaintzea posible egiten du. Golemanek dio (1996) tristuraren funtzio nagusia dela konpondu ezin daitekeen galera bat taxutzea (norbaiten heriotza edo ustekabe negatiboa). Tristurak energia gutxitzen du, eta eguneroko jarduerekiko interesa eta plazera gutxitu; horrek gorputzaren metabolismoa geldotu egiten du. Tristurak barne-introspekziora eramaten gaitu, galdutakoagatik negar egitera, eta, ondorioz, bizia aintzat hartzera eta indarberritzean zer egingo den planifikatzera.

Depresioak, oinarrian tristura egonik ere, beste hainbat sintoma multzo ditu, eta, tristura normalarekin konparatuz, intentsitate, iraupen, maiztasun eta bizitzan eragin negatibo handia du.

Depresioa berez izan daiteke arazoa, baina hainbat nahaste fisiko eta psikologikotan ere agertzen da, hala nola, arazo neuropsikologikoetan (Parkinsonean eta dementzian), arazo endokrino eta metabolikoetan, ezintasuna eragiten duten gaixotasunetan, minbizian, botiken eta drogen ondorioz, hersturan, lo egiteko arazoetan, eskizofrenian, anorexian eta bulimian,nahaste sexualetan, eta abarretan.

Depresioan agertzen diren sintomak honela taldekatu daitezke:

- *Sintoma afektiboak*: tristura sakona, aspertuta sentitzea, gogorik eza, barrutik hutsa edo hilda bezala sentitzea, plazera sentitzeko arazoak, estimuluen alderako erantzun eza, errealitatetik urrun sentitzea emozionalki parte hartu gabe, amorrua, frustrazioa jasateko zailtasunak, denbora oso poliki doala sentitzea, errua, lotsa.
- *Jokabidezko sintomak*: jokabideen inhibizioa, harreman sozialak murriztea, jarduerak uztea, geldotasun psikomotorra, eguneroko jarduerak egiteko edo erabakiak hartzeko zailtasunak, norbera ez zaintzea, edo gauzak ez zaintzea. Negarra, kexak, egonezina, urduritasuna, azkar mugitzea, hatzak edo hankak estutzea, lasai egoteko arazoak edukitzea dira, besteak beste, jokabidezko beste sintoma batzuk.
- *Sintoma somatikoak*: lo egiteko arazoak, nekea, buruko mina, min tentsionalak, gose ez izatea, desira eta jarduera sexuala murriztea, urdaileko eta hesteetako nahasteak, botalarria, aho lehorra, eta abar.
- *Sintoma kognitiboak*: kontzentrazio-arazoak; erabakiak hartzeko arazoak; oroimen-arazoak; norberari, munduari eta geroari buruzko ikuspuntu negatiboa; esperantza eza; norberaren mespretxua; autoestimu apala; nork bere buruarengan konfiantzarik ez edukitzea; heriotzari eta buru-hiltzeari buruzko pentsamenduak edo nork bere burua hiltzeko saiakerak (eldarniozkoak izatera irits daitezke)..

- *Pertsonarteko sintomak*: besteekiko interes txikia, pertsonekin harremanak izateko arazoak.

Depresioaren eta loaren artean lotura estua dago; lo egiteko arazoak daudenean oheratzean, urduritasunarekin erlazionatu ohi dira; gehiegizko loa, urtaroko depresioarekin, eta ohetik jaiki nahi ez izatea, depresio nagusiarekin.

Depresioaren ondorioak larriak dira; sufrimendu-maila handia eragiten duen nahastea da; harreman sozialak eta familiakoak hausten ditu, eta lanean arazoak sortzen ditu, depresioa duen pertsona ez baita gai sentitzen bizitzari eta egoerari aurre egiteko.

Depresioari lotuta dagoen arazo larria da **buru-hiltzea**. Buru-hiltzeen % 30-50ek depresioarekin dute lotura, nahiz eta, beste askotan, eskizofrenian, mendekotasunetan, bulimian, eta abarretan agertu.

Nork bere burua hiltzean jasan ezin den bizitzatik ihes egin nahi da; gaur egungo arazoak larriak hautematen dira; bakoitzaren gaitasunak gutxiesten; arazoak konpontzeko egon daitezkeen irtenbideak ez dira kontuan hartzen, eta egoera jasan ezina dela sentitzen da. Eskuarki, 40 urtetik gorako gizonezkoek egiten dute beren buruaz beste, eta emakumeen artean 35 urtetik beherakoek. Gertakizun estresagarriekin erlazionatuta egoten dira. Emakumeak saiakera gehiago egiten dituzte, baina gizonak eraginkorragoak dira.

Taula honetan agertzen dira buru-hiltzearekin lotuta dauden pentsamendu arruntak:

“Ez dut mina jasaten”.
“Nire bizitzak ez dauka zentzurik”.
“Nire familia hobeto legoke ni gabe”.
“Irtenbide bakarra da”.
“Deskantsatu nahi dut”.
“Ez dut bizitzen jarraitu nahi”.
“Guztia bukatzea nahi dut”.
“Karga bat naiz denentzat”.
“Gauzak ez dira hobetuko”.
“Biziak ez du ezertarako balio”.

Nork bere burua hiltzeko arriskua handiagoa da, depresioa sakona denean, saiakera baten ondoren, mendekotasunak daudenean, esperantzarik ez dagoenean, urduritasuna handia denean, eskizofreniaren hasieran, eta kontrolezko, erruzko eta pobreziazko eldarnioak daudenean.

Askotan gertakizun estresagarriak daude aurretik (banaketa, heriotza, bakardadea, lan-arazoak, gaixotasunak), eta arriskua handiagoa da, aurretik saiakerak egon badira, bakartze sozialik badago, inpultsibotasuna badago, eta hiltzeko botikak, pistolak, eskopetak eta beste eskura badaude.

Lester-ek (1972) buru-hiltzearen inguruko ideia edo uste faltsuak azaldu ditu:

- Suizidioaz hitz egiten duenak ez du bere burua hiltzen.

Ez da egia, eskuarki abisuak egoten baitira.

- Bere burua hil nahi duenak argi dauka hil nahi duela.

Gezurra. Gehienak zalantzan daude, eta laguntza eskatzen dute.

- Saiakera baten ondorioz agertzen den hobekuntzak edo tratamenduak uxatu egiten dute nork bere burua hiltzeko ideia.

Gezurra. Fisikoki hobekuntza agertzen denean baina kognitiboki heriotzaren eta esperantza ezaren pentsamenduak daudenean, arriskua handia da.

- Genetikoki determinatua dago.

Gezurra.

- Psikotikoek edo eroek hiltzen dute beren burua.

Gezurra.

Buru-hiltzeak hainbat motibazio izan ditzake. Hala, batzuetan, bizitzatik ihes egiteko, ondoez emozionala eta fisikoa jasanezina delako, arazoetarako irtenbiderik ikusten ez delako eta borrokatzeko nekatuta daudelako, pertsonek beren buruaz beste egin dezakete. Beste batzuetan, saiakerak pertsonarteko harremanetan aldaketak ekarri nahi dituzte.

Tristurarekin lotuta dagoen beste egoera bat **dolua** da. Dolua esperientzia arrunta eta mingarria da, eta denok jasaten dugu maite dugun pertsonaren bat hiltzen denean. Maite dugun pertsonaren bat hiltzen denean pasatzen dugun prozesua da dolua; harreman estu eta maitekor baten galerak ondorio afektibo mingarriak ditu, eta bizitzaren oinarriak zalantzan jartzen ditu. Dolua erreakzio egokia da, eta pentsamenduak, sentimenduak, emozioak, sentipen fisikoak eta ekintzak sorrarazten ditu, maite dugun pertsonaren heriotzaz aurrez pentsatzen dugunean edo pertsona hura hil ondoren.

Doluan, pena, mina eta tristura dira lehentasuna duten erreakzioak, baina, horiez gain, agertzen dira beste hainbat:

a. Sintoma fisikoak: urdaileko hutsuneak, bularreko estutasuna, arnasa falta, giharren ahulezia, nekea, energia falta, eta abar.
b. Emozioak: tristura, haserrea, amorrua, frustrazioa, errua, herstura, bakardadea, esperantzarik eza, eta abar.
c. Pentsamenduak: nahastea, kezka, pentsamendu intrusiboak, hildakoa bizirik dagoelako sentipena, eguneroko bizitzaren aurrean arraro sentitzea.
d. Jokabideak: loaldiko eta elikadurako arazoak, bakartze soziala, hilarekin amets egitea, ozen deitu, negarrak, hiperaktibotasuna, hildakoaren gauzak janztea, edo hila joaten zen tokietara joatea.

Sintoma horiek guztiak normalak dira, eta hainbat fasetan agertzen dira, hainbat autoreren arabera (Echeburúa eta Corral, 2001):

Faseak	Uneak	Sintomak
Harridura, blokeatuta sentitzea	Hil berritan	Emozioen sorgortzea Gogo eza Urduritasuna
Mina eta baretasuna	Lehen bi asteak	Heriotzaren onarpena Pena eta mina Etsipena
Erresumina	2 aste - 4 hilabete	Tristura Antsietatea Segurtasun eza Suminkortasuna
Oroitzapena	3 -12 hilabete	Hildakoarekin oroitzea Pena

Worden-ek (1997) dio fase horietatik igarotzean lan hauek egiten direla:

a. galdutakoa onartu;
b. heriotzak edo galerak sortzen dituen emozioak eta mina landu, harremana nolakoa zen aztertu;
c. hilaren faltara egokitu;
d. hilari bere toki emozionala eman eta bizitzen jarraitu, harremanak berreskuratuz.

Prozesu horretan hainbat aldagai daude:

- nor zen hildakoa, eta zenbat urte zituen:
- zer harremana zegoen hildakoarekin, nolako indarra zeukan harremanak, arazorik bazegoen edo ez:
- nolako heriotza izan den (naturala, istripuaren ondorioz, buru-hiltzea, hilketa);
- pazienteak nola taxutu dituen aurreko galerak, eta zer gertakizun estresagarri izan dituen azken urtean;
- pazientearen nortasun-ezaugarriak;
- aldagai sozialak: erritualak, laguntza sozial eta emozionala, egoera ekonomikoa.

Prozesua normala edo patologikoa izan daiteke. Aldagai hauek ezartzen dute bien arteko desberdintasuna:

a. minak eta penaren intentsitateak,
b. erreakzioaren iraupenak (urte bat baino gehiago den),
c. haluzinazioek, eldarnioek, ekidite-jokabide iraunkorrek, nork bere burua hiltzeko pentsamenduak, errealitatearen pertzepzio distortsionatuaren agerpenak,
d. eguneroko bizitza normala egiteko zailtasunek, lanera itzultzeak, harremanak berreraikitzeak, jarduerek, eta abarrek.

- **Depresio motak**

DSM-IVren arabera, depresio-arazoak afektibitate-nahasteen barruan daude. Nahaste horien ezaugarri nagusiak hauexek dira: ohi baino gehiago irauten dute erreakzio emozionalak, eta gogo-aldartean gorabehera handiak.

Horrela hiru talde nagusi bereizten dira afektibitate-nahasteen barruan:

- *Nahaste bipolarrak*: mania, hipomania eta depresio-faseak tartekatzen direnean. Bertan diagnostikatzen dira bipolar I, bipolar II eta ziklotimia. Hipomania diagnostikatzen da, gutxienez, 4 egunean sintoma hauek agertzen direnean: gehiegizko jarduna, lo egiteko beharra apaltzea, euforia eta haserrekortasuna, eta sintomek aldaketa nabaria eragiten dutenean pertsonaren ohiko izaeran. Mania diagnostikatzen da, astebetean agertzen direnean aipatutako sintomak eta eguneroko bizitzan eragin negatiboa dutenean. Ziklotimian, sintoma hipomaniakoak eta depresiboak agertzen dira, baina ez da inoiz maniarik egon, ezta ere depresio sakonik.

- *Nahaste depresiboak*: tristura sintoma nagusia denean eta maniarik edo hipomaniarik agertu ez denean diagnostikatzen dira. Bi nahaste nagusi bereizten dira, besteak beste:

  a) Depresio nagusia: 2 astean sintoma hauetatik 5 gutxienez agertzen dira eta eguneroko bizitzan eragin negatiboa dute.

Gogo-aldarte deprimitua
Plazera sentitzeko arazoak (anhedonia)
Pisua eta jateko gogoa gutxitzea edo gehitzea
Lo egiteko arazoak
Psikomotorki gelditzea edo azkartzea
Indarra galtzea eta nekea
Erru-sentimenduak
Kontzentratzeko zailtasunak eta erabakiak hartzeko zailtasunak
Heriotzari edo buru-hiltzeari buruzko ideiak

Sintoma fisikoak eta motorrak gailentzen dira depresio nagusian, eta 9 hilabete iraun dezakete, tratatzen ez badira. Nahaste horrek hausten du bizitza; eten egiten da. Batzuetan sintoma kognitiboak ezaugarri psikotikoak izan ditzakete (pobrezia eta gaixotasun-eldarnioak edo ahots-haluzinazioak).

  b) Distimia: gogo-aldarte depresiboa, iraupen luzekoa (gutxienez 2 urte) eta kronikoa, baina depresio nagusia baina ahulagoa. Nortasun depresiboarekin parekatu da.

Sintoma hauek dira arruntenak distimian:

Autoestimu txikia eta autokritika zorrotza
Konfiantzarik eza, desegokitasun-sentimenduak
Ezezkortasuna
Esperantza eza
Negarrerako joera
Interesa galtzea eta plazera sentitzeko zailtasunak
Bakartze soziala
Nekea, energia falta
Erru-sentimenduak

Amorrua Oroitzeko eta kontzentratzeko zailtasunak eta zalantzak Lo egiteko arazoak

Depresio nagusiarekin konparatuta, distimian sintomak ez dira hain gogorrak, eta maila kognitiboan eta emozioen arloan kokatzen dira. Eskuarki, ez dago burua hiltzeko saiakerarik. Pazienteak ez dira gai sentitzen bizitzari aurre egiteko, eta haien ondoezaren zergatia kanpoan jartzen dute; kanpo-egoerengatik presionatuta sentitzen dira, eta ez da egoten laguntza-eskakizunik. Bereizten dira, 21 urte bete baino lehenago hasten den distimia eta 21 urte bete ondoren agertzen dena; lehenak kronikotasun handiagoa, tratamenduekiko erantzun txarra eta familia-aurrekariak izaten ditu.

- *Baldintza organiko*etan oinarrituriko afektuzko arazoak, gaixotasun fisikoengatik edo *substantzien kontsumoa*ren ondorioz (alkohola, kokaina edo estasiaren ondorioz) agertzen diren afektuzko arazoak. Depresioari lotutako gaixotasunak askotarikoak dira: tumoreak, gaixotasun endokrinologikoak, infekzioak, arazo neurologikoak, bitamina eskasiak (B12, ..), bihotzeko arazoak, eta abar.

Sailkapen-diagnostikotik kanpo, beste irizpide batzuk erabiliz, beste depresio mota batzuk ere bereizi izan dira:

1. Lehen mailakoa edo bigarren mailakoa (bigarren mailakoa beste arazo batzuen ondorio izaten da).
2. Endogenoa edo psikogenoa. Lehenengoari biologikoa deitzen zaio; pazientea okerrago dago goizean arratsaldean baino, eta kanpo-gertakizunekin ez du loturarik. Eldarniozko ideiak eta nork bere burua hiltzeko pentsamenduak ager daitezke, eta psikofarmakoekin emaitza hobea lortzen da. Bigarren kasuan, kanpo-faktoreen eraginez sortutako depresioa da, erreaktiboa eta neurotikoa edo nortasun depresiboa.
3. Beste depresio mota batzuk dira: urtaroko depresioa, malenkonia inboluziozkoa, haurtzaroko depresioa eta erditu ondoko depresioa.

Ikuspuntu kognitibotik, bi taldeetan bereizi dituzte depresioak:

a. mendekotasunezko depresioa: pertsonarteko harremanez kezkatuta daude pazienteak; gehiegizko mendekotasuna; bakardade-sentimenduak; babes falta; galera, eta maitasun falta (soziotropikoa).

Bertan agertzen diren pentsamendu disfuntzionalak honako hauek dira:

Ezin naiz zoriontsu izan, ezagutzen dudan jendeak maite ez banau. Pertsona gisa dudan balioa besteek nitaz pentsatzen dutenaren ondorioa da. Konfiantzazko pertsonarik ez baduzu, triste egotera behartua zaude. Besteentzat ez bazara atsegina, ezin zara zoriontsu izan. Garrantzi handikoa da besteak nitaz pentsatzen dutena. Besteengandik bakarturik egoteak zorigaitzera eramaten gaitu.

b. helburuak edo autokritikak eragindako depresioa: helburuak, bakoitzaren balioak, erru-sentimenduak, porrot- eta ezgaitasun-sentimenduak eragindako depresioa (autonomiarekin loturikoa).

Bertan agertzen diren pentsamendu disfuntzionalak hauek dira:

Gauzak ondo egiten ez baditut, jendeak ez nau errespetatuko. Akatsak egiten baditut, jendeak gaizki hartuko nau. Besteak bezain ondo ez baditut gauzak egiten, horrek esan nahi du besteak baino gutxiago naizela. Gauzak ondo egiteko gai ez banaiz, hobe da ez egitea. Pertsona baliotsua izateko gutxienez arlo batean nabarmendu behar dut. Ideia onak dituzten pertsonak ez dituztenak baino baliagarriagoak dira.

Azken urteetan depresio motak bereizteko, *depresio kronikoen* eta *ez-kronikoen* arteko desberdintasunak aipatzen dira (Riso eta Newman, 2003). Depresio kronikoek 2 urte baino gehiago irauten dute, eta depresio nagusia eta distimiak izaten dituzte pazienteek; gainera, nortasun-nahasteak eta herstura-nahasteak agertzen dira komorbilitatean; pazienteek egoera estresagarri goiztiarrak jasan izan dituzte, eta haren arazo depresiboak goiz hasiak dira. Hona hemen depresio kronikoak dituzten pazienteen ezaugarri nagusiak:

Etorkizunerako esperantza eza. Ezer egiteko gai ez izatearen sentipena. Perfekzionismoa; bizitzeko modu bakarra dago; pentsamendu dikotomikoa (dena / ezer ez). Haurtzaroan gehiegikeriak jasan eta zainketa desegokiak izan dituzte pazienteek. Gaitasun sozial txikia. Jokabide- eta bizitza-helburuak zehazteko zailtasunak Nortasun depresiboa Eskema kognitibo negatiboak: ezin naute maite; ez naiz gai; mendekotasuna eta bakardadea

Ezaugarri horiek zaildu egiten dituzte terapiak. Horregatik, hainbat ikertzaile saiatu dira terapia berriak eskaintzen (McCullough, 2003) edo terapia kognitibo klasikoak berriztatzen (Riso eta Newman, 2003).

- **Depresioaren epidemiologia**

Depresio nagusia bizitzan zehar agertzeko arriskua % 10-25ekoa da emakumeentzat, eta % 5-12koa, gizonentzat. Biztanleen % 5-9k, emakumeen artean, eta % 2-3k, gizonen artean, dute depresiorik. Lana uzteko arrazoi nagusia izaten da. Depresioa duten paziente guztietatik % 35ek jasotzen du tratamendua, 3 emakumetik gizon batek. 25 urtetik 45 urtera bitartean agertzen dira kasu gehienak.

Gizonen artean, % 3 dira depresioa dutenak, eta buru-hiltzearekin erlazionatzen da. Aurrekariak izaten dira autoestimu apala, laneko porrotak edo balioespen sozial negatiboak. Emakumeen artean, % 10ek izan dezake depresiorik, eta etiologia afektu gabeziarekin, bakardade-sentimenduarekin eta banaketarekin erlazionatzen da.

Distimia populazio helduaren % 3-4rengan agertzen da, eta depresio nagusia garatzeko arrisku-faktorea da. Emakumeen artean gizonengan baino 2-3 aldiz gehiagotan agertzen da.

Depresio nagusia izan ondoren, berriro agertzeko arriskua handia da (% 70), eta berrizkaturak maiz gertatzen dira lehenengo urtean.

Depresioa edozein maila soziokulturaletan agertzen da, baina badira arrisku handiko populazioak: dibortziatu eta banatuak, ezkongabeak, langabeak, gaixo kronikoak zaintzen dituzten etxekoandreak, enpresetako zuzendariak eta erretiratuak. Egoera estresagarriek eta familia galtzeak ere badute eragina agerpenean.

- **Komorbilitatea**

Oso arrunta da herstura-arazo eta -nahasteak eta depresio-nahasteak batera agertzea. Horrela, herstura orokorra, izua, fobia soziala, nahaste obsesibo-konpultsiboa eta depresioak askotan batera gertatzen dira. Kasu horietan, depresioa larria denean, lehenengo hori tratatu behar da, eta, gero, antsietate-arazoa.

Bestalde, badago orain dela urte gutxi sailkapen-diagnostikoetan deskribaturiko antsietate- eta depresio-nahaste nahasia (Echeburua eta Salaberria, 1999). Nahaste horretan, afektu negatiboa osatzen duen sintoma multzoa agertzen da, eta herstura- eta depresio-sintomak izaten dira aldi berean, baina pazienteak ez du betetzen antsietate- edo depresio-nahastea diagnostikatzeko irizpiderik.

Taula honetan agertzen dira nahaste horren ezaugarri nagusiak:

Herstura- eta depresio-sintomak batera ageri dira, askotan somatizatuak, baina ez dira larriak. Sintomak denboran tartekatu egiten dira. Nahastearen sorrera graduala izan da, eta ez dago hasieran gertakizun traumatikorik. Nortasun-ezaugarriak mendekotasuna, ekiditea eta obsesibotasuna dira.

Sintomei dagokienez, hauek agertzen dira: kezkak, kontzentrazio-arazoak, amorrua, hiperaktibotasuna, lo egiteko arazoak, negarra, errua, nekea, oroimen-arazoak, esperantza eza, okerrena gertatuko delako ustea, eta abar.

7.2. DEPRESIOAREN AZALPEN-EREDUAK

Depresioak bizitzako aldaketekin lotzen dira. Gaixotasunek, familia-arazoek, lana galtzeak, arazo ekonomikoek eta bestek galera dakarte; pazientearentzat garrantzitsua zen zerbait galtzen da, berarentzat balio handikoa zena. Galera guztiek tristura eragiten dute. Tristura egokia da, baina pertsonak behar bezala aurre egiten ez dionean, orduan pentsamendu negatiboak eta gorputz-sentipen desatseginak sortzen dira, eta tristura areagotzen da. Depresioaren etiologian hainbat faktore aipatzen dira (Sevilla eta Pastor, 1996):

Zaurgarritasun biologikoa

Zaurgarritasun psikologikoa

Bizitzako gertakizun estresagarriek (errefortzu positiboak galtzeak)

tentsioaren hormonak aktibatzen dituzte, eta neurotransmisoreetan eragina dute;
egozpen negatiboak, jarrera ez-funtzionalak eta eskema kognitibo negatiboak agerrarazten dituzte;
pertsonen artean arazoak sortzen dituzte, eta laguntza soziala galtzera bultzatzen dute pazientea

- **Zaurgarritasun biologikoa**

Ikertzaileek depresioa faktore genetikoekin eta hormonen eta neurotransmisoreen funtzionamendu desegokiarekin lotzen dute; zehazki, serotonina-maila urriak eragingo luke depresioa. Hipotesi horren aurrean galde daiteke zer den lehenago tristura eta serotoninaren beherakada edo serotoninaren beherakada eta gero depresio-sintomak. Gaur egun ez dago erantzunik.

- **Zaurgarritasun psikologikoa**

Hainbat autorek diote depresiboek nortasun- eta bizitza-estilo berezia dutela, depresioaren agerpenari lotua. Horrela, faktore hauek aipatzen dituzte:

a. Atsegin gutxiko bizitza, plazera sentitzeko jarduera gutxi, betebeharrez gaindituta egotea.
b. Pentsamolde berezia:

    - Norbera ez da besteak bezain baliagarria, besteen azpitik dago.
    - Erruaren filosofia: akatsak egiten badira zigor gogorra jaso behar da.
    - Perfekzionismoa.
    - Munduak bizitzeko toki zoragarria izan behar duelako uste irrazionala.

c. Zailtasun-egoeretan familiaren laguntza eta sare sozialik ez edukitzea, trebetasun sozial gutxi izatea.
d. Eguneroko zailtasunei aurre egiteko eta arazoak konpontzeko trebetasun egokirik ez izatea.

Ezaugarri horiek pertsonaren bizi-estilo depresiboa osatzen dute, eta gertakizun estresagarriak edo galerak agertzen direnean zaila egiten dute egoeratik ateratzea.

- **Jokabide-ereduak**

Eredu horiek errefortzu positiboen galeran jartzen dute depresioaren sorrera. Lewinsohn, Gotlib eta Hautzinger (1997) autoreek biltzen dituzte Fester-en eta Costello-ren lanak. Haien arabera, errefortzu positibo apalaren eta esperientzia abertsibo askoren ondorioa da depresioa. Errefortzu apala izan daiteke hainbat arrazoirengatik, hala nola errefortza daitezkeen jarduera gutxi egiten direlako, inguruneko errefortzua lortzeko aukera gutxi dagoelako, edo gaitasun sozialetan eta komunikazio-trebetasunetan gabeziak daudelako errefortzuak lortzeko eta egoera estresagarri eta zailei aurre egiteko.

Errefortzu positibo gutxi izateak gogo-aldarte tristea eta ekidite soziala eragiten ditu. Pazientearen egoera tristeak hasieran lagunen eta familiaren atentzioa erakartzen du eta bigarren mailako irabaziak lana uztea, erantzukizunak alde batera uztea, e.a., baina epe luzera depresiboaren jokabideak abertsibo bihurtzen dira besteentzat, eta besteek saihesten dute; ondorioz, errefortzu positibo gutxiago jasotzen ditu, eta tristura areagotzen da.

- **Eredu kognitibo-jokabidezkoak**

Rehm-ek (1977) autokontrolaren eredua agertu du depresioa ulertzeko: nahastea agertzen da pertsona batek estres handia jasan edo errefortzu handia galtzen duenean eta egoerari aurre egiteko autokontrolerako gaitasun egokiak ez dituenean. Gaitasun horiek sozializazio-prozesuan lortzen diren ezaugarri iraunkorrak dira, eta autobehaketaz, autoebaluazioaz eta autoerrefortzuaz osaturik daude.

Depresioa duten pertsonek ezaugarri hauek dituzte:

a. Autobehaketan atentzioa gertakizun negatiboei hartzen zaie, eta epe laburreko ondorioei.
b. Autoebaluazioan irizpide zurrunak eta egozpen-akatsak egiten dituzte.
c. Autoerrefortzu gutxi eta zigor asko jasotzen dituzte.

Seligman-ek (1975) babes faltaren eredua aurkeztu du depresioa ulertzeko. Horrela, nahastea babes ezeko egoera da, eta gizabanakoaren inguruko estimuluak kontrolaezinak direnean agertzen da, batetik ingurua maneiatzean porrot egiten delako eta bestetik errefortzuak kontingenteak ez direlako. Egoera bat kontrolaezina da, pertsonak, ezer egin edo ez egin arren, ez duenean eraginik, egoera ezin denean aldatu. Horrela, borondatez ematen diren erantzunek ez dute eraginik errealitatean, pertsonak dituen jokabide eta ondorioen artean loturarik ez dagoelako. Horrelako egoerak kontrolik ez dagoela erakusten du.

Egoera horrek hainbat mailatan du eragina: motibazioa gutxitzen du; geldotasuna eragin; norbera, mundua eta ingurua uste negatiboz betetzen du, eta antsietatea, tristura, babes eza eta esperantza galtzea eragiten ditu.

Teoria horri egin zaion kritika nagusia da pertsona guztiek ez dutela berdin erreakzionatzen kontrolatzen ez dituzten egoeren aurrean. Horren ondorioz, *egozpenaren teoria* proposatu da (Abramson, Seligman eta Teasdale, 1978).

Teoria horren arabera, kontrolik ezaren sentipena agertzen da, pertsona batek egozpen-estilo berezia duelako. Horrela, pertsonak 3 dimentsio erabiltzen ditugu, egoerak aztertzeko eta babesturik edo babesgabe sentitzeko.

a) Kanpo- edo barne-egozpena: nik ezin dut kontrolatu egoera, eta besteak bai; edo ez nik eta ez inork ezin dezake egoera kontrolatu; irtenbiderik gabekoa da.
b) Egozpen iraunkorra edo aldi baterakoa: ezin dut eta ezingo dut inoiz kontrolatu, edo une honetan ezin dut.
c) Egozpen globala edo zehatza: ezin dut egoera hau kontrolatu, eta besteek ere ez; ezin dut egoera hau kontrolatu, baina besteek bai.

Teoria horren arabera, depresioa agertzeko hainbat faktore beharrezkoak dira; kontrol ezaren ustea, eta egozpen-estilo barnekoa, iraunkorra eta globala. Hala, depresiboek pentsatzen dute galeren errua berea dela, beti horrela izango dela eta ezgaitasun hori arlo guztietara zabalduko dela.

- **Eredu kognitiboak**

Beck-en (1967) teoriaren arabera, depresioa desoreka kognitiboaren ondorioa da. Gizabanakoak esperientziak hautemateko eta balioesteko duen moduak zehazten ditu haren sentimendu eta jokabideak. Depresiboen kasuan, mundua, geroa eta norbera modu negatiboan ikusten dira, eta eskema multzo horri *hirukote kognitiboa* deitu zaio. Eskemak errealitatea hautemateko, kodetzeko eta balioesteko erabiltzen dira; egituratuak, zurrunak eta iraunkorrak dira, eta sozializazio-prozesuan agertzen dira, esperientzien ondorioz, besteen judizioen ondorioz eta pertsona garrantzitsuekiko identifikazioen ondorioz.

Eskema kognitibo negatibo horiek galeren eta egoera estresagarrien aurrean abian jartzen dira, eta pentsamendu automatikoak eta distortsio kognitiboak sorrarazten dituzte. Pentsamendu automatikoak zehatzak dira, espontaneoak eta landugabeak, eta distortsio kognitiboen ondorio dira, errealitatea prozesatzeko modu desegokiaren ondorio.

Haurtzaroan eta nerabezaroan, inguruaren eraginak, norberari buruzko besteen iritziak eta irudi garrantzitsuen osaerak zehazten dituzte norberarekiko jarrera negatiboak. Hala, egoera estresagarriak agertzen direnean, errefortzua galtzen da, zigorrak jasotzen dira eta depresioa garatzen da. Depresiboak bere burua galtzailetzat hartzen du, eta egoera bere izaera aldaezinaren ondorio dela uste du.

- **Pertsonarteko ereduak**

Eredu horien arabera, depresioak badu loturarik pazienteek pertsonen arteko arazoak konpontzeko dituzten zailtasunekin.

Coyne-ren (1976) iritziz, estresari erantzunez pazienteak sintoma depresiboak agertzen ditu, eta hasieran ingurukoen laguntza jasotzen du, baina gero pazientearen egoera abertsibo bihurtzen da, eta gertukoengan amorrua sorrarazten du. Hurbilekoen jokabideak bortitz bihurtzen dira pazientearen aldera, eta horrek erru eta depresio handiagoak eragiten dizkio.

Gotlib eta Hammen (1992) egileen ustez, depresioan aldez aurretiko faktore batzuk izaten dira: batetik, haurtzaroan pertsonen arteko egoera higuingarrietan sartuta egon izana (gurasoak galtzea edo banatzea), eta, bestetik, zainketa-estilo desegokiak (gehiegikeria, uzte emozionala…) jasan izana. Faktore horiek ondorio psikologikoak dituzte:

a. munduari eta norberari buruzko eskema kognitibo desegokiak,
b. gehiegizko mendekotasuna,
c. arazoak konpontzeko trebetasun gutxi eta harreman sozialak izateko zailtasunak.

Aldez aurretiko faktore horiek eta estresagarriak aldi berean agertzen direnean, galera interpretatzean norberaren balio pertsonala zalantzan jartzen duen ekintzatzat hartua da, eta horrek depresio-sintomak sorrarazten ditu. Sintomek irauten dute eta areagotzen dira, ingurukoen erantzunak negatiboak direlako eta pertsonak egoera negatiboei atentzioa hartzen dielako.

Weissman eta Markowitz (1994) egileentzat, depresioa pertsonarteko arazoen ondorioa da. Depresioari lotutako lau motatako arazoak bereizten dituzte:

a. dolu landugabeak,
b. pertsonarteko rol-arazoak eta barneratzen den oldarkortasuna,
c. trantsizioko rolak eta biografiaren aldaketak (autoestimurako edo norberaren nortasunerako mehatxagarri irizten zaie),
d. trebetasun sozialen gabeziak, bakartzea eta bakardadea eragiten dituztenak.

Orain arte aipatutako eredu etiologiko guztiak har daitezke kontuan depresioa ulertzeko, eta askotan hobeto azaltzen dute nola irauten duen arazoak nola sortzen den baino, baina erabilgarriak dira pazienteei esplikatzeko.

7.3. DEPRESIOAREN EBALUAZIOA

Hainbat arlo ebaluatu behar dira depresioan, hala nola depresio-maila eta sintomak, buru-hiltzeari eta heriotzari buruzko pentsamenduak, nork bere burua hiltzeko saiakerak, gaitasun eta egokitasun soziala, pentsamenduak, eguneroko jardun-maila, pisua galtzea, erru-sentimenduak, tratamendurako motibazioa, arazoaren historia, eta abar. Jakin behar da, orobat, depresioa bipolarra den edo ez, eta diagnostiko diferentziala egin. Gainera, argitu behar da gaixotasun fisikorik dagoen edo ez, eta honako hauek ageri diren: sustantziaren kontsumoa, herstura-nahasteak, dolu-egoera, egokitasun-arazoak, eskizofrenia, lo egiteko arazoak, zahartzaroko dementziak, nahaste sexualak, eta abar.

- **Elkarrizketak**

Elkarrizketak zailak dira terapeutarentzat, depresiboek dituzten zenbait ezaugarrirengatik, hala nola, ezkortasunagatik, haserrekortasunagatik, pasibotasunagatik, harremanetarako zailtasunengatik, eta abarrengatik. Baina harreman terapeutikoa oso garrantzitsua da; ezin da kritikoa izan, eta ez da errurik egotzi behar.

Hasieran, elkarrizketak orokorrak eta ez-egituratuak dira. Pazientea, krisi larrian dagoenean, zaila da pentsatzeko gai izatea. Horregatik, informazioa ahal duen bezala

ematen uzten zaio, eta baita negar egiten; gero, pixkanaka elkarrizketa egituratua egitera pasatzen da, eta garrantzitsua da saioak jarraian egitea.

Elkarrizketaren galderak analisi topografikoa eta funtzionala kontuan hartuta egiten dira. Sintoma fisiologiko, kognitibo eta motorren informazioa lortu behar da, aurrekariak eta ondorioak. Gainera arazoaren historia eta jasotako tratamenduak zein izan diren jakin behar da.

Depresioari dagokion arazo berezia da **buru-hiltzea,** eta kasu horretan bi alderdi balioetsi behar dira, batetik arriskua eta bestetik saiakera, egin bada, nolakoa izan den. Garrantzitsua da zehazki galdetzea eta modu naturalean, hasieran pazienteak askatasunez hitz egin dezan.

Galderak egitean egokia izaten da ordena honi jarraitzea (Clark, 1995):

- Tristura, gogo eza, amorrua, antsietatea.
- Esperantza eza, ezkortasuna, etorkizuna.
- Esperantza eza, heriotza eta buru-hiltzea.

Buru-hiltzeak serioski hartu behar dira, hitz egin, eta familiarekin harremanetan jarri. Nork bere burua hiltzeko pentsamenduen inguruan hainbat arlo balioetsi behar dira (Goldberg, 2000):

Helburuak.
Planifikazioa.
Aurreko saiakerak.
Eskura dauden bitartekoak.
Pentsamenduak pasiboak (“hil nahi dut”) edo aktiboak diren (“nire burua hilko dut”).
Aktiboak direnean arriskua oso handia da.
Haren pentsamenduetan familiako pertsonak sartuta dauden edo ez aztertu behar da.

Hona hemen buru-hiltzea ebaluatzeko galdera erabilgarriak:

Nola ikusten duzu etorkizuna?
Bizitzea merezi ez duela pentsatzen duzu?
Batzuetan erabat desesperatuta al zaude?
Lotara joan eta ez duzu esnatu nahi?
Istripu bat izatea ona litzatekeela uste al duzu?
Pentsatu al duzu inoiz hobe litzatekeela guztia bukatzea?
Zure buruari min egiteko edo zure burua hiltzeko ideiarik izan duzu?
Pentsatu al duzu inoiz hilda hobeto egongo zinatekeela eta guztitik urrun?
Pentsatu al duzu nola hilko zinatekeen?
Hiltzeko plan zehatzik egin duzu?
Saiatu al zara inoiz zeure buruaz beste egiten?
Zerk galarazi du?
Gauzak konponduta uztea pentsatu duzu?

Suizidio-saiakerei buruz datu hauek jasotzea interesgarria da (Goldberg, 2000):

Planifikatua edo bulkadazkoa izan zen? Bakardadean egin da edo besteen aurrean? Denboraz aurkitzeko aukerarik zegoen edo norbaitekin gelditzeko edo hitz egiteko hitzordurik zegoen? Ospitalera bere kabuz joan zen edo ez? Pilulekin saiatu bada, denak hartu zituen edo batzuk bakarrik? Zer espero zen? Agurrik utzi al zuen? Zer zioen?

Rud-en eta Joiner-en (1998) arabera, buru-hiltzearen asmoan jarraipen bat egin behar litzateke:

- Ez dago arriskurik.
- Arrisku txikia: pentsamenduek maiztasun, intentsitate eta iraupen txikia dute; ez dago planik; ez dago aurretiko saiakerarik; sintomak ez dira larriak; autokontrolaren maila egokia da; arrisku-faktore gutxi dago, eta babes-faktoreak daude.
- Arrisku moderatua: pentsamenduak maiz agertzen dira, baina intentsitate eta iraupen gutxikoak dira; planak daude; ez dago aurretiko saiakerarik; sintomak mugatuak dira; arrisku-faktore batzuk daude, baita babes-faktoreak ere.
- Arrisku larria: pentsamenduak maiz agertzen dira, eta intentsitate handikoak dira; plan zehatzak daude; saiakeren planifikazioa egon da; sintoma larriak daude; autokontrolaren maila txikia da; askotariko arrisku-faktoreak daude, eta babes-faktore oso gutxi.
- Arrisku oso larria: pentsamenduek intentsitate, maiztasun eta iraupen oso handia dute; plan zehatzak daude; saiakerak egon dira; sintomak larriak dira; autokontrolaren maila oso txikia da, babes faktorerik ez dago eta arrisku faktore asko daude.

Elkarrizketan zehar terapeutak arriskua balioetsi behar luke, erabaki azkarrak eta eraginkorrak hartzeko.

Buru-hiltzeaz gain, elkarrizketan zehar, informazio zehatzagoa lortzeko, sintomen zerrendak daude; bertan depresioaren sintomen intentsitatea eta agerpena ebaluatzen dira. Askotan erabiltzen den sintoma-zerrenda **Hamilton-en depresio-eskala** da (Hamilton, 1960).

Sintoma kognitibo, motor eta fisiologikoen intentsitatea neurtzen du; 21 galdera dauzka, eta bakoitza 0tik 4rako eskala batean neurtu behar da. Zuzenketa-datuak honako hauek dira:

6 puntu edo gutxiago: ez dago depresiorik
7-17 puntu: depresio ahula
18-24 puntu: depresio moderatua
25 puntu edo gehiago: depresio larria

- **Galdetegiak**

Galdetegiak diagnostikoa egiteko, ebaluazio klinikorako edo tratamenduaren ondorioak neurtzeko erabil daitezke. Hona hemen gehien erabiltzen direnak:

Beck-en depresio-galdetegia *(BDI,* Beck, Ward, Mendelson, Mock eta Erbaugh, 1961)

Depresioaren alderdi kognitiboa balioesten du 21 galderaren bidez. 0tik 3rako eskala baten arabera erantzun behar zaio galdera bakoitzari. Tristura, ezkortasuna, porrota, errua, bakartze soziala, zalantzak eta beste ebaluatzen ditu.

Zuzenketa-modua: 0-9 puntu (ez dago depresiorik), 10-15 puntu (depresio ahula), 16-23 puntu (depresioa moderatua), 24-63 puntu (depresio larria).

Zung-en depresio-eskala (Zung, 1965)

20 galdera ditu, 1etik 4erako eskala baten arabera erantzun beharrekoak, eta depresioaren hiru arlo ebaluatzen ditu: afektiboa (tristura, negarra, eta abar), fisiologikoa (loa, gosea, nekea, desira sexuala, eta abar) eta kognitiboa (heriotza, zalantzak, esperantza eza, eta abar). Zuzenketa-modua honako hau da: 20-35 puntu (depresiorik ez), 36-51 puntu (depresio ahula), 52-67 puntu (depresio moderatua) eta 68-100 puntu (depresio larria).

Herstura- eta depresio-eskala ospitalean (HAD, Zigmond eta Snaith, 1983)

14 galderako galdetegia da; sintomak agertzen diren edo ez eta haien larritasuna balioesten du. Ez ditu sintoma somatikoak balioesten, eta galdera bakoitzari 0tik 3rako eskala baten arabera erantzuten zaio. 2 azpieskala dauzka: antsietatearena (1., 3., 5., 7., 9., 11. eta 13. itemak) eta depresioarena (2., 4., 6., 8., 10., 12. eta 14. itemak). Zuzenketa-modua: 0-7 puntu (ez dago nahasterik), 8-10 puntu (nahastea egon liteke), 11 puntu baino gehiago (nahastea dago).

Eguneroko jardun-maila ebaluatzeko erabilgarriak dira **jarduera atseginen eta ezatseginen eskalak** (MacPhillamy eta Lewinsohn, 1982). Horietan, pazienteari eskatzen zaio egunero ager daitezkeen jarduera motak aipatzeko. Eskala horiek ebaluazioan eta tratamenduan zehar erabiltzen dira.

Alderdi kognitiboaren ebaluazioa egiteko, galdetegi hauek erabili izan dira:

Pentsamendu automatikoen galdetegia (Hollon eta Kendall, 1980)

30 galdera dauzka, eta azken astean pentsamenduen maiztasuna zein den neurtzen du. 4 faktore bereizi dira: aldatzeko nahia eta desegokitasun pertsonala, lehenengoa; autokontzeptu negatiboa eta itxaropen negatiboak, bigarrena; autoestimu apala eta tristura, hirugarrena, eta, azkena, zorion eza. Populazio depresiboak batez beste 71,8ko puntuazioa du.

Hirukote kognitiboaren galdetegia (Beckham, Leber, Watkins, Boyer eta Cook, 1986)

Beck-ek deskribaturiko hirukote kognitibo negatiboa ebaluatzen du: norberari, munduari eta etorkizunari buruzko ikuspuntu negatiboa. 30 galdera dauzka, eta 0tik 7rako eskala baten arabera erantzuten zaie.

Ideia irrazionalen galdetegia (Jones, 1969)

100 galdera ditu, eta 5 puntuko Likert eskalaren arabera erantzuten zaie. Ellis-ek deskribaturiko ideia irrazionalak ebaluatzen ditu.

Jarrera ez-funtzionalen eskala (Weissman, 1979)

35 galdera ditu, eta 7 arlotan ager daitezkeen jarrerak ebaluatzen ditu: onarpena, maitasuna, lorpenak, perfekzionismoa, eskubideak, guztiahaltasuna eta autonomia.

Nork bere burua hiltzeko arriskuaren ebaluazioa:

Nork bere burua hiltzeko pentsamenduen eskala (Beck, Kovacs, eta Weissman,1979)

23 galdera dauzka, eta 3 erantzun posible dauzka bakoitzak. Buru-hiltzearekin zerikusia duten hainbat arlo balioesten ditu: bizitzarekiko jarrera, heriotzarekiko jarrera, nork bere burua hiltzeko desirak, saiakeraren ezaugarriak, saiakeraren planifikazioa, eta abar.

Beck-en esperantza ezaren eskala (Beck, Weissman, Lester eta Trexler, 1974)

Pertsonaren itxaropen negatiboak neurtzen ditu, norberaz eta geroaz. Esperantza ezaren eta buru-hiltzearen arteko lotura dela eta, azken horren aurrekari egokia da.

- **Behaketa-metodoak**

Batzuetan familiari eskatzen zaio pazientearen jokabideei behatzeko —jokabide depresiboei, batetik, eta positiboei, bestetik—, harreman pertsonalei, eraginkortasun-mailari, jardun-mailari, eta abarri.

- **Autobehaketa**

Autobehaketa erabiltzen denean, ez dira jokabide arazotsuak edo sintomak erregistratzen (negarra, kexak, ezer egin gabeko denbora, eta abar), pertsona alderdi negatiboei adi baitago. Aldiz, erregistroak erabiltzen dira jardun-maila zein den jakiteko, eta pentsamendu negatiboak, pertsonarteko arazoak eta egoera ezatseginak balioesteko.

Hona hemen jarduera-erregistroen adibide batzuk:

Ordua	Jarduera	Plazera (0-10)	Eraginkortasuna (0-10)

Eguna	Jarduera (0-20)	Gogo-aldartea (0-10)
Astelehena		
Asteartea		
Asteazkena		
Osteguna		
Ostirala		
Larunbata		
Igandea		

Hona hemen pentsamendu-erregistroaren adibide bat:

Eguna	Egoera	Emozioa	Pentsamendua	Jokabidea

7.4. DEPRESIOAREN TRATAMENDUA

Depresioaren tratamenduak hainbat helburu ditu: batetik, arazoari buruz heztea eta depresioa psikologikoki ulertzea —hau da, kontrola daitekeen egoera psikologiko gisa birdefinitzea—, eta, bestetik, sintomak eta arazoak kontrolatzeko trebetasunak gehitzea edo ikastea.

Tratamendua egituratua eta zehatza da, eta iraupen mugatua dauka. Garrantzi handia ematen zaio egoera depresiboaren egozpenari; eskuarki, pazienteak kanpo-gertakizunei egozten die bere egoeraren zergatia. Hezkuntza-fasean, asmoa da norberaren erreakzionatzeko joera ulertzea eta aldatzeko inplikazio aktiboa lortzea.

Tratamenduak zenbait arlo kontuan hartzen ditu:

a. Eguneroko jarduerak berreskuratzea, lanera itzultzea.
b. Berregituratze kognitiboa.
c. Gaitasun sozialak garatzeko, herstura kontrolatzeko eta arazoak egoki konpontzeko trebetasunak ikastea.
d. Buru-hiltzeko pentsamenduak eta saiakerak kontrolatzea. Aztertu behar da pazienteak bere giro naturalean laguntzarik jaso dezakeen, familiaren edo lagunen bidez, edo ospitaleratzea beharrezkoa izango duen, kontuan hartuta ezin dela pazientea bakarrik utzi, batez ere arazoa ukatzen badu edo bere burua hiltzeko arriskua kontrolatzeko neurriak hartu nahi ez baditu.

- **Tratamendu jokabidezkoak**

Teknika horien helburua **jokabide depresiboak gutxitzea** eta egokiak gehitzea da. Horretarako, pazienteari bere jokabide depresiboen analisi funtzionala egiten laguntzen zaio. Fase horretan, azaltzen zaio jokabidearen, gogo-aldartearen eta motibazioaren arteko erlazioa. Motibazioa ez da agertuko, jarduerak berreskuratzen ez badira, eta berdin gogo-aldartea.

1. Lehenengo pausoa da tristurari, amorruari edo hersturari lotuta dauden jokabideak identifikatzen ikastea. Horretarako autoerregistroak erabiltzen dira.

Eguna	Egoera	Jokabidea	Ondorioa

2. Egoera emozional negatiboei lotuta dauden aurrekari eta ondorengoak identifikatzea erregistroen bidez.

Aurrekaria	Jokabidea	Ondorioak

3. Gaizki sentiarazten duen jokabidea nola alda daitekeen aztertzea, eta, arazoetarako konponbideak bilatuz, aukerazko jokabideak proposatzea eta abian jartzea. Aldi honetan, jokabide depresiboaren ordez beste jokabide egokiago batzuk agertu behar dira, eta horretarako beharrezkoa da horien benetako probabilitatea kontuan hartzea eta horien ondoren lortuko den errefortzua argi definitzea.

Depresioan, lau helburu ditu **arazoak konpontzen trebatzeak**: 1) depresio-egoerari lotuta egon daitezkeen bizitzako egoerak identifikatzen ikastea; 2) depresio-sintomen eragina gutxitzea; 3) gaur egun agertzen diren egoerei aurre egiteko trebetasunak gehitzea, eta 4) etorkizunean ager daitezkeen arazoei aurre egiteko estrategiak erakustea.

Prozesu horretan pazienteek askotan agertzen dituzte ideia irrazionalak:

Arazoak edukitzea oso txarra da. Neuk ditut halako arazoak; besteek, ez. Ezin dut ezer egin, nire arazoa konpontzeko. Arazo bat badut, azkar erreakzionatu behar dut. Irtenbide egokia aurkitu behar dut. Arazoak baditut, denborarekin konponduko dira, alde batera uzten baditut.

Ideia horiek guztiak kontuan hartzen dira terapian zehar, oztopo badira landuz eta haien eragina azalduz.

Jokabide positibo eta atseginak gehitu. Horretarako jokabide atseginen eta gogo-aldarte positiboaren arteko harremana adierazten da, eta, gero, planifikatzen dira pazientearentzat positiboak izango diren jokabideak, haien iraupena eta maiztasuna zehaztuz. Jarduera mota guztiak planifika daitezke:

a. egunero egin behar direnak (edo betebeharrak),
b. jarduera atseginak,
c. kontrolatzen diren jarduerak, norbera gai dela sentiarazten duten jokabideak,
d. tristuraren kontrako jokabideak (barre egitea, lasaitasuna, dantza, eta abar).

Eskuarki, bi motatako jarduerak programatzen dira: lehenengo, eguneko jarduerak, orduz ordu, eta, bigarren, jarduera atsegin eta positiboak. Bi kasuetan, pazienteak erregistratu behar du jardueraren eta gogo-aldartearen arteko lotura. Lagungarri izaten da

pazienteak bere buruari aginduak eta jarduera egiteko pausoak esatea. Premack-en (1959) printzipioari jarraituz, egokia da oso maiz agertzen diren jokabideak baliatzea, errefortzua lortzeko (adibidez, egunean zehar jan ondoren autoagindu positiboak irakurtzeko).

Jarduerak planifikatzean, hainbat gauza kontuan hartu behar dira:

1. Inork ez ditu betetzen proposatzen dituen plan guztiak; zerbait egiten ez bada, ez da kezkatu behar.
2. Zehaztu behar da zer egin behar den, eta ez ondo egin behar den edo ez.
3. Saiakerak dira garrantzitsuak; ez bada lortzen planifikatutakoa, ez da ezer gertatzen.
4. Eguna bukatzean hurrengo eguneko jarduerak planifikatu behar dira.

Ohikoa izaten da jarduerak planifikatzean pentsamendu negatibo asko agertzea (Sevilla eta Pastor, 1996); adibidez, “ezin dut”; “ez daukat gogorik”; “ez dut egin behar nahi ez dudana”; “ez dut ondo pasatuko gaizki pasatuko dut”; “gaizki egingo dut”; “ez dut denborarik”; “gaizki nagoela konturatuko dira”; “hori egitea tontakeria da, ume batek egingo luke eta”; “honek ez du ezertarako balio”; “orain ezin dut, geroago egingo dut”, eta abar. Horiek guztiak landu egin behar dira saio terapeutikoan. Pazienteak egiten dituen jarduerak eta haien erregistroak “inoiz ez dut ezer egiten” ideiaren kontrakoak dira, eta eragina dute emozio negatiboetan.

Herstura eta urduritasuna maneiatzeko, arnasketa- eta **lasaiketa-teknikak** erakusten zaizkio pazienteari. Batzuetan, Lazarus-ek (1968) proposaturiko teknika, ***denboran proiektatzea errefortzu positiboarekin*****,** erabiltzen da. Lasaitu ondoren, etorkizunean zerbait atsegina eta errefortzuzkoa egiten ari dela irudikatzeko eskatzen zaio pazienteari; ondo sentitzen denean, gaurko egunera itzultzeko eskatzen zaio sentipen hori galdu gabe.

Garrantzitsua izaten da, halaber, **lo egiteko arazoak** kontuan hartzea. Oro har, bi motatakoak izan daitezke: lo hartzeko arazoak edo goizean goiz esnatzea. Arazo horiek arintzeko, erabil daitezke lasaiketa-teknikak, estimuluen kontrola eta honako arau hauek:

“Itxaron loak harrapatu arte, eta ez zuk loa harrapatu”

* Ez hartu alkoholik, tabakorik, kaferik, koka-kolarik eta beste, lotara joan baino 6 ordu lehenagotik.
* Ez jan txokolaterik, ez azukrerik, eta ez jan gauean zehar.
* Afari-legea egin.
* Esne beroa, ezki-ura eta belar bedeinkatuzko infusioa lagungarriak dira.
* Ariketa fisikoa egin egunean zehar, baina ez lotara joan aurretik.
* Bainu lasaigarria hartu.
* Ordutegi erregularra ezarri, egunero iratzargailua ordu berean jarri, eta jaiki, nahiz eta lo gutxi egin.
* Lotara joan logura dagoenean, bestela ez.
* Siestarik ez egin.
* Logelaren egoera kontrolatu: argia, isiltasuna, tenperatua, ohea.
* Ohean egin daitezkeen jarduerak mugatu, ez irakurri, telebista ikusi, irratia entzun, eta abar.

* Ohean sartu ondoren, argia itzali, eta, 20-30 minutu pasatzen badira lo hartu gabe, ohetik altxatu eta beste gela batetara joan. Jarduera lasaigarri eta aspergarri bat egin, eta ez itzuli ohera logura izan arte.
* Gauean zehar esnatzen bazara, prozesu bera egin.
* Botika hipnotikoak ez dira eraginkorrak epe luzera.
* Eguneko estresak eragina du loaldian. Ikasi kontrolatzen.

Trebetasun sozialetan trebatzea ere erabilgarria izaten da depresiboentzat. Izan ere, harreman sozialetan errefortzua lortzeko, pertsonen arteko arazoak konpontzeko eta asertiboa izateko arazoak izaten dituzte. Horrela, asertibitate positiboa eta sentimendu positiboak azaltzen, barkamena eskatzen, konplimenduak egiten trebatzen dira. Orobat, lantzen dira elkarrizketak hasteko eta edukitzeko erak, asertibitate negatiboa, amorruaren adierazpena, kritikak egiteko eta onartzeko modua, eskubideak defendatzeko bideak...

Familia eta bikotea trebatu behar dira, pazientearen jokabide positiboak errefortzatu eta negatiboak ezereztu ditzaten. Horretarako garrantzitsua da familiari depresioa zer den azaltzea, gaixoarekin ez haserretzea, gaixoa aktiboa izatera bultzatzea, eta tratamenduan jarraitzera bultzatzea.

- **Rehm-en terapia**

Autokontrolaren ereduaren ondorioz Rehm-ek (1981) depresioaren tratamendurako 12 saioko terapia formulatu du; taldean aplikatzen du, ordu eta erdiko saioetan, astean behin.

Terapiaren helburua aldagai hauek aldatzea da:

1. Bizitzan gertakizun negatiboei atentzioa hartzea.
2. Berehalako emaitzei erreparatzea, eta ez ondorengoei.
3. “Dena / ezer ez” ebaluazio-erregela zurrunak erabiltzea.
4. Porrota nork bere buruari egoztea, eta arrakasta, kanpokoari.
5. Autoerrefortzu gutxi ematea.
6. Nork bere buruarekin zigor asko erabiltzea.

Aurreko helburuak lortzeko hainbat fasetan egiten da terapia:

a) Autobehaketa: pazienteak ikasi eta ikusi behar du gogo-aldartearen eta jarduera positiboen arteko lotura. Terapiaren lehenengo bi saioetan, eguneroko jarduera positiboen eta gogo-aldartearen erregistroa egiten da. Hirugarren saioan, jardueren eragina epe luzera eta laburrera zein den aztertzen da. Pertsona deprimituek jokabideek epe laburrera dituzten ondorioak bakarrik kontuan hartzen dituzte.

b) Autoebaluazioa. Laugarren saioan, gertakizunen egozpen-prozesuak aztertzen dira, zergatik gertatzen diren gauzak eta aukerazko interpretaziorik dagoen edo ez. Bosgarren saioan, gertakizun negatiboen egozpenak aztertzen dira. Seigarren eta zazpigarren saioetan, helburu errealisten eta azpihelburuen garrantzia aztertzen da, baita ere helburuak betetzeko faktore pertsonalen eta kanpo-faktoreen eragina. Gainera, bete nahi diren helburuak operatiboki definitzen dira, eta nola lor daitezkeen planifikatzen da.

c) Autoerrefortzua. Egunero egiten diren jarduerengatik errefortzua lortzen erakusten zaie. Zortzigarren eta bederatzigarren saioetan, nork bere burua errefortzatzen irakasten zaie, baieztapen positiboak eta egiazkoak irakurriz gauzak lortzen direnean. Hamargarren, hamaikagarren eta hamabigarren saioak, pazientearen jarraipenerako erabiltzen dira. Aurreko saioen laburpena egiten da, eta berrizkaturen prebentzioa.

- **Tratamendu kognitiboak**

Depresioan erabiltzen den tratamendu kognitiboa Beck-en, Rush-en, Shaw-en eta Emery-ren (1983) terapia da. Terapia horren helburua da pazientearen pentsamendu negatibo, distortsio kognitibo, balioespen eta usteak aztertzea, bizitzan duten eragina azaltzea, zalantzan jartzea, eta horien ordez beste batzuk jartzea. Horretarako terapiak zenbait fase ditu:

a) Pazienteari terapia kognitiboaren oinarriak azaltzen zaizkio. Emozioen, jokabideen eta pentsamenduen arteko lotura adierazten da, eta pentsamendu automatikoek errealitateari aurre egitean duten eragina. Azaltzen da, orobat, nolakoa izango den terapia, aktiboa eta etxerako lanak dituena.

Fase horretan, terapeutak datu hauek jasotzen ditu pazientearekin duen elkarrizketan:

Zein da arazoa? Nola eragiten dio pertsonari?
Nola azaltzen du pazienteak gertatzen zaiona? Zeri egozten dio depresioa? Zer itxaropen duen?
Nola lotzen ditu gertakizunak, emozioak, pentsamenduak eta jokabideak?
Zer froga erabiltzen ditu bere hipotesiak aldezteko?
Nola iritsi da pazientea hipotesi horietara? Zer faktore izan dira haren sozializazio-prozesuan gaur egungo egoerarekin lotzen direnak?
Hipotesi horren arabera, nola ulertzen dira iraganeko arazoak eta gaur egungoak? Eta ondorioz zer egiten du pazienteak arazoei aurre egiteko?

b) Pentsamendu automatikoak identifikatzen eta haren egoera emozionalean duten eragina aztertzen erakusten zaio. Horretarako autoerregistroak erabiltzen dira; pentsamendu automatikoen ezaugarriak deskribatzen dira (nahi gabekoak; bat-batean agertzen dira; errealitatetzat hartzen dira…); gako-hitzak eskaintzen zaizkio (“beharko nuke”, “ezin dut jasan”, “ez dago arrazoirik”, “ez da bidezkoa”, “beti”, “inoiz ez”, “izugarria da”, “ezer ez”, “dena”…), eta autoerregistroa betetzen laguntzen zaio, saio terapeutikoan, ordu erdi egunean, edo gaizki sentitzen denean.

Pazienteari pentsamendu automatikoen adibideak eskaintzen zaizkio, baita Beck-ek deskribaturiko hirukote kognitibo negatiboaren adibideak ere:

Norberaren ikuspuntu negatiboa: ez dut ezertarako balio; penagarria naiz. Munduaren ikuspuntu negatiboa: ez du bizitzea merezi; bakarrik miseriak daude. Etorkizunaren ikuspuntu negatiboa: ez dut egoera hau gaindituko; etorkizuna beltza da; ezin dut ezer egin; ez da ezer aldatuko.

c) Sintoma depresiboen beherakada: jardueren programa eratzen da, eta horien aurrean pazienteak lortzen duen atsegintasun- eta eraginkortasun-maila neurtzen da.

d) Pentsamendu automatikoak zalantzan jartzea. Behin pentsamendu automatikoak identifikatu ondoren, haien azpian egon daitezkeen distortsio kognitiboak aztertzen dira, eta egokiagoen bidez ordezkatzen dira. Horretarako, hiru zutabeen teknika erabiltzen da: egoera, emozioa, pentsamendu desegokia, eztabaida, pentsamendu egokia. Depresiboek batez ere arrazoibide emozionala, absolutismoa, gehiegizko orokortzea, pertsonalizazioa eta betebeharren distortsioak egiten dituzte.

Galderak, eztabaida sokratikoak eta jokabide-esperimentuak erabiltzen dira pentsamendu automatikoak zalantzan jartzeko. Honako hauek aztertzen dira: pentsamenduen logika eta oinarriak, aldeko eta kontrako frogak, balioa, abantailak, erabilgarritasuna, forma, eta abar.

e) Oinarri eta eskema depresiboak aldatu:

Pentsamendu automatikoen azpian beti egoten da bizitzaren eta munduaren eskema kognitiboa, pazienteak bere haurtzaroan eta nerabezaroan ikasitakoa. Eskema kognitibo horiek zeintzuk diren aztertzeko beheranzko gezi bat erabiltzen da: Zer esan nahi du pentsamendu horrek? Hala balitz zer gertatuko litzateke? Zergatik da arazo bat?

Depresiboen kasuan, eskema kognitibo hauek agertzen dira maiz:

Besteen onarpenak ekartzen du norberaren autoestimua. Bizitzako lorpenek zehazten dute autoestimua. Besteen beharra bizitzeko, mendekotasuna. Perfekzionismoa. Arau eta lege zurrunak, betebeharrak.

Eskema desegokiak identifikatu ondoren, pazientea ohartzen denean gaur egungo bizitzari aurre egiteko ez direla erabilgarriak, beste eskema berri batzuk sortzen saiatzen dira terapian.

f) Berrizkaturen prebentzioa

Jarraipen-saioak egiten dira; praktikaren garrantziaz hitz egiten da; arrisku-egoerak identifikatzen irakasten zaio, eta makalaldiak eta berrizkaturak ikasteko aukera gisa aurkezten dira. Beck-en terapia kognitiboak 15-20 saio irauten du; astean behin egiten dira saioak, baina depresioa larria denean astean bi aldiz egiten dira lehenengo hilabetean, eta gero astean behin.

Batzuetan beste teknika kognitibo batzuk ere aplikatzen dira, hala nola “pentsamenduak gelditzea” edo “zaborraren denbora”.

- **Buru-hiltzearen kontrola**

Pazienteak bere burua hiltzeko arriskua badago, pazientearen inguruan kontrola daitekeen edo ez aztertu beharra dago; ez da pazientea bakarrik utzi behar, eta ospitalera joateak izan ditzakeen abantailak adierazi behar zaizkio. Familiaren laguntza eta

lankidetza beharrezkoak dira, batez ere pazienteak arazoa ukatzen duenean edo arriskua gutxitzeko bitartekoak hartu nahi ez dituenean. Ospitalean herstura, urduritasuna eta izua kontrolatzen dira; behin handik atera ondoren, arriskua ere handia da, eta, beraz, anbulatorioan tratatu behar da pazientea. Denbora irabaztea garrantzitsua da, pazientearekin buru-hiltzearen aldeko eta kontrako arrazoiak aztertzea, aipatzea bizitzeko arrazoiak eta ez hiltzeko arrazoiak (iraganean, orainean eta etorkizunean), eta pazienteari bere egoeratik irteteko beste biderik badagoela eta horretan lagunduko zaiola adieraztea.

- **Tratamendu psikofarmakologikoak**

Antidepresiboak dira nahastea tratatzeko erabiltzen diren botika motak:

- Triziklikoak (tofranil): nahi gabeko ondorio asko dituzte eta logalea areagotzen dute; gaindosiak hilgarriak dira.
- Aminoxidasaren inhibitzaileak: tiramina duten janari askorekin interakzio negatiboa dute, eta gaur egun ez dira gehiegi erabiltzen.
- Serotoninaren berratzematearen inhibitzaileak: logalea gutxitzen dute, baina aurrekoek baino nahi gabeko ondorio gutxiago dute.
- Berriak: venlafaxinak, bupropionak eta nefazodonak serotoninaren erregulazioan eragina dute.

Oro har, antidepresibo guztiek 2-3 aste behar izaten dute eragin terapeutikoa izaten hasteko; aldiz, haien ondorio negatiboak berehalakoak dira. Hiru modutara erabiltzen dira: depresioaren fase larrian, sintomak apaltzen diren arte, 20 aste gutxienez; jarraipen-fasean, 4-6 hilabetez, eta mantentze-fasean, berrizkaturak dituzten pazienteentzat. Antidepresibo guztiek eragina dute elikaduran; ezin da alkohola hartu, eta nahi gabeko ondorioei buruz hitz egin behar da pazienteekin.

Askotan pazienteek pentsamendu irrazionalak azaltzen dituzte botiken inguruan, horiek hartu aurretik, hartzen ari diren bitartean eta uzteko garaian:

Botikak hartu aurretik azaltzen dituzten pentsamenduen adibideak:

Mendekotasuna eragiten dute. Indartsuagoa naiz behar ez baditut. Ahulagoa naiz behar baditut. Ez didate lagunduko. Hartzen baditut eroa nagoela esan nahi du. Ezingo ditut nahi gabeko ondorioak jasan. Hartzen hasten baldin banaiz, ezingo ditut utzi. Botikekin bakarrik nahikoa da Botikak bakarrik egun txarretan hartu behar ditut,

Botikak hartzen ari diren bitartean maiz agertzen dituzten ideiak:

Aste edo egun batzuetan hartu ondoren, ez naiz bizkortu. Beraz, botikek ez dute ezertarako balio. Erabat ondo sentitu beharko nintzateke.

Botikak nire arazo guztiak konponduko ditu. Botikak ez ditu nire arazoak konponduko. Beraz, zertarako hartu? Ezin ditut nahi gabeko ondorioak jasan. Automata bezala sentiarazten naute.

Botikak uztean, “ezingo dut aurre egin”; “berriro eroriko naiz”; “eta berriro gaizki sentitzen banaiz?”; “botikarik gabe ez naiz inor”, eta antzeko pentsamenduak azaltzen dituzte.

Pentsamendu horiek guztiak kontuan hartu behar dira terapian, pazientearekin batera aztertu, eta pentsamendu errealagoak diseinatu.

Eskuarki, depresioa larria denean eta sintoma somatikoak garrantzitsuak direnean, gomendatzen da tratamendu psikofarmakologikoarekin hastea eta gero psikologikoa aplikatzea. Botikek sintoma somatikoak erregulatzen dituzte, baina ez pentsamendu negatiboak.

Azkenik, aipatzekoa da terapia elektrokonbultsiboa erabiltzen dela depresioa oso larria denean eta beste tratamenduek hobekuntzarik ekarri ez dutenean. Kasu horietan, pazientea anestesiatzen da, gihar-lasaigarri bat ematen zaio konbultsioak izan ez ditzan, eta 6-10 saiotan ematen zaizkio elektrizitate-deskargak. Teknika horrek dituen nahi gabeko ondorioak hauek dira: epe laburrerako oroimena galtzea eta nahastea, baina alderantzikagarriak dira.

- **Doluaren tratamendua**

Dolua prozesu normala da, eta kasu horietan laguntza emozionala nahikoa izaten da. Laguntza-prozesu horietan ekintza hauek egiten dira: galeraz hitz egin, sentitzen diren emozioak adierazi (errua, amorrua, tristura, herstura), eguneroko bizitza berreskuratzen hasi, eta harreman sozialak berreraiki.

Baina batzuetan dolu-prozesuak korapilatu egiten dira, kasu horietan prozesua gainditu ez den seinaleak daude: gertakizuna ukatzea, oroitzapenetan murgilduta egotea, mina berrelikatzea, erru- edo amorru-sentimenduak edukitzea, erantzunik ez duten galderak egitea, eta 12 hilabete pasaturik tristura okerragoa izatea.

Kasu horietan terapia egitea planteatzen da, 8-10 saio (Worden, 1997), astean behin. Saio horietan gai hauek lantzen dira:

a. pertsonarekiko harremana aztertu
b. oroitzapenak gogoratu eta horietaz hitz egin, ekidite kognitiboari aurre eginez
c. ekidite motorrari aurre egin
d. emozioak landu
e. agur esan

- **Ondorioak**

Tratamendu psikologikoak eraginkorrak dira; 12-16 saio izaten dituzte, eta psikofarmakologikoak bezain hobeak dira depresio larrietan, eta depresio moderatuetan psikofarmakoak baino hobeagoak, batez ere berrizkaturen prebentzioan. Kontuan hartu behar da depresio nagusia behin agertzen denean berriro agertzeko arriskua % 50ekoa dela, eta arazoa azaldu eta lehen urtean bizkortzen ez diren pazienteengan arazoa, eskuarki, kroniko bihurtzen dela. Gainera, berrizkaturak direnean, pazienteek barne-zaurgarritasun edo ahulezia garatzen dute, eta horrek ondorengo berrizkaturak eragin ditzake.

Tratamenduaren osagarri gisa askotan *eskuliburuak* erabiltzen dira, eta *bizi-estiloan aldaketak* egiten dira, gomendio hauei jarraituz:

- Substantzia estimulagarririk (alkohola edo drogak) ez erabili, berez depresioa sortu eta areagotu baitezakete. Elikadura osasungarria izan eta osasun fisikoa zaindu, jarduera fisikoa egokia baita gogo-aldarterako.
- Atseden hartzeko denbora hartu, baina ezer egin gabe egotea ez da ona; jardueren ordutegia bete behar da.
- Bizitzan helburu errealistak jarri eta pixkanaka lortzen saiatu.
- Jarduera positiboak eta atseginak egin, eta, besteekin batera bada, hobeto.
- Beharrezkoa da bakardadea eta gehiegizko bakartzea ekiditea, besteekin harremanetan egotea, kezkak eta pozak elkarrekin komentatzea, eta harreman atseginak eta konfiantzazkoak izatea.
- Ez da txarra noizbehinka nork bere burua zaintzea eta apetak izatea.
- Egokia da bakoitzaren alderdi positiboak, besteenak eta bizitzarenak ikusteko saiakerak egitea, alderdi negatiboei askorik erreparatu gabe. Besteenganako eskuzabaltasunak ere bakoitzarengan eta besteengan sentimendu positiboak eragiten ditu.
- Agertzen diren arazoei irtenbidea bilatzen saiatu.

Gaur egun badaude zaharrentzako, nerabeentzako eta zaintzaileentzako terapia bereziak, Lewinsohn-ek eginak.

Dena den, badaude hainbat aldagai kontuan hartzekoak terapia egitean Hala, depresioa larria denean, tratamenduak luzeagoak dira eta psikofarmakoak erabiltzen dira; pazienteak laguntza sozialik ez duenean, askotan talde terapia egokiagoa izaten da; pazienteak arazoei aurre egiteko sistema kanporakoia duenean, jokabidezko teknikak egokiagoak dira, eta, aldiz, barnerakoia denean, kognitiboak.

Egin diren ikerketen ondorioz arrakasta terapeutikoa ondorengo aldagaiekin lotzen da: harreman terapeutikoa, depresioak arrazoi existentzialistekin zerikusirik ez izatea, larritasun maila, nortasun nahasteak, pazientearen harreman sozialak eta bikote harremana, motibazio maila eta parte hartze aktiboa. Horrela pertsonarteko harremanak, bai terapeutarekin bai terapiatik kanpo, zailak direnean, pronostikoa okerragoa da, baita arazoaren larritasuna handia denean eta komorbilitatea dagoenean ere.

OINARRIZKO BIBLIOGRAFIA

Bas, V. eta Andrés, F. (1994). ***Terapia cognitivo-conductual de la depresión***. Madril. Fundación Universidad Empresa.

Beck, Rush eta Shaw (1979). ***Terapia cognitiva de la depresión***. Bilbo. DDB.

Burns, D. (1990). ***Sentirse bien***. Bartzelona. Paidós.

Freeman eta Oster (1997). "Terapia cognitiva de la depresión" *in* Caballo V. ***Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*.** Madril. Siglo XXI.

Freeman, A. eta Reinecke, M.A. (1995). ***Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida***. Bilbo. DDB.

Jorquera, A. eta Guarch, J. (2006). ***Tratando… Tratando trastorno distímico y otros trastornos depresivos crónicos*.** Madril. Pirámide.

Labrador, Echeburúa eta Becoña (2000). "Revisión de la eficacia de los tratamientos en la depresión" *in* ***Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos*.** Madril. Dykinson.

Lewinsohn, Gotlib eta Hautzinger (1997). "Tratamiento cognitivo-conductual de la depresión unipolar" *in* Caballo V. ***Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos***. Madril. Siglo XXI.

McKay eta Fanning (1991). ***Autoestima: evaluación y mejora***. Bartzelona. Martínez Roca.

Paykel, E.S. (1985). ***Psicopatología de los trastornos afectivos*.** Madril. Pirámide.

Perez, M. eta García, J.M. (2003). "Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión" *in* Perez, M., Fernández, J.R., Fernández, C. eta Amigo, I. ***Guía de tratamientos psicológicos eficaces I***. Madril. Pirámide.

Schramm, E. (1998). ***Psicoterapia interpersonal***. Bartzelona. Masson.

Sevillá eta Pastor (1996). ***Tratamiento psicológico de la depresión. Un manual de autoayuda paso a paso*.** Valentzia. Publicaciones del Centro de Terapia de conducta.

Vallejo, M. (1996). "Depresión" *in* Vallejo M. ***Manual de terapia de conducta*.** Madril. Dykinson.

Worden, J.W. (1997). ***El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*.** Bartzelona. Paidós.

II. ZATIA: ELIKADURA-NAHASTEAK ETA MENDEKOTASUNAK

Liburuaren bigarren zatian, gaur egun maiz agertzen diren bi nahaste landuko dira, elikadura-nahasteak, batetik, eta mendekotasun kimikoak eta psikologikoak, bestetik. Nahiz eta bi nahaste motak oso desberdinak izan, badituzte antzekotasun batzuk beren artean:

- Janaria, drogak edo jokabide anitz erabiltzen ditu pertsonak, ondo sentitzeko eta dituen zailtasun psikologikoei aurre egiteko.
- Bi nahasteetan pazienteak ukatu egiten du arazoa duenik eta tratatzeko erresistentzia handia agertzen du.
- Pazienteek janariarekin, substantziekin edo hainbat jokabiderekin duten lotura patologikoa da, baina hasieran ez dakite zein izango den haien jokabideen ondorioa.
- Patologiaren eta normaltasunaren arteko mugak askotan oso estuak dira, eta nahastea denboran zehar pixkanaka eratuz doa.
- Bai mendekotasunetan, bai elikadura-nahasteetan, jokabideak hasieran errefortzu positiboaren bidez irauten du, baina gero errefortzu negatiboaren bidez.
- Bi nahasteetan pazienteak bere jokabidearen kontrola galduta dauka.
- Laguntza terapeutikoa arazoa agertu eta handik denbora luzera eskatzen da, eta askotan ingurukoak dira ohartzen direnak arazoaz, pazienteak ukatu egiten baitu bere egoera.
- Tratamenduek askotariko osagaiak dituzte, eta medikuak, psikiatrak eta beste profesional batzuek parte hartzen dute.
- Tratamenduak luzeak dira, eta berrizkaturak maiz izaten dira. Horregatik, jarraipenak ere luzeak izaten dira.
- Bai mendekotasunetan, bai elikadura-nahasteetan, herstura, depresioa, pertsonarteko arazoak, autoestimu urria eta beste hainbat arazo agertzen dira bizitzaren alderdi anitzetan.

Elikadura-nahasteak batez ere emakumeek izaten dituzte, emakume gazteek, 15 urtetik 25 urtera bitartekoek; horien artean horrelako arazoak izateko arriskua % 17,4koa da. Mendekotasunak, berriz, gizonengan gehiago agertzen dira, eta mendekotasun kimikoen artean alkoholismoa, bereziki, eta psikologikoen artean joko patologikoa dira arruntenak. Datuen arabera, populazio helduaren % 20k alkohola edaten du modu arriskutsuan, eta % 2 izan daiteke jokoaren mende dagoena.

Ondorengo kapituluetan elikadura-nahasteen eta mendekotasunen deskribapen psikopatologikoa, azalpen-ereduak, ebaluazioa eta tratamendua azalduko dira.

8. ELIKADURA-NAHASTEAK: ANOREXIA ETA BULIMIA

8.1. Sarrera
8.2. Kontzeptua eta ezaugarriak
8.3. Faktore etiologikoak
8.4. Ebaluazioa
8.5. Tratamendu-programak
Oinarrizko bibliografia

8.1. SARRERA

1990eko hamarkadan elikadura-nahasteen prebalentzia-mailak hirukoiztu egin dira Mendebaldeko gizartean. Anorexia eta bulimia izateko arriskua % 17,4koa da, eta prebalentzia % 1,5ekoa. Gainera, 100 gaixotik 9 hil egiten dira; beraz, nahaste larriak dira.

Elikadura-nahasteak lerro jarraitu batean koka ditzakegu: ezkerreko aldean anorexia murriztailea egongo litzateke; hurrenak, anorexia bulimiadunak, bulimia, betekaden nahastea, eta eskuineko puntan, loditasuna. Bulimia-arazoak ager daitezke pertsonak pisu txikia, pisu normala eta gehiegizko pisua dituenean; betekaden nahastea, berriz, gehiegizko pisuarekin eta loditasunarekin agertzen da bereziki.

Pisua egokia den edo ez jakiteko, gorputzaren masaren indizearen formula kontuan hartzen da: pisua (kg) / altuera (m) x 2. Irizpide hauek erabiltzen dira:

16tik behera: pisu oso txikia
18,5etik behera: pisu txikia, argaltasuna
18,5-24,9: pisu normala
25-29,9: gehiegizko pisua
30-34,9: loditasunaren lehen maila
35-39,9: loditasun larria, bigarren mailakoa
40 baino gehiago: loditasun oso larria, hirugarren mailakoa

Elikadura-nahaste guztiek alderdi komunak dituzte:

Osasun fisikoko arazoak
Janaria kontrolatzeko arazoak, dietak, eta pisua galtzeko asmoa
Pisuaren gorabeherak
Gorputz-irudiarekiko arazoak
Herstura, depresioa, autoestimu apala, mendekotasunezko jokabideak
Tratamenduan endokrinologo, nutrizionista eta dietisten laguntzaren beharra

Elikadura-nahasteak batez ere emakumeek jasaten dituzte, Mendebaldeko gizarteko emakumeek. Kapitulu hauetan, anorexiaz eta bulimiaz hitz egingo da, ez hainbeste loditasunaz eta betekadaren nahasteaz. Betekaden kasuan, janari kopuru handiak jaten dira kontrolik gabe, baina gero ez dago konpentsatzeko jokabiderik. Pertsona lodiengan agertzen da nahaste hori.

8.2. KONTZEPTUA ETA EZAUGARRIAK

NERBIO-ANOREXIA

Anorexian, pisuaren % 15 galtzen da, eta pisua ez irabaztea da ezaugarririk nabarmena. Pisua galtzea dieta egitearekin lotuta dago, eta hilerokoaren galerarekin eta gorputz-irudiaren distortsioarekin. Anorexikoak loditzeko beldur handia dauka, eta bere gorputzarekiko atseginik ez du sentitzen. Haren helburuak bizitzan mehea egotea eta pisua galtzea dira.

Jokabideei dagokienez, janariarekiko eta pisuarekiko jarrera erabat irrazionala da; gose-sentipena ukatzen dute; ez dute jaten dieta egiten dute, eta loditu dezaketen elikagai guztiak baztertzen dituzte, hasieran karbohidratoak, gero koipea eta azkenik proteinak. Gainera, pazienteak tranpak egiten ditu, pisua irabazi duela edo gehiago jaten duela adierazi nahirik. Askotan janariak gordetzen dituzte edo prestatzen dituzte, eta obsesionatuta daude gai horrekin, pisua egiaztatuz, kaloriak zenbatuz, eta abar. Kasu gehienetan, kaloriak erretzeko hiperaktibotasun fisikoa ere agertzen da.

Kognizioei dagokienez, lodia egoteari beldur handia diote, eta mehe egotea bihurtzen da bizitzaren helburua. Gorputz-irudiaren distortsioak dituzte: lodi ikusten dute beren burua, batez ere gerritik behera. Gorputz-sentipenak hautemateko arazoak izaten dituzte: beteta egotea, hotza, beroa… Gainera, ukatu egiten dute arazoa dutenik.

Bi motatako anorexiak bereizten dira:

a) *Anorexia murriztailea.* Mehea egotea da helburua, dieta egitea eta gorputzaren pisua muga batzuen barruan izatea. Janaria eta egoera sozialak baztertzen dira. Eskuarki, ez dago betekadarik, eta gehiegizko jarduera fisikoa erabiltzen da, kaloriak erretzeko. Nortasunaren ikuspuntutik, pazienteak perfekzionistak, zurrunak eta hipererantzuleak dira, eta errendimendu akademikoarekin kezkatuak azaltzen dira. Desegokitasun-sentimenduak agertzen dira, bakartze soziala, herstura-sintomak eta zailtasunak harreman sexualetan.

b) *Anorexia bulimikoa.* Oro har, dieta luzea egin ondoren kontrola galtzen dute, eta betekadak izaten dituzte. Egoera horrek kulpa eta sentipen ezatseginak eragiten dizkiete, eta okadak, laxanteak eta diuretikoak erabiltzen dituzte, betekadan irabazitako pisua galtzeko. Nortasunaren ikuspuntutik, bulkadak kontrolatzeko arazoak dituzte; alkohola eta drogak hartu; promiskuitate sexuala izan; gogo-aldartearen gorabeherak izan; askotan buru-hiltze saiakerak egin, eta beren burua lesionatzen dute.

Bi kasuetan, pazienteek mehe egon nahi dute, pisua gutxitu, gorputz-tamaina murriztu, eta gorputz-irudi berezia eduki.

Janariarekiko eta gorputzarekiko jokabide horiek ondorio fisikoak, sozialak eta psikologikoak izaten dituzte, eta horiek sufrimendu handia eragiten dute:

Ondorio biologikoak: hilerokoa galdu, gorputzeko ilea gehitu, bradikardia, larruazal lehorra, hipotermia, tentsio baxua, buruko minak, nekea, ezinegona, tripetako minak, lo egiteko arazoak, gaixotasun fisikoak (hezurren kaltzioa galtzea, bihotz-arazoak, digestio-aparatuko arazoak, giltzurrunetakoak, antzutasuna, bizkarrezurreko arazoak, eta abar).

Ondorio sozialak: familia-arazoak, bakartzea, eskola-arazoak.

Ondorio psikologikoak: herstura, fobiak, pentsamendu obsesiboak, depresioa, zailtasunak harreman sexualetan.

- **Epidemiologia**

15 urtetik 24 urtera bitarteko 100.000 neskatik 30-40ek du anorexia urtero. % 10 hil egiten dira, eta laurden bat gaixo kroniko bihurtzen da. Populazioaren % 0,5-1ek du nerbio-anorexia.

Gehienetan, 25 urte bete baino lehenago hasten da; emakumeak dira (% 95), erdiko eta goiko klase sozialekoak; arazoa zabalduago dago hirian. Gizon anorexikoak gutxiago dira, eta kezka sexualak eta homosexualitatearekiko kezkak agertzen dituzte. Hala ere, gaur egun 12-11 urteko neskak agertzen hasiak dira, eta baita emakume helduak ere.

- **Komorbilitatea**

Anorexikoen artean % 60k herstura-nahasteak ditu; % 45ek depresioa, eta % 23k nahaste obsesibo-konpultsiboak.

- **Diagnostiko diferentziala**

Garrantzitsua da anorexia beste nahaste fisiko eta psikologiko batzuetatik ondo bereiztea, batez ere pisua galtzen den beste arazoetatik. Adibidez:

Janariarekiko eldarnioak edo pozoitzeko eldarnioak agertzen dira nahaste psikotiko batzuetan pisua galtzera eramaten dutenak.
Depresioek batzuetan jateko gogoa kentzen dute. Kasu horretan, ez dago pisua galtzeko gogorik eta gorputz-irudiarekiko kezkarik.
Nahaste obsesiboetan, kutsadurak eta zalantzak agertzen direnean, pazienteak jateari utz diezaioke, elikagaia kutsatuta egon daitekeen beldur bada.
Gaixotasun fisiko batzuek pisua galtzea dakarte: hipotalamoko arazoek, tumoreek, diabetesak, eta abarrek.

BULIMIA

Bulimian, kaloria askoko janaria edo kantitate asko jateko beharra edo bulkada sentitzen da, eta betekada kontrolgabeak hartzen dira, gutxienez, astean bi aldiz hiru hilabetean. Gero, pisua ez irabazteko, eta erru- eta porrot-sentimenduak arintzeko, okadak, laxanteak edo diuretikoak (bulimia purgagarria) erabiltzen dira, edo dieta eta ariketa fisikoa (bulimia ez-purgagarria) egin. Gainera, bulimikoek bere pisuarekiko eta gorputz-irudiarekiko kezka handiak dituzte, eta gorputzaren pertzepzio distortsionatua.

Betekaden ezaugarria da konpultsiboki eta azkar jatea, kontrola galdurik, batzuetan min egin arte. Gehienetan, betekadak erlazionaturik daude tristurarekin, urduritasunarekin, asperdurarekin edo dietaren erregelak ez betetzearekin. Bulimikoek pisu normala, txikiagoa edo handiagoa izan dezakete. Bulimia purgagarria duten pazienteek herstura handiagoa, depresio handiagoa, izua eta nahaste psikopatologiko gehiago dituzte.

Gehienetan, arazoa ezkutuan dago, askotan pisua muga normaletan dagoelako. Bulimikoek jokabide soziala irekiagoa dute anorexikoek baino; ez da sexualitatea baztertzen, eta besteen onarpenaren bila egoten dira.

Ohikoa izaten da anorexia eta bulimia loturik agertzea; batzuetan anorexiarekin hasten da gaixoa, eta gero bulimiara pasatzen da, eta besteetan alderantziz. Ondorio fisikoak ere izaten dira, giltzurrunetako arazoak, hilerokoarekiko arazoak, hortzen esmaltea galtzea, arazo metabolikoak, bihotz-arazoak, maskurrak atzamarretan eta eskuetan, eta abar.

- **Epidemiologia**

Paziente gehienak emakumeak dira, % 95; 18 urtetik 25 urtera bitartean agertu ohi da arazoa, eta biztanleen % 1-3k garatzen du. Anorexia baino geroago agertzen da. Pazienteen % 40k sintoma kronikoak ditu, eta % 40-60k berrizkaturak izaten dituzte maiz.

Arazoaren sorrerak egoera estresagarriekin lotura du askotan, amodio-arazoekin, familia-arazoekin, lan-arazoekin, eta egoera horiei aurre egiteko zailtasunak eta depresiorako joerak dituzten pertsonengan agertzen da. Askotan egoera horietan agertzen diren emozioei aurre egiteko, dieta zorrotz eta irrealak egiten dira, gosea sentiarazi eta betekadak hartzera bultzatzen dutenak; ondoren, errua eta jokabide purgagarriak dakartzate.

- **Komorbilitatea**

Ohikoak dira herstura, depresioa, desoreka emozionalak, mendekotasun-jokabideak, bulkadak kontrolatzeko zailtasunak, nork bere burua hiltzeko pentsamenduak, baita ere B taldeko nortasun-nahasteak (mugakoa, histrionikoa, narzisista eta antisoziala). Autoestimu apala, eta kontzentrazio- eta oroimen-arazoak dituzte.

8.3. FAKTORE ETIOLOGIKOAK

Anorexia eta bulimia ulertzeko, faktore biologikoak, sozialak eta psikologikoak kontuan hartzen dira; guztiak izan daitezke aldez aurretiko faktore, amiltze-faktore edo iraupen-faktore (Toro eta Villardel, 1987; Cervera, 1996). Erreferentzia gisa aipatutako autore horiek diote anorexia eta bulimia arazo sozio-psiko-biologikoak direla.

ANOREXIAREN ETIOLOGIA

- **Aldez aurretiko faktoreak**

Pertsonarenak: gehiegizko pisua txikitatik, eta, beraz, janaria, dietak, kontrolatzeko ohitura, autoestimu urria, besteen onarpenaren beharra, perfekzionismoa eta obsesibitate handia, barnerakoitasuna, mendekotasuna.

Familiarenak: faktore genetikoak, arazo psikiatrikoak, eta harreman txarrak. Batzuetan, giro txarrak ez dio pazienteari behar duen segurtasuna ematen, eta pazienteak pentsa dezake mehetasunak emango diola; besteetan, elikadura-ohiturak ez dira egokiak izaten edo familiako norbait oso kezkatuta dago gorputz-irudiarekin.

Sozialak: mehetasunaren idealak; dantza eta kirol gehiegi egitea. Gure gizarteak edertasunaren ideala ezartzen du. Horrela, gorputz mehea izatea da arrakasta pertsonalaren, autokontrolaren, arrakasta sozialaren eta zoriontasunaren seinale. Horrela, emakumearen kasuan gorputzak mehea izan behar du, eta gizonen kasuan, gihartsua.
Gainera, gehiegizko pisua eta loditasuna ez dira bereizten; “lodi” esaten zaie kilo batzuk galdu behar dituztenei, eta arrisku handiko egoeratzat hartzen da, baina praktikan larriagoa da desnutrizioa kilo batzuk sobera izatea baino. Osasuntsuagoa da 5 kilo gehiago izatea bost kilo gutxiago izatea baino, pisua normala denean.

- **Amiltze-faktoreak**

Nahastearen hasierarekin lotuta gertakizun batzuk agertzen dira: nerabezaroaren hasiera (aldaketa fisikoak, emozioen agerpenarekin eta helduen erantzukizunak), gorputzari buruzko iruzkin negatiboak edo irainak jasotzea; harreman sexualak hastea; kirol, dantza edo ariketa fisiko gehiegi egitea; norbera ez gustatzea edo desegokia sentitzea; edo gertakizun estresagarriak agertzea (familia-arazoak, bikote-arazoak, eta abar).

Kasu guztietan, pertsonak zailtasun horiek bideratzeko dieta egitea eta gorputza aldatzea bilatzen du, eta pisuarekiko eta gorputz-irudiarekiko kezka sortzen da. Une horretan, dieta egiten hasten da, eta pisua galtzeko muga jartzen da; kiloak galtzeak lehiakor sentiarazten du, eta pisua irabazteko beldurra sortzen da. Orduantxe agertzen da **anorexia.**

- **Iraupen-faktoreak**

Behin anorexia agertu denean, gaizki jateak eta desnutrizioak sortzen dituzten arazo psikologikoek, hersturak, bakartze sozialak, obsesioak, gorputz-irudi negatiboak, pentsamendu distortsionatuek, gaixoaren jokabide desegokiek eta familiarekiko harreman zailek egoerari iraunarazten diote.

Janaria ekiditea errefortzu negatiboa da hersturarako eta beldurrerako, eta errefortzu positiboa eraginkortasun pertsonalerako; gehiegizko jarduera fisikoa errefortzu positiboa da autoestimurako, eta jokabide guzti horiek norberaren bizitza kontrolatzen dela adierazten dute.

Distortsio kognitiboek (neurriz gaindiko orokortzeak, pentsamendu dikotomikoak, abstrakzio selektiboak, eta abar) gorputzarekiko, janariarekiko, pisuarekiko eta dietarekiko jarrerak mantentzen dituzte.

Taula honetan agertzen dira anorexikoek dituzten ideia irrazional batzuk:

Sentimenduek kontrola galtzea eragiten dute. Triste egotea ahula izatea da. Besteekin ados ez egotea leialtasun ezaren eta oldarkortasunaren seinale da. Bakarrik janariaren bidez kontrola dezaket neure burua. Kilo bat irabazten badut ezingo dut jasan. Ez badut neure burua erabat kontrolatzen, ezingo dut inola ere kontrolatu. Gozokia jaten badut, koipe bihurtuko da.

BULIMIAREN ETIOLOGIA

- **Aldez aurretiko faktoreak**

Pertsonarenak: pisu-arazoak (bereziki loditasuna), besteen irainak jasotzea, dieta zorrotzak egitea, autoestimu apala, nork bere buruarengan konfiantza gutxi izatea, perfekzionismoa, nortasun oldarkorra, ohitura eta arau iraunkorrak ez izatea.

Familiarenak: anorexiaren antzera gurasoek arazo psikopatologikoak izan ditzakete, eta faktore genetikoak eta elikatzeko ohitura desegokiak ere ager daitezke.

Sozialak: anorexian gertatzen den bezala, gure gizarteak gorputzari ematen dion gehiegizko garrantziak bultza dezake pertsona elikadura-nahasteak izatera.

- **Amiltze-faktoreak**

Batzuetan, gorputz perfektua nahi izateak bultzatzen du pertsona bulimiara, eta, besteetan, dieta zorrotzak eta nutrizio desegokiak eramaten dute pertsona betekadak egitera. Egoera estresagarriek (bereziki zailak bulimikoentzat) eta nahaste afektiboek (batez ere tristurak, amorruak eta hersturaren maneiu desegokiek) bultza dezakete pertsona betekadak egitera.

- **Iraupen-faktoreak**

Betekadak eta okadak ohitura bihurtzen direnean, erreakzio emozionalak okertu egiten dira: herstura, depresioa, kontrola galtzearen beldurra eta erru-sentimenduak areagotu egiten dira. Horrela, laxanteek, diuretikoek, okadek, dietek eta betekadek biribil batean sartzen dute pertsona; gainera, gorputz-irudi negatiboa okertu egiten da, eta herstura areagotzen da.

Pertsona gose denean edo emozionalki gaizki dagoenean, betekadak errefortzu positiboa dira epe laburrera, baina luzera errua, porrota eta autoestimuaren beherakada eragiten dituzte. Sentimendu horiei aurre egiteko, okadak erabiltzen dira errefortzu negatibo gisa.

8.4. EBALUAZIOA

Elikadura-nahasteetan hainbat arlo ebaluatu behar dira tratamenduan hasi baino lehenago, baina informazioa lortu baino lehen harreman terapeutikoa eraikitzea da lehenengo lana eta ez da erraza. Pazienteek gaixo daudela ukatzen dute; profesionala baztertzen dute; aldaketarako motibazioa txikia izaten da, eta gezurrak esateko eta nork bere burua engainatzeko joera dago. Beraz, harreman terapeutiko egokirik gabe zaila da ebaluatzen eta terapia egiten hastea.

Taula honetan agertzen dira ebaluatu behar diren arloak:

Soziodemografikoa: adina, ikasketak, lanbidea, norekin bizi diren, eta abar. Pisua, altuera, dieta, elikadura-ohiturak, okadak, betekadak, eta laxanteen eta diuretikoen erabilera. Hilekoa, hiperaktibotasuna, gehiegizko ariketa fisikoa. Gorputz irudia. Asertibitatea, bakartze-soziala. Bikote- eta familia-harremanak. Depresioa, herstura, jokabide obsesibo-konpultsiboak, autoestimua, nortasun-nahasteak. Botikak, alkohola, drogak.

Arlo horiei guztiei buruz informazioa lortzeko hainbat tresna erabiltzen dira:

- **Elkarrizketak**

Pazienteak askotan psikologoarekiko duen jarreraren ondorioz garrantzitsua izaten da gurasoen eta gertukoen bidez informazioa lortzea. Historia klinikoa egin behar da, eta baita osasun fisikoaren ebaluazioa. Elkarrizketetan analisi funtzionala eta topografikoak egin behar dira.

Hona hemen gehien erabiltzen diren elkarrizketa egituratuak:

Elikadura-nahasteen azterketa (*Eating disorders examination*, EDE, Cooper eta Fairburn, 1987)

62 galdera dauzka anorexia eta bulimia ebaluatzeko, eta 5 azpieskala daude: dieta, gehiegi jatea, jatearekiko kezka, okadak, eta pisuarekiko eta gorputzarekiko kezka.

Elikadura-nahasteen diagnostikorako elkarrizketa (*Interview for diagnosis of eating disorders*, Williamson, Davis, Duchmann, McKenzie eta Watkins, 1990)

Bulimia, anorexia, loditasuna eta betekada-nahastea ebaluatzeko erabiltzen da. Galdera bakoitzari 1etik 7rako eskala baten arabera erantzuten zaio, eta pisuaren kontrola, loditzearen beldurra, eta jokabide bulimiko eta anorexikoak ebaluatzen ditu.

- **Galdetegiak**

Orain aipatuko dira bulimia eta anorexia ebaluatzeko erabiltzen diren galdetegi nagusiak.

Jatearekiko jarreren testa (*Eating Attitudes Test*, EAT, Garner eta Galfinker, 1979)

40 galdera ditu, eta anorexiaren susmoa dagoenean erabiltzen da. Anorexiarekin lotuta dauden pentsamenduak, jokabideak eta pisuarekiko eta janariarekiko jarrera distortsionatuak ebaluatzen dira. 20 puntutik gora nahastea dagoela adierazten du. Item bakoitzari 6 puntuko Likert eskala baten arabera erantzuten zaio, eta 26 galderako bertsio laburrago bat ere badago. Galderek hainbat arlo balioesten dituzte: janariarekiko kezka, gorputz mehea izateko desira, okadak, laxanteen erabilera, dieta zorrotza, betekadak, eta abar.

Elikadura-nahasteen galdetegia (*Eating disorder inventory*, EDI, Garner, Olmstead eta Polivy, 1983)

64 galdera ditu, 8 azpieskalatan banatzen direnak: mehea egoteko saiakerak, bulimia, gorputzarekiko atsegina, perfekzionismoa, pertsonarteko jokabideak, heldutasunarekiko beldurrak, eraginkortasun-maila, barne-sentipenen kontzientzia.

Ikertzaile talde horrek garatu du, orobat, EDI-2 eskala (Garner, 1991), 91 galderakoa, aurreko galdetegiko 8 eskalak eta 3 gehiago sartzen dituena. Zehazki aszetismoa, bulkaden erregulazioa eta ziurtasun gabezia. Item bakoitzari 6 puntuko Likert eskala baten arabera erantzuten zaio, *beti / inoiz ez* graduazioaren bidez.

Bi galdetegiak TEAn aurki daitezke, gaztelaniazko bertsioak, fidagarritasun- eta balioduntasun-ikerketak eginda.

Anorexia balioesteko galdetegi zehatzak:

Goldberg-en jarrera anorexikoen eskala (*Goldberg Anorectic Attitude Scale*, GAAS, Goldberg, Halmi, Eckert, Casper, Davis eta Roper, 1980)

63 galdera ditu, eta ospitalean dauden pazienteekin erabiltzen da. Honako hauek dira ebaluatzen dituen arloak: ospitaleko profesionalekiko jarrera, loditzeko beldurra, mehetasun ideala, gurasoei errua egoztea, gaixotasunaren ukatzea, sentipen fisikoak (gosea, hipotermia, puztea, eta abar), perfekzionismoa, janariak arriskugarri hautematea, usteak, eta abar.

Slade-ren nerbio-anorexiaren eskala (*Setting conditions for anorexia nervosa scale*, Slade eta Dewey, 1986)

40 galdera ditu, eta 5 arlo balioesten ditu: atsegintasun eza eta kontrola galtzea, herstura soziala eta pertsonala, perfekzionismoa, pisua kontrolatzeko beharra eta nerabezaroko arazoak. 22 puntu baino gehiago izateak perfekzionismoa adierazten du, eta 42k, kontrola galtzeko arrisku handia dagoela.

Bulimia balioesteko galdetegi zehatzak:

Bulimiaren test berrikusia (*Bulimia test-revised*, BULIT, Smith eta Thelen, 1984)

36 galdera ditu, 5 puntuko Likert eskalaren arabera erantzuten zaienak, eta bulimiako sintomak ebaluatzen ditu: okadak, betekadak, jokabide horiekiko jarrerak, hilekoaren arazoak, betekadetan jandakoa, pisuaren gorabeherak, eta abar.

Edinburgo-ko bulimia ikertzeko testa (*Bulimia investigatory test Edinburgh*, BITE, Henderson eta Freeman, 1987)

33 item dauzka, eta bi zatitan banatzen da eskala. Lehenengoak datu soziodemografikoak balioesten ditu, eta bigarrenean bulimia ebaluatzen da. 30 item bulimiako sintomak balioesteko dira, eta 3 item larritasuna ebaluatzeko, zehazki betekaden eta jokabide konpentsaziozkoen maiztasuna. Sintomen eskalan ebakitze-puntua 20 da, eta 5, larritasunaren eskalan.

- **Behaketa**

Familiari eskatzen zaio pazientearen jokabideei behatzeko, batetik, jandako janariari eta, bestetik, pisuaren, dietaren eta gorputz-irudiaren inguruan agertzen dituen jokabideei.

Badago familiakoek betetzeko behaketa-eskala bat, ***Anorexia hautemateko eskala*** (*Anoretic behavior observation scale*, ABOS, Vandereycken eta Meerman, 1984)

30 galdera dauzka, *bai*, *ez* edo *zalantza* erantzutekoak. Baiezko erantzun bakoitzak 2 puntu balio du; ezezko erantzunak zero puntu, eta zalantzak bat. 19 puntu lortzen badira, pazientea psikologo eta medikuenera eramatea gomendatzen da.

Hona hemen behaketa-testeko itemak:

1. Besteekin jatea ekiditen du, eta atzeratzen da mahaian esertzeko.
2. Bazkarietan tentsioan dago.
3. Bazkalorduan oldarkor dago.
4. Janaria zati txikitan ebakitzen hasten da.
5. Janari gehiegi dagoela edo kaloria asko dituela esaten du.
6. Janari bereziak nahi ditu.
7. Janariarekin negoziatzen du (adibidez: hau jaten badut, beste hau ez).
8. Janariarekin mizkina da, edo oso poliki jaten du.
9. Dietako janariak nahiago ditu (kaloria gutxikoak).
10. Ez du inoiz esaten gose denik.
11. Sukaldean ibiltzea gustatzen zaio, baina ez du jaten edo janaria probatzen
12. Jan ondoren oka egiten du.
13. Janaria ezkutatzen du, arropetan, poltsikoan, bazkaltzen ari den bitartean.
14. Janaria botatzen du (leihotik, zaborrera, komunetik).
15. Bere gelan ezkutatzen du janaria.
16. Bakarrik dagoenean, sekretuan edo gauez jaten du.
17. Ez zaio gustatzen festetara edo ospakizunetara joatea, jan behar bada.

18. Batzuetan zaila egiten zaio jaten gelditzea edo janari asko jaten du.
19. Idorreriaz kexatzen da.
20. Laxanteak hartzen ditu maiz.
21. Lodia dagoela esaten du, galdu duen pisua kontuan hartu gabe.
22. Mehetasunaz, dietaz eta gorputzaren forma idealez hitz egiten du maiz.
23. Bazkalorduan, mahaitik altxatzen da zerbait egitera.
24. Zutik, korrika edo hara-hona egoten da, ahal duen gehienetan.
25. Aktibo egoten da (mahaia garbitu, logelak, eta abar).
26. Kirola edo ariketa fisiko asko egiten du.
27. Ikasi edo lan asko egiten du.
28. Oso gutxitan nekatzen da, eta atseden gutxi hartzen du, edo batere ez.
29. Normal edo inoiz baino hobeto dagoela dio.
30. Sendagilearenera ez du joan nahi, eta azterketa medikoak baztertzen ditu.

- **Gorputz-irudiaren ebaluazioa**

Gorputz-irudiaren distortsio eta atsegin eza izaten da askotan elikadura-nahasteen sorburua eta iraupen-faktore nagusia. Gainera, azken urteetan faktore horren ebaluazioari garrantzi handia eman zaio, arrakasta terapeutikoaren eta arazoen larritasunaren indize esanguratsua baita.

Gorputz-irudiaz ari garenean, gure itxura fisikoaren alderdi neurgarri, objektibo eta hautemangarriez ari gara, baina baita ere gure gorputzaren aldera ditugun emozio eta pentsamenduez eta horien ondorioz egiten ditugun jokabideez.

Beraz, gorputz irudiaren ebaluazioan hainbat arlo kontuan hartu behar dira, eta hainbat tresna erabiltzen dira (Salaberria eta Garaigordobil, 2002):

Pertzepzioa:

Gorputz osoarekiko estimua
Gorputz zatiekiko estimua
Gorputz-irudiaren ebaluazioa silueten bidez (Williamson, Davis, Bennett, Goreczny eta Gleaves (1989)

Elkarrizketa:

Gorputz-irudiaren nahastearen ebaluazioa (*Body dysmorphic disorder examination*, BDDE, Rosen eta Reiter, 1996)

Galdetegiak:

Orokorrak: *Gorputz tamainaren galdetegia* (*Body shape questionnaire*, BSQ, Cooper, Taylor, Cooper eta Fairburn, 1987)

Jokabideak: *Gorputz-irudiaren ekiditeari buruzko galdetegia* (*Body image avoidance questionnaire*, BIAQ, Rosen, Srebnik, Saltzberg eta Wendt, 1991)

Silueten testean (Williamson et al., 1989), pazienteari eskatzen zaio mehetasunetik loditasunera doazen 9 irudiren artean aukeratzeko zein izango litzatekeen haren irudi erreala, batetik, eta, bestetik, ideala. Idealaren eta errealaren arteko desadostasun-mailak adieraziko luke atsegintasun eza.

Taulan aipatutako *elkarrizketak* gorputz-irudia eta dismorfofobiaren sintomak ebaluatzen ditu, DSM-IVren irizpideen arabera. Arazoaren alderdi kognitibo, emozional eta jokabidezkoak ebaluatzen ditu, 34 galderaren bidez. Lor daitekeen puntuazioa 0tik 168ra bitartean dago, eta 60 puntutik gorakoa bada, nahastea dagoela adierazten du. Egileek galdetegi modura ere aurkeztu dute (Reiter eta Rosen, 2000).

Galdetegien artean, *BSQ* da gehien erabiltzen dena, elikadura-nahasteak dituzten pazienteek gorputzaren aldera duten atsegintasun-maila balioesteko erabiltzen da. 34 galdera ditu, 1etik 6rako Likert eskalan ebaluatzen direnak, eta herstura, gorputzarekiko eta pisuarekiko jarrera, eta egoeren ekiditea ebaluatzen ditu. Ebakitze-puntua 105 da, eta pazienteak bereizten ditu: arazorik ez dutenak, gorputz-irudiarekiko kezka dutenak eta elikadura-nahasteak dituztenak.

Azkenik, gorputz irudiarekiko jokabideak ebaluatzen dituen galdetegia dago, *BIAQ*. 19 galdera ditu, 5 puntuko eskalan balioesten direnak, eta pazienteak gorputzarekiko agertzen dituen jokabideak ebaluatzen ditu. Ebakitze-puntua 31,5 da.

- **Autoerregistroak**

Pazienteak bere arazoarekin lotuta dauden hainbat alderdi ebalua ditzake autoerregistroen bidez: betekadak eta okadak; horien estimulu aurrekariak eta ondorioak; eguneroko elikadura; gaizki sentitzen denean dituen egoera, emozio eta pentsamenduak, eta abar.

8.5. TRATAMENDU-PROGRAMAK

Atal honetan aipatuko diren tratamenduaren osagaiak bai anorexian bai bulimian erabil daitezke; bi kasuetan, pazienteek interesa, amorrua, eta babesteko eta salbatzeko sentimendua pizten dituzte terapeutengan. Bi nahasteek badituzte komunak diren tratamendu-arlo batzuk:

Pazienteen lankidetza lortzea tratamendurako.
Pisua eta elikadura ohituren normalizazioa.
Alderdi hertsagarrien tratamendua.
Betekada eta jokabide konpentsaziozkoen tratamendua.
Pisuari, nutrizioari eta elikadurari buruzko heziketa.
Gorputzari buruzko irudia eta pentsamenduak.
Autoestimua eta harreman sozialak.
Familia.

Bi kasuetan lehen helburua desoreka biologikoa gutxitzea eta pisua berreskuratzea da, gero tratamendu psikologikoa hasteko. Tratamenduak luzeak dira, jarraipen luzekoak, eta hainbat tokitan egin daitezke: ospitalean, anbulatorioan eta bestetan. Gainera, banaka eta taldeka lan egiteko joera dago.

NERBIO-ANOREXIAREN TRATAMENDUA

Gaur egun ez dakigu oraindik zein den anorexiaren tratamendurik egokiena; ikerketa gutxi dago nahaste horrek dituen zailtasun bereziengatik: ezin da talde-kontrolik egin, lagin bakoitzak tratamendu mota bat izaten du; ez dago sendatze-irizpide definiturik; ikerketen laginak txikiak dira, eta abar. Guzti horren ondorioz, ezin daiteke esan zehatz-mehatz zein den tratamendurik egokiena. Jarraian aipatzen diren teknikak dira erabilienak, eta badirudi emaitza egokiak dituztela (Saldaña, 2003).

Tratamenduak taldean egin behar dira: medikuak, nutrizionistak, psikiatrak eta psikologoak lan egin behar dute elkarrekin. Ondo-ondo aukeratu behar da non egingo den tratamendua: ospitalean, eguneko ospitalean edo anbulatorioan. Erabakiak hartzeko pisua, bihotza eta metabolismoaren egoerak kontuan hartzen dira. Ospitaleratzea gomendagarria da egoera fisikoak ezaugarri hauek dituenean:

- Pisua galtzea 6 hilabetean (% 25-30). Gorputz-masaren indizea 13,5 baino txikiagoa denean.
- Bradikardia dagoenean (45 pultsazio baino gutxiago minutu batean), hipogluzemia.
- Hipotentsioa (7/6 baino gutxiago), hipotermia (36 gradu baino gutxiago), potasio-maila 2,5 ml baino gutxiago bada, infekzioak daudenean.

Gainera, beste faktore psikologiko batzuk ere kontuan hartzen dira, pisua ez denean berreskuratzen anbulatorioan eta eguneko ospitalean, familia-harremanak oso txarrak direnean, buru-hiltzeak, jokabide kaotikoak eta substantzien kontsumoa daudenean.

Tratamenduak **helburu** hauek ditu:

Pisua berreskuratzea, emakumeetan hilekoa berreskuratu arte eta gizonengan maila hormonalak berreskuratu arte. Arazo fisikoak tratatzea. Pazientearen motibazioa lortzea. Elikadurari eta nutrizioari buruzko heziketa ematea. Elikadura-nahastearen inguruko pentsamendu, jarrera eta sentimendu desegokiak tratatzea, gorputz-irudia hobetzea Gogo-aldartearen gorabeherak tratatzea, autoestimua lantzea. Familiaren parte hartzea. Berrizkaturen prebentzioa.

Ospitalean egon ondoren, pazientea pasa daiteke eguneko ospitalera edo anbulatoriora, eta han jarraitu tratamenduak jasotzen. Eguneko ospitalean pazienteak goizetik gauera edo egun erdia egoten dira, bertan eginik bazkariak, eta, gainera, talde-terapiak eta banakakoak jasotzen dituzte.

- **Nutrizio egokian trebatzea**

Pisua berreskuratzea, elikadura-ohiturak (janari motak eta kantitatea) normaltzea, asealdiaren eta gosearen sentipenak bereiztea, eta nahastearen ondorio fisiko eta psikologikoak gainditzea dira helburuak.

Pisua berreskuratzen da modu kontrolatuan, 800-1.200 gramo astean ospitalean edo 200-400 gramo astean anbulatorioan. Horretarako, pazientearekin batera diseinatzen da zer jango den eta nola, eta pixkanaka aplikatzen da, dietak ez baitu gehiegi jatea ekarri behar. Normala da pazienteak urduri egotea, botalarria eta urdaileko mina edukitzea; hori guztia tratatu egin behar da.

Aldi horretan ez zaie atentziorik hartzen elikadura-ohitura desegokiei, eta bai, pisua irabazteari eta elikatzeko modu egokiari. Ospitalean egiten bada tratamendua, bertako langileek parte hartzen dute errefortzu-programan; anbulatorioan egiten bada, aldiz, familia trebatzen da.

Gainera, jarduera fisikoa kontrolatu behar da, eta gorputzarekiko jokabide desegokiak ezabatu: laxanteak, diuretikoak, okadak eta janariarekin egiten diren jokabide arraroak.

Pisuaren eta janariaren erregistro-orriak sortzen dira, pazienteak bereiz dezan zein den haren pentsamendu eta sentipenen eta datu objektiboen arteko desberdintasuna. Grafikoek informazioa ematen dute jandakoaren eta horrek gorputzaren pisuan duen eraginaren arteko harremanari buruz.

Behin pisua berreskuratu denean, ospitaletik ateratzeko prestatu behar da pazientea, egoera estresagarriak biziko dituelako, adibidez:

Familiakoen edo bizilagunen bisitak, eta nahasteaz eta sufrimenduaz egiten dituzten iruzkinak. Jateko gonbidapenak eta jateko opariak. Gorputzari buruzko iruzkinak. Hobeto daudela esatea haientzat loditu direla esatea da.

Berriro ospitalera joateko pisua zein izango den negoziatzen da, eta hitzarmenak sinatu.

- **Pazientearekiko harremana**

Pazientearekin harreman egokia lortzea tratamendurako oso garrantzitsua da. Terapeutak enpatikoa, ulerkorra, egiazkoa eta errefortzugarria agertu behar du. Horretarako garrantzitsua izaten da ideia hauek lantzea (Calvo, 1992):

a. Pazientearentzat arazo diren sintomak (kontrola galtzeko beldurra jaten hasterakoan, urdaileko mina, eta abar) kentzen lagundu. Lasaiketa-teknikak eta autoaginduak erabiltzen dira laguntzeko.
b. Pazienteak lortu nahi dituen helburuak eta horretarako erabiltzen dituen bitartekoak bereizi. Helburuak egokiak izan daitezke (mehea egon, bizitzaren kontrola eduki,

mugak jarri, eta abar), baina horretarako erabiltzen dituen metodoak, ez. Tratamenduak lagunduko dio helburu horiek lortzeko modu egokiak ikasten.

c. Ahal den gehienetan erabakiak adostu, pazientearen parte-hartzea indartzeko.
d. Mehea egotearen eta hezurretan egotearen arteko desberdintasuna azaldu, eta pisua pixkanaka irabazteak loditasunik ez dakarrela agertzea.

- **Nahasteari buruzko heziketa:**

Elikagaiak: motak eta funtzioak, elikadura-ohiturak

Dieta uztera bultzatzen da pazientea; edozein elikagai jan daiteke pisu askorik irabazi gabe; erakutsi behar da jaten (zer eta nola).

Arazoaren irautea: dieta, gehiegizko ariketak, betekada eta okadak

Dieta zorrotza egiteak duen eraginaz hitz egiten da; anorexikoek dituzten sintoma asko gaizki jatearen ondorio dira; adibideak jar daitezke (Keys txostena).

Okadak, laxanteak eta diuretikoak ez dira egokiak pisua aldatzeko; okadak herstura kentzeko erabiltzen dira, eta laxanteak eta diuretikoak mendekotasuna sorrarazten dute. Jokabide horiek izaten dituzten ondorio negatiboak okerragoak dira ematen dituzten etekinak baino.

Pisuari buruzko informazioa: pertsona guztiek genetikoki daukagu pisu osasuntsuko tarte bat; tarte horretatik kanpo zaila da osasuntsu egotea.

Elikaduraren, jarduera fisikoaren, tasa metabolikoaren eta genetikaren ondorioa da pisua.

- **Familia**

Gurasoen laguntza beharrezkoa da tratamendurako; garrantzitsua da errurik ez egoztea, laguntzea, lasaitzea eta porrot-sentimenduez hitz egiten uztea. Gurasoek urduritasun handia agertzen dute alabaren heriotza-arriskuaren aurrean, alabaren independentziaren aurrean, izan ditzakeen harreman sexualen aurrean eta berrizkaturen aurrean. Tratamenduaren oinarriei buruzko informazioa eskaini behar zaie, eta erakutsi haien laguntzaren garrantzia elikadura-ohiturak normalizatzeko eta jokabide egokiak errefortzatzeko eta desegokiak iraungitzeko.

Pazientea ospitalean dagoenean, bisita-ordu eta -egunak finkatzen dira, eta hara doazenean ezin dute janariaz eta pisuaz hitz egin. Askotan gurasoen jarrerek aldaketak izaten ditu; lehenengo fasean, errua, frustrazioa, kritikak eta zalantzak agertzen dira; bigarrenean, konfiantza, laguntza, pisuarekiko kezken gainetik arazo psikologikoak tratatzea eta familiako arazoak tratatzea onartzen dute, eta, azkeneko fasean, senda-agiria jaso behar duenean, gehiegizko baikortasuna, beldurra eta pazientearen kontrol zurruna lortzeko jokabideak agertzen dira. Hori guztia talde terapeutikoan tratatu behar da.

Pazientea anbulatorioan tratatua denean, gurasoei arazoari buruzko informazioa ematen zaie, eta ez bakarrik janariaz eta pisuaz. Gainera, elikaduraren eta pisuaren inguruan pazienteari ezer ez esateko eskatzen zaie. Sendagilea arduratuko da kontrolaz.

Vandereycken, Castro eta Vanderlinden (1991) autoreek familiekin lan egiteko maila batzuk deskribatzen dituzte:

I. maila: aholkua, informazioa

Laguntza, aholkularitza, hezkuntza eta informazioa ematea da helburua, gurasoak tratamenduan terapeutekin elkarlanean aritzea. Gurasoei alabari behatzen, eta teknika operanteak aplikatzen eta negoziatzen irakasten zaie. Gainera, errua, amorrua, frustrazioa, alabarekiko banaketa eta beste hainbat gai trata daitezke laguntzazko saioetan. Maila horretan gurasoen taldeak egiten dira.

II. maila: familia-terapia (gurasoak eta anai-arrebak)

Familia guztiek ez dute terapia behar izaten; askotan krisian daude arazoagatik, eta maila horretan aholkua eta laguntza nahikoa izaten dira, baina beste kasu batzuetan arazoak agertzen dira. Hala, familia batzuetan ez dago antolakuntzarik, edo lotura handiegia dago, psikopatologia agertzen da familiako norbaitengan, gurasoen artean arazo larriak daude… Kasu horietan gomendagarria izan daiteke terapia egitea.

Terapiak zenbait fase izaten ditu:

I. FASEA: aldaketarako prestakuntza
Laguntza-giroa sortu.
Egoeraz askatasunez hitz egin; arazoak sortzen dituen sentimenduak adierazi.
Pazienteari laguntzeko ahaideek egindako saiakeraz eta aldatzeko beharraz hitz egin.
Erabakietan esku hartu.
Arazoak familian nolako eragina duen eta familiak arazoan zer eragin duen aztertu.
Familiaren bizitza-fasea eta pazientearena aztertu.
Familian psikopatologiarik (depresioak, alkoholismoa…) badago, identifikatu.

II. FASEA: familian aldaketak egitea
Zerk ez duen funtzionatu argitu, eta helburu errealistak zehaztu.
Pazientearen autonomiaz, independentziaz eta erantzukizunaz hitz egin.
Gurasoen lotura indartu.
Komunikazio-trebetasunak landu.
Negoziazio-trebetasunak.
Egon daitezkeen ideia irrazionalak eztabaidatu.
Astialdia berrantolatu.

III. FASEA: epe luzerako emaitzak mantendu

Pazienteari senda-agiria ematen zaionean, familiarekin elkarrizketak izaten dira, eta jarraipen-saioak planifikatzen dira, gutxienez senda-agiria jaso eta lehenengo urtean.

- **Pisua irabaztea: herstura, beldurra eta gorputz-irudia**

Anorexikoek beldur handia diete loditasunari, kontrola galtzeari, harreman pertsonalei, heldutasunari, eta abarri. Bereziki tratatu behar dira pisua irabaztearen beldurra eta gorputz-irudiaren aldaketak. Horretarako zenbait teknika erabil daitezke:

a. Lasaitzeko, arnasketa lantzeko eta autokontrola lortzeko autoaginduak.
b. Pazienteak beldurgarri zaizkien gorputz atalen, eta ekiditen dituzten egoeren eta janarien aurrean jartzea.
c. Berregituratze kognitiboaren teknikak, pazienteek ideia distortsionatu ugari izaten dituzte. Askotan pentsamendu dikotomikoa izaten da nagusi: erabateko kontrola izatea edo zeharo galtzea. Ez dago bitarteko punturik betekadaren eta ez jatearen artean, lanaren eta astialdiaren artean, independentziaren eta mendekotasunaren artean. Ideia horiek heldutasunaren arloan, pisuan, gorputz-irudian eta pertsonarteko harremanetan agertzen dira. Taula honetan agertzen dira pazienteen pentsamenduen adibide batzuk:

Jartzen dizutena jaten baduzu, mendekotasunean erortzen ari zara.
Debekatua dagoen janaria jateak kilo batzuk irabaztea dakar.
Jokabide negatibo batez ez arduratzea uztea bezala da.
Independentea izatea etxetik joatea da.
Mehea egoteko dieta zorrotza egin behar da.
Ez dut kontrolik.
Gorputzaren tentsioa loditasunaren seinalea da.
Janaria kontrolatzen badut, nire burua kontrolatuko dut.
Lehengo pisuarekin ez nintzen zoriontsu, beraz pisua irabazteak ez nau zoriontsu egingo.
Kilo bat irabazi dut; ezingo ditut galtza motzak jantzi.
Kilo bat irabazten badut, 30 irabaziko ditut.
Besteak nitaz arduratzen dira jaten ikusten nautenean.
Hobe da ezertaz ez gozatzea, gero desagertuko delako.

Batzuetan gorputzarekin lan egiteko eta kontzientzia hartzeko ariketa fisikoak egiten dira (Garcia Higuera, 1992). Hala, gorputz atalen arteko distantzia kalkulatzen da; gorputzaren tenperatura identifikatu; larruazalaren bidez sentipenak bizi; gorputzaren alderako bulkaden eta pentsamenduen behaketa- eta aldaketa-ariketak egiten dira.

- **Harreman pertsonalak**

Gaixoen autoestimua eta besteekin harremanetan jartzeko trebetasunak ez dira egokiak izaten askotan. Horregatik, trebetasun sozialen trebakuntza erabiltzen da batez ere asertibitatearen arloa.

- **Berrizkaturen prebentzioa**

Anorexian jarraipenak luzeak izaten dira, eta ikaskuntza-prozesutzat hartzen da tratamendua. Jarraipenen helburua lortutakoa finkatzea eta orokortzea da, arrisku handiko egoerak identifikatzen ikastea, aurre egiteko trebetasunak abian jartzea eta helburu errealistak jartzen ikastea, akatsetatik eta porrotetatik ikasiz.

- **Tratamendu-gidak**

Anorexiak dituen arazoengatik tratamendu-gida gutxi aurkeztu dira orain arte (Kleifield, Wagner eta Halmi, 1996; Pike, 1998). Jarraian azaltzen dena Garner, Vitousek eta Pike (1997) ikertzaileek egindakoa da. Terapiak 50 saio ditu, eta 3 fasetan banatua dago:

1. fasea: 10 saio, astean bi aldiz

Saio hauen helburua harreman terapeutikoa lortzea da, pazientearen parte-hartze aktiboa sustatzea, eta beraren ezaugarriak ezagutzea.

Pazienteari arazoaren eredu kognitibo-jokabidezkoa azaltzen zaio, hau da, desegokitasuna, eraginkortasun txikia eta autoestimu apala kontrolatzeko elikaduraren bidez gorputz ideala lortu nahi dela. Horrela, sentimendu horiek dieta zorrotza egitera bultzatzen dute pazientea, gorputz ideala lortzeko, baina dieta zorrotzak nahi gabeko betekadak eta okadak egitera bultzatzen dute pazientea, eta horiek beraren desegokitasun-sentimenduak indartzen dituzte.

Etxeko lanen garrantzia azaltzen da, eta pisuaren eta janariaren kontrola jasotzeko metodoa; helburua dieta ez egitea eta elikadura normalizatzea da. Gainera, betekaden eta okaden ordez beste aukera batzuk antolatu behar dira, aztertuz zertarako balio duten eta zer egin horien ordez.

Lasaiketa eta irudimena erabiltzen irakasten da, eta pisuari eta tamainari buruzko pentsamenduak lantzen dira; heziketa ere eskaintzen da: dieta zorrotzaren ondorioak, okadak, laxanteen eta diuretikoen porrota pisua galtzeko, eta pisuaren, tamainaren eta gorputz-irudiaren teoriak.

2. fasea: 35 saio, astean behin

Debekatuta dauden elikagaiak baztertzea da helburua, eta pentsamenduekin lan egitea.

Berregiratze kognitiboa irakasten da; eta pentsamendu disfuntzionalak eta desegokiak (zehazki pisuari, tamainari eta gorputz-irudiari buruzkoak) identifikatu eta horiei buruz eztabaidatzen da.

Arazoen konponbideen trebakuntza eskaintzen da.

Autoebaluazio-eskemak aldatu, norberaren estimua landu, eta eraginkortasun pertsonala modu osasuntsu batean lortzeko bideak ezartzen dira.

Harreman pertsonaletan erabiltzen dituzten eskemak tratatu behar dira, pazienteek beren buruari desegoki, trakets eta erakarmenik gabeko irizten diotelako.

3.fasea: 5 saio, bi astean behin

Tratamenduaren azken fasean, berrizkaturen prebentzioa egiten da, arrisku handiko egoerak identifikatuz eta nola aurre egin erakutsiz.

BULIMIAREN TRATAMENDUA

Bulimiaren tratamendua ahal denean anbulatorioan egin behar da, ospitalean egiteko aldagai hauek kontuan hartzen dira: pazienteak depresio larria eta bere burua hiltzeko arriskua izatea, desoreka elektrolitikoak agertzea, anbulatorioan egindako tratamenduak ondoriorik ez izatea, haurdunaldiaren lehen hiru hilabeteetan egotea.

Tratamenduaren helburuak:

Betekada eta jokabide purgagarriak baztertzea. Elikadura normalizatzea: jan daitezkeen elikagai motak eta kantitateak. Nahastearekiko jarrerak lantzea. Gorputz-irudia, autoestimua eta harreman sozialak lantzea. Nahaste depresiboak, hersturazkoak edo mendekotasunezkoak tratatu. Arazoen konponbideetan trebatzen irakastea. Berrizkaturen prebentzioa egitea.

Bulimiaren tratamendua ondo ikertua dago. Fairburn eta Wilson (1993) egileek deskribatu dute. Tratamendu mota horrekin, kasuen % 70-90ean lortzen da betekadak eta jokabide purgagarriak apaltzea, eta % 50-70eko sendakuntza-mailak daude.

Tratamenduak 3-6 hilabete irauten du, eta banaka egiten diren 20 saio ditu (ordu batekoa saio bakoitza). Erabiltzen diren teknikak askotarikoak dira: heziketa, herstura kontrolatzeko estrategiak, otorduen erregulazioa, pazientea arazoaren aurrean jartzea erantzunaren prebentzioarekin, berregituratze kognitiboa, eta arazoen konponbideetan trebatzea.

Tratamenduak 3 fase ditu:

I. FASEA (1-8 saio): 2 saio astean, elikadura ohiturak normalizatzea, eta betekadak eta jokabide konpentsaziozkoak uztea da helburua.

Harreman terapeutikoa lantzen da; ebaluazioa egiten da, eta dietari, janariari eta elikadurari buruz hitz egiten da; azkenik, tratamenduaren oinarria azaltzen da. Aldaketa-prozesua pixkanaka gertatuko da, eta ez da dikotomikoa izango (kontrolik ez / kontrol zorrotza). Prozesu horretan krisi bulimikoak egon daitezke, batez ere estres-garaietan.

Autokontrolarekin hasten da, eta bulimiari iraunarazten dion eredua azaltzen da: dieta....betekada....autoestimua gutxitzea.....okadak, laxanteak, diuretikoak, ez jatea....betekada. Jokabide horien guztien ondorio fisikoak eta psikologikoak erakusten dira, eta pisua erregulatzeko baliagarriak ez direla azaltzen da.

Elikaduraren autoerregistroa egiten da, janaria, tokia, sentimenduak, pentsamenduak, eta abar.

Elikadura normalizatzen da. 3 ordutik 3 ordura jaten da, egunean bost aldiz. Gosaria, bazkaria eta afaria dira otordu nagusiak, eta goiz erdian eta arratsaldean txikiago batzuk egiten dira. Ezin da otordurik kendu, eta jatorduen artean ez da jan behar. Ordutegia finkatzen da, hasieran goizez, eta gero egun osora zabaltzen da. Jakiak

aukeratzen dira, denetarikoak; ez dira zenbatu behar kaloriak; arropa zabalarekin jatea gomendatzen da, eta jan ondoren jarduerak egitea distrakzio modura. Gainera, tentsioa ager daiteke jan ondoren, eta horretarako lasaiketa-teknikak irakasten dira.

Janariaren inguruan estimuluen kontrola ezartzen da:

Jaten ari garenean ez da beste jarduerarik egiten. Poliki jan. Janaria etxeko toki batean dago. Jaten da eserita mahaian eta behar diren tresnekin. Jaten ari garenean janari kantitatea mugatuta dago. Erosketak planifikatu, batez ere zerrenda eginez; goserik gabe joan, eta prestatu behar den janaria erosi.

Laxanteen, diuretikoen eta okaden efektuez hitz egiten da, eta dieta edo elikadura normalizatu batek pisuan izan dezakeen eraginaz. Astero pisatzeko eskatzen zaie.

Betekadak eta okadak kontrolatzeko estrategiak erakusten zaizkie:

- Betekaden erregistroa, aurrekariak eta ondorioak.
- Betekaden funtzioaren analisia, zer faktorek iraunarazten dieten.

Betekadak askotariko funtzioak izan ditzake: pentsamendu negatiboetatik ihes egitea, astialdia okupatzea, dieta zorrotza egin ondoren lasaitzea, eta abar. Garrantzitsua da aztertzea nola gertatzen den bulkada eta zer pauso egiten diren, hasieran kontrolatzea errazagoa izango delako.

- Betekadekin bateraezinak diren jokabideak egin: jarduera atseginak, telefonoz deitu, etxetik atera, bainu bat hartu, musika entzun, eta abar.
- Pazientea beldurgarri zaizkion janarien aurrean jarri, eta betekadarik ez egin. Ariketa horiek kontsultan egiten dira, hasieran irudimena erabiliz, gero errealitatean, eta azkenik etxean.
- Okadekin lotuta dauden elikagaiak aztertu.
- Okaden, laxanteen eta diuretikoen funtzioa aztertu. Horiek guztiek epe laburrera ematen duten lasaitasuna eta epe luzerako ondorio negatiboak aztertzea.
- Debekatua dagoen janaria jan eta oka ez egin, kontsultan hasieran eta etxean ondoren. Agertzen diren pentsamenduak eta emozioak analizatu.

Itxaropen errealistak finkatzen dira, egun onak eta txarrak egongo dira, eta sendakuntza luzea izango da; erru-sentimenduez hitz egiten da.

II. FASEA (9-16 saio): saio bakoitza astean behin egiten da, eta lan kognitiboa egiten da bereziki. Elikadura normalizatzen jarraitzen da; arazoen konponbidean trebatzen da, eta gorputz-irudiarekin lan egiten da. Gorputzaren forma genetikak determinatzen du hein handi batean, eta gorputz-irudiarekin pozik ez egoteak arrazoi sozialak, psikologikoak eta familiarrak ditu; prozesu horretan pentsamendu, emozio eta jokabideak inplikatuta daude; terapian hori guztia lantzen da.

III. FASEA (17-20 saio): saio bakoitza bi astetan behin egiten da, eta helburua aldaketak mantentzea, etorkizunaz hitz egitea eta berrizkaturen prebentzioa egitea da.

- **Familia**

Askotan familiak ez du ezagutzen bulimikoaren arazoa, ezkutuan egon delako. Terapian agerian jarri behar da.

I. FASEA. Arazoaren sintomak eta horren ondorioak. Arazoaren larritasunaz ohartarazi, eta informazioa eskaini: betekaden, okaden, laxanteen eta diuretikoen arriskua.

II. FASEA. Familiak mugak jarri behar dizkio bulimikoaren jokabideari, nahiz eta pazientea izan bere elikaduraren eta pisuaren erantzule.

III. FASEA. Ospitalean badago bertako irteerak planifikatu behar dira, eta familiarekin lan egin pazientearen aldera dituen itxaropenei buruz.

IV. FASEA. Berrizkaturak maiz izaten dira. Beraz, laguntza eta jarraipena izan behar ditu familiak.

- **Pertsonarteko psikoterapia**

Batzuetan, jokabide-terapiak porrot egin duenean, erabili izan da Weissman-en *pertsonarteko psikoterapia* (Wilson, 1996). Terapia horren arabera, bulimia duten pertsonek arazoak dituzte harremanetan, eta arazo horiek estresa, herstura eta depresioa eragiten dizkiete. Pazienteek emozio horiek maneiatzeko betekadak egiten dituzte, eta elikaduraren kontrola galtzen dute. Zehazki pertsonarteko harremanetan agertzen dituzten arazoak honako hauek dira: gatazkak ekiditen dira; itxaropenen azterketan zailtasunak izaten dira, mendekotasunezko/askatasunezko beharrizanetan zailtasunak izaten dira, eta arazoak konpontzeko gabeziak agertzen dira.

- **Talde-terapia anorexian eta bulimian**

Bi motatako talde-terapiak egin dira nahaste horietan: batzuk profesionalak gidatutako talde-terapiak, eta besteak autolaguntzazko taldeak paziente izandakoek gidatzen dituztenak.

Calvok (1992) proposatutako talde-terapian terapiak urte bat baino gehiago irauten du; saio bakoitzak 1,5-2 ordu irauten du, eta irekia izaten da, paziente bakoitzaren araberakoa. Taldea lagungarri izan daiteke pazienteentzat, arraroak ez direla konturatzeko, gorputzaren askotariko ebaluazioak egin daitezkeela ikusteko, eta komunak diren gaiak tratatzeko: loditasunarekiko fobia, gorputz-irudia, harreman pertsonalak, autoestimua.

- **Psikofarmakoak anorexian eta bulimian**

Anorexian erabili diren psikofarmakoak antidepresiboak eta antipsikotikoak izan dira, azkenekoen kasuan gorputz-irudia eldarniozkoa denean. Haien eraginkortasuna ez da oso handia, eta, erabili behar badira, pisua berreskuratu ondoren erabiltzen dira.

Bulimiaren kasuan antidepresiboak lagungarriak dira, batez ere depresioa dagoenean eta bulkaden kontrola oso txikia denean. Baina efektua ez da terapia psikologikoa baino handiagoa.

- **Elikadura-nahasteen tratamenduaren eraginkortasuna**

Anorexian

Ikerketa kontrolatu gutxi dago, jarraipen luzeak egin behar dira eta sendakuntza irizpideak ezin dira pisuaren eta hilekoaren berreskurapena bakarrik izan.

Eboluzioaren datuei buruz, pazienteen % 40 inguru normaltzen dira; % 40k sintomak izaten jarraitzen dute baina apalagoak; % 20 kroniko bihurtzen da, eta % 10 hil egiten da anorexiagatik, horren ondorio fisikoengatik edo bere burua hiltzeagatik.

Pronostiko txarraren aldagaiak hauek dira:

Demografikoak: arazoa berandu hastea, eta ezkondua eta klase sozial apalekoa izatea Arazoa agertu aurretikoak: loditasuna, nahaste psikiatrikoa, familia-harreman gatazkatsuak Klinikoak: pisu txikia tratamendua hasi aurretik, kronikotasuna, ospitaleratzeak, gaixotasuna ukatzea, betekadak eta okadak, tratamenduari azkar ez erantzutea, gorputz-irudiaren distortsioa, komorbilitatea.

Bulimian

Tratamenduak pazienteen % 20k uzten ditu, eta betekaden abstinentzia kasuen % 40n agertzen da; pazienteen % 50 bizkortzen da osoki, baina berrizkaturak maiz izaten dira.

Emaitza txarraren aldagaiak honako hauek dira: autoestimu urria, betekaden larritasuna, nortasun-nahasteak, depresioa, loditasun-historia, pisuarekiko eta gorputz-irudiarekiko jarrera negatiboak, kronikotasuna eta substantzien kontsumoa.

Emaitza positiboen aldagaiak dira: psikopatologia gutxiago izatea, oka gutxi egitea, aurretik lodi egon ez izana, eta motibazio ona izatea terapiarako.

OINARRIZKO BIBLIOGRAFIA

Abraham, S. eta Llewellyn-Jones (1994). ***Anorexia y bulimia: desórdenes alimentarios*.** Madril. Alianza.

Cervera, M. (1996). ***Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*.** Bartzelona. Martinez Roca.

Chinchilla, A. (1995). ***Guía teórico-práctica de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*.** Bartzelona. Masson.

De la Puente, M.L. eta Gómez, M.A. (1998). "Anorexia y bulimia" *in* M. Vallejo. ***Manual de terapia de conducta*.** Madril. Dykinson.

Fairburn, G.C. (1998). ***La superación de los atracones de comida*.** Bartzelona. Paidós.

Fernandez-Aranda, F. eta Turón, V.J. (1999). ***Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*.** Bartzelona. Masson.

Johnston, J.E. (1996). ***Por qué no me gusto*.** Bartzelona. Paidós.

Morell, M. eta Cobaleda, E. (1998). "La nutrición como base para la salud" *in* Caballo, V. ***Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos***. Madril. Siglo XXI.

Ochoa, E.(1996). ***De la anorexia a la bulimia*.** Madril. Aguilar.

Raich, R.M. (2000). ***Imagen corporal*.** Madril. Pirámide.

Saldaña, C. (1998). "Obesidad y trastorno alimentario compulsivo" *in* Vallejo, M. ***Manual de terapia de conducta*.** Madril. Dykinson.

Saldaña, C. (2003). "Guía de tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario" *in* Perez, M., Fernández, J.R., Fernández, C. eta Amigo, I. ***Guía de tratamientos psicológicos eficaces I***. Madril. Pirámide.

Toro, J. (1996). ***El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*.** Bartzelona. Ariel.

Turón, V. (1997). ***Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*.** Bartzelona. Masson.

Vandereycken, W., Castro, J. eta Vanderlinden, J. (1991). ***Anorexia y bulimia. La familiaa en su génesis y tratamiento*.** Bartzelona. Martinez Roca.

Vera, M.N. (1998). "Evaluación y tratamiento de la obesidad" *in* Caballo, V. ***Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos***. Madril. Siglo XXI.

Williamson, D.A., Smith, C.F. eta Barbin, J.M. (1998). “Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la alimentación” *in* Caballo, V. ***Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos***. Madril. Siglo XXI.