9. MENDEKOTASUN KIMIKOAK: ALKOHOLISMOA

9.1. Sarrera
9.2. Alkoholaren neurririk gabeko erabilera eta alkoholismoa
9.3. Etiologia
9.4. Ebaluazio-arloak eta -tresnak
9.5. Helburu terapeutikoak: edate kontrolatua eta abstinentzia-programak
9.6. Tratamendua eta berrizkaturaren prebentzioa
Oinarrizko bibliografia

9.1. SARRERA

Gogo-aldartea, pentsamendua eta jokabidea aldarazten dituen substantzia psikoaktiboaren gehiegizko kontsumoa da mendekotasun kimikoen ezaugarria. Kontsumo horrek garunean aldaketak eragiten ditu. Pertsonak substantziarekin duen erlazioan hainbat egoera ager daitezke, eta haien artean mugak jartzea ez da erraza. Honela sailka ditzakegu:

- Abstinentzia: substantziaren kontsumorik ez dagoenean.
- Noiz behinkako erabilera: substantzia aldizka eta ondorio negatiborik izan gabe kontsumitzen denean. Eskuarki kontsumo soziala izaten da.
- Intoxikazioa: gorputzean, bai fisikoki eta bai psikologikoki, agertzen diren erreakzioak substantzia gehiegi kontsumitzen denean. Intoxikazioa substantziaren ezaugarriak, kantitateak eta pertsonaren ezaugarri biologikoak determinatzen dute.
- Neurririk gabeko erabilera: substantziaren kontsumoa modu iraunkor, jarraitu eta errepikatuan egiten denean, eta egoera horrek ondorio negatiboak dituenean pertsonarentzat.
- Mendekotasuna: substantzia gehiegi kontsumitzen denean eta horrek epe luzera ondorio negatiboak ekartzen dituenean, tolerantzia eta abstinentzia-sindromea bereziki.

Edozein mendekotasunek **ezaugarri** hauek ditu:

- Gizabanakoak kontrola galdu du; substantzia hartzeko bulkadei aurre egiteko zailtasunak dauzka, eta kontsumitzeko gogo eta sentimendu indartsuak agertzen ditu.
- Mendekotasuna: askatasun falta, kontsumoa behin eta berriro errepikatzeko behar subjektiboa.
- Jasankortasuna edo tolerantzia: ondorio berberak lortzeko substantzia gero eta gehiago kontsumitu beharra.
- Abstinentzia-sindromearen agerraldia. Gorputzak substantzia ez duenean sufritzen dituen ondorio fisikoak eta psikologikoak: tristura, urduritasuna, kontzentrazio falta, lo-nahasteak, haserrea, botatzeko gogoa, dardarak, eta abar.
- Jokabide desegokiaren iraupena nahiz eta ondorio negatiboak izan gizabanakoarentzat eta ingurukoentzat.
- Bizitzako beste arloekiko interesa galtzea, mendekotasuna gauzarik garrantzitsuena bihurtzen da.

- Nahiz eta substantzia hartzeari utzi nahi izan, gizabanakoak ezin du, egoerak sortzen dion hersturagatik eta ondoezagatik.
- Arazoaren hasieran substantzia hartzen zen zituen ondorio positiboengatik (errefortzu positiboagatik), baina gero mendekotasunezko jokabidea errefortzu negatiboak kontrolatzen du, ondoeza eta desegokitasuna kentzeko erabiltzen delako.
- Arazoa ukatzea edo gutxitzea.

Gainera, mendekotasunezko jokabideak **ondorio** fisikoak, psikologikoak, sozialak, legezkoak eta ekonomikoak ditu. Substantzien kontsumoak eragindako nahasteak askotarikoak izan daitezke. Taula honetan agertzen dira batzuk:

Intoxikazioa
Abstinentzia-sindromea
Deliriuma
Dementziak eta min neurologikoak
Oroimen-nahasteak
Nahaste psikotikoak
Gogo-aldartearen nahasteak
Herstura-nahasteak
Lo-nahasteak
Disfuntzio sexualak

Gaur egun gure gizartean agertzen diren substantzia mendekotasun-eragileen artean **talde** hauek bereiz daitezke:

- Lasaigarriak: nerbio-sistema zentralaren jarduna murrizten dute, gorputz-kitzikadura apaldu, eta lasaitasuna eragiten dute. Horien artean aipatzekoak dira: alkohola, barbiturikoak (amytal, seconal, nembutal, eta abar), benzodiazepinak eta hipnotikoak.
- Estimulatzaileak: kitzikadura fisikoa handitzen dute, eta gizabanakoa energiaz beterik eta erabat esnaturik egoten da. Horien artean honako hauek daude: anfetaminak, kokaina, kraka, nikotina eta kafeina.
- Opiazeoak: mina gutxitzen dute, eta lo eragin. Heroina, morfina eta kodeina dira ezagunenak, baita analgesikoak ere.
- Aluzinogenoak: emozioen eta zentzumenen hautematea aldatzen dute, eta pertzeptzio distortsionatuak eragin (haluzinazioak eta eldarnioak). Honako hauek ditugu horien artekoak: marihuana, LSDa, diseinu berriko drogak eta “extasia”.

Arrunta izaten da substantziaren kontsumitzaileak droga bat baino gehiago hartzea eta, gainera, hainbat taldetakoak nahastea, hala nola alkohola, kokaina, marihuana, eta abar. Gaixo horiei *politoxikomanoak* deitzen zaie, eta substantzia legezkoak eta legez kanpokoak nahas ditzakete.

Mendekotasunen diagnostikoa egitean bi kontzeptu nagusi erabili izan dira: mendekotasuna eta neurririk gabeko erabilera. Praktikan biak bereiztea ez da erraza izaten askotan. Orain bakoitzaren ezaugarriak azalduko dira.

Mendekotasuna

12 hilabetean sintoma hauetatik gutxienez hiru agertu dira:

- Tolerantzia edo jasankortasuna: substantziaren kantitatea eta kontsumoaren maiztasuna eta iraupena gehitu egiten dira, substantziaren efektua lortzeko; bestela, substantziak gero eta efektu apalagoa egiten du, denbora pasatzen denean.
- Abstinentzia-sintomak.
- Pertsonak substantzia kontsumitzen du berak nahi baino gehiago.
- Substantziaren kontsumoa kontrolatzeko gogoa dago edo saiakerak egin dira.
- Denbora asko pasatzen da substantzia lortzen, kontsumitzen edo haren efektuak gainditzen.
- Beste jarduerak (harreman sozialak, lana, eta abar) gutxitzen dira substantziaren efektuagatik.
- Nahiz eta arazoaren jabe izan, gizabanakoak kontsumitzen jarraitzen du.

Neurririk gabeko erabilera

Sintoma hauetatik bat edo gehiago agertu dira 12 hilabetean:

- Substantziaren kontsumo iraunkorrak beste eginkizunak uztera bultzatzen du gizabanakoa.
- Gizabanakoarentzat arriskutsuak diren egoeretan substantzia erabiltzea.
- Substantziaren kontsumoak legezko ondorioak izatea.
- Substantzia kontsumitzen jarraitzea, nahiz eta ondorio negatiboak izan.

Kontzeptu horiek kontuan hartuta, esan dezakegu substantziekiko harremanean erabilera mota hauek ager daitezkeela: kontsumo soziala, neurririk gabeko erabilera eta mendekotasuna. Egoera batetik bestera nola pasatzen den ez dago beti argi, mugak oso estuak izan baitaitezke. Hala, Barlow eta Durand (2001) egileek faktore hauek aipatzen dituzte, substantzien kontsumoari lotuak:

Eragin sozialak	Komunikabideen eragina Gurasoen kontsumoa Lagunen kontsumoa Gurasoen kontrolik ez edukitzea Sozialki eta kulturalki kontsumoarekiko dauden itxaropenak
Eragin biologikoak	Substantziarekiko sentiberatasuna Gorputzak substantzia metabolizatzeko duen gaitasuna Kitzikadura-maila Substantzien eragina garuneko plazeraren gunean

Eragin psikosozialak	Substantzien kontsumoa hobeto sentitzeko erabiltzea Substantzien kontsumoa mina kentzeko, loa eragiteko edo ihes egiteko erabiltzea Kontsumoarekiko itxaropen positiboak izatea Abstinentzi sintomak ezabatzeko erabiltzea Beste arazo psikologikoak ezabatzeko erabiltzea
Estresore psikologikoak Laguntza soziala	

Faktore horiek guztiak kontuan hartzeaz gain, eskuarki bereizi behar dira substantzien kontsumoaren hasierari eta iraupenari dagozkien faktoreak.

Hasieran, gizabanakoak kontsumi dezake plazera lortzeko, taldearekin identifikatzeko, estimulu eta sentipen berriak bilatzeko, frustrazioei aurre egiteko, bakardadea, tristura eta herstura maneiatzeko, edo egoera traumatiko eta estresagarriak jasateko (heriotza, banaketa, gaixotasunak, langabezia, erretiroa, eta abar).

Gainera, faktore soziokulturalek eta zaurgarritasun psikologikoek ere parte hartzen dute prozesu horretan. Halaber, badute eragina familiaren eta lagunen ereduak, gizartearen balioek (arrakastak, etengabeko kontsumoak, plazera bilatzeko joerak, eta bestek) eta zaurgarritasun psikologikoek (egozentrismoak, estimulu desatseginak ez jasateak, sentipen berrien bilaketak eta oldarkortasunak).

Behin substantziaren kontsumoa handitzen denean, orduan mantentze-faktoreak agertzen dira: autokontrola galtzea eta bulkadak kontrolatzeko zailtasunak, mendekotasuna eta jasankortasuna, errefortzuzko jardueren falta, trebetasun sozialak galtzea, eta kontsumoak ekartzen dituen ondorio negatiboak. Faktore horiek guztiek eragozten diote substantzia horien mende dagoenari kontsumitzeari uztea eta sartuta dagoen zirkulutik ateratzea, haren jokabideak errefortzu negatiboak kontrolatzen dituelako.

Gorago aipatutako etiologiako faktore komunez gain, mendekotasun-nahasteen ebaluazio eta tratamenduan badaude, halaber, komunak diren beste gai batzuk.

Horrela **ebaluazioan,** arlo guztiei buruzko informazioa lortu behar da: osasun fisikoari, kontsumoaren ezaugarriei, arazo psikopatologikoei, arazo neurologikoei, tratamenduaren aurrean pazienteak duen motibazioari eta itxaropenari buruzkoa.

Tratamenduaren arloan, oro har mendekotasunen **tratamenduak** luzeak izaten dira, eta berrizkaturak agertzen dira. Hona hemen terapien ezaugarri orokorrak:

Mendekotasun fisikoa kentzea: desintoxikazioa
Mendekotasun psikologikoa tratatzea
Errehabilitazioa

Hiru aldi horiek anbulatorioan egin daitezke, baina batzuetan desintoxikazioa ospitalean egiten da, eta besteetan droga-mendekotasunak tratatzeko dauden elkarte berezietan.

Prozesu horretan teknika psikologikoak eta **biologikoak** erabil daitezke. Hona hemen teknika biologiko nagusiak:

Substantzia ordezkatzea, agonista bat erabiliz: metadona heroinaren ordez, txaplatak zigarroen ordez. Substantzia ordezkatzea, antagonista bat erabiliz: mendekotasuna eragiten duen substantziaren eragina beste baten bidez ordezkatzea (naltrexona opiazeoen edo alkoholaren ordez). Herra bidezko tratamenduak kontsumitzeko bulkada erregulatzeko. Abstinentzia-sindromea pasatzeko botikak (klonidina opiazeoetan, lasaigarriak alkoholismoan, eta abar).

Ikuspuntu psikologikotik arlo hauek dira mendekotasunen **tratamendu psikologikoetan** kontuan hartzen direnak:

a) Pazientearen motibazioa, kontzientzia eta arazoa ulertu.
b) Substantziaren kontsumoari lotuta dauden estimuluak kontrolatu; hasieran kontrola zorrotza da, eta gero ahulagoa.
c) Kontsumitzeko gogoa eta bulkada gutxitu, hainbat teknika baliatuz, botikak, herra kimikoa, bulkadei aurrez aurre egitea erantzunaren prebentzioarekin, e.a.
d) Mendekotasunaren lege-ondorioak, ekonomikoak eta fisikoak tratatu, irtenbideak bilatuz.
e) Sintomak maneiatzeko estrategiak erakutsi. Hersturari aurre egiteko arnasketa eta lasaitze-teknikak erabiltzea; tristurari aurre egiteko jarduera positiboak planifikatzea eta pentsamendu desegokiak kognitiboki berregituratzea; kontsumitzeko gogoei aurre egiteko distraitzea, eta autoagindu positiboak erabiltzea…
f) Familia- eta bikote-harremanak berreskuratzea.
g) Bizi-estiloa aldatzea: jarduera positiboak eta aisia antolatzea; zaletasun eta lagun berriak eskuratzea.
h) Berrizkatura prebenitzea.

Mendekotasunen tratamenduaren alderdi arazotsua da abstinentziaren iraupena. Horregatik, **berrizkaturaren prebentzioari** garrantzi berezia ematen zaio. Marlatt-ek eta Gordon-ek (1985) egindako ikerketen ondorioz, berrizkaturarekin zerikusia duten faktore hauek identifikatu dira:

- Pertsonarenak:

Egoera emozional negatiboei aurre egin beharra, amorruari, tristurari, hersturari. Egoera fisiko negatiboei aurre egin beharra, kontsumoarekin zerikusia duten sintoma fisikoei edo gaixotasun berriei.

Emozio positiboak indartu nahia.

Kontrol pertsonala frogatzeko gogoa.

Bulkadei aurre egiteko zailtasunak izatea, eta mendekotasunezko jokabideari buruzko pentsamendu positiboak izatea kontsumoaren itxurazko arriskua gutxituz.

- Pertsonartekoak: Pertsonarteko arazoei eta presio sozialari aurre egitea.

Faktore orokor horiez gain, paziente bakoitzak ikasi behar du arrisku handiko egoerak identifikatzen eta aurre egiteko estrategiak garatzen. Horretarako, heziketa-aldi bat egoten da, eta orduan kontzeptu hauek azaltzen dira:

a) Erortzearen eta berrizkaturaren arteko desberdintasuna.
b) Disonantzia kognitiboa: abstinente egon ondoren kontsumitzen denean; norbera definitzen duen (abstinentea) eta egiten duen jokabidearen artean sortzen den ezadostasunak ondorio emozional negatiboak sortzen ditu, eta emozio horiek maneiatzeko pertsonak berriro kontsumi dezake.
c) Kontsumoa borondate faltari, nortasun ahulari eta antzeko zergati pertsonalei egozten zaienean, berriro kontsumitzeko arriskua areagotzen da.
d) Kontsumoari buruzko pentsamendu positiboak, ondorio negatiboak ahazturik.

Gainera, mendekotasun-nahasteen prozesua ulertzeko lagungarri gertatzen da Prochaska eta DiClemente (1983) egileek proposaturiko **aldaketa-eredua** azaltzea eta kontuan hartzea. Ikertzaile horiek diotenez, aldaketa-prozesuek hainbat aldi dituzte, eta garrantzitsua da identifikatzea zer alditan dagoen pazientea terapeutarengana joaten denean, tratamendua une horri egokitzeko. Hona hemen haiek proposaturiko aldaketa-aldiak:

a) Aurrebegiztatzea (*pre-contemplación*)

Gaixoek ez dute pentsatu ere egiten mendekotasun-jokabidea aldatzea; haientzat jokabidea eta bizi-estiloa ez dira arazoak, eta jasotzen dituzten emaitza positiboak negatiboak baino gehiago dira. Ez dute arazoa ikusten; ez dute informaziorik nahi izaten mendekotasunei buruz, eta 6 hilabetean ez dute agertzen aldatzeko asmorik.

Tratamendua jasotzen dute besteek bultzatuta, familiak, epaileak, sendagileak, gizarte-langileak presionatu dituztela-eta presio hori gutxitzeko. Aldaketaren bat izan dezakete, baina berriro beren bizi-estiloa berreskuratzen dute.

b) Begiztatzea (*contemplación*)

Gizabanakoak arazoa duela ohartzen da eta kontzientea da; mendekotasun-jokabidea uzteko aukera onartzen du, baina ez dago aldaketarako konpromiso sakonik. Une horretan, mendekotasunaren alderdi errefortzuzkoak eta higuingarriak parekatuz doaz.

Gaixoak beren mendekotasuna ulertzen saiatzen dira, eta horren kausei, ondorioei eta egon daitezkeen terapiei buruz informazioa lortzen saiatzen dira. Askotan arazoaz hitz egiteko beharra agertzen dute, eta hurrengo 6 hilabeteetan aldatzeko planteamendua egiten dute.

c) Ekintzarako prestatzea (*preparación*)

Jokabide- eta asmo-aldaketak daude; gaixoak uzteko erabakia hartu du, eta konpromisoa ezartzen du. Aldaketa txikiak egiten ditu: dosia gutxitu, diru kantitatea, maiztasuna, eta abar. Gizabanakoak hurrengo hilabetean bere jokabidea aldatzen du, eta gutxienez saiakera bat egiten du (24 orduz kontsumitu gabe egon).

d) Ekintza (*acción*)

Pertsonak bere jokabidea aldatzen du, profesional baten laguntzaz edo laguntzarik gabe. Bere jokabidea, agerikoa eta ezkutukoa, eta testuinguruko baldintzak aldatzen ditu. Aldaketa horiek denbora, kemena eta konpromisoa eskatzen dituzte, eta kanpoko ezagutza eta errefortzua lortzen dituzte. 6 hilabete iraun behar du hurrengo aldira pasatzeko.

e) Iraupena

Pertsonak lortu dituen emaitzak mantentzen saiatzen da, eta berrizkatura prebenitzen. Aldi horretan, berrizkaturarenganako beldurra ager daiteke, eta bizi-estilo zurruna eta egituratua ezartzen du beldurraren aurrean. Gutxienez 6 hilabete pasatu behar du gizabanakoak abstinentzian.

f) Berrizkatura/erortzea

Abstinentzia galtzea normala izaten da mendekotasuna uzteko prozesuan. Horrela, ekintzaren edo iraupenaren aldian ager daitezke berrizkaturak eta erortzeak. Gertatzen direnean azaltzen dira porrotaren eta esperantza ezaren sentimenduak, kulpa, frustrazioa, eta autoeraginkortasun ezaren sentimendua. Berrizkaturen ondorioz, ekintza aurreko uneetara itzultzen da gaixoa.

g) Bukatzea

Une horretan, mendekotasun-jokabidea erabat iraungitzen da, eta jokabide berrien iraupena agertzen da. Ez dago kontsumitzeko gogorik, eta gizabanakoak bere buruarengan konfiantza osoa agertzen du.

Aldi horietan guztietan, pertsonak bere jokabidea aldatzeko hainbat jarduera, ezkutukoak eta agerikoak, egiten ditu. Hona hemen nagusiak:

Kognitiboak: • mendekotasunarekiko kontzientzia areagotzea • mendekotasun-jokabidearen balioespen emozionala eta kognitiboa egitea • mendekotasuna uzteak ekarriko lukeen hobekuntza aztertzea • aldaketak inguruan, familian eta lagunengan izango lukeen eragina balioestea • mendekotasun-jokabidearekiko erreakzio emozionalak aldatzea • kontzientzia soziala gehitzea
Konduktualak: • konpromiso pertsonala hartzea • askatasuna garatzea • kanpo- eta barne-errefortzuak maneiatzea • laguntzazko harremanak eraikitzea • kontrabaldintzapen-prozesuak ezartzea • estimuluak kontrolatzea

Mendekotasun guztien arazoa izaten da terapiara joateko motibaziorik ez izatea. Horrela, aldi batean nahiz bestean dauden gizabanakoak joan daitezke laguntza eskatzera. Batzuk ekarri egiten dituzte; behartuak datoz, emazteak, epaileak bidaliak; beste batzuk egun batzuetan abstinente egon ondoren etortzen dira; beste batzuek oraindik kontsumitzen dute, eta azkenak berrizkatura baten ondorioz etorri dira laguntza eskatzera. Egoera horiek guztiak kontuan hartu behar dira ebaluazioa eta tratamendua egitean, eta galderak eta esku-hartzearen ezaugarriak pazienteari egokitu.

9.2. ALKOHOLAREN NEURRIRIK GABEKO ERABILERA ETA ALKOHOLISMOA

Milaka urte dira alkohola kontsumitzen dela. Alkohola barazkien hartziduraren edo destilazioaren ondorioa da. Hartziduraren bidez, % 14-15eko alkohol etilikoaren proportzioa duen edaria lortzen da; bigarren kasuan, alkohol-kontzentrazio handiagoak lortzen dira. Alkohola uretan eta koipetan disolba daiteke, eta haren efektua lasaigarria da, nahiz eta hasieran estimulatu, ondo zaudela sentiarazi, inhibizioak gutxitu, eta kanporakoitasuna handitu.

Hainbat edari mota bereizten dira:

- Hartzituak: garagardoa, ardoa, xanpaina, sagardoa, eta abar. 5-15º gradu izaten dituzte. Horrek esan nahi du ardoaren %5-15 alkohol etilikoa dela.
- Destilatuak: rona, whiskya, koñaka, ginebra, vodka, anisa, patxarana, eta abar. 25-60º gradu izaten dituzte.
- Alkoholik gabeko edariek, batez ere garagardoak, 0,8-1 gradu izan ditzake.

Edari batek izan dezakeen efektuan hainbat aldagai daude (Echeburúa, 2001): edariaren graduazioa, kantitatea, edateko momentua, edateko ohitura, osasun fisikoa, gogo-aldartea, itxaropenak, eta abar. Gainera, gaur egun alkohola anhidrido karbonikoa duten edariekin nahasten da (tonikarekin, gaseosarekin, koka-kolarekin, eta abarrekin), eta horrela alkoholaren efektua areagotzen da.

Edan ondoren, alkoholaren parte bat odolera pasatzen da urdailaren eta hesteen paretetatik zehar, eta beste parte bat gibelera joaten da eta handik odolera. Gibelak metabolizatzen du alkohola, eta geldiro kanporatzen da. Alkohola nerbio-sistema zentralaren depresorea da; gutxi hartzen bada, estimulatu egiten du, lasaitu eta jokabide soziala erraztu. Asko edaten denean, eragin negatiboa dauka pentsamenduen, orekaren, mintzamenaren, ikusmenaren eta mugimenduen koordinazioan.

Alkoholak gure gizartean hainbat funtzio betetzen ditu: psikotropikoa, terapeutikoa, elikagai gisa, kaloriak lortzeko, taldeak elkartzeko, sozializatzeko, eta abar. Baina alkohola edaten duten pertsona guztiek ez dute arazorik izaten. Horrela, muga batzuk ezarriak daude, edate osasungarria dena eta ez dena bereizteko:

a) 60 gr alkohol baino gehiago egunero gizon helduentzat
b) 40 gr alkohol baino gehiago egunero emakumeentzat

10 gr dira garagardo bat, baso bat ardo, eta alkohol-unitate baten balioa dute. 20 gr dira koñak bat, konbinatu bat, eta bi alkohol-unitateren balioa dute. Botila bat ardo 70 gr dira.

Gainera, triste, urduri edo haserre gaudela alkohola edaten denean, edo mozkortzeko ezer jan gabe, edo bakarrik gaudenean, edateko modu horrek handitzen du arazoak izateko arriskua.

Horrela muga horiek eta beste aldagai batzuk kontuan hartuta, alkoholarekin era askotako harremanak izan daitezke:

- *Neurriko edatea.* Egunean ez da 40-60 gramo baino gehiago edaten; kantitatea kontrolatzen da; graduazio gutxiko edariak, alkoholdunak eta alkoholgabeak edaten dira, eskuarki, bazkarien inguruan. Poliki edaten da; ez da edaten kotxea hartzean, gaixorik gaudenean, edo lan egin behar denean. Edaten da jendearekin batera egoera emozional positiboetan, lagunekin eta ospakizunetan.

- *Mozkorraldia edo intoxikazioa.* Alkohol gehiegi edateagatik gertatzen den erreakzioa. Hainbat maila izan ditzake:

  Apala: euforia, kanporakoitasuna, gehiegi hitz egitea, inhibizioak gutxitzea, akatsak egitea izaten dira seinaleak.

Bitartekoa: amorrua, tristura, emozioen adierazpen mugagabea (barreak, algarak, negarrak), mintzaira nahasia, mugimenduen koordinazio eza, sentiberatasunaren gutxitzea.

Larria: koma eta heriotza.

Askotan mozkorraldi batean, jokabide oldarkorrak, jokabide sexual desegokiak eta istripuak gertatzen dira. Gero, biharamuna dator, buruko minak, nekea, botatzeko gogoa, urdaileko mina, aho lehorra, eta abar.

- *Neurririk gabeko erabilera*. Alkohola muga kritikoetatik gora edaten da, eta arazoak sortzen dira, fisikoak (jateko gogoa galtzea, botatzeko gogoa goizean), neurologikoak (buruko minak, lo-arazoak), jokabide disfuntzionalak (bortizkeria, errendimendu urria lanean, gidatzeko arazoak) eta problemak harremanetan. Pertsona horien mendekotasun-maila ez da oso handia, baina edateko moduak arazoak sortzen dizkie. Gainera, alkohola erabiltzen hasten dira eguneroko arazoei aurre egiteko.

- *Alkoholarekiko mendekotasuna.* Gizonek 80 gr baino gehiago edaten badute egunero eta emakumeak 60 gr baino gehiago, 2-3 urtean alkoholismoa agertzen da. Beraz, mendekotasunaren seinale kuantitatiboak daude: alkohola modu iraunkorrean edatea, baina baita ere kualitatiboak, hala nola baraurik edatea, haserre edo triste dagoenean edatea, pozteko edatea, besteak edaten ez duten mementoetan edo utzi dutenean edaten jarraitzea. Alkohola kronikoki edateak, eta kantitate handitan, mendekotasun fisikoa eragiten du, baita ere jasankortasuna, abstinentzia-sindromea eta mendekotasun psikologikoa (ondo egoteko edan beharra). Alkohola bihurtzen da pertsonaren bizitzaren funtsa.
  Alkoholismoa pixkanaka sortzen da, nerabezaroan hasita gizonengan eta helduaroan emakumeengan.

Abstinentzia-sindromea osatzen dute alkohol kantitate handiak edan ondoren edateari uzten zaionean agertzen diren sintomek, eta mendekotasun fisikoaren seinaleak dira. Agertzen diren sintoma nagusiak honako hauek dira: hiperaktibazio fisiologikoa, eskuetako dardara, insomnioa, okadak, eldarnio eta haluzinazioak, urduritasun psikomotorra, herstura eta epilepsi-krisiak.

Subjektua zaurgarriagoa denean, *delirium tremens* deiturikoa agertzen da: kontzientziaren aztoramena, zoopsiak, hipertermia, izerdia, lo-arazoak, amesgaiztoak, konbultsioak, dardara, sukarra, mugimenduen deskoordinazioa. *Delirium tremens*a agertzen da mendekotasun larria duten alkoholiko kronikoengan, eta istripuz edo gaixotasun baten eraginez alkohola bat-batean utzi behar dutenean.

Mendekotasun psikologikoaren seinale dira alkohola edateko gogo handia, alkohola bizitzaren ardatz eta kezka nagusi bihurtzea, eta edaten hastean ezin gelditzea, kontrola galtzea. Mendekotasun guztietan bezala, arazoa ukatu egiten da.

Aipaturiko ondorioez gain, alkoholak eragin fisikoak ditu: gastritisa, gibeleko arazoak, odolaren zirkulazioko nahasteak, disfuntzio sexualak, baita eragin psikologikoak, haluzinazio- eta jelosia-eldarnioak, paranoiak, oroimen-arazoak, *blackout*ak, arazo intelektualak, buru-hiltzeak, eta abar.

Azkenik, alkoholaren neurririk gabeko erabilerak eta mendekotasunak harreman pertsonalak puskatzen ditu. Alkoholikoaren bikoteak beldurra, kulpa, lotsa sentitzen ditu, eta isolamendu soziala eta emozionala. Seme-alabengan herstura, amorrua, depresioa, autoestimu urria, jokabide antisozialak eta mendekotasun-nahasteak eragin ditzake (Socidrogalcohol, 2000). Alkoholarekin arazoak dituzten familietan profil psikologiko hau agertzen da:

- Ez dago antolakuntzarik; ez dago erregelarik; rolak aldatuta daude; komunikazio-arazoak daude; arazoak ukatu egiten dira.
- Bakartzea eta bakardadea; seme-alabek ez dute laguntza emozionalik jasotzen gurasoen aldetik.
- Gehiegikeria fisiko eta psikologikoak ager daitezke.
- Gertakizun estresagarri asko gertatzen dira; ahaideen artean harremanak zailak dira; banaketa; heriotzak, eta abar.

Askotan alkohol-arazoak dituzten familietan erreakzio hauek izaten dira (McCrady, Rodriguez eta Otero-López, 1998):

- Arazoa ukatzea: familiak ez du ikusten.
- Onartzea: familia konturatzen da jokabidea ez dela normala.
- Aurrez aurre jartzea: familia saiatzen da pazientea bere arazoaz kontziente izan dadin.
- Familia saiatzen da pazientea kontrolatzen; eztabaidak daude; alkohola kentzen dute, eta abar.
- Bizirautea: familia saiatzen da bizitzen nahiz eta arazoa egon; oneratzen saiatzen da. Pazientearekiko errespetua eta laguntzeko gogoa desagertzen dira.
- Pazienteak onartzen du alkoholarekin arazoak dituela, eta laguntza profesionala bilatzen du. Une horretan familiak lagundu diezaioke, edo jasandako sufrimenduaren ondorioz bakarrik utzi, eta gaixoarengandik ihes egin.

- **Komorbilitatea**

Alkoholarekin arazoak dituzten pertsonek beste hainbat arazo psikopatologiko ere izaten dituzte, hala nola beste mendekotasun batzuk, depresio nagusia, agorafobia, fobia soziala eta nortasun-nahasteak. Gizonek, batez ere, B taldekoak izaten dituzte, eta emakumeek, mendekotasun pertsonala.

Gainera normalak izaten dira gaixotasun fisikoak, beren burua hiltzeko saiakerak, jelosi patologikoak eta jokoarekiko mendekotasuna.

- **Epidemiologia**

Espainian populazio helduaren % 65ek edaten du erregulartasunez alkohola. Alkoholismoa gehiago agertzen da gizonengan emakumeengan baino (5 gizonetik emakume bat). Emakumeetan geroago hasten da; gizonek 18-35 urterekin edaten dute gehien. Espainian, 20.000 pertsona hiltzen dira urtero alkoholaren erruz, eta munduan gehien edaten den tokietako bat da. Helduen artean, % 20k alkohol gehiegi edaten du modu arriskutsuan, eta horietatik % 10ek 60 gr baino gehiago egunean. Hala ere, oso gutxik dute harremana laguntza- eta osasun-sistemarekin.

Nahastea kronikoa izaten da, eta okertu egiten da urteen poderioz. Edateko ohiturak aldatuz joan dira: txikiteoa gutxitu eta aste-bukaeretako mozkorraldiak gehitu dira.

Emakumeen artean, alkoholarekiko arazoak geroago hasten dira, eta batez ere baztertze sozialarengatik agertzen dira. Askotan bakarrik edaten dute, alkohola botika analgesiko eta lasaigarriekin nahasiz. Etxean edaten duten emakumeen artean normalak izaten dira gogo-aldartearen aldaketak, ohean egoteko joera, etxeko lanak ez egitea, seme-alabekiko arreta urria, zabartzea, betebeharrak ahaztea eta botilak gordetzea (Echeburúa, 1996).

Gazteen artean, alkoholarekiko harremana aste-bukaeretan hasten da; eskuarki, alkoholikoak 16 urterekin hasi dira edaten, eta askotan beste substantzia batzuekin nahasi dute alkohola. Jokabide horiek harreman sexual desegokiak, istripuak eta beste hainbat arazo sortzen dituzte, hala nola zaletasunik ez garatzea, pertsonarteko harremanetan zailtasunak edukitzea, eskola-arazoak, eta abar.

Alkoholikoen artean % 10ek 60 urte baino gehiago ditu, eta egoera horrek denetariko ondorioak ekartzen ditu: nutrizio-gabeziak, garbitasun pertsonalik ez edukitzea, erortzeak, emozioen desegokitasuna, mesfidantza, oldarkortasuna, etxetik ihes egitea, gauzak puskatzea, eta abar.

Oro har, Espainian alkoholaren neurririk gabeko erabilera da heriotzen hirugarren kausa, bihotz-arazoak eta minbiziak aurretik direla.

9.3. ETIOLOGIA

Alkoholaren neurririk gabeko kontsumoa eta mendekotasuna ulertzeko hainbat faktore kontuan hartu behar dira: biologikoak, ingurukoak, sozialak, eta abar. Gainera, kontsumoaren hasierako faktoreak eta kontsumoa mantentzen dutenak bereizi behar dira (Echeburúa, 2001).

- **Hasierako faktoreak**

Inguruko faktoreen artean, honako hauek aipa daitezke: alkohola edonon egotea, merkea izatea, sozializazio-prozesuan edonoiz agertzea, eta alkoholaren onarpen soziala gure gizartean.

Ikaskuntza sozialak adierazten du, halaber, eredu desberdinek guraso edalariek, lagunek edo pertsonai garrantzitsuek duten eragina. Gainera, alkoholarekiko itxaropenak eta haren eraginekiko jarrera positiboak indartzen dute edateko ohitura. Horri guztiari gehitu behar zaizkio zaurgarritasun biologikoa (urdailak alkohola ondo jasatea) eta psikologikoa (kanporakoitasuna, estimulazioaren bilaketa, bulkadak erregulatzeko arazoak, arazoei aurre egiteko alkohola edatea, eta abar).

- **Iraunarazte-faktoreak**

Edateko ohitura hartu ondoren, errefortzu positibo eta negatiboen bidez iraunarazten zaio. Edateak ondorio positiboak ditu: zaporea, poza, desinhibizioa, besteekiko harremanak erraztea, eta sentipen negatiboak ezabatzea (asperdura, herstura, tristura, mina edo abstinentzia-sindromea). Alkoholismo-arazoak dituzten pertsonek edaten dute gaizki ez sentitzeko eta alkoholaren efektu zuzena bilatzen dutelako. Gainera, edateak ekartzen dituen ondorio negatiboak (ekonomikoak, sozialak, eta abar) bakarrik epe luzera agertzen dira, eta, aldiz, positiboak berehalakoan.

Hala ere, pertsona bakoitzaren arazoa ulertzeko ebaluatu behar da haren edale-historia eta jokabide hori noiz bihurtu den arazo. Horrela, alkoholikoen tipologia batzuk egin izan dira:

a) Lotsatiak, harremanetan zailtasunak dituztenak eta afektuaren beharra dutenak. Alkoholak konfiantza eta ausardia ematen die.
b) Berritsuak, jatorrak, sinpatikoak eta irekiak. Gehiegi edaten dutenak ohituraz.

Beste tipologia bat da Cloninger-ek, Bohman-ek eta Sivardson-ek (1981) eginikoa:

1. Mendekotasun alkoholikoa epe luzera sortu da, prozesu ikasia da, eta kausak ingurukoak dira gehienetan.
2. Alkoholismo goiztiarra, azkarra eta larria. Familia-aurrekariek, psikopatologiak eta nortasun-ezaugarriek zerikusia dute haren bilakaeran (jokabide antisozialek, sentipenen bilaketak, oldarkortasunak eta arriskuen bilaketak).

9.4. EBALUAZIO-ARLOAK ETA -TRESNAK

Alkoholismoa diagnostikatzea erraza izan daiteke, mendekotasun fisikoaren seinaleak daudelako eta arlo asko direlako kaltetuak daudenak: itxura fisikoa, osasuna, familiaren funtzionamendua, lana, egokitasun soziala, eta abar, baina alkoholaren neurririk gabeko erabilera eta kontsumo normala

bereiztea ez da hain erraza. Hainbat arrazoi daude; mugak ez dira beti argiak; arazoa ukatu egiten da; autoengainuak daude; sintomak beste arazoei egozten zaizkie; pazienteak ez du bere burua gaixotzat hartzen, eta abar. Alderdi horiek guztiek zaildu egiten dute ebaluazioa egitea. Gainera, alkoholarekiko arazoen ondorio psikosozialak fisikoak baino askoz lehenago agertzen dira, baina pazienteek askotan arazo fisikoak agertu arte ez dute laguntzarik eskatzen.

Ebaluatzen diren arloak honako hauek dira:

- Edariaren arloa: zer edaten den, zenbat, historia, eta abar.
- Depresioa, herstura, mendekotasunak, autoestimua.
- Harreman pertsonalak, familia, bikotea, eta abar.
- Bizi-estiloa.
- Tratamendurako motibazioa, itxaropena, egindako saiakerak, eta abar.
- Osasun fisikoa.
- Funtzionamendu neurologikoa eta kognitiboa.

Ebaluatzeko tresnak askotarikoak dira. Orain azalduko ditugu nagusiak. Ebaluazio-prozesuan garrantzitsua izaten da informazioa kontrastatzea eta adierazgarri biologikoak ere erabiltzea.

- **Elkarrizketak**

Edate-jokabidearen eta -historiaren informazio zehatza jaso behar da: kontsumo-jarrerak (maiztasuna, kantitatea, modua, tokia, eta abar), aurrekariak eta ondorioak, eta alkoholak eragin dituen arazoak bizitzako arlo guztietan.

Badira prozesu honetan giltzarri diren galdera batzuk:

Zenbat edaten du egun normal batean? (50g baino gehiago asteko hiru egunetan arriskutsua da).
Zenbat edaten du asko edaten duen egun batean? (100 gr baino gehiago arazo klinikoaren seinalea dira).
Arazorik izan du edateagatik?

Gainera jarraian edo noiz behinka edaten den eta abstinente zenbat egun egoten den ere galdetu behar da. Hona hemen elkarrizketa egituratu nagusiak:

Edalearen profila (Miller eta Marlatt, 1984)

88 galderako elkarrizketa egituratua. 120 minutu irauten du. Ezaugarri demografikoak, alkoholaren kontsumoarekin zerikusia duten jokabideak (hasiera, edari motak, izandako arazoak, kontrolatzeko saiakerak), tratamendurako motibazioa eta itxaropena ebaluatzen ditu.

Mendekotasunaren larritasunaren eskala (ASI, McLellan, Luborsky, O'Brien eta Woody, 1980)

Elkarrizketa egituratua da, 45-60 minutukoa. Mendekotasunen larritasuna eta tratamenduaren beharra ebaluatzen ditu, 6 arlo kontuan izanda: osasun fisikoa, egoera ekonomikoa eta lana, alkoholaren eta drogen kontsumoa, lege-arazoak, familia eta harreman sozialak, eta egoera psikologikoa. Informazioa 10 puntuko 6 eskalatan jasotzen da. Badago, halaber, Europarako bertsio bat: Euroapsi (Bobes, Gonzalez, Saiz eta Bousoño, 1996).

- **Galdetegiak**

Alkoholaren erabileraren galdera sorta (Horn, Wanberg eta Foster, 1987)

228 galderako galdera sorta da, ordubetean erantzuteko, eta 24 eskala ditu. Ebaluatzen dituen arloak hauexek dira: edateko motibazioa, kontsumoaren profila, mendekotasun fisikoa, kontrola galtzea, bikote-arazoak eta kontsumoan aldaketak egiteko jarrera.

Gero, aipatuko diren galdera sorten artean bereizketa nagusi bat egin daiteke: batzuk dira alkoholarekin arazoak izan ditzaketen pertsonak identifikatzeko (eskuarki *screening* modura erabiliak); besteak alkoholismoaren diagnostikoa egiteko erabiltzen dira.

Identifikatzeko galdetegiak

CAGE (Hayfield, Mcleod eta Hall, 1974)

4 galdera ditu, eta oso zehatzak dira. Horregatik, ebaluazio orokor baten barruan egiteko gomendatzen dira, elikaduraren eta osasunaren arloko galderen tartean. Ebakitze-puntua bikoa da, eta sendagileek egiten dituzten azterketa fisikoetan erabiltzen da.

AUDIT (Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente eta Grant, 1993)

Munduko Osasun Erakundeak eginiko galdera sorta da, batez ere familiako sendagileei laguntzeko prestatua. 10 galdera ditu, alkoholaren kontsumoa ebaluatzen dutenak (maiztasuna, kantitatea eta edateak ekartzen dituen arazoak). 20 puntuk mendekotasuna adierazten du, eta 8-20 puntuk alkohol gehiegi edaten dela.

CBA (Feurlein, Kufner, Ringer eta Antons, 1976)

22 galdera ditu, alkoholaren kontsumoari lotuta daudenak. Ikerketa epidemiologikoetan erabiltzen da. 5 puntu baino gehiago arazoen adierazle dira.

Diagnostikatzeko galdera sorta

MALT (Feurlein, Ringer eta Kufner, 1977)

Alkoholismoaren diagnostikoa egiteko erabiltzen da. Bi zati ditu: MALT-O (objektiboa) eta MALT-S (subjektiboa). Zati objektiboak 7 galdera ditu, eta alkoholismoaren alderdi fisikoak balioesten ditu. Sendagileak betetzen du.

Alderdi subjektiboak 26 galdera ditu, eta azkeneko bi urteetan gizabanakoak alkoholarekin izan dituen esperientziez galdetzen du.

6-11 puntu lortzeak neurririk gabeko erabilera eta mendekotasunaren hasiera adierazten du. 11 puntutik gora alkoholismoaz hitz egingo genuke.

Berrizkaturak neurtzeko galdera sortak

Berrizkaturei loturiko egoeren galdera sorta (Litman, Stapleton, Oppenheim, Peleg eta Jackson, 1983)

25 galdera ditu, berrizkaturen egoerak identifikatzen dituztenak, eta pazienteak egoera bakoitzaren arrisku-maila puntuatu behar du. Galdera sortaren analisi faktorialak 3 faktore aurkitu ditu: egoera emozional ezatseginak, kanpo-gertakizunak, eta alkoholarekiko pentsamendu positiboak.

Arrisku-egoerei aurre egiteko galdera sorta (Litman, Stapleton, Oppenheim, Peleg eta Jackson, 1983)

36 galdera ditu, eta arrisku egoerei aurre egiteko jokabide eraginkorren maiztasuna ebaluatzen du. 4 faktore bereizi dira: abstinentziaren abantailari buruzko pentsamendu positiboak; mendekotasunezko jokabidearen ondorio negatiboei buruzko pentsamenduak; ekidite-, distrakzio- eta ordezkatze-estrategiak, eta laguntza soziala bilatzeko estrategiak.

- **Autoerregistroak**

Gizabanakoak berak edo berarengandik gertu dauden pertsonek bete behar dituzte, eta alkoholaren kontsumoa eta ondorioak jorratzen dituzte. Horrela, autoerregistroan honako hauek idatzi behar dira: eguna, ordua, zer edan den, lekua, norekin edan den, sentimenduak eta alkohol-unitateak. Gainera, edari alkoholdunen unitateak kalkulatzeko orria ematen zaie, kontuan hartuz tabernako neurriak etxekoak baino txikiagoak direla. Horrelako autoerregistroak ezinbestekoak izaten dira edate kontrolatuko programetan.

Gehienetan autoerregistroak betetzeak ezaugarri terapeutikoak ditu; atzeraelikadura bat-batekoa da, eta norberarengan kontrola lortzea eragiten du.

- **Adierazgarri klinikoak**

Alkoholak eragina dauka aurpegian: gorritasuna, aknea eta mihi zikina agertzen dira; eskuetan dardara azaltzen da, eta ibiltzeko moduan balantza.

Gainera, ondorio hauek ere baditu: kontzentrazio-arazoak, nahaste mentala, oroimen txarra, haluzinazioak, amesgaiztoak, buruko mina esnatzean, eztula, eta abar.

- **Adierazgarri biologikoak**

Ukazioak, gezurrak eta datu faltsuak agerian jartzen dituzten neurriak dira. Horretarako laborategiko analisi klinikoak erabil daitezke, odolarenak eta gernuarenak, eta alkoholemia-frogak. Zehazki gibelaren funtzionamendua aztertu, eta odolean egon daitekeen alkohol kantitatea neurtzen dira.

9.5. HELBURU TERAPEUTIKOAK: EDATE KONTROLATUA ETA ABSTINENTZIA-PROGRAMAK

Tratamendu psikologikoak zenbait helburu izan ditzake, arazoa zein den kontuan hartuz. Horrela, abstinentzia-programak finkatzen dira alkoholismoaren kasuan, hau da, mendekotasun fisikoko arazoak daudenean, jasankortasuna dagoenean eta kontrola galduta dagoenean. Aldiz, neurririk gabeko erabilera denean arazoa, edate kontrolatuaren programak finka daitezke. Horretarako, ezaugarri hauek izan behar ditu pazienteak:

- Gaztea izatea.
- Gaixotasun fisikorik ez edukitzea.
- Nahaste emozional larririk ez izatea.
- Beste mendekotasunik ez izatea.
- Familiaren eta lagunen laguntza izatea.
- Lanean oreka edukitzea.
- Mendekotasun txikia, historia laburra eta edan gabe egondako aldiak izatea.

Abstinentzia gomendatzen da kasu hauetan (Echeburúa, 2001):

1. Mendekotasun fisikoa eta psikologikoa dagoenean.
2. Osasun fisikoa okertua dagoenean.
3. Berrizkaturak maiz gertatzen direnean.
4. Beste arazo psikopatologiko batzuk daudenean: depresioa, drogen kontsumoa, nortasun-arazoak, eta abar.
5. Botikak hartzen direnean.
6. Haurdunaldian edo haurrak eduki nahi direnean.
7. Edate kontrolatuaren programetan porrot egin denean.
8. Lanean erantzukizunak daudenean beste pertsona batzuekiko (gidariak, sendagileak, eta abar).
9. Pazienteak abstinentzia osoa nahi duenean.

Bi kasuetan tratamenduaren muina, ezinbestekoa dena, **aldaketarako motibazioa** lortzea da. Horretarako, garrantzitsuak dira Miller-ek eta Rollnick-ek (1999) diseinatutako elkarrizketak eta motibazioa lortzeko prozesua lantzea. Autore horiek aurrebegiztatze- eta begiztatze-aldian dauden pazienteekin aplikatzen dute motibazio-programa. Osagaiak honako hauek dira:

- Informazioa eta aholkuak eskaini. Edatea erantzun ikasia da, aurrekariek eta ondorioek kontrolatzen duten jokabidea; esplikatzen da zergatik den arazoa, zer arrisku dituen, zergatik edatea kontrolatu edo utzi behar den, eta hori lortzeko aukerak eskaintzen dira.
- Tratamendua jasotzeko egon daitezkeen oztopoak kentzen dira, eta aldatzeak ekarriko dituen ondorio positiboak azaltzen dira.
- Pazienteari hainbat aukera eskaintzen zaizkio.
- Edatearen alderdi negatiboak eta positiboak, eta etekin eta kostuak aztertzen dira. Aldaketak proposatzen dira, kostuak etekinak baino handiagoak direnean eta aldatzea posible dela ikusten denean.
- Helburuak argitu eta negoziatu.
- Harreman terapeutikoa zaindu (enpatia eta ulermena) eta azaldu. Eztabaidak ekidin behar dira. Pazientearen aldatzeko gaitasuna indartu behar da, haren erantzukizuna eta aukeratzeko askatasuna adierazi, eta aldatzea posible dela eta garrantzitsua zergatik den azaldu.
- Nork bere edateko jokabideari behatzea ere erabiltzen da, eta edari mota, kantitatea, egoera, aurrekariak, ondorioak eta emozioak erregistratu. Horrek atzeraelikadura zuzena eskaintzen dio pazienteari.
- Hitzarmenak ere erabil daitezke, eta bikotea edo lagunen bat ere etor daiteke terapiara.

Behin tratamendua hasi ondoren, ez da erraza, halaber, pazienteek aurrera jarraitzea; lehenengo 5 saioetan askotan uzten dira terapiak (Echeburúa, 1996). Beraz, garrantzitsua da haren arazoak osasun-arazo gisa definitzea, tratamendu-programa zehatza baliatzea, autoerregistroak erabiltzea, pazientea aktiboki inplikatzea eta edana dagoenean eta ez dagoenean duen itxura agertzea. Gainera, gomendatzen da edateari buruzko erabakia familiari eta lagunei azaltzea.

9.6. TRATAMENDUA ETA BERRIZKATURAREN PREBENTZIOA

- **EDATE KONTROLATUKO PROGRAMAK**

Hainbat aldi izaten ditu tratamenduak (Rodriguez-Martos, 1999):

1. Tratamendurako motibazioa lortu, arazoaz jabetu eta aktiboki inplikatu.
2. Mendekotasun psikologikoa ezabatu eta beste ohitura batzuk ezarri.
3. Errehabilitazioa: berrizkaturak kontrolatu eta bizi-estilo berria sortu.

Programa horien osagaiak honako hauek dira:

a) Pazienteari eskatzen zaio idazteko zergatik edan nahi duen gutxiago, zein diren haren motibazioak. Alkoholari buruzko informazioa eskaintzen zaio, zer den eta zein den haren eragina osasun fisikoan eta psikologikoan.
b) Abstinentzia-aldi bat pasatu behar da, 2-3 aste ezer edan gabe egon, programa hasi baino lehen. Epe horretan pazienteak bere helburua

ebalua dezake, edateari lotuta dauden estimuluak eta arrisku-egoerak zein diren identifikatu, eta aukerazko jokabideak garatzen hasi. Gero, 10-12 asteko programa hasten da.

c) Edate kontrolatuaren definizioa eraikitzen da, zer den edate kontrolatua, eta, horrekin batera, edateko erregelak eraikitzen dira.

- Astean gehienez hiru aldiz edan.
- Edaten den bakoitzean 40 gr baino gutxiago gizonek eta 20 gr baino gutxiago emakumeek.
- Modu egokian edaten duen norbaitekin edan eta beste jardueraren bat eginez.
- Janarietan edo jan ondoren edan.
- Saio terapeutikoetara edan gabe joan.
- Egoera emozional negatiboekin ez edan, ezta ere gaixorik edo nekatuta egonez gero edo lan egin behar denean
- Alkoholarekin bateragarriak ez diren jarduerak egin, eta ezetz esaten ikasi.
- Graduazio txikiko edariak eta nahasi gabe edan, dastatuz.

d) Autoerregistroak erabiltzen dira, gutxienez urtebetean, ohiturak finkatzeko.
e) Koterapeuta baten laguntza ere erabil daiteke.
f) Autolaguntzazko liburuak erabiltzen dira; adibidez, Robertson-en eta Heather-en (1986) *¿Así que quieres beber menos?*.

Programa horien eraginkortasuna balioesteko kontuan hartzen dira edateko modua kontrolatu den, pazientearen oreka emozionala, familia-egokitasuna, harreman sozialak eta aisialdiaren antolakuntza.

- **ABSTINENTZIA-PROGRAMAK**

Abstinentzia-programen helburua da pazienteak berriro ez edatea. Horretarako hainbat aldi daude:

Desintoxikazioa: mendekotasun fisikoa baztertzea.
Ohitura kentzea: mendekotasun psikologikoa baztertzea eta aukerazko ohiturak sortzea.
Errehabilitazioa: berrizkatura kontrolatzea eta bizi-estilo berria eraikitzea.

Desintoxikazioaren aldia:

Alkohola bat-batean uztean abstinentzia-sindromea agertzen da. Horren sintomak tratatzeko, batzuetan botika lasaigarriak (clormetiazol-distraneurine eta tetrabamato-sevrium), bitaminak eta likidoak erabiltzen dira. Aldi hori anbulatorioan edo ospitalean egin daiteke.

Mendekotasun psikologia tratatzea

Aldi horretan mendekotasunaren hainbat arlo tratatu behar dira:

- Edatearen bulkada edo desira indartsua (*craving*)

Edateari lotuta dauden estimuluak kontrolatzea (jarduerak, pertsonak, egoerak, eta abar). Hasieran kontrol hori zorrotza da; gero gutxituz joaten da.

Aldi horretan lagungarria izaten da, halaber, herra kimikoa eragiten duten farmakoak hartzea apomorfina (disulfiran) eta antabus (colme). Pazienteak badaki farmakoak hartuz alkohola edaten badu abstinentzia-sintomaren antzeko erreakzioak izango dituela, eta horregatik ez edateko eta bulkada maneiatzeko erabiltzen dira. Gomendatzen da 12 hilabetez gehienez hartzea eta terapia psikologikoarekin konbinatzea.

Orobat, sentsibilizazio ezkutuaren teknika erabiltzen da. Teknikaren helburua edateko nahia gutxitzea edo ezabatzea da. Horretarako parekatzen dira edatearen irudiak eta ondorio higuingarriak (botaka egitea, animaliak gorputzetik ibiltzea, seme-alabak edana ikustea, bakarrik egotea, eta abar). Helburua edateko bulkada maneiatzea da. Sentsibilizazio-saioak astean bi aldiz egiten dira.

Autoagindu positiboak eta distrakzio-teknikak ere erabili daitezke, eta baita ez edatearen emaitzak idatzi eta irakurri. Erabili izan da, halaber, edateari lotuta dauden estimuluei aurre egitea edanez erantzun gabe.

- Jokabide positiboak garatu, edaten ez duten pertsonekin harremanak sortu, eta norberari errefortzua eman egindakoagatik.

- Presio sozialari aurre egin, horretarako esaldiak prestatuz eta argi edukiz edaten duten pertsonekin bagabiltza haiengandik urrun sentituko garela edo azkenean edan beharko dugula. Gaitasun sozialen entrenamendua eta asertibitatea lantzen dira.

- Hersturaren kontrola, lasaiketaren, arnasketaren eta irudimenaren bidez.

- Tristuraren kontrola jarduera positiboen eta berregituratze kognitiboaren bidez.

- Bikote- eta familia-harremanak tratatzea. Kontuan hartu behar da banaketak eta dibortzioak ager daitezkeela, tratu txarrak egon daitezkeela, jelosi patologikoak, eta abar. Familiari eskatzen zaio abstinentziaren edo edate kontrolatuaren errefortzua egiteko eta, alkoholari lotuta dauden elkarrizketak, mehatxuak edo miaketak ez egiteko, eta susmoak badaude horiek argi adierazteko. Helburua harremana etorkizunera begira jartzea da, eta ez lehenera, lorpenak adieraziz eta indartuz. Erabil daiteke, era berean, bikote-terapia, errefortzu positiboen trukatzea, komunikazio-trebetasunak eta arazoak konpontzeko entrenamendua aplikatuz (McCrady, Rodriguez eta Otero-López, 1998).

- Jarraipen-saioak ezartzea, gutxienez tratamendua bukatu eta lehenengo bi urteetan.

Prozesu horretan, lagungarri gertatzen dira askotan **laguntza-taldeak**. Banakako tratamenduaz gain, taldeak ere erabiliak dira alkoholarekin arazoak dituzten pazienteekin. Hainbat talde mota daude, ezagunenak Alkoholiko Anonimoak dira 1935. urtean sortutakoak. Horien helburuak dira arazoa onartzea, aldatzeko beharra eraikitzea eta elkarrekiko laguntza. Prozesu terapeutikoa 12 pausotan banatzen dute; ez dute terapeutarik erabiltzen, eta egin diren ikerketen arabera % 30-35eko arrakasta lortzen dute.

Beste mota bateko taldeak dira profesionalek gidatzen dituztenak. Talde horietan, autoestimu urriko pazienteak, bakartuak eta familiaren laguntza ez dutenak egoten dira. Oro har, 5-8 pazientek osatzen dute; saioak astean behin izaten dira, eta tratamenduak 3-6 hilabete irauten du. Talde horietan gai hauek tratatzen dira:

- Alkoholarekin dauden arazoak nahasteak dira, eta jokabide ikasiak.
- Nork bere burua engainatzeko eta justifikatzeko joera alde batera uztea.
- Eguneroko zailtasunei aurre egiteko estrategiak ikastea.
- Berrizkaturen prebentzioa egitea.

Eskuarki, taldeak laguntza sozial eta presio positibo gisa funtzionatzen du.

Aipatutako pazienteen taldeetatik kanpo eraikitzen dira, orobat, familiakoentzako laguntza-taldeak eta alkoholarekin arazoak dituzten gurasoen haur eta nerabeentzat (Alanon-Alateen Alkoholiko Anonimoetan) (Programa ALFIL, Socidrogalcohol 2000). Laguntzazko terapia horiek garrantzitsuak izaten dira, pazientearen terapia indartu eta bultza dezaketelako.

- **BERRIZKATUREN PREBENTZIOA**

Berrizkaturak tratamendua bukatu eta lehenengo hiru hilabeteetan gertatzen dira, eta askotan 6 hilabetera % 60-80raino iristen dira. Hala ere, erortzeak eta berrizkaturak bereizten dira: erortzeak ohikoak izaten dira, eta haietatik ikasi eta aurrera jarraitzen da; berrizkaturek, aldiz, dakarte hasierako kontsumo-patroietara itzultzea. Guztiak gertatzen dira, arrisku-egoera bati modu desegokian aurre egin zaiolako eta edatearen efektu positiboak espero direlako negatiboak ahaztuta.

Zenbait faktore kognitibo ageri dira berrizkaturaren prozesuan: autoeraginkortasuna, gizabanakoak arrisku handiko egoerei aurre egiteko duen gaitasuna; edateko dituen itxaropen positiboak (ez da ezer gertatuko, bakarrik bat da, kontrolatuko dut, eta abar); disonantzia kognitiboa, eta berriro edaten zergatik hasi den ulertzeko erabiltzen diren barne-egozpenak (ez daukat borondaterik, ahula naiz, eta abar).

Egoera horiek lantzeko teknika hauek erabiltzen dira:

a. Arrisku handiko egoerak identifikatzea.
b. Arazoei modu egokian aurre egiteko trebetasunak erakustea.

c. Alkohola edateak dakartzan itxaropen positiboak aldatzea, edateak epe luzera ekartzen dituen ondorioez hitz eginez.
d. Arrisku handiko egoerei aurre egitea, hasieran norbaitekin eta ondoren bakarrik.
e. Bizi-estiloa aldatzea.

- **ONDORIOAK**

Tratamenduak arrakastatsuak dira. 12 hilabeteko jarraipena eginez, % 40-60ko errekuperazio-tasak daude. Baina sendakuntza-irizpideak zabalak dira; helburua ez da, bakarrik, edatea edo ez, bizitza normala egiteko askatasuna berreskuratzea baizik. Pronostikoa hobea da arazoaren historia laburra denean eta pazienteak gazteak direnean.

Azken urteetan tratamendu-programa zehatzak sortu dira, adibidez, McCrady-ren, Rodriguezen, eta Otero-Lopez-en (1998) programa. 28 talde saioz osaturik dago, eta honako osagai hauek ditu: alkoholismo-arazoak ulertzeko eredu kognitibo-jokabidezkoa; ikaskuntzari buruzko teoriak eta analisi funtzionala (edatearen jokabidea ulertzeko); pentsamenduen, itxaropenen eta sinesmenen eraginaren azterketa; trebetasun sozialen entrenamendua eta alkoholari buruzko informazioa. Programak banakako eta taldekako saioak konbina ditzake; eskuliburua eskaintzen zaio pazienteari, eta familiarekin eta bikotekideekin ere egiten da lan.

Beste tratamendu-programa bat da Monti, Abrams, Kadden eta Cooney (1989) egileek proposaturikoa. Programaren helburua da edariarekin arazoak dituzten pertsonek trebetasunak ikastea. Hiru motatako trebetasunak lantzen dira programan: komunikazio-trebetasunak (ezetz esatea; kritikak egitea eta jasotzea; entzuteko eta elkarrizketak edukitzeko trebetasunak; sentimenduak azaltzea), egoera emozionalak maneiatzeko trebetasunak (amorrua, herstura eta tristura) eta edateko gogoak maneiatzeko trebetasunak (edateari buruzko pentsamenduak, edatearen ondorioak, bulkadak gutxitzea, autoaginduak eta distrakzioa).

Tratamendu psikologikoen emaitzak okerragoak dira osasun-arazoak, desoreka emozionalak, beste nahaste psikopatologiko batzuk edo drogen kontsumoa daudenean eta familiaren eta lagunen laguntza falta denean.

Gaur egun tratamenduak populazio zehatzentzat diseinatzen hasiak dira, gazteentzat, emakumeentzat (Blume, 1991), zaharrentzat, politoxikomaniak dituztenentzat… Gainera, ikerketen ondorioz, alkoholarekin arazoak dituen pazientearentzat tratamendu egokiena eskaintzea bilatzen da (Miller eta Hester, 1986), egoera kognitiboa, larritasuna, familiaren alkoholismo-historia eta beste aldagai batzuk kontuan hartuz.

OINARRIZKO BIBLIOGRAFIA

Aizpiri, J. eta Marcos Frias, J.F. (1996). ***Actualización del tratamiento del alcoholismo.*** Bartzelona. Masson.

Becoña, E. (1998). Alcoholismo. Non M. Vallejo. ***Manual de terapia de conducta.*** Madril. Dykinson.

Casas, M. eta Gossop, M. (1993). ***Recaida y prevención de recaídas.*** Bartzelona. Citrán.

Echeburúa, E. (1994). ***Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos.*** Madril. Fundación Universidad-Empresa.

Echeburúa, E. (1996). ***El alcoholismo.*** Madril. Aguilar

Echeburúa, E. (2001). ***Abuso de alcohol.*** Madril. Síntesis.

Edwards, G. (1986). ***Tratamiento de alcohólicos. Guía para el ayudante profesional.*** Mexico. Trillas.

Feuerlein, W. (1982). ***Alcoholismo. Abuso y dependencia.*** Bartzelona. Salvat.

Galanter, M. eta Klebs, H.D. (1997). ***Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias.*** Bartzelona. Masson.

Graña, J.L. (1994). ***Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento.*** Madril. Debate.

Graña, J.L. eta Muñoz-Rivas, M.J. (1998). «Tratamiento cognitivo-conductual de la adicción a la heroina y a la cocaína» *in* V. Caballo (zuzen.). ***Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos.*** Madril. Siglo XXI.

Marlatt, A. eta Gordon, J. (1985). ***Relapse prevention. Maintenance strategies in addictive behavior change.*** New York. Guilford Press.

McCrady, B.S., Rodriguez Villarino, R. eta Otero-Lopez, J.M. (1997). ***Los problemas de la bebida: un sistema de tratamiento paso a paso.*** Madril. Pirámide.

Miller, W.R. eta Rollnick, S. (1991) ***Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior.*** New York. Guilford Press.

Miles Cox, W., Calamari, J.E., eta Langley, M. (1998). «Habilidades de afrontamiento para la conducta de beber y asesoramiento motivacional sistemático: dos tratamientos cognitivo-conductuales para las personas que tienen problemas con el alcohol» *in* V. Caballo. ***Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*.** Madril. Siglo XXI.

Mothner, I eta Weitz, A. (1986). ***Cómo abandonar las drogas*.** Bartzelona. Martinez Roca.

Robertson, I eta Heather, N. (1987). ***¿Así que quieres beber menos?*.** Gasteiz. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia.

Secades, R. (1996). ***Alcoholismo juvenil. Prevención y tratamiento*.** Madril. Pirámide.

Secades, R. eta Fernández Hermida, J.R. (2003). «Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroina» *in* Perez, M., Fernández-Hermida, J.R., Fernández- Rodriguez, C. eta Amigo, I. (koord.). ***Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*.** Madril. Pirámide.

Sweet, C. (1995). ***Venza sus adicciones*.** Bartzelona. Robin Book.

10. MENDEKOTASUN PSIKOLOGIKOAK: JOKO PATOLOGIKOA

10.1. Sarrera
10.2. Joko patologikoaren kontzeptua
10.3. Azalpen-ereduak
10.4. Ebaluazio-arloak eta -tresnak
10.5. Tratamendua
Oinarrizko bibliografia

10.1. SARRERA

Mendekotasun psikologikoak dira substantziarik gabeko mendekotasunak; batzuetan, bulkaden kontrolaren nahaste gisa diagnostikatzen dira (adibidez, ludopatiaren kasuan).

1990eko hamarkadaren inguruan sortu zen definizioa, lehenengo jokalari patologikoak tratatzen hasi zirenean, haien jokabideek mendekotasun kimikoak zituzten pazienteenekin antzekotasunak baitzituzten.

Horrela, mendekotasun psikologikoen ezaugarriak mendekotasun kimikoenen antzekoak dira. Desberdintasun bakarra substantziarik ez egotea da. Abstinentzia-sindromea agertzen den edo ez eztabaidatzen dute ikertzaileek. Mendekotasun psikologikoen kasuan, gizabanakoak jokabidearen aldera sortzen duen harremana da patologikoa, ez jarduera edo objektua bera. Pazienteak egiten duen erabilera patologikoa da, ikuspuntu kuantitatibo eta kualitatibotik, eta haren jokabideak eragin negatiboa du bere bizitzan.

Mendekotasun guztien ezaugarriak dira kontrola galtzea eta askatasuna galtzea.

- Pertsonak ezin du bere jokabidea kontrolatu, eta jokabidearen maiztasunak, intentsitateak eta iraupenak ondorio latzak ditu beraren bizitzan, egoera ekonomikoan, familian eta harreman sozialetan, lanean, ikasketetan, eta abarretan.
- Mendekotasun psikologikoa: jokabidea ez egiteak eragiten dio ondoeza (abstinentzia-sindromea), eta egiteko behar subjektiboa edo irrika.
- Pazienteek ez dute baztertzen jokabidea, nahiz eta ondorio negatiboak izan. Hasieran jokabidea plazera lortzeko egiten zen, gero gaizki ez sentitzeko eta bizitzako hutsuneak betetzeko.
- Bizitzako beste arloak alde batetara uzten dira.
- Pertsonak kulpa, damua, lotsa eta porrota sentitzen ditu, jokabidea egiten duenean, eta egiten ez duenean, herstura, urduritasuna, ondoeza, lo-arazoak, amorrua, eta abar. Azkenean zirkulu patologiko batean sartuta dago.

Mendekotasun psikologikoetan badago jokabidearen segida bat (Krych, 1989):

- Hasieran jokabidea atsegina eta errefortzuzkoa da.

- Pertsona jokabidean inplikaturik ez dagoenean, pentsamenduak gehitu egiten dira.
- Jokabideak gero eta maiztasun, intentsitate eta iraupen gehiago hartzen du, eta beste jardueren alderako interesa galtzen du gizabanakoak.
- Gizabanakoak ukatu egiten du jokabideak sortzen dion gehiegizko interesa.
- Pertsonak gero eta gogo handiagoa du, jokabidea egiteko eta itxaropen handiak jokabidea eginaz lortuko duen plazerean.
- Jokabideak irauten du, nahiz eta ondorio negatiboak agertzen hasiak izan; gizabanakoak bere burua justifikatzen du, eta besteak konbentzitu nahi ditu, egoera kontrolatzen duela adieraziz.
- Jokabidearen eragina gero eta negatiboagoa denean, gizabanakoa ohartzen hasten da errealitateaz, eta jokabidea kontrolatzen saiatzen da emaitza positiborik gabe.
- Une horretan ondoeza ezereztea da mendekotasunezko jokabidearen helburu nagusia.
- Eguneroko bizitzan agertzen diren arazo eta frustrazioen aurrean mendekotasunezko jokabidea erabiltzen da aurre egiteko eta pertsonak beste irtenbiderik ikusten ez duelako.
- Mendekotasunezko jokabidea gero eta larriagoa da, eta kanpo-krisi batek (bikote hausturak, lana galtzeak, arazo ekonomiko larriek, eta abarrek) bultzatzen du pazientea edo familia laguntza eskatzera.

Nahiz eta egile batzuek mendekotasun psikologikoetan abstinentzia-sindromerik ez dagoela adierazi, beste batzuek diote pazienteek ondoez nabaria jasaten dutela, jokabidea egiten ez badute. Horrela, bulkada indartsuak sentitzen dituzte, eta tentsioa (tristura, amorrua, urduritasuna, kontzentrazio-arazoak, lo-arazoak, eta abar), jokabidea egin arte. Une horretan tentsioa desagertu egiten da, baina berriro bulkada itzultzen da, barne-estimuluek edo kanpo-estimuluek eraginda, bai eta jokabidea egiteko desira eta irrika ere. Ondorioz, bigarren mailako baldintzapen-prozesuak agertzen dira, eta barne- eta kanpo,estimulu anitzekin lotzen dira jokabidea eta desira .

Mendekotasun psikologikoen agerpenean, faktore sozialek, ikaskuntza-ereduek eta ezaugarri pertsonalek dute eragina. Ezaugarri pertsonalen artean aipatzekoak dira bulkadak kontrolatzeko zailtasunak izatea, sentipen berriak bilatzeko joera, harreman sozialak edukitzeko zailtasunak, afiziorik eta interesik ez izatea, autoestimu urria, eguneroko frustrazioei aurre egiteko trebetasun gutxi izatea eta emozioak (herstura, tristura, amorrua) maneiatzeko zailtasunak izatea.

Gure gizartean agertzen diren mendekotasun psikologiko nagusiak taula honetan azaltzen dira (Echeburúa, 1999). Aipatzen diren guztietatik testu honetan joko patologikoa azalduko da zehazki, gure gizartean duen nagusitasunagatik.

Joko patologikoa Internet Harreman sexualak Erosketak

10.2. JOKO PATOLOGIKOAREN KONTZEPTUA

Gizakiak betidanik jokatu du, eta jarduera horrek plazera sortzen du, eta gehienetan ez du arazorik ekartzen, baina, jokoaren bulkadak kontrolaezinak direnean eta eragin negatiboak dituztenean, pertsonaren bizitzan joko patologikoaz hitz egin daiteke. Dostoivski idazleak *Jokalaria* nobelan deskribatu zuen prozesua.

Espainian 1812. urtean legeztatu zen loteria nazionala, 1939. urtean ONCEren kupoia, eta 1946. urtean kinielak. Demokrazia iristean, 1977. urtean legeztatu ziren zorizko joko guztiak (bingoak, makina txanponjaleak, bonolotoak, eta abar).

Jokoen artean bi motatakoak bereiz daitezke:

a) Trebetasun-jokoak. Emaitzaren eta jokalariaren trebetasunen artean lotura dago. Eskuarki ez dago diru-irabazirik, eta jokoaren helburua atseginez denbora pasatzea da.
b) Zorizko jokoak. Jokalariaren trebetasunen artean eta emaitzen artean ez dago loturarik. Horrelakoak dira kasinoak, kirol-apustuak, loteria eta kupoiak, makina txanponjaleak, eta abar.

Europar Batasunean, Espainia eta Alemania dira zorizko jokoetan diru gehien gastatzen duten herrialdeak. Makina txanponjaleek mendekotasun handia eragiten dute, toki askotan agertzen direlako, apustuak urriak direlako, apustuen eta emaitzen artean denbora gutxi dagoelako eta, gainera, kontrolaren ilusioa eragiten dutelako (pazienteak makina ukitu baitezake) eta argiek, musikak eta botoiek kitzikadura eragiten dutelako.

Jokalari mota batzuk bereizten dira:

a) Profesionalak: jokoa da beren lana eta bizimodua. Modu hotzean arriskatzen dute. Apustuak kalkulatuak dira.
b) Sozialak: plazerez jokatzen dute, eta beren jokoa kontrolatua da. Normalean besteekin batera jokatzen dute, eta izan daitezkeen irabazi edo galerak urriak dira, eta ez dute eraginik autoestimuan.
c) Problematikoak: gehiegi jokatzen dute, eta jokoaren maiztasuna, iraupena eta gastatzen den dirua gehiegizkoa da. Edozein momentuan kontrola gal dezakete, eta beren jokoa patologiko bihurtzearen arriskuan dago. Batzuetan kontrola galdu dute, eta pazientea kezkatua dago jokoaz eta diruaz, pentsamendu irrazionalak ditu, eta bere jokabideak ondorio negatiboak ekartzen dizkio.
d) Patologikoak: kontrola galdu dute, pentsatu baino maiztasun, denbora eta diru gehiago erabiltzen dute. Jokoarekiko eta diruarekiko kezkak agertzen dira. Galtzen dutenean berriro jokatzen dute galdutakoa

berreskuratzeko. Pentsamendu irrazionalak dituzte jokoaren eta zoriaren inguruan, eta beren jokabideak eragin negatiboak ditu beren bizitzako arlo guztietan.

Joko patologikoaren ezaugarriak honako hauek dira:

a. Jokatzeko bulkadei aurre egiteko arazoak kronikoak eta gero eta handiagoak dira, eta mendekotasun emozionala agertzen da.
b. Jokoak eragin negatiboak ditu ikasketetan, lanean, familian eta harremanetan.
c. Jokoaren kontrola galdu da, eta kezkak agertzen dira jokatzeko diruaren eta jokoaren inguruan.
d. Galdutakoa berreskuratzeko jokatzen da, eta ez hainbeste atsegina lortzeko.
e. Jokatzeko behar subjektiboa agertzen da, baina jokatzen duenean pazientea gaizki sentitzen da, errudun, eta jokatzen ez duenean ere, urduri dago, ezin du lo egin, haserre dabil, eta abar. Sintoma horiek abstinentzia-sindromearen seinale izan daitezke.

Jokalari patologikoek sinesmen irrazionalak dituzte: zorte berezia dutela pentsa dezakete, nolabaiteko trebetasun berezia, kontrolaren ilusioa, arazoa dutela ukatzen dute, irabaziak gogoratzen dituzte, galerak gutxiesten dituzte, eta abar.

Joko sozialetik patologikora igarotzeko bidean pertsonak pentsatu baino diru gehiago gastatzen du, bakarrik jokatzen hasten da, galdutako dirua berreskuratzeko berriro jokatzen du, galdu ondoren jarraitzen du jokatzen, eta gezurrak esaten hasten da.

Jokoak eragin negatiboak ditu pertsonaren bizitzaren arlo guztietan:

- Psikologikoki: ondoeza, gezurrak esatea, eguneroko betebeharrak ez egitea, tristura, herstura eta haserrea, autoestimu urria.
- Ekonomian: zorrak, eta horiei aurre egiteko lapurretak, iruzurrak, kredituak, maileguak, eta abar.
- Lanean: errendimendu-arazoak, lana galtzea dirua lapurtzeagatik. Ikasleen kasuan, eskola-porrota.
- Harreman sozialetan: bakardadea, lagunak galtzea.
- Justiziarekin: arazoak legearekin, dirua lortzeko legez kanpoko moduak erabiltzeagatik.
- Familian: jokoak eragin handia dauka jokalariaren harremanetan.

Bikoteak zenbait aldi igarotzen ditu jokalariaren jokoaren aurrean. Hasieran, arazoa uka daiteke; gero, estresa ager daiteke, egoeraz konturatzen denean, kulpa sentimenduak azaleratu, eta jokalariaren zorrak ordaindu; azkenean, nekaldia, depresioa eta esperantza eza agertzen dira. Semeak guraso jokalariaren ondorioak jasaten dituzte, etxeko giro txarragatik eta diru-arazoengatik, eta, gainera, jokatzen duen pertsonaren eredua ikasten dute.

Jokalariak seme-alabak direnean, gurasoek sufritzen dute. Bikote-arazoak eta -eztabaidak agertzen dira, seme-alaben jokozaletasunari aurre egiteko estrategia egokiak hartzerakoan. Arruntak dira haserrea, kulpa eta seme-alaben etorkizunarekiko beldurra .

Jokalari patologikoak ez dira talde homogeneo bat. Haien artean desberdintasunak aurki daitezke. Hala, Blaszcynski eta Nower (2002) eta Gonzalez-Ibañez (1994) ikertzaileek jokalari patologikoen sailkapenak egin dituzte, eta hiru talde bereizi dituzte:

1. Joko baldintzatuaren arazoa duten jokalariak. Jokoa sozializazio-prozesuaren barne dago, eta pixkanaka kontrola galtzen da, normalean irabazi handi baten ondoren. Jokoa hasieran denbora pasatzeko da, sozializazio-prozesuen parte, baina denborarekin kontrolaren ilusioa eta trebetasunen inguruko pentsamendu irrazionalak sortzen dira. Gehienetan ez dago nortasun-nahasterik, eta tratamendurako motibazioa egokia izaten da; pazienteek agindu terapeutikoak betetzen dituzte eta arrakasta terapeutikoa lortzen dute.

2. Emozionalki zaurgarriak diren jokalariak, emozioei aurre egiteko trebetasun desegokien ondorioz eta egoera estresagarrietan jokoan erortzen direnak. Askotan jokozaletasunaren hasierak langabeziarekin, depresioarekin, bikote-arazoekin eta beldur sozialekin zerikusia du. Askotan C taldeko nortasun-nahasteak dituzte, eta haurtzaroko esperientzia negatiboak, gutxitasun-sentimendua, autoestimu urria, besteek baztertzen dituzte, eta abar. Jokoak emozioetatik ihes egiteko balio die, jokatzen duten bitartean disoziazioa gertatzen delako eta jokoak egoera emozionala aldatzen duelako.

3. Inpultsiboak eta antisozialak diren jokalariak. Askotan aurrekariak izaten dituzte, hiperaktibotasuna eta arretaren gabezia, jokabide-arazoak eta substantzien kontsumoa. Gainera, aspertzea gaizki jasaten dute; harreman sozialetan zailtasunak dituzte eta B taldeko nortasun-nahasteak. Eguneroko bizitzari aurre egiteko zailtasunak dituzte, eta presioaren menpe daudenean jokatu, edan eta jokabide antisozialak izaten dituzte. Gaztetatik jokatzen dute eta azkar iristen dira mendekotasunera.

Ikertzaileek diotenez, komenigarria litzateke talde guztiak kontuan hartuta tratamendu motak egokitzea.

- **Sailkapen-diagnostikoa**

Joko patologikoa bulkaden nahaste gisa diagnostikatzen da. Nahaste horren ezaugarriak hauek dira: bulkada kontrolatzeko zailtasunak, tentsioa edo aktibazioa jokabidea egin baino lehen, eta plazera eta atsegina jokabidea egin ondoren. Hala ere, ikertzaile askok mendekotasunezko nahastetzat hartzen dute mendekotasun kimikoekin dituen antzekotasunengatik.

Honako hauek dira DSM-IVn agertzen diren irizpide-diagnostikoak:

Definizioaren arabera, joko patologikoa da jokatzeko jokabide desegokia eta iraunkorra. Ezaugarri hauetatik gutxienez bostek agertu behar dute:

1. Jokoari eta diruari buruzko kezka.
2. Gero eta diru kantitate gehiago jokatzeko beharra kitzikadura lortzeko.
3. Jokoa kontrolatzeko saiakerak egin dira, bai gutxitzeko, bai uzteko, eta ez dute arrakastarik izan.
4. Jokoa utzi nahi denean, egonezina, amorrua eta urduritasuna sentitzen dira.
5. Jokoa arazoetatik eta egoera emozional disforikotik ihes egiteko modua da.
6. Jokoan dirua galdu ondoren berriro jokatzen da galdutakoa berreskuratzeko.
7. Jokalariak gezurrak esaten ditu, familiari, lagunei, lanean, eta abarri, jokozaletasuna ezkutatzeko.
8. Legezkoak ez diren ekintzak egiten ditu: lapurretak, faltsifikazioak, eta beste.
9. Jokoarengatik harremanak galdu ditu, lana, hezkuntza eta aukerak.
10. Zorretatik ateratzeko beste pertsonen laguntza dauka.

- **Epidemiologia**

Espainian egindako ikerketen arabera (Becoña, 1993; Becoña eta Fuentes, 1995) populazio helduaren % 1,5-2 da jokalari patologikoa, eta % 4-6k arazoak ditu jokoarekin. Gazteen artean, % 4-6 ditu arazoak, eta horien artean % 85a mutilak dira eta % 15 neskak.

Oro har, mendekotasuna duten pazienteek makina txanponjaleetan, loteria primitiboan, ONCEren kupoian, bingoan eta bonolotoan jokatzen dute. Gizonak gehiago dira emakumeak baino, 40 urte ingurukoak, gehienak ezkonduak, lehen mailako ikasketak dituzte, lana eta soldata urria. Azken urteetan paziente gero eta gazteagoak dira laguntza terapeutikoa eskatzen dutenak.

Gizon eta emakume jokalarien artean bereizgarritasunak aurkitu izan dira (Corral, Echeburúa eta Irureta, 2005). Gizonen kasuan dirua irabaztea eta kitzikadura lortzea izan dira helburu nagusiak; emakumeen kasuan, bakardadea eta tristura gainditzea. Emakume jokalarientzat zailagoa da laguntza terapeutikoa eskatzea, jasaten duten baztertze soziala eta bakartzea larriagoak baitira, eta, gainera, gehienetan bakarrik joaten dira terapiara, inork ez baitie laguntzen.

- **Komorbilitatea**

Arraroa da jokalari patologikoak jokoa bakarrik aurkeztea arazo gisa; beste nahaste batzuk ere izaten dituzte.

Arrunta da joko patologikoa beste mendekotasun batzuekin batera agertzea. Hala, alkoholaren neurririk gabeko erabilera eta legezkoak ez diren drogen kontsumoa (kokainarena, haxixarena, eta abarrena) askotan agertzen dira; tabakoa erretzea ere arrunta da. Askotan jokalari patologikoen gurasoak alkoholikoak eta drogazaleak izan dira.

Bereziki jokoaren eta alkoholismoaren arteko erlazioak handiak dira, jokalarien artean %15ak alkoholikoak dira. Bai alkohola bai jokoa legezkoak dira, kulturalki onartuak daude eta erraz aurki daitezke. Gainera, kontsumitu ondoren, pareko erreakzio psikologikoak eragiten dituzte; mundu sozial berdintsuetan aurki daitezke; biak hasieran errefortzuzkoak dira, biek eragin negatibo parekoak dituzte. Bi kasuetan, depresioak, herstura-arazoak eta nork bere burua hiltzeko pentsamenduak arruntak dira. Bietan ere, ukatu egiten da arazoa; gezurrak esaten dira, eta kontsumo kontrolatuaren ilusioa dago.

Jokoaren eta depresioaren arteko lotura ere estua da. Egile batzuen iritziz, jokoa erabiltzen da depresioa ezabatzeko. Besteen iritziz, depresioa jokoaren ondorioa da, jokoak herstura, autoestimu urria eta kontrol ezaren sentimendua sorrarazten dituelako.

Arrunta da, halaber, batez ere emakumeen kasuan, jokoak nahaste psikosomatikoak eragitea, buruko minak, digestio-aparatuko nahasteak, lo-arazoak, disfuntzio sexualak.

Azken urteetan joko patologikoaren eta nortasun-nahasteen arteko lotura aztertu izan da. Lortutako datuen arabera pentsatzen da jokalarien % 20 inguruk nortasun-nahasteak dituela, batez ere B eta C taldekoak (Fernández-Montalvo eta Echeburúa, 2004). Horrela denean, arrakasta terapeutikoa lortzeko aukera urriagoa da.

10.3. AZALPEN-EREDUAK

Joko patologikoaren etiologia ulertzeko faktore anitz kontuan hartu behar dira: aldagai biologikoak, psikologikoak, sozialak, ikaskuntzari dagozkionak, eta abar. Hala ere, hainbat autore deskribatzen saiatu dira joko normaletik patologikora doan bidean zer gertatzen den (Custer eta Milt, 1985). Badirudi jokalari patologikoak lau alditatik igarotzen direla mendekotasunean erori arte:

1. Irabazien aldia: jokalariak jokatzen du eta irabaziak lortzen ditu. Horrek jokalaria kitzikatu, eta diru gehiago irabazteko itxaropena sorrarazten dio. Ondorioz, gero eta diru gehiago arriskatzen du, eta, ohikoa izaten den bezala, gero eta gehiago galdu.

2. Galeren aldia: apustuetan gero eta gehiago jokatzen du, eta galerak gero eta handiagoak dira. Une horretan galdutakoa berreskuratzeko jokatzen hasten da. Lehen besteekin batera jokatzen bazuen, orain bakarrik joaten da jokatzera. Familiari eta lagunei dirua eskatzen die, zorrak ordaintzeko, baina ez die esaten jokoaren ondorio direnik, eta espiral zikliko batean sartuta aurkitzen du bere burua: zenbat eta diru gehiago jokatu orduan eta diru gehiago galdu. Jokoarekin obsesionatzen hasten da, eta bizitzako beste arloak alde batera uzten ditu. Horrela jokatzen duenean, lotsa, kulpa eta damua sentitzen ditu, eta, jokatzen ez duenean, urduritasuna, kezka eta herstura.

3. Etsipenaren aldia: une horretan jokoa da bizitzako arlo nagusia. Jokoaren ondorio dira lana galtzea, ondarea hipotekatzea, delituak egitea, eta abar. Familia-arazoak larriak dira, eta jokalaria fisikoki eta psikologikoki nekatua

dago; lo-arazoak ditu, bere burua hiltzeko ideiak, eta abar. Lapurtutako, hartutako, eskatutako edo hipotekatutako dirua itzultzeko arazo larriak ditu.

4. Itxaropena galtzea eta jokoari uztea: une horretan jokalariak pentsa dezake ezingo duela inoiz jokoa utzi, ez dakiela nola atera zulotik eta horren aurrean hainbat hautu egin ditzake: bere burua hiltzea, ihes egitea, edo laguntza eskatzea.

Jokalariek igarotzen duten prozesu horretan zenbait aldagai agertzen dira:

- **Faktore soziokulturalak**

Jokoa oso zabaldua dago gure gizartean, eta sozialki onartua eta ondo ikusia. Diruari eta kontsumoari ematen zaion garrantzia ere kontuan hartu beharko genuke arazoa ulertzeko. Ohikoa izaten da jokalari patologikoak lagun jokalariak izatea eta haiekin jokatzen hastea.

- **Familiako faktoreak**

Askotan jokalari patologikoen familietan jokalariak edo beste mendekotasun batzuk izan dituzten familiakoak egon dira, eta horiek eredu antzekoak izan dira. Gainera, arrunta da jokalarien familian diru-aurrizkirik ez egotea, diruari eta materialtasunari garrantzi handia ematea, eta jokabidearen diziplina eta mugarik ez egotea.

- **Nortasun-faktoreak**

Neurotizismo handia, kanporakoitasuna, arreta-arazoak, oldarkortasuna, sentipenen bilaketa, emozioak adierazteko zailtasunak, frustrazioei aurre egiteko arazoak, eguneroko bizitzari aurre egiteko trebetasun gutxi izatea, afizio kaskarrak eta interes mugatuak aipatu izan dira jokalari patologikoen zaurgarritasun psikologiko gisa.

- **Faktore psikofisiologikoak**

Badirudi jokalari patologikoengan aldagai biologiko hauek agertzen direla (Bombín, 2006): dopamina (bulkada erregulatzen duen neurotransmisorea) gutxiegi, serotoninaren erregulazioan arazoak, eta disfuntzio noradrenergikoa. Arazoa da zer den lehenago jokoa eta gero aldaketa psikofisiologikoak, edo alderantziz.

- **Faktore psikologikoak**

Batzuetan jokozaletasunaren hasiera beste nahaste psikopatologiko batzuen agerpenarekin lotuta egoten da. Hala, jokalariak depresioa, herstura eta autoestimu urria maneiatzeko erabiltzen du jokoa. Besteetan, gertakizun estresagarriak azaltzen dira jokoaren hasieran, gaixotasun kronikoen diagnostikoa, erretiroa, langabezia, eta abar.

- **Iraupen-faktoreak**

a) Errefortzu-programak. Jokoa aldizkako errefortzua lortzeko modua da: batzuetan galtzen da eta besteetan irabazi. Errefortzu mota honek jokabideari iraunarazten dio.

b) Estimuluak bilatzen dituzten pazienteek jokoa erabil dezakete estimulazioa lortzeko, jokatzeak plazera eta tentsioa sentiarazten dizkielako.

c) Jokabide-exekuzioaren mekanismoa: jokabide bat ohikoa denean aztarna uzten du nerbio-sistema zentralean, eta mekanismo bat eraikitzen da. Horrela, jokabidearekin zerikusia duten estimuluen aurrean mekanismoa martxan jartzen da, eta aktibazio fisiologikoa eta tentsioa eragiten ditu. Egoera hori ezabatzeko, gizabanakoak berriro jokatzera jotzen du.

d) Jokatzeak distortsio kognitiboak eragiten ditu: kontrolaren ilusioa, irabaziei bakarrik erreparatzea, galerak gutxiestea, arazoa ukatzea, eta abar.

e) Jokoaren iraupenak trebetasunak galarazten ditu, eta zorren agerpena dakar. Ondorioz, jokalariak jokoa ikusten du bere arazoen iturri gisa, baina baita ere bere arazoen irtenbide bakar gisa.

10.4. EBALUAZIO-ARLOAK ETA -TRESNAK

Beste mendekotasun batzuetan gertatzen den bezala, askotan tratamendurako motibazioa ez da argia. Hala, jokalari patologikoak arazoaren aldi guztietan etor daitezke laguntza eskatzera. Batzuetan ekarri egiten dituzte; kanpoko presioaren ondorioz datoz, eta oraindik ez dago motibazio argirik jokoa uzteko. Besteetan, motibazioa argia da: jokoa utzi nahi dute, abstinente daude etortzen diren unean, edo berrizkatura baten ondorioz datoz. Alderdi horiek kontuan hartu behar dira ebaluazioa egitean, elkarrizketa eta galderak pazienteari dagokion aldiari egokituz. Askotan, motibazioa urria denean, jokoak dituen ondorio negatiboez hitz eginda lor daiteke tratamendua onartzea.

Taula honetan azaltzen dira ebaluazio-arlo nagusiak:

Jokoa: historia, garapena, diru kantitatea, joko motak, maiztasuna, intentsitatea, iraupena, eta abar. Depresioa Herstura Alkoholismoa eta beste mendekotasun batzuk Autoestimua Harremanak: familia, lagunak, bikotea, eta abar. Lana Arazo ekonomikoak Lege-arazoak

Arlo horiez guztiez informazioa lortzeko tresna hauek erabiltzen dira:

- **Elkarrizketak**

Pazientearen eta terapeutaren artean harreman egokia lortzeko ezinbestekoak dira elkarrizketak. Bertan pazientearekin lortzen den informazioa familiako edo inguruko norbaitekin egiaztatzea garrantzitsua da. Elkarrizketan arlo guztiei buruzko informazioa jasotzen da: datu demografikoak, jokozaletasunaren historia eta egoera, jokoarengatik kaltetuak dauden arloak, alkoholaren kontsumoa, aurrekari psikopatologikoak (pertsonalak eta familiarenak), gertaera esanguratsuak, eta tratamendurik jaso den edo ez.

Elkarrizketa egituratuen artean, DSM-IVren irizpideei jarraituz elkarrizketa kliniko bat eraiki da "NORC DSM Screen for gambling problems" (NODS) deiturikoa (Gerstein, Hoffman eta Larson, 1999).

- **Galdetegiak**

South Oaks Gambling Schedule (SOGS) jokozaletasunari buruzko galdera sorta (Lesieur eta Blume, 1987)

20 galdera ditu, eta DSM-III-R-ren irizpideen arabera egindako diagnostikozko galdera sorta da. Galderak dira joko-jokabideen ezaugarriei, diru-iturriei, zorrei eta jokatzearekin zerikusia duten emozioei buruzkoak. *Screening* modura erabiltzen da, joko-arazoak detektatzeko. 5 puntutik gora lortuz gero, jokoa patologikoa dela jotzen da.

Jokoaren mendeko aldagaien galdera sorta (Echeburúa eta Báez, 1994)

Jokoaren maiztasuna, denbora, gastatzen den diru kantitatea, pentsamenduen maiztasuna eta jokatzeko sentitzen den beharra ebaluatzen ditu. Galderak pazienteari eta ahaideari egiten zaizkio.

Jokoarekiko pentsamenduen galdera sorta (Echeburúa eta Báez, 1994)

Jokoari eta arazoari buruz pazienteak ager ditzakeen pentsamendu irrazionalak ebaluatzen ditu.

Mendekotasunaren larritasunaren indizea (ASI) (McLellan, Luborsky, Woody eta O'Brien, 1980)

Beste mendekotasun batzuen antzera joko patologikoari egokitu zaio galdera-sorta hau, eta pazientearen eguneroko funtzionamendua ebaluatzen du, bai eta mendekotasunaren larritasuna eta haren eragina osasun fisikoan, familian, lanean, eta abarretan.

Berrizkaturetarako prebentzio-programak moldatzeko, bi galdera sorta erabiltzen dira, alkoholismoaren ebaluaziotik abiatuak:

Berrizkatura-egoeren galdera sorta (Fernández-Montalvo eta Echeburúa, 1997)

Hainbat egoeraren arrisku maila identifikatzeko eskatzen zaio pazienteari, arriskugarritasuna 0tik 4rako eskala batean adieraziz.

Aurre egiteko estrategien galdera sorta (Fernéndez-Montalvo eta Echeburúa, 1997)

Galdera sortan aipatzen diren aurre egiteko estrategietatik pazienteak aukeratu behar du zein erabiliko lukeen arrisku-egoeran egongo balitz.

- **Autoerregistroak**

Jokoarekin zerikusia duten egoerak identifikatzeko lagungarri dira, eta jokoaren ondorioak aztertzeko. Adibidea izan daiteke: eguna, ordua, joko mota, tokia, denbora, pentsamenduak, gastatuko dirua, ondorioak.

10.5. TRATAMENDUA

Joko patologikoa edo jokoarekin arazoak dituzten pazienteak tratatzeko hainbat estrategia daude: autolaguntzazko taldeak, zentro pribatuak, elkarteak, buru-osasuneko zentroak, eta abar. Ez da egin oraindik haien arteko eraginkortasun bereizgarriaren ikerketarik.

Alkoholarekin gertatzen den bezala, joko-arazoak gainditzeko bi helburu terapeutiko proposatu izan dira: joko kontrolatua eta abstinentzia. **Joko kontrolatuaren** kasuan, ikerketa gutxi egin dira, eskuarki pazienteek laguntza eskatzen dutenean mendekotasun-arazoak dituztelako. Hala ere, teknika hauek erabili izan dira helburu hori lortzeko (Ladouceur, Sylvain, Boutin, Lachance, Doucet eta Leblond, 2003):

- Estimuluen kontrola: diru kantitatea, apustuaren unea, jokatzen pasatzen den denbora, eta maiztasuna gutxitzea eta kontrolatzea.
- Jokoarekin kontrajarriak dauden jokabideak antolatzea.
- Zorrak ordaintzea.
- Jokoaren irabaziak berriro jokoan ez sartzea eta jokatzen denean norbaitekin egitea.
- Jokoaren autoerregistroaz arduratzea.
- Jokoaren arauak ezartzea.

Abstinentzia-programak

Osagai hauek izaten ditu horrelako programa batek:

- Estimuluen kontrola: aldean eramaten den diru kantitatearen eta gastatutakoaren kontrola, joko-tokietara ez sartzea (bingoen eta kasinoen kasuan, nork bere buruari ezarritako debekua) eta lagun jokalariekin ez egotea.

Hasieran, estimuluen kontrola oso zorrotza da, pixkanaka desagertuz doa, eta azkenean kontrola berriro pazientearen eskuetan uzten da.

- Aurrez aurre jartzea jokatzeko erantzunaren prebentzioarekin. Jokatzeko gogoari eta bulkadari aurre egiteko erabili izan da teknika hori. Pazienteari eskatzen zaio makinaren aurrean jartzeko, herstura eta jokatzeko gogoa gutxitu arte. Hasieran, terapeuta kide baten laguntza izaten du, eta dirurik gabe egiten da; bukaeran bakarrik eta poltsikoan dirua duela egin behar du (Báez eta Echeburúa, 1995).

- Distrakzioa eta autoaginduak diseinatzen dira, jokatzeko bulkadei aurre egiteko.

- Jokoarekin bateraezinak diren jokabideak eta ekintza alternatiboak diseinatzen dira.

- Zorrak itzultzeko programa antolatzen da.

Gainera, kontuan hartu behar da jokoak eragin handia izaten duela pazientearen harremanetan, eta horregatik askotan familia- eta bikote-harremanak landu behar dira. Errehabilitazioa lortzeko, pazienteekin lantzen dira arazoen konponbidearen entrenamendua eta trebetasun sozialen entrenamendua.

Zenbait ikertzailek berregituratze kognitiboko teknikak erabili dituzte jokalari patologikoekin, haiek azaltzen dituzten distortsio kognitiboak lantzeko. Horrela egindako ikerketetan honako hauek dira jokalariek azaltzen dituzten distortsio nagusiak (Labrador eta Mañoso, 2005):

Kontrolaren ilusioa: jokoaren emaitza norberaren trebetasunen ondorioa da. Emaitzen prebentzioa: pertsona gai sentitzen da, intuizio edo sentipen bereziak dituelako emaitzen inguruan. Zortea zuzendu daiteke; asko galdu badut, hurrengoan irabazteko aukera handiagoa da. Zorte berezia duela pentsatzea edo jokoan bereziki trebeak direla pentsatzea. Arrakastak nork bere buruari egoztea, eta porrotak kanpo-faktoreei. Gutxigatik galtzea edo gutxigatik irabaztea. Irabaziak kontuan hartzea eta ez galerak. Sineskeriazko jokabideak (txanponak zeharka botatzea, koloretako galtzekin jolastea, eta abar). Makinaren pertsonifikazioa: harekin hitz egitea eta hura ukitzea.

Berregituratze kognitiboko saioetan pazienteei distortsioak identifikatzen irakasten zaie, eta horiek jokozaletasunaren iraupenean duten eragina aztertzen da, gero zalantzan jartzen ikasteko.

- **Tratamendua taldean edo banaka**

Tratamendu-programak hainbat modutan aplikatu izan dira; askotan terapia banaka egiten da, eta osagarri gisa talde-saioak erabiltzen dira. Taldeak askotarikoak izan daitezke:

a. Jokalari anonimoen taldeak, 1957. urtean sortutakoak, Los Angeles-en (Estatu Batuetan). Alkoholiko anonimoen sisteman oinarritzen dira, eta abstinentzia 12 pausotan lortzea da haien helburua.
b. Elkarteetan antolatzen diren laguntza-taldeak, batzuk jokalari izandakoek gidatuak, eta beste batzuk boluntarioek gidatuak.
c. Psikologoak zuzendutako talde-terapiak (Ladouceur, Boisvert eta Dumont, 1994).

Oro har, talde-terapia erabili izan da gazteekin, eta gizartean bakartuak dauden jokalariekin, familiaren eta lagunen laguntzarik ez dagoenean. Taldea lagungarri da abstinentziari iraunarazteko; erantzukizuna bultzatzen du, eta norberaren iruzurrak agerian jartzen ditu. Taldean ideia irrazionalen eztabaida egiten da, jokabide alternatiboak antolatu, jokoak eragindako arazoak tratatu, eta berrizkaturen prebentzioa egin. Taldeak “koping” ereduak aurkezten ditu, laguntza soziala sortu, eta aurre egiteko estrategiak bultzatu.

- **Berrizkaturen prebentzioa**

Jokalaria errehabilitatzeko, bizitzan aldaketa sakonak egin eta helburu berriak sortu behar dira. Prozesu horretan, berrizkaturak arruntak dira; beste mendekotasunetan bezala, tratamendua bukatu eta lehenengo hiru-sei hilabeteetan gertatzen dira berrizkatura gehienak.

Horiek arrisku handiko hiru egoera hauekin lotzen dira (Marlatt eta Gordon, 1985): a) egoera emozional negatiboekin (hersturarekin, tristurarekin, amorruarekin), b) pertsonen arteko gatazkekin (bikote-eztabaidekin, laneko zailtasunekin, eta abarrekin) eta c) jokatzeko presio sozialarekin. Gainera, jokoaren kasuan beste egoera espezifiko batzuk ere agertzen dira (Fernández-Montalvo, Echeburúa eta Báez, 1999): diruaren erabilera desegokia, egoera emozional negatiboak, alkohol gehiegi edatea, eta jokatzeko gogoa.

Berrizkaturetarako programetan honako arlo hauek lantzen dira:

- Hezkuntza-aldia. Erortzeen eta berrizkaturen arteko desberdintasuna azaldu. Berrizkatura-prozesuetan inplikatuta dauden faktoreen azterketa. Berrizkaturak gertatzen dira, arrisku handiko egoera bati ez zaiolako modu egokian aurre egin, kognitiboki disonantzia agertzen delako eta barne-egozpen negatiboak egiten direlako.
- Arrisku handiko egoeren identifikazioa: galdetegiak eta autoerregistroak erabil daitezke, egoerak identifikatzeko.
- Aurre egiteko estrategiak abian jartzea: abstinentzia lortu baino lehenagoko eta ondorengo emaitzak konparatzea, trebetasun sozialak ikastea, emozioak maneiatzeko estrategiak ikastea, eta abar.

- Mendekotasunezko jokabideekiko itxaropenak lantzea. Mendekotasunaren eragina epe motzera eta luzera aztertzea. Jokoaren alderdi positiboetan bakarrik pentsatzeko joera eztabaidatzea.
- Eguneroko bizitzan betebeharraren eta plazeraren arteko oreka lortzea.

- **Ondorioak**

Tratamendu psikologikoak % 60ko arrakasta lortu izan dute 6 hilabeteko jarraipenetan. Gaur egun, tratamenduak jokalari mota bakoitzerako egokitzen hasiak dira, sexua eta adina kontuan hartuaz.

Tratamendu psikofarmakologikoaren ikuspuntutik, psikofarmakoak, zehazki antidepresiboak, erabiltzen dira, bulkaden kontrolik ez dagoenean, lo-arazoak daudenean eta nork bere burua hiltzeko arriskua dagoenean (Grant, Kim eta Potenza, 2003; Bombín, 2006). Tratamendua hobetzeko, eskuliburuen eragina zein izan daitekeen ikertzeke dago, bai eta jokoa uzteko motibazioa lantzen duten programak ere (Hodgins, Currie, El-Guebaly eta Peden, 2004).

OINARRIZKO BIBLIOGRAFIA

Mendekotasun psikologikoak

Alonso-Fernández, F. (1996). ***Las otras drogas*.** Madril. Temas de hoy.

De la Gándara, J. (1996). ***Comprar por comprar***. Madril. Cauce.

Echeburúa, E. (1999). ***¿Adicciones sin drogas?. Las nuevas adicciones, juego, sexo, comida, compras, trabajo, Internet.*** Bilbo. DDB.

Echeburúa, E., Amor, P.J. eta Cenea, R. (1998). "Adicción a Internet: ¿una nueva adicción psicológica?". ***Monografías de Psiquiatría*, 10,** 38-44.

Estallo, J.A. (1992). "Videojuegos: efectos psicológicos". ***Revista de psiquiatría infanto-juvenil,* 2,** 106-116.

Killinger, B. (1993). ***La adicción al trabajo.*** Bartzelona. Paidós.

Sender, R. (1997). ***El trabajo como adicción*.** Bartzelona. Citrán.

Joko patologikoa

Becoña, E. (1996). ***La ludopatía.*** Madril. Aguilar.

Echeburúa, E. (koord.) (2006). ***Nuevas fronteras en el estudio del juego patológico.*** Madril. Fundación Ramón Areces.

Fernández-Alba, A. eta Labrador, F.J. (2002). **Juego patológico.** Madril. Síntesis.

Fernández-Montalvo, J. eta Echeburúa, E. (1997). ***Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta.*** Madril. Pirámide.

Garrido, M., Jaén, P. eta Dominguez, A. (arg.) (2004). ***Ludopatía y relaciones familiares*.** Bartzelona. Paidós.

Labrador, F.J. eta Fernández-Alba, A. (1998). "Juego patológico" *in* M. Vallejo (arg.). ***Manual de terapia de conducta*.** Madril. Dykinson.

Ochoa, E. eta Labrador, F.J. (1994). ***El juego patológico.*** Bartzelona. Plaza & Janés.

Secades, R. eta Villa, A. (1998). ***El juego patológico. Prevención, evaluación y tratamiento en la adolescencia*.** Madril. Pirámide.

Sharpe, L. (1997). "Juego patológico" *in* V. Caballo (zuzen.). ***Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*.** Madril. Siglo XXI.

III. ZATIA: ESKIZOFRENIA ETA BIKOTE-INDARKERIA

Liburuaren hirugarren zatiak bi gai azaltzen ditu: batetik, nahaste psikotikoen barruan agertzen den nagusia, eskizofrenia, gai klasikoa eta orain dela urte gutxi arte terapia psikofarmakologikoekin bakarrik tratatzen zena; eta, bestetik, bikote-indarkeria, gaur egun, gizartean kezka nagusia dena eta zehazki bikote-harremanen barruan gizonek emakumeen aurka erabiltzen duten indarkeria.

Eskizofreniaren kasuan, pazienteak eta haren familiak izaten dira kaltetuak nagusiki. Nahasteak izugarrizko eragina du pazientearen bizitzako arlo guztietan. Gainera, gaztetan agertzen denez gero, pertsonaren bilakaera profesionala, eskolarra, soziala… erabat astintzen ditu. Halaber, nahaste kronikoa denez, gastu sozial eta ekonomiko handiak eragiten dituen arazoa da.

Eskizofrenia nahaste psikotikoen barruan kokatzen da. Nahaste psikotikoen ezaugarri nagusia haluzinazio eta eldarnioen agerpena; pazienteak ez du horien patologikotasunaren kontzientziarik; bai, aldiz, ingurukoek.

Nahaste psikotikoen barruan honako hauek agertzen dira (DSM-IV-TR):

- Eskizofrenia.
- Nahaste eskizofreniformea: eskizofreniaren sintomak agertzen dira, baina iraupena 1-6 hilabetekoa da, eta ez du eraginik eguneroko funtzionamenduan.
- Nahaste eskizoafektiboa: gogo-aldartearen eta eskizofreniaren sintoma aktiboak azaltzen dira, haluzinazio eta eldarnioak, hain zuzen.
- Nahaste delirantea: eldarnioen agerpena gutxienez hilabetez.
- Nahaste psikotiko laburra: hilabeteko iraupena baino gutxiago duen nahastea.
- Nahaste psikotiko konpartitua (*folie a deux*): eldarnioak azaltzen dira beste pertsona baten eraginaren ondorioz..
- Gaixotasun fisikoak (neurologikoak, endokrinoak, metabolikoak, hidroelektrikoak, gibela eta giltzurrunarenak, immunologikoak, eta abar) eragindako nahaste psikotikoa.
- Substantzien kontsumoak eragindako nahaste psikotikoa.

Liburuan eskizofrenia azalduko da nagusiki. Haren deskribapena, azalpen-ereduak, ebaluazioa eta tratamendu psikologikoa aipatuko dira.

Bikote indarkeriaren kasuan, horren ezaugarriak eta motak azalduko dira lehenik, eta gero biktimen sintomak eta arazo psikologikoak, haien ulermena, ebaluazioa eta tratamendua, eta, bukatzeko, erasotzaileen ezaugarriak, jokabide bortitzaren azalpen-ereduak, ebaluazioa eta tratamendua.

11. ESKIZOFRENIA

11.1. Ezaugarriak
11.2. Azalpen-ereduak
11.3. Ebaluazioa
11.4. Tratamendua
11.5. Familiarentzako eta zaintzaileentzako programak
11.6. Eskizofreniaren prebentzioa
Oinarrizko bibliografia

11.1. EZAUGARRIAK

Eskizofrenia nahaste psikotikoen arteko arazorik larriena da. Sintoma psikotikoek errealitate objektiboaren eta subjektiboaren arteko etena dakarte. Horrela, gizabanakoak errealitatearen balioespen distortsionatua egiten du, eta, gainera, arazoak aurkezten ditu funtzio psikologiko anitzetan eta jokabideetan. Horiek guztiek haren egokitasuna galarazten dute.

Eskizofrenia nahaste larria da, eta disfuntzio kognitiboek, emozio eta jokabide desegokiek eta haluzinazio eta eldarnioek osatzen dute. Historikoki eromenarekin nahasten zen. Ez dago arazoaren kontzientziarik, eta errealitatearekiko kontaktua galtzen da.

Pazienteak agertzen dituen sintomek gutxienez 6 hilabete iraun behar dute: haluzinazioek, eldarnioek, mintzaira eta jokabide nahastuak. Arazoaren aldi aktiboan, gutxienez hilabete iraun behar dute, eta, gainera, sintoma negatiboak azaltzen dira afektuen lur-jotzea, alogia eta abulia.

Taula honetan azaltzen dira historikoki eskizofreniaren definizioan garrantzitsuak izan diren egileak:

- 1809. Haslam-ek sintomak deskribatzen ditu.
- 1809. Pinel-ek kasuak deskribatzen ditu.
- 1852. Morel-ek “dementzia goiztiarra” terminoa aipatzen du.
- 1899. Kraepelin-ek definizioa, irizpide-diagnostikoa eta motak ezartzen ditu.
- 1908. Bleuler-ek eskizofreniaren kontzeptua aipatzen du, gogamenaren zatiketa dela adieraziz.

Gaur egun DSM-IV-TR-ren (APA, 2003) irizpideak honako hauek dira:

A. Sintoma hauetako bi edo gehiago hilabetez gutxienez: eldarnioak, haluzinazioak, mintzaira desegokia, jokabide desegokia edo katatonikoa, sintoma negatiboak.
B. Arazo sozialak, lanean, eta norberaren zainketan.
C. Iraupena: gutxienez 6 hilabete.
D. Ez dago nahaste eskizoafektiborik edo gogo-aldartearen nahasterik (depresioa eta mania).
E. Ez dago gaixotasun fisikorik eta substantzien kontsumorik.

F. Autismoa edo garapen-atzerapenak daudenean, eskizofrenia diagnostikatzen da, eldarnio edo haluzinazioak badaude.

Sintoma horiez gain, ohikoa izaten da herstura, depresioa, nork bere burua hiltzeko saiakerak, amorrua eta oldarkortasuna azaltzea, baita ere arazo kognitiboak (arretan, oroimenean eta pentsamendu abstraktuan).

Nahastearen bilakaeraren ikuspuntutik, hainbat modutan azaldu daiteke: agerraldiak izan daitezke, eta batetik bestera sintomak gelditu edo ez; jarraitua izan daiteke; agerraldi bakarra izan eta bukatu, eta abar. Lehenengo agerraldiaren ondoren, paziente batzuk kroniko bihurtzen dira; beste batzuek okerrera egiten dute, eta beste batzuek hobera.

Gaur egun, egileek bi motatako sintomak bereizten dituzte eskizofreniaren barruan:

a. Sintoma positiboak: funtzio normalen distortsioa dakarte. Pentsamendu inferentzialaren distortsioa eldarnioetan, pertzepzioarena aluzionazioetan, mintzairarena eta komunikazioarena, eta, azkenik, jokabideena. Sintoma horiek ondo erantzungo lukete droga antipsikotikoen aurrean (Crow, 1980).
b. Sintoma negatiboak: funtzio normalak gutxitzea edo galtzea dakarte, eta intelektualki minaren eta zerebroaren egiturazko aldaketak.

- **Sintoma positiboak**

Eldarnioak. Esperientziaren interpretazio desegokia dakarte, ingurukoek egiten ez dutena. Sinesmen egosintonikoak dira, errealitatetik urrun daudenak. Eldarnioen gaiak askotarikoak izan daitezke: pertsekuzioa, erreferentzia, handitasuna, erlijioa (kulpa-errua), jeloskortasuna, somatikoa, erotomaniakoa, eta abar. Gainera, eskizofrenikoek askotariko sentipenak dituzte beren pentsamenduei buruz: pentsamenduak zabalduta egotea, pentsamendua kontrolatua egotea, pentsamendua lapurtzea, eta pentsamendua besteek inposatua izatea. Horrez gain, sentimenduak, bulkadak eta borondatezko jokabideak kanpotik inposatuak bezala bizi ditzakete.

Haluzinazioak. Hautemate faltsuak dira, objekturik gabe egiten direnak. Zenbait mota daude: entzumenezkoak (ahotsak, soinuak, musika), ikusmenezkoak, kinestesikoak (inurritzea, erretzea, gorputzaren tamaina eta forma aldatzea), dastamenezkoak eta usaimenezkoak.

Bi sintoma mota horiek akutuak dira, eta gorabeherak izaten dituzte. Gogo-aldarteko arazoak ekartzen dituzte (Mueser, 1993); paranoia-eldarnioen kasuan, amorrua eta oldarkortasuna, eta, haluzinazioen kasuan, herstura eta depresioa. Pazientea kontura daiteke bere barne-esperientzien kontrola galdu duela, eta ez da arraroa bere burua hiltzeko saiakerak egitea (Roy, 1986).

Gainera *jokabide nahasiak* dituzte: errepikatzen dituzten jokabideak, jokabide sozial eta sexual desegokiak, oldarkortasuna, janzkera eta itxura desegokia, eta abar.

Mintzaira ere nahasia egoten da; ez du logikarik; edukia ez da koherentea; zerbaiti buruz galdetu, eta erantzuna ez dago konektatua (bidetik ateratzea, *descarrilamiento*), edo ez du zerikusirik (tangentzialtasuna), edo xehetasun garrantzigabeetan galtzen da pertsona (zirkunstantzialtasuna). Askotan, konpultsiboki hitz egiten da, 150 hitz baino gehiago minutuan; ahotsaren bolumena eta intonazioa gehiegizkoak dira, edo zentzu bikoitzaren edo errimaren bidez asoziazio fonetikoak egiten dira.

- **Sintoma negatiboak**

Emozioak galtzea edo berdintzea. Aurpegiak ez du emoziorik adierazten; ez dago erantzun emozionalik, edo afektua desegokia da; ez dago begiradarik; gorputzen mugimenduak murriztuak daude.

Alogia: mintzaira pobrea da, baita edukia ere, logikarik ez du; erantzunak emateko denbora luzea behar du pertsonak, eta hesituta gelditzen da.

Abulia: ez dago energiarik eta indarrik; garbitasuna alde batera uzten da, eta lanean eta ikasketetan jarraitzeko arazoak daude.

Gainera, plazera sentitzeko arazoak daude; interesik ez da agertzen; bakartze soziala dago; jarduna murrizten da; harremanak izateko zailtasunak daude. Gabezi kognitiboak azaltzen dira, eta kontzentrazio-arazoak; loa eta janaria desegokiak dira, eta bere burua hiltzeko arrisku handia dago.

- **Eskizofrenia motak**

Katatonikoa. Sintoma psikomotorrak dira nagusiak: ezin mugitzea edo gehiegizko mugimendua kanpo-estimulurik gabe. Mugimendu arraro edo bereziak ager daitezke, eta ekolalia (soinuen errepikapena) eta ekopraxia (mugimenduen errepikapena).

Nahasia edo hebefrenikoa. Sintoma negatiboak dira nagusiak, emozioa berdindua, jokabide eta mintzaira desegokiak. Desegokitasun soziala eta gairik gabeko haluzinazioak.

Paranoidea. Jarraitua eta behatua izatearen eldarnio eta entzumenezko haluzinazioak.

Desberdintasunik gabekoa (indiferenciado). Gogo-aldartearen sintomak dira nagusiak.

Hondarrekoa. Sintoma aktiboak ez dira nagusiak, eta batez ere sintoma negatiboak azaltzen dira.

- **Nahastearen aldiak**

a) Prodromoen aldia. Pertsonak funtzionamendu sozialean eta harremanetan lehenengo sintomak azaltzen ditu (lanean, garbitasunean, eta abarretan). Bakartzea, interesak galtzea eta amorruen eztandak normalak izaten dira, baita lotarako zailtasunak ere.

b) Aldi aktiboa. Lehenengo sintoma positiboak azaltzen dira: haluzinazioak, eldarnioak, pentsamenduaren arazoak eta gogo-aldartearenak. Krisiak agertzen dira. Askotan hilabeteak pasa daitezke laguntza eskatu gabe, eta egoera horrek jokabide oldarkorrak, familia-arazoak eta substantzien kontsumoa eragin ditzake.

c) Hondarreko aldia. Aldi prodromikoaren antzeko jokabideak agertzen dira, baita aldi aktiboan azaltzen ziren eldarnio eta haluzinazioak ere, baina ez hain intentsoak edo larriak. Sintomek hobera egiten dute, baina funtzionamendua ez da normaltzen; sintoma negatiboak eta arazo kognitiboak gelditzen dira.

d) Berrizkaturak. Prodromoen aldian agertzen diren sintomekin nahasten dira: lo-arazoak, nork bere burua ez zaintzea, urduritasuna, kontzentrazio-arazoak, pentsamendu nahasia eta ordenarik gabekoa.

Pazienteen bilakaera ez da ondo ezagutzen. Paziente batzuk krisia izan, tratamenduan jarri eta sintomarik gabe gelditzen dira: erabat errekuperatzen dira. Beste batzuetan, aldiz, sintoma positiboak desagertzen dira, baina negatiboak gelditzen dira. Besteetan, pazienteek sintoma positiboak izaten jarraitzen dute; horiek intentsitate apalagoa izaten dute, baina ez dira desagertzen. Horrela, eskizofreniaren diagnostikoa egiten zaien pazienteen % 25ek krisi bakarra du; tratatzen da, eta funtzionamendu normalera itzultzen dira. Beste kasuetan, lehenengo agerraldiaren ondoren beste krisi edo berrizkatura batzuk izaten dira. Batzuetan, krisiak bizitzan zehar 2 edo 3 alditan agertzen dira; besteetan, urterik batean 4 edo 5. Zenbat eta krisi gehiago orduan eta okerragoa da pertsonaren funtzionamendua (Aznar eta Berlanga, 2005).

- **Diagnostiko diferentziala**

Nahaste eskizofreniformearen eta eskizofreniaren arteko desberdintasuna sintomen iraupena da. Nahaste eskizofreniformeak 6 hilabete baino gutxiago irauten du, eta ez da gertatzen funtzionamenduaren desegokitasun nabaririk.

Nahaste eskizoafektiboan eskizofreniaren sintoma aktiboak daude, eta depresioa eta mania agertzen dira. Eskuarki helduaroan agertzen da, eta pronostikoa eskizofreniarena baino hobea da.

Nahaste psikotiko laburrean, sintomek hilabete baino gutxiago irauten dute, eta, normalean, egoera oso estresagarriek eragiten dute. Agerraldia pasatu denean, berriro normaltasunera itzultzen dira.

Nahaste eldarniozkoa pixkanaka-pixkanaka hasten da, askotan nortasun zaurgarri batean. Eldarnioa kronikoa eta sistematizatua da bizitzako arlo batean, eta pazienteak bere argudio logikoak ematen ditu, baina beste arlotan ez da arazorik azaltzen. Pertsonak 45-50 urte dituela agertzen da.

Horiez gain, nortasun-nahasteen barruan, eskizotipikoa eta eskizoidea ditugu. Bi kasu horietan, afektuetan arazoak daude, hautemate-esperientzia desegokiak, jokabide eszentrikoak, komunikazio- eta mintzaira-arazoak, emozioen hoztasuna, eta harreman sozialetako gabeziak. Egoera estresagarrietan gerta daiteke eldarnio eta haluzinazioak agertzea.

- **Epidemiologia**

Eskizofreniaren prebalentzia-tasak populazio orokorrean % 1ekoak dira; gizon eta emakumeen artean berdin azaltzen da, baina gehienetan gizonek larriagoa sufritzen dute; berrizkatura eta ospitalatze gehiago izaten dituzte, eta lehenago agertzen da 15 urtetik 25 urtera bitartean; aldiz, emakumeen kasuan 30 urte inguru.

Hasiera bi motatakoa izan daiteke: a) bat-batekoa, egun gutxitan edo orduetan azaltzen dira sintoma positiboak eta askotan egoera emozional estresagarri eta indartsuen aurrean edo drogen kontsumoen ondorioz; b) besteetan, hasiera mailakatua izaten da, pixkanaka sintoma negatiboak azalduz joaten dira (apatia, afektu berdindua, abulia, eta abar).

Eskizofrenia-agerraldi bat izan duten pazienteen artean % 20-25 ondo errekuperatzen da, baina beste % 30 bat kroniko bihurtzen da. Sintomek 6 hilabete edo gehiago irauten dutenean, kroniko izatera jotzen du nahasteak.

Pronostikoa hobea da, aldagai hauek izanez gero:

- Aurrekari psikopatologikorik ez badago.
- Hasiera bat-batekoa bada eta gertakizun baten ondorioz.
- Aldi aktiboan sintomek iraupen laburra dutenean.
- Aldi aktiboan tristura eta euforia agertzen badira.
- Agerraldiaren ondoren gelditzen diren sintomak gutxi direnean.
- Agerraldien tartean funtzionamendua ona denean.
- Familian aurrekaririk ez dagoenean.

Eskizofreniak kostu ekonomiko handiak sortzen ditu, ospitaleratzeak eta ekoizpen- eta errendimendu-arazoak ekartzen dituelako. Gainera, komorbilitatearen ikuspuntutik, arruntak dira depresioak, buru-hiltzeak, herstura, narriadura kognitiboa eta, eskizofrenia paranoidearen kasuan, amorrua eta oldarkortasuna.

11.2. AZALPEN-EREDUAK

Gaur egun zaurgarritasun-estres eredua erabiltzen da eskizofrenia ulertzeko (Neuchterlein, 1987; Spring eta Coons, 1982). Eredu horren arabera,

eskizofrenia agertzeko beharrezkoak dira zaurgarritasuna eta agerraldia bultzatzen duten gertakizun estresagarriak. Horrela, nahastea agertzen da zaurgarritasun handia duten pertsonengan eta estresa eta aurre egiteko estrategia desegokiak dituztenengan.

Zaurgarritasuna determinatzen dute faktore biologiko, psikologiko eta sozialek (Perona, Cuevas, Vallina eta Lemos, 2003):

- Faktore biologikoak: arazo dopaminergikoak, nerbio-sistema autonomoaren hiperraktibotasuna estimulu higuingarrien aurrean, eta kognitiboki informazioa prozesatzeko zailtasunak. Haurdunaldian eta erditzean arazoak; adibidez, amak infekzioak (gripea) jasatea, horrek garapen neurologikoan eragina izango lukeelako. Gainera, faktore genetikoak ere kontuan hartzekoak dira, eskizofrenikoen artean % 10ek dituelako familian arazo psikotikoak dituzten pertsonak.

Badirudi garapen neurologikoan agertzen diren arazo goiztiarrak (haurdunaldian, erditzean eta jaio ondoren) eragina dutela arlo hauetan:

1. Psikomotrizitatearen garapenean: esertzean, zutik egotean, ibiltzean eta hitz egitean, esfinterren kontrolean, eta koordinazio motrizean.
2. Nortasunean: herabetasuna, barnerakoitasuna eta bakartzea eragiten ditu.
3. Gabezi intelektualak sortzean.

- Faktore psikologikoak: nortasunaren ezaugarri eskizotipikoak edo eskizoideak, gaixotasunak pasatzea, trebetasun sozialak urriak izatea, eta arazoak konpontzeko trebetasunik ez izatea.

- Faktore sozialak: egonkorra ez den edo gatazkatsua den familia giroa, etengabeko kritikak, harreman sozio-emozional positiboak ez edukitzea bizitzako lehen urteetan.

Gertakizun estresagarriak dira gizabanakoari bere jokabidean aldaketak egitea eskatzen diotenak, gertakizun horiek sortzen dituzten efektu negatiboak ezabatzeko. Gertakizun horien ezaugarriak honako hauek dira: galerak ekartzea, desiragarriak ez izatea, berriak eta ustekabekoak izatea, kontrolaezinak izatea, eta pertsonaren bizitzan eragin negatiboa edukitzea.

Badirudi eskizofrenikoek zailtasun bereziak dituztela horrelako egoerei aurre egiteko, bai nahastearen agerraldian, bai berrizkaturetan. Horrela, familian agertzen den emozio adieraziak (gehiegizko inplikazioak, kritikak, pazientearen aurkako oldarkortasunak) bultzatzen du pazientea berrizkatura bat izatera. Familia batzuek ez dute ulertzen eskizofreniak pazientearengan duen eragina, eta askotan jokabideak beraren borondatearen menpe daudela interpretatzen dute. Hala ere, kontuan hartu beharko litzateke gaixoarekin bizitzeak zer eragin duen familiak duen komunikatzeko eta erlazionatzeko moduan.

Perona, Cuevas, Vallina eta Lemos (2003) egileek eredu hau aurkeztu zuten eskizofrenia ulertzeko:

- Aurrekari genetikoak edo garapen neurologikoan izandako arazoak. Azken horiek kanpo-faktoreek eragin ditzakete (birusen infekzioek haurdunaldian, erditzean izandako arazoek, eta abarrek). Faktore horiek aurrekari guztien % 60-70 lirateke.
- Arazo biologiko eta psikosozialak, aurrekaria potentziatzen dutenak eta zaurgarritasuna aktibatzen dutenak.
- Amiltze-faktoreak: gertakizun estresagarriak, esperientzia traumatikoak, substantzien kontsumoa, eta abar, pazientearen egokitasuna eskatzen dutenak eta aurre egiteko estrategiak gainditzen dituztenak. Horiek aldaketa emozionalak sorrarazten dituzte (herstura eta depresioa), eta prozesu kognitibo automatikoen (arretaren, oroimenaren, hautematearen) etena; ondorioz, sintoma psikotikoak sortzen dira, eta hautemate eta prozesamendu kognitiboan esperientzia ez-normalak izatera bultzatzen dute gizabanakoa. Esperientzia estresagarrien ebaluazioaren arabera, gizabanakoak haluzinazioak eta eldarnioak gara ditzake. Gertaera estresagarrien ebaluazioan distortsioak eta kanpo-egozpenak egiten badira, norberaren kontzeptua desegokia bada eta emozio negatiboak agertzen badira, probabilitate handia dago haluzinazio eta eldarnioak agertzeko (Garety, Kuipers, Fowler, Freeman eta Bebbington, 2001).
- Babes-faktoreak: ingurukoak eta pertsonarenak, estresagarrien eragina gutxitzen dutenak (familia-giro egokia, trebetasun sozialak, eta abar).

11.3. EBALUAZIOA

Eskizofreniaren ebaluazioak hainbat arlo kontuan hartu behar ditu (Puente eta Crespo, 1995):

- zailtasun kognitiboak eta ebaluazio neuropsikologikoa
- sintoma psikopatologikoak
- zailtasun emozionalak (herstura, depresioa eta autoestimua)
- substantzien kontsumoa
- harreman sozialetan (familian, lagunen artean) izaten diren zailtasunak, trebetasun sozialak
- bizitza autonomoa egiteko gaixoak dauzkan trebetasunak
- estres- eta laguntza-iturriak
- nahastea azaldu aurretik gaixoak zuen funtzionamendua

Gainera, informazioa gaixoak eta familia elkarrizketatuz lortu behar da.

Zehazki eldarnioen eta haluzinazioen kasuan, beharrezkoa da honako hauek ebaluatzea (Perona, Cuevas, Vallina eta Lemos, 2003):

- Sintoma horien edukia eta ahotsen helburua eta ondorioak.
- Pazienteak zenbateraino sinesten dituen horiek eta egiazkoak direla uste duen.
- Zer-nolako sakontasuna duten, eragiten duten kezka maila, eta eguneroko bizitzan duten eragina.
- Zer puntutaraino diren absurdoak.
- Eldarnioen antolakuntza-maila eta ahotsen deskribapena (aginduak, aholkuak, iruzkinak, kritikak, mehatxuak edo umorezkoak diren)

- **Diagnostikoa**

Elkarrizketa diagnostikoak izaten dira gehien erabiltzen diren tresnak. Gaixoak irizpide diagnostikoak betetzen dituen edo ez ebaluatzen dute guztiek. Ezagunenak dira SADS (Endicot eta Spitzer, 1978) eta SCID (Spitzer eta Williams, 1987).

- **Egoera klinikoa**

Sindrome positibo eta negatiboen eskala (PANSS) (Kay, Opler eta Lindenmayer, 1988) gaztelerazko bertsioa (Cuesta eta Peralta)

Elkarrizketa egituratua da eta gaixoak dituen sintoma positibo (7 item) eta negatiboen (7 item) ebaluazioa egiteko baliagarria. Gainera, baditu beste 16 item, psikopatologia orokorra ebaluatzeko. 30 galdera dauzka, eta elkarrizketatzaileak balioetsi behar du sintoma bakoitzaren agerpena azken astean, 1etik 7rako eskala batean.

Eskala positiboak sintoma hauek ebaluatzen ditu: eldarnioak, garapen kontzeptuala, haluzinazioak, kitzikadura eta egonezina, megalomania, susmoak eta aurreiritziak, eta oldarkortasuna.

Eskala negatiboak sintoma hauek ebaluatzen ditu: emozioen sorgortasuna, emozioak adierazteko zailtasunak, kontaktu pobrea, uzkurtasuna harreman sozialetan, pentsamendu abstrakturako zailtasuna, hitz-jariotasuna, eta pentsamendu estereotipatua.

Psikopatologia orokorraren eskalaren sintomak honako hauek dira: kezka somatikoak, herstura, kulpa sentimenduak, tentsio motorra, gorputz-jarrerak, depresioa, motrizitatea, lankidetza falta, pentsamenduaren eduki ez-normalak, orientazio-arazoak, arreta, *insight* pobrea, entzumena, bulkaden kontrola, kezkak eta ekidite soziala.

Eskalak 3 arlo ebaluatzen ditu: sintoma fisikoak, pertsona arteko jokabidea eta prozesu kognitiboak. Elkarrizketaren analisi faktoriala eginaz ondorengo faktoreak agertu dira: faktore positiboak, faktore negatiboak, antolakuntza ezaren faktoreak, faktore emozionalak eta kitzikaduraren faktorea.

Frankfurt-eko psikopatologiaren galdera sorta (FBF-3) (Sullwold eta Huber, 1986) gaztelerazko bertsioa Jimeno, Jimeno eta Vargas (1996).

98 itemeko galdera sorta da, oinarrizko sintomak ebaluatzeko egina. Pazienteak 10 eskala klinikotan dituen kexa subjektiboak azaltzen ditu. Eskalak honako hauek dira: kontrola galtzea, hautemate sinplea, hautemate konplexua, mintzaira, kognizioa eta pentsamendua, oroimena, motrizitatea, automatismoen galera, anhedonia, herstura, eta gehiegizko estimulazioarengatiko amorrua.

Ebaluazio psikiatrikoaren eskala laburra (BPRS) (Lukoff, Neuchterlein eta Ventura, 1986)

1etik 7rako Likert eskala batean 24 aldagai klinikoren ebaluazioa egiten da. Aldagai horiek 5 azpieskalatan banatuta daude: herstura-depresioa, pentsamenduaren nahastea, energia eza, aktibazioa eta oldarkortasuna. Puntuazio orokorra eta eskala bakoitzekoa lortzen dira.

Sindrome prodromikoen elkarrizketa egituratua (SIPS) (McGlashan, Miller, Woods, Rosen, Hoffman eta Davidson, 2001)

Sintoma psikotiko nagusiak ebaluatzen ditu:

a. Sintoma positiboak: pentsamenduen nahasteak, eldarnioak, hautematea, komunikazioaren antolakuntza eza.
b. Sintoma negatiboak: anhedonia, bakartzea, motibazio gabezia, emozioen gutxitzea, pentsamendu abstraktuaren gutxitzea, zailtasun funtzionalak.
c. Antolakuntza ezaren sintomak: jokabide eta pentsamendu arraroa, arreta-arazoak, jokabide sozialak eta nork bere burua zaintzeko arazoak.
d. Sintoma orokorrak: lo-arazoak, gogo-aldarteko arazoak, estresa jasateko ahalmenik eza, nahaste motorrak.

Lehen sintomen eskala (ESS) (Birchwood, Smith, Macmillan, Hogg, Prasad, Harvey eta Bering, 1989)

Galdera sorta bat da, psikosiaren lehen sintomak ebaluatzen dituena: herstura, negatibismoa, inhibizio eza eta psikosi hasiberria.

Sintoma psikotikoen eskala (PSYRATS) (Haddock, McCarron, Tarrier eta Faragher, 1999)

Eldarnioen 6 arlo (kezka, sinesmena, herstura, eguneroko bizitzan duten eragina, ….) eta ahotsen 11 ezaugarri (maiztasuna, iraupena, intentsitatea, eduki negatiboa, haien kontrola, eguneroko bizitzan duten eragina, ….) balioesten ditu 1etik 5erako eskala batean.

Ahotsen balioespen kognitiboa (Chadwick eta Birchwood, 1995)

Elkarrizketa modura erabiltzen da, eta ahotsen ezaugarriak neurtzen ditu: nolakoak diren, edukia, esanahia, boterea, eta abar.

Ahotsenganako sinesmenaren galdetegia (Chadwick, Lees eta Birchwood, 2000)

Pazienteak ahotsei buruz dituen pentsamenduak ebaluatzen ditu, eta zer egiten duen ahotsa entzuten duenean.

- **Familiaren egoera**

Oro har, garrantzitsua da ebaluatzea familiaren ondoeza, horrek erabilitako estrategiak, gaixotasunaren ulermena, pazientearekiko harremana, gaixotasunak familian duen eragina eta familiak dauzkan baliabideak.

Familiaren elkarrizketa (CFI) (Brown eta Rutter, 1966)

Familiak erabiltzen dituen ahots-tonua, hitzezko adierazpenak eta pazientearekiko emozio adierazia (iritzi kritikoak, amorrua, neurriz gaindiko babesa eta inplikazio emozionala) balioesten ditu. Emozio adieraziaren ezaugarriak dituzten familiek pentsatzen dute pazienteak bere borondatez kontrola ditzakeela sintomak, eta horrek galarazten du gaixoaren errekuperazioa. Gainera, elkarrizketak balioesten ditu familiaren oinarrizko informazioa, gizabanakoaren historia psikiatrikoa, egungo arazo eta sintomak, eta haien arteko harremanak.

Familiaren galdera sorta (FQ) (Barrowclough etaTarrier, 1992)

Familiako kideak erantzuten du galdera sortan agertzen diren 59 arazoetatik zeintzuk diren gaixoak azaltzen dituenak, 5 puntuko Likert eskalan. Gainera, galdetzen zaio zer maiztasun duten jokabide horiek, nolako ondoeza sortzen duten eta zer puntutaraino ikusten duten beren burua gai egoerari aurre egiteko.

Aurre egiteko jokabideen galdera sorta (CFQ) (Magliano et al. 1996)

Familiak erabiltzen dituen aurre egiteko estrategiak ebaluatzen ditu. 27 item dauzka, 7 azpieskalatan antolatuak: informazioa, komunikazio positiboa, interes soziala, ekiditea, behartzea, etsipena eta inplikazio soziala.

Arazoei irtenbidea bilatzeko estiloaren neurri multifaktoriala (Cassidy eta Long, 1996)

24 item ditu, 6 faktoretan banatuta: gaitasun eza, kontrola, arazoak konpontzeko estiloa, konfiantza, ekidite-estiloa eta gerturatze-estiloa.

- **Gaixoaren funtzionamendu soziala eta beste arlo batzuk**

Funtzionamendu sozialaren eskala (SFS) (Barrowclough eta Tarrier, 1992)

Gaixoaren funtzionamenduaren 7 arlo ebaluatzen ditu:

- bakartzea edo inplikazio soziala (zenbat denbora pasatzen duen bakarrik, elkarrizketak hastea, eta ekidite soziala)
- pertsonarteko jokabideak: lagunen kopurua, harreman heterosexualak, komunikazioaren kalitatea
- jarduera prosozialak
- aisialdia
- independentzia eta gaitasuna
- independentzia eta eguneroko funtzionamendua
- lana/ikasketak

Bizitza autonomoa egiteko trebetasunen galdera sorta (ILSS) (Wallace, Boone, Donahoe eta Foy, 1985)

Galdera sortak lau azpieskala ditu: itxura eta norberaren zainketa, diruaren erabilera, garraioen erabilera, eta aisialdi- eta lan-jarduerak egitea. Gaixoak bizitza autonomoa egiteko dituen erraztasun edo zailtasunak balioesten ditu.

Sinesmen pertsonalen galdera sorta (PBIQ) (Birchwood, Mason, McMillan eta Healy, 1993)

Pazienteak bere gaixotasunarekiko dituen sinesmenak balioesten ditu: gaixotasunaren kontrola, Nia (gaixo gisa), itxaropenak, estigma soziala eta euskarri sozialak.

11.4. TRATAMENDUA

Gaur egun eskizofreniaren tratamenduak ikuspuntu globala dauka. Helburua ez da bakarrik sintomak tratatzea, baizik eta funtzionamendua hobetzea, pazientea eguneroko bizitza normala egiteko gaitasunak lortzea. Horretarako, hainbat estrategia erabiltzen dira:

- laguntza komunitarioa: etxebizitza, lana, soldata eta eguneko zentroak.
- arazoarekiko hezkuntza
- psikofarmakoak
- familia terapia psikohezitzailea
- gaitasun sozialen entrenamendua eta autonomiaren indartzea
- arazoen konponbideen entrenamendua
- prozesamendu kognitiboa hobetzeko teknikak
- sintoma positiboen terapia kognitibo-jokabidezkoa. Azken horren helburuak hauek dira: sintomek sortzen duten desegokitasuna gutxitzea, autoestimua hobetzea, emozio negatiboak gutxitzea, eta

sintomen ulermena lortzea. Azken helburu hori lortzeko, pertsonaren historia, sintomen historia, zaurgarritasuna eta estresa aipatzen dira.

Teknika horien guztien helburua da sintoma positibo eta negatiboak gutxitzea, berrizkaturen arriskua gutxitzea, desegokitasun soziala gainditzea eta eguneroko bizitzari aurre egiteko trebetasunak indartzea, bai pazientearenak bai familiarenak. Agerraldiak gertatzen direnean, ospitaleratzea eta psikofarmakoak lagungarriak dira, sintoma positiboetarako batez ere.

1950. urte arte eskizofrenikoek bizitza eroetxe batean sartuta igarotzen zuten. Psikofarmako neuroleptikoak agertu zirenez geroztik, eroetxeetan zeuden pazienteen kopurua gutxituz joan zen. Egoera hori gertatu zen buru-osasunaren aldeko mugimenduarekin eta tratamenduak gizatiartzearekin batera. 1980. urtetik aurrera psikofarmakoekin batera terapia psikologiko zabalak aplikatzen hasi ziren (Vallina, Lemos, García, Otero, Alonso eta Gutierrez, 1998).

Tratamenduaren oinarrizko printzipioak honako hauek dira: pazientearen eta terapeutaren arteko elkartasuna; pazientea bere arazoaren aurrean aktiboki jartzea; erabiltzen diren teknikak aktiboak, zuzenduak eta egituratuak egotea, eta helburu zehatzak lantzea.

- **Psikofarmakoak**

Neuroleptikoak dira lehentasuna duten botikak, batez ere agerraldiak izaten direnean, nahiz eta pazienteak zailtasunak izan botikak hartzeko eta horiek bigarren mailako efektuak izan. Berrizkaturak garrantzitsuak izaten dira botikak kentzen direnean. Horregatik, dosi minimoa ematen zaie pazienteei, agerraldirik izan ez dezaten.

Antipsikotikoen barruan bi motatakoak bereizten dira:

a. Klasikoak (clorpromazina, flufenazina, haloperidol, eta abar). Horiek neurona dopaminergikoen berratzematea blokeatzen dute, eta oso eraginkorrak dira larrialdietarako, oldarkortasunerako eta sintoma positiboetarako. Baina bigarren mailako efektu estrapiramidalak eragiten dituzte, batez ere sintoma motorrak, pisua irabaztea, hilerokoa galtzea, galaktorrea eta loa eragitea.

   Ez dira erabilgarriak eskizofrenia kronikoetan eta sintoma negatiboen aurrean, eta ez dira lagungarriak eskizofreniaren nahaste kognitiboan. Bizi-kalitatean eragin negatiboa dute.

b. Atipikoak: antagonista dopaminergikoak eta serotonergikoak (klozapina, risperidona, sertindol eta olanzapina). Eskuarki bigarren mailako efektu gutxiago izaten dituzte.

Gainera, badaude indizio modura jartzen diren antipsikotikoak (depot). Horiek bi, hiru edo lau astean behin jartzen zaizkie gaixoei.

Oro har, psikofarmakoak lagungarriak dira agerraldietarako, sintoma positiboetarako, eta berrizkaturarik ez izateko. Hala ere, azken kasu horretan paziente askok berrizkaturak izaten dituzte lehen urtean (botikak hartutakoen % 30ek eta botikarik hartu ez dutenen % 65ek). Lehenengo krisia izan ondoren, botikak gutxienez bi urtean hartu behar dira. Bilakaera egokia bada, erretiratuz joango dira pixkanaka. Lehenengo urtean berrizkaturak gertatzen badira, orduan 5 urtera luzatzen da tratamendua.

Gainera, antipsikotikoekin batera askotan beste botika batzuk ematen dira: ansiolitikoak, hipnotikak, antidepresiboak, eta antiparkinsonianoak. Behar-beharrezkoa da pazienteak botikak hartzea agerraldiak kontrolatzeko, baina askotan hori arazo larria izaten da. Horregatik, ezinbestekoak dira beste estrategia psikologiko hauek.

- **Arazoari buruzko heziketa**

Taldean lantzen da, eta gaixoekin eta familiakoekin egin daiteke. Honako hauek dira haren osagaiak pazienteekin egiten denean:

Zer da eskizofrenia: kausak, motak eta sintomak
Zaurgarritasuna: arrisku eta babes-faktoreak
Tratamendu psikofarmakologikoa eta haren efektuak
Berrizkaturen prebentzioa: adierazle prodromikoen identifikazioa

Espainian, Rebolledo eta Lobato (1997) egileek diseinatu dute eskizofrenikoentzako tratamendu-programa bat, psikohezitzailea. Urritik ekainera bitartean egiten da, hiruhilabeteko hiru alditan, 20-30 saio aldi bakoitzean eta taldean. Lehenengo hiru hilabeteetan, gorputz-kontzientzia eta autozainketa lantzen dira; bigarrenetan, zaurgarritasuna eta autoestimua, eta hirugarrenetan, tratamendurako atxikimendua eta autokontrola.

*Lehen hiruhilabetekoa*k eduki hauek ditu:

Zaindu: gorputz atalak, funtzioak eta behar dituzten zainketak. Ohitura osasungarriak, garbiketa, loa, elikadura, eta arrisku-jokabideen gutxitzea.

Gorputzaren kontzientzia: gorputzarekiko sentipen positiboak eta atseginak garatzea, lasaiketa, psikomotrizitatea, dantza eta gorputz-adierazpena.

*Bigarren hiruhilabetekoa*ren edukiak hauek dira:

Ezagutu zeure burua: zaurgarritasuna (nortasunaren ezaugarri gisa) eta egoera estresagarrietan gertatzen diren krisi psikotikoak, gaixotasunaren kontzientzia, kronikotasuna, egoera estresagarriak, sintomen identifikazioa eta substantzien kontsumoa tratatzen dira.

Autoestimua: norberaren balioespen positiboa, gaixotasuna eta bizitzari aurre egitea, helburu zehatzak finkatzea eta erantzukizuna bultzatzea dira gai nagusiak.

Hirugarren hiruhilabetekoa

Ondoeza ezabatzeko bitartekoak: botikak eta haien garrantzia, bigarren mailako efektuak, psikiatrekin hitz egiteko gaitasuna.

Hersturaren eta depresioaren tratamendua.

Lana taldean egiten da; giro positiboa, parte-hartze aktiboa eta egoera zehatzetan lan egitea bultzatzen dira, eta arauak, denbora eta egitura finkoak iraunkorrak dira. Erregistroak, ariketak eta beste idazten dira; paziente bakoitzak bere koadernoa dauka, eta bideoak, eskuliburuak, eta abar erabiltzen dira.

- **Tratamendu kognitiboa**

Tratamendu horrek bi helburu ditu:

1. pentsamenduaren prozesua: oroimena, arreta eta kontzeptualizazio-gaitasuna hobetzea. Horretarako, errehabilitazio neuropsikologikoa erabiltzen da.
2. pentsamenduaren edukia: haluzinazio eta eldarnioak tratatzea. Horien maiztasuna, iraupena eta intentsitatea aldatzea da helburua.

Pentsamenduaren prozesuaren tratamendua: arreta, oroimena eta funtzio exekutiboak

Gaixo eskizofrenikoek informazioa prozesatzeko zailtasunak dituzte:

- Estimulu garrantzitsuak aukeratzeko eta garrantzia ez dutenei kasurik ez egiteko.
- Arreta fokalizatua mantentzeko, gordeta dagoen informazioa berreskuratzeko eta estimuluak identifikatzeko.
- Abstrakzio-gaitasunak erabiltzeko.
- Dedukzio bidezko ondorioak lortzeko.
- Hainbat egoeratan emaitza egokiak emateko.

Informazioaren prozesamenduan gaixoek dituzten zailtasunak eragin zuzena dute trebetasun sozialetan, arazoei irtenbidea aurkitzeko estrategietan eta aurre egiteko gaitasunetan. Hori guztia kontuan hartuta, Roder, Brenner, Hodel eta Kienzle (1996) autoreek *Eskizofreniaren terapia psikologiko bateratua* proposatu dute. Terapia horren helburuak hauek dira: kontzentrazio-, abstrakzio-, hautemate- eta oroimen-trebetasunak lantzea, gero harreman sozialetarako beharrezkoak diren trebetasun konplexuak lantzeko.

Terapia taldean egiten da, 4-8 pazienterekin. Saio bakoitzak ordu eta erdi iraun dezake, 3 hilabetez, eta astean 2-3 aldiz egiten dira saioak. Terapiak bost modulu ditu, gero eta konplexuagoak. Lehenengo hirurak dira, funtzionamendu kognitiboa zehazki lantzen dutenak.

1. Desberdintze kognitiboa: arreta- eta kontzeptualizazio-trebetasun kognitiboak hobetzen dira, hainbat ariketa eginez: kategoriak egitea (kontzeptuen hierarkiak, hitzen sinonimoak eta antonimoak); hitzen definizioak (testuinguruaren arabera esanahi desberdina duten hitzak); deskribapenen bidez kontzeptuak aurkitzea, eta abar.
2. Hautemate soziala: diapositiben bidez estimulu eta egoera sozialak lantzen dira, konplexutasuna eta irudien karga emozionala kontrolatuz. Horrela, irudi bakoitza aztertzen da, eta eman daitekeen erantzuna aztertu.
3. Hitzezko komunikazioa: entzumena, ulermena eta egoki erantzutea lantzen dira.
4. Trebetasun sozialak: elkarrizketak hasi eta mantendu, eskerrak eman, konplimenduak adierazi, informazioa eskatu, ezetz esan. Gainera, emozionalki zailak diren egoerak ere lantzen dira, kexa bat egin, kritikak egin, kritikak jaso, barkamena eskatu, eskakizun bat egin, desira bat adierazi, eta abar.
5. Pertsonarteko arazoen konponbidea: arazoak identifikatzea eta aztertzea; kognitiboki egituratzea; egon daitezkeen konponbideak azaltzea; bakoitzaren abantailak eta desabantailak aztertzea, eta erabakitako irtenbidea abian jartzea (D'Zurilla eta Goldfried, 1971).

Badaude, halaber, funtzio kognitiboak lantzeko prestatuak dauden programa informatikoak (GRADIOR, COGLAB). Ordenagailuaren bidez egiten dira ariketa kognitiboak (arreta, kodetze semantikoa, oroimena, eta abar) (De la Puente, Larroy eta Guisado, 1998).

Pentsamenduaren edukiaren tratamendua: haluzinazioak eta eldarnioak

Eskizofreniaren sintoma positiboekin egiten den tratamenduak pauso hauek ditu (Jackson eta Chadwick, 1997):

1. Tratamendua azaldu.
2. Elkarrizketaren bidez haluzinazio eta eldarnioak zehaztu.
3. Sintoma horiek aztertu, haien maiztasuna, iraupena, aurrekari eta ondorengoak zehaztuz.
4. Sintomak zenbateraino sinesten diren, sortzen duten kezka eta eguneroko bizitzan duten eragina zehaztu.
5. Sintomei aurre egiteko pazienteak erabiltzen dituen estrategiak zehaztu.
6. Sintoma bat aukeratu, eta maneiatzeko erabiltzen den estrategia zehatza abian jarri.
7. Etxeko lanak egin.
8. Sineste-maila, kezka eta eragina berrebaluatu.

Haluzinazioen tratamendua

Perona eta Cuevas (1996) egileek entzumenezko haluzinazioetan erabilitako estrategia terapeutikoak ikertu dituzte. 1990eko hamarkadatik aurrera bi terapia mota izan dira gehien erabili direnak:

- Fokalizazioaren terapia (Bentall, Haddock eta Slade, 1994). Terapia honen helburua ahotsen maiztasuna gutxitzea eta parekatuta dakarten antsietatea gutxitzea dira. Pazienteari erakutsiaz haluzinazioen sorburua ez dela kanpotik etorria baizik eta bere barrutik. Horretarako arreta fokalizatzen da ahotsen alderdi desberdinetan: ahotsen ezaugarri fisikoak, ahotsen edukia, ahotsekin zerikusia duten pentsamenduetan erreparatzea, ahotsen esanahia aztertzea, e.a.
- Terapia kognitiboa (Chadwick, Birchwood eta Trower, 1996). Pazienteei erakusten zaie ahotsei erreparatzen eta ahotsei buruz dituzten sinesmenak argitzen eta aurrez aurre jartzen. Sinesmenak ezabatzen badira, estresa gutxituko da.

Bi kasuetan, haluzinazioenganako sinesmenak gutxitu, eta haien alderako ebaluazio positiboa edo negatiboa aldatu nahi dira. Ahotsen guztiahaltasuna, identitatea eta helburua aldatu nahi dira, ondoeza gutxitzeko eta sorrarazten duten herstura ezabatzeko. Eskizofrenikoen % 60k izaten dituzte entzumenezko haluzinazioak; ikusmenezkoak, % 29k, gehienetan garunaren arazo organikoen ondorioz.

Ahotsak boteretsuak izan daitezke, eta, pazienteek ematen dizkieten esanahien arabera, onak edo txarrak. Ikusi behar da, halaber, gaixoek zer puntutaraino kasu egiten dieten; batzuetan, ahotsekin ados daude, eta lankidetzan aritzen dira emozio positiboekin; besteetan, ahotsen kontra egiten dute, eta emozio negatiboak garatzen dituzte. Ahotsak birdefinitzen dira estresak sorturiko pertzepzio-nahaste gisa, eta haiekin zerikusia duten emozioak identifikatzen laguntzen zaie pazienteei, nola aurre egin diseinatuz.

Haluzinazioak kontrolatzeko, ariketa hauek egiten dira:

- Behaketa: ahotsen ezaugarriak, estres-egoerak eta estimulu aurrekariak identifikatu.
- Egoerei aurre egiteko estrategiak ikasi: autobaieztapena; lasaiketa; jokabidea aldatu zerbaitetan arituz; zentzumenen kitzikadura aldatu; pentsamenduetan eragin, distrakzioaren bidez eta pentsamenduak gelditzeko teknika erabiliaz (Tarrier, 1995).
- Ahotsekin lotuta dauden sinesmenak definitzen dira, eta haien aldeko edo kontrako frogak bilatu. Honako hauek aztertzen dira: ahotsen egonkortasuna, irrazionaltasuna, aukerazko azalpenak, norberak sortutako ahotsak diren edo ez, haien arteko lotura, ahotsen esanahi pertsonala, eta gizabanakoaren historia. Teknikaren helburua da ahotsak kontrolaezinak direlako ustea zalantzan jartzea, haietan eraginez eta esanahia aldatuz.

Eldarnioen tratamendua

Eldarnioak dira kanpo-errealitateko inferentzia desegokiaren sinesmen faltsuak, eta indarrez mantentzen dira, nahiz eta kontrako datuak egon.

Eldarnioen tratamenduan lehen pausoa da pazienteak duen sinesmen maila zein den ebaluatzea; gero, eldarnioen aurrekari eta ondorioak aztertzen dira, eta pazienteei erakusten zaizkie aurre egiteko estrategiak.

Terapia kognitiboan, ez dira ideiak kontrajartzen, ez eta pazienteei hanka sartzen ari direla esaten; aitzitik, adierazten zaie eldarnioak gertakizunen interpretazio bat izan daitezkeela beste askoren artean. Askotan bizitzako gertakizunak azaltzeko sortzen dira, eta esperimentuak egiten dira errealitatean frogatzeko (Chadwick eta Lowe, 1994).

Badago sintoma positiboetarako bereziki diseinatutako tratamendu bat, STOPP deiturikoa (Jackson, McGorry, Edwards, Hulbert, Henry, Francey, Maude, Cocks, Power, Harrigan eta Dudgeon, 1998). Programa horren aldiak hauek dira:

1. Ebaluazioa: azalpen-eredua; analisi funtzionala; sintoma positiboen ezaugarriak; alkoholaren eta drogen kontsumoa; herstura eta depresioa; nortasun-ezaugarriak eta garapena; arlo horiei guztiei buruz informazioa lortzea.

2. Heziketa eta aurre egitea: sintoma positiboak maneiatzeko estrategiak; hersturarako eta depresiorako esku-hartze berezia; alkoholaren eta drogen kontsumoaren inguruko heziketa eta kontrola; buru-gaixotasunari buruzko sinesmenak lantzea.

3. Sinesmenen eta sintomen esanahien aldaketa: sintoma positiboen berregituratze kognitiboa egiten da. Horretarako, ahotsei buruzko sinesmenak (identitatea, kontrola, esanahia, obeditzea), sinesmen horien oinarriak, oinarrien eztabaida eta errealitateko frogak erabiltzen dira. Autoestimuari eta identitateari buruzko sinesmenen berregituratze kognitiboa. Sintomek izan ditzaketen esanahiak aztertzen dira.

4. Berrizkaturen prebentzioa. Zaurgarritasun-faktoreak, arrisku-faktoreak, berrizkatura seinalatzen duten sintomen identifikazioa eta tratamendu goiztiarra.

- **Trebetasun sozialen entrenamendua**

Liberman, De Risi eta Mueser (1989) egileek lan egin dute bereziki eskizofrenikoen trebetasun sozialak hobetzen. Haien helburu nagusia da gaixoen funtzionamendu soziala hobetzea eta sare soziala zabaltzea. Terapiak hiru aldi ditu: heziketa, rolen antzeztea eta arazoen konponbidea. Gainera, oroitze- eta mantentze-saioak diseinatzen dira hobekuntzak mantentzeko. Terapia talde irekietan egiten da, 4-8 pazienterekin. 2 terapeuta aritzen dira,

astean 2-4 aldiz, 6 hilabetez gutxienez, eta saio bakoitzak ordu bat eta erdi irauten du.

Saio bakoitzak ordena zehatza dauka, beti berdin irauten duena, eta eskuliburuak eta bideoak erabiltzen dira. 7 pauso ematen dira:

- Sarrera: ikaskuntzaren helburuak eta abantailak.
- Egoera soziala bideoan ikustea, eta pazienteen ulermena eta arreta zein den egiaztatu.
- Saiakera jokabidezkoa (*rol-playing*).
- Fikziozko egoera proposatu eta zertan den desberdina azaldu.
- Egoera gatazkatsua eta irtenbideak.
- Ariketa praktikoak terapeutaren laguntzarekin.
- Banakako lana.

Metodologia horren bidez lantzen diren trebetasun sozialak honako hauek dira: elkarrizketak hastea eta edukitzea; janaria erostea eta prestatzea; etxea lortzea eta zaintzea; lana lortzea eta atxikitzea; dirua erabiltzea; garraioak erabiltzea; harreman sozialak; botikak hartzea. Beraz, ez dira soilik lantzen harreman pertsonaletan beharrezkoak diren trebetasunak; lantzen dira, halaber, eguneroko bizitzarako beharrezkoak direnak.

- **Berrizkaturen prebentzioa**

Eskizofreniaren ezaugarria da agerraldiak eta sintomak gutxiagotzea, eta baita berrizkaturak izatea ere. Horiek bizitzan eragin negatiboa dute. Berrizkaturen prebentziorako oinarrizkoak dira botikak, eta, horiek terapia psikologikoekin konbinatzen direnean, pazienteen % 21ek bakarrik izaten ditu berrizkaturak; aldiz, botikak hartzen ez direnean ia paziente guztiek dituzte berrizkaturak. Horrela, berrizkaturen aurkako programak garatzen dira, lau helburu nagusi hauek lortzeko:

1. Estresa gutxitzea, bai gertakizunak bai familia-giro negatiboa.
2. Botikak hartzeko estrategiak diseinatzea.
3. Alkoholaren eta beste substantzia batzuen kontsumoa erregulatzea.
4. Sintoma prodromikoak identifikatzea: herstura, tristura, bakartzea, pertsonarteko sentiberatasuna, intentsitate urriko pentsamendu psikotikoak.
5. Sintomei aurre egiteko estrategiak abian jartzea.

11.5. FAMILIARENTZAKO ETA ZAINTZAILEENTZAKO PROGRAMAK

Hasierako ikerketetan, familia eta ama hartzen ziren eskizofreniaren kausatzat. Lotura bikoitza, komunikazio desbideratua eta antzeko aldagaiak aipatzen ziren. Egun, horrelako ideiak baztertuta geratu dira, eta aipatzen ziren familia-ezaugarrietatik emozio adierazia (aipamen kritikoak, gaixoarekiko jarrera negatiboak, neurriz gaindiko inplikazio emozionala —gehiegizko kezka eta

babesa—) da gaur egun aldagai garrantzitsua, batez ere berrizkaturak kontrolatzeko, familian agertzen den komunikazio mota horrek estresa eragiten duelako gaixoarengan.

Horregatik, gaixoen familiarekin eta zaintzaileekin lan egitea beharrezkoa da, gaixotasuna hobeto ezagutzeko, nahastearen aurrean jarrerak aldatzeko eta elkarlan terapeutikoa lortzeko (Mueser eta Glynn, 1995). Horrek guztiak hobekuntzak ekartzen ditu, eta eskizofrenikoarentzat giro lasaiagoa lortzen du (Vallina eta Lemos, 2002). Bi helburu nagusi dituzte programa horiek: batetik, nahasteari buruzko heziketa eskaintzea, eta, bestetik, familiak trebetasunak ikastea eguneroko bizitzari aurre egiteko eta gaixoek dituzten hainbat jokabide maneiatzeko (jardun eza, bakartzea, jokabide desegokiak, garbitasun eza, herstura, oldarkortasuna, diruaren erabilera desegokia, era abar) (Aznar eta Berlanga, 2005).

- **Hezkuntza**

Honako hauek dira tratatzen diren edukiak:

Zer da eskizofrenia: kausak, motak eta sintomak. Pazientearen jokabidea arazoaren ondorioa da, eta ez nortasunaren ondorioa, gaixotasunak nortasunean aldaketak eragiten ditu. Familiakoen kritika gutxitzea eta enpatia gehitzea da helburua.
Zaurgarritasuna: arrisku- eta babes-faktoreak identifikatzea.
Tratamendu psikofarmakologikoa eta horren efektuak ezagutzea.
Berrizkaturen prebentzioa: adierazle prodromikoak identifikatzea eta zer egin daitekeen aztertzea.

- **Familiaren jokabide-terapia**

Nola lagundu familiari: deskarga-aldia. Nola ikusten duten arazoa aztertu, eta tratamendua eta helburuak finkatu. Gurasoei lotsa, kulpa eta porrota adierazten utzi, gaixoak dakarren lana onartu, eta arazoei aurre egiteko estrategiak erakutsi. Egitura terapeutikoa eraiki.

Bizikidetzarako trebetasunak: helburuak eta arauak finkatu. Fitxen ekonomia, estimuluen kontrola, *time-out*, errefortzua, eta abar. Teknikak ikasi, pazientearen jokabideak maneiatzeko.

Komunikazio egoki baterako oinarrizko trebetasunak ezarri. Emozio positiboak adierazi; entzun eta enpatizatu; kritikak adierazi; oldarkortasuna eta komunikazio ez-argiaren ondorioak aztertu. Emozio negatiboak identifikatu eta aldatu, negoziatu, eta konpromiso-trebetasunak landu.

Nola aurre egin egoera bereziei, arazoen irtenbideen entrenamendua.

Familia elkarteak eta autolaguntzazkoak erabili bakartze soziala, lotsa, beldurra eta kulpa ezabatzeko.

Baliabide komunitarioak eta laguntzak ezagutu.

Berrizkatura azkar detektatzeko trebetasunak erakutsi: pentsamendu arraroa, hautemate arraroak, depresioa, kulpa, kezka somatikoak, eta abar identifikatzen ikasi, psikiatrarekin hitz egiteko.

Arlo horiek guztiak lantzen dira, trebetasunen entrenamenduaren eskemari jarraituz: argibideak, saiakera, ereduak, errefortzu soziala, eta saioen arteko etxerako lanak (Falloon, Laporta, Fadden eta Grahan-Hole, 1993). Saioak astean behin izaten dira, ordu eta erdikoak. Beste guraso batzuekin batera egiten dira, 6-9 hilabetez, eta batzutan jarraipenak egiten dira etxean. Taldeak beste familiekin esperientziak trukatzeko aukera ematen die.

Gehienetan lan horiek taldean egiten dira, eta gurasoek eta zaintzaileek dituzten kezkei buruz hitz egiteko aukera ematen du. Horrela, kezka hauek dira gurasoek planteatzen dituztenak (Bloch, Szmukler, Herrman, Benson eta Colussa, 1995):

Kezka pertsonalak:

Gaixoarenganako penaren eta galeraren sentimendua
Kulpa
Esperantza eza
Gaixoarengatik behar adina ez egitearen kezka

Nola aurre egin nahasteari:

Aurre egiteko modu desegokiarengatik gaixoari kalte egitea
Pazientearen mendekotasuna tratatzeko zailtasunak izatea
Nahastearen etiologiarekin nahasita egotea: gaixotasuna edo nortasun-arazoa

Familiaren kezkak:

Zaintzailearen rolak
Pazientea tratatzeko moduari buruz arazoak izatea
Familiak zaintzaile gisa aintzat ez hartzea edo kritikatua izatea

Kezka sozialak:

Buru-osasuneko zerbitzuekin gustura ez egotea
Eskizofreniaren aurrean dauden jarrera sozialekiko kezkak (estigmatizazioa)

Familiek eta zaintzaileek emozio negatiboak izaten dituzte: tristura, esperantza eza, haserrea, beldurra, kulpa, estresa, eta abar. Askotan haiek ere arazo psikologikoak izaten dituzte (alkohol eta antsiolitiko gehiegi hartzea, pisuaren gorabeherak, depresioa, kontrola galtzea, besteak gaizki tratatzea, eta abar). Horregatik, garrantzitsua da haiek ere laguntza jasotzea (Aznar eta Berlanga, 2005).

11.6. ESKIZOFRENIAREN PREBENTZIOA

Gaur egun 3 motatako prebentzioak bereiz daitezke:

1) Lehen mailakoa: eskizofreniaren aldi prodromikoetan egin daitekeena, nahastea hasi baino lehen eta arrisku-seinaleak agertzen direnean. Azken urteetan hori da helburu nagusia: nahastea agertu baino lehenago esku hartzea.
2) Bigarren mailakoa: nahastea tratatzea eta berrizkaturak ekiditea; hau da, lehen agerraldi psikotikoa izan ondoren lehenbailehen tratatzea.
3) Hirugarren mailakoa: gaixotasunaren errehabilitazioa behin kroniko bihurtu denean, gaixoak bere bizitza normaliza dezan.

Lehen mailako prebentzioa egiteko, hainbat ikerketa mota egiten ari dira (Obiols, Alvarez, Barrantes eta Subirá, 2000):

- Genetikoki arrisku handia duten pertsonen ikerketa. Eskizofrenia duten gurasoen seme-alaben jarraipena.
- Garapen neurologikoko arazoak, nerbio-sistema zentrala desorekatzen dutenak eta oroimeneko eta funtzio exekutiboetako arazoak dituzten pertsonak identifikatzea.
- Eskizofreniaren aurrekari diren zenbait ezaugarri biologiko (arreta arazoak, adierazle neurologikoak, …), psikologiko (nortasun eskizoide eta eskizotipikoa, …) eta ingurukoak (emozio adierazi handia, komunikazio-arazoak familian…) dituzten pertsonen jarraipena.
- Agerraldi psikotiko bat izateko arrisku handia duten gizabanakoak identifikatzea, gaixotasunaren aldi prodromikoan egongo liratekeelako. Psikosia hasi eta lehenbailehen gaixoak identifikatzea, gaixotasuna tratatu arte pasatutako denbora murrizteko eta bilakaera klinikoa hobetzeko.

Badirudi oso garrantzitsua dela sintoma prodromikoetatik lehen agerraldira bitartean esku hartzea (Yung eta McGorry, 1996). Horretarako ezinbestekoa da lehen adierazleak identifikatzea:

- lo-arazoak eta ordutegi-aldaketak
- bakartze soziala
- arazoak harreman sozialetan
- hiperaktibotasuna edo aktibotasun eza
- kontzentrazio-arazoak
- erlijioarekiko edo gai esoterikoekiko gehiegizko kezka
- susmoak, beldurrak eta oldarkortasuna
- nork bere burua zaintzeko arazoak
- erreakzio emozional desegokiak
- espresiorik gabeko begirada edo begirada finkoa
- mintzaira arraroa edo berezia

- jokabide arraroak
- mesfidantza

Eskizofrenikoen % 73 hasten da sintoma ez-espezifiko eta negatiboak izanez; % 20, sintoma positibo, negatibo edo ez-espezifikoekin, eta bakarrik % 7, sintoma positiboak izanez. Eskuarki hasiera kronikoa da, 2-5 urteko prodromoen aldiak ager daitezke, eta lehenengoz ospitaleratu aurretik urtebetez sintomak izan daitezke. Pazienteen % 18k bakarrik garatzen du berehala gaixotasuna, hilabeteko eboluzioarekin. Askotan ohiko funtzionamenduan arazoak sortzen dira ospitalean sartu baino 2-4 urte lehenago, eta gaixotasunaren ondorioak askotan larriak dira, ez delako azkar tratatu. Tratatu gabeko aldi luzeak zerikusia dauka kulparekin, konfiantza faltarekin eta buru-hiltzearekin. Hori guztia kontuan hartuta, Hafner eta Gattaz (1995) ikertzaileek esku-hartze goiztiarrak abian jartzeko beharra azaltzen dute, sintoma negatiboei, depresioari, okertze kognitiboari eta desegokitasun sozialari aurre egiteko.

Ondorioz, hainbat ikertzaile talde saiatzen ari dira esku-hartze goiztiarrak diseinatzen: Australian, McGorry eta Edwards (1997); Norvegian eta Danimarkan, Johannenssen, Larsen, McGlashan eta Vaglum (2000); Bretainia Handian, MacMillan eta Shiers (2000), eta Espainian, Lemos eta Vallina.

Esku-hartze goiztiarrak aplikatzeko, lehenengo arrisku handiko populazioa identifikatu behar litzateke, eta gero haiekin terapia aplikatu. Ezaugarri hauek zituzten gazteen talde batean, % 40-50ek garatu zuen gaixotasuna hurrengo 12 hilabeteetan (Phillips, Hearn, McFarlane, Hallgrem, eta McGorry, 1999):

Sintoma psikotiko gutxituak edo iragankorrak: mesfidantza, erreferentziazko ideiak, pentsamendu magikoa, hautemate-arazoak, ideia paranoideak, pentsamendu edo mintzaira arraroa. Sintoma horiek urtebeteko iraupena dute, edo astebetean hainbat aldiz agertzen dira.

Arrisku-faktoreak: nahaste psikotikoak dituzten ahaideak, nortasun-nahaste eskizotipikoa, eta gogamenaren funtzionamenduaren moteltzea.

Arazo larria da, nahiz eta sintoma horiek azaldu, pazienteak tratamendura ez joatea. Horrela, tratatu gabeko aldiak, ondorio larriak ekartzen ditu. Laguntza ez eskatzeko arrazoiak askotarikoak dira: sintomak larriak ez izatea; sintomak egosintonikoak izatea; lehen mailako zerbitzuak arreta espezializatura ez bidaltzea; laguntza baztertzea; sintomak nerabezaroaren alditzat edo substantzien kontsumoaren ondoriotzat hartzea.

Esku-hartze goiztiarrek bilatzen dituzten helburuak askotarikoak dira: agerraldi psikotikoak gutxitzea, arrisku handiko pertsonen funtzionamendua hobetzea, eta gaixotasuna agertzen duten pazienteen pronostikoa hobetzea. Horretarako, hainbat estrategia erabiltzen dira:

- Identifikatzea, ebaluatzea eta zerbitzu espezializatuetara bideratzea.
- 3 urteko jarraipen-zerbitzua eskaintzea gaixoari eta familiari.

- Familiaren eta gaixoen beharrak ebaluatzea, batez ere gaixoak bere burua hiltzeko arriskua balioetsirik.
- Neuroleptiko-dosi urriak eta terapia kognitiboa eta esku-hartze psikologikoak abian jartzea.
- Lan babesturako erraztasuna ematea.
- Eguneroko lehen beharrak asetzea.
- Substantzien kontsumoaren, depresioaren, buru-hiltzearen, ekidite sozialaren eta beste arazo psikopatologiko batzuen tratamendua bultzatzea.

Espainian, Kantabrian egiten ari den esku-hartzearen osagaiak honako hauek dira:

a. Lehen mailako medikuei informazioa eskaintzea.
b. Familiarekiko esku-hartzeak.
c. COPE programa, lehen diagnostikoa egiten dieten pazienteentzat (Jackson, McGorry, Edwards, Hulbert, Henry, Francey, Mandi, Cocks, Power, Harrigan, eta Dudgeon, 1998). Diagnostiko horrek eragin nabaria dauka gaixoarengan, eta horrek egiten duen balioespen kognitiboa oso garrantzitsua da eskizofreniari aurre egiteko, eta depresioa, esperantza eza eta buru-hiltze sentimenduei aurre egiteko (Birchwood, 2000). Azken egile horren iritziz, gaixoak niari, sintomei eta gaixotasunari buruz egiten dituen balioespenek eragin zuzena dute aurre egiteko estrategietan eta errekuperazioan.

Horrela, paziente batzuk harrapatuta sentitzen dira beren gaixotasunean, eta psikosia zerbait txartzat eta kontrolaezintzat hartzen dute. Beste batzuetan, galeraren balioespena da nagusia; pazienteak bere bizitzako helburuak galdu ditu, bai eta bere gaitasun psikologikoak eta identitate pertsonala ere. Azkenik, makurtzearen balioespena egiten duten pazienteek lotsa eta gaitasun eza sentitzen dute. Balioespen horien arabera, pazienteek hainbat modutara egiten diote aurre eskizofreniari:

a. Ukatu: sintomak eta gaixotasuna baztertzen dira, eta horiek erregulatzeko edo kontrolatzeko saiakeretatik ihes egiten du pazienteak.
b. Gaixoaren rolean sartu, eta hobekuntzarik ekar dezaketen ekintzetatik ihes egiten du.
c. Integratu: gaixoak onartzen du arazoa, eta bere buruaren zainketan aktiboki eta positiboki parte hartzen du.

Hori guztia kontuan hartuta, COPE programak lau osagai ditu:

1. Ebaluazioa: sintomak, hasiera, *insight* maila, pazienteak nola ulertzen duen bere arazoa, aurretiko funtzionamendua eta gaur egungoa, niaren deskribapena, egitura kognitiboa, eta aurre egiteko estrategiak ebaluatzen dira.
2. Elkartasun terapeutikoa: harreman terapeutikoa eraikitzeko, pazienteak aurretik osasun-zerbitzuekin izandako esperientziak zeintzuk izan diren jakin beharra dago, psikosia onartzen irakasteko, eta esperantza eta kontrola sustatzeko.

3. Psikosira egokitu: esperientzia psikotikoei esanahia eman, eta horien kontrola bultzatu. Pentsamenduekin lan egin; helburuak finkatu; lana, lagunak, familia eta abar landu.
4. Psikosiarekin lotuta dauden arazoak kontrolatu: depresioa, izu-krisiak, herstura, alkohola eta drogen kontsumoa.

d. STOPP programa aplikatu irauten duten sintoma psikotikoetarako, bereziki haluzinazio eta eldarnioetarako.

Egun programa goiztiar horien eraginkortasuna ebaluatzen ari dira hainbat ikertzaile, osasun-sare publikoaren arreta hobea izan dadin eskizofrenikoentzat.

OINARRIZKO BIBLIOGRAFIA

Aldaz, J.A. eta Vázquez, C. (1996). ***Esquizofrenia. Fundamentos psicológicos y psiquiatricos de la rehabilitación*.** Madril. Siglo XXI.

Aznar, E. eta Berlanga, A. (2004). ***Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia. Manual para la familia y el cuidador*.** Madril. Pirámide.

Birchwood, M. eta Tarrier, N. (1995). ***El tratamiento psicológico de la esquizofrenia*.** Bartzelona. Ariel.

De la Puente, M.L., Larroy, C. eta Guisado, A. (1998). "Esquizofrenia" *in* M. Vallejo (arg.). ***Manual de terapia de conducta*.** 2. lib. Madril. Dykinson.

Frith, C.D. (1995). ***La esquizofrenia. Un enfoque neuropsicológico cognitivo*.** Madril. Ariel.

García-Merita, M. (2005). ***Tratando…..esquizofrenia*.** Madril. Pirámide.

Jackson, C. eta Chadwick, P. (2003). "Terapia cognitiva para las alucinaciones y las ideas delirantes" *in* V. Caballo (arg.). ***Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*.** 1. lib. Madril. Siglo XXI.

Liberman, R.P. (1993). ***Rehabilitación integral del enfermo crónico*.** Bartzelona. Martinez Roca.

Mueser, K.T. (1997). "Tratamiento cognitivo-conductual de la esquizofrenia" *in* V. Caballo (arg.). ***Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. 1. lib.** Madril. Siglo XXI.

Perona, S., Cuevas, C., Vallina, O. eta Lemos, S. (2003). ***Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia*.** Madril. Minerva Ediciones.

Rebolledo, S. eta Lobato, M.J. (2003). "Psicoeducación para personas vulnerables a la esquizofrenia" *in* V. Caballo (arg.). ***Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. 1. lib.** Madril. Siglo XXI.

Roder, V., Brenner, H.D., Hodel, B. eta Kienzle, N. (1996). ***Terapia integrada de la esquizofrenia*.** Bartzelona. Ariel.

Rodriguez, A. (1997). (koord.). ***Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*.** Madril. Pirámide.

Sierra, Buela-Casal, Miró eta Martinez (2001). "Evaluación y tratamiento de los trastornos psicóticos" *in* Buela-Casal eta Sierra. ***Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*.** Madril. Biblioteca Nueva.
Vallina, O. eta Lemos, S. (2003). "Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia" *in* Perez, M., Fernández-Hermida, J.R.,

Fernández-Rodriguez, C. eta Amigo, I. (koord.). ***Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*.** Madril. Piramide.

Vázquez-Barquero, J.L. (2004). ***Las fases iniciales de las enfermedades mentales: psicosis*.** Bartzelona. Masson.

12. BIKOTE-INDARKERIA

12.1. Bikote indarkeriaren definizioa, ezaugarriak eta motak
12.2. Biktimaren sintomak eta haien azalpen-ereduak
12.3. Biktimaren sintomen ebaluazioa
12.4. Biktimaren sintomen tratamendua
12.5. Erasotzaileen ezaugarriak
12.6. Jokabide bortitzaren azalpen-ereduak
12.7. Erasotzaileen ebaluazioa
12.8. Erasotzaileen tratamendu-programak
Oinarrizko bibliografia

12.1. BIKOTE INDARKERIAREN DEFINIZIOA, EZAUGARRIAK ETA MOTAK

Familia barruko indarkeria oso zabalduta dago, baina ezagutzen diren kasuak agerian jartzen direnak dira bakarrik. Ondorio latzak ditu, bai fisikoki, bai psikologikoki. Familia barruko indarkeria gizonak eragiten du batez ere, eta emakumeak, seme-alabek eta zaharrek jasaten dute; gizonak biktima izatea ez da arrunta. Azken kasu horretan, bortizkeria, batez ere, psikologikoa da, eta gehiegikeria ekonomikoak, emozio hotzak eta bakartzea gertatzen dira. Gainera, banaketarik badago, aitaren eta seme-alaben arteko harremanari ez zaio garrantzi bera ematen, eta erantzukizun ekonomikoak ere ez dira parekoak izaten. Baina, eskuarki, emakumea izaten da biktima, eta gizona, erasotzailea. Gizarte-egituraren isla da egoera hori.

Etxe barruan gertatzen den bortizkeria da: familiako kide batek (senarrak edo gizonak) beste baten edo batzuen kontra (emakumearen, seme-alaben kontra) behin eta berriro egiten dituen eraso fisiko, psikologiko edo sexualak. Eraso horiek min fisiko eta psikologikoak eragiten dituzte, eta beste pertsonaren askatasunaren kontrakoak dira; botere-gehiegikeriak dira. Bortizkeria eta bikote-harreman txarrak bereizi behar dira; azken kasuan afektua desagertu da; eztabaidak egoten dira noizbehinka, eta bikote-harremana bukatu nahi da. Aldiz, bortizkeria handiagoa eta iraunkorra da, eta ondorio latzak ditu biktimarentzat.

Hainbat **tratu txar mota** daude (Sarasua eta Zubizarreta, 2000):

- Fisikoak: erasotzailearen gehiegikeriak fisikoak dira, ostikadak, bultzakadak, hozkadak, iletik tiratzea, ukaldiak, eta abar, objektuekin erasotzea (labanekin, guraizeekin eta abarrekin), etxeko objektuak puskatzea (platerak, edalontziak, ateak, eta abar).
- Sexualak: emakumeak bere borondatearen kontra harreman sexualak eduki behar dituenean, ondorio okerragorik ez izateko, edo jokabide sexual iraingarriak eragiten direnean.
- Psikologikoak: tratu txarren kasuan beti gertatzen dira, baina baita ere salatzen ez direnean, ez dutelako ageriko lesiorik eragiten. Tratu txar psikologikoa eragiten da emozioak manipulatuz; emakumea gutxiesten da, errudun sentiarazi, beldurtu eta jokabideak murriztu; ondorioz,

bakartzea eta kontrol ekonomikoa eragiten dira, horrek guztiak askatasuna eta independentzia murriztea dakar.

Gutxiesteak dakartza mespretxua, baztertzea, irainak, emakumearen behar emozionalak ukatzea. Gainera, erasotzaileak emakumeari leporatzen dizkio jasotzen duen tratua, eta hura beldurtzen du mehatxatuz, objektuak puskatuz, animaliei erasoz... Horrekin batera, jokabideen murriztea dator: biktima beraren familiarengandik eta lagunengandik bakartzen du, eta dirua kontrolatzen du, askotan lan egiten ez utziz. Horrek erasotzailearen hainbat jarrera agerian uzten ditu, oldarkortasuna, gutxiestea, eta axolagabekeria (Corsi, 1995).

Gaur egun dauden datuen arabera, bikote barruko tratu txarren iraupena 10 urtekoa da bataz beste. Normalean, ezkon aurreko garaian edo bizikidetzaren lehen urteetan hasten dira jokabide bortitzak, hasieran psikologikoak eta gero fisiko eta sexualak. Askotan haurdunaldietan gehitzen dira, eta denbora pasatu ahala larrituz doaz (Echeburúa, Corral, Sarasua eta Zubizarreta, 1996).

Tratu txarren artean badago egoera larri bat: hilketa. Historia luze baten ondorioa izaten da. Askotan biktimak banaketa hasi duenean gertatzen da, horrek erasotzailearentzat berea zen zerbait galtzea dakarrelako (Cerezo, 1998). Askotan jelosi patologikoek, alkoholak eta substantziekiko gehiegikeriek bultza dezakete gizona emakumea hiltzera. Kontuan hartu behar da Espainian astero, gutxienez, emakume bat hiltzen dela egoera horren ondorioz.

12.2. BIKTIMAREN SINTOMAK ETA HAIEN AZALPEN-EREDUAK

Edozein emakume izan daiteke tratu txarren biktima ez dago profil berezi bat. Oro har, zerbitzu sozialetara laguntza eskatzera doazenak gazteak dira, ezkonduak eta seme-alabak dituzte. Haien egoera ekonomikoa erdi-mailakoa edo apalagoa da, eta etxeko lanetan aritzen dira, garbiketa-lantegietan edo antzeko lanetan. Denbora osoa lanean eta etxean pasatzen dute; ez dute harreman sozialik izaten, ez eta sare sozialik ere (Amor, 2000).

Tratu txarrak jasateak **ondorio fisiko eta psikologikoak** eragiten dizkio biktimari, baina baita ere seme-alabei (Sarasua eta Zubizarreta, 2000).

- **Ondorio fisikoak**

Jokabide bortitzaren ondorioak berehalakoak izan daitezke, baina baita ere epe luzera agertu. Lesio fisiko, funtzional eta estetikoak izan daitezke epe laburrera, baina, estres kronikoaren ondorioz, hainbat gaixotasun fisiko agertzen dira (bihotzekoak, arnasketarenak, ginekologikoak, immunologikoak, min kronikoak, eta abar). Biktimak jasaten dituzten jokabide bortitzen larritasuna hainbat neurritakoa izan daiteke, heriotzarainokoak batzutan (lesioagatik, konplikazioengatik edo buru-hiltzeagatik).

- **Ondorio psikologikoak**

Tratu txarren eragin psikologikoak askotarikoak dira, eta hainbat aldagaik dute eragina horietan: jokabide bortitzaren iraupenak eta intentsitateak, biktimaren nortasunak, aurre egiteko estrategiek, laguntza sozialak, baliabideek, eta bestek, eta ez dira izaten aurretiko desoreka psikologiko baten ondorioak, baizik eta bortizkeriak sortutakoak (Zubizarreta, Sarasua, Echeburúa, Corral, Sauca eta Emparanza, 1994).

Herstura, beldurra, kontzentrazio-arazoak, hiperernetasuna, lo-arazoak, amesgaiztoak, erasotzailearekiko eta egoerarekiko pentsamendu obsesiboak arruntak dira.

Depresioa, autoestimua galtzea eta erru-sentimenduak ere maiz agertzen dira. Biktimak pentsatzen du erasotzailearen jokabidearen erantzule dela, eta haren jokabideak aldatu nahi izaten ditu, baina konturatzen denean ezin duela errua eta porrota agertzen dira. Denborarekin, esperantza eza, babesgabetasuna eta ezgaitasuna sortzen dira, eta horiek bere burua hiltzera bultza dezakete emakumea. Erru-sentimenduak eragin ditzakete biktimaren beraren jokabideek, haren nortasunak eta bikote-harremanaren porrotak; guztiek blokeatzen dute biktima, eta jasaten ari den egoeraren erantzule sentiarazten dute (Echeburúa eta Corral, 1998).

Bakartze sozialak, lotsak eta biktimak harremanik ez izateko erasotzaileak duen jokabideak errefortzuen galera dakar. Horrela, erasotzailea bihurtzen da biktimaren errefortzu-iturri bakarra, eta gizonak gehiago kontrolatzen du emakumea; ondorioz, mendekotasun emozionala sortzen da.

Nahaste psikosomatikoak, buruko minak, gosea galtzea, nekea, hilekoaren nahasteak, herstura kronikoa eta beste agertzen dira. Askotan emakumeak sendagilearengana joaten dira, arazo horiei buruz kontsultatzera, sakoneko arrazoiak zeintzuk izan daitezkeen esan gabe.

Nahaste sexualak ere arruntak dira; sexuarekiko interesa galtzea eta baztertzea normalak izaten dira. Gainera, eraso sexualak gertatzen direnean, anorgasmia eta baginismoa ere azaltzen dira.

Gehienetan aipatutako sintomek *trauma ondorengo estresagatiko* nahaste kronikoa eragiten dute (Zubizarreta, Sarasua, Echeburúa, Corral, Sauca eta Emparanza, 1994). Nahaste horren ezaugarri nagusiak honako hauek dira:

- Berresperimentazioa: jasandako erasoak behin eta berriro bizitzea, irudi, oroimen, amesgaizto gisa.
- Hiperaktibotasun fisiologikoa, kontzentrazio-arazoak, lo-arazoak, eta abar.
- Ekiditea: arazoaz ez hitz egitea, besteengandik urrun sentitzea eta esperantzarik gabe etorkizunerako.

Egoera horrek kontrola galdu duela sentiarazten du, eta desegokitasunak batzuetan alkohola eta farmakoak erabiltzera bultzatzen du biktima.

Tratu txar psikologikoen ondorioak fisikoenak bezain larriak dira; ez dago desberdintasunik. Eraso sexualak jasaten dituztenek estresagatiko nahaste gehiago izaten dituzte, eta beren burua hiltzeko arriskua handiagoa da, baita beren erasotzaileak hiltzekoa ere (Campbell eta Soeken, 1999).

Seme-alabek ere jasaten dituzte egoera horren ondorioak. Batzuetan biktima zuzenak izaten dira, beste batzuetan lekukoak. Eragina adinaren arabera desberdina izaten da, baina, oro har, herstura, depresioa, autoestimu urria, pertsonarteko harreman zailak, gehiegizko erantzukizuna, jokabide oldarkorrak eta eskola-arazoak azaltzen dira (Cantón eta Cortes, 1997). Alabek ikas dezakete bortizkeria onartu behar dela, eta berarekin bizi, eta semeek, egokia dela eguneroko arazoei irtenbidea bilatzeko.

Zergatik agertzen dira tratu txarrak?

1960ko hamarkadan pentsatzen zen emakume jakin batzuk zirela biktimak, ezaugarri bereziak zituztela. Horrela, biktimari egozten zioten berak jasaten zuen bortxakeriaren erantzukizuna. Gaur egun, hipotesi horiek ez dira onartzen, ezagutzen diren kasuak askotarikoak direlako eta ezaugarri berezirik agertzen ez delako emakume horien artean. Teoria soziologikoek eta feministak diote gizonen erasoak egitura sozial baten ondorio direla eta bizi-egoera estresagarri eta pobreek bultza dezaketela jokabide hori gizonengan. Beraz, emakumeen aurkako indarkeria botere-desorekaren, kulturaren eta gizon erasotzaileen ezaugarrien ondorio litzateke. Emakumeen eta bikote-harremanen inguruan dauden estereotipo sozialek eragin nabaria dute indarkeria horren iraupenean (Lorente, 2001).

Zergatik ez du hausten biktimak harremana?

Zenbait faktore aipatu dira, biktimak harremana zergatik puskatzen ez duen ulertzeko (Amor, Bohorquez eta Echeburúa, 2006)

Aldagai soziodemografikoak: mendekotasun ekonomikoa; bakartze soziala eta familiarra; seme-alaba txikiak; gizarte-baliabiderik ez edukitzea edo ez ezagutzea; autonomia lortzeko baliabide gutxi izatea; tratu txarren larritasun handia.

Biktimaren ezaugarriak: mendekotasun emozionala; sinesmen kultural eta erlijiosoak; beldurra; autoestimu urria; kulpa eta asertibitate maila urria; egoerak biktimarengan izaten dituen ondorio psikologikoak (babesgabetasuna, esperantza eza, gehiegizko herstura, desegokitasuna); erasotzailea aldatuko delako esperantza; seme-alabak bakarrik ezingo dituela zaindu pentsatzea, eta abar.

Erasotzaileen ezaugarriak: mendekotasun emozionala (ezin da emazterik gabe bizi, behar du); nortasun-ezaugarri antisozialak; erasotzaile bortitza izatea; barkamena eskatzea; bere burua hiltzeko jokabideekin mehatxatzea, eta biktimari bera uzten badu ondorio larriak sufrituko dituela adieraztea. Erasotzaileak, tratu txarrak fisikoak izan direnean, gero eta bortitzagoak egin ditzake, eta, psikologikoak izan direnean, tratu txar fisikoak erabil ditzake.

Hainbat ikertzailek diote biktimek ez dutela harremana eteten, tratu on eta txarrak aldizka gertatzen direlako, biktimak erasotzaileak baino botere gutxiago dutelako eta emakumeak defentsarik gabeko egoera batean sartuta daudelako (Dutton eta Painter, 1993; Walker, 1984).

Tratu txarren bilakaera kontuan hartuta, harremanean jarraitzeko zenbait faktore aipatu dira:

a) Hasieran, biktima pixkanaka ohitu egiten da hasierako tratu txar psikologikoetara; pentsatzen du bikote guztietan agertzen direla halako arazoak, eta horien garrantzia gutxitzen edo ukatzen du (Barudy, 1998). Tratu txarrak bortitzak badira, biktimak pentsa dezake ahalegin handia egiten badu lortuko duela bere bikotearekin harreman egokia izatea eta aldatzea. Horrela, bikotearen alderdi positiboak bakarrik kontuan hartzen ditu, eta askotan errua bere buruari egozten dio.

b) Bortizkeria ohikoa denean, damuarekin eta laztanarekin batera, honek mendekotasun emozionala sorrarazten du. Biktimak pentsatzen du jarraitu behar duela borrokatzen bere bikotea aldatzeko, eta aldaketaren esperantzak neurriz gaindi balioesten ditu (Saltijeral, Ramos, eta Caballero, 1998).

c) Hirugarren aldian, urteetan tratu txarrak izan direnean, biktima oso gaizki sentitzen da, eta, bortizkeriak jarraitzen duela eta kontrolaezina dela konturatzen denean, aldaketarako esperantza galdua da, bai eta harremana uzteko gaitasuna ere. Askotan biktimak kanpo-faktoreei egozten die erasotzailearen jokabidea, eta justifikazioetan erortzen da. Biktimarentzat zaila da irtenbideak ikustea; jarraitzen badu, ondorioak larriagoak izan daitezke, bai eta banatzen bada.

Noiz puskatzen da egoera?

Choice eta Lamke (1997) egileek diote biktimek beren buruari egiten dizkioten bi galderen erantzunek baldintzatzen dutela haien jokabidea. Hona hemen galdera horiek: “Harremanetik kanpo hobeto egongo naiz?” eta ”Gai izango al naiz aurrera ateratzeko?”. Tratu txarrak jasaten dituzten emakumeek jokabide horiek gelditukо direla pentsatzen dute, eta, ahalegin handiagoa eta

denbora gehiago edukiko balute, lortuko luketela bikotearen arrakasta (Strube, 1988).

Tratu txarren ezaugarria da **salaketa gutxi dagoela.** Ustez, kasu guztien % 10-30 salatzen da soilik. Egoera horren arrazoiak askotarikoak dira: biktimentzat zaila da beren egoera salatzea edo laguntza eskatzea, askotan gizartean etxe barruan gertatzen diren jokabide bortitzak justifikatzen direlako, gainera biktimek mendekotasun-harremanak eraikitzen dituztelako, eta sentitzen duten lotsak eta erru-sentimenduak paralizatzen dituztelako. Gainera, erasotzailearen jokabideei beldurra diete; salatzeak edo laguntza eskatzeak arrisku handian jartzen ditu, eta, azkenik, biktimaren egoera psikologikoak irtenbide egokiak bilatzeko zailtasunak jartzen dizkio.

Biktima bere bizitzaren eta egoeraren arriskugarritasunaz konturatzen denean eta jokabide bortitzaren erantzule sentitzen ez denean, pentsa dezake egoeratik ateratzea. Biktima konturatzen denean ezin dituela erasotzailearengan jokabide positiboak sustatu eta edozer gauza egiten duelarik tratu txarrak jasoko dituela, orduan kontrolaren eta aldaketaren ideiak agertzen hasten dira. Beste askotan, seme-alabak hasten direnean biktimak izaten, batez ere aitari aurre egiten diotenean, planteatzen da banaketaren ideia.

12.3. BIKTIMEN SINTOMEN EBALUAZIOA

Biktimen ebaluazioa egitean, hainbat tresna erabiltzen dira, batez ere biktimek jasaten dituzten sintomak ebaluatzen dituztenak. Hona hemen nagusiak:

- **Tratu txarren biktimentzako elkarrizketa erdi egituratua** (Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta eta Sauca, 1994)

Tresna horren bidez jasotzen dira biktimaren ezaugarri demografikoak, biktimizazioaren eta nahaste psikopatologikoen historia, gaur egungo tratu txarren ezaugarriak, eta sare sozialak eta familiak nola bizi izan duen egoera.

- **Estresagatiko trauma ondorengo sintomen larritasunaren eskala** (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta eta Sarasua, 1997)

DSM-IV-R-ren irizpide diagnostikoei jarraituz egiten da estresagatiko trauma ondorengo sintomen ebaluazioa. Nahastea diagnostikatzeko, beharrezkoak dira birbizitzearen sintoma bat, ekiditearen hiru eta aktibazioaren bi eta gertakizun traumatikotik hilabete bat pasatu izana.

- **Jokabide-helburuen eskala** (Echeburúa eta Corral, 1987a)

Pazienteak eskala horretan hobetu nahi lituzkeen 5 jokabide zehazten ditu, bere eguneroko bizitzarako hobekuntza nabaria ekarriko luketenak. Eskala horren bidez zehazten dira gero tratamenduan landuko diren jokabideak.

- **Desegokitasunaren eskala** (Echeburúa eta Corral, 1987b)

Eskala horretan, tratu txarrek bizitzako arloetan duten eragina ebaluatzen da. 6 galdera ditu, 0tik 5erako Likert eskala batean erantzuten direnak (puntuazioa zenbat eta handiagoa izan, desegokitasuna orduan eta handiagoa da).

- Beste arazo psikopatologiko batzuk ebaluatzeko testu honetan azaldu diren galdera sortak erabiltzen dira: STAI (hersturarako), BDI eta HRS (depresiorako), autoestimuaren eskala, eta abar.

12.4. BIKTIMEN SINTOMEN TRATAMENDUA

Nahiz eta arazoaren maiztasuna handia izan (emakumeen artean % 15-30 da biktima), tratamendu-programak ez dira garatu azkeneko 20 urteetara arte. Oro har, helburua da biktimei egoerari aurre egiteko trebetasunak erakustea, autonomia indartzea, kontrola lortzea eta etorkizunera begiratzea (Dutton, 1992). Askotan tratamenduak banakako saioak eta talde-saioak konbinatzen ditu, eta 3-4 hilabeteko iraupena eta urtebeteko jarraipena izaten dute. Espainian, Echeburúak, Corralek, Sarasuak eta Zubizarretak (1996) egindako ikerketan osagai hauek izan ditu terapiak:

- Adierazpen emozionala: biktimari ulermena eta laguntza eskaini, gertatutakoa, pentsatutakoa eta sentitutakoa kontaraziz.
- Berrebaluazio kognitiboa: tratu txarren biktima izateak zer ondorio dituen esplikatu, eta beldurrak eta sintomak agertu. Autoestimuaren eta erru-sentimenduaren inguruko ideiekin lan egin, eta bikote-harremanaren eta seme-alaben egoeraren azterketa egin. Etorkizunera begira jarri, dauden egoera positiboei erreparatuz.
- Egoerari aurre egiteko trebetasun zehatzak landu: larrialdiko neurriak, salaketa, etxea uztea, eta abar. Arnasketa- eta lasaiketa-teknikak erakutsi, arazoei irtenbidea aurkitzen trebatu, errefortzuzko jarduerak berreskuratu, sare soziala lortu, eta autonomia- eta independentzia-jokabideak bultzatu. Ekidite-jokabiderik badago, aurrez aurre jarri, eta, kezken kasuan, distrakzio-teknikak erakusten dira

  Biktimaren helburua banaketa bada, laguntza juridikoa eskaintzen zaio, helburua bikotearekin jarraitzea bada (emakumeen % 30ek hori erabakitzen du), gizonari eskaintzen zaio terapia, eta, gero, elkarrekin lantzen dira komunikazio-trebetasunak, arazoen irtenbideen entrenamendua, sexualitateari buruzko informazioa, heziketa eta terapia (behar bada).

Talde-saioak erabiltzen dira, autoestimua lantzeko, laguntza soziala lortzeko, independentzia-jokabideak indartzeko, eta bizitza eta egoera modu egokian bideratzeko.

Hala ere, biktima batek laguntza eskatzen duenean kontuan hartu behar da zer mementotan eskatzen duen (Sarasua eta Zubizarreta, 2000):

a) Emakumea tratu txarrak jasotzen ari da, eta banaketa-prozesua ez da hasi.

Une horretan balioetsi behar dira arriskua eta biktimak dituen baliabide sozial eta familiarrak. Horretarako, aldagai hauek kontuan hartzen dira:

- Salaketa egin, eta tratu txarren eragilea etxetik ateratzen saiatu.
- Etxea utzi.
- Zerbitzu sozialen bidez eta familiaren bidez laguntzak eskatu (legezkoak, ekonomikoak, etxebizitza, eta abar).
- Banaketaren erabakia edo erasotzailea tratamendura joatea balioetsi.

Oso garrantzitsua da salaketaren erabakia hartzeko emakumeari ematen zaion laguntza; bestela bera ez bada babestua sentitzen, salaketa kenduko du.

b) Banaketa-prozesua hasi denean

Askotan une horretan biktima eta erasotzailea elkarrekin bizi dira, epaileak hasierako neurriak hartu arte. Une hori arriskutsua da; batzuetan erasotzailea lasaitu egiten da, baina beste batzuetan tentsio handiko unea da, arrisku handikoa. Egoera hauek kontuan hartu behar dira:

- Arrisku-egoerak balioetsi, eta banaketaren erabakiaren aldeko arrazoiak indartu.
- Seme-alabei eta familiari banaketaren erabakia adierazi, eta zer egin daitekeen landu.
- Laguntza psikologikoa eskaini izapideak egiteko, epaitegiko erabakiak onartzeko eta sintomak ez handitzeko.

Une horretan erasotzaileak bi jarrera har ditzake: batetik, damutzea, opariak egitea, aldaketarako promesak egitea, eta abar; bestetik, mehatxuak eta jokabide bortitz larriak. Azken kasu horretan, biktimak bere burua eta seme-alabena babestu behar du, etxetik atereaz, lagunei eta familiakoei berri emanez, erasotzaileak ezagutzen dituen tokietara ez joanez, berarekin bakarka inoiz ere ez geratuz, eta mehatxu eta erasoak salatuz.

c) Banaketa-prozesua bukatu ondoren

Behin epaileak behin-behineko neurriak hartu dituenean, balioetsi behar da arrisku-egoeren agerpena, batez ere seme-alaben bisitak egiten direnean eta eraso-jokabideek jarraitzen dutenean. Gainera, lagundu behar zaie biktimei autonomia eta independentzia lortzen, haien bizitzaren kontrola berreskuratzeko.

Gaur egun, gizarteak baditu baliabide batzuk tratu txarrak tratatzeko. Honako pauso hauek eman beharko lituzke biktimak:

1) Lesio fisikorik badago, sendagilearenera joan, azterketa egin eta ziurtagiria lortu. Komeni da norbaitekin joatea eta lesioen kausa benetan zein den esatea.

2) Gero, salaketa egin behar da, sendagilearen ziurtagiria eman, eta azken erasoa eta aurretikoak esan, bai fisikoak bai psikologikoak.
3) Udalak jarritako zerbitzu sozialekin harremanetan jarri, laguntza juridikoa, ekonomikoa, etxebizitza lortzekoa eta psikologikoa eskaintzen dituztelako.

12.5. ERASOTZAILEEN EZAUGARRIAK

Erasotzaileak gazteak izaten dira, 40-45 urtekoak, ezkonduak, eta seme-alabak izaten dituzte. Lehen edo bigarren mailako ikasketak dituzte, lanean daude, eta maila ekonomiko ertaina edo apalagoa dute. Erasoak etxe barruan egiten dituzte, eta, kasuen heren batean, haiek ere bizi izan dituzte haurtzaroan tratu txarrak familian.

Oro har, ez dute nahaste psikopatologikorik, baina agertzen dituzte nortasun-ezaugarri bereziak (Fernández-Montalvo eta Echeburúa, 1997):

- herstura eta depresioa, gogo-aldartearen desoreka
- enpatizatzeko gaitasun txikia
- oldarkortasuna
- amorrua kontrolatzeko zailtasunak
- jeloskortasuna eta jabetza-sentimendua
- autoestimu urria
- alkoholaren eta substantzien neurri gabeko erabilera
- bere arazoen kulpa besteei egozteko joera
- emakumeak gizonaren menpe egon behar duela pentsatzea

Beste ezaugarri nabarmen bat da rol sexualei buruzko distortsio kognitiboen agerpena; emakumeak gutxiago dira, pasiboak eta mendekoak, eta gizonek esaten dutena egin behar dute; arazoak konpontzeko bortizkeria legitimatzen eta erabiltzen dute. Gainera, emozioak adierazteko eta eguneroko bizitzan agertzen diren zailtasunei aurre egiteko trebetasunik ez dute agertzen (Fernández-Montalvo eta Echeburúa, 1997). Askotan emozionalki bakartuak daude gizon horiek; laguntasunezko eta intimitatezko harreman sakonak eraikitzeko zailtasunak dituzte. Nortasunaren ezaugarrien ikuspuntutik, ezaugarri antisozialak, paranoideak eta narzisistak dira bortizkeria erabiltzeko arriskurik handiena dutenak (Echeburúa, 1994).

Arrunta izaten da, halaber, tratu txarrak eragiten dituzten gizonek beren jokabidea ukatzea eta justifikatzea.

Haien artean hainbat tipologia egin izan dira (Hamberger eta Hastings, 1988). Arriskutsuenek jeloskortasun patologikoa agertzen dute; bortizkeriaren erabilera modu hotzean kalkulatzen dute; ez dira gai besteen emozioak ulertzeko, eta askotan oldarkorrak dira etxetik kanpo ere.

12.6. JOKABIDE BORTITZAREN AZALPEN-EREDUAK

Tratu txarrak agertzen dira bikotean, gizonak harremana kontrolatzeko bortxazko jokabideak erabiltzen dituenean, emaztea bere menpe eta bere agindupean jartzeko. Emazteak gizonak eskatzen duen zerbait egiten ez duenean berak nahi duen bezala, orduan agertzen dira jokabide bortitzak. Horiek berehalako ondorioak dituzte, eta, gainera, balio dute eguneroko zailtasunek sortzen dituzten frustrazioei eta amorruari irtenbidea emateko.

Biktimak atzeratu dezake jokabide bortitzen agerpena, erasotzailearen eskaerak betetzen baditu, baina horiek gero eta handiagoak dira, eta bat-batean eztanda egiten dute, jokabide bortitzak fisikoki edo psikologikoki azalduz. Eraso horiek egoeraren kontrola galtzera eramaten dute biktima, eta zigorrak dira. Gero, erasotzailea damutu egiten da, eta gozotasunez joka dezake; horrek biktimarengan aldaketarako esperantza sor dezake, hurrengo eztanda izan arte (Walker, 1984). Horrela, zikloa behin eta berriro errepikatzen da, baina damu-egoerak gero eta laburragoak dira, eta bortizkeria gero eta gogorragoa. Egoera horretatik ateratzea oso zaila egiten zaio biktimari, tratu txarren maiztasuna eta larritasuna gero eta handiagoa delako eta biktimak baliabide psikologiko gutxiago dauzkalako bertatik ateratzeko.

Berez jokabide bortitzaren agerpenean hainbat faktore azaltzen dira (Echeburúa eta Fernández Montalvo, 1998):

a. *Eraso-jarrera*: matxismoaren ondorio izan daiteke, jeloskortasun-pentsamenduen ondorio, emakumearen jokabideen ebaluazio negatiboaren ondorio, eta bortizkeriaren onarpenaren ondorio.
b. *Amorruaren* egoera emozionala eta haren adierazpen desegokia.
c. *Amiltze-faktoreak:* alkoholaren eta drogen kontsumoa, eguneroko frustrazioak eta egoera estresagarriak.
d. *Erasotzaileak trebetasun gabeziak* ditu komunikazioaren eta arazoen konponbidearen arloan. Gainera, erasotzaileak gehiegizko susmoak ditu, autoestimu urria, enpatia falta, besteen estimuaren gehiegizko beharra, eta abar.
e. *Biktimaren zaurgarritasuna* hautematen du erasotzaileak, eta erasoak ezkutatzeko moduko egoera.
f. *Jokabide bortitzen errefortzua*, erasoak berehalako ondorioak dituelako eta erasotzaileak nahi duena lortzen duelako.

Faktore horiek guztiak abian jartzen dira, gizonak gertakizun negatibo bat jasaten duenean; horrek ondoeza sortzen dio, amorrua eta gertakizunarekiko erantzukizunaren kanpo-egozpenak egiten ditu: ingurukoei egozten die erantzukizuna; horrela, sentitzen duen amorrua jokabide bortitzen bidez modu desegokian adierazten du.

Hala ere jokabide bortitza gehienetan amorruak bultzatutakoa eta bulkaden kontrol desegokiaren ondorioa da, baina batzuetan instrumentala da planifikatua, hotza.

12.7 ERASOTZAILEEN EBALUAZIOA

Hainbat arlo eta tresna erabiltzen dira erasotzaileen ezaugarri psikologikoak ezagutzeko. Hona hemen nagusiak (Echeburúa eta Fernández-Montalvo, 1998).

- **Tratu txarren ebaluazioa**

Erasotzaileen elkarrizketa egituratua (Echeburúa eta Fernández-Montalvo, 1997)

Hainbat arlo ebaluatzen ditu: aldagai soziodemografikoak, lan-zailtasunak, garapena, aurretiko bikoteetan izandako tratu txarrak, gaur egungo bikote- eta familia-egoera, osasuna, aurrekari penalak eta harreman sozialak.

Tratu txarren menpeko aldagaien galdera sorta (Echeburúa eta Fernández-Montalvo, 1997)

6 galdera ditu, eta honako hauek ebaluatzen dituzte: tratu txarren maiztasuna, iraupena, erasotzailearen pertzepzioa, ondorio fisiko eta psikologikoak, eta bikotean izandako eragina.

Galdera sorta horrek bi bertsio ditu, bata erasotzailearentzat eta bestea biktimarentzat.

Emakumeei eta bortizkeriaren erabilerari buruzko pentsamendu distortsionatuen galdetegia (Echeburúa eta Fernández-Montalvo, 1997)

29 galdera ditu (13, emakumeei buruzko distortsio kognitiboak, eta 16, bortizkeriaren ingurukoak), jokabide bortitzak bultzatzen dituen pentsamenduak identifikatzeko. Erasotzaileak bere ohiko jokamoldea identifikatzen duten pentsamenduak markatu behar ditu.

- **Sintoma psikopatologikoen eta beste arlo psikologiko batzuen ebaluazioa**

Galdera sorta hauek erabiltzen dira; gehienak testu honen aurretiko kapituluetan deskribaturik daude.

Hersturaren ebaluazioa: STAI
Depresioaren eta autoestimuaren ebaluazioa: BDI eta Rosenberg-en autoestimuaren eskala.
Desegokitasunaren eskala
SCL-90-R, sintoma psikopatologikoen eskala
AUDIT, alkoholismoa ebaluatzeko eskala

Amorruaren adierazpenaren eskala (STAXI) (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg eta Jacobs, 1988)

10 item dauzka, amorru-egoera ebaluatzen dutenak, eta beste 10, amorratzeko izaera ebaluatzen dutenak. Gainera, 24 galderako beste eskala bat dauka, amorruaren adierazpena ebaluatzen duena (barneko amorrua, kanpoko amorrua, eta horien kontrola).

Bikote-egokitasunaren eskala (DAS) (Spanier, 1976)

32 galdera ditu, eta bikote harremanaren egoera ebaluatzen du. Harreman egokia duten eta gatazkatsuak diren bikoteak bereizteko erabiltzen da. 100 da ebakitze-puntua. 4 arlo balioesten ditu: atsegina, lotura, adostasuna, afektuaren adierazpena.

12.8. ERASOTZAILEEN TRATAMENDU-PROGRAMAK

Erasotzaileen tratamenduaren helburuak dira: emakumeen eta seme-alaben ongizatea babestea, elkarrekin bizitzen jarraitzen badute nahiz banatu egiten badira, erasotzaileak beste bikote bat izan dezakeelako. Egun, tratamenduak bi arlotan egiten dira maila komunitarioan eta espetxeetan (hasi berri dira) (Echeburúa, Amor eta Fernández-Montalvo, 2002).

Erasotzaileen tratamendua eraginkorra da erasotzaileek beren jokabideen ondorio negatiboak onartzen dituztenean, motibatuak daudenean eta aldaketarako nahia azaltzen dutenean (Dutton eta Golant, 1997).

Ez da ohikoa izaten tratu txarrak eragiten dituen gizon batek laguntza eskatzea; askotan, banaketa planteatzen denean eta biktimak edo epaileak presionatzen duenean joaten dira. Oinarrizkoa da benetako motibazioa sorraraztea, haren jokabideak dituen ondorio negatiboez ohartaraztea. Horretarako taldeak egin izan dira; taldeek motibazioa, erantzukizuna eta aldaketarako borondatea suspertzea dute helburu (Corsi, 1995).

Tratamenduaren lehen helburua tratu txarrak eta jokabide bortitzak desagertzea da, eta gero bizikidetza edo banaketa.

Terapiaren oinarriak onartu behar ditu erasotzaileak (Sarasua eta Zubizarreta, 2000; Hamberger, Lohr eta Gottlieb, 2000):

- Edozein egoera agertzen delarik ere, pertsona bakoitza bere jokabideen erantzulea da.
- Bulkada oldarkorrak kontrola daitezke.
- Bortizkeria fisiko eta psikologikoak min fisiko eta psikologikoak eragiten ditu beti.
- Bikote-harremanean gertatzen den bortizkeria ez da onargarria inoiz.
- Bikote-harremana ez da botere- eta kontrol-harremana, elkarrenganako errespetuan eta berdintasunean oinarritu behar da.

Oinarri horiek onartu ondoren hasten da terapia. Erasotzailearen jokabide bortitzak desagertzen badira, eta berriro bizikidetza bada helburua, bikote-terapia egiten da; banaketa bada helburua, aldiz, komunikazioaren eta arazoen irtenbideen arloa lantzen dira bikotekide bakoitzarekin.

Terapiak 5-6 hilabete irauten du, eta urtebeteko jarraipena dauka. Honako hauek dira haren osagaiak (Echeburúa eta Fernández-Montalvo, 1998; Echeburúa, Corral, Fernández-Montalvo eta Amor, 2004):

Alderdi psikopatologikoak	**Teknikak**
Enpatia eta emozioen analfabetismoa	Enpatia eta emozioak adierazteko teknikak (bideoak, autobiografiak, biktimen lekukotasunak, eta abar)
Rol sexualekiko eta bortizkeriarekiko ideia distortsionatuak	Sexu-berdintasunari buruzko heziketa Berregituratze kognitiboa
Kontrolatzen ez den amorrua	Bortizkeriaren zikloaren eta amorruaren adierazpenaren azalpena Time-out Distrakzioa Autoaginduak
Herstura, estresa eta tristuraren kontrola	Lasaiketa Errefortzuzko jarduerak Berregituratze kognitiboa
Jeloskortasun patologikoa	Asetzea Berregituratze kognitiboa
Alkoholaren neurririk gabeko erabilera	Edate kontrolatuaren programa
Autoestimua	Berrebaluazio kognitiboa
Asertibitatea eta komunikazioaren gabeziak	Asertibitatearen eta komunikazio-trebetasunen entrenamendua
Arazoei aurre egiteko zailtasunak	Arazoen konponbideen entrenamendua
Harreman sexualetan arazoak	Sexualitate-heziketa bikotean

Taula horretan azaldu diren arloetan lan egiten da terapian. Batzuetan arlo zehatz bati garrantzi gehiago ematen zaio, pazientearen ezaugarrien arabera. Saioak banaka egiten dira, astean behin; ordu batekoak izaten dira, eta guztira 15-30 saio izaten dira. Terapia ondo badoa, eta jokabide bortitzak desagertu badira, orduan bikote-saioak egiten dira. Terapia bukatu ondoren, jarraipenak egin behar dira gutxienez lehenengo bi urteetan.

Erasotzaileen terapia eraginkorra izan dela uste da, erasotzaileak ideia hauek onartu baditu (Sarasua eta Zubizarreta, 2000):

- Bere jokabidea onartezina dela adierazten du.
- Harremana kontrolatzeko eta menperatzeko eskubiderik ez duela onartzen du.
- Ez du bortizkeria erabiltzen, eta ez du mehatxatzen, ez dio biktimari beldurrik eragiten.

- Ez dio bikoteari kulpa sentiarazten, zerbait gaizki doanean.
- Bikotearen iritzia eta ezetz esateko eskubidea errespetatzen ditu.
- Sentimenduak errespetatzen ditu.
- Ez du bikotearen askatasuna eta independentzia mugatzen.
- Onartzen du bere jokabidean izandako aldaketa beti mantendu behar dela.

- **Ondorioak**

Batzuetan gizartean zalantzan jartzen da erasotzaileak tratatu behar diren ala ez, baina tratatzeak ez du esan nahi beren jokabideen erantzule ez direnik. Horrela, egun tratu txarrek 6 hilabetetik 3 urtera bitarteko zigorra dute, baina gehienetan erasotzaileak ez dira kartzelara joaten edo joaten direnean denbora gutxi pasatzen dute bertan. Beraz, berriro irtengo dira, eta haien jokabideak errepikatzeko arrisku handia egongo da. Gainera, askotan biktimak ez du harremana hausten. Beraz, tratu txarrek irauteko arriskua handia da, eta banaketak daudenean askotan harremana mantendu behar da, arrazoi ekonomikoengatik edo seme-alabekiko harremana dela eta.

Tratamendu psikologikoak erasotzailearen jokabide bortitzaren kontrola eragiten du, eta gizon horiek errealitateari eta eguneroko zailtasunei aurre egiteko dituzten trebetasun gabeziak lantzen ditu. Horrela, biktima babesten da, eta etorkizunean ager daitezkeen jokabide bortitzak prebenitzen dira (Echeburúa eta Corral, 2004).

Egun aplikatzen diren terapia psikologikoen emaitzak esperantzagarriak dira, nahiz eta terapia baztertzen, ukatzen eta uzten dutenen proportzioa handia izan (% 50, gutxi gorabehera) (Corsi, 1996). Terapia psikologikoek tratu txarren jokabideen maiztasuna gutxitzen dute, eta biktimaren eta erasotzailearen egoera psikologikoa hobetzen dute (Austin eta Dankwort, 1999; Babcock eta Steiner, 1999). Etorkizunean motibazioa lantzeko eta hobetzeko estrategiak garatu beharko dira (Eckhardt, Babcock eta Homack, 2004).

OINARRIZKO BIBLIOGRAFIA

Orokorrak

Berkowitz, L. (1996). ***La agresión. Sus causas, consecuencias y control*.** Bilbo. DDB.

Corsi, J. (1994). ***Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*.** Buenos Aires. Paidós.

Echeburúa, E. (1994). ***Personalidades violentas*.** Madril. Pirámide.

Echeburúa, E. eta Corral, P. (1998). ***Manual de violencia familiar*.** Madril. Siglo XXI.

Gonzalez, R. eta Santana, J. (2001). ***Violencia en parejas jóvenes*.** Madril. Pirámide.

Rodriguez, A., Almendros, C., Escartín, J., Porrúa, C., Martín-Peña, J., Javaloy, F. eta Carrobles, J.A. (2005). "Un estudio comparativo de las estrategias de abuso psicológico: en pareja, en el lugar de trabajo y en grupos manipulativos". ***Anuario de Psicología*, 36,** 299-314.

Sarasua, B. eta Zubizarreta, I. (2000). ***Violencia en la pareja*.** Málaga. Aljibe.

Biktimak

Alapont, P. (2003). ***El infierno de Marta*.** Valentzia. Alger.

Caño, X. (1995). ***Maltratadas. El infierno de la violencia sobre las mujeres*.** Madril. Temas de Hoy.

Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. eta Zubizarreta, I. (1996). "Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto". ***Análisis y modificación de conducta*, 22,** 627-654.

Labrador, F.J., Rincón, P., Luis de P. eta Fernández-Velasco, R. (2005). ***Mujeres víctimas de la violencia doméstica*.** Madril. Pirámide.

Erasotzaileak

Corsi, J. (1995). ***Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*.** Buenos Aires. Paidós.

Deffenbacher eta Lynch (1998). "Intervención cognitivo-conductual para el control de la ira" *in* V. Caballo. ***Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*.** Madril. Siglo XXI.

Dutton, D.G. eta Golant, S.K. (1997). ***El golpeador. Un perfil psicológico*.** Buenos Aires. Paidós.

Echauri, J.A., Romero, J., Rodriguez, M.J. (2005). “Teoría y descripción de la violencia doméstica. Programa terapéutico para maltratadores del ámbito familiar en el centro penitenciario de Pamplona”. ***Anuario de Psicología Jurídica*, 15,** 67-95.

Echeburúa, E., Amor, P.J. eta Fernández-Montalvo, J. (2002). ***Vivir sin violencia*.** Madril. Piramide.
McKay, McKay eta Rogers (1993). ***Venza su ira: controle su comportamiento agresivo*.** Bartzelona. Robin Book.

Weisinger, H. (1988). ***Técnicas para el control del comportamiento agresivo*.** Bartzelona. Martinez Roca.

Beste bortizkeria mota batzuk

Bortizkeria psikologikoa

Hirigoyen (1999). ***El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*.** Bartzelona. Paidos.

Hirigoyen (2001). ***El acoso moral en el trabajo*.** Bartzelona. Paidos.

Piñuel, I. (2001). ***Mobbing*.** Santander. Sal Terrae.

Eraso sexualak

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

Marshall, W.L. (2001). ***Agresores sexuales*.** Bartzelona. Ariel.