Psikopatologia

Mikel Haranburu Oiharbide
Nekane Balluerka Lasa
Arantxa Gorostiaga Manterola
Jesús Guerra Plaza

ueu

PSIKOPATOLOGIA

Mikel Haranburu Oiharbide
Nekane Balluerka Lasa
Arantxa Gorostiaga Manterola
Jesús Guerra Plaza

Udako Euskal **Unibertsitatea**
Bilbo, 2014

© Udako Euskal Unibertsitatea
© Mikel Haranburu, Nekane Balluerka, Arantxa Gorostiaga, Jesús Guerra

ISBN: 978-84-8438-514-1
Lege-gordailua: BI-287-2014

Inprimategia: PRINTHAUS S.L., Bilbo
Azalaren diseinua: Igor Markaida
Hizkuntza-zuzenketen arduraduna: Ander Altuna Gabiola

Banatzaileak: UEU. Erribera 14, 1. D BILBO telf. 946790546 Faxa. 944793039
Helbide elektronikoa: argitalpenak@ueu.org
www.ueu.org

Elkar Banaketa: Igerabide, 88 DONOSTIA

Galarazita dago liburu honen kopia egitea, osoa nahiz zatikakoa, edozein modutara delarik ere, edizio honen Copyright-jabeen baimenik gabe.

Nahaste neurokognitiboak dituzten
pertsonen zaintzaileei

Aurkibidea

1. PSIKOPATOLOGIARAKO SARRERA 13
1.1. Normaltasuna eta anormaltasuna 13
1.2. Psikopatologiako ereduak 14
1.3. Nahasteen sailkapen motak 17
1.4. Sailkapen-sistemak 19
1.5. Praktikak 27

2. ALDARTE-NAHASTEAK 29
2.1. Aldarte-nahaste motak 29
2.1.1. Polo bakarreko aldarte-nahastea. Depresio nagusiaren nahastea ... 31
2.1.2. Nahaste distimikoa 34
2.1.3. Nahaste bipolarrak 36
2.1.4. Ziklotimia 38
2.2. Aldarte-nahasteen maiztasuna 38
2.3. Barne-herstura eta depresioa 40
2.4. Aldarte-nahasteen kausak 40
2.4.1. Kausa biologikoak 40
2.4.2. Kausa psikologikoak 42
2.4.3. Faktore soziokulturalak 43
2.5. Aldarte-nahasteen tratamendua 44
2.6. Suizidioa 46
2.7. Praktikak 49

3. BARNE-HERSTURAKO NAHASTEAK 55
3.1. Barne-herstura orokortuko nahastea 56
3.2. Izu-ikararen nahastea, agorafobiarekin eta agorafobiarik gabe 58
3.3. Fobia espezifikoa 62
3.4. Fobia soziala 64
3.5. Nahaste obsesibo-konpultsiboa 66
3.6. Estres akutuko nahastea 68

3.6.1. Estres akutuko nahastearen eta trauma osteko estreseko nahastearen arteko aldeak 70
3.7. Trauma osteko estreseko nahastea 70
3.8. Praktikak 75

4. ESKIZOFRENIA..... 83
4.1. Sarrera 83
4.2. Deskribapen klinikoa 84
4.3. Eskizofrenia motak 91
4.4. Nahaste eskizofreniformea..... 93
4.5. Nahaste eskizoafektiboa..... 94
4.6. Eldarniozko nahastea 95
4.7. Nahaste psikotiko laburra 97
4.8. Eskizofreniaren prebalentzia..... 98
4.9. Eskizofreniaren garapena..... 98
4.10. Eskizofreniaren etiologia 100
4.11. Diagnostiko diferentziala 105
4.12. Eskizofreniaren tratamendua 107
4.13. Praktikak 110

5. NAHASTE SOMATOMORFO ETA DISOZIATIBOAK.....115
5.1. Nahaste somatomorfoak.....116
5.1.1. Hipokondriasia.....116
5.1.2. Somatizazio-nahastea.....119
5.1.3. Konbertsio-nahastea..... 122
5.1.4. Minagatiko nahastea 127
5.1.5. Gorputz dismorfikoaren nahastea (dismorfofobia)..... 128
5.1.6. Nahaste somatomorfo espezifikatu gabea 131
5.1.7. Nahaste faktizioa 132
5.2. Disoziazio-nahasteak 135
5.2.1. Despertsonalizazio-nahastea 135
5.2.2. Disoziazio-amnesia..... 137
5.2.3. Disoziazio-ihesa..... 138
5.2.4. Trantze disoziatiboaren nahastea 139
5.2.5. Identitate disoziatuaren nahastea 140
5.3. Praktikak 145

6. LOAREN NAHASTEAK..... 149
6.1. Sarrera..... 149
6.2. Loaldiko faseak 149

6.3. Loaren nahasteen sailkapena (DSM-IV-TR, APA, 2000) 151
6.4. Loaren nahaste primarioak: disomniak eta parasomniak..... 151
6.4.1. Disomniak 152
6.4.1.1. Insomnioak..... 152
6.4.1.2. Hipersomnia primarioa..... 154
6.4.1.3. Narkolepsia..... 154
6.4.1.4. Loaldiko apnearen sindromea 156
6.4.1.5. Erritmo zirkadianoei loturiko nahasteak 158
6.4.1.6. Disomnien tratamendua..... 160
6.4.2. Parasomniak..... 161
6.4.2.1. Amesgaiztoak..... 161
6.4.2.2. Gau-izualdiak 162
6.4.2.3. Sonanbulismoa 163
6.4.2.4. REM loaldiarekin elkarturiko portaera-nahastea (REM Sleep Behavior Disorder)..... 164
6.4.2.5. Loaldiko paralisia..... 165
6.5. Beste nahaste mental batekin erlazionaturiko loaren nahasteak..... 165
6.6. Gaixotasun mediko baten ondorioz sortutako loaren nahastea..... 166
6.6.1. Gaueko mioclonusa eta zango geldiezinen sindromea 166
6.7. Substantzien kontsumoak eragindako loaren nahasteak..... 167
6.8. Praktikak 167

7. SUBSTANTZIA PSIKOAKTIBOEKIN LOTURIKO NAHASTEAK 175
7.1. Sarrera..... 175
7.2. Droga motak..... 176
7.2.1. Droga depresoreak 177
7.2.1.1. Alkohola 177
7.2.1.1.1. Alkoholaren efektuak..... 177
7.2.1.1.2. Alkoholarekiko mendetasunaren maiztasuna 180
7.2.1.1.3. Alkoholarekiko mendetasunaren garapena ... 180
7.2.1.1.4. Alkoholarekiko mendetasunaren etiologia 180
7.2.1.1.5. Alkoholarekiko mendetasunaren tratamendua182
7.2.2. Opiazeoak eta barbiturikoak 184
7.2.2.1. Opiazeoak..... 184
7.2.2.2. Barbituriko eta lasaigarriak 186
7.2.3. Droga edo substantzia estimulatzaileak..... 188
7.2.3.1. Kokaina 188
7.2.3.2. Anfetaminak 190
7.2.3.3. Nikotina..... 191
7.2.3.4. Kafeina 191

7.2.4. LSD eta beste haluzinogenoak 192
7.2.4.1. LSD eta beste haluzinogeno batzuk 192
7.2.4.2. Marihuana..... 194
7.3. Patologia bikoitza eta komorbilitatea..... 196
7.4. Drogekiko mendetasunaren kausak 196
7.5. Drogekiko mendetasunaren tratamendua..... 199
7.6. Praktikak 201

8. ELIKADURAREN NAHASTEAK..... 209
8.1. Sarrera..... 209
8.2. Elikaduraren nahaste kuantitatiboak 211
8.2.1. Gutxiegi jateagatik gertatzen diren elikadura-nahasteak: anorexia.....211
8.2.1.1. Zer bereizgarri ditu anorexikoak 212
8.2.1.2. Anorexiaren maiztasuna 213
8.2.1.3. Anorexia motak 214
8.2.1.4. Anorexiaren garapena..... 214
8.2.1.5. Anorexiaren etiologia 215
8.2.1.6. Komorbilitatea..... 218
8.2.1.7. Prebentzioa 218
8.2.1.8. Diagnostikoa..... 220
8.2.1.9. Prognosia 220
8.2.1.10. Tratamendua 220
8.2.2. Gehiegi jateagatik gertatzen diren elikadura-nahasteak 222
8.2.2.1. Bulimia 222
8.2.2.2. Espezifikatu gabeko elikadura-nahastea..... 227
8.3. Elikaduraren nahaste kualitatiboak 229
8.3.1. Merizismoa 229
8.3.2. Pika edo alotriofagia 229
8.3.3. Ortorexia nerbiosoa..... 229
8.4. Praktikak 230

9. NAHASTE NEUROKOGNITIBOAK..... 233
9.1. Sarrera..... 233
9.2. Dementziak edo nahaste neurokognitiboak 233
9.3. Nahaste neurokognitibo motak 236
9.3.1. Alzheimerren gaixotasunak eragindako nahaste neurokognitiboa 237
9.3.1.1. Sarrera..... 237
9.3.1.2. Deskribapena 237

9.3.1.3. Garapena 239
9.3.1.4. Epidemiologia 241
9.3.1.5. Etiologia 242
9.3.1.6. Diagnostiko diferentziala 244
9.3.1.7. Tratamendua 246
9.3.1.7.1. Alzheimerren gaixotasunaren tratamendu psikologikoa 247
9.3.1.8. Alzheimerraren eragina familian 249
9.3.1.9. Gaixotasunaren faseetarako aholkuak 250
9.3.2. Lewy-ren nahaste neurokognitibo nagusia 251
9.3.3. Dementzia edo nahaste neurokognitibo fronto-tenporala 253
9.3.4. Dementzia baskularra edo nahaste neurokognitibo baskularra 255
9.3.5. Baldintza mediko orokorrek eragindako dementzia 257
9.3.5.1. Hartutako immunoeskasiaren sindromea 257
9.3.5.2. Creutzfeldt-Jakob-en gaixotasuna 258
9.3.5.3. Huntington-en gaixotasuna 259
9.3.5.4. Parkinson-en gaixotasuna 260
9.3.5.5. Pick-en gaixotasuna 260
9.3.5.6. Garezurreko traumatismoak eragindako dementzia 262
9.3.6. Substantzien edo sendagaien kontsumoak eragindako nahaste neurokognitiboa edo dementzia iraunkorra 263
9.3.7. Sindrome amnesikoa 265
9.3.8. Deliriuma 265
9.4. Praktikak 266

10. ARRETAREN ALTERAZIO ETA NAHASTEAK 279
10.1. Sarrera 279
10.2. Arreta-gabezia eta hiperaktibitatea 280
10.2.1. Garapen historikoa 280
10.2.2. AGNHaren deskribapena eta azpimotak 283
10.2.3. AGNHaren lehen mailako ezaugarriak 284
10.2.3.1. Arreta-gabezia 284
10.2.3.2. Hiperaktibitatea 286
10.2.3.3. Oldarkortasuna edo inhibizioaren kontrol-gabezia 287
10.2.3.4. Funtzio exekutiboak 289
10.2.4. Nahaste elkartuak 291
10.2.5. Komorbilitatea 298
10.2.6. Prebalentzia 300
10.2.7. Diagnostiko diferentziala 300
10.2.8. Ebaluazio-prozedura 303

10.2.9. Tratamendua 304
10.2.9.1. Tratamendu biokimikoa 304
10.2.9.2. Portaera aldatzeko teknikak 306
10.2.9.3. Tratamendu konbinatua 308
10.2.9.4. Tratamendu kognitibo-konduktuala 309
10.3. Praktikak 310

11. PARAFILIAK, ABUSU SEXUALA ETA GENERO-IDENTITATEAREN NAHASTEAK 319
11.1. Parafiliak 319
11.1.1. Exhibizionismoa 320
11.1.2. Voyeurismoa 321
11.1.3. Fetitxismoa 322
11.1.4. Masokismo sexuala 324
11.1.5. Sadismo sexuala 325
11.1.6. Frotteurismoa 326
11.1.7. Paidofilia 327
11.2. Abusu sexuala 328
11.2.1. Intzestua 329
11.2.2. Bortxaketak 329
11.3. Parafilien epidemiologia 331
11.4. Parafilien etiologia 331
11.5. Parafilietarako terapiak 332
11.6. Genero-identitatearen nahasteak 333
11.7. Praktikak 335

12. BULKADEN KONTROLAREN NAHASTEAK 337
12.1. Diru-xahutzaile eta erosle konpultsiboak 337
12.2. Joko patologikoa 338
12.2.1. Joko patologikoaren eboluzioa 338
12.2.2. Joko patologikoaren deskribapena 339
12.2.3. Joko patologikoaren etiologia 341
12.2.4. Joko patologikoan jarraitzen laguntzen duten faktoreak 341
12.2.5. Joko patologikoaren ebaluazio eta diagnostikoa 342
12.2.6. Joko patologikoaren tratamendua 342
12.3. Kleptomania 344
12.4. Piromania 345
12.5. Eztandazko nahaste etenkaria 345
12.6. Trikotilomania 346
12.7. Praktikak 347

13. PSIKOPATOLOGIAKO ZEINU ETA SINTOMAK 351
13.1. Kontzientziako eta identitateko asalduak 351
13.2. Arretaren asalduak 353
13.3. Hautematearen asalduak 354
13.3.1. Hautematearen distortsioak 355
13.3.2. Hautemate-iruzurrak 356
13.4. Oroimenaren arazoak 359
13.4.1. Oroitzapenaren nahasteak 359
13.4.1.1. Amnesia 359
13.4.1.2. Hipermnesia 360
13.4.1.3. Paramnesia 360
13.4.2. Ezagutzaren asalduak 361
13.5. Pentsamenduaren nahasteak 362
13.5.1. Pentsamenduaren formaren nahasteak 362
13.5.1.1. Nahaste kuantitatiboak 362
13.5.1.2. Nahaste kualitatiboak 362
13.5.2. Pentsamenduaren edukiaren nahasteak 363
13.5.2.1. Nahaste kuantitatiboak 363
13.5.2.2. Nahaste kualitatiboak 363
13.5.3. Ideia obsesiboak 366
13.6. Mugimenaren nahasteak 366
13.6.1. Gehiegizko mugimenduak 366
13.6.2. Gutxiegizko mugimenduak 368

14. PSIKOPATOLOGIAREN LABURPENA 369
14.1. Aldartearen nahasteak 369
14.2. Barne-hersturako nahasteak 369
14.3. Eskizofrenia 370
14.4. Nahaste somatomorfoak eta disoziatiboak 371
14.5. Loaren nahasteak 372
14.6. Substantziekin lotutako nahasteak eta mendekotasun-nahasteak 373
14.7. Elikaduraren nahasteak 374
14.8. Nahaste neurokognitiboak edo dementziak 374
14.9. Arreta-gabezia eta hiperaktibitatearen nahastea 375
14.10. Parafiliak eta genero-identitatearen nahasteak 376
14.11. Bulkaden kontrolaren nahasteak 376

ERREFERENTZIA BIBLIOGRAFIKOAK 379

1. Psikopatologiarako sarrera[1]

1.1. NORMALTASUNA ETA ANORMALTASUNA

Psikopatologiak nahaste psikikoen bereizgarriak eta garapena deskribatzen ditu, nahasteak diagnostikatzeko bitartekoak eskaintzen ditu, nahasteen prognosia egiten du, eta nahasteak gainditzeko terapia egokien berri ematen.

Psikopatologiari buruzko liburu batek hasieratik garbi eduki behar ditu normaltasunaren eta anormaltasunaren irizpideak. Nahaste psikikoei buruz hitz egin baino lehen, hau erabaki behar da: zein diren izaera edo portaera normalaren eta anormalaren irizpideak eta zein diren pertsonaren ezaugarriak normaltzat edo anormaltzat hartzeko irizpideak.

Normaltzat hartuko dira pertsona bati ingurunera egokitzen laguntzen dioten portaera eta ezaugarriak. Era berean, normaltzat hartuko dira pertsonaren nahiz ingurukoen garapenari laguntzen dioten bereizgarri eta jokaerak.

Portaera, sentimendu edo jarduera mental bat desbideratutzat edo anormaltzat hartzeko hainbat irizpide hartu behar dira kontuan:

- Portaera anormala ez da oso ohikoa izaten, maiztasun estatistikoaren arabera. Adibidez, depresioa duten pertsonak gutxiengo bat izaten dira populazio osoan. Baina maiztasun gutxiko portaera guztiak ez dira patologikoak. 150eko adimen-koefizientea oso ohikoa ez izateak ez du esan nahi bereizgarri patologikoa denik.
- Gizarteko arauak haustea ere anormaltasunaren ezaugarritzat har liteke, baina horrek ez du esanahi arauak hausten dituzten guztiak anormaltasunaren barnean sartzen direnik.
- Anormaltasunaren beste irizpide bat hark eragiten duen sufrikarioa da: portaera anormalak sufrikarioa eragiten du egilearengan eta besteengan; baina nahaste batzuek ez dute sufrikariorik sortzen.
- Anormaltasunaren irizpide garrantzitsua da hark eragiten duen ezintasun- edo disfuntzio-maila; baina, nahaste guztiek ez dute lan-arloko edo harreman-arloko ezintasunik edo disfuntziorik eragiten. Beharrezkoa da portaera edo sentimendu bat gertatzen den testuinguruko baldintzak kontuan hartzea, eta

1. Lan honek parte hartu du UPV/EHUren Euskara eta Eleaniztasun Errektoreordetzak antolaturiko Euskarazko ikasmaterialgintza sustatzeko 2012ko deialdian

baldintza horien arabera egokitzapenerako baliagarritasunik duen ala ez aztertzea.

– Psikopatologiak dituzten pertsonek ez dute garapen sozial, afektibo, intelektual eta fisiko egokirik lortzen, eta ingurukoei ere ez diete garapen horretan laguntzen. Hala ere, kontuan izan behar da pertsona guztiek dutela psikopatologia-maila bat, eguneroko bizitzako portaeretan agertzen dena; horrek ez du esanahi osasun mental onik ez dutenik. Asaldu mentalaren mailak daude, eta maila guztietan ez da osasun-gabeziarik gertatzen.
– Azkenik, osasuna ez da gaixotasun-gabezia, ongizatearen presentzia baizik. Pertsonaren garapen fisiko, intelektual eta afektiborako aukera ematen du osasunak.

1.2. PSIKOPATOLOGIAKO EREDUAK

Gertaera patologikoak eta nahaste mentalak aztertu nahi ditugunean, pertsonaren izaerako eta portaerako zer gertakari behatu behar ditugun erabaki behar dugu lehenik. Errealitate psikologikoko hainbat gertakaritatik errealitate patologikoa azaltzeko balio duten irizpide, zeinu eta sintomak aukeratuko ditugu. Gertaera patologikoak azaltzeko, eraikuntzetan, sintometan, zeinuetan, koadroetan eta sindromeetan ordenatu eta sailkatuko ditugu errealitateko datuak.

Prozesu organiko anormalen adierazle objektiboak dira zeinuak; zuzenki behatuak (begiradaz) edo zeharka behatuak (testen bidez) izan daitezke. Prozesu organiko edo funtzionalen adierazle subjektiboak (gaixoaren kexuak) dira sintomak. Teoriek gertaeren azalpenak ematen dizkigute, eta frogatu daitezkeen proposizio eta baieztapenez osatuak daude. Ereduek, berriz, teoriek baino aplikazio-eremu zabalagoa dute: iker-eremua ordenatu eta kontzeptualizatzeko forma orokorrak dira, egiaztagarriak ez diren hipotesi orokorrez osatuak, gertaera garrantzitsuak aukeratzen laguntzen dutenak; paradigmaren sinonimotzat hartu izan dira. Anormala zer den azaltzeko, ikerketa egin eta aurkikuntzak interpretatzeko orientazio orokorrak ematen dituzte ereduek. Horien barruko hipotesi batzuk ez dira egiaztagarriak, baina aztertu nahi den errealitatea definitzeko erabiltzen dira.

Koadro kliniko edo nahaste mental moduan antolatzen diren zeinu eta sintoma multzoak dira sindromeak. Zeinu eta sintomen antolamendu horiek aukera ematen digute nahaste bakoitzari dagokion tratamendua zehazteko. Ondorioz, nahastearen diagnostikoa egitea baliagarria izango da nahasteari dagokion tratamendua emateko. Bestalde, nahaste mentalen sailkapenak baditu inplikazio politiko eta sozialak, osasun mentaleko profesionalek trata ditzaketen arazoak zehazten baitituzte.

Hainbat eredu erabili izan dira nahaste mentalak aztertzeko:

– *Eredu biologikoa*k gaixotasun moduan interpretatzen du pertsona baten izaera edo portaera anormala. Gaixotasunaren sustraian garunaren egiturako nahaste edo asaldu bat dagoela suposatzen du eredu horrek, eta sindrome

kliniko kategorikoetan edo «gaixotasun mental»etan sailkatuko ditu nahastearen adierazpen objektiboak (zeinuak) eta subjektiboak (sintomak). Hau da, kategoria kliniko bat kualitatiboki bereiziko da beste kategoria kliniko batetik edo klinikoa ez den portaera edo izaeratik.

Eredu biologikoak gaixotasun somatikoen ereduari jarraitzen dio, eta gaixotasun mentalak kategoriatan sailkatzen ditu, sintomen, etiologiaren eta pronostikoaren arabera; gaixotasun mental bera dutenek etiologia, tratamendu eta pronostiko bera izango dute.

Eredu biologikoak ez du kontuan hartzen asaldu biologikoan eragina dutela inguruko faktoreek eta ikaskuntza-faktoreek. Ez du kontuan hartzen portaera anormal guztiak ez daudela nahaste biologikoei lotuak. Ez du kontuan hartzen nahaste psikopatologiko askoren etiologia ezezaguna dela eta pronostikoa ezin dela ziurtatu. Horregatik, *gaixotasun* terminoaren ordez *nahaste* terminoa erabiltzea egokiagoa izan liteke, horrek ez baitu inplikatzen etiologia eta pronostiko komun eta ezagunik.

Nahaste mental bat desoreka kimiko baten emaitza dela pentsatzen badugu, eredu lerrokatu batean edo dimentsio bakarreko eredu batean kokatuak gaude. Nahaste mentala desoreka kimiko batek eragin duela, baina desoreka kimiko hori emozioen, kognizioen, gizartearen eta kulturaren ingurune batean txertatua dagoela pentsatzen badugu —hots, portaera anormalaren zergatiak askotarikoak direla pentsatzen badugu eta kausa konkretu bakoitza testuinguruan kokatzen badugu—, dimentsio anitzeko eredu batean edo eredu sistemiko batean kokatzen gara.

– *Portaeraren eredua* eredu biologikoaren gabeziak gainditzeko asmoz garatu zen, ikaskuntzaren psikologiaren ekarpenetan oinarrituta. Baldintzapen klasikoaren eta operantearen ikuspegitik ulertzen zituen portaera normala eta patologikoa. Eredu honek eredu biologikoaren ikuspegi etiologikoa gainditu zuen: moldaerazkoak ez diren aztura moduan ulertzen zituen portaera psikopatologikoak, eta ez kausa batzuen ondorio moduan. Alde horretatik, gaixotasunaren jatorri somatikoa baztertu egiten du. Eredu honentzat ez dago marra edo haustura kategorikorik portaera normal eta anormalaren artean; bien artean jarraipen kuantitatibo bat dago. Ikuspegi honen arabera, pertsona batek ingurunearekin dituen harremanetan sortzen dira patologiak.
– *Eredu kognitiboa*k kinadaren eta erantzunaren arteko prozesu mentalei ematen die garrantzia. Alde horretatik, pertsona baten portaera desegokia ulertzerakoan berebiziko garrantzia hartzen dute pertsona horren igurikapen, egozpen eta prozesaketa kognitiboek. Eredu kognitiboaren arabera, pertsona guztiok zientzialarien gisa funtzionatzen dugu; hau da, ingurunean zer gertatuko den iragarri nahi izaten du pertsonak, ingurune hori interpretatzen duten konstruktuetan oinarrituta. Konstruktu horiek gertaerak edo egitateak

gaizki iragartzen dituztenean, pertsonak zientzialari txarraren moduan jokatzen du eta patologian murgiltzen da.

– *Eredu estatistikoa*ren arabera, pertsona baten izaera definitzen duten bereizgarriek banaketa normala dute pertsona hori inguratzen duen populazio orokorrean. Maiztasun handia duena da normala, eta maiztasun txikikoa edo normalitatetik gehiegi aldentzen dena da psikopatologikoa. Beraz, normala denaren eta anormala denaren arteko aldeak kuantitatiboak dira. Kontuan izan behar da, ordea, badirela portaera batzuk maiztasun gutxikoak edo ohikoak ez direnak baina psikopatologikoak ez direnak, hala nola sormen artistikoa.

– *Eredu sozial eta pertsona artekoa*ren arabera, arau sozialek edo adostasun sozialak eta inguruneak ezarritako rolera ongi egokitzeak erabakitzen du zer den normala eta zer psikopatologikoa. Normala eta psikopatologikoa zer den eraikuntza sozialaren edo konbentzioaren arabera definitzen da.

  Moldagarritasunaren ikuspegia bat dator irizpide sozialarekin: ingurune batera egokitzen dena eta testuinguru sozialean maiztasun gehien duena litzateke normala, eta batez besteko sozialetik aldentzen dena, anormala. Testuinguru sozialean eta kulturalean ohikoak ez diren edo ustekabekoak diren kognizio, emozio edo portaeren bidez agertzen da anormaltasuna edo psikopatologia. Kultura-inguruneak erabakitzen du zer den normala eta zer den patologikoa. Alde horretatik, gizarte batean normaltzat hartzen dena anormala gerta daiteke beste batzuetan. Adibidez, gure kulturan anormaltzat har daiteke trantzean egotea, baina beste kultura batzuetan normaltzat hartzen da.

  Moldagarritasuna ezin daiteke izan normala eta psikopatologikoa bereizteko irizpide nagusia. Ingurunera egokitzea eta normalitatea ez dira gauza bera. Arau sozialak haustea ezin izan daiteke psikopatologia diagnostikatzeko irizpide nagusia. Esate baterako, Hitlerrek edo naziek ezarritako arauak haustea ezin har liteke anormaltasunaren irizpidetzat.

  Jokaeraren funtzionalitatearen ikuspegitik, jokaera patologikoa pertsonaren askatasun-maila jaitsarazten duena da, arauetatik aldentzen dena baino gehiago. Neurosiak eta psikosiak pertsonaren garapenerako aukerak gutxitzen dituzte.

– *Eredu subjektiboaren edo pertsona barneko irizpidea*ren arabera, pertsonak berak ematen du bere egoerari buruzko iritzia. Pertsonak berak duen ongizate- edo sufrikario-maila erabiltzen da psikopatologiarik dagoen jakiteko irizpide moduan. Funtzio kognitiboen, emozionalen eta portaerazkoen artean haustura bat gertatzen denean, sufrikario- eta herstura-maila igotzen da, eta portaera patologikoa agertzen da.

Baina sufrikarioak ez du beti portaera anormala eragiten. Dolu-egoeran sufrikarioa nabarmena bada ere, ez du ezinbestean portaera anormalik eragiten. Aitzitik, gerta daitezke sufrikario gabeko patologiak, gehiegizko pozarekin lotzen diren pasarte maniakoetan gertatu ohi den moduan. Pertsona batzuek patologia jasaten dute, horretaz kexatzen ez badira ere edo kontziente ez badira ere (dementzietan gertatzen den moduan), eta beste pertsona batzuek sufrikario psikologikoa agertzen dute, psikopatologiarik izan ez arren.

Gainera, pertsona barneko irizpide hauek ez dituzte kontuan hartzen portaera patologikoak gizarte-ingurunean dituen ondorenak. Norbere sufrikarioarekin batera bestearena kontuan hartzen duena irizpide algedonikoa da (Kurt Schneider, 1959); portaera patologikoak gizarte-ingurunean dituen ondorioak kontuan hartzen ditu irizpide algedonikoak.

1.3. NAHASTEEN SAILKAPEN MOTAK

Nahaste psikologiko bat duenak ezin izaten ditu egin pertsona normal batek egin ditzakeen jarduerak, arazo fisikorik ez badu ere; eten egiten du portaeraren, kognizioen eta emozioen erregulazioaren mailako funtzionamendua; herstura eta sufrikarioa sentitzen ditu, eta horrek harreman normalak izatea edo lana eta beste jarduera garrantzitsu batzuk normal egitea eragozten dio; bere ingurunean edo kulturan normala eta ohikoa ez den portaera bat agertzen du.

Beraz, inguruko estresagarriei ohikoa ez den erantzun bat ematea ez da besterik gabe patologikotzat hartzen. Portaera patologikoa ezohikoa da, desberdina da, baina gainera arazoak edo sufrikarioak eragiten dizkio portaera hori egiten duenari. Portaera desbideratua pertsonaren disfuntzio batetik dator, eta eragozpen garrantzitsuak eragiten ditu haren garapenean eta ingurukoen ongizatean.

Pertsona baten izaera, kognizioak, afektuak eta portaera aztertzerakoan, bi estrategia erabil ditzakegu:

- Estrategia idiografikoa: pertsona bakoitzaren kulturaren, ingurunearen eta izaeraren bakartasuna eta berezitasuna aztertzen dugu, eta hura banaka tratatzen saiatzen gara.
- Estrategia nomotetikoa: konpondu nahi dugun arazoa arazo mota baten barruan aztertzen dugu; arazo mota bati buruz dakigun guztia baliatzen dugu banakoaren arazoa konpontzeko. Esate baterako, ziklotimia aldarte-nahasteen taldean sailkatzen dugu, eta aldarte-nahasteei buruz dakigun guztia baliatzen dugu ziklotimia konpontzeko. Horrela, taxonomia-sistema erabiltzen dugunean, arazo mota bati buruzko informazio eta esperientzia pilatua baliatzen dugu, eta banakoen arazoen aurrean ez gara etengabe hutsetik abiatzen.

Portaera edo gertaera psikopatologikoak sailkatzeko hiru sailkapen mota erabil daitezke:

- Sailkapen *kategorikoa* erabiltzen duenak garbi bereizten ditu pertsonaren portaera normalak edo anormalak. Pertsonaren portaerak kategoria batean edo bestean kokatzen ditu. Nahasteen kategoriak itxiak dira, eta muga garbien bidez bereizten dira beste kategorietatik.

  Nahaste motak diskretuak eta bereziak dira: mota bakoitzak homogeneotasun bat du sintometan eta antolamenduan; kausa argiak, bereziak, diskretuak, ezinbestekoak eta askiak ditu. Nahaste bat izateko haren irizpide edo baldintza guztiak bete behar dira.

  Medikuntzan oso erabilia izan da sailkapen mota hau, baina ez dago argi psikologian oso erabilgarria ote den; izan ere, psikologian gauzak ez dira hain bakunak. Esate baterako, ziklotimia, nahaste bipolarra, depresio nagusia eta distimia ez dira entitate erabat independenteak; elkarren artean komorbilitate handia dute. Eredu kategorikoa hobeto egokitzen da medikuntzara psikologiara baino.

- *Dimentsiozko* hurbilketa: eremu klinikora hobeto egokitzen da dimentsiozko hurbilketa, estrategia kategorikoa baino. Dimentsiozko hurbilketak *continuum* beraren ertz moduan hartzen ditu normaltasuna eta patologia, eta ez gertaera bereizi eta esklusibo moduan. Dimentsiozko estrategian pertsonaren portaera tipikoa portaeren intentsitate ezberdinen emaitza moduan interpretatzen da. Intentsitate ezberdineko portaera horiek hainbat esparrutakoak dira: aldartea, erasokortasuna, barne-herstura, barnerakoitasuna. Dimentsio horietako bakoitzean pertsona bakoitza ezberdina da: puntuazio txikienetik handienera bitarteko tartean koka liteke.

  Portaera patologikoaren eta normalaren arteko bereizketa dimentsiozkoa izaten da kategorikoa baino gehiago. Dimentsiozko irizpideak hau aztertzen du patologiak definitzeko: portaera bat normala denetik zenbateraino aldentzen den. Anormaltasuna eta disfuntzioa ertzetan kokatzen dira. Gehiegizko intentsitatea apaltzera eta gutxiegizko intentsitatea igotzera jotzen du terapiak. Dimentsiozko ikuspegia hartzen bada, portaera normala eta anormala kuantitatiboki bereiziko dira, eta erabat normala edo anormala den portaeraz baino gehiago hitz egingo da maila ezberdineko psikopatologiez. Beraz, patologia batzuk beste batzuk baino hurbilago egongo dira normaltasunetik, eta psikopatologia-maila bat edukitzeak ez du esan nahi osasun mentalaren gabezia osoa dagoenik.

- Sailkapen *prototipikoa:* erreferentziatzat prototipoak edo nahaste psikopatologikoen eredu teoriko idealak hartzen ditu; oinarrizko bereizgarri batzuen konbinazio idealak edo kategoria baten kasu-ereduak dira, eguneroko esperientziaren alderdi bat biltzen dutenak eta kategoria bereko kideekin hainbat bereizgarri partekatzen dituztenak.

Kategoriak talde homogeneo eta diskretuak dira; aldiz, prototipoak heterogeneoak dira, ez dira diskretuak, muga lausoak dituzte, eta kategoria horietan inguruko kategorietako kide periferikoak aurki daitezke. Alde batetik, bereizgarri berberak parteka ditzakete prototipo batek baino gehiagok. Beste alde batetik, nahaste bi edo gehiago gerta daitezke pertsona berberengan.

Prototipoetako kide batzuek beste batzuek baino hobeto ordezkatzen dute kategoria, eta beste kategorietakoekin bereizgarri gutxi partekatzen dituzte. Taldea hobekien ordezkatzen duten eta beste taldeen bereizgarri gutxien dituzten kideak dira prototipoak. Talde prototipiko bateko kideek ez dituzte inoiz edukitzen prototipoaren bereizgarri guztiak, bereizgarri nagusietako batzuk edukitzen badituzte ere. Prototipo ezberdinetakoek bereizgarri berberak parteka ditzakete. Nahaste kategoriko baten bereizgarri posibleen zerrendak osatzen dira, eta kategoria horretako kide izateko gutxieneko bereizgarri kopuru bat bete behar da. Ez da ezinbestekoa bereizgarri guztiak partekatzea, eta kasu ezberdinetan partekatzen diren bereizgarriak ez dira berberak.

Sailkapenak egiteak eta sailkapenen araberako diagnostikoak egiteak baditu arriskuak ere. Alde batetik, kasu kliniko konkretu bat sailkatzen dugunean informazioa galtzen dugu. Beste alde batetik, norbaiti nahaste mental bat diagnostikatzeak edo norbaiti diagnostiko-etiketa bat ezartzeak badu pertsona estigmatizatzeko arriskua; hori dela-eta, sailkatu behar direnak ez dira pertsonak, baizik eta pertsona horiek dituzten nahasteak; ez genuke pertsona bat «eskizofreniko»tzat edo «depresibo»tzat jo behar, baizik eta «eskizofrenia duen pertsona»tzat edo «depresioa jasaten duen pertsona»tzat.

1.4. SAILKAPEN-SISTEMAK

Diagnostiko psikopatologikoen sailkapenak egiten ditugunean, gertaera patologikoak irizpide batzuen arabera ordenatzen ditugu. Irizpide batzuei buruz homogeneoak diren pertsonak sartzen ditugu sailkapen talde bakoitzean. Sailkapen horien arabera jartzen ditugun diagnostiko-etiketak eraikuntza teorikoak dira, eta ez errealitate objektiboak. Taldekatzeko erabiltzen diren irizpideak ez dira objektiboak izaten, eta kategoria psikiatrikoak behin-behinekoak eta aldakorrak izaten dira. Gainera, kategoria horien aldaketan eragina dute ikerketa enpirikoek eta faktore kultural, sozial eta ekonomikoek.

Sailkapen-sistemei esker pazienteari buruzko informazioa antolatzeko eskema bat badugu, nahastearen ibilbidea aurresan dezakegu, profesionalen arteko komunikazioa errazten dugu, ikerketa bideratu dezakegu, nahastearen etiologia aztertu, eta haren terapiaz hitz egin.

Psikopatologiako sailkapenaren helburua diagnostiko zehatza egitea da. Diagnostikoak fidagarria izan behar du; hots, diagnostikatzaile guztiek bat etorri

behar dute diagnostikoan. Diagnostikoak baliozkoa izan behar du; hots, gaixotasuna dutenak eta ez dutenak bereizteko gai izan behar du diagnostikatzaileak.

Erresuma Batuan, 1882an, Errege Elkarte Mediko-Psikologikoaren Batzorde Estatistikoak sailkapen eskema bat garatu zuen. Era berean, Parisen, 1889an, Kongresu Mediko-Psikologikoak sailkapen-sistema bat onartu zuen. Estatu Batuetan, 1886an, Amerikako Zoroentzako Erakundeen Zuzendari Medikoen Elkarteak sistema ingelesaren bertsio berrikusia onartu zuen. 1913an, talde horrek sailkapen berri bat onartu zuen, eta Kraepelin-en ideia batzuk bereganatu zituen. Kraepelinen ustean, pazientearen zeinu eta sintometan eta haien denbora-ibilbidean oinarritu behar zuen diagnostikoak. Kraepelinek (1913) talde hauetan sailkatu zituen nahasteak: pertsona adinduen dementziak, adin goiztiarretan gertatzen den *dementia praecox* edo eskizofrenia, eta nahaste maniako-depresiboa.

Azken 60 urte hauetan eragin gehien izan duten sailkapen-sistemak Amerikako Psikiatria Elkartearen (APE = APA) DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) eta Osasunaren Mundu Erakundearena (OME = WHO) ICD (International Classification of Diseases) izan dira.

1948. urtean osasunarekin erlazionatutako gaixotasun eta arazoen nazioarteko sailkapenen eskuliburuan sartu zituen nahaste mentalak Osasunaren Mundu Erakundeak, baina horrek eragin gutxi izan zuen buru-osasunaren arloko profesionalengan. Amerikako Psikiatria Elkarteak esku hartu zuen Osasunaren Mundu Erakundearen eskuliburuan, baina 1952an bere diagnostiko-eskuliburua argitaratu zuen (DSM I). DSM-Iek Bigarren Mundu Gerran eta gerraren ostean beteranoen arazo mentalak diagnostikatzeko erabilitako sistemak estandarizatu nahi izan zituen. Psikoanalisiaren eragin handia zuen eskuliburu horrek, eta 106 kategoriatan banatzen zituen koadro klinikoak.

1968an, DSM-II argitaratu zuen Amerikako Psikiatria Elkarteak, eta 1969an CIE-8 argitaratu zuen Osasunaren Mundu Erakundeak. Teoria etiologikoetan oinarritzen ziren bi sailkapen-sistemak (DSM eta CIE), eta ez zegoen haien artean adostasunik: alde batetik, ez zuten baliagarritasun adosturik; beste alde batetik, fidagarritasun eskasa zuten, profesionalek kasu beraren diagnostiko ezberdinak ematen baitzituzten.

DSM-IIIk (1980) aldaketa nabarmen batzuk ekarri zituen: diagnostiko-prozesutik judizio subjektiboak kendu nahi izan zituen; teoria etiologikoetatik urrundu egin zen, eta nahasteen deskribapen zehatzetan oinarritu zen; nahasteak definitzeko metodo operazionala bereganatu zuen; hau da, objektiba zitezkeen

irizpideak erabiltzen zituen. DSM-III adostasunean oinarrituta idatzi zuten. Helburua hau zen: orientazio ezberdineko adituek sailkapen-sistema uniformea edukitzea eta tresna komun batean oinarrituta komunikatu ahal izatea. Kontzeptu-mailako aurrerapen batzuk, irizpide argiagoak, definizio operatiboagoak eta arloko ikerketak ekarri zituen. Nahaste batzuk (fobia sinpleak) fidagarritasunez diagnostikatzea lortu zuen, baina, beste nahaste batzuei zegokienez (nortasunaren nahasteak edo nahaste somatomorfoak), patologia beraren diagnostiko ezberdinak egiten jarraitu zuen. Izan ere, kasu askotan adostasunak ez ziren zientzia-mailakoak, politika-mailakoak baizik. Eskuliburu horrek 265 kategoriatan banatu zituen koadro klinikoak.

DSM-IV eskuliburua arloko ikerketetan, aditu klinikoen iritzietan eta literatura zientifikoaren berrikuspen sistematikoetan oinarritu zen. DSM-III eta DSM-III-R behaketa enpirikoetan eta adostasun-batzordeetan oinarritu zirenez, ondorengo eskuliburuak (DSM-IV eta CIE-10) saiatu ziren emaitza zientifikoetan oinarritzen, adostasun-irizpideetan baino gehiago. *Gaixotasun mental* terminoa erabili ordez, *nahaste mental* erabiltzen hasi ziren. DSM-IV eskuliburua nahastearen deskribapenean oinarritzen zen, eta ez planteamendu teorikoetan. Diagnostikorako irizpide objektiboak eta operatiboak erabiltzen zituen. Diagnostikorako irizpideez gainera, arrisku-faktoreei, eboluzioari edo diagnostiko diferentzialari buruzko informazioa ematen zuen.

Nahastea diagnostikatzeko, zeinu eta sintomen presentzia ez ezik, beharrezkoa da maila sozialeko, lan-arloko edo bizitzako beste arlo garrantzitsuren bateko endekapena edo hondamena ere. Irizpide diagnostikoetan egindako aurrerapenei esker diagnostiko zehatzagoak egin diren arren, klinikoek sarritan 3-4 nahaste diagnostikatzen dizkiote pazienteari, eta, ondorioz, zaila da nahasteen garapenaz, tratamenduari emango dion erantzunaz eta arazo elkartuez ideia garbiak izatea.

Bi eskuliburu horiek (DSM-IV eta CIE-10) fidagarritasunari eman diote garrantzia, baliagarritasunaren kaltetan, ez baita erraza fidagarritasuna gehitzea, baliagarritasunari kalterik egin gabe. Item bat oso espezifikoa denean, fidagarritasun handia eta baliagarritasun txikia izaten ditu sarritan, itemak adierazten duen irizpide hori bete baitezake patologiarik ez duenak ere. Horregatik, autore batzuen iritzian (Follette eta Houts, 1996) sistema nosologikoak teorikoagoa behar luke izan, item espezifikoen artean erlazioak ezartzeko, portaera berak kausa bat baino gehiago izan baititzake. Beharrezkoa da nahastearen kausa ulertzea, horretarako bi teoria kontrajarri behar badira ere.

Hona hemen, DSM-IV-TRk eta CIE-10ek egiten dituzten nahaste mentalen sailkapenak:

DSM-IV-TR: Nahaste mentalen diagnostikorako eta estatistikarako eskuliburua (APA: Amerikako Psikiatria Elkartea)	CIE-10: Gaixotasunen Nazioarteko Sailkapena (OME: Osasunaren Mundu Erakundea)
DSM-IVko diagnostikorako kategoria nagusiak:	CIE-10eko diagnostikorako kategoria nagusiak:
1. Haurtzaroan eta nerabezaroan diagnostikaturiko nahasteak	F0. Nahaste mental organikoak, sintomatikoak barne direla
2. Eldarnioa, dementzia, nahaste amnesikoak eta beste nahaste kognitibo batzuk	F1. Substantzia psikotropikoen kontsumoarengatik gertatzen diren nahaste mentalak eta portaera-nahasteak
3. Nahaste mentalak, nahaste mediko orokor batek sortuak, beste ataletan ez sailkatuak	F3. Eskizofrenia, nahaste ekizotipikoa eta eldarniozko ideien nahasteak
4. Substantziekin loturiko nahasteak	F4. Aldarte-nahasteak (afektiboak)
5. Eskizofrenia eta beste nahaste psikotiko batzuk	F5. Nahaste neurotikoak, egoera estresagarriek eta somatomorfoek eraginak
6. Aldarte-nahasteak	F6. Portaeraren nahasteak, disfuntzio fisiologikoekin eta faktore somatikoekin lotuak
7. Barne-hersturako nahasteak	F7. Helduaren nortasun- eta portaera-nahasteak
8. Nahaste somatomorfoak	F8. Atzerapen mentala
9. Nahaste faktizioak	F9. Garapen psikologikoaren nahasteak
10. Disoziazio-nahasteak	F10. Portaera- eta emozio-nahasteak, ohiki haurtzaroan eta nerabezaroaren hasten direnak
11. Nahaste sexualak eta genero-identitatearen nahasteak	
12. Elikadura-nahasteak	
13. Loaren nahasteak	
14. Bulkaden kontrolaren nahasteak	
15. Moldaera-nahasteak	
16. Nortasun-nahasteak	
17. Arreta klinikoa behar duten beste asaldu batzuk	

DSM-IV plazaratu zenetik DSM-5 atera denera bitartean aurrerapen handiak egin dira neurozientzia kognitiboetan, garunaren irudietan, epidemiologian edo genetikan. Ikuspegi kategoriko hertsia gainditu egin da, nahaste bateko sintomak beste nahaste batzuetan ere agertzen direla ikusi da, nahaste kategorikoen arteko mugak aldakorrak eta iragazkorrak direla ikusi da, eta dimentsiozko ikuspegiaren abantailak ikusi dira. DSM-5eko nahaste batzuek muga zedarrituak dituzte, baina nahaste asko kokatzen dira sintomak, genetika, jatorri neuronal eta arrisku-faktoreak partekatzen dituzten espektro batean.

DSM-5 (2013) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Nahaste mentalen diagnostikorako eta estatistikarako eskuliburua (APA: Amerikako Psikiatria Elkartea)
Neurogarapenaren nahasteak
Eskizofreniaren espektroa eta beste nahaste psikotiko batzuk
Nahaste bipolarrak eta horiekin erlazionatuak
Depresio-nahasteak
Barne-hersturako nahasteak
Nahaste obsesibo-konpultsiboa eta horrekin erlazionaturiko nahasteak
Traumari eta estresagarriei loturiko nahasteak
Disoziazio-nahasteak
Sintoma somatikoak eta haiekin loturiko nahasteak
Elikadura- eta jate-nahasteak
Iraizketa-nahasteak
Loaren eta esnatzearen nahasteak
Sexu-disfuntzioak
Genero-disforia
Nahaste disruptiboak, bulkaden kontroleko eta portaerako nahasteak
Substantziekin loturiko nahasteak eta mendekotasun-nahasteak
Nahaste neurokognitiboak
Nortasunaren nahasteak
Nahaste parafilikoak
Beste nahaste mental batzuk
Sendagaiek eragindako mugimen-nahasteak eta sendagaien beste efektu kaltegarri batzuk
Arreta klinikoa eskatzen duten beste nahaste batzuk

Gaur egun bi sailkapen-sistema psikiatriko nagusi erabiltzen dira: Amerikako Psikiatria Elkartearen *Nahaste mentalen diagnostikorako eta estatistikarako eskuliburua* eta Osasunaren Mundu Erakundearen Gaixotasun Sistemaren Nazioarteko Sailkapena (*International Classification of Disease System,* ICD-10). ICD-10 Europan eta beste lurralde batzuetan erabiltzen da; DSM sistema, Estatu Batuetan. Bi sistemak teorietatik independenteak dira, eta sailkapenak egiteko erabiltzen diren zeinu eta sintomak ez daude ongi definituta. Gainera, ez dira garbi zehazten sintoma horien larritasun-maila ebaluatzeko irizpideak.

Psikopatologiako liburu honetan aztertuko ditugun nahaste nagusiak honako hauek dira:

- *Barne-hersturako nahaste*en artean aztertuko ditugu fobiak, izu-ikara, barne-herstura orokortua, estres akutua, trauma osteko estresaren nahastea eta nahaste obsesibo-konpultsiboa. Egoera larri baten aurrean barne-herstura sentitzea normala bada ere, gehiegizko hersturak eta urduritasunak eragotzi egiten dituzte portaera moldagarri eta eraginkorrak. Fobia duten pertsonek beldur handia diote egoera edo objektu bati, eta ekidin egiten dute egoera edo objektu hori, beldur horretarako arrazoirik ez dagoela jakin arren. Izu-ikararen nahastea duen pertsonak bat-bateko asalduak, dardarak, zorabioak, astinduak eta arnasketaren nahasteak jasaten ditu; izu-ikararekin batera batzuetan agorafobia ere izaten du. Barne-herstura orokortua duen pertsonak beldurra eta herstura sentitzen du hainbat egoeraren aurrean. Estres- eta trauma-egoerek sarritan estres akutuko nahastea edo trauma osteko estresa eragin dezakete, batez ere traumak eragindako emozioen adierazpena ezabatzen denean. Barne-hersturako nahasteen artean, nahaste obsesibo-konpultsiboa ere aztertuko dugu.
- *Aldartearen nahaste*en artean, depresio nagusiaren nahastea, distimia, nahaste bipolarra edo nahaste ziklotimikoa aztertuko ditugu. Depresio nagusiaren nahastea duenak sintoma hauek agertuko ditu: tristura sakona, energia-gabezia, pisu-galera, bere buruaren gutxiespena eta suizidio-ideiak. Mania duenak gehiegizko jarduera eta euforia, bere buruaren irudi puztua eta distrakzio nabaria agertuko ditu. Nahaste bipolarra edo ziklotimia dutenek portaera zirkularra eta gorabeheratsua agertuko dute, mania eta depresioa edo hipomania eta depresio arina txandakatuko baitituzte.
- *Eskizofrenia*ri buruzko atalean, hauek aztertuko ditugu: nahaste horren sintoma motak (positiboak eta negatiboak), eskizofrenia motak (paranoidea, hebefrenikoa, katatonikoa), errealitatearekiko lotura, eldarnio eta haluzinazio motak, afektuak sentitzeko gaitasuna, harremanetarako eta lanerako gaitasuna. Eskizofreniarekin loturiko nahasteen artean, nahaste eskizofreniformea, nahaste eskizoafektiboa eta eldarniozko nahastea landuko ditugu.
- Nortasunaren hainbat alderdi bateratu ezin dituen *nortasun disoziatuaren nahastea* aztertuko dugu ondoren. Nahaste hori duenak nortasun bat baino gehiago agertuko ditu, nortasun horien integrazioa lortu ezin duelako, eta nortasun horiek txandaka-txandaka pertsonaren kontrola hartzen dutelako, sarritan elkarren berri izan gabe.
- *Nahaste somatomorfo*en atalean gaixotasun mediko batek azal ezin ditzakeen sintoma fisikoak aztertzen dira. Honako nahaste somatomorfo hauek jorratuko dira:

- Hipokondriasia: gaixotasun larri bat duelako kezka edo beldurra, gorputzeko sintomak edo funtzioak oker interpretatzeagatik.
- Somatizazio-nahastea: histeria edo Briquet-en sindromea: kexu fisikoen historia luzea du, eta horrek behartzen du etengabe arreta medikoa eskatzera.
- Konbertsio-nahastea: borondatezko mugimenduen edo zentzumenen sintomak edo disfuntzioak, nahaste neurologiko edo medikorik gabe.
- Min-nahastea: faktore psikologikoengatik min larria eta iraupen luzekoa sentitzen du.
- Gorputz dismorfikoaren nahastea: itxura fisikoaren irudimenezko akats baten edo akats nabarmen baten kezka.
- Espezifikatu gabeko nahaste somatomorfoa: azalpenik gabeko sintoma fisikoak, nahikoa ez direnak somatizazio-nahaste bat diagnostikatzeko.
- Nahaste faktizioa: zeinu eta sintoma fisiko edo psikologikoak nahita sortzen dira, gaixoaren rola hartzeko eta gaixotasunetik abantailak ateratzeko.

– *Parafilien eta genero-identitatearen nahastea*ren atalean honako nahaste hauek aztertuko dira: exhibizionismoa, voyeurismoa, frotteurismoa, fetitxismoa, masokismoa, trasbestismoa, sadismoa, paidofilia, zoofilia, bortxaketak, abusu sexuala eta genero-identitatearen nahastea.

– *Loaren nahaste*ei ere atal bat eskainiko diegu, loak eginkizun garrantzitsua betetzen baitu pertsonaren osasun fisiko eta psikikoan. Aldarte-egoera arautzen, ikasitakoa finkatzen eta psikologikoki moldatzen laguntzen du loak. Horregatik, pertsonaren osasun fisiko eta psikologikoan asaldu garrantzitsuak eragin ditzakete loaren nahaste kronikoek. Nahaste horien artean, alde batetik, lo hartzeko eta lotan jarraitzeko zailtasunak aztertuko ditugu: insomnioa, narkolepsia, loaren apnea, erritmo zirkadianoaren nahasteak. Beste alde batetik, loaldian gertatzen diren nahasteak aztertuko ditugu: sonanbulismoa (uhin makalen loaldian), gau-izualdiak (ez-REM loaldiaren 3. eta 4. faseetan), amesgaiztoak (REM loaldian). Atal horretan aztertzen dira, orobat, nahaste mentalekin lotuak dauden haluzinazio hipnagogiko eta hipnoponpikoak (Ohayon, Priest, Caulet eta Gilleminault, 1996).

– *Bulkaden kontrolaren nahaste*en atalean, aztertuko ditugu zerbait egiteko bulkadari eutsi ezinarekin erlazionatzen diren nahasteak: kleptomania, piromania, trikotilomania, joko patologikoa edo eztanda etenkariko nahastea. Nahaste horietan, pertsonak portaera desegokia agertuko du:

  - Kleptomania duenak objektuak etengabe ostuko ditu, baina ez objektu horien balio materialarengatik.

- Piromania duenak nahita ematen die sua gauzei, horrek sortzen dion atseginagatik.
- Trikotilomania duenak ezin izaten dio eutsi bere ilea erauzteko bulkadari.
- Joko patologikoaren mende denak ezin izaten dio jokoari ihes egin.
- Eztanda etenkariko nahastea duenak beste pertsonen kontrako portaera erasokorreko pasarteak errepikatzen ditu.

– *Substantzia psikoaktiboekin loturiko nahaste*en atalean, drogen erabilera desegokiak sortzen dituen nahasteak aztertuko ditugu. Droga lasaigarrien (alkohola, opioideak), kitzikatzaileen (anfetaminak, kokaina, kafeina) eta asaldatzaileen (marihuana, haluzinogenoak) kontsumoak, abusuak eta mendetasunak eragiten dituzten ondorenak aztertuko ditugu. Hor landuko ditugu substantziekin lotutako nahastea diagnostikatzeko bete behar diren baldintzak: substantziaren kontsumoa kontrolatu ezina; substantzia kontsumitzeari uztean jasaten den abstinentzia-sindromea; gizarteko eta lan-arloko jardunbidearen hondamena; substantzien kontsumoak eragiten dituen nahasteak.

– *Elikaduraren nahaste*en atalean, anorexia eta bulimia nerbiosoa aztertuko ditugu nagusiki. Hor landuko ditugu disorexiak dituztenen bereizgarri psikologikoak:

- Anorexia duenak gizentzeko beldur patologikoa du, eta jateari uzten dio, erabat argaldu artean.
- Bulimia nerbiosoa duenak sarritan egiten ditu betekadak, eta ondoren libragarriak erabiltzera edo goitika egitera jotzen du, pisurik ez irabaztearren.
- Disorexiekin zuzenki lotuak agertuko dira gizarteak ezarritako ideal estetikoa eta norberarenganako perfekzionismoa. Horrela, anorexikoaren eskema mentalean sarritan hertsiki lotuak ikusten ditugu zoriontasuna lortzeko gaitasuna eta gorputzaren forma argal perfektua lortzea.

– Amaitzeko, populazioa zahartzearen ondorioz ugaldu diren *dementziak* edo *nahaste neurokognitiboak* aztertuko ditugu: Alzheimerren gaixotasuna, Lewy-ren nahaste neurokognitibo nagusia, dementzia edo nahaste neurokognitibo fronto-tenporala, dementzia baskularra edo nahaste neurokognitibo baskularra, baldintza mediko orokorrek eragindako dementzia, garezurreko traumatismoak eragindako dementzia, substantzien edo sendagaien kontsumoak eragindako nahaste neurokognitiboa edo dementzia iraunkorra, Wernicke-Korsakoff sindromea.

1.5. PRAKTIKAK

1.5.1. praktika

Sapolsky (2002):

Rhoda Sapolsky-ren lagun masaia zen. Rhodak Sapolskyri esan zion emakume bat osasun-zentrora eraman behar zutela, erasokor zegoelako eta ahotsak entzuten zituelako. Ahuntz bat erail omen zuen bere eskuez, gainera.

Hona hemen Rhodaren eta Sapolskyren arteko elkarrizketa:

– Beraz, Rhoda —hasi nintzen lakonikoki—, zein da, zure iritziz, emakume horren arazoa?

Zoratua banengo bezala begiratu zidan.

– Zoratua dago emakumea.

– Baina, nola jakin dezakezu?

– Zoratua dago. Ez al zara konturatzen haren jokamoduari begiratuta?

– Baina nola erabakitzen duzu zoratua dagoela? Zer egin du?

– Ahuntz bat erail du.

– A! –esan nuen nik, distantzia antropologiko bat hartuz–, baina masaiek etengabe erailtzen dituzte ahuntzak…

Benetan tentela banintz bezala begiratu zidan. Eta erantzun zidan:

– Gizonek bakarrik erailtzen dituzte ahuntzak.

– Ondo da, eta zer gehiagok esaten dizu zoratua dagoela?

– Ahotsak entzuten ditu.

Berriro ere harritua agertu nintzen.

– A, baina masaiek ahotsak entzuten dituzte batzuetan. Zeremonietan, abereekin transhumantzian irten baino lehen masaiek dantza erritualak egiten dituzte, eta dantza horietan trantzeak izaten dituzte, eta trantzeetan ahotsak entzuten dituzte.

Orduan, Rhodak honela laburtu zuen psikiatria transkulturalean edonork izan beharreko jakintzaren ia erdia:

– Baina behar ez denean entzun ditu ahotsak (138. or.).

1.5.2. praktika

Irakurri testu hau, eta komenta ezazu:

Emozioak ezabatu ala emozioak berrebaluatu?

Estres- eta trauma-egoerek sarritan estres akutuko nahastea edo trauma osteko estresa jasatera eraman dezakete pertsona, batez ere traumak eragindako emozioen adierazpena ezabatzen denean. Barne-hersturako emozioak sortzen dituen egoeraren berrebaluazio kognitiboa egiten bada emozioa sortu aurretik, barne-herstura eta depresioa apaldu egiten dira. Berrebaluazio horri esker, egoera zailei aurre egiteko gaitasuna edo erresilientzia agertzen du kasu askotan pertsonak. Beraz, emozioen berrebaluazioa eta ezabaketa orekatzea izango da barne-hersturari aurre hartzeko bidea (Eftekhari, Zoellner eta Vigil, 2009).

1.5.3. praktika

DSM-5ek nahaste obsesibo-konpultsiboaren eta harekin loturiko nahasteen artean sartzen ditu: nahaste obsesibo-konpultsiboa, gorputz dismorfikoaren nahastea, pilatze-nahastea, trikotilomania edo ileak erauzteko nahastea, azala atximurkatzeko nahastea, substantziek edo sendagaiek eragindako nahaste obsesibo-konpultsiboa, baldintza medikoek eragindako nahaste obsesibo-konpultsiboa.

1.5.4. praktika

Depresio nagusiagatik tratatutako pazienteen % 80k insomnioa du (Ohayon *et al.,* 2000). Lo hartzeko eta lotan jarraitzeko zailtasunak depresioko eta barne-hersturako sintomen artean daude.

1.5.5. praktika

Ba al dago korrelazio genetikorik nahaste antisozialaren eta alkoholarekiko mendetasunaren edo alkoholaren abusuaren artean (Grove, Eckert, Heston, Bouchard, Segal eta Lykken, 1990; Jang, Vernon eta Livesley, 2000)?

2. Aldarte-nahasteak

Depresioak umore-egoera tristea adierazten du. Alde horretatik, pertsona guztiek izaten dituzte tristura-aldiak. Lagunekiko harremanak hausten dituztenean edo zerbaitetan porrot egin dutenean, triste eta deprimiturik sentitzen dira. Joera hori normala da. Baina, umorearen asaldura indartsua eta iraunkorra denean eta pertsonaren moldaera eragozten duenean, aldarte-nahasteaz hitz egiten da.

Maite dugun pertsona bat hiltzen edo denbora luzez urruntzen zaigunean, depresio nagusiko sindromean agertzen diren sintometako asko bizi izaten ditugu, hala nola kamustasun emozionala, barne-herstura, energia-galera, pisu-galera. Dolu larriak normala den baino gehiago irauten badu, egoera hori tratamendu gabe gainditzeko aukerak gutxitu egiten dira. Dolu-egoera normala dolu-egoera patologiko bihurtzen da.

Aldarte-nahasteei nahaste depresibo, nahaste afektibo edo neurosi depresibo ere deitu izan zaie. Depresioa eta mania dira haien bereizgarri nagusiak. Depresio-garaian neurriz gaindiko tristura sentitzen du pertsonak. Mania-garaian, berriz, neurriz gaindiko alaitasuna, euforia eta kitzikadura sentitzen ditu. Batzuetan, gainera, pertsona batek depresioa eta mania aldi berean jasan ditzake.

Depresioa duenak sintoma hauek agertzen ditu: tristura handia, ezer balio ez izatearen sentimendua, eguneroko jardueretarako interesik eza, higiene pertsonalik eza, desira sexualaren itzaltzea, besteengandik urruntzea, apetituaren galera eta insomnioa.

Mania duenak, berriz, hauek: bozkario handiarekin batera haserrekortasuna, neurriz gaindiko jarduera, arreta-gabezia, hitz-jario handia, egitasmo handiak eta ideien ihesa.

2.1. ALDARTE-NAHASTE MOTAK

Depresioez hitz egitean, depresio endogenoak eta depresio exogenoak bereizi izan dira. *Depresio endogenoa* herentzian oinarritzen da, eta kanpoko eragileekin harreman gutxi du; ez dago erlazio zuzenik depresio endogenoaren eta inguruneko gertaeren eraginaren edo gertaera horiei eman dakiekeen erantzunaren artean; beraz, depresio mota hori ez dago inguruneko gertaera abiarazle batekin ezinbestean erlazionatua. Depresio mota horren bereizgarriak hauek dira: udaberri edo udazkenean agertzen

da; goizean goiz esnarazten du; arratsaldez desagertzen da; terapia biologikoei erantzun ona ematen die; barneko tristura iraunkor eta sakona agertzen du; REM latentziaren laburtzea eragiten du; gauaren lehen erdiko REM fasea luzatzen du eta haren jarduera gehitzen; harreman afektiboen desagertzea eragiten du. *Depresio exogenoa*, erreaktiboa edo neurotikoa kanpoko eragile eta faktore psikosozialen ondorioz sortzen da; haren sintomek arratsaldez okerrera egiten dute; egun batetik bestera aldaketak jasaten ditu; ez da urtaroen arabera gertatzen; lo hartzeko zailtasunak eta amesgaiztoak eragiten ditu; psikoterapiei hobeto erantzuten die, eta tratamendu biologikoei okerrago.

*Depresio primario*an, aurretiko gaixotasun somatikorik ez dago edo depresio-aldiarekin batera gertatzen den gaixotasunik ez dago. Sintoma nagusia umore-egoeraren jaitsiera eragiten duen sindrome klinikoa da, eta elkarrekin erlazioa duten sintoma multzo batek (tristura, insomnioa, pisu-galera) osatzen du. *Depresio sekundarioa* beste nahaste batetik dator edo harekin elkarturik ageri da, eta beste nahaste edo gaixotasun baten (eskizofrenia, nahaste obsesiboa, minbizia, Parkinsonen gaixotasuna) sintoma klinikoa da. Depresioa sor dezaketen asaldura psikikoak hauek dira: eskizofrenia, droga-mendetasunak, nortasunaren nahasteak, gaixotasun fisiko kronikoak edo bizitzako gertaera estresatzaileak.

Aldarte-nahasteak polo bakarrekoak edo polo bikoak izan daitezke. *Polo bakarreko* nahasteetan depresioa edo mania bakarrik bizi izaten du pertsonak, depresio-mania dimentsio jarraituaren ertz bati atxikitzen baitzaio umorea. Baina mania bakarrik agertzea oso zaila da, mania-pasarte askotan barne-herstura eta depresioa (ezaugarri disforikoak) agertzen baitira; horregatik, aldartearen nahaste unipolarrak depresioak izaten dira eskuarki. *Nahaste bipolar*retan, berriz, mania- eta depresio-pasarteak bizi izaten ditu pertsonak; hau da, depresioaren eta maniaren artean kulunkatzen da pertsona. Baina kontuan hartu behar da mania eta depresioa ez direla beti dimentsio beraren bi ertzak izaten. Batzuetan elkarrengandik independenteak izaten dira. Pertsona bat ager daiteke aldi berean deprimiturik eta mania-egoeran (Cassidy, Forest, Murry eta Carroll, 1998). Polo biko nahasteak polo bakarrekoak baino goizago agertzen dira, pasarte laburragoak dituzte, krisialdien artean tarte laburragoak dituzte, berrizkatura gehiago dituzte eta maiztasuna txikiagoa da.

Umore-egoeraren polo bakarreko nahasteen artean hauek jasotzen ditu DSM-IV-TRk (2000): depresio nagusiaren nahastea, distimia eta aldarte depresibodun moldaerako nahastea. Polo biko nahasteen artean I. tipoko nahaste bipolarra, II. tipoko nahaste bipolarra eta ziklotimia jasotzen ditu. Beste aldarte-nahasteen artean baldintza medikoek eragindako aldarte-nahastea eta substantziek eragindako aldarte-nahastea kokatzen ditu.

2.1.1. Polo bakarreko aldarte-nahastea. Depresio nagusiaren nahastea

Errazen bereizten den aldarte-nahastea, depresio motarik arruntena eta larriena, depresio nagusiaren nahastea da. Nahaste hori duenak umore depresibo larria eta jarduera atseginetarako interesaren galera nabaria jasaten ditu ia egunero, egunaren zati handienean, gutxienez bi astez jarraian. Depresio nagusiaren nahastean ez da mania-nahasterik edo hipomania-nahasterik gertatzen depresioaren aurretik edo ondoren. Nahaste hori sinplea edo etengabea izan liteke. Depresio nagusiko pasarte bat baino gehiago bizi izan baditu pertsonak, eta pasarte horien artean gutxienez bi hilabete iragan badira depresiorik gabe, depresio nagusi etengabeko nahastea diagnostikatzen da. Depresio sinpleko pasarteren bat izan duten gehienek beste depresio-pasarte batzuk ere bizi izaten dituzte, eta etengabeko depresio nagusian amaitzen dute. Sintomak berdinak dira pasarte sinplea duen depresio nagusiaren nahastean eta depresio-nahaste etengabean. Depresio nagusiek bost hilabete inguru irauten duten lau pasarte izaten dituzte batez beste.

Depresioa duenak, alde batetik, sintoma kognitibo batzuk agertzen ditu: bere burua baliogabetzen du; ez du erabakiak hartzeko gaitasunik; pentsamendu negatiboak ditu iraganaz, orainaz eta etorkizunaz; heriotzari edo suizidioari buruzko pentsamenduak izaten ditu, eta tristurak definitzen du haren egoera afektiboa; tristura hori batzuetan inhibizioaren bidez agertzen du, eta beste batzuetan, barne-hersturaren, haserrekortasunaren eta etsaitasunaren bidez; esperientzia atseginez gozatzeko gaitasunaren galera edo anhedonia agertzen du. Atseginarekin zerikusia duen garunaren guneak ez du ongi funtzionatzen pertsona depresiboarengan. Atsegina sentitzeko gaitasunaren galera erabatekoa da depresio endogenoaren kasuan, eta egoeraren araberakoa da depresio erreaktiboetan. Deprimitua dagoena zulo beltzean sartua sentitzen da, hilda balego bezala.

Deprimitua dagoenak, beste alde batetik, sintoma fisiko batzuk ere agertzen ditu: apetituaren jaitsiera, pisuaren galera edo irabaztea, insomnioa edo hipersomnia, nekea, energia-gabezia, libidoaren jaitsiera. Deprimitua dagoenak ez du negar egiteko motibazio handirik, eta sarritan, triste sentitu arren, anestesia afektibo moduko bat agertzen du. Gauerdian edo goizean goiz esnatzen da sarritan, eta kosta egiten zaio berriro lo hartzea. Poliki ibiltzen da; makal hitz egiten, pentsatzen, jaten eta erreakzionatzen du. Kontzentrazio eskasa izatean, makal pentsatzean eta munduaren ikuskera beltza izatean, nekez hartzen ditu erabakiak. Lanean errendimendu eskasa agertzen du: abuliko eta apatiko agertzen da.

Depresio nagusiko pasartea (DSM-IV-TR, 2000)

A. Ondorengo sintometako 5 agertzen ditu, gutxienez, 2 asteko tarte batean; sintoma horiek aldaketa bat adierazten dute, aurreko jarduerari buruz: sintometako batek honako hau izan behar du: 1. Umore-egoera depresiboa edo 2. Atseginerako interesik edo gaitasunik eza.

Oharra: gaixotasun mediko batek sortzen dituen sintomak ez dira sartzen, ez eta umore-egoerarekin bat ez datozen eldarniozko ideiak edo haluzinazioak ere.

A1 irizpidea: umore-egoera deprimitua egunaren zati handienean zehar, ia egunero, norberak adierazia (adibidez, triste eta huts sentitzen da) edo besteek behatua (adibidez, negarti agertzen da).

A2 irizpidea: atseginerako interesaren edo gaitasunaren galera, jarduera guztietan edo ia guztietan, ia egunero (norberak adierazia edo besteek behatua).

A3 irizpidea: pisu-galera edo pisu-irabazte nabaria, dietan egon gabe (adibidez, gorputzaren pisuaren % 5 baino gehiagoko aldaketa hilabete batean) edo apetituaren jaitsiera nahiz igoera ia egunero.

A4 irizpidea: insomnioa edo hipersomnia ia egunero.

A5 irizpidea: asaldura edo makaltze psikomotorra ia egunero (besteek beha dezaketena, ez ezinegonaren edo makaltzearen sentimendu subjektibo soilak).

A6 irizpidea: energia-gabezia eta nekea, ia egunero.

A7 irizpidea: ezgaitasun-sentimenduak edo neurriz gaindiko erruduntasuneko edo erruduntasun desegokiko (eldarniozkoa izan daitekeena) sentimenduak ia egunero (ez bakarrik gaixo egotearen inguruko alhadura edo erruduntasuna).

A8 irizpidea: pentsatzeko, kontzentratzeko edo erabakiak hartzeko gaitasun gutxitua, ia egunero (norberak kontatua edo besteek behatua).

A9 irizpidea: heriotza-pentsamendu etengabeak (ez heriotzari zaion beldurra bakarrik), suizidio-ideia etengabeak, egitasmo berezirik gabe, edo suizidio-saioren bat edo suizidioa burutzeko egitasmo espezifiko bat.

B irizpidea: pasarte depresiboko diagnostikorik ez da egiten, pasarte mistoko irizpideak betetzen baditu.

C irizpidea: klinikoki nabaria den atsekabea edo hondamena sortzen ditu, hondamen soziala, lanbidekoa edo pertsonaren beste arlo garrantzitsuren batzuetakoa.

D irizpidea: sintomak ez dira substantzia (droga, sendagaia…) baten efektu fisiologiko zuzenaren emaitza edo gaixotasun mediko baten emaitza (adibidez, hipoparatiroidismoarena).

E irizpidea: sintomak ez dira hobeto azaltzen dolua gertatzen delako (adibidez, pertsona maitatu bat galtzeagatik); 2 hilabete baino gehiago irauten dute, edo ezaugarri hauek dituzte: hondamen funtzional nabarmena, gai ez izatearen kezka morbidoa, suizidio-ideiak, sintoma psikotikoak edo atzerapen psikomotorra.

Depresio nagusia diagnostikatzean, depresio-pasarteaz ala depresio-nahasteaz hitz egiten den zehaztu behar da. Pasarte bat bada, 6 hilabete inguru iraungo du batez beste; eskuarki 2 urte baino lehen desagertuko da, eta, hori gertatzen ez bada, depresio nagusi kronikoa diagnostikatzen da.

Depresio gehienak desagertzen badira ere, gutxienez bi asteko desagerpen-aldiaren ondoren berriro agertzen dira. Kasu gehienetan berriro agertzen da depresio nagusia. 15 urteren buruan pazienteen % 87k berriro agertzen du depresioa.

Depresio nagusi etengabea duena pertsona normal moduan agertzen da depresio-pasarteen arteko denboraldian.

Depresio nagusiaren nahastea (DSM-IV-TR, 2000)

A eta C irizpidea: ezaugarri nagusia hau da: depresio nagusiko pasarte bat edo gehiago gertatzen dira, pasarte maniakoen, mistoen edo hipomaniakoen historiarik gabe.

Depresio nagusiko diagnostikoa egiteko ez dira kontuan hartzen substantzien (droga, sendagaiak, toxikoak) ondorioz sortutako nahaste-pasarteak, ezta gaixotasun medikoaren ondorioz sortutakoak ere.

B irizpidea: pasarteak ez dira hobeto azaltzen nahaste eskizoafektibo baten bidez, eta ez dira eskizofrenia batekin, nahaste eskizofreniforme batekin, eldarniozko nahaste batekin edo espezifikatu gabeko nahaste psikotiko batekin batera gertatzen.

Depresio nagusiko diagnostikorik ez da egingo, pertsona batek depresioarekin batera mania- edo hipomania-pasarteak jasaten baditu.

Depresio nagusia jasaten dutenek ezaugarri ezberdinak agertuko dituzte, depresio nagusiko bereizgarriez gainera beste bereizgarri batzuk ere baldin badituzte:

– Depresio nagusia duten pertsona batzuek ezaugarri malenkoniatsuak dituzte: depresio nagusiko irizpideak betetzen dituzte; goizean goiz jaikitzen dira; goizean depresio gehiago dute; kinada atseginetarako joerarik edo interesik ez dute agertzen; mugimendu makalak egiten dituzte; apetitu kaxkarra dute eta neurriz gaindiko erruduntasuna. Ezaugarri malenkoniatsuak dituen

depresio mota larriagoa izaten da ezaugarri horiek ez dituena baino: pasarte gehiago eta komorbilitate gehiago agertzen ditu.

– Depresio nagusia duenak ezaugarri psikotikoak ere ager ditzake: eldarnioak edo haluzinazioak. Alde batetik, eldarnio eta haluzinazio horiek depresioarekin bat etor daitezke; hau da, aldarte deprimitua duen pertsonak izan dezake eldarnio bat, non pentsatzen baitu bere barneko atalak ustelduak daudela; edo entzumen-haluzinazio bat jasan dezake, zenbateraino errudun den esaten diona. Beste aldetik, izan liteke eldarnio edo haluzinazioak depresioarekin bat ez etortzea; adibidez, handitasun-eldarnioak jasan ditzake depresioarekin batera. Ezaugarri psikotikoak dituenak prognosi okerragoa du, ezaugarri horiek ez dituenak baino.
– Ezaugarri atipikoak ere ager ditzake depresio nagusia duenak, umorearen erreaktibitatea dela-eta. Horrela, inguruneko gertaera positiboei erantzunez, bere umorea hobetu lezake, apetitu hobea agertu, pisua irabazi, hipersomnia garatu edo jarduera batzuetarako interes berezia agertu.
– Depresio nagusia duenak, mania duenak bezala, ezaugarri katatonikoak ager ditzake: mugimendurik eza edo katalepsia, jomuga gabeko portaerak, argizariaren malgutasuna.
– Erditu ondorengo depresioa haurra jaio ondorengo hilabetean gertatzen da, eskuarki haurra erditu eta 2-3 egunera. Haurra erditu berria duten emakumeek faktore estresatzaile asko izaten dituzte sarritan, eta horrek akidura fisikora eramaten ditu. Alde horretatik, antz handia dute depresio normalak eta haurra erditu osteko depresioak (Whiffen eta Gotlib, 1993).

Depresioa ongi ulertzeko eta egoki tratatzeko, haren ibilbidea ere aztertu behar da. Depresio nagusiaren aurretik nahaste distimikoa edo nahaste ziklotimikoa jasan den aztertu behar da, horrelakorik jasan bada tratamendua zailagoa izango baita. Era berean, nahaste bipolarretan urtean zehar pazienteak zenbat depresio-aldi jasaten dituen jakin behar da, pasarte horietako asko izaten dituztenak sendatzea zailagoa baita.

Aldarte-nahaste batzuk urtaroei lotuta gertatzen dira; horrela, depresio batzuk udazkenean hasi eta udaberrian amaitzen dira, eta gehiegi lo egitearekin, gehiago jatearekin eta pisua irabaztearekin lotuta agertzen dira. Urte-sasoiari loturiko depresioa maizago gertatzen da eguzki-argi gutxi dagoenean: oso iparrekoak edo hegokoak diren lurraldeetan edo neguko egunetan.

2.1.2. Nahaste distimikoa

Larritasun, kronikotasun eta iraunkortasunean oinarrituta bereizten dira nahaste distimikoa eta depresio nagusiaren nahastea:

- Depresio nagusiaren nahastea (DNN) duena egoera depresiboan dago egunaren denbora gehienean, ia egunero, gutxienez bi astez.
- Nahaste distimikoa duenak egun gehienetan aldarte apala izaten du, gutxienez 2 urtez, eta batzuetan 20-30 urtez. Urte horietan zehar bi hilabete baino gehiagoz ez da egongo depresio-sintomarik gabe.
- Depresio nagusiaren nahastea duenak depresioko pasarte bat edo gehiago bizi izaten ditu; pasarte horiek elkarrengandik banatuta daude, eta pertsonen jarduera normaletik bereiz daitezke.
- Nahaste distimikoa duenak hain larriak ez diren eta kronikoak diren sintoma depresiboak bizi izaten ditu, urte anitz irauten dutenak.
- Kasu batzuetan pertsonak nahaste distimikoa garatzen du, lehenik eta depresio nagusiko pasarte batzuk bizi izan eta gero. Kasu horietan, depresio bikoitzaz hitz egiten da. Depresio bikoitza duenak depresio arin kronikoa du alde batetik, eta aldian behin depresio nagusiko pasartearen baldintzak betetzen ditu.
- Nahaste distimikoa duenak depresio-maila baxua jasaten du gutxienez bi urtean. Haurren eta nerabeen kasuan, depresio arina jasaten dute, gutxienez urtebetean. Beraz, distimia diagnostikatzeko umore depresibo iraunkorra jasan behar da gutxienez bi urtean, egun gehienetan eta egunaren zati handienean. Gainera, sei sintomotatik bi agertu behar ditu gutxienez: 1) apetitu-galera edo neurriz gaindiko apetitua; 2) loaldiko nahastea; 3) energia-maila kaskarra; 4) autoestimu apala; 5) kontzentratzeko edo erabakiak hartzeko zailtasunak; 6) etsipen-sentimenduak. Umore-egoera normala gehienez bi hilabetez agertzen du; sintomak desager daitezke bi urte horietan zehar, baina gehienez ere bi hilabeteko tarte batean.

Nahaste distimikoa (DSM-IV-TR, 2000)

A irizpidea: ezaugarri nagusia kronikoki depresiboa den aldartea da; aldarte horrek egunaren zati handienean, egun gehienetan, gutxienez bi urte irauten du.

B irizpidea: depresio-aldarteko garaietan ondorengo sintometako bi gutxienez gertatzen dira: apetitu-galera edo -igoera, lo egin ezina (insomnioa) edo hipersomnia, energia-gabezia edo nekea, autoestimu baxua, kontzentratzeko edo erabakiak hartzeko zailtasunak, eta etsipen-sentimenduak.

C irizpidea: bi urtean zehar, sintoma gabeko tarteak ez dira bi hilabete baino gehiagokoak.

D irizpidea: nahaste distimikoa diagnostikatzeko distimia-sintomak agertu aurretik depresio nagusiaren pasarterik ez da jasan behar. Hasierako 2 urteen buruan depresio nagusiko pasarte bat gertatu bada, depresio nagusiaren nahastea diagnostikatu behar da.

E	irizpidea: ez da gertatu pasarte maniako, misto edo hipomaniakorik, eta ez dira bete nahaste ziklotimikoko irizpideak.
F	irizpidea: sintomak ez dira agertzen nahaste psikotiko kroniko baten (eskizofrenia edo eldarniozko nahastea) buruan bakarrik.
G	irizpidea: nahastea ez da gertatzen substantzia (droga, sendagai) baten edo gaixotasun mediko (hipotiroidismoa) baten efektu fisiologiko zuzenengatik.
H	irizpidea: sintomek atsekabe klinikoa, hondamen soziala eta lan-arloko hondamen nabarmena eragiten dituzte.

Distimia maizago gertatzen da emakumeen artean gizonen artean baino (Kessler *et al.,* 1994). Batez besteko iraupena 5 urtekoa du, eta 20 urte baino gehiago iraun dezake. Nahaste distimikoa depresio nagusiaren nahastea baino arinagoa da, baina luzaroago irauten du.

2.1.3. Nahaste bipolarrak

Kraepelin (1899) hasi zen zorotasun maniako-depresiboaz hitz egiten, baina gaur egun nahaste bipolar esaten zaio. Nahaste bipolarrak mania- edo hipomania-pasarteak eta depresio nagusiko pasarteak txandakatzen ditu. Mania- edo hipomania-sintomak jasateak bereizten du nahaste bipolarra polo bakarreko nahastetik. Beraz, depresio nagusiaren nahastea ez da diagnostikatzen, pazienteak pasarte maniakorik edo hipomaniakorik bizi izan badu. Kasu horretan, nahaste bipolarraz hitz egin behar da. Nahaste bipolarretan, mania-fasea depresio-fasearen ondoren berehala ager daiteke, edo normaltasun-tarte baten ondoren.

Nahaste bipolarreko I. nahastean, mania-pasarteak agertzen dira depresioarekin txandakatuz. Alde batetik, depresio nagusiko pasarte bat edo gehiago gerta daitezke. Beste alde batetik, mania-sintomak agertzen dira, gutxienez astebete irauten dutenak: energia-maila jasoa eta aldarte puztua, euforikoa, hedatua, besteek jartzen dituzten eragozpenen aurrean haserre edo erasoka eteten dena, ideien zurrunbiloa edo ideien ihesa, hiperaktibitate orokorra eta umorearen kitzikapena; egitasmo erraldoiei aurre egiteko prestatzen da, eta zuhurtasunik gabeko ausardia agertzen du, besteen erresistentzia eta eragozpenei aurre eginez. Inhibizio pertsonalak eta kulturalak galtzeak ondorio larriak ekartzen dizkio: besteekin etsaitasun nabarian amaitzen du, lana galtzen du, galera ekonomikoak eta afektiboak izaten ditu. Ikertzaile batzuek mania-sintomen ordez umore haserrekorra eta ezaugarri depresiboak aipatzen dituzte maniaren ezaugarri nagusi moduan.

I. nahaste bipolarra (pasarte hurbilena depresiboa) diagnostikatzeko irizpideak (DSM-IV-TR, 2000)

A irizpidea: gaur egun (edo duela gutxi) depresio nagusiko pasarte batean dago.

B irizpidea: aurrez pasarte maniako bat edo pasarte misto bat agertu da, gutxienez.

C irizpidea: A eta B irizpideetako pasarte afektiboak ez dira hobeto azaltzen nahaste eskizoafektibo baten presentziaz, eta ez dira eskizofrenia batekin, nahaste eskizofreniforme batekin, eldarniozko nahaste batekin edo espezifikatu gabeko nahaste psikotiko batekin batera gertatzen.

Polo biko II. nahastean hipomania-pasarteak eta depresio nagusiko pasarte bat edo gehiago txandakatzen dira. Ez du bete-beteko maniarik jasaten. Hipomania-pasartean aldarte jasoa, hedakorra eta haserrekorra agertzen du pertsonak, gutxienez 4 egunez, eta gainera honako sintoma hauetako batzuk jasaten ditu, maniaren kasuan baino maila apalagoan bada ere: lo egiteko premia gutxi, ideien ihesa, autoestimu puztua. Hipomania gertatzean ospitaleratze beharrik ez dago.

Polo biko nahasteak arinak edo larriak izan daitezke. Nahaste arinei ziklotimia deritze, eta nahaste larriei nahaste bipolar.

II. nahaste bipolarra (DSM-IV-TR, 2000)

A irizpidea: depresio nagusiko pasarte bat edo gehiago agertzen dira.

B irizpidea: gutxienez hipomania-pasarte bat gertatzen da.

C irizpidea: mania-pasarterik edo pasarte mistorik ez da gertatu.

D irizpidea: pasarteak ez dira hobeto azaltzen nahaste eskizoafektibo baten presentziaz, eta ez dira eskizofrenia batekin, nahaste eskizofreniforme batekin, eldarniozko nahaste batekin edo espezifikatu gabeko nahaste psikotiko batekin batera gertatzen.

E irizpidea: sintomek klinikoki nabaria den ondoeza edo narriadura eragiten dute, narriadura soziala, lanbidekoa edo pertsonaren jarduerako arlo garrantzitsu batekoa.

Sarritan nahaste bipolarreko depresioa depresio arruntarekin nahasten da. Garrantzitsua da polo bakarreko depresioa eta polo biko nahastea bereiztea, polo bakarreko depresioa tratatzeko erabiltzen diren droga batzuek mania sor baitezakete bi poloko nahastea duenari aplikatuz gero. Polo bakarreko depresioa eta polo bikoa bereizteko irizpide hauek erabil daitezke: nahaste bipolarra depresio arrunta baino pertsona gazteagoetan agertzen da; 20 urte ingurukoengan agertzen da nahaste bipolarra, eta 30 urte ingurukoengan polo bakarreko depresioa. Depresio bipolarrak polo bakarrekoak baino ugariagoak dira, eta depresio bipolarretan sarriagotan

gertatzen dira sintoma psikotikoak polo bakarreko depresioetan baino. Gainera, depresio bipolarra dutenek gehiagotan jotzen dute drogen kontsumora eta suizidiora. Nahaste bipolarrak nerabezaroan eta helduaroan gerta daitezke, bai nesketan, bai mutiletan, eta errepikatzeko joera dute.

2.1.4. Ziklotimia

Nahaste ziklotimikoa arinagoa da nahaste bipolarra baino, baina iraupen handiagokoa: gutxienez 2 urtean zehar (nerabe eta haurretan, urtebetean zehar) hipomania-sintomak eta depresio-sintomak txandakatzen dira; baina sintoma horiek nahaste distimikoan gertatzen direnen antzekoak dira, hots, depresio nagusikoak baino arinagoak. Depresio horrek portaera-nahasteak eragiten ditu, baina nahaste horiek ez dira pazientea ospitaleratzeko bezain larriak.

Ziklotimikoa depresio-aldian dagoenean apaldua eta beheratua sentitzen da; ez du interesik ohiko jardueretarako, eta horietan ez du gozatzen; gehiegi edo gutxiegi lo egiten du; energia-maila eta eraginkortasun gutxi du; zorroztasun kognitibo gutxi eta jarrera ezkorra du, eta beste pertsonengandik urrundu egiten da.

Ziklotimikoak direnak energia askorekin sentitzen dira, eta bereziki sortzaileak bihurtzen dira hipomania-fasean daudenean. Euforia horrek eramanda, sarritan arazoak ez ikusteko joera dute pazienteek. Beren portaera hedakorra guztiz normala iruditzen zaie, entusiasmoz beterik baitaude.

Autoestimu baxua dute depresio-aldian, eta autoestimu puztua mania-aldian. Lo gutxi egiten dute mania-aldian eta asko, depresio-aldian. Depresio-aldian ezin izaten dira kontzentratu; mania-aldian, pentsamendu zorrotza eta sortzailea dute.

2.2. ALDARTE-NAHASTEEN MAIZTASUNA

Gizarte hiritarrean maiztasun handiena duen nahaste mentala da depresioa; azken hamarkadetan asko ugaldu da, Mendebaldekoak ez diren kulturetan maiztasun txikiagoa edo agerpen kliniko ezberdina badu ere. Horrela, garapen-bidean dauden lurraldeetako paziente depresiboak gutxiago kexatzen dira aldarte depresiboaz eta errudun-sentimenduaz, eta gehiago agertzen dituzte sintoma somatiko eta funtzionalak (mina, idorreria, pisu-galera…).

Hogeigarren mendearen lehen erdian depresio gutxiago ikusten zen, bigarren erdian baino. 1905 baino lehenago jaiotako amerikarren % 1ek eta 1955 ostean jaiotakoen % 6k agertu izan du depresioa 24 urterekin. Oro har, populazio orokorraren % 5 inguruk agertzen du depresioa. Bizitzan zehar duen prebalentzia % 8,8 eta % 23,6 artekoa da (Copeland *et al.,* 1999).

Polo bakarreko depresio nagusia da maiztasun handiena duena. Nahaste horren maiztasuna askoz handiagoa da emakumeetan, gizonetan baino (Kessler *et al.,* 1994).

DSM-IV-TR-ren arabera, bere bizitzan zehar depresio nagusiaren nahastea jasaten du emakumeen % 10-25ek eta gizonen % 5-12k. Hau da, emakumeen depresioaren maiztasuna gizonen depresioaren maiztasunaren bikoitza da. Hala ere, gizonen eta emakumeen arteko alde hori ez da kultura guztietan agertzen. Adibidez, juduen artean ez dago horrelako alderik (Levav, Kohn, Golding eta Weismann, 1997).

Kultura arteko ikerketek erakutsi dutenez, depresioaren maiztasuna handia da lurralde batzuetan eta txikia beste batzuetan. Taiwanen, % 1,5eko maiztasuna du, eta Beiruten, % 19koa. Estatu Batuetan depresio nagusiaren nahastea eta distimia gutxiago gertatzen da beltzen artean, hispanoen eta zurien artean baino (Kessler *et al.,* 1994); lurralde horretako egoitzetako zaharren bosten batek depresio nagusia du (Rockwood, Stolee eta Brahim, 1991); batzuetan depresio-sintomak dementziari egozten bazaizkio ere, oro har, zahartzaroan ez dago helduaroan baino depresioaren maiztasun handiagorik, adin horretan estres gutxiago dagoelako (Kessler *et al.,* 1994). Hori bai, depresio nagusia duten pertsonen % 15ek bere buruaz beste egiten du.

Lehen pentsatzen zen haurtzaroan ez dela depresiorik gertatzen, baina orain badakigu haurtzaroan ere gertatzen direla depresio nagusia eta depresio kroniko arina (Garber eta Horowitz, 2002). Helduek ez ezik, nerabeek eta haurrek ere izan dezakete depresio nagusiaren nahastea. Atxikimendu-iruditik denbora luzez bereizita edukitzen den haurrak depresioa gara dezake. Ama depresiboen haurrek depresio gehiago agertzen dute (Field *et al.,* 1988). Edonola ere, haurrengan helduengan baino maiztasun txikiagoa du depresioak.

Nerabezaroan asko igotzen da depresioaren maiztasuna (Kashani, Hoeper, Beck eta Corcoran, 1987; Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley eta Andrews, 1993). Nerabeen ehuneko handi batek depresio nagusiaren nahastea agertzen du nerabezaroko faseren batean (Lewinsohn eta Essau, 2002). Bigarren hamarkadako lehen urteetan agertzen da eskuarki depresioa, baina, 21 bat urte baino lehen agertuz gero, kronikotasun gehiago eta prognosi okerragoa izaten du.

Haurtzaroan distimia agertzen dutenen % 76k depresio nagusiaren nahastea agertzen du helduaroan (Kovacs, Akiskal, Gatsonis eta Parrone, 1994). Haurtzaroan distimiak depresio nagusiaren nahasteak baino maiztasun gehiago du, baina nerabezaroan depresio nagusiaren nahasteak maiztasun gehiago du distimiak baino (Kashani, Hoeper, Beck eta Corcoran, 1987). Haurren depresioa erasokortasunaren bidez agertzen da sarritan, batez ere mutilen artean. Maniak ere haserrekortasunaren forma hartzen du haurtzaroan, eta 9 urtetik aurrera maniaren forma hartzen du (Carlson, 1990).

Nahaste bipolarrak depresio nagusiak baino maiztasun txikiagoa du (Myers *et al.,* 1984). Nahaste bipolarrak gutxitan ikusten dira haurtzaroan; nerabezaroan gehitzen dira. Depresioa duten haur askok portaera-arazoak edo arreta-gabezia eta hiperaktibitatearen nahastea ere agertzen dituzte (Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley

eta Andrews, 1993). Emakumeen artean, depresio-pasarteek maiztasun gehiago dute, eta mania-pasarteek maiztasun txikiagoa dute gizonen artean baino (Leibenluft, 1996). Nahaste bipolarra nahiko larria da, eta ospitaletik etxeratutakoen % 52k oraindik jatorrizko diagnostikoa du (Keck *et al.,* 1998).

Polo bakarreko depresioak maiztasun gehiago du maila sozioekonomiko baxukoen artean, bizimodu estresatuagoa dutelako (Dohrenwend, 2000). Baina, bi poloko nahastea ugariagoa da maila sozioekonomiko altukoen artean (Goodwin eta Jamison, 1990). Horren arrazoia honetan egon daiteke: nahaste bipolarra dutenen nortasunaren bereizgarriek lorpen handiagoetara eraman ditzakete pertsona horiek. Nahaste bipolarra sarritan gertatzen da artista sortzaileen artean (Jamison, 1993).

Errepikatzeko joera izaten du depresioak. Depresioa dutenen % 80k beste depresio-pasarteren bat ere izaten du. Horrela, batez beste, lau depresio-aldi izaten ditu depresioa duen pertsonak. Depresio nagusi etengabea dutenen familian ere depresio motaren bat agertu ohi da, depresio sinplea dutenen familietan ez bezala.

2.3. BARNE-HERSTURA ETA DEPRESIOA

Barne-herstura duten guztiek depresiorik ez badute ere, esan daiteke depresio-nahastea duten guztiek barne-herstura dutela (Di Nardo eta Barlow, 1990). Zinbarg eta lankideen arabera (Zinbarg *et al.,* 1994), barne-herstura definitzen duten sintomak hauek dira: tentsioa, urduritasuna, neurriz gaindiko kezka, amesgaiztoak, dardarak, aprentsioa. Depresioaren sintomak honako hauek dira: babesgabetasuna, interes-gabezia, atsegin-esperientziarik eza, libido-gabezia, umore depresiboa, suizidio-ideiak (Zinbarg *et al.,* 1994). Depresioaren sintoma batzuk depresioan bakarrik agertzen dira; esate baterako, funtzio kognitiboen eta mugimen-funtzioen makaltzea eta esperientzia atseginak bizitzeko gaitasunik eza. Baina badira afektu negatibo bietan (barne-hersturan eta depresioan) agertzen diren sintomak ere: kezka, kontzentrazio eskasa, haserrekortasuna, gehiegi zelatatzea, gertaera txarrak aurresatea, negarra, nekea, erruduntasuna, insomnioa, babesgabetasuna, oroimen txarra, autoestimurik eza (Zinbarg *et al.,* 1994).

2.4. ALDARTE-NAHASTEEN KAUSAK

2.4.1. Kausa biologikoak

Datu *genetiko*ei dagokienez, aldarte-nahastea dutenen senitartekoek aldarte-nahasterik ez dutenen senitartekoek baino depresio gehiago izaten dute (Gershon, 1990). Bi poloko nahastea duenaren senitartekoek arrisku handiagoa dute polo bakarreko depresioa jasateko. Biki monozigotikoekin egindako ikerketa batean honako hau ikusi da: biki monozigotikoetako batek depresioa jasanda besteak ere depresioa jasateko probabilitatea handiagoa da, biki dizigotiko batek depresioa

jasanda besteak ere depresioa jasateko duena baino (Bertelsen, Harvald eta Hauge, 1977). Nahaste bipolarrek heredagarritasun handiagoa dute polo bakarrekoek baino (Torrey *et al.,* 1994). Biki monozigotikoek nahaste bipolarrean duten adostasuna % 72 ingurukoa da; biki dizigotikoek dutena, berriz, % 14 ingurukoa (Allen, 1976).

Barne-herstura eta depresioa batera kontuan hartuta heredagarritasuna aztertzen badugu, zera ikusten dugu: zenbat eta barne-herstura eta depresio-sintoma handiagoa jasan pertsona batek, orduan eta barne-herstura eta depresio handiagoa pairatzen dutela haren lehen mailako senitartekoek (Hammen, Burge, Burney eta Adrian, 1990).

*Neurotransmisore*ei dagokienez, aldarte-nahastea dutenek serotonina-maila desegokia izaten dute. Ondorioz, norepinefrina eta dopamina ez dira erregulatzen, eta aldartea ere ez da ondo erregulatzen (Goodwin eta Jamison, 1990). Bi poloko nahasteen arloan, depresioa norepinefrinaren eta/edo serotoninaren gabeziaren ondorio dela hipotetizatu izan da; mania, aldiz, hormona horien neurriz gaindiko mailen ondorio dela pentsatu izan da. Emaitzek erakutsi dute depresio-pasarteetan norepinefrina gutxiago dagoela, eta mania-pasarteetan gehiago dagoela. Baina, serotonina-maila baxuagoa ikusi da bai mania-aldian, bai depresio-aldian (Manji eta Lenox, 2000). Dopaminari dagokionez, mania-sintomak agertzen direnean dopaminaren jarduera handiagoa nabaritzen da, eta depresio-aldietan dopamina-maila txikiagoa agertzen da (Manji eta Lenox, 2000).

*Sistema neuroendokrinoa*ri dagokionez, gure garuneko hipotalamoa hipofisiarekin konektatua dago, eta horrek sistema endokrinoa kontrolatzen du. Sistema linbikoak afektuak prozesatzen ditu, eta hipotalamoari lotua dago. Hipotalamoak jariatutako hormonek hipofisian eragiten dute. Hipofisiak giltzurrun-guruinak aktibatzen ditu, eta horiek epinefrina eta kortisola jariatzen dituzte (hipotalamoak, hipofisiak eta giltzurrun gaineko azalak osatzen duten ardatza). Estres-egoeretan kortisol gehiegi jariatzen du giltzurrun gaineko guruinak. Kortisol-maila garaia da depresio-aldian. Egoera normalean dexametasonak kortisolaren jariatzea gelditzen du, baina eldarniozko depresioa duten pertsonetan ez da horrelakorik gertatzen (Nelson eta Davis, 1997). Kortisola ezin du ezabatu dexametasonak, gehiegi aktibatzen baldin badu pertsona depresiboaren hipotalamoa-hipofisia-giltzurrun gainekoa ardatza. Nahaste bipolarra dutenei dagokienez, pasarte maniakoetan daudenek lo gutxi egiten dute, eta depresio-aldietan daudenek hipersomniarako joera dute.

Positroi-igorketa bidezko tomografiaren bidez ikusi denez, ezker garun-azal prefrontaleko odol-zirkulazioa gutxitu egiten da depresio-garaian, eta eskuin prefrontaleko eta eskualde tenporaleko odol-zirkulazioa gutxitu egiten da mania-aldian (Howland eta Thase, 1999).

Deprimiturik dauden pertsonetan laburragoa da lo hartzearen eta REM fasearen hasieraren arteko tartea. Ondorioz, uhin makalen loaldia laburtua dute pertsona deprimituek.

2.4.2. Kausa psikologikoak

Diatesi-estres ereduaren arabera, nahastea jasateko aurretiko joera ematen duten faktore biologikoez gainera, inguruneko gertaera estresatzaileak ere beharrezkoak dira aldarte-nahasteak azaltzeko. Erlazio nabarmena dago depresioaren eta gertaera traumatikoen artean (Brown, Harris eta Hepworth, 1994). Depresio mota gehienen aurretik gertaera estresatzaileak gertatu izan dira, baina horrek ez du esan nahi gertaera estresatzaileak jasaten dituzten guztiek depresioa garatuko dutenik. Gertaera estresatzaileak bizi izaten dituzten pertsona gehienek ez dute depresiorik jasaten.

Ikuspegi kognitiboaren ordezkarietako bat da *Beck-en depresioaren teoria*. Haurtzaroko eta nerabezaroko egoera batzuetan eskema kognitibo negatiboak eskuratzen ditu pertsonak; gurasoen galerak, lagunen baztertzeak eta irakasleen kritikak eragiten dituzte eskema negatibo horiek, eta haurtzaroko egoera horien antza duten egoeretan berriro aktibatzen dira. Eskema negatibo horiek izango dira gure bizitza gidatuko dutenak. Eskema negatibo horiek eskuratu zituzten egoeren antza duten beste ingurune batzuetan aplikatuko dituzte aipatu eskemak. Ondorioz, gertaerak eraikitzeko duen moduak pertsonaren umore-egoeran eragina izango du. Horrela, alde batetik, pentsatzeko moduak depresioa eragin dezake, baina, bestalde, depresioak ere eragin dezake pentsatzeko modua. Beraz, ez dirudi eragina noranzko bakarrekoa denik.

Babesgabetasun ikasiaren teoria kognitiboaren arabera, pertsonak bizi izandako esperientzia negatibo batzuetatik dator norbere bizitza kontrolatzeko gaitasunik ezaren sentimendua. Teoria hori argitzeko ikerketa bat egin zuen Seligman-ek txakurrekin (Seligman eta Maier, 1967). Txakur sail bat hartu eta hiru taldetan banatu zituen zoriz. Ikerketaren lehen zatian, hiru egoera ezberdinetan jarri zituen talde horiek: lehen taldeko txakurrek shock elektrikoak jasotzen zituzten, baina shock horiek ekidin zitzaketen; bigarren taldekoek ere shockak jasotzen zituzten, baina ezin zitzaketen ekidin; hirugarren taldekoek ez zuten shock elektrikorik jasotzen: kontrol-taldekoak ziren. Ikerketaren bigarren zatian, hiru taldeetakoek jasotzen zituzten shock elektrikoak, baina shock horiek ekidin zitzaketen. Egoera berri horretan, lehenengo eta hirugarren taldekoek shockak ekiditen ikasi zuten, baina bigarren taldekoek arazo handiak izan zituzten ekidite-portaera eskuratzeko; jarrera pasiboa hartzen zuten, eta ez ziren saiatzen shockak ekiditen. Horregatik, Seligman-ek esan zuen animaliak babesgabe sentitzen zirela kontrolaezinezko egoera abertsibo baten aurrean jarritakoan. Babesgabetasun hori dela-eta, kontrola dezaketen egoeran jartzen baditugu ere geroago, kontrolaezinezko egoeran zuten jarrera berbera hartzen zuten animaliek. Seligman-en ustez, babesgabetasuna ikasia duten animalien antzera, gizaki depresiboek ere modu pasiboan jokatzen dute estresaren aurrean.

Babesgabetasun ikasiaren eta egozpenaren teoriaren arabera, porrot-esperientzia bat azaltzean hiru galdera mota egiten dizkiogu geure buruari: 1) Porrotaren kausak barnekoak ala kanpokoak dira? 2) Porrotaren kausak iraunkorrak ala iragankorrak

dira? 3) Porrotaren kausak globalak ala espezifikoak dira? Pertsona batek porrot bat jasaten duen lehen unean bat-bateko erantzun emozional bat eragiten du porrot horrek. Baina berehala gertaera hori zergati batzuei egozten die pertsonak. Egozpen horiek barneko faktoreei, faktore egonkorrei eta globalei egiten badizkie, depresioan sar daiteke pertsona.

Ingurunean gertatzen diren gertaera negatiboen eragina pertsonaren egozpen-estiloaren araberakoa izaten da. Depresio-sintomak ugariagoak dira egozpen-estilo negatiboa duten pertsonetan. Genetikoki zaurgarriak diren pertsonak, gertaera traumatikoak bizi izatean, bizitza kontrolaezina dela pentsatzen hasten dira, eta egozpen-estilo negatiboa eskuratzen dute. Gertaerak azaltzeko estilo negatiboa lantzen dute. Gertaera positiboak kanpoko faktoreei eta faktore iragankorrei egozten dizkiete; gertaera negatiboak barneko faktoreei eta faktore iraunkorrei egozten dizkiete.

Nortasunaren ezaugarriek ere harremana dute gertaera estresatzaileekin. Nortasunaren neurotizismo-maila garaiak sintoma depresiboen igoera aurresaten du, bai polo bakarreko nahastean, bai polo bikoan.

*Ikuspegi psikodinamiko*tik begiratzen badugu, aho-aroan ez dira behar moduan asebetetzen haurraren beharrak edo gehiegi saritzen dira. Hori dela-eta, haurra aho-aroko asebetetze moduari lotua gelditzen da. Haurrak pertsona maitatua galtzen duenean haren irudia barneratu egiten du, eta harekin identifikatzen da, bizi izandako galera gainditzeko. Barneratu duen irudiarekiko sentimendu negatiboak dituenean, haren erasoen jomuga bihurtzen da bere burua. Gainera, errudun sentitzen da pertsona galduaren kontrako erasoengatik. Irudia barneratu ondoren dolu-lana gertatzen da: galdu duen pertsonaz oroitzen da, eta harengandik bereizi egiten da, barneratzeak ezarritako lokarriak askatuz. Baina pertsona batzuek ez dituzte lokarri horiek askatzen, eta barneratu dituzten pertsonen faltagatik beren buruak zigortzen jarraitzen dute.

*Depresioaren pertsona arteko teoria*ren arabera, pertsona depresiboen sare soziala barreiatuagoa da, eta sostengu gutxi ematen du. Izan ere, pertsona depresiboek portaera negatiboak eragiten dituzte besteengan, zeren, sostengu sozial gutxi izanik, zaila da pertsona horientzat gertaera negatiboei aurre egitea. Pertsona depresiboekin harremanetan dagoenak gutxi estimatzen ditu harreman horiek, eta baztertu egiten ditu pertsona horiek. Ikasleek baztertu egiten dituzte gelakide depresiboak (Joiner, Alfano eta Metalsky, 1992).

2.4.3. Faktore soziokulturalak

Depresioa eta mania kultura guztietan gertatzen dira, forma ezberdinak hartzen badituzte ere. Kultura batzuetan mania ugariagoa da, eta beste batzuetan depresioa gehiago hedatzen da. Ekialdeko kultura batzuetan, hala nola Taiwanen (Tsai eta Chentova-Dutton, 2002), depresioaren maiztasuna txikia da. Txinan, Japonian

edo Australiako hainbat aborigeneren artean depresioaren sintoma psikologikoak (erruduntasuna, autoestimu baxua) baino gehiago nabarmentzen dira sintoma psikosomatikoak (apetituaren galera, loaren gutxitzea). Gizarte batzuetan, norbaitek zerbait baliozkoa galtzen duenean, gizarteak galera horrengatik nolabaiteko saria ematen dio, eta pertsona kaltetua ez da babesgabetasunean edo etsipenean erortzen. Aldiz, beste kultura batzuetan zerbait baliozkoaren galera etsipen eta babesgabetasun bihurtzen da, eta horrek depresiora darama pertsona. Mendebaldekoak ez diren kulturetan indartsuagoak dira familia-lotura eta -sostenguak: haurraren ziurtasunik eza gutxitzen, eta depresioa prebenitzen dute.

Kanpo-egozpeneko estiloa gehiagotan darabilte Mendebaldekoak ez diren kulturek: jazarpen-eldarnioak edo proiekzioa eta ukapen-mekanismoak erabiltzen dituzte.

Erasokortasunari bidea ematen dioten gizarteek depresio-maila baxuagoa agertzen dute; horrela, esate baterako, depresio-maila altuagoa da bake-garaietan, gerra-garaietan baino.

Nahaste bipolarra azaltzerakoan depresio-fasearen azalpena polo bakarreko depresioari ematen zaionaren antzekoa da. Baina, mania-fasea egoera psikologiko ahularen kontrako babes-erreakziotzat hartzen da. Pertsona maniakoek autoestimu baxua dute (Winters eta Neale, 1985). Bereziki pertsona maniakoentzat eraikitako testen bidez ikusi denez, pertsona horiek puntuazio baxua ateratzen dute autoestimuan, depresiboek bezala (Lyon, Startup eta Bentall, 1999).

2.5. ALDARTE-NAHASTEEN TRATAMENDUA

Depresio-pasarte asko berez desagertzen dira hilabete batzuen buruan, baina luze egiten zaizkie hilabete horiek depresioan dagoenari eta haren ingurukoei. Gainera arrisku batzuk ere baditu depresioak, hala nola suizidioa. Horregatik, garrantzitsua da depresioa tratatzea.

Droga bidezko terapia moduan honako hauek erabiltzen dira:

- Antidepresibo triziklikoak erabiltzen dira depresioa tratatzeko, baina sendagai horiek ez dituzte pertsona guztiak sendatzen (% 50 inguru), eta albo-efektuak ere eragiten dituzte zenbait pertsonatan: gizentzea, idorreria, disfuntzio sexuala… Gainera, dosi altuetan toxikoak dira, eta suizidiorako erabil daitezke. Pazienteak nahaste bipolarra badu, mania-pasarteak eragin ditzakete.
- Triziklikoen albo-efektuak direla-eta, SSRI (selective serotonin reuptake inhibitors) antidepresoreak erabili izan dira. Horiek batez ere depresio arinak tratatzeko erabiltzen dira. Gaur egun, antidepresore atipikoak erabiltzen dira.

- Monoamina oxidasaren (MAO) inhibitzaileak ere erabil daitezke, baina horiek beste bi sendagaiek baino albo-efektu gehiago eragiten dituzte.

  Hiru drogek antzeko efektu positiboak eragiten dituzte, baina albo-efektu txikiena SSRI sendagaiek eragiten dute. Berrizkatura erraz gertatzen da, sendagaia hartzeari uzten zaionean. Terapia biologikoen emaitzek ez dute asko irauten, tratamenduari uzten zaionean. Horregatik, terapia psikologikoak aplikatu behar dira.
- Litio-terapia erabiltzen da sarritan nahaste bipolarren pasarte depresibo eta maniakoak tratatzeko. Hala ere, litio-tratamendua gehiago erabili izan da mania tratatzeko. Litio-terapiak ere baditu albo-efektuak: lozorroa, mugimenduen koordinazio eskasa, urdail-hesteetako disfuntzioak. Albo-efektu horiek direla-eta, oso kontuz preskribatu behar da litioa. Gainera, paziente bipolarrek ez dute sarritan litioa behar bezala hartzen, eta, modu ez-jarraituan hartzen denean, berrizkatura gerta daiteke. Horregatik, ingurukoen babesa behar dute; litioarekin batera tratamendu psikologikoa behar dute.

Sendagai antidepresiboen eragina berehalakoa ez denez, suizidio-arriskua handia denean, efektu azkarragoak dituzten terapietara jotzen da. Horrela, depresio larria (ezaugarri psikotiko edo malenkoniatsuak dituen depresioa) duten pertsonekin edo beste tratamenduei erantzun ez dietenekin sarritan erabiltzen da elektrokonbultsio-terapia. Mania-pasarteen tratamendurako ere erabiltzen da terapia mota hori. Iraganean alde biko elektrokonbultsioa aplikatzen zen: bekokiaren alde bietan jartzen ziren elektrodoak, elektrizitatea bi hemisferioetan deskargatzeko. Gaur egun alde bakarreko elektrokonbultsioa aplikatzen da, eskuin hemisferioan. Gainera, deskarga aplikatu aurretik anestesikoak eta gihar erlaxatzaileak ematen dira. Elektrokonbultsioak emaitza onak eman ditzake depresio sakonetan (Klerman, 1988).

Neguko depresioen tratamenduan argi distiratsuaren terapia ere aplikatu izan da (Blehar eta Rosenthal, 1989).

Polo bakarreko depresioa dutenekin portaeraren aktibazioaren tratamendua ere erabili izan da. Terapia mota horren asmoa ez da pazientearengan aldaketa kognitiboa eragitea, hura aktiboago bihurtzea baizik; horrela, ingurunean edo pertsona arteko harremanetan aktiboago eta parte-hartzaileago izaten irakasten zaio.

Psikoterapien bidez lortzen da depresioa tratatzea eta berrizkaturarik ez gertatzea. Terapiarik erabilienetakoa kognizio- eta portaera-terapia da. Terapia mota horrek eta sendagaien bidez egindako terapiak antzeko emaitzak eman izan dituzte (Hollon, Haman eta Brown, 2002). Terapia kognitiboaren bidez, pertsona batek gertaerez eta bere buruaz dituen iritziak aldatu nahi izaten dira. Pertsona depresiboek zerbait gaizki egiten dutenean, ezertarako ez dutela balio pentsatzeko joera dute. Pazienteak «ezertarako ez duela balio» esaten duenean, terapeutak baieztapen orokor hori gezurtatzen duten adibideak eskaini behar dizkio. Terapeutaren laguntzaz,

berregituraketa kognitiboa egin behar du pazienteak: beste modu batez pentsatzen ikasi behar du.

Depresioan murgildua dagoenak ez du esperientzia asebetegarririk besteekiko harremanetan. Horregatik, harreman sozialak hobetzen lagundu behar zaio. Ikuspegi horretatik, gizarte-trebetasunak irakastea tratamendu kognitiboa bezain eraginkorra gertatu da depresioa gainditzeko (Jacobson *et al.,* 1996). Pertsona arteko terapia tratamendu kognitiboa bezain eraginkorra gertatu da polo bakarreko depresioa tratatzeko (Hollon *et al.,* 2002).

Terapia psikodinamikoaren ikuspegitik, pertsonaren barnera zuzendutako erasokortasuna kanpoaldera bideratzen da. Beraren erruduntasun-sentimenduek oinarririk ez dutela konturatu behar du depresioa duen pertsonak. Haurtzaroko gertaera estresatzaileen oroitzapena berreskuratu behar du. Terapia mota horren eraginkortasunaz datu askorik ezagutzen ez bada ere, pertsona depresiboaren eta haren ingurunearen arteko harremanak lantzen dituen terapia psikodinamikoa eraginkorra gertatu da polo bakarreko depresioa arintzeko eta onura horiei eusteko (Frank *et al.,* 1990).

Paziente depresiboen eta paziente maniakoen heriotza-tasa handiagoa da populazio orokorrarena baino, suizidiorako joera handiagoa dutelako, istripu gehiago izaten dituztelako eta kausa naturalez ere gehiago hiltzen direlako (Coryell eta Winokur, 1992).

2.6. SUIZIDIOA

Mendebaldeko kulturan K.o. laugarren mendera arte ez zen gaitzetsi suizidioa. San Tomas Akinokoa izan zen suizidioa bekatu astuntzat hartu zuena. 1823ra arte hainbat lurraldetan hesola bat bihotzean sartuta hilobiratzen zuten suizidatzen zena. Lurralde gehienetan galarazia dago suizidioa sustatzea edo aholkatzea.

Suizidatzeko hainbat modu daude. Pertsona batek bere buruaz beste egin dezake zuzenki: zubitik behera bere burua jaurtikiz edo lokian tiro bat emanez bere buruari. Baina sarritan zeharbideak erabiltzen dira bere buruaz beste egiteko. Esate baterako, edaten jarraitzen duen alkoholikoaren kasuan edo inolako dietarik egiten ez duen arteroesklerotiko hipertentsoaren kasuan.

Suizidio-saio gehiago egiten dituzte emakumeek gizonek baino; baina, oro har, gizonek emakumeek baino gehiagotan burutzen dute suizidioa (2 edo 3 bider gehiagotan). Bananduek eta dibortziatuak beste familia-egoeretan daudenak baino gehiagotan suizidatzen dira. Udaberrian eta udan beste urtaroetan baino jende gehiago suizidatzen da Estatu Batuetan. Suizidio gehiago gertatzen da psikiatren, psikologoen, sendagileen edo legegizonen artean.

Hala ere, esan behar da, kultura batzuetan gizonek suizidio-saio gehiago egiten dituztela: adibidez, Polonian, Indian edo Finlandian; eta kultura batzuetan emakumeak gehiago suizidatzen dira gizonak baino: Txina, India, Papua Ginea Berria. Emakumeak sendagaien bidez suizidatzen dira batez ere, eta gizonek bitarteko gogorragoetara (armak…) jotzen dute.

Lurralde batzuetan pertsona gehiago suizidatzen dira beste batzuetan baino. Suizidatzen diren pertsonen kopurua asko aldatzen da lurraldetik lurraldera: Grezian, Italian edo Espainian jende gutxi suizidatzen da, Suitzarekin, Txekiar Errepublikarekin, Austriarekin, Finlandiarekin, Danimarkarekin edo Hungariarekin alderatuta. Australia ekialdeko basamortuko aborigenen artean ez dago suizidiorik. Lurralde arabiarretan suizidio-tasa baxuak daude, Hego Ameriketan bezala. Oro har, lurralde katoliko eta islamikoetan suizidio-maila txikia dago, suizidioa oso gaitzetsia dagoelako. Beste kultura batzuetan suizidioa onartua dago, batez ere helburu politiko batez egiten denean: kamikaze japoniarrak, suizida musulmanak.

Zaharrak gehiago suizidatzen dira helduak baino. Gainera, suizidatzen direnen proportzio handi batek gaixotasun kronikoren bat du.

Suizidatzen saiatu direnen eta suizidioa burutu dutenen arteko ratioa 200etik 1erakoa da. Suizidio-saio bat egin duten gehienek ez dute beste saiorik egiten; baina suizidioa burutu dutenen erdiek aurretik beste saio bat egina zuten gutxienez.

Munduan zehar asko ugaldu dira suizidioak eragindako heriotzak. Helduen artean ez ezik, haurretan ere ugaldu egin da suizidioa (Stolberg, Clark eta Bongar, 2002). Gurasoren bat galdu dutenek, abusuren bat jasan dutenek, depresioa edo oldarkortasun handia dutenek arrisku gehiago dute (Jamison, 1999). Nerabeen suizidioa ere asko ugaldu da. Istripuen eta homizidioen ondotik, suizidioa da heriotzaren kausarik arruntena (Jamison, 1999). Suizidioa ugaritzearen zergatiak depresioaren igoera, droga-arazoak eta portaera-nahasteak dira.

Suizidiorako motibo ugari agertu izan dira: besteen maitasuna piztea, besteengan erruduntasun-sentimendua sortzea, onargarriak ez diren sentimenduetatik norbera askatzea, hildako norbaitekin elkartzea, beste bizitza batean berriro haragitzeko gogoa, minari edo etsipenari ihes egitea. Bizitzan igurikapen altuak eta lorpen txikiak izatea ere suizidiorako motiboetako bat izan ohi da. Oro har, suizidiora eramaten duten kausa arrunten artean honako hauek agertzen dira: nahaste depresiboak, alkoholismo kronikoa, nortasunaren nahasteak, eskizofrenia, gaixotasun fisiko kronikoak (minbizia, giltzurruneko gaixotasunak). Suizidatu diren pertsonen % 90ek nahaste psikiatrikoren bat du, baina depresioa da nahasterik hedatuena. Depresio-pasarteak edo depresio-pasarteetatik irteteko unea dira suizidioaren kausarik ezagunenak (Stolberg, Clark eta Bongar, 2002). Suizidatzen diren pertsonen erdiak deprimituak edo desanimatuak egoten dira (Henriksson *et al.,* 1993), baina depresioaren fase sakonenetik irteten ari direnean gertatzen dira sarritan suizidioak.

Suizidioen kausen artean bizitzako gertaera negatiboak sarritan ikusten ditugu: hondamen ekonomikoa, espetxeratzea, harremanetako krisiak. Baina batzuetan «arrakasta-suizidioak» ere gertatzen dira. Gauzak ondo ateratzean erruduntasun-sentimendua sentituko balute bezala jokatzen dute zenbaitetan pertsonek. Lorpen handi baten ondoren suizida daitezke. Horrela, suizidio-tasak altuagoak dira lurralde aberatsetan: zoriontasunaren igurikapen altuagoak dituztelako. Suizidioek gora egiten dute pertsonen igurikapenak altuak direnean, nahiz eta kanpoko baldintzak onak izan. Aspirazio eta emaitzen arteko desberdintasunaren tamaina ematen baitu frustrazioak. Emaitzak onak izan arren, aspirazio-maila oso altua bada, lorpenen eta aspirazioen alderaketatik gaizki irteten da, eta errudun sentitzen da norbanakoa; ondorioz, frustrazioa gerta liteke.

Norbere buruaren kontra bideratutako erasokortasunaren bidez azaldu zuen depresioa Freud-ek. Guraso bati buruz jarrera anbibalentea badu haur batek, aldi berean maitatu eta gorrotatu egiten du. Pertsona horrekin identifikatzen denean, eta pertsona horren irudia barneratzen duenean, pertsona horren kontrako erasokortasuna bere buruaren kontra zuzentzen du. Sentimendu horiek oso indartsuak badira, bere burua hiltzera hel daiteke.

Durkheim-ek hiru suizidio mota bereizten ditu bere Teoria Soziologikoan: 1) Suizidio berekoia: gizartearekin lotura gutxi duen eta besteengandik bereizia sentitzen den pertsonak burutzen duen suizidioa. 2) Suizidio altruista: talde edo gizarte bateko kide sentitzen da, eta gizarte horri mesede egitearren suizidatzen da. 3) Suizidio anomikoa: pertsonak gizartearekin duen lotura bat-batean aldatzen da, katastrofe bat gertatu zaiolako, eta ondorioz suizidatu egiten da.

Shneidman-ek (1985) sufrikario sakon bat sortzen duen arazo bati irteera bilatzeko ahalegin kontziente moduan interpretatzen du suizidioa. Bere buruaz beste egiten duenak soluziobide bat aurkitu nahi du. Kontzientziari amaiera eman nahi izaten dio. Horretara eramaten duena eraman ezinezko min psikologikoa da; premia psikologiko asebete gabeek estresatzen dute; babes gabe eta itxaropen gabe sentitzen da; hautemate hertsatua du: aukerak gutxitu egiten dira. Suizida guztiek egresio bat burutzen dute, eta intentzio bat komunikatzen. Horretarako, bizitzari aurre egiteko erabili dituzten aurre-egite patroiak erabiltzen dituzte. Suizidiorako joera anbibalentea izaten da sarritan, eta, saioaren ondoren bizirik gelditu bada pertsona, haren nahaste emozionala baretu egiten da eskuarki. Hala ere, lasaitze hori ez da beti iraunkorra izaten, eta berriro ere saia liteke suizidatzen.

Aaron Beck-ek (1986) aurkitutakoaren arabera, itxaropen-gabezia da suizidioa iragartzen duen zeinu indartsu bat. Etorkizuna gaurko eguna baino hobea ez dela izango espero izatea da depresioaren aitzindari ezaguna. Suizidatzen diren pertsonek arazoei aurre egiteko modu zurrunagoak dituzte. Bizitzako arazoei aurre egiteko soluzioak aurkitzean pentsamendu hertsatua agertzen dute. Ez dakite arazoei soluziobide alternatiboak aurkitzen.

Kausa psikologikoez gainera, kausa biologikoak ere baditu suizidioak. Familia batzuetan handiagoa da suizidio-arriskua. Biki monozigotikoetan biki heterozigotikoetan baino arrisku handiagoa dago, bietako bat suizidatzean, bestea ere suizidatzeko (Roy, Nielsen, Rylander, Sarchiapone eta Segal, 1999). Suizidioaren biktimek serotoninaren jarduera txikiagoa dute (Van Praah, Pluchik eta Apter, 1990).

Substantzien abusua eta portaera-nahasteak dituztenak gehiagotan suizidatzen dira, eta aldarte-nahasteak dituztenek gehiagotan egiten dituzte suizidio-saioak.

Suizidatu diren pertsonen % 40k modu argian agertu du bere suizidio-asmoa, suizidioa gertatu baino aste edo hilabete batzuk lehenago (Clark, 1995). Asmoen berri lagunei eta senitartekoei ematen zaie eskuarki, eta ez osasun-zerbitzuetakoei. Komunikazio horren bidez suizidioarekiko anbibalentzia agertzen eta laguntza eskatzen ari da.

Suizidioari aurre hartu behar dionak kontuan izan behar du suizidio-saioa egiten duten gehienek nahaste mentalen bat dutela: depresioa, substantzien abusua, eskizofrenia, mugako nortasunaren nahastea. Alde horretatik, depresioa edo beste nahaste horiek tratatzeak eragin onuragarria izango du suizidioan (Linehan, 1997).

Shneidman-ek (1985, 1987) nahiago du suizidioa zuzenki tratatu; horretarako, honako terapia hau proposatzen du: min eta sufrikario psikologikoa arindu, beste aukera batzuk ikustea eragozten dioten betaurrekoak aldatu, eta pertsona portaera autosuntsitzailetik urrundu.

Badira suizidioaren prebentziorako zentroak, eguneko 24 orduetan irekiak egoten direnak. Zentro horiekin lehen kontaktua telefonoz egin ohi da. Galderen zerrenda bat daukate prestatua zentroan, deitzen duen bakoitzari galderak egiteko. Faktore demografikoen bidez kalkulatzen dute suizidio-arriskua: suizidio-plana oso zehatza bada, arrisku handiagoa; deitu duena adin ertaineko gizon dibortziatua eta lehen suizidio-saioa egin duena bada, arrisku handiagoa. Kontaktu pertsonala egin behar du zentroko langileak, eta deitu duena konbentzitzen saiatu behar du, suizida ez dadin.

Suizidioaren biktimen artean kontatu behar dira biziraun dutenak ere. Suizidioa gertatu denean bere buruaz beste egin duenarekin hizketan ari zena edo haren aurrean zegoena da biziraun duena. Pertsona horiek sarritan terapeutak edo zentroko langileak izaten dira, eta errudun sentitzen dira, zerbait gehiago egin zezaketela pentsatuz. Horregatik biziraun dutenei laguntzeko sostengu-pertsonak behar dira.

2.7. PRAKTIKAK

2.7.1. praktika

2000. urtean ezgaitasunaren kausen artean 5. lekua hartzen zuen depresio nagusiaren nahasteak. 2020. urtean 2. postua izango duela esaten da (Murray eta López, 1996). Hori zeren ondorio izan daitekeela iruditzen zaizu?

2.7.2. praktika

Azter ezazu depresioarekin loturik dagoen hirukote kognitiboa:

- Depresioa duenak autoestimu apala dauka.
- Depresioa duenak munduaren ikuspegi negatiboa du.
- Depresioa duenak etorkizunaren ikuspegi negatiboa dauka.

2.7.3. praktika

Azter eta alderatu itzazu depresioa neurtzeko erabiltzen diren ondorengo tresnak:

Tresna	Egileak
Hamilton Depression Rating Scale	Hamilton, 1969, 1967
Beck Depression Inventory	Beck, 1961, 1978
Zung Self-Rating Depression Scale	Zung, 1965
Cuestionario de depresión para niños Haurren depresioa neurtzeko galde-sorta	Lang eta Tisher, 2003 (Gorostiaga eta Balluerkak euskara-rako egokitua, 2012)

2.7.4. praktika

Ikus ezazu depresioari buruzko bideo hau, eta erantzun iezaiezu ondorengo galderei:

Depresioaren tratamendua psikologia klinikoan eta psikiatrian (REDES)

http://www.youtube.com/watch?v=UwRC2MGJx4U

http://www.youtube.com/watch?v=M8HcLRi0xgg&feature=related

http://www.youtube.com/watch?v=uUev4YT0lFI&feature=related

http://www.youtube.com/watch?v=-DA8Wn5KsCg&feature=related

Depresioak sormena sustatzen al du?

Zer nahaste zuen Van Gogh-ek?

Zein dira depresioaren bereizgarriak?

Garuneko anatomian zer-nolako irregularta sunak agertzen ditu?

Pertsona helduok neuronak sortzen al ditugu?

Zer gertatzen da pertsona deprimituen osasunarekin?

Zer dio amodioaz?

Zertan oinarritzen da terapia kognitiboa?

Zer dio errepresentazioaren eta errealitatearen arteko bereizketaz?

Zer da adimen partekatua?

Zer gertatzen da, barne-herstura luzaz jasaten bada?

2.7.5. praktika

Ikus ezazu depresioari buruzko dokumental hau, eta erantzun iezaiezu behean agertzen diren galderei:

Depresioa (dokumentala)

http://www.youtube.com/watch?v=07FTAruHxuk http://www.youtube.com/watch?v=Dme8ZvTfgfo&feature=relmfu

1. Nola deskribatzen du Mathew-ek depresioa?

2. Non zegoen irailaren 11n?

3. Zer arazo izan zuen Jame Rose-k txikitan?

4. Noiz jasan zuen Jame-k lehen depresioa?

5. Zer gertatu zitzaion lanean?

6. Zer dio genetikaz?

7. Zer gertatu zitzaion Norrie Gibson-i?

8. Erraza al da sendagai egokia aurkitzea?

9. Zer gertatu zitzaion Louise Windleborne-ri?

10. Zer gertatu zen edateari utzi zionean?

11. Nola ikusten du mundua depresioaren betaurrekoetatik?

12. Neuronen lotura berriak sortzen al dira?

2.7.6. praktika

Ikusi nahaste bipolarrari buruzko bideoa hau, eta komenta ezazue taldean:

http://www.youtube.com/watch?v=VJCB4DXX8Bs

http://www.youtube.com/watch?v=CwQI_KAMgNE

2.7.7. praktika

Man´s Search for Meaning (1963) izeneko liburuan kontzentrazio-eremuan bizi izandako sufrikarioak, tratu txarrak eta izua deskribatu zituen Viktor Frankl-ek. Austriako psikiatra horren gurasoak, anaia eta emaztea preso zeudela hil ziren.

Franklek zioenez, pertsona bat depresioan erortzen da bere bizitzari helbururik edo egitasmorik jartzen ez dionean. Bere sufrikarioari zentzua bilatu ziolako eta bizitza espiritualarekin erlazionatu zuelako bizirik iraun zuen Viktorrek. Bide horretatik garatu zuen logoterapia. Pertsonaren bizitzari esanahia bilatzea da logoterapiaren helburua. Horretarako, pertsonaren sufrikarioa testuinguru zabalago batean kokatzen du. Pertsonak bere existentziaren ardura hartzen du, eta benetako balioen lorpenera bideratzen ditu ahaleginak.

2.7.8. praktika

Komenta itzazue taldean suizidioari buruzko iritzi oker hauek:

- Suizidioa abisurik gabe gertatzen dela: ez da beti egia izaten; abisu zuzen edo zeharkakoren bat gertatzen da gehienetan.
- Suizidioa galarazten duen talde erlijioso bateko kide dena ez dela suizidatuko: ez da beti egia izaten; ez da gauza bera talde erlijioso bateko kide izatea eta talde horren eskaeren arabera jokatzea.
- Suizidatzen direnak deprimiturik daudela: ez da beti egia izaten; beren buruarekin bakean eta lasai dauden pertsonak ere suizidatzen dira.
- Suizidatzen denak hil egin nahi izaten duela: ez da beti egia izaten; suizidatzen diren gehienek jarrera anbibalentea dute beren heriotzari buruz. Krisia pasatu ostean, suizidio-saioa egin duten asko pozik daude ez direlako suizidatu.
- Jende gutxi dela suizidioan pentsatzen duena: ez da egia; jende askok izaten ditu suizidio-ideiak.
- Suizidioaz hitz egiten duten pertsonak ez direla suizidatzen: ez da beti egia izaten; suizidatu diren askok beren asmoen berri eman izan dute.

2.7.9. praktika

Psikiatren eta psikologoen elkarte batzuk (AEBko Psikiatria Elkartea edo AEBko Psikologia Elkartea) saiatzen dira beren buruaz beste egin nahi dutenak babesten. Pertsona horiek babestearren terapeutaren eta pazientearen arteko konfidentzialtasuna hausteraino heltzen dira. Gainera, prozesu judizial batera eraman dezakete terapeuta, baldin eta bezeroaren suizidioari aurre hartzeko beharrezko ebaluazioak egin ez baditu eta arrazoizko neurriak hartu ez baditu.

- Suizidioa ekiditen saia daiteke terapeuta, pazientea fisikoki lotuz edo sendagai gogorrak emanez?
- Ospitalean daudenek ez al dute suizidatzea lortzen?
- Gogoz kontra ospitalean edukiz gero, suizidatzeko gogo handiagoak ez al ditu izango?

– Suizidatu nahi duenari ez suizidatzeko aholkatu behar al dio terapeutak?
– Asaldatua dagoenaren suizidio konpultsiboa ekidin behar al du?
– Zer neurri har daitezke pertsona batek bere buruaz beste egin ez dezan, ospitalean ez badago?

2.7.10. praktika

Komenta ezazue EITB.com-eko albiste hau:

Suitza, suizidio lagundua eta heriotzaren turismoa debekatzearen aurka

Zuricheko kantoiko hautesleek ezezkoa eman diete erreferendumean bi proposamenei: suizidio lagundua debekatzea bat, eta bestea aukera hori (suizidioarena) bertoko bizilagunei bakarrik eskaintzea (hau da, «heriotzaren turismoa» debekatzea).

Lehen kontsultak **suizidio lagundua** herrialde osoan **erabat debekatzea** eskatzen zuen. Proposamen horrek 174.000 hautesleen **% 15en babesa** jaso du bakarrik.

Bigarrenak Suitzako beste kantoietako bizilagunek edo atzerritik etorritakoek hiltzeko elkarteen laguntza lortzea **galaraztea** eskatzen zuen «Zuricheko kantoian, heriotzaren turismorik ez» lelopean. 190.000 botoen artean, **% 22** soilik izan dira debekuaren alde.

Kontsulta biak Batasun Demokratiko Federala izeneko **alderdi kristauak bultzatu ditu.** Alderdi hori suizidio lagunduaren kontra borrokan ari da 1975ean abian jarri zenez geroztik.

Erreferenduma Zuricheko kantoian bakarrik egin duten arren, emaitzak **Suitza osoan eragina** izango duela diote adituek.

Gogoetarako datuak:

- Michigango Jack Kevorkian sendagileak 1990ean suizidatzen lagundu zion Alzheimerren gaixotasuna zuen 54 urteko emakume bati.
- Hamar urtean zehar gaixotasun sendaezinak zituzten ehun laguni baino gehiagori lagundu zien Kevorkian-k beren buruaz beste egiten. 1999an hilketaz akusatuta presondegira eraman zuten Kevorkian.
- Bizitzarako eskubidearen aldekoek esaten dute familia batzuek edo aseguru-konpainia batzuek suizidiora bultza dezaketela beren kide bat, zainketa medikoaren kostu handiak ekiditearren.
- Askatasunaren aldeko elkarte batzuek esaten dute pertsonek eskubidea izan behar luketela beren sufrikarioa amaitzeko.
- Oregonen 1997an onartu zen *Heriotza duinaren legea.* Lege horrek medikuak

lagundutako suizidioa baimentzen zuen. Bi medikuren diagnostikoen arabera, pertsona batek sei hilabete baino gutxiagoko bizi-itxaropena badu, baimena du sendagileei barbiturikoen dosi hilgarri bat eskatzeko. Baina botika agintzen duen sendagileak ziurtatu behar du bezeroak ez duela depresiorik edo beste gaixotasun mentalik, eta hamabost eguneko epea itxaron behar du botikak agindu baino lehen.

2.7.11. praktika

Eztabaidatu ezazue puntu hauei buruz taldean:

- Pertsonaren etsipena da suizidioa aurresaten duen gertaerarik indartsuena; depresioa bera baino aurrekari indartsuagoa da (Beck *et al.,* 1990). Etorkizunean gaur egun baino hobeto ez dela izango pentsatzeak eramaten du pertsona bat suizidiora.
- Suizidioa prebenitzeko beharrezkoa da pertsonarentzat garrantzitsua zer den jakitea.
- Ikuspegi kognitibotik suizidatzeko joera dutenen pentsaera zurrunagoa da; ez dute bizitzako arazoei soluziobidea aurkitzeko malgutasunik.

3. Barne-hersturako nahasteak

Etorkizunaren aurrean afektu negatiboak eta gorputzaren tentsioa izaten ditu barne-herstura duenak. Kezkatua eta asaldatua ageri da, erritmo kardiako bizkorrarekin eta gihar-tentsio altuarekin. Bizitzako egoera garrantzitsuen aurrean barne-herstura eta urduritasun-maila bat sentitzea osasungarria da, horrela egoerari aurre egiteko hobeto prestatzen baikara. Etorkizunari begira herstura txiki bat sentitzen dugunean, hobeto prestatzen gara hari aurre egiteko. Esan daiteke, beraz, barne-herstura emozio egoki eta normala dela, baina patologiko bihurtzen dela gehiegizkoa denean, sufrikario-iturri bihurtzen denean, pertsonari eguneroko bizitza aurrera eramateko zailtasunak sortzen dizkionean. Izan ere, gehiegizko herstura sortzen badigu etorkizunak, ez dugu eraginkortasunez jokatuko, etorkizunari ez baitiogu aurrea hartuko edo hura aurrez igarriko. Horrela, barne-herstura nahastea dutenek ezin izaten dituzte beren afektuak erregulatu. Eta, hain zuzen ere, atal honetan aztertuko ditugun nahasteek barne-herstura gehiegi edukitzea dute ezaugarri.

Pertsona batek bere ongizate fisiko edo psikologikoa mehatxatuta sentitzen du hainbat egoeraren aurrean. Egoera horietan agertzen den beldur-erreakzioa da barne-herstura. Normala da pazienteak barne-herstura agertzea depresio-egoeran dagoenean, elikadura-arazoak dituenean, disfuntzio sexualak edo gaixotasun fisikoak dituenean (minbizia, hipertentsioa, tiroide-arazoak…). Droga eta botiken kontsumoaren ondorio ere izan daiteke barne-herstura, edo nortasunaren bereizgarri gisa ager liteke. Barne-herstura, beraz, izan daiteke lehen arazoa (primarioa) edo beste nahaste baten ondorioa (sekundarioa). Nahaste primarioan barne-herstura bera da koadro klinikoan nagusi den nahastea, barne-herstura hori sortuko duen beste patologiarik gabe. Barne-herstura sekundarioa beste nahaste baten eraginez sortzen dena da, esate baterako, droga baten kontsumoaren eraginez sortzen dena.

Barne-hersturako nahaste primarioa da honako kasu hauetan: izu-ikarako erasoa, izu-ikararen nahastea, barne-herstura orokortuko nahastea, fobia sinplea edo espezifikoa, agorafobia, fobia soziala, estres akutuko nahastea, trauma osteko estreseko nahastea, nahaste obsesibo-konpultsiboa.

Barne-herstura nahaste sekundarioa edo nahaste eratorria da honako hauekin batera agertzen denean: patologia organiko batekin (minbizia, hipertentsioa, hipertiroidismoa, patologia kardiakoa…); depresio, eskizofrenia, hipokondria edo toxikomaniarekin; inguruneko faktoreekin.

Barne-herstura etorkizunari begira sortzen den afektua da, eta beldurra, berriz, orainaldiari begira sortzen dena. Arriskuaren aurrean sortzen den bat-bateko alarma da beldurra. Pertsona bat beldurtzen denean, egoerari ihes egiteko prestatzen da; haren odol-presioa igo egiten da, eta bihotz-taupadak bizkortu egiten dira.

Barne-hersturaren zergatien artean, faktore psikologikoak, sozialak edo biologikoak ditugu:

- Faktore psikologikoak: gertaerek bere kontrolari ihes egiten diotela ikasi du pertsonak txikitan. Alde horretatik, haurrak jaso duen hezkuntza motari lotua egon daiteke inguruaren kontrolik ez edukitzearen sentipena.
- Bizitzako gertaera estresatzaileek pentsaraz diezaiokete pertsonari barne-hersturaren aurrean zaurgarria dela eta horrek izu-ikarako erasoak eragin diezazkioke.
- Aldagai biologikoak: sistema linbikoak garun-azalaren eta garun-enborraren arteko bitartekaritza egiten du. Gorputzaren funtzioen aldaketen eta inguruko arrisku potentzialen adierazleen berri ematen dio sistema linbikoak garun-azalari. Garun-enborrak gorputzean gertatzen diren ustekabeko aldaketen berri ematen dio sistema linbikoari. Portaeraren inhibizio-sistema aktibatzen da, barne-herstura sentitzen da, eta mugimendua inhibitu egiten da.

3.1. BARNE-HERSTURA OROKORTUKO NAHASTEA

Nahaste honetan gehiegizko barne-herstura edo egonezina gertatzen da, intentsitate moderatuko hondo iraunkor baten gainean, gutxienez 6 hilabetez luzatzen dena; tarteka herstura-krisialdi akutu batzuk agertzen dira. Kontrolatzen zaila da. Pertsona normala aldi batez kezkatzen da, baina gai da kezka horiek alde batera utzi eta bere arreta beste eremu batera eramateko. Nahaste hau duenari zaila gertatzen zaio kezkak alde batera uztea.

*Sintom*en artean aipatzekok dira: gehiegizko herstura kronikoa, gehiegizko urduritasuna, nerbio-sistema sinpatikoaren gehiegizko aktibazioa (bihotz-taupaden azelerazioa, gihar-tentsioa, dardarak, izerdia…), lo egin ezina, buruko minak, gehiegizko nekea, haserrekortasuna, urdail eta hesteetako sintomak.

*Estatistik*ei dagokienez, nahaste hau dutenen bi heren emakumeak dira. Hala ere, kultura batzuetan (Hegoafrika) gizonetan gehiago gertatzen da. Maiztasun-tasa garaienak 45 urtetik gorako pertsonetan gertatzen dira (Wittchen, Zhao, Kessler eta Eaton, 1994). Adinarekin, pertsonen osasuna okerragotuz doan neurrian, eta pertsonek beren bizitza kontrolatu ezin duten neurrian, ugaldu egiten da nahaste hau (Rodin eta Salovey, 1989).

*Etiologia*ri dagokionez, herentzia biologikoak garrantzi handia du. Baina, heredatzen dena ez da nahastea, nahastea jasateko aurretiko joera baizik. Biki

monozigotikoetako batek nahastea edukitzea arrisku-faktore bat da besteak ere edukitzeko. Barne-herstura orokortua dutenak hertsatzaile autonomikoak dira, ez baitute ematen izu-ikara dutenek adinako erantzun fisiologikorik (erritmo kardiakoa, odol-presioa, arnasketa-erritmoa eta izerditzea). Pertsona normalak eta barne-herstura orokortua dutenak bereizten dituena hau da: herstura orokortua dutenek gihar-tentsio kronikoa dutela.

Nortasunaren bereizgarrien eta barne-herstura orokortuaren arteko lotura oso goiz agertzen da pertsonarengan. Barne-herstura orokortuaren eta nortasunaren neurotizismoaren arteko lotura oso indartsua da (Hettema, Prescott eta Kendler, 2004). Barne-herstura orokortua dutenak mehatxuarekiko oso sentiberak dira, eta arreta handia jartzen diete mehatxagarritzat jotzen dituzten kinadei, arreta hori sarritan inkontzientea bada ere. Garunaren ezker hemisferioko lobulu frontaletan jarduera handia dute, baina jarduera kognitibo hori ez doa eskuin hemisferioko irudiekin batera. Mehatxu potentzialaren irudirik ez dute sortzen. Horrela lortzen dute mehatxuarekin loturiko afektu negatiboak ekiditea.

Zergati biologikoekin batera, zergati sozialak ere gertatzen dira. Pertsonaren aurretiko joera biologikoarekin batera, kontuan hartu behar dira: kontrola ezin daitezkeen gertaera negatiboen aurretiko historia; aurretiko joera hori portaeretara bideratzen duten gertaera traumatizatzaileak, edo gertaera horien oroitzapena.

Tratamendu biologikoen artean, benzodiazepinak eta antidepresiboak erabili izan dira. Tratamendu psikologikoaren muina zera da: barne-hersturako sentimenduak eta afektu negatiboak irudietan prozesatzen ikastea, eta irudi horiek prozesatzean sakonki erlaxatzen ikastea. Tratamendu psikologiko eraginkorrena kognizioen eta portaeraren terapia da: tratamendu farmakologikoaren antzeko efektuaren tamaina eragiten du (Gould, Buckminster, Pollack, Otto eta Yap, 1997), eta psikoterapia analitikoak baino emaitza hobeak ematen ditu (Durham *et al.,* 1994).

Barne-herstura orokortuko nahastea (DSM-IV-TR, 2000)

A irizpidea: gehiegizko barne-herstura eta kezka, 6 hilabete baino gehiago luzatzen dena eta egoera nahiz gertakizun anitzi loturik dagoena.

B irizpidea: kezka iraunkorraren egoera hori kontrolatzeko zailtasunak ditu pertsonak.

C irizpidea: ondorengo sintometatik hiru, gutxienez: urduritasuna, nekea, kontzentrazio-zailtasunak, haserrekortasuna, gihar-tentsioa eta loaren nahasteak.

D irizpidea: barne-herstura sortzen duten egoerak ez dira mugatzen I. ardatzeko nahaste baten bereizgarrietara (izu-ikararen nahastea, fobia soziala, nahaste obsesibo-konpultsiboa, banatzeagatiko barne-hersturako nahastea, anorexia nerbiosoa, somatizazio-nahastea, hipokondriasia), eta barne-herstura ez da gertatzen trauma osteko estreseko nahastearen garaian bakarrik.

E irizpidea: barne-hersturak, kezkak edo sintoma fisikoek klinikoki esanguratsua den kaltea sortzen dute pertsonaren gizarte-mailako, lan-mailako edo beste maila garrantzitsu batzuetako funtzionamenduan.

F irizpidea: nahastea ez da sortzen substantzia baten efektu fisiologikoengatik, gaixotasun mediko orokor batengatik; ez da agertzen aldartearen nahaste baten, nahaste psikotiko edo garapeneko nahaste baten buruan.

3.2. IZU-IKARAREN NAHASTEA, AGORAFOBIAREKIN ETA AGORAFOBIARIK GABE

Izu-ikararen nahastea duenak izu-ikarako eraso errepikatuak jasaten ditu; eraso horiek iraupen laburrekoak izaten dira, eta bat-batean edo ustekabean sortuak.

Izu-ikarako erasoa barne-herstura akutuaren bat-bateko erasoa da, nerbio-sistema sinpatikoaren aktibazioarekin batera gertatzen dena. Sentipen fisikoak mehatxu-iturritzat hartzen ditu, arreta haiei jartzen die, eta sentipen horien goranzko eskalada bat gertatzen da: palpitazioak, arnasestua, itolarria, arnasketa-etena.

Izu-ikararen nahastea lehengo aldiz DSM-IIIn (APA, 1980) sartu zuten barne-hersturako nahasteen artean. DSM-IIIn, izu-ikararen nahastea eta agorafobia barne-hersturako nahasteen kategoria ezberdinetan kokatzen dira, baina DSM-III-Rn izu-ikararen nahastea agorafobiaren aitzindaria da, eta hiru kategoria agertzen dira: izu-ikararen nahastea agorafobiarekin, izu-ikararen nahastea agorafobiarik gabe eta agorafobia izu-ikararen nahasterik gabe. DSM-IVn eta DSM-IV-TRn ere, izu-ikararen nahasteak lehentasuna du agorafobiaren aurrean. DSM-5en garrantzi gehiago eman zaio izu-ikarako erasoari, eta bateratu egin dira agorafobia gabeko izu-ikarako erasoa eta agorafobiadun izu-ikarako erasoa. Agorafobia eta izu-ikararen nahastea bereizi egin dira, eta, horrenbestez, gainditu egin da izu-ikararen eta agorafobiaren arteko nagusitasunaren eztabaida.

Izu-ikarako erasoaren edo krisiaren diagnostikorako irizpideak *(panic attack)* (DSM-IV-TR, 2000)

Beldur eta atsekabe intentsua agertzen du aldi batez eta modu isolatuan, ondorengo sintometatik 4rekin edo gehiagorekin batera; bat-batean agertzen dira sintoma horiek eta lehen 10 minutuetan iristen dira gailurrera:

1. palpitazioak, bihotz-taupada gogorrak, edo taupaden maiztasunaren gorakada
2. izerdia
3. gorputz-dardarak edo astinaldiak
4. arnasa hartzeko zailtasuna, arnasestua
5. kontrako eztarritik joatearen sentipena

6. bularraldean mina edo herstura
7. goragalea, oka egiteko gogoa, abdomeneko ondoeza
8. ezegonkortasuna, zorabioa
9. irrealtasunaren sentipena, edo norberaren gorputzetik at egotearen sentipena
10. kontrola galtzearen beldurra edo burua galtzearen beldurra
11. hiltzeko beldurra
12. parestesiak (sorgortze- edo inurridura-sentipena)
13. hotzikarak, itolarria

Izu-ikarak jasaten dituzten pertsona askok ez dute izu-ikararen nahasterik jasaten. Eta izu-ikararen nahastea jasaten duten askok agorafobia ere jasaten dute, izu-ikararekin batera. Paziente batek noiz garatuko du izu-ikararen nahastea? Izu-ikarako eraso errepikatuak izaten dituenean eta beste batzuk espero dituenean, barne-herstura handiz. Izu-ikararen nahastea dagoela esateko, beharrezko da lau astez 4 izu-eraso edo gehiago jasatea, edo, 4 eraso baino gutxiago jasan arren, erasoa jasateko beldur iraunkorraz bizi izatea.

Izu-ikararen nahastea gertatzeko, izu-ikarako erasoarekin batera beste eraso bat jasan dezakeela eta eraso horrek ondoren kaltegarriak izango dituela pentsatu behar du pertsonak barne-herstura handiz. Izu-ikarako eraso horrek bat-bateko heriotzara edo elbarritasunera eramango duela uste izan behar du.

Gainera, izu-ikararen nahastea duten askok agorafobia ere jasaten dute; hau da, izu-ikarako erasoa gerta litekeen inguruneak ekiditen dituzte. Ustekabeko izu-ikarako eraso larriak izan dituenak sarritan agorafobia garatzen du, beste eraso bat izango duen beldur baita. Izu-ikara sarritan errepikatzen denean, beste izu-ikarako eraso bat izango duela pentsatzen hasten da eta horrek barne-herstura eragiten dio. Beste eraso bat gertatuz gero edo krisi bat gertatuz gero, ihes egitea zaila den egoera batean egoteko beldurrez, agorafobia garatzen du pertsonak. Toki seguruan egon nahi lukeelako, lekualdatzeak gutxituko ditu, eta toki ireki eta jendetsuak (azokak, elizak) ekidingo ditu, edo toki jendetsu horietara joaten denean, erraz ihes egiteko moduko tokietan jartzen da: adibidez, ate inguruetan. Agorafobikoek eskuarki ekiditen dituzten egoerak honako hauek dira: igogailuak, jende multzoak, supermerkatuak, etxetik urrun dauden tokiak, tunelak, kale zabalak, trenak, metroak.

Ekidite agorafobikoarekin batera sarritan gertatzen da ekidite interozeptiboa, hots, barneko sentipen fisikoen ekiditea (Craske eta Barlow, 1993). Izu-ikarako erasoaren hastapeneko aktibatze fisiologikoaren antzeko sintomak eragiten dituzten egoerak ekiditen dituzte. Adibidez, kirola egitea ekiditen dute, kirol-jarduerak bihotz-taupadak eta arnasketa bizkortzen dituelako eta aktibazio horrek izu-ikarako erasoan gertatzen den aktibatzearen antza duelako.

Pertsona batzuek ez dituzte agorafobia sortzen duten egoerak ekiditen, baina beldurrez eta atsekabez erantzuten diete egoera horiei.

Agorafobia (DSM-IV-TR, 2000)

Izu-ikararen nahastearekin edo nahaste hori gabe ager liteke.

A irizpidea: bereizgarri nagusia: ihes egiten zaila den egoerekin erlazionaturiko barne-herstura; egoera horietan laguntzarik ez du izango, izu-ikararen edo barne-hersturaren antzeko sintomak gertatzen badira. Agorafobikoarentzat honako hauek dira egoera beldurgarriak: etxetik kanpora bakarrik egotea; jende-olde handietan egotea; zubi batean egotea; hegazkinean, autobusean edo trenean bidaiatzea.

B irizpidea: hainbat egoera ekidin egiten dira, edo atsekabe edo barne-herstura handiz egiten zaie aurre egoera horiei. Egoera horietan izu-ikarako erasoa edo izu-ikararen antzeko sintomak jasatearen beldur da, eta beste pertsona batzuen konpainia eska dezake.

C irizpidea: barne-herstura hori edo ekidite fobiko hori ez da hobeto azaltzen beste nahaste mental baten bidez (fobia soziala, fobia espezifikoa, nahaste obsesibo-konpultsiboa, trauma osteko estreseko nahastea, banatzeagatiko barne-hersturako nahastea).

Izu-ikararen nahastea sarriagotan gertatzen da emakumeen artean gizonen artean baino (Goodwin *et al.,* 2005): nahaste hori dutenen % 75 emakumeak dira (Barlow, 1988). Agorafobia gabeko nahastearen maiztasuna berdina da gizon eta emakumeetan. Emakumeek beldurra agertzea eta beldurrezko egoerak ekiditea kulturalki onartua dago, baina gizonek bestelako modu batez egiten diote aurre izu-ikarari: alkohol kantitate handiak kontsumituz eta alkoholarekiko mendetasuna garatuz. Beraz, izu-ikararen nahastea substantzien abusuarekin batera gertatzen da sarritan. Izan ere, izu-ikara jasaten duenak substantzien (kokaina, marihuana) kontsumora jotzen du sarritan, sufrikarioa arintzeko.

Izu-ikarako erasoa mundu osoan zehar ezaguna da, kultura bakoitzean izen bat hartzen badu ere: «susto», Hego Ameriketan; «ataque de nervios», Puerto Ricon; «Kororen sindromea», Asia aldean.

Autore batzuek loaldiko apnea eta izu-ikararen nahastea erlazionatu dituzten arren, loaldiko apnea duena sarritan igarotzen da lotan egotetik esna egotera eta esna egotetik lotan egotera. Izu-ikarako erasoan, berriz, ez da horrelakorik gertatzen. Izu-ikarako eraso asko gauez gertatzen dira, goizeko 1:30etik 3:30era bitartean, loaldiko delta uhinen edo uhin makalen fasean. Beraz, izu-ikarako erasoa gertatzean pertsona ez da ametsetan ari, ametsak REM fasean gertatzen direlako. Ondorioz, izu-ikarako erasoa ez dago amesgaiztoekin lotuta, amesgaiztoak REM fasean gertatzen direlako.

Gaueko izualdiak eta izu-ikarako erasoak ere erlazionatu izan dira. Baina, gau-izualdiak dituztenak ez dira esnatzen, eta hurrengo goizean ez dira gertatuaz oroitzen. Izu-ikarako erasoa jasaten dutenak, berriz, esnatzen dira, eta gertatuaz oroitzen dira hurrengo egunean.

Bestalde, loaldiko paralisia sarriagotan gertatzen da izu-ikarako erasoa jasan duten afroamerikarren artean, beste talde batzuetan baino (Paradis, Friedman eta Hatch, 1997).

*Etiologia*ri dagokionez, pertsona batzuek joera handiagoa dute estres-gertakarien aurrean larritasunezko alarma-erreakzioak izateko, nerbio-sistema autonomoaren aktibazio (erritmo kardiakoa, izerditzea…) maila handiagoa dutelako. Erasoaren unean bizi izan zituzten kanpoko eta barneko sintomekin erlazionatzen dituzte pertsonek egoera jakin batzuk. Ariketa fisikoa egiten ari direnean dituzten sentipen fisiko indartsuak izu-ikarako erasoa jasatean izandakoekin erlaziona ditzakete, eta izu-ikarako beste eraso bat jasateko barne-herstura ager daiteke. Ariketa fisikoaren ondoren bihotz-taupada bizkorrak denok sumatzen ditugun arren, pertsona batzuek beste izu-ikara baten aurretiko adierazle moduan interpretatzen dituzte, eta barne-hersturaz gainezkatuak gelditzen dira; barne-herstura horren ondorioz, nerbio-sistema sinpatikoaren aktibazio larriagoa gertatzen da. Alde horretatik, izu-ikararen nahastea dutenek sentiberatasun handiagoa dute barneko sentipen somatikoetarako (Ehlers eta Breuer, 1992).

Izu-ikararen nahastea jasateko arriskua herentziaz jasotzen da (Kendler, 2005) hein batean, baina bizitzako gertaera estresatzaileek ere laguntzen dute izu-ikararen nahastea sortzen eta mantentzen (Watanabe, Nakao, Tokuyama eta Takeda, 2005). Adibidez, tabakoa erretzea eta nikotinarekiko mendekotasuna arrisku-faktoreak izan litezke (Isensee, Wittchen, Stein, Höfler eta Lieb., 2003).

Sendagai biologikoek izu-ikaran eta barne-hersturan dituzten eraginak aztertuta, izu-ikara eta barne-herstura ezberdinak direla ikusi zuen Kleinek (1964): sistema serotoninergikoa eta noradrenergikoa ukitzen dituzten antidepresibo triziklikoek izu-ikara gutxitzen dute, baina barne-herstura orokorra ez dute ukitzen; aldiz, benzodiazepinek barne-herstura gutxitzen duten arren, izu-ikara ez dute ukitzen. Baina, geroztiko ikerketek erakutsi dutenez, sendagai noradrenergiko eta serotoninergikoek ez ezik, benzodiazepinek ere balio dute izu-ikara tratatzeko (Barlow eta Durand, 2001). Tratamendu farmakologikoen berrikuspen moduan, Roy-Byrne eta Cowley-rena (2007) erabil liteke.

Etiologia psikologikoari dagokionez, objektuaren galera goiztiarrak edo zaintzailearengandik bereizteak sortzen duen barne-herstura egon daitezke nahaste horren oinarrian. Agorafobia dutenek mendeko pertsonaren bereizgarriak edukitzen dituzte sarritan, zaintzailearengandik goizegi bereizi direlako, beharbada. Baina, bereizketa goiztiarraren ebidentzia garbirik ez dago.

Tratamendu psikologikoaren bidez ekidite agorafobikoa gutxitu nahi izaten da. Horretarako, beldurra sortzen dioten egoerei aurre egiten irakasten zaio agorafobia duenari. Egoera horietan erlaxatzen, arnasa hartzen eta berregituratze kognitiboa egiten irakasten zaio. Barlow eta Craske-ren (2000) tratamendu-programan izu-ikarako erasoak tratatzen dira, eta osagai hauek ditu: 1) sintoma fisiologikoen maneiurako teknikak irakasten dira; 2) barne-hersturarekiko sentikortasuna jaisten entrenatzen da, eta berregituraketa kognitiborako prozedurak irakasten zaizkio; 3) ekiditen diren egoeren eta sentipen fisikoen aurrean jartzen da. Izu-ikara duen pazientea izu-ikara jasatean izaten duen sentipen interozeptibo multzoaren aurrean jartzen da; horretarako, pazienteari lasto baten bidez arnasa harrarazten zaio; pazientea hiperaireztatu egiten da; pazienteari burua alderik alde erabilarazten zaio; burua 30 segundoz hankartean eduki eta gero, kolpetik jaikiarazten da; aulki batean biraka ibilarazten da minutu erdi batean; arnasari denbora luzean eutsarazten zaio. Horrelako tratamenduen bidez izu-ikararen nahasteen % 80an hobekuntzak gertatzen dira, eta lorpenek denbora luzea irauten dute (Barlow, Allen eta Basden, 2007).

3.3. FOBIA ESPEZIFIKOA

Objektu edo egoera espezifiko bati beldur handi, irrazional eta iraunkorra dio nahaste hau duenak, eta beldur horrek eragin nabarmena du pertsona horren jardunean. Izan ere, fobia espezifikoa duen pertsonak ahalegin handiak egiten ditu objektu fobikoa ekiditeko. Fobia espezifiko ezberdin ugari egon daitezke: objektuak edo egoerak adina.

Fobia espezifikoak bost mota hauetan sailkatu izan dira, fobiak dituzten pertsonek mota bat baino gehiagoko fobiak izaten badituzte ere eskuarki:

- Animalienganako fobia: fobia oso zabaldua da, baina fobiatzat hartua izateko pertsonaren jardun normala eragotzi behar du. Gauza bat da arratoiei edo sugeei beldurra edo nazka izatea, eta beste bat, arratoien edo sugeen marrazki edo argazkiak dituzten liburuak ere ezin erabiltzea.
- Odolarekiko, injekzioekiko edo zauriekiko fobiak: odolaren edo zaurien aurrean odol-presioa jaisten zaie eta zorabiatu egiten dira. Fobia mota hau heredatu egiten dela dirudi.
- Egoerekiko fobia: toki itxiekiko (klaustrofobia) edo garraiobideekiko (hegazkinak, igogailuak…) fobia. Fobia hau duena eta izu-ikararen nahaste agorafobiaduna duena honetan bereizten dira: egoerekiko fobia duenak ez du izu-ikarako erasorik sentitzen egoera horren testuingurutik kanpora. Baina izu-ikararen nahastea duenak edozein testuinguru edo unetan senti dezake ustekabeko erasoa.

– Ingurune naturalekiko fobia: naturan gertatzen diren fenomenoen alderako (tximistak, altuera, ura…) beldurra.
– Beste fobia batzuk: gaixotasunen alderako gehiegizko beldurrak eragindako fobia; sendagaiak edo janaria irensteak eragindako fobia (itolarriarekiko edo oka egitearekiko fobia).

Fobien *maiztasun*ari dagokionez, emakumeek gizonek baino fobia espezifiko gehiago dute; adibidez, animaliei edo ekaitzei.

*Etiologia*ri dagokionez, gertaera traumatikoek ez dute eragin handirik fobia espezifikoen sorreran. Gidatzeko fobia duten askok auto-istripuren bat edo esperientzia traumatikoren bat izan badute ere autoarekin, beste askok ez; izan dutena zera izan da: izu-ikarako eraso modukoren bat, gidatzen zihoazela (Munjack, 1984). Batzuetan, gertaera traumatiko bat ikuste hutsak ere eragiten du fobia gertaeraren lekuko izan den pertsonarengan (Öst, 1985): adibidez, haginlariaren itxarongelan beste pertsonen garrasiak entzuteak eragin dezake haginlariarekiko fobia. Fobiak informazio bidez ere transmiti daitezke.

Gertaera traumatikoak ez dira nahikoa fobia eragiteko; beharrezkoa da, orobat, beste gertaera traumatikoren bat gertatuko dela barne-hersturaz itxarotea. Barne-hersturarik ez baldin badago, beldur normala sentituko dugu, baina fobiarik ez. Di Nardo eta lankideen (Di Nardo, Lawrence eta Rita, 1988) arabera, txakurrei fobia dieten askok txakurrekin gertaera traumatikoren bat bizi izan badute ere, txakurrei fobiarik ez dieten askok ere gertaera traumatikoren bat izan dute txakurrekin. Zertan dago batzuen eta besteen arteko aldea? Gertaera traumatikoa bizi izan arren fobiarik garatu ez dutenek ez dute barne-hersturarik sentitu; beraz, ez dute fobiarik garatu.

Fobia bat garatu ahal izateko, baldintza batzuk bete behar dira:

– Baldintzatze traumatikoa eragiten duen gertaera.
– Egoera arriskutsuei beldurra izateko joera heredatua.
– Egoera errepikatuko den espero izateak sortzen duen barne-herstura.
– Eragin kulturala: fobiak garatzen dituztenak emakumeak dira batez ere, kultura aldetik onartuago baitago emakumeek fobiak garatzea, gizonek garatzea baino.

Fobia espezifikoa (DSM-IV-TR; APA, 2000)

A irizpidea: garbi bereiz daitezkeen eta zedarrituak dauden objektu edo egoeren aurrean gehiegizko edo arrazoi gabeko beldurra.

B irizpidea: kinada fobikoaren aurrean jartzeak barne-hersturazko bat-bateko erantzuna eragiten du.

C irizpidea: pertsonak onartzen du beldurra gehiegizkoa eta irrazionala dela.

D irizpidea: egoera fobikoa ekidin egiten da, edo barne-herstura edo atsekabe handiz aurre egiten zaio.

E irizpidea: kinada fobikoaren ekiditeak, beldurrak edo barne-hersturak eragin esanguratsua du pertsonaren eguneroko jardueran, lanean eta harremanetan, edo ondoez nabarmena eragiten du.

F irizpidea: 18 urte baino gutxiagokoengan sintomek gutxienez 6 hilabete iraun behar dute, fobia espezifikoa diagnostikatu baino lehen.

G irizpidea: beste nahaste mental baten presentziak ez ditu hobeto azaltzen sintomak.

DSM-5eko irizpideak (APA, 2013) DSM-IV-TRko irizpideen oso antzekoak dira, fobia espezifikoari dagokionez.

Barne-hersturako nahasteen artean *tratatzeko* errazenak fobia espezifikoak dira. Batzuetan tratamendu-saio batekin nahikoa izaten da (Antony eta Barlow, 2002). Tratamendu eraginkorrena aurrean jartzearen teknikaren bidezkoa da. Egoera edo objektu beldurgarrien aurrean jartzen da pazientea progresiboki, terapeutaren gidaritzapean. Pazientearen eta terapeutaren artean beldur edo atsekabe gehien sortzen duten egoeren edo objektuen hierarkia bat ezartzen da lehenik, eta gero barne-herstura gehien sortzen duten egoeren aurrean jartzen da pazientea, terapeutaren laguntzaz. Pazientearen barne-herstura maila jaitsi egiten da.

3.4. FOBIA SOZIALA

Fobia soziala pairatzen duen pertsonak beldur iraunkor, irrazional eta neurrigabekoa agertzen du besteen aurrean zerbait egin behar duenean. Epaitua dela ez sentitzeko eta barne-hersturako sintomak saihesteko, gizarte-egoerak ekiditen ditu.

Fobia soziala bi eratakoa izan daiteke: fobia sozial orokortua eta fobia sozial zehatza. Fobia sozial orokortua dutenak herabe agertzen dira egoera sozial gehientsuenetan eta arazo nabarmenak izaten dituzte hartu-eman sozialetan. Fobia sozial zehatza dutenek gizarte-egoera zehatzei diete beldurra. DSM-5ek aldaketa txiki batzuk egin ditu DSM-IV-TRko irizpide batzuetan.

Maiztasunari dagokionez, bizitzan zehar fobia soziala jasan duten pertsonen kopurua % 2-8koa (DSM-IV-TR, 2000). Barlow eta Durand-en arabera (1999), fobia soziala nerabezaroan agertzen da eskuarki, eta 15 urte ingurukoengan heltzen da gailurrera; ugariagoa da maila sozioekonomiko baxukoen, gutxi eskolatuen eta ezkongabeen artean.

Fobia soziala eta agorafobia dutenek gizarte-egoerei beldurra diete. Agorafobia dutenek jendaurrean izu-ikarako eraso bat jasateko edo beren buruaren kontrola galtzeko beldurra dute; fobia soziala dutenek, berriz, besteengandik ebaluazio negatiboa jasotzeko beldurra dute.

Nortasun eskizoidearen nahastea dutenek beste pertsonekiko interes eskasa dute eta harremanak saihestu egiten dituzte. Fobia soziala dutenek, berriz, badute interesa beste pertsonekin harremanak izateko, baina egoera sozialei beldurra diete eta kosta egiten zaie hurbilak ez diren pertsonekin hartu-emanak izatea.

Nahaste saiheskaria eta fobia soziala haurtzaroan hasten dira eta luzaz irauten dute bizitzan zehar. Hainbat ikertzailerentzat ezin dira bereizi fobia sozial orokortua eta nortasun saiheskariaren nahastea; nortasun saiheskariaren nahastea fobia sozial orokortuaren azpitalde bat izango litzateke. Bestalde, fobia soziala dutenen ehuneko handi bati nortasun saiheskariaren nahastea ere diagnostikatzen zaio (Heimberg, Liebowitz, Hope eta Schneider, 2000). Ez da harritzekoa fobia sozialaren eta nortasun saiheskariaren nahastearen artean komorbilitate-tasa altua izatea, bi nahasteen diagnosi-irizpideak oso antzekoak baitira. Fobia soziala duenak ez du saiheskaria duenak bezalako autoestimu baxurik, onarpen-desirarik edo gutxiagotasun-sentimendurik; ez ditu harreman intimoak ekiditen eta sarritan pertsona arteko harreman asebetetzaileak bizi izaten ditu; beldurra eta barne-herstura sintomak egoera sozial konkretuei loturik agertzen ditu.

Fobia sozialaren *etiologia*ri dagokionez, hainbat faktore hartu behar dira kontuan:

– Faktore biologikoei dagokienez, gizarteak egiten dizkion kritiken eta bazterketen aurrean hersturaz erantzuten du pertsonak; baina egoera horien aurrean jasaten duen hersturaren intentsitatea ezberdina da. Portaeraren inhibizio-sistema indartsua dutenek erantzun bortitza ematen diete kritikari eta bazterketari. Horrela, fobia soziala dutenek portaeraren inhibizio-sistema indartsua dute eta mehatxagarri moduan hautematen dituzte gizarte-egoera asko; ondorioz, egoera horietatik babesteko mekanismoak martxan jartzen saiatzen dira. Bestalde, senitartekoen artean fobia sozialaren aurrekariak dituzten pertsonek, aurrekari horiek ez dituztenek baino probabilitate gehiago dute nahastea jasateko. Ildo beretik, monozigotikoak diren bikiek dizigotiko direnek baino aukera gehiago dute biek batera fobia soziala izateko.

– Fobia soziala garatzea eragin dezaketen inguruneko faktoreen artean honako hauek aipa daitezke: esperientzia sozial eskasak eta negatiboak izatea, gurasoak babesleegiak edo zorrotzegiak izatea, harremanetarako trebetasun eskasa izatea, egozpen okerrak egitea (Bados, 2001).

3.5. NAHASTE OBSESIBO-KONPULTSIBOA

Barne-hersturako nahasteak dituztenek sarritan garatzen dute nahaste obsesibo-konpultsiboa. Barne-herstura orokortua eta izu-ikarako erasoak dituztenek sarritan nahaste obsesibo-konpultsiboa garatzen dute azkenean. Barne-hersturako beste nahasteek kanpoko objektu eta egoerek eragindako arriskuari erantzuten diote; aldiz, nahaste obsesibo-konpultsiboak barneko irudi, pentsamendu eta bulkadek eragindako arriskuari erantzuten dio.

Nahaste obsesibo-konpultsiboa obsesioek eta konpultsioek bereizten dute. Obsesioak burutik uxatu ezin dituen ideiak, irudiak eta bulkadak dira; modu espontaneoan sortzen dira, irrazionalak eta kontrolaezinak dira, behin eta berriro errepikatzen dira eta atsekabe nabarmena eragiten diote pertsonari. Obsesio mota ugari daude: ordenari eta garbitasunari buruzkoak, kutsadurari buruzkoak, sexuari buruzkoak, erabakiak hartzeko etengabeko zalantzei buruzkoak, erasoei buruzkoak, simetriari buruzkoak.

Obsesioak ezabatzeko, neutralizatzeko edo indargabetzeko jokaera edo pentsamendu batzuk jartzen dira martxan: konpultsioak dira. Jokaera-konpultsioen artean sartzen dira: eskuak etengabe garbitu behar izatea; etxeko butanoaren giltza etengabe itxi behar izatea; lantokiko gauzak etengabe ordenatu behar izatea. Pentsamenduzko konpultsioak dira: gauza bat egin aurretik 20ra arte kontatu behar izatea; zerbait egin aurretik esaldi bat hainbat aldiz errepikatu behar izatea, letania baten moduan. Nahaste obsesibo-konpultsiboa duena ez da eroso sentitzen bere obsesio eta konpultsioen aurrean.

Nahaste obsesibo-konpultsiboa duten pertsona gehientsuenek obsesioak eta konpultsioak izaten dituzte eta obsesio eta konpultsio horiek elkarri lotuak joaten dira sarritan. Horrela, simetriari buruzko obsesioak ordenatze-konpultsioekin lotuak daude; kutsadurari buruzko obsesioak garbiketa-konpultsioekin lotuak daude.

Nahaste obsesibo-konpultsiboa duten pertsonek hainbat ordu ematen dituzte egunean zehar beren obsesio eta konpultsioekin; horrek nabarmenki eragiten du haien harremanetan edo laneko nahiz eskolako errendimenduan (Ruscio, Stein, Chiu eta Kessler, 2010).

Bizitzan zehar nahaste obsesibo-konpultsiboa jasateko probabilitatea % 2,5ekoa da (APA, 2000). Emakumeek gizonek baino maizago izaten dituzte garbiketa-konpultsioak, eta gizonek emakumeek baino maizago egiaztapen-konpultsioak (Sandín eta Chorot, 1998).

*Diagnostiko diferentzial*ari dagokionez, ikerketa klasikoek nortasun obsesiboaren nahastea eta nahaste obsesibo-konpultsiboa lotzen zituzten (Pollit, 1957; Ingram, 1961), baina geroztiko ikerketen arabera (Pollak, 1979), bi nahasteak entitate kliniko ezberdinak dira. Nahaste obsesibo konpultsiboa duenak benetako obsesio eta konpultsioak jasaten ditu, nortasun obsesibo-konpultsiboaren nahastea duenak ez bezala. Nortasun obsesibo-konpultsiboaren nahastearen eta nahaste obsesibo-konpultsiboaren sintomak nahiko desberdinak dira. Nortasun obsesibo-konpultsiboaren nahastea duten pertsonak ordenatuak, perfekzionistak, zurrunak eta zorrotzak izaten dira, baina ez dituzte agertzen nahaste obsesibo-konpultsiboa dutenen obsesioak eta konpultsioak.

Black eta Noyes-en (1997) berrikuspenaren arabera, nahaste obsesibo-konpultsiboa duten gutxi batzuek bakarrik dute nortasun obsesibo-konpultsiboaren nahastea. Ikuspegi dimentsionaleko ikerketek ere ez dute nortasun obsesibo-konpultsiboaren nahastea nahaste obsesibo-konpultsiboarekin lotzen. I. ardatzeko nahaste hori duten askok ez dute II. ardatzeko nortasun obsesiborik (Cloninger, 1999). Azken urteotan ikusi denez, nahaste obsesibo-konpultsiboa lotuago agertzen da mendetasun-nahastearekin, nahaste histrionikoarekin edo nahaste eskizotipikoarekin (Vallejo eta Berrios, 2006).

Nahaste obsesibo-konpultsiboa bizitzako edozein fasetan diagnostika daiteke (haurtzaroan, nerabezaroan edo helduaroan); agertzen dituen obsesio eta konpultsioak egodistonikoak dira. Nortasun obsesibo-konpultsiboaren nahastea 18 urtetik aurrera diagnostika daiteke; agertzen dituen sintomak (ordena, perfekzioa eta kontrola) egosintoniko gisa bizi ditu nahaste hori duen pertsonak. Bi nahasteen ezaugarri komuna: alferrikako objektuak botatzeko ezintasuna da. Bi nahasteen artean harremanik ez dagoela defendatzen dutenak badira (Wu, Clark eta Watson, 2006), baina kontuan izan behar da beste emaitza hau ere: nahaste obsesibo-konpultsiboa duten haurren gurasoek nortasun obsesibo-konpultsiboaren nahastea gainerako haurren gurasoek baino maizago izaten dute.

Nahaste obsesibo-konpultsiboa duten pertsonek errealitatearen zentzua galtzen dutenean obsesioak eldarnio bihur daitezke. Kasu horietan nahaste psikotikoa ere diagnostikatu egin behar da. Psikotikoari normalak iruditzen zaizkio buruan dituen eldarniozko ideiak; aldiz, obsesiboa konturatzen da irrazionalak direla burutik kendu ezin dituen ideia obsesiboak.

Nahaste konpultsiboa bereizi egin behar da tiken nahastetik eta mugimendu estereotipatuen nahastetik. Tikak helbururik gabeko eta nahi gabeko mugimenduak dira, errepikatuak eta espasmodikoak; gihar talde gutxi batzuen eraginez gertatzen dira. Estereotipiak helbururik gabeko eta zentzurik gabeko mugimendu errepikatuak dira, etengabe egiten direnak, eta testuingurutik kanpo gertatzen direnak. Konpultsioak obsesioak neutralizatzeko egiten diren mugimendu konplexuak dira; ez dira tikak eta estereotipiak bezain inpultsiboak eta sinpleak.

Nahaste obsesibo-konpultsiboaren etiologiari dagokionez, hainbat faktore hartu behar dira kontuan:

- Ikuspegi biologikoa: nahaste obsesibo konpultsiboa maizago gertatzen da nahaste bera duten hurbileko senitartekoen artean (Bados, 2005). Serotoninaren erregulazioan arazoak dituzte nahaste hori dutenek (Pedrick eta Hyman, 2003).
- Nahaste obsesibo-konpultsiboa dutenek pentsatzen dute gauza bera direla pentsamendua eta pentsamenduan agertzen den portaera. Ekintzari buruzko pentsamenduak ekintzak sortuko lukeen erruduntasun-sentimendu bera sortzen du. Pentsamendua ahalguztidun bihurtzen du, pentsamendua eta ekintza baliokidetzat hartzen baititu.
- Ingurune estresagarri batean bizitzeak edo nahaste bera duten ereduak inguruan edukitzeak ere eragin dezake nahaste obsesibo-konpultsiboa.

3.6. ESTRES AKUTUKO NAHASTEA

Selye-ren arabera (1956), inguruneak pertsonari gehiegi eskatzen dionean, eta horrek egoerari modu egokian erantzun ezin dionean, prozesu fisiologiko eta psikologiko batzuk jartzen dira abian, eta borrokarako nahiz ihes egiteko prestatzen da organismoa: adrenalina eta glukokortikoideak jariatzen dira, erritmo kardiakoa eta arnasketa-erritmoa bizkortzen dira, odol-presioa gehitzen da, hipergluzemia agertzen da, eta giharren tentsioa gehitzen da.

Estresa organismoaren erantzun normala da, eguneroko bizitzako hainbat estresatzaileren aurrean sortzen dena. Estresa patologiko bihurtzen da, ingurunearen eskaerek organismoaren moldaera-gaitasuna gainditzen dutenean. Horrela, eskaera handiak dituzten inguruneetan edo oso traumatikoak diren gertaeren aurrean (istripuak, atentatuak, hurbilekoen heriotzak, bortxaketak, bahiketak…) barne-hersturaren sintoma-saila agertzen da. Pertsonak jasan duen trauma motaren arabera garatuko du estres akutuko nahastea; esate baterako, bortxaketa baten ondoren pertsona askok garatzen dute nahaste hori.

Estres akutuko nahastea diagnostikatzeko honako irizpide hauek bete behar dira: a) Pertsonak gertaera traumatikoa jasan izan du, hau da, heriotzaren bat, edo bere osasun fisikoaren edo besteenaren kontrako mehatxuak jasan ditu, eta beldur, etsipen eta izu handiz erantzun du. Gertaera traumatikoa modu iraunkorrean birbizitzen du, ondorengo modu hauetako batean gutxienez: irudiak, pentsamendua, ametsak, flashback errepikatuak. Atsekabea sentitzen du gertaera traumatikoa gogorarazten duten objektu eta egoeren aurrean jartzen denean. b) Gertaera traumatikoaren garaian edo ondoren, sintoma disoziatibo hauetako hiru edo gehiago agertzen ditu: 1. Emozio-erreakzioak kamusten dira, atxikimendu afektiboa galtzen da, edo erreakzio emozionalik ez dagoela iruditzen zaio. 2. Ingurunearen ezagutza-maila jaisten

da. 3. Desrealizazioa: inguruko mundua ezezaguna, irreala edo arrotza gertatzen zaio. 4. Despertsonalizazioa: norberaren hautematea edo esperientzia aldatzen da; bere gorputzetik edo bere gogamen-prozesuetatik bereizia sentitzen da, kanpoko behatzaile bat balitz bezala edo ametsetan balego bezala. 5. Amnesia disoziatiboa: traumaren alderdi garrantzitsu batez oroitu ezina. c) Gertaera traumatikoa etengabe birbizitzen da. d) Trauma oroitarazten duten kinadak (pentsamenduak, sentimenduak, solasaldiak, jarduerak, lekuak, pertsonak) modu nabarmenean ekiditen dira. e) Barne-hersturako eta *arousal*eko sintoma esanguratsuak agertzen ditu: lo egin ezina, haserrekortasuna, kontzentrazio ahula, gehiegizko zelatatzea, gehiegizko izualdiak, etengabeko mugimenduan egon beharra. f) Atsekabe esanguratsuak pertsonaren jardueran interferentzia nabarmena eragiten du: ondoez kliniko esanguratsua, edo pertsonaren jarduera sozial nahiz laboralaren edo beste arlo garrantzitsuren bateko jardueraren hondatze esanguratsua. g) Aldaketa horiek gutxienez 2 egun eta gehienez 4 aste irauten dute, eta gertaera traumatikoaren ondoko lehen hilabetean agertzen dira. h) Aldaketa horiek ez dira gertatzen substantzia baten (drogak edo sendagaiak) efektu fisiologiko zuzenengatik, gaixotasun mediko batengatik edo nahaste psikotiko labur batengatik.

Estres akutuko nahastearen irizpideak (DSM-IV-TR, 2000)

A. Pertsona gertaera traumatiko baten aurrean egon da, eta 1 eta 2 baldintzak bete ditu:
   1. Heriotzak edo bere edo besteen osotasun fisikoaren kontrako mehatxuak agertzen diren gertaera bat edo gehiago ikusi edo bizi izan ditu, edo halako gertaerak kontatu dizkiote.
   2. Beldur, etsipen edo izu handiz erantzun du pertsonak.

B. Gertaera traumatikoaren garaian edo ondoren honako sintoma disoziatibo hauetako hiru (edo gehiago) agertzen ditu pertsonak:
   – Kamustasun afektiboaren, atxikimendu emozionalik ezaren edo emozioen erreaktibitatearen gabeziaren sentipen subjektiboa.
   – Bere ingurunearen ezagutzaren gutxitzea.
   – Desrealizazioa.
   – Despertsonalizazioa.
   – Amnesia disoziatiboa (traumaren alderdi garrantzitsu batez oroitzeko gaitasunik eza).

C. Gertaera traumatikoa modu iraunkorrean birbizitzen du, modu hauetako batean: irudiak, pentsamenduak, ametsak, ilusioak, errepikatzen diren flashback-pasarteak, edo esperientzia birbizitzen ari den sentipena; eta gertaera traumatikoa oroitarazten duten objektu eta egoeren aurrean jartzean atsekabea sentitzen du.

D. Trauma oroitarazten duten kinadak nabarmenki ekiditen ditu (pentsamenduak, sentimenduak, solasaldiak, jarduerak, lekuak, pertsonak).

E. Barne-hersturaren edo aktibazioaren (*arousal*aren) gehitzearen sintoma nabarmenak (adibidez, lo egiteko zailtasunak, haserrekortasuna, kontzentrazio txarra, gehiegizko zelatatzea, neurriz gaindiko ikarazko erantzunak, mugimenduzko ezinegona).

F. Asaldu hauek atsekabe kliniko esanguratsua edo narriadura soziala (lan-arlokoa edo pertsonaren jardueran garrantzitsua den beste arloren batekoa) eragiten dute, eta modu nabarmenean okerragotzen dute pertsonaren eginkizunak betetzeko gaitasuna; adibidez, bere familiako kideei gertaera traumatikoa azaldu eta haiengandik laguntza lortzeko gaitasuna kaltetua gelditzen da.

G. Asaldu hauek gutxienez 2 egun eta gehienez 4 aste irauten dute, eta gertaera traumatikoaren ondorengo lehen hilabetean agertzen dira.

H. Asaldu hauek ez dira gertatzen substantzia (droga, farmako) baten efektu fisiologiko zuzenengatik edo gaixotasun mediko batengatik; nahaste psikotiko labur batek ez ditu hobeto azaltzen.

3.6.1. Estres akutuko nahastearen eta trauma osteko estreseko nahastearen arteko aldeak

Estres akutuko nahastean, gertaera oso traumatiko baten aurrean barne-hersturaren sintoma multzo bat agertzen da gertaera traumatikoa agertu osteko lehen hilabetean, eta sintoma horiek bi egun baino gehiago eta gehienez 4 aste irauten dute. 4 aste baino gehiago irauten badute, trauma osteko estreseko nahastearen aurrean egongo ginateke.

Probabilitate handia dute estresa dutenek trauma osteko estreseko nahastea garatzeko, baina trauma jasaten duten guztiek ez dute garatzen trauma osteko estreseko nahastea. Pertsona asko, erresilientzia dela-eta, beren onera etortzen dira trauma jasan osteko hilabeteetan. TOENa garatzeko gertaera traumatikoaren mailak garrantzi handia du, baina erasotzailearen borondateak ere badu zerikusirik: nahaste hori jasateko aukera gehiago du pertsona batek, kaltea nahita egin baldin bazion erasotzaileak.

3.7. TRAUMA OSTEKO ESTRESEKO NAHASTEA

Lehen Mundu Gerrako esperientzia traumatikoekin erlazionatuta hasi ziren trauma osteko estreseko nahastea aztertzen (neurosi traumatikoa, gerra-neurosia, kontzentrazio-eremuko sindromea). Muturreko egoerak (gerra, tortura, bahiketa, istripuak, kontzentrazio-eremuetan bizirautea) bizi izan dituztenei hiru motatako sintomak gertatzen zaizkie:

– Gertaera traumatikoak birbizitzen dituzte: gertaera traumatikoaz oroitzen dira, eta hari buruzko amesgaiztoak izaten dituzte.
– Gertaera traumatikoekin erlazionaturiko kinadak ekiditen dituzte; haiei buruz ez dute pentsatu nahi izaten, edo ahaztuak dituzte (amnesia) eta besteenganako emozio positiboak makaldu egiten zaizkie. Gertaera traumatikoaren alderdi batzuk ahantziko dituzte, eta erantzun afektibo motela emango dute pertsona arteko harremanetan, emozio biziek traumaren oroitzapena berpitz baitezakete. Gertaerak birbizitzearen eta gertaerak ahanztearen artean kulunka dabil pertsona.
– Gehiegizko aktibazioaren sintomak: kontzentrazio-arazoak, insomnioa, neurriz gaindiko izuzko erantzunak. Pertsona horiek erraz asaldatzen eta haserretzen dira, oso aktibatuak daudelako. Siderazio-erreakzioak: trauma psikikoak hautsi egiten du pazientearen defentsa-sistema, eta atsekabearen kinada estresagarriek pertsonaren barne-herstura maila igotzen dute. Lotarako zailtasunak izaten dituzte, eta burutik ezin dituzte kendu amesgaiztoak.

Trauma akutuko nahastea gertaera traumatikoaren ondorengo hilabeteetan berehala *diagnostika* liteke, baina trauma kronikoa izateko iraupen luzeagoa izan behar du. Trauma akutuan, 3 hilabete baino gutxiago irauten dute sintomek; trauma kronikoan, 3 hilabete edo gehiago irauten dute sintomek. Trauma osteko estreseko nahastea ezin diagnostika liteke trauma osteko lehen hilabetean, lehen hilabeteko nahasteari estres akutuko nahaste baiteritzo. Trauma osteko nahastearen agerpena batzuetan atzeratu egiten da, eta trauma gertatu eta handik urte batzuetara ager liteke. Gainera, nahaste akutua duten askok ez dute trauma osteko estreseko nahastea garatzen. Nahaste akutua dutenen % 40 inguruk garatuko du trauma osteko estreseko nahastea. Gertaera traumatiko bat bizi izan dutenen % 15-30ek agertzen du trauma osteko estreseko nahastea. Maiztasun handiagoz gertatzen da bortxazko gertaeren biktima izan direnen artean. Nahaste horren maiztasunik handiena terrorismoaren edo eraso sexualen biktima izan direnen artean gertatu da (Wittchen, Gloster, Beesdo, Schönfeld eta Perkonigg, 2009).

Trauma osteko estreseko nahastearen *maiztasun*ari dagokionez, gizonek trauma-egoerak gehiagotan bizi izaten dituztela dirudien arren, nahaste hori gehiagotan agertzen dute emakumeek. Egia da gizonek gehiagotan ematen dutela hilgarri diren edo bizitza arriskuan jartzen duten mehatxuen berri, baina emakumeek gehiagotan ematen dute eraso sexualen, bortxaketen, haurtzaroko abusu eta baztertzeen berri. Emakumeen artean bortxaketa da inpaktu emozional handiena eragiten duena (Kilpatrick, Best, Veronen, Amick, Villeponteaux eta Ruff, 1985); bortxaketaren biktimen % 20k suizidio-saioak egiten ditu.

Trauma osteko estreseko nahastearen definizioan eta *etiologia*n agertzen dira traumak. Etiologiaren faktore biologikoei dagokienez, biki monozigotikoetako batek TOENa garatu badu, handiagoa da beste biki monozigotikoak ere nahaste

bera jasateko probabilitatea, biki dizigotikoen artean gertatuko litzatekeen probabilitatearekin alderatuta.

Etiologiaren faktore sozialei edo kulturalei dagokienez, trauma jasatean sostengu sozial handia dutenek trauma osteko estreseko nahaste gutxiago jasango dute, sostengu gutxi dutenek baino. Era berean, traumari aurre egiteko estrategiak irakatsi bazaizkie, traumak eragin gutxiago izango du. Sare sozial zabala dutenek trauma osteko nahaste gutxiago jasaten dute. Traumaren larritasun eta jarraipenaren alderdia kontuan hartuta, Foy, Sipprelle, Rueger eta Carroll-en arabera (1984), Vietnamgo gerrako beteranoen % 67k garatu zuen TOENa. Beraz, % 33k ez zuen garatu. Populazio orokorrean, berriz, % 1-3ko maiztasuna zuen Estatu Batuetan (Helzer, Robins eta MCEvoy, 1987).

Zaurgarritasun psikologikoari dagokionez, estres- edo trauma-maila garaiak gertatzen direnean, ez da haurrak txikitan jasandako gertaera iragarrezin eta kontrolaezinen eraginik nabarmentzen, biktima gehienek garatzen baitute TOENa; baina trauma-maila txikia gertatzen denean, haurraren zaurgarritasunaren eragina nabarmenago geratzen da (Foy, Carroll eta Donahoe, 1987). Trauma osteko estreseko nahastea jasateko zaurgarritasuna honako faktore hauen araberakoa da: bizitza arriskuan jartzen duten gertaerak hautematea, emakume izatea, familiaren historian nahasteak izatea, gurasoengandik goiz aldentzea, aurretik jasandako trauma eta nahasteak egotea, barne-herstura eta depresio-maila altua edukitzea (Ehlers, Mayou eta Bryant, 1998; Shalev *et al.,* 1998).

TOENa garatzeko beste arrisku-faktore bat disoziaziorako joera da. Traumaren garaian disoziazio-sintomak garatzeak handitu egiten du gerora trauma osteko estreseko nahastea jasateko probabilitatea, traumaren oroitzapenenak ez baititu kontrastatzen. Disoziazio-maila altua agertzen zuten emakumeek TOEN gehiago garatzen zuten (Ehlers, Mayou eta Bryant, 1998).

Beste arrisku-faktore bat da hutsegiteen ardurak hartzeko joera eta emozioetan arreta jarrita estresari aurre egitea, arreta arazoetan jarri ordez (Solomon, Mikulincer eta Flum, 1988).

Ikaskuntzaren teoriaren arabera, beldurraren baldintzapen klasikotik dator TOENa. Auzo bateko kale batean eraso bortitz bat jasan duen pertsona auzo horretatik berriro pasatzeko beldur izan daiteke. Auzo hori ekidin egingo du, eta ekidite horren bidez kaleari eta auzoari zaien beldurra negatiboki indartuak gelditzen dira.

Trauma osteko estreseko nahastea diagnostikatzeko irizpide hauek bete behar dira: bere bizitzarako edo osotasun fisikorako arriskutsua den gertaera estresatzaile eta traumatiko bat jasaten du pertsonak: heriotzen eta zauritzeen lekuko da, edo bere familiak jasandako esperientzia traumatikoen berri jaso du. Gertaera horren aurrean, beldurrez, itxaropen-gabeziaz eta izu handiz erantzuten du pertsonak. Gertaera traumatikoa iraunkorki berresperimentatzen du. Traumari lotutako kinadak iraunkorki

ekiditen ditu, eta erantzuna emateko gaitasuna kamusten zaio. Aktibazio-sintoma iraunkorrak agertzen ditu, eta koadro sintomatikoak hilabete baino gehiago iraun behar du. Atsekabe esanguratsua eta hondamen sozial nahiz laboral esanguratsua eragin behar dute sintomek. Hemen aipatu diren sintometatik at, beste batzuk ere ager daitezke traumaren ostean: norbere irudia oso negatiboa bihurtzen da; zoratzen ari dela edo kontrola galtzen ari dela pentsa dezake; ezin du sentitu lehen sentitzen zuen gauza bera maite dituen pertsonenganako.

Trauma osteko estreseko nahastea (DSM-IV-TR, 2000)

A. Pertsona gertaera traumatiko baten aurrean gertatu da, eta egoera horretan 1 eta 2 gertatu dira:
   1. Heriotzak eragin dituzten edo bere edo besteen osotasun fisikoarentzat mehatxagarriak diren gertaerak (edo gertaera) ikusi eta bizi izan ditu, edo hartaz (haietaz) hitz egin diote.
   2. Beldur, etsipen edo izu handiz erantzun du pertsonak.

B. Gertaera traumatikoa iraunkorki berresperimentatzen du, modu hauetakoren batean edo gehiagotan:
   1. Atsekabea sortzen duten gertaera errepikakor eta sarkorrak: gertaera horietan, irudiak, pentsamenduak eta hautemateak gertatzen dira.
   2. Atsekabea sortzen duten amets errepikakorrak gertaerari buruz.
   3. Pertsonari iruditzen zaio gertaera traumatikoa jazotzen ari dela (esperientzia birbizitzen ari den sentipena, ilusioak, haluzinazioak eta flashback-pasarte disoziatiboak, esnatzean edo toxikatzean agertzen direnak barne direla).
   4. Gertaera traumatikoaren alderdiren bat sinbolizatzean edo gogoratzean, edo, barneko nahiz kanpoko kinaden aurrean jartzean, egonezin psikologiko intentsua agertzen du.
   5. Barneko eta kanpoko kinaden aurrean jartzean erantzun fisiologikoak ematen ditu.

C. Traumari lotutako kinadak iraunkorki ekiditen ditu, eta beraren erreaktibitate orokorra kamustua dago, ondorengo sintoma hauetako hiruk edo gehiagok adierazten duten moduan:
   1. Gertaera traumatikoari buruzko pentsamendu, sentimendu edo solasaldiak ekiditeko ahaleginak.
   2. Trauma oroitarazten duten jarduera, toki edo pertsonak ekiditeko ahaleginak.
   3. Traumaren alderdi garrantzitsuren batez oroitzeko gaitasunik eza.
   4. Jarduera esanguratsuekiko interesaren edo haietan esku-hartzearen urritze nabarmena.

5. Besteen aurrean atxikimendurik ezaren edo besterentzearen sentipena.
6. Bizitza afektiboaren hertsatzea (amodio-sentimenduak eduki ezina).
7. Etorkizun beltzaren sentipena (ez du espero enplegua lortzea, ezkontzea, familia osatzea edo, azkenik, bizitza normala eramatea).

D. Aktibazioa gehitzen dela erakusten duten sintoma iraunkorrak, ondorengo sintoma hauetako bik edo gehiagok agertzen duten moduan:
1. Lo hartzeko edo loari eusteko zailtasunak.
2. Haserrekortasuna edo haserre-erasoak.
3. Kontzentratzeko zailtasunak.
4. Gehiegizko zelatatzea.
5. Gehiegizko izu-erantzunak.

E. Asaldu hauek (B, C eta D irizpideetako sintomak) hilabete baino gehiagoz luzatzen dira.

F. Asaldu hauek egonezin kliniko esanguratsua edo atsekabe kliniko esanguratsua edo gizarte- nahiz lan-arloko edo pertsonaren bizitzako beste arlo garrantzitsu bateko narriadura eragiten dute.

Bereizi egin behar dira:
- Akutua: 3 hilabete baino gutxiago irauten dute sintomek.
- Kronikoa: 3 hilabete edo gehiago irauten dute sintomek.

Hasiera atzeratukoa izango da, gertaera traumatikoaren eta sintomen hasieraren artean gutxienez 6 hilabete pasatu badira.

Tratamendu psikologikoaren helburua gertaera traumatikoaren oroitzapena ekiditea izan daiteke. Horretarako, distraitzen eta bizitako esperientziak ahanzten saiatzen da biktima. Baina, biktimak egoera traumatikoa irudietan eta amesgaiztoetan birbizitzen duenean, ez du saiatu behar bizitako esperientziak ahanzten; terapeutaren laguntzaz gertaera traumatikoaren irudien aurrean jartzen saiatuko da. Aurrean jartzearen teknika printzipio honetan oinarritzen da: pazientearen arreta traumaren oroitzapenean fokatzen da, gertaera hura kognitiboki eta emozionalki prozesatzeko. Traumaren historia gero eta xehetasun gehiagoz kontatzen eta birkontatzen du, haren oroitzapenaren zama gero eta arinagoa izan dadin. Pazienteak bizi izan duena hitzetan jartzea da lortu behar dena. Bizipenak oroitzapen bihurtuko dira, eta oroitzapenak pazientearen biografian integratuko dira.

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing; Shapiro, 1995) teknika ere erabil daiteke. Irudimenez gertaeraren aurrean jartzen da pazientea, eta begiez mugimendu sakadikoak (azkarrak eta erritmikoak) egin behar ditu. Pentsamendu traumatikoez oroituko da, eta, aldi berean, burua geldi duela begiekin terapeutaren hatz erakuslearen mugimenduei jarraituko die; gero, burua zurian utziko du pazienteak, eta arnasa hartuko du sakon (Ventura, 2006). Begien alborako mugimenduek traumaren prozesaketa kognitiboa errazten dute.

Tratamendu farmakologiko moduan antidepresiboak eta serotoninaren birjasotzearen inhibitzaileak erabiltzen dira, sistema serotoninergikoa asaldatua egoten baita traumaren biktimetan (Stein, Ipser eta McAnda, 2009).

3.8. PRAKTIKAK

3.8.1. praktika

Bereiz itzazu *beldurra, barne-herstura, izu-ikara* eta *herstura,* eta elkartu bakoitza bere definizioarekin:

Herstura		Gertaera mehatxatzaile bat aitzinatzen edo aurreikusten duen beldur-sentimendua. Mehatxu lauso bati ematen zaio erantzuna. Psike barneko gatazkekin lotua dago. Ekintzara moldatu eta prestatzen lagundu dezake.
Izu-ikara		Mehatxu jarraitu eta identifikatu (objektu edo egoera zehatz) baten aurrean agertzen den erreakzioa. Orainaldira zuzendua dago; tentsio zedarritua, izaera arrazionalekoa.
Barne-herstura		Arrisku bati bat-batean aurre egiten dio, detekziorik, aitzinatzerik eta prestakuntzarik gabe.
Beldurra		Ondoez handi baten sentipena, somatizazio neurobegetatiboekin.

3.8.2. praktika

Irakur ezazu testua, eta azter itzazu laukiaren azpiko baieztapenak:

Emozioen kontrolerako hiru sistema bereizten zituen Gray-k (1987): portaeraren inhibizio-sistema (BIS: Behavioural Inhibition System), portaeraren hurbiltze-sistema (BAS: Behavioural Activation System) eta borrokarako / ihes egiteko sistema (FFS: Fight-Flight SystemFFS).

Portaeraren inhibizio-sistemak (BISak) zigor-seinaleei erantzuten die, eta sentikortasun handia du baldintzatutako kinada negatiboekiko. Barne-herstura handia duenak BIS indartsua du. Eysencken ereduari jarraiturik, barnerakoi neurotikoek BIS indartsua edukiko lukete; kanporakoi egonkorrek, berriz, BIS ahula edukiko lukete.

Portaeraren aktibazio-sistemak (BASak) hurbiltze-portaerak aktibatzen ditu, eta sari-seinaleei erantzuten die. Sarien garuneko zentroa denez, sentikortasun handia du pizgarriekiko eta sariekin baldintzatutako seinaleekiko. BASa oldarkortasunaren oinarrian dago, eta dopamina da haren funtzionamenduan gehien inplikaturiko neurotransmisorea.

Erasorako edo ihes egiteko sistema (FFS) babeserako erasoan eta ihes egitean inplikatua dago. Eskuin hemisferioan kokatua dago, hipotalamoan eta amigdalan batez ere.

- BISaren maila altuak barne-hersturarekin erlazionatuak daude (Gray, 1987)
- BISaren maila baxuak arreta-gabezia eta hiperaktibitatearen nahastearekin (Barkley 1997) eta psikopatiarekin (Fowles, 1993) erlazionatuak daude.
- BASaren maila altuak nortasunaren nahaste antisoziala azal dezake (Quay, 1993).
- BASaren maila baxua depresioarekin lotua dago (Depue, Krauss eta Spoont, 1987).
- BASaren jardueraren aldakortasuna gertatzen da nahaste bipolarrean. Mania litzateke BASaren jarduera garaiaren adierazlea (Depue *et al.,* 1987).

3.8.3. praktika

Ikus ezazu helbide elektroniko honetako bideoa, eta erantzun iezaiezu galdera hauei:

http://www.youtube.com/watch?v=Ollhn9edDcQ

- Zer gerratan parte hartu dute bideoko beteranoek?
- B52 hegazkinen bonbardaketaren ondorena zein izan zen?
- Zer oroitzapen gelditu zitzaion gerratik, eta zer gogoratu zuen Estatu Batuetan gerra ostean istripua izatean?

– Zer gertatu zen Iraken teniente baten eta sarjentu baten artean? (Irak, Vietnam: Post Traumatic and Neurofeedback)
– Flashbackei buruz zer azalpen ematen du doktoreak?
– Zer-nolako tratamendua jasotzen dute bi beteranoek?

3.8.4. praktika

Ikus ezazu helbide elektroniko honetako bideoa, eta erantzun iezaiezu galdera hauei:

http://www.youtube.com/watch?v=2So6_H4pwms

Konta ezazu Dany-ren historia:

Fobiak heredatu ala ikasi egiten ditugu?

Nolakoa da Trevor-en historia?

Nolakoa da Diane-ren historia?

Nola tratatzen dute akrofobiadun txakurra?

Zein da lumekiko fobiaren historia?

Konta ezazu agorafobikoaren historia.

Catherine-k fobia soziala du. Nola tratatzen dute?

Nola sortu zen Christine-ren saguekiko fobia?

3.8.5. praktika

Ikus ezazu helbide elektroniko honetako bideoa, eta aldera ezazu «Estresaren etiopatogenia» testuak dioenarekin:

http://www.dailymotion.com/video/x2tts2_animacion-como-funciona-el-estres_school

Estresaren etiopatogenia

Gure bizitzako edozein gertaera garrantzitsuk eragin dezake estresa: bikote-harremanetan arazoak izateak, heriotzak, arazo ekonomikoak, istripu edo gaixotasunak, erditzeak, etxe-aldaketak, lan-aldaketak, oporretara joateak... Horrelakoetan, odol-presioa igo egiten da, eta bihotz-taupadak ere bai, giharrak tenkatu egiten dira eta odolbideak estutu.

Gertaera estresatzaile horiek are estresatzaileago bihurtzen dira ezin iragar daitezkeenean; ezin iragar daitezkeen gertaera estresatzaileek, gutxi izanagatik, gaixotasun gehiago eragiten dituzte iragar daitezkeen gertaera estresatzaileek baino, nahiz eta horiek ugariagoak izan.

Gertaera iragarri ahal izateak ez ezik, kontrolatu ahal izateak ere badu eragina. Gertaera kontrolaezinak kontrolagarriak baino askoz estresatzaileagoak dira. Adibidez, zarata estresatzaileak adrenalina eta noradrenalina gutxiago eragingo dio zarata hori kontrolagarria dela pentsatzen duen pertsonari zarata hori kontrolaezintzat duen pertsonari baino. Horregatik, lan bat estresatzaileagoa da langilearen bizkar ardura handia eta kontrol gutxi jartzen denean, ardura eta kontrola maila berean daudenean baino.

Estresak nerbio-sisteman eta sistema endokrinoan eragiten du. Sistema autonomoa da barneko atalez arduratzen den nerbio-sistemaren zatia. Nerbio-sistema autonomoa ez da hain autonomoa, hipotalamoak, bizkarrezur-muinak eta garun-enborrak kontrolatzen baitute. Sistema horrek bi atal ditu: nerbio-sistema sinpatikoa eta nerbio-sistema parasinpatikoa. Nerbio-sistema sinpatikoak bihotz-taupadak bizkortzen, digestioa inhibitzen, birikak irekitzen, begi-niniak zabaltzen, listu-jariaketa gutxitzen eta metatutako energia askatzen du (glukosa askatzen du odolean). Nerbio-sistema parasinpatikoak, aldiz, bihotz-taupadak moteltzen, digestioa bizkortzen, arnasbideak estutzen, begi-niniak estutzen, listu-jariaketa areagotzen eta energia berreskuratzen laguntzen du. Sinpatikoak katekolaminak (epinefrina eta norepinefrina) jariarazten ditu giltzurrun gaineko guruinen muinetik, eta organismoaren *arousal*a (aktibazioa) gehitzen du. *Arousal* edo aktibazio horrek organismoaren sentimen-atalasea murrizten du, eta, ondorioz, ohiko kinadak baino ahulagoak ere hauteman daitezke. Indar handiagoz eta bizkorrago erantzuteko prestatzen da aktibazio horren ondorioz. Hipofisiak eta giltzurrun gaineko guruinek osatutako sistemak zerikusi handia du estres-egoerak organismoari eragiten dion aktibazio-areagotze horretan. Estres-egoeretan, borrokarako edo ihes egiteko prestatzen da organismoa. Aktibazio kognitiboa ere gertatzen da, jasotako datuak hobeto prozesatu eta antolatzeko. Larrialdia amaitzean, hipotalamoak abian jartzen du berriro sistema parasinpatikoa, sinpatikoaren gehiegizko aktibazio kronikoaren ondorio kaltegarriak desagerrarazteko.

Moldaerako sindrome orokorra

Estresak erantzun fisiko baterako prestatzen du organismoa: erasorako, borrokarako, iheserako edo kolapsorako. Organismoak erantzun fisikoak eman behar izan dizkie estres-egoerei milaka eta milaka urtean, eta erantzun horiek moldagarriak izan dira. Gaur egungo ingurunea bestelakoa da, ordea; mundu industrializatu honek, erantzun fisikoak baino areago, erantzun kognitiboak eskatzen ditu. *«Borrokarako edo iheserako erantzuna oraindik ere kasu batzuetan biziraupenerako beharrezko izan badaiteke ere, gure gizarteko egungo gertaera*

estresatzaileek ez dute eskatzen horrelako erantzunik (borroka edo ihes egite fisikorik)» (Friedman eta DiMatteo, 1989). Batetik, erantzun kognitiboek ez dute erabiltzen organismoak abian jarri duen energia guztia. Bestetik, erantzun kognitibo egokiak hobeto funtzionatzen du giro lasai batean giro aktibatu batean baino. Gainera, organismoaren aktibazioan parte hartu duten produktu kaltegarrien metaketak nahaste psikofisiologikoak sor ditzake.

Ingurunearen eskaeren aurrean, gure organismoak moldatu egin behar du, eta horrek energia eskatzen du. Batzuetan, inguruneak energia-eskaera handiegiak egiten dizkio organismoari, eta, egoerara egokitzeko, barne-oreka hautsiko duten aldaketak eta erantzunak ematen ditu organismoak. Hiru fase bereiz daitezke organismoak inguruneko kinada estresatzaileei ematen dien erantzunean:

1. Alarma-erreakzioa: inguruneko estresatzaileek gehiegizko aktibazio fisiologikoa eragiten dute subjektuarengan. Nerbio-sistema autonomoaren alderdi sinpatikoak eta giltzurrun gaineko guruinen muinak eragiten dute organismoaren aktibazio hori: ingurunearen eskaerei aurre egiteko, abian jartzen dira gorputzaren baliabideak. Fase honetan, katabolismoa da nagusi.
2. Erresistentzia-fasea: egoera estresatzaileak luze irauten duenean, edo organismoak inguruneari aurre egiteko trebetasun egokirik ez duenean, estres-egoerak iraun egiten du. Organismoak behar baino denbora luzeagoz eutsi behar die defentsei eta mobilizazioari. Organismoaren gehiegizko aktibazio hori etengabea bada, agortu egin daitezke organismoaren energia-erreserbak. Egoerak bere horretan jarraitzen badu, organismoaren energia amaitzean, hirugarren fasera gatoz.
3. Iraungitze-fasea: erresistentzia-fasea gehiegi luzatu denean, organismoak galdu egiten du aktibatuta jarraitzeko gaitasuna; aktibazioa normala baino txikiagoa da, eta organismoak atsedena eskatzen du. Sistema neuroendokrinoak txikiagotu egiten du defentsarako hormonak jariatzeko gaitasuna. Gorputza ez da gai gaixotasunaren kontrako defentsak indarrean jartzeko. Defentsa-sistemak (immunitate-sistema) modu apalean funtzionatzen du, eta gaixotasunak ager daitezke (giltzurrunetan, odolbideetan, bihotzean, larruazalean...).

Jende askok jasaten ditu estresaren ondorioak. Nekea, lorik eza, barne-herstura, buruko minak, bizkarreko minak, apetitua galtzea edo gehiegi jatea eragin ditzake estresak. Estres-maila altuak luze irauten duenean, osasun-arazo larriak sor daitezke: odol-presioak gora egiten du, bihotza nekatu egiten da, eta gaixotasunekiko erresistentzia apaldu egiten da. Sendagileei eta psikologoei egiten zaizkien ikustaldi askok zerikusia dute estresarekin. Estresak lotura du heriotza eragiten duten gaixotasun nagusiekin: bihotzeko gaixotasunak, minbizia, biriketako gaixotasunak, istripuak, zirrosia eta suizidioa.

Kostu ekonomiko handiak ditu estresak: botika asko erosi, eta baja asko eskatzen dira. Zenbat eta maizago gertatu eta iraunkorragoa izan organismoaren aktibazioa, orduan eta handiagoak izango dira nahasteak. Aktibazioa modu estereotipatuan gerta daiteke, gorputzaren atal espezifiko batzuetan, edota gorputz osora orokortu daiteke. Nolanahi ere, estresaren ondorioak ez dira beti kaltegarriak. Estres kontrolatua kitzikagarria eta bizitzarentzat gozagarria gerta daiteke.

Ondoren, estresak organismoaren sistema batzuetan dituen ondorioak aztertuko ditugu:

1. *Estresa eta sistema kardiobaskularra.* Alde batetik, estresak nerbio-sistema autonomoaren zati sinpatikoa aktibatzen du; sinpatikoaren funtzionamendu handiagoaren ondorioz, bihotz-taupaden maiztasuna gehitu egiten da, digestio-hodira, larruazalera eta giltzurrunetara doazen odolbideak estutu egiten dira, eta giharretara nahiz garunera doazen odolbideak zabaldu. Bestetik, hipotalamoak basopresina eta hormona antidiuretikoa jariatzen ditu, atzeko hipofisiaren bidez; ondorioz, giltzurrunetatik ur gutxiago kanporatzen da, eta igo egiten da odol-presioa. Horrek guztiak ekintzarako prestatzen du organismoa. Egoera hori behin eta berriro errepikatzeak sistema kardiobaskularraren higadura eragin dezake. Odolbideen barne-geruzaren azpian plaka arteriosklerotikoak metatzen dira, eta horrek, besteak beste, bularreko angina, miokardio-infartua edo garun-tronbosia eragin ditzake.
2. *Estresa eta digestio-sistema.* Egoera estresatzaileetan, nerbio-sistema autonomoaren atal parasinpatikoa moteldu egiten da, eta atal sinpatikoa bizkortu. Sinpatikoaren funtzionamenduak urdailaren uzkurtzeak makaldu eta azidoen jariaketa moteldu egiten du; azidoetatik gutxiago babestu behar dutenez, txikitu egiten da urdaileko pareten lodiera. Estresa amaitzean, gehitu egiten dira azidoak, eta urdailaren pareta meheak zulatu egin ditzakete (ultzerak). Sinpatikoaren funtzionamenduak listu-jariaketa moteldu, ahoa lehortu eta hesteetako mugimendu peristaltikoak apaldu egiten ditu. Urdaileko ultzeren sorreran, nerbio-sistema autonomoaren funtzionamendu desorekatuak ez ezik, bakterioek ere —*Helicobacter pylori*, adibidez— parte hartzen dute. Egoera normalean, sistema immunitarioak kontrolatu egiten ditu bakterio horiek; estres-egoeran, aldiz, apaldu egiten dira defentsak, eta bakterioek eraso egiten diote urdail-paretari.

3. *Estresa eta sistema endokrinoa*. Sistema endokrinoak nerbio-sistema autonomoarekin batera lan egiten du, odolera jariatutako hormonen bidez. Sistema endokrinoak bi bide erabiltzen ditu: 1) Sinpatikoaren eta giltzurrun gaineko guruinen muinaren jarduera sinergikoaren bidez: giltzurrun gaineko guruinen muinak katekolaminak (epinefrina eta norepinefrina) jariatzen ditu, eta haiek sinpatikoaren efektu berberak eragiten dituzte: bihotz-taupadak eta arnasketa bizkortu, giharrak indartu eta gogamen-jarduera bizkortu. 2) Hipotalamotik guruin pituitariora eta guruin horretatik giltzurrun gainekoetara doan sistemaren bidez: hipotalamoak *Corticotropin Releasing Factor* (CRF) hormona jariatzen du. CRFk guruin pituitarioan jarduten du, eta *Adrenocorticotrophic* (ACTH) hormona jariarazten du. Horrek giltzurrun gainekoen azala aktibatzen du, eta horiek kortikosteroideak jariatzen dituzte: mineralokortikoideak, gorputzeko mineralak erregulatzeko, eta glukokortikoideak, odoleko glukosa erregulatzeko. Kortikosteroideen egitekoa organismoak jardun ahal izateko energia askatzea (glukokortikoideak) eta infekzioetako hantura gutxitzea (mineralokortikoideak) da.
4. *Estresa eta sistema immunitarioa*. Organismoan agente arrotz bat sartzen denean, monozitoek (globulu zuri mota bat) T zelulak iratzartzen dituzte, eta haiek agente arrotzari erasotzen diote. B linfozitoek (beste globulu zuri mota bat), agente arrotza identifikatzean, antigorputzak sortu, agente arrotzari eraso eta hura desegiten dute. Estresak, sistema neuroendokrinoaz eta sistema endokrinoaz baliatuz, aldatu egin dezake immunitate-sistemaren funtzionamendu hori. Nerbio-sistema autonomoaren atal sinpatikoak apaldu egiten du jarduera immunitarioa; atal parasinpatikoak, ordea, bizkortu egiten du. Sistema endokrinoari dagokionez, estresaren bidez glukokortikoideak gehitzen dira, eta gehikuntza horrek linfozito berrien produkzioa geldiarazten du timoan; horrek ondorio nabarmena du immunitatean.

3.8.6. praktika

Eraso kardiakoa eta izu-ikarako erasoa askotan nahasten dira, antzeko zeinu eta sintoma klinikoak dituztelako. Zer metodo erabiltzen da bi nahasteak bereizteko?

3.8.7. praktika

- Zein da estres akutuko nahastearen eta trauma osteko estreseko nahastearen arteko aldea?
- Zein da fobia espezifikoaren eta fobia sozialaren arteko aldea?
- Zein da agorafobiadun barne-hersturako nahastearen eta agorafobia gabeko barne-hersturako nahastearen arteko aldea?
- Zein da izu-ikarako krisiaren eta agorafobia gabeko hersturako nahastearen arteko aldea?

3.8.8. praktika

Irakur ezazu Kororen nahasteari edo erretrakzio genitaleko edo genital barneratuko nahasteari buruzko artikulu hau, eta aldera ezazu barne-hersturako nahasteekin.

http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/5315/1/14conf3%2054752.pdf

3.8.9. praktika

Taldeka jarrita, sailka itzazue taldekideek jasandako gertaera traumatikoak:

- Gertaera traumatiko naturalak: uholdeak, itsasikarak, lurrikarak, haizeteak, tximistak.
- Istripuzko gertaerak: laneko edo errepideko istripuak, kiroletako istripuak, suteak.
- Gizakiak nahita sortutakoak: bahiketak, tortura, eraso sexualak, tratu txarrak, bortxazko heriotza.

4. Eskizofrenia

4.1. SARRERA

Disfuntzio kognitibo eta afektiboen espektro zabala biltzen du eskizofreniak. Emozio desegokiak, portaera eta hizkera desantolatua eta eldarnioak edo haluzinazioak agertzen ditu nahaste hori duenak. Pertsona eskizofreniko baten lehen deskribapena John Haslam-ek egin zuen 1810ean. Handik laster Morel-ek beste kasu bat agertu zuen, eta *dementzia goiztiar* izena eman zion, zahartzaroan agertzen diren dementzietatik bereizteko. XIX. mendearen amaieran, Emil Kraepelin-ek (1899) ere *dementia praecox* deitura ezarri zion, eta haren sintomak deskribatu zituen: katatonia (mugiezintasuna eta asaldura txandakatuz), hebefrenia (apatia, emozionaltasun heldugabea) eta paranoia (handitasun- edo jazarpen-eldarnioak).

Eskizofrenia hitza lehen aldiz 1911. urtean erabili zuen Eugen Bleuler psikiatra suitzarrak, eta haren esanahia adimen-gaitasunen bereizketa edo banantzea da: *skhizein* (bereizi, banandu) – *phren* (gogamena). Bereizketa edo zatiketa ez da nortasunen zatiketa, identitate disoziatuaren nahastean gerta daitekeen moduan, baizik eta adimenaren barneko zatiketa, adimenaren eta emozioaren artekoa edo adimenaren eta kanpoko errealitatearen artekoa. Nortasunaren funtzioen zatiketa eta pentsamenduaren koherentziari eusteko gaitasunik eza gertatzen da nahaste honetan.

Eskizofrenia jasaten duten pertsonen taldea oso heteronegeoa da, eta era batekoak eta bestekoak dira bizitzan zehar izaten dituen sintomak. Eskizofreniaren bereizgarri den sintomarik ez dago, hura osatzen duten sintomak edo portaerak ez direlako ezinbestean eskizofreniko guztiengan agertzen. Eskizofreniari buruz hitz egitea baino egokiagoa litzateke, beraz, eskizofreniei buruz hitz egitea. Forma berdineko bereizgarriak ere konbinazio ezberdinetan biltzen dira eskizofrenian. Eskizofrenia nahaste psikotiko bat da, nahaste psikotiko bakarra ez bada ere. Errealitatearekiko haustura dakar berekin; hots, pertsona psikotikoak errealitatearen ebaluazio okerra egiten du, eta, ondorioz, errealitatearen eskaerei erantzuteko trebetasuna galdua du. Eskizofrenia pairatzen duen pertsonak pertzepzioaren, pentsamenduaren eta emozioen distortsioak jasaten ditu, eta, ondorioz, haren eguneroko jarduna erasana gertatzen da.

4.2. DESKRIBAPEN KLINIKOA

Eskizofrenia duten gizabanako guztiek ez dituzte ezaugarri berberak. Askotarikoak eta konplexuak dira eskizofreniaren sintomak, baina, konplexutasun hori gorabehera, eskizofreniaren sintoma tipikoak hiru multzo handitan sailkatu izan dira: sintoma positiboek (haluzinazio eta eldarnioek) funtzio normalen gehiegikeria edo distortsioa adierazten dute; sintoma negatiboek (hizkera txiroa, afektibitate kamustua) funtzio normalen galera edo gutxitzea adierazten dute; sintoma desantolatuek pentsamenduaren eraldatze formala eta afektibitate desegokia adierazten dute.

Sintoma positiboak dira paziente eskizofrenikoak agertzen dituenak baina pertsona normalak agertzen ez dituenak:

1. Jokabide bitxiak. Jokabide horien artean sailka ditzakegu ondorengo hauek: janzkera eta itxura bitxia izatea (adibidez, gorputza kolore ugariz margotzea, udan artilezko jertseak janztea edo pertsonaia historiko baten moduan janztea); jokabide sozial eta sexualari dagokionez, ohikoak ez diren ekintzak egitea (adibidez, aproposa ez den leku batean genitalak erakustea; metroan edo beste garraiobide publiko batean bere arazo intimoak edozeini kontatzen hastea, edo pertsona talde handi baten erdian yoga egiteko posizioan jartzea); ezustean jokabide erasokor eta aztoratua agertzea (adibidez, adiskide eta familiakoekin eztabaidak has ditzakete; kaletik doazela ezezagunak zirika ditzakete haiekin borrokatu daitezen; gobernuko funtzionarioren batekin eztabaidaren bat izan badute, mehatxuzko eskutitzak bidal diezazkiokete, edo, zenbaitetan, beste pertsona batzuk zauritzera edo hiltzera irits daitezke); eta haien jokabidea etengabea edo estereotipatua izan daiteke (adibidez, hanka-puntetan oinez ibiltzea, edo mingaina eta ezpainak modu jakin eta deigarri batean mugitzea).
2. Pentsamenduko nahaste formalak: haria galtzea, inkoherentzia, logikarik eza, zirkunstantzialtasuna, tangentzialtasuna, hizketa azkarra, oharkabetasuna, asoziazio fonetikoak. Pentsamenduko nahaste formalak dituzten pertsonen hizketa-jarioa normala izan ohi da, baina hizketaren edukia, aldiz, pobrea. Hizketak ez du logikarik baliatzen, eta, ondorioz, inkoherente eta ulertezina izaten da. Pentsamenduko nahaste formalak ebaluatzeko, eskizofrenia jasaten duen pertsonari bost edo hamar minutuz hitz egiten jarduteko eskatzen zaio, eta solaskideak behatu behar du subjektuak agertzen dituen ideiak elkarren artean ongi josiak dauden ala ez. Gainera, ongi ulertu ez diren erantzunei edo ideiei buruzko azalpenak eskatu behar zaizkio, eta subjektuak galderei erantzuteko duen moduari arreta berezia jarri behar zaio, errazak edo konplexuak diren galderak eginez (adibidez, *non jaio zinen?* edo *zein da egungo gobernuaren lan egiteko moduari buruz duzun iritzia?* gisako galderak). Pentsamenduko nahaste formalen barne sailkatzen dira: hizketaldiaren haria galtzea, hau da, hizketagaitik pixkanaka-pixkanaka aldendu egiten da pertsona, eta azkenean hasierako gaiarekin edo galderarekin zerikusirik ez duen beste zerbaiti buruz hitz egiten amaitzen du;

tangentzialtasuna, hots, galdera bati erantzutean galderaren gaiarekin zerikusirik ez duen erantzuna ematea; haien hizketaldia inkoherentea eta ulertezina izaten da, besteak beste, gauzen jatorrizko izenen ordez beste izen batzuk erabiltzen dituztelako; hizketaldiak ez du segida logikorik erabiltzen; zirkunstantzialtasuna nabarmena izaten da, hots, hizketaldia zeharkakoa izaten da eta bukaerako ideiara iristeko denbora gehiegi pasatzen dute beharrezkoak ez diren xehetasunak emanaz; azkarregi hitz egin dezakete, ulertezina den hizketa molde batekin (besteak beste, esaldiak ez dituztelako amaitzen edo hitzen bukaerak jaten dituztelako), eta haien hizketaldia etetea ezinezkoa gertatzen da; hitz egiterakoan oharkabetasuna nabarmendu daiteke, aipatzen ari ziren ideia bat-batean bertan behera utzi eta beste gai bati ekin diezaiokete (adibidez, elkarrizketagilearen jantziari buruzko aipamen bat egiten has daitezke, edo mahai gainean dagoen objektu bati buruz hitz egiten hasi); eta, asoziazio fonetikoak burutu ditzakete, eta hizketa ulertezina bihurtu, hots, hitzak aukeratu ditzakete beren soinuarengatik eta ez esanahiagatik.

3. Pentsamenduaren edukiko nahasteak edo eldarnioak: errealitatearekin kontraesanean egon arren, tinko eta fermuki mantentzen ditu uste okerrak. Ingurune kultural edo erlijioso berekoek sinesten ez dituzten gauzak sinesten ditu. Adibidez, hondartzan dagoen eskizofreniko batek pentsa dezake bera zelatatzera bidalitako alienak direla hegan dabiltzan kaioak, edo herriko enparantzan hitzaldia ematen ari den eskizofrenikoak pentsa dezake gizateria salbatzeko Jainkoak bidalia dela.

   Hainbat eldarnio mota daude. Hurrengo lerroetan horietako batzuk deskribatuko dira: *jazarpen-eldarnioak* dituztenek uste izaten dute haien aurka konspiratzen ari dela norbait edo norbait atzetik dabilkiela (adibidez, haien gutunak norbaitek ireki dituela uste izatea, telefonoa kontrolatua dutela uste izatea, edo lagunak eta bizilagunak haien aurka konspiratzen ari direla ustea izatea); *erru- edo bekatu-eldarnio*en kasuan, subjektuak uste izaten du izugarrizko bekatua edo barkaezina den zerbait egin duela, eta behin eta berriz aitor dezake bekatu hori entzuteko prest dagoen edonoren aurrean (adibidez, zerikusirik izan ez arren, sute edo istripu bat eragin izanaren arduradun sentitzen da, edo pubertaroan masturbatzen zelako gizarteak zigortuko duen kezka izaten du); *handitasun-eldarnioak* dituztenek uste izaten dute botere edo trebetasun bereziak dituztela eta beren ideiak norbaitek lapurtu nahi dizkien susmoa izan dezakete (adibidez, pertsonaia famatuak direla uste izan dezakete; errepikaezina den liburu bat idazten edo miresgarria izango den asmakizun bat egiten ari direla uste izan dezakete, eta beren gaitasunak zalantzan jarriz gero izugarri haserretu); *erreferentziazko ideia edo eldarnio*en kasuan uste izaten da garrantzirik gabeko edozein xehetasunek norberari egiten diola erreferentzia (adibidez, subjektua gela batean sartzen bada eta gela horretan dagoen jendea barrez ari bada, berari barre egiten ari zaizkiola uste izan dezake; edo komunikabideetan entzun edo irakurri duen zerbait beretzat idatzitako mezu berezi gisa hauteman dezake); *erlijio-eldarnioak* dituztenak kezkatuak agertzen

dira jatorri erlijiosoa duten uste faltsuengatik (adibidez, deabru bihurtu direla edo Antikristoa etorri dela sinestea); *kontrol-eldarnioak* dituztenek uste izaten dute beren sentimenduak edo ekintzak kanpo-indar batek kontrolatzen dituela (adibidez, haren gorputza kanpo-indar arraro batek gidatzen duela uste izatea eta indar horrek modu bitxi batean mugiarazten duela esatea); *eldarnio somatiko*en kasuan, subjektuek uste izaten dute gorputza gaixorik dutela, anormala dela edo aldatu egin dela (adibidez, urdaila edo garuna usteltzen ari zaiela, eskuak eta zakila handitzen ari zaiela edo aurpegiera aldatu); *pentsamenduaren hedapenaren eldarnioa*n uste izaten da norberak pentsatzen duena besteek entzun dezaketela (adibidez, beraren pentsamenduak irratian edo telebistan transmititzen direla, edo beraren pentsamenduak kanpo-ahots batek hedatzen dituela, nahiz eta berak ahots hori ez entzun); *pentsamenduaren irakurketa*ren eldarnioetan subjektuek uste izaten dute beste pertsonek haien pentsamenduak irakurri edo ezagutu ditzaketela (adibidez, kalean oinez doazen guztiek badakitela zer pentsatzen ari diren); *pentsamenduaren txertatzearen eldarnioak* dituztenek uste izaten dute beren buruan dabiltzan zenbait ideia ez direla berenak eta besteek txertatuak izan direla (adibidez, sex-shop baten jabe den bizilagun bat bere borondatearen kontra sexuari buruzko ideiak txertatzen ari zaiola uste izatea); eta, amaitzeko, *pentsamenduaren lapurretaren eldarnioak* dituztenek uste izaten dute burutik ideiak kendu dizkietela (adibidez, pentsamendu bat izaten hasi eta kanpo-indar misteriotsu batek pentsamendu hori lapurtu dien esperientzia subjektiboa izatea).

Eldarnioen sailkapena, edukiaren arabera:

- Handitasun-eldarnioak: norbere garrantzi pertsonala exajeratu egiten du.
- Kontrol-eldarnioak: norbere ekintza, bulkada eta pentsamenduak kanpotik kontrolatzen dituztela pentsatzen du (kalte-eldarnioekin elkartua). Kanpoko indarrez ezarriak balira bezala bizitzen dira sentimenduak edo bulkadak: pentsamendua ostea, pentsamendua transmititzea.
- Erreferentzia-eldarnioak: inguruneko gertaera neutralek norberarentzat esanahi berezia dutela pentsatzen du.
- Jeloskortasun-eldarnioak: bikotearen desleialtasunari buruzko eldarniozko sinestea. Jazarpeneko eldarnioarekin batera arriskutsuenetakoa da.
- Jazarpen-eldarnioak: besteek etengabe kalte egiten diotela eta besteen konspirazioaren biktima dela pentsatzen du. Kalte egiten diotenen zirkulua berarekin ados ez dauden guztietara hedatzen du. Jazarpenaren hartzaile izatetik jazartzaile izatera pasatzeko arriskua.
- Erruduntasun-eldarnioak: errudun izatearen edo alhadura sentitzearen eldarniozko ideia, askotan depresioaren ondorioz sortua izaten dena.

- Pentsamendua txertatzeko eldarnioak: norbaitek kanpotik pentsamenduak sartzen dizkiola uste du.
- Pentsamenduaren hedapeneko eldarnioak: hitzez adierazi ez diren pentsamenduak besteek ezagutzen dituztela uste izatea.
- Pentsamendua osteko eldarnioak: norbaitek pentsamenduak kentzen dizkion ustea.
- Eldarnio somatikoak: norbere gorputzak hutsune bat, gaixotasun bat edo nahaste bat duela pentsatzen du: adibidez, garuna usteldua dagoela edo menopausiaren ondoren haurdun dagoela.
- Ideia sexualetako eldarnioak: lo dagoen bitartean sexualki kitzikatua dela pentsatzen du pertsonak.
- Txirotasun-eldarnioak: bere jabetza guztiak galdu dituela edo galduko dituela pentsatzen du.
- Ideia estrabaganteetako eldarnioak: funtsik gabeko edukia duen uste okerra.
- Ideia nihilistako eldarnioak: mundua amaitu dela pentsatzera eramaten duena.

4. Haluzinazioak: kanpoko kinadarik gabe gertatzen diren sentipen-esperientziak. Ilusioetatik bereizi egiten dira, existitzen diren kinada batzuen hautemate okerrak direlako ilusioak. Eskizofrenikoak sarritan soinurik ez dagoen tokian soinuak entzuten ditu edo benetakoak ez diren objektuak ikusten ditu. Haluzinazioek zentzumen guztiak uki ditzakete: entzumena, zenestesia, usaimena, dastamena eta ikusmena. Entzumen-haluzinazioetan ahotsak, hotsak edo bestelako soinuak (adibidez, musika) entzun ditzake eskizofrenikoak, baina, eskuarki, berari hitz egiten dioten edo dei egiten dioten ahotsak entzuten ditu. Ahots horiek desatseginak eta negatiboak izan ohi dira (adibidez, pertsona batek bere jokabidea kritikatzen duten ahotsak entzun ditzake). Ikusmen-haluzinazioetan, aurrean ez dauden pertsonak edo formak ikusten ditu (adibidez, deabrua edo Jainkoa). Ukimen-haluzinazioetan, gorputz-sentipen bitxiak suma ditzake (adibidez, inurridurak, erredurak, edo gorputza formaz eta tamainaz aldatu den sentipena). Dastamen- eta usaimen-haluzinazioak eskuarki batera gertatzen dira, eta subjektuak ohikoak ez diren zapore eta usain desatseginak hautematen ditu (adibidez, jaten ari dela janariaren usain eta zapore txarrak hautematen ditu). Entzumen-haluzinazioak dira usuenak, eta ikusmen-haluzinazioak datoz gero. Haluzinazioak sarritan eldarnioekin konbinatzen dira. Haluzinazioetako ahotsak ahots normalaren bolumena izan ohi du, eta eskuarki pertsona ezagunen ahotsak izaten dira, nahiz eta batzuetan ahots ezezagunak ere entzun ditzaketen. Entzumen-haluzinazioaren garaian aktibatzen den garun-eskualdea ez da hizkuntzaren ulermenarekin lotua dagoen Wernicke-ren eskualdea izaten, baizik eta hizketaren ekoizpenarekin

erlazionatua dagoen Broca-ren eskualdea. Fotoi-igorketa bidezko tomografia konputerizatuak agertu duenez, haluzinazio-garaian aktiboen dagoen garun eskualdea Brocaren eskualdea da. Eskualde hori hizketaren ekoizpenarekin lotua dagoenez, zera ondoriozta daiteke: haluzinazioak dituena ez da besteen ahotsak entzuten ari, baizik eta norberak ekoitzitako ahotsak entzuten.

Eskizofreniaren *sintoma negatibo*ek funtzio normalen galera edo gutxitzea adierazten dute. Funtzio horiek pertsona normalek egiten dituzte, baina eskizofrenikoek ez: jariakortasunez pentsatu, sentimenduak bizi, borondatea izan. Hainbat sintoma negatibo ager ditzakete esquizofrenia dutenek:

- Abulia eta apatia: energia- edo indar-gabezia eta interes-falta dute. Beren kasa ekimen berriak hasteko gai ez direla sumatzen dute, eta zereginak amaitzeko ezintasuna izaten dute. Abuliak gizarteko hartu-emanak zaildu ditzake, eta arazo ekonomiko larriak eragin diezazkioke pertsonari. Abulia eta apatia ondorengo jokabideen bidez azaleratzen dira: higienea eta txukuntasuna zaintzeko zailtasunak dituzte; itxura zikin eta zabarra agertzen dute; lanean edo eskolan porrot egiten dute, jarraikitasun-falta dela-eta (adibidez, ikasleek ez dituzte eskolan agindutako etxeko-lanak egiten edo ez dira klasera joaten, eta langileek hasitako lanak amaitzeko zailtasunak izan ditzakete edo lanera joan gabe maiz gera daitezke); energia fisikoa ere ohikoa izaten da, hots, subjektua ordu luzez eserita egon daiteke, ezertxo ere egin gabe edo ekintza sinpleak egiten (telebista ikusten, adibidez).
- Emozio-eskasia: afektibitate laua, aurpegiaren adierazpen-gabezia, ahots-tonu monokordea, mugimendu espontaneoen murrizketa, begi-kontakturik eza. Eskizofrenia jasaten dutenek emozioen eta sentimenduen adierazpen txiroa dute: emozio eta sentimendu gutxi batzuk bakarrik adierazten dituzte. Gainera, bizitasunik eta adierazkortasunik gabeko ahotsa eta aurpegi-keinuak dituzte, eta harremanetan zailtasunak dituzte. Emozio-eskasiaren zeinu tipikoak dituzte: egurrezkoak direla edo izoztuta daudela dirudi, ez baitute ia keinurik egiten; mugimendu espontaneoen murrizketa: ez dituzte beren gorputzak ia mugitzen (orduak eta orduak iraun dezakete postura berean), eta esaten edo pentsatzen ari direna gorputz-keinurik gabe agertzen dute; besteekiko begi-kontaktua ekiditen dute, eta begirada galdua izaten dute; kongruentzia gabezia afektiboa nabarmena izaten da (adibidez, norbaitek gertaera dramatiko bat kontatu arren, haien aurpegia irribarretsu egon daiteke); eta, ahots-inflexio gabezia dela-eta, haien ahotsaren kalitatea monotonoa gertatzen da. Hala ere, eskizofrenia dutenek kanpora emozio gutxiago agertzen badute ere, horrek ez du esan nahi barnetik emoziorik sentitzen ez dutenik (Kring eta Neale, 1996).
- Alogia: eskizofrenian ohikoa den pentsamenduaren eta kognizioaren pobretzeari egiten dio erreferentzia; pentsamendua zuzenean ezin denez behatu, pertsonaren mintzairan nabaritzen da ezaugarri hori. Alogiaren

zeinu gisa har daitezke honako bereizgarri hauek: solasean interesik eza, mintzairaren eduki pobrea, blokeoak, erantzunaren latentzia handitua. Mintzaira pobrea, hau da, galderen erantzunak silaba bakarrekoak eta oso zehatzak izatea edo galderak erantzun gabe uztea; mintzairaren edukia pobrea izaten da, hots, asko hitz egiten duenean ere funtsean informazio gutxi ematen du; hizketaldian zehar blokeatua gera daiteke zenbait segundo edo minutuz, eta gero ez gogoratu esan nahi zuena edo esaten ari zena; eta, azkenik, erantzunaren latentzia normala baino handiagoa izaten da, hau da, pertsonak normala baino denbora gehiago behar izaten du galdera bati erantzuteko, eta, hori dela-eta, galdera entzun ez duen sentipena transmiti dezake.

– Anhedonia eta lagunkoitasunik eza: gehiengoari gustagarriak gertatzen zaizkion ekintzetarako interesik ez dute agertzen, eta gizarteko hartu-emanetan murgiltzeko zailtasunak izaten dituzte. Honako hauek lirateke anhedoniaren eta lagunkoitasunik ezaren adierazleak: ekintza, interes edo *hobbie* gutxi batzuk bakarrik izatea edo bakar bat ere ez izatea; beren adinerako normala den baino ekintza eta interes sexual murritzagoak izatea, eta, gainera, besteekin edo beren buruarekin dituzten esperientzia sexualetan gehiegi ez gozatzea; besteekin hurbiltasuna eta intimitatea sentitzeko ezintasuna ager dezakete, eta bakarrik edo inorekin kontakturik izateko gogorik gabe bizi daitezke; gainera, lagunak egiteko zailtasuna izan dezakete, oro har nahiago izaten baitute bakarrik egon eta inorekin harremanetan ez jarri.
– Eskizofrenia-kasuetan arreta-arazoak ere ohikoak izaten dira. Subjektuak erraz oharkabetzen dira eta arreta-gabezia ageri dute. Hala nola, ekintza baten erdian arreta gal dezakete; elkarrizketetan beste alde batera begira egon daitezke, esandakoa haien interesekoa ez balitz bezala; eztabaidak bat-batean eten ditzakete inolako arrazoirik eman gabe, eta abar.

Eskizofreniaren *sintoma desantolatuak* hizkera desantolatua, afektu desegokia eta portaera desantolatua dira. Zaila da eskizofrenikoa zerk kezkatzen duen jakitea, hizketa desantolatua duelako, gaitik gaira irrist edo jauzi egiten duelako eta bere arazoaz jabetzen ez delako. Galderarekin zerikusirik ez duten erantzunak ematen ditu, modu tangentzialean. Elkarketa lausoak egiten ditu, gaiaren haria galtzen du, eta edukiaren bidetik desbideratu egiten da.

Adibidez:

– Zergatik egin duzu hori?
– Ez nuen hori egin nahi. Baditut beste gauza batzuk egiteko. Izan ere, ez dago asti askorik. Gainera, aukerak baliatu egin behar dira…

Eskizofrenikoak portaera bitxia agertzen du sarritan: helburu batera zuzendutako jarduera kaltetua dago; harreman sozialak, laneko jarduera edo eguneroko jarduera asko kaltetuak daude.

Psikomotrizitateari dagokionez, neurriz gaindiko asaldura edo mugiezintasuna ager ditzake. Alde batetik, gorputzaren zatiak modu estereotipatuan mugi ditzake. Beste aldetik, mugitu gabe eta hitz egin gabe egon liteke jarrerarik bitxienean (katatonia), argizarizko irudien malgutasuna balu bezala.

Eskizofreniaren diagnostikoa egiteko sintoma positibo, negatibo edo desantolatuetako bi gutxienez agertu behar ditu pertsona batek gutxienez hilabete batez. Era askotariko sintomak dira eskizofrenikoak ager ditzakeenak: hautemateari dagozkionak (entzumen-haluzinazioak, pentsamenduaren oihartzuna…), pentsamenduaren formarenak (pentsamendu zatikatua, inkoherentea…), pentsamenduaren edukiarenak (eldarnioak…), hizkuntzarenak (mututasuna, ekolalia…), afektibitatearenak (eutsi ezina, anbibalentzia…), bulkadenak eta borondatearenak (anbijoera, abulia…), psikomotorrak (manierismoak, estereotipiak, ekopraxia, azinesia, katatonia, argizariaren malgutasuna, asaldura psikomotorra…).

ESKIZOFRENIA (DSM-IV-TR, 2000)

A eta C irizpideak. Eskizofreniaren ezaugarri nagusiak: zeinu eta sintoma positiboak eta negatiboak, hilabeteko tarte baten zati handi batean presente egon direnak eta batzuek gutxienez 6 hilabete iraun dutenak.

A irizpideko sintomak bi motatakoak dira: positiboak (funtzio normalen gehiegikeria edo distortsioa islatzen dute) eta negatiboak (funtzio normalen gutxitzea edo galera islatzen dute).

Sintoma positiboek bi dimentsio dituzte: 1) Dimentsio psikotikoak eldarniozko ideiak eta haluzinazioak biltzen ditu. 2) Desantolamenduaren dimentsioak portaera eta hizkuntza desantolatuak biltzen ditu.

Sintoma negatiboak: adierazpen emozionalaren hertsatzea (kamustasun afektiboa), pentsamenduaren jariakortasun eta emankortasunaren gutxitzea (alogia) eta jomuga baterantz zuzendutako portaeraren gutxitzea (abulia).

A1 irizpidea. Eldarniozko ideiak: hautemateen eta esperientzien interpretazio oker bat inplikatzen duten uste okerrak. Izan daitezke:

- Jazarpenezkoak: gogaitua, jazarria, zelatatua dela uste du.
- Autorreferentziazkoak: keinu, iruzkin edo berri batzuk berari zuzenduak direla uste du.
- Arrotzak: probableak ez direnak, ulertezinak, esperientzia arruntetik eratortzen ez direnak.

A2 irizpidea. Edozein zentzumenen esparruko haluzinazioak (entzumen, ikusmen, usaimen, dastamen eta ukimen), baina entzumenekoak dira ohikoenak.

- Haluzinazio hipnagogikoak: gertatzen diren artean lo hartzen du.
- Haluzinazio hipnoponpikoak: itzartzean gertatzen dira.

A3 irizpidea. Pentsamendu desantolatua da eskizofreniaren ezaugarririk garran-tzitsuena. Hizkuntza desantolatua: haria galtzen du, tangentzialtasuna (galderarekin erlaziorik gabeko erantzunak).

A4 irizpidea. Portaera katatonikoa edo larriki desantolatua.

- Katatonikoa: erreaktibitatearen gutxitzea, jarrera zurruna, neurriz gaindiko mugimendu-jarduera, jarrera bitxiak.
- Desantolatua: orraztu gabe, arlote jantzita, bat-bateko asaldura.

A5 irizpidea. Eskizofreniaren sintoma negatiboak:

- Kamustasun afektiboa: erantzun afektiborik eza.
- Alogia: hizketaren txirotasuna (erantzun labur eta lakonikoak).
- Abulia: jomuga batzuetarantz zuzendutako jarduerak hasteko eta haietan irauteko gaitasunik eza.

B irizpidea. Zeinu edo sintoma hauek disfuntzio sozial edo laboral nabarmena sortu dute.

D eta E irizpideak. Nahastea ez du azaltzen nahaste eskizoafektibo batek edo sintoma psikotikoak dituen umore-egoerako nahaste batek, eta ez da substantzia baten edo gaixotasun mediko baten efektu fisiologiko zuzena.

F irizpidea. Nahaste autistaren aurretiko diagnostikoa duten pertsonetan eskizofreniaren diagnostiko erantsia egokia da, kasu honetan bakarrik: gutxienez hilabete batez eldarniozko ideiak edo haluzinazio argiak gertatzen badira.

Aipatu berri diren sintoma positibo eta negatibo horiek guztiek ez dute eskizofrenia duten pertsonengan agertu beharrik, eta ez dira eskizofrenia duten pertsonengan bakarrik gertatzen. Norbaitek eskizofrenia duela esateko, sintoma positibo eta negatibo gehientsuenek presente egon behar dute edo epe luzean egon behar izan dute, eta sintoma horiek narriadura nabaria eragin behar izan dute subjektuaren errendimendu akademikoan, laneko jardueran eta hartu-eman sozialetan.

4.3. ESKIZOFRENIA MOTAK

Arestian aipatu dugun gisara, eskizofrenia jasaten duten pertsonen taldea oso heterogeneoa da, pertsona eskizofreniko batek eta besteak sintoma oso desberdinak aurkez baititzakete. Aniztasun horri forma eman nahian, hainbat taldetan sailkatu

izan dira eskizofreniak. Ikerketa-arloan gehien erabiltzen den sailkapena DSM-IV-TRk (APA, 2000) proposatutakoa da. Sailkapen horren arabera, bost eskizofrenia mota bereiz daitezke: paranoidea, desantolatua edo nahasia (hebefreniko ere esaten zaio), katatonikoa, desberdindu gabea eta hondarrekoa.

– *Eskizofrenia paranoidea.* Eskizofrenia mota honetan ohikoak izaten dira eldarnioak edo entzumen-haluzinazioak, baina gaitasun kognitiboak eta afektibitatea ez dira oso kaltetuak gertatzen. Jazarpen-eldarnioak, handitasun-eldarnioak edo biak tipikoak izaten dira, baina beste gairen batekin lotura duten eldarnioak ere ager daitezke: erlijio-eldarnioak, eldarnio somatikoak, eta abar. Eldarnio anitz izan ditzaketen arren, eldarnio horiek guztiek elkarrekin lotura koherentea izaten dute, eta, eskuarki, haluzinazioek ere eldarnioen edukiarekin zerikusia izaten dute. Eskizofrenia paranoidea jasaten dutenak urduri, suminkor, herabe eta mesfidati ageri dira, eta besteekin eztabaidatzeko joera izaten dute. Eskizofrenia moten artetik pronostiko onena duena izaten da, pazienteek beren gaitasun kognitiboak berdintsu gordetzen dituztelako eta bizitzan beren kasa aurrera egiteko gai izaten direlako.
– *Eskizofrenia hebefreniko edo desantolatua.* Eskizofrenia mota honen ezaugarri tipikoak izaten dira mintzaira nahasia, jokabide nahasia eta emozioen adierazpen desegoki eta eskasa. Hitz egiteko modu errepikatzailea, haurrena bezalakoa eta ulergaitza dutenez, normala da eskizofrenia mota hau dutenei ezertxo ere ulertu ezin izatea. Afektibitate desegokia agertzen dute: egoerari ez dagokion afektibitatea; diskurtsoarekin zerikusirik ez duten barreak, malkoak eta aurpegiko keinu bitxiak. Lagunengandik urrundu eta fantasietan babesten dira. Pentsamendu zatikatua agertzen dute, eldarnioen eta haluzinazioen arteko lotura koherenterik gabea. Abuliko ageri dira: eguneroko bizitzako ekintzetarako motibaziorik gabe; emozioen eskasia nabarmena agertzen dute, eta afektuak modu desegokian adierazten dituzte; portaera bitxiak eta manierismo bereziak agertzen dituzte. Eskizofrenia mota guztien artetik pronostiko okerrena duena izaten da, pertsonaren funtsezko hainbat gaitasunetan nabarmenki eragiten duelako eta bizimodu autonomoa izateko oztopo izaten delako.
– *Eskizofrenia katatonikoa.* Asaldura psikomotor nabarmena agertzen du. Batzuetan jarrera finko eta zurrunean jarriko da, eta horrela egongo da, zirkinik egin gabe, argizariaren malgutasuna erakutsiz (harridura). Beste batzuetan guztiz aktibatua agertuko da, eta helbururik gabeko neurriz gaindiko mugimenduak (asaldura psikomotorra) egingo ditu. Gorputz-jarrera oso bitxiak edo desegokiak hartuko ditu, beste pertsonen mugimenduak imitatuko ditu (ekopraxia), haien hitzak errepikatuko ditu (ekolalia) eta keinu deigarriak egingo ditu. Uste gabeko bat-bateko bulkada bortxadunak eta besteen aginduekiko izugarrizko negatibismoa ager ditzake. Harrimen

katatonikoan dagoenak modu egoskorrean aurre egingo dio jarreraz aldatzeko aginduari. Baina ertzeko harriduratik kitzikadurarik handienera kolpetik pasa liteke eta erasokor bihurtu. Horretan paziente bipolarren antza izango luke. Mugitu gabe egoten da, aldaketarik txikiena kontrola ezinezko mugimenduetara lerratuko den beldurrez.

– *Eskizofrenia bereizi gabea.* Eskizofreniaren sintoma positibo eta negatibo nagusiak agertzen ditu, baina ez ditu betetzen paranoidearen, eskizofrenia desantolatuaren edo eskizofrenia katatonikoaren diagnosi-irizpideak. Eskizofreniaren hasierako faseetan sarri agertzen da, azpitipo jakin bat agertu aurreko garaian.
– *Hondarreko eskizofrenia.* Eskizofreniaren pasarteren bat bizi izan du gutxienez, baina ez ditu geroztik eskizofreniaren sintoma positibo nagusiak agertu. Sintoma psikotiko positibo nagusiak (eldarnioak, haluzinazioak, asaldura psikomotorra…) ez ditu agertzen, baina sintoma negatiboak bai (inhibizio soziala, emozio eskasia, alogia, abulia, jarduerarik eza, eta abar).

Crow-ek (1980, 1985) bi taldetan banatu zuen eskizofrenia:

– I. tipokoa: sintoma positiboekin, hots, eldarnio- eta haluzinazio-sintomekin erlazionatua. Tipo honetakoek neurri normalekoak dituzte garunaren albo-bentrikuluak; ez dute adimena kaltetua, sendagaiei erantzun ona ematen diete eta prognosi baikorra dute.

– II. tipokoa: sintoma negatiboekin, hots, afektibitate lauarekin eta hizkera txiroarekin erlazionatua. Tipo honetakoek lobulu frontala hondatua dute, eta garunaren alboko bentrikuluak handiagoak dituzte; adimena kaltetua dute, eta sendagaiei ez diete erantzun onik ematen. Prognosi okerragoa dute.

4.4. NAHASTE ESKIZOFRENIFORMEA

Nahaste eskizofreniformea duten pertsonek hilabete gutxi batzuetan bakarrik jasaten dituzte eskizofrenia-sintomak; sintomak tratamendu berezirik gabe desager daitezke. Eskizofrenia eta nahaste eskizofreniformea iraupenak bereizten ditu. Hala, eskizofreniako sintomek gutxienez 6 hilabete irauten dute; nahaste eskizofreniformeko sintomek, berriz, gutxienez hilabete bat, baina 6 hilabete baino gutxiago. Nahaste psikotiko laburraren (gutxienez egun bat baina hilabete baino gutxiago) eta eskizofreniaren (gutxienez 6 hilabete) arteko iraupena du. Nahaste eskizofreniformearen diagnostikoa behin-behinekoa da, ez baita jakiten 6 hilabeteko tartean sendatuko den. Horrela, eskizofrenia mota guztiak nahaste eskizofreniformeak dira hasieran, hots, eratu berriak direnean. Nahaste eskizofreniformean ez da gertatzen jarduera sozial edo laboralaren narriadurarik. Ondorioz, nahaste horren prognosia nahaste eskizofrenikoarena baino hobea da.

Nahaste eskizofreniformea (DSM-IV-TR, 2000)

A. Eskizofreniaren A, D eta E irizpideak betetzen dira.

B. Nahastearen pasarte batek (prodromoen fasea, fase aktiboa eta hondarreko fasea barne direla) gutxienez hilabete bat, baina 6 hilabete baino gutxiago irauten du (desagerpenari jaramonik egin gabe diagnostikoa egin behar denean, «behin-behineko» diagnostikoaz hitz egingo da).

4.5. NAHASTE ESKIZOAFEKTIBOA

Pertsona batek eskizofreniaren sintomekin batera aldarte-nahasteren bat badu, *nahaste eskizoafektiboa* diagnostikatzen zaio. Nahaste eskizoafektiboko sindrome depresibo edo maniakoa eta eskizofreniako sintomak agertzen dira; hau da, eskizofreniako sintomekin batera aldarte-nahastea agertzen da. Asalduraren iraupenaren zati handi batean presente egon behar dute sintoma afektiboek, baina eldarniozko ideiek gutxienez bi aste iraun behar dute, sintoma afektibo nabarmenik gabe. Eskizofrenian iraupen laburra dute sintoma afektiboek, nahastearen iraupen osoa kontuan hartuta. Sintoma psikotikoak asaldura afektiboaren garaian bakarrik agertzen badira, sintoma psikotikodun aldarte-nahastea diagnostikatzen da.

Nahaste eskizoafektiboa (DSM-IV-TR, 2000)

A irizpidea: gaixotasunaren aldi jarraitu batean zehar, aldi horretako uneren batean, depresio nagusiko pasarte bat, pasarte maniako edo misto bat gertatzen da, eskizofreniaren A irizpidea betetzen duten sintoma batzuekin batera.

B irizpidea: gaixotasunaren denbora berean eldarniozko ideiak edo haluzinazioak gertatu dira gutxienez bi astean, sintoma afektibo nabarmenik gabe.

C irizpidea: aldarte-nahastearen irizpideak betetzen dituzten sintomak presente daude gaixotasunaren fase aktibo eta hondarrekoaren iraupenaren zati handi batean.

D irizpidea: asaldura ez da gertatzen substantzia baten (droga edo sendagai bat) edo gaixotasun mediko baten (hipertiroidismoa) efektu fisiologiko zuzenengatik. Depresio nagusiko pasartearen iraupena gutxienez 2 astekoa izango da; pasarte maniako eta mistoaren iraupena gutxienez aste batekoa izango da. Sintoma psikotikoek gutxienez hilabete bat iraun behar dute, eskizofreniaren A irizpidea betetzeko. Pasarte eskizoafektibo baten gutxieneko iraupena gutxienez hilabete batekoa izango da.

4.6. ELDARNIOZKO NAHASTEA

Pertsona batek eskizofreniaren beste bereizgarririk ez duenean, baina errealitatearekin bat ez datozen ideia iraunkorrak dituenean, *eldarniozko nahastea* duela esaten da. Pertsona horrek ez du eskizofreniako sintoma negatiborik, hala nola anhedonia edo umore lauaren sintomarik, baina hala ere besteengandik maiz bakartzen da, susmoak direla-eta.

Eldarniozko nahastea diagnostikatzeko, nahasteak ez du izan behar substantzia (anfetaminak) edo gaixotasun (alzheimer) baten ondorio zuzena. Eskizofreniatik edo nahaste eskizofreniformetik bereizi egiten da, eskizofreniaren fase aktiboko sintomarik (haluzinazioak, eldarniozko ideiak, hizkuntza desantolatua) ez duelako. Sintoma psikotikodun aldarte-nahastetik bereizi egiten da, nahaste horietan eldarniozko ideiak pasarte afektiboen garaian bakarrik gertatzen direlako. Nahaste hori diagnostikatuko da, pasarte afektibo guztien iraupena laburra bada bakarrik, eldarniozko nahastearen iraupen osoarekin alderatuta.

Eldarnio *erotomaniako*ko nahastea duen pertsonak pentsatzen du balio handia duela eta goi-mailako pertsona ospetsu batek maite duela. *Jeloskortasun*-eldarnioetako nahastea duenak pentsatzen du bikotekidea desleiala zaiola. *Jazarpen*-eldarnioetako nahastea duenak pentsatzen du beste pertsonek nahita gaizki tratatzen dutela. Eldarnio *somatiko*etako nahastea duena atsekabetua dago gaixotasun bat duelako edo osasun txarra duelako.

Eldarniozko nahasteko eldarnioak eta eskizofreniakoak ez dira berdinak. Eldarniozko nahastean eldarniozko ideiak ez dira bitxiak, eta ez dago eskizofreniako sintoma berezirik (haluzinazioak, hizkuntza edo portaera desantolatua edo sintoma negatibo ageriak). Eldarniozko nahasteko eldarnioak benetan gerta litezkeenak dira, baina gertatu ez direnak; eskizofreniako eldarnioak, aldiz, benetan gertatu ezin direnak dira.

Eldarniozko nahastea eta eskizofrenia paranoidea bereiztea zaila da: azken horretan ez dago hizkuntzaren desantolatze nabarmenik, portaera desantolaturik edo afektibitate kamustu edo desegokirik, eta jardueraren narriadura txikiagoa dago.

Eldarniozko nahastea duten pertsona asko nekez joaten dira osasun-zerbitzuetara, bizitza normala izan dezaketelako. Horregatik, zerbitzu psikiatrikoetara joaterako 40-49 urte izaten dituzte, batez beste.

Eldarniozko nahastea (DSM-IV-TR, 2000)

A irizpidea: eldarniozko ideia baten edo gehiagoren presentzia, gutxienez hilabete bat irauten duena/dutenak.

B irizpidea: eldarniozko nahastearen diagnostikoa ez da egin behar, pertsonak inoiz aurkeztu badu eskizofreniako A irizpidea betetzen duen koadro klinikoa. Ikusmeneko eta entzumeneko haluzinazioak, baldin badaude, ez dira garrantzitsuak. Egon daitezke ukimen- eta usaimen-haluzinazioak, eldarniozko gaiarekin erlazionatuak baldin badaude.

C irizpidea: eldarniozko ideien edo haien eratorpenen eragin zuzenagatik ez bada, jarduera psikosoziala ez dago nabarmenki narriaturik, eta portaera ez da bitxia edo arrotza.

D irizpidea: eldarniozko ideiekin batera pasarte afektiboak gertatu badira, haien iraupena osoa laburra izan da, eldarniozko aldien iraupenarekin alderatuta.

E irizpidea: eldarniozko ideiak ez dira gertatzen substantzia baten (droga edo sendagaia) edo gaixotasun mediko baten ondorio fisiologiko zuzenengatik.

Eldarniozko nahaste tipoak (eldarnioaren gaiaren nagusitasunaren arabera):

Tipo erotomaniakoa: eldarniozko ideietan beste pertsona bat, eskuarki goragoko maila batekoa dena, subjektuaz maitemindua dago. Amodio erromantiko idealizatu bat da. Handitasunezko tipoa: talentu bereziren bat izatearen, aurkikuntza garrantzitsu bat egitearen edo garrantzitsua den norbaitekin harreman berezi bat izatearen sinesmena ematen duen eldarniozko ideia.

Tipo zelotipikoa: eldarniozko ideiaren muina ezkontidearen edo maitalearen leialtasunik eza da. Motiborik gabeko ustea da: froga txikietan eta horietatik egindako inferentzia okerretan oinarritzen da eldarniozko ideia.

Jazarpeneko tipoa: eldarniozko ideiaren muina hau da: subjektuak uste du konspirazio baten jomuga dela, iruzurra egin diotela eta zelatatua dela. Lege bidezko ekintza batez («paranoia kerulantea») konpondu behar den zuzengabekeria bati buruzko eldarniozko ideia duenean, sarri jotzen du epaitegietara. Erresumindu eta suminkor ageri da sarritan, eta modu erasokorrean erreakzionatzen du ustez kalte egiten diotenen kontra.

Tipo somatikoa: askotariko usteak: norberari kiratsa dariola, intsektuek kutsatua dagoela, barne-bizkarroi bat duela, gorputzean malformazioak dituela.

Tipo mistoa: aurreko tipo bateko baino gehiagotako eldarniozko ideiak, gai jakin baten nagusitasunik gabe.

Tipo espezifikatu gabea: eldarniozko ustea ezin da garbi zehaztu edo ez da deskribatzen tipo berezietan.

4.7. NAHASTE PSIKOTIKO LABURRA

Nahaste psikotiko laburra duenak eldarniozko ideiak, haluzinazioak, hizkuntza desantolatua, portaera katatonikoa edo larriki desantolatua izaten ditu; bat-batean agertzen dira sintoma horiek eta gutxienez egun bat irauten dute, baina hilabete bat baino gutxiago. Denboraldi horren ondoren berriro lehengo jarduera-modura itzultzen da pertsona. Nahaste hori estresak eragina izaten da eskuarki, baina gutxitan diagnostikatzen da, azkar desagertzen delako. Nahastea ezin da diagnostikatu, sintoma psikotikoak pasarte afektibo bati (depresio nagusiko pasartea, pasarte maniakoa edo mistoa) egotz badakizkioke. Sintoma psikotikoek hilabete baino gehiago irauten badute, diagnostikoa honako hau izango da: nahaste eskizofreniformea, eldarniozkoa, sintoma psikotikodun aldarte-nahastea edo nahaste psikotiko espezifikatu gabea.

Gaixotasun mediko baten edo delirium baten ondorioz sortzen den nahaste psikotikoa edo substantziek eragindako nahaste psikotikoa bereizi egiten dira nahaste psikotiko laburretik, eldarniozko ideiak gaixotasun mediko baten (Cushing sindromea, garun-tumorea) edo substantzia baten (droga, sendagaia, toxikoa) ondorio zuzena direnean.

Nahaste psikotiko laburra (DSM-IV-TR, 2000)

A irizpidea: ondorengo sintoma hauetako bat gutxienez bat-batean hasten da: eldarniozko ideiak, haluzinazioak, hizkuntza desantolatua (barreiatua edo inkoherentea), portaera katatonikoa edo larriki desantolatua.

B irizpidea: asaldura-pasartearen iraupena gutxienez egun batekoa da, baina hilabete bat baino laburragoa, eta nahastearen aurreko jarduera-mailara erabat itzultzen da.

C irizpidea: nahastea ezin zaio egotzi sintoma psikotikodun aldarte-nahaste bati, nahaste eskizoafektibo bati edo eskizofrenia bati, eta ez da gertatzen substantzia baten (droga, sendagaia) edo gaixotasun mediko baten (hematoma subdurala) ondorio fisiologiko zuzenengatik.

Tipoen araberako kodetzea:

Eragile larriekin (psikosi erreaktibo laburra): gertaera baten edo gehiagoren ondoren eta haien ondorioz agertzen badira sintomak; gertaera horiek, bakarka edo multzoan, garbiki estresatzaileak izango lirateke edozein pertsonarentzat, antzeko zirkunstantzietan eta kultura-testuinguru berean.

Eragile larririk gabe: sintoma psikotikoak ez badira agertzen gertaera baten edo gehiagoren ondoren eta haien ondorioz; gertaera horiek, bakarka edo multzoan, garbiki estresatzaileak izango lirateke edozein pertsonarentzat, antzeko zirkunstantzietan eta kultura-testuinguru berean.

Erditu ondoren hasiak: erditu ondorengo lehen 4 asteetan gertatzen bada hasiera.

Eskizofreniaren, nahaste eskizofreniformearen eta nahaste psikotiko laburraren arteko desberdintasun nagusia sintomen iraupena da: eskizofreniaren iraupena gutxienez sei hilabetekoa da; nahaste eskizofreniformearena, hilabete bat baino luzeagoa, baina sei hilabete baino laburragoa; nahaste psikotiko laburrarena, gutxienez egun batekoa eta gehienez hilabetekoa.

4.8. ESKIZOFRENIAREN PREBALENTZIA

Nahaste honek populazio orokorrean duen maiztasuna % 1 ingurukoa da (Gottesman, 1991). Espainiako Osasun eta Kontsumo Ministerioak (2009) ezagutzera emandako datuen arabera ere, Espainiar Estatuko biztanleriaren % 1ek, gutxi gorabehera, jasaten du eskizofrenia. Baina kultura batzuetan maiztasun handiagoa du (Irlanda edo Kroazia), eta beste batzuetan, txikiagoa (Papua Ginea Berria).

Ez da oso normala nerabezaro aurretik eskizofrenia jasatea, nahiz eta 4 edo 5 urterekin eskizofrenia pairatzen duten kasu gutxi batzuk ezagutzen diren. Bestalde, autore horiek berek diotenez, kasuen % 20k baino gutxiagok izaten dute nahastea 10 urte bete aurretik, eta nahastearen maiztasuna haurtzaroan eta nerabezaroan zehar gehituz joaten da helduarora arte. Petkari eta lankideek (Petkari *et al.,* 2011) diotenez, eskuarki 16 eta 30 urte bitartean agertzen da eskizofrenia, baina gutxiengo batek 45 urte bete ondoren agertzen du. Gizonek emakumeek baino hiruzpalau urte lehenago jasan ohi dute nahastea. Gizonetan emakumeetan baino ohikoagoa da 35 urte bitartean. 35 urteren ondoren, eskizofrenia garatzen duen gizonen kopurua jaitsi egiten da, baina emakumeena ez. Gizonek emakumeek baino eskizofrenia mota larriagoa jasaten dutela dirudi; horren arrazoia emakumeen estrogenoetan aurki liteke. Hormona horiek babestu egingo lukete emakumea eskizofreniatik, eta estrogenoak desagertzean (menopausian), okerrera egingo luke emakumearen eskizofreniak (Lindamer, Lohr, Harris eta Jeste, 1997).

Datu soziodemografikoen arabera, eskizofrenia gizonengan emakumeengan baino ohikoagoa izaten da, hiriguneetan bizi den biztanlerian herrietan bizi denean baino maizago gertatzen da, eta maila sozioekonomiko baxuko familietan sarriago gertatzen da (McGrath *et al.,* 2004). Bestalde, haurra jaiotzean aitaren adina 45-50 urtekoa edo gehiagokoa bada, haurrak arrisku gehiago izango du eskizofrenia jasateko (Malaespina *et al.,* 2001).

4.9. ESKIZOFRENIAREN GARAPENA

Eskizofrenia bat-batean ager daiteke, edo urteetan zehar apurka-apurka garatuz joan daiteke. Pertsona gehienak nahastearen bilakabidean zehar hainbat fasetatik pasatzen dira. Fase edo aldi horien arteko mugak ez dira batere argiak izaten, bata bestearen jarraian eta nahasian ager baitaitezke. Oro har, hiru aldi daudela esaten da: prodromoen (gaixotasunaren hasierako sintomen) aldia, aldi aktiboa (edo krisialdia) eta hondarreko aldia.

– *Prodromoen aldia.* Krisialdi psikotikoa aurresaten duten sintomak jasaten ditu pertsonak denbora-epe jakin baten barruan (egunak, asteak edo hilabeteak iraun dezake); hots, berarengan normalak izaten ez diren sintomak izaten ditu: gizartetik bakartzea, ikasketa eta lanarekiko interes-falta, higienearen eta txukuntasunaren okerragotzea, jokabide bitxia, bat-bateko suminkortasuna, eta abar. Pertsonaren familiartekoek eta lagunek, jokabide aldaketa horiek direla-eta, uste izaten dute subjektua une zaila bizitzen ari dela, baina aldi aktiboaren edo krisialdiaren agerpenak eskizofrenia pairatzen ari dela nabarmen utziko du.
– *Aldi aktiboa.* Sintoma psikotiko positibo, negatibo eta desantolatu larriak izaten ditu, eldarnioak edo/eta haluzinazioak adibidez, eta pentsamenduko nahaste formalak. Sintoma negatiboak ere normala baino biziagoak izaten dira, eta, gainera, krisialdian pertsona ez da bere burua behar bezala zaintzeko gai izaten. Pertsona heldu zaharrek sintoma positibo gutxiago eta sintoma negatibo gehiago agertzen dituzte.
– *Hondarreko fasea.* Aldi aktiboaren ostean, hondarreko fasean, sintoma psikotikoen intentsitatea gutxituz joaten da, eta sintomatologia arinagoa denboran zehar mantendu egiten da edo, azkenean, erabat desagertzen da. Aldi honetan, subjektuak eskizofreniako sintoma positiboak ez izan arren (horiek tratamendu farmakologikoarekiko bereziki sentikorrak direlako), beste sintoma batzuk ager ditzake: tentsioa, suminkortasuna, depresioa, sintoma psikotiko negatiboak eta narriadura kognitiboa. Sintoma horiek guztiek narriadura eragiten dute pertsonaren lan-arloan, arlo akademikoan eta sozialean, eta haren bizimodua eta askatasun-maila mugatzen dituzte.

Eskizofrenia jasan duten gutxi batzuek berreskuratzen dute osasun psikologikoa, baina gehienek eskizofrenia-pasarte asko bizitzen dituzte, eta sintoma positibo eta/edo negatiboekin jarraitzen dute. Sintomatologia orokor hori arinagoa edo larriagoa den, eskizofrenia duten pertsonak hondarreko aldian gera daitezke edo berrizkaturak izan ditzakete. Eskizofreniko askok beren bizitzan bizpahiru edo lauzpabost krisialdi jasaten dituzte, eta, zenbat eta krisialdi gehiago, kalte gehiago egiten dute pertsonaren gaitasun kognitiboetan. Horrela, Aznar eta Berlanga-ren (2005) arabera, zenbat eta krisialdi gehiago izan, orduan eta okerragoa izango da pertsonaren jarduera kognitiboa, krisialdiek pertsonaren gaitasun kognitiboetan izugarrizko eragin negatiboa baitute.

Zenbat eta gazteagoa izan eskizofrenia duen pertsona, haren pronostikoa orduan eta okerragoa izango dela esaten da. Gainera, arestian aipatu legez, eskizofrenia bat-batean edo pixkanaka ager daiteke, eta poliki-poliki agertzen denean kalte gehiago eragiten du, narriadura kognitiboa handiagoa eragiten duelako. Dena dela, eskizofreniaren bilakabidean eragin negatiboa izan dezaketen beste hainbat faktore daude; horien artean aipagarrienak izan daitezke: gizonezkoa izatea, alkohola eta bestelako drogak kontsumitzea, familian eskizofrenia-aurrekariak izatea,

eskizofrenia jasan aurretik nortasun eskizotipikoa edo antisoziala izatea, depresioa pairatzea, gizarte-trebetasun urriak izatea, jasaten den eskizofrenia mota, prodromoen aldiaren iraupen luzea, aldi aktiboen kopuru handia eta/edo krisialdien iraupen luzea, norbere etorkizunarekiko igurikimen negatiboak izatea, tratamendua behar bezala ez betetzea, familiaren babes eta laguntzarik ez izatea, eta abar.

Eskizofrenia duten pertsonak arriskutsuak direlako ustea zabaldua dago gizartean, eta uste oker horren sorreran komunikabideek izugarrizko eragina izaten dute. Eskizofrenia pairatzen duten zenbait pertsonak jokabide erasokorra agertzen dute, baina, eskuarki, pertsona horiek eskizofreniaz gainera beste zenbait ezaugarri ere izaten dituzte (APA, 2000): gizonezkoak izaten dira, gazteak, biolentzia-aurrekariak dituzte, sendagai antipsikotikoak ez dituzte behar bezala hartzen, eta hainbat droga neurriz gaindi kontsumitzen dituzte. Kasu horiek salbu, azpimarratu behar litzateke eskizofrenia duten pertsonak ez direla gizarteko gainerako pertsonak baino arriskutsuagoak izaten.

Eskizofrenia dutenen bizi-itxaropena gainerako biztanleriarena baino laburragoa izaten da, besteak beste suizidioa dela-eta. Eskizofrenia dutenen % 10ek beren buruaz beste egiten du, eta % 20-40k gutxienez suizidio-saiakera bat egiten du nahastearen bilakabidean zehar (APA, 2000). Substantzien kontsumoagatiko nahasteak ere tipikoak izaten dira eskizofrenia dutenengan, eta bereziki deigarria izaten da nikotinarekiko duten mendekotasuna. Eskizofrenia dutenen % 80-90 ohiko erretzailea izaten da, eta zigarro kopuru handiak erre ohi ditu (APA, 2000).

4.10. ESKIZOFRENIAREN ETIOLOGIA

Geneek badute ardurarik pertsona bat eskizofreniarako zaurgarri izan dadin. Alde horretatik, erlazio handia dago senidetasun-mailaren eta nahaste hau jasateko arrisku-mailaren artean. Nathan, Gorman eta Salkind-en (2005) arabera, eskizofreniaren aurrekaririk ez duten familietan % 1eko probabilitatea dago eskizofrenia jasateko; baina, aitak edo amak eskizofrenia jasan badute, eskizofrenia jasateko % 12ko probabilitatea dute haien seme-alabek. Eskizofrenia bi gurasoek jasan badute, % 39ko probabilitatea dago seme-alabek ere nahaste bera jasateko. Anaia edo arreba batek nahastea jasan badu, % 8ko probabilitatea dago besteek ere jasateko. Zenbat eta larriagoa gurasoek jasan duten eskizofrenia mota, orduan eta handiagoa da seme-alabek ere eskizofrenia jasateko duten probabilitatea (Kallmann, 1938).

Eskizofreniaren agerpenean senidetasun-mailak eragina duela garbi egonik ere, gauza jakina da ez dela gauza bera senidetasuna eta genetika. Familia-mailako azterketak ez digu esaten zerk eragiten duen eskizofrenia. Nahastearen zergatia genetikoa edo ingurunekoa den jakiteko bikiekin eta adoptatuekin ere egin behar dira ikerketak.

Biki izateak ez du berez eskizofrenia jasateko arrisku gehiagorik ekartzen, bikien artean ez baita eskizofreniaren maiztasun handiagorik agertzen, baina eskizofreniari dagokionez adostasun edo bat-etortze gehiago dago biki monozigotikoen artean, dizigotikoen artean baino. Eskizofrenia duena biki dizigotikoetako bat bada, % 17ko probabilitatea dago beste bikiak ere nahaste hori jasateko. Baina, eskizofrenia duena biki monozigotikoetako bat bada, % 48 inguruko probabilitatea dago beste bikiak ere eskizofrenia jasateko (Gottesman, 1991).

Bikiekin egindako ikerketek garbi utzi dute inguruneak nahaste horren sorreran duen eragina. Baina, eskizofreniaren eragile bakarra ingurunea balitz, biki monozigotiko eta dizigotikoen artean alderik ez litzateke egongo, eskizofreniaren maiztasunari dagokionez. Eragile bakarra genetika balitz, berriz, biki monozigotikoetako batek eskizofrenia duen guztietan besteak ere eskizofrenia jasango luke. Baina horrelakorik ez da gertatzen. Beraz, ingurunea ez da eragile bakarra, eta genetika ere ezin da izan eskizofreniaren eragile bakarra.

Adoptatuekin egindako ikerketek erakusten dute monozigotikoen eta dizigotikoen arteko aldeak geneei dagozkiela. Heston-ek (1966) egindako ikerketa batean, eskizofreniak jota ospitalean zeuden emakumeen haurrak aztertu zituzten. Haur horiek senitartekoekin edo familia adoptiboekin bizitzen jarri zituzten, jaio eta hiru egunera. Haur horietako askori eskizofrenia diagnostikatu zitzaion. Baina familia adoptibo berberetan zeuden beste haur adoptiboei, guraso eskizofrenikoak ez zituztenei, ez zitzaien eskizofreniarik diagnostikatu. Eskizofreniarekin gertatzen zena gertatzen zen beste nahaste psikologiko batzuekin ere. Beste ikerketa batean (Kendler eta Gruenberg, 1984), txikitan adoptatuak izan ziren paziente eskizofreniko helduak identifikatu zituzten, eta haien senitarteko biologiko eta adoptiboek zuten eskizofrenia-tasa aztertu zen. Adoptatu eskizofrenikoen senitarteko biologikoen artean eskizofrenia-espektroko nahasteen maiztasun handiagoa agertzen zen familia adoptiboetan baino. Beraz, eskizofrenia garatzeko orduan haurren herentzia genetikoak garrantzi handia du. Horrek ez du esan nahi, ordea, familia adoptiboen komunikazio-kalitateak ere garrantzirik ez duenik. Zaurgarritasun genetikoa eta komunikazio-ingurune txarra batera gertatzen direnean, eskizofrenia gehiago gertatzen da, genetikoki zaurgarri izanik komunikazio-ingurune egokian dagoenean baino, edo komunikazio-ingurune txarra izan arren, zaurgarritasun genetikorik ez dagoenean baino (Tienari, 1991). Familian egindako ikerketek erakutsi digute eskizofrenian eragin handia duela familiak. Bikien eta adoptatuen ikerketek erakutsi digute geneek eta inguruneak elkarreraginean dihardutela.

Biki monozigotiko gehienak (bi heren) monokorionikoak dira: karena eta odol-zirkulazioa partekatzen dituzte. Gainerako biki monozigotikoak eta biki dizigotikoak dikorionikoak dira: karena edo odol-zirkulazio bereziak dituzte. Beraz, eskizofreniari dagokionez biki monozigotikoen artean konkordantzia gehiago gertatzea ez da genetikaren kontua bakarrik, monozigotiko monokorionikoek probabilitate gehiago baitute eskizofreniari buruz konkordanteak izateko monozigotiko dikorionikoek

baino (Davis, Phelps eta Bracha, 1995). Monozigotiko dikorionikoen eta dizigotikoen konkordantzia-maila berdintsua da, eskizofreniari dagokionez. Beraz, monozigotiko monokorionikoen eskizofrenia-tasa handiagoa ezin diezaiekegu faktore genetikoei egotz, inguruneko faktoreen eragina garbi dagoenean.

Urte askoan pentsatu izan da garunean dopamina gehiegi edukitzeak eragiten duela eskizofrenia. Ondorioz, dopamina hartzailearen antagonistak eman izan zaizkio tratamendu moduan eskizofrenikoari. Baina, neuroleptiko horiek eskizofreniaren sintoma positiboak tratatzeko efektiboak izan arren, sintoma negatiboak ez dituzte desagerrarazten. Ikerketak erakutsi du, dopamina ez ezik, serotonina ere neurotransmisore garrantzitsua dela eskizofreniaren patogenesian. Horregatik, sendagai antipsikotiko berriek dopaminaren eta serotoninaren hartzaileak blokeatzen dituzte. Horrela lortzen dute eskizofreniako sintoma positibo eta negatiboak desagerraraztea. Eskizofreniaren sorreran glutamatoaren transmisioaren disfuntzioak duen eragina ere kontuan hartzekoa da.

Estresak sarritan eragiten du eskizofrenian berrizkatura, giltzurrun gainekoek askatzen duten kortisolaren bidez. Kortisolak dopamina eta glutamatoa askatzen ditu, eta bi neurotransmisore horiek inplikatuak daude eskizofreniaren sorreran edo berrizkaturan (Walker eta Diforio, 1997).

Garuna kaltetua izateak eragin dezake eskizofrenia, baina ezin esan daiteke garunaren eskualde jakin baten hondamena denik eskizofreniaren zergatia. Hala ere, aspaldi samar egin ziren ikerketen arabera (Jacobi eta Winkler, 1927) eta geroztik egin direnen arabera (Pahl, Swayze eta Andreasen, 1990), alboko bentrikulu handiagoak dituzte eskizofrenia dutenek; ondorioz, eskizofrenia dutenek gutxiago garatuak dituzte bentrikuluen inguruko garun-eskualdeak. Baina, eskizofreniko guztiek ez dauzkate bentrikulu handiagoak, ez eta eskizofrenikoek bakarrik ere; alkoholikoek, Huntington-en gaixotasuna edo Alzheimerren gaixotasuna dutenek ere halakoak dituzte. Oro har, eskizofrenia dutenek garunaren bolumen txikiagoa dute kontrolekoek baino (Lawrie eta Abukmeil, 1998; Baaré *et al.,* 2001).

Eskizofrenia duten pertsona helduek arazoak dituzte ariketa batzuk burutzeko edo ariketei arreta jartzeko. Eskizofrenia dutenek lobulu frontalen jarduera txikiagoa agertzen dute, adimen-testak egitean ikus daitekeen moduan. Gertaera horri hipofrontalitate deritzo. Hipofrontalitatea eskizofreniaren sintoma negatiboekin erlazionatua dago (Andreasen *et al.,* 1992), baina ez da eskizofreniko guztiengan gertatzen (Heinrichs, 2001).

Garunaren ezker aldeko lobulu tenporalak, hipokanpoa eta amigdala ere eskizofreniarekin erlazionatuak egon daitezke, batez ere eskizofreniaren sintoma positiboekin (Bogerts, 1997). Bestalde, eskizofrenikoen talamoaren bolumena kontrolekoena baino txikiagoa dela dirudi (Ettinger *et al.,* 2001).

Azken bi mendeak arte ez da eskizofreniarik deskribatu izan. Beharbada lehenago ez zen horrelako nahasterik ezagutzen. Gaur egun ere nahaste hori hirietan ugariagoa da landaguneetan baino. Gainera, haurdunaldiaren bigarren hiruhilekoan gripea jasan duten amen haurrek gehiagotan agertzen dute eskizofrenia (Mednick, Cannon, Barr eta Lyon, 1991). Horrek indartu egiten du eskizofrenia birus baten kutsaduratik datorren gaixotasuna dela dioen hipotesiaren indarra. Rhesus-aren (RH-aren) bateraezintasunak ere badu eragina eskizofreniaren sorreran: ama RH negatibokoa eta haurra RH positibokoa direnean, gehiagotan gertatzen da haurraren eskizofrenia (Hollister, Laing eta Mednick, 1996). RH-en bateraezintasunak haurra utz dezake oxigeno gutxirekin; ondorioz, eskizofrenia sor liteke. Era berean, haurraren jaiotza-garaian arazo obstetrikoak gertatzen direnean, eta, haurrak oxigenatze-arazoak dituenean, gehiagotan gertatzen da eskizofrenia (Cannon, 1998).

Neurokognizioari dagokionez, bereizgarri batzuk izaten dituzte eskizofrenia dutenek: kinadei erantzunak ematean, eskizofrenikoek kontrolekoek baino makalago jokatzen dute (Nuechterlein, 1977a eta 1977b). Ikusmenaren bidez seinale bati jarraitzeko trebetasuna apalagoa da eskizofrenikoen artean (Cornblatt, Obuchowski, Roberts, Pollack eta Erlenmeyer-Kimling, 1999). Era berean, P50 neurketa psikofisiologikoaren arabera, eskizofrenikoak ez dira ohitzen kinadetara; bigarren kinadari lehenengoari bezain erantzun bortitza ematen diote (Heinrichs, 2001).

Faktore genetikoek ez dute dena azaltzen; bestela, biki monozigotikoetako batek eskizofrenia duenean, besteak ere jasango luke. Faktore organikoek ere ez dute eskizofrenia erabat azaltzen; horrela, eskizofrenia duten guztiek ez dituzte alboko bentrikulu zabalagoak, ez dute dopaminaren neurriz gaindiko jarduerarik edo ez dute hipofrontalitaterik agertzen. Faktore psikologiko eta sozialak ere kontuan hartu behar dira. Faktore sozialen eta psikologikoen artean aipatzekoak dira bizitza-esperientzia negatibo eta estresagarriak, maila sozioekonomiko baxua, familia-dinamika ez aproposa eta/edo babes sozialaren gabezia. Beste eskizofrenia-pasarte batzuk errazago gertatzen dira aurrez gertaera estresatzaileak jazo badira, baina pertsona asko berrerortzen dira eskizofrenian inolako gertaera negatibo garrantzitsurik gabe.

Familiako harremanek ere eragina dute eskizofreniaren sorreran edo berrizkaturan. Horrela, familia eskizofrenogenikoek eta lotura bikoitza dutenek onarpenik eza, etsaitasuna eta intrusio emozionala gehiago praktikatzen dituzte, eta ondorioz eskizofrenian gehiago berrerortzen dira haien kideak. Edonola ere, ez da egiaztatu lotura bikoitza denik eskizofrenia sorrarazten duena. Aitzitik, familiako arazoek eskizofrenia sortzen dutela esatea baino egokiagoa litzateke senitarteko bat eskizofreniko izateak komunikazio-arazoak sortzen dituela esatea. Familia batzuek komunikazio-patroi desbideratuak erabiltzen dituzte. Eta komunikazio-patroi zatikatuak eskizofreniarako zaurgarritasuna adieraziko luke (Hooley eta Hiller, 2001). Komunikazio desbideratua izango litzateke eskizofrenia sortzen duen estres formetako bat.

Ospitaletik irten eta gero gurasoekin eta emaztearekin bizitzera itzultzen diren eskizofrenikoek arrisku gehiago dute berrerortzeko bakarrik bizitzera joaten direnek baino (Brown, Carstairs eta Topping, 1958). Brown-en arabera, oso emozionalak diren familia-inguruneek eskizofrenikoa asko estresatuko lukete. Brown eta haren lankideek aztertu duten beste alderdi bat emozio adierazia izan da. Paziente eskizofrenikoaren aurrean kritikotasunez, etsaitasunez edo neurriz gaindiko inplikazio emozionalez joka dezakete senitartekoek. Emozio adieraziaren maila garaia duten familietan bizitzeak gehitu egiten ditu paziente eskizofrenikoen berrizkaturak, haien baitako estresa igoarazi egiten baitu. Emozio adieraziaren maila garaia dutenek paziente eskizofrenikoak kontrolatu nahi izaten dituzte, eta horrek familiako estresa igotzen du, eta, horrenbestez, berrizkaturak eragiten dituzte. Paziente eskizofrenikoak zerbait bitxia esaten duenean, emozio adieraziaren maila garaia duten senitartekoak kritiko agertzen dira pazientearekiko, eta pazienteak beste esaldi bitxi batez erantzuten dio kontrol-saioari (Rosenfarb, Goldstein, Mintz eta Nuechterlein, 1995).

Ikuspegi kognitibotik, eskizofrenikoek sarritan galdua dute pentsamenduen ibilbidea logikoki ordenatzeko gaitasuna. Baina eskizofrenikoen gabezia kognitibo oinarrizkoa hau litzateke: eskuarki kontzientziaren mailatik behera gertatzen diren prozesu automatikoez kontziente izaten jarraitzen dutela, ez baitute lortzen praktika intentsiboaren bidez prozesatze afektiboa garatzea. Eskizofrenikoek ez dituzte probesten iraganeko esperientziaren erregulartasun espazial eta denborazkoak, informazioaren prozesaketaren eskaerak gutxitzeko. Iraganeko erregulartasunetara sarrera badaukate, baina modu kontzientean egiten dute hori, eta ez automatikoki: oroitzapen edo pentsamendu bat oroitarazi behar luketen gertaerak isolaturik gordetzen dira. Erregulartasunen oroitzapen pilatuek eragin ahula dute egungo hautematean. Hautematearen eskema eratzean, automatikotasunean edo informazioaren prozesaketa holistikoaren garaian gabeziak gertatzen dira. Kinaden erredundantziari erantzuteko arreta fokatzean porrota gertatzen da.

Ikuspegi sozialetik, zenbat eta baxuagoa maila sozioekonomikoa, orduan eta handiagoa eskizofreniaren maiztasuna (Faris eta Dunham, 1939). Alde batetik, klase-maila baxuetako estres-maila altuak eragina du eskizofreniaren sorreran. Baina, beste alde batetik, pertsona eskizofrenikoak maila sozioekonomikoan erraz egiten du beherantz (Goldberg eta Morrison, 1963).

Faktore genetikoek eskizofrenian eragina badute ere, ez dute eskizofrenia determinatzen. Faktore genetikoek eta inguru nekoek dute eragina. Azkenik, faktore genetikoen, biologikoen eta psikosozialen elkarreraginetik etorriko litzateke eskizofrenia.

4.11. DIAGNOSTIKO DIFERENTZIALA

Eskizofrenia eta autismoaren espektroko nahasteak, zenbait antzekotasun dituzten arren (mintzairaren asaldurak, afektibitatearen eskasia eta pertsona arteko kontaktutik ihes egitea), nahaste desberdinak dira. Haiek bereizteko kontuan izan behar dira nahastearen hasiera-adina bai eta sintoma orokorrak ere. Autismoaren espektroko nahaste gehientsuenak haurrak hiru urte bete aurretik edo haurtzaroan zehar diagnostikatzen dira; aldiz, eskizofrenia oso kasu gutxitan detektatzen da hain goiz. Gainera, autismoaren espektroko nahasteak dituzten pertsonek ez dituzte eldarnioak eta haluzinazioak izaten, afektibitatea adierazteko zailtasun handiagoak izaten dituzte, eta, sarri, ahozko hizkuntzaren gabezia agertzen dute edo ahozko hizkuntza oso mugatua izaten dute.

Zehaztu gabeko nahaste psikotikoaren diagnosia erabili ohi da, eskizofrenia beste nahaste psikotikoetatik (adibidez, nahaste eskizoafektiboa) bereizteko behar beste informazio ez dagoenean edo, bestela, sintoma psikotikoak substantziaren batek eraginak diren (adibidez, anfetaminak edo kokainak) edo gaixotasunen batek sortuak diren (adibidez, garuneko tumore bat) egiaztatu ezin denean. Zalantza horiek batez ere nahastearen lehen faseetan izaten dira tipikoak, eta nahasteak aurrera egin ahala argitu egin ohi dira.

Aldarte-nahastea sintoma psikotikoekin batera gertatzen denean zaila izaten da eskizofreniatik bereiztea. Gogo-aldarteko gorabeherak tipikoak izaten dira eskizofreniako prodromoen aldian, aldi aktiboan bai eta hondarreko aldian ere. Baina, sintoma psikotikoak soilik eta bakarrik nahaste-asaldurako aldietan agertzen badira, sintoma psikotikodun aldarte-nahastea diagnostikatu behar izaten da eta ez eskizofrenia.

Eskizofreniak hainbat eta hainbat antzekotasun ditu nortasun eskizotipikoaren nahastearekin, nortasun eskizoidearen nahastearekin eta nortasun paranoidearen nahastearekin (adibidez, mesfidantza, pentsamendu magiko edo bitxia, beste pertsonak saihestea, eta mintzaira lauso eta disgresiboa). Esan beharra dago nortasunaren nahaste horiek zenbaitetan eskizofreniaren garapenerako hastapenak izaten direla, hau da, eskizofreniako sintoma psikotikoak agertu aurretik (adibidez, eldarnioak eta haluzinazioak) presente zeudela, eta ondoren ere bai.

Eskizofreniak eta nortasun eskizotipikoaren nahasteak harreman estuak dituzte. DSM-IV-TRk eskizofrenia lehenengo ardatzean eta nortasun eskizotipikoko nahastea bigarrengo ardatzean kokatzen dituen arren, CIE-10ek (OMS, 1992 = OME, 1992) bi nahasteak espektro berean sailkatzen ditu. Gakoa da bi nahasteek antzeko sintomak, pareko etiologia eta tratamendu bertsua dituztela, eta horrek guztiak nahasmena ekar dezake.

Nortasun eskizotipikoaren nahastea dutenek, eskizofrenia jasaten dutenek bezala, sinesmen eta jokabide bitxiak izaten dituzte, baina, hala ere, ez dira psikosia dutenak bezala errealitatetik deskonektatuak egoten eta ez dituzte psikosietan ohikoak diren haluzinazio eta/edo eldarnioak izaten. Gainera, esan beharra dago nortasunaren nahasteak banakoaren bizi-ziklo osoan zehar hauteman daitezkeela eta eskizofrenia, aldiz, bizitzaren une jakin batean agertzen dela, iraupen luzeagoa edo laburragoa izanik pertsonaren arabera.

Nortasun eskizotipikoaren nahastea eskizofreniarekin lotua dago. Eskizotaxia izango litzateke eskizofrenia eta eskizotipia jasateko aurretiko joera neurofisiologikoa, eta eskizotipia izango litzateke eskizofrenia jasateko aurretiko joera.

Eskizofreniko askorengan dilatatuak daude garuneko bentrikuluak, baina dilatazioa ez da hain handia nortasun eskizotipikoaren nahastea dutenengan (Siever *et al.,* 1995). Neurobiologiaren ikuspegitik, haurdunaldiaren bigarren hiruhilekoan gripe gehiago izan dutenek eskizotipiako sintoma kognitibo eta hautemate-sintoma gehiago agertzen dituzte, kontroleko pertsonek baino (Machón, Huttunen, Mednick eta LaFosse, 1995). Eskizofrenia, eldarniozko nahastea eta nortasun eskizotipikoaren nahastea eskizotipiaren agerpen fenotipikoak lirateke. Heldutan eskizotipikoak izango diren haurrak pasiboagoak dira, gizartean gutxiago inplikatzen dira, kritikarekiko sentikorragoak dira eta urduriago erantzuten dute. Heldutan eskizofrenikoak izango diren haurrak desantolatuagoak eta kitzikakorragoak dira haurretan.

Senitarteko batek eskizofrenia edo nortasun eskizotipikoaren nahastea duenean, familiako beste kideek nahaste bera jasateko arriskua igo egiten da (Kendler eta Walsh, 1995). Eskizofreniaren eta nortasun eskizotipikoaren nahastearen artean lotura genetiko-familiarra dago (Nigg eta Goldsmith, 1994). Nortasun eskizotipikoaren nahastea da oinarrizko nahastea. Eskizofrenia kasu berezi bat da, inguruneko estres iraunkorrari eta traumari elkarturik agertzen dena. Horrela, pertsona eskizotipikoen eta eskizofrenikoen senitartekoen artean nortasun eskizotipikoaren nahastea duten pertsona asko aurkitu izan dira (Nigg eta Goldsmith, 1994).

Eskizofrenikoa nia osatu baino lehenagoko estadiora itzultzen da kanpoko mundu gogor eta hotzaren eskaeren aurrean. Eskizotipikoa nia egonkorragoa den estadio batera itzultzen da, nahiz ni hori oraindik primitiboa den eta tarteka pasarte psikotikoak jasaten dituen. Eskizotipikoak ez du behar besteko gaitasunik neuronetan bere buruaren, besteen eta munduaren irudi koherente bat osatzeko: kontraesanak daude beraren barne-errepresentazioen artean; ez ditu ongi koordinatzen sentimenduak, oroitzapenak, hautemateak; aldian-aldian, horietako edozeinek hartzen du portaeraren kontrola. Oso aldakorra agertzen da alde horretatik. Ni koordinaturik ez duenez, era bateko eta besteko emozioak agertzen ditu. Bere baitan itxi eta defendatu egingo da inguruaren eskaerak beraren barne-egoerarekin bat ez datozenean. Eskizotipikoarengan zatikatuak daude barneratutako irudiak ere, bere buruaren irudia bezalaxe.

4.12. ESKIZOFRENIAREN TRATAMENDUA

1950. urtera bitartean prognosi txarra zuen eskizofreniak, eta ospitale publikoetan edukitzen zituzten pazienteak. Familia aberatsetako pazienteak ospitale pribatuetan egon zitezkeen. *Lobotomiak* erabiltzen ziren garunaren behe-eskualdeak lobulu frontaletatik bereiziz pazientea lasaitzeko, baina sarritan maila kognitibo edo afektiboko gabeziak eragiten zituzten lobotomiek. 1930. urte inguruan *intsulina* dosi handiak eman eta koma intsulinikoa eragiten zen pazientearengan haren eskizofrenia sendatzeko, baina horrek ere gaixotasun larriak edo heriotza eragin zitzakeen. Hamarkada horretan, *elektrokonbultsio-terapia* erabiltzen ere hasi ziren, baina horrek ere ez zituen sendatzen eskizofreniko gehienak. 1950eko hamarkadan, *neuroleptikoak* erabiltzen hasi ziren, eta eraginkorrak gertatu ziren eskizofreniaren sintoma positiboak tratatzeko. Neuroleptikoak dopaminaren antagonistak dira, eta haren eragina desegiten dute, dopamina-hartzaileak blokeaturik. 1990. urte inguruan neuroleptiko berriak agertu ziren, albo-efektu gutxiagorekin. Neuroleptiko edo antipsikotiko tipikoek eskizofreniaren sintoma positibo gehienak (haluzinazioak, eldarnioak, jokabide bitxiak) gutxitzen dituzte, baina sintoma negatiboetan (apatia, abulia, emozio-gabezia, alogia, eta abar) ez dute kasik efekturik izaten. Gainera, bigarren mailako efektu desatsegin ugari eragiten dituzte: akinesia (adierazpenik gabeko aurpegia, mugimendu makalak, hizkera monotonoa), diskinesia (mihiaren, aurpegiaren, barailaren nahi gabeko mugimenduak), aho lehorra, sexu-disfuntzioak, eskuen eta beste gorputz-atalen dardarak, pisua irabaztea, eta abar. Kasu gutxi batzuetan, gainera, sindrome neuroleptiko gaiztoa eragin dezakete (sukar handia eta giharren zurruntasun handia). Zenbait pazientek, bigarren mailako efektu desatseginak ekiditearren, botikak bertan behera uzten dituzte, eta berrizkaturak gertatzen dira.

Sendagai antipsikotiko berriek sintoma estrapiramidal (nahi gabeko mugimenduak) gutxiago eragiten dituzte, baina eraginkorrak dira eskizofreniaren sintoma positibo eta negatiboak arintzeko. Dopamina-hartzaileak eta beste neurotransmisore batzuen hartzaileak blokatzen dituzte, eta albo-efektu gutxi dituzte.

Medikazioaren bidez sintoma positiboak kontrolatuak daudenean jarri ohi da esku-hartze psikosoziala martxan. Jokabide aproposak sustatzeko aplikatzen diren esku-hartze psikosozialen artean hauek daude: urritasun kognitiboen errehabilitazioa, gizarte-trebetasunen entrenamendua, eguneroko bizitzarako behar diren abilezien trebatzea, familiarekin esku-hartzea eta berrizkaturen prebentzioa. Banan-banan aztertuko ditugun teknika horiek guztiek eskizofrenia duten pertsonen gizarteratzea dute helburu.

Eskizofrenia duten pertsonek urritasun kognitiboak izaten dituzte (arreta, oroimena eta funtzio exekutiboen asaldura), eta urritasun horiek jokabideko nahasteak, zenbait trebetasun martxan jartzeko zailtasunak eta sintoma negatiboen agerpena (adibidez, gizartetik bakartzea) errazten dituzte. Hori dela-eta, urritasun

kognitiboen aurrean hiru esku-hartze mota proposatzen dira: 1) gaitasun kognitibo zehatzak hobetzeko estrategiak aplikatzea (adibidez, epe luzerako oroimena hobetzeko ariketa zehatzak egitea); 2) urritasunak konpentsatzen irakastea, hots, gaitasun zehatzen gainean esku hartu beharrean egunero sortzen diren zailtasunak gainditzen irakastea; horrela, gaitasun kognitiboak zeharka lantzen dira (adibidez, eguneroko arazoen konponbidea bilatzen trebatzea); eta 3) urritasun kognitiboen efektuak gutxitzeko kanpo-oroigarriak erabiltzea (adibidez, eranskailu, irudi edo aparatu elektronikoez baliatzea leku zehatz batean izan beharreko jokabideaz oroitzeko). Gaitasun kognitiboak trebatzeko epealdirik egokiena lehen krisialdiaren ondorengoa izaten da, subjektu horien gaitasun kognitiboak oraindik ere ez baitira eskizofrenia kronikoa dutenenak bezain kaltetuak egoten (De la Puente, Larroy eta Guisado, 1998). Urritasun kognitiboen aurrean, gaitasun kognitibo zehatzak hobetzeko estrategiak aplika litezke: adibidez, hitzei buruzko oroimena edo epe luzeko oroimena hobetzeko ariketa zehatzak egin, kanpo-oroigarriak (eranskailuak, ordenagailuak…) erabili. Kognizio eta portaeraren terapia ere erabil liteke, eldarnioei eta haluzinazioei aurre egiteko (Tarrier *et al.,* 1999).

Tratamendu psikosozialari dagokionez, eskizofreniaren ondorenik kaltegarrienetakoa harreman sozialetatik urruntzea da. Eskizofrenia dutenek trebetasun sozial txiroak izan ohi dituzte (Hooley eta Candela, 1999); besteekin daudenean, ikusmen-kontaktua ekiditen dute; aurpegi-adierazpen eta gorputz-keinu desegokiak dituzte; galderaren eta erantzunaren artean neurriz gaindiko denbora-tarteak uzten dituzte; besteen edo beren emozioak identifikatzeko zailtasunak dituzte. Horregatik, oinarrizko trebetasun sozialak irakatsi behar zaizkie nahaste hau dutenei: solas egiten, asertibo izaten, etxeko kontuak eramaten, harremanak izaten.

Gizarte-trebetasunen entrenamendua bakarka edo taldean egin daiteke, baina taldean egitea gomendatzen da, zeren besteekin hartu-eman eraginkorrak lortzeko eta estresagarriak gerta daitezkeen gizarte-egoerak maneiatzen ikasteko egokiagoak baitira talde-egoerak. Gizarte-trebetasunen entrenamendurako eskuarki lan-eskema hau baliatzen da: azalpenak ematen zaizkio pertsonari, eredu bat behatzen du, behatutako eredua imitatzen du, banakoak taldekideen eta terapeutaren *feedback*a jasotzen du, eta, azkenik, kontsultan ikasitakoa kalean edo etxean praktikan jartzen du. Gizarte-trebetasunen entrenamenduak aldaketa nabariak eragiten ditu eskizofrenia duten pertsonengan, baina, betiere, hobe izaten da banakoaren ingurune naturalean trebatzea gaitasun horiek, zeren horrela ikasitakoa orokortzea errazagoa egiten baitzaio.

Terapiaren helburu nagusia izango da eskizofrenia duen pertsonak ahalik eta bizimodu independenteena eta normalena eramaten ikastea. Horretarako gizarte-trebetasunak ezinbestekoak izango dira, baina baita eguneroko bizitzan aurrera egiteko beste hainbat trebetasun ere, hala nola: higienea eta norberaren zaintza, gaixotasunei behar besteko arreta jartzea, janzkera zaintzea, dirua eta aurrekontua kudeatzen jakitea, elikadura eta jakien prestaketa, etxea zaintzea, garraiobideetan ibiltzen jakitea,

eta lanerako interesa eta konpetentziak garatzea. Eskizofrenia nerabezaroan garatu dutenek gaitasun horiek guztiak ez dituzte eskuratzen, nahastearen sintoma positibo eta negatiboek gaitasun horietan interferentzia egiten dutelako; ondorioz, eskizofrenia duten pertsonek eguneroko bizitzarako beharrezkoak diren trebetasunetan gabezia garrantzitsuak izaten dituzte (De la Puente *et al.,* 1998). Hori dela-eta, eguneroko bizitzarako beharrezkoak diren abileziak trebatu egiten dira, eta, baliatzen den lan-eskema, gizarte-trebetasunak lantzeko erabiltzen den bera da: azalpenak eman, modelatua, behatutako eredua imitatu, *feedback*a jaso, eta ikasitakoa eguneroko bizitzan praktikan jarri. Kasu honetan, subjektuak terapeutarekin adostutakoa bete dezan, indargarri materialak eta sozialak beharrezkoak izaten dira, eta, esan beharra dago, fitxen ekonomiaren teknika trebetasun horiek lantzeko bereziki arrakastatsua gertatu izan da (Curran, Faraone eta Dow, 1985).

Jakina da eskizofrenia dutenen familiakoek eginkizun oso garrantzitsua betetzen dutela nahastearen bilakabidean. Etiologiaren atalean aipatu dugun bezala, familia-giro kritikoegiak, nahastea duenarekiko etsaitasuna adierazten duenak, neurriz kanpo kezkatzen denak eta neurriz gaindiko babesa ematen saiatzen denak berrizkaturak eragin ditzake edo eskizofreniaren agerraldia susta dezake. Gauzak horrela, familia desberdinak talde berean bildu eta horiek hezteko zenbait saio antolatzea gomendagarria izaten da. Saio horietan, nahasteari buruzko informazioa ematen zaie, familia-tentsioak gutxitzeko estrategiak lantzen dira (adibidez, ahozko komunikazio egokia sustatzen duten trebetasunak lantzen dira), eta gatazkak kudeatzeko abileziak ere lantzen dira.

Eskizofrenikoaren berrizkatura maizago gertatzen denez emozio adieraziaren maila garaia duten sendietan, komunikazio-trebetasun berriak irakatsi behar zaizkie familiakoei, familia-terapiaren bidez. Eskizofrenia jasaten duten pertsonekin lan egiterakoan finkatzen diren helburu nagusietako bat berrizkaturen prebentzioa izaten da. Berrizkaturek efektu oso negatiboak izaten dituzte, zeren berrizkatura gehiago izateko probabilitatea gehitu, sintomak okerragotu eta zailtasun sozial gehiago izateko aukera gehitzen baitute. Hori guztia dela-eta, berrizkaturei aurre hartzeko lau ekimen nagusi jartzen dira abian: 1) estresaren gutxitzea; hau da, eguneroko bizitzako egoera estresagarriei aurre egiteko estrategietan trebatzen dira; 2) botikak hartzearen garrantziaz kontzientziatzen dira, horiek hartzeari utz ez diezaioten; 3) alkohola eta bestelako drogen kontsumoa gutxitzea gomendatzen zaie; eta 4) subjektuari eta beraren familiari prodromoen aldia identifikatzen irakasten zaie.

Estresaren eta sintomen arteko erlazioa eta erlaxazioa aztertzen dituen banakako tratamendua ere erabil liteke.

Atal honen hasieran aipatu dugun bezala, eskizofrenia oso nahaste konplexua da, eta sintoma guztiak ez dira modu berean eta une berean agertzen banako guztiengan. Hori dela-eta, bat baino gehiago dira eskizofrenia pairatzen duten pertsonentzat baliagarriak diren tratamenduak; pertsonaren arabera esku-hartze teknika bat edo beste era batean edo bestean konbinatu behar izaten dira.

4.13. PRAKTIKAK

4.13.1. praktika

Bereiz itzazu eskizofreniaren hiru faseak:

- *Prodromoen fasea:* oroimen- eta kontzentrazio-arazoak; bakartze soziala; ezohiko portaera; komunikazio eta afektu nahasiak; higiene pertsonal eskasa; motibazio kaskarra; ideia eta hautemate bitxiak.
- *Aldi aktiboa:* haluzinazioen, eldarnioen eta portaera-nahasteen sintoma positiboak agertzen dira.
- *Hondarreko fasea:* tratamendu baten ondorioz sintoma positiboak gutxitu edo desagertu egiten dira, eta sintoma negatibo batzuk gelditzen dira. Fase honetan berrizkaturak ere gertatu ohi dira.

4.13.2. praktika

Bideoa ikusi ondoren, deskriba itzazu eskizofrenia katatonikoaren bereizgarriak:

http://www.youtube.com/watch?v=SqfTQNFnNZ8 (Schizophrenia: documentary film. 1940)

4.13.3. praktika

Ikusi *1% Esquizofrenia* (Ione Hernández eta Julio Medem, 2007) bideoa, eta erantzun iezaiezu ondorengo galderei:

http://www.youtube.com/watch?v=pCrrDkDKMTU (1)

http://www.youtube.com/watch?v=BcEGM1A7QKY (2)

http://www.youtube.com/watch?v=JzrRvskrMfE (3)

http://www.youtube.com/watch?v=D9JRHyiCDZ8 (4)

http://www.youtube.com/watch?v=faSo6VlDVqk (5)

http://www.youtube.com/watch?v=rI2-ZoOduWA (6)

1. Nortzuei eragiten die gehiago eskizofreniak: gizonei ala emakumeei?
2. Zeren beldur izaten dira eskizofrenikoak?
3. Nolakoa da eskizofrenikoak familiarekin duen harremana?
4. Zer droga kontsumitzen dituzte?
5. Zer gertatzen da eldarnioak hasten direnean?

6. Jar itzazu eldarnio atsegin eta desatseginen adibideak.
7. Zer egin nahi izaten dute eldarnioen bidez?
8. Eskizofrenikoak erasokorrak izaten al dira?
9. Zer gertatzen da eskizofrenikoa ospitaleratzen dutenean?
10. Zer lotura dago artearen eta zorotasunaren artean?
11. Sendatzen al da eskizofrenia?
12. Zer erakusten digute eskizofrenikoek?

4.13.4. praktika

Ikus ezazu bideoa, eta erantzun iezaiezu galderei:

Una cierta verdad (Hospital Parc Taulí de Sabadell; Área de Salud Mental)

1. Deskriba ezazu Alberten eta Agustí doktorearen arteko elkarrizketa.
2. Nola gertatu zen Javierren krisialdia? Zeri egozten dio berak krisialdia?
3. Zer lan egiten du Javierrek?
4. Zer gertatzen zaio Javierri sendagaiekin? Zergatik kexatzen da sendagaiez?
5. Zer gertatzen da eskizofrenikoaren garunean?
6. Zergatik ez du jaten Javierrek bere amarekin?
7. Zergatik jartzen da Javier koordinatzailearen kontra?
8. Zer sintoma agertzen ditu bezero ilehoriak?
9. Nola joaten da Javier azterketara?
10. Bere seme-alabak eta aita ezagutzen al ditu Javierrek?

4.13.5. praktika

Ikus ezazu eskizofreniari buruzko dokumental hau, eta erantzun iezaiezu galderei:

Documental sobre la esquizofrenia (UAM: Eduardo Paolini doktorea eta Gabriel Rosenthal).

http://www.youtube.com/watch?v=PgDT2XSX-zs&feature=relmfu

http://www.youtube.com/watch?v=RViYpNO0X54&feature=relmfu

http://www.youtube.com/watch?v=N_XnyZmnbHs&feature=relmfu

http://www.youtube.com/watch?v=exPQw15iUzs&feature=relmfu

1. Historiari buruzko oharrak: Bleuler, Kraepelin, Freud.
2. Zer tratamendu biologikori buruz hitz egiten du?
3. Epidemiologia.
4. Sailkapena.
5. Etiologia.
6. Tratamendua.
7. Zer esaten du bergizarteratzeaz?
8. Kasu klinikoak:
   - A kasua:
   - B kasua:
   - C kasua:

4.13.6. praktika

Ikus ezazue ondorengo dokumentala, eta eztabaida ezazue taldean.

El misterio de la esquizofrenia dokumentala. http://www.youtube.com/watch?v=Ygvk1xwsvAk

4.13.7. praktika

Bete itzazu beheko paragrafo honetako hutsuneak, hitzok dagozkien tokietan jarriz: *iraupena, sei hilabetez, hilabete bat, sei hilabete, egun batez, hilabetez*

Eskizofreniaren eta nahaste eskizofreniformearen arteko desberdintasun nagusia sintomen _____ da. Eskizofrenia diagnostikatzeko, nahaste horri dagozkion sintomak gutxienez _____ aurkeztu behar dira, baina nahaste eskizofreniformea diagnostikatzeko sintomek _____ baino gehiagoko eta _____ baino gutxiagoko iraupena izan behar dute. Antzeko zerbait gertatzen da nahaste psikotiko laburraren kasuan ere. Azken nahaste horretan, subjektuak eldarnioak, haluzinazioak, mintzaira nahasia edo jokabide katatoniko edo nahasia agertu behar ditu, gutxienez _____, baina gehienez _____.

4.13.8. praktika

Ikusi eskizofreniarekin zerikusia duten film hauetako bat, eta komenta ezazu:

- *The Soloist* (Wright, 2009).
- *A Beautiful Mind* (Howard, 2001).
- *Spider* (Cronenberg, 2002).
- *Canvas* (Greco, 2006).

- *La isla interior* (Dunia Ayaso, Félix Sabroso, 2009).
- *El loco del pelo rojo* (Minnelli, 1956).
- *Primal Fear* (Gregory Hoblit, 1996).
- *Inland Empire* (David Lynch, 2006).
- *Shutter Island* (Martin Scorsese, 2010).
- *The Shining* (Stanley Kubrick, 1980).

5. Nahaste somatomorfo eta disoziatiboak

Nahaste somatomorfo bat duenak hainbat sintoma eta kexu fisiko agertzen ditu, eta pentsatzen du gaixotasun mediko bat edo disfuntzio fisiko bat duela; baina nahaste horretan ez da gertatzen sintoma horiek azaltzen dituen patologia fisikorik edo oinarri fisiologikorik. Gorputz-sintomen (paralisia, mina, itsutasuna) bidez arazo psikologikoak agertzen dituzte, eta arazo horiek klinikoki esanguratsua den ondoeza eta narriadura sozial edo lan-arlokoa eragiten dituzte.

Nahaste somatomorfoak gaixotasun mediko baten trazak hartzen baditu ere, haren sintomen azalpena ez da aurkitu behar gaixotasun batean, substantzia baten efektuetan edo beste nahaste mental batean. Nahaste horiek ez dute oinarri biologikorik, baina sintoma fisikoak ez dira nahita sortuak.

Nahaste somatomorfoak dituztenak sarritan joaten dira azterketa medikoak egitera, eta botika gehiegi kontsumitzen dute. Haien bizi-kalitatea okerragoa izaten da sarritan gaixotasun kronikoak (diabetesa, minbizia, parkinsona, IHESa edo bihotzekoa) dituztenena baino. Esan daiteke, lehen mailako arreta-zerbitzuetara joaten diren pertsonen ehuneko handi bat oinarri fisikorik gabeko kexuengatik joaten dela. Horrela, kirurgia estetikoko edo dermatologiako kliniketara joaten diren pertsonen % 6-15ek gorputz dismorfikoaren nahastea du (Pavan *et al.,* 2008). Era berean, lehen mailako zainketa-zerbitzuetara joaten diren pertsonen % 16,1ek nahaste somatomorforen bat du.

*Disoziazio-nahaste*etan eten egiten da pertsonaren jarduera integratua, eta hautematearen, oroimenaren, kontzientziaren eta identitatearen nahasteak gertatzen dira. Nahaste hori dutenek ahaztu egiten dute nor diren eta nondik datozen, eta bi identitate edo gehiago agertzen dituzte.

Nahaste somatomorfoak eta disoziazio-nahasteak barne-hersturako nahasteekin erlazionatzen zituzten DSMren lehen bertsioetan; izan ere, nahaste horien jatorrian gertaera estresatzaileak ditugu. Baina, bi nahaste motak ezberdinak dira: barne-hersturako nahasteetan, barne-herstura nabarmen agertzen da; nahaste somatomorfoetan, berriz, ez.

5.1. NAHASTE SOMATOMORFOAK

Pertsonaren sintoma eta kexuek adierazten dute gaixotasun medikoren bat gertatzen dela, baina ez da aurkitzen sintoma horiek azaltzen dituen zeinu edo oinarri fisikorik. Nahaste psikologikoaren arazoek edo gatazkek (barne-hersturak) forma fisikoa hartzen dute. DSM-IV-TR-ren arabera, nahaste somatomorfoek honako bereizgarri hauek dituzte: sintoma fisikoek gaixotasun edo asaldura fisiko bat iradokitzen badute ere, ez dago sintoma horiek azalduko dituen gaixotasun medikorik edo substantzia-kontsumorik. Sintomek klinikoki esanguratsua den ondoeza edo hondamena eragiten dute arlo sozialean, lan-arloan edo beste arlo garrantzitsuren batean. Nahaste fisikoak, oinarri biologikorik ez badute ere, ez daude borondatearen mende, eta ez dira nahita agertzen; ez dira ibiltzen gaixotasunaren itxurak egiten; benetan sinesten dute beren gorputzean zerbait txarra dutela. Horretan bereizten dira nahaste faktizioetatik eta simulazioko nahasteak dituztenetatik.

Honako nahaste somatomorfo hauek ezagutzen dira:

- *Hipokondriasia:* gaixotasun larri bat duelako kezka edo beldurra, gorputzeko sintomak edo funtzioak oker interpretatzeagatik.
- *Somatizazio-nahastea:* histeria edo Briquet-en sindrome esan izan zaio historikoki.
- *Konbertsio-nahastea:* borondatezko mugimenduen edo zentzumenen sintomak edo disfuntzioak dira; ez dago sintoma horiek azalduko dituen nahaste neurologiko edo medikorik.
- *Min-nahastea:* faktore psikologikoengatik mina sentitzen du.
- *Gorputz dismorfikoaren nahastea:* itxura fisikoaren irudimenezko akats baten edo akats exajeratu baten kezka.
- *Espezifikatu gabeko nahaste somatomorfoa:* azalpenik gabeko sintoma fisikoak, gutxienez 6 hilabete irauten dutenak eta nahikoa ez direnak somatizazio-nahaste bat diagnostikatzeko.
- *Nahaste faktizioa:* zeinu eta sintoma fisiko edo psikologikoak nahita sortzen dira, gaixoaren rola hartzeko eta gaixotasunetik abantailak ateratzeko.

5.1.1. Hipokondriasia

Hipokondriasia duena kezkaturik ageri da, gaixotasun larri bat duela pentsatzen duelako, gaixotasunik izan ez arren, edo gaixotasun larri bat jasateko beldur delako. Gaixotasunaren beldurra, gaixotasuna duelako ustea eta sintoma somatikoak ditu. Gaixotasun bat jasaten ari direla uste du, sinetsita dago, gaixorik egon gabe. Nahaste hau duenak etengabe ebaluatzen du bere osasuna (sendagileak edo web orriak kontsultatuz, etengabeko analisiak edo azterketak eginez), gaizki interpretatzen ditu gorputzeko zeinu eta sintomak, eta ez da lasaitzen, medikuak esan arren ezer larririk ez duela. Gehiegizko kezka eta erreakzioa agertzen du ohikoak

diren sentipen fisikoen edo anormaltasun txikien aurrean, gorputzaren funtzioen eta sintomen aurrean (Iezzi, Duckworth eta Adams, 2001). Hipokondriasiako kezkak era askotakoak izan daitezke: gorputzaren funtzio batzuei buruzkoak (bihotz-taupadak, izerditzea, peristalsia...), gorputzeko anormaltasun eta sentipen anbiguo batzuei buruzkoak (eztul bat, zauri bat, kakeria, idorreria…), inguruko pertsonen gaixotasunei buruzkoak (minbizia, esklerosi anizkoitza...).

Hipokondriasia duenak kontsulta eta bisita asko egiten dizkie sendagileei, baina ez da fidatzen osasuneko profesionalek esandakoaz; sendagileek ezer larririk ez duela esaten diotenean ere, hark pentsatuko du ez dutela beharbada ondo aztertu. Hipokondriasia diagnostikatu ahal izateko, kezka horiek sei hilabete iraun behar dute gutxienez eta pertsonarengan ondoez nabaria edo funtzionamenduaren endekapena eragin behar dute.

Hipokondriasiak komorbilitate-maila altua du barne-hersturako nahasteekin, aldarte-nahasteekin eta nortasunaren nahasteekin. Barne-hersturako nahasteekin lotua dago hipokondriasia, batez ere izu-ikararen nahastearekin. Hipokondriasia eta izu-ikararen nahastea antzekoak dira sintoma fisikoen interpretazio okerrari dagokionez, baina izu-ikararen nahastea duena izu-erasoaren uneko sintomak beldurtzen du; aldiz, hipokondriasia duena gaixotasun larri bat izateko aukerak edo gaixotasunaren prozesu luzeak beldurtzen du. Izu-ikararen nahastean osasunaren bat-bateko hondamena espero da; hipokondriasian, berriz, hondamendi diferitua espero da. Izu-ikararen nahastean, barne-herstura sintomak dira nagusi; nahaste hipokondriakoan, berriz, beste sintoma batzuk ere ager daitezke.

Gaixotasun bat garatzeko beldurra duen pertsonak gaixotasunaren fobia ere gara dezake, eta gaixotasun-aukerarekin erlazionatuak dauden egoerak ekidin ditzake. Hipokondriasia duenak nahaste psikologikoak (aldarte-nahastea edo barne-hersturako nahastea) sarritan izaten dituen arren, ez du pentsatuko arazo psikologikorik duenik. Zakilaren atzeratzearen sindromea edo Koro sindromea ere izu-ikararen nahastearekin eta hipokondriasiarekin erlazionatua ageri zaigu.

Hipokondriasiarako joera familian heredatzen den bereizgarri moduan ageri zaigu (Kellner, 1985). Iduri du hipokondriasia garatu dutenek familiako kideengandik ikasi dutela beren barne-herstura gaixotasunaren sintometan ardazten. Familia zenbaitetan haurrek berehala ikasten dute pertsona gaixoei arreta berezia egiten zaiela.

Hipokondriasia dutenek gaixotasunari buruzko kognizio oker batzuk garatzen dituzte:

- «Osasuntsu dagoenak sintomarik ez du izaten».
- «Sentitzen ditudan sintomek kausa fisiko zehatz bat badute».
- «Sendagileari berehala ematen ez badiot sintoma horien berri, gero berandu izan daiteke».

– «Medikuak azterketa klinikoak agindu badizkit, zerbait txarra dudalako izango da».
– «Ziurtasun osoz jakin daiteke pertsona bat gaixorik ez dagoela».

Kognizio horien arabera, hipokondriasia dutenek ezin izaten dute eraman osasunari buruzko inolako ziurgabetasunik. Modu katastrofikoan interpretatzen dituzte gorputzeko sintoma eta zeinuak. Gehiegi zelatatzen dute gorputzaren funtzionamendua, eta beren burua sarritan irudikatzen dute gaixotasun larri batekin. Ziurtasun osoz bermatu behar zaie osasun ona dutela.

Hipokondriasiaren maiztasuna % 2-7 artekoa da (APA, 2000). Antzeko maiztasuna du gizonen eta emakumeen artean. Jende askok, diagnostikatu eta handik 4-5 urtera nahastea du oraindik.

Hipokondria (DSM-IV-TR, 2000)

A irizpidea: gaixotasun larri bat edukitzeko kezka edo beldurra edo gaixotasun larria duelako ustea, sintoma edo zeinu somatikoen interpretazio pertsonalean oinarrituta.

B irizpidea: azterketa fisikoak ez du identifikatzen gaixoaren kezkak edo gaixoak dituen zeinu edo sintomak azal ditzakeen gaixotasun medikorik. Kezka justifikatu gabeak bere horretan jarraitu egiten du, azterketa eta azalpen mediko egokiak izan arren.

C irizpidea: A irizpidean agertutako ustea ez da eldarniozko ustea (tipo somatikoko eldarniozko nahastean gertatzen ez den moduan), eta ez da mugatzen itxura fisikoari buruzko kezketara (gorputzaren nahaste dismorfikoan ez bezala).

D irizpidea: kezkak ondoez kliniko esanguratsua edo narriadura soziala, lan-arlokoa edo pertsonaren jarduerako beste arloren batekoa eragiten du.

E irizpidea: nahasteak gutxienez 6 hilabete irauten du.

F irizpidea: nahastea ez du hobeto azaltzen barne-hersturako nahaste orokortu batek, nahaste obsesibo-konpultsiboak, hersturako nahasteak, depresio nagusiko pasarte batek, banatzeagatiko hersturak edo beste nahaste somatomorfo batek.

Barne-herstura orokorreko nahastea dutenek ere izaten dute gaixotasunak jasateko beldurra. Baina hipokondria duenaren kezkagai nagusia gaixo egoteko beldurra da.

Izu-ikararen nahastean ere sarri gertatzen dira kezka hipokondriakoak, baina kezka horien jatorrian izu-ikara dago, eta izu-ikara tratatzean desagertu egiten dira.

Nahaste obsesibo-konpultsiboa duenak gaixotzeko kezka izaten du, baina nahaste hipokondriakoa duena gaixorik dagoela sinetsita egoten da.

Depresio nagusiko pasartean pertsona batzuek aurkez dezakete gehiegizko kezka osasun fisikoagatik; baina ez da hipokondria diagnostikatuko, depresio nagusiko pasartea gertatzean bakarrik agertzen bada kezka. Alabaina, hipokondriaren ondoren depresio sekundario bat ager liteke, eta kasu horretan hipokondria ere diagnostikatu egin behar litzateke.

Paziente hipokondriakoaren arazoaren muina gaixotasun fisikoaren kezka da; nekez onartzen du tratamendu psikologikoa. Itun terapeutikoa lortzen bada, kognizio eta portaeraren terapiaz trata liteke. Pazienteak gorputz-sentipenez egiten dituen interpretazio okerrak eta gaixotasunez dituen iritzi okerrak aldatu behar dira terapia kognitiboaren bidez.

5.1.2. Somatizazio-nahastea

1859an Briquet-ek deskribatu zuen nahaste hau, eta urte askoan Briquet-en sindrome esan izan zaio. 1980an hartu zuen somatizazio-nahaste izena. Sintomatologia fisikoaz arduratzen da nahaste hau duena, sintomatologia horren esanahiaz baino areago. Pertsonaren nortasunaren zati garrantzitsu bihurtzen dira sintomak, eta sintoma horiek eragiten duten ondoezaren inguruan antolatzen da haren bizitza.

Sintoma eta kexu somatiko ugari eta deigarriak agertzen ditu nahaste hau duenak; sintoma horiek ez dute kausa organikorik, baina hainbat aparatu eta sistema ukitzen dituzte, eta gaixotasun fisikoen adierazletzat har daitezke. Somatizatzailea sarritan joaten da medikuarenera, ospitalera edo ebakuntzak egitera, eta jarrera seduzitzailea hartzen du sendagilearen aurrean. Horregatik, kexu eta oinaze horiei oinarri fisikorik aurkitu ez arren, tratamendu medikoa jasotzen du. Horrela jarraituko du denbora luzez: kexu berriak agertuko ditu, aldaketa txiki batzuekin, kausa medikorik aurkitzen ez den arren. Ondorioz, nahaste hau jasaten duenak kostu handiak ekartzen dizkio osasun-sistemari, beharrezkoak ez dituen tratamenduak ematen zaizkiolako.

Somatizazio-nahastea duenak hainbat sintoma agertzen ditu, sendagilearenera joatera behartzen dutenak eta bere bizitzan eragin nabaria dutenak. Baina beste lau sintoma talde ere agertu behar ditu: 1) lau atal edo funtzio ukitzen ditu minak; 2) urdail eta hesteetako bi sintoma; 3) sexualitatearen sintoma bat; 4) sintoma pseudoneurologiko bat.

Somatizazioak pertsonaren hiru alderdi ukitzen ditu (Lipowski, 1988):

– Esperientziala: bere gorputzean sentipen desatseginak hautematen ditu pertsonak.

– Kognitiboa: esanahi eta interpretazio berezia ematen die sentipen horiei, eta esanahi horren araberako erabakiak hartzen ditu.
– Portaerazkoa: pertsonaren portaera eta komunikazioek lotura dute haren interpretazioekin.

Somatizazio-nahastea nerabezaroan hasten da, eta emakumeen artean arruntagoa da gizonen artean baino. Emakumeen % 3,3k eta gizonen % 1,9k agertzen du nahaste hau (Gureje, Simon, Ustun eta Goldberg, 1997); baina kultura batzuetan mutilek neskek baino kexu somatiko gehiago agertzen dute (Swartz, Landerman, George, Blazer eta Escobar, 1991). Ezkongabeek eta maila sozioekonomiko baxukoek sarriagotan jasaten dute.

Somatizazio-nahastearekin batera beste nahaste batzuk ere agertzen dira sarritan: depresio nagusia, izu-ikararen nahastea, barne-herstura orokortuko nahastea, nortasun saiheskariaren nahastea, mendeko nortasunaren nahastea, nortasun histrionikoaren nahastea, nahaste paranoidea eta obsesibo-konpultsiboa (Garyfallos *et al.,* 1999).

Etiologiari dagokionez, somatizazio-nahasteak badu alderdi bat herentziaz jasotzen dena. Horrela, familia-lotura bat edo oinarri genetiko bat aurkitu da somatizazio-nahasteak dituzten emakumeen artean (Iezzi *et al.,* 2001). Nahaste hau dutenak oso sentiberak izaten dira sentipen fisikoekiko. Neurotizismo-maila garaia, kortisol-maila altua eta gorputz-sentipen normalak sintoma somatiko moduan interpretatzeko joera dute. Ondorioz, barne-herstura edo depresioa jasateko eta errendimendu eskasaren zergatia gaixotasunari egozteko joera dute. Gainera, sintoma fisikoez kexatzeko joera ikasten dute familiako beste kideengandik.

Somatizazio-nahastea (DSM-IV-TR, 2000)

A irizpidea: hainbat sintoma fisikoren historia, 30 urte bete baino lehen hasten dena, hainbat urtetan irauten duena eta arreta medikoaren bila joatera behartzen duena edo narriadura soziala, lan-arlokoa edo pertsonaren bizitzan garrantzitsua den beste arloren batekoa, esanguratsua dena, eragiten duena.

B irizpidea: irizpide hauek guztiak bete behar dira, eta nahastearen edozein unetan ager litezke sintomak:

1. Lau sintoma mingarri: gorputzeko lau eskualde edo lau funtziorekin (adibidez, buruan, sabelean, bizkarrean, artikulazioetan, soin-adarretan, toraxean, ondestean; hilekoaren garaian, ekintza sexualean edo txiza egitean) erlazionatutako minaren historia.
2. Bi sintoma urdail eta hesteetakoak: mingarriak ez diren urdail eta hesteetako gutxienez bi sintomaren historia (adibidez, goragalea, abdomenaren distentsioa, oka egitea [ez haurdunaldian], kakeria edo hainbat elikagairekiko tolerantziarik eza).

3. Sintoma sexual bat: gutxienez sintoma sexual edo ugalketako historia bat, mina jasate hutsa ez dena (adibidez, axolagabekeria sexuala, tentetzearen edo isurketaren disfuntzioa, hileko irregularrak, hilekoaren gehiegizko odol-jarioa, haurdunaldiko okadak).
4. Sintoma pseudoneurologiko bat: gutxienez sintoma edo gabezia baten historia, mina sentitze hutsa ez den sintoma neurologiko bat iradokitzen duena (konbertsio-sintomak, ondoko hauen tankerakoak: koordinazio psikomotorreko edo orekako asaldura; gorputz-atal bat ukitzen duen paralisia edo gihar-ahultasuna; irensteko zailtasuna; eztarrian korapilo bat duelako sentipena; afonia; gernu-erretentzioa; haluzinazioak; ukimenaren eta minaren sentikortasunaren galera; diplopia; itsutasuna; gortasuna; konbultsioak; amnesiaren moduko disoziazio-sintomak; kontzientzia-galera (zorabioa ez dena).

C irizpidea: bi bereizgarri hauetako edozein:

1. Azterketa egoki baten ondoren, B irizpideko sintometako bat ere ezin azal daiteke gaixotasun mediko ezagun baten bidez edo substantzia baten efektu zuzenen bidez (adibidez, drogak, sendagaiak).
2. Gaixotasun mediko bat baldin badago, sintoma fisikoak edo narriadura soziala edo lan-arlokoa gehiegizkoak dira, historia klinikoa, azterketa fisikoa edo laborategiko aurkikuntzak kontuan hartuta.

D irizpidea: sintomak ez dira nahita sortzen, eta ez dira itxura egiteko agertzen (nahaste faktizioetan edo simulaziozkoetan gertatzen denaren kontra).

Diagnostiko diferentzialari dagokionez, esan dugun moduan, somatizazio-nahastea duena sintomez arduratzen da, baina ez da kezkatzen sintoma horien esanahiaz; hipokondriasia duena, berriz, kezkatzen da sintomen esanahiaz. Sintomek egituratzen dute somatizatzailearen identitatea, eta haren bizitza sintomen inguruan antolatzen da. Hipokondria duenak arreta gehiago jartzen du alderdi kognitiboetan sintoma somatikoetan baino: sintomen azpiko esanahiak arduratzen du, sintomak berak baino gehiago. Somatizazio-nahastea ez da nahita kontrolatzen; nahaste faktizioak eta simulazio-nahastea, berriz, borondatearen esanera daude.

Somatizazio-nahastea eta gaixotasun medikoa bereizteko hiru alderdi hartzen dira kontuan: somatizazio-nahastean atal anitz daude ukituak; somatizazioa adin goiztiarrean hasten da, eta ibilbide kronikoa du; somatizazioan ez da ageri egiturazko zeinu fisikorik, eta laborategiko probek ez dute agertzen anormaltasun medikorik.

Somatizazio-nahastea diagnostikatu aurretik, baztertu egin behar dira sintoma lausoak dituzten gaixotasunak: hiperparatiroidismoa, porfiria zorrotza tartekatua, lupus eritemotoso sistemikoa, hemokromatosia.

Bereizi egin behar dira barne-hersturako nahastea eta somatizazio-nahastea: barne-herstura orokortua duten pertsonek sintoma fisiko asko dituzte, baina haien barne-herstura edo kezka ez da mugatzen sintoma horiek edukitzera.

Ez da erraza somatizazio-nahastea tratatzea. Arindu egin behar da estresa, eta apaldu egin behar da laguntzaren bila joateko joera. Sendagile zaintzaile batek integratu behar ditu pazientearen osasun-kezkak: alferrikako diagnostikoak eta terapiak ekidin behar ditu. Sendagile horrek, poliki-poliki, mugatu egin behar ditu paziente somatizatzaileak sendagileenera egiten dituen bisitak, izugarrizko dirutza xahutzen baita kontsulta horietan. Portaeraren terapia edo kognizio eta portaeraren terapia erabili izan dira nahaste honen tratamendurako (Allen, Woolfolk, Escobar, Gara eta Hamer, 2006; Sumathipala *et al.,* 2008).

5.1.3. Konbertsio-nahastea

Konbertsio-nahastea dutenek funtzionamendu fisikoaren gabeziak dituzte (afonia, mututasuna, itsutasuna, ukimenaren galera, paralisia, globus hystericus), patologia fisiko organikorik gabe. Zentzumenak edo borondatezko mugimenduak ukitzen dituzten sintomak dituzte (gorputzaren zati baten paralisia, azaleko inurridura-sentipena, sentipenen galera edo anestesia, afonia, anosmia, itsutasuna, gortasuna…), eta, ondorioz, pentsatzen dute gaixotasun mediko edo neurologiko bat dutela; baina azterketa medikoek esaten dute ez dagoela gaixotasun fisikorik. Horregatik pentsatzen da arrazoi psikologikoak daudela nahastearen oinarrian. Izan ere, konbertsio-nahasteak bat-batean agertzen dira estres-egoeretan, eta ardurei ihes egiteko eta arretagune izateko aukera ematen diote pertsonari. Konbertsio-nahastean gatazka inkontzienteak agertuko lirateke sintoma fisikoen bidez: gorputz-atal batera lekualdatuko litzateke gatazka inkontzienteek sortzen duten barne-herstura.

Gaur egun, konbertsio-nahaste deritzonari konbertsio-histeria zeritzon Freudek, energia sexual erreprimituaren adierazpentzat hartzen baitzituen sintomak. Histeria *hystera* hitz grekotik dator, eta ‘uteroa’ esan nahi du. Hipokratesek uste zuen histeria uteroak sortzen zuela, uteroak gorputzean zehar bidaiatzen duelako eta garuneko ehunak kitzikatzen dituelako hilekoaren garaian.

XVII. mendean, garunarekin lotu zuen histeria Willis-ek (1668), eta ez umontziaren desplazamenduarekin. Mende horretan bertan konbertsio-sintomen deskribapena egin zuen Sydenham-ek (1697).

XVIII. mendean, hilekoarekin lotu zituen Pinelek histerikoen emozio-erreakzio indartsuak, eta garaiz ezkontzea eta haur asko izatea aholkatzen zien.

XIX. mendean, Briquet-ek (1859) onartu zuen gizonek ere eduki zezaketela histeria; mende horretan sexualitatearen nahaste goiztiarrekin elkartu zuten histeria (Postel eta Quetel, 1993). Gilles de la Tourette-ek (1898) nortasun histerikoaren teatralismoa aztertu zuen. Janetek «histerikoen egoera mentala» honela deskribatu zuen 1893an: harremanak erotizatu egiten ditu, amodioaz hitz egiteko joera agertzen

du, baina frigidotasunaz igurtzita dago nahastea (Neyraut, 1974).

Charcot-en ustez, sintoma histerikoak sendatzeko bide egokia zen hipnosia; hark hipnosi bidez aztertu zituen konbertsio histerikoko sintomek eraman zuten Freud inkontzientea aurkitzera (Millon eta Davis, 2001). Breuer-ek egindako Anna O.-ren deskribapenaren bidez, berehala ikusi zuen Freud-ek sintoma histerikoen eta errepresio sexualaren arteko harremana: sedukzio-gertaerak emozio handia aktibatzen du, baina afektua ez da adierazten eta gertaeraren oroimena kontzientziatik kanpora gordetzen da; sedukzioak eragindako traumatismo sexuala inkontzientean gordetzen da, eta horretatik eratortzen dira konbertsio-sintomak. Kraepelin-ek (1904) bereizgarri hauek egotzi zizkion histerikoari: kitzikagarritasun handia, umore-egoeraren aldakortasun handia, emozio-eztandak, irudimen bizia, gauza eta esperientzia berrietarako joera.

Karl Jaspers-en arabera (1993), histerikoak itxurak egiten ditu: den baino gehiago dela edo sentitzen duen baino gehiago sentitzen duela erakutsi nahi izaten die besteei. Benetako sentimenduak agertu ordez, fikziozkoak edo behartuak agertzen ditu. Sarritan bere antzerki-lanean hainbeste murgiltzen da histerikoa, ezen ez baita konturatzen fikziozko sentimenduak agertzen ari dela.

Dupré-k (1925) histrionismoa eta histeria bereizi zituen: lehenak kognizioekin funtzionatzen du, eta bigarrenak gorputzarekin (somatizazio bidez).

Otto Fenichel-en (1945) arabera, arrazoirik gabeko emozio-eztandak, portaera dramatikoa, harremanak sexualizatzeko joera eta gezurretarako joera agertzen ditu histerikoak. Ikusleen aurrean antzeztuz eta besteei ikusle moduan parte harraraziz kudeatzen du barne-herstura.

W. Reich-ek 1933an sintoma fisikoetan oinarritutako histeria eta izaera histerikoa bereizi zituen. Hala ere, beti nahasi izan dira neurosi histeriko klasikoa eta nortasun histrionikoaren nahastea.

E. Fromm-en (1947) arabera, identitate-sentimendu ezegonkorra du histerikoak; betetzen dituen eginkizunen baturatik eratortzen da haren identitatea. Identitate hori besteei erakuts edo sal diezaiekeen neurrian edukiko du arrakasta. Beraz, benetako sentimenduetan oinarritutako identitatea ez zaio interesatzen.

Gabbard-ek (1994) nortasun histrionikoa eta nahaste histerikoa bereizten ditu. Nortasun histrionikoak aldakortasun afektibo gehiago, sedukziorako joera handiagoa, gutxiago landutako sexualitatea eta oldarkortasun gehiago agertzen ditu. Nahaste histerikoa dutenek erakargarritasun eta koketkeria sexual gehiago agertzen dute. Nahaste histrionikoa dutenak mendekoago agertzen dira, beren amodio-objektuarengandik urruntzean hertsaturik sentitzen dira, helburuak galtzen dituzte eta ez dute lortzen arrakastarik. Nahaste histerikoa dutenak sarri egoten dira beren amodio-objektuarengandik urrun, baina hala ere arrakasta eduki dezakete beren lanean.

Konbertsio-nahastea duenak sarritan ez du kezka handirik agertzen bere sintoma somatikoak direla-eta; horrelako egoera batean harrigarri samarra den sintomekiko axolagabetasuna *(belle indifférence)* agertzen du, eta horretan bereizi egiten da somatizazio-nahastea duenarengandik. Edonola ere, sintomekiko axolagabetasun hori ez da gertatzen konbertsio-nahastea duten pertsona guztiengan, nahaste hori dutenen bosten batean bakarrik baizik (Iezzi *et al.,* 2001).

Bulkada sexualak barne-herstura eragiten duenez, ezkutuko desira sexualak barne-hersturarik sor ez dezan, gorputzeko nahaste bihurtzen da barne-herstura. Horrela, konbertsio-sintomen eragileak barne-herstura eta estres-egoera dira. Ondorioz, konbertsio-nahastearen kasu askotan aurkitzen ditugu estres-egoerak (Ford eta Folks, 1985). Gatazka psikikoa gorputzean txertatzen da, eta engoitik pertsonak ez du izango gatazkari aurre egin beharrik. Adibidez, afonia bat garatzen du, esan ditzakeen hitzengatik errduntasunik ez sentitzeko, eta errduntasun-sentimenduak desagertu egiten dira. Konbertsio-sintomei esker ihes egiten dio hitz itsusiak esateak sortuko liokeen barne-hersturari.

Konbertsio-nahasteak, gaixotasun fisikoak bezala, uki dezake gorputzaren mugimena; uki dezake gorputzaren sentimena; eraso egin diezaioke gorputza barnetik, edo ager dezake nahaste horien guztien konbinazio bat.

Mugimena ukitzen duten konbertsio-nahasteen artean dugu konbertsio-paralisia. Konbertsio-paralisiak gorputzaren edozein atal uki dezake: eskua mugitu ezina, janaria irentsi ezina, ahoskatu ezina (afonia). Baina gorputz-atalen funtzioen galera nahiko selektiboa izaten da. Horrela, konbertsio-paralisi batek jota gurpildun aulkian dabilen batek arazoak izan ditzake eguneroko mugimendu-funtzio asko betetzeko, baina gurpildun aulkitik altxa eta korrika has liteke larritasun-egoera batean, ezin ibil zitekeela pentsatzen bazuen ere.

Zentzumenak ukitzen dituzten nahasteen artean sartzen ditugu ikusmen-sistemari erasaten diotenak (tunel-ikusmena, itsutasuna), entzumenari erasaten diotenak (gortasuna) eta anestesiak. Itsutasuneko konbertsio-nahastea duenak objektuak ekidin egin ditzake, objektuak ez dituela ikusten esaten badu ere. Konbertsio-gortasuna duenak esaten du ez dela entzuteko gai, baina bere izena entzuten du, eta horren arabera orientatzen da. Zentzumenezko inputa erregistratzen du, baina kinadak ez ditu kontzienteki eta esplizituki jasotzen. Ikusmen-diskriminazioko ariketak egitean, konbertsio-sintomak dituenak ikusi egiten ditu objektuak, eta ondo egiten ditu ariketak. Simulatzaileak, aldiz, gaizki egiten ditu ariketak, ez duela ikusten adierazi beharra izaten baitu.

Konbertsio-nahasteak nahiko arruntak izan ziren I. eta II. Mundu Gerretan. Konbertsio-sintomei esker gerra-eremua utz zezaketen, koldartzat hartuak izan gabe. Gaur egun maiztasun oso txikia dute, besteak beste, diagnostiko-tresna zorrotzagoak ditugulako.

Konbertsio-nahasteak, somatizazio-nahasteak bezala, bost aldiz maizago gertatzen dira emakumeen artean, gizonen artean baino (Maldonado eta Spiegel, 2001). Baina mutilen artean ere maiz gertatzen dira estres handiko garaietan. Konbertsio- eta somatizazio-nahasteak ugariagoak izaten dira maila sozioekonomiko baxukoen artean (Swartz, Blazer, Woodbury, Georges eta Landerman, 1986), klase-maila horietan egoera estresatzaile gehiago gertatzen delako. Konbertsio-nahastea duten pertsonen % 44,7k abusu fisikoren bat jasan izan du haurtzaroan (Sar, Akyüz, KundakÇi, Kiziltan eta Dogan, 2004). Gertaera edo egoera estresatzailea desagertzean, nahastea ere desagertu egiten da sarritan.

Konbertsioaren kausari dagokionez, gertaera traumatikoak gatazka eragiten du; gatazkak sortzen duen barne-herstura inkontzientean gordetzen da, baina, kontzientziaratzeko arriskua duenez, sintoma fisiko bihurtzen da (lehen onura). Sintoma fisikoak nabarmenak izaten dira, eta horiei esker arreta handia bereganatzen du konbertsioa egin duen pertsonak (bigarren onura). Lehen onurari dagokionez, konbertsio-sintomak agertzen dituzten pertsonek ez dute pertsona barne-hertsatuek baino barne-herstura gutxiago agertzen (Lader eta Sartorius, 1968).

Konbertsio-nahastea (DSM-IV-TR, 2000)

A irizpidea: borondatezko mugimenduen funtzioekin edo zentzumenen funtzioekin zerikusia duten sintoma edo gabezia baten edo gehiagoren presentzia, gaixotasun neurologiko edo mediko bat iradokitzen dutenak.

B irizpidea: faktore psikologikoak sintomarekin edo gabeziarekin elkartuak daudela pentsatzen da, zeren nahastearen hasieraren edo larritzearen aurretik gatazkak edo beste eragile batzuk gertatu baitira.

C irizpidea: sintoma edo gabezia ez da nahita gertatu, eta ez da simulatua (nahaste faktizioan edo simulazioan ez bezala).

D irizpidea: azterketa kliniko egoki baten ostean ikusi denez, sintoma edo gabezia ez da azaltzen gaixotasun mediko baten bidez, substantzia baten efektu zuzenengatik edo kultura aldetik normala den portaera edo esperientzia baten bidez.

E irizpidea: sintomak edo gabeziak klinikoki esanguratsua den ondoeza edo narriadura soziala, lan-arlokoa edo pertsonaren jardueraren beste arloren batekoa eragiten du, edo arreta medikoa eskatzen du.

F irizpidea: nahaste hau ez da diagnostikatu behar, baldin eta sintoma moduan mina edo disfuntzio sexuala bakarrik agertzen bada, somatizazio-nahaste baten buruan bakarrik agertzen bada eta beste nahaste mental baten bidez hobeto azaltzen bada.

Diagnostiko diferentzialari dagokionez, konbertsio-nahastea duena bereizi egin behar da gaixoaren itxurak egiten dituen simulatzailearengandik eta nahaste faktizioetatik. Itxurak egiten dituenak nahita ekoizten ditu edo exajeratu egiten ditu sintoma fisikoak, kanpoko helburu bat lortzearren: soldadutza ekiditeko, diru-laguntza lortzeko. Nahaste faktizioetan ere, pertsonak nahita ekoizten ditu sintoma fisikoak eta psikologikoak, baina ez dago kanpoko saririk, eta sintomak ekoiztera eramaten duten motiboak inkontzienteak dira; gaixo-rola hartzeak ematen duen asebetetzea bilatzen du; helburu horrekin, gaixotzeraino hel daiteke. Nahaste faktizioak, beraz, itxurak egitearen eta konbertsioaren artean koka litezke: sintomen itxurak nahita egiten dituzte (simulatzaileen moduan), baina ez dago itxurak egite horren atzean arrazoi materialik. Arrazoi bakarra gaixo-rola hartu eta familiako kideen arreta erakartzea da. Nahaste hau duten gurasoek beren seme-alabak gaixoaraz ditzakete, besteen arreta bereganatzeko (botere bidezko Münchausen-en sindromea, edo botere bidezko nahaste faktizioa).

Nahaste simulatzailea eta nahaste faktizioa dutenek iruzurra egiten dute, nahita. Konbertsio-nahastea dutenek ez dituzte nahita ekoizten sintomak; beren sintomen biktima sentitzen dira.

Konbertsio-erasoek epilepsia-erasoen antza izan lezakete, baina aldeak nabariak dira: konbertsio-arazoa dutenek ez dute agertzen elektroentzefalogramako anormaltasunik, oroimen-galerarik edo gihar-uzkurdurarik, eta ez dute galtzen orekaren edo esfinterren kontrolik.

Hipokondriaren kasuan, sintomen azpian dagoen gaixotasun larriak kezkatzen du pertsona; aldiz, konbertsio-nahastea duenaren arreta sintometan ardazten da, eta gaixotasunarekiko *belle indifférence* moduko bat ere agertzen du batzuetan.

Nahaste psikotikoak dituztenen haluzinazioek ukitzen dute errealitatearen zentzua, baina konbertsio-nahasteak dituztenen haluzinazioetan osorik dago errealitatearen zentzua; azken horiek ez dute sintoma psikotikorik agertzen.

Konbertsio-nahasteak bereizi egin behar dira oinarri neurologikoa duten arazoetatik. Konbertsio-nahastea dutenek inurridurak, zorabioak, orekaren galera edo espasmoak jasaten dituzte, baina ez diete jarraitzen anatomiaren eta fisiologiaren patroiei. Adibidez, eskularru-anestesiaren kasuan, beste eskualde bat izango luke ukitua, benetako oinarri neurologikoa baleuka.

Terapian, gertaera estresatzaileak ezabatu behar dira lehenik. Gero, kinadak, errefortzuak eta sariak erabiliko dira pazienteak mugimendu gehiago egin dezan. Ondoren, konbertsio-sintomen bigarren mailako onurak desagerrarazi behar dira; hau da, sintoma horiek direla-eta pazienteak erakartzen duen arreta desagerrarazi behar da. Batzuetan hipnosia ere erabiltzen da, arazoak konpontzeko terapiekin batera.

5.1.4. Minagatiko nahastea

Nahaste honen ezaugarri nagusia: pazienteak min iraunkor eta larria sentitzen du gorputzaren eskualde batean edo gehiagotan. Min fisikoa da pertsona hauen existentziaren ardatza. Oinarri medikorik gabeko min-sintomak ditu: sabeleko minak, buruko minak, hileko mingarriak, bizkarreko minak edo gorputzaren zati bat baino gehiagotako minak. Somatizazio-nahastearen antza du minaren sintomei dagokienez, baina ez du haren antzik beste sintoma motetan.

Kasu gehienetan, nahaste honen hasieran arrazoi fisiko batzuk egon dira, ziurrenik, baina nahastearen iraupenean faktore psikologikoek eragiten dute. Areago ere esango genuke: faktore psikologikoek eragina dute minaren hasieran, iraupenean eta larritasunean. Mina gatazka edo estresari lotua egon liteke, edo gogokoa ez den lan bati ihes egiteko edo besteen arreta erakartzeko bitarteko izan liteke. Mina edozerk sortzen duela ere, osagai psikologiko indartsua du. Mina faktore psikologikoei loturik badago, tratamendu psikologikoa edo diziplinarteko tratamendua behar du.

Arazo fisikoek eta psikologikoek dute garrantzia nahaste honetan. Horrela, DSM-IV-TRk bi azpimota bereizten ditu:

1. Faktore psikologikoekin lotua: aldagai psikologikoek betetzen dute funtzio nagusia minaren iraupenean.
2. Faktore fisiko eta psikologikoekin lotua: faktore psikologikoek eta fisikoek dute eragina minaren iraupenean.

Mina eskuarki beste nahaste mental batzuekin elkarturiko sintoma da. Barne-hersturako nahastearekin eta aldarte-nahastearekin batera sarritan diagnostikatzen da. Minagatiko nahastea dutenen % 20-50ek depresio nagusiaren nahastea du, eta % 60-100ek beste depresio mota batzuk ditu, batez ere depresio mota kronikoak. Nahaste hau duenak arazoak izaten ditu sarritan lan-munduan (lan-absentismoa) edo harremanen munduan, bakartu eta depresioan erortzen baita.

Pertsona baten loaldi sakona gutxitzen denean, handitu egiten da minarekin duen sentikortasuna. Alde batetik, min kronikoa duenak lo gutxiago egingo du; beste alde batetik, lo gutxiago egiten duenak minarekin sentikortasun handiagoa edukiko du. Minagatiko nahastea duten pertsonen % 84k loaren nahasteren bat ere agertzen du (Aigner eta beste, 2003).

Minagatiko nahastea (DSM-IV-TR, 2000)

A irizpidea: gorputzeko eskualde batean edo gehiagotan kokatzen den mina da koadro klinikoaren sintoma nagusia; medikuaren arreta behar izateko adina larritasun sortzen du min horrek.

B irizpidea: minak klinikoki esanguratsua den ondoeza eragiten du, edo narriadura soziala, lan-arlokoa edo pertsonaren jarduerako beste eskualde garrantzitsuren batekoa.

C irizpidea: pentsatzen denez, faktore psikologikoek eginkizun garrantzitsua betetzen dute minaren hasieran, larritasunean, larriagotzean edo iraunkortasunean.

D irizpidea: sintoma edo gabezia ez da simulatua edo nahita sortua (simulazioan eta nahaste faktizioan gertatzen ez den bezala).

E irizpidea: minagatiko nahastea ez da diagnostikatu behar, mina azal badaiteke aldarte-egoerako nahaste baten bidez, barne-hersturako nahaste baten bidez edo nahaste psikotiko baten bidez eta minak dispareuniaren irizpideak betetzen baditu.

Bi mota bereizi:

Minagatiko nahastea, faktore psikologikoei elkartua: faktore psikologikoak garrantzitsuak dira minaren hasieran, larritasunean, larriagotzean edo iraunkortasunean (gaixotasun medikoa badago, ez du eginkizun garrantzitsua betetzen minaren hasieran, larritasunean, larriagotzean edo iraunkortasunean). Minagatiko nahastea ez da diagnostikatu behar, somatizazio-nahastearen irizpideak betetzen badira.

Minagatiko nahastea, faktore psikologikoei eta gaixotasun medikoari elkartua: faktore psikologikoak eta gaixotasun medikoa garrantzitsuak dira minaren hasieran, larritasunean, larriagotzean edo iraunkortasunean.

Diagnostiko diferentzialari dagokionez, min fisikoa dutenek minaren deskribapen xeheagoa, zentzumenetan oinarrituagoa, ematen dute, eta egoera jakinei lotua ikusten dute min hori. Faktore psikologikoei elkarturiko mina somatizazio-nahastearen garaian bakarrik agertzen bada, ez da, gainera, faktore psikologikoei loturiko minagatiko nahastearen diagnostikoa egin behar. Somatizazio-nahastearen irizpide diagnostikoetako bat da mina. Minak dispareuniaren irizpideak betetzen baditu (harreman sexual mingarriak), ez da diagnostikatu behar minagatiko nahastea.

Tratamendu farmakologiko moduan antidepresiboak erabili izan dira. Biofeedback-teknikak ere erabili izan dira.

5.1.5. Gorputz dismorfikoaren nahastea (dismorfofobia)

Gorputz dismorfikoaren nahastea duenak gorputzaren alderdi batzuei buruzko kezka du; bere itxuran akats batzuk hautematen edo irudikatzen ditu, eta akats horietaz modu obsesiboan kezkaturik ageri da. Kezkarik handiena aurpegiaz edo buruaz du (sudurraren tamaina, ile gehiegi edo gutxiegi, zimurrak, asimetriak…), baina gorputzaren beste edozein alderdiren forma edo tamainaz ere kezkatu daiteke: azala, ilea, sudurra, begiak, hankak, baraila, bularrak, sabela, gerria, ipurdia.

Batez beste, nahaste hau dutenek gorputzaren lau alderdiri buruzko kezkak agertzen dituzte. Gizonen kezkak zakilari, gihar-masari edo ileari buruzkoak izaten dira batez ere; emakumeenak, berriz, aldakei, bularrei, azalari edo hankei buruzkoak. Kezka horiek ez diote uzten pertsonari bere lanean eta harremanetan jarduera normala

edukitzen. Itxura normala dutenean ere, pentsatzen dute oso itsusiak direla eta besteekin ezin dutela harremanik izan, besteek haien bizkar barre egingo dutelakoan.

Pertsona hauek ez ditu asebetetzen beren gorputzaren formak, eta etengabeko kezka dute horretaz. Batzuek etengabe begiratzen diote beren buruari ispiluan, beren akatsa desagertu ote den egiaztatzeko; egiazta dezakete akatsa ez dela hainbesterako, baina gehienetan ispilura begiratu aurretik baino okerrago gelditzen dira (Veale eta Riley, 2001). Beste batzuek ispiluak ekidin egin nahi izaten dituzte, eta horretarako etxeko ispilu guztiak ken ditzakete. Etxetik ez dira sarritan irteten, edo, irteten badira, beren gorputzaren forma estaliko duten jantziak eramango dituzte.

Eguneroko jarduerak albora uzten dituzte, beren akats fisikoak ikustean beste pertsonek baztertu egingo dituztela pentsatzen baitute. Beren akatsen inguruko «erreferentzia-ideiak» dituzte, hau da, pentsatzen dute beste pertsonen solasgai direla; horregatik, ez dira ekitaldi sozialetara joango, besteek ikus ez ditzaten gorputzean dituzten akatsak.

Nahaste hau dutenen ehuneko handi batek depresio-nahasteak, barne-hersturako nahasteak, nahaste psikotikoak edo fobia soziala du; sarritan agertzen dute nortasun saiheskariaren nahastea, mendeko nortasunaren nahastea, nortasun obsesibo-konpultsiboaren nahastea edo nortasun paranoidearen nahastea. Nahaste horiek direla-eta, etxean bakarturik gelditzen dira sarritan, eta suizidio edo suizidio-saio ugari egiten dituzte (Phillips, 2001; Phillips eta Menard, 2006). Besteek baztertuko dituzten beldur badira ere, beste pertsonek gehienetan ez dute ikusten akats berezirik pertsona horietan.

Sendagilearenera edo zirujau plastikoarenera sarritan joaten dira (liftingak, liposukzioak, errinoplastiak eta abar egitera), baina psikologoarengana bideratu behar lirateke.

Populazio orokorrean % 0,7-2,4ko maiztasuna du gorputz dismorfikoaren nahasteak (Rief, Buhlmann, Wilhelm, Borkenhagen eta Brähler, 2006). Gure kulturan duen maiztasunari dagokionez, alde handirik ez dago sexuen artean, baina neskek gehiagotan agertzen dute. Beste kultura batzuetan, hala nola Japonian, mutilek sarriagotan. Nerabezaro hasieran agertzen da eskuarki, pertsona bere itxuraz kezkatzen hasten denean.

Etiologiari dagokionez, psikoanalisiak dio lekualdatze-mekanismoa baliatzen duela pertsonak: azpiko gatazka inkontzientea kontzientziara sartuko balitz, barne-herstura sortuko luke; horregatik, gorputzaren zati batera lekualdatzen da gatazka, eta inkontzientean jarraitzen du.

Gorputz dismorfikoaren nahastea (DSM-IV-TR, 2000)

A irizpidea: itxura fisikoan irudikatzen den akats batengatik kezka. Akatsa irudikatua da, edo, existitzen bada, gehiegizkoa da hari buruzko pertsonaren kezka.

B irizpidea: klinikoki esanguratsua den ondoeza edo narriadura soziala, lanarlokoa edo pertsonaren jarduerako beste arlo garrantzitsu batzuetakoa sortzen du kezkak.

C irizpidea: beste nahaste mental baten (adibidez, tamainagatiko eta gorputzaren siluetagatiko asebetetasunik eza) presentziak ez du hobeto azaltzen kezka.

Gorputz dismorfikoaren nahastea negozio-iturri garrantzitsua izan liteke kirurgia estetikoa egiten dutenentzat. Nahaste hori duten pazienteek sarri jotzen dute kirurgiara, baina ez dute onurarik lortzen horretatik; askotan, gainera, lehen baino kezka handiagoa izaten dute kirurgia egin ondoren (Phillips, McElroy eta Keck, 1993). Beraz, kirurgia eskatzen duten pertsonek nahaste hau duten detektatu behar litzateke, kirurgia egitea erabaki aurretik, ezaguna baita kirurgia egiten duten pertsona batzuek nahaste hau dutela.

Diagnostiko diferentzialari dagokionez, ez da diagnostikatu behar nahaste hau anorexia nerbiosoak (pisuagatiko kezkak) edo identitate sexualeko nahasteak (bereizgarri sexual primario eta sekundarioen desegokitasunagatiko ondoeza) hobeto azaltzen badu kezka.

Hipokondriasia duena sentipen fisikoek kezkatzen dute. Dismorfofobia duena itxura fisikoak kezkatzen du. Nahaste somatomorfo bat baino gehiago batera gerta daitezke: adibidez, somatizazioa eta konbertsioa; baina dismorfofobia ez da gertatzen nahaste somatomorfoekin batera.

Dismorfofobia-nahastearen eta nahaste obsesibo-konpultsiboaren artean antzekotasunak daude; antzeko obsesioak eta erritualak agertzen dituzte. Gorputz dismorfikoaren nahastea dutenek kezka iraunkorrak, sakonak eta izugarriak dituzte beren itxurarengatik, eta portaera konpultsiboetan murgiltzen dira: etengabe egiaztatzen dute beren itsustasuna ispiluan. Kezka obsesiboak agertzen dituzte beren itxura fisikoagatik; baina, nahaste obsesibo-konpultsiboa diagnostikatzeko, kezkek ez dute mugatu behar itxura fisikoagatiko kezketara.

Kasu batzuetan elikadura-nahasteekin erlazionatzen da gorputz dismorfikoaren nahastea, gorputz-irudiaren distortsioa gertatzen baita bi nahasteetan.

Gorputz dismorfikoaren nahastea duten pertsonek jaso dezakete tipo somatikoko eldarniozko nahastearen diagnostikoa ere; horretarako, beharrezkoa da beren itxura fisikoaren akats irudikatuari buruzko kezkak eldarniozko intentsitatea lortzea.

Koro sindromea edo zakilaren barneratzearen sindromea egon daitezke gorputz dismorfikoaren nahastearekin erlazionatua, baina biak ezberdinak dira, Koro sindromeak iraupen laburragoa duelako, azalpen arrazionalei erantzun positiboa ematen dielako eta epidemia-forma hartzen duelako.

Japoniarren *taijin kyofusho* nahastea ere (arnasarekin batera botatzen den kiratsaren beldurrak sortutako fobia sozialaren aldaera) egon daiteke dismorfofobia-nahastearekin erlazionatua.

Gorputz dismorfikoaren nahasteak erantzun txarra ematen dio tratamendu kirurgiko estetikoari. Hasierako kexuek iraun dezakete, edo gorputzeko beste zati batera pasa litezke. Tratamendu farmakologikoa ere erabili izan da. Tratamendu psikologikoen artean eraginkorra gertatu da kognizio eta portaeraren terapia (Neziroglu eta Yaryura-Tobias, 1993; McKay, 1999).

5.1.6. Nahaste somatomorfo espezifikatu gabea

Kexu somatikoak agertzen ditu, baina oinarri fisikorik gabeak. Gutxienez sei hilabete irauten dute kexu horiek, baina somatizazio-nahastearen irizpide guztiak ez ditu betetzen. Neurasteniaren neke eta ahultasun iraunkorrak hemen kokatuko lirateke.

Nahaste somatomorfo espezifikatu gabearen irizpideak (DSM-IV-TR, 2000)

A irizpidea: sintoma fisiko bat edo gehiago (adibidez, nekea, apetitu-galera, urdail eta hesteetako sintomak, eta gernubideetako nahasteak).

B irizpidea: gaixotasun mediko baten presentziak edo substantzia (droga edo sendagai) baten efektu zuzenak ezin ditu azaldu sintomak; edo, gaixotasun mediko bat baldin badago, sintoma fisikoak edo narriadura soziala edo lan-arlokoa gehiegizkoak dira historia klinikoa, azterketa fisikoa edo laborategiko aurkikuntzak kontuan izanda.

C irizpidea: sintomek ondoez kliniko esanguratsua edo narriadura soziala, lan-arlokoa edo pertsonaren jardueraren arlo garrantzitsuren batekoa eragiten dute.

D irizpidea: nahastearen iraupena 6 hilabetekoa da gutxienez.

E irizpidea: nahastea ez du hobeto azaltzen beste nahaste mental baten eraginak (adibidez, beste nahaste somatomorfo bat, disfuntzio sexualak, aldarte-egoerako nahasteak, loaren nahasteak edo nahaste psikotikoak).

F irizpidea: sintomak ez dira nahita agertzen, eta ez dira simulatuak (nahaste faktizioan edo simulazioan gertatzen denaren kontra).

Diagnostiko diferentzialari dagokionez, nahaste somatomorfo espezifikatu gabea eta somatizazio-nahastea honetan bereizten dira: azken horretan sintoma ugari agertzen dira, 30 urte baino lehen agertzen dira eta hainbat urte irauten dute. Nahaste somatomorfo espezifikatu gabean 6 hilabete baino gutxiago irauten dute sintomek.

Nahaste faktizioetako eta simulatuetako sintoma fisikoak nahita edo itxurak eginda sortzen dira, eta horretan bereizten dira espezifikatu gabeko nahaste somatomorfotik.

5.1.7. Nahaste faktizioa

Nahita sortzen dira edo itxurak egiteko ekoizten dira zeinu eta sintoma fisiko edo psikologikoak; gaixoaren rola hartu ahal izatea da helburua, ez beste onura batzuk lortzea. Pazienteak batzuetan sintomak asmatzen ditu; besteetan, sintomak exajeratzen ditu; sintomak faltsutu ere egin ditzake edo bere buruan sintomak eragin ere bai. Batzuetan sintoma psikologikoak dira nagusi; beste batzuetan sintoma fisikoak. Badira sintoma edo zeinu fisiko eta psikologikoak konbinatzen dituztenak ere.

DSM-5en lau irizpide aipatzen dira *norberarengan gertatzen den nahaste faktizioa* diagnostikatzeko: 1) zeinu eta sintoma fisiko eta psikologikoak faltsutzen dira; 2) norbera gaixo moduan aurkezten da besteen aurrean; 3) portaera nabarmena da, ageriko irabazirik ez dagoen arren; 4) portaera hau ez du beste nahaste batek hobeto azaltzen. *Bestearengan gertatzen den nahaste faktizioa* diagnostikatzeko antzeko sintomak agertzen dira, baina beste pertsona bat aurkezten da gaixo moduan.

Nahaste faktizioa duen pertsonak edozein gaixotasun eragin diezaioke bere buruari edo beste norbaiti: hemorragiak, zauriak, anemia, infekzioak. Teknika ugari erabil ditzake, bere buruari edo besteei gaixotasunak eragiteko: sintomak asmatu, sortu edo exajeratu; bere burua edo besteak kutsatu edo pozoindu; bere gaixotasuna estilo dramatikoz kontatu (pseudologia fantastikoa da pertsona horien bereizgarrietako bat).

Bereizi egin behar dira nahaste faktizioak nahaste somatomorfoetatik eta simulazio-nahasteetatik. Nahaste faktizioetan, pazienteak berak sortzen ditu sintomak, edo itxurak egiten ditu, eta horrela inkontzienteki irabazi bat lortzen du; hau da, besteen arreta erakartzen du. Simulazio-nahasteetan ere sintomak probokatu edo itxurak egiten ditu pertsonak, baina kanpoko irabazi bat lortzearren. Nahaste somatomorfoetan, berriz, sintomak ez dira nahita sortzen.

Nahaste faktizioen kausen artean autokontzeptuaren goratzea aipa liteke. Izan ere, asebetetzailea ez den autokontzeptu bat elikatzeko edo konpentsatzeko balio dezake nahaste horrek. Alde horretatik, nahaste hori dutenek autoestimu eskasa agertzen dute, sarritan gertatu izan baitira tratu txarrak nahaste faktizioa duten pertsonen haurtzaroan.

Nahaste honen ebaluazioan, lehenik, etiologia organikoa baztertu behar da. Ondoren, pazienteak sendagilea nahita iruzurtzen duen aztertu behar da. Azkenik, nahastearen oinarrian dagoen motibazio ezkutua arakatu behar da.

Tratamendu gisa estrategia bortitza edo estrategia biguna erabil daitezke. Nahasteari aurre egiteko estrategia bortitzean, sintomak nahita ekoizten ari dela esaten zaio pazienteari, eta horren froga zehatzak jartzen zaizkio aurrean. Estrategia bigunean, tratamendu psikologikoa eskaintzen zaio, egoera estresatzaileari modu egokiagoan aurre egin diezaion. Batzuetan pazienteari adierazten zaio terapiarekin aurrera jarraitu beharra duela, bestela sintomak nahita sortu dituela ondorioztatuko baita.

Münchausen-en sindromean, arreta eta tratamendua bilatzen ditu pazienteak; horretarako, bere burua lesionatzen du, eta gaixotasunen zeinu eta sintomak ekoizten ditu. Sintoma horiei esker ospitaleratu egiten dute, eta tratamenduak jasotzen ditu.

Botere bidezko Münchausen-en sindromea duenak sintoma fisiko eta psikologikoak eragiten dizkio bere mende dagoen pertsona bati, edo pertsona horrek gaixo dagoela sinetsarazten dio jendeari. Bere semearen edo alabaren gaixotasuna eragiten du, besteen arreta eta errukia erakartzeko.

Münchausen izena von Münchausen baroiarengandik datorkio. Errusiarren eta turkoen arteko gerratik itzultzean, istorio fantastikoak kontatzen zituen baroi horrek, Rudolf Raspe-ren *The Surprising Adventures of Baron Münchausen* liburuan jasotzen den moduan. Münchausen-en sindrome deritzon horretan, amak edo aitak haurraren zeinu eta sintomak nahita aldatzen ditu edo harengan gaixotasunak eragiten ditu, besteen arreta erakartzeko asmoz. Laborategiko probak manipulatzen ditu edo haurrak intoxikatzen ditu, eta sendagileak haurra tratatzera behartzen ditu. Botere bidezko Münchausen-en sindromean haurrek agertzen dituzten sintoma arruntenak honako hauek dira: ubeldurak, hematuria, aldaketa hematologikoak, krisi konbultsiboak, hausturak, objektu arrotzak digestio-hodian, apneak, kakeriak, okadak, erupzioak, sukarra, giltzurrunen endekapena, nefritisa, infekzioak, pozointzeak edo zauriak.

Sindrome honetan inplikaturik dauden amek jendearen ezagutzaren premia handia dute; tratamendu medikoak ezagunak egiten zaizkie, pairamen handiko pertsona moduan agertzen dira, eta gizartean dituzten eginkizunei ihes egiten ikusten ditugu sarritan. Aitak, berriz, familiatik urrundu samartuak ikusten ditugu.

Zaila izaten da botere bidezko Münchausen-en sindromea diagnostikatzea. Haurren portzentaje handi bat hil egiten da, gurasoen nahastea diagnostikatu baino lehen. Osasun-arloko langileei kostatu egiten zaie pentsatzea guraso bat bere haurrari gaixotasuna eragiten ari zaiola. Nahaste hau diagnostikatzeko eta haurraren gaixotasunen sorreran zaintzaileak betetzen duen papera egiaztatzeko haurra eta zaintzailea bereizi egin behar izaten dira, edo zaintzailearen eta haurraren arteko harremanak bideoz grabatu behar izaten dira sarritan.

Baina badira botere bidezko Münchausen-en sindromearen susmoak egitera eramaten duten faktoreak: pertsona behatua denean agertzen dira batez ere sintomak;

haurraren gaixotasunaren sintomak amarekin kontaktuan dagoenean agertzen dira batez ere; ibilbide kliniko aldakorra du: patologia berria agertzen da, hasierako esplorazioek emaitza negatiboak izan dituztenean; hainbat ospitaletan agertzen dira haurraren historial medikoak; ama ez da une batean ere aldentzen haurrarengandik; tratamendu medikoa eta ospitaleko errutinak gehiegi ezagutzen ditu amak.

Botere bidezko Münchausen-en sindromea duen pertsonak sarritan jasaten du nortasun disoziatuaren nahastea ere. Antzeko sintomak agertzen dituzte sarritan disoziazio-nahastea duenak eta Münchausen-en sindromea duenak: gezur ugari esatea, gogoratzen ez dituzten ekintzak egitea, istorio fantastikoak asmatzea, haurtzaroko abusuak jasatea edo disoziazio-ihesak egitea.

Nahaste faktizioak (DSM-IV-TR, 2000)

A irizpidea: zeinu edo sintoma fisiko edo psikologikoak dituztelako itxura egiten dute edo nahita ekoizten dituzte sintomak.

B irizpidea: gaixoaren papera bereganatzen saiatzen da pertsona.

C irizpidea: portaerarentzat kanpoko piztailerik ez dago (adibidez, irabazi ekonomikorik, lege-ardurak ekiditerik, ongizate fisikoaren hobekuntzarik, simulazioan gertatzen den moduan).

Azpitipoak:

Nahaste faktizioak, zeinu eta sintoma psikologikoen nagusitasunarekin: zeinu eta sintoma psikologikoak dira nagusi koadro klinikoan. Depresioagatik, bere buruaz beste egiteko ideiengatik, oroimenaren galeragatik, haluzinazioengatik edo eldarniozko ideiengatik kexatzen dira.

Nahaste faktizioak, zeinu eta sintoma fisikoen nagusitasunarekin: zeinu eta sintoma fisikoak dira nagusi koadro klinikoan. Infekzioak, mina, anemia, hemorragiak, okadak, sukarra, Münchausen-en sindromea simulatzen edo eragiten dute (ospitaleratze errepikatua).

Nahaste faktizioak, zeinu eta sintoma psikologiko eta fisikoekin: zeinu eta sintoma psikologiko eta fisikoen konbinazioa dago, koadro klinikoan bata besteari nagusitu gabe.

Diagnostiko diferentzialari dagokionez, simulazioan kanpoko piztaile bat dago, nahaste faktizioan ez bezala. Simulatzaileek sintomak sortu eta ospitaleratzea bilatzen dute, nolabaiteko irabazi materiala lortzeko; adibidez, konpentsazio ekonomikoa edo lege-mailako konpentsazioa lortzeko edo onura nahiz erosotasun profesionala lortzeko.

5.2. DISOZIAZIO-NAHASTEAK

Funtzionamendu psikologiko normalean integratu egiten ditu pertsonak hautematearen, identitatearen, oroimenaren eta kontzientziaren funtzioak. Baina, egoera batzuetan, funtzio horien integrazioa desagertu egiten da. Horrela, normalean elkarrekin loturik eta integraturik gertatzen ziren prozesuak bereizi egiten dira. Disoziaturik doazen esperientziak ez ditu pertsonak bere identitatearekin lotzen. Pentsamendu eta oroitzapen batzuk bere identitatearen zentzutik bereizita bizi ditu. Horrela, eguneroko bizitzan etengabe egiten ditu gauzak inkontzienteki. Adibidez, burua beste zerbaitetan duela autoa gidatzen duenean. Ekintza bat baino gehiago aldi berean egiten dituenean, portaera horietako bati buruz kontziente da pertsona, baina besteaz ez. Kontzientziarik gabe eta automatikoki egiten dituen ekintzak oroitzapen inplizitu bidez gogoratzen ditu.

Disoziazio-nahasteetan ez dira normalki integratzen eta koordinatzen pertsonaren kognizioak. Estresari ihes egiteko helburuaz disoziazio patologikoa egiten du pertsonak, eta bere memoria autobiografikotik aldendu egiten da. Horrela, gertaera traumatiko batek pertsonari izugarrizko zirrara eragin bazion ere, inolako emoziorik sentitu gabe pentsa dezake gertaera horretan, disoziazioa egitea lortzen duenean. Trauma osteko estreseko nahastean sarri gertatzen da horrelako disoziazioa (kamuste afektiboa).

Disoziazio-nahastearen sintomak izan daitezke portaerei, afektuei, kognizioei edo sentipen fisiologikoei dagozkienak

- Despertsonalizazio-nahastea: prozesu mentaletatik eta bere gorputzetik urrundua dagoela sentitzen du, modu iraunkor eta errepikatzailean. Norberaren edo *self*aren esperientzia aldatua dago.
- Disoziazio-amnesia: informazio pertsonal garrantzitsua, sarritan izaera traumatikokoa eta estresatzailea dena; oroitzeko gaitasunik eza, estres-esperientzia baten ondoren gertatzen dena.
- Disoziazio-ihesa: bat-batekoak edo ustekabekoak diren bidaiak, etxetik edo lanpostutik urrun, iraganaz oroitzeko gaitasunik ezari lotuak, norbere identitateari buruzko konfusioa eta identitate berriaren ezarpena dakartzatenak.
- Identitate disoziatuaren nahastea: identitate-egoera baten edo gehiagoren presentzia; identitate horiek independenteki ekiten dute, pertsonaren portaera txandaka kontrolatzen dute, eta ezin izaten dute gogoratu beste identitateei dagokien informazio pertsonal garrantzitsua.

5.2.1. Despertsonalizazio-nahastea

Desrealizazioan kanpoko munduaren errealitatearen zentzua galtzen bada, despertsonalizazioan norbere buruaren errealitatearen zentzua galtzen da, norberaren esperientziaren zentzua aldatzen da.

Gertaera estresatzaileak bizi dituzten pertsona batzuek beren buruari buruzko irrealtasun-sentimenduak agertzen dituzte. Irrealitate-sentimenduak larriak direnean eta pertsonaren funtzionamendua menderatzen dutenean, despertsonalizazio-nahasteaz hitz egiten da.

Nahaste hau duena irreala balitz bezala sentitzen da. Bere gorputzetik eta gogamen-prozesuetatik berezia sentitzen da, automata bat edo robot bat balitz bezala; bere gorputzaren gainean flotatzen ariko balitz bezala sentitzen da. Despertsonalizazio-aldian errealitate-zentzua gordetzen da, psikosirik ez badago. Baina desrealizazio-esperientzia ere gerta daiteke. Despertsonalizazio- eta desrealizazio-garaian, norbera eta mundua arrotz eta automata gisa bizi dira. Bere gorputzetik kanpora balego bezala sentitzen da. Ohikoak ez diren esperientziak bizi izaten ditu: bere ahotsa bitxia iruditzen zaio; makropsiak edo mikropsiak bizi izaten ditu (adibidez, bere besoa den baino handiagoa edo txikiagoa ikusten du).

Bere sintomak ezin ditu hitzez adierazi. Portaera mekanikoa du.

CIE-10ek kategoria honetan despertsonalizazioa (norbere buruaren hautemate asaldatua) eta desrealizazioa (errealitatearen hautemate asaldatua) biltzen ditu.

Batzuetan esperientzia primarioa da despertsonalizazioa. Baina gertaera sekundario moduan ere agertzen da despertsonalizazioa, izu-ikararen nahastean, mugako nortasunaren nahastean, depresioan eta eskizofrenian. Horrela, batzuetan egoera psikotikoen garapenaren aitzindaritzat hartzen dira despertsonalizazio-sentimenduak.

Despertsonalizazio-nahastea (DSM-IV-TR, 2000)

A irizpidea: norberarengandik urrundua dagoela edo norbere prozesu mentalen edo gorputz-prozesuen kanpoko behatzaile (amets batean balego bezala sentitzea) dela sentitzen du modu iraunkor eta errepikatzailean. Norbere ekintzen kontrola galdua duelako sentipena.

B irizpidea: despertsonalizazio-garaian errealitate-zentzua ukitu gabe dago.

C irizpidea: despertsonalizazioak ondoez kliniko esanguratsua edo narriadura soziala, lan-arlokoa edo pertsonaren jardueran garrantzitsua den arloren batekoa sortzen du.

D irizpidea: despertsonalizazioa nahaste mental askotan gerta daitekeenez, ez da diagnostiko hori egin behar asaldura beste nahaste mental batekin batera agertzen bada (hala nola eskizofrenia, barne-hersturako nahastea, estres akutuko nahastea edo beste disoziazio-nahaste bat), eta ez du gertatu behar substantzia baten (drogak edo sendagaiak) edo gaixotasun mediko baten (lobulu frontalaren epilepsia) efektu fisiologiko zuzen batengatik.

Diagnostiko diferentzialari dagokionez:

- Substantzia baten efektu fisiologiko zuzenagatik gertatzen den despertsonalizazioa bereizi egiten da despertsonalizazio-nahastetik, substantzia delako despertsonalizazioarekin etiologikoki lotua dagoena.
- Despertsonalizazio-nahastea ez da modu bereizian diagnostikatu behar, herstura-nahastearen zati den izu-ikarako krisialdi batean gertatzen denean, edo fobia sozial baten edo estres akutuko nahastearen edo trauma osteko estresaren garaian bakarrik agertzen badira sintomak.
- Eskizofrenian gertatzen ez den bezala, nahaste honetan errealitate-zentzua ukitu gabe dago eskuarki.
- Despertsonalizazioari elkarturiko sentimenduen galera depresioaren antzekoa da. Baina despertsonalizazio-nahastea duten pertsonen sentimenduen galera despertsonalizazio-agerpenei (norberarengandik urruntzeari) loturik doa, eta deprimitua ez dagoen pertsonarengan ere gertatzen da.

5.2.2. Disoziazio-amnesia

Disoziazio-amnesia duenak ezin izaten du gogoratu aurrez pilatutako informazio pertsonal garrantzitsua. Amnesia psikogeno hau gertaera estresatzaile larriei (gerrak, bortxaketak, istripu katastrofikoak…) emandako erantzuntzat hartzen da. Trauma osteko estreseko nahastearen sintoma izan liteke. Traumari buruzko informazioa ez da behin betiko galdu; amnesia gainditu ondoren, berriro berreskura daiteke. Itxuraz ahantzia den informazio pertsonal hori kontzientzia-mailaren azpian gordetzen da, eta hipnosi bidez berreskura liteke.

Gehienetan, oroimen-galerak gertaera traumatikoaren ondorengo gertaerak ukitzen ditu. Batzuetan, pertsonaren bizitza osoa ukitzen du, edo gertaera traumatikotik gaur egunera bitarteko epea ukitzen du, edo gertaera batzuk ukitzen ditu bereziki. Disoziazio-amnesia duenak askotan ezin izaten ditu gogoratu bere bizitza pertsonaleko edo bere identitateko alderdi batzuk (oroimen autobiografikoa), baina oinarrizko oroimen-gaitasunei eusten die (memoria semantikoa, prozeduren memoria). Erabateko amnesia gertatzen denean ere, lagunak edo senitartekoak ez ezagutzea gerta liteke, baina hala ere haiekin hitz egiteko, idazteko, arrazoitzeko gaitasunei eusten die. Amnesia-aldian pertsonaren portaera normala da, oroimen-galerak dakarkion desorientaziotik at.

Lau amnesia psikogeno mota bereizten ditu DSM-IV-TRk:

- Amnesia lokalizatua: denboraldi jakin batean (adibidez, auto-istripu baten ondorengo orduak) jazo diren gertaerak ezin ditu gogoratu.
- Amnesia selektiboa: denboraldi jakin batean gertatutako gauzak ahanzten ditu, baina ez denak.

– Amnesia orokortua: bizitzako gertaera guztiak ahanzten ditu; nortasun anizkoitzean gertatzen da.
– Amnesia jarraitua: gertaerez oroitu ezina, une jakin batetik hasi eta gaur arte (izaera psikogenoa duen amnesia aurrerakaria).

Disoziazio-amnesia (DSM-IV-TR, 2000)

A irizpidea: asaldura nagusia honetan datza: pertsonarentzat garrantzitsua den informazioa gogoratzeko gaitasun-gabeziako pasarte bat edo gehiago, normalean izaera traumatikoa edo estresatzailea duen gertaera batek eragina; nahastea zabalegia da ahanztura arrunt batez azaltzeko.

B irizpidea: asaldura ez da identitate disoziatuaren nahastean, disoziazio-ihesean, trauma osteko estreseko nahastean, estres akutuko nahastean edo somatizazio-nahastearen buruan bakarrik agertzen, eta ez da gertatzen substantzia baten (drogak edo farmakoak) edo gaixotasun mediko edo neurologiko baten (garun-traumatismoaz gertatutako nahaste amnesikoa) efektu fisiologiko zuzenengatik.

C irizpidea: sintomek ondoez kliniko esanguratsua edo narriadura soziala, lan-arlokoa edo pertsonaren jardueran garrantzitsua den arloren batekoa sortzen du.

Diagnostiko diferentzialari dagokionez, garun-traumatismoak eragindako amnesia-nahasteak traumaren aurreko eta ondorengo gertaeren oroitzapena ukitzen du: oroimen atzerakari eta aurrerakaria. Disoziazio-amnesian, aldiz, oroitzeko zailtasuna ia beti aurrerakaria da: lesioaren ondorengo aldia ukitzen du.

Amnesia organikoa eta amnesia psikogenoa ere bereizi egiten dira. Egoera konfusionalean eta dementzian, pertsonaren arazoei dagokien oroimenaren galera ezagutza-narriaduraren marko orokor batean murgildua dago. Aldiz, disoziazio-amnesian oroimen-galerak informazio autobiografikoa ukitzen du, eta ezagutza-gaitasunak ondo gordetzen dira. Garunaren nahaste endekapenezkoetan, oroimenaren galera ez da estres-gertaerei loturik agertzen; poliki-poliki eta beste nahaste kognitibo batzuei loturik gertatzen da, eta material berria ikasi ezina eragiten du; identitate pertsonaleko galera ez da maiz gertatzen nahaste organikoetan, dementzia aurreratuetan izan ezik. Informazio ahantziaz oroit liteke amnesia psikogenoetan, hipnosiaren bidez; material berriaren ikasi ezina ez da maiz gertatzen amnesia psikogenoetan.

Disoziazio-iheseko edo identitate disoziatuaren nahastean bakarrik gertatzen bada amnesia, ez da egin behar disoziazio-amnesiaren diagnostikoa.

5.2.3. Disoziazio-ihesa

Oroimen-galera bat-bateko ihesaldi batez (edo zenbaitez) agertzen da. Pertsona bere bizilekutik atera, eta ustekabeko lurralde batean aurkitzen da: ezin da oroitu zergatik eta nola iritsi den hara. Disoziazio-amnesian baino zabalagoa da oroimen-

galera. Ihes egin duenean, egoera eramanezin bat utzi du atzean. Erabat amnesiko bihurtzen da: etxea eta lana uzten ditu, izen berria hartzen du, eta bizitza berria egiten du. Ihesaldi horretan sarritan identitate eta nortasun berri bat hartzen du, edo identitate zaharrari buruz nahasia dago.

Disoziazio-ihesa ez da agertzen nerabezaroa baino lehen. Eskuarki helduaroan gertatzen da. Estres larri bat bizi izan duenean gertatzen da disoziazio-ihesa. Nahasteak hilabete batzuk iraun dezake, eta ihesaldia bat-batean amaitzen da. Etxera itzultzean sarritan ez du gogoratzen zer egin duen ihesaldian.

Disoziazio-ihesarekin erlazionaturiko nahasteak *amok, pivloktoq nahastea* edo *Frenzy witchcraft* nahasteak dira. Trantze-egoera horretan animaliak edo pertsonak hiltzera hel daiteke nahastea duena.

Disoziazio-ihesa (DSM-IV-TR, 2000)

A irizpidea: etxetik edo lanpostutik urrun dagoen tokiren batera bat-bateko edo ustekabeko bidaiak egitea da nahaste honen bereizgarri nagusia, eta pertsona ez da bere iragana gogoratzeko gauza.

B irizpidea: identitate pertsonalari buruzko konfusioa agertzen du, edo identitate berri bat (zatikakoa edo osoa) bereganatzen du.

C irizpidea: nahastea ez da identitate disoziatuaren nahastean zehar bakarrik agertzen, eta ez da gertatzen substantzia baten (drogak edo sendagaiak) ondorioz edo gaixotasun mediko baten (lobulu tenporaleko epilepsia) eraginez.

D irizpidea: sintomek ondoez kliniko esanguratsua edo narriadura soziala, lan-arlokoa edo pertsonaren jardueran garrantzitsua den arloren batekoa sortzen dute.

Diagnostiko diferentzialari dagokionez, ihesaren sintomak identitatearen disoziazio-nahaste batekin batera bakarrik agertzen badira, ez da disoziazio-ihesa diagnostikatu behar.

Disoziazio-amnesia eta despertsonalizazio-nahastea ez dira modu bereizian diagnostikatu behar, amnesia- eta despertsonalizazio-sintomak disoziazio-ihesaren garaian bakarrik gertatzen direnean.

Ihesa simula dezakete: lege-arazoei, arazo ekonomiko edo pertsonalei ihes egin nahi dieten pertsonek, edo borroka ekidin nahi duten soldaduek.

5.2.4. Trantze disoziatiboaren nahastea

Gertaera disoziatiboak trantze edo deabrutze moduan agertzen dira: kulturan garrantzitsua den espiritu batek hartua egoteari egozten zaizkio sintoma disoziatiboak edo identitatearen aldaketak. Trantzeak, deabrutzeak edo espirituak kultura- eta erlijio-praktiken zati dira, eta ez dira patologikotzat hartzen kultura jakin

baten testuinguruan gertatzen direnean. Trantze disoziatiboak dira, esate baterako, Nigeriako *vinvuza*, Thailandiako *phii pob*. Baina trantze disoziatiboaren nahastetzat edo patologikotzat hartzen dira kulturalki desiragarriak ez direnean. Trantze-nahasteak eta disoziazio-nahasteak sarriagotan gertatzen dira emakumeen artean, eta estresari edo traumatismoei loturik daude.

5.2.5. Identitate disoziatuaren nahastea

Disoziazio-nahastea duenak gutxienez bi identitate edo bi nortasun-egoera edo alter ditu. Izateko, sentitzeko eta jokatzeko modu ezberdinak ditu. Pertsonaren identitatearen, oroimenaren eta kontzientziaren alderdi batzuen integrazioan porrota gertatu da, eta nortasunaren integrazio-maila apal hori zirkunstantzia berezi batzuetan nabarmen gelditzen da: estres-egoeretan. Egoera horietan, pertsonak galdu egiten du errealitatearen zentzua: gauzen forma eta tamainaren hautematea aldatu egiten da, eta gauzen errealitatearen zentzua galtzen da. Egoera horietan pertsonak bere osotasunaren zentzua ere galtzen du: lehen mailako nortasunaz gainera, baditu beste bi alter edo gehiago. Identitate horiek erabat ezberdinak edo ezaugarri batzuetan ezberdinak izan daitezke; adimenean, sexuan, hiztegian, ezagutzetan edo umore-egoeran ezberdinak izatera hel daitezke.

Lehen identitatea izan daiteke pasiboa, mendekoa, erruduna eta depresiboa, eta izen ofiziala darama. Identitate txandakatzaileak bestelako izen eta ezaugarriak ditu: izan daiteke menderatzailea, sadikoa. Diagnostikoa egiten denean 2-4 alter egon daitezke, eta tratamenduan zehar beste batzuk agertuz joango dira. Identitate horiek elkarrekiko amnesia izan dezakete, alterretako batek ez baitu besteekin kontakturik: A alterra ez da oroitzen nolakoa den B alterra edo B alterra badenik ere. Kasu batzuetan, amnesia simetrikoa izango da: nortasunek ez dute elkarren berririk. Beste kasu batzuetan, norabide bakarreko amnesia edo amnesia asimetrikoa izan daiteke: A nortasunak ez daki ezer B nortasunari buruz; baina B identitateak partekatu egiten du A identitatearen memoria. Amnesia asimetriko horretan identitate pasiboenek dituzte oroitzapen mugatuenak; etsaitasun gehien dutenek oroitzapen osoagoak dituzte. Gainera, identitate horien existentzia luzerakoa izango da, eta asaldura larriak sortuko ditu pertsonaren bizitzan; ez da, beraz, aldi labur bateko aldaketa izango, droga baten kontsumoak eragin dezakeena bezala.

Identitate bakoitzak bere historia, izaera, oroitzapenak, portaerak eta harremanak ditu. Trebetasun ezberdinak, sintoma ezberdinak, portaera eta sentimendu ezberdinak. Nortasun batetik besterako iragaitea bat-batean gertatzen da. Iragaite horretan eraldaketa fisikoak gertatzen dira: mimika, adierazpenak, lateraltasuna. Alter bat erretzailea da, bestea ez; alter batek miopia du, besteak ez; alter batek alergia du, besteak ez; alter batek neuroirudi bat ematen du, besteak neuroirudi ezberdina ematen du. Eraldaketa horietako batzuk simulatuak izan litezke, baina beste batzuk ezin daitezke borondatez eragin. Adibidez, Eba Black-en mikroestrabismo iragankorra ez zen agertzen *The Three Faces of Eve* filmeko beste nortasunetan.

Alter edo identitateek oroitzapen ezberdinak badituzte ere, oroimenaren arlo honetan bereizi egin behar dira oroimen esplizitua eta inplizitua. Identitate batek ikasi duena beste identitateak ez du esplizituki gogoratzen (Kihlstrom, 2001), baina 2. identitatearen oroimen inplizituan gordetzen da 1. identitateak memorizatu duena. Kontzienteki oroitu ezin badaiteke ere, inplizituki gordetzen du, eta 1. identitateak ikasitakoa errazago ikasten du 2. identitateak, ikasi ez duena baino.

Tratamendura jotzen duen nortasuna nortasun anfitrioia izan ohi da, eta identitatearen zati ezberdinak elkartzen saiatzen da. Nortasun anfitrioi hori ez da eskuarki jatorrizko nortasuna izaten; geroago garatu den alter ego bat izan ohi da. Nahiko normala da pertsona berak bi sexutako alter egoak garatzea. Nortasun batetik bestera pasatzea bat-batean gertatzen da eskuarki, eta iragate horretan eraldaketa fisikoak gertatzen dira: gorputz-adierazpenak aldatu egiten dira (mimika, adierazpenak, lateraltasuna).

XX. mendean hasi ziren nortasun disoziatuaz hitz egiten. Kasurik gehienak XIX. mendeko azken hamarkadetan eta XX. mendeko lehen hamarkadetan agertu ziren. 1920tik 1970 arte kasu gutxi batzuk bakarrik ezagutu ziren. 1970a ezkero berriro ere kasu gehiago ezagutu ziren. Beharbada DSM-IIIren edo *Sybil* liburuaren argitalpenak (Schreiber, 1973) ere edukiko zuen eragina. *Sybil*en ondorengo denboraldian ugaritu egin zen disoziazio-kasuen kopurua. Film ezaguna da *The three faces of Eve.* Ezaguna da, baita ere, *Journal of Abnormal Psychology*ko «The three Faces of Evelyn» (Jeans, 1976).

Estatu Batuetan ez ezik, beste hainbat lurraldetan ere identifikatu da nahaste hau: Turkian, Etiopian, Nigerian, Australian… Nesken artean mutilen artean baino gehiagotan gertatzen da (APA, 2000). Haurtzaroan hasten da eskuarki, baina paziente gehienei 20 eta 30 urte bitartean diagnostikatzen zaie, eta bizitza osoan irauten du, tratamendurik ezean.

Azken hamarkadetako ikerketek erakutsi dutenez, uste zen baino maiztasun handiagoa dute disoziazio-nahasteek. Gainera, bizitzan gertaera estresatzaileak jasan izan dituztenek disoziazio-sintoma eta disoziazio-nahaste gehiago dituzte (Foote, Smolin, Kaplan, Legatt eta Lipschitz, 2006). Bestalde, disoziazio-nahasteak dituzten pertsona askok nahaste afektiboak (% 38,8), barne-hersturako nahasteak (% 41,7), nortasunaren nahasteak (% 39,9) eta konbertsio-nahasteak (% 52,8) ere jasaten dituzte.

Lewis eta lankideek (Lewis, Yeager, Swica, Pincus eta Lewis, 1997) 150 hiltzaile preso aztertu zituzten. Pertsona horien guztien artean identitate disoziatuaren nahastea zuten 14 kasu aurkitu zituzten. 14 pertsona horietatik 12k espetxeratu baino lehen denbora luzez jasan zuten identitate disoziatuaren nahastea: 9k entzumen-haluzinazioak izan zituzten; 10ek irudimenezko konpainia, eta 8k trantzeak. Sintoma horiek guztiak kanpoko ikertzaileek egiaztatu zituzten. Gainera, hainbat kasutan estilo ezberdineko eskuizkribuak erakutsi zituzten pertsona horiek, hilketak egin aurretik.

Identitate disoziatuaren nahasteak gehitzearen arrazoietako bat eskizofreniaren irizpideak gogortzeari zor zaio. Lehen eskizofrenikotzat hartzen ziren paziente asko orain nortasun disoziatuaren nahastea dutela irizten zaio, 1980an eskizofrenia diagnostikatzeko baldintzak gogortu zirenetik. Identitate disoziatuaren nahastea duten askok depresioa, somatizazio-nahastea, mugako nortasunaren nahastea, elikadura-nahastea edo substantzien abusua ere jasan dezakete (Ross *et al.,* 1990). Identitate disoziatuaren nahastea duenak sarritan izaten ditu buruko minak, fobiak, haluzinazioak, amnesia, despertsonalizazioa, disfuntzio sexualak, eta sarritan jotzen du substantzien abusura (Scroppo, Drob, Weinberger eta Eagle, 1998). Mugako nortasunaren nahastea duenak eta nortasun disoziatuaren nahastea duenak emozioen ezegonkortasuna eta portaera autosuntsitzailea agertzen dituzte.

Nortasun disoziatuaren nahastearen kausen artean aipatzekoak dira txikitako abusuak edo tratu txarrak. Nahaste hau garatu dutenen % 95ek trauma sexualak edo abusu fisikoak jasan ditu (Ross *et al.,* 1990). Familiakoren batek eragindako abusuen aurrean, haurra txikiegia eta ahulegia zen egoerari aurre egiteko. Fisikoki ezin zuenez ihes egin, irudimenez ihes egin behar izaten zuen, beste norbait izanez. Abusu larriarekin elkarturiko afektu negatiboari irudimenez ihes egiten zion; gertaera traumatikotik irudimenez disoziatu eta bereizten zen, eta gero gertaera hori ahantzi egiten zuen. Horrela, txikitako gertaera traumatiko horiek ez ditu gogoratzen, disoziazio-amnesiari esker.

Identitate disoziatuaren nahastearen eta trauma osteko estreseko nahastearen zergatiak antzekoak dira. Bizitza arriskuan jartzen duten egoeretatik bizirik ateratako pertsona gehienek disoziazio motaren bat bizi izan dute. Disoziazio-nahastean disoziazioa azpimarratzen da, eta trauma osteko estresean barne-herstura azpimarratzen da. Baina bietan gertatzen dira trauma larria eta emozio-erantzun bortitza. Hala ere, gertaera estresatzaileak bizi izan dituzten guztiek ez dute garatzen identitate disoziatuaren nahastea edo trauma osteko estreseko nahastea. Txikitan jasandako abusuek beste nahaste batzuk ere sor ditzakete, aipatutako horietaz aparte; esate baterako, nahaste somatomorfoek edo mugako nortasunaren nahastea ere sor dezakete.

Oso sugestionagarriak diren pertsonek sarritan disoziaziora jotzen dute trauma edo estres-egoera bati ihes egiteko (Putnam, 1991). Trauma eramanezina gertatzen denean, identitate anitzetan zatitzen da pertsona sugestionagarria. Identitatea zatitu eta fantasiaren mundura ihes egiten du, beste norbait bihurturik. Sugestionagarria ez bada, traumaren aurrean trauma osteko estreseko nahastea gara dezake, baina disoziazio-nahastea ez du garatuko.

Disoziazio-nahasteak dituztenek gabeziak dituzte funtzionamendu neurokognitiboan: arretako, oroimeneko eta funtzio exekutiboetako arazoak (Roca, Hart, Kimbrell eta Freeman, 2006). Estresaren eta trauma psikologikoen ondorioz neurotransmisoreetan aldaketak gertatzen dira, eta egitura emozionalek sistema

kognitiboak aldatzen dituzte (De Renzi, 2002). Material emozional negatibotik aldendu eta disoziatu egiten da, eta ez du material hori kognitiboki prozesatzen.

Identitate disoziatuaren nahastea (DSM-IV-TR, 2000)

A irizpidea: identitate- edo nortasun-egoera bi edo gehiago agertzen dira (bakoitzak bere burua eta ingurunea hautemateko, harekin harremanetan aritzeko eta hura ulertzeko bere patroi propio eta erlatiboki iraunkorra du).

B irizpidea: identitate- edo nortasun-egoera hauetako bik gutxienez modu errepikatuan kontrolatzen dute pertsonaren portaera.

C irizpidea: informazio pertsonal garrantzitsuaz oroitzeko gaitasunik eza, ahanztura normal batez azaltzeko zabalegia dena.

D irizpidea: nahastea ez da gertatzen substantzia baten (alkoholaren intoxikazio baten ondorengo portaera automatikoa edo kaotikoa) edo gaixotasun mediko baten (krisi partzial konplexuak) efektu fisiologiko zuzenengatik.

Disoziazio-esperientziak ebaluatzeko erabiltzen diren tresnen artean honako hauek aipa litezke: *Dissociative Experiences Scale* (DES; Bernstein eta Putnam, 1986) eta *Dissociation Questionaire* (DIS-Q; Vanderlinden, Van Dyck, Vandereycken eta Vertommen, 1991).

Diagnostiko diferentzialari dagokionez, nortasun disoziatu baten baino gehiagoren presentzia eldarnio batekin nahas daiteke; nortasun batek bestearekin duen komunikazioa nahas daiteke entzumen-haluzinazio batekin, eta horrek psikosiaren diagnostiko oker batera eraman dezake. Kontuan izan behar da honako hau: nortasun disoziatuaren nahastea duten pertsonek ahotsak entzuten dituztenean, beren buruaren barnean entzuten dituzte; aldiz, psikotikoen haluzinazioetan kanpotik entzuten dira ahotsak.

Disoziazio-nahastea diagnostikatzeko kausa neurologiko eta fisikoak eta drogaren edo farmakoaren kontsumoa baztertu egin behar dira. Disoziazio-ihesaren edo identitate disoziatuaren nahastearen zati denean amnesia, ez da disoziazio-amnesia diagnostikatuko modu independentean. Despertsonalizazioaren sintoma disoziazio-amnesiaren barnean bakarrik gertatzen bada, ez da diagnostikatu behar despertsonalizazio-nahaste independentea. Despertsonalizazioa eta amnesia disoziazio-ihesaren barnean bakarrik gertatzen badira, ez da despertsonalizazio-nahaste edo disoziazio-amnesia independentea diagnostikatu behar. Ihesa nortasun disoziatuaren nahastearen barnean bakarrik gertatzen bada, ez da disoziazio-ihesa diagnostikatu behar. Beraz, lehentasuna nortasun disoziatuaren nahasteak dauka, disoziazio-amnesiaren, disoziazio-ihesaren eta despertsonalizazio-nahastearen aurretik.

Identitate disoziatuaren nahastea duten pertsonak bereizi egiten dira trantzean dauden edo espirituren batek hartutakoen sintomak dituzten pertsonetatik: azken horiei espezifikatu gabeko disoziazio-nahastea diagnostikatuko litzaieke.

Nortasun disoziatuaren nahasteak eta mugako nortasunaren nahasteak hainbat ezaugarri dituzte antzekoak direnak.

Identitate-aldaketa nahas daiteke aldarte-aldaketa ziklikoekin eta nahaste bipolarrarekin. Aldarte-nahasteen eta disoziazio-nahasteen artean komorbilitate handia dago; antzeko sintomak agertzen dituzte, eta oinarri neurofisiologiko bera partekatzen dutela ere esan izan da (Savitz, Solms, Pietersen, Ramesar eta Flor-Henry, 2004).

Batzuetan terapian sor daitezke balizko traumei buruzko oroitzapen faltsuak. Benetan gertatu ez diren gertaeren oroitzapen faltsuak sor litezke (Loftus, Coan eta Pickrell, 1996). Eta, ondorioz, inolako errurik ez duten pertsonei egotz dakieke oroitzapen faltsuak dituen pertsonaren kontrako tratu txarrak edo abusuak egin izana (Bruck, Ceci, Fracouer eta Renick, 1995). Haur askok deskribatzen dituzte gertaera fiktizioak, benetan gertatu izan balira bezala (Ceci eta Bruck, 1995). Oroitzapen faltsuak sugestio errepikatuaren bidez sor litezkeenez, terapeutek kontuz ibili behar dute, oroitzapen faltsuak ez ezartzeko. Gaztetxo normalei sugestioz eta hipnosi bidez identitate disoziatuaren nahastea induzi dakieke (Spanos, Weekes eta Bertrand, 1985). Gertaera batzuk behin eta berriro irudikatzeak eraman ditzake pertsonak inoiz gertatu ez diren gertakariak benetan gertatu direla pentsatzera edo oroitzapen faltsuak sortzera (Thomas eta Loftus, 2002).

Beste batzuetan, haurrek ez dituzte osoki gogoratzen gertatu diren abusuak (Coons, 1994). Emakume askok ez dituzte gogoratzen txikitan jasandako abusuak (Williams, 1994). Traumaren larritasunaren mailakoa izaten da gertaerari buruzko amnesia (Elliot, 1997).

Disoziazio-sintoma asko desagerrarazteko beharrezkoa da sintoma horien oinarrian dauden nahaste mentalak tratatzea. Traumaren alderdi batzuk birbizi egin behar dira, haren eraginetik ihes egin eta sufritzeari uzteko. Terapiarik egiten ez bada, pazienteak bizitza osoan izango du disoziazio-nahastea. Barne-herstura sendatzen duten teknikak asko erabiltzen dira disoziazio-nahastea tratatzeko: erlaxazio-ariketak, irudimen gidatua, berregituratze kognitiboa edo begien mugimendu bidezko desentsibilizazioa (EMDR: *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*).

Nortasun disoziatuaren nahastea tratatzeko, gertaera traumatikoa birbizi eta haren gaineko kontrola lortu behar da. Traumaren xehetasunak bistaratu eta birbizi behar ditu terapeutaren laguntzaz, orainaldiko gertaera oroitzapeneko gertaera bihur dadin. Oroitzapena inkontzientea denez, haren alderdi batzuk ez dira ezagutzen, terapian birbizi artean. Terapiaren helburua identitate guztiak nortasun batean biltzea da, eta nortasun horrek estresatzaileei aurre egiteko egokiena behar du izan.

Disoziaturiko esperientzietan barreiaturiko oroitzapenak autobiografia bakar batean eta historia bakar batean integratu behar ditu. Disoziazioa gutxitzeko arreta osoaren teknikak edo *mindful* teknikak erabil daitezke.

Identitate disoziatuaren nahastea duten pertsonek ez dituzte sarritan gogoratzen txikitako gertaerak. Beren bizitzako zati handiak erreprimitu edo disoziatu izan balituzte legez jokatzen dute. Pertsonak berreskuratu egin behar ditu txikitako oroitzapen mingarriak. Hipnotismoaren bidez irits daiteke gertaera traumatiko horietara. Gertaera traumatikoetara iristean konturatuko da gaur egun jadanik gertaera horiek ez direla arriskutsuak. Horrela helduko da bere bizitzako alderdiak bateratzera eta bere nortasunaren zati direla ikustera. Terapeutak identitate ezberdin horien arteko enpatia eta lankidetza bultzatu behar ditu.

5.3. PRAKTIKAK

5.3.1. praktika

Aldera itzazu identitate disoziatuaren nahastea diagnostikatzeko DSM-IV-TRk aurkezten dituen irizpide diagnostikoak eta CIE-10ek aurkezten dituenak:

DSM-IV-TRko irizpide diagnostikoak	**CIE-10eko irizpide diagnostikoak**
A irizpidea: identitate- edo nortasun-egoera bi edo gehiago agertzen dira (bere burua eta ingurunea hautemateko, harekin harremanetan aritzeko eta hura ulertzeko bere patroi propio eta erlatiboki iraunkorra du bakoitzak). B irizpidea: identitate- edo nortasun-egoera hauetako bik gutxienez modu errepikatuan kontrolatzen dute pertsonaren portaera. C irizpidea: informazio pertsonal garrantzitsuaz oroitzeko gaitasunik eza, ahanztura normal batez azaltzeko zabalegia dena. D irizpidea: nahastea ez da gertatzen substantzia baten (alkoholaren intoxikatze baten ondorengo portaera automatikoa edo kaotikoa) edo gaixotasun mediko baten (krisi partzial konplexuak) efektu fisiologiko zuzenengatik.	A: pertsona beraren bi nortasun edo gehiago agertzen dira, eta horietako bat bakarra agertzen da aldiko. B: Nortasun bakoitzak bere oroitzapenak, zaletasunak eta portaera agertuko ditu aldiko, eta aldian-aldian pertsonaren portaera erabat kontrolatuko du. C: Informazio pertsonala gogoratzeko duen ezintasuna ezin da ahanztura moduan azaldu. D: Ez da gertatzen nahaste mental organikoengatik edo substantzia aktiboen kontsumoagatik.

5.3.2. praktika

Elkartu itzazu ezker-zutabeko nahasteak eskuin-zutabeko deskribapenarekin:

Disoziazio-ihesa		Pertsonarentzat garrantzitsua den informazioa gogoratzeko gaitasunik eza, ahanztura arrunt batez azaldu ezin daitekeena. Amnesia izan daiteke: lokalizatua, selektiboa, orokortua, jarraitua edo sistematizatua.
Despertsonalizazio-nahastea		Etxetik edo lantokitik kanpora ustekabeko bidaia bat egiten du; ez du iragana gogoratzen, bere identitatea nahasten du eta beste identitate bat hartzen du.
Identitate disoziatuaren nahastea		Norbere prozesu mentaletatik edo norbere gorputzetik bereizita dagoen sentimendua du modu iraunkor eta errepikatuan. Errealitatearekin lotua jarraitzen du.
Disoziazio-amnesia		Iraganean «nortasun anizkoitzaren nahaste» deitua. Nortasuneko bi identitate edo gehiago ditu. Identitate horiek hartzen dute pertsonaren portaeraren kontrola txandaka eta modu errepikatuan. Pertsonarentzat garrantzitsuak diren oroitzapenak ezin ditu berreskuratu, eta hori ezin du ahanztura arruntez azaldu. Identitatearen zatikatzea da, identitateen ugaltzea baino gehiago.

5.3.3. praktika

Nahaste somatomorfoekin komorbidoak diren 1. ardatzeko nahasteak:

Nahaste somatomorfoa	I. ardatzeko nahaste komorbidoak.
Somatizazio-nahastea	Barne-herstura eta depresio-nahasteak.
Konbertsio-nahastea	Distimia, fobia, nahaste obsesibo-konpultsiboa, barne-herstura orokortua, depresio nagusia eta espezifikatu gabeko disoziazio-nahastea.
Hipokondria	Izu-ikararen nahastea, depresio nagusia, nahaste obsesibo-konpultsiboa.
Minagatiko nahastea	Distimia eta barne-herstura orokortua.
Gorputz dismorfikoaren nahastea	Fobia soziala, nahaste obsesibo-konpultsiboa, substantzien kontsumoa eta depresio nagusia.

5.3.4. praktika

Nahaste somatomorfoen diagnostiko diferentzialerako gida:

- Pazientearen sintomak azaltzen dituzten patologia organikoak baztertu.
- Min organikoa leku batean zentratuagoa da; sufritzen duenak sentipenetan oinarritutako deskribapenak eta xehetasun ugari ematen ditu.
- Aldarte-egoerako nahasteei dagokienez, depresioa duenak buruko minen antzeko sintomak ager ditzake, baina depresio-aldian bakarrik agertzen ditu.
- Gaixotasunarekiko fobian gaixotasuna jasateko beldurra sentitzen da; hipokondrian, berriz, gaixotasuna jadanik baduela sinetsita dago.
- Gaixotasunarekiko fobia gaixotasun batean zentratzen da; hipokondria, berriz, gaixotasun anitzetan zentratzen da. Barne-hersturarako kinadak kanpotik datoz gaixotasunarekiko fobian; hipokondrian, aldiz, barnetik.

5.3.5. praktika

Rief eta Broadbent-ek (2007) faktore psikologiko hauek ikusten dituzte nahaste somatomorfoen (konbertsio-nahastea eta gorputz dismorfikoaren nahastea kenduta) oinarrian:

- Sintoma fisikoen interpretazio katastrofistak: patologia larria jasateko probabilitateari balio handiegia ematen diote.
- Gorputz-sintomak kausa organiko eta psikologikoei egozten dizkiete.
- Osasunari buruzko kezka eta barne-herstura.
- Osasunari buruzko jarrera eta uste zurrunak dituzte: osasuntsu izateko sintomarik ez dela eduki behar edo gorputz-sentipenak gaixotasunaren sintoma direla pentsatzen dute.
- Gorputzeko prozesuei jartzen diete arreta.
- Gorputzaren ondoez intentsua aurresaten dute, eta sintomei esanahi negatiboa egozten diete.
- Etengabe informazio lasaigarria bilatu eta osasuna egiaztatzen dute.
- Afektibitate negatiboak eta osasunari buruzko kexuak elkar elikatzen dute. Emozio negatiboak adierazten ez dituztenek sintoma patologiko moduan interpretatzen dute gorputzaren jarduera fisiologikoa. Depresioa gehitzen da, eta minaren atalasea jaisten.

5.3.6. praktika: Münchausen-en sindromea

Münchausen-en sindromea eta Münchausen-en sindromea botere bidez

Münchausen-en sindromea duen pazienteak arreta eta tratamendua eskatzen ditu, eta horretarako gaixotasunen zeinuak eta sintomak ekoizten ditu.

Lesioak eragiten, kexuak exajeratzen edo gaixotasun faltsuak asmatzen ditu sendagileen arreta bereganatzeko. Kontsulta ugaritara joaten da, eta zerbitzu medikoetan izugarrizko historialaren jabe egiten da.

Botere bidezko Münchausen-en sindromea duenak zeinu eta sintoma fisiko eta psikologikoak eragiten dizkio berak zaintzen duen pertsona bati; seme-alabak gaixoarazten ditu, besteen arreta eta errukia bereganatzeko. Nahaste honen sintomarik arruntenak honako hauek dira: hemorragiak, ubeldurak, hematuria, hausturak, digestio-hodiko objektu arrotzak, kakeria, apnea, sukarra, infekzioak, pozoitzeak, zauriak.

DSM-5en lau irizpide jasotzen dira *norberarengan gertatzen den nahaste faktizioa* diagnostikatzeko:

1. Zeinu eta sintoma fisiko eta psikologikoak faltsutzen dira.
2. Norbera gaixo moduan aurkezten da besteen aurrean.
3. Portaera nabarmena da, ageriko irabazirik ez dagoen arren.
4. Portaera hau ez du beste nahaste batek hobeto azaltzen.

Bestearengan gertatzen den nahaste faktizioa diagnostikatzeko antzeko sintomak agertzen dira, baina beste pertsona bat aurkezten da gaixo moduan.

6. Loaren nahasteak

6.1. SARRERA

AEBko Psikiatria Elkartearen DSM-III eskuliburuaren eranskinean, loaren nahasteak agertu ziren, baina DSM-IV izan zen loaren nahasteen kategoria-diagnostikoa lehenengo aldiz jaso zuena.

Pertsona asko dira egunean 8 ordu lo egiten dutenak. Ondorioz, astean bi egun baino gehiago ematen dute lotan; hilean 10 egun inguru eta urtean 120 egun inguru; horrela, laurogei urteko pertsona batek 26 urte inguru eman ditu lotan.

Pertsona batzuek lo asko egiten dute, eta beste batzuek, gutxi. Lo-premia handikoek egunean 8 ordu baino gehiago egin behar dute lo. Lo-premia gutxikoek nahikoa izaten dute egunean 5-6 ordurekin. Haur txikiek egunean 16 ordu lo egin dezakete. Zaharrek, berriz, sarritan ordu gutxi egiten dituzte lotan. Pertsonen arteko ezberdintasunak albo batera utzirik, behar baino lo gutxiago egiten dutenek osasun-arazo gehiago izaten dute, sistema immunitarioa apaldua dutelako (Irwin *et al.,* 1994). AEBko Loaren Fundazioaren arabera, jendearen laurden batek eguneko 7 ordu lo egiten du astean zehar; duela mende bat baino ordu eta erdi gutxiago. Eta badakigu behar adina lo egiten ez dutenen laneko errendimendua nabarmenki jaisten dela (Chilcott eta Shapiro, 1996). Gainera, lorik ez egiteak hainbat nahaste sor ditzake pertsonarengan; adibidez, portaera psikotikoak, depresioa, nahaste bipolarra edo barne-hersturako nahasteak.

6.2. LOALDIKO FASEAK

Pertsona bat lotan dagoenean, inguruko kinaden kontzientzia-maila apala izaten du. Polisomnografiak bi fase bereizten ditu loaldian zehar: uhin makalen fasea (Ez-REM fasea) eta loaldi paradoxikoaren fasea edo begi-mugimendu azkarren fasea (REM fasea).

Ez-REM fasean, gero eta makalagoa da jarduera elektrikoa, eta gero eta handiagoa da uhinen anplitudea. Ez-REM faseko I. eta II. azpifaseetan loaldi makal arina gertatzen da:

- I. azpifasean, esnaldiko alfa uhinen jarduera gutxitzen da, eta theta uhinen maiztasuna gehitzen da. Elektrookulogramak begi-mugimendu makalak agertzen ditu. Azpifase honetan, oso erraz eten daiteke loa.

– II. azpifasean, lehen azpifasekoen antzeko maiztasuneko uhinez gainera, orratz moduko uhinak eta uhin makalen K konplexuak agertzen dira. Kinada batek K konplexua eragin dezake lotan dagoen pertsonarengan, pertsona hori esnatu gabe. Bigarren azpifasean pertsona esnatzea zailagoa da.
– Delta fasea III. eta IV. azpifaseetan zatitzen dugu. Azpifase horietan anplitude handiko uhin makalak agertzen dira. III. eta IV. azpifaseetan uhin makaleko loaldi sakona gertatzen da.
– REM fasean edo loaldi paradoxikoaren fasean, garun-azalaren aktibazio indartsua gertatzen da (uhin azkarrak eta anplitude gutxikoak, esnaldian gertatzen direnen antzekoak). Fase horretan, garun-azala esna dago, eta elektrookulogramak begien mugimendu azkarrak (REM) erregistratzen ditu; elektromiogramak pertsonaren gihar-tonuaren galera osoa agertzen du. Fase honetan, arteria-presioa handitu eta pultsua bizkortu egiten da, eta arnasketaren alterazioak ere gertatzen dira.

Ez-REM faseak eta REM faseak 90-110 minutu inguruko ziklo bat osatzen dute, eta loaldi normal batean bost bat aldiz errepikatzen dira ziklo horiek; horrela, gau batean 90 minutuko 5-6 ziklo gertatzen dira.

Pertsona normal baten loaldia fase hauetatik igarotzen da: I. fasea, II. fasea, delta fasea, II. fasea berriro (laburra), REM fasea.

Gau bateko loaldian zehar aldatzen doaz uhin makaleko loaldiaren eta REM loaldiaren proportzioak. Loaldiaren lehen erdian, uhin makaleko loa da nagusi. Bigarren erdian, REM fasea nagusitzen da.

Haur jaioberriak ez du delta faserik, eta REM faseak haren loaldiaren % 50 hartzen du. Ez-REM fasea haurtzaroan finkatzen da, eta delta loak indar handia hartzen du. Zahartzaroan, desagertu egiten da delta loa. REM loak eutsi egiten dio iraupenari helduaren bizitzan zehar; zahartzaroan gutxitu liteke, garunaren gabeziak edo arazo psikologikoak gertatzen direnean.

Pertsona batek egiten duen loaren eraginkortasuna faktore hauekin lotua dago: loaren faseetan gertatzen denarekin, loaren faseen arteko orekarekin eta lotan emandako denborarekin. Horrela, esate baterako, ez-REM faseko IV. azpifasean (uhin makalen azpifasean) asaldurak dituztenek ez dute behar besteko atsedena lortzen. Beraz, loa eraginkorra den ala ez jakiteko ez da nahikoa jakitea pertsona batek zenbat denbora ematen duen ohean etzanda; beharrezkoa da jakitea denbora horretatik zenbat denbora ematen duen lotan:

– Loaren eraginkortasuna: loaren iraupen errealaren portzentajea = Lotan ematen den denbora / ohean etzanda ematen den denbora.

Formula horren arabera, etzanda egon den denboraren erdia lotan eman badu, % 50eko eraginkortasuna izan du loak; aldiz, ohean sartu bezain azkar lo hartu eta gau osoan esnatu gabe lo egin badu, % 100eko eraginkortasuna izan du loak.

6.3. LOAREN NAHASTEEN SAILKAPENA (DSM-IV-TR, APA, 2000)

- Loaren nahaste primarioak: disomniak eta parasomniak:
  - Disomniak: insomnio primarioa, hipersomnia primarioa, narkolepsia, arnasketarekin lotutako loaren nahastea, erritmo zirkadianoaren nahastea.
  - Parasomniak: amesgaiztoak, gau-izualdiak, sonanbulismoa, espezifikatu gabeko parasomnia.
- Beste nahaste mental batekin erlazionaturiko loaren nahasteak:
  - Beste nahaste mental batekin loturiko insomnioa.
  - Beste nahaste mental batekin loturiko hipersomnia.
- Gaixotasun mediko baten ondorioz sortutako loaren nahastea:
  - Insomnio tipokoa.
  - Hipersomnia tipokoa.
  - Parasomnia tipokoa.
  - Tipo mistokoa.
- Substantzien kontsumoak eragindako loaren nahastea:
  - Insomnio tipokoa.
  - Hipersomnia tipokoa.
  - Parasomnia tipokoa.
  - Tipo mistokoa.

6.4. LOAREN NAHASTE PRIMARIOAK: DISOMNIAK ETA PARASOMNIAK

Beste nahaste mental bati, gaixotasun fisiko bati edo substantzia baten kontsumoari egotz ezin dakizkiokeen nahasteak dira loaren nahaste primarioak. Bi kategoria nagusitan banatzen dira loaren nahaste primarioak: disomniak eta parasomniak.

Disomniak: gehiegi lo egiteko nahastea (hipersomnia), lo hartu ezina eta lotan jarraitzeko zailtasunak, nahikoa lo egiteko zailtasuna (insomnioa, narkolepsia, loaldiko apnea), erritmo zirkadianoarekin erlazionaturiko loaren nahasteak (*jet-lag*, txandakako lanaldiak) eta loaren kalitateari buruzko kexuak (gau osoan lo egon arren, behar besteko atsedenik hartu ez).

Parasomniak: loaldian gertatzen diren portaera anormalak. Hor sartzen dira uhin makalen faseko esnatze-nahasteak (sonanbulismoa, gau-izualdiak) eta REM fasearekin edo loaldi paradoxikoarekin zerikusia duten nahasteak (amesgaiztoak, portaera-nahasteak).

6.4.1. Disomnia

6.4.1.1. Insomnioak

Insomnioa duenari lo hartzeko eta lotan jarraitzeko edo berriro lo hartzeko gaitasuna gutxitzen zaio gutxienez hilabetez; goiz esnatzen da, eta ez du sentitzen loak behar adina atseden eman dionik. Egunean zehar logura izango da.

Insomnio batzuk lo hartu ezinari lotuta gertatzen dira; beste batzuk esnatze goiztiarrarekin loturik daude; azkenik, beste batzuk lotan jarraitu ezinarekin loturik daude. Hala ere, nahasterik usuena lo hartzeko zailtasuna da; ondoren, lotan jarraitzeko zailtasuna; azkenik, goizegi esnatzea. Pertsona gazteen artean lo hartzeko zailtasuna da nagusi; pertsona heldu eta zaharrengan, lotan jarraitu ezina.

Insomnioan luzatu egiten da loaren latentzia, eta luzatu egiten da gauean esna ematen den denbora. Insomnioak eragin negatiboak ditu pertsonaren lanean eta harremanetan; egunean zehar kemenik gabe, kontzentraziorik gabe, nekatua eta aldarte txarrean egoten da. Egunean zehar logura handitzen da, eta errendimendua jaisten.

*Insomnio primario*an, behar adina lo egiteko gaitasun-gabezia kronikoa gertatzen da; lotarako zailtasuna primarioa da; hau da, nahastea ez da beste arazo psikiatriko edo mediko baten ondorioa. Baina insomnio gehienak sekundarioak dira; hots, nahaste mediko edo psikiatriko baten ondorio, portaera-nahaste baten ondorio edo nahaste zirkadiano edo inguruneko nahaste baten ondorio dira.

Insomnioa dagoela esateko, 30 minutu baino gehiagokoa izan behar du loaren latentziak. Sei ordu baino gutxiago lo egin behar du, eta % 80koa baino eraginkortasun apalagoa eduki behar du loak.

Insomnio batzuk iragankorrak dira:

- Ingurunearen aldaketekin (ohea, koltxoia, argitasuna, tenperatura, zarata…) lotuak.
- Ordutegi-aldaketekin (*jet-lag*, gaueko lan-txandak...) lotuak.
- Egoera estresatzaileek eraginak edo tratamendu farmakologiko laburrek (esteroideak, bronkioen dilatatzaileak) eraginak.

Beste insomnio batzuk iraupen luzekoak dira. Insomnio iraunkorrak 1-6 hilabete irauten du. Insomnio kronikoak sei hilabete baino gehiago irauten du.

- Patologia psikiatrikoekin lotuak izaten dira sarritan iraupen luzeko insomnioak; adibidez, barne-herstura orokortuarekin, izu-ikararen nahastearekin, trauma osteko estreseko nahastearekin lotuak.

– Iraupen luzeko insomnioa duten askok alkoholarekin eta drogekin ere arazoak izaten ditu. Droga estimulatzaileekiko (kokaina, kafeina, anfetaminak) mendetasuna dutenek disgripnia agertzen dute.
– Iraupen luzeko insomnio askoren oinarrian gaixotasun mediko kronikoak aurkitzen ditugu: hipertiroidismoa, dementzia, Parkinsonen gaixotasuna.

Epidemiologiari dagokionez, AEBn eta Europan populazio helduaren % 5ek du insomnioa. Adin guztietan gertatzen da insomnioa; haurren artean ere asko dira insomnio-arazoa dutenak (Mindell, 1993); hirugarren adinekoen artean, berriz, nabarmenki handiagoa da insomnio-arazoa: 65 urtetik gorakoen artean % 25eko maiztasuna du (Mellinger, Balter eta Uhlenhuth, 1985). Generoari begiratuta, loaren nahasteak maiztasun handiagoa du emakumeen artean gizonen artean baino (Ohayon, 2002).

*Etiologia*ri dagokionez, faktore asko dira pertsona bati lo hartzea edo lotan jarraitzea eragotz diezaioketenak:

– Estres-egoeretan hasten da sarritan insomnioa. Gero, kronifikatu egiten da, inkubatzeari, baldintzapenari edo beste faktore kognitibo batzuei esker.
– Mina sortzen duten arazo mediko eta psikologiko askorekin batera gertatzen da insomnioa.
– Erloju biologikoaren eta gorputzaren tenperaturaren kontrolaren arazoekin batera ere agertzen da: insomnioa duten pertsonek gorputz-tenperatura altuago dute, eta arazoak dituzte tenperatura hori erregulatzeko. Gorputz-tenperatura altua denean, organismoaren aktibazio-maila altua da, eta ez da nekerik sentitzen. Pertsona normalarengan arratsaldean jaitsi egiten da gorputzaren tenperatura, eta gauean izaten du tenperatura baxuena. Tenperatura horrek abisatzen digu atseden hartu behar dugun ala lo egin behar dugun. Insomnioa duen pertsonaren tenperaturaren erregulaziorako erlojua atzeratua dago; gorputzaren tenperatura ez zaio gauean oso berandu arte jaisten, eta ez du logurarik sentitzen (Morris, Lack eta Dawson, 1990).
– Ordu-desfasea gertatzen da hainbat faktorerengatik: drogen erabilera, loaren apnea, hanken bat-bateko mugimenduak, zarata, argitasuna, gertaera estresatzaileak, hegazkin-bidaiak.
– Haurrak lo egitean gurasoak ondoan egoteari buruzko hezkuntza-patroiak. Haur batzuen kasuan, gurasoak ondoan egon behar du, haurrak lo hartuko badu. Haurraren igurikapenak lo hartzearekin edo ez hartzearekin loturik agertzen dira. Kultura batzuetan, hala nola Estatu Batuetan, haurrak bakarrik egiten du lo, ez baitauka gurasoaren presentziari buruzko igurikapenik lo hartzeko; beste kultura batzuetan, hala nola Korean edo Japonian, gurasoen gelan edo ohean egiten dute lo haurrek.

6.4.1.2. Hipersomnia primarioa

Gehiegizko logura sentitzen du, gutxienez hilabetez edo denbora laburragoz nahastea berriro agertu bada; gaueko loa asko luzatzen da (12-20 ordu), eta, gauean lo ondo egin arren, egunean zehar siestak edo lo-kuluxkak egin behar izaten ditu; siesta horien ondoren sarritan ez dago deskantsatua, eta haren garun-azaleko jarduera ez da hobetu. Gutxi aktibatua dago, eta haren laneko errendimendua jaitsi egin da. Kontzentrazio txikia dauka eta oroimenaren gabezia.

Zenbait pazienterengan modu iraunkorrean agertzen da. Beste zenbait pazienterengan aldizka agertzen da: hainbat egun edo astetan sintomak agertzen dira, eta urteko beste garai batzuetan ez. Aldizka errepikatzen den hipersomnia primarioari *Kleine-Levin-en sindrome* deritzo. Behin eta berriro agertzen den nahaste edo nahaste errepikatzaile horretan egunean zeharreko gehiegizko logurak gutxienez hiru egun irauten du, eta bi urtean zehar urtean hainbat aldiz agertzen da. Helduaroan espontaneoki desagertzen da Kleine-Levin-en sindromea.

Gehiegizko loguraren azalpena ez da insomnio batean (narkolepsia, arnasketa-arazoak, erritmo zirkadianoaren nahastea edo parasomnia bat) aurkitu behar, eta ezin egotz lekioke lo gutxiegi egiteari. Hipersomnia hori ez da gertatzen lo gutxiegi egiteagatik, gaueko loaldian gertatutako zailtasunengatik, loaren beste patologia batengatik, nahaste medikoengatik edo beste psikopatologia batzuengatik.

Nahastea ez da agertzen beste nahaste mental bat duenean bakarrik, eta ez da gertatzen substantzia baten efektu fisiologiko zuzenengatik edo gaixotasun mediko batengatik.

Hipersomnia tratatzeko estimulatzaileak erabiltzen dira eskuarki, baina pizgarriei erantzun kaxkarra ematen die. Horregatik konbinatu behar da terapia hori portaeraren terapiarekin eta bizitza-estiloaren aldaketarekin.

Hipersomnia, batzuetan, bulimia nerbiosoari edo substantzia estimulatzaileen abstinentzia-sindromeari lotua ikusten dugu. Kasu horietan ez da hipersomnia idiopatikoa.

Hipersomnia primarioaren etiologia ez da ezagutzen, baina zergatien artean aipatu izan dira: Raynaud-en fenomenoa, infekzio birikoak, entzefalitisa.

6.4.1.3. Narkolepsia

Egunean zeharreko loaldi laburrak, borondatezko ahaleginen bidez ekidin ezin daitezkeenak izaten ditu narkolepsia duenak. Egunean zehar bat-batean agertzen da logura gehiegi, logura ezin da ekidin eta errepikatu egiten da. Hasieran, pertsona egoera pasiboetan (irakurtzean, filmak ikustean) edo aspergarrietan dagoenean agertzen da logura, baina gero egoera aktiboetan (gidatzean, hitz egitean) ere agertzen da. Loaren erasoaren ondoren logura jaitsi egiten da eskuarki, eta handik

ordu batzuetara berragertu egiten da. Loaldi horiek egunero agertzen dira gutxienez 3 hilabetez, eta 10-15 minutu irauten dute; ametsak agertzen dira eta atsedena ematen dute. Gaueko loa nahasi egiten da, eta REM fasea modu patologikoan agertzen da: loa REM fasean hasten da.

Narkolepsia-sindromean beste sintoma batzuk ere agertzen dira, egunean zeharreko loguraz gainera: loaldiko paralisia, haluzinazio hipnagogikoak eta hipnoponpikoak, krisialdi kataplexikoak. Narkolepsiaren lau sintomak agertzen dituztenak pazienteen heren bat dira (Podestá, 2005). Egunean zeharreko logura paziente denek agertzen dute.

Loaldiko paralisia: lo hartzean edo esnatzean mugitu ezinik gelditzen da pertsona. Ez du irauten minutu batzuk baino gehiago. Narkolepsia-kasuen laurden batean gertatzen da loaldiko paralisia (Chokroverty, 2000).

Esnaldiaren eta loaren arteko iraganaldian behin eta berriro agertzen dira REM faseko elementuak: haluzinazio hipnagogikoak edo hipnoponpikoak, hau da, lo hartzean edo esnatzean gertatzen diren esperientzia bizi eta beldurgarriak, ikusmeneko nahiz entzumeneko osagaiak edo mugimenezko sentipenak dituztenak; haluzinazio horiekin batera, loaldiko paralisia agertzen da: giharren borondatezko mugimenduak desagertzen dira; hau da, lo hartzeko edo esnatzeko unean erabat paralizatua gelditzen da, mugitzeko edo hitz egiteko gaitasunik gabe.

Haluzinazio hipnagogikoa: lo hartu baino une batzuk lehenago gertatzen den entzumen-, ikusmen- edo ukimen-haluzinazioa. Gorputza paralizatu egiten da, eta begiek, bihotzak, garunak eta arnasketak bakarrik funtzionatzen dute. Esna dagoela, begiak irekita dituela eta inguruko gauzak ikusi eta entzuten dituela uste du. Egoera horretan ezin da mugitu, mugitu nahi badu ere. Normaltasunera itzultzen da minutu batzuen buruan, inolako esku-hartzerik gabe. Ez du esanahi patologikorik. Loaldiko paralisia eta haluzinazio hipnagogikoak gerta daitezke narkolepsiarik jasaten ez duten pertsonetan ere.

Haluzinazio hipnoponpikoak loaren eta esnaldiaren artean gertatzen dira, hau da, esnatzen ari garenean. Ez datoz bat errealitate objektiboarekin, baina subjektuak ez ditu bereizten esnaldian bizi izandako esperientzietatik. Ez dira patologikoak.

Kataplexia: alde bietako gihar-tonuaren bat-bateko galera laburra, segundo edo minutu batzuk iraun dezakeena (gihar batzuk uki ditzake edo orokorra izan daiteke); pazienteari mugitzea edo zutik egotea eragozten dio. Gehienetan emozio indartsuek (zoriontasuna, beldurra, haserrea) edo mugimendu bortitzek sortua da. Adibidez, norbaitekin haserretuta eztabaidatzen ari den bat, bat-batean erori eta lo gelditzen da. REM loaldiaren bat-bateko etorrerak eragiten du kataplexia, Ez-REM loaldiaren lau faseetatik pasatu gabe. Alfa motoneuronaren inhibizioaren ondorioz, giharren estimulazio oro inhibitzen da. Arnasketako eta begietako giharrak ez ditu ukitzen. Pazienteen hiru laurdenek agertzen dituzte krisialdi kataplexikoak.

Nahastea ez da sortzen substantzia baten efektu fisiologiko zuzenengatik edo gaixotasun mediko batengatik.

Narkolepsia-pasarteak ezin eusteko moduan agertzen dira, eta nahi gabeko loa sorrarazten dute egokiak ez diren egoeretan (autoa gidatzean, hitzaldi batean). Narkolepsiaren 2-6 pasarte izan ditzakete eguneko; pasarte bakoitzak 10-20 minutu iraun dezake. Loaldi horietan amets egiten dute. Gihar-tonuaren galera bat-batekoa izaten da: barailaren, buruaren edo besoen erortzea. % 20-40 inguruk ametsen antzeko irudiak imajinatzen dituzte: haluzinazio hipnagogikoak eta haluzinazio hipnoponpikoak.

Pertsona narkoleptikoaren loaldian azaleko (I. eta II. azpifaseak) loa nagusitzen da, lo sakona (III. eta IV. azpifaseak) gutxitzen da, eta REM loa gehitzen da. REM latentzia laburtzen da, eta REM fasean sartzen da zuzenki.

Narkolepsiaren maiztasuna txikia da: 100.000 bizilagunetik 47k agertzen dute (Ohayon, Priest, Zulley, Smirne eta Paiva, 2002). Narkolepsia 5 urtetik 55 urtera bitartean azal daiteke, baina nerabezaroan agertzen da eskuarki. Sexu bietan antzeko maiztasuna du (Pelayo eta Lopes, 2009). Adinean aurrera egin ahala gaueko loaldiaren eraginkortasuna apaldu egiten da narkolepsia dutenengan, eta egunean zeharreko logura handitu egiten da. Izan ere, narkolepsia duenarengan lo hartu eta 10 minutura agertzen da REM loaldia, eta ez 70-100 minutura, pertsona normalarengan bezala.

Narkolepsiaren oinarrian sistema hipokretinergikoaren gabezia egon daiteke (Nishino, Ripley, Overeem, Lammers eta Mignot, 2000).

Narkolepsiaren ezaugarri nagusiak hauek dira: loaren latentzia oso laburra izatea eta loa REM fasean hastea.

6.4.1.4. Loaldiko apnearen sindromea

Arnasketa dela-eta gaueko loaldia eten egiten da, eta egunez logura izaten da loaldiko apnea duena. Goiko arnasbideetako giharrak erlaxatu egiten dira pertsona bat lotan dagoenean; horrek estutu egiten du airearen pasabidea eta zaildu egiten du arnasa hartzea. Batzuetan arnasbideak ixten dira: % 30etik % 90era bitartean; kasu horretan, hipopneaz hitz egiten dugu. Beste batzuetan arnasbidea erabat ixten da edo % 90 baino gehiago ixten da; orduan, apneaz hitz egiten da. Apnearen sindromean arnasketaren asaldura gertatzen da; hau da, sudurreko eta ahoko airearen fluxua behin eta berriro eteten da. Etendura horrek 10 eta 120 segundo bitarteko iraupena izaten du, eta pertsona lotan dagoela agertzen da. Etendurak sarriagotan gertatzen dira REM loaldiaren garaian.

Apnearen kasuan arnasketa erabat gelditzen da; hipopnearen kasuan arnasketa makaldu egiten da, eta anplitude ahula du, baina haren fluxua ez da erabat gelditzen.

Apnea eta hipopnea mota hauek ditugu: 1) Goiko arnasbideen apnea obstruktiboan edo buxatzailean aire-jarioa eten egiten da, faringea erabat edo partzialki ixten da, baina arnasketa-sistemaren jarduera etengabea da. Gauez zurrunga egiten dute. Toraxeko eta abdomeneko giharren ahalegina gehitu egiten da, arnasa hobeto hartzearren. 2) Apnea zentralean aho eta sudurreko aire-jarioa erabat eteten da, denbora laburrez bada ere; garuneko arnasa-zentroak ez du nerbio-bulkadarik igortzen, toraxeko eta abdomeneko giharrak mugitzeko; ondorioz, toraxeko eta abdomeneko giharren arnasketa-mugimenduak gelditu egiten dira; aireztatzeko ahaleginik ez da gertatzen. Apnea mota hau beste garun patologia batzuei loturik doa: odol-hodietako gaixotasuna, nahaste degeneratiboak, buruko trauma. 3) Apnea mistoa apnea zentral moduan hasten da, eta apnea buxatzaile moduan amaitzen.

Arnasketarekin erlazionaturiko loaldiko nahasteen artean ezagunena loaldiko apnea buxatzaileko sindromea da. Loaldiko apnea buxatzaileko sindromean goiko arnasbideen buxatze partzialak (hipopneak) edo buxatze osoak (apneak) agertzen dira behin eta berriro. Apnea buxatzailearen sindromeak eragin kaltegarriak ditu sistema kardiobaskularrean eta garunaren funtzionamenduan.

Arnasbide gehienak hezur edo kartilagozko egitura zurruna du, faringean izan ezik. Faringeak horma bigunak ditu (kolapsa daitezke), eta, malgutasun horri esker, fonaziorako eta irensteko erabiltzen dugu. Diafragmaren kontrakzioak eragiten duen presio negatiboaren eraginez faringearen kolapsoa eta aire-fluxuaren gelditzea gertatzen dira, arnasa hartzean. LABSaren sustraian sudurraren buxatzea edo amigdalen hipertrofia egon daiteke.

Loaldiko apnea buxatzaileko sindromea (LABS):

Loaldiko apnearen indizea = (apneak + hipoapneak) / loaldi-orduak

Apneen indizea 10 baino handiagoa bada: pazienteak LABSa du.

Egoera larrietan: apnea indizea 50 baino handiagoa izan daiteke.

Pertsona batek LABSa baldin badu, loaldiaren I. fasean haren arnasketaren anplitudea jaitsi egiten da, edo arnasketa eten egiten da. Zurrunga ozenak, apnea-pausaldi luzeak, REM loaldiaren eta delta loaldiaren (III. eta IV. azpifaseak) gutxitzea. Gero, berriro arnasa hartzen hasten da edo arnasketa aktibatu egiten da, eta loaldiaren aurretiko fasera itzultzen da. Esnatzean askatu egiten dira arnasbideak, eta aireztatze normala edo gehiegizko aireztatzea gertatzen da. Gero, berriz lo hartzen du, eta berriro hasten da prozesua. Etendura horrek loaldiaren zatikatzea ekartzen du: I. eta II. faseetara mugatzen da loaldia; III. eta IV. faseak ez dira agertzen, edo laburtu egiten dira. REM loaldia laburtu eta zatikatu egiten da. Ez da loaldi atseden-hartzailea.

Apnea jasaten duenak gauean sarritan zurrunga zaratatsuak egiten ditu; atzeranzko isuri gastroesofagikoa, nikturia, hipoxemia edo hiperkapnia agertzen

ditu, eta egunez gehiegizko logura, haserrekortasuna, denboran orientatzeko arazoak, oroimen-galera, kontzentrazio-gaitasunaren galera eta adimen-errendimenduaren apaltzea agertzen ditu.

Epidemiologiari dagokionez, emakumeen % 2-4 inguruk eta gizonen % 4-6 inguruk agertzen omen du LABSa (Durán, Esnaola, Rubio eta Iztueta, 2001). Haurren artean ez da helduen artean bezain ugaria. Nahaste hori dutenek garuneko odol-hodietan istripuak izateko arrisku gehiago dute. Adinarekin gehitu egiten da nahastearen maiztasuna; maiztasunik handiena 40 eta 69 urte bitarteko pertsonetan du. Maiztasun handiagoa du pertsona gizenen, glukosaren metabolismoaren alterazioak dituztenen, alkohol-kontsumitzaileen, farmako depresoreen kontsumitzaileen, gora begira lo egiten dutenen eta tabako-erretzaileen artean (Young, Peppard eta Gottlieb, 2002). Sarri gertatzen da arnasbideak itxiak dituztenengan: makroglosia, torax barneko bozioa edo amigdalen hipertrofia dutenengan.

Prebentzio gisara, farmako hipnotikoak eta antsiolitikoak kentzen zaizkio, eta kafearen, alkoholaren eta tabakoaren kontsumoa mugatzen zaio pazienteari. Argaltzeko dieta ezartzen zaio. Ohean jarrera egokia hartzen laguntzen zaio, burkoen eta kuxinen bidez. Ahoko ortesiak aholkatzen zaizkio, faringe aldea eta goi-arnasbideak irekitzeko. Airea sartzen zaio sudurretik, presio positibo jarraituaren bidez. Adenoidektomia praktikatzen zaio. Antsiolitikorik eta antidepresibo lasaitzailerik ez zaio eman behar, arnasketa erabat makaldu edo eten baitiezaiokete.

6.4.1.5. Erritmo zirkadianoei loturiko nahasteak

Loaldia eta esnaldia egokitzen dituzten erritmo zirkadianoak desantolatu egiten dira. Loaren patroia egituratu gabea, iraunkorra eta errepikatzailea da. Pertsonaren loaldi eta esnaldiaren sistema zirkadiano endogenoa eta loaren iraupenari eta loaldien tartekatzeari buruzko gizartearen eskaerak gaizki sinkronizatuta egoteagatik gertatzen da. Gerta daiteke inguruneko faktoreek loaldi-esnaldi erritmoa aldatzen dutelako edo barneko erritmo zirkadianoa aldatzen delako. Gerta liteke barneko eta kanpoko erlojuaren arteko egokitzapenik ezagatik edo barne-erlojua aldatu delako.

Loaldia-esnaldi erritmoak 24 ordu inguruko denbora-zikloak eratzen ditu. Sistema zirkadianoa antolatzen duena hipotalamoaren aurrealdeko nukleo suprakiasmatikoa da. Erloju biologiko hori sinkronizatzen dutenak honako hauek dira: argi-ilun zikloak, gorputzaren tenperaturaren aldaketak, gizarteak ezarritako denbora-pautak, kortisolaren eta melatoninaren zikloak.

Erritmo zirkadianoaren aldaketa eragin dezaketen faktore nagusiak honako hauek dira: logura atzeratua, *jet-lag*a eta laneko txanden aldaketa.

– Loaldi-fase atzeratuaren eraginez sortutako erritmo zirkadianoaren aldaketa. Ezin du lo egin ezarritako denboran, asinkronia dagoelako ohera joaten den orduaren eta logura etortzen zaion orduaren artean. Sozialki ezarria

dagoena baino pare bat ordu geroago datorkio logura. Lo hartzeko eta garaiz esnatzeko arazoak izaten ditu. Lo hartu ondoren arazorik ez du izaten lotan jarraitzeko. Fase zirkadianoa atzeratua dago, baina iraun egiten du. Pertsona horrek ez luke inolako arazorik izango, geroago ohera joateko eta geroago esnatzeko aukera balu. Nahaste honen maiztasuna % 7-16 ingurukoa da.

– *Jet-lag*a: ordu-eskualde edo meridiano asko azkar zeharkatu direnean gertatzen da. Gorputza meridiano bateko ordutegira egokitua dago, baina beste meridiano batean dago. Pertsona meridiano bateko sinkronizatzaileekin lerrotua dago, eta desdoiketa bat gertatzen da, beste meridiano bateko sinkronizatzaileetara egokitu behar duenean; desdoiketa horri *jet-lag* edo ordutegi-aldaketaren sindromea deritzo. *Jet-lag* izeneko ordutegiaren desfaseak zaharrei, barnerakoiei eta goiztiarrei gehiago eragiten die. Nekea eta durduzadura sentitzen ditu egunez eta gauez; ezin izaten du lo hartu, edo maiz esnatzen da. Erritmo zirkadianoaren doiketa makala denez, egokitzapen-sintoma horiek egun batzuk irauten dute. *Jet-lag*aren sintomen larritasuna hainbat faktoreren mende dago: egokitzapen-gaitasuna, ordutegi-aldaketaren zentzua, ordutegi-desfasearen anplitudea, bidaiaren noranzkoa (ekialdea edo mendebaldea). 24 ordu barru ordu-meridiano asko pasatzen direnean (8tik gora) larriagoa izaten da *jet-lag*a; gainera, ekialderantz egindako bidaiak dira arazo gehien sortzen dutenak.

– Laneko ordutegiari lotutako lo-arazoak: lo egin behar dutenean ezin dute lo egin, eta esna egon behar dutenean logura dira. Txandakako lanaldietan sarri gertatzen da; adibidez, lanaldiaren ordutegia aldatu beharrean dauden ogibideetan: poliziak, gauzainak, erizainak, larrialdi-zerbitzuetako pertsonak, osasun-arloko langileak… Txandakako langileen 2/3 kalitate txarreko loaz kexatzen da. Gauez insomnioa, eta egunez ernetasunik eza. Astero txandaz aldatzen diren pertsonak, batez ere zikloa laburtzen dutenean ordu-erritmoen aldaketekin, ez dira ongi egokitzen. Gorputzak 24 ordu baino gehiagoko zikloak dituenez, hobeto egokitzen da zikloa luzatzen duten ordu-erritmoaren aldaketetara. Erritmo zirkadianoen nahasteak dituztenek osasun-arazoak eta nortasunaren nahasteak izateko arrisku gehiago dute. Gauez modu jarraituan lan egiten dutenak hobeto egokitzen dira erritmo-aldaketara, erreleboz astero aldatzen direnak baino. Lan-txanden etengabeko errotazioak jasaten dituztenek psikopatologia gehiago dituzte ohiko ordutegia dutenek baino (Sierra, Delgado-Domínguez eta Carretero-Dios, 2009). Gauez lan egiten dutenek eta lan-txandak sarri aldatzen dituztenek denbora gutxiagoz egiten du lo eta kalitate gutxiagoko loa egiten dute, egunez lan egiten dutenekin alderatuta. Erritmo zirkadianoaren nahastea jasaten dute gauez lan egiten duten pertsonen % 32k eta errotazio usuak dituzten langileen % 26k.

*Jet-lag*ak edo gaueko lanaldiek melatoninaren ekoizpenaren desfase zirkadianoa eragiten dute; melatonina epifisian edo guruin pinealean jariatzen da, argi gutxi dagoenean. Melatonina gehiena goizeko ordu bietatik lauretara jariatzen da.

Esnaldi-loaldi erritmoa aldatzen duten *barneko faktore*en artean aipatzekoak dira: loaren fase atzeratuaren eta fase aurreratuaren sindromeak. Fase atzeratuaren sindromean, pertsonak berandu lo hartzen du, eta berandu esnatzen da, loaldiaren ordu kopurua aldatzen ez bada ere. Loaren fase aurreratuko sindromean, goiz lo hartzen du pertsonak eta goiz esnatzen da.

Hipotalamoan kokaturiko nukleo suprakiasmatikoa da gure erloju biologikoa. Nukleo hori ikusmenarekin erlazionatua dago: goizeko argiak eta gaueko ilunak gure garunari erakusten diote egunero erloju biologikoa egokitu egin behar duela. Pertsona batzuek arazoak dituzte beren barneko erritmoak eta kanpoko ordutegia egokitzeko. Insomnioa dute ordu batzuetan, eta logura handia beste batzuetan.

Erritmo zirkadianoaren nahastea dela-eta, ondoez kliniko esanguratsua agertzen du pertsonak, eta haren laneko errendimendua, harremanetarako gaitasuna eta arlo garrantzitsuetako jarduera esanguratsuki hondatua gelditzen da. Adibidez, inguruneak esna egotea eskatzen dionean eta bere gorputzak lo egitea eskatzen dionean.

Loaren nahasteak ez dira agertzen loaren beste nahaste bat edo beste nahaste mental bat dagoenean bakarrik. Nahastea ez da sortu substantzia baten edo gaixotasun mediko baten efektu fisiologiko zuzenengatik.

6.4.1.6. Disomnien tratamendua

Insomnioaren kontrako tratamendu mediko moduan bentzodiazepinak erabiltzen dira, baina logura handiegia eragin dezakete eta mendekotasuna sor. Gainera, epe laburrerako dira, eta 4 aste baino gehiago ez erabiltzea gomendatzen da.

Hipersomnia edo narkolepsia tratatzeko estimulatzaile moduan anfetaminak edo metilfenidatoak erabili izan dira. Kataplexia edo gihar-tonuaren galera antidepresiboen bidez tratatu izan da, sendagai horiek REM loa eragozten dutelako, eta kataplexia REM loaren bat-bateko etorrerarekin lotua dagoelako.

Apnea buxatzailearentzat arnasketaren estimulatzaileak eta REM loa ukitzen duten antidepresore triziklikoak erabiltzen dira, arnasketa-giharrak erlaxa ez daitezen.

Erritmo zirkadianoren nahasteak tratatzean, errazagoa da oheratzeko orduak atzeratzea, aurreratzea baino. Errazagoa da ohikoa den baino ordu batzuk gehiago esna egotea, ordu batzuk lehenago lotaratzea baino. Loaren eskema hobeto erregulatzen da gero eta beranduago lotara joanez, alderantziz baino. Estrategia horren desabantaila hau da: egun batzuetan egunez lo-kuluxkak egin beharko dituela. Argi distiratsua

erabiliz ere berregituratu liteke erritmo zirkadianoa: 2.500 lux-eko lanpara sail baten aurrean eserarazten da pertsona (eguneko argiak 250 lux ditu). Ordu batzuetan argi hori jasoz gero, pertsonaren erritmo zirkadianoa berriro egokitzen da. Fototerapiaz gainera, B12 bitamina eta melatonina ere erabiltzen dira tratamendurako. Batzuetan fototerapia eta melatonina erabiltzen dira.

Erlaxazio-teknikak, meditazioa eta irudi lasaigarriak erabiltzen dira lo hartu behar dutenean edo gauez esnatu direnean. Erlaxazio progresiboa ere erabil liteke gorputzeko giharrak erlaxatu eta logura eskuratzeko. Loarekin erlazionaturiko kinadak bakarrik erabiliko dira. Lo egiteko eta harreman sexualetarako bakarrik erabiliko du logela, eta ez lanerako edo barne-herstura pizten duten jardueretarako.

Tratamendu paradoxikoa: ohean lorik egin gabe egoten saiatu behar du, ahal duen denbora guztian. Modu horretara gutxitzen du lo egiteko duen barne-herstura.

Loari buruzko uste okerrak aldatzeko terapia kognitiboa erabil liteke. Lo kantitate normalaz edo loaren galera konpentsatzeko moduaz pertsona batek dituen usteak alda daitezke terapia horretan.

6.4.2. Parasomniak

Ez dira lotarako arazoak, baizik eta lotan dagoela edo loaren eta esnatzearen artean gertatzen diren asaldurak. Lotan dagoela gertatzen diren agerpen fisiologiko eta portaera anormalak dira. Bizitza osoan gerta badaitezke ere, haurtzaroan gehiagotan gertatzen dira, eta helduaroan desagertu egiten dira eskuarki (Mason eta Pack, 2007). Parasomnia batzuk loaldi makalaren edo Ez-REM loaldiaren garaian gertatzen dira: gau-izualdiak, sonanbulismoa. Amesgaiztoak, berriz, REM fasean edo loaldi paradoxikoaren fasean gertatzen dira. Parasomnia espezifikatu gabeak ere (REM loaldiko portaera-nahastea eta loaldiko paralisia) REM loaldiaren garaian gertatzen dira.

6.4.2.1. Amesgaiztoak

Behin eta berriro errepikatzen diren bizitasun handiko ametsak dira, eduki desatsegina eta izugarria dutenak. Azaleko loaldian gerta daitezke, baina REM fasean edo loaldi paradoxikoaren garaian gertatzen dira gehienetan, batez ere gauaren bigarren erdian; beldur-sentipen indartsua eragiten dute, eta lotan dagoena erabat esnatzen da; esnatzen denean, berehala berreskuratzen du kontzientzia, eta ez du nahasmenik edo desorientaziorik izaten; pertsonak barne-herstura duenean errazago gertatzen dira, gihar-erreakzio bizkorrekin batera gertatzen dira, eta lotan dagoena esnatu egiten da. Baina amesgaiztoak dituenaren aktibazio begetatiboa gau-izualdiak dituenarena baino arinagoa da; barne-herstura eta beldur gutxiago agertzen du.

Loaldi paradoxikoarekin lotutako pasarteak direnez, gihar-tonuaren apaltzea nabarmena da, eta amesgaiztoen garaian ez da mugimendurik agertzen.

Trauma osteko estresaren nahastearekin, depresioarekin edo barne-hersturarekin batera sarritan gertatzen dira amesgaiztoak. Amesgaiztoak errepikatzen badira, loarekiko fobia ager daiteke, edo loaldi paradoxikoaren etendurak ager daitezke. Esnatzean haurra errealitatearekin kontaktuan jartzen da gehienetan, mehatxu batekin amets egin duela konturatzen da, eta barne-herstura desagertu egiten da.

Haurtzaroan dira ohikoenak amesgaiztoak: 3 eta 5 urte bitartean dute maiztasunik handiena. Adinarekin indarra galtzen dute. Nerabezaroan desagertu egiten dira eskuarki, baina helduen % 5-8k amesgaiztoak ditu oraindik. Emakumeek gehiagotan izaten dituzte (Nielsen *et al.,* 2000).

Amesgaiztoak REM fasean gertatzen dira, eta aktibazio autonomiko makala eragiten dute; gau-izualdiak Ez-REM fasean gertatzen dira, eta aktibazio autonomiko indartsua eragiten dute. Amesgaiztoak goiz aldera gertatzen dira; gau-izualdiak, berriz, gaueko lehen zatian. Amesgaiztoak dituztenak oroitzen dira amestutakoaz; gau-izualdiak dituztenak, ordea, ez. Amesgaiztoetan ez dago mugimendurik; gau-izualdietan mugimendu indartsua dago. Amesgaiztoaren ondoren erne eta kontziente egoten da pertsona; gau-izualdiaren ondoren nahasirik eta desorientaturik dago pertsona.

6.4.2.2. Gau-izualdiak

Gauaren lehen herenean gertatzen dira: loaldiaren III. eta IV. faseetan, hots, pertsona loaldi sakonean dagoenean. Minutu bat eta hamar minuturen artean irauten dute. Uhin makalen loaldian dagoenean beldur intentsuko agerpen fisiologikoak eta portaera-agerpenak izaten ditu. Lotan zegoen haurra bat-batean esertzen da ohean, garrasika eta negarrez; begiak irekiak ditu, begirada finko eta galduarekin; barne-herstura handiko bokalizazioak egiten ditu; izerditua, ileak tente dituela, midriasiko (begi-niniak dilatatuta), takikardiko eta takipneiko, tentsio altuarekin ikusten dugu. Elkarrizketari ez dio erantzuten. Izutua dagoela dirudi, izu-ikarazko garrasiak egiten ditu, baina Ez-REM garaian gertatzen denez, ez da amets beldurgarriek eragina. Zaila da gau-izualdian dagoena esnatzea, loaldi sakonean dagoelako; esnatzen duzunean, harrituta gera liteke, ez baitu egoera ulertuko.

4 urtetik 12 urtera bitarteko mutilen artean gertatzen da batez ere. % 1-6,5eko maiztasuna du haurren artean (Laberge, Tremblay, Vitaro eta Montplaisir, 2000). Eskolaurrean hasten dira pasarteak, eta gutxitan irauten dute nerabezarotik aurrera. Haurretan agertzen direnak nerabezaroan desagertzen dira, baina nerabezaroan agertzen direnak kronikoagoak eta beste patologia psikologiko batzuei (fobiak, obsesioak, barne-herstura…) lotuak izaten dira. Beraz, gau-izualdiak dituzten gehienak haurrak dira; baina heldu gutxi batzuk ere badira.

Gau-izualdi baten buruan haurra esnatzea ez da erraza, amesgaiztoan gertatzen denaren kontrara. Baina, esnatzen bada, eskuarki ez da oroitzen gertatu denaz. Eskuarki, hurrengo goizean haurra ez da gertatuaz oroitzen. Zerbait gogoratzen duenean, izu-eszena isolatuak izaten dira. Esnatzean nahastua eta desorientatua dago.

Gau-izualdiak dituzten pertsonek sonanbulismoa edo gau-izualdiak dituzten senitartekoak izaten dituzte askotan.

Tentsio emozionalak eta nekeak gehitu egiten dute gau-izualdien agerpena. Gau-izualdiak jarduera autonomiko indartsu batek eraginak izango lirateke. Tratamendu berezien beharrik ez dute, oso sarri gertatzen ez badira edo oso intentsitate handikoak ez badira behintzat.

6.4.2.3. Sonanbulismoa

Sonanbulismoa esnatzearen nahastea da: uhin makalen loaldian (gauaren lehen herenean) gertatutako portaera konplexuen segida. Loaldi arinaren III. eta IV. faseetatik bat-batean I. edo II. fasera pasatzen da pertsona. Azalekoago bihurtzen da loa: Ez-REM faseko loaldi sakonetik Ez-REM faseko azaleko loaldira iragaten da. Ez-REM fasean gertatzen denez, mugimenduak ez dira ametsen eszenaratzeak. Giharren mugimendua eta kontzientzia bereizi egiten dira. Ohean eserita ingurura begira egon liteke, desorientatuta. Edo portaera automatikoak egin ditzake: ohean eseri, jaiki eta ibiltzen hasi, jantzi, jan; begiak irekita eta finko edukitzen ditu, eta egoera horretan ez dio inguruneari erantzuten; zaila da fase horretan pertsona esnatzea. Hamar minutu baino gutxiago irauten dute pasarteek. Begirada finkoa eta galdua du. Ingurunera behatzen du, eta ez du eskuarki objektuekin tupust egiten. Eskaileretatik edo leihotik erortzeko arriskua dago. Jantz daiteke, leihoak edo ateak ireki ditzake, etxetik irten, elika edo garbitu liteke. Egoera horretan dagoena esnatzen baduzu, nahastua eta desorientatua agertuko da, ez du egoera ulertuko, eta ez du gogoratuko zer gertatu den. Baina ez da arriskutsua sonanbulua iratzartzea.

Haurrengan maizago gertatzen da helduengan baino. Haurren artean maiztasun gehien duen parasomnia da: % 2-14ko maiztasuna du. Helduen artean, berriz, % 1,6-2,4ko maiztasuna (Remulla eta Gilleminault, 2004). Haurren % 15-30ek inoiz jasan du sonanbulismoa, baina sonanbulismo errepikatua gutxiagok bizi izan dute. Haurren % 3-4 izango dira ohiko pasarteak dituztenak. Maiztasun handiena 10 eta 15 urte bitartean gertatzen da. Gutxitan gertatzen da 15 urtetik gorakoengan. Helduengan gertatzen denean, beste nahaste psikologiko batzuekin batera gertatzen da. Maiztasun handiagoa du guraso sonanbuluak izan dituztenengan.

Minutu batetik ordu erdi batera arte iraun dezake. Astean zehar pasarte bat baino gehiago izan ditzake. Nahasteak urte batzuetako iraupena izan dezake, esnaldian portaera-arazorik sortu gabe edo beste patologiarik eragin gabe. Pertsona berarengan sonanbulismoa eta somnilokioa batera gertatzea normala da. Horrela, batzuetan hitz egiten ikusten dugu sonanbulua, artikulazio kaskarrez eta ahopetik bada ere. Gau-izualdiak, enuresia eta sonanbulismoa ere sarritan gertatzen dira elkarrekin. Sonanbulismoarekin elkarturiko beste nahaste bat gauez elikatzearen sindromea da: lotan dagoela gauez jaiki, jan eta lotan jarraitzen du.

Sonanbulismoaren eta loaldi paradoxikoaren artean lotura bat dagoela egiaztatu da: loaldi paradoxikoko mekanismo aktibatzaileen funtzionamendu txarraren ondorio litzateke sonanbulismoa.

Haurren artean sonanbulismoa ez da gertatzen beste alterazio psikopatologiko batzuekin batera; baina, helduen artean, sonanbulismoarekin batera sarritan gertatzen dira nortasunaren nahasteak eta barne-hersturako nahasteak (Szelenberger, Niemcewicz eta Dabrowska, 2005).

Sonanbuluarentzat arriskuak daudenean (eskailerak, leihoak…), ziurtasun-neurriak hartu behar dira. Sonanbulismo-pasarteak batzuetan bortxazko portaerekin elkartu izan dira: esate baterako, suizidioekin eta hilketekin (Mahowald eta Schenck, 2000). Adibidez, gizon bat autoan joan zen aita-amaginarreben etxera, amaginarreba erail zuen eta aitaginarreba erailtzen saiatu zen. Aske geratu zen, sonanbulismo-egoeran egindako hilketa baten errurik ezin egotz baitziezaioketen (Broughton *et al.,* 1994).

http://www.youtube.com/watch?v=st10_NbcS1c

http://www.youtube.com/watch?v=HmksFmS2PqA

6.4.2.4. REM loaldiarekin elkarturiko portaera-nahastea (REM Sleep Behavior Disorder)

REM loaldiko giharren atonia tipikoa galtzen du behin eta berriro; mugimendu indartsu, konplexu eta bortxazkoak egiten ditu. Erregistro polisomnografikoen arabera, REM loaldiko faseak gihar-atoniarik gabe gertatzen dira: batzuetan gihar-tonu handiagoarekin, gorputz-mugimenduekin eta portaera konplexuekin. Ametsaren edukia irudikatzen edo eszenaratzen da portaera erasokorren eta garrasien bidez. Bere burua edo besteak zauritu ditzake, REM faseko inhibizioa desagertu delako. Pasarte horiek astean behin gertatu ohi dira; batzuetan, gau bakoitzean pasarte batzuk gertatzen dira, egun jarraitu batzuetan. Gaueko bigarren erdian gertatzen dira portaera anormalak, REM latentziaren ondoren. REM eta Ez-REM loaldien txandakatzea normala izaten da, baina uhin makalen gehitze bat gertatzen da.

Epidemiologiari dagokionez, gizonetan maizago gertatzen da emakumeetan baino, eta kasu gehienak pertsonaren bizitzako 6. eta 7. hamarkadetan gertatzen dira. Nahaste hori duten pazienteen erdiek nahaste neurodegeneratiboak (Parkinson gaixotasuna, Lewi-ren gorputzen dementzia) agertu ohi dituzte (Boeve *et al.,* 2007).

Etiologiari dagokionez, entzefaloaren enborreko oinarri neuronalen asalduratzat har liteke. Serotonina- eta noradrenalina-maila apaltzearen ondorioa izan liteke, neurotransmisore horiek baitira REM loaldiko inhibizio fisikoaren arduradunak.

6.4.2.5. Loaldiko paralisia

REM loaldiko ezaugarriak dituen giharren atonia agertzen da esna dagoela: giharreria ildaskatua ukitzen du, baina arnasketarena eta begietakoa ez. Segundo batzuetatik minutu batzuetara irauten du; goizetan gertatzen da, loalditik esnaldira igarotzean, hain zuzen ere, REM fasetik esnatzean. Narkolepsiaren lau sintometako bat da, baina batzuetan modu isolatuan agertzen da, eta loaldiko paralisi isolatu eta errepikatzaile deritzo.

6.5. BESTE NAHASTE MENTAL BATEKIN ERLAZIONATURIKO LOAREN NAHASTEAK

Beste nahaste mental batek eragindako loaren disfuntzioak dira. Beste nahaste mental batekin loturiko insomnioa eta beste nahaste mental batekin loturiko hipersomnia sartzen dira hor. Loaren nahaste sekundarioak dira.

Depresioari dagokionez, oso gutxi dira ondo lo egiten duten pertsona depresiboak. Depresioa duten pertsonen % 80k loaren alterazioak ditu (Medina, Sánchez, Conejo, Fraguas eta Arango, 2007). Depresio-aldietan loaren arazo hauek aurki ditzakegu: lo hartzea asko kostatzea, sarritan esnatzea edo goizegi esnatzea; III. eta IV. faseetako loa gutxitzea; ez-REM fasearen lehen zatia laburtzea; REM loaldiaren denbora-banaketa aldatzea: gaueko lehen erdiko jarduera gehitzea.

Barne-hersturari dagokionez, barne-herstura orokortua dutenei lo hartzea asko kostatzen zaie, azaleko loa dute eta sarritan esnatzen dira. Loaren I. eta II. faseak luzatzen dira eta loaldi makala laburtzen da; REM faseko asaldurarik ez dago, eta loaren eraginkortasuna apaldu egiten da. Gertaera traumatizatzailea ametsen bidez behin eta berriro esperimentatzen dute.

Nahaste obsesibo-konpultsiboa dutenek ez dute lo-arazo nabarmenik. Sintoma obsesiboek eraginak izaten dira lo-arazoak.

Trauma osteko estreseko nahastea duten pertsona askok lo asaldatua du. Nahaste nagusiak lo hartzeko arazoak eta amesgaiztoak dira.

Eskizofreniari dagokionez, prozesu psikotikoetan sarri gertatzen da insomnioa. Eskizofrenia duten pertsona askori laburtu egiten zaie loaren IV. fasea eta, orobat, REM fasearen latentzia (Monti eta Monti, 2005; Keshavan *et al.,* 1998).

Alzheimerren gaixotasuna edo beste dementziaren bat duenak delta loaldi eta REM faseko loaldi laburragoak ditu, gehiagotan esnatzen da eta esnaturik gehiago irauten du. Esnaldiei eta loaldiei dagokien erritmo zirkadianoa asaldatzen da, eta patroi arritmiko bat ezartzen. Delta loaren eta uhin geldien gutxitzea gertatzen da.

Elikadura-nahasteak dituztenek sarritan agertzen dituzte loaren arazoak. Horrela, bulimia duenak hipersomnia ager dezake, eta anorexia nerbiosoa duenak insomnioa ager dezake (Chokroverty, 2000).

6.6. GAIXOTASUN MEDIKO BATEN ONDORIOZ SORTUTAKO LOAREN NAHASTEA

Gaixotasun mediko batek sortua da. Nahaste motak:

- Insomnio tipokoa: lo hartzeko eta lotan jarraitzeko arazoak ditu, eta loak ez dio atsedenik ematen.
- Hipersomnia tipokoa: gaueko loaldia oso luzea da, eta egunez logura handia izaten du.
- Parasomnia tipokoa: loaldian portaera fisiologiko anormalak agertzen ditu.
- Tipo mistokoa: sintoma ugari, baina sintoma espezifikorik ez.
- Minbizia duten pertsonen % 50ek baino gehiagok loaren nahasteak agertzen ditu (Maté, Hollenstein eta Gil, 2004). Hasieran, minbizia diagnostikatu izanak eragiten duen barne-herstura da loa galarazten duena; geroago, tratamenduaren efektu sekundarioak eta mina agertzen dira.
- Gaixotasun erreumatologikoak dituztenek (hala nola fibromialgia) lo hartzeko eta lotan jarraitzeko arazo asko izaten dituzte.
- Patologia neurologikoak (parkinson, alzheimer) dira loari kalte gehien egiten diotenak.

6.6.1. Gaueko mioclonusa eta zango geldiezinen sindromea

Gau-mioclonusean hanketako giharren kontrakzio laburrak eta estereotipatuak gertatzen dira. Astindu miokloniko horiek iraun dezakete minutu batzuetatik bi ordura. Gauean zehar errepikatu egiten dira eta loa zatikatzen dute.

Zango geldiezinen sindromean hanketako giharren disestesiak gertatzen dira. Disestesia horiek sentitzeari uzteko hankak indartsuki mugitu behar ditu. Belaunaren eta orkatilaren artean gertatzen dira eskuarki disestesia edo sentipen gogaikarri horiek, baina zangoen goiko aldean ere senti daitezke. Pertsona gauez etzanda dagoenean agertzen dira eskuarki sentipen horiek. Geldi egonda okerrera egiten dute sintomek, eta hobera egiten dute pertsona mugitzen denean. Zangoak mugitu egin behar izaten dira sentipen horiek desagerrarazteko. Sintomak arratsaldean edo gauean agertzen edo okerragotzen dira. Sindrome hau duenak lotan dagoenean mugimendu erritmikoak egiten ditu, baina, sarritan esnatu egiten da.

6.7. SUBSTANTZIEN KONTSUMOAK ERAGINDAKO LOAREN NAHASTEA

Substantzia bat kontsumitzearen ondorioz edo kontsumitzeari uztearen ondorioz sortutako nahastea. Izan daiteke: insomnio tipokoa, hipersomnia tipokoa, parasomnia tipokoa eta tipo mistokoa. Lotan eragina duten substantzia ezagunenak honako hauek dira: kafeina, estimulatzaileak, alkohola, antsiolitikoak, opiazeoak, kokaina. Gainera, gaixotasunak sendatzeko erabiltzen diren farmakoek ere loa nahas dezakete: antihistaminikoak, kortikosteroideak, bronkodilatatzaileak eta betablokeatzaileak.

DSM-5ek aurreko bertsioan agertzen ez diren nahaste batzuk agertuko ditu, hala nola REM loaldiko portaera-nahastea, loaldiko apnea zentral primarioa, albeoloen hipobentilazio primarioa, loaldiko apnea-hipopnea buxatzailea.

6.8. PRAKTIKAK

6.8.1. praktika

Loaldiko apnea buxatzaileko sindromea:

Gaueko sintomak	Eguneko sintomak
– Apneak eta hipopneak – Zurrungak – Esnatzeak eta loaldi zatikatua – Lo urduria – Itolarria – Errefluxo gastroesofagikoa – Nikturia – Diaforesia (gehiegizko izerditzea)	– Egunean zeharreko gehiegizko logura – Haserrekortasuna, apatia – Goizeko buruko mina – Depresioa – Goizetako nekea – Kontzentrazio- eta oroimen-arazoak – Desira sexualaren gutxitzea – Mugitzeko trebetasunaren gutxitzea

6.8.2. praktika

Ikus ezazu bideoa, eta erantzun iezaiezu galderei:

Zergatik egiten ditugu ametsak? (BBC Odisea-ko dokumentala)

http://www.youtube.com/watch?v=Th9iAybE_6A

1. Nork identifikatu zuen REM loa? Zer gertatzen da REM loaldian?
2. Zer gertatzen zaio TOM izeneko gizon erretiratuari?
3. Zer aurkitzen dute Boston Medical Center-eko Erika Harris eta Patrick McNamara-k?

4. Zer gertatzen zaie ametsik egiten ez dutenei?
5. Zer aktibatzen du ametsak garunean?
6. Zer egiten dute Kanada iparraldeko kultura indigena batekoek?
7. Zer ikertzen du Antonio Zadra matematikariak?
8. Ametsek izan al dute eraginik aurrerapen zientifikoan?
9. Zer azalpen ematen zaio ametsen beldurrezko alderdiari?
10. Zer ekarpen egiten digute ametsek?

6.8.3. praktika

Ikus ezazu narkolepsiari buruzko bideo hau, eta erantzun iezaiezu galderei:

http://www.dailymotion.com/video/x77gmd_narcolepsia-jackeline_school

1. Nork agertzen dute batez ere narkolepsia?
2. Zer gertatzen da narkolepsian?
3. Maiztasuna.
4. Zer gertatzen da neurotransmisoreekin?
5. Zer gertatzen zaio Jackeline-ri?
6. Zer gertatzen da bigarren mailako irakasleekin?
7. Zerk eusten dio esna?
8. Zer gertatzen zaio Margaret-i?
9. Zein da Brenda-ren arazoa?
10. Zer arazo dute Dan-ek eta Claire-k?
11. Konta ezazu Jackeline-ren dantza-lehiaketarena.
12. Nolakoa da Danielen eta haren ugazabaren arteko harremana?
13. Zer egiten du Margaret-ek supermerkatura joan behar duenean?

6.8.4. praktika

Ikus ezazu ondorengo dokumentala, eta erantzun iezaiezu galderei:

Parasomnia eta sonanbulismoa:

http://www.youtube.com/watch?v=st10_NbcS1c

http://www.youtube.com/watch?v=HmksFmS2PqA

http://www.youtube.com/watch?v=IXdsjxGzd3s

http://www.youtube.com/watch?v=1QLsCvqVHaE

http://www.youtube.com/watch?v=7-A3zAqnw9k

1. Deskriba ezazu Mark-en kasua.
2. Deskriba ezazu John-en kasua.
3. Deskriba ezazu Loren-en kasua.
4. Deskriba ezazu nerabe frantsesaren kasua.

6.8.5. praktika

Ikus ezazu bideoa, eta komenta ezazu: amesgaiztoak ez dira ametsak (Eduardo Punset).

http://www.youtube.com/watch?v=meVz8NYFpmk&feature=fvsr

http://www.youtube.com/watch?v=HQ8EuQ3rqmw

http://www.youtube.com/watch?v=EMKO_H4xTto

http://www.youtube.com/watch?v=0AWAqIAg7W0

http://www.youtube.com/watch?v=pkHaWhdxiJM

http://www.youtube.com/watch?v=Tfe911D8-OI

http://www.youtube.com/watch?v=yDbK6O4huDM

http://www.youtube.com/watch?v=4FwKizDxdPo

6.8.6. praktika

Mugimendu erritmikoak

Haur batzuek, lo hartzean, beren burua kulunkatzen dute. Buruaren edo gorputz guztiaren mugimendu erritmikoak egiten dituzte, soinu guturalekin batera. Gurasoak beldurtu egiten dira sarritan, mugimenduak oso ikusgarriak direlako. Haur atzeratuetan eta autistetan normalagoak dira mugimendua horiek, haur normalengan baino. 4 urterekin desagertu egiten dira eskuarki. 5 urtetik gora irauten badute, kontuan hartzekoa da.

6.8.7. praktika

Amesgaiztoen eta gau-izualdien arteko aldeak:

Amesgaiztoak	Gau-izualdiak
Gaueko bigarren erdian agertzen dira. REM fasean gertatzen dira. Barne-herstura agertzen da, baina aktibazio autonomiko apalarekin. Badago kontaktua errealitatearekin. Zaratarik eta ahoskatzerik ez da gertatzen. Edukiak landuak dira.	Gaueko lehen herenean agertzen dira. Loaldiko 3. eta 4. faseetan gertatzen dira. Aktibazio autonomiko indartsua. Errealitatearekin kontakturik ez eta geroko oroitzapenik ez. Oihuak sarritan gertatzen dira. Edukiak gutxi landuak dira.

6.8.8. praktika

Zango geldiezinen sindromea

Geldi dagoen bitartean hankak mugitzeko premia du pertsonak, eta sentipen desatseginekin batera gertatzen da. Egunaren amaieran agertzen dira sintoma horiek, eta mugimenduaren bidez arintzen dira. Nekea eta insomnioa eragiten dute.

Zango geldiezinen sindromea

Ikus ezazu eta eztabaidatu ezazu lagunekin *Teknopolis*eko bideo hau:

Zientzia eta teknologia telebista-saioa

http://teknopolis.elhuyar.org/erreportaiak/zango-geldiezinen-sindromea/?lang=eu

Arratsaldeko zortziak dira. Eguzkia dagoeneko gorde da. Lanegun gogorra izan ostean, herritarrak etxera itzultzen hasi dira. Atea zeharkatzean, etxeko sofa eta ohea dituzte adiskiderik kuttunenak. Herritar gehienentzat eguneko unerik lasaiena da; Maria Jesus Catalanentzat, berriz, unerik aktiboena da. Haren zangoek mugitu beharra daukate. Bi zangoen barruan inurriak dabiltzala sentitzen du, eta altxatu eta ibili beharra dauka. Salto txikiak egiten ditu, eta dantzan hasten da, nahiz eta inork ez duen horretara gonbidatu.

MARÍA JESÚS CATALÁN (zango geldiezinen sindromea duen pertsona): *Hankak mugitzeko eutsi ezineko sentsazioa dut*.

Zango geldiezinen sindromea du. Zaila da zehaztea zer duten sindrome hau duten pertsonek. Maria Jesusek dio nerbioak dituela zangoetan. Beste gaixo batzuek, berriz, burbuilak dituztela esaten dute, eta badira, gainera, mina sentitzen dutenak ere. Hamaika izen modu berean agertzen den sindromearentzat.

JUAN JOSÉ POZA, neurologoa: *Ez dakigu zehazki zerk sortzen duen; seguruenik, zangoen zentzumen-pertzepzioan asaldu bat egoteak. Zangoak ezberdin hautematen ditugu geldirik gaudenean edo mugitzen ari garenean. Geldirik gaudenean, asaldu bat egon daiteke zangoen pertzepzioan, eta mugitu egiten ditugu beste modu batera hautemateko*.

Eguzkia gordetzen denean, Maria Jesusen nerbioak esnatu egiten dira. Gauero, eta 6 urte luzez, gaueko atsedenaldia egunsentira arte irauten zuen borroka bilakatzen zen. Gaua noiz iritsiko beldur zen.

MARÍA JESÚS CATALÁN (zango geldiezinen sindromea duen pertsona): *Gaua iristen zenean, lotara joaten nintzen. Bost-hamar minutuz egoten nintzen, eta handik aurrera ezin nintzen geldirik egon. Orduan, zangoak astintzen nituen, igurtzi, ostikoak ematen nituen behin eta berriz… Ohetik ez jaikitzearren, zangoak maindireen azpitik ateratzen nituen. Azkenean, ohetik altxa eta etxeko korridorean barrena ibiltzen nintzen. Hori zen modu bakarra. Oso nekatua egoten nintzen; bazirudien pareten kontra joko nuela. Ohera itzultzen nintzen, eta berriro. Ez nuen ezta bost minutu ere irauten, eta berriro altxatu beharra izaten nuen. Horrela denbora guztian. Gau osoak eman ditut batere lorik egin gabe. Goizeko 5:00etan edo 6:00etan, leher eginda, lo hartzea lortzen nuen; baina jada ohetik jaiki beharra nuen*.

Baina zangoetan bizi diren inurriak ez dira korrika ibiltzen gaua iristen denean soilik. Liburu bat hartu eta literaturarekin disfrutatzea konplikatua izan daitekeen jarduera bihur daiteke.

JUAN JOSÉ POZA, neurologoa: *Zergatik atsedenaldian? Sentsibilitate estatikoarekin eta dinamikoarekin du zerikusia. Orduan nabaritzen dugu, zangoak geldirik ditugulako. Erritmo zirkadianoak ditugulako. Sistema entzimatikoek ekoitzitako substantzia batzuk aktiboagoak dira goizean, eta beste batzuk, gauean. Sindromeak dopaminarekin du zerikusia. Goizean ugariagoa da, eta, gauean urriagoa denez, sintomak indartsuagoak dira orduan*.

Dopamina neurotransmisore bat da, neuronak elkarrekin konektatzen dituena. Neurona bakoitzak substantzia kimiko bat edo gehiago sortzen du, distantzia laburrean dauden ondoko neuronekin konektatzeko. Dopamina substantzia horietako bat da. Sistema askok erabiltzen dute, besteak beste, sentsibilitatearekin zerikusia dutenek. Horiek burmuineko zati zehatz batean kokatzen dira.

Zango geldiezinen sindromearen kasuan, dopamina erabiltzen duen neurona-sistema bat da, eta protuberantzia deritzon eremu batean dago, garuna eta bizkarrezur-muina lotzen diren eremuan.

Sindrome hau duten gaixoen lehen testigantzek XVII. menderaino garamatzate, baina gaur egun oraindik ez da ezaguna zer faktorek sortzen duen zango geldiezinen sindromea.

JUAN JOSÉ POZA, neurologoa: *Seguruenik, oinarri genetikoa duen gaixotasun bat da. Askotan, sindromea duten askok gaitza duten senitartekoak dituzte. Badirudi zerikusia duela burdinaren metabolismoaren asaldu batekin, segur aski burdina odoletik nerbio-sistema zentralera garraiatzean; eta nerbio-sistema zentraleko zenbait zati burdin faltan daudenez, dopamina gaizki sintetizatzen da, eta, ondorioz, sintomak agertzen dira.*

MARÍA JESÚS CATALÁN (zango geldiezinen sindromea duen pertsona): *Oso zaila da esatea noiz hasten diren lehen sintomak. Hau ez dator bat-batean. Noizean behin, antzeko zerbait izan duzu, baina ez diozu jaramonik egin. Hala ere, uste dut haurdunaldian hasi zitzaizkidala lehen sintomak, baina modu esporadiko batean*.

Zango geldiezinen sindromea herritarren % 3k pairatzen du. Sintoma ugariagoa da emakumeen artean. Maria Jesusek dioenez, sindromea haurdunaldian hasi ohi da. Garai horretan, emakumeek burdin gabezia izaten dute, jasotzen duten burdin kantitate handi bat zuzenean haurrak hartzen duelako. Hori dela-eta, baldin eta burdina garraiatzeko arazoa duen gaixo bat bada, nerbio-sistema zentralera burdina gutxiago iritsiko zaio. Haurra izan ondoren, sintomak desagertu egiten dira, eta, berriro azaltzekotan, ez dira azaltzen urte asko pasatu arte. Bestetik, gainera, emakumeek hilero burdin kantitate txiki bat galtzen dute.

MARÍA JESÚS CATALÁN (zango geldiezinen sindromea duen pertsona): *Batere lorik egin gabe eman nuen bolada bat. Nola egoten nintzen hurrengo egunean? Gaizki, loguraz egoten nintzen egun osoan*.

Ohean sartu, begiak itxi eta lo egitea moduko ariketa xume bat benetako amesgaiztoa da pertsona batzuentzat. Egunero, gorputzak lo egin behar du. Une horretan kargatzen dira gorputza martxan jartzen duten bateriak, bateria fisikoak eta psikikoak; oroimena berrantolatzen da; hormonak berriro orekatzen dira.

CARLOS EGEA, pneumologoa: *Behar dugun denbora horrek, 6-8 ordu (ez dago ongi finkatuta), ohikoa dirudi. Zenbat behar du kamera batek kargatzeko? 2 ordu? Guk 6-8 ordu behar ditugu. Ordu kopuru hori betetzen ez badugu, hurrengo egunean loaren bankua martxan jartzen da, eta esaten digu: «Bi zor dizkidazu». Orduan, baldin eta errutinazko lan batean hasten bazara, logura sartzen zaizu; zineman eta antzerkian bazaude, logura sartzen zaizu; bikotearekin hitz egiten ari bazara, lokartzen hasten zara… Pentsa zeinen garrantzitsua den, gorputzak bai baitaki bateria hori kargatu beharra daukazula, eta, agian, espero ez duzunean eskatzen dizu*.

CARLOS EGEA, pneumologoa: *Zango geldiezinen sindromea duen pertsona bat etengabe esnatzen da. Zortzi ordu egoten da ohean, baina bi bakarrik ematen ditu lo, eta sei zor ditu; eta, hurrengo egunean, bankuak kobratu egiten dizkio. Horrek, egunez egun, ondorioak izan ditzake lanean… Ez dago ongi, depresioa izan dezake, antsietatea du*.

Urte askoan hamaika erremediorekin saiatu da sintomei aurre egiten, eta ezerk ez du lortu bere ondoeza hobetzea. Goiz batean, Espainiako Zango Geldiezinen Sindromearen Elkarteko kide bati egindako elkarrizketa bat entzun zuen irratian. Une hartan deskribatzen ari ziren sindromearekin identifikatu zuen bere burua, eta familia-medikuarengana joan zen. Sendagileak neurologo batengana bideratu zuen, eta, hamaika azterketa egin ostean, zango geldiezinen sindromea diagnostikatu zioten.

MARÍA JESÚS CATALÁN (zango geldiezinen sindromea duen pertsona): *Sendagilearengana joan nintzenean, medikamentu dopaminergiko bat errezetatu zidan; zehazki, Mirapexin errezetatu zidaten. Egia esanda, on egin dit. Orain, gutxienez, 5-6 ordu egin dezaket lo.*

Maria Jesusek lortu du zangoetako nerbioei aurre egitea. Oro har, zango geldiezinen sindromea duten gaixoek ongi erantzuten diete medikamentu dopaminergikoei.

Tratamenduari esker, Maria Jesusek lortu du aurreko bizimoduaren erritmoari eustea, eta ez du nahi jendeak sindrome hori isilean sufritzea.

MARÍA JESÚS CATALÁN (zango geldiezinen sindromea duen pertsona): *Sindromea duzunean egin behar den lehengo gauza da onartzea, eta, ondoren, erremedioa jartzea.*

6.8.9. praktika

Ikus eta komenta ezazu honako bideo hau:

Syndrome des jambes sans repos (SJSR)

https://www.youtube.com/watch?v=L2HWQMpKquY

6.8.10. praktika

Ikus eta komenta ezazu zango geldiezinen sindromearen tratamenduari buruzko bideo hau:

New Treatment Discovered for Restless Legs Syndrome

https://www.youtube.com/watch?v=KkSvmoOmfMI

7. Substantzia psikoaktiboekin loturiko nahasteak

7.1. SARRERA

Organismoan sartzean pertsonaren funtzionamendu mentala, aldartea eta portaera aldatzen dituzten substantziei deritze substantzia psikoaktibo. Substantzia horiekin erlazionatutako nahasteei buruz hitz egiten ari garenean, ez gara legez kanpoko substantziei buruz bakarrik ari; hau da, ez gara heroinaz, kokainaz, anfetaminez, estasiaz edo marihuanaz bakarrik ari. Substantzia psikoaktiboen artean ditugu, orobat, kafea, nikotina, alkohola, barbiturikoak eta txokolatea.

Lurralde guztietan erabili izan dira sufrikarioa, herstura fisikoa eta ondoez psikikoa arintzeko substantzia toxikoak. Substantzia horietako batzuen kontsumoa lege barruan dago; beste batzuena, legetik at; azkenik, beste batzuk medikuaren esanetara hartzen dira. Edozein modutan, substantzia psikoaktiboen kontsumoak, hasieran efektu atseginak eragiten baditu ere, luzera ondorio fisiko eta psikologiko larriak eragin ditzake.

Substantzia psikoaktiboen kontsumo normalean substantziaren kantitate moderatuak barneratzen dira, eta horrek ez du pertsonaren funtzionamenduan aldaketa esanguratsurik ekartzen. Baina, substantzia psikoaktiboen *abusua* dagoenean, substantzia horiek modu jarraituan eta kantitate handitan kontsumitzen dira; horrek portaera arriskutsuak edo legearen kontrakoak eragiten ditu, eta lanaren, harremanen edo osasunaren arloetan ondorio negatiboak izaten ditu. Substantzia horiez intoxikatua dagoenean portaera arriskutsuak agertzen ditu pertsonak, eta arazo sozialak, psikologikoak edo lan-arazo jarraituak izaten ditu.

Substantzien gehiegizko kontsumoak mendetasuna sortzen du. Substantzia psikoaktiboen *mendekoa* denak drogarik kontsumitzen ez duenean *abstinentzia*-sintomak izaten ditu (tentsioa, izerdia, dardarak), eta gero eta substantzia gehiago kontsumitu behar izaten du, hasieran lortzen zuen efektu bera lortzeko (*tolerantzia*). Hau da, efektu psikoaktibo bera lortzeko farmakoaren edo drogaren dosi handiagoaren beharra izango du, edo denbora gehiagoz kontsumitu beharko du. Bide horretatik, nahiz eta substantzia neurrian hartzen saiatu, gehiegi kontsumitzera helduko da, eta horrek ondorio negatibo esanguratsuak eragingo dizkio denboraldi luze baterako. Substantziaren mendeko edo adikto bihurtzen da pertsona, eta ezin da bizi substantzia hori kontsumitu gabe. Substantzia bati atxikitzen zaionak edo haren mendeko denak substantzia hori irrikaz bilatzen du, eta substantzia horren bidez atsegina lortzeko ekintzak errepikatu egiten ditu. Ekintza edo portaera horiek aurrera eramateko desira

indartsua edo konpultsio-sentimendua du, eta ezin izaten ditu portaerak kontrolatu edo inhibitu, horrek arazoak sortzen badizkio ere.

Substantzia psikoaktibo batekiko mendetasuna duen pertsonak sufrikario psikologikoa, herstura emozionala eta/edo nahaste fisikoak agertuko ditu, substantzia hori kontsumitzen ez duenean edo substantzia gutxiegi kontsumitzen duenean. Gertaera horri abstinentzia-sindrome deritzo, eta zeinu nahiz sintoma fisiko eta psikikoek osatzen dute. *Mendetasun fisikoa* duenak nahaste fisiko gogorrak jasaten ditu drogaren kontsumoa eteten duenean. *Mendetasun psikologikoa* duenak nahaste psikikoak jasaten ditu droga kontsumitzeari uzten dionean. Adibidez, alkoholarekiko mendetasuna duenak alkoholaren abstinentzia-eldarnioa edo *delirium tremens*a jasaten du, alkohola uzten duenean edo kontsumitzen duen kantitatea nahikoa ez denean.

*Mendetasun gurutzatua*z hitz egiten dugu, droga bat gai denean beste droga batek sortutako abstinentzia-sindromea ezabatzeko. Adibidez, metadona gai da heroinak eragindako abstinentzia-sindromea ezabatzeko. Mendetasun gurutzatua sarri erabiltzen da desintoxikazio-metodo gisa. Mendetasun gurutzatua ez ezik, *tolerantzia gurutzatua* ere badago: droga bat hartzen da, eta droga horrekiko tolerantziarekin batera mota bereko droga batekiko tolerantzia ere agertzen da. Adibidez, heroinarekiko tolerantzia duenak morfinarekiko tolerantzia gurutzatua du aldi berean.

Drogak kontsumi daitezke, haietaz abusatu gabe. Alkohola edan liteke, hartaz abusatu gabe. Bestalde, substantzia batekiko mendetasuna eduki liteke, hartaz abusatu gabe; adibidez, barbiturikoekiko mendetasuna gara daiteke, lo hartzeko barbiturikoak modu moderatuan hartu ondoren.

7.2. DROGA MOTAK

Nerbio-sistema zentralean dituzten ondorioen arabera, honako droga talde hauek bereizten dira:

- Depresoreak: tentsioa jaisten dutenak dira: alkohola, lasaitzaileak, hipnotikoak, antsiolitikoak (barbiturikoak, bentzodiazepinak…).
- Opiazeoak: min fisikoa gutxitu, erlaxatu eta barne-herstura arintzen dutenak dira: heroina, kodeina, morfina.
- Kitzikatzaileak: arreta gehitzen, nekea gutxitzen eta iraupena luzatzen dutenak dira: kokaina, anfetaminak, kafeina eta nikotina.
- Haluzinogenoak edo asaldatzaileak: aldartean, pentsamenduan eta portaeran aldaketak eragiten dituztenak eta pertsonaren hautemate eta adimena hedatzen dituztenak dira: psikodisleptikoak, eldarnio-sortzaileak.

7.2.1. Droga depresoreak

Nerbio-sistema zentralaren jarduera makaltzen dutenak dira. Horien artean sartzen dira alkohola, lasaitzaileak, lo-eragileak (barbiturikoak), barne-hersturaren eraisleak (bentzodiazepinak).

7.2.1.1. Alkohola

Gizakiek aspalditik kontsumitu izan dituzte edari alkoholikoak. Duela 6.000 urte jadanik kontsumitzen zuten alkohola sumertarrek (Goodwin eta Gabrielli, 1997). Egipton garagardoa kontsumitzen zen K.a. 3000. urte inguruan. Ezaguna da Bibliako Noeren mozkorraldia ere. Cambyses, Persiako erregea, K.a. 600 urte inguruan bizi izan zena da ezagutzen den lehen alkoholikoetakoa. Gaur egun, gure artean, alkohol asko kontsumitzen da eguneroko bizitzan, baina, batez ere, asteburuetan, festetan eta ospakizunetan.

Alkohola berez depresorea izan arren, haren lehen efektua estimulatzailea da, garuneko zentro inhibitzaileak deprimitzen dituelako. Alkoholak laster deprimitzen ditu garuneko beste eskualdeak ere, eta orduan pertsonak bere trebetasunak galtzen ditu: makal erreakzionatzen du, gaizki hitz egiten du, zentzuak moteltzen zaizkio.

Alkohol gehiegi hartzen dutenen portzentaje handi batek beste nahaste mentalen bat ere izaten du (Lapham *et al.,* 2001) eta nahaste hori sarritan depresioa izaten da. Alkoholaren abusua sarritan ikusten dugu delinkuentziarekin edo istripuekin erlazionatuta ere.

7.2.1.1.1. Alkoholaren efektuak

Alkoholak sistema neuro-hartzaile batzuk aldatzen ditu. Alde batetik, azido gama-aminobutirikoaren sistema neurotransmisorea inhibitzen du, eta neuronen arteko komunikazioa hondatzen du. Beste alde batetik, glutamato-sistema eta serotonina-sistema aldatzen ditu, eta horrek ondorioak ditu pertsonaren oroimenean, aldarte-egoeran, loaldian eta jateari buruzko portaeran.

Alkoholaren hasierako efektuak kitzikatzaileak dira. Ongizatea eta gizartekoitasuna pizten ditu, eta odol-presioa igotzen du. Baina, laster hasten da alkohola efektu depresiboak eragiten, eta emozio negatiboak sortzen. Alkohol asko edaten duenak epe luzera bitaminen gabezia izan dezake, eta, ondorioz, oroimen-arazoak, arazo kardiakoak eta barneko guruinen arazoak izan ditzake. Alkoholak kaloriak ematen ditu, baina osasunerako oinarrizkoak diren elikagaiak ez. Organismoaren defentsa-sistema apaldu egiten da alkoholaren abusuaren ondorioz, eta infekzioak edo minbizia izateko aukera igo egiten da. Haurdun egonik alkoholaz abusatzen badu ama batek, jaioko den haurrak anormaltasun fisiko eta psikologikoak izan ditzake (fetuaren alkohol-sindromea): aurpegian eta soin-adarretan anormaltasunak, nerbio-sistema zentrala kaltetua, funtzionamendu kognitibo hondatua, hazteko arazoak, Down sindromea, bizkarrezur bifidoa.

Alkohola dosi txikitan hartzen denean, atseginaren eskualdeak aktibatzen dira, eta gorputzaren barneko opioideak askatzen. Alkohola dosi handitan hartzen denean:

- Garunaren jarduera inhibitu eta deprimitu egiten da.
- Pentsamenduaren prozesua nahasi egiten da; ikusmena, lausotu; hizkera, makaldu; giharren koordinazioa, kaltetu; eta begien nahi gabeko mugimendua (nistagmoa), agertu.
- Inhibizio sexual gutxiago eta gaitasun sexual gutxiago du: desira sexuala handitu eta trebetasun sexuala apaldu egin da (Shakespearek honela zioen Macbeth-en: «*Desira probokatzen du, baina errendimendua gutxitzen du*»).
- Oroimenaren hutsuneak agertzen dira.
- Alkoholaz abusatzen duten pertsonen % 37k nahaste mentalen bat ere badu (Lapham *et al.,* 2001).
- Heriotzak eragiten dituzten auto-istripu asko alkoholaren eraginez gertatzen dira.
- Lege-hauste eta krimen asko ere alkoholaren eraginpean gertatzen dira (Murdoch, Pihl eta Ross, 1990).
- Alkoholaren asimilazioa gibelak egiten du, baina, alkohol kopuru handiak hartzen direnean, gibela kaltetu egiten da. Zirrosiarekin hiltzen diren pertsonen erdiek baino gehiagok alkoholaz abusatu dute (DuFour, Stinson eta Caces, 1993).
- Elikadurari dagokionez, alkoholikoa gaizki elikatua egon liteke, alkoholak kaloria asko dituelako eta alkohol asko edaten duenari apetitua apaltzen zaiolako. Alkoholikoek gorputzean tiamina gutxiago daukate, eta horrek eldarnioak eragiten ditu.
- Beste nahaste hauek ere sor ditzake: duodenoko ultzera, pankreatitis kronikoa, gaixotasun kardio-baskularrak, nerbio-sistema zentral eta periferikoaren lesio itzulgaitzak (dementzia, Wernicke-ren gaixotasuna, Korsakoff-en sindromea, Marchiafava Bignami-ren gaixotasuna). Korsakoff-en sindromea edo alkoholaren sindrome amnesikoa tiamina gabeziak eragiten du. Honako hauek dira nahaste horren sintomak: gertaerak ahanztea, gertaeren faltsutzea (konfabulazioa), oroimen-hutsuneak erreminiszentziaz betetzea.
- Ospitale orokorretan eta osasun mentaleko ospitaletan tratamenduan dauden pertsona askok alkoholaz abusatzen dute. Pertsona horien suizidiorako joera populazio orokorreko pertsonena baino handiagoa da.

Emakumeek ez dute gizonek bezain ondo metabolizatzen alkohola; beraz, azkarrago intoxikatzen dira (Gordis, 1995). Nolanahi den, kontuan hartzen dena ez da edan den alkohola, odolean dagoena baizik. Kantitate berak efektu ezberdinak edukiko ditu pertsonak hartu duen janariaren arabera edo alkohol hori edateko erabili duen denboraren arabera.

Drogek eta alkoholak dopaminaren bide mesokortikolinbikoa aktibatzen dute, eta euforia edo atsegina sortzen dituzte. Bide mesokortikolinbikoa eskualde tegmental bentraletik accumbens nukleora eta hortik garunazal prefrontalera doana da. Zentro horrek erregulatzen ditu oroimena eta emozioak.

Alkohol asko modu jarraituan kontsumitzen badu pertsona batek, gero eta tolerantzia handiagoa eduki dezake. Gehiegi edan eta gero, oraindik alkohol-maila txikia eduki dezake odolean. Gorputza ohitu egiten da alkoholera, eta modu eraginkorragoan prozesatzen du hura. Glutamatoaren hartzaileen sentikortasuna aldatu egiten da, eta ondorioz tolerantzia sortzen da (Tsai, Yang, Chung, Lange eta Coyle, 1998). Alkoholaren eragin inhibitzaileari kontra egiteko neurona-bide batzuk aktibatu egiten dira. Ondorioz, pertsonak edateari uzten dionean, alkoholak ez du inhibiziorik eragiten, eta gehiegizko kitzikapena gertatzen da.

Alkoholaren kontsumo kronikoari darraion abstinentzia-sindromeak honako bereizgarri hauek ditu: barne-herstura, oka egitea, goragalea, sukarra, eskuetako edo ezpainetako dardara, asaldura psikomotorra, insomnioa, sugestionagarritasun handia, espazio- eta denbora-desorientazioa, haluzinazio iragankorrak. Sintoma horiek gorenean daude abstinentziaren 2. egunean, eta hobera doaz 4. edo 5. egunetan. Ondoren, loaldi sakon batean murgiltzen da pertsona, eta, esnatzean, sintoma gehienak desagertuak dira, pertsona izutua baldin badago ere. Alkohola kontsumituz gero, desagertu egiten dira abstinentzia-sintomak.

Alkoholaz abusatzen duenak drogaren eragin negatiboa jasaten du lanean eta harremanetan, baina ez du jasaten alkoholarekiko mendetasuna dutenek agertzen duten tolerantziarik edo abstinentzia-sindromerik. Laneko eginkizun nagusi batzuk ez ditu betetzen. Arrisku fisiko batzuk izaten ditu, adibidez, edanda gidatzean. Lege-hauste batzuk egiten ditu: portaera txarragatik atxilotzen dute, edo trafiko-arauak hausten ditu. Pertsona arteko arazo ugari izaten ditu. Alkoholaz abusatzen dutenek eskuarki beste substantzia batzuk ere erabiltzen dituzte; horrela, adibidez, alkohol gehiegi edaten dutenek erre ere sarritan egiten dute. Drogen konbinazioak, gainera, efektu sinergikoa du sarritan. Alkohola eta barbiturikoak konbinatzeak heriotzara eraman dezake.

Alkoholarekiko mendetasun-sindromea duenak modu jarraituan edo aldika alkohola hartzeko konpultsioa sentitzen du, efektu psikiko batzuk lortzeko edo alkohol-gabeziak sortzen dion ondoeza ekiditeko. Alkoholarekiko mendetasuna duenak harekiko tolerantzia garatzen du: alkohol kopuru berak efektu gutxiago eragiten dio. Efektu psikologikoak jasaten ditu, alkohola hartzeari uzten dionean, edo alkohol gutxiago hartzen duenean. Pertsona konturatzen da alkohol gehiegi hartzen duela, baina ezin izaten du gutxiago kontsumitu. Jarduera asko albora uzten ditu, lanean, harremanetan edo aisialdian. Alkoholarekiko mendetasun-sindromea dutenen garuna besterena baino uzkurtuago dago (Lyvers, 2000), eta errendimendu kaxkarragoa du ariketa kognitiboetan (Pickworth, Rohrer eta Fant, 1997).

7.2.1.1.2. Alkoholarekiko mendetasunaren maiztasuna

Euskadi eta Drogak 2010 inkestaren arabera, 15 eta 74 urte bitarteko euskal herritarren % 90,8k alkohola kontsumitu du inoiz. Baina alkohola egunero kontsumitzen dutenak populazioaren % 15,4 da. Egunero kontsumitzen dutenen artean gizonen kontsumoaren maiztasuna emakumeena baino hiru aldiz handiagoa da. Populazioaren % 22,3k kasu berezietan edaten du, batez ere; eta populazioaren % 39k asteburu eta jaiegunetan. % 15,7k onartzen du azken urtean mozkortu dela.

DSMko irizpideen arabera, alkoholarekiko mendetasunak bizitzan zehar duen maiztasuna % 20koa da gizonen artean, eta % 8koa, emakumeen artean. Gizonek emakumeek baino bost aldiz gehiagotan dituzte alkoholarekiko mendetasun-arazoak, gaur egun maiztasun-tasak aldatzen ari badira ere.

7.2.1.1.3. Alkoholarekiko mendetasunaren garapena

Alkoholaren mendetasunetik atera eta sendatzen direnak badira (Ludwig, 1985). Baina alkoholaren mendetasun kronikoan jarraitzen dutenen hiru laurdenek edatearen ondorioak jasaten dituzte lan-arloan, 20-30 urte dituztenean. Hirugarren hamarkadan mutilek neskek baino arazo gehiago agertzen dituzte alkohol-abstinentziaren ondorioz. Hirugarren hamarkadan eta laugarrenaren hasieran gizonek edatearen ondorio larriak jasaten dituzte (pankreatitisa, hepatitisa, haluzinazioak, konbultsioak).

Estatistikek alkoholaren intoxikazioaren eta portaera bortitzaren arteko lotura erakutsi dute. Alkoholak den baino bortitzagoa egiten ez badu ere pertsona bat, biolentziaren erabilerak sortzen duen zigorrari beldur gutxiago dio alkoholaren mende dagoenak.

7.2.1.1.4. Alkoholarekiko mendetasunaren etiologia

Alkoholarekiko mendetasunaren kausak aztertu dituztenek mendetasuna jasaten duen pertsonaren identitatearen mugen arazoa planteatu izan dute sarritan. Nahaste honen sustraian nartzisismoa, identitatea eta autoestimu-galera egongo lirateke. Mugak lausotu eta ezabatzeko, desberdintasunaren eta bereizketaren hersturari aurre egiteko erabiltzen da alkohola. Nia eta nia ez dena bereizi gabe zeuden faseetara itzultzeko eta objektu on eta txarraren arteko bereizkuntza lausotzeko balio dezake.

Alkoholiko izateko aurre-joera duen nortasuna inpultsiboa, erasokorra, arrisku-hartzailea, emozionalki ezegonkorra eta heldu gabea da; gutxiagotasun-sentimenduak ditu, eta frustrazio-gaitasun gutxi du.

Eskizofrenia duten pertsonen erdiek alkoholarekiko edo drogekiko mendetasuna dute. Nortasun antisozialaren edo drogen kontsumoaren artean ere erlazio estua dago (Alterman, 1988). Era berean, erlazio handia dago barne-hersturaren eta alkoholaren kontsumoaren artean, erlaxatzeko edaten duelako jende askok. Alkoholismorako

aurre-joera dutenengan gehiago apaltzen da estresa alkohola hartzean, aurre-joera hori ez dutenengan baino. Gainera, alkoholarekiko tolerantzia gehiago garatzen dute aurre-joera hori dutenek. Alkoholaren abstinentzia-garaian gertatzen den dopamina-mailaren jaitsierak eramaten ditu alkohola edatera.

Edaten hastean edo edaten jarraitzean eragina dute pertsonaren igurikapenek. Pertsonak pentsatzen badu alkoholak tentsioa jaitsiko diola, atsegina igoko diola eta lagunen onarpena handituko diola, igurikapen horrek alkohola kontsumitzera eramango du (Christiansen, Smith, Roehling eta Goldman, 1989).

Harremanetan sostengu gutxi dutenek gehiago edaten dute triste daudenean edo besteen etsaitasuna sentitzen dutenean, sostengu gehiago dutenek baino (Hussong, Hicks, Levy eta Curran, 2001). Bikotearen krisialdietan hasten dira sarritan edaten bikote horretako kideak.

Mendebaldeko kulturan harremanak errazteko eta tentsioak jaisteko hartzen da sarritan alkohola. Alkoholik gehiena kultura horretan kontsumitzen da, eta hor gertatzen dira alkoholaren ondorioz hilketa, istripu eta gibeleko gaixotasun gehien.

Kultura batzuetako jendeak alkoholarekiko sentikortasun handiagoa du. Horrela, asiarrek eta eskimalek goragalea, bihotz-palpitazioak, odol-presioaren jaitsiera eta azalaren gorritzea agertzen dituzte alkohola kontsumitzean. Asiarrek alkohol gutxiago kontsumitzearen arrazoietako bat horretan egon liteke; izan ere, azalaren gorritzeak ezinegon handia sortzen die (Higuchi *et al.,* 1994).

Genetikak zerikusi handia du drogen botere adiktiboarekiko sentikortasunaren garapenarekin. Alkoholarekiko mendetasuna dutenen heren batek gutxienez guraso bat du arazo bera duena. Gurasoetako batek alkohol-arazoak izateak handitu egiten du seme-alabek ere arazo berbera izateko probabilitatea, baina bi gurasoek alkoholarekiko mendetasuna izateak are gehiago handitzen du probabilitate hori. Era berean, alkoholikoen seme-alaba biologikoak izanik beste familia batean adoptatuak izan direnek ere probabilitate gehiago dute alkoholikoak izateko, alkoholikoak ez direnen seme-alaba adoptatuek baino (Goodwin, Schulsinger, Hermansen, Guze eta Winokur, 1973).

Baina genetikak bakarrik ez du azaltzen alkoholaren eta beste drogen etiologia. Ingurune sozialeko zirkunstantziek ere eragina dute drogen kontsumorako motibazioa eta aukera sortzean. Batera eta elkarreraginean funtzionatzen dute herentzia- eta ingurune-faktoreek. Genetikako aurre-joerak bakarrik ez du funtzionatzen; beharrezkoa da droga eskura jartzen duen ingurune bat edo droga kontsumitzera bultzatzen duen ingurune bat ere. Ikaskuntzaren bidez pertsonak kinaden mende baldintzaturik gelditzen dira: drogen kontsumoa indartu egiten da.

Gurasoen eragina garrantzitsua da drogen kontsumoan. Alkohol edo droga asko kontsumitzen duten gurasoak dituzten haurrak zaurgarriak dira, eta abusurako joera gara dezakete. Gurasoen alkoholismoa bizitzako gertaera negatibo kontrolaezinen

ugalketarekin erlazionatua ageri da (Chassin, Curran, Hussong eta Colder, 1996). Gurasoen heziketaren ondorioak nerabezaroan agertzen dira: gurasoek ez dute haurren ibilbidearen jarraipenik egiten, eta nerabeek drogak kontsumitzen dituzten lagunekiko atxikimendua garatzen dute.

7.2.1.1.5. Alkoholarekiko mendetasunaren tratamendua

Edari-arazoek kalte handiak sortzen dituzte familian, lagunartean, lanean. Arazo horien tratamendua zaila da, beste arazo psikologiko (depresioa, barne-herstura…) askorekin batera gertatzen direlako.

Substantzia gehiegi kontsumitzen duen jende anitzi asko kostatzen zaio arazo bat duela onartzea. Alkoholarekiko mendetasunaren tratamendua behar duten asko ez dira beren arazoaz konturatzen; eta sendagile asko ere ez dira konturatzen zenbait pertsonak alkohol-mendetasuna duela eta modu kontrolatu gabean edaten duela. Terapia hasten duten askok ere amaitu baino lehen eteten dute tratamendua.

Tratamenduaren helburuak desintoxikazioa, errehabilitazio fisikoa, alkoholaren kontsumoaren kontrola eta bizitzako arazoei aurre egiten ikastea izaten dira. Tratamendu batzuen xedea abstinentzia da, eta beste batzuena edate-portaeraren kontrola.

Ospitale pribatu eta publikoetara joan izan dira alkoholiko asko alkohola utzi, lehortu eta desintoxikatzera. Ospitaleratzea derrigorrezkoa da alkoholaren mende dagoenak sostengu sozialik ez duenean eta inguruneak alkoholaren kontsumora bultzatzen duenean. Alkoholarekiko mendetasuna dutenei ospitalean daudela alkoholik ez edateak barne-herstura eragiten die; abstinentzia-sindromepean daudenean, lasaigarriak, konbultsioen aurkako sendagaiak eta bitaminak ematen zaizkie. Abstinentzia-sindromea gainditzen laguntzeko sendagai horiek dardarak, goragaleak, abstinentzia-eldarnioak, konbultsioak, barne-herstura eta tentsioa desagerrarazten dituzte.

Edateko desira desagerrarazteko erabiltzen dira droga batzuk. Horrela, abertsio-terapian erabiltzen diren drogek erabat desatsegin bihurtzen dute drogaren kontsumoa. Horietakoa da disulfiram: alkoholaren mendetasuna dutenei ematen zaie, eta alkohola kontsumitzen dutenean goragalea, okadak, bihotz-taupada bizkorrak eta arnasketa bizkorra eragiten ditu. Baina kontuz ibili behar da substantzia horiek ematean: disulfiram edo antabuse nork bere buruari administratzen badio, edaten hasi nahi duenean sendagaia hartzeari utz diezaioke. Gainera, sendagai horiek ez dute askotan mesederik egiten, eta albo-efektuak eragiten dituzte (Fuller, Lee eta Gordis, 1988). Alkohola edatera doanean karranpa elektrikoa ematea ere terapia abertsiboen artean sartuko litzateke.

Naltrexona eta naloxona sendagaiak opiazeoen antagonistak dira, eta alkoholaz abusatzen dutenen alkohol-desira gutxitzeko erabiltzen dira, alkoholaren efektu atsegin-sortzaileak blokeatzen baitituzte. Alkoholak kitzikatzen dituen endorfinen

jarduera blokeatzen dute. Eragin positiboa dute, batez ere kognizioen eta portaeraren terapiarekin bateratzen direnean.

Alkohol-arazoa beste arazo psikologiko batzuei lotua joaten da sarritan: aldarte-egoerako arazoak, barne-hersturako arazoak. Horregatik, tratamendu psikologikoa ere beharrezkoa izaten da. Tratamendu psikologiko gisara talde-terapia, familia-terapia, kognizio- eta portaera-terapia edo Alkoholiko Anonimoen tratamendua erabiltzen dira.

Alkoholikoentzako talde-terapia arazo bera duten kideen aurrean egiten da, eta egokia da arazoa gordetzen edo norbere ardura ukatzen ohituak daudenentzat.

Alkoholarekin abusu-arazoak dituztenek sarritan tratu txar fisikoak eragiten dizkiete familiako beste kideei. Horregatik, familia-terapian tratamendua behar duen familia bateko kide moduan tratatzen da alkohol-abusatzailea. Beraz, familiako beste kideak ere inplikatu egin behar dira alkoholikoaren tratamenduan. Baina, tratamenduak alkoholikoarengan eta haren familian ez ezik, pertsona alkoholikoaren inguru zabalean ere esku hartu behar du, ingurune hori ez baitu lagungarri arazo alkoholikoak dituen gaixoak.

Portaera- eta kognizio-tratamenduaren bidez pazientearen aldartea aldatu nahi izaten da, eta haren alkohol-kontsumoa gutxitu. Horretarako, hainbat teknika erabiltzen dira: 1. Baldintzapen abertsiboan kinada kaltegarriak aurkezten zaizkio pertsonari alkohola kontsumitzen duenean, alkoholari begiratzen dionean edo alkohola eskuratzen duenean. Teknika hori errepikatzen bada, alkoholikoa gaizki sentitzen da alkohola edatean, eta horrek alkohola uztera darama. Teknika horrek emaitza onik izango badu, beharrezkoa da pazientearen bizitzako gorabeherak, familiako gatazkak eta beldurrak kontuan hartzea. 2. Alkohola kontsumitzeko arriskua dakarten inguruneei aurre egiten erakusten zaio. Alkoholari uko egiteko asertibitatea eta trebetasun sozialak irakasten zaizkio. 3. Alkoholaren kontsumoari buruzko kognizio eta igurikapenak aldarazten zaizkio. 4. Alkoholaren kontsumoa kontrolatzeko eta alkohol gutxiago kontsumitzeko teknikak erakusten zaizkio (Hester eta Delaney, 1997). Adibidez, pazienteari edaten uzten zaio, baina une berezietan bakarrik; zurrupada txikitan edan dezake, baina ez trago handitan.

Ikertzaile batzuek pentsatzen dute alkoholaz abusatzen dutenek erabat utzi behar dutela alkohola, behin trago bat hartuz gero edatearen kontrolik ez dutelako. Beste batzuek pentsatzen dute garrantzitsuak direla edaleek beren buruaz eta alkoholaz dituzten usteak. Edate kontrolatuaren teoriaren arabera, alkoholaz abusatzen duten batzuek ikas dezakete edaria kontrolatzen (Sobell eta Sobell, 1976). Ikertzaile horien arabera, alkoholaren kontsumoa kontrolatzeko programek emaitza onak izaten dituzte alkohol-arazo arinak dituztenengan (Heather, 1995); horien iritziz, edate kontrolatua abstinentzia osoa bezain eraginkorra izan daiteke alkoholismoaren tratamendurako (Marlatt, Larimer, Baer eta Quigley, 1993). Alkoholarekin arazoak dituenari shock elektrikoak ematen zaizkio, edari nahasiak hartu ordez likore purua hartzen badute edo zurrupada txikiak hartu ordez trago handiak hartzen badituzte; edanda zeuden

egoerako bideoak erakusten zaizkie; asertibo izaten eta arazoak ebazten irakasten zaie; estresa eramaten eta erlaxatzen irakasten zaie; lanetik etxera beste bide batetik joatea aholkatzen zaie, taberna beretatik pasatu beharrik ez izateko; bigarren tragoa hartu aurretik hogei minutu itxaroteko esaten zaie.

Alkoholiko Anonimoak nahiko zurrunak dira alkoholaren kontrolaren aukerari dagokionez: ez dute pentsatzen alkoholaren mendean dagoena haren kontsumoa kontrolatzera irits daitekeenik. Alkoholiko Anonimoen erakundea 1935ean Estatu Batuetako Ohio-n eratu zuten «sendatutako» bi alkoholikok: Bob doktoreak eta Bill W-ek. Gaur egun oso hedatua dago mundu osoan zehar. Programako partaideek drogekin dituzten arazoak tratatzen dira bileretan, eta edateari utzi dioten partaideen lekukotzak entzuten dira. Alkoholiko Anonimoen bileretan elkarteko kide berriek alkoholikoak direla iragartzen dute, eta kide zaharrek, abstemio direnek, beren lekukotzak ematen dituzte, edate-arazoak kontatuz eta orain bizitza nola doakien esanez. Taldeak sostengu emozionala ematen du. Elkarteko kideek elkarri deitu behar diote, arazoa gainditzeko laguntza behar dutenean. Izenak bakarrik erabiltzen dira, anonimatua gordetzearren. Alkoholiko Anonimoentzat gehiegi edaten dutenak alkoholikoak dira; baina noizbait gehiegi edan dutenek, nahiz eta edateari utzi, alkoholiko izaten jarraituko dute bizitza osoan; horregatik etorkizunean ere ez dute alkoholik edan behar; beti zelatan egon behar dute.

Alkoholiko Anonimoetatik bi autolaguntza-talde eratorri dira: 1) Alde batetik, alkoholikoen familietakoek eratzen dituzten Al-Anon familia-taldeak; familiako kideak elkarrekin biltzen dira, beren familiako alkoholikoei terapian nola lagundu hizpide hartzeko; beren esperientzia edo arazoak elkarrekin partekatzen dituzte. 2) Era berean, alkoholaz abusatzen dutenen haurrak bildu eta sostengatzen dira, gurasoen arazoen arduradun senti ez daitezen.

Alkoholiko Anonimoen tratamenduak funtzionatzen du alkoholiko batzuekin (Ouimette, Finney eta Moos, 1997), baina ez beste batzuekin. Kasu larriekin ez du ematen hain emaitza onik; berrizkatura ugari gertatzen da; gainera, askok utzi egiten dute tratamendua (Randsma, Maultsby eta Welsh, 1980).

Tratamenduen emaitzei dagokienez, alkohol-arazoa bakarrik dutenekin emaitza hobeak dituzte tratamenduek, alkohol-nahastearekin batera nortasun-arazoak ere badituztenekin baino. Tratamendua eraginkorragoa da, pazienteak arazoa onartzen duenean, terapeutarekin harreman ona duenean eta terapia-saioetara huts egiten ez duenean.

7.2.2. Opiazeoak eta barbiturikoak

7.2.2.1. Opiazeoak

Barbiturikoekin batera, mendetasuna sortzen duten lasaigarrien artean ditugu opiazeoak (morfina, heroina, kodeina). Lasaigarriak direnez, gorputzaren jarduera eta erantzuteko gaitasuna makaltzen dituzte.

Papaver somniferum landarearen hazien zukuan dauden substantzia naturalak dira opiazeoak. Zuku lehor eta hartzituari *opio* deritzo, eta 18 bat alkaloide opiazeoren nahaste batez osatua dago. Opiotik eratorritako substantziei deritze opiazeoak, morfinaren antzeko efektuak eduki ala ez. Adibidez, Papaverina opiazeo bat da, opiotik datorrelako, morfinaren antzeko efekturik izan ez arren. Opioideek, berriz, hartzaile opioideei eragiten diete, opiotik eratorriak izan ala ez izan.

Opioa eta hartatik eratorriak aspaldidanik erabiltzen ditu gizakiak; Kristo aurreko 7000. urterako sumertarrek ezagutzen zuten; Galenok (K.a. 201-130) ere hainbat propietate egozten zizkion. XIX. mendearen hasieran isolatu zuten opioaren alkaloide nagusia, eta *morfina* (Greziako ametsen jainkoa den Morfeoren omenez) izena eman zioten; XIX. mendearen erdialdera hasi ziren mina kentzeko morfina erabiltzen, orratz hipodermikoz injektatuta. Gerora, morfina pixka bat eraldatuz, opioide erdi sintetikoak lortu zituzten: heroina eta buprenorfina.

Heroina opiotik eratorria da (1874). Hasieran mina kentzeko, eztula sendatzeko eta disnea tratatzeko erabiltzen zuten; mendetasuna sortzen zuela ere laster ikusi zuten. G.O.M. (God´s own medicine) esaten zioten. Heroina kontsumitzen duenak goragalea edo disforia sentitzen du hasieran, baina berehala agertzen dira euforia, lasaitasuna eta atsegina. Benatik injektatzen denean estasi indartsua eragiten du. Heroina-gaindosiak heriotza ere eragin dezake, arnasketaren depresioa eragiten baitu (Pereiro, Bermejo eta López, 2005).

Metadona, berriz, opioide sintetiko bat da, eta heroinaren ordezko moduan erabiltzen da tratamendu-programa askotan.

Opiazeoek endorfinetan eragiten dute, eta efektu hauek sortzen dituzte: euforia, apatia, logura, disforia, inhibizio psikomotorra, judizio-gaitasunaren eta laneko nahiz harremanetako errendimenduaren jaitsiera, minaren arintzea, arnasketaren makaltzea, mintzamenaren moteltzea eta arretaren nahiz oroimenaren kaltetzea.

Morfina eta heroina hainbat modutan kontsumi litezke: erreta, inhalatuta, janda, azalaren azpian droga likido moduan injektatuta edo odolean zuzenki injektatuta. Substantzia horiek inhalatzen edo injektatzen direnean, honako ondorio hauek agertzen dira: berotasun-sentimendua, estasi hedakorra eta orgasmo sexualaren antzeko espasmo euforiko bat, minutu inguru irauten duena. Espasmo horren ondoren, egoera letargiko bat agertzen da, gorputz-premiak (gosea, sexua) jaisten dira, kezkak eta beldurrak albora uzten dira, euforia eta erlaxazioa sentitzen dira. 4-6 ordu iraun dezakete efektu horiek, eta ondoren beherakada dator. Hilabete inguruan heroina kontsumitzen duenarengan droga horren desira bizia pizten da, eta mendetasun fisikoa agertzen da; hau da, fisikoki gaixo sentitzen da droga hartzen ez duenean.

Opioideek (heroinak, morfinak, opioak eta metadonak) pertsonaren organismoaren barneko opioideak aktibatzen dituzte. Heroina morfina bihurtuko da,

eta opioide naturalen (endorfinak eta entzefalinak) hartzaileekin lotuko da. Opioide natural horiek endorfinak dira: minaren aurrean erreakzionatuz sortzen dira. Garunak endorfina gutxiegi duenean, opioideen kontsumorako desira sortzen da. Gorputzeko sistema opioidearen hartzaileak aktibatzen dituzte opiazeoek.

Opiazeoen ohiko kontsumoak mendetasun fisiko eta psikologiko handia eragiten du. Tolerantzia azkar eskuratzen da: drogaren dosia gehitu egin behar izaten da, lehen eragiten zuen efektu berbera lortzeko eta abstinentzia ekiditeko. 8 ordu inguru heroina hartu gabe egoten bada, abstinentzia-sintomak agertzen dira; sintoma horietako asko gripearenak bezalakoak dira: sudur mukitsua, eztulak, begi malkotsuak, aldarte disforikoa, oka egitea edo botagura, giharretako minak, hotzikarak, izerdia, deshidratazioa, begi-ninien dilatazioa eta ileak tentetzea, kakeria, insomnioa, aharrausiak, egonezina, sukarra, laneko edo harremanetako errendimenduaren jaitsiera. Kolapso kardiobaskularra eta heriotza ere gerta daitezke. Tarteka eldarnioak eta haluzinazioak ere gertatzen dira. Hogeita hamasei orduren buruan abstinentzia-sintomak larriagoak izango dira: giharretako dardarak eta karranpak, hotzikarak eta izerdiak, bihotz-taupaden eta odol-presioaren igoera, lo egin ezina. Abstinentzia-sintomak apaldu egiten dira hirugarren edo laugarren egunean, eta desagertu egiten dira aste baten buruan. Opioideen abstinentzia-sindromea ez da batere atsegina, eta pertsona itzul daiteke berriro droga kontsumitzera. Abstinentzia-sintomak desagertzean tolerantzia ere desagertu egiten da; beraz, kontuz ibili behar da aurreko dosi berberekin, gaindosia gerta baitaiteke.

Opiazeoekiko mendetasuna edo atxikimendua duten pertsonak inpultsiboak eta sariak atzeratzeko gaitasunik gabeak izaten dira. Era berean, tentsioa, ziurtasunik eza, depresioa eta joera antisoziala izaten dituzte.

Tratamenduaren hasieran mendetasun fisikoa eta psikologikoa gainditzen lagundu behar zaio pazienteari. Abstinentzia gainditzean, bere ingurunera egokitzen lagundu behar zaio. Droga utzarazteko sistemarik onenetakoa zera da: mendetasuna sortzen dion droga beste droga seguruago batez ordezkatzea. Droga seguruak droga adiktiboak duen efektu bera egiten du. Heroinaren desira fisiologikoa gainditzeko metadona erabiltzen da askotan. Metadona narkotiko sintetikoa da, eta II. Mundu Gerran garatu zen. Hasieran adolfina deitu zioten, Adolf Hitler-engatik. Heroinak efektu lasaigarriak ditu, eta mina kentzeko balio du. Metadonari esker heroina utz liteke, baina sarritan metadonarekiko mendetasuna garatzen da (O´Brien, 1996). Buprenorfina ere heroina ordezkatzeko erabiltzen da; sendagai horrek metadonak baino albo-efektu gutxiago ditu, eta ez du eragiten heroinak eragiten duen mendetasun fisikorik.

7.2.2.2. Barbituriko eta lasaigarriak

Pertsona erlaxatzeko eta lo eginarazteko erabiltzen dira lasaigarri sintetikoak. Nerbio-sistema zentralaren jarduera makaltzen dute, nekea eta lozorroa eragiten dute, giharrak erlaxatzen dituzte, barne-herstura gutxitzen dute, eta dosi txikitan euforiara

eramaten dute. Dosi handiek efektu hauek izan ditzakete: hizkera makaltzea, aldarte-aldaketa, trebetasun kognitiboen eta emozioen kontrolaren galera, makaltasuna, ziurtasunik gabeko ibilera, kontzentrazio eskasa, lanerako gaitasunik eza, lozorroa, garuneko arnasketa-zentroaren paralisia. Dosi oso handiak erabiliz gero, diafragma gehiegi erlaxa daiteke eta pertsona asfixia liteke.

Alkoholarekin batera, depresoreen artean sartzen dira barbiturikoak: lokarrarazi, lasaitu eta barne-herstura eraisten dute (bentzodiazepinak). Barbiturikoak 1882an sintetizatu zituzten lehen aldiz Alemanian (McKim. 1991), insomnio-arazoak zituztenei laguntzeko. XX. mendearen erdialdera arte asko erabili zituzten, baina 1940ko hamarkadan barbiturikoek efektu adiktiboa zutela ikusi zen, eta lasaigarri horiek tentuz preskribatzen hasi ziren sendagileak. Barbiturikoak gehiegi kontsumitzeak mendetasun fisiko eta psikologikoa eta tolerantzia eragiten ditu. Opiazeoen tolerantziak heriotzarako beharrezkoa den dosia handiagoa izatea eskatzen badu ere, ez da gauza bera gertatzen barbiturikoen tolerantziarekin: tolerantziak ez du eragiten hiltzeko dosi handiagoa behar izatea.

Barbiturikoek ongizatea eta erlaxazioa sortzen dituzte, baina dosi handitan alkoholaren efektu berak eragiten dituzte, eta diafragma-giharrak erlaxatzen. Barbiturikoen gaindosiak erabili izan dira suizidatzeko ere. Barne-herstura jaisteko eta pertsonak lasaitzeko edo lozorroan sartzeko bentzodiazepinak erabiltzen 1960ko hamarkadan hasi ziren. Modu jarraituan erabiliz gero, mendetasuna sortzen dute bentzodiazepinek, eta abstinentzia-aldian alkoholaren antzeko sintomak. Barbiturikoen abstinentzia-sintomak nahiko iraunkorrak eta arriskutsuak dira: barne-herstura, dardarak, konbultsioak, insomnioa, goragalea, oka egitea, bihotz-taupada bizkorrak, odol-presio handia, pisu-galera, eldarnio psikotikoa. Sintomek hilabete iraun dezakete, baina barbiturikoak dosi txikitan hartuta arindu egiten dira.

DSM-IV-TRk irizpide berdinak erabiltzen ditu alkoholak sortutako nahastea deskribatzeko eta droga hipnotiko, lasaigarri eta lo-eragileek sortutako nahasteak deskribatzeko: portaera sexual eta erasokor desegokia, gizarte-mailako edo lan-arloko funtzionamendu desegokia, umore aldakorra, adimen kaltetua, mugimenduaren koordinazio-arazoak, ibilera desorekatua, gaizki ahoskatutako hizketa.

Euskadiko Autonomia Erkidegoko 15 eta 74 urte bitarteko populazioaren % 17,1ek noizbait lasaigarriren bat hartu du sendagilearen errezetarekin. % 8,3k lo hartzeko farmakoren bat hartu du noizbait. Emakumeek gizonek baino maizago kontsumitzen dituzte farmako lasaigarriak.

Barbiturikoen mendeko bihurtzen diren gehienak helduak edo zaharrak izaten dira, eta droga hori lo hartzeko erabiltzen dute. Askotan alkoholarekin konbinatzen dituzte barbiturikoak, eta batzuetan alkoholarekin eta anfetaminekin. Alkohola eta barbiturikoak konbinatuz hiltzea ez da harritzekoa, batak bestearen efektuak indartzen baititu.

7.2.3. Droga edo substantzia estimulatzaileak

Substantzia estimulatzaileek nerbio-sistema zentrala eta nerbio-sistema autonomoaren adar sinpatikoa aktibatzen dituzte, mugimenduak gehitzen dituzte eta aldarte-egoera hobetzen dute. Erne edukitzen dute pertsona, apetitua gutxitzen dute, ongizatea eta euforia ematen. Mendetasun fisiko eta psikologiko indartsua sortzen dute. Talde honetan ditugu kokaina, anfetaminak, kafeina eta nikotina.

7.2.3.1. Kokaina

Koka zuhaixkaren (*Erythroxylum coca*) hostoetatik ateratzen da kokaina; Hego Ameriketan du jatorria landare horrek, eta ezaguna zen Kolonen aurreko Perun eta Mexikon. Lurralde horietan ehunka urtetan kontsumitu izan dira koka-hostoak, nekeari eta goseari aurre egiteko. XIX. mendearen erdi aldera kokaina atera zuten koka-hostoetatik, eta anestesiko moduan erabiltzen hasi ziren. Beraz, iraganean anestesiko lokal edo sendagai toniko moduan erabili izan zen. Horretaz gainera, estimulatzaile moduan ere erabili zuten, anfetaminen ordez. 1884an Freudek esan zuen kokainak ez ziola kalterik egiten osasun fisikoari. XIX. mendean sartu zen Estatu Batuetan; 1885ean koka-hostozko zigarroak, koka eta kokaina saldu zituzten Parke, Davies & Co-k lurraldean zehar. Coca-Cola-k ere kokaina zuen osagaien artean.

Koka hainbat modutan har liteke: modu tradizionalean, alegia, koka-hostoa mastekatuz; kokaina klorhidratozko hautsak esnifatuz edo injektatuz; *crack*a errez; heroina eta kokaina nahasiz (*speedball*). Euskal populazioaren % 6,8k esaten du bere bizitzan noizbait kokaina probatu duela *(Euskadi eta Drogak 2010)*. Espainiak, berriz, Europar Batasuneko lehen postua dauka kokainaren kontsumoan.

Kokaina-molekula odol-korrontean sartzen da; garunera heltzen denean, garun-azala kitzikatzen du, lo egiteko gogoa kentzen du eta sistema linbikoko atseginaren bidean eragiten du. Kokaina-molekulek dopaminaren berrartzea blokeatzen dute. Neuronak hartzen ez duen dopamina sinapsian gelditzen da, hurrengo neurona etengabe kitzikatuz eta atsegina sortuz.

DSM-IV-TR-ren arabera, aldaketa psikologiko eta portaerazko esanguratsuak eragiten ditu kokainak: euforia, gehiegizko zelatatzea, barne-herstura, arreta jartzeko zailtasunak, oroimenaren galera, haserrea, laneko jardueraren hondamena, takikardia, begi-ninien dilatazioa, hotz-ikarak edo izerdia, arterien gehiegizko tentsioa, pisu-galera, giharren ahultasuna.

Kokainak, dosi txikitan, bat-bateko euforia eta ongizatea sortzen ditu, bihotz-taupadak bizkortzen, odol-presioa gehitzen du, desira sexuala pizten, gosea ezabatzen eta insomnioa eragiten du. Dosi handitan, barne-herstura handia, hotzikarak, goragalea, lo egin ezina, gehiegizko beldurra eta zelatatzea, depresio malenkoniatsua, jazarpen erako eldarniozko egoerak eta haluzinazioak eragiten ditu.

Kokainaren kontsumo kronikoak pentsamendu paranoideak, gehiegizko haserrekortasuna, jatearen eta loaren nahasteak, urdail eta hesteetako mina, nahaste psikotikoak, aldartearen nahasteak, barne-hersturako nahasteak eragin ditzake. Asaldura kardiobaskularrak, miokardio-infartuak, sudur-trenkadaren zulatzea eta giltzurrun-arteriaren infartua eragin ditzake.

Kokaina kontsumitzeko modurik ohikoena sudurretik esnifatzea da. Kokaina-hautsa sudurretik inhalatzen da, eta sudur-mintzetatik odolera pasatzen da. Benetatik zehar odolera zuzenki injektatuz ere har liteke.

Kokaina-klorhidrato moduan agertzen da eskuarki, baina modu horretan ezin da erre; klorhidratoa base libre bihurtuta, kokaina erre daiteke. Tabakoarekin nahasita zigarrotxo moduan erre liteke; erretzen denean, kokainaren lurruna edo kea inhalatzen da; biriketatik odolera azkar pasatzen da kokaina; modu horretan efektu indartsuak eta azkarrak eragiten ditu, garunera modu zuzenean heltzen baita. Heroinarekin nahasita ere har liteke, *speedball* edo *powerball* moduan.

Koka-pasta bikarbonato sodikoarekin amalgamatuta erre liteke, *crack* moduan. *Crack*a kokainaren base librea da; kristal edo aletxo zuri-horixka batzuen edo bola beix baten tankera izaten dute. Kristal horiek haustean ateratzen den zaratatik datorkio izena. Haluzinazioak, bortxazko portaerak eta suizidioak eragiten ditu. Laburrak dira efektuak, baina mendetasun handia eragiten du.

Hasieran besterik pentsatzen bazen ere, kokainak tolerantzia eta mendekotasuna sortzen ditu. 1980an oraindik pentsatzen zuten kokainak ez zuela kalte handirik eragiten, astean bitan edo hirutan bakarrik hartuz gero (Grinspoon eta Bakalar, 1980). Baina kokainaz kronikoki abusatzen dutenek depresioaren antzeko sintomak jasaten dituzte, kontsumitzeari uzten diotenean (Gawin eta Kleber, 1986). Kokainarekiko mendetasuna poliki-poliki ezartzen da; batzuetan 5 urte behar izaten da mendetasuna agertzeko.

Kokainaren abstinentziak depresioa, anhedonia, nekea, gehiegizko logura, ametsen ugaltzea, apatia eta asperra eragiten ditu; ondorioz, atsegin gutxi hartzen du pertsonak eguneroko jardueretan; suizidio-ideiak ere ager litezke. Horregatik, abstinentzia-aldian handia da kokaina hartzeko desira. Horrela, bizitza arrunta aspergarri bihurtzen denean, eta bizirik sentitzeko kokaina hartu behar denean, abusuan erortzen da. Kokainaren kontsumitzaileek sarriagotan izaten dituzte familiako arazoak, laneko arazoak, lege-arazoak edo arazo psikologikoak. Hilketen biktima asko kokaina kontsumitzaileak dira; izan ere, diru asko lortu behar izaten dute beren kontsumo-ohiturei eusteko.

Kokainaren abstinentzia tratatzeko desipramina eta naltrexona erabiltzen dira. Baina, kokainaren mendetasuna duten askok nortasun antisozialaren nahaste larria (Leal, Ziedonis eta Kosten, 1994) edo psikosirako joera (Kwapil, 1996) ere badutenez, terapia fisiologikoarekin batera terapia psikologikoa egin behar da. Kokainarekiko

mendetasuna eta nortasun antisozialaren nahastea dutenek onura gutxiago ateratzen dute terapiatik nortasun antisozialaren nahasterik ez duten kokainazaleek baino.

7.2.3.2. Anfetaminak

Talde honetan sartzen dira anfetaminak, metanfetaminak, dextroanfetaminak eta metilfenidatoa. Anfetaminek kokainaren antzeko efektuak dituzte nerbio-sistema zentralean. XIX. mendearen amaieran, asmaren tratamendurako eta sudur-kongestiorako erabili ziren anfetaminak. Metanfetaminak *(kristala, izotza, speed)* badu anfetaminaren antza, baina indartsuagoa da.

Droga horiek bozkarioa eta kemena sortzen dituzte, eta apetitua nahiz nekea gutxitzen dituzte. Horien eraginpean, oso goian sentitzen da pertsona hasieran, eta oso behera etortzen da gero. Pisua galtzeko, nekeari aurre egiteko, ordu luzez esna egoteko eta gogor lan egiteko ere erabili izan dira; horrela, II. Mundu Gerrako hegazkin-pilotuek hegaldi luzeetarako erabiltzen zituzten anfetaminak; gauzainek, ikasleek edo kamioi-gidariek gauez esna egoteko kontsumitzen zituzten. Narkolepsia edo AGNHa tratatzeko edo anorexigeno moduan ere erabili izan dira. Depresioa gainditzeko ere erabili izan dira.

Euskadiko Autonomia Erkidegoan, populazioaren % 6,8k kontsumitu izan ditu noizbait anfetaminak. Anfetaminen kontsumoa kronikoa edo aldizkakoa izan liteke: egunero kontsumitzen dutenak badira, eta asteburuetan bakarrik kontsumitzen dutenak ere bai. Akidura fisikoa gertatzean uzten zaio kontsumoari. Metanfetaminaren kontsumo kronikoak garunaren egituraren aldaketak eragiten ditu, eta ondorioz ikaskuntzaren nahiz oroimenaren arloetan aldaketa kognitiboak eragiten ditu (Colado eta O´Shea, 2006).

DSM-IV-TR-ren arabera, anfetaminekiko intoxikazioak aldaketa psikologiko edo portaeraren aldaketa esanguratsuak eragiten ditu: euforia edo kamuste afektiboa, gizartekoitasunaren aldaketak, gehiegizko zelatatzea, barne-herstura, haserrea, portaera estereotipatua, judizio lausotua, laneko eta harremanetako jarduera hondatua. Gainera, sintoma hauetako batzuk agertzen dira: takikardia edo bradikardia, begi-niniaren dilatazioa, arteria-tentsioaren goratzea edo beheratzea, oka egitea edo botagura, pisuaren galera, asaldura psikomotorra, giharren ahultasuna, bihotz-arritmia, diszinesiak, distoniak, krisi epileptikoak. Anfetaminen intoxikazio larriak asaldura, izu-ikara, eldarnioak eta haluzinazioak eragin ditzake. Intoxikazioaren efektu negatiboak ekiditeko, alkohol, lasaigarri edo hipnotiko gehiegi ere har daitezke.

Mendetasun fisikoa eta psikologikoa eta tolerantzia eragiten dute anfetaminek. Substantzia horien kontsumoa bat-batean uzten bada, depresioa, akidura, gehiegizko logura eta apetitua agertzen dira. Karranpak, diarrea, goragalea eta konbultsioak eragiten ditu abstinentziak, eta egun asko irauten du. Depresioa 2.-3. egunean iristen da gailurrera. Depresio arinaren iraupena aste batzuetakoa edo hilabete batzuetakoa izan liteke.

7.2.3.3. Nikotina

Tabako-landarea ehunka urtean landatu eta erre izan zuten Ipar Amerikako indigenek. Amerika konkistatu ondoren berehala hasi ziren marinelak eta merkatariak ere tabako-orriak erretzen. Gaur egun XX. mendearen erdialdean baino gutxiago erretzen da, baina oraindik ere jende askok erretzen jarraitzen du. Euskadiko Autonomia Erkidegoan populazioaren % 34,1 zen erretzailea 2010ean. % 28,9k modu jarraituan erretzen zuen, eta % 5,2k aldika erretzen zuen. Populazioaren % 25,2 dira erretzaile izandakoak; populazioaren % 40,7k ez du iraganean erre eta orain ere ez du erretzen. Erretzaileak direnen gehiengo handi batek (% 91,4) zigarroak erretzen ditu; erretzaileen % 4,8k zigarroak eta puruak konbinatzen ditu; % 2,7k puruak bakarrik erretzen ditu; % 1,1ek pipa erretzen du edo ez du zehazten zer erretzen duen. Zigarroen batez besteko kontsumoa 12,8 zigarrokoa da; puruena, 2,5 purukoa, eta pipena, 3,2 pipakoa.

Birika bidez jasotzen den zigarroen eta pipen keak, plexu benosoen bidez xurgatutako puruen gatz basikoek edo sudurretik aspiratua den tabako-hautsak garunaren erdialdeko saretxo-sistemaren hartzaileak kitzikatzen dituzte. Eskualde mesolinbikoko dopamina-neuronak aktibatzen ditu. Nikotinak, dosi txikitan, nerbio-sistema zentrala kitzikatzen du, odol-presioa igotzen, eta bihotzeko gaixotasunak eta minbizia eragiten ditu. Dosi handitan konbultsioak eragin ditzake, ikusmena lausotu dezake, eta heriotza eragin.

Zigarroa erretzean brea, karbono dioxidoa eta nikotina barneratzen dira. Epe luzera arazo hauek sor ditzake tabakoa erretzeak: enfisema, biriketako minbizia, laringeko eta esofagoko minbizia, gaixotasun kardiobaskularrak.

Erretzaileak ez ezik, haren inguruan daudenek ere barneratzen dituzte tabakoaren substantzia kaltegarriak: karbono monoxidoa, brea eta nikotina. Erretzaileen kea irenstearen ondorioz biriketako arazoak edo arnasketa-arazoak izan litezke. Haurdunaldian erretzen duten emakumeen haurrek pisu-arazo gehiago, jaiotzetiko akats gehiago eta jaiotza goiztiar gehiago izaten dituzte.

Nikotina gutxienez aste batzuetan kontsumitu ondoren, haren kontsumoa bat-batean eteten bada, abstinentzia-sindromea ager liteke, ondoko zeinu hauekin: aldarte depresibo edo disforikoa, haserrekortasuna, barne-herstura, egonezina, insomnioa, bihotz-taupaden jaitsiera, apetituaren goititzea. Depresio larria gehiagotan gertatzen da nikotinarekiko mendetasuna duten pertsonen artean, bai tabakoa utzi nahian dabiltzanean, bai erretzen jarraitzen dutenean (Breslau, Kilbey eta Andreski, 1993). Sintoma horiek direla-eta oso maiz gertatzen da tabakoa utzi nahi dutenen berrizkatura.

7.2.3.4. Kafeina

Populazioaren zati handi batek kafeina kontsumitzen du, kafea, tea, kola edo kakaoa hartzean. Dosi txikitan nekea desagerrarazi edo aldartea igoaraz dezake

kafeinak. Dosi handitan urduritasuna, kitzikapena, insomnioa, diuresia, gihar-uzkurdura, takikardia, asaldura psikomotorra, digestioaren nahasmendua edo nekaezintasuna eragin ditzake. Odol-korrontean 6 bat ordu iraun dezake kafeinak; beraz, arratsaldean hartzen den kafeak gaueko loa eragotz dezake.

Beste estimulatzaileekin gertatzen den moduan, kafearekin ere gerta daitezke tolerantzia- eta mendetasun-efektuak. Horrela, goizero kafea hartzen ohitua dagoenak logura edo umore txarra ager ditzake, kaferik hartzen ez duen egunetan.

7.2.4. LSD eta beste haluzinogenoak

Substantzia estimulatzaileek euforiko sentiarazten dute pertsona, eta substantzia depresoreek triste edo beheratua sentiarazten dute. Substantzia haluzinogenoek, berriz, haluzinazioak sortu baino gehiago mundua hautemateko era aldatzen dute; zentzumen guztietan distortsioak eragiten dituzte: ikusmenean, entzumenean, dastamenean, usaimenean. Hautematearen, pentsamenduaren eta aldartearen aldaketak, oroimen-galera edo denbora nahiz espazioko desorientazioa eragiten dituzte haluzinogenoek.

7.2.4.1. LSD eta beste haluzinogeno batzuk

Azido lisergikoaren dietilamida (LSD: Lysergic Acid diethylamide) da haluzinogenorik ezagunena. Zekale-ainoaren aleetako bizkarroia den onddo batetik ateratzen da LSDa. Laborategietan ere sintetizatzen da. Kolore, gustu eta usain gabea da. Oso kantitate txikitan hartuta intoxika dezake pertsona. Albert Hoffmann-ek LSDaren propietate batzuk aurkitu zituen 1943an, bere buruari istripuz haluzinogenoa aplikatu ondoren; eta Timothy Leary-k droga horren erabilera gizarteratu zuen. LSDaren bidez esperientzia psikodelikoak lortzen zituzten: hautemate-, pentsamendu- eta aldarte-asaldurak; kontzientziaren hedatzea; haluzinazioak. Esperientzia horiek burua nahasi gabe, oroimena galdu gabe eta espazioko nahiz denborako desorientaziorik gabe gertatzen dira. Esperientzia psikodelikoetako haluzinazioak eskizofreniakoetatik bereizi egiten dira, lehenengoek badakitelako haluzinazio horiek drogek sortuak direla; aldiz, eskizofrenikoek pentsatzen dute benetakoak direla. Droga horren kontsumoa 1971n galarazi zen AEBko hainbat estatutan. Euskadiko Autonomia Erkidegoan biztanleen % 0,3k kontsumitzen du gaur egun, eta % 3,6 inguruk kontsumitu du esperimentalki.

LSDaren efektuek 8 ordu inguru irauten dute, eta honako hauek dira: gorputz-tenperaturaren eta maiztasun kardiakoaren igoera, tentsioa, begi-niniaren dilatazioa, apetitu-galera, insomnioa, aho lehorra, dardarak. Dosi handitan sintoma hauek eragiten ditu: eldarnioak, ikusmen- nahiz entzumen-haluzinazioak, egoera disforikoak, despertsonalizazioa, suizidioak eta nahaste psikiko iraunkorrak. LSDa kontsumitu eta handik aste edo hilabete batzuetara zenbaitetan hautematearen distortsioak eta haluzinazioak errepikatzen dira; gertaera horiei *flashback* deritze.

Haluzinogenoekin bizi izandako lehen esperientzia negatiboa izaten da sarritan. Batzuek ez dute esperientzia errepikatzen; beste batzuek beren kabuz errepikatzen dute edo esperientzia edukitzeko gidak hartzen dituzte; izan ere, LSD kontsumitzearen arrisku ezagunenetako bat «bidaia» txar bat izatea da. Zenbaitetan, izu-ikarazko eraso moduko bat agertzen du, haluzinazio desatseginak gertatzen dira, zoro bihurtzeko beldurrez. Batzuek, gainera, egoera psikotikoraino heltzen dira, eta ospitaleratu beharra egoten da. *Flashback*ak ere gertatzen dira: intoxikazio-aldian bizi izandako esperientziak berritzen dira, LSDrik kontsumitu gabe.

Haluzinogenoz intoxikatzeak sortzen dituen sintomak eta marihuanarenak antzekoak dira: haluzinazioak, hautematearen aldaketak eta despertsonalizazioa edo desrealizazioa. Sintoma fisikoen artean honako hauek agertzen dira: palpitazioak, izerdia, takikardia, begi-ninien dilatazioa, dardarak, koordinazio gabezia, ikusmen lausoa (DSM-IV-TR).

Haluzinogenoetarako tolerantzia azkar hazten da, baina abstinentzia-sintomarik ez da agertzen eskuarki. Hala ere, batzuetan erreakzio psikotikoak gerta daitezke.

LSDarekin batera badira beste haluzinogeno batzuk ere:

- Dimetiltriptamina: ayahuascaren printzipio aktiboa; garuneko epifisian edo guruin pinealean ere aurkitzen da, modu naturalean.
- Meskalina: peyotearen kaktusetik eratorria: errea edo kapsuletan irentsia. LSDaren antzeko efektuak ditu, baina ez hain indartsuak. Mexikoko indioen errituetan ehunka urtetan erabilia.
- Psilozibina: *Psilocibe mexicana* izeneko onddoetatik lortutako hauts kristalinoa; 40 onddo espezietan aurki dezakegu. Meskalina eta psilozibina aztekek eta Mexikoko hainbat herrik erabiltzen zituzten eta erabiltzen dituzte beren errituetan, ohikoak ez diren esperientziak eta errealitatea bizi izateko. Serotonina-hartzaileetan dute eragina. Timothy Leary-k eta Richar Alpert-ek droga psikodelikoekin esperientziak egin zituzten 1960ko lehen urteetan, baina, urte pare batez esperientzia horietan jardun ondoren, Harvard-etik egotzi zituzten, eta 1966an substantzia horiek debekatu egin zituen Kongresuak. Euskadiko Autonomia Erkidegoan, populazioaren % 2,3k kontsumitu ditu onddo haluzinogenoak.
- Fenziklidina: sintetikoki prozesatua; 1957. urtean hasi ziren anestesiko moduan substantzia hori erabiltzen, eta albo-efektuengatik utzi egin zioten erabiltzeari, haluzinogenoek eragiten duten egoera mentalaren antzekoa sortzen zuelako. Animalientzat lasaigarri moduan erabilia; «aingeruen hautsa» deitua; irudien distortsioa, aldarte-aldaketak, biolentzia, haluzinazioak, paranoia, zorabioa eta takikardia eragiten ditu.
- MDMA droga (3,4-metilenodioximetanfetamina), *estasi* ere deitua, haluzinogeoa eta estimulatzailea da aldi berean. Alemanian sintetizatu zen,

eta Merck konpainia farmazeutikoak 1913an patentatu zuen, apetitua jaisteko helburuaz, baina ez zuten komertzializatu, bere albo-efektuengatik. 1960an konturatu ziren haren ezaugarri psikodelikoez. Euskadiko Autonomia Erkidegoan % 2,3k kontsumitu du estasia. Hartu eta hogei minutura sentipen bulkadatsu bat sortzen du, eta lasai, kementsu, kitzikatua eta ongi sentitzen da ondoren. Haluzinazioak sentitzen ditu; koloreak eta soinuak sumatzen ditu. Estasia amodioaren pilula moduan erabili izan da, garuneko serotoninaren tasa handitzeko. Kontaktu fisiko eta intelektualaren premia sortzen, umorea jasotzen, kontzientzia estetikoa handitzen du, inhibizio sozialak desagerrarazten ditu, enpatia-gaitasuna areagotzen du, intimitatea gehitzen du. Efektu enpatogenoak ditu; hau da, identifikazio afektiboaren edo enpatia emozionalaren sentipen subjektiboa sortzen du. Albo-efektuak: goragalea, gihar-tentsioa, hotzikarak, depresioa, gihar-karranpak, ikusmen lausotua, nahasmena, haluzinazioak, izerdia, hortzak estutzea, izu-ikarazko nahastea, psikosia, oroimenaren galera, garun-hodietako lesioa. Kontsumoa bat-batean uzten denean, nekea, gehiegizko logura, depresioa eta apetitu-igoera gertatzen dira.

7.2.4.2. Marihuana

Legez kanpoko substantzien artean gehien kontsumitzen dena da. Landarearen hosto lehortuak (marihuana, grifa, maria, belarra) edo landarearen erretxina (haxixa, txokolatea, gorotza, kostoa, goma) erre daitezke.

Kalamu landarearen (*Cannabis sativa*) hostoak eta loreak lehortu eta zapalduta lortzen da marihuana. Hostoak zigarrotxotan edo pipan erretzen dira: «porroa», «kanutoa», «petardoa», «belarra». Kultura batzuetan, ur berotan eduki eta gero, ura edaten da, tearen moduan.

Kalamu landare emearen loreak erretxina ekoizten du, eta erretxina horretan dago marihuanaren printzipio aktibo nagusia (THC: delta-9-tetrahidrocannabinol: substantzia horren antzeko beste substantzia bat jariatzen du garunak, anandamida, hain zuzen ere). Erretxina horretatik lortzen da haxixa. Haxixa, beraz, kanabis belarretik datorren erretxina likatsu bat da, kolore marroi ilun edo beltzekoa. Haxixa normalean erre egiten da.

Kanabisa aspalditik kontsumitzen da. Kristo aurreko 2737an agertzen zen jadanik Txinako enperadorearen belarren bilduman. XX. mendean indar handia hartu zuen substantzia horren kontsumoak, *hippie* eta *beat* mugimenduei esker. Gaur egun jende askok kontsumitzen du marihuana. Euskadiko Autonomia Erkidegoko populazioaren % 34,2k hartu du inoiz kanabisa. Gizonen artean % 41,5eko maiztasuna du, eta emakumeen artean, % 27koa. Espainiak, berriz, Europar Batasuneko lehen postua dauka 14-25 urteko gazteen kanabisaren kontsumoan.

Marihuanaren efektuak asko aldatzen dira kontsumitzailearen nortasunaren, esperientziaren, umorearen, igurikapenen eta substantziaren beraren dosi edo kalitatearen arabera. Kontsumitzailearen aldartearen araberako efektuak eragiten ditu batzuetan. Esate baterako, aldarte txarrean dagoela kontsumitzen badu pertsona batek, haserretu liteke, beldurtu liteke edo susmo txarrak egin ditzake.

Marihuanaren epe laburreko efektuak hauek dira: aho eta eztarri lehortuak, apetitu gehitua, begi-barneko presio txikiagoa, begi gorrituak. Dosi txikitan ongizate-sentimendua sortzen du, baina dosi handitan haluzinazioak, esperientzia psikotikoak eta zorabioa eragin ditzake; egunero marihuana kontsumitzea oso erlazionatua dago sintoma psikotikoekin (Tien eta Anthony, 1990).

Kanabisaren intoxikazioak aldaketa esanguratsuak eragiten ditu pertsonaren portaeran eta bereizgarri psikologikoetan: sentipen positiboak (erlaxazio atsegina, ongizatea, euforia, airean flotatzen sentitzea), mugimenduen koordinazioaren galera, emozioen aldaketa bizkorrak, zentzumen-esperientzia biziak, arretaren kamustea, judizio-gaitasunaren eta oroimenaren galera, pentsamenduaren zatikatzea, atzerapen soziala, denboraren sentipen distortsionatua (denbora makal doala sentitu). Konjuntiba (injekzioa) odoleztatzen du, apetitua gehitzen du, takikardia eragiten du, ahoa lehortzen du.

Epe luzeko efektuen artean, honako efektu hauek eragin ditzake: motibazioaren, oroimenaren, kontzentrazioaren eta autoestimuaren galera; makaltasuna; pasibotasuna; eskolako errendimenduaren jaitsiera (McLeod *et al.,* 2004).

Marihuanaren erabiltzaile kronikoek haserrekortasuna, urduritasuna, apetituaren galera edo lo egiteko zailtasunak izan ditzakete. Biriken egitura eta jarduera kaltetzen ditu, eta tabako-zigarroaren antzeko efektuak eragiten ditu. Marihuanaren keak tabako-kearen antzeko ondorio negatiboak eragiten ditu erretzaileen artean: biriketako minbizia eragin dezake. Marihuanak eta tabako-zigarroak antzeko karbono dioxido kopurua dute, baina marihuanak brea gehiago du, eta, gainera, tolerantzia ere eragin dezake (Nowlan eta Cohen, 1977).

Marihuanak ez du mendetasun fisiko handirik sortzen, baina mendetasun psikologikoa eragiten du. Marihuanaren kontsumitzaileek abstinentzia-sintomak agertzen dituzte: tentsioa, urduritasuna, apetituaren aldaketak eta lo-arazoak (Budney, Hughes, Moore eta Novy, 2001).

Marihuanak efektu terapeutiko positiboak ere izan ditzake. Tetrahidrokanabinolak kimioterapiaren ondorengo goragalea eta apetitu-galera desagerrarazten ditu eta zaurien ondorengo mina kentzeko edo HIESak (Hartutako Immuno Eskasia Sindromeak) eragindako ondoeza sendatzeko ere balio du (Sussman, Stacy, Dent, Simon eta Johnson, 1996).

Marihuana-mendetasunaren tratamendua eraginkorra izan daiteke, baina, mendetasunarekin batera nortasunaren nahastea gertatzen denean, emaitzak okerragoak dira.

7.3. PATOLOGIA BIKOITZA ETA KOMORBILITATEA

Substantzien abusuaren nahastea eta nahaste psikiatriko bat batera gertatzen direnean, patologia bikoitza dagoela esaten dugu. Nahaste psikiatrikoa dagoen ala ez jakiteko, abstinentzia-aldi batetik iragan behar du pazienteak; osterantzean, ez dugu jakingo substantziaren kontsumoak eragindako sintomak diren ala nahaste psikiatrikoak eraginak diren. Substantzien kontsumoarekin batera gertatzen diren nahaste psikiatriko arruntenak honako hauek dira: barne-herstura, depresioa, afektibitatearen nahasteak, nahaste psikotikoak.

Droga-mendetasuna duten pertsonen % 50ek depresioa ere izaten du, eta % 70ek nortasunaren nahasteren bat ere badu (Grant eta beste, 2004a); droga-mendetasuna duten pertsonen % 43k barne-hersturako nahasteren bat ere badu (Grant eta beste, 2004b).

Nahaste bikoitzeko droga-kontsumoari eta psikopatologiari buruz ari garenean, honako harreman mota hauek ikusten ditugu:

- Drogen kontsumoa da primarioa.
- Nahaste psikopatologikoa da primarioa.
- Bi nahasteen kausa hirugarren faktore bat da.
- Bi nahasteak independenteak eta primarioak dira (Becoña, 2011).

Kasu batzuetan bi nahaste baino gehiago ditu pertsonak; adibidez, substantzien mendetasuna eta bi nahaste psikiatriko (I. ardatzeko nahaste bat eta II. ardatzeko beste nahaste bat). Kasu horretan, nahaste bikoitzaz hitz egin ordez, komorbilitateaz hitz egiten da.

7.4. DROGEKIKO MENDETASUNAREN KAUSAK

Drogen mendean erortzen denak garapen- edo endekapen-prozesu bati jarraitzen dio. Drogak kontsumitzeko joera edo zaurgarritasun genetikoa edukitzeak ez du ezinbestean esan nahi droga kontsumituko duenik edo droga-mendetasuna garatuko duenik. Drogen mende eroriko da: drogak kontsumitzeko joera edo zaurgarritasun genetikoa izanik, drogekiko jarrera positiboa duena, drogak probatzen dituena eta haiek sarritan kontsumitzen eta haietaz abusatzen hasten dena.

Drogak kontsumitzen hasteko aurre-joera bat eduki behar da; faktore genetikoek, psikologikoek eta inguruneko faktoreek dute eragina aurre-joera horren sorreran.

– Drogen kontsumoak badu osagai genetiko bat. Edanarekin arazoak dituztenen senitartekoen artean arazo gehiago daude alkoholaren abusuarekin edo mendetasunarekin. Biki monozigotikoen artean dizigotikoen artean baino adostasun gehiago dago alkoholaren abusuari dagokionez (McGue, Pickens eta Svikis, 1992), erretzeari dagokionez edo kanabisaren abusuari dagokionez (Kendler eta Prescott, 1998). Alkoholismo mota bat genetikari lotuago dago, eta beste mota bat inguruneari lotuago. Alkoholismoa DRD2 geneari lotua dago (Blum *et al.,* 1990), baina gene hori duten guztiek ez dute alkoholismoa garatzen, eta gene hori ez duten batzuek alkoholismoa garatzen dute. DRD2 genea eta beste geneak elkarreraginean jarduten dira.
– Drogen kontsumoa garunaren barneko sari- edo atsegin-zentroarekin lotua dago. Atsegin-zentroa kitzikatzen dute opiazeoek, anfetaminek, kokainak, alkoholak eta nikotinak. Atsegin-zentroa sistema dopaminergikoa da. Anfetaminek eta kokainak dopamina-sisteman eragiten dute. Opiazeoek GABA (inhibizioko neurotransmisore-sistema, neuronen informazio bidaltzea blokeatzen duena) inhibitzen dute, eta atsegin-zentroaren eskueran uzten dute dopamina. Beste droga batzuek GABAren jarduera indartzen dute, eta garunaren erreakzio normala inhibitzen: droga lasaigarriak, antsiolitikoak, hipnotikoak.
– Alkoholiko bihurtuko bada, pertsona batek alkohol kantitate handiak toleratu behar ditu. Asiako talde etniko batzuek ez dituzte alkohol kantitate horiek toleratzen, eta ez dira alkoholiko bihurtzen.
– Drogen kontsumorako motibo psikologikoen artean aipatzekoa da aldartearena. Emozioen desoreka batek eraman dezake pertsona droga kontsumitzetik drogaz abusatzera, edo droga bigun bat kontsumitzetik droga gogorrago edo arriskutsuago bat kontsumitzera. Drogek aldarte positiboak indartuko lituzkete, eta aldarte negatiboak makalduko. Batzuetan, adibidez, pertsona batek, aspertua dagoenean, afektu positiboak lortzeko erabiliko ditu drogak. Beste batzuetan, adibidez, pertsona batek, estres-egoeran dagoenean, tentsio emozionala jaisteko erabiliko ditu drogak. Jendeak espero du alkoholak tentsioa baretuko duela; horregatik, estres-garaietan alkohola kontsumitzera joko du bere herstura-egoera gainditzeko. Horrela, afektu negatiboak dituztenek droga gehiago kontsumitzen dute besteek baino, egoera negatiboei ihes egiteko erabiltzen baitute droga. Droga psikoaktiboek atsegina sortzen dute, edo sentimendu desatseginak desagerrarazten laguntzen dute. Alkoholak estresari ihes egiten, bentzodiazepinek barne-hersturari ihes egiten eta opiazeoek min fisikoari ihes egiten laguntzen dute.
– Faktore kognitiboei dagokienez, drogek harreman sozialak hobetuko zituztela espero zutenek alkohol gehiago edaten zuten handik urtebetera, igurikapen horiek ez zituztenek baino (Christiansen *et al.,* 1989). Beraz, edateak ondorio positiboak edukiko dituela pentsatzen dutenek edaten

dute gehiago. Drogaren kontsumoan berrerortzearen arrazoietako bat ere drogen efektu positiboen igurikapenean dago (Tiffany, 1990). Bada beste faktore kognitibo bat ere drogen kontsumoan eragina duena. Hain zuzen ere, drogen kontsumoak kontsumitzaileari eragiten dion kalteari buruzko iritzia da. Droga bat kaltegarria ez dela pentsatzen den garai eta tokietan gehiago kontsumitzen da droga hori.

- Drogen kontsumoan eragina duten nortasunaren aldagaien artean aipatzekoak dira barne-herstura maila, sentipen-bilaketa, nortasun antisozialaren nahastea edukitzea, arreta-gabezia eta hiperaktibitatearen nahastea. Drogen kontsumoaren hasierak pertsonaren eboluzio- eta garapen-mailarekin lotura handia du. Horrela, nerabezaroan hasten da droga askoren kontsumoa.
- Drogen kontsumoan eragina duten aldagai soziokulturalen artean, aipatzekoak dira: guraso eta lagunen eragina, kulturaren eragina eta hedabideen eragina. Kultura batzuetan droga batzuk eskurago daude. Era berean, familia batzuetan droga batzuk eskurago daude; gainera, gurasoen gidaritzarik eta sostengu emozionalik ez dagoen familietan drogen kontsumoa handiagoa da. Drogak hartzen dituzten lagunak edukitzeak handitu egiten du drogak kontsumitzeko probabilitatea. Hala ere, faktore sozialen eraginari dagokionez, hedabideek eragin gehiago dute nerabeen erretze-portaeran lagunen presioak baino (Pierce eta Gilpin, 1995). Edozein modutan, inguruneak garrantzi handia du, haurra txiki-txikia denetik. Esate baterako, begiak itxita usaimenaren bidez kafea, ardoa, whiskia, garagardoa eta zigarroak bereizteko gai dira 3 eta 6 urte arteko haur asko.

Drogak kontsumitzen hastean faktore biologikoek, psikologikoek eta sozialek eragiten dute. Drogak kontsumitzeari uztean ere barneko faktoreek eta kanpokoek eragiten dute. Droga kontsumitzeari uzteko barneko faktoreen artean honako hauek egongo lirateke: drogak sortzen dituen osasun fisiko eta psikikoko arazoak ekidin nahia. Kanpoko faktoreen artean honako hauek egon daitezke: lagunarteko, laneko edo familiako arazoak ekidin nahia

Bi joera nagusi daude drogekiko mendetasuna azaltzeko. Ikuspegi psikosozialaren edo ahultasun moralaren ikuspegiaren arabera, pertsonak drogen mende gelditzen dira, tentazioen aurrean ezin izaten diotelako autokontrolari eutsi; beraz, errudunak dira pertsona horiek. Gaixotasunaren ikuspegiaren arabera, azpiko nahaste fisiologiko batek eragiten du drogekiko mendetasuna; beraz, pertsona ez da errudun, ezin baitu ezer egin drogetatik aldentzeko.

Drogaren erabileraren eta abusuaren eredu integratzaileak honela ikusten du drogen kontsumoaren etiologia: 1. Drogek eskueran egon behar dute, eta drogekin topo egin behar du pertsonak: hedabideen eraginagatik, guraso eta lagunek droga kontsumitzen dutelako edo gurasoek drogetatik babesten ez dutelako. 2. Gizartearen eta kulturaren igurikapenak drogaren erabilerari buruz: droga kontsumitzera bultzatu

edo hartatik urrunarazi egiten dute. 3. Estresatzaile psikosozialek handitu egiten dute substantzia psikoaktiboez abusatzeko eta haien mende gelditzeko arriskua. 4. Eragin genetikoa: drogen efektuekiko sentikortasun gehiago edo gutxiago edukitzea; drogen substantziak metabolizatzeko gaitasun gehiago edo gutxiago izatea; garun-azaleko aktibazio handiagoak edo txikiagoak drogak gehiago edo gutxiago kontsumitzera bultzatzea; aldarte-nahasteek eta barne-hersturako nahasteek eraman dezakete drogen kontsumo handiagora. 5. Baldintzapenak ere eragiten du: drogak sortutako atsegin-esperientziak ingurune batekin erlazionatzen badira, ingurune horretara itzuli nahiak eragin dezake droga kontsumitzeko joera.

7.5. DROGEKIKO MENDETASUNAREN TRATAMENDUA

Arrazoi askorengatik has daiteke pertsona bat droga gehiegi hartzen. Mendetasun fisikoa drogaren kontsumoa kontrolatzera heldu baino lehen, motibo askorengatik murgiltzen da pertsona droga horren abusuan. Drogen mendetasunetik norbaitek atera nahi duenean, desintoxikatu egin behar du lehenengo, baina, ondoren, drogarik gabe bizi izaten erakutsi behar zaio pertsonari.

Tratamenduaren helburua droga uztea, droga kontrolatzea edo drogak eragindako kalteak arintzea izan daiteke. Tratamenduak luzeak izaten dira drogaren abusu kronikoa gainditu nahi denean, eta berrizkaturak ere sarri gertatzen dira. Kognizioen eta portaeraren terapia sarritan erabiltzen da, drogen abusuaz gainera nahaste psikologikoa ere badagoenean. Sarritan erabiltzen dira, baita ere, kontingentzien kudeaketa bidezko terapia eta talde-terapia ere.

Heroinaren mendetasunetik ateratzeko, heroinaren ordezko substantziak ematen zaizkio, besteak beste, metadona; metadona narkotiko sintetiko bat da, heroinaren antzeko ezaugarri kimikoak dituena, eta heroinak kitzikatzen dituen hartzaile berberak kitzikatzen ditu nerbio-sistema zentralean. Metadonak ere baditu abstinentzia-sintomak, baina heroinarenak baino arinagoak dira. Pertsona batzuek metadona-tratamendua utzi egiten dute, haren albo-efektuengatik (idorreria, insomnioa, izerdia…). Beste batzuk heroinara itzultzen dira, metadonak ez duelako ematen hark ematen zuen gorakada euforikoa. Metadonaren tratamendua eraginkorragoa da, tratamendu psikologikoarekin batera gertatzen bada (Ball eta Ross, 1991).

Droga psikoaktiboek efektu euforikoak eragiten dituzte garunean, eta droga antagonistek droga psikoaktiboen efektuak desegiten dituzte. Opiazeoen efektuak desegiteko gehien erabili izan den droga naltrexona izan da. Naltrexonak abstinentzia-sintomak berehala eragiten ditu: efektu desatsegina sortzen du. Terapia psikologikoarekin batera aplikatuz gero, ondorio positiboak ditu.

Kokainaren kontsumoa jaisteko tratamendu kognitibo batean (Carroll *et al.,* 1994), arrisku handiko egoerak ekiditen, drogaren erakarmena ezagutzen eta kokainaren ordezkoak erabiltzen erakutsi zen. Tratamendu psikosozialaren efektuak

sendagai antidepresiboarenak baino hobeak izan ziren kokainaren kontsumoa gutxitzean.

Tabakoa uzten duten askok beren kabuz, terapeuten laguntzarik gabe, lortzen dute. Bestalde, tabakoa uzteko programetara joaten diren erdiek uzten diote erretzeari. Zenbat eta zigarro gehiago erre eguneko, orduan eta zailagoa izaten da tabakoa uztea. Tabakoa uzten laguntzeko nikotina-inhalatzailea, nikotina-txiklea edo nikotina-partxea erabil dezake erretzaileak. Nikotina-inhalatzailea: plastikozko tutu batetik nikotina inhalatzen da. Nikotina-partxeak: polietilenozko partxearen nikotina azalean zehar sartzen da odolera eta odolaren bidez garunera; hiru hilabetean zehar egunero jartzen ditu partxeak, gero eta txikiagoak; arriskutsua izan daiteke partxea jarrita eramatea eta erretzen jarraitzea. Gai horren inguruan eztabaida dago: 1) Ikertzaile batzuen arabera, tratamendu hori erabili duen hainbat pertsonak txiklearekiko mendetasuna garatu du; gainera, txikleak daukan nikotinak eragin dezake bihotz-taupaden bizkortzea eta odol-presioaren igoera. 2) Beste ikertzaile batzuek diote txiklearekin ez dela kerik irensten eta, beraz, erretzeak baino kalte gutxiago egiten duela.

Edozein tratamendu fisiko dela ere, tratamendu psikologikorik gabe egiten bada, berrizkadurak errazago gertatzen dira. Programarik onenetakoak nikotina-txiklea eta tratamendu psikologikoa konbinatzen dituztenak dira. Tabakoa uzteko programa psikologikoen emaitzak onak dira epe laburrera, baina epe luzera berrizkatura asko gertatzen dira.

Beste zenbat teknika ere erabili izan dira erretzeari uzteko: gela itxi batean zigarro pila bat erre, atsedenik hartu gabe (erretze bizkorra); kea inhalatu gabe erretze bizkorra; denbora luzez erretzea; minutu askotan kea ahoan gordetzea, inhalatu gabe. Teknika horiekin berrizkatura asko gertatzen dira hilabete batzuen buruan. Erretze planifikatuaren teknikan, gero eta denbora-tarte handiagoak uzten dira zigarro bat erretzearen eta hurrengoa erretzearen artean: lehen astean 20 zigarro erretzen dira; bigarren astean, 10 zigarro; hirugarrenean, 5 zigarro; eta laugarrenean, batere ez.

Erretzeari uzteko programa batzuetan antidepresoreak ere erabiltzen dira. Izan ere, erretzeari uzteak depresioa eragin dezake, batez ere erretzen hasi aurretik depresioa duen norbaitengan. Antidepresoreek dopaminaren maila jaisten dutenez, tabakoa uztean dopamina igoko duten sendagaiak ematen dira.

Edozein terapia-teknika erabiltzen dela ere, asko erretzen dutenen artean berrizkatura gehiago gertatzen dira gutxi erretzen dutenen artean baino. Era berean, inguruan erretzaileak dituztenen artean berrizkatura gehiago gertatzen dira inguruan erretzailerik ez dutenen artean baino. Drogaren kontsumoko berrizkaturak ekiditeko arrisku handiko egoerak identifikatu behar dira. Drogara eramaten duten estres-maila altuko egoerak ezagutu behar dira.

7.6. PRAKTIKAK

7.6.1. praktika

Azter itzazue taldean drogen prebentzioari buruzko puntu hauek:

Substantzien abusuari aurre hartzen noiz hasi behar da?

Prebentzio-ahaleginak nerabeengana zuzenduak egoten dira: helduaroan kontsumitzaile direnek nerabezaroan izan zituzten lehen esperientziak.

Zer egiten da programa horietan?

- Nerabearen autoestimua igo.
- Trebetasun sozialak irakatsi.
- Lagunei ezetz esaten irakatsi.

  Autoestimua igotzeak eragin positiborik izan ez badu ere, emaitza positiboak izan dituzte trebetasun sozialak ikasteak eta ezetz esaten ikasteak.

7.6.2. praktika

Eztabaida ezazu drogei aurre hartzeko hartu diren neurri horien eraginkortasunaz taldean:

- Kirolari ezagunak eraman ikastetxera, drogen kontsumoari buruzko beren esperientzia konta dezaten.
- Drogen kontrako eskolako programetan gaztetxoen gurasoak inplikatu.
- Haurdun dagoen emakumearen alkohol-kontsumoak fetuarengan izan ditzakeen ondorenak aztertu.
- Drogak kontsumitu ondoren autoa gidatzeagatik jasotako zigor gogorren berri eman hedabideetan.
- Edari alkoholikoen botiletan ohar nabarmenak jarri.

7.6.3. praktika

Azter itzazue taldean substantziekiko mendetasun-irizpideak:

Substantziekin erlazionaturiko nahasteak: substantziekiko mendetasun-irizpideak (DSM-IV-TR, 2000)

Substantziak kontsumitzeko patroi bat, moldagarria ez dena; klinikoki nabaria den hondamen eta atsekabea eragiten du, eta 12 hilabete jarraituren buruan uneren batean agertzen da item hauetako hiruren (edo gehiagoren) bidez:

1. Tolerantzia, item hauen arabera:

(a) Gero eta substantzia kantitate handiagoak, nabarmenki handiagoak, behar ditu, intoxikazioa edo desiratzen duen efektua lortzeko.

(b) Substantzia kantitate berberen efektua nabarmenki gutxitzen da haren kontsumo jarraituarekin.

2. Abstinentzia, item hauen arabera:

(a) Substantziarekiko berezia den abstinentzia-sindromea (ikus substantzia bereziekiko abstinentziaren irizpide diagnostikoen A eta B irizpideak).

(b) Substantzia bera (edo oso antzeko bat) hartzen da abstinentzia-sintomak arindu edo ekiditeko.

3. Sarritan hasieran pentsatzen zen baino kantitate handiagoetan eta denboraldi luzeagoz hartzen da substantzia.

4. Substantziaren kontsumoa kontrolatzeko edo eteteko desira iraunkorra edo alferrikako ahaleginak agertzen dira.

5. Denbora asko ematen da substantzia eskuratzeko jardueretan (adibidez, mediku asko bisitatu edo distantzia handiak egin), substantzia kontsumitzen (zigarro bat bestearen atzetik erre), edo substantziaren efektuak desagerrarazten.

6. Gizarteko, laneko edo jolaseko jarduera garrantzitsuak gutxitu egiten ditu, substantziaren kontsumoa dela-eta.

7. Substantzia hartzen jarraitzen du, arazo psikologiko edo fisiko iraunkor eta errepikakorren kontzientzia eduki arren eta arazoak eragiten edo larritzen dituena substantziaren kontsumoa dela jakin arren (adibidez, kokaina kontsumitzen jarraitzen du, depresioa eragiten duela jakin arren, edo alkohola hartzen jarraitzen du, ultzera okerragotzen duela jakin arren).

7.6.4. praktika

Nola atzeman daiteke pertsona bat heroinaz intoxikatua dagoela?

Zeinu eta sintoma hauek agertuko lituzke:

– Miosi gogorra: begi-niniak hertsatuta.
– Euforia, logura, haserrekortasuna.
– Makaltasun psikomotorra, hizkera traketsa.
– Arretaren eta judizioaren galera.
– Bradikardia, hipotentsioa, idorreria, hipotermia, analgesia.

7.6.5. praktika

Heroinaren abstinentzia-sindromearen ezaugarriak zein dira?

– Kontsumitzeari utzi eta handik zortzi bat ordura hasten da, eta bi-hiru egunen buruan jotzen du gailurra.
– Zeinu nagusiak: biloak tente, malkoak, izerdia, mukiak, begi-ninien dilatazioa, oka egitea, arnasketaren maiztasun handiagoa, artikulazioetako mina.
– Azken aldiz kontsumitu denetik hiru egun pasatzean, abstinentzia-sindromea larritu egiten da, eta zeinu hauek agertzen dira: giharren uzkurdurak, hotz-ikarak, izerdia, odol-presioaren igoera, loaren nahasteak, karranpak.
– Ondorengo bost egunetatik hamar egunetara bitartean zeinuak eta sintomak desagertu egiten dira.

7.6.6. praktika

Inhalatzaileak sudurretik edo ahotik hartzen dira. Hidrokarburo alifatiko eta aromatikoak dira horien substantzia psikoaktiboak. Produktu horietan aurki daitezke substantzia psikoaktiboak; gasolinetan, pinturetan, disolbatzaileetan (tolueno, bentzeno), koletan, bernizetan, desodoranteetan, aerosoletan, zementu plastikoan. Eragiten dituzten efektuak: euforia bizkorra, hegan ibiltzearen sentipena, inhibizioen desagertzea, kitzikapena, lasaitzea eta haserrekortasuna. Ondoren gihar eta hesteetako nahasteak eta buruko minak agertzen dira. Luzaz kontsumitzen bada, honako ondore hauek izan ditzake: zirkulazio- eta arnasketa-arazoak, neuropatiak, arazo fisiko eta mentalak, gibeleko eta giltzurrunetako arazoak.

7.6.7. praktika

Portaera-mendetasunak (jokoari, sexuari, janariari, ariketa fisikoari, erosketei, teknologia-bitartekoei) jokaera jakin batzuk dira, hasieran atsegina eragiten dutenak. Jokaera horiek errepikatu egiten dira, saria lortzearren. Ondorioz, pertsonaren mendetasun psikologikoa eta kontrolaren galera gertatzen dira. Portaera hori agertu behar izaten da, eguneroko bizitzan interferentziak eragiten baditu ere.

Mendetasun motaren izena	Mendetasun motaren deskribapena
Jatearekiko mendetasuna	– Gehiegi eta azkar jatea. – Betekada gertatu arte jaten jarraitzea. – Jan ondoren atsekabetuta eta errudun sentitzea.
Ariketa fisikoarekiko mendetasuna	– Ariketa fisikoa egiteko kezka obsesiboa. – Egunean behin baino gehiagotan ariketa fisikoa egitea, lesioak agertu arte. – Abstinentzia-sindromea agertzea, ariketa egin ezin duenean.
Internetekiko mendetasuna	– Denbora gehiegi ematen du Interneten. – Lotarako ohiturak ere aldatu egiten ditu. – Gehiegizko nekea. – Estimulatzaileak erabiltzen ditu. – Eskolako edo laneko errendimendua jaisten da. – Portaera ezkutatu egiten du. – Osasun-arazo batzuk gertatzen zaizkio.
Lanarekiko mendetasuna	– Ekoitzi beharraren pentsamenduak ezin ditu burutik kendu. – Lanaren eskaerei buruzko distortsio kognitiboak ditu. – Lana egin ezin duenean, barne-herstura agertzen du eta haserre egoten da.
Erosketekiko mendetasuna	– Aldarte disforikoa: triste eta urduri. – Erosteko igurikapenaren aurrean kitzikatu egiten da. – Alferrikako objektuak atseginez erosten ditu. – Damutu egiten da kontrolik gabe dirua xahutu duelako. – Portaera errepikatu egiten du, atsekabea gainditzearren.
Sexuarekiko mendetasuna	– Portaera sexual inpultsiboak, kontrolatu ezin dituenak. – Etengabe jotzen du maitaleekin amodiozko harremanak edukitzera, telefono erotikoetara etengabeko deiak, web orri pornografikoetara etengabeko bisitak, masturbazio konpultsiboa.

7.6.8. praktika

Portaera-mendetasun bat nola finkatzen da?

Echeburúa, Corral eta Amor-ek (2005) honela deskribatzen dute mendetasun-portaera batek izaten duen segida:

- Portaerak hasieran atsegina eragiten du.
- Portaera egiten ez denean, hura egiteari buruzko pentsamenduak ugaltzen dira.
- Portaera maizago egiteko joera agertzen da.
- Portaera egiteko desira handia agertzen da, horretatik eratorriko diren ondorio positiboetara berehala heltzeko.
- Portaera modu iraunkorrean egitea justifikatu egiten du, ondorio negatibo batzuk eduki arren.
- Esperientzia negatiboak ugaltzen direnean, bere portaera kontrolatzen hasten da pertsona, baina ez du lortzen.
- Portaerak atseginik ematen ez badio ere, hura egiten jarraitzen du, bere atsekabea arintzearren.
- Sariak gero eta txikiagoak eta iraupen gutxiagokoak izan arren, mendetasun-portaera egiten jarraitzen du pertsonak, bere eguneroko bizitzan interferentzia larria eragiten badu ere.

7.6.9. praktika

Eztabaidatu itzazue alkoholari buruzko iritzi oker hauek:

- Alkohola edateak lo sakon egiten lagundu dezake.
- Kafe batzuk hartzeak alkoholaren efektuak ezaba ditzake.
- Ariketa fisikoak edo dutxa hotzak bizkortu egiten du alkoholaren metabolismoa.
- Pertsona bat ezin daiteke alkoholiko bihurtu garagardoa bakarrik edanez.
- Alkoholak marihuanak baino askoz ere arrisku gutxiago du.
- Alkohol asko edateak gibela lehenago kaltetzen du garuna baino.
- Alkoholak ez du benetako mendetasunik eragiten, beste droga batzuek (heroinak, adibidez) ez bezala.
- Likoreak nahasirik kontsumituta gehiago intoxikatzen da edalea, kantitate berean likore bakar bat kontsumituta baino.

7.6.10. praktika

Kafeina eta nikotina

Beste droga batzuek eragiten dituzten nahasteak eragiten ez badituzte ere, arazo fisiko eta psikiko handiak sor ditzakete. Izan ere, droga horiek:

- Eguneroko bizitzan jendearen eskuera daude, eta erraza da gehiegi kontsumitzea.
- Bereizgarri adiktiboak dituzte: eguneroko dosiaren beharra sentitzera iristen dira kontsumitzaileak.
- Ingurune sozialean ongi txertatuta daudelako eta bereizgarri adiktiboak dituztelako zaila da droga horiek kontsumitzeari uztea.
- Abstinentzia-sindromea dela-eta zaila gertatzen da ohitura uztea.
- Albo-efektu garrantzitsuak ditu nikotinaren kontsumoak.
- Kafeinak induzitutako nahaste mentalak sintoma hauek ditu: urduritasuna, insomnioa, egonezina, urdail eta hesteetako ondoeza, giharretako uzkurdurak.
- Kafeinaren abstinentziak ez du sintoma larririk eragiten (buruko min pixka bat).
- Nikotinaren abstinentzia-sindromeak sintoma hauek ditu: haserrekortasuna, barne-herstura, kontzentratu ezina, apetituaren gehitzea, pisua irabaztea. Sintoma horiek egun batzuk edo aste batzuk iraungo dute.

7.6.11. Praktika

Joko patologikoa

Substantzia kimiko adiktiborik ez du. Portaerak eragiten dituen epe laburreko irabaziak dira portaerari eutsarazten diotenak. Luzera, kaltea ekartzen diote jokalariari portaera horiek. Kultura guztietan eta maila sozial guztietan gertatzen da. Joko konpultsiboa da: jokatzeari buruzko kontrola galtzen du modu jarraituan edo aldi baterako. Emakumeek eta gizonek jasaten dute nahaste hori. Hainbat joko motarekiko mendetasuna izan dezake pertsonak: erruleta, loteria, kartak, bingoa, zaldi-lasterketak, pilota, makina txanponjaleak. Pertsonaren arlo psikologikoa, soziala edo ekonomikoa uki dezake nahaste horrek. Jokoarekiko mendetasuna duten askok hasieran zorte ona eduki zuten, eta errefortzu horrek zerikusia eduki zuen mendetasun patologikoaren ezarpenean. Gerora, aldizkako errefortzuek eutsarazten diote mendetasunari. Jokalari patologikoak heldu gabeak, oldarkorrak, emozio-bilatzaileak, superstiziosoak, konpultsiboak eta antisozialak izan ohi dira. Joko-mendetasunaz gainera, substantziekiko mendetasuna ere sarritan agertzen dute. Kultura batzuetan (Asiako hego-ekialdean, Laos aldean) oso hedatua dago nahaste hori.

7.6.12. praktika

Ikusi bideoa, eta eztabaidatu ezazu taldean:

http://www.youtube.com/watch?v=7BL51iU91bM

http://www.youtube.com/watch?v=BQfKs1WFeNE

http://www.youtube.com/watch?v=xu6pHkC_m-s

http://www.youtube.com/watch?v=0dRVv1NAIPw

8. Elikaduraren nahasteak

8.1. SARRERA

1970eko hamarkadan hasi ziren elikaduraren nahasteak ugaritzen eta jendearen arreta erakartzen, baina XVII. mendeaz geroztik ezagutzen da anorexia nerbiosoa (Silverman, 1997). Hala ere, XIX. mendean deskribatu zuten Gull-ek (1888) eta Lasègue-k (1873), eta izen hori eman zioten. Elikaduraren nahasteak 1980an sartu ziren lehenengo aldiz AEBko Psikiatria Elkartearen DSM eskuliburuan; baina, DSM-IVra arte ez ziren sartu bulimia eta anorexia elikaduraren nahasteen talde bereizian.

Anorexia hitzak apetitua galdua, gutxitua edo ezabatua dagoela esan nahi badu ere, anorexiaren jatorrian apetituaren galera baino areago dago pisua irabazteko beldurra. Anorexiko gehienek ez dituzte galtzen apetitua eta janariarekiko interesa. Aitzitik, gorputzaren formaren eta tamainaren hautemate distortsionatua daukate, gizenegi ikusten dute beren burua, eta, argalago izan nahian, janari kantitate minimoa hartzen dute. Uko egiten diote pisu normala izateari, eta haien pisua modu arriskutsuan jaisten da. Ondorioz, emakume anorexiko gehienek hilekoa galtzen dute, eta amenorrea gertatzen zaie gutxienez hiru hilabetez jarraian. Gizon anorexikoen kasuan, testosterona-maila eta apetitu sexuala jaisten dira.

*Bulimia*k, edo *hiperorexia*k, gehiegizko jalekeria eta gose aseezina adierazten ditu. Gehiegizko betekadak egiten ditu bulimikoak, eta betekaden ondoren sarritan goitika egiten du edo libragarriak erabiltzen ditu. Bulimikoak ere, anorexikoak bezala, pisua irabazteko eta janariaren kontrola galtzeko beldurra du. Bien arteko aldea honetan dago: anorexikoak jatearen kontrola du eta harro dago horretaz, baina bulimikoak jatearen gaineko kontrola galdua du eta atsekabetua dago horregatik.

Ondoren, elikadura-nahasteen portaera, alderdi kognitiboa, alderdi emozionala eta fisiologikoa deskribatuko ditugu.

*Portaera*ri dagokionez, anorexia nerbiosoa eta bulimia nerbiosoa dutenek pisua kontrolatzearen eta argaltzearen inguruan antolatzen dute bizitza; pisuaren eta formaren kontrol zehatza eramaten dute, ispiluen, pisuen, gerrikoen edo jantzien bidez. Kasu batzuetan, bulimia nerbiosoaren kasuan batez ere, janaria murrizteko aroaren ondoren, jateko grina eramanezina sentitzen dute; beren buruari galarazitako janaria aukeratzen dute betekada egiteko, eta betekada horiek disforia-aldietan gertatzen dira (barne-hertsatua, haserre edo aspertua dagoenean). Otordu normaletan baino azkarrago jaten dute betekadetan. Ondoren, betekadak konpentsatzeko eta

pisua kontrolatzeko, janaria murrizten da eta diuretikoak nahiz libragarriak erabiltzen dira. Anorexikoek ez dute askotan jotzen libragarriak erabiltzera; horien ordez, beste teknika batzuk erabiltzen dituzte: lotako orduak gutxitu, ariketa fisiko kementsuak egin, dieta gogorra edo barau egin.

Alderdi *kognitibo*ari dagokionez, ideia obsesibo bat dute buruan elikaduraren nahastea dutenek, batez ere anorexia nahastea dutenek: argaltasunaren bila dabiltza etengabe; izan ere, pentsatzen dute argal dauden heinean direla pertsona baliotsuak. Lorpen garrantzitsutzat dute gosea kontrolatzea eta pisua galtzea. Gosearen presioari amore eman eta ondo jaten dutenean, emozionalki deseroso sentitzen dira. Argal egotea helburu bihurtzen dute, eta ez zoriontsuago izateko bitarteko. Gorputzaren seinaleak (gosea, puztea…) gaizki interpretatzen dituzte, emozio negatiboekin nahasirik. Gauzak erabat zuzen egin nahi izaten dituzte eta gertaeren kontrola eduki nahi izaten dute.

Alderdi *emozional*ei dagokienez, emozio negatiboak izaten dira pertsona hauek betekadetara eramaten dituztenak. Betekada amaitzean, denboraldi labur batez tristura eta barne-herstura desagertzen dira, baina laster agertzen dira berriro sentimendu negatiboak. Gizentzeko beldurrak eramanda, libragarriak erabiltzera jotzen dute. Libratzeari esker une batez barne-herstura gutxitzen dute, baina laster berriro agertzen dira sentimendu negatiboak.

Alderdi *fisiko*ei dagokienez, anorexia nerbiosoa dutenek bereizgarri hauek agertzen dituzte: hipotentsioa, hipotermia, hipogluzemia, amenorrea, idorreria, edema, osteoporosia, zifosia, hausturak. Bulimia nerbiosoa dutenek, berriz, bereizgarri hauek dituzte: potasioaren kontzentrazioaren gutxitzea, arritmia kardiakoa, krisi epilektikoak.

Gaur egun oraindik jende asko dago gaizki elikatua gutxiegi jaten duelako; baina, era berean, jende asko dago gaizki elikatua gehiegi jaten duelako. Gainera, gero eta eskuragarriago daude janari industrializatuak; gero eta eskuragaitzago, berriz, barazkiak, lekadunak, tuberkuluak eta frutak. Egungo elikadura mota eta bizitza sedentarioa direla-eta, jende gizen asko dago gure artean; ondorioz, jende askok dieta egiten du pisua galtzeko. Beraz, negozio handia bihurtu da pertsona gizenak argalaraztea.

Elikaduraren nahastea dutenak sarritan iragaten dira nahaste mota batetik bestera; esate baterako, anorexia nerbiosoa duten askok bulimia nerbiosoa garatzen dute. Izan ere, elikadura-nahasteak dituztenek badute ardatz komun bat. Bulimia nerbiosoa, anorexia nerbiosoa edo betekada-nahastea duenak gorputzaren pisuari eta formari balio gehiegi ematen die. Gorputzaren pisua eta forma kontrolatu nahi dituztelako aldatzen dute elikadura-portaera.

8.2. ELIKADURAREN NAHASTE KUANTITATIBOAK

Gehiegi jateagatik gertatzen diren elikadura-nahasteak: bulimia eta betekada-nahastea.

Gutxiegi jateagatik gertatzen direnak: anorexia.

8.2.1. Gutxiegi jateagatik gertatzen diren elikadura-nahasteak: anorexia

Anorexikoak gorputz argalagoa izan nahi du, pisua galdu nahi du, eta arrakasta lortzen du pisu-galtze horretan. Gainera, bere bizitzarako arriskutsua den modu batean galtzen du pisua. Espero litekeen pisuaren % 85 edo gutxiago izaten du anorexikoak. Pisu-galera hori lortzeko dietak, libragarriak, goitika egitea eta gehiegizko ariketa fisikoa erabiliko ditu. Izan ere, anorexikoa bereizten duena gizentasunaren beldurra eta argaltasunaren etengabeko bilaketa da. Etengabe begiratzen dio bere buruari ispiluan, gorputzaren argaltasuna ezinbestekoa baita haren autoestimua goian edukitzeko. Itxura jakin bati oso lotua du bere buruaren kontzeptua. Pisuari eta formari ematen dien garrantzia dela-eta, ez ditu kontuan hartzen pisu gutxiegi edukitzearen arriskuak.

Lasègue-k (1873) hiru sintoma nagusi bereizi zituen anorexia nahastearen barruan:

a. Lehenik, elikadura poliki-poliki gutxitu egiten du, kaloria askoko elikagaietatik hasita. Hasieran, iraun egiten du anorexikoaren gose-sentipenak. Ondorioz, gosearen kontrako borrokan, gehiago ezin duenean, otordu basatiak egiten ditu, eta harrapatzen duen guztia irensten du. Horrela, gosearen kontrako borrokaren porrota gertatzen da, eta porrot hori lotsagarri edo eraman ezinezko gertatzen zaio. Ondorioz, goitika eragiten dio bere buruari, eta libragarrietara jotzen du. Modu horretan, gose-sentipena erotizatzera edo itzaltzera heltzen da. Behar dituen kaloriak baino askoz gutxiago hartzen ditu.
b. Bigarrenik, argaltzeko intentzio nabarmenaren azpian gizentzeko obsesioa gordetzen du. Pisua etengabeki kontrolatzen du, lasaigarri eta diuretikoen bidez; ariketa fisiko nekagarriak egiten ditu, eta argaltzea lortzen du. Oinarrian, gorputz-irudiaren eta gorputz atal batzuen hautemate okerra dago: argalegia dagoenean ere lodiegi ikusten du bere burua. Elikadura asko murrizten duenean, gosea bera ere desager dakioke.
c. Hirugarrenik, amenorrea (hilekoaren galera) gertatzen da; argaldu baino lehen ager daiteke, eta, elikadura normalizatu eta gero ere, luzaz iraun dezake. Kaloria gutxi barneratzen dituenean eta gorputzak pisua galtzen duenean, estrogeno eta gonadotropina gutxi jariatzen du, eta horrek eragindako hipogonadismoak amenorrea eragin dezake.

Anorexia nerbiosorako irizpide diagnostikoak DSM-IV-TRn (APA, 2000)

A. Adinaren eta altueraren araberako gorputz-pisua mantentzeari uko egitea (espero litekeen pisuaren % 85 edo gutxiago izatea, edo hazteko garaian pisua lortzearen porrota, izan beharreko pisuaren % 85 izanik).

B. Beldur handia pisua irabazteari edo gizentzeari, pisu normaletik behera egonda ere.

C. Gorputz-pisuaren eta siluetaren hautematearen aldaketa, haien garrantzia eta autoebaluazioa gehituz edo pisu gutxi izatearen arriskua ukatuz.

D. Pubertaro ondorengo emakumeengan hilekoaren desagerpena; esate baterako, hilekoaren jarraiko hiru ziklo osoren desagerpena (emakume batek amenorrea du bere hilekoa tratamendu farmakologikoaren ondorioz soilik agertzen denean, adibidez, estrogenoak hartzen dituenean).

Motak:

Mota murriztailea: anorexia nerbiosoan, subjektuak ez ditu betekadak edo libragarriak erregulartasunez erabiltzen (esate baterako, bere buruari goitika eraginez, edo libragarri, diuretiko edo enemak gehiegi erabiliz).

Mota ez-murriztailea: anorexia nerbiosoan, subjektuak erregulartasunez betekadak hartzen edo libragarriak erabiltzen ditu.

8.2.1.1. Zer bereizgarri ditu anorexikoak?

Gosez akitua gelditzen denean eta libragarriak erabiltzen dituenean, anorexikoaren odol-presioa jaisten da, bihotz-taupadak makaltzen dira, urdail eta hesteetako arazoak agertzen dira, azala lehortzen da, atzazalak hauskor bihurtzen dira, hormonen eta elektrolitoen maila aldatzen da, garunaren tamaina txikitzen da.

Diagnostikoa egiterakoan, beharrezkoa da testuinguru psikologikoa aztertzea.

a. Janariari buruzko jarrera nahasia du: ez jateko aitzakia moduan, apetiturik ez duela esaten du. Aldika, jan nahi gabe ibiltzen da, eta aldika, gehiegizko betekadak egiten ditu: harrapatzen duen guztia jaten du lehenik, eta gero goitika egiten du edo libragarrietara jotzen du, digestio-hodia hutsik edukitzeko eta janariaren irenste bulkadatsua ezabatzeko. Ariketa fisikoak neurriz gaindi egiten ditu, ez horrek ematen dion atseginagatik, kaloriak erretzen dituelako baizik. Jokaera bulimikoak garbi uzten du elikadura gutxitzea borondatezkoa dela.
b. Gorputz-irudia eta gorputzaren premiak ez ditu ongi hautematen: gaixotasuna ezagutzeko gaitasunik ez du agertzen. Gorputzaren forma modu distortsionatuan hautematen du. Guztiz argal egonik ere

gizenegi dagoela edo gorputzaren zati batzuk gizenegiak dituela iruditu dakioke. Gorputzaren zabalera gaizki hautematen du. Bere egoerarekiko axolagabe agertzen da: larritasunik ez du sentitzen argaltzearen aurrean; guztiahaltasun-sentimendua agertzen du. Loditzeko beldur iraunkorraren mende bizi denez, etengabe pisatzen edo neurtzen da, edo eskua sabel gainean duela jaten du.

c. Afektibitatea blokeatua du, eta inplikazio afektiboari beldurra dio. Hasieran harreman ugari dituen arren, gero eta urriago izango ditu. Harremanak baldin baditu ere, azalekoak dira harreman horiek; ondorioz, bakartua eta desberdina sentitzen da. Bere baitara biltzen da: ez du besteenganako distantzia egokirik aurkitzen. Besteekiko kritiko eta intolerante agertzen da.

d. Ezintasun- eta hutsune-sentimendua: guztiahaltasunak lurra jotzean, bere buruarengan konfiantza galtzen du, eta depresioa nahiz barne-herstura sentitzen ditu.

Anorexian, irudimenaren mailan ebatzi beharreko gatazkak maila fisiologikora lekualdatzen dira; irudimen- edo fantasia-mailan sortutako desira premia fisiologikotzat hartzen da. Anorexikoak ez du jarduera fantasmatikoa lantzen, eta gorputzaren errealitate fisikoari lotzen zaio zuzenki. Prozesu normala premiatik desirarantz badoa, hemen alderantzizko prozesua gertatzen da: desiratik premiara doa.

8.2.1.2. Anorexiaren maiztasuna

Anorexia-kasuak asko ugaldu ziren 1970era arte; geroztik, maiztasuna mantendu egin da. Hirurogeita hamarreko hamarkadaren amaieran egindako eta bi milagarreneko hamarkadan errepikatutako ikerketa baten arabera, Mendebaldeko herrialdeetan % 0,5-1eko maiztasuna du anorexiak (Crisp, Palmer eta Kalucy, 1976; Bulik *et al.,* 2006). AEBko Psikiatria Elkartearen arabera ere, bizitzan zehar pertsonen % 0,5ek agertzen du anorexia (APA, 2000). Bulimia-kasuak, berriz, ugaldu egin dira.

Anorexikoen % 90-95 neskak dira (Raevuori *et al.,* 2008). Nesken anorexiak neurotikoak izan ohi dira; mutilen anorexiek ezaugarri psikotiko gehiago dituzte. Anorexia eta bulimia ez dira eskuarki haurtzaroan agertzen. Maiztasunik handiena 14 eta 18 urte bitartean dute, eta 25 urtetik aurrera jaitsi egiten da anorexiaren maiztasuna. Hala ere, helduengan ere gertatzen da anorexia, eta zaharrengan ere bai, pertsonak bakarturik, identitatea galdurik eta miseria fisiko gorrian gertatzen direnean.

Anorexia nerbiosoa eta bulimia nerbiosoa kultura guztietan zabaldu dira: Japonia, Singapur, Taiwan, Estatu Batuak, Afrika, Iran. Baina anorexiaren maiztasuna txikiagoa da Afrikan, Asian eta Ipar Amerikako beltzen artean (Pike eta Mizushima, 2005); diferentzia horien arrazoiak faktore soziokulturaletan aurkitu

behar dira, biologian baino gehiago. Mendebaldeko zibilizazioko herrialdeek ez bezala, populazio aborigen batzuek gorde dituzte beren balio propioak, telebistaren bidez Mendebaldeko zibilizazioaren erasoa jasan arren. Horrela, esate baterako, Fiji uharteetan gizen izatea zen ideala 1990. urtera arte, gizen izateak indartsu eta lanerako trebe izatea adierazten baitzuen. Geroztik, Mendebaldeko emakumeen irudi meharrak ikusita, meharra izatea balioesten eta dietan jartzen hasi ziren.

8.2.1.3. Anorexia motak

Anorexia gaixotasun hilgarria da kasu askotan. Ilea eta atzazalak hauskor bihurtzen zaizkio anorexikoari; beso, hanka, lepo eta aurpegian ilea hazten zaio. Esku eta oinak hotzak ditu. Odol-presio baxua du. Elektrolitoak desorekatu egiten zaizkio, eta bihotz-arritmiak ere agertzen dira.

Larritasun-mailari dagokionez, forma arinak eta larriak ditu:

- Forma arinak: elikadurari buruzko jarreren testetan problemak agertzen dituzten askok eboluzio ona dute, terapia erraz bat erabiliz.
- Forma larriak: pazienteek erabakia dute ez jatea, nahiz eta horrek heriotzara eraman. Kordea galtzean, edo koman sartzean, ospitalera eramaten dituzte. Heriotza-arriskua larria izanik, sendagileen esku geratu behar dute.

DSM-IV-TRk anorexia nerbiosoaren bi mota bereizten ditu, janariarekiko duten jarrera kontuan hartuta: 1) Anorexia mota murriztailean ez da gertatzen betekadarik; ez da goitika eragiten, eta ez da erabiltzen libragarri, enema eta diuretikorik. Apetitua murriztu egiten da, hartu behar den janaria eta kaloriak mugatu egiten dira, eta pisua galtzen da. Poliki eta gutxi jaten da. Elikaduraren nahasteak dituztenek anorexiko murriztaileak miresten dituzte, apetituaren gaineko kontrola lortu dutelako. 2) Anorexia mota konpultsiboa dutenek portaera murriztailea betekadekin txandakatzen dute; janari-betekadak egiten dituzte, eta gero libragarriak, diuretikoak edo enemak erabiltzen dituzte. Janariaren kantitate handiak kontrolik gabe jaten dituzte lehenengo, eta ondoren janaria libratu nahi izaten dute, goitika eginez eta libragarriak edo diuretikoak erabiliz. Anorexia mota horrek psikopatologia larriagoa garatzen du. Libragarrietara jotzen duen anorexiak bulimiaren antz handia du. Horregatik, anorexia nerbiosoa duten pertsonen % 50ek bulimia nerbiosoa garatzen du gero.

8.2.1.4. Anorexiaren garapena

Anorexia nerabezaroan hasten da eskuarki, gertaera estresatzaile batzuen eta dieta murriztaile baten ondoren. Paziente batzuek anorexia iragankor bat jasaten dute, eta beste batzuek anorexia iraunkorra. Nahiko normala izaten da baraualdiak eta betekada-aldiak txandakatzea.

Hiru fase nagusi bereizten dira anorexian:

- Gosearen kontrako borrokaren fasea. Bere buruaren irudia gutxiesten du, eta egoera zaurgarrian dago. Argaltze-fasea hasten da.
- Baikortasun menperagaitzaren fasea: dietaren emaitza onen aurrean, pisu-galtzearen ondorioz, arrakasta- eta kontrol-sentipenak agertzen ditu.
- Pisua irabazten hasten da, edo kakexian finkatzen. Kasuen heren bat, gutxi gorabehera, erabat sendatzen da; kasuen beste heren bat erdizka sendatzen da; % 40 inguru desnutrizio kronikoan gelditzen da, eta % 5 inguru hiltzen da (Birmingham, Su, Hlynsky, Goldner eta Gao, 2005; Millar *et al.,* 2005). XX. mendeko bigarren erdiko ikerketen arabera, anorexia-kasuen bosten batek nahaste kroniko moduan irauten du (Steinhausen, 2002). Anorexia finkatzen eta kronifikatzen denean, hasierakoak baino nahaste psikopatologiko larriagoak agertzen dira: depresio larria, sintoma obsesibo-konpultsiboak eta adikzio-portaerak.

Anorexia eta bulimia garapenari oso lotuak daude, kasu gehienak nerabezaroan hasten direlako. Anorexia nerbiosoa nerabezaroaren erdialdera hasten da eskuarki, gertaera estresatzaile baten ondoren edo dieta-pasarteren baten ondoren. Anorexia mentalaren momentu batean edo bestean jokaera bulimikoak agertzen dira: janaria kontrolik gabe irenstea, nork bere buruari goitika eragitea, diuretiko edo libragarrietara jotzea, sentimendu depresiboak, kleptomania, larritasun nabaria. Jokaera anorexikoa bulimikoaren aurretik agertzen da sistematikoki. Pertsona bulimikoa inoiz anorexiko izan ez bada ere, jokaera bulimikoaren hasieran pisu-galtze arin bat gertatu ohi da. Anorexikoaren defentsa-mekanismoen porrota adierazten du sarritan jokaera bulimikoak.

Anorexikoen hilkortasuna handia da. Heriotzaren arrazoi arruntenak akidura, arazo kardiakoak edo suizidioa izaten dira.

8.2.1.5. Anorexiaren etiologia

Bulimia nerbiosoa edo anorexia nerbiosoa duten pertsonen senitartekoek elikaduraren nahasteen proportzio handia dute. Elikaduraren nahasteak dituztenen senitartekoek probabilitate gehiago dute mota bereko nahasteak edukitzeko, kontroleko pertsona osasuntsuek baino (Fairburn eta Harrison, 2003; Strober eta Humphrey, 1987; Strober, Freeman, Lampert, Diamond eta Kaye, 2000). Bikien artean egindako ikerketa batek erakutsi duenez, biki monozigotikoetako batek bulimia duenean besteak ere bulimia izaten du % 23ko proportzioan; biki dizigotikoen artean, berriz, batek bulimia duenean besteak ere elikaduraren nahaste bat edukitzeko probabilitatea % 9koa da (Walters eta Kendler, 1995). Hala ere, elikaduraren nahasteak dituztenek batez ere aldartearen nahasteak jasaten dituzte.

XX. mendeaz geroztik, gizarteak presio handia egin du emakumeak argalak izan daitezen. Kulturako edertasun-estandarrei garrantzi gehiago ematen diete emakumeek gizonek baino. Elikaduraren nahasteak jasateko arrisku-faktoreetako

bat argaltasunaren idealaren barneratzea da: «Inoiz ezin zara izan aberatsegia edo argalegia». Badirudi anorexia nerbiosoa neskengan gehiagotan gertatzearen arrazoia emakumeek txikitatik jasotzen duten eragin soziokulturalean dagoela, Mendebaldeko gizarteak emakume argalaren ideala bultzatzen baitu. Barbie panpinaren ideala barneratu dute Mendebaldeko emakumeek.

Alde batetik, dieta zorrotz bat egiteko gai direla erakutsi nahi izaten dute anorexikoek elikaduraren nahasteen sintomen bidez (Goodsitt, 1997). Bestalde, zenbaitetan gurasoen desirak nagusitzen dira haurrengan; haurrek berek ez dakite noiz diren gose edo noiz dauden nekaturik; horrela hezitako haurrek ez dituzte ezagutzen barneko egoerak edo premiak, eta ez dute konfiantzarik beren buruarengan. Elikaduraren nahasteak dituztenek sarritan ez dute edukitzen kontrolaren zentzurik eta beren trebetasunetan konfiantzarik (Striegal-Moore, Silberstein eta Rodin, 1993). Beren buruaz oso kezkatuak daude, barne-herstura sozial handia dute, eta aldartearen nahasteak sarritan izaten dituzte elikaduraren nahasteekin batera.

Ikuspegi sistemikotik lan egiten dutenentzat, elikaduraren nahasteak dituen pazientea haren familiaren egituran aztertu behar da (Minuchin eta beste, 1975). Ikuspegi horretakoentzat ere familia gehiegi inplikatzen da haurraren heziketan; ondorioz, haurrak ez du jakiten nola sentitzen den, familiak gehiegi babesten baitu; ezarritako egoeraren egonkortasuna gehiegi azpimarratzen du familiak, eta gutxiegi azpimarratzen du aldaketa; familiak gatazkarik ez du agertzen, edo etengabeko gatazkan bizi da.

Anorexia nerbiosoa dutenen familia-inguruneari hainbat bereizgarri egotzi izan zaizkio:

- Terapiako lehen elkarrizketan arazorik gabeko familia normal baten moduan agertzen da. Hausturarik gabeko itxura eta irudi perfektua ematen du. Neskatila anorexikoa haur eredu moduan agertzen bada ere, sentimenduen adierazpenean benetakotasuna falta zaio: erasokortasunik, haserrerik edo sexualitaterik ez du agertzen; arazoak ebazteko trebetasun eskasak ditu; ez du tentsio psikologikoa eramateko gaitasunik. Selvini-Palazzoli-ren (1974) eta Minuchin eta lankideen (Minuchin, Rosman eta Baker, 1978) arabera, anorexikoen familiak zurrunak dira, eta ez diete gatazkei aurre egiten; gurasoen gatazketan haurra inplikatzen dute; haurrei aspirazio-maila altuegia jartzen diete, eta gehiegi babesten dituzte haurrak; ez dute haurren eta beren artean muga garbirik jartzen, eta haurren autonomia ez dute lantzen.
- Ama kontrolatzailea eta menderatzailea eta aita absentea eduki ohi dituzte. Anorexikoaren amaren ama ere familiatik oso hurbil egon ohi da, eta anorexikoaren amak bere amarekin duen erlazioa goxotasunik gabea, eragozlea eta gogorra izaten da. Amak haurra baztertzen du, eta errudun sentitzen da, baina etengabe frogatu beharrean dago haurrarekin harreman ona duela, eta haurraren asegabetasun txikienari berehala erantzungo dio.

> Elikadurak toki aparta hartzen du harreman horretan, haurraren maitasun-eskaera janariaren bidez ase nahiko baitu amak. Haurrak berehala hautematen du amaren larritasuna, eta haren eskakizunak asebete beharrean gertatzen da. Bikote-bizitzan asebete gabe agertzen den amaren nartzisismoa ase nahiko du haurrak, eta, beraz, desira autonomorik ez du izango. Aita absente egongo da, eta, aurrean dagoenean ere, urrun dago. Familia-giroan, oso mendeko agertzen da.

Anorexikoen familiak beren baitan itxiak ageri dira, eta ezaugarri berezi batzuk eduki ohi dituzte. Baina ez dago argi familiako arazoek elikaduraren nahasteak eragiten dituzten edo elikaduraren nahasteek eragiten dituzten familiako arazoak.

Ikerketa batzuen arabera, elikaduraren nahasteak dituztenek ohi baino abusu sexual gehiago jasan izan dute haurtzaroan (Deep, Lilenfeld, Plotincov, Pollice eta Kaye, 1999). Baina abusu sexualak ez dira elikaduraren nahasteetan bakarrik agertzen, beste hainbat nahastetan ere ageri baitira (Fairburn, Cowen eta Harrison, 1999). Abusu sexualak ez ezik, abusu fisikoak ere aurkitu izan dira elikaduraren nahasteak dituztenen artean (Everill eta Waller, 1995).

Nortasunaren bereizgarriei dagokienez, anorexia dutenak herabeak eta esanekoak dira, eta besteen baieztapen lausoei buruzko argibideak eskatzeko gaitasun gutxiago dute (Van den Broucke, Vandereycken eta Vertommen, 1995). Anorexia murriztailearen oinarrian onarpen beharra, konformismoa, gehiegizko ardura eta barneko premiei jaramonik ez egitea jarri izan dira. Neurotizismo eta barne-herstura maila handia dute eta autoestimu txikia. Era berean, anorexia nerbiosoa dutenek besteek baino puntuazio altuagoa lortzen dute perfekzionismoan (Halmi *et al.,* 2000). Baina, anorexia gainditu eta gero ere, anorexikoak izan direnek perfekzionismo maila altuagoa dute kontrolekoek baino (Srinivasagam *et al.,* 1995). Familiako arau zurrunei perfekzionismoz eta mendekotasunez erantzuten diete anorexikoek.

Perfekzionismoak orientazio bat baino gehiago ditu:

- Norberarengana orientaturiko perfekzionismoa: norberarentzat aspirazio-maila altua jarri.
- Besteengana orientaturiko perfekzionismoa: besteentzat aspirazio-maila altua jarri.
- Gizartera orientaturiko perfekzionismoa: besteek ezarritako aspirazio-mailara egokitu.

  Elikadura-arazoak dituztenek besteek ezarritako jomuga irrealak mantentzen dituzte, besteek ezarritako estandarrekin ados egoten dira (Pliner eta Haddock, 1996). Beraz, elikadura-arazoak dituztenen gorputz-irudi kaxkarra perfekzionismoari lotua dago (Davis, 1997).

Kognizioen eta portaeraren teoriaren arabera, gizentasunaren beldurra eta gorputz-irudiaren nahastea daude pisu-galeraren sustraian. Autokontrolaren zentzuak, perfekzionismoak eta bere gorputz-irudiaren desegokitasunak bultzatzen dute anorexikoa dieta egitera eta bere itxuraz arduratzera. Gizenegi egoteagatik ingurukoek kritikatzea edo iseka egitea ere egon daiteke jarrera anorexikoaren sustraian.

Emakumearen problematika nartzisista haren gorputzaren itxuraren mailan planteatzen da. Gizonarena, berriz, beste maila batzuetan. Baina, emakumeek ez ezik, gizonek ere barneratu dute argaltasun ideala. Emakumeen % 39k eta gizonen % 21ek pisua galdu nahi luke, eta argaltzeko dieta 12-13 urterekin hasten dute neskatilek (Wing eta Hill, 2001; Wyatt *et al.,* 2002). Horrela, anorexia sarritan nerabezaroan agertzen da. Nerabeak bere aurretiko irudia galdu egiten du, eta gurasoen irudi idealizatua ere galdu egiten da. Pubertaro ostean neskek gantza eta mutilek giharra irabazten dute, baina emakume anorexikoaren ideala pubertaro aurreko itxura gordetzea da. Emakume anorexikoaren balioa, zoriontasuna eta arrakasta gorputzaren itxurari eta gero eta meheagoa den itxura gordetzeari lotua dago. Gorputzaren kanpoko itxura afektuz kargatzen du: gorputzaren irudi perfektua eta ahalguztiduna eduki nahi luke.

Anorexia nerbiosoaren eta aldartearen nahasteen artean erlazioa badagoela dirudi. Hainbat autorek harreman estua ikusi dute anorexia nerbiosoaren eta aldartearen nahasteen artean (Halmí, 2003). Sarritan, deprimiturik dagoenean hasten da pertsona gehiegi jaten. Alde horretatik, afektu negatiboak edo aldartearen nahasteak elikaduraren nahasteak jasateko arrisku-faktoreak dira.

Anorexiaren faktore abiarazleen artean dieta murriztailea jartzen da. Gaizki elikatua dagoen pertsonaren garuna berehala desorekatzen da, garunak kalorien % 20 inguru behar baitu. Anorexiaren faktore iraunarazleen artean, elikadura eskasak eragindako akiduraren ondorio psikobiologikoak eta asaldura psikopatologikoak jar daitezke: janariari buruzko obsesioa, aldakortasun emozionala, kontzentraziorik eza, haserrekortasuna.

8.2.1.6. Komorbilitatea

Anorexia nerbiosoa dutenek aldi berean beste nahaste batzuk ere izaten dituzte sarritan: nahaste obsesibo-konpultsiboa, depresioa, izu-ikararen nahastea, nortasunaren nahasteak, nahaste sexualak.

8.2.1.7. Prebentzioa

Elikaduraren nahasteen aurretiko adierazlerik onena gizenegia izateko kezka goiztiarrak dira. Gehiegizko pisuari buruzko kezka goiztiarrak neurtzeko honako tresna hau erabiltzen da: *Pisuari buruzko kezkak*.

Pisuari buruzko kezkak:

1. Zenbateraino zaude kezkatuta zure pisuaz eta gorputzaren itxuraz: zure adineko neskak baino gehiago ala gutxiago?
   - Pixka bat gutxiago (8)
   - Besteak adina, gutxi gorabehera (12)
   - Pixka bat gehiago (16)
   - Askoz gehiago (20)
2. Zenbaterainoko beldurra diozu kilo eta erdi irabazteari?
   - Beldurrik ez (4)
   - Beldur pixka bat (8)
   - Beldur moderatua (12)
   - Benetako beldurra (16)
   - Izua (20)
3. Dietan egon zinen azkeneko aldia noiz izan zen?
   - Ez naiz inoiz dietan egon (3)
   - Duela urtebete inguru egon nintzen dietan (6)
   - Duela sei hilabete inguru egon nintzen dietan (9)
   - Duela hiru hilabete inguru egon nintzen dietan (12)
   - Duela hilabete inguru egon nintzen dietan (15)
   - Duela hilabete baino gutxiago egon nintzen dietan, gutxi gorabehera (18)
   - Oraintxe nago dietan (21)
4. Zenbateko garrantzia du zuretzat zure pisuak?
   - Nire pisua ez da garrantzitsua nire bizitzako beste gauzekin alderatuta (5)
   - Nire pisua beste gauza batzuk baino pixka bat garrantzitsuagoa da (10)
   - Nire pisua nire bizitzako gauza gehienak baino garrantzitsuagoa da, baina ez gauza guztiak baino (15)
   - Nire pisua nire bizitzako gauzarik garrantzitsuena da (20)
5. Inoiz sentitu al zara gizen?
   - Inoiz ez (4)
   - Oso gutxitan (8)
   - Batzuetan (12)
   - Sarritan (16)
   - Beti (20)

Eskala honetan puntuazio altua zuten emakumeek arrisku handia zuten elikaduraren nahastearen sintoma larriak garatzeko. Arrisku handia duten emakumeei prebentzio-programa aplikatzen zaie. Programa horretan azaltzen zaie normala dela neskek pubertaro ondoren pisua irabaztea.

8.2.1.8. Diagnostikoa

Anorexia edo bulimia diagnostikatu aurretik, baztertu egin behar dira nahaste fisiko batzuk, hain zuzen, apetitu-gabezia, gehiegizko apetitua, pisu-galera edo pisu irabaztea eragiten dituztenak: Addison-en gaixotasuna, diabetes mellitusa, hipertiroidismoa, hipoparatiroidismoa, Klüver-Bucy-ren sindromea, Kleine-Levin-en sindromea.

8.2.1.9. Prognosia

Nahasteak iraupen luzea izatea, pisu asko galtzea, goitika egitea edo libragarriak erabiltzea faktore larrigarriak dira, eta pronostikoa ilundu egiten dute. Anorexia duten pazienteen % 70-80k nahastea gainditu edo hobekuntzak izaten ditu. Baina sendatzeko dozena erdi bat urte behar izaten dira, eta berrizkaturak sarri gertatzen dira. Paziente horiek beren buruaren irudi distortsionatua izaten dute, eta hura aldatzea zaila izaten da. Anorexia batzuetan larriagotu egiten da, eta sarritan hilgarria da.

8.2.1.10. Tratamendua

Tratamendu zaila dute elikaduraren nahasteek, eta berrizkatura asko gertatzen dira. Bulimia dutenek anorexia dutenek baino hilkortasun txikiagoa dute, eta portzentaje handiago bat sendatzen da (Löwe, Foster, Kerzhnerman, Swain eta Wadden 2001; Keel *et al.,* 2003). Anorexia dutenen % 50ek gainditzen du nahastea, % 30ek hobekuntzak izaten ditu, eta % 20k nahaste kronikoa jasaten du (Steinhausen, 2002).

Tratamendua hasteko zailtasunik handiena zera da: anorexikoek ez dute beren gaixotasunaren kontzientziarik. Beldur patologikoa diote loditzeari. Batzuek elikadura-terapia baino errazago onartzen dute terapia psikologikoa. Eraginkorrena tratamendu dimentsio anitzekoa da.

Elikaduraren nahaste larriak dituzten asko ospitaleratu egin behar dira, tratatuak izateko (Watson, Bowers eta Andersen, 2000). Dagokion batez besteko pisutik % 70 beherago badago pazientea, pisu-galera oso azkarra izan badu eta elektrolitoen oreka galdu badu, ospitalera eraman behar da, bihotzak huts egin bailiezaioke. Nahaste somatikoak tratatu behar dira lehenik, gaixoa elikatuz (zundaz, serumez, kimioterapiaz). Pazientearen pisua normalera ekarri behar da, eta horretarako haren otorduak eta pisuaren gorabeherak kontrolatuko dira. Ospitaleratzea sarritan beranduegi gertatzen da, gaixoak berak ukatu egiten baitu, bai gaixotasunaren alde

fisikoa, bai alde psikikoa. Gainera, ospitalean ere pazienteak bilatzen ditu sendagilea iruzurtzeko moduak. Edozein modutan, hasieran pisua irabazteak ez du esan nahi pazientea sendatua dagoenik. Gorputzaren itxurari buruzko jarrera disfuntzionalak aldatzen ez badira eta portaera anorexikoa sustatzen duten osagai psikologikoak tratatzen ez badira, berriz gaixotu liteke. Gizentzeko beldurra eta jatearen kontrola galtzeko beldurra tratatu behar dira.

Gaixoa tratatu nahi bada, familiatik bereizi egin behar da. Beharrezko da elikadurari eta otorduei buruz inguruneak dituen erreakzio gatazkatsuak etetea. Erizainek ez dute gurasoek zuten jarrera bereganatu behar. Familian ez jatea sustatzen zen bezala, ospitalean jatea sustatu behar da. Kontratu bat negoziatu behar da anorexikoarekin, elkarrizketa-giro egokian. Maila psikologikoan, harremanak sortu behar dira, gaixoaren laguntza-eskaerari erantzunez. Pisua irabazi ahala, familiarekin harremanetan jar liteke: eskutitzak, telefonoa, bisitak, irteerak. Kontratuan, lortu beharreko pisu optimoa zehaztea beharrezko da, kontrol-gabeziaren beldurra uxatzeko.

Anorexiaren terapia bi mailatan egiten da: lehenik pisua irabazi behar du gaixoak, eta fisiologikoki indartu egin behar du; horretarako baldintzapen-operantean oinarritutako terapia erabil liteke. Ondoren, irabazi den pisua mantentzeko, pazientearen autonomia indartu behar da, kognizioen eta portaeraren terapiaren, familia-terapiaren edo terapia psikodinamikoaren bidez.

Psikoterapian, tratamendu dimentsio anitzekoa da onena. Bakarkako terapian, alde batetik, barne-herstura eta depresioa kontrolatuko dira, pertsona arteko harremanak eta emozioen agerpena indartuko dira, pazientearen identitatea berreskuratuko da, autoestimua eta identitatea landuko dira; beste alde batetik, elikadura-arazoak landuko dira, kognizioen eta portaeraren ikuspegitik: pisuari, janariari eta norberari buruzko uste okerrak tratatzen dira. Kognizio- eta portaera-terapiak emaitza nahiko onak eman ditu (Treasure, Claudino eta Zucker, 2010).

Familia-terapia aurrekoaren osagarri izango da; kontuan izan behar da elikaduraren nahasteak dituzten pertsonak emozioen adierazpen-maila altuko familietan hazten direla. Emozioak adierazterakoan gehiegi inplikatzen dira, eta gehiegizko etsaitasuna eta kritikotasuna adierazten dituzte. Horregatik, beren seme-alaba anorexikoari laguntzen irakatsi behar zaie gurasoei. Minuchin-en terapia sistemikoak anorexia duen pazientearen familiako rola aldatzen du, elikadura-arazoa pertsona arteko arazo moduan planteatzen du; anorexiaren arazoa familiako arazo orokorrago bat gordetzeko trikimailu gisa interpretatzen du terapia sistemikoak; pazientearen sintoma familiaren testuinguruan kokatzen denean, pazientea liberatu egiten da eta ez dauka anorexiaz baliatu beharrik arazo orokorrago bat estaltzeko. Haur txikiaren anorexiaren kasuan, haurraren eta amaren arteko harremana aldatu behar da. Ama tratatu behar da, haurra sendatzeko. Nerabearen anorexiaren kasuan, familiatik askatu egin behar da pazientea, inguruaren eragin gatazkatsutik aske

tratatzeko. Talde-terapian, lagunarteko eta gizarteko harremanak berreskuratuko dira: trebetasun sozialak, komunikatzeko gaitasuna, emozioen adierazpena.

Nolanahi, garrantzitsua da gaixoa tratatzea. Ospitalean bertan has liteke tratamendua, eta gero kanpoan jarraitu.

Terapia egiterakoan kontuan izan behar da, janaria baztertzea ez dela anorexiagatik bakarrik gertatzen. Esate baterako, nahaste obsesiboa edo fobikoa duen pertsona elikagai batzuk irenstearen beldur izan daiteke (sitiofobia selektiboa); pozoitzeari buruzko eldarniozko ideiak dituen paranoikoak janaria baztertu dezake; era berean, eskizofrenia katatonikoa duen batek ere elikatzea baztertu dezake negatibismoagatik.

8.2.2. Gehiegi jateagatik gertatzen diren elikadura-nahasteak

8.2.2.1. Bulimia

Kantitate handiegiak jatea eta kontrolik gabe jatea dira bulimiaren bereizgarriak. Bulimia hitzak 'idi-gosea' esan nahi du (*bous*: idi; *limos*: gose), hots, idia jateko adinako gosea duela. Bulimiaren deskribapen zehatza XX. mendean egin bazen ere, Galeno-k hitz egin zuen jadanik *bulimos*ari buruz, gehiegi jatea, goitika egitea eta zorabiatzea adierazteko.

Bulimia nerbiosoan sarritan gertatzen da gehiegi jatea. Denbora jakin batean pertsona normal batek jango ez lukeen janari kantitatea jaten du. Betekadan, janari kantitate handiak irensten dira bi ordu baino gutxiagoan. Betekada gertatzen ari den bitartean, bulimikoak ez du kontrolatzen jatearen portaera. Betekada egiten ari denak beste norbait balitz bezala jokatzen du, egoera disoziatu bat biziko balu bezala, egiten ari denaren kontzientziarik gabe. Bulimia nerbiosoa diagnostikatzeko, astean gutxienez bi aldiz gertatu behar dute betekadek eta libragarrietara jo, hiru hilabetean zehar. Betekada gertatu ostean, deseroso eta lotsaturik sentitzen da eta gizentzeko beldurrez.

Bulimia nerbiosoaren bi mota bereizten dira: libragarriak erabiltzen dituena eta libragarririk erabiltzen ez duena. Betekadak konpentsatzeko libragarriak erabiltzen dituztenek bitarteko hauek baliatzen dituzte: goitika egitea, libragarriak, enemak edo diuretikoak. Teknika horietara jotzen duten bulimikoek beste bulimikoek baino psikopatologia larriagoa dute; bestalde, teknika horiek ondorio kaltegarriak dituzte osasunean: elektrolitoen orekaren galera, giltzurrunetako gutxiegitasuna, arritmia, eta abar.

Libragarrietara jotzen ez duten bulimikoak gizenagoak dira, betekada gutxiago izaten dituzte eta psikopatologia gutxiago dute. Gehiegizko jarduera fisikoaren edo dieta murriztaileago baten bidez konpentsatzen dute gehiegi jatea.

Bulimia anorexia baino geroago agertzen da; normalean, 18-22 urte bitartean. Dieta murriztaile baten ondoren gertatzen da sarritan bulimia, anorexiarekin gertatzen den modu berean. Pisu gehiegi izateak atsekabea sortzen dio pertsonari, eta dieta egiten hasten da; dietaren murriztapenak eta gorputzaren forma eta pisuarekiko kezka patologikoak eragin garrantzitsua dute bulimiaren sorreran eta iraupenean. Bulimikoen erdiak aurretik anorexiko izandakoak dira, eta bulimiko askok aurretik pisu gehiegi zeukaten; gizentasuna batzuetan nabarmena zen, eta beste batzuetan kezka dismorfofobikoari lotua zihoan.

Bai anorexia nerbiosoan, bai bulimia nerbiosoan, gizenegi izateko beldurra du pertsonak. Bulimikoa ere, anorexikoa bezala, gutxiegi janaz hasten da, baina gerora gehiago jaten eta betekadak hartzen hasten da. Goian esan dugu bulimikoak ere, anorexikoak bezala, bi taldetan banatzen direla: libragarriak erabiltzen dituztenak eta libragarriak erabiltzen ez dituztenak. Baina bulimiko gehienek libragarriak erabiltzen dituzte. Libragarririk erabiltzen ez duten bulimikoek ariketa fisikora jotzen dute pisua jaisteko. Bulimia nerbiosoa eta betekadak dituen anorexia nerbiosoa bereizten dituena pertsonaren pisua da. Bulimikoak ez du pisu gutxiegi izaten, anorexikoak bai, ordea.

Familiako kide batek anorexia edo bulimia badu, aukera gehiago dago beste batek ere halakoak izateko, familian elikaduraren nahasterik ez badago baino (Strober, Lampert, Morrell, Burroughs eta Jacobs, 1990; Kassett eta beste, 1989). Biki monozigotikoen artean bulimiari buruzko adostasun gehiago agertzen da, biki dizigotikoen artean baino.

Opioide naturalek aldartea hobetzen dute, min-sentipenak ezabatzen dituzte eta apetitua gutxitzen dute. Pertsona bat gosez akiturik dagoenean, opioideak liberatzen ditu. Era berean, gehiegizko ariketa fisikoak opioideen maila igotzen du. Ikerketa batzuek beta-endorfina gutxiago aurkitu dute bulimia duten pertsonengan (Brewerton, Lydiard, Laraia, Shook eta Ballenger, 1992). Bulimia dutenak ez dira asetzen jan ondoren, serotonina gutxiegi jariatzen dutelako (Jimerson, Lesem, Kaye eta Brewerton, 1992), eta bulimia tratatzeko erabiltzen diren antidepresiboek serotonina maila igotzen dute. Serotonina gehiegi duenak gutxiago jaten du. Serotonina jaisteko sendagaiak hartzen dituztenek gehiago jaten dute eta gizendu egiten dira.

Bulimia nerbiosoa ez da diagnostikatu behar, anorexia nerbiosoaren eta pisu-galeraren kasuan bakarrik jotzen bada betekada eta libragarrietara. Horrelakoetan, betekadak izaten dituen eta libragarrietara jotzen duen anorexia nerbiosoa diagnostikatzen da.

Libragarrietara jotzen duen anorexia nerbiosoa eta bulimia nerbiosoa bereizten dituztenak pisu txikia eta amenorrea dira. Horrek esan nahi luke nahaste beraren garapen-maila ezberdinak direla (Wonderlich, Crosby, Mitchell eta Engel, 2007).

Bulimia nerbiosoa deskribatzean, DSM-IV-TRk lehenik kontrolik gabeko janari-betekada errepikakorrak jartzen ditu; gero, irentsitakoaren ondorioak ekiditeko konpentsaziozko mekanismoak aipatzen ditu; ondoren, gorputzaren formaren eta pisuaren araberako norberaren ebaluazioaren aipamena egiten du.

Nerbio-bulimiaren irizpide diagnostikoak DSM-IV-TRn (APA, 2000)

A. Janari-betekaden presentzia errepikakorra. Betekada baten ezaugarriak hauek dira:

(1) Denbora tarte labur batean janari asko irenstea (esate baterako, bi orduan), egoera eta denbora tarte berean pertsona arrunt batek jango lukeen baino askoz gehiago janda.

(2) Jatearen kontrolaren sentimenduaren galera (adibidez, jateari ezin uko egitearen sentipena, edo zenbat edo zer jaki mota irentsi behar duen kontrolatu ezinaren sentipena).

B. Pisu-gehikuntza galarazteko portaera konpentsatzaile desegokiak: bere buruari goitika eragitea; libragarri, diuretiko, enema edo beste botika batzuk erabiltzea; baraua edo ariketa fisiko gehiegi egitea.

C. Betekadak eta portaera konpentsatzaileak gertatzen dira, batez beste astean bi aldiz, hiru hilabetean zehar.

D. Norberaren ebaluazioa pisuan eta siluetan oinarritzen da, neurriz gaindi.

E. Bulimia ez da gertatzen anorexia nerbiosoaren barruan bakarrik.

Motak:

Mota purgagarria: bulimia nerbiosoaren nahaste-garaian subjektuak erregulartasunez goitika egiten du eta gehiegi erabiltzen ditu libragarriak, diuretikoak edo enemak.

Mota ez-purgagarria: bulimia nerbiosoaren nahaste-garaian subjektuak portaera konpentsatzaile desegokiak erabiltzen baldin baditu ere, ez du libragarririk, diuretikorik, enemarik edo goitika egiterik baliatzen.

Mendebaldeko gizartean, XX. mendearen hasieran baino pertsona gizen gehiago dago XXI. mendearen hasieran, janari gehiago dagoelako eta pertsonen bizitza sedentarioagoa delako. Bestalde, gorputzaren formaren ideala aldatu egin da, eta gizenak ez direnek ere (neskek batez ere) gizentzat hartzen dute beren burua. Dieta egiten duten pertsonen kopurua asko hazi da zibilizazio aurreratuetan (AEBn, Europan, Kanadan. Japonian, Australian). Bulimiaren faktore eragileen artean aipa dezakegu gorputzaren formarekiko eta pisuarekiko kezka gehiegia.

Herrialde atzeratuagoetan, emakume gizenagoak hartzen dira emakume erakargarritzat. Emakume nerabeen eta gazteen artean % 0,5-1 bitarteko prebalentzia du bulimiak (Hoek, 2006; Hudson, Hiripi, Pope eta Kessler, 2007). Bulimia-kasuen

% 5-10 inguru bakarrik gertatzen dira mutilengan. Gainera, mutil bulimikoen artean homosexual ugari dago (Carlat, Camargo eta Herzog, 1997). Estatu Batuetako emakumeen artean % 1-3 bitarteko maiztasuna du bulimiak (Hoek eta Van Hoeken, 2003). Espainian, % 0,4-0,8 bitarteko maiztasuna du (Rojo eta Livianos, 2003). Emakumeengan gizonen artean baino bulimia-kasu gehiago gertatzen da; eta emakumeen artean ere, gizonen artean bezala, modeloen, dantzarien edo gimnasten artean da usuena bulimia. Gertaera horren arrazoia honetan datza: kultura-estandarrek neskei argal egotea eskatzen diete, mutilei baino neurri handiagoan. Nerabezaro berantiarrean edo helduaro goiztiarrean hasten da bulimia nerbiosoa. Nahastea hasi baino lehen gizenak ziren, eta dietarekin hasten da arazoa eskuarki.

Bulimia nerbiosoa beste nahaste psikiko askorekin erlazionatuta dago: mugako nortasunaren nahastea, depresioa, barne-herstura, substantzien abusua. Suizidioak ere populazio orokorrean baino sarriagotan gertatzen dira bulimikoen artean (Favaro eta Santonastaso, 1998).

Bulimia duenaren nortasuna ezegonkorra izan ohi da afektibitate aldetik; bereizgarri histrionikoak eta jarrera sozial kanporakoia agertzen ditu. Neurotizismoaren eta barne-hersturaren maila garaiak ditu, anorexikoak bezala, eta autoestimu baxua. Gorputzaren pisua eta forma aldatzea errazagoa da beste alderdi batzuk aldatzea baino; horregatik ematen dio lehentasuna gorputzaren irudia aldatzeari, horrek nortasun osoan eragina izango duelakoan. Jateari buruzko arau zorrotzak jartzen dizkio bere buruari, baina arauak hautsi eta betekadak egiten ditu. Betekaden ondoren, atsekabetua gelditzen da, eta, gizendu beldurrez, goitika egitera jotzen du. Goitika egiteak edo libragarrietara jotzeak une horretako barne-herstura arindu dezake, baina autoestimua ez du igotzen. Bulimia duenak estresa eta barne-herstura sentitzean jotzen du betekadetara; betekaden bidez afektu negatiboak erregulatzen ditu, baina berriro agertzen da atsekabea, eta libragarrietara jo behar du barne-herstura arintzeko.

Goitika egitearen eta diuretikoak erabiltzearen ondorioen artean honako hauek aipa genitzake: listu-guruinen gehiegizko garapena; hortzetako esmaltearen desegitea eta txantxarra; oreka elektrolitikoaren anormaltasunak (hipopotasemia); hezurraren dentsitatearen gutxitzea; atzeranzko isuriaren ondorioz sortzen den esofagitisa; urdailaren dilatazioa; libragarrien ondorioz sortzen den idorreria.

Bulimiadunen terapiari dagokionez, % 45ek erabat gainditzen du arazoa, laurden batek baino gehiagok hobekuntzak egiten ditu, eta % 23k ibilbide kronikoa du (Steinhausen eta Weber, 2009). Bulimiarekin batera mugako nortasunaren nahastea badu, pronostiko nahiko txarra du. Nahastea denbora luzean jasatea eta nahastearekin batera depresioa izatea ere pronostiko txarrerako seinale dira.

Terapiaren helburuak honako hauek izango dira: pazientearen desoreka biologikoak gainditzea, elikadura-patroi normala ezartzea, elikadurari buruzko kognizio okerrak eta asaldura emozionalak zuzentzea, nahaste komorbidoak

gainditzea. Gehiegi jateak dituen ondorioak azaldu behar zaizkio terapian bulimikoari. Egunean zehar janari kopuru txikiak askotan jaten irakatsi behar zaio. Ondoren, gorputzaren forma eta pisuari eta jateari buruzko kognizio eta jarrera disfuntzionalak aldatu behar dira.

Bulimia duten pertsona askok aldartearen nahasteak (depresio nagusia edo distimia) dituzte aldi berean. Horregatik, bulimiarentzat sendagai biologiko eraginkorrak dira antidepresiboak. Antidepresiboak hartzen dituztenek betekada eta purga gutxiago egiten dituzte, baina ez dute portaeraren eta kognizioen terapiak bezain emaitza onik ematen. Antidepresiboek bakarrik ez dute iraupen luzeko efekturik bulimia nerbiosoan (Fairburn eta Harrison, 2003; Walsh, 1995). Gainera, paziente askoren patologia depresiboa bulimiak sortu du, eta bulimia tratatzeak depresioaren desagerpena eragiten du (Brewerton *et al.,* 1995). Era berean, fobia sozialaren eta agorafobiaren sintomak desagertu egiten dira sarritan, horiekin lotutako bulimia tratatzen denean.

Fairburn, Jones, Peveler, Hope eta O´Connor-ek (1993) elikaduraren nahasteak tratatzeko hiru terapia mota alderatu zituzten: jateko ohiturak eta gorputzaren pisu nahiz formari buruzko jarrerak aztertzen zituen kognizio- eta portaera-terapia; jateko ohiturak aldatzera zuzendutako portaera-terapia; pertsona arteko harremanak hobetzera zuzendutako pertsona arteko psikoterapia. Emaitzarik onenak eta iraunkorrenak pertsona arteko terapiak eta kognizio- eta portaera-terapiak eman zituzten. Paziente bulimiko gehienek hobekuntza nabariak izaten dituzte 2-4 hilabeteko kognizio- eta portaera-terapia baten ondoren.

Portaera-terapian, otorduak planifikatzen ziren, elikadurari buruzko prestakuntza ematen zen, otordu txikiak egiten irakasten zen. Kognizio-terapian, bulimikoak sarritan agertzen dituen pentsamendu disfuntzionalak lantzen ziren.

Kognizio- eta portaera-terapia bakarka edo taldean aplika liteke. Fairburn-en kognizio- eta portaera-terapian erakargarritasun fisikoaren estandar sozialak aztertzen dira, eta pazientearen uste okerrak aldatzen dira; era berean, besteen eskaera gehiegizkoei aurre egiteko trebetasun asertiboak irakasten dira; gainera, egunean hiru otordu normal egiten eta gosea kontrolatzen irakasten da. Kognizio- eta portaera-terapia jaso zuten pazienteen % 50ek betekadak egiteari eta libragarrietara jotzeari uzten diote (Wilson eta Pike, 2001). Tratamendua egin eta handik bost urtera emaitzak mantentzen badira ere (Fairburn *et al.,* 1995), heren bat bakarrik da tratamenduaren onurei eusten diena (Fairburn, Peveler, Jones, Hope eta Doll, 1993).

Kognizio- eta portaera-terapiarekin batera sendagai antidepresiboak emateak ez ditu hobetzen terapia horren emaitzak; hori bai, bulimiarekin batera gertatzen den depresioa arintzeko balio dezakete antidepresibo horiek (Wilson eta Fairburn, 1998). Bestalde, betekadetarako joera eta bulimia gainditzen duten pazienteek depresioa eta autoestimu txikia ere gainditzen dituzte.

Familia-terapia ere eraginkorra izan liteke. Weissman, Markowitz eta Klermanen pertsona arteko terapiak ere emaitza onak eman izan ditu (Weissman, Markowitz eta Klerman, 2000): Kognizio- eta portaera-terapiaren antzeko emaitzak eman izan ditu, baina erantzuna makalagoa izan da (Shapiro *et al.,* 2007).

8.2.2.2. Espezifikatu gabeko elikadura-nahastea

Ez ditu betetzen anorexia nerbiosoaren eta bulimia nerbiosoaren baldintza guztiak, baina janariarekin, gorputzaren irudiarekin eta pisuarekin kezka handia du. Anorexia nerbiosoak eta bulimia nerbiosoak baino maiztasun handiagoa du. Espezifikatu gabeko nahasteak anorexia nerbiosoaren edo bulimia nerbiosoaren antza izan dezake edo ezaugarri ezberdinak aurkez ditzake. Bigarren nahaste mota horretan sartzen da «betekada-nahastea».

Elikaduraren nahaste ez-espezifikorako irizpide diagnostikoak DSM-IV-TRn (APA, 2000)

Elikadura-jokaeraren nahasteak dira, elikadura-jokaeraren nahaste espezifikoen baldintzak betetzen ez dituztenak. Hona hemen adibide batzuk:

1. Anorexia nerbiosorako irizpide guztiak bete arren, hileko erregularrak dituzten emakumeak.
2. Anorexia nerbiosorako irizpide guztiak betetzen dituen arren, pertsona ez da pisuaren muga normaletatik irten.
3. Bulimia nerbiosorako irizpide guztiak betetzen ditu, baina konpentsaziozko portaerak ez dira gertatzen astean bitan edo hiru hilabetez jarraian.
4. Pisu normala duen banako batek konpentsaziozko portaerak erabiltzen ditu erregularki, janari kantitate txikiak irentsi direnean (esaterako, goitika egitea gaileta pare bat jan denean).
5. Janari kantitate garrantzitsuak mastekatu eta bota, baina irentsi ez.
6. Betekadaren nahastea: bulimia nerbiosoan bezala janari-betekada errepikakorrak gertatzen dira, baina ez konpentsaziozko portaerarik.

Pertsona gizenek sarritan betekadak egiten dituzte. Baina betekadak egiten dituztenek ez diote beren buruari goitika eragiten. Betekada-nahastea dutenen betekada-pasarteak bulimia dutenenak baino luzeagoak dira, gehiago jaten dute, eta betekada-pasarteetatik at ere gehiegi jan dezakete; bulimia-nahasteetako betekadak elikadura murriztearen testuinguruan gertatzen dira.

Asko jatea betekadatzat hartzeko, testuingurua kontuan hartu behar da: testuinguru normalean betekadatzat hartzen dena ez da betekadatzat hartuko eztei-oturuntza batean egiten bada edo, denbora labur batean egin ordez, egunean

zehar pikatuz egiten bada. Betekadak eskuarki ezkutuan egiten dira. Pertsona bat estresatua eta egoera disforikoan dagoenean gertatzen dira sarritan betekadak. Une batez disforia arindu dezake betekadak, baina laster errudun sentitzen da, depresioak harrapatzen du, eta bere burua mespretxatzen du. Betekada-nahasteak bulimia ez-purgagarriaren antz handia du.

Betekada-nahastea diagnostikatzeko irizpideak (DSM-IV-TR, 2000)

A. Betekaden pasarte errepikakorrak. Betekada-pasarte batek bi baldintza hauek betetzen ditu:
   1. Denbora labur baten buruan (adibidez, bi orduren buruan) jende gehienak denbora berean eta antzeko zirkunstantzietan jango lukeen baino nabarmenki gehiago jaten du.
   2. Jatearen kontrola galdu duela sentitzen du (adibidez, jateari ezin diola utzi, zer eta zenbat jaten duen ezin duela kontrolatu sentitzen du).

B. Betekada-pasarteak egoera hauetako hiru edo gehiagorekin batera gertatzen dira:
   1. Normala den baino askoz ere azkarrago irensten du.
   2. Betekada desatsegina sentitu arte jaten du.
   3. Goserik izan ez arren, janari kantitate handiak irensten ditu.
   4. Bakarka jaten du, irentsi-behar amorratua gordetzeko.
   5. Bere buruarekin atsekabeturik, deprimiturik edo erruduntasun handi batekin geratzen da betekadaren ondoren.

C. Betekadak gogoratzean ondoez handia du.

D. Batez beste, gutxienez astean bi egunetan gertatzen dira betekadak, sei hilabetean zehar.

E. Betekada ez da lotzen konpentsaziozko estrategia desegokiekin (adibidez, purgak, baraua, gehiegizko ariketa fisikoa), eta ez da agertzen anorexia nerbioso edo bulimia nerbioso baten buruan bakarrik.

Populazio orokorrean, % 1-3 bitarteko prebalentzia du (Treasure *et al.,* 2010). Zuriei eta beltzei neurri berean erasaten die. Emakumeen artean gizonen artean baino maizago gertatzen da. Betekada-nahastea duten gizenek gehiagotan izaten dute depresioa, betekada-nahasterik ez duten gizenek baino; era berean, alkohol eta beste substantzia batzuen abusu gehiago egiten dute eta nortasunaren nahaste gehiago dituzte.

Betekada-nahastea duten pazienteak sendatzeko eraginkorrak dira kognizio- eta portaera-terapia, pertsona arteko terapia eta portaera-terapia, baina luzera pazienteek berriro pisua berreskuratu egiten dute sarritan, betekadak egiten ez badituzte ere (Wilson, Wilfley, Agras eta Bryson, 2010).

8.3. ELIKADURAREN NAHASTE KUALITATIBOAK

Merizismoa, alotriofagia edo pika eta ortorexia dira.

8.3.1. Merizismoa

Pertsonak janaria irentsi ostean, berak nahita berriro ahora ekartzen du, berriro murtxikatzen eta berriro irensten edo botatzen du. 3 eta 12 hilabete bitarteko haurretan agertzen da. Pisua galtzen du haurrak, edo ez du pisurik irabazten. Atzeratu mentalak diren haurretan gerta daiteke, arrazoi medikorik gabe; edo amaren eta haurraren arteko harremana oso nahasia dagoenean gerta daiteke. Haurra bakarrik dagoenean errepikatzen da merizismo-portaera. Batzuetan nerabe eta helduetan ere gertatzen da.

8.3.2. Pika edo alotriofagia

Atzerapen mentala, dementzia edo psikosia duten pertsonetan gertatzen da. Elikatzen ez duten edo jangarriak ez diren substantziak modu errepikatuan jaten ditu: ilea, jantziak, intsektuak, harriak, hautsa, pintura, hondarra, hostoak. Nahiko normala da 6-12 hilabete bitarteko haurrengan. Hemezortzi hilabete baino gehiago iraun behar du nahastea izateko. Ondorio kaltegarriak ekar ditzake osasunerako: sabeleko minak, hesteen ixtea, toxikatzeak, anemia, hesteen zulatzea. Berunarekin edo beste substantzia arriskutsu batzuekin pozoitu liteke, eta irentsitako objektua (harriak, klipak...) kirurgia bidez erauzi beharrean gerta liteke. Kultura batzuetan ondo ikusia dago elikatzeko baliorik ez duten substantziak irenstea. Adibidez, emankortasuna ziurtatzeko buztina irenstea.

Sendagilearen azterketa beharrezkoa da toxikatua dagoen, hesteak blokatuak dituen edo infekziorik baduen jakiteko. Pikaren konplikazio medikoak pazienteak jaten duenaren araberakoak izaten dira.

8.3.3. Ortorexia nerbiosoa

Dietaren gehiegizko garbitasunaren aldeko ahalegin obsesiboa; dieta osasungarria lortu behar obsesiboak pazientearen bizitzan ondorio kaltegarriak ditu, obsesioak erregimen zurrunegira bultzatzen baitu.

Ortorexikoaren kezka elikaduraren kalitateari buruzkoa da; elikagai osasungarriak eskuratzen saiatzen da; ez du kezkatzen horrenbeste elikaduraren kantitateak. Aldiz, bulimikoa eta anorexikoa janariaren kantitateaz gehiago kezkatzen

dira. Dietaren garbitasunaren aldeko borroka patologiko bihurtzen da, pazientearen eguneroko bizitzan aldaketak eragiten dituenean, eta janariaren inguruko kezkaren bidez emozio negatiboak ezkutatu nahi dituenean. Jaten duena kontrolatuz bere izaera kontrolatzen duela iruditzen zaio.

8.4. PRAKTIKAK

8.4.1. praktika

Zein dira elikadura-nahasteetarako zaurgarritasun psikologikoa adierazten duten bereizgarriak? Azter eta eztabaida ezazue testua:

Anorexia nerbiosoa dutenak perfekzionistak, bulkadatsuak, emozionalki ezegonkorrak, obsesiboak eta konpultsiboak izan ohi dira. Elikadura-nahasteak nahaste obsesibo-konpultsiboaren aldaeratzat har daitezke, antzeko nortasuna baitute nahaste obsesibo-konpultsiboa dutenek eta elikadura-nahasteak dituztenek: zurrunak, perfekzionistak, ordenaren eta simetriaren zaleak dira.

Teoria transdiagnostikoaren arabera, elikadura-nahasteetan (anorexia-, bulimia- eta betekada-nahasteetan) badago oinarrizko psikopatologia bat bereizgarri hauek dituena: gorputz-irudia gehiegi balioestea, perfekzionismoa, emozioa eraman ezina, autoestimu txikia, bizitza kontrolatu nahia eta jatea kontrolatu nahia.

8.4.2. praktika

Azter itzazu elikaduraren nahasteak aztertzeko erabiltzen diren tresna batzuk:

Eating Attitudes Test (EAT; Garner eta Garfinkel, 1979)

Eating Disorders Inventory (EDI; Garner, Olmsted eta Polivy, 1983)

Body Shape Questionnaire (BSQ; Cooper, Taylos, Cooper eta Fairburn, 1987)

Eating Disorder Examination (EDE, Cooper eta Fairburn, 1987)

8.4.3. praktika

Gizentasuna eragiten duten faktore psikogenoak

Gizentasun batzuen oinarrian faktore psikogenoak daude. Gizentasun horiek gizentasun arina dutenak izaten dira. Oinarrian dagoen asaldura psikologikoa barne-herstura izaten da. Janariak substantzia antsiolitiko moduan funtzionatzen du. Irenste antsiolitiko horiek iluntzean edo gauean gertatzen dira sarritan. Sarri gertatzen da gaueko hiperfagia eta eguneko anorexia. Paziente gizenek sarritan erreakzio distimikoak izaten dituzte argaltzeko tratamendua hasten dutenean.

8.4.4. praktika

Zer da Prader-Willi-ren sindromea?

Haurraren gaixotasun jaiotzatiko bat da. Nahaste hori duten haur jaioberriak txikiak eta hipotonikoak izaten dira, eta bularra xurgatzea kostatzen zaie. Lehen urtean elikadura-arazoak izaten dituzte, baina bigarren urtetik aurrera gizentzen hasten dira, apetitu aseezina sentitzen baitute. Elikadura-nahastearekin eta gihartonuaren jaitsierarekin batera, honako bereizgarri hauek agertzen dituzte: atzerapen mentala, adimenaren garapen makala, loaren nahasteak, jokaera konpultsiboak, altuera txikia, esku eta oin txikiak, aho txikia, hipogonadismoa, gutxi garatutako genitalak (barrabil eta zakil txikia edo kriptorkidia mutiletan; klitorisaren edo ezpain txikien garapen eskasa neskengan), heldutasun sexualaren atzeratzea. Janariaren inguruko kezka eta barne-herstura handia izaten dituzte; etengabe janarian pentsatzen ari dira, eta gizentzeko joera handia dute. Ondorioz, hipertentsioa edo diabetesa edo antzeko arazoak izan ditzakete.

Azter ezazu kasu hau:

http://www.youtube.com/watch?v=3pewXCDMoPE

http://www.youtube.com/watch?v=q1MrnMcA3Sw

http://www.youtube.com/watch?v=2slkrNZoC6k

http://www.youtube.com/watch?v=j3aURhKDcVM

8.4.5. praktika

Azter itzazu anorexikoen eta bulimikoen kasu hauek:

http://www.youtube.com/watch?v=4P4XnN8Usew

http://www.youtube.com/watch?v=b__N-frwACw

http://www.youtube.com/watch?v=uCks4Lt8PdU

http://www.youtube.com/watch?v=9cBouV6XgZk

8.4.6. praktika

Zer da potomania edo polidipsia psikogenikoa?

Polidipsia psikogenikoa duenak likido kantitate handiak edateko desira du, eta egarri izan gabe ere modu konpultsiboan edaten du. Egunean 8-10 litro edatera hel daitekeenez, osasunarentzat kaltegarria gertatzen da, gorputzeko fluidoen eta elektrolitoen oreka arriskuan jartzen baitu. Potomaniara eramaten duten arrazoien artean diabetes mellitusa, giltzurrunen gaixotasun kronikoak edo anorexia aurki ditzakegu. Ur gehiegi edateak honako nahaste hauek eragin ditzake: hiponatremia

(sodio-kontzentrazioaren jaitsiera), giharretako karranpak (sodio- edo potasio-maila jaisteagatik), goragalea, zefalea edo konbultsioak.

http://www.youtube.com/watch?v=_sHQqfNoKzo

http://www.youtube.com/watch?v=jhVKhr47nFQ

8.4.7. praktika

Azter ezazue kasu hau: *Anorexia egunez egun (Kloeren kasua)*

http://www.youtube.com/watch?v=E3LgTS7REUg

9. Nahaste neurokognitiboak

9.1. SARRERA

Garuna oso ondo babesturik dago. Alde batetik, *dura mater* izeneko mintzak babesten du. Bestetik, garezurraren barnean dago. Hala ere, erasoak jasotzen ditu, barnetik eta kanpotik. Barnekoen artean daude, adibidez, jaio aurretiko egitura-hutsuneak. Kanpoko erasoen artean sartzen dira traumak eta kolpeak. Garuna kaltetua denean, aldaketa kognitiboak gertatzen dira.

DSMren aurretiko argitalpenek *nahaste organiko* esaten zieten garunaren tumore, intoxikazio edo erasoren batean oinarritutako nahasteei. Aldiz, *nahaste mental funtzional,* oinarri biologikorik ez zutenei. Gero konturatu ziren nahaste mental funtzionalen oinarrian ere sustrai biologikoak egon zitezkeela.

DSM-IVek nahaste kognitiboen artean sartzen ditu dementziak, deliriuma eta beste nahaste kognitibo batzuk.

DSM-Vk talde hauetan banatzen ditu nahaste neurokognitiboak: deliriuma, nahaste neurokognitibo nagusiak, nahaste neurokognitibo arinak eta haien azpitipo etiologikoak. *Dementzia* terminoa erabili ordez, *nahaste neurokognitibo nagusi* erabiltzen du. *Nahaste neurokognitibo arin* terminoa erabiltzen du nahastearen forma arinagoak izendatzeko (DSM-IVn espezifikatu gabeko nahaste kognitibo deitzen zirenak).

Zaharren endekapenezko nahasteak izendatzeko erabiltzen da batez ere *dementzia* terminoa; *nahaste neurokognitibo* terminoa, berriz, pertsona gazteagoen nahasteak izendatzeko erabiltzen da, hala nola garunaren lesio traumatikoaren edo Giza Immuno Eskasiaren Birusaren ondorioz sortutako hondamena izendatzeko. Nahaste horiek oroimena, arreta, pentsamendua, ikaskuntza eta kontzientzia ukitzen dituzte. Nahaste horien kausak organikoak dira, baina aldaketa sakonak eragiten dituzte pertsonaren nortasunean eta jardueran.

9.2. DEMENTZIAK EDO NAHASTE NEUROKOGNITIBOAK

Funtzionamendu intelektualaren gaixotasun orokorra da dementzia, aurrez lortutako gaitasun-mailaren galera mailakatua ekartzen duena. Sintoma multzo baten edo sindrome baten bidez agertzen da dementzia: oroimenaren nahastea (amnesia); hizkuntzaren nahastea (afasia); objektuak erabiltzeko gaitasunaren nahastea

(apraxia); objektuak ezagutzeko gaitasunaren nahastea (agnosia); abstrakziorako eta planifikatzeko gaitasunaren nahastea; familiako, lagunarteko eta laneko funtzionamenduaren nahastea, eta gaitasun kognitiboen nahastea. Hasieran oroimena ukitua agertzen da, batez ere, gertaera berrien oroitzapenari dagokionez. Gero, dementzia aurrera doan heinean, ezagutza berrien eskurapena, arazoak ebazteko trebetasunak, mugimenduen kontrola eta emozioen kontrola ukituak gertatzen dira.

Nahaste neurokognitibo nagusiak edo arinak eragin ditzaketen gaixotasunak ugari dira: alzheimerra, Pick-en gaixotasuna, Lewyren gorputzen gaixotasuna, Huntington-en gaixotasuna, gaixotasun fronto-tenporala, garuneko zauri traumatikoak, gaixotasun baskularrak (infartuaren ondorioz sortuak), Giza Immuno Eskasiaren Birusak (GIB) sortutako gaixotasuna, Creutzfeldt-Jakob-en gaixotasuna, alkoholismo kronikoa, depresioa, parkinsona, prioien gaixotasuna, gaixotasun infekziosoak (meningitisa, sifilisa...), garun barneko tumoreak, bitamina-gabeziak, intoxikazioak, anoxia.

Aspalditik ezagutzen dira dementziak. Kristo jaio baino bostehun urte lehenago deskribatzen zen jadanik nahaste hau, nork bere ondasunak zaintzeko gaitasun gabezia moduan. Kristo aurreko I. eta II. mendeetan ere ageri da, Zelso, Galeno eta Lukrezioren idatzietan. Zizeronek *zorotasun*en sinonimo moduan, eta *oroimen-galera* moduan erabili zuen. Alois Alzheimerrek 1906an deskribatu zituen gaixotasun horrek emakume batengan eragindako aldaketa histopatologikoak.

Dementziak kausa organikoa izaten du, eta eskuratutako nahaste bat da. Dementzia mota batzuetan gaitasun mentalen urritze progresiboa gertatzen da, baina dementzia mota guztiak ez dira ezinbestez progresiboak eta itzulezinak.

Dementzia mota progresiboan fase hauek bereiz daitezke:

- Nahastearen hasieran erne eta errealitatearekin konektatua dago pazientea, baina gertaera hurbilak ahantzi egiten ditu. Gizarte-arloko eta lan-arloko jarduera konplexuak egiteari uzten dio pertsonak. Gabeziak agertzen ditu pentsamendu abstraktuan, trebetasun berriak eskuratzean, denborako eta espazioko orientazioan, funtzio exekutiboetan, portaeraren kontrolean, bulkaden kontrolean, arazoak ebaztean eta emozioak kontrolatzean.
- Gaixotasunak aurrera egin ahala, gero eta gehiago ukitzen ditu pertsonaren jokaera, ezaguera, oroimena eta hizkuntza; sarritan uzten ditu lanak amaitu gabe, ahaztu egiten baitzaio eginkizun bat eten ondoren berriro eginkizun horretara itzultzea. Dirua kudeatzeko edo janaria prestatzeko egin behar diren jarduera instrumentalak desagertu egiten dira.
- Azkenik, praxia eta trebetasun oinarrizkoenak (jantzi, ibili, esfinterrak kontrolatu…) galtzen ditu, eta nortasunaren aldaketak agertzen ditu pertsonak. Ondorioz, independentzia galtzen du, bizitza autonomorik ezin du eraman, beste pertsonen etengabeko laguntza eta gainbegiratzea eskatzen ditu.

Endekapenak ukitzen duen garun-eskualdearen arabera honela banatzen dira dementziak: dementzia kortikalak, subkortikalak eta globalak.

*Dementzia kortikal*etan edo garun-azaleko dementzietan garunaren kanpoko geruza edo garun-azala dago ukitua nagusiki, eta asoziazio-prozesuak hondatzen dira. Zentzumenen garun-azala ukitua dagoenean, haluzinazioak, agnosiak edo arreta-gabezia gertatzen dira. Mugimenduen garun-azala ukitua dagoenean, apraxiak gertatzen dira. Entorrino-geruza eta hipokanpo-geruza ukituak daudenean, amnesiak gertatzen dira. Garun-azal frontala edo prefrontala ukituak daudenean, portaera eta funtzio exekutiboak hondatzen dira. Garun-azal tenporala ukitua dagoenean, afasia gertatzen da. Garun-azaleko dementzia nagusiak alzheimerra eta dementzia fronto-tenporalak dira. Alzheimerren gaixotasunean garun-azal tenporo-parietala dago ukitua. Dementzia fronto-tenporaletan garun-azal tenporala eta frontala daude ukituak.

*Dementzia subkortikal*etan, edo garun-azalpeko dementzietan, garuneko neuronen nukleo grisak (nukleo ildaskatua, talamoa, garun enborreko eta zerebeloko nukleoak) eta garun-azalpeko substantzia zuria daude ukituak. Dementzia subkortikaletan, gabezia frontala ere gertatzen da eskuarki. Dementzia mota hauetan mugimendu-trebetasunen (abiadura, koordinazioa) endekapena, apatia eta bradipsikia gertatzen dira. Garun-azalpeko dementzien adibideak honako hauek dira: Parkinsonen gaixotasuna, Huntington gaixotasuna, dementzia baskularra, dementzia metabolikoak eta toxikoak, Lewyren gorputzen gaixotasuna edo Binswanger-en entzefalopatiagatiko dementzia.

Dementzia globalak: garun-azala eta garun-azalpeko eskualdeak ditu ukituak. Dementzia kortikal eta subkortikalen fase aurreratuetan gertatzen dira.

Sailkapen etiopatogenikoaren arabera, honela banatzen dira dementziak: lehen mailako dementziak edo endekapenezkoak, eta bigarren mailako dementziak.

- *Lehen mailako dementzi*etan edo endekapenezko dementzietan neuronen metabolismoan gabeziak gertatzen dira, proteina batzuk (beta amiloidea, tau proteina) pilatzen dira, eta sinapsiak edo neuronak galtzen edo kaltetzen dira. Alzheimer tipoko dementzia, Lewyren gorputzen dementzia eta dementzia fronto-tenporala dira ohikoenak.
- *Bigarren mailako dementzi*en sustraian, patologia sistemikoa edo garunaren barneko patologia dago. Neuronak galtzen dira edo gutxiegi funtzionatzen dute, traumengatik, nahaste baskularrengatik, infekzioengatik edo asaldu metabolikoengatik. Gaixotasun fisiko edo lesio baten ondorioz gertatzen dira, eta patologia itzulgarria izaten dute sarritan. Horien artean sartzen dira dementzia baskularra eta dementzia alkoholikoa.
- Badira *dementzia konbinatuak* edo etiologia anizkoitzeko dementziak ere. Adibidez, Alzheimerren gaixotasunaren tipoko nahaste kognitiboa eta garuneko gaixotasun baskularra konbinatzen dituena.

Epidemiologiari dagokionez, Europan 65 urtetik gorako pertsonen % 10ek dementzia motaren bat du (Sevilla, Corrales eta Ortiz, 2007). Etorkizunean maiztasun handiagoa izango dute dementziek, bizitza luzatzen ari delako.

Etiologia anizkoitzeko dementzia diagnostikatzeko irizpideak (DSM-IV-TR, 2000)

A. Ezagutza-gabezia anitz ditu, eta honela agertzen dira:

1. Oroimenaren endekapena (informazio berria ikasteko gaitasunaren endekapena edo aurrez ikasitako informazioa gogoratzeko gaitasunaren endekapena)
2. Ezagutzaren asaldu hauetako bat (edo gehiago):

   (a) Afasia (hizkuntzaren asaldua).

   (b) Apraxia (mugimen-jarduerak egiteko gaitasunaren endekapena, mugimenaren funtzioa ukitu gabe baldin badago ere).

   (c) Agnosia (objektuak ezagutu edo identifikatu ezina, zentzumenen funtzioa ukitu gabe badago ere).

   (d) Exekuzioaren asaldua (adibidez, planifikazioa, antolamendua, sekuentziazioa eta abstrakzioa).

B. A1 eta A2 irizpideetako ezagutza-gabeziek lan-jardueraren edo jarduera sozialaren endekapen esanguratsua eragiten dute, eta aurretiko jarduera asko mugatzen dute.

C. Asalduak etiologia bat baino gehiago dituela egiaztatzen da historiaren, azterketa fisikoaren edo laborategiko aurkikuntzen bidez (adibidez, garezurraren traumatismoa alkoholaren kontsumo kronikoarekin batera, alzheimer tipoko dementzia eta ondoren datorren dementzia baskularraren garapena).

D. Gabeziak ez dira agertzen delirium baten buruan bakarrik.

9.3. NAHASTE NEUROKOGNITIBO MOTAK

Arlo kognitibo batean edo gehiagotan murrizketa kognitiboa gertatzen zaiolako kezkatua dago pertsona, eta espero zituen baino emaitza okerragoak ematen ditu. Garrantzitsua da gaitasunak galtzeari buruzko kezka subjektiboa kontuan hartzea. Izan ere, gaitasun oso handiko pertsona batek emaitza nahiko onak eman ditzake, nahastearen eragina jasan arren; emaitza horien aurrean, pertsonak berak edo pertsona ezagutzen duen batek esan dezake gaixotasuna hasitakoan lortutako emaitzak aurretikoak baino nabarmenki okerragoak izan direla, nahiz eta nahasterik ez duen beste pertsona batenak bezain onak izan.

DSM-5en (2013) arabera, ataza kognitiboak burutzea gehiago kostatzen zaio edo ataza horiek egiteko denbora gehiago behar du nahaste neurokognitibo arina duenak. Nahaste neurokognitibo larria duenak, berriz, besteen laguntza behar du ataza horiek burutzeko. Nahaste neurokognitibo arina duenaren arazoak ez ditu norberak edo familiak ezagutzen. Nahaste neurokognitibo larria duena normaren azpitik bi desbideratze tipikora (3 pertzentil edo beherago) edo gehiagora gelditzen da. Nahaste neurokognitibo arina 1-2 desbideratze tipikoren artean kokatzen da (3 eta 16 pertzentilen artean).

Nahaste neurokognitibo larria duenak arazoak ditu eguneroko lanean eta harremanetan autonomoki funtzionatzeko; lehen berak bakarrik egin zitzakeen atazak egiteko laguntza behar du orain. Aldiz, nahaste neurokognitibo arina duenak interferentzia eta arazotxoak izango ditu funtzio horiek betetzeko, edo ahalegin handiagoa egin beharko du horretarako.

DSM-5en arabera, arbitrarioa da nahaste neurokognitibo arinaren eta larriaren arteko bereizketa. Horregatik, guk nahaste neurokognitibo larriak bakarrik deskribatuko ditugu; osterantzean, pertsona normalak patologizatzeko arriskua egon baitaiteke.

9.3.1. Alzheimerren gaixotasunak eragindako nahaste neurokognitiboa

9.3.1.1. Sarrera

Alzheimer dementzia Alois Alzheimerrek deskribatu zuen lehenengo aldiz 1906an; 51 urteko emakume batek zuen «garun-azaleko gaixotasun bitxia» deskribatu zuen, zahartzaroko dementzia atipiko moduan.

Alzheimerra garunaren endekapenezko dementzia primario bat da, ezagutza gabezia ugari dituena: pilatutako informazioa berreskuratzeko eta informazio berria eskuratzeko zailtasunak, afasia, agnosia, funtzio exekutiboen asaldua. Zailtasun horiek poliki-poliki hasten dira, eta gero eta nabariagoa den ezintasuna eragiten dute. Bi edo hiru urteko eboluzio azkarra edo urte gehiagoko bilakaera geldoagoa izan dezake nahaste neurokognitibo honek.

Alzheimerren gaixotasuna da gure zibilizazioaren osasun-arazorik gordinenetakoa. Dementzia dutenen erdiek, gutxi gorabehera, alzheimer motako dementzia dute. Osasunaren arloan egin diren aurrerapenei esker, bizi-itxaropenak gora egin du, eta pertsona zaharren kopurua ugaldu egin da. Pertsona zaharrak ugaritu diren neurrian, zahartzaroarekin lotutako gaixotasunek, hala nola alzheimerrak, gora egin dute.

9.3.1.2. Deskribapena

Gaixotasunaren hasierako aztarnak honako hauek izan daitezke: oroimen-galera, jarduera ezagunak egiteko zailtasunak, hizkuntza-arazoak, espazioan eta

denboran orientatzeko gaitasunik eza, gauzak galtzeko edo tokiz kanpo uzteko joera, pentsamendu abstrakturako arazoak, ekimenaren galera, eta umore-, portaera- edo nortasun-aldaketak.

Alzheimerrak arlo hauek ukitzen ditu:

1. Arlo kognitiboa:
   - Oroimen-galera: lehen sintomak oroimen hurbilaren galeraz hasten dira: hitzorduak, lagunen izenak, telefono-zenbakiak edo gertaera berriak ahantzi egiten ditu. Gaixotasuna aurrera doan neurrian, gertaera berriak ez ezik, iraganekoak ere ahantzi egiten ditu, baina emozioen oroimena gorde egiten du. Beraz, oroimenaren galera pixkakana-pixkanaka gertatzen da.
   - Nahaste hauetako bat edo gehiago: afasia, apraxia, agnosia; funtzio exekutiboen aldaketa; oroitzeko, pentsatzeko, orientatzeko, kalkuluak egiteko edo ikasteko gaitasunaren galera. Hasieran, oroimen-galera bakarrik agertzen da. Geroago, zurruntasuna, apatia, aldaketa kognitibo sakonak, desorientazioa eta inkontinentzia ere agertzen dira.
   - Hizkuntzaren galera: hitz jakinak aurkitzeko zailtasunak ditu, zerikusirik ez duten ideiak nahasi egiten ditu, ideiak modu automatizatuan errepikatzen ditu, hitzak edo hitzen zatiak errepikatu egiten ditu eta gutxiago hitz egiten du. Gaixotasuna aurrera doan neurrian, esaldiak ez ditu amaitzen, entzundako edo irakurritako hitzen esanahia ez du ulertzen (sentipenezko afasia), esan nahi duena hitzez adierazteko gaitasunik ez du (afasia mugikorra).
2. Nortasunaren eta portaeraren arloa: pertsonaren portaeran, aldartean, nortasunean eta emozioetan (barne-herstura, depresioa, asaldua…) aldaketa sakonak eta azalpenik gabeak gertatzen dira. Adibidez, alzheimerra duten pertsonen % 30ek izaten du depresioa (Strauss & Ogrocki, 1996).

   Hainbat egoeraren aurrean modu ez-koherentean jokatzen du. Nahiko arruntak dira jokaerako nahasteak: bortxa, mehatxua eta jokaera konpultsiboa. Inguruko gertaeren kontrola galdu duela ohartzean, umore txarra eta barne-herstura agertzen ditu. Loaldiaren eta esnaldiaren erritmoak aldatuak ditu. Denboraren eta espazioaren koordenatuak galduak dituenez, gutxiago irteten da kalera, eta ez da elkartzen lagunekin. Alzheimerren gaixotasuna duten askok psikosia nozitzen dute: erasokortasuna, susmoak, paranoia, eldarnioak, haluzinazioak, alderrai ibiltzea.
3. Arlo funtzionala: gabezia kognitiboen galeraren ondorioz, gizarteko edo laneko funtzionamenduaren galera handia dator: garunaren endekatzeak gaixoaren eguneroko jardueretan eragiten du. Borondatezko mugimendu edo ekintzak egiteko gaitasuna galtzen du. Adibidez, azpiko jantziak

gainekoaren gainetik janzten ditu. Gaixotasunaren hasieran, gai da bakarrik jateko, bere kabuz janzteko, galdu gabe ibiltzeko. Baina, gaixotasuna aurrera doan heinean, botoiak gaizki lotzen ditu, oreka galtzen du, mugimendu makalagoak egiten ditu eta erraz erortzen da. Sintoma horiek guztiek eragina dute pertsonaren lan- eta gizarte-arloan.

4. Arlo neurologikoa: garunaren atrofia eta neuronen galera gertatzen da, honako lesio hauekin lotuta: endekapen neurofibrilarra (haril neurofibrilarrak), plaka neuritikoak eta endekapen granulobakuolarra. Ia oraintsu arte, garunaren endekapen hori ezin egiazta zitekeen pertsona hil arte. Izan ere, alzheimerraren behin betiko diagnostikoa autopsiaren ondoren bakarrik egiten zen, patologia hori paziente bizidunengan ere diagnostika bazitekeen ere, kasuen % 75-90ean.

9.3.1.3. Garapena

Alzheimerren gaixotasuna duen pazientearen endekatze-prozesuan hiru fase bereiz litezke:

1. fasea: sintoma arinak ditu, eta 2-4 urte iraun dezake.

Arlo kognitiboa: hitzorduak eta pertsona ezagunen izenak ahantzi egiten ditu. Izenak eta tokiak nahasi egiten ditu. Oroimen topografikoa galdua du. Ez da orientatzen denboran eta espazioan. Kontzentrazioa ezin du gorde.

Espazioaren pertzepzioa murriztua du, eta kontzentrazio-gaitasuna galdua eta pentsamendu abstrakturako gaitasuna hondatua ditu.

Hizkuntzaren arloan hitz zehatzak aurkitzeko arazoak ditu, baina ongi komunikatzen da.

Arlo psikologikoan eta portaeraren arloan honako aldaketa hauek jasaten ditu: bat-bateko aldarte-aldaketak, haserrealdiak, barne-herstura, depresioa, bakardaderako joera, helbururik gabeko hiperaktibitatea, espontaneotasunik eza, emozioen erantzun motela, jokaera pasiboa eta ekimenik gabea. Bere baitan bildua eta herabea ageri da. Nahaste afektiboak eta emozio ezegonkorrak agertzen ditu: euforia eta distimiaren artean kulunkan dabil; berehala iragaten da irribarretik negarrera, erreakzio katastrofista batez. Haserrekor, apatiko, anergiko, trakets, zurrun, erasokor bihurtzen da pertsona. Familian eta gizartean moldatzeko arazoak ditu. Gero eta gutxiago arduratzen da besteez: gero eta gehiago aldentzen da seme-alabetatik, bilobetatik eta beste senitartekoetatik. Hala ere, bakarrik janzten da eta ongi jaten du.

Arlo funtzionala: lanera joaten da, baina eguneroko jardueretarako interesa galdua du. Ahalegin handiegia egin behar izaten du gauza errazetarako. Lo hartzeko zailtasunak izaten hasten da.

2. fasea: gaitasun fisikoak eta mentalak gehiago ahultzen dira. Fase horrek 3 urtetik 10 urtera iraun dezake. Jarduera askotarako laguntza behar du.

Arlo kognitiboa: gertaera hurbilak ahantzi egiten ditu; ez du gogoratzen zer jan duen; izenak eta tokiak nahasi egiten ditu, lagunak ezagutzeko zailtasunak ditu. Aspaldiko gertaerez oroitzen da, nahiz eta oroimena pixka bat higatua duen. Finkatze-oroimena ukitua du. Zenbakiak txikienetik handienera eta alderantziz esateko gaitasuna galtzen du. Pentsamendu abstrakturako, kalkulu mentalerako, kontzentratzeko gaitasuna galdua du. Espazioan eta denboran erabat desorientatuta dago. Ikusmenaren eta gaitasun espazialen nahasteak: perspektiban dagoen marrazkia kopiatzeko zailtasunak ditu. Espazio objektibo eta euklidearraren kontrola aldatua du.

Komunikatzeko gaitasuna ere galdu egiten du: astiroago hitz egiten du, esaldiak behin eta berriro errepikatzen ditu, hiztegi txiroa darabil, galderei makalki erantzuten die, itzulinguruak edo zirkunlokioak etengabe erabiliz hitz egiten du.

Nortasunaren eta portaeraren arloa: depresioaz gainera, haluzinazioak, paranoia eta jokaera erasokorrak ditu. Ideia berriak onartzeko zailtasunak ditu. Gorputz-irudiaren nahasteak agertzen ditu. Zailtasunak ditu keinuak imitatzeko, objektuak erabiltzeko, ukimenez objektuak ezagutzeko, eskuina eta ezkerra bereizteko edo mina non sentitzen duen adierazteko. Hizkuntzaren, portaeraren eta ezagutzaren aldaketa bateratua da, edo sindrome «afaso-apraxo-agnostikoa» agertzen du. Hizkuntza ulertzeko eta hizkuntza bidez ideiak adierazteko gaitasuna galdua du. Eldarnio psikotikoak (jazarpen-eldarnioak), ideia paranoideak eta portaera erasokorrak agertzen ditu.

Ingurukoen jokaeren edo iruzkinen aurrean, neurrigabeko erreakzio emozionalak agertzen ditu, besteen mendeko izateak haserretu egiten du, mesfidantza eta etsaitasuna agertzen ditu, motiborik gabeko beldurrak agertzen ditu, gauez jaiki eta ingurukoak aztoratu egiten ditu.

Arlo funtzionala: eguneroko bizitzan gero eta nahasiago dago. Ez da gai janzteko eta janari edo jarduera egokiak aukeratzeko. Esfinterren kontrola galdu egiten du. Zehaztasunik gabeko mugimenduak egiten ditu. Oreka galdu eta sarri erortzen da. Giharrak ahulduak ditu, giharren tonua altua, urratsen luzera laburtua, jarrera ezegonkorra eta besoen mugimenduak makalduak. Laguntza behar du komunera joateko, botoiak lotzeko eta abarretarako.

3. fasea: iraupen aldakorra izaten du fase honek, gaixotasunaren larritasunaren, prebentzioaren, tratamenduaren eta zainketaren arabera. Ohetik ez da jaikitzen, esfinterrak ez ditu kontrolatzean, etengabeko zainketa behar du. Heriotzarekin amaitzen da.

Arlo kognitiboa: hurbileko eta urruneko gertaerez ez da oroitzen. Emozioez bakarrik oroitzen da. Senitartekoak ez ditu ezagutzen, baina konturatzen da nork

zaintzen duen. Bere burua ez du ezagutzen. Komunikatzeko gaitasuna galdua du: zentzurik gabe zizakatzen eta errepikatzen ditu hitzak; hitz gutxi batzuk bakarrik erabiltzen ditu zuzen; esaten zaionari ez dio erantzuten; mutu gelditzen da, komunikatu ezinez; arazo larriak ditu irakurtzeko eta idazteko.

Nortasun- eta portaera-aldaketak: ezaugarri neurologikoak gero eta larriagoak dira: hezur eta zuntzetako erreflexuen aldaketa, keinuen estereotipiak, aho inguruko erreflexuen gehiegikeria. Deprimitua, sentikortasun emozionalik gabe eta geldotua sentitzen da. Ispiluan ez du bere burua ezagutzen. Dardara, miokloniak, hemiparesiak eta ibileraren aldaketak ditu. Dena ukitu beharra dauka.

Ustekabeko umore-aldaketak agertzen ditu: negarra, barrea, garrasia... Portaera depresiboa du. Keinu eta mugimenduak ez ditu kontrolatzen. Egoerak ez ditu ulertzen, eta haiei ez die koherenteki erantzuten. Ez daki jaikitzen, esertzen, ibiltzen. Esfinterrak ez ditu kontrolatzen. Irenstea kostatzen zaio. Batzuetan azkarregi irensten du, eta besteetan irentsi ezina agertzen du. Nortasunaren egitura eta goi-mailako funtzio psikikoak galduak ditu. Ez da gai bere burua eta besteak ezagutzeko.

Arlo funtzionala: eguneroko jarduerak ezin izaten ditu egin. Ohean egoten da gehienetan. Gauez esna egoten da. Geldi egoteagatik, zauriak agertzen zaizkio. Enkopresia eta enuresia arruntak dira.

Azken fase honetan, oinarrizko jokaeren borondatezko kontrola galtzen du. Ohean fetuaren jarrera hartzen du, eta mutu eta geldi egoten da. Inguruko senitartekoengan ere nortasunaren nahasteak agertzen dira: neurosiak, loaren nahasteak, buruko minak, nahaste psikosomatikoak.

Barry Reisberg-en taldeak (Reisberg, Ferris, de Leon eta Crook, 1982) Alzheimerren gaixotasunaren faseak gizakiaren garapenaren fase funtzionalekin alderatu zituen: alzheimer arinaren fasea 8-12 urteko haurraren garapen-mailarekin parekatu zuen; alzheimer moderatuaren fasea, 5-7 urteko haurraren garapen-mailarekin; alzheimer larriarena, berriz, 2-4 urteko haurraren garapen-mailarekin; eta alzheimer oso larria, jaiotzetik 15 hilabetera bitarteko haurraren garapenarekin.

9.3.1.4. Epidemiologia

Dementzia duten pertsonen % 60-70 inguruk alzheimer motako gaixotasuna du. 2000. urtean, 8.000.000 inguru ziren Europan, eta 400.000 inguru Espainian gaixotasun hau zutenak. Alzheimerren gaixotasuna 40 edo 50 urtekoen artean ager litekeen arren, maiztasun handiena 60 eta 70 urtekoen artean du. 60 urte baino lehen agertzen denean, zahartzaro aurreko dementzia deitzen zaio. 60 urte baino gutxiagokoen artean % 1eko maiztasuna du alzheimerrak; 80 urtetik gorakoen % 30ek Alzheimerren gaixotasuna du. Oro har, esan daiteke 85 urtetik gorakoen artean asko ugaritzen dela gaixotasun hau, eta populazioaren laurdenak baino gehiagok jasaten duela. Heziketa formalaren maila altua dutenen artean

Alzheimerren gaixotasunaren kasu gutxiago ikusten da, heziketa-maila baxua dutenen artean baino. Mendebaldekoek japoniarrek baino arrisku gehiago dute, eta lurralde industrializatuek industrializatu gabeek baino gehiago (Malaspina, Alimonti eta Poloni, 2002).

Osasun-arloko arazo nagusietako bat bihurtzen ari da Alzheimerren gaixotasuna; minbiziaren eta gaixotasun kardiobaskularren ondoren, heriotza gehien eragiten duena da. Zahartzearekin ezinbestean loturik ez badago ere, adinean aurrera egitea arrisku-faktore garrantzitsua da. Izan ere, 80 urteko pertsona baten garunak bere jatorrizko pisuaren % 15 galdua du. Gaixotasun honek izugarrizko gastuak sortzen ditu, eta horrek kezkaturik dauzka osasun-arloko agintariak. Alzheimerra duen gaixo bat asko kostatzen da: dementzia arina duen gaixoa 14.000 euro inguru kostatzen bada urteko, dementzia larria duenaren kostua 24.000-30.000 eurora hel liteke. Osasun-arazo eta arazo ekonomiko horri aurre egiteko, denbora gutxian biderkatu egin dira gaixotasun honi buruzko ikerketak.

9.3.1.5. Etiologia

Hipotesi genetikoen arabera, plaka neuritikoetako eta haril neurofibrilarretako proteinak sintetizatzeko agindua hainbat kromosomatan (21, 19, 14) kokaturiko geneetatik dator. Kromosoma horietako gene batzuetan mutazioak gertatzen dira. Mutazio horien ondorioz, proteina anormalak ekoizten dira. Alzheimer berantiarrari dagokionez, 19. kromosoman dago E apolipoproteina ekoizten duen genea. Gene horren aleloetako batzuk alzheimerraren sorrerarekin lotuak daude. Dena dela, herentziazko alzheimer horrek kasuen kopuru txiki bat bakarrik azaltzen du. Alzheimer esporadikoa (kausa genetikoak eta inguruneko kausak dituena) duten gaixoen % 40-50ek aitarengandik eta amarengandik hartzen du gene hori, baina faktore genetikoek bakarrik ez dute baldintzatzen gaixotasunaren agerpena.

Alzheimerren gaixotasunean garunaren zahartze goiztiarra eta neuronen endekatze neurofibrilarra gertatzen dira. Garuneko ehunaren azterketa mikroskopiko sakona egin behar da Alzheimerren gaixotasuna diagnostikatzeko: neurona kopurua bakandua dute garuneko hainbat eskualdetan; endekapen neurofibrilarra, plaka neuritikoak eta eraketa granulo-bakuolarrak dituzte. B-*Amyloide Precursor Protein* (APP) izeneko proteina modu anormalean prozesatzen da Alzheimerren gaixotasunean, eta, ondorioz, A4 edo Betaamiloide izeneko polipeptidoa pilatzen da garunean.

Plaka neuritikoak endekaturiko neuronen axoi- eta dendrita-hondakinez osatzen dira, eta disolbagarria ez den proteina batekin (beta-amiloidearekin) amalgamatuak daude. Proteina beta-amiloidea neurotoxikoa da, eta zelulen heriotza eragiten du.

Haril neurofibrilarrak (NFT: *Neurofibrilary Tangles*), berriz, neuronaren barneko harizpi anormalen sareak dira, zitoplasmaren haustura agertzen dutenak;

neuronaren heriotzarekin eta dementziaren larritasunarekin estuki korrelazionatzen dira; haril horiek *tau* proteinaz eginak daude, eta garunean amiloide gehiegi dagoenean agertzen dira.

Haril eta plaka horiek nahaste kognitiboak eragiten dituzte. Tau eta beta-amilode proteinak hipokanpoan pilatzen dira, hango neuronak hondatzen dira eta oroimena kaltetua gertatzen da. Plaka neuritiko edo senilak eta haril neurofibrilarrak ugaritzean, azetilkolina gutxitzen da, eta horrek oroimenean ondorio kaltegarriak ditu, hipokanpoko neuronak desegiten dituelako. Garunaren eskualde batzuetan kolinazetiltransferasa gutxitzen da, neurona kolinergikoak gutxitzen dira, eta ondorioz azetilkolinaren kontzentrazioa jaisten da.

Erresonantzia magnetikoen irudien arabera, Alzheimerren gaixotasunean garuna atrofiatua agertzen da, bentrikuluen eta garun-azaleko ildoen handitzeak adierazten duen moduan. Garun-azaleko atrofia lehenik entorrino-azalean eta hipokanpoan agertzen da; gero, lobulu frontalean, parietalean eta tenporalean. Bentrikuluak handitu egiten dira.

Hipotesi toxikoaren arabera, aluminioa (Candy *et al.,* 1986) eta silizioa barneratzeak eragina izan dezake alzheimerraren sorreran. Alzheimerren gaixotasunaren eta tabakoa erretzearen artean korrelazio negatiboa dagoela dioten ikerketak ere egin dira (Brenner *et al.,* 1993), baina beharbada tabakoak azkartu egingo du alzheimerraren endekatze-prozesua, eta, ondorioz, tabakoa erretzen dutenak lehenago hilko dira erretzen ez dutenak baino.

Hipotesi infekziosoaren arabera, bizitzan zehar inkubatuz joan diren eta nerbio-sistemarentzat toxikoak liratekeen birusen infekzioa egongo litzateke gaixotasunaren oinarrian. Alzheimerraren antzekoa den Creutzfeldt-Jakob-en gaixotasunarekin ere horrelako zerbait gertatzen da.

Garun-azaleko eta sistema linbikoko neuronen pixkanakako endekatzea oroimen-galera hutsez agertzen da hasieran, eta, gerora, nortasunaren aldaketa sakonagoak eragiten ditu.

Alzheimerren gaixotasunak ez du izan behar beste gaixotasun baten ondorioa. Parkinsonen gaixotasunak, Huntington-en gaixotasunak, hidrozefaliak eta gaixotasun zerebrobaskularrak eragindako dementziak ez dira Alzheimerren gaixotasuntzat hartuko. Hiperkaltzemiak, hipotiroidismoak, azido folikoaren gabeziak, immunoeskasiaren birusaren infekzioak eta neurosifiliak sortutako dementziak ere ez dira Alzheimerren gaixotasuntzat hartuko. Alzheimerra ez da apoplexia batengatik gertatzen, nahiz eta, batzuetan, alzheimerra eta odolbideetako gaixotasunagatiko dementzia batera agertu. Alzheimerrak sortutako dementzia ez da substantzia toxikoek sortua ere.

Oinarri genetikoari dagokionez, Alzheimerren gaixotasuna garatzeko arriskua handiagoa dute gaixotasun hori dutenen lehen mailako senitartekoek (Silverman *et al.,* 1994). Biki monozigotikoek gaixotasun horrekiko adostasun handiagoa dute biki dizigotikoek baino (Bergen, Engedal eta Kringlen, 1997). Alzheimerdun lehen mailako senitartekoa duenak probabilitate gehiago ditu berak ere alzheimerra izateko. Emakumeek probabilitate handiagoa dute alzheimerra garatzeko, besteak beste, luzaroago bizi izaten direlako. Baina, horrek ez du dena azaltzen. Menopausiaren ondoren estrogenoak hartzen dituztenek alzheimer gutxiago jasaten dute.

Harremana egon liteke Down sindromearen eta alzheimerraren artean. Down gaixotasuna duten 40 urte baino gehiagoko pertsonek ere plaka amiloideak dituzte, alzheimerra dutenek bezala.

Depresio iraunkorra edukitzea arrisku-faktore da alzheimer tipoko dementzia jasateko (Wilson *et al.,* 2002). Depresioa dutenek oso erraz garatzen dute alzheimerra (Alexopoulos, Young eta Meyers, 1993). Oroimen-galeragatik kontsultara etortzen denari, sintoma depresiboak detektatzeko probak ere egin behar zaizkio.

Jarduera kognitiboa eta alzheimerraren maiztasuna lotzen dituzten ikerketak ere badira. Horrela, heziketa formal apalena dutenek probabilitate handiagoa dute dementzia garatzeko (Stern *et al.,* 1994). Badirudi baliabide mental gutxiago dituztela endekapen kognitiboari aurre egiteko. Mojekin egindako ikerketa baten arabera (boto erlijiosoak egin baino lehen idatzitako autobiografia bat kontuan hartuta), alzheimerrarekin hil zirenen % 90ek hizkuntza-trebetasun txikia zuen; hil ez zirenen % 13k bakarrik zuen hizkuntza-trebetasun txikia.

9.3.1.6. Diagnostiko diferentziala

Inolako gaixotasun espezifikorik ez duten zahar osasuntsuek ere izaten dituzte oroimen-arazoak, pentsamenduaren abiadurako arazoak eta funtzio exekutiboetako arazoak (Hof eta Morrison, 2004). Pertsona zaharretan ohikoa da izenak edo zenbakiak ahanztea, objektuak ez aurkitzea edo informazio berria gogoan ez hartzea. Zaharren errendimendua ez da gazteena bezain ona lan-munduan.

Narriadura kognitibo arina dutenek ez dute dementziarik, baina barne-herstura eta depresioa izaten dute eskuarki. Bizitzako oinarrizko jarduerak eta jarduera instrumentalak ongi egiten dituzte, baina eginkizun kognitiboetan eta funtzio exekutiboetan arazoak dituzte.

Pertsona zaharretan bereizi egin behar dira dementziaren sintomak eta depresioaren sintomak. Izan ere, depresiboak baditu oroimen hurbileko eta urruneko nahasteak, baina ezagutzaren disfuntzioa baino lehen agertzen dira sintoma depresiboak; alzheimerrak eragindako dementzian, berriz, ezagutzaren nahasteen ondoren gertatzen dira sintoma depresiboak. Dementzia duenak oroitzapen-galderen aurrean erantzun okerrak emango ditu; aldiz, depresioa dutenek erantzuna ez

dakitela esango dute. Dementzia duenak gertaera berrien oroitzapenean ditu arazoak; depresiboak, berriz, gertaera berrien eta zaharren oroitzapenean ditu arazoak. Depresioan gauzak hobeto gogoratzen dira arrastoak ematen badira; dementzian, berriz, oroitzapena ez da hobetzen arrastoak eman arren. Nolanahi ere, depresioa eta dementzia batera ager daitezke: dementzia dutenen erdiek depresioa dute.

Ebaluazio neuropsikologikoa egiteko, lehenik elkarrizketa klinikoa egiten zaie pazienteari eta hura ondo ezagutzen duen senitartekoari. Ondoren, «Blessed-en dementzia-eskala» (*Blessed Dementia Rating Scale*; Blessed, Tomlinson eta Roth, 1968) edo antzekoren bat aplikatzen zaio. Azkenik, dementziaren proba espezifikoak egiten dira.

Alzheimerren gaixotasunaren diagnostikoa egiteko DSM-IV-TRko irizpideak	**Alzheimerren gaixotasunak eragindako nahaste neurokognitibo larria (DSM-5)**
A. Ezagutza-gabezia anitz ditu, eta honela agertzen dira: A1. Oroimenaren endekapena (informazio berria ikasteko gaitasunaren endekapena edo aurrez ikasitako informazioa gogoratzeko gaitasunaren endekapena) A2. Ezagutzaren asaldu hauetako bat (edo gehiago): (a) Afasia (hizkuntzaren asaldua). (b) Apraxia (mugimen jarduerak egiteko gaitasunaren endekapena, mugimena ukitu gabe badago ere). (c) Agnosia (objektuak ezagutu edo identifikatu ezina, zentzumenen funtzioa ukitu gabe badago ere). (d) Funtzio exekutiboen asaldua (adibidez, planifikazioa, antolamendua, sekuentziazioa eta abstrakzioa). B. A1 eta A2 irizpideetako ezagutza gabeziek lan-jardueraren edo jarduera sozialaren endekapen esanguratsua eragiten du, eta aurretiko jarduera asko mugatzen du.	A. Poliki-poliki konturatu gabe eta mailakaturik kaltetzen ditu bi arlo kognitibo edo gehiago. B. Alzheimerren gaixotasuna probablea izango da, irizpide hauetakoren bat betetzen bada. Betetzen ez bada, gaixotasuna posible izango da. 1. Familiaren historiak edo test genetikoak agerian utzi behar du Alzheimerren gaixotasunaren mutazio genetikoa. 2. Hiru hauek gertatzen dira: a. Oroimenean eta ikaskuntzan eta gutxienez beste arlo kognitibo batean makalaldi nabaria (historia xehatuan edo serieko test neuropsikologikoetan oinarritua). b. Aurrerapen konstantea, kognizioen arloko jaitsiera mailakatua, lautada luzerik gabea.

C. Gaixotasuna poliki-poliki agertzen da, eta endekapen kognitibo jarraitua eragiten du. D. A.1 eta A.2ko gabeziak ez dira gertatzen arrazoi hauengatik: D.1 Nerbio-sistema zentraleko beste nahaste batzuk, oroimenaren eta beste funtzio kognitibo batzuen endekapen progresiboa eragin dezaketenak (adibidez, garuneko gaixotasun baskularra, Parkinsonen gaixotasuna, Huntington-en gaixotasuna, hematoma subdurala, presio normaleko hidrozefalia, garuneko tumorea). D.2 Dementzia eragin dezaketen nahaste sistemikoak (adibidez, hipotiroidismoa, B12 bitaminaren gabezia, azido folikoa, niazina, hiperkaltzemia, neurosifilisa, HIESa). D.3 Intoxikazioak E. Gabeziak ez dira agertzen nahasmenduzko sindrome akutu baten buruan bakarrik. F. Nahastea ez da gertatzen agerpen horiek eragiten dituen asaldu psikiatriko batengatik, adibidez, depresio nagusi edo eskizofrenia batengatik. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition. Washington DC, 1994.	c. Etiologia nahasirik ez da ageri (beste gaixotasun endekatzailerik edo garuneko odolbideen gaixotasunik edo gaixotasun sistemikorik edo murrizketa kognitiboa eragingo duen beste baldintzarik ez). Nahastea ez du hobeto azaltzen gaixotasun zerebrobaskular batek, neuronak endekatzen dituen beste gaixotasun batek, substantzia baten efektuek, edo beste nahaste mental, neurologiko edo sistemiko batek. Oharra: DSM-5ek nahaste neurokognitibo larria eta nahaste neurokognitibo arina diagnostikatzeko irizpideak ezarri ditu. Guk nahaste neurokognitibo larriaren irizpideak ekarri ditugu hona.

9.3.1.7. Tratamendua

Alzheimerren gaixotasuneko neuronen endekapenak aldaketak eragiten ditu sistema kolinergikoan, adrenergikoan eta serotoninergikoan; aldaketa handiena sistema kolinergikoan gertatzen da. Ondorioz, Alzheimerren gaixotasuna dutenek azetilkolina gutxiago dute. Hori dela-eta, tratamendu biologikoan, garuneko

azetilkolina-maila gehitzen duten sendagaiak ematen dira: azetilkolinaren maila jaisten duen azetilkolinesterasaren ekoizpena inhibitzen duten sendagaiak erabiltzen dira, hots, azetilkolinesterasaren inhibitzaile diren drogak.

Bestalde, estrogenoak erabiltzen dira emakumeetan ahanztura, arreta-falta eta alzheimerra garatzeko arriskua gutxitzeko (Kawas *et al.,* 1997).

9.3.1.7.1. Alzheimerren gaixotasunaren tratamendu psikologikoa

Gaixotasun honetako nahaste psikologikoen tratamendua konplexua eta zaila da. Pazienteari lagundu egin behar zaio, haren autonomia-maila kontuan hartuta. Lanak eginarazi behar zaizkio, baina gehiegi eskatu gabe. Pazientearen duintasuna zaindu egin behar da, eta, horretarako, haren ingurunea modu samurrean, egonkorrean eta ziurrean egokitu behar da.

Alzheimerren gaixotasuna duen pertsonarekin maitekorra izan behar da; haren emozio eta sentimenduetatik hurbil egon. Gaixoaren ohiturak, premiak, erritmoa eta gustuak kontuan hartu behar dira. Gaixoarekin ulerkorrak eta haren komunikazio-premien aurrean sentiberak izan behar dute terapeutek. Gaixoaren segurtasuna zaindu behar dute.

Dementzia dutenen sintoma nagusia gertaerez ahanztea da. Gaixotasunaren hasieran, oroimenari laguntzeko marrazkiak, kartelak, senitartekoen argazki izendunak eta antzekoak erabiliko dira. Gaixotasuna aurrera doan heinean, iragana eta oraina nahasi egiten ditu, eta jadanik hilda daudenek ere oraindik bizirik jarraitzen dutela pentsa dezake. Gauzak edonon uzten ditu, eta ahantzi egiten zaio non utzi dituen. Sarritan ez da konturatu ere egiten oroimena galdua duela. Horregatik, gaixoaren lagunei eta auzokoei haren oroimen-galeraren berri eman behar zaie. Gaixoaren oroimen hurbilaz ez da fidatu behar. Betaurrekoak, giltzak, jantziak... beti toki berean uzteko leku bat eduki behar da. Ordena zaindu behar da. Dirua, bitxiak, botikak, produktu arriskutsuak, aiztoak eta armak giltzaz itxitako armairuetan eduki behar dira. Gaixoa ez da bakarrik utzi behar, gasaren giltza itxi behar da, eta kontu handia izan behar da leihoekin, putzuekin, igerilekuekin, trenbideekin edo autobideekin. Komeni da begiratzea zer bota duen zakarrontzira.

Alzheimerra dutenak sarritan ibiltzen dira alderrai, batetik bestera: beldurragatik, tokia ezezaguna delako, ingurunearen aldaketagatik. Neurri hauek erabil daitezke orientazio-teknika gisa: txartelak eraman, izen, helbide, telefono eta argibideekin; dominak edo eskumuturrekoak eraman identifikazio-datuekin; toki ezezagunetara ez joan; etxez ez aldatu; gaixoa gauza ezagunez inguratu.

Alzheimerra duten pertsonek sarri izaten dituzte eldarnioak. Errealitateari buruzko ondorio okerretan oinarritutako uste okerrak dira eldarnioak: lapurreta egin zaiela uste izatea, norberarena ez den etxe batean daudela uste izatea, telebistan agertzen direnak etxean sartu direla uste izatea, familiakoek pozoitu egin nahi

dutela uste izatea (uste horiek errealitatean inolako oinarririk ez dutenean)… Halako eldarnioak alzheimerraren erdiko fasean edo fase aurreratuan agertzen dira eskuarki. Eldarnioak dituzten gaixoek sarriagotan izaten dituzte barne-herstura, beldurra, erasokortasun eta jokaerako nahasteak. Eldarnioaren ondorioz larri badaude, lasaitu eta distraitu egin behar dira. Eldarnioak larriak direnean, sendagaiekin (neuroleptikoekin) trata daitezke.

Haluzinazioak benetako kinadarik gabe gertatzen diren sentipenezko inpresioak edo pertzepzio-inpresioak dira: errealitatean gertatzen ez diren gertaerak ikusi, entzun, dastatu, ukitu edo usaintzen dira. Patxadaz jokatu behar da Alzheimerren gaixotasuna dutenen haluzinazioei aurre egitean. Ez zaie kontra egin behar. Pazienteak distraitu egin behar dira, haluzinazioa ahantz dezaten. Ukipen fisikoek lagundu diezaiekete lasaitzen.

Inguruan gertatzen denaren interpretazio okerrek eta inguruko pertsonak edo gauzak ezagutzeko gaitasuna galtzeak (agnosiak) ondorio txarrak ekar diezazkioke gaixoari. Gaitasunak galtzen ari dela eta gaixotasun larri bat duela ikusten duenean, depresioa agertzen da sarritan. Depresioa ager daiteke garun-lesioek afektibitatearekin zerikusia duten eskualdeak ukitzen dituztenean. Alzheimerra duten paziente guztiek ez dute depresioa izaten, baina alzheimerrik ez dutenek (% 15) baino gehiagotan pairatzen dute (% 30-50). Depresioa dutenei maitasuna, segurtasuna eta laguntza eman behar zaizkie.

Alzheimerra duten gaixoek bat-batean aldatu ohi dituzte emozioak eta sentimenduak: berehala igarotzen dira depresiotik edo barne-hersturatik alaitasunera edo euforiara. Erasokortasuna, haserrea eta erreakzio katastrofistak sarri agertzen dituzte: kolpeak eman, iraindu, janaria bota. Erreakzio katastrofista horiek nahaste pertzeptiboen, eldarnioen eta haluzinazioen ondorioz gertatzen dira. Gaixoaren haserreen eta erreakzioen zergatia aurkitu behar da; erreakzio horiek sortzen dituzten egoeretatik aldendu egin behar da gaixoa, eta laguntza emozionala eman behar zaio.

Alzheimerren gaixotasuna duten askok barne-herstura sentitzen dute gauzak aurkitzen ez dituztenean, gertaerez oroitzen ez direnean, gaitasunak galtzen ari direla edo familian tirabirak sortzen dituztela ikustean. Horrelakoetan, jardueraren bat edo jolasen bat proposa diezaiekegu, energia aska dezaten; umorea erabil dezakegu, gertaera kitzikatzaileak saihets ditzaten; edo antsiolitikoak (bentzodiazepinak eta antzekoak) balia ditzakegu, babes afektiboarekin batera.

Nahasmena edo aztoramena sintoma arrunta da gaixotasun hau duten pertsonetan. Minaren, nekearen, atsedenik ezaren, sendagaien, sendagaiak kolpetik uztearen edo alzheimerraren beraren ondorioz sor daiteke aztoramena. Aztoramen-egoera horretan, ingurukoei edo beren buruei kalte egin diezaiekete. Aztoraturik dagoenari lasaitasuna transmititu behar zaio, baina kontrol fisikoa ezartzean kontuz ibili behar da, larrialdirako telefonoak eskura eduki behar dira eta zaintzaileak jakin behar du nola jokatu.

Nortasunari dagokionez, haserrekor, aldakor, barne-hertsatu, oldarkor, erasokor, apatiko, iheskor eta mesfidati ageri da gaixoa. Loaren nahasteak ere oso sarritan gertatzen zaizkio, erritmo zirkadianoen aldaketengatik. Sarritan egunez lozorroan egoten da sendagaiengatik, eta lo-kuluxkak egiteko prest; egunez lo egiten badu, nekatu gabe oheratzen da; gauez esnatu, eta irteteko prestatzen da. Horregatik, egunez jarduera fisikoak eginarazi behar zaizkio, eta, ahal izanez gero, lo-kuluxkarik ez du egin behar. Ez da komeni asko edatea ohera joan aurretik. Edozein modutan, sintomek okerrera egiten dute gauez, eta gaixoa lasaitu behar da.

Elikadura-portaeraren nahasteak sarritan gertatzen dira Alzheimerren gaixotasunean. Apetitua piztu edo joan egin daiteke. Gehiegi janez gero, nahasteak sor ditzaketen janariak kontrolatu egin behar dira, eta gaixoaren pisua ere kontrolatu egin behar da.

Portaera sexualaren aldaketak ere gerta daitezke: larrugorrian ibiltzea, jende aurrean masturbatzea, harreman sexualak bat-batean eskatzea, exhibizionismoa. Horrelako kasuetan, urduri jarri gabe, pazientea distraitzen saiatu behar dugu.

Klüver-Bucy sindromea ere ager daiteke Alzheimerren gaixotasunean. Dena ahora eramateko joera da Klüver-Bucy sindromea. Produktu arriskutsuak kontrolatu egin behar dira, ahora eraman ez ditzan.

9.3.1.8. Alzheimerraren eragina familian

Familiarentzat zaila da gaixoaren identitate-galerari aurre egitea. Gaixotasunaren azken faseetan, beren burua ere ez dute ezagutzen gaixoek. Gaixoak ez ditu senideak ezagutzen, eta ez da oroitzen iraganean elkarrekin bizi izandako gertaerez; hori oso gogorra da familiarentzat. Gaixotasuna aurrera doan heinean, oroimena eta beste gaitasun kognitiboak galdu ahala, besteek egin behar dizkiote gauza guztiak. Familiarentzat zama handia gertatzen da: zaintze-lanak handiak dira, eta zama ekonomikoa ere handia da, azken fasean behintzat.

Alzheimerdunaren zaintzaileak zama horri aurre egin nahi badio, beharrezkoa du familiako kideen eta lagunen sostengua. Sendagileek, erizainek eta psikologoek ere eginkizun handia dute: alzheimerraren efektuak deskribatzea eta alderdi teknikoak azaltzea. Sostengu emozional eta praktikoa eman dezakete.

Zaintzaile nagusi bat behar da, baina hari lagundu egin behar zaio; zaintzaile nagusiak zama fisiko eta psikiko handia du, gaixoaren biziaz arduratzen delako: sendagaiak, higienea, janariak, zainketa... Gaixoa bere ardurak utziz doan neurrian, zaintzaileak hartu behar ditu ardura horietako batzuk. Familiako kideek bilerak egin behar dituzte aldaketak planifikatzeko: zainketaren arduradunak nor izango diren, arazo ekonomikoa nola konponduko den, arduradun nagusia nor izango den eta hura falta denean nork ordezkatuko duen. Familiako kideek alzheimerra duten gaixoen senitartekoen elkarteekin jarri behar dute harremanetan.

Gaixoaren «heriotza sozial»ari aurre egin behar dio zaintzaileak, eta aldez aurretiko dolu-lana egin behar du. Gaixoa ahalmena galduz doan neurrian, gero eta ahalegin handiagoa eskatzen zaio laguntzaileari. Laguntzaileak depresioa jasateko arrisku handia du. Oro har, zaintzaileek sendagai psikotropiko asko hartzen dituzte, eta estres-sintoma asko agertzen dituzte (Hinrichsen eta Niederehe, 1994). Horregatik, beren buruaz ez ahazten saiatu behar dute laguntzaileek; aisia-denbora gehiago behar dute lagunekin ibiltzeko, beren denbora-pasetarako edo zaletasunetarako. Bestela, beren bizitza-proiektua erabat albora uzten badute, besteekiko etsaitasuna, tentsioa eta bakardadea sentituko dituzte. Horregatik, sostengu-taldeekin harremanetan jarri, depresioaren eta barne-hersturaren aurkako tratamendu psikologikoa jaso eta alzheimerrari buruzko informazioa eskuratu behar dute.

9.3.1.9. Gaixotasunaren faseetarako aholkuak

1. fasea. Gaixoaren segurtasun-gabezia sentimenduak ulertu egin behar dira. Depresioa arintzeko eta asalduak desagerrarazteko, sendagaiak erabil daitezke. Etorkizuneko elkarbizitza eta ekonomia planifikatu behar dira. Herentzia-transmisioa bideratzeko lanak eginda eduki behar dira.

Ariketa fisikoak eta mentalak eginarazi behar zaizkio gaixoari. Etxean eta lagunartean hainbat jarduera egin ditzake: janari sinpleak (entsaladak, postreak, ogitartekoak...) prestatzen lagundu, mahaia jartzen eta ontziak garbitzen lagundu, ohea egiten lagundu, gela garbitu, bildumak osatu (autoenak, argazkienak, kirolarienak, artistenak, landareenak, argazkienak...), jokoetan parte hartu (kartetan, partxisean, xake-jokoan...), gustuko musika entzun, kanta ezagunak abestu, erritmo-tresnak jo.

Segurtasun-neurri modura, identifikazio-seinaleak jarriko zaizkio gaixoari, larrialdirako telefonoak edukiko dira eskura, espazio- eta denbora-erreferentziak erabiliko dira (erlojuak, egutegiak, argiak...). Larrialdietarako, Alzheimerraren Elkarteko eta sendagilearen telefono-zenbakiak eramango dituzte gaixoak eta zaintzaileak. Albiste txarrak, ingurune kitzikagarriak eta egoera ezezagunak saihestu behar dira, eta ez dira azalpen luzeegiak eman behar. Zaintzaileak gaixoaren autonomia eta gustuak zaindu eta errespetatuko ditu. Horretarako, behar den moduan prestatu behar da zaintzaile nagusia.

2. fasea. Gaixoak eta ingurukoek egoera berrira egokitu behar dute. Baliabide ekonomiko gehiago eskuratu behar dira. Gaixoaren elikadura zaindu, eta haren pisua kontrolatuko da. Egin ditzakeen gauzak egiten utzi egingo zaio gaixoari, mantso egiten baditu ere. Behar duen denbora eman behar zaio gaixoari jarduerak egiteko. Bere gaitasun mental eta fisikoak sasoiko egoteko moduko jarduerak egin behar ditu. Zaintzaileak ez ditu egingo gaixoak egin beharreko jarduerak. Iraupen laburreko jarduerak egin behar ditu.

Lehen faserako jarri ditugun jarduerak egiten jarrai dezake gaixoak bigarren fasean, ahal duen neurrian, denbora laburragoz bada ere. Interesa galtzean, jarduera bertan behera uzteko aukera eman behar zaio. Kaltegarria ez den neurrian, egin nahi duena egiten utzi behar zaio. Ibiltzean, haren erritmoa errespetatu behar da. Txapelarekin edo galtzerdiekin lo egin nahi badu, utzi egin behar zaio. Egunez edo gauez gelan edo egongelan etengabe ibili nahi badu, ibil dadila, etxekoak eta auzokoak gehiegi ez eragozteko moduko oinetakoak jantzita.

Jarduera arriskugarriak egiten ez utzi (gidatzea, gasaren giltza erabiltzea...). Erorketak edo istripuak saihesteko, etxeko toki arriskutsuak gaixoaren egoerara egokitu: alfonbrak, kable elektrikoak, aulkiak, korridoreko altzariak, loreontziak, ertz zorrotzeko altzariak edo ispiluak, aiztoak, zulagailuak, irabiagailuak, lisaburdinak, pospoloak, armak, autoa, produktu toxikoak, sendagaiak, detergenteak eta antzekoak giltzapean jarri. Barneko krisketak kendu. Kanpora begira dauden leiho eta ateak segurtasun-sistema batez itxi, gaixoak ez ditzan ireki laguntzarik gabe. Larrialdiko argi iraunkorrak jarri gauerako. Dutxan eta bainuan, ez irristatzeko tirak eta heltzeko barrak jarri. Ur-berogailua kontrolatuta eduki, argi-lanpara finkoak jarri, janzten zailak diren jantziak erretiratu, lokarririk gabeko oinetakoak erosi, plantxatu behar ez diren jantziak erabili. Jateko, plastikozko mantela eta ontziak edo bentosa duten platerak erabili. Espazioan eta denboran kokatzen lagunduko dioten idatziak eta grafikoak prestatuak eduki behar dira: egunen izenak, hilabeteen izenak, urtaroen izenak gogoratzeko. Etxeko altzariak mugitu egingo dira, gaixoaren joan-etorriak ez eragozteko. Maitasuna sentiarazi behar zaio. Bilera jendetsuak saihestu egingo dira.

Laguntzaileari lagundu egingo zaio, eguneko zentroen, gaueko zentroen, egoitzen, diru-laguntzen edo beste zaintzaile batzuen bidez.

3. fasea. Erizaintzako oinarrizko zainketei buruzko informazioa eman behar zaie zaintzaileei. Fase honetan, gaixoak ez du ia sendagairik behar. Airezko koltxoia eta koltxoia babesteko azalak erabili behar dira. Lo egiteko jarrerak aldarazi egingo zaizkio: gora, albora eta behera begira jarriko da txandaka. Kontuan hartuko da elikadura eta digestio makala dituela. Janaria zati txikitan eman behar zaio. Janaria eztarrian trabatuta geratzen bazaio, jakin egin behar da zer egin. Gorputz osoaren higienea zaindu egin behar da: ahoa, begiak, azazkalak, genitalak, burua.... Komeni da bisita gutxi edukitzea, eta ez du denbora luzez bakarrik egon behar.

9.3.2. Lewy-ren nahaste neurokognitibo nagusia

Alzheimerren gaixotasunaren ondoren, Lewyren nahaste neurokognitibo nagusia edo Lewyren dementzia da adineko pertsonetan dementzia gehien sortzen duena. Beraz, endekapenezko dementziaren edo dementzia primarioaren bigarren kausa Lewyren gorputzen gaixotasuna da. Ez da erraz bereizten Alzheimerren gaixotasunetik, antzeko sintomak ager ditzakeelako.

Garun-azalean Lewyren gorputzak eta Lewyren neuritak dituelako bereizten da. Lewyren gorputzak inklusio zitoplasmatiko eosinofiloak dira, esfera formakoak eta proteinaz osatuak. Zenbat eta Lewryren gorputza gehiago eduki, orduan eta larriagoa da gaixotasuna.

Bizitzako zazpigarren edo zortzigarren hamarkadan hasten den endekapen mental progresiboa da, poliki-poliki eta ageriko larritasunik gabe agertzen dena. Arreta konplexuan eta funtzio exekutiboetan aldaketa goiztiarrak eragiten ditu; ikusmen-haluzinazio konplexu eta errepikariak, eldarnio paranoideak eta loaren REM faseko portaera-nahasteak izaten ditu; beste zentzumen-eremu batzuetan ere haluzinazioak izaten ditu. Gaixoa konturatzen da haluzinazio horien errealitate gabeziaz.

Endekapen kognitiboaren ondoren, parkinsonismoa, miokloniak eta sintoma psikotikoak (autorreferentziazko eldarnioak) agertzen dira. Parkinson-zeinuak dira nahaste honen bereizgarri nagusietako bat, eta nahaste mentalaren aurretik agertzen dira batzuetan. Parkinson-zeinu arruntenak hauek dira: zurruntasuna, bradikinesia, ibileraren nahasteak, jarrera-erreflexuetako nahasteak.

Nahaste hau dutenek nahaste begetatiboak eta hipotentsio ortostatikoa izaten dituzte, eta sarritan erori egiten dira, sinkopeak izaten dituzte eta konortea galtzen dute.

Parkinson-sintomak hobetzeko erabiltzen diren sendagaiek nahaste psikotikoak okerragotu ditzaketenez, kontuz ibili behar da tratamenduak aplikatzean.

Lewyren gorputzengatiko nahaste neurokognitibo nagusia (DSM-5; APA, 2013)

Irizpide diagnostikoak

A. Nahaste neurokognitibo nagusia poliki-poliki agertzen da, eta mailaka egiten du aurrera.

B. Lewyren gorputzengatiko nahaste neurokognitibo nagusi probablea duenak oinarrizko bi ezaugarri ditu, edo ezaugarri sugestibo bat oinarrizko ezaugarri batekin edo gehiagorekin. Nahaste neurokognitibo posiblea duenak oinarrizko ezaugarri bakarra du, edo bereizgarri sugestibo bat edo gehiago ditu.

1. Oinarrizko diagnostiko bereizgarriak:
   a. Kognizioak aldatuz doaz, arretaren eta aditasunaren aldaketa nabariekin.
   b. Ikusmen-haluzinazio errepikariak, ongi osatuak eta xehetasun askokoak.
   c. Parkinsonismoaren ezaugarri espontaneoak, jaitsiera kognitiboa izan ondoren gertatzen direnak.
2. Diagnostiko-ezaugarri iradokitzaileak:
   a. Begi-mugimendu azkarren (REM) loaldiko portaera-nahasteen irizpideak betetzen ditu.
   b. Sentikortasun neuroleptiko larria.

C. Nahastea ez du hobeto azaltzen garuneko odolbideetako gaixotasun batek, neuronen endekapenezko beste gaixotasun batek, substantzia baten efektuek, beste nahaste mental neurologiko edo sistemiko batek.

Oharra: DSM-Vek nahaste neurokognitibo larria eta nahaste neurokognitibo arina diagnostikatzeko irizpideak ezarri ditu. Guk nahaste neurokognitibo larriaren irizpideak ekarri ditugu hona.

9.3.3. Dementzia edo nahaste neurokognitibo fronto-tenporala

Lobulu frontal eta tenporalen endekapenaren ondorioz, nahaste heterogeneoak jasaten ditu nahaste hau duenak. Lobulu frontalak, kalterik duenean, portaera-nahasteak agertzen ditu. Ezker hemisferioaren aurreko aldea kaltetzen denean, hizkuntzako nahastea, afasia progresiboa eta dementzia semantikoa gertatzen dira. Portaeraren eta nortasunaren aldaketak edo hizkuntzaren aldaketak eragiten ditu nahaste neurokognitibo fronto-tenporalak.

Sintoma deigarrienak portaerarenak izaten dira: portaera oldarkorrak, desinhibituak, apatia, hiperfagia, trikotilomania, enpatia-galera, higiene-gabezia, planifikaziorik eza, antolamendurik eza, portaera errepikariak, estereotipiak, pilatze konpultsiboa, joko patologikoa. Bere ardurak uzten ditu, bere burua ez du zaintzen, gizarteko harremanetarako interesa galtzen du, eta portaera desegokiak agertzen ditu. Introspekzio-gaitasuna galtzen du, eta arau sozial eta moralak hausten ditu.

Endekapenezko nahasteen % 20 inguru dira dementzia fronto-tenporalak. 45 eta 65 urte artekoetan gertatzen da maiz. Beraz, nahaste neurokognitibo goiztiar (65 urte baino lehenagokoak) asko nahaste neurokognitibo fronto-tenporalak izaten dira. Lanean eta familiako bizitzan eragin nabaria izaten dute.

Nahaste neurokognitibo fronto-tenporalaren irizpide diagnostikoak (DSM-5, APA, 2013):

A. Nahaste neurokognitibo fronto-tenporal nagusia poliki-poliki agertzen da, eta mailaka egiten du aurrera.

B. Bi aldaera ditu: 1 eta 2

   1. Portaeraren aldaera:
      a. Ondorengo portaera-sintometako hiru edo gehiago:
         1. Portaeraren desinhibizioa
         2. Apatia edo inertzia
         3. Sinpatiaren edo enpatiaren galera
         4. Portaera pertseberatzailea, estereotipatua edo konpultsiboa/ errituzkoa
         5. Gehiegizko oralitatea eta dietaren aldaketak
      b. Murrizketa nabarmena gizarte-kognizioetan eta/edo trebetasun exekutiboetan.
   2. Hizkuntzaren aldaera:
      a. Murrizketa nabarmena hizkuntza-trebetasunean, hizketa ekoizteko moduan, hitzak aurkitzean, objektuak izendatzean, gramatikan edo hitzak ulertzean.

C. Ikasketa, oroimena eta hautematearen edo mugimenduaren funtzioak hein batean gordetzen dira.

D. Nahastea ez du hobeto azaltzen garuneko odolbideetako gaixotasun batek, neuronen endekapeneko beste gaixotasun batek, substantzia baten efektuek, beste nahaste mental, neurologiko edo sistemiko batek.

Oharra: DSM-5ek nahaste neurokognitibo larria eta nahaste neurokognitibo arina diagnostikatzeko irizpideak ezarri ditu. Guk nahaste neurokognitibo larriaren irizpideak ekarri ditugu hona.

9.3.4. Dementzia baskularra edo nahaste neurokognitibo baskularra

Nahaste honetan, garuneko odolbideen endekapena edo han gertaturiko atakea edo lesioa da gabezia neurokognitiboak eragiten dituena. Garunean atake bat gertatu dela esaten dugu, iskemia edo hemorragia baten ondorioz garuna oxigenoz eta elikaduraz hornitu behar duen odol-emaria gutxitzen edo gelditzen denean. Odolbide handietako edo odolbide txikietako atakea edo lesioa izan daiteke. Odolbide handi batean atake edo lesio bat gertatzen denean edo odolbide txikietako atake edo lesioak pilatzen direnean, garuna atrofiatu eta bigundu egiten da. Odolbideetako lesioa izan daiteke leku batean fokatua, foku askotan kokatua edo barreiatua.

Garuneko odolbideetako atakeak dira, Alzheimerren gaixotasunaren ostean, dementzia-kasuen kausa nagusia; dementzia guztien % 15-20 dira dementzia baskularrak. Estatu Batuetan, 65-70 urteko gizon-emakumeen artean, % 0,2 dira dementzia baskularra dutenak; baina 80 urtetik gorakoen artean % 20-30 dira (DSM-5, 2013). 65 urtetik gorakoen artean asko ugaritzen da dementzia mota hau. Hipertentsioa eta garuneko atakeak sarritan gertatzen dira afroamerikarren eta asiar-amerikar batzuen artean (Cruickshank & Beevers, 1989): dementzia baskularra usuagoa da talde horietako kideengan (de la Monte, Hutchins eta Moore, 1989). Garun-atakeak jasaten dituzten pertsona askok eraso horiek gainditu eta bizirik irauten dute, baina zenbaitek dementzia baskularra jasaten dute atakearen ondorioz. Gizonek dementzia mota honetarako joera handiagoa dute, eta emakumeek alzheimer motarako joera handiagoa.

Dementzia mota honek alzheimer dementziak baino garapen laburragoa izaten du batez beste, bat-bateko heriotza gehiagotan gertatzen delako dementzia honetan. Aldartearen nahasteak sarriagotan gertatzen dira dementzia baskularrean, alzheimer motako dementzian baino, garun-azalpeko eskualdeak ukituagoak daudelako (Butcher, Mineka eta Hooley, 2004). Zeinu neurologiko hauek sarritan agertzen dira: tendoien erreflexuen exajerazioa, ibileraren anormaltasunak, paralisi pseudobulbarra eta soin-enborraren ahultasuna. Sintoma kognitiboak eta portaerakoak oso aldakorrak dira: garuneko lesio baskularren kokalekuaren arabera (azalean edo azalpean) aldatzen dira. Dementzia baskularrean honako gabezia kognitibo eta portaerako hauek gertatzen dira: apatia, arretarik eza, oroimenaren endekapena, afasia, apraxia, bradipsikia, pertseberazioa, agnosia edo jarduera eraikitzailearen gabezia.

Alzheimer dementzia eta dementzia baskularra batera jasaten dituenak dementzia mistoa du.

Dementzia baskularra diagnostikatzeko irizpideak (DSM-IV-TR, 2000)

A. Ezagutza-gabezia anitz ditu, eta honela agertzen dira:

A1. Oroimenaren endekapena (informazio berria ikasteko gaitasunaren endekapena edo aurrez ikasitako informazioa gogoratzeko gaitasunaren endekapena).
A2. Ezagutzaren asaldu hauetako bat (edo gehiago):

(a) Afasia (hizkuntzaren asaldua).

(b) Apraxia (mugimen-jarduerak egiteko gaitasunaren endekapena, mugimena ukitu gabe badago ere).

(c) Agnosia (objektuak ezagutu edo identifikatu ezina, zentzumenen funtzioa ukitu gabe badago ere).

(d) Funtzio exekutiboen asaldua (adibidez, planifikazioa, antolamendua, sekuentziazioa eta abstrakzioa).

B. A1 eta A2 irizpideetako ezagutza-gabeziek lan-jardueraren edo jarduera sozialaren endekapen esanguratsua eragiten du, eta aurretiko jarduera asko mugatzen ditu.

C. Zeinu eta sintoma neurologikoak (adibidez, zuntzen erreflexu sakonen exajerazioa, oinazpia luzatzeko erantzuna, paralisi pseudobulbarra, ibileraren anormaltasunak, soin-adar baten ahultasuna) edo gaixotasun zerebrobaskularra gertatu dela iradokitzen duten laborategiko probak asalduarekin etiologikoki erlazionatuak daudela dirudi (adibidez, garun-azala eta substantzia zuria inplikatzen dituzten infartu anizkoitzak).

D. Gabeziak ez dira agertzen delirium baten buruan bakarrik.

Etiologiari dagokionez, garuneko eta odolbideetako nahasteak sortzen dituzten faktore berak dira dementzia baskularra sortzen dutenak: diabetesa, erretzea, gizentasuna, hipertentsioa, kolesterola; garuneko arterietako amiloide-pilaketak ere arrisku-faktore garrantzitsuak dira. Garuneko atake baskular anizkoitzen emaitza izaten da eskuarki dementzia baskularra; izan ere, garuneko atake baskular isolatu batek nekez sor baitezake dementzia bat; infartuak substantzia zuria eta grisa ukitzen dituenean, garuneko eskualde zabal bat ukitzen duenean edo lesioak hemisferio bietan antzeko eskualdeak ukitzen dituenean, orduan agertzen da dementzia; ongi zedarritutako asaldu batek afasia bat eragin dezake, baina dementzia baterako eskualde zabalagoa ukitu behar du anoxiak edo hipoxiak.

Pertsonaren bereizgarri psikologikoek edo bizi-estiloak eragin dezakete dementzia, droga-kontsumoaren bidez. Era berean, bizitza sedentarioak, dieta desorekatuak edo bizitza estresatuak eragin dezakete dementzia baskular bat.

Gaixotasun honen prebentzio moduan hipertentsioaren tratamendu goiztiarra aholkatzen da. Hipertentsioan eragina duten azturen tratamendu psikologiko moduan aholkatzen da jarduera fisiko eta mental erregularra egitea, bai eta sedentarismoa eta tabakismoa ekiditea. Gaixotasun baskularraren tratamendu farmakologikoa eta kirurgikoa ere erabiltzen dira.

9.3.5. Baldintza mediko orokorrek eragindako dementzia

Dementzia mota honetan honako hauek eragindakoak sartzen dira: HIV-1 birusa, Creutzfeldt-Jakob gaixotasuna, Huntingtonen gaixotasuna, Parkinsonen gaixotasuna, Picken gaixotasuna eta buruko traumak.

9.3.5.1. Hartutako immunoeskasiaren sindromea duten pertsonen heren batek agertzen du dementzia. Sindrome hau eragiten duena 1-tipoko giza immunoeskasiaren birusa (HIV-1) da. Giza immunoeskasiaren birusak hainbat zelula mota infektatzen ditu; batez ere, immunitate-zelulak. Gaixotasun hori duten pertsonen heren batek betetzen ditu dementziaren irizpideak. Dementzia mota honetan garunaren atrofia, edema, hantura eta desmielinizazioa gertatzen dira. Garun-azala mehetzen da. Garunaren erdialdeko materia zuria, bentrikuluen inguruko ehunak eta oinarriko gongoiletako nahiz talamoko materia grisa hondatzen dira.

Dementzia mota hau garun-azalpeko edo kortexpeko dementzia da, Huntingtonen gaixotasuna edo Parkinsonen gaixotasuna bezalaxe. Dementziaren ezaugarri neurofisiologikoak giza immunoeskasiaren infekzioaren fase berantiarretan agertzen dira. HIESak eragindako dementzia duen pertsonaren azterketa fisikoan sintoma hauek agertzen dira: hipertonia, mugimendu azkar errepikariak egiteko zailtasuna, hanketako ahultasuna, dardara, oreka-gabezia, trakestasuna, ataxia, disgrafia, ikusmeneko eta espazioko apraxia, disartria eta disnomia (hitzak gogoratzeko zailtasuna, hitz egitean edo idaztean). Azterketa psikikoan arazo hauek agertzen dira: arreta galtzen du, gertaerez ahantzi egiten da, informazio berria ikastea kostatzen zaio, kognitiboki makaldu egiten da, eta sozialki besteengandik urrundu egiten da.

Giza immunoeskasiaren birusaz infektatzeko arrisku-faktoreak droga injektatzea, babesik gabeko sexua eta babesik gabeko odol-transfusioa dira.

Nahaste honek gazteak ukitzen ditu batez ere, baina zaharrak ere bai. Birusaren kontrako terapiak jaitsi egin du dementzia mota honen maiztasuna.

Giza immunoeskasiaren birusaren infekzioak eragindako nahaste neurokognitiboa (DSM-5; APA, 2013)

A. Giza immunoeskasiaren birusaren infekzioa dokumentatua dago.

B. Nahaste neurokognitiboa ez dute hobeto azaltzen giza immunoeskasiarik gabeko baldintzek, ez eta garunaren gaixotasun sekundarioek ere, hala nola leukoentzefalopatia multifokalak edo meningitis kriptokozikoak.

C. Nahaste neurokognitiboa ezin egotz dakioke beste baldintza mediko bati, eta ez du hobeto azaltzen beste nahaste mental batek.

Oharra: DSM-5ek nahaste neurokognitibo larria eta nahaste neurokognitibo arina diagnostikatzeko irizpideak ezarri ditu. Guk nahaste neurokognitibo larriaren irizpideak ekarri ditugu hona.

9.3.5.2. Creutzfeldt-Jakob-en gaixotasuna

Prioien infekzioak eragindako nahaste neurokognitiboak entzefalopatia espongiformeen artean sartzen dira, eta pertsonei zein animaliei eragiten diete. Horien artean sartzen dira Creutzfeldt-Jakob-en gaixotasuna, Gerstmann-Sträussler-Scheinker sindromea edo kurua. Erresuma Batuan 1985. urtean behien entzefalitis espongiformea («behi zoroen gaixotasuna») deitua agertu zen. Gaixotasun horrek animaliei ez ezik, 50 urtetik 75 urtera bitarteko helduei ere erasaten die. Espezie desberdinen arteko transmisioa ere gertatzen da. Hilabete gutxi barru hiltzen da gaixoa.

Maiztasun txikia du gaixotasun honek: milioi bat pertsonako batek jasaten du. Dementzia mota hau sortzen duen birusa dolu-garaian praktikatzen den kanibalismo-erritualaren bidez transmititu izan da Papua Ginea Berrian (Gajdusek, 1977). *Kuru* izeneko gaixotasuna nahaste neurologiko bat da (entzefalopatia espongiformea), Papua Ginea Berriko fore leinuko kanibalismo-praktikaren ondorioz sortua. Leinu horretan leinu barneko kanibalismoa praktikatzen zuten. Hildako familiartekoei aukera ematen zieten jangai izateko edo hilobiratuak izateko, eta gehienek jangai izatea erabakitzen zuten, modu horretara familiako bizidunen baitan jarraitzen baitzuten. Beraz, jangai izatea eta janaritzat hartua izatea maitasunaren adierazpentzat hartzen zuten, modu horretara betiko elkarrekin geratzen baitziren.

Gaixotasun horren prodromo-zeinuen artean honako hauek agertzen dira: barne-herstura, nekea, kontzentrazio-arazoak, lo egin ezina. Gaixotasuna aurrera doan heinean, ibilera aldrebesa, ikusmen-arazoak, koordinaziorik eza, korea eta atetosi-mugimenduak, mugimendu balistikoak eta dementzia lasterra agertzen dira; gainera, garun-azaleko dementzia denez, arrazoitzeko gaitasunak eta funtzio sinbolikoak galtzen dira, afasia agertzen da, barne-herstura eta aldarte depresiboa agertzen dira.

Birus batek eragina da gaixotasun hau. Birus horrek aldaketa espongiformeak, neuronen galera eta astrozitosia eragiten ditu, eta plaka amiloideak eratzen ditu nerbio-sistema zentralean.

Prioien infekzioak eragindako nahaste neurokognitiboa (DSM-5; APA, 2013)

A. Poliki-poliki agertzen da, eta hondamena laster gertatzen da eskuarki.

B. Prioi-gaixotasunaren mugimen-ezaugarriak hauek dira: mioklonusa edo ataxia edo biomarkatzaileen agerpena.

C. Nahaste neurokognitiboa ezin dakioke egotz beste baldintza mediko bati, eta ez du hobeto azaltzen beste nahaste mental batek.

Oharra: DSM-5ek nahaste neurokognitibo larria eta nahaste neurokognitibo arina diagnostikatzeko irizpideak ezarri ditu. Guk nahaste neurokognitibo larriaren irizpideak ekarri ditugu hona.

9.3.5.3. Huntington-en gaixotasuna genetikoa da, gene autosomiko menderatzaile batek transmititua; gene hori 4 kromosomaren adar laburrean kokatzen da, eta gabezia metaboliko bat eragiten du neurotransmisoreen ekoizpen eta mantenuan. Guraso batek Huntingtonen gaixotasuna badu, haren seme edo alabak % 50eko probabilitatea du gaixotasun bera garatzeko. Gaixotasun hori duenak ukituak ditu garunaren erdialdeko nukleo grisak (ildaskatua: kaudatua, putamena eta globo palidoa) eta lobulu frontalak. Garun-azalpeko dementzia agertuko du, luze bizi bada.

Gaixotasun hau bizitzaren erdialdera agertzen da, eta zahartu baino lehen hiltzen dira pertsona gehienak, gaixotasuna agertu eta handik 10-20 urtera. Gaixotasun hau duten pertsonen % 6-8 suizidatu egiten da, eta % 20-80k dementzia agertzen du. Munduan zehar duen prebalentzia 100.000 pertsonako 2,7 ingurukoa da.

Kalte kognitibo progresiboak eragiten ditu. Gaixotasun honek kognizioak, emozioak eta mugimenduak ukitzen ditu. Aldaketa kognitiboak eta portaeraren aldaketak lehenago gertatzen dira mugimenduari dagozkionak baino. Aldaketa kognitiboei dagokienez, funtzio exekutiboen (antolamendua, planifikazioa) hondamena, oroitzeko zailtasunak, exekuzio- eta judizio-gaitasunaren gabeziak, segidak osatzeko arazoak eta ikusmen-espazioaren antolamendurako arazoak agertzen ditu.

Portaera-aldaketei dagokienez, oldarkortasuna, desinhibizioa eta apatia agertzen ditu.

Emozioen arloko aldaketei dagokienez, depresioa, barne-herstura eta haserrekortasuna agertzen ditu.

Mugikortasunaren arloko aldaketei dagokienez, hasieran gaixoak soin-adarren egonezina eta apraxia agertzen ditu; gaixotasunak aurrera egin ahala, ataxia eta disartria eta mugimenduen trakestasun orokorra agertzen ditu; gorputz-adarren nahi gabeko eta ustekabeko mugimendu irregularrak (korea) egiten ditu, begien eta soin-enborraren mugimenduak makaltzen zaizkio (bradikinesia), eta gaixotasunak aurrera

egin ahala zerebeloaren sindromearen eta Parkinsonen gaixotasunaren zeinuak ere ager ditzake. Ehun mila laguneko 4-8 lagunek izan dezakete.

9.3.5.4. Parkinsonen gaixotasuna garunaren endekapenezko gaixotasuna da eta mila pertsonako batek du munduan zehar (Freedman, 1990). 55 eta 65 urte bitarteko pertsonetan hasten da eskuarki, baina inoiz 30 urtetik 55 urtera bitartekoengan ere agertzen da. Gaixotasun hau dutenek sarritan garatzen dute garun-azalpeko dementzia. Alzheimerren gaixotasunaren ondoren hau da neuronen endekapenez gertatzen den gaixotasunik arruntena. Gizonetan emakumeetan baino maiztasun handiagoa du. Sistema nigroestriatuko neurona dopaminergikoak desagertuz joaten dira progresiboki; bizirik irauten duten neuronetan Lewyren gorputzak eta Lewyren neuritak agertzen dira. Ondorioz, garunaren oinarriko nukleo grisetan dopamina gutxi dago: aurpegiko eta soin-enborreko giharrak zurruntzen zaizkio, eta borondatezko mugimenduak progresiboki makaltzen (bradizinesia); dardara asimetrikoak agertzen ditu eskuetan, oinetan eta aurpegian; ahots monotonoz hitz egiten du. Bat-batean mugimendua blokeatu eta mugimendurik gabe gera daiteke. Gaixotasunak aurrera egin ahala zailtasunak izango ditu zutik egoteko eta espazio txikietara egokitzeko.

Parkinsonen gaixotasuna duten pertsonen % 75ek garatzen du nahaste neurokognitibo larria. Agertzeko probabilitate handiagoa dago adin aurreratua dutenetan. Endekapen-prozesua poliki-poliki ezartzen da, eta, lesioek garun-azala ukitzean, dementzia agertzen da. Seigarren hamarkadatik bederatzigarren hamarkadara bitartean gertatzen da eskuarki. Gizonetan sarriago agertzen da emakumeetan baino.

Parkinsonen gaixotasuna duenak, alde batetik, ebokazioko oroimena galtzen du, eta, beste alde batetik, nortasunean eta portaeran aldaketak izaten ditu. Apatia, barne-herstura, depresioa eta haluzinazioak izaten ditu, eta inguruko aldaketetara ezin izaten du bere portaera egokitu.

Sintoma horien tratamendurako levodopa edo agonista dopaminergikoak edo antikolinergikoak erabiltzen dira.

Tratamendu psikologiko moduan, arazo bera duten pertsonekin elkarreraginean jardutea erabiltzen da.

9.3.5.5. Pick-en gaixotasuna zahartzaro aurreko dementzia mota bat da. Lehenengo aldiz Arnold Pick-ek deskribatu zuen 1892an. Gaixotasun hau dutenengan Picken zelulak eta gorputzak agertzen dira. Picken gorputzak edo inklusio esferikoak agertzen dira neuronen barnean; Picken gorputzak zelula barneko egitura dentsoak dira, neuronaren zitoplasman aurkitzen direnak eta nukleoaren tamaina dutenak. Picken zelulak zitoplasma biribilduko neuronak dira, nukleoa albora lekualdatua dutenak. Alzheimerren eta Creutzfeldt-Jakob-en gaixotasunetan ere agertzen dira Picken zelulak.

Alzheimerraren antzeko endekapenezko nahastea da Picken gaixotasuna.

Garun-azalaren kanpoaldeko hiru geruzetako neuronak hondatzen dira, eta itxura espongiformea hartzen du (gliosia) garun-azalak. Garuneko lobulu frontalak eta tenporalak ukitzen ditu: eskualde horietako neuronen galerak garun-azaleko dementzia eragiten du. Dementzia goiztiarra edo zahartzaro aurreko dementzia izaten da, 40-50 urteko pertsonetan ager baitaiteke. Gaixotasun hau dutenen batez besteko biziraupena 8 urtekoa bada ere, gaixotasunaren forma erasokorretan 1-2 urtekoa da biziraupena; forma larrietan, berriz, 10-20 urtekoa da.

Gaixotasun honek nortasunaren aldaketak, trebetasun sozialen galera, portaeraren desinhibizioa eta hizkuntzaren asalduak ekartzen ditu. Gaixotasun hau duena batzuetan apatiko eta afektibitate kamustuarekin ageri da; besteetan, euforiko, hiperreaktibo eta oldarkor (Levy, Miller, Cummings, Fairbanks eta Craig, 1996). Gaixotasunak aurrera egin ahala, oroimen-arazoak eta apraxiak agertzen ditu. Erreflexu primitiboak berrager daitezke: xurgatu, heldu eta burua alderik alde mugitu.

Tratamendu gisa, sintomen tratamendurako farmakoak (alfa-2 hartzaile adrenergikoen antagonistak, antidepresiboak, metilfenidatoa, neuroleptikoak…) edo portaera kontrolatzeko teknika psikologikoak erabil daitezke.

Beste gaixotasun mediko batzuen ondorioz sortutako dementzia diagnostikatzeko irizpideak (DSM-IV-TR, 2000)

A. Ezagutza-gabezia anitz ditu, eta honela agertzen dira:

1. Oroimenaren endekapena (informazio berria ikasteko gaitasunaren endekapena edo aurrez ikasitako informazioa gogoratzeko gaitasunaren endekapena).
2. Ezagutzaren asaldu hauetako bat (edo gehiago):
   (a) Afasia (hizkuntzaren asaldua).
   (b) Apraxia (mugimen-jarduerak egiteko gaitasunaren endekapena, mugimena ukitu gabe badago ere).
   (c) Agnosia (objektuak ezagutu edo identifikatu ezina, zentzumenen funtzioa ukitu gabe badago ere).
   (d) Exekuzioaren asaldua (adibidez, planifikazioa, antolamendua, sekuentziazioa eta abstrakzioa).

B. A1 eta A2 irizpideetako ezagutza-gabeziek lan-jardueraren edo jarduera sozialaren endekapen esanguratsua eragiten dute, eta aurretiko jarduera asko mugatzen dituzte.

C. Asaldua behean aipatzen diren gaixotasunen efektu fisiopatologiko zuzena dela egiaztatzen da historiaren, azterketa fisikoaren edo laborategiko aurkikuntzen bidez.

D. Gabeziak ez dira agertzen delirium baten buruan bakarrik.

9.3.5.6. Garezurreko traumatismoak eragindako dementzia

Garezurrean kolpe bat hartzen denean edo garezurraren barnean garunak mugimendu edo tokialdatze bizkor bat egiten duenean gertatzen da garunaren lesio traumatikoa. Burua zulatu gabe, burua zulatuta edo garezurra hautsita gerta liteke zauria. Auto- edo motor-istripuetan, kiroletako lesioetan, erorialdietan sarri gertatzen da. Lesio horiek maiz gertatzen dira nerabezaroan eta gaztaroan, eta galera kognitiboak eragiten dituzte.

Traumak eragindako lesioak fokatuak (garezurra haustea, azala urratzea edo ebakitzea, hematomak…) edo barreiatuak (garuneko edema, kalte iskemiko-baskularra…) izan daitezke. Endekapen-maila lesioaren kokagunearen eta hedapenaren araberakoa izaten da. Garunaren lesio traumatikoak ondorio hauetako bat izan behar du gutxienez: konorte-galera, trauma osteko amnesia, desorientazioa eta nahasmena, edo zeinu neurologikoak (hemiparesia, anosmia).

Nahaste neurokognitiboa pertsonak lesio traumatikoa jasan ondoren edo kontzientzia berreskuratu bezain azkar agertzen da, eta iraun egiten du lesioaren ondorengo aro akutua igaro ondoren. Kalte primarioa traumak ukituriko ehunean eragindakoa da. Kalte sekundarioa trauma osteko lehen orduetan gertatzen diren aldaketa molekular eta zelularrek eragina da.

Buruko lesioa gogorra denean eta konorte-galera ekartzen duenean, amnesia atzerakaria gertatzen da sarritan; hau da, kolpearen aurreko gertaerak ahanzten dira. Konortea galdu eta gero, koma-egoeran egon daiteke aldi batez, edo nahasmendu eta harridura (durduza) fase batetik pasa daiteke. Nahasmendua gainditu ahala, errealitatearekin kontaktuan jarriko da.

Garun-lesioaren ondorio nabarmenena oroimenaren endekapen iraunkorra den arren, beste sintoma batzuk ere badira: 1) Emozioen nahasteak: aldakortasun afektiboa, haserrekortasuna, barne-herstura, depresioa, tentsioa. 2) Nortasunaren aldaketak: desinhibizioa, erasokortasuna, apatia. 3) Nahaste fisikoak: buruko mina, loaren nahasteak, nekea. 4) Nahaste neurologikoak: ikusmen-arazoak, hemiparesiak.

Lesio bakarraren ondorioz sortutako dementzia ez da progresiboa izaten; baina lesio errepikatuek (boxeadoreen dementzia) dementzia progresiboa eragin dezakete. Boxeadoreen dementzian Alzheimerren gaixotasunean aurkitzen ditugun substantzien antzekoak topa ditzakegu (haril neurofibrilarrak, plaka neuritikoak eta amiloideen pilatze handia).

Garuneko lesio traumatikoak eragindako nahaste neurokognitiboa (DSM-5, 2013)

A. Garuneko lesio traumatikoa gertatu da; hau da, buruan kolpea hartu da edo garuna garezurraren barnean bizkor mugitu edo lekualdatu da, eta ondorengo irizpide hauetako bat edo gehiago betetzen dira:
   1. Konorte-galera.
   2. Trauma osteko amnesia.
   3. Desorientazioa eta nahasmendua.
   4. Zeinu neurologikoak (neuroirudiak agertzen duen lesioa; krisialdia berriro agertzea; nahastearen aurretiko krisialdi baten okerragotze nabarmena; ikusmen-eremuko ebakidurak; anosmia; hemiparesia).
   5. Nahaste neurokognitiboa berehala agertzen da pertsonak lesio traumatikoa jasan ondoren, edo kontzientzia berreskuratu bezain azkar agertzen da, eta iraun egiten du lesioaren ondorengo aro akutua igaro ondoren.

Oharra: DSM-5ek nahaste neurokognitibo larria eta nahaste neurokognitibo arina diagnostikatzeko irizpideak ezarri ditu. Guk nahaste neurokognitibo larriaren irizpideak ekarri ditugu hona.

Garuneko lesioak izateko arriskurik handiena dutenak 4 urtez beherako haurrak, nerabeak eta 65 urtetik gorakoak dira.

9.3.6. Substantzien edo sendagaien kontsumoak eragindako nahaste neurokognitiboa edo dementzia iraunkorra

Drogak edo sendagaiak luzaroan kontsumitzen badira eta dieta txiroa eramaten bada, garuna hondatzen da eta dementzia ager daiteke. Substantziek edo sendagaiek eragindako kalteak intoxikazioak eta abstinentzia-aldiak baino gehiago irauten du. Hainbat substantzia dira dementzia eragin dezaketenak: alkohola, kola, gasolinaren inhalazioa, droga lasaigarriak, hipnotikoak, antsiolitikoak. Substantzia horiek mendetasuna sortzen dute, eta, ondorioz, garuna modu iraunkorrean hondatzen dute. Substantziek eragindako dementziaren irizpideak beste dementzien irizpide berak dira: oroimenaren galera, afasia, apraxia, agnosia eta funtzio exekutiboen nahastea.

Substantzien kontsumoa zenbat eta denbora gehiagoz luzatu, hainbat eta probabilitate gehiago dago nahaste neurokognitiboa garatzeko. Baina ez dago erlazio zuzenik. Funtzio neurokognitiboak erabat berreskuratzen dira, 50 urte baino lehen abstinentzia iraunkor bat lortzen bada. 50 urtetik aurrera ere substantziez abusatzen jarraitzen badu, nahaste neurokognitiboa iraunkor bihur liteke, neuronek plastizitate gutxiago dutelako eta adinari dagozkion aldaketak hasiak direlako.

Nahaste neurokognitiboa garatzeko arrisku-faktoreak: substantziak denbora luzez kontsumitzea, 50 urte betez geroztik iraunkorki kontsumitzen jarraitzea eta adinean aurrera joatea.

Alkoholaz kronikoki abusatu dutenen neuroirudiek erakusten dute garun-azala mehetu, substantzia zuria galdu eta garuneko ildoak nahiz bentrikuluak handitu egiten direla. Neuroirudiaren anormaltasunak sarriago aurkitzen dira nahaste neurokognitiboak dituztenengan, baina horrelako anormaltasunik gabe ere gerta daitezke nahaste neurokognitiboak. Gerta daiteke, baita ere, anormaltasunak izan arren, nahaste neurokognitiborik ez izatea.

Substantzien kontsumoak eragindako dementzia iraunkorra diagnostikatzeko irizpideak (DSM-IV-TR)	**Substantzien edo sendagaien kontsumoak eragindako nahaste neurokognitiboa (DSM-5)**
A. Ezagutza-gabezia anitz ditu, eta honela agertzen dira: 1. Oroimenaren endekapena (informazio berria ikasteko gaitasunaren endekapena edo aurrez ikasitako informazioa gogoratzeko gaitasunaren endekapena). 2. Ezagutzaren asaldu hauetako bat (edo gehiago): (a) Afasia (hizkuntzaren asaldua). (b) Apraxia (mugimen-jarduerak egiteko gaitasunaren endekapena, mugimena ukitu gabe badago ere). (c) Agnosia (objektuak ezagutu edo identifikatu ezina, zentzumenen funtzioa ukitu gabe badago ere). (d) Exekuzioaren asaldua (adib., planifikazioa, antolamendua, sekuentziazioa eta abstrakzioa). B. A1 eta A2 irizpideetako ezagutza-gabeziek lan-jardueraren edo jarduera sozialaren endekapen esanguratsua eragiten dute, eta aurretiko jarduera asko mugatzen dituzte.	A. Kalte neurokognitiboak ez dira gertatzen delirium baten garaian bakarrik, eta iraun egiten dute ohiko intoxikazio eta abstinentzia akutuko alditik harago. B. Aipatutako substantzia edo sendagaien kontsumo jarraituak eragin dezake kalte neurokognitiboa. C. Gabezia neurokognitiboen denborazko ibilbidea bat dator substantziaren edo sendagaien erabileraren eta abstinentziaren denborarekin (adibidez, gabeziak iraunkor mantentzen dira edo hobetu egiten dira abstinentzia-garaietan). D. Nahaste neurokognitiboa ezin egotz dakioke beste egoera mediko bati, edo ez du hobeto azaltzen beste nahaste mental batek. Oharra: DSM-Vek nahaste neurokognitibo larria eta nahaste neurokognitibo arina diagnostikatzeko irizpideak ezarri ditu. Guk nahaste neurokognitibo larriaren irizpideak ekarri ditugu hona.

C. Gabeziak ez dira agertzen eldarnio baten buruan bakarrik, eta substantzien intoxikazioak edo abstinentziak eskuarki irauten duen baino gehiago irauten du. D. Historiaren, miaketa fisikoaren edo laborategiko aurkikuntzen bidez egiaztatzen da gabeziak etiologikoki erlazionatuak daudela substantzien kontsumoaren efektu iraunkorrekin (adibidez, droga edo sendagai gehiegi).	

9.3.7. Sindrome amnesikoa

Oroimenean dituen zuloak konfabulazio bidez bete eta konpentsatzen ditu. Funtzionamendu kognitiboa nahiko ondo gordetzen du. Garuneko kolpe baten ondorioz, kirurgia ebakuntza baten ondorioz, hipoxiaren edo meningitisaren moduko infekzio baten ondorioz gertatzen da.

Wernicke-Korsakoff sindromea

Nahaste amnesiko mota bat da Wernicke-Korsakoff sindromea. Nahaste amnesikoa duen pertsonak informazio jaso berria ez du epe luzeko oroimenean gordetzen. Epe laburreko oroimena dago hondatua, eta pertsonak ez ditu gogoratzen duela minutu batzuk jazotako gertaerak. Droga baten kontsumoaren ondorena edo garuneko trauma baten ondorena izan liteke. Alkoholismo kronikoaren eta horren ondorioz sortzen den tiamina-gabeziaren eraginez ere sor liteke. Alkoholikoengan eta alkoholismo kronikoaren ondorioz gaizki elikatu direnengan sarri gertatzen da.

Lehenik Wernicke-ren entzefalopatia agertzen da; mozkortasunarekin erraz nahasten da. Entzefalopatia hori duten asko hil egiten dira, eta bizirauten duten askok Korsakoff-en psikosia garatzen dute. Wernicke-Korsakoff sindromea duenak honako bereizgarriok agertzen ditu: espazioari eta denborari buruzko nahastea, logura, ikusmen bikoitza, ikusmen-kinada bati jarraitzeko begien gaitasunik eza, ibiltzean oreka gorde ezina (ataxia), amnesia aurrerakaria, nahaste mentala, konfabulazioa edo oroimenaren faltsutzea. Wernicke-ren entzefalopatia tratatzen ez bada, Korsakoff-en psikosia gara daiteke.

9.3.8. Deliriuma

Deliriuma duenak arretaren eta kognizioaren aldaketa iraunkorra jasaten du; arreta gidatzeko edo fokatzeko, arretari eusteko edo arreta aldatzeko gaitasuna galdua du. Ingurunera eta bere buruarengana behar bezala orientatu gabe dauka kontzientzia. Nahiko azkar garatzen da deliriuma, eta haren sintomak larriagotu egiten dira eguneko ordu batzuetan. Nahaste hori oinarrizko baldintza biokimiko edo

mediko batzuen ondorioa da; hots, substantzien intoxikazioan edo abstinentzian, edo baldintza medikoetan aurkitu behar dira kausak. Deliriumean, arretaren, oroimenaren eta orientazioaren galeraz gainera, hizkuntzaren asaldua, hautematearen distortsioa, haluzinazioak eta garunaren disfuntzio globala gertatzen dira.

DSM-5eko irizpide diagnostikoak deliriumerako (DSM-5; APA, 2013):

A. Arretaren eta kontzientziaren nahastea: arreta zuzentzeko, fokatzeko, mantentzeko eta aldatzeko gaitasun gutxi du, eta ingurunean orientatzeko ere bai.

B. Azkar garatzen da nahastea. Lehen zuen arreta- eta kontzientzia-mailarik ez du, eta nahastearen larritasuna aldatu egiten da egunean zehar.

C. Kognizio-mailako beste nahasteren bat ere agertzen du: oroimen-gabezia, desorientazioa, hizkuntza, ikusmen- eta espazio-arloko trebetasuna edo hautematea.

D. A eta C irizpideetako nahasteak ez dira hobeto azaltzen aurrez finkatua den eta garatuz doan nahaste neurokognitibo baten bidez, eta ez da gertatzen aktibazio-maila larriki murriztua delako, koma-egoeran bezala.

E. Historiak, azterketa fisikoak edo laborategiko aurkikuntzek agerian uzten dute nahastea dela beste egoera mediko batzuen, substantzien intoxikazioaren edo abstinentziaren, toxinak hartzearen edo etiologia anitzen ondorio fisiologiko zuzena.

Loaldi-esnaldi zikloaren asalduarekin erlazionatua egoten da sarritan deliriuma. Egunez logura eta gauez esna egoten dira sarritan nahaste hau dutenak. Asko kostatzen zaie gauez lo hartzea eta egunez esna egotea.

Nahaste hau sarritan agertzen da ospitaleratuak dauden pertsona zaharren artean. Tratamenduarekin edo tratamendu gabe desager daiteke, baina tratatua ez denean harridura (durduza), koma edo heriotzaraino eboluziona dezake.

9.4. PRAKTIKAK

9.4.1. praktika

Ikus ezazu alzheimerraren misterioari buruzko dokumentala, eta erantzun iezaiezu ondorengo galderei:

Un descubrimiento ignorado sobre El misterio del Alzheimer:

http://www.youtube.com/watch?v=Qn6pMPnM8CU

1. Deskriba ezazu Matia mojaren kasua.
2. Deskriba ezazu Bernardette mojaren kasua.
3. Deskriba ezazu Martina Peter-en kasua.
4. Aipa itzazu Alzheimerren gaixotasunetik babesten gaituzten jarduera batzuk.
5. Deskriba ezazu saguekin egindako esperimentua.
6. Zer aurkikuntza egin zuen Patrick McGeer-ek?
7. Zer ikertu dute Berlingo Charité klinikan?

9.4.2. praktika

Ikus ezazu dokumentala, eta komenta ezazue taldean:

ALZHEIMER: paziente eta senitartekoentzat informazioa:

http://www.youtube.com/watch?v=3ObL2MMh1-w

9.4.3. praktika

Ikus ezazue dokumental hau, eta erantzun iezaiezue ondorengo galderei:

Redes Salud mental (el azote del Alzheimer) Eduardo Punset

http://www.youtube.com/watch?v=qk58Sd4ZRSU

1. Espainian Alzheimerren gaixotasuna duten 800.000 pertsona badaude, zenbat zaintzaile egon daitezke?
2. Nork hartzen ditu alzheimerra duen pertsonari buruzko erabakiak, hura dementzia-fasean dagoenean?
3. Orain arte zergatik egin da diagnostiko kliniko hutsa?
4. Nola diagnostikatzen da orain?
5. Alzheimerra zer portzentajetan jasotzen da herentziaz?
6. Zertan bereizten dira oroimenaren galera arrunta eta Alzheimerren gaixotasuneko oroimen-galera?
7. Oroimen kognitiboarekin batera desagertzen al da oroimen afektiboa ere?
8. Zer gertatzen da erreserba kognitibo handia dutenekin?

9.4.4. praktika

Pseudodementzia depresiboen eta dementzien arteko aldeak:

Pseudodementzia depresiboan dementzia batean aurki daitezkeen sintomak aurkitzen dira oroimenean, portaeran eta ezagutza-funtzioetan, baina nahaste psikiatriko baten testuinguruan agertzen dira sintoma horiek, itzulgarriak dira, eta ez dago nahaste horiek azal ditzakeen arrazoi neuropatologikorik.

Pseudodementzia depresiboa	**Dementzia**
Depresio-pasarteak aurkitzen dira haren bizitzan eta familian.	Depresio-historiarik ez da agertzen haren bizitzan. Familian dementziak aurki daitezke.
Bizkor egiten du aurrera.	Poliki egiten du aurrera.
Narriadura kognitiboaren aurretik dago depresioa.	Narriadura kognitiboaren ondoren dator depresioa.
Iraunkorra da tristura.	Emozio aldakorrak.
Galderen aurrean «ez dakit» erantzuten du.	Hurbilketaz, gutxi gorabeherako erantzunak ematen ditu.
Oroitzapen hurbilak eta urrunak ahanzten ditu.	Oroitzapen hurbilak ahanzten ditu batez ere.
Ohiko tokietan ez da galtzen.	Ohiko tokietan galdu egiten da.
Ez du afasiarik, apraxiarik eta agnosiarik.	Afasia, agnosia eta apraxia ageri ditu.
Ezagutza-gaitasunak ukitu gabe daude.	Ezagutza-gaitasunak ukituak daude.
Nahaste kognitiboak exajeratu egiten ditu.	Dituen baino nahaste kognitibo gutxiagoren berri ematen du.
Antidepresiboei erantzun ona ematen die.	Antidepresiboei erantzun txarra ematen die.

9.4.5. praktika

Osa ezazu alzheimerra duten gaixoen senitartekoen elkarteen Euskal Herriko mapa:

- Gipuzkoako Alzheimerdunen eta Bestelako Dementziadunen Senitartekoen eta Lagunen Elkartea (AFAGI). Helbidea: Resurrección Maria de Azkue kalea, 32 behea. 20018 DONOSTIA. Tel.: 943297118. Faxa: 943321977. E-posta: afagi@afagi.org. Web: www.afagi.org
- Arabako Alzheimerdunen eta Bestelako Dementziadunen Senitartekoen eta Lagunen Elkartea. Helbidea: Vicente Abreu margolaria kalea, 7, 5. bulegoa. 01008 GASTEIZ. Tel.: 945246004. E-posta: afades2003@yahoo.es

- Bizkaiko Alzheimerra duten Gaixoen Senideen Elkartea (AFA BIZKAIA). Helbidea: Dendarikale, 27, 1. 48005 BILBO. Tel.: 944167617. Faxa: 944169596. E-posta: afa-bizkaia@telefonica.net
- Nafarroako Alzheimerra duten Gaixoen Senideen Elkartea (Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer de Navarra: AFAN). Helbidea: Maeztu margolaria, 2 behea. 31008 Iruñea. Tel.: 948-275252. Faxa: 948-260304. E-posta: afan@movistar.es
- AEF (Alzheimerdunen Senideen Elkarteen Euskadiko Federazioa)

9.4.6. praktika

Aldera itzazue dementzia baskularra diagnostikatzeko DSM-IVk eta DSM-Vek erabiltzen dituzten irizpideak.

Oharra: nahaste neurokognitibo baskular nagusiaren irizpideak jaso dira taulan.

Dementzia baskularra diagnostikatzeko irizpideak (DSM-IV-TR)	**Nahaste neurokognitibo baskularra diagnostikatzeko irizpideak (DSM-5)**
A. Ezagutza-gabezia anitz ditu, eta honela agertzen dira: A1. Oroimenaren endekapena (informazio berria ikasteko gaitasunaren endekapena edo aurrez ikasitako informazioa gogoratzeko gaitasunaren endekapena). A2. Ezagutzaren asaldu hauetako bat (edo gehiago): (a) Afasia (hizkuntzaren asaldua). (b) Apraxia (mugimen-jarduerak egiteko gaitasunaren endekapena, mugimena ukitu gabe badago ere). (c) Agnosia (objektuak ezagutu edo identifikatu ezina, zentzumenen funtzioa ukitu gabe badago ere). (d) Funtzio exekutiboen asaldua (adib., planifikazioa, antolamendua, sekuentziazioa eta abstrakzioa).	A. Ezaugarri klinikoak bat datoz etiologia baskularrarekin, hauetako edozeinek iradokitzen duen moduan: 1. Gabezia kognitiboen agerpena gertaera zerebrobaskular bati edo gehiagori lotua dago. 2. Makalaldi nabarmena gertatzen da arreta konplexuan (prozesatze-abiadura barne dela) eta exekuzio-funtzio frontalean. B. Gaixotasun zerebrobaskularraren aztarnak ageri dira historian, azterketa fisikoan eta/edo neuroirudian; aztarna horiek nahikoa dira gabezia neurokognitiboak azaltzeko. C. Sintomak ez ditu hobeto azaltzen beste garun-gaixotasun batek edo nahaste sistemiko batek. Nahaste baskular neurokognitibo probablea diagnostikatzen da, irizpide hauetako bat betetzen bada;

B. A1 eta A2 irizpideetako ezagutza-gabeziek lan-jardueraren edo jarduera sozialaren endekapen esanguratsua eragiten dute, eta aurretiko jarduera asko mugatzen dituzte. C. Badirudi zeinu eta sintoma neurologikoak (adibidez, zuntzen erreflexu sakonen exajerazioa, oinazpia luzatzeko erantzuna, paralisi pseudobulbarra, ibileraren anormaltasunak, soin-adar baten ahultasuna) edo gaixotasun zerebrobaskularra gertatu dela iradokitzen duten laborategiko probak asalduarekin etiologikoki erlazionatuak daudela (adibidez, garun-azala eta substantzia zuria ukitzen dituzten infartu anizkoitzak). D. Gabeziak ez dira agertzen delirium baten buruan bakarrik.	osterantzean, nahaste baskular-neurokognitibo posiblea diagnostikatu behar litzateke: 1. Neuroirudiak parenkimaren endekapen esanguratsua agertu behar du, zeina garuneko odolbideen gaixotasunari egozten baitzaio. 2. Sindrome neurokognitiboa garuneko odolbideen arazo dokumentatuei lotua dago denboraldi batez. 3. Garuneko odolbideen gaixotasunaren aztarna klinikoak eta genetikoak ageri dira. Nahaste baskular neurokognitibo posiblea diagnostikatuko da, irizpide klinikoak betetzen badira, baina neuroirudia eskura ez badago eta sindrome neurokognitiboaren eta gertaera zerebrobaskular baten edo gehiagoren arteko harremana ez bada frogatu. Oharra: DSM-5ek nahaste neurokognitibo larria eta nahaste neurokognitibo arina diagnostikatzeko irizpideak ezarri ditu. Guk nahaste neurokognitibo larriaren irizpideak ekarri ditugu hona.

9.4.7. praktika

Alzheimerren gaixotasunean gertatzen den ezagutzaren endekapena adimenaren garapenaren inboluzio gisa ulertzen du Ajuriaguerrak (Ajuriaguerra, Rego, Richard eta Tissot, 1970). Inboluzio genetikoan gertatzen den erretrogenesiak Piageten eboluzio genetikoaren alderantzizko bidea egiten du: 1) Lehenik eragiketa formalak desintegratzen dira: ezin ditu indukzioak eta dedukzioak egin, ezin du egoeraren globaltasuna atzeman, ezin du maila hipotetikoan jardun. 2) Ondoren eragiketa konkretuak desintegratzen dira: amnesia, apraxia, afasia eta agnosia gertatzen dira.

3) Gero, aro preoperatorioa desintegratzen da: funtzio sinbolikorako gaitasuna galtzen da, esfinterren kontrola galtzen da. 4) Azkenik, adimen sentsomotorra desintegratzen da: ibiltzeari uzten dio, fetu-egoerara itzultzen da.

9.4.8. praktika

Zer laguntza eskaintzen zaizkio mendekotasuna duen pertsona zaintzen duenari?

Etxez etxeko zerbitzuak: mendeko pertsona bere ingurunean zaintzeko, pertsonaren etxean ematen diren sostengu eta laguntzak.

Eguneko eta gaueko zentroak: mendeko pertsonei arreta osoa ematen diete egunean edo gauean zehar, pertsonaren autonomia zaintzeko eta haren familiari edo zaintzaileari laguntzeko.

Egoitzak: mendeko pertsonak modu iraunkorrean edo denboraldi batez zaintzeko.

Diru-laguntzak: gizarte-segurantzarenak, foru-aldundiarenak.

9.4.9. praktika

Depresio geriatrikoari buruzko Yesavage-ren eskala

Galdera	Erantzuna
Oro har, zure bizitzaz asebeterik al zaude?	Ez
Jarduera edo interes askori uko egin al diozu?	Bai
Zure bizitza hutsik dagoela sentitzen al duzu?	Bai
Sarritan aspertua egoten al zara?	Bai
Etorkizunean itxaropenik ba al duzu?	Ez
Burutik kendu ezin dituzun pentsamenduengatik gogaitua sentitzen al zara?	Bai
Aldarte ona izaten al duzu sarritan?	Ez
Zerbait txarra gertatzen ari zaizun beldur al zara?	Bai
Askotan zoriontsu sentitzen al zara?	Ez
Askotan bazter utzia sentitzen al zara?	Bai
Sarritan egonezinik eta urduri egoten al zara?	Bai
Nahiago al duzu etxean egon, irten eta gauza berriak egin baino?	Bai
Etorkizunaz kezkatua al zaude sarritan?	Bai
Jende gehienak baino oroimen-arazo gehiago dituzula uste al duzu?	Bai
Bizitzea zoragarria dela pentsatzen al duzu?	Ez
Desanimatua eta malenkoniatsu sentitzen al zara sarritan?	Bai
Zauden ingurunean nahiko deuseza sentitzen al zara?	Bai
Iraganaz oso kezkatua al zaude?	Bai
Bizitza kitzikagarria dela iruditzen al zaizu?	Ez
Zaila al da zuretzat proiektu berriak abiaraztea?	Bai

Energiaz beterik sentitzen al zara?	Ez
Zure egoera etsipenezkoa dela sentitzen al duzu?	Bai
Jende asko zu baino hobeto dagoela uste al duzu?	Bai
Sarritan gauza txikiengatik kezkaturik egoten al zara?	Bai
Sarritan negar egiteko gogoa izaten al duzu?	Bai
Kontzentratzeko arazoak al dituzu?	Bai
Goizean jaikitzean hobeto sentitzen al zara?	Ez
Nahiago al duzu lagunarteko bilerak ekidin?	Bai
Erraza al da zuretzat erabakiak hartzea?	Ez
Zure burua lehen bezain argi al dago?	Ez

Balorazio orokorra

Eskuineko zutabeko erantzunarekin bat datorren erantzunari puntu bat ematen zaio. Batura orokorra honela balioesten da:

0-10: Normala.

11-14: Depresioa (sentikortasuna: % 84; espezifikotasuna: % 95).

>14: Depresioa (sentikortasuna: % 80; espezifikotasuna: % 100).

- Sentikortasuna: benetan gaixoak direnak positibo emateko testak duen gaitasuna.
- Espezifikotasuna: persona osasuntsuek gaixotasunik ez dutela frogatzeko gaitasuna.

9.4.10. praktika

Azter ezazu taldean Alzheimerren gaixotasunaren detekziorako tresna hau:

Alzheimerren gaixotasunaren detekzio goiztiarrerako testa

Ataza	Argibideak	Puntuazioa
Hitz-jario semantikoa (a)	Fruten izenak 30 segundoan	/10
Hitz-jario fonologikoa (b)	«f»-z hasten diren hitzak 30 segundoan	/10
Definizioen izenak (c)	Non jartzen dituzte arrautzak txoriek? Zer elikagai ekoizten dute erleek? Non kontserbatzen dira hotz elikagaiak? Non begiratu behar du norbere burua ikusi nahi duenak? Zer tresnarekin irekitzen dira botilak? Non erosten dira elikagaiak? Nola deitzen da lepo oso luzea duen animalia? Non begiratzen dugu zer egunetan gauden? Ohean gaudenean non pausatzen da burua? Zerez garbitzen da zorua?	/10
Objektuak izendatu (d)	Zer da hau? Botoia Sorbalda Botoi-zuloa Ukondoa Mahuka (batarena edo alkandorarena) Eskumuturra Lepoa (batarena edo alkandorarena) Bekaina Patrika (batarena edo alkandorarena) Betazala	/10
Izen berezien ahozko hitz-jarioa (e)	Norberaren lurraldeko kirolarien izenak (jardunean dirautenak), 30 segundoan. Norberaren lurraldeko aktoreen (gizon zein emakume) izenak (jardunean dirautenak), 30 segundoan.	/5 /5

Izen bereziak izendatzea (f)	Nola du izena? Egungo Aita Santuak Asturiasko printzesak Estatu Batuetako presidenteak Formula 1eko piloto espainiar txapeldunak Estatuko presidenteak Erresuma Batuko lehen ministroak Estatuko oposizioko liderrak Frantziako presidenteak Real Madrileko egungo presidenteak Venezuelako presidenteak	/10
Hitzen zerrenda baten berehalako oroitzapena (g)	Erosketa-zerrendaren oroitzapena Arroza Bonbilla Kafea Tomatea Gazta Xaboia Pospoloak Izokia Gatza Garagardoa	/10
Pertsona baten datuen berehalako oroitzapena (h)	Lagun baten aurkezpena: Alberto du izena Parisen bizi da 41 urte ditu Hiru seme-alaba ditu Banku batean lan egiten du Haren aita militarra zen Haren janari kuttuna pasta da Zigiluen bilduma egitea da haren zaletasun nagusia Tenisean jokatzea gustatzen zaio Kotxerik ez du, baina motorra gidatzen du Zer gogoratzen duzu nire lagunaz?	/10
Erosketa-zerrendaren oroitzapen atzeratua (i)	Erosketa-zerrendako zenbat gauza gogoratzen dituzu?	/10
Pertsona baten datuen oroitzapen atzeratua (j)	Nola du izena nire lagunak? Zer ogibide zuen haren aitak? Non bizi da? Zein da haren janari kuttuna? Zenbat urte ditu? Zein da haren zaletasun nagusia? Zenbat seme-alaba ditu? Zer kirol egiten du? Zertan lan egiten du? Zer ibilgailu gidatzen du?	/10
Puntuazio osoa		/100

Argibideak:

(a) 30 segundoan fruten izenak esango dizkidazu. Esan iezazkidazu gogoratzen dituzun fruta guztien izenak. Puntu bat ematen da fruta bakoitzeko. Gehieneko puntuazioa: 10.

(b) 30 segundoz, «f» letraz hasten diren hitzak esan behar dizkidazu. Ez dute balio pertsonen edo lekuen izenek. Proba gelditukо da 30 segundo igarotzean edo 10 izen esatean. Hitz bakoitzeko puntu bat ematen da. Gehieneko puntuazioa: 10.

(c) Egingo dizkizudan galdera batzuei erantzun behar diezu. Erantzun zuzen bakoitzeko puntu bat emango da.

(d) Objektu batzuk erakutsiko dizkizut, eta zuk haien izenak esango dituzu. Erantzun zuzen bakoitzeko puntu bat emango da. Termino generikoak erabiltzen baditu (adibidez, begia, betazalaren ordez), zehaztu egiten zaio zer izendatu behar duen (adibidez, begia estaltzen duen azalaren izena nahi dugula).

(e) Lurralde honetan jardunean dauden kirolarien izenak emango dizkidazu. Kirolari bakoitzeko puntu bat emango da, bost puntura arte. Orain aktore diren lurralde honetako gizon eta emakumeen izenak eman behar dizkidazu. Aktore bakoitzeko puntu bat emango da, bost puntura arte.

(f) Ondorengo pertsonek zer izen duten esan behar didazu. Erantzun zuen bakoitzeko puntu bat ematen da.

(g) Erosketa-zerrenda irakurriko dizut. Arretaz entzun ezazu, gero errepikatu egin behar didazu eta. Poliki eta garbi irakurtzen da zerrenda, hitzen artean pare bat segundoko tartea utzita, eta ondoren esaten zaio: ea zerrendako zenbat gauza oroitzen dituzun. Gogoratutako hitz bakoitzeko puntu bat ematen da.

(h) Aspalditik ezagutzen dudan lagun bati buruz hitz egingo dizut orain. Arretaz entzun iezadazu. Informazio guztia irakurtzen da, eta ondoren galdetzen zaio: esan iezadazu nire lagunaz gogoratzen duzun guztia. Gogoratutako informazio bakoitzeko puntu bat ematen da.

(i) Oroitzen al zara lehen irakurri dizudan erosketa-zerrendaz? Ea zerrendako zenbat hitz gogoratzen dituzun. Gogoratutako hitz bakoitzeko puntu bat ematen da. Ez dago denbora-mugarik: besterik gogoratzen ez duen arte uzten zaio.

(j) Gogoratzen al duzu nire lagunaz esandakoa? Hari buruz galdetuko dizut, ea zer gogoratzen duzun. Galderak egingo zaizkio, eta gogoraturiko informazio bakoitzeko puntu bat emango zaio.

Ondoren dituzu Alzheimerren gaixotasuna dutenek, endekapen kognitibo arina dutenek eta kontrol-taldekoek probaren 10 atazetan ateratako batez besteko puntuazioak:

	AG	EKA	Kontrola
Hitz-jario semantikoa	6,47	7,77	9,04
Hitz-jario fonologikoa	5,94	7,54	8,56
Objektuen izendatzea	6,29	7,58	8,32
Definitutakoa izendatzea	5,94	7,62	8,44
Izen bereziz izendatzea	5,59	7,38	8,60
Izen berezien hitz-jarioa	5,21	6,73	8,28
Hitzen zerrenda bat berehala gogoratzea	6,09	7,81	8,56
Pertsonei buruzko informazioaren oroitzapen atzeratua	5,03	6,96	7,56
Proba osoa	59,32	75,31	84,56

EKA: endekapen kognitibo arina; AG: Alzheimerren gaixotasuna.

9.4.11. praktika

Nahastea duen pertsonak azterketa egiten laguntzen ez duenean, informatzailea behar izaten da. Informatzaileak ez du errealitatea aldatu behar. Informatzailearentzako galde-sorta erabilienetarikoa *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly* da. Galde-sorta horren bertsio laburtuak 17 galdera ditu. Likert eskalaren arabera, 1etik 5era puntuatzen dira.

Informatzailearentzat galde-sorta laburra

Gogora ezazu nolakoa zen zure senitartekoa duela 5 edo 10 urte, eta aldera ezazu une honetan denarekin. Gogora ezazu ea aldaketaren bat gertatu den denbora horretan, galdetzen dizugun alderdiren batean.

Erabil itzazu honako irizpide hauek: 1: asko hobetu du; 2: pixka bat hobetu du; 3: ia aldaketarik gabe; 4: pixka bat okerrera egin du; 5: asko egin du okerrera.

Galderak	Puntuak
1. Pertsona hurbilenen (senitartekoak, lagunak) izenak gogoratzea.	
2. Duela gutxi (azken bi edo hiru hilabeteetan) gertatu diren gauzak gogoratzea (albisteak, bere gauzak edo senitartekoenak).	
3. Egun batzuk lehenagoko solasaldi batean zertaz hitz egin den gogoratzea.	
4. Minutu batzuk lehenago zer esan duen ahanztea, esaldi baten erdian gelditzea eta zer esan ez jakitea, une bat lehenago esandakoa errepikatzea.	
5. Uneko data gogoratzea.	
6. Bere etxeko arasen toki zehatza eta gauzak non gordetzen diren ezagutzea.	
7. Tokiz kanpo dagoen gauza bat non jarri behar den jakitea.	
8. Aparatu berri bat erabiltzen ikastea (garbigailua, musika-tresna, irratia, etab.).	
9. Gertatu berri diren gauzez oroitzea.	
10. Gauza berriak ikastea (oro har).	
11. Ohikoak ez diren hitzen (egunkarikoak, telebistakoak, solasaldikoak) esanahia ulertzea.	
12. Interesatzen zaizkion egunkari eta aldizkarietako artikuluak ulertzea.	
13. Historia bati jarraitzea liburu, egunkari, zine, irrati edo telebista batean.	
14. Eguneroko arazoetan (zer jantzi, zer janari prestatu) edo garrantzi handiagoko gaietan (oporretan nora joan, non inbertitu dirua) erabakiak hartzea.	
15. Finantza-gaien kontrola (pentsioa kobratu, zergak ordaindu, bankuarekiko harremanak).	
16. Eguneroko beste kalkulu-arazo batzuen kontrola (senitartekoen bisiten arteko denbora, lekuen arteko distantziak, zenbat janari erosi eta prestatu gonbidatuak daudenean, batez ere).	
17. Uste duzu haren adimena aldatu dela azken 10 urteetan?	

Puntuazio osoa: 85 puntu.

57 puntutik gorako puntuazioak (>57) endekapen kognitibo probablea adierazten du.

10. Arretaren alterazio eta nahasteak

10.1. SARRERA

Kontzientziak eta arretak harreman estua dute, kontzientziaren fokatzea baita arreta. Arretak informazioa prozesatzen du, eta horretarako gure kontzientzia objektu edo kinada batera bideratzen laguntzen du, kontzientziaren eremu osoko zati batean fokatzen. Arreta, beraz, kontzentrazioari lotua dago: pertzepzioaren fokatzea eskatzen du. Kinada batzuetan kontzentratzeko, kinada garrantzitsuak eta garrantzirik gabeak bereizi egin behar ditu. Arreta kinada batzuei jarrita, kinada multzo baten kontzientzia garbi eta bereizia lortzen da.

Arreta eta kontzentrazioa elkarri loturik daude. Beraz, arretaren eta kontzentrazioaren psikopatologiak elkarrekin doaz. Kontzentrazioaren alterazioetako bat gehiegizko kontzentrazioa da. Horrela, pertsona bat gai batean gehiegi zentratzen denean, *absentzia mentalak* gertatzen dira. Bere baitan gehiegi biltzen da, bere pentsamenduetan gehiegi murgiltzen, eta ez die arretarik jartzen kanpoko kinadei. Arazo konkretu batean asko kontzentratzen da, baina beste kinadei ez die arretarik jartzen, eta mekanikoki egiten ditu jarduerak. *Hiperprosexia* duenak arreta gehiegi fokatzen du (adibidez, nahaste bipolarraren fase maniakoan edo drogaren bat hartzeagatik), arreta hori etengabe eta azkar aldatzen bada ere objektu batetik bestera.

Kontzentrazio-gabezia duenak jarduera batean arreta iraunkorra izateko gaitasun gutxi du. *Hipoprosexia* duenak arreta-gaitasuna gutxitua du. *Aprosexia* egonezin handiko uneetan (eskizofrenia, autismoa, harridura-egoera) gertatzen da, eta arreta jartzeko gaitasunik eza adierazten du. *Aldi baterako hutsunea*, berriz, kontzentrazio-gabeziarekin lotua dago: aldi bateko ezer ez du gogoratzen, denbora horretan zerbait egiten ari bazen ere; zerbait mekanikoa egiten ari zen, eta ez du erregistratu. Adibidez, autoa gidatzen etorri da lantokitik etxera, baina bidean gertatutako ezer ez du gogoratzen. Arreta-gaitasunaren hutsune bat da.

Seudoaprosexia duena arreta jartzeko ez dela gai dirudi, baina arreta beste alderdi batean fokatua duelako da. Nahaste histerikoaren kasuan, inguruko pertsonei jartzen die arreta. Nahaste hipokondriakoaren kasuan gorputzari jartzen dio arreta. Nahaste psikotikoaren kasuan haluzinazioei edo eldarniozko ideiei jartzen die arreta. Eremu pertzeptiboaren kontzientzia hartzeko gaitasunik ezagatik ere gerta daiteke pseudoaprosexia; kasu horretan kontzientziaren alterazioa litzateke.

Arreta selektiboaren gabezia duenak arazoak ditu kinada garrantzitsuak eta garrantzi gabeak bereizteko. Beraz, distrakzio-arazoak ditu. Arazo horiek eskizofrenian, manian edo arreta-gabezia eta hiperaktibitatearen nahastean sarritan gertatzen dira. Arretaren asaldura kualitatiboen artean sartzen dira distraigarritasuna eta *paraprosexia*. Pertsona bat distraigarria da arreta jartzeko gaitasun ezegonkorra duenean: foku batetik bestera erraz desbideratzen duenean arreta (trauma, toxikoa, eskizofrenia). Paraprosexia duen pertsonak gehitu egiten du arreta espontaneoa, eta gutxitu egiten du borondatezko arreta. Alterazio hori sarri gertatzen da mania-egoeretan. Mania-faseetan denbora laburrean eta kinada anitzetan fokatzen da arreta. Paraprosexian, kinada nagusia ez den foku batera zuzentzen da arreta, edo desfase bat dago hautematen den kinadaren eta arreta jartzen zaion unearen artean (eskizofrenia, eldarniozko nahaste paranoidea, trauma edo toxikoa).

Arretaren beste asaldura kualitatibo bat perplexutasuna da; asaldura horretan, pertsonak ezin du sintetizatu arretaren edukia; ez du ulertzen inguruko gertaeren eta harreman afektiboen esanahi konkretua.

10.2. ARRETA-GABEZIA ETA HIPERAKTIBITATEA

10.2.1. Garapen historikoa

Hemeretzigarren mendearen amaieran zorotasun inpultsibo, kontrol moralaren gutxiegitasun eta inhibizio-gabezia gisa deskribatu zen nahaste hau. XX. mendearen hasieran, lesio edo gabezia neurologikoetatik eratorritako nahastetzat hartzen ziren nahaste hiperaktiboa eta arreta-gabezia.

Arreta-gabezia eta hiperaktibitatearen nahastearen kontzeptualizazioan etapa hauek bereiz daitezke: 1. garun-lesioa; 2. garun-disfuntzioa; 3. sindrome hiperaktiboa; 4. arreta-gabeziako aroa; 5. irizpide diagnostikoen gorakada; 6. neuroirudiaren eta funtzio exekutiboaren aroa.

1. *Haurraren garuneko zauriaren aroa:* XX. mende hasieratik XX. mende erdira arte

   Still-ek sindrome bat deskribatu zuen 1902an, bereizgarri hauek zituena: portaera oldarkorrak eta desafiatzaileak, erasokortasuna, diziplinaren kontrako jarrera, gehiegizko jarduera, hunkigarritasuna, inhibizio-gaitasunik eza eta arreta-gabezia, kontrol moralik eza. Gaur egun, *ezezkotasun desafiatzaileko nahaste* deritzoguna deskribatu zuen Stillek.

   Lehen Mundu Gerraren garaian, gripe-epidemia bat izan zen mundu osoan, eta 20 milioi pertsona baino gehiago hil ziren. Gripe-epidemia horrekin elkarturik entzefalitis-epidemia gertatu zen; eritasun horrek jotako haurrek portaerako nahaste bat agertu zuten gaixotasunaren ondoren. Nahaste hori Stillen sindromearekin erlazionatu zen, eta gaur egungo sindrome

hiperzinetikoaren antz handia zuen, ezaugarri hauek agertzen baitzituen: arreta-arazoak, jarduerak arautzeko arazoak, oldarkortasuna, portaerako nahasteak eta oroimenaren disfuntzioak. Esperientzia horren ondorioz, AGNHa garuneko lesio batek eragina zela pentsatu zuten.

Strauss eta Lehtinen-ek (1947) *haurraren garun-kaltearen sindrome* izena eman zioten, eta nahaste horrek jatorri organikoa zuela defendatu zuten. Straussek hiperaktibitatea, distraigarritasuna, oldarkortasuna, pertseberazioa eta ezagutza-gabezia zituzten haur atzeratuak deskribatu zituen, eta haur horiek garuna kaltetua zutela esan zuen. 1937an anfetaminaz tratatu zituzten portaera-arazoak zituzten pazienteak, eta hobekuntza nabaria izan zuten.

Anfetaminen onurez 1930eko hamarkadan konturatu baziren ere, estimulatzaileen erabilera ez zen hedatu XX. mendeko bigarren erdira arte. Laufer eta Denhoff-ek 1957an *garunaren lesio minimo* moduan deskribatu zuten nahaste hori, eta metilfenidatoz tratatu zuten, ikusmen-talamoaren egituren gabezia batetik etor zitekeela pentsatu baitzuten.

2. *Haurraren garun-disfuntzioaren aroa*

   Ikertzaileak konturatu ziren sintomatologia hiperaktiboa zuten haurrek ez zutela inolako garun-lesiorik, eta «garun-lesio minimo»aren kontzeptutik funtzionamendu txarraren edo «garun-disfuntzio minimo»aren hipotesira iragan ziren (Clements eta Peters, 1962; McKeith, 1963; Polaino Lorente, 1997). Garuna normala zen, baina disfuntzio txiki bat zuen, eta horrek portaera desegokiak sorrarazten zituen.

3. *Hiperaktibitatearen urrezko aroa*

   Hirurogeiko hamarkadan garun-disfuntzio minimoaren kontzeptua desagertuz joan zen, eta nahaste kognitiboez, portaera-nahasteez, ikaskuntza-nahasteez eta *haurraren hiperaktibitate-sindrome*az hitz egiten hasi ziren. Hiperaktibitatean eta ageriko portaeran zentratu zen ebaluazioa.

   AEBko Psikiatria Elkartearen DSM-II eskuliburuan (1968) deskribatu zen sindromea lehenengo aldiz, eta *haurtzaroko erreakzio hiperzinetiko* deitura eman zitzaion. Garunaren hondatze erreala baino gehiago nolabaiteko desordena bat gertatzen zen nahaste horretan.

4. *Arreta-gabeziaren aroa* (70eko hamarkada)

   Hirurogeiko hamarkadan ordura arte ezaugarri elkartutzat hartzen zirenak lehen mailara iragan ziren: arreta-gabezia, arretaren kitzikapena erregulatu ezina, arreta jarraituaren gabezia, inhibizio-gaitasunaren galera, oldarkortasuna, frustrazio eramanezina eta erreakzio erasokorrak (Safer eta Allen, 1976).

Bigarren mailara iragan ziren gehiegizko mugikortasuna, mugimenduen trakestasuna eta disfuntzio kognitiboak. Nerbio-sistema zentralaren heldutasunaren atzerapena dela-eta sindrome hiperkinetikoa duten haurrengan gertatzen den uhin makalen (theta uhinak) gehiegizko jardueraz hitz egiten zen, eta *heldutasun-gabeziaren sindrome* deitu zitzaion.

5. *Irizpide diagnostikoen gorakada* (80ko hamarkada)

   Bi diagnostiko-sistemen arteko eztabaida gertatu zen: AEBko Psikiatria Elkartearen (DSM) eta Osasunaren Mundu Erakundearen (CIE) artekoa. Egile batzuek zalantzan jarri zuten hiperaktibitateak sindromean duen protagonismoa (Rutter, 1984), beste patologia batzuetan ere agertzen den sintomatzat hartu baitzuten. Horrela sortu zen DSM-IIIn (APA, 1980) agertzen den *arreta-gabeziaren nahastea* (AGN) (*hiperaktibitateduna eta hiperaktibitaterik gabea*) terminoa.

   1987an, DSM III-Rk arreta-gutxiegitasunaren maila berean kokatu zuen berriro ere hiperaktibitatea, eta nahaste berean elkartu zituen arreta-gabezia eta hiperaktibitatea: *arreta-gabezia eta hiperaktibitatearen nahastea* (Polaino Lorente, 1997).

   1994an, DSM-IVk arreta-gabezia eta hiperaktibitatearen nahastearen (AGNH) hiru forma kliniko bereizi zituen: *arreta-gabezia nagusi duen nahastea; hiperaktibitatea eta oldarkortasuna nagusi dituen nahastea,* eta *nahaste konbinatua.*

6. *Neuroirudiaren eta funtzio exekutiboaren aroa* (90eko hamarkada)

   Nahastearen sorreran dopaminak eta beste neurotransmisore batzuek duten zerikusia eta giza genomak duen eragina aztertu ziren; eredu esplikatzaile konplexuak landu ziren (hiperaktibitatea, autorregulazio-gabezia eta funtzionamendu kognitiboa).

Gaur egun indarrean dauden irizpide diagnostikoek iturri bikoitza dute: *Nahaste Mentalen Diagnostiko eta Estatistikarako Eskuliburua*n (DSM-IV-TR, APA, 2000) *arreta-gutxiegitasun hiperaktibitateduna* deitzen zaio, eta Nahaste Mentalen Nazioarteko Sailkapenean (CIE-10, MOE, 1992), *nahaste hiperzinetiko*.

CIE-10ean nahastetzat hartua izateko, beharrezkoa da hiru taldeetako sintoma batzuk agertzea (arreta-gabeziaren, hiperaktibitatearen eta oldarkortasunaren arlokoak); DSM-IV-TRn, berriz, azpimotez hitz egiten da, arlo bakarreko sintomak agertzen direnean.

Funtzio exekutiboko nahastearen aroa: ezagutza-funtzioak aktibatu, integratu, konektatu, koordinatu eta modulatzen dituzten funtzioak (Brown, 2003) dira funtzio kognitiboak. Gero eta gehiago, arreta-gabeziaren nahastea *funtzio exekutiboko, autorregulazioko eta lan-oroimeneko nahaste*ekin erlazionatzen da (Denckla, 1996;

Tannock eta Schachar, 1996). AGNa duten haurren arazo nagusia ez da arreta mantentzeko, lan bat antolatzeko edo gertatutakoaz oroitzeko gai ez izatea. Arazo nagusia hau da: ez direla gai funtzio horiek aktibatu eta mantentzeko, beharrezkoak diren egoera askotan, borondatearen mende ez daudelako.

10.2.2. AGNHaren deskribapena eta azpimotak

Arreta-gabezia eta hiperaktibitatearen nahastea dutenen artean honako azpimota hauek bereiz daitezke:

- *Arreta-gabezia bakarrik duen nahastea*

  Nesken artean nabarmentzen da azpimota hau. Hiperaktibitaterik ezagatik bereizten da. Arreta-gabezia eta hiperaktibitatearen nahastea dutenen % 30-40k azpimota hau du.

  AGNHa duten haurren arreta-gaitasuna haur normalek dutenaren antzekoa da (Schachar eta Logan, 1990). Kinadak modu hierarkikoan antolatzeko gaitasuna eta *arreta fokatzeko eta zuzentzeko* modua da bereizten dituena. Ikuspegi kognitibotik begiratuta, arreta selektiboaren gabezia dute haur horiek.

  Hiperaktibitaterik eta gehiegizko oldarkortasunik gabeko arreta-gabezia duten haurrak apatikoak eta amorfo samarrak izaten dira, esna amets egiten dute, eginkizunak ez dituzte amaitzen, barnerakoiak izaten dira, gizartean bakartuak agertzen dira, eta depresioa nahiz barne-herstura gehiagotan agertzen dituzte hiperaktibitatea dutenek baino. Sarritan diagnostikatu gabe gelditzen dira, eta ez dute beharrezko laguntzarik jasotzen.

  Arazo emozional eta portaera-arazo gutxi izan arren, eskolako errendimendu txarra dute.

- *Nahaste hiperaktibo-oldarkorra*

  Portaera hiperaktiboa eta oldarkorra agertzen dute, baina arreta jar dezakete. Nahastea dutenen % 10 inguruk du azpimota hau. Ikerketetan sostengu gutxi aurkitu du nahaste mota honek. Haur Hezkuntzako haurrengan aurkitu izan da batez ere. Haur horiek oldarkorragoak dira, etengabe mugitzen dira, dena ukitzen dute; portaera horretan inguruneak ez dauka halako eraginik.

  Lehen Hezkuntzan nabarmentzen da arreta-gabezia, hain zuzen ere, haurrek ikaskuntza arautuari ekiten diotenean; ardura gabe idazten dute, eta lan narrasak egiten dituzte; ez dute entzuten; argibideei ez diete jarraitzen.

  Haur hiperaktiboek jomuga konkreturik ez duen mugimenduzko edo hitzezko jarduera-maila handiegia dute. Oldarkortasuna eta portaera inhibitzeko gaitasun-gabezia dira haien ezaugarriak.

Hiperaktiboen portaera desinhibituak besteen bazterketa eragiten du, eta harreman sozialak zaildu egiten ditu. Lagunartean bakartuak gelditzen dira, eta horrek beren buruaz irudi negatiboa edukitzera eramaten ditu.

- *Arreta-gabezia, hiperaktibitatea eta oldarkortasuna konbinaturik*

  Haurren % 50-60k du azpimota hau. Etengabe mugimenduan egon beharra eta arreta mantentzeko arazoak dituzte. Sarritan, gainera, erasokor eta agintearen aurka ageri dira. AGNHa duten haur gehienek bi patroi klinikoak agertzen dituzte; hots, AGNH konbinatua dute.

  Horrela, AGNHaren lehen mailako ezaugarriak arreta-gabezia, hiperaktibitatea eta oldarkortasuna dira. Bigarren mailako ezaugarri gisa erasokortasuna, arauak errespetatzeko zailtasunak, harreman sozialetarako zailtasunak, autoestimu baxua eta ikaskuntza-zailtasunak aipa genitzake.

10.2.3. AGNHaren lehen mailako ezaugarriak

10.2.3.1. Arreta-gabezia

AGNH sindromearen muina ez da hiperaktibitatean aurkitu behar, arretako eta kontzentrazioko nahasteetan baizik. AGNHa dutenak lehenago aspertzen dira errutinazko lan bat egitean, nahaste hori ez dutenak baino. Kinada berriek eta dibertigarriek gehiago erakartzen dituzte. Egoera erakargarrietan ez da diferentzia handirik ikusten AGNHa duten eta ez duten haurren artean.

Arretak hiru funtzio betetzen ditu: arreta *selektiboa* (fokatu eta diskriminatu), arreta *zatitua* (bi informazio-iturriri aldi berean arreta jartzeko gaitasuna) eta arreta *jarraitua* (aditasun eta errendimendu jarraitua). Hiru funtzio horietatik kaltetuena arreta jarraitua da AGNH kasuetan.

Denboran zehar arreta mantentzeko gaitasuna ukitzen du arretaren hutsuneak. AGNHa duenak ezin du arreta behar beste denboraz jarri, adin bereko beste haurrek egin ditzaketen jarduerak egiteko. Arreta-denbora eta arreta jarraitu laburra ditu, eta gutxi irauten du jolasetan; iraupen gutxiko arreta du eskolan. Gustukoak dituen jardueretan luze iraun dezake, baina errutinazko atazak aspergarri gertatzen zaizkio eta utzi egiten ditu.

Luzaroan pentsatu izan da haur arretagabeek distrakzio- eta kontzentrazio-arazoa dutela. Horregatik, inguruko kinada distraitzaileak kentzen saiatu izan dira hezitzaileak. Baina, ingurune monotono bat ezartzeak arazoa handiagotu egiten du, konpondu baino gehiago. Estimuluak gutxitzeak larriagotu egiten du AGNHa dutenen arreta-arazoa. Nahaste hori duten haur eta nerabeek kolorezko materialarekin egiten badituzte ariketak, hutsegite gutxiago egiten dituzte (Barkley, 1995). Egiten ari diren lan bati estimulazioa eransten zaionean, AGNHa dutenen arreta-maila igo egiten da.

Arretaren funtzioa ez da garunaren funtzio baterakoia eta modularra. Garunaren egitura asko dira arretaz arduratzen direnak. Arreta-gabeziarekin eta arreta mantentzearekin aldagai hauek agertzen dira erlazionatuak: lanaren antolamendua eta aktibazioa, energia, ahalegina, kontzentrazioa, interferentzia afektiboen kontrola, lan-oroimenaren erabilera, oroitzapenak eguneratzea, argibideei jarraitzea, distraitzeko erraztasuna, objektuak galtzeko eta gauzak ahanzteko joera (Brown, 2003).

Eredu psikiatrikoak portaera asaldatzailearekin erlazionatu du arreta-gabezia. Eredu neurologikoak arretaren eta funtzio exekutiboen arteko harremana azpimarratu du. Gero eta gehiago, arreta-gabeziaren nahastea *funtzio* exekutiboko eta lan-oroimeneko nahastearekin erlazionatzen da (Douglas, 1988; Pennington eta Ozonoff, 1996).

Tannock eta Schachar-en arabera (1996), AGNHaren arazo nagusiak *autorregulazio*an oinarritzen dira. AGNHa duten haurren arazo nagusia ez da arreta mantentzeko, lan bat antolatzeko edo gertatutakoaz oroitzeko gai ez izatea. Arazo nagusia hau da: ez direla gai funtzio horiek aktibatu eta mantentzeko, beharrezkoak diren egoera askotan. Arretaren, oroitzearen eta antolatzearen funtzioak kalteturik egon ez arren, ez dituzte ongi egiten goi-mailako prozesaketak. Funtzio horiek ez daude borondatearen menpe.

*Funtzio exekutiboa*k ezagutza-funtzioak aktibatu, integratu, konektatu, koordinatu eta modulatu egiten ditu, eta haietako batzuei lehentasuna ematen die (Brown, 2003). Beste funtzio batzuk kontrolatzen dituzten funtzioak dira funtzio exekutiboak.

Orkestra-zuzendariaren, suhiltzaileburuaren eta enpresa-kudeatzailearen adibideak jartzen ditu Brownek funtzio exekutiboak ilustratzeko. Funtzio exekutiboaren alderdi bat dago ukitua AGNH hiperaktibo-oldarkorrean, hain zuzen ere, portaeraren inhibizioari dagokion alderdia. Funtzio exekutiboaren beste alderdi batzuk (lan-oroimena, autorregulazioa edo afektua) daude nahasiak AGNHaren arreta-gabeziaren sintometan.

Afektuaren modulazioa ere funtzio exekutiboaren alderdi esanguratsua da. Informazio emozionalaren prozesaketa arretaren alderdi garrantzitsua da. Arretaren funtzio exekutiboarekin zerikusia dute bai emozioek bai kognizioek. Arreta-gabezian, emozioek eta kognizioek dute eragina. Emozioek arreta asalda eta susta dezakete. Horrela, AGNHa duten haur askok denbora luzez euts diezaiokete arretari, arretagunea haien interesekoa bada: bideo-joko baten aurrean dagoen haurraren AGNHa desagertu egiten da. Lan-oroimenean lotura inkontzienteak daude egungo kinaden eta inkontzienteki aktibatutako oroitzapenen artean. Kontzentrazioarekin oso lotua dagoen emozio positiboa da interesa. Beren interesekoak diren gaietan erraz kontzentratzen dira haurrak eta helduak, baina oso zaila gertatzen zaie interesatzen ez zaizkien gaietan zentratzea.

AGNHa diagnostikatu ahal izateko, sintometako batzuek 7 urterekin jadanik agertu behar luketela esaten badu ere DSM-IVk, nahaste horren sintoma asko geroago agertzen dira. Lehen, haurtzaroan agertutako sintometan oinarrituta diagnostikatzen zen AGNHa. Gaur egun, funtzio exekutiboen endekapenari ematen zaio garrantzia, eta funtzio horiek ezkutuago gertatzen dira. Funtzio kognitibo asko inplikatzen dituzten lan konplexuak nola burutzen dituzten aztertuz ebaluatzen dira subjektuak

Denckla-ren arabera (1996), funtzio exekutiboen gaitasunaren garapenean datza hazkuntza. Bizitzako jarduerak gero eta konplexuagoak dira eta funtzio exekutiboek gero eta eskaera zailagoei egin behar diete aurre. Horregatik, pertsona batzuen arreta-gabeziako sintomak nerabezaroan edo helduaroan agertzen dira, ardurak hartuz doazen neurrian. Hori dela-eta, DSM-IVko irizpide diagnostikoen artean agertzen den adin-irizpidea (sintomek 7 urte baino lehen agertu behar dutela dioena) zalantzan dago gaur egun. Barkley eta Biederman-en iritziz (1997), irizpide hori albora utzi behar litzateke.

Arretaren eta oroimenaren artean lotura dago. Lan-oroimena epe laburreko oroimenaren funtzioetako bat da (Baddeley, 1986; Goldman-Rakic, 1994). Arretaren jomuga eta testuingurua gordetzen ditu lan-oroimenak. Prozesaketarako beharrezkoak diren loturak eta ezinbesteko informazioa zaintzen ditu, beste funtzio batzuk betetzen dituen bitartean. Ez da informazioa denbora batez biltegiratzeko sistema soila, prozesaketa sistema aktiboa baizik. Lan-oroimenak honako alderdi hauek biltzen ditu: epe luzeko oroimenak aktibatutako informazioa, epe laburreko oroimenaren informazioa eta informazio horri buruzko erabaki-prozesuak (Kosslyn eta Koenig, 1995); ez dago, beraz, epe luzeko oroimenetik bereizia, baizik eta horren zati aktibo bat da. Denbora berean aktiba dezakeen informazio kantitateari dagokionez, gaitasun mugatua du lan-oroimenak; lan-oroimenaren gaitasun eraginkorraren arabera bereiz daitezke pertsonak.

10.2.3.2. Hiperaktibitatea

Haur hiperaktiboak kontrol-taldekoak baino nabarmen aktiboagoak dira: kontrol-taldekoak baino zortzi bider gehiago mugitzen dira (Barkley, 1995).

Barkleyren iritziz, mugikortasunaren arazoa baino gehiago, neurri gabeko portaeraren arazoa da. Egoera konkretuei neurriz gaindiko erantzunak ematen dizkiete. Hiperaktibitatea eta oldarkortasuna errealitate beraren bi aurpegi izango lirateke: portaeraren inhibizioarekin dute zerikusia.

Hiperaktibitatea kontrol-gabeziak definitzen du. Hiperaktiboa ez da gai bere mugitu beharra kontrolatzeko. Ez da borondate-gabeziaren kontua, kontrol-gabeziarena baizik. Gehiegi mugitzen da, alferrikako mugimenduak, hau da, helburu batera zuzenduak ez dauden mugimenduak egiten ditu. Zenbat eta aspergarriagoa izan egiten ari dena, orduan eta gehiago egiten ditu alferrikako mugimenduak: eskuak eta hankak mugitu, gauzei kolpetxoak eman, kulunka ibili, jarreraz aldatu.

Era berean, kontrol-taldekoek baino gehiago hitz egiten dute. Beste zantzu hauek ere ageri dituzte: urduritasuna, gehiegi hitz egitea, lo egiteko premia gutxiago izatea, lekualdatze gehiegi, otorduetan edo ikastean eserita egon ezina. Hiperaktibitate hori, gainera, ez da esna dagoenean bakarrik gertatzen; lotarako garaian ere gertatzen da: ostikadak eman, mantak kendu, mugitu...

Bi hiperaktibitate mota bereizten dira: 1) egoera-hiperaktibitatea: egoera gutxi batzuetan gertatzen dena; 2) hiperaktibitate orokorra: egoera gehienetan gertatzen dena.

Alderantzizko fenomenoa ere (hipoaktibitatea) gertatzen da batzuetan AGNHa duenarengan, ameslarien kasuan batez ere. Arreta-gabezia, lozorroa, lanak amaitu ezina, ikasteko zailtasuna, lidergo-gaitasunik eza.

10.2.3.3. Oldarkortasuna edo inhibizioaren kontrol-gabezia

AEBko Psikiatria Elkarteak (APA, 1987) AGNHaren sintoma garrantzitsutzat jotzen du *oldarkortasuna.* Osasunaren Mundu Erakundeak Gaixotasunen Nazioarteko Sailkapenean AGNHaren ezaugarri elkartutzat jotzen du oldarkortasuna; aldiz, arreta-gabezia eta hiperaktibitatea lehen mailako ezaugarritzat hartzen ditu.

AGNHa dutenek gaitasun gutxiago dute beren portaera inhibitzeko eta beren bulkadak kontrolatzeko. Pentsatu gabeko erantzuna ematen diote egoerari edo besteek esandakoari.

Oldarkortasunean ezaugarri hauek elkartzen dira: kitzikakortasuna, desantolamendua, pentsatu gabe ekitea, planeatzeko gaitasun urria, erantzuteko abiadura gehitua, egonarririk eza, jarduera batetik bestera gehiegi aldatzea, bulkaden kontrol baxua, frustraziorako tolerantzia txikia, txandak gordetzea eskatzen duten talde-jardueretan zailtasunak, eta portaera desegokiengatik arazotan sartzea.

AGNHa duten haurrek sariei erantzun berezia ematen diete. Berehalako sariak jasotzeko premia indartsua dute. Nahiago izaten dute sari txikiak berehala jaso, epe luzera sari handiagoak jaso baino.

Oldarkortasunaren barnean hiru osagai bereiz daitezke: 1) *Oldarkortasun kognitiboa:* lana antolatzeko zailtasuna, kanpoko gainbegiratu iraunkorraren beharra, arazoak ebazteko prozesuekin lotutako gabezia. 2) *Oldarkortasun soziala:* taldeko arauetara egokitzeko zailtasunak. 3) *Portaera-oldarkortasuna:* pentsatu aurretik ekin beharra, txandaren zain egon ezina, jarduera batetik bestera azkarregi aldatzea, zalaparta eta hutsegite etengabeak.

Zenbait ikerketaren arabera, oldarkortasun kognitiboaren arazoa baino gehiago portaeraren inhibizioaren arazoa dute AGNHa dutenek; berehala errefortzatuak diren portaerak inhibitzeko gaitasunik ez dute. Sariak atzeratu ezina dela-eta, AGNHa dutenak sarritan sartzen dira harreman-arazotan.

Haur *hiperaktiboen latentzia* ez da bereizten haur normalen latentziatik, haur oldarkorrena bereizten den moduan; haur hiperaktiboek ager dezakete erantzun-latentzia laburragoa (Orjales eta Polaino-Lorente, 1991), edo latentzia luzeagoa (Sergeant, 1981). Latentzian ez badira ere normalengandik bereizten, egiten dituzten hutsegiteetan bai, bereizten dira, normalek baino gehiagotan huts egiten baitute. Gainera, haur hiperaktiboek hutsegite kopuru bertsua egiten dute latentzia luzearekin eta laburrarekin.

Kagan-en arabera (1965), haur oldarkorrek azkar eta oker erantzuten dute egoera konplexuen aurrean, hau da, hainbat alternatibaren artean aukeratu behar den egoeretan. Cairns eta Cammock-en *MFF-20* testean haur oldarkorrek azkarrago erantzuten dute, eta huts gehiago egiten dituzte gogoetatsuek baino. Ereduko eta alternatibetako marrazkiei denbora laburragoz eta gutxiago begiratzen diete (Siegelman, 1969). Haur oldarkorrek informazio gutxiago jasotzen dute, irudi bakoitzari gutxiagotan behatzen diote, irudien artean alderaketa gutxiago egiten dituzte, informazioa aztertzeko gutxiago landutako prozedurak darabiltzate, haien begiradak irudi gutxiago harrapatzen ditu, eta arazo zailak ebazten pertseberantzia gutxiago agertzen dute (Drake, 1970; Polaino-Lorente, 1997).

Haur oldarkorrek azkar erantzuten dute, baina azkar erantzuten duten guztiak ez dira oldarkorrak izaten. Haur argiek ere azkar erantzuten dute; azkar eta zuzen, ez azkar eta oker, oldarkor askok bezala. Haur argiek eta gaitasun handia dutenek informazioa antolatu eta egituratu egiten dute. Oldarkorrak, ordea, desantolatua dauka informazioa.

Badago harremana MFFko erantzun-latentziaren eta arazo zailak planteatzen dituen lan batean irautearen artean. Haur oldarkorrek latentzia eta iraunkortasun gutxiago agertzen dute.

AGNHa dutenek, oldarkorrak izanik, joera gehiago dute istripuak izateko. AGNHa duten nerabeek lau aldiz istripu gehiago izaten dituzte normalek baino, eta istripu horiek gehiagotan izaten dira haien erruz (Barkley, 1995). Era berean, alkohola eta beste droga batzuk kontsumitzeko joera gehiago dute. Dirua okerrago administratzen dute, eta alferrikako erosketak gehiagotan egiten dituzte. Portaera oldarkorra ez ezik, pentsamendu oldarkorra ere gehiagotan agertzen dute.

Gizarte-harremanetan ere haur oldarkorrek indarra eta irainak gehiago baliatzen dituzte, zakarragoak dira eta errazago botatzen diete besteei errua, gogoetatsuen aldean.

Portaeraren inhibizioa eta portaera oldarkorra aurrez aurre daude. Portaera inhibitua duten haurrek beldurrez eta uzkur erreakzionatzen dute jende ezezagunaren edo egoera arrotzen aurrean; inhibiziorik ez dutenek, berriz, alderantzizko erantzun-eredua dute. Inhibiziozko portaeren maila garaiak delinkuentziatik babestu egiten ditu haurrak. Nabarmenki inhibitua den portaera barne-hersturarekin erlazionatua

agertzen da. Era berean, erlazioak aurkitu dira inhibiziorik gabeko tenperamentu-estiloaren eta AGNHaren moduko portaera-nahasteen artean.

Oldarkortasuna eta hiperaktibitatea portaera inhibitzeko zailtasunekin lotuta daude, eta arreta-arazoak ere egon litezke portaera inhibitzeko zailtasunekin lotuta: une batean egiten ari dena utzi eta beste zerbait egiten hasteko bulkada inhibitzeko zailtasunarekin lotuta. Arazoa ez da arreta jartzeko gaitasuna, inhibizioa mantentzeko zailtasunak baizik.

10.2.3.4. Funtzio exekutiboak

- Inguruarekin harremanean egoteko ezinbestekoak dira *funtzio exekutiboak*. Portaerak inhibitzeko, erantzunak atzeratzeko edo lehentasunak ezartzeko aukera ematen duten kontrol-prozesuak dira funtzio exekutiboak. Funtzio horien bidez subjektuak bere denbora eta ingurunea antolatzen ditu, bere portaera eta funtzionamendu kognitiboa erregulatzen ditu, eta arazoei irtenbidea ematen die.
- Bekoki-lobulua bitarteko duten funtzio exekutiboetan gabeziak dituzte AGNHa dutenek: mugimenduzko erantzunen inhibizioan gabeziak, eta arretaren kontrolean eta lan-oroimenean ere bai (Barkley, 1997).
- AGNHa dutenek arazoak dituzte lanak eta materialak antolatzeko, denbora ongi prozesatu eta neurtzeko, lanei lehentasuna emateko edo lanak amaitzeko. Denboraren zentzua nahasia (diskronia) dute.
- AGNHa dutenek zailtasunak dituzte argibideei jarraitzeko eta arauak betetzeko. Portaera ezin dute inhibitu; kostatu egiten zaie barne-hizkuntzaren bidez portaera kontrolatzea. Gizakia animalietatik bereizten duena hau da: ikusten dituen seinaleen aurrean, jasotzen dituen mezuen edo bizi dituen gertaeren aurrean erantzuna atzeratu egiten du gizakiak. Atzeratzeko edo itxaroteko gaitasun hau bulkada inhibitzeko gaitasunari lotua dago. Bronowski-ren arabera (1977), berehalako erantzunak inhibitzeko duen gaitasunari esker, sentimenduak informaziotik bereizi, gertaerak ebaluatu eta iraganaren eta etorkizunaren kontzientzia har dezake gizakiak. Bere buruari hitz eginez bere portaera kontrola dezake, eta mezuak analiza eta sintetiza ditzake.

Gertaera baten aurrean emozionalki erantzutea ez da egokiena izaten; askotan hobe izaten da erantzun aurretik gauzak hotzean pentsatzea. Erantzunak atzeratzeko gai denak gertaera bere buruan gordetzen du denbora jakin batez. Gertaera buruan gordetzen badu, bere oroitzapenekin aldera dezake. Iraganean pentsatzeak, etorkizuna hipotetizatzeko aukera ematen dio. Iraganera eta etorkizunera begira, denborari leiho mentala irekitzen dio.

Portaera inhibitu ezin duenak iragana modu mugatuagoan ikusiko du, eta etorkizuna ere bai. Denboraren leihoa estuagoa izango du. Etorkizunaren beldurrik ez du agertuko, eta gehiago arriskatuko da. Portaera arriskutsu gehiagotan murgilduko da (drogak kontsumitu, ariketa fisikorik egin ez…). Denbora polikiago igarotzen dela irudituko zaio, eta heriotza urrun ikusiko du.

Barne-hizkuntzaren garapenari esker, arauen bidez kontrola dezake pertsona batek bere portaera. Gizakiaren portaera arauek gidatzen dutenean, berehalako ondorioek gutxiago kontrolatzen dute, eta ez dago unean uneko desiren menpe. Baina AGNHa dutenek gabeziak dituzte barne-hizkuntza baliatzeko eta arauen bidez beren portaera gidatzeko. Horregatik hitz egiten dute gehiago: hizkuntza ez dutelako hain barneratua. Haur normalek baino zati gutxiagotan banatzen dute informazioa AGNHa duten haurrek; ondorioz, berrantolaketa-lanetan ere ez dira hain onak.

- Haur oldarkorrek azkarregi, modu zehaztu gabean eta etorkizuneko ondorenak kontuan hartu gabe ematen dituzte erantzunak. Zailtasunak dituzte sariak gerorako uzteko, erantzuna atzeratzeko eta txandaren zain egoteko.
- Haur hiperaktiboengan, gaizkileengan eta inpultsiboengan denbora erreproduzitzeko (aurretik erakutsitako denbora-tarte bat erreproduzitzeko) eta ekoizteko (ordu-unitatetan emandako denbora-tarteak ekoizteko) gabeziak aurkitu dira. Ikertzaile batzuen arabera, AGNHa duten haurrek lehen mailako gabezia dute denbora balioesteko: itxaroten daudenean haien barneko erlojua azkarrago mugitzen da, eta atzerapenak gorrotatzera daramatza horrek. Beste egile batzuen iritzian, denbora prozesatzean gertatzen diren diferentziak bigarren mailakoak dira (Barkley, 1997). Portaera inhibitzeko gabezia da lehen mailako gertaera, eta horrek eragotzi egiten du lan-oroimena behar den moduan garatzea.
- Frustrazioa kudeatzeko eta emozioak modulatzeko arazoak dituzte. Frustrazioak, kezkak, haserreak, desirak eta beste emozio batzuek adimena bahitzen diete, eta arretarik ezin izaten dute jarri.
- Lan batean arreta jartzeko eta lan batetik bestera arreta aldatzeko arazoak dituzte. Inguruan gertatzen denak eta barneko prozesuek distraitu egiten dituzte. AGNHa duten haurrek aktibazio gutxiegi agertzen dute lan errepikatzaileetan, baina gehiegizko aktibazioa kinada berrien edo berehalako sarien aurrean (Weinberg eta Brumback, 1990;Weinberg eta Harper, 1993).
- Beren ekintzak kontrolatu eta arautzeko zailtasunak dituzte. Oldarkorregiak dira zerbait pentsatu, esan eta egin behar dutenean. Ondorio azkarregiak ateratzen dituzte, eta ondorio batzuetatik beste batzuetara jauzi handiegiak egiten dituzte. Elkarreraginean ari direnean ere beren ekintzak kontrolatu eta inhibitzeko zailtasunak dituzte. Ez dira jabetzen norbait gogaitzen,

kolpatzen edo nahasten dutenean. Ez dakite beren ekintzaren erritmoa bizkortzen edo moteltzen.

– Hitz egiten eta mugitzen ari diren bitartean erne mantentzen dira, baina, eserita irakurtzen luzaz egon behar dutenean, arreta galtzen dute eta loguratu egiten dira. Gurasoek sarritan seme-alaben lo-arazoen berri ematen dute, DSM-IVko irizpide diagnostikoen artean loari dagokionik sartu ez bada ere. AGNHa duten haurren lo-arazoak sarritan aipatu izan dira: haur horien loa asaldatua eta atsedenik gabea da, zeren lo hartzeko arazoak, gaueko esnaldiak eta lotan daudela gehiegizko mugimendua agertzen baitituzte sarritan.
– Modu oso irregularrean egiten dute lana. Egun batzuetan erraz amaitzen dute beren egitekoa; beste egun batzuetan, gainean egonda ere, ezer gutxi egiten dute. Lanerako errendimenduaren patroia ez dute iraunkorki mantentzen. Barne-hizkuntza erabiltzeak forma iraunkorragoa ematen dio gure lan egiteko moduari. AGNHa dutenek atzerapena dute bulkaden kontrolaren garapenean, eta, ondorioz, ez dute beren portaera inhibitzen, normalek egingo luketen moduan. AGNHa duenaren arazoa ez da zer egin ez jakitea, dakiena egitea baizik. Borondate-kontua da. Borondate ahula du.
– Lan-oroimena erabiltzeko zailtasunak dituzte, ariketa bat egiten ari direla alboan utzi dutena gogoratzeko arazoak. Ikasitakoa ez dute behar dutenean gogoratzen. Gordetako oroitzapenak aurkitu eta egungo informazioarekin integratzeko «bilatzaile» desegokia daukate.

10.2.4. Nahaste elkartuak

Harremanetarako zailtasunak. Hiperaktibitatea eta oldarkortasuna duten haurrek zailtasunak izaten dituzte harremanetan: gehiegizko nabarmendu nahia, frustrazio eramanezina, berehalako abantailak lortzeko erreakzio oldarkorrak, arauekiko begirune gutxi, galtzen hastean jokoa uztea, egonarririk eza, gezurretarako joera, gizarte-komunikazioetan arreta-gabezia kronikoa, hitzezko eta ez-hitzezko seinale xeheei arretarik ez jartzea, pertsonen arteko arazoak ebazteko gabeziak. Ez dira onartuak lagunartean, eta zailtasunak dituzte guraso, irakasle eta neba-arrebekin ongi konpontzeko.

Atzerapena dute autonomia pertsonaleko trebetasunak eta pertsonen arteko abileziak eskuratzen. Autonomia gutxiegi edukitzeak besteen mendekoegi bihurtzen ditu. Ez dute ikasi gauzak eskatzen, galdetzen, probokazioei aurre egiten, partekatzen, ezezkorik esaten... Behar ez den tokian sartzen dute muturra eta inguruko pertsonen espazio pertsonala inbaditu egiten dute. Ezaugarri atipikoak ere ager ditzakete: besteengandik urruntzea, lotura emozional gutxi, igurikapen sozialetatik urruntzea, bat-bateko erreakzio katastrofistak, portaeraren manierismoak, solasgai batzuetan blokeatzea, eszentriko-baldar-estranbotiko moduan agertzea…

AGNHa duten askorengan agertzen dira harreman-arazoak: lagun gutxi dituzte edo denbora gutxiz mantentzen dituzte lagunak, harremanetarako distantziak, arauak eta hierarkiak hautsi egiten baitituzte. Sarritan elkartzen dira haiek bezalakoak direnekin, elkarrekiko imana balute bezala.

Pertsonen arteko harremanetan dituzten gatazkak ugaritu egiten dira *hiperaktibitate erasokorra* dutenean. Hiperaktibitate soila badute, harremanak hobetu egiten dira denborarekin, baina hiperaktibitate erasokorra badute, elkar elikatzen dute bi ezaugarriek, eta harremanak ez dira hobetzen.

Animaliak oso gogoko dituztenez, haien konpainiak mesede egin diezaieke. Interneten txateoan ari direnean, ez zaizkie beren sintomak nabarmentzen, zibernauten hiperaktibitatea eta oldarkortasuna mozorrotuko balira bezala.

Emozioen kontrolean gabeziak. Nahaste emozionalei eta harremanetako nahasteei dagokienez, haur hiperaktiboen % 30-40k aldarte-egoeraren aldaketak, barne-hersturako sintomak, konbertsio somatikoak eta autoestimu kaxkarra agertzen ditu. Bizitzako gertaeren aurrean emozio-erreakzioen intentsitatea erregulatzeko eta kontrolatzeko zailtasunak dituzte. Beren sentimenduen agerpena inhibitzeko gaitasun gutxi dute; aldarte-aldaketa bortitzak eta emozio-eztandak agertzen dituzte.

Berehalako saririk ematen ez duten lanetarako motibazioa aurkitzeko zailtasunak dituzte. Egoeraren eskaeren aurrean aktibatuta egoteko eta lan aspergarrien aurrean erne egoteko zailtasunak dituzte. Autodiziplina gutxi dutela dirudi, beraz.

Autokontzeptu-arazoak. AGNHa duten haurrak autokontzeptu baxuarekin heltzen dira pubertarora, honako arrazoi hauengatik: frustrazioak eta zigorrak pilatu egiten zaizkie; beste haurrek oro har ez dituzte onartzen, eta porrot-sentimendu kronikoa dute.

Besteen aurrean maitekor agertzeko eta gizartean onartuak izateko desira indartsua dute. Horregatik, kontuz ibili behar da entrenamendu-programetan, barne-herstura handiz hasten baitira ariketak egiten, eta horrek porrotera eraman baititzake.

Eskolako errendimenduko arazoak. Hiperaktibitatea eta ikaskuntza-zailtasunak batera izaten dira kasuen % 20an (Frick *et al.,* 1991). Eskolako lehen urteetan haur hiperaktibo gehienek eskolatze normala dute. Horrela, 8 urterekin gutxi dira oraindik (% 10 inguru) irakurketa-idazketan eta aritmetikan arazoak dituztenak. Baina, pubertarotik aurrera asko indartzen da AGNHaren eta ikaskuntza-zailtasunen arteko lotura. 11 urteko haurren % 80 inguruk arazoak ditu irakurketa-idazketan eta aritmetikan (Anderson, Williams, McGee eta Silva, 1987).

Arreta-gabeziaren eta hiperaktibitatearen efektuak konbinatzean (gabezia kognitiboak, lan-oroimena erabiltzeko arazoak, emozioen erregulaziorako gabeziak, mugimenduen trakestasuna) gehitu egiten dira eskola-atzerapenerako arriskuak.

Zergatik? Errendimendu akademikorako oinarrizkoak diren trebetasunak ez direlako osoki ikasten: antolamendu-gaitasun apala, autorregulaziorako mugak, ikaskuntza estilo ez-eraginkorrak, oroimen sekuentzial eskasa.

Ikaskuntza-nahasteak (irakurketan, idazketan, kalkuluan atzerapenak) ugariagoak dira AGNHa dutenengan, lan-oroimeneko nahasteak ikaskuntza ere ukitu egiten baitu. AGNHa dutenen % 26 inguruk ditu irakurketa-, idazketa- edo kalkulu-nahasteak. Irakurketan lehengo eta oraingo zatiak gogoratu eta lotu behar dira. Idazketan, lan-oroimenari esker gogoratzen da jomuga, eta haren bidez lotzen dira lehengoa eta oraingoa etorkizunekoarekin. Matematikan ere urratsak sekuentziatu egin behar dira, batzuei lehentasuna eman behar zaie, eta urrats batetik bestera informazioa pasatu behar da; prozedura espezifikoak eta lan-oroimena behar dira, harremanak eta zenbakizko gertaerak aldi batez aktibatuak edukitzeko.

Eskolako eremuan haur hiperaktiboek puntuazio eskasagoak lortzen dituzte adimen-testetan eta errendimendu-testetan. Biederman eta lankideen arabera (Biederman *et al.,* 1992), AGNHa zuten haurrek probabilitate gehiago zuten ikaskuntza-zailtasunak jasateko eta adimen-maila baxuagoa edukitzeko. Prozesaketa sekuentzial edo analitikoan dituzte arazoak, aldiberekoan edo holistikoan baino gehiago.

AGNHa dutenek, ikaskuntza-zailtasunak dituztenek ez bezala, helburuak lortzeko ahalegina egiterakoan dituzte arazoak. Ataza errazetan alderik ez dago normalen eta AGNHa dutenen artean, baina bai prozesaketa jarraitua eskatzen duten atazetan. AGNHarekin elkarturiko zailtasun akademikoek helduaroan ere irauten dute: 21 urterekin subjektu normalen % 50ek jarraitzen zuen ikasten, Weiss eta Hechtman-en arabera (1993), baina AGNHa zutenen % 20k bakarrik.

*Gaitasun kognitiboen atzerapen*ei dagokienez, haur hiperaktiboek arazoak dituzte hitzaren bidez prozesuak autorregulatzeko, lanak automatizatzeko eta eskema kognitiboak sortzeko. Adimen normala edukita ere, arazoak dituzte errendimendu kognitiboan: mugimenduaren koordinazio eta sekuentziazioan, antolamendu-estrategien erabileran, ahaleginaren banaketan, hizkuntzaren barneratzean, ekintzak planifikatu eta aitzinatzean. Ondorioz, haien adimen-koefizientea apalagoa da, arreta-gabezia eta oldarkortasunagatik.

Hizkuntzako nahasteak. AGNHa sarritan agertzen da hizkuntza-arloko zailtasunekin batera. AGNHa duten haurren % 30ek zailtasunak ditu hizkuntza arloan (Thorley, 1984). Hizkuntza ikasteko zailtasunak dituzten gazteen % 30-38 inguruk AGNHa dute. AGNHa eta hizkuntza-arazoak zituztenek adimen-koefiziente baxuagoa, entzumen-memoria txarragoa eta antolamendu semantiko okerragoa agertu dituzte (Cohen, Davine, Horodezky, Lipsett eta Issacson, 1992); era berean, solasaldietan arretarik ezin dute jarri, barne-hizkuntza erregulatzeko eta gaiaren koherentzia mantentzeko arazoak dituzte, komunikaziorako abilezia eskasa dute, hartzailearen arabera beren hizkuntza egokitzeko zailtasunak dituzte.

Portaera-nahasteak. Portaera-nahasteen maila garaia agertzen dute AGNHa dutenek (Biederman, Newcorn eta Sprich, 1991), eta horregatik sarritan egoten dira borroketan sartuta. Haur Hezkuntzan AGNHa eta portaera-arazoak batera dituztenak % 3 inguru dira (Shapiro eta Garfinkel, 1986).

AGNHa soilik dutenen eta AGNHa portaera-arazoekin batera dutenen artean kokatzen dira AGNHa eta ezezkotasun desafiatzaileko nahastea dutenak. AGNHa eta portaera-arazoak dituztenek arau sozialak hautsi, besteen eskubideak urratu, lapurretak egin eta bortxa fisikoa erabiltzen dute. Dirudienez, autokontrol-arazoak dituztelako hasten dira AGNHa dutenak besteak jotzen. Besteak jotzeko portaeran autokontrol-gabeziak duen eragina nabaria da.

Baina portaera antisozialaren iragarle garrantzitsua erasokortasuna da, eta ez hiperaktibitatea (Loney, Langhorne eta Paternite, 1978; Loney, Kramer eta Milich, 1981). Hiperaktiboak, erasokorrak eta hiperaktibo erasokorrak alderatuz, zera ikusten da: hiperaktibo soilak ez dira gai ingurunearen igurikapenak betetzeko, horretarako aldez aurreko joera baldin badute ere; erasokor soilak direnek eskaerak betetzeko gaitasuna badute, baina ez dute horretarako jarrera onik; hiperaktibo erasokorrak ez dira gai eta ez daude prest kanpoko eskaerei erantzuteko (Loney eta Milich, 1982).

Hiperaktibitatearekin batera ezezkotasun desafiatzaileko nahastea dutenek familiako tentsioa, gurasoen depresioa, barne-herstura eta gurasoen arteko gatazkak areagotu egiten dituzte (Barkley, DuPaul eta McMurray, 1991).

Portaera-arazoekin lotutako AGNHa nortasun antisozialaren ataria izan liteke, eta psikopatiarena ere bai. Asperdurarako joera agertuko lukete AGNHarekin batera portaera-arazoak dituztenek, psikopatek bezala. Hiperaktibitate mota hau duenak eta psikopatia duenak monoamina oxidasaren (MAO) jarduera baxua dute (Bowden, Deutsch eta Swanson, 1988). Hiperaktibo erasokorrek erasokorrak ez direnek baino moldaera-arazo gehiago dituzte eskolan eta lagunartean.

Diskronia. Hainbat ikerketak aztertu dituzte AGNHaren eta denboraren pertzepzioaren arteko harremanak. Haur oldarkorrak bere ekintzaren ondorenetan pentsatzeko denborarik gabe ekiten du. Zailtasunak ditu erantzunak atzeratzeko, portaeraren saria gerorako uzteko eta txandaren zain egoteko. Autore batzuen iritziz (Sonuga-Barke, Saxton eta Hall, 1998), denbora neurtzeko zailtasunak garrantzi gehiago du portaera inhibitzeko zailtasunak baino oldarkortasuna sortzeko unean.

AGNHa duten pertsonen barne-erlojuaren orratzak azkarrago mugitzen dira zain egotean, beren gustuko jarduera bat egitean baino. Pertsona oldarkorren barne-erlojuaren denbora azkarrago doa pertsona normalena baino (Barratt eta Patton, 1983); horregatik iruditzen zaizkie luzeegiak denbora-tarteak, eta horregatik denbora-tarteak ekoizterakoan, «laburragoak ekoizten» dituzte (Van den Broek, Bradshaw eta Szabadi, 1992).

Haur hiperaktiboek erantzuna inhibitzeko duten gaitasunik eza denbora orientatzeko edo denbora berrekoizteko dituzten arazoekin erlazionaturik dago (Fraisse, 1963). Denboraren hautematea erlazionaturik dago denboraren iragatea prozesatzean erabilitako arreta-mailarekin (Zakay, 1992).

Haur ezegonkorrek zailtasunak dituzte denboraren eta iraupenaren errepresentazio psikikoak erabiltzeko (Gibello eta Weill, 2004). Haur ezegonkorrek zailtasunak dituzte arreta finkatzeko; etengabeko asaldura mugikorra eta oldarkortasuna agertzen dituzte. Balio gehiegi ematen diete bat-bateko sariei, gerorako utzitako sariekin alderatuta (Green, Myerson, Lichtman, Rosen eta Fry, 1996). Denbora-tarte bat ekoizteko zailtasun gehiago dute, denbora-tarte bera neurtzeko baino (Barkley, Edwards, Laneri, Fletcher eta Metevia, 2001).

Diskroniaren bereizgarriak: pertsona diskronikoak zailtasunak ditu egunaren zatiak *(egunsentia, goiza, eguerdia, arratsaldea, ilunabarra, gaua)* izendatzeko, denbora-aditzondoak zuzen erabiltzeko *(lehen, orain, gero, atzo, gaur, bihar, iaz, aurten, geurtz),* aditz-denborak zuzen erabiltzeko *(zuen, du, izango du),* iragana gogoratu eta etorkizuna iragartzeko, aldiberekotasunak pentsatzeko, denboran zehar bata bestearen atzetik datozen gertaerak koordinatzeko.

AGNHa duten haurrek zailtasunak dituzte bat-bateko erantzunak inhibitzeko, eta gutxietsi egiten dituzte etorkizuna ziurtatzeko egiten diren ahaleginak.

Haur diskronikoen denbora-ikuskera: denboraren nozioaren garapena hurrenez hurren datozen gertaera eta prozesuen hautematean eta aldi berean gertatzen diren gertaera eta prozesuen hautematean oinarritzen da. Hitzak soinu- edo fonema-segidaz osatuta daude; segida horiek oroimenean gordetzea beharrezkoa da esaldia ulertzeko. Zentzu horretan, denbora hautemateko aukera ematen duen ahalmena da entzumena.

Soinuen, fonemen, hitzen eta esaldien ordena beharrezkoa da mezua ulertzeko. Era berean, ekintzen eta gertaeren forma, ordena eta segida beharrezkoak dira helburu bat lortzeko.

Pertsona diskronikoak erabil ditzake denborari eta iraupenari dagozkien hitzak, baina horrek ez du esanahi denbora-harremana ongi ulertzen duenik. Alderantziz, afasiko batzuek, denbora izendatzeko hitzak erabiltzeko gai ez badira ere, denboraren esanahia ongi uler dezakete.

Pentsatzeko beharrezkoa da gertaerak hurrenez hurren ordenatzea; alde horretatik, gertaerak ordenatzeko zailtasunak gogoeta-prozesurako zailtasuna ekartzen du. Memorizazio-prozesuak ere denboraren, iraupenaren eta kronologien nozioan oinarritzen dira. Eta memorizazio-sistemak beharrezkoak dira norberaren identitatea eta identitate kolektiboa eratu eta mantentzeko.

Psikoanalistentzat denboraren nozioa frustrazioaren eta gabeziaren esperientziei eta amaren absentziak sorturiko samin-sentimenduari loturik dago. Freudek

deskribatzen duen bobinaren jolasean (*Fort-Da* jolasa), amaren desagerpena eta agerpena sinbolizatzen ditu haurrak. Amaren desagerpenak sorrarazten dion samina bobinaren jolas sinbolikoaren bidez konpentsatzen du, bobina urrunera jaurtikiz eta beregana erakarriz.

Haurrak bere bizitzako lehen sei hilabeteetan onean eta txarrean, bular onean eta txarrean zatitzen du mundua (jarrera eskizo-paranoidea). Jarrera depresiboan (lehen urteko bigarren sei hilabetekoan), haurra konturatzen da objektu bera dela frustratzen eta asebetetzen duena. Fantasmaren espazio mentala eta errealitatearen espazio mentala bereizten hasten da. Guztiahaltasun nartzisikoaren fantasmari uko egiten dio, fantasia eta errealitatea bereizteko gai den pentsamendu bat garatu ahal izateko.

Ama eta haurra bat eginik eta etengabeko ukipen fisiko-fantasmatikoan daudenean, ematearen eta jasotzearen artean aldiberekotasuna dago. Ez dago trukeen txandakatzerik, haustura gabeko jarraipen bat dago, denboratasunik eza da nagusi. Haurra amarengandik urruntzen hasten denean, denboratasuna agertzen da. Espazioko distantziari denborako distantzia dagokio. Ematearen eta hartzearen arteko aldiberekotasuna hausten da. Emateko denbora bat eta hartzeko denbora bat daude (Lapierre eta Aucouturier, 1980). Denboraren txandakatzea espazioko urruntzea bezain garrantzitsua da. Espazio aldetik fusionaturik dauden pertsonak ere bereizita egon litezke, denboran txandakatze bat baldin badago. Aldiz, fisikoki urrun dauden pertsonak bat eginik egon litezke, bizipenen aldiberekotasun bat baldin badago: begirada-truke luzea, erritmo komunak. Fusio-egoeratik komunikazio-egoerara pasatzeko, denboraren disoziazio bat lortu behar du haurrak, eskaeraren eta erantzunaren arteko latentzia-denbora progresiboki luzatuz. Ez da itxarote-denbora luzatzearen kontua bakarrik, absente dagoen objektu saritzailearen elaborazio sinbolikoaren kontua baizik.

Haur ezegonkorren adinaren nozioa: adinaren nozioak fase batzuk iragaten ditu garapenean zehar:

- 4tik 6 urte bitarteko haurrentzat, bi pertsonaren arteko adin-tartea alda liteke denboran zehar, adina jaiotza-ordenatik independentea baita.
- 5etik 8 urtera bitarteko haurrentzat, adin-tartea alda liteke denboran zehar, baina adina jaiotza-ordenaren araberakoa da.
- 8 urte baino gutxiagoko haurrek ez dituzte hazkuntza eta zahartzea bereizten. 8 urtetik aurrera, haurraren denboraren nozioa helduen nozioaren antzekoa da.

AGNHa dutenengan *ikaskuntzaren ez-hitzezko nahasteak* ere sarri agertzen dira. Ikuspegi estuegia hartzen dute nahaste hori dutenek: ideien eta egoeren testuingurua eta alderdi globala ez dituzte kontuan hartzen. Eskuin hemisferioaren disfuntzio bati zor zaio gabezia hori.

Lanean haurrak duen *errendimenduaren kalitatea, kantitatea eta bizkortasuna erabat alda daitezke* egoera batetik bestera. AGNHa duten haurrak ez dira gai ekoizpen- eta zehaztasun-erritmoa egun batetik bestera mantentzeko. Egun batean azkar eta zuzen egingo dute lana; hurrengoan, oker eta zehaztasunik gabe egingo dute. Borondatearen kontrolarekin zerikusia duten sintomak: atsegin ez dituzten jarduerak egiteko arazoak dituzte, berehala saritzen ez diren jardueretan arazoak dituzte. Egun batean, lan berezia egingo dute, ongi sarituak direlako. Hurrengoan, lan kaskarra egingo dute, motibatu gabe daudelako.

Mugimendu traketsak. mugimenduen kontrol finean zailtasunak dituzte, portaeraren autorregulazio-gabeziagatik. Mugimenduak bat-batean eta azkar egiten dituzte, gogoeta askorik egin gabe. Hala ere, mugimendu traketsak ez dira iraunkorki agertzen. Egin beharreko lana luzatzen denean, tentsioa, urduritasuna eta lana edozein modutan bukatzeko desira agertzen dira. Mugimendu traketsak egiten baditu, ez da garunean edo zerebeloan gabeziaren bat duelako, bere mugimenduak arautzeko behar beste arreta jartzen ez duelako baizik. Metilfenidatoaren edo beste estimulatzaile baten eraginez haurrek hobetu egiten dute beren mugimenduen kontrol fina.

Memorizazioa. Gauzak egitea gogoratzea, nola eta noiz egin gogoratzea lan-oroimenaren eginkizuna da, epe luzeko oroimenean aurrez gordeta edukitzea eskatzen duena. Gordetako informazioa eskura eduki behar du lan-oroimenak, epe laburreko oroimenean denbora batez gorde ondoren. Behar beste arreta jartzen ez bada informazioa jasotzean, ezingo da oroitzapenen gordailuan sartu, eta ezingo da oroitzapenik berreskuratu. Arreta-gabeziak oroimenaren gabeziak ekartzen ditu.

Lotarako arazoak. Haurraren gurasoek sarritan aipatzen dituzte haren lotarako arazoak, baina DSM-IVko irizpide diagnostikoen artean ez dira kontuan hartzen. Gurasoek diotenaren arabera, AGNHa duten haurren loa asaldatuagoa eta atseden gutxiagokoa da (Kaplan, McNicol, Conte eta Moghadam, 1987).

Behaketa klinikoek diotenez, lo hartzeko arazoak dituzte haur horiek, eta gauez esnatu egiten dira maiz. Lotan daudela gehiegi mugitzen dira gainera.

Eginkizun errepikatzaileen aurrean aktibazio gutxiegi eta kinada berrien aurrean gehiegizko aktibazioa agertzen du AGNHa duenak (Weinberg eta Brumback, 1990). Gehiegizko mugimendu-jardueraren bidez esna egotea lortzen dute (Weinberg eta Harper, 1993).

AGNHa duten haurrek egunez lo hartzeko joera handiagoa dute normalek baino. Bazkalaurretik lo hartzeko joera handiagoa dute AGNHa duten haurrek.

AGNHa duten haur, gaztetxo eta helduek *kitzikagarriak diren egoerak bilatzeko joera* dute, eta horrek portaera arriskutsuetara eramaten ditu sarritan.

10.2.5. Komorbilitatea

Hiperaktibitate goiztiarrak portaera antisozialak eragin ditzake nerabezaroan, baina aurrez normalki nahaste negatibista gertatu da. Nahaste disozialaren erasokortasuna AGNHarena baino pentsatuagoa da. AGNHarena anarkikoagoa eta bat-batekoagoa da.

Aldartearen nahasteak. AGNHa eta aldarte-nahasteak aldi berean gertatzen dira kasuen % 15-75ean (Brown, 2003). Angold eta Costello (1993): AGNHa nabarmen altuagoa da depresioa duten haurrengan depresiorik ez dutenengan baino. Depresio nagusiaren nahastea duten haurren % 25ek eta nahaste distimikoa duten haurren % 22k AGNH komorbidoa agertzen du (Alessi eta Magen, 1988). AGNHa dutenen % 15-20 inguruk nahaste depresiboren bat agertzen du bere bizitzako uneren batean. Biederman eta lankideen arabera (1991), berriz, depresio nagusia agertzen da AGNHa duten haurren % 30-75ean. AGNHa eta sintoma depresiboak aldi berean edukitzeak pronostiko txarra du etorkizunera begira eta hilkortasun handiagoa eragin dezake (Brumback, 1988; Brent *et al.,* 1988). Egile batzuen arabera, haur batzuei AGNHa diagnostikatu izan zaie, azpiko nahastea depresioa denean. Beste egile batzuen arabera, sintoma depresiboak AGNHaren ondorenez sortutako porrotari eta adoregabetzeari zor zaizkio (Brown, 2003).

Arreta-gabezia eta depresio nagusia duten haurrak eta aldi berean atzerapen psikomotorra dutenak, egoera letargikoan eta mugitu gabe egon daitezke, baina depresioa desagertzean aztoratu egiten dira eta portaera okerragoa dute gelan. Haurrak AGNHa eta depresioa aldi berean dituenean, lehenik depresioa tratatu behar da, haur deprimituak ez baititu estimulatzaileak ongi jasaten, eta, gainera, apetitua galdua du, ez du lo ongi egiten, haserrekor egoten da eta buruko mina izaten du.

Haurrengan aldakortasun emozional moduan agertzen da mania eskuarki; aldarte haserrekor eta leherkorra, eta funtzionamendu psikosozial oso txiroa agertzen ditu. Batzuetan zaila da gaztearen mania AGNHtik, nahaste disozialetik edo depresiotik bereiztea. AGNHa 7 urte bete baino lehen hasten da, baina depresio nagusia eta nahaste maniakoa geroago agertzen dira. Depresio nagusia Haur Hezkuntzan oso gutxik dute (% 0,3), Lehen Hezkuntzan gehiagok (% 1-2), eta nerabezaroan % 5ek (Anderson, Williams, McGee eta Silva, 1987; Kashani eta Orvaschel, 1988). Nahaste bipolarra ere oso gutxitan agertzen da 10 urte bete baino lehen (Loranger eta Levine 1978; Goodwin eta Redfield Jamison, 1990). Zaila da batzuetan diagnostikoan bi nahasteak bereiztea. Horrela, adibidez,1993an Wozniak eta lankideek egindako ikerketa batean (Wozniak, Biederman, Kiely, Ablon eta Faraone, 1993) klinika psikofarmakologiko batera bidalitako 183 ikasleen % 17k maniaren irizpideak betetzen zituen, eta % 60k AGNHaren irizpideak betetzen zituen. AGNHaren irizpideak betetzen zituzten ikasleen % 27k maniaren irizpideak ere betetzen zituen.

Zein dira manian eta AGNHan batera agertzen diren sintomak? Distraigarritasuna, hiperaktibitatea eta gehiegizko hitz-jarioa. Mania duten haurren aldarte-aldaketarik arruntenak haserrekortasuna, ekaitz afektiboak, asaldura emozionalak eta erasokortasuna dira (Carlson, 1983). Connersen balorazio-eskalan (*Conners ADHD Rating Scale*) antzeko puntuazioa lortzen dute AGNHa dutenek eta mania dutenek, baina maniaren ebaluazio-eskalan (*Mania Rating Scale*) puntuazio altuagoa lortzen dute mania dutenek.

Barne-hersturako nahasteak. Haurtzaroan eta nerabezaroan sarrien gertatzen diren arazo psikiatrikoak AGNHa eta barne-hersturako nahastea dira. Haurren % 20-25ek barne-hersturako nahasteren bat agertuko du, AGNHarekin batera (Biederman, Newcorn eta Sprich, 1991). Hala ere, Biederman-en arabera, barne-herstura eta AGNHa independenteak dira. Ikerketa batzuek AGNHaren azpimota baten (arreta-gabezia nagusi duen azpimotaren) eta barne-hersturako nahasteen arteko lotura iradoki dute (Lahey, Schaughency, Strauss eta Frame, 1984), baina besteek ez dute horrelako loturarik aurkitu (Hynd *et al.,* 1989). Livingston-en ikerketan arreta-gabezia eta barne-herstura zituztenek arreta gutxiago, eta hiperaktibitate eta erasokortasun gehiago agertu zuten. Pliszka-ren arabera (1989, 1992), berriz, AGNHa eta barne-herstura aldi berean zutenek arreta- eta hiperaktibitate-arazo gutxiago agertzen zuten. Ikerketa asko egin dira AGNHa eta barne-herstura komorbidoa dutenen tratamenduari buruz: estimulatzaileek albo-ondorio kaltegarri gehiago dituzte barne-herstura dutenengan, eta haien lan-oroimena ez da hainbeste hobetzen (Tannock eta Schachar, 1996).

Tourette-ren sindromea edo tiken nahastea. Touretteren nahastea dutenen % 70 inguruk AGNHa ere badute. Beraz, AGNHaren maiztasuna oso handia da Touretteren nahastea dutenengan, eta nahaste horren maiztasuna garaia da nahaste obsesiboa dutenengan. AGNHaren eta nahaste obsesibo-konpultsiboaren aldiberekotasuna Touretteren nahastearen eta nahaste obsesibo-konpultsiboaren loturari zor dakioke. Touretteren sindromea nahaste obsesibo-konpultsiboa dutenengan altua denez, AGNHa eta nahaste obsesibo-konpultsiboa batera agertzea esplika dezake lotura horrek (Pauls eta Leckman, 1986). Freeman-ek sindrome hori duten 3.000 haurrekin egindako ikerketaren arabera, Touretteren sindromea da AGNHa dutenen komorbilitate arruntena. Baina biak genetikoki independenteak dira (Pauls, Leckman eta Cohen, 1993).

Substantzien abusua. AGNHa duten gazte askok kontsumitzen dituzte zigarroak, alkohola eta drogak (Biederman, Wilens, Mick, Faraone eta Spencer, 1998; Milberger, Biederman, Faraone, Chen eta Jones, 1997). AGNHa duten substantzia-abusatzaileek alkohola baino gehiago beste droga batzuk kontsumitzen dituzte, marihuana batez ere (Biederman et al, 1995). AGNHa duten nerabeen % 40k substantziekiko mendetasun- edo abusu-arazoak ditu.

10.2.6. Prebalentzia

AGNH tipoei dagokienez, arlo kliniko-psikiatrikoetan tipo konbinatua da maiztasun gehien agertzen duena, laginetako pazienteen erdiek edo gehiagok jasaten baitute (Faraone, Biederman, Weber eta Russell, 1998; Eiraldi, Power eta Nezu, 1997). Baina populazio orokorrean arreta-gabeziaren nagusitasuna duena da arruntena: haurren populazioaren % 4,5-9 egon daiteke. Aldiz, tipo konbinatua, % 1,9 eta % 4,8 bitartean dago. Gutxien zabaldua dagoena hiperaktibitatearen eta oldarkortasunaren nagusitasuna duena da: % 1,7-3,9.

4 urterekin arreta-gabezia agertzen du haurren % 40k; baina haur horien erdiek bakarrik agertuko dute gabezia hori 9 urterekin. Mugimendu-jarduera gehiegi duten subjektuen kopurua ere jaitsi egiten da, haurrak nerabezaroan edo helduaroan sartu ahala. Hala ere, Barkley-ren arabera, eskola-garaian AGNHa diagnostikatu zaien haurren % 80k baino gehiagok agertuko dute nahaste hori nerabezaroan, eta % 30-65ek helduaroan ere agertzen jarraituko du.

Hiperaktibitate- eta oldarkortasun-arazoak soilik hartzen badira kontuan, haurtzaroan AGNHa zuten askok ez dute horrelako nahasterik agertzen nerabezaroan.

Alabaina, haurtzaroko arreta-gabeziaren nahasteek iraun egiten dute nerabezaroan eta helduaroan (Biederman *et al.,* 1998). Helduaroan ere arreta-gabezia arazoek gehiago irauten dute hiperaktibitate- edo oldarkortasun-arazoek baino, eta haiek baino kaltegarriagoak dira. Haurtzaroko lehen urteetan gurasoen eta irakasleen kezka nagusiak hiperaktibitateari dagozkionak dira. Ondoren, eskolako errendimendua, autoestimua eta autoritatearekiko arazoak nagusitzen dira. Azkenik, helduaroan arazo barneratuak (tristura, barne-herstura, arazo somatikoak) nagusitzen dira.

Arreta-gabezia eta hiperaktibitatearen nahastea erreala ala mito bat den galdetzen du Robin-ek (1998). Armstrong-en iritziz (2001), asmatutako konstruktu bat besterik ez da AGNHa. Interes ekonomiko, kultural, politikoengatik asmatua. Guadiana ibaia bezala agertu eta desagertu egiten dela dio Armstrong-ek. Benetako nahastea balitz, ez litzatekeela desagertuko. Robin-ek erantzuten dio (1998) eremu batzuetan agertzeak eta beste arlo batzuetan ez agertzeak ez duela esan nahi nahaste hori existitzen ez denik. Beste gaixotasun asko ere —hala nola alergia— inguru batzuetan agertzen dira, eta beste batzuetan ez.

10.2.7. Diagnostiko diferentziala

AGNHa diagnostikatzeko erabiltzen diren tresnak desegokiak direla dio Armstrong-ek, eta sarritan gurasoek edo irakasleek eragin handia dutela AGNHa diagnostikatzean. Robin-ek dio elkarrizketa, gurasoen ebaluazioa, irakaslearen ebaluazioa eta testen datuak erabili behar direla AGNHa diagnostikatzeko, eta 4-5 ordu irauten duela ebaluazio-lanak.

AEBko Psikiatria Elkartearen DSM-IVren (APA, 1994) eta Osasunaren Mundu Erakundearen CIE-10aren (MOE, 1992) artean adostasun-maila bat badago AGNHari dagokionez. DSM-IVren sailkapen-sistema maizago erabiltzen da komunitate zientifikoan.

DSM-IVko irizpideek ibilbide hau egiten dute: adituen batzorde zabal bat, AGNHari buruzko ikerketen berrikuspen bat, nahaste hori ebaluatzeko erabilitako eskala nagusietan aurkitutako portaera dimentsioen berrikuspen bat eta Amerikako Estatu Batuetako 10 bizigunetan egindako bertatik bertarako ikerketa baten analisi estatistikoak. Itemen analisiak, korrelazio-analisiak eta analisi faktorialak egin dira dimentsioak eta irizpideak ateratzeko.

Irakasleek eta gurasoek haurraren portaeraz ematen dituzten datuen artean korrelazio txiki samarra ateratzen da sarritan, haurrak bere portaera aldatu egiten baitu egoera batetik bestera (Taylor, 1991). AGNHa duten haurren portaera hobea da bakarrik daudenean, besteekin daudenean baino, arazoak baitituzte lagunekin. Ez dute berdin jokatzen familiakoekin eta kanpokoekin.

Sarritan hobeto jokatzen dute egoera berrietan, egoera ezagunetan baino. Beren portaerak berehalako ondorenik ez duenean okerrago jokatzen dute, saria berehalakoa denean baino. Proiektu berrietan denbora gehiago pasatzen dute, lehengoetan baino. Aldakortasun handia agertzen dute. Gerta daiteke eskolan inpultsibo eta hiperaktibo moduan deskribatua izatea, eta gurasoek erabat normal moduan deskribatzea ere.

6 urtetik gorako haur batek arreta-gabezia, hiperaktibitatea, portaera-arazoak eta eskola-arazoak baditu, arreta-gabezia eta hiperaktibitatearen nahastearen ebaluazioa egin behar da. Ebaluazioa DSM-IVko irizpideen arabera egin daiteke, baina DSM-IVko irizpideak ez dira espezifikoak, irizpide estatistikoak erabiliz diagnostikatzen baitute AGNHa. Beste nahaste batzuk ere ager daitezke AGNHarekin batera. Gainera, ez da azpimotentzako terapia-pauta berezirik finkatu. Tratamendu bera eman zaie sarritan azpimota ezberdineko haurrei.

Beste nahaste batzuekin batera agertzen da sarritan AGNHa: hezkuntza-arazoak, gaixotasun zirkularra, ezezkotasun desafiatzaileko nahastea, salizilatoekiko alergia. Oso aktiboa den haur batek AGNHaren ezaugarri batzuk izan ditzake, nahaste hori izan gabe. Haurren % 3-5ek izan dezake nahaste hori, baina % 10-12k ditu antzeko sintomak.

Haur bat hiperaktibotzat har daiteke, DSM-IVko irizpideak betetzen baditu; adibidez, soin-adarren etengabeko mugimendua, asko hitz egitea, eserita ezin egona, jolasetako arauak haustea, eginkizunei arretarik ez jartzea eta galderei zalapartan erantzutea. Baina beste patologia batzuk baztertu egin behar dira. 7 urte baino lehen agertu behar du sintomatologiak, eta gutxienez bi egoeretan agertu behar dute sintomek (etxean eta ikasgelan). Hala ere, esku-hartze programa bat aplikatzeko haurraren gabezia funtzionalak ezagutu nahi badira, ebaluazio-prozesuak konplexuagoa behar

du izan. Gurasoen eta irakasleen bidez, subjektu beraren bidez edo behaketaz egin daiteke ebaluazioa.

AGNHa baztertzeko irizpide moduan 85etik beherako adimen-koefizientea erabiltzen da: hiperaktibitatearen sintomak dituztenak baina 85 baino adimen-koefiziente txikiagoa dutenak ez dira hiperaktibo moduan diagnostikatzen, zeren nahaste oinarrizkoago baten ondorioz sortutako nahaste bat dela pentsatzen baita.

AGNHa diagnostikatzeko egiten den hasierako azterketatik baztertu egin behar dira adimen-koefiziente baxua eta zentzumen-gabeziak dituzten haurrak. Familia-ingurunearen azterketak, berriz, egoerarekiko erreakzio moduan agertzen den arreta-gabezia baztertu behar luke. Hortik aurrera, haurraren ebaluazio psikopatologikoa egin behar da.

Portaerako nahastea soilik duenari sarritan AGNHa diagnostikatzen zaio. Portaera txar asko agertzen duenez, hiperaktibotzat jotzen da. Baina portaera nahastuak dituzten asko ez dira normalak baino aktiboagoak, eta AGNHa dutenak ez dira portaera txarretan espezializatzen. Portaera mota guztiak agertzen dituzte ugari, baita positiboak ere.

Portaera nahastuak dituztenak ez dira damutzen; AGNHa dutenek presaka ekiten dute, baina gero damutu egiten dira. AGNHa komorbilitaterik gabe eta ezezkotasun desafiatzaileko nahastea edo nahaste disoziala AGNH gabe dutenak bereiz litezke *Continuous Performance Test*aren bidez (CPT, Conners, 1985; Halperin *et al.,* 1993). AGNHa duten haurrek arreta-gabeziako eta oldarkortasuneko hutsegite gehiago egiten dituzte, ezezkotasun desafiatzaileko nahastea edo nahaste disoziala dutenek baino.

AGNHa dutenen artean bi talde daude: erasokortasunik gabeko arreta-gabezia dutenen taldea eta arreta-nahaste erasokorra dutenena. Erasokortasunik gabeko arreta-gabezia duenak ikaskuntza-zailtasunak, nahaste afektiboak eta barne-herstura ditu. Arreta-gabeziarik gabeko erasokortasuna duenak mugimendu-jarduera, oldarkortasuna eta erasokortasun gehiago ditu. Nahaste barneratzailea da bata, eta kanporatzailea bestea.

Arreta-gabezia duen haurrak, batzuetan, diagnostiko-egoeran dagoenean edo behatua denean, ariketa berriak eta interesgarriak egin behar izaten ditu, eta ez zaio nabarmentzen arreta-gabezia duenik. Edonola ere, denboraren zentzua gutxitua duenez, denborarekin zerikusia duten atazak nekezago egiten ditu. Planifikazioa eta itxarotea zail gertatzen zaizkio; iraganeko informazioa oroimenean aktibatzea ere kostatu egiten zaio.

Portaera oldarkorra duenak kinaden bereizgarri fisikoen eta emozioaren arabera erantzuten dio testuinguruari, portaera gogoetatsuz jokatu ordez. Emozioa hautematean ez du sistema kognitiboa aktibatzen, eta ez ditu trebetasun kognitiboak aplikatzen. AGNHa duenak ez du oldarkortasun gehiegi, gogoetarako joera gutxiegi

baizik. Arazoa ez da oldarkortasuna jaistea, gogoetarako joera igotzea baizik. Portaera oldarkorra duenarentzat harreman kontingenterik ez baitago inguruneko kinaden eta portaeraren artean.

Barkley, DuPaul eta McMurray-ren arabera (1990), arreta-gabezia eta hiperaktibitatea dituzten haurren erdiek baino gehiagok portaeko nahasteak ere izaten dituzte; hiperaktibitaterik gabeko arreta-gabezia dutenen % 20k ditu portaera-arazoak. Arreta-gabezia eta hiperaktibitatea (AGN+Ha) dutenak portaera-nahastea dutenekin sailkatzen dituzte, laguntza ematean; hiperaktibitaterik gabeko arreta-gabezia (AGN-Ha) dutenak, berriz, ikaskuntza-zailtasunak dituztenekin sailkatzen dituzte. AGN+Ha dutenek erasokortasun gehiago, bazterketa sozial gehiago, autoestimu gutxiago eta errendimendu okerragoa agertzen dituzte lan kognitiboetan eta mugimenduzko lanetan. Arazoa, arreta jarraituko ariketetan agertzen dute. AGN-Ha dutenek barne-herstura gehiago eta informazioa prozesatzeko makaltasuna agertzen dute; arazoak arreta selektibo edo fokatuan dituzte.

10.2.8. Ebaluazio-prozedura

Guraso eta irakasleentzako ebaluazio-eskalak dira diagnostikatze-prozesuko tresna nagusiak. Ondorengo elkarrizketa erdi egituratu hauetako bat aukeratu liteke:

1. *Barkley-ren eskalak* (*Barkley´s Scales*; Barkley, 1991): portaera-nahasteen, etxeko egoeren, eskolako egoeren galdekizunak, eta guraso eta irakasleentzako gai-zerrenda. Barkleyren elkarrizketa klinikoa (*Barkley Clinical Interview Form*; Barkley eta Murphy, 1998).
2. *Brown-en AGNaren eskalak haur, guraso eta irakasleentzat* (*Brown ADD Scales for Children, Parents and Teachers*). *AGNa diagnostikatzeko Brown-en formulario diagnostikoa, 3-12 urteko haurrentzat* (*Brown ADD Diagnostic Form for Children*). *AGNa diagnostikatzeko Brown-en formulario diagnostikoa, 12-18 urteko nerabeentzat* (*Brown ADD Diagnostic Form for Adolescents*; Brown, 1996).
3. *Gurasoentzako eta irakasleentzako Conners-en eskala*k (*Guraso eta Irakasleentzako Hiperaktibitate Eskala* (*CPTR*), Conners, 1969) DSM-IIko irizpideak biltzen ditu. Arreta-gabezia deskribatzeko osagairik ez du ia, eta hiperaktibitatea baino gehiago, portaera-arazoak ebaluatzeko tresna da.
4. *EDAH eskala*ren (Farré eta Narbona; 1997) bidez irakasleak 6 urtetik 12 urtera bitarteko haurrak ebalua ditzake.
5. *Haurraren denbora-nozioa aztertzeko galdekizuna* (Gibello eta Weill, 2004; Piaget, 1973)

Gibello eta Weill-en galde-sorta (2004) Piageten *Le développement de la notion de temps chez l´enfant* (1973) liburuan oinarritua dago. 10 item ditu. Gibello eta Weill-en galde-sortatik egin dugun moldaera duzu jarraian:

1. Zein dira asteko egunak? Urteko hilak? Urtaroak?
2. Zure adin bera duen haur batek esan dit… urtean jaio zela. Zer pentsatzen duzu horretaz? (haurraren jaiotza-urtearekin bat ez datorren urte bat ematen da).
3. Zer adin zenuen iaz? Zer adin izango duzu datorren urtean?
4. Bietatik zein da gazteena: zure aita ala zure ama? Bietatik zein jaio zen bestearen ondoren? Zergatik da gazteagoa?
5. Zure ama zu baino zaharragoa ala gazteagoa da? Zu baino lehen jaio zen, ala zu jaio zinen hura baino lehen? Datorren urtean zure amak urte gehiago izango al ditu? Zaharragoa izango al da? Zergatik? Eta zu? Zergatik?
6. Zein da zure neba-arreben artean zaharrena? Eta zure lagunen artean? Zein jaio zen lehenengo? Zuk 14 urte duzunean, zer adin izango du zure anaiak/nebak/arrebak/ahizpak? Beti zu baino gazteagoa/zaharragoa izango al da?
7. Loreak zahartzen al dira? Eta harriak? Zergatik?
8. Marrazkiari begiratu, eta bi zuhaitzetatik zaharrena zein den esan behar didazu. Ziur egon zaitezke ala ezin da jakin?
9. Mahai gainean kolpe erritmiko batzuk ematen dira: * ** *** **** *****. Gauza bera egin al dezakezu zuk?
10. Ekintza baten iraupena iragartzen duen aztertu: zenbat denbora behar da hemendik zure etxera joateko?

10.2.9. Tratamendua

10.2.9.1. Tratamendu biokimikoa

Hau izan da tratamendurik zabalduena. Estimulatzaileak, antidepresibo triziklikoak eta hipertentsio arterialarentzako erremedioak erabili izan dira.

1940. urtea baino lehen hasi ziren benzedrina eta antzeko anfetaminak erabiltzen egonezina eta kontzentrazio-gabezia tratatzeko. 1960ko hamarkadan nerbio-sistema autonomoaren zati sinpatikoa aktibatzen zuten estimulatzaileak erabiltzen ziren. XX. mendeko azken hamarkadetan ikerketa kliniko ugari egin ziren, substantzia estimulatzaileen eragin onuragarria egiaztatzen zutenak (Spencer *et al.,* 1996).

Argitaratutako ikerketa gehienak tratamendu farmakologikoaren ondorenei buruzkoak izan dira. Tratamenduei buruzko txostenen arabera, paziente gehienek erantzun ona eman diote estimulatzaile bidezko tratamenduari. Arreta-gabezia eta hiperaktibitatearen nahastea duten haurren hiru laurdenen portaera hobetu egin da metilfenidatoz tratatuta (Cabanyes eta Polaino, 1997).

XX. mendearen amaieran milioika ziren AEBn farmakoz trataturiko haur hiperzinetikoak. Hiperaktibo moduan diagnostikatutako haurren % 88 metilfenidatoz tratatua zen 1990ean (Wolraich *et al.,* 1990). Sendagai horrek eta antzekoek sistema erretikularra, sistema linbikoa, nukleo estriatua eta lobulu frontalak (arreta eta inhibizioa kontrolatzen dituztenak) aktibatzen dituzte. Psikoestimulatzaile horiek pazientearen aktibazio-maila eta portaera erregulatzen laguntzen dute, funtzio horietan inplikatua dagoen neurotransmisore garrantzitsuenaren (dopaminaren) igoerari esker.

Estimulatzaileen efektuak laburrak izaten dira. Efektuak desagertzean, sintomak berriro agertzen dira. Gainera, albo-efektuak ere eragiten dituzte: apetitu-galera, goragalea, urdaileko astuntasuna eta minak, zurbiltasuna, buruko mina, insomnioa, hipersentikortasuna, tikak, aldarte-aldaketak, egongaiztasuna, barne-herstura, hazkundearen makaltzea.

Gurasoek, psikologoek, irakasleek eta sendagileak lankidetzan jardun behar dute farmako-dosi egokia zein den jakiteko: pediatrak dosiak finkatzen ditu; gurasoak sendagaia emateaz arduratzen dira; sendagaiaren efektuei buruzko informazioa jasotzen dute guraso eta irakasleek; aldaketa esanguratsua eragingo duen dosi egokia erabakitzeko, pediatrari informazioa pasatu behar zaio.

Substantzia psikoestimulatzaileak hiperaktibitatea apaldu eta subjektuen arreta gehitzen badu, hiperaktibitateak eta arreta-aldaketak betetzen duten funtzioa ordezkatzen duelako dela pentsatu izan da. Hipotesi horren arabera, gabezia biologiko bati aurre egiteko baliabide natural eta espontaneotzat hartzen dira hiperaktibitatea eta arreta kinada berrietara sarri aldatzea. Zentzumenetatik datorren informazio berriak garuneko goranzko saretxo-sistema eta garun-azala aktibatzen ditu, eta zentzumen-informazioaren prozesaketa errazten du (Taylor, 1991). Zentzumen-informazioa prozesatu ondoren, kinadara ohitzeko fenomenoa gertatzen da, eta garun-azalaren aktibazio-maila apaldu egiten da.

Hiperaktibitatea portaera guztiz funtzionala da, beraz, subjektuarentzat (García eta Magaz, 2000). Mugimenduan diharduten giharren estimulazio propriozeptiboa garun-enborrera heltzen da, eta garuna aktibatzen da. Gainera, arreta-aldaketak beste autoestimulazio mota bat eragiten du. Arreta kinada batera aldatzean, garunaren aktibazio-maila espontaneoki berreskuratzen da. Horrek azaltzen du haurrek zergatik jartzen duten arreta bideo-jokoetan. Kinadak aldatuz doazen neurrian, haietan arreta errazago jartzen dute. Kinada monotonoa bada, erraz distraitzen dira.

Sendagaia hartzeak eragin positiboa du, arreta gehitu egiten baitu, baina beste gabe ez ditu konpontzen ikaskuntzan, sozializazioan eta prozesu kognitiboetan gertatzen diren arazoak. Sendagai bidez lasaitu eta gero, sozialki moldatuak diren portaerak ikas ditzake haurrak, oldarkortasun gutxiago agertuko baitu.

Estimulatzaileen eraginkortasunak baditu mugak: 1) Epe luzerako hobekuntzarik ez dute eragiten. Sendagaia desagertzean, haren efektuak ere desagertu egiten dira. 2) Haurrek sendagaia hartzeari berehala uzten diote. 3) Haurren laurden batek ez dio erantzuten sendagaiari.

Tratamendu farmakologikoa ezartzean, AGNHa ez ezik, harekin batera agertzen diren gaixotasunak ere kontuan hartu behar dira. Estimulatzaileek eraginkortasun gutxi dute aldarte-egoerako edo afektuko nahasteetan, eta AGNHrako erabiltzen diren sendagai asko ez dira eraginkorrak depresioarentzat. Estimulatzaileek barne-herstura (Swanson, Kinsbourne,Roberts eta Zucker, 1978) edo depresioa (Barkley, 1990) eragin dezakete paziente batzuengan. Gainera, badirudi barne-hersturak edo aldartearen nahasteek okerragotu egiten dutela estimulatzaileek hiperaktiboarengan duten eragina (Brown, 2003).

10.2.9.2. Portaera aldatzeko teknikak

1970. urteaz gerotik, prozedura operanteak eta teknika kognitiboak ere erabili izan dira AGNHa tratatzeko. Sarritan, gainera, tratamendu farmakologikoa eta terapia kognitibo-konduktuala tratamendu berean konbinatu dira.

Portaera aldatzeko teknikek uste dute inguruko kontingentziek moldeatzen dutela portaera. Ondorioz, errefortzuak eta zigorrak erabiltzen dituzte portaera positiboak gehitzeko eta negatiboak desagerrarazteko.

1. *Portaera desiragarriak gehitzeko teknikak*:
   a) *Errefortzu sozialak.* Zerbait ongi egitean, laudorioak, iruzkin positibo eta motibatzaileak egin; hitzezko errefortzu horiek hasieran sari materialekin batera joan daitezke, eta portaeraren ondoren berehala eman behar dira. Haurra animatzeko, irakasleak edo gurasoak erabil ditzakeen ez-hitzezko portaerak: besarkadak, bizkarrean edo buruan laztandu, irribarre egin, erpurua altxatu, begiaz keinu egin. Hitzez onarpena adierazteko: «lan ona!», «ongi egin duzu!», «fenomenoa zara», «bakarrik egin al duzu?».
   b) *Sariak eta pribilegioak.* Haur bakoitzaren gustu eta interesetara egokituak. Portaera egokiaren ondoren berehala eman. Sariak aldatu.

2. *Portaera desegokiak desagerrarazteko teknikak:*
   a) *Arreta erretiratzea edo iraungitzea* (Rosen, O´Leary, Joyce, Conway eta Pfiffner, 1984). Haurrak portaera desegoki bat agertzen duenean, arreta sistematikoki erretiratu behar zaio. Haurrak dituen portaerak arriskutsuak direnean, teknika honek ez du balio, baina haurrak arreta erakartzeko egiten dituen portaeren aurrean bai. Teknika honekin hasieran gehitu egiten da portaera desegokia, baina, teknika sendoa bada, gerora desagertu egingo da.

b) *Erantzunaren kostua* edo pribilegioak erretiratzea (Ghosh eta Chattopadhyay, 1993). Aurrez finkatutako arauak edo akordioak betetzen ez badituzte, pribilegio batzuk kentzen zaizkie haurrei. Pribilegioen galera horrek ez ditu familiako beste kideak ukitu behar, eta kontrolatzeko modukoa izan behar du. Haurraren adinera eta portaera desegokiaren neurrira egokitu behar du teknika honek. Gurasoek edo irakasleek ziurtasunez eta fermuki jokatu behar dute.

c) *Bakartzea.* Bakarrik egongo den toki batera bidaltzen da haurra minutu batzuez, portaera desegokiaren ondoren. Haurrari aurrez adierazi behar zaio bere portaera desegokia dela eta, horrela jarraituz gero, bakartua izango dela. Tokiak aspergarria izan behar du, kinadarik gabea, haurrari distraitzeko aukerarik emango ez diona. Bakartzearen denbora adinaren araberakoa izango da, eta ongi kontrolatuko da. Bakartzearen iraupena alda liteke, egoera horretan duen portaeraren arabera.

Portaeraren tratamendu soilak epe laburreko efektuak ditu, eta ez ditu beste gabe haurrak bere onera ekartzen (Pelham, Carlson eta Sams, 1993). Laborategiko giro kontrolatuan lortutako hobekuntzak ezin izaten dira sarritan ingurune naturalera hedatu. Gainera, esan dugun moduan, haur batzuekin tratamendu honek ez du funtzionatzen (Pelham eta Fabiano, 2000). Hala ere, ikerketa batzuen arabera, esku-hartze konduktuala tratamendu farmakologikoa bezain eraginkorra izan daiteke beste haur batzuekin (Abramowitz, Eckstrand, O´Leary eta Duncam, 1992). Baina hiperaktibitatea gutxitzen duenak ez du ezinbestez arreta gehitzen, eta arreta gehitzeak ez du beste gabe errendimendua gehitzen.

Portaeraren aldaketa-teknikak sari ukigarriak erabiltzen ditu sarritan, eta hezitzaile batzuek pentsatzen dute horrek ikaslearen barne-motibazioa gutxitu dezakeela. Motibazioaren galeraz edo motibazioa gutxitzeaz hitz egitean, ikasleak lehendik nolabaiteko motibazioa baduela suposatzen ari dira. Eta ikuspegi konduktualetik edo behavioristatik ari direnentzat, hori ez dago batere garbi. Gainera, laudorio soziala ez da nahikoa ikasle batzuk motibatzeko.

Mota honetako programarik eraginkorrenak fitxen ekonomiaren programa eta kontingentzien kontratua dira:

A) *Fitxen ekonomiaren programa*

Fitxa batez saritu daitezkeen portaeren zerrenda osatzen da. Lortu nahi duen sari edo pribilegio bakoitzerako fitxa kopuru egokia eskuratzen ikasi behar du haurrak. Horretarako, modu jakin batean jokatu behar du. Fitxak eskuratu ondoren, sari edo pribilegio batzuez truka ditzake.

B) *Kontingentzien kontratua*

6 urtetik gorako haurrentzat egokia izan daiteke, sariak atzeratzeko aukera ematen du eta. Kontratu bat negoziatzen du haurrak irakaslearekin edo gurasoekin. Kontratu horretan, haurrari eskatzen zaiona eta eskatutakoa egiteak dituen ondorioak zehazten dira. Item gutxikoak, zehatzak, modu samurrean idatziak eta egunero aplikatzeko modukoak izan behar dute kontratuek. Portaera batzuk egitera konprometitzen da haurra, eta, hori gertatzean, irakasleak modu espezifikoan erantzungo du.

Kontingentzien kontratuak hitz egiteko eta saria atzeratzeko gai izatea eskatzen dio haurrari. Hasieran jomuga gutxi eta errazak jarriko dira, eta gerora zailduz joango dira. Haurrarentzat baliotsuak behar dute izan sariek, eta aldiro aldatu egin behar dira, ase ez dadin. Garrantzi handia du kontingentzien negoziazioan haurrak esku hartzeak.

10.2.9.3. Tratamendu konbinatua

Tratamendu farmakologikoa eta portaeraren tratamendua konbinatzen ditu. Tratamendu hau eraginkorragoa da gurasoak eta irakasleak inplikatzen dituenean (Pelham eta Waschbusch, 1999).

Haurren *tratamendu multimodal*ean (Arnold *et al.,* 1997) 12-14 hilabeteko portaera-tratamendua egiten zen. Gurasoen entrenamendurako 35 saiotik gora egiten ziren, taldean eta banaka; irakasleekin 24 kontaktutik gora edukitzen zuten ikasturtean zehar; eta udan tratamendu-programa trinko bat egiten zen (MTA Cooperative Group, 1999a, 1999b). Ikerketa bat egin zen 144 haurrekin. Lau taldetan banatu ziren haurrak, tratamenduaren arabera: 1) portaera-tratamendua soilik; 2) tratamendu farmakologikoa soilik; 3) portaera-tratamendua eta tratamendu farmakologikoa konbinaturik; 4) kontrol-taldea: komunitateko tratamenduarekin (berek aukeratzen zuten zerbitzua). Tratamenduaren 14. hilabetean oraindik sendagaia ematen jarraitzen zuten, baina portaera-tratamendua oso arina zen edo bertan behera utzia zegoen. Espero zen moduan, sendagaien emaitzak hobeak izan ziren portaeraren tratamendu arinarenak edo ezabatuarenak baino. Tratamendu konbinatuak, berriz, sendagaiaren tratamendu soilak baino zertxobait emaitza hobeak eman zituen.

Baina, portaeraren tratamendua aktiboa eta trinkoa denean, sendagaia gehitzeak ez dio efektu berririk eransten. Portaera-tratamendua eta tratamendu konbinatua alderatuz zera ikusten da: neurri gehienetan bi taldeen artean alde esanguratsurik ez dela agertzen. 30 adierazletik 25ean tratamendu konbinatua jasotzen zutenek bezain emaitza onak ateratzen zituzten sendagairik jasotzen ez zutenek. Gainera, arrakastari buruzko haurren autopertzepzioak eta egozpenak barnekoak ziren nagusiki portaera-tratamendua jasotzen zutenengan. Udako tratamendu-programetan esku hartzen duten haurren laurden batek ongi erantzuten dio tratamenduari, eta sendagaiaren ondoriozko hobekuntzarik ez zaio nabaritzen.

10.2.9.4. Tratamendu kognitibo-konduktuala

Hainbat teknika operante (errefortzua, iraungipena, fitxen ekonomia, erantzunaren kostua eta abar) eta kognitibo (autoinstrukzioetan trebatzea, arazoak ebazteko terapia) konbinatzen ditu. Haurrari prozedura kognitibo-konduktualak aplikatzeko, programa aplikatu behar duten irakasle eta gurasoak trebatu egin behar dira, eta eskolako ikaskuntza zehazki planifikatu behar da.

Teknika kognitibo-konduktualak garatu badira, teknika operanteak portaeraren aldaketa iraunkorra eragiteko dituen zailtasunengatik izan da. Teknika kognitibo-konduktualak erabiltzen hasi baziren, tratamenduaren efektuak askotariko inguruneetara orokortzeko helburuarekin izan zen. Ikuspegi konduktual soilak ez bezala, kontrola bere gain hartzen erakutsiko dio subjektuari tratamendu kognitibo-konduktualak. Jarduera kognitiboari eta haren autokontrolari ematen die garrantzia tratamendu kognitibo-konduktualak, baina, ikuspegi kognitibo soilak ez bezala, portaera behagarriei ere garrantzia ematen die, bai esku hartzean, bai emaitzak ebaluatzean.

Mischel eta haren lankideak hasi ziren haurren autoinstrukzioa edo autolaudorioak aztertzen. Aipatzekoa da Bandura eta haren lankideek 70eko hamarkadan egindako lana ere, behaketa bidezko ikaskuntzan autoindartzearen moduko barne-prozesuak aztertzen hasi baitziren. Baina garapen mentalean eta portaeraren garapenean hizkuntzak duen garrantziari buruz Vigotski-k (1962) eta Luria-k (1961) egindako ikerketak ere aipatu behar dira. Ikerketa horiek dira Meichenbaum-en autoinstrukzioen aurrekariak: kanpotik eragiten duen hizketa, ageriko hizketa eta barneko hizketa.

Teknika kognitibo-konduktualak eraginkorrak izan dira hainbat arlotan:

- Eskolako errendimenduan tratamendu kimiko soilak baino emaitza hobeak ematen ditu farmakologia eta tratamendu kognitiboa konbinatzeak (Abikoff, Ganeless, Reiter, Blum, Foley eta Klein, 1988).
- Eragin positiboa du hainbat testetan lortutako emaitzetan, hala nola *Irudi ezagunen parekatze testa*ren edo *Porteus-en labirintoen testa*ren emaitzetan.
- Esku-hartze kognitibo-konduktualaren eragina handiagoa da kontrolaren lekua barnean dutenengan (Horn, Ialongo, Pascoe, 1991).

Baina esku-hartze horren emaitzak ez dira teknika kognitiboen araberakoak soilik, baizik eta kontingentzien erabileraren araberakoak ere bai. Haur hiperaktiboek kanpoko pizgarri gehiago behar dute, beren errepertorioan ez dauzkaten portaerak eskuratu eta orokortzeko (Branswell eta Kendall, 1988).

10.3. PRAKTIKAK

10.3.1. praktika

Irakur ezazu ondorengo testua, eta laburbil itzazu ideia nagusiak:

Pertsona batek autoinstrukzioen bidez alda dezake bere portaera; haurrari ere autoinstrukzioak erabiltzeak lagundu diezaioke bere portaera aldatzen, horrek autokontrola ematen baitio. Arreta-gabezia eta hiperaktibitatearen nahastea duenak arazoak ditu autoinstrukzioen eta barne-hizkuntzaren bidez bere portaera kontrolatzeko. Haur hiperaktiboek bakarka hitz egiten dute gehiago; haien autohizkuntza heldugabeagoa da, eta planifikazio gutxiago agertzen dute (Copeland, 1979). Horregatik hasi ziren ikertzaile batzuk hitzezko eta irudizko argibideak erabiltzen haurrarengan jarrera gogoetatsuagoak sustatzeko.

Meichenbaumek (1976) autoinstrukzioetan oinarritutako autokontrol-entrenamendu bat landu zuen: Bitartekotza kognitiborako entrenamendua edo Autoinstrukzio-entrenamendua. Entrenamendu horretan honako teknika hau erabili zuten:

Autoinstrukzioen teknika (Meichenbaum eta Goodman, 1971):

1. Bere buruari argibideak ozenki emanez egiten du jarduera helduak eredu gisa.
2. Helduak argibideak eman, eta haurrak jarduera gauzatzen du (kanpoko ageriko gida).
3. Haurrak bere buruari argibideak ozenki emanez egiten du lana (ageriko autogida).
4. Bere buruari argibideak xuxurlatuz egiten du haurrak jarduera (ageriko autogida arindua).
5. Bere barne-hizkuntzak gidatuta jokatzen du haurrak (autogida ezkutua).

Autoinstrukzioetan trebatzea eraginkorra gertatu da lana hobeto antolatu eta arrazoitzeko (Meichenbaum, 1976), eskolako errendimendua (Cameron eta Robinson, 1980) eta trebetasun sozialak hobetzeko (Shure, 1981). Orjales eta Polaino-Lorente-ren arabera (1988), autoinstrukzio-tratamenduak hobetu egingo lituzke subjektuaren gaitasun kognitiboak, baina lantzen diren trebetasunen arlora mugatzen da hobekuntza, eta nekez hedatzen da beste arloetara.

Beste zenbait ikerketaren arabera autoinstrukzioek ez dute hain eragin positiborik (Abikoff eta Gittelman, 1985). Palkes, Stewart eta Freedman-en arabera (1972), autoinstrukzioen bidez haurren latentzia luzatu egiten da, eta erantzun oldarkorrak gutxitu egiten dira, baina ez dute huts gutxiago egiten. Orjalesen arabera (1991), eraginkortasun-gabezia horren faktoreak honako hauek izango lirateke: lagin

txikiak, tratamendu-ezberdintasuna, sindromearen larritasun ezberdina, haurren adina (txikiegiek ez dute tratamendua ulertzen; handixeagoek, 9 urtetik gorakoek, sintoma elkartu sail bat ere agertzen dute) eta orokortze-programa eraginkorrik eza.

Hori ikusita, esku-hartze egoki bat lortzeko ahaleginetan haurren bereizgarri pertsonalak aztertzen hasi ziren. Horrela, haur inpultsiboen autoinstrukzio-entrenamenduan arrakasta edukitzearekin zerikusia duten aldagaiak zehaztu nahi izan zituen Copeland-ek (1981), eta hauek aurkitu zituen: barne-egozpeneko estiloa, barne-hizkuntzaren maila, adimen- eta hizkuntza-maila eta mugimendu-jarduera.

10.3.2. praktika

Egozpen-estiloa

Tratamendu-programaren aldagai subjektiboak aztertzean garrantzitsua da jakitea subjektuak nori egozten dizkion portaeraren emaitzak (onak zein txarrak): bere buruari, berak kontrolatzen duen zerbaiti edo norbaiti, edo beraren kontroletik at dagoen zerbaiti edo norbaiti.

Egindako ikerketen arabera, hiperaktiboek kanpo-egozpeneko estilo nabarmenagoa dute (Linn eta Hodge, 1982). Babesgabetasun ikasiaren ikuspegitik aztertuta, egunero jasotzen dituen porrot-esperientzien aurrean, kontrol-gabeziako sentimendua nagusitzen da haur hiperaktiboarengan (Polaino-Lorente, 1984). Eta ikusi denez, kontrolaren lekua kanpoan jartzen duten haurrekin emaitza hobeak ematen ditu kanpoko kontingentziak eta errefortzua erabiltzeak (Bendall, Tollefson eta Fine, 1980); aldiz, barne-egozpeneko estiloa dutenekin emaitza hobea emango luke autokontrolak (Bungental, Whalen eta Henker, 1977).

- Zer tresna (galde-sorta, proba, test) erabil daitezke pertsona baten egozpen-estiloa aztertzeko?
- Zein faktoreri egozten dizkio pertsonak gertaera positiboak eta negatiboak.
  - Barneko ala kanpoko faktoreei egozten dizkie gertaera positiboak?
  - Barneko ala kanpoko faktoreei egozten dizkie gertaera negatiboak?
  - Faktore egonkorrei ala faktore ezegonkorrei egozten dizkie gertaera positiboak?
  - Faktore egonkorrei ala faktore ezegonkorrei egozten dizkie gertaera negatiboak?
  - Faktore kontrolagarriei ala faktore kontrolaezinei egozten dizkie gertaera positiboak?
  - Faktore kontrolagarriei ala faktore kontrolaezinei egozten dizkie gertaera negatiboak?

10.3.3. praktika

Autoebaluazioaren eta autoebaluazio indartuaren teknikak

Teknika honen bidez bere portaera ebaluatzen eta kontrolatzen irakasten zaio besteen kontrolera ohitua dagoen pertsonari. Pertsonak bere portaera erregistratu eta ebaluatzen ikasten du, portaera egokiaren eta desegokiaren adibideak ikusi ondoren. Horrela bere arreta, portaera oldarkorra eta emaitza akademikoak hobetu egingo ditu. Pertsonak hau ikasi behar du: lan konplexu batek estrategia eraginkorrak eskatzen dituela eta presaka ez dela ibili behar. Irakasleak helburuak eta estrategiak azalduko ditu, eta ereduarena egingo du. Gainera, estrategiaren fase bakoitza idazki eta marrazki bidez adierazten da.

Autoebaluazio indartuaren teknikan (Miranda, Roselló eta Soriano, 1998) ikasgelan edo etxean arazoak sortzen dituen ikaslearen portaerak identifikatzen dira. Portaera horiek autoebaluatu behar ditu ikasleak hainbat egoeratan. Ikaslea autoebaluazioan trebatu ondoren, ebaluatu beharreko portaera deskribatzen du irakasleak egun jakin batean. Ikasleak bere burua ebaluatu behar du portaera horri buruz, eta irakasleak ere ikaslea ebaluatuko du portaera berberari dagokionez.

Irakaslearen eta ikaslearen ebaluazioak bat datozenean, saritu egiten da ikaslea. Denbora aurrera joan ahala, irakaslearen ebaluazioak desagertu egiten dira poliki-poliki, eta ikasleak berak erabakiko du zer sari dagokion. Baina, ikaslea bere ebaluazioak puzten hasten bada, berriro ere ikaslearen eta irakaslearen ebaluazioak alderatzen hasiko dira.

Zer mailatako ikasleekin erabil liteke autoebaluazioa?

Zer mailatako ikasleekin erabil liteke autoebaluazio indartua?

10.3.4. praktika

Autobehaketa-teknika

Arreta eskatzen duen jarduera batean arreta jartzen ari den ala ez konturatu behar du ikasleak. Jarduera bat ematen zaio haurrari, eta magnetofonoan kaseta martxan jartzen da. Jarduera horretan ari dela magnetofonoak soinu bat ateratzen duenean, «Adi al nago?» galderari erantzun behar dio haurrak. Ondoren lanari jarraitzen dio, berriro soinua entzun arte. Soinua entzutean, berriro ere arretari buruzko galdera egingo zaio, eta hark erantzun egingo du. Gerora, tonuak erretiratu egiten dira, eta haurrak tonurik gabe behatuko du adi dagoen ala ez.

Autobehaketaren bidez arreta gehitzea lortu da. Reid-ek (1996) egindako berrikusketan agertzen denez, 22 ikerketatik 21ean arreta gehitzea lortu zuen teknika honek eskola-inguruan.

10.3.5. praktika

Azter ezazue taldean ondorengo teknika hau:

Dortokaren teknika (Schneider, 1974; Schneider eta Robin, 1992; Miranda, Roselló eta Soriano, 1998).

Portaera oldarkorra kontrolatzen ikasteko teknika bat da. Pertsona oldarkorraren emozioek sarritan gainezka egiten dute, eta emozio horiek modu egokian bideratzen irakatsi behar zaio. Teknika hau Haur Hezkuntzan eta Lehen Hezkuntzako lehen zikloan aplika daiteke.

Lehenik haurraren portaera desegokien zerrenda egingo da, eta ondoren erabakiko da teknika hau zein portaera desegokiri aplikatuko zaion.

Entrenamenduaren faseak:

– Lehen fasea:

«Dortoka» hitza entzutean begiak itxiko ditu haurrak; besoak gorputzari erantsiko dizkio; burua jaitsi eta sorbalda artean sartuko du, eta bere estalkian kiribilduko da dortoka bat balitz bezala. Fase honetan, haurrak besteekiko harremanetan izan ditzakeen arazoak aipatzen dira, eta ondoren dortokaren istorioa kontatzen da. Istorio horretan dortoka haserretu egiten da, baina, modu txarrean erantzun ordez, *«haserretu egin zen eta muturreko bat emateko zorian zegoen, baina dortoka jakintsuaren aholkua gogoratu zuen: begiak itxi zituen,burua gorde zuen, besoak eta hankak oskolean sartu eta geldi-geldi egon zen, haserrea pasatu arte. Asko gustatu zitzaion bere oskolaren barnean egotea».*

Istorioa kontatu ondoren, irakasleak amorrua sortzen duen egoera bat deskribatzen du eta dortokaren jarrera hartzen du. Gero, antzeko egoerak irudikatu behar dituzte haurrek, eta dortokaren jarrera hartuz erantzun. Behar den guztietan errepikatzen da ariketa, prozedura ongi ikasi arte.

– Bigarren fasean, erlaxatzen ikasiko du haurrak: dortoka-jarreran dagoen artean giharrak uzkurtuko ditu, segundo batzuez tenkaturik edukiko ditu, eta gero gihar guztiak erlaxatuko. Fase horretan, dortokaren jarrerak sortzen duen egonezinari irtenbidea emateko erlaxazioan trebatzen da haurra: *«Zure oskol barnean zaudenean, erlaxa zaitez, aska itzazu gihar guztiak, utzi erortzen besoak, ez egin indarrik sabelaz, har ezazu arnasa astiro eta sakonki, aska ezazu gorputz guztia, eta zure haserrea desagertu egingo da. Pentsa ezazu gauza eder eta atseginetan erlaxatua zaudenean».* Honela, dortokaren jarrera eta erlaxazioa konbinatzen dira.

– Hirugarren fasean, dortokaren teknika beste egoera eta testuinguru batzuetara hedatuko du. Fase horretan, dortokaren teknikaren eta erlaxazioaren sekuentzia orokortzea lortu nahi da; sekuentzia bat-batean erabiltzen ikasi behar du.

– Laugarren fasean, pertsonen arteko arazoak ebazteko estrategiak irakasten dira, Spivack eta Shure-ren egitura erabiliz.

Bonet eta Guiseris-en arabera (1992), dortokaren teknikak emaitza hobeak ditu haur hiperaktiboekin arreta-arazoak dituztenekin baino.

10.3.6. praktika

Ikus ezazu Tourette-ren sindromeari buruzko bideo hau, eta erantzun iezaiezu galdera hauei:

http://www.youtube.com/watch?v=_OGAcFnSQnI

http://www.youtube.com/watch?v=mJnCpOfMUqo

http://www.youtube.com/watch?v=H72RA1dLGAE&list=PL075CC315D56CD6AC

1. Zer sintoma ditu?
2. Ager ezazu Julianen kasua.
3. Zer egiten du neskatilak sintomak justifikatzeko?
4. Zer gertatzen da irakasleekin?
5. Zer dio nahastearen maiztasunaz?
6. Touretteren sindromeaz gainera zer nahaste izaten dute eskuarki?
7. Aire zabaleko jardueretan nola sentitzen da?
8. Izan al dezake bizitza normala?

10.3.7. praktika

Ikus ezazu *Front of the class* filma, eta erantzun iezaiezu ondorengo galderei:

http://www.youtube.com/watch?v=VZowuVPLTP4 (*Front of the class)*

1. Zer gertatzen zaio pertsonaiari ikastetxean?
2. Noiz banandu ziren gurasoak?
3. Zer eskatzen dio aitak banantzen direnean?
4. Zer galdetzen dio sendagileak, eta zer aholkatzen dio?
5. Zer jarrera hartzen du aitaren bikotekide berriak (Dianak)?

6. Zer gertatzen zaio irakaslearekin klasean?
7. Zer esaten dio ikastetxeko zuzendariak amari?
8. Zer egiten du amak?
9. Gaixotasuna dela jakitean, zer egiten du Brad-ek?
10. Zer gertatzen da Tourette-a duten pertsonekin elkartzen denean?
11. Zer egiten du zatikiak irakasten dituen irakasleak?
12. Zer gertatzen da golf-zelaian?
13. Zenbat denboratarako kontratua egiten diote ikastetxean?
14. Nolakoa da Nancyrekin duen harremana?
15. Zer animalia dauka gelan?
16. Zer da Tourette-a duen batek egin ezin dezakeena?
17. Zergatik aldatzen du aitak Amanda gela batetik bestera?
18. Zer gertatu zen Maisutzako azterketan?
19. Heather hiltzen denean elizara joaten al da?
20. Zer sari ematen diote?

10.3.8. praktika

Denbora-orientazioa hobetzeko programa

Haur hiperaktiboak diskronikoak izaten direla kontuan hartuta, diskronia hori gainditzeko ariketa batzuk jarri ditugu hemen. Azter itzazue taldean:

Denboraren nozioa hasieran oso loturik dago espazioaren nozioari, bi pertzepzio espazial jarraituren arteko iraupen moduan hautematen baita denbora. Erritmoetan eta haien esperientzia pertsonaletan oinarrituta eskuratzen da denboraren nozioa. Organismoan, inguruko objektuetan eta gertaeretan denboraren iragateak sortzen dituen aldaketak behatzeak iraupenarekin, jarraipenarekin eta aldiberekotasunarekin erlazionatutako denbora-nozioak finkatzen laguntzen du. Eta, era berean, ordua, eguna, hilabetea, urtea edo gisako denbora-unitateak finkatzen laguntzen du.

Denbora-orientazio egokia eskuratzeko, hurrenkera-ardatz kronologikoan gertaerak kokatzen ikasi behar dute haurrek. Horretarako, gertaeren adierazpen grafikoa lerro batean ordenatzen eta hurrenez hurren jartzen trebatu behar dute, gertaera bakoitza segidan dagokion tokian kokatuz. Ariketa mota hauek denbora historikoaren nozioa eraikitzen lagunduko diete, denboraren nozio abstraktuaren adierazpen ikusgai konkretu bat egiteko aukera ematen baitiete.

Hona hemen programan integratu behar diren ariketetako batzuk:

1. Taulan asteko egunak agertzen dira. Egun horietan egiten duzuna edo egin duzuna gogoratu eta laukian idatziko duzu.

Astelehena	Asteartea	Asteazkena	Osteguna	Ostirala	Larunbata	Igandea

2. Txalo batzuk joko ditut, eta zuk txalo horien erritmoa erreproduzituko duzu, txaloak joz:

   ** *** ** *** ** ***

3. Ondorengo hitzak ahoskatuko dituzu, nik esaten ditudan ordena berean:

   po popo popopo po popo popopo po popo popopo
   mu mumu mumumu mu mumu mumumu
   txin txintxin txintxintxin txin txintxin txintxintxin

4. Ondorengo hitzak esango dituzu, lehena ahots apalez, bigarrena ahots normalez eta hirugarrena ahots ozenez:

   ama ama ama
   aita aita aita
   bai bai bai
   ez ez ez

5. Idatz ezazu taulan zer gauza egiten duzun eguneko ordu bakoitzean:

9:00	12:00	13:00	14:30	17:30	21:00

6. Idatz ezazu adin hauetan egin zenuen edo egiten zenuen zerbait:

1 urte	*2 urte*	*4 urte*	*6 urte*	*8 urte*

7. Idatz ezazu adin hauetan egiten ikasi zenuen zerbait:

1 urte	*2 urte*	*4 urte*	*6 urte*	*8 urte*

8. Zer egingo duzu urte hauek dituzunean?

14 urte	*18 urte*	*24 urte*	*32 urte*

9. Kalkula itzazu munduko edozein lurraldetako urtaroak. Zer urtarotan daude orain Txilen? (haurra Euskal Herrian badago). Zer urtarotan daude orain Euskal Herrian? (haurra Txilen badago).
10. Dakizun moduan, lurrak 24 orduro bira bat egiten du bere ardatzaren inguruan. Bira horien ondorenez gertatzen dira egunak eta gauak. Lurraren alde batean eguna denean, beste aldean gaua da; alde batean egunsentia denean, bestean ilunabarra da. Munduko lurralde batzuetako ordua kalkulatzen saiatu behar duzu: Zer ordu da orain Venezuelan? Zer ordu da Japonian?
11. Nola aldatu dira pertsona hauek denboraren iraganarekin: zu zeu, ama, aitona?
12. Identifika itzazu zer aldaketa eragin dituen denboraren joanak inguruneko objektuetan: Zertan aldatu da herriko edo auzoko eliza? Zertan aldatu da plazako arbola?
13. Koka itzazu gertaera hauek urteko hilabeteetan: zure urtebetetzea, Eguberriak, zure herri edo hiriko festak.
14. Denboraren makinan sartu, eta hamar mende atzera egingo duzu. Irudika ezazu zeure burua orain zauden leku berean, baina orain dela mila urte. Zer-nolako aldeak aurkituko zenituzke?
15. Denboraren makinan sartu, eta lau mende egiten duzu etorkizunerantz. Irudika ezazu zeure burua orain zauden toki berean, baina hemendik laurehun urtera. Zer-nolako aldeak aurkituko zenituzke?
16. Denbora-tarte batzuk aurkeztuko dizkizut. Tarte horiek zenbat denbora irauten duten esango didazu. Mahai gainean jotzen diren bi kolperen artean 2, 4, 6, 12, 20 segundoko tarteak uzten dira.
17. Denbora-tarte batzuk aurkeztuko dizkizut. Tarte horiek erreproduzitu behar dituzu zuk. 4, 8, 12, 6, 20 segundoko tarteak uzten dira.
18. Bi haur talde antolatzen dira: AGNHa dutenen taldea eta kontrol-taldea. Itxaronaldi baten ondoren sari bat emango diegula esaten diegu. Promesaren ondoren, kronometroa martxan jartzen dugu. Itxaronaldiaren iraupena ezezaguna da haurrentzat. 5 minutu igarotzean, denbora-tarteak

zenbat iraun duen galdetzen diegu. Haurren estimazioak jasotzen ditugu, eta bi taldeen puntuazioen baturen batezbestekoak alderatzen ditugu.

19. Ondorengo esaldiak orainaldian jarrita daude. Jar itzazu iraganaldian.

    Jaten ari naiz:

    Azenarioak gustatzen zaizkit:

    John Lennon-en kanta bat entzuten ari naiz:

    Sakonki arnasten dut:

20. Esaldi hauek geroaldian daude. Jar itzazu lehenaldian:

    8 urte beteko ditut:

    Parke zoologikoa bisitatuko dut:

    Everest gailurrera helduko da:

    Harry Potter-en filma ikustera joango naiz bihar:

21. Aldiberekotasunaren esperientzia: perkusio-tresna batzuk banatzen dira, eta abesti bat jartzen da. Haurrek abestiaren erritmoari jarraitu behar diote, denek batera.
22. Haur taldea bi azpitaldetan banatzen da. Bi azpitaldeek abestiaren erritmoa erreproduzituko dute txandaka.
23. *Nik irakurri eta zuk entzun. Zuk kontatu eta nik entzun.* Haurretako batek ipuin bat irakurri, eta besteak arretaz entzungo du. Lehenak irakurketa amaitzean, bigarrenak gertatutakoa kontatzen du.
24. Haur talde batek musika-pieza baten erritmoan desfilatzen du. Lehen haurra hasten da desfilatzen, eta txirrina entzutean, lehena gelditu eta bigarrenak jarraitzen du. Eta horrela jarraian.
25. Haur talde batek musika-pieza baten erritmoa erreproduzitzen du tresnekin, baina haietako batek (irakaslearekin bat eginda) erritmoa hausten du. Beste haurren erreakzio aztertzen da.
26. Ipuin baten binetak ematen zaizkie haurrei, desordenaturik. Haurrek ordenatu eta istorioa osatu behar dute.

11. Parafiliak eta genero-identitatearen nahasteak

11.1. PARAFILIA

Ohikoak ez diren objektu eta jardueren bidez adierazten da sexualitatea parafilietan. Bulkada sexuala indartsua da parafilietan, eta objektu, jarduera edo egoera bereziak inplikatzen ditu, modu errepikatuan. Parafilikoaren objektuak eta portaerak nahiko iraunkorrak izaten dira. Gainera, parafiliek izaera konpultsiboa dute; hau da, kinada edo objektu parafilikoen bidez tentsio sexuala askatu behar izaten dute egunean zehar. Parafilikoaren fantasiak edo portaerak ondoez soziala, laborala edo beste arlo garrantzitsuren batekoa eragiten dio pertsonari. Portaera sexual parafilikoak sarritan baztertuak izan dira historian zehar, eta portaera horietaz hitz egiteko erabili diren terminoak ere gutxiespenekoak izan dira: «joera sexualaren nahastea», «desbideratze sexuala» edo «perbertsio sexuala».

Parafilia moten artean honako hauek ditugu: exhibizionismoa, fetitxismoa, frotteurismoa, paidofilia, masokismoa, sadismoa, trabestismoa, voyeurismoa, parafilia espezifikatu gabeak (nekrofilia, koprofilia, telefono-eskatologia). Pertsona batek sarritan parafilia mota bat baino gehiago agertzen ditu, bat nagusia bada ere. Pertsona batek parafilia bat baino gehiagoren irizpideak betetzen baditu, denak diagnostikatu behar zaizkio. Parafilia batzuk beste nahaste mental batzuen ondorio izango dira; adibidez, nortasunaren nahaste baten edo eskizofrenia baten ondorio.

Parafiliak bereizi egin behar dira patologikoak ez diren fantasietatik edo portaeretatik. Fantasia, portaera edo objektu bereziek parafilia eratuko dute, baldin eta harremanetako eta lan-arloko arazoek endekapen eta hondamen esanguratsua eragiten badute pertsonarengan, eta 6 hilabete baino gehiago irauten badute. Batzuetan parafiliak egosintonikoak izaten badira ere, eta pertsonari ondoez subjektiborik eragiten ez badiote ere, kaltegarriak izan daitezke. Adibidez, haur txikiekin harreman sexualak dituzten gizon asko ez dira gaizki sentitzen horregatik, baina horrek ez du esan nahi kaltegarriak ez direnik portaera horiek. Horregatik, ondoezaren irizpide subjektiboen ordez, portaera objektiboei dagozkien irizpideak jarri behar dira.

DSM-Vek bereizi egiten ditu parafiliak eta nahaste parafilikoak. Parafiliak ohikoak ez diren bulkada eta jarduera sexualak dira; ezin dira, beste gabe, nahaste mentaltzat hartu; parafilia dutenek ez dute hasieratik ezinbestez behar laguntza

psikologikorik. Aldiz, nahaste parafilikoa dutenek ondoeza sentitzen dute, edo ondoeza eragiten diete beste pertsona batzuei; ondoez edo hondamen hori pertsonaren bizitzako hainbat arlotan agertzen da. Bulkaden, fantasien edo portaeren izaerari egiten diote erreferentzia parafiliek; aldiz, nahaste parafilikoak norberaren edo besteen ondoezari egiten dio erreferentzia; parafilia diagnostikatzeko bizitzako hainbat arlotan ondoeza edo endekapena sentitu edo eragin behar du pertsonak.

Portaera parafilikoak beste pertsonak inplikatzen ditu, eta kasu askotan beste pertsona horiek ez dute onartzen praktika horretan esku hartzea; esate baterako, exhibizionismo, sadismo sexual, frotteurismo edo voyeurismoaren kasuetan. Parafilia diagnostikatu ahal izateko ez da nahikoa izango praktika errepikatua; DSM-Vek errepikapenen kopurua ere zehaztu egingo du; hots, biktimen kopuru zehatza zehaztuko du. Gainera, parafiliak diagnostikatzeko galde-sortak prestatuko dira.

11.1.1. Exhibizionismoa

Bereizgarri nagusia: exhibizionistak bere genitalak erakusten dizkio horrelakorik espero ez duen norbaiti; horretan ari den bitartean, zakila tentetuta dauka eta masturbatu egiten da. Desira, fantasia eta portaera sexual indartsuak agertzen ditu bere genitalak jende ezezagunari egoera desegokietan (elizetan, autobusetan, parkeetan) erakutsiz. Exhibizionistak kasu gehienetan genitalak erakutsi besterik ez du egiten, baina kasu batzuetan masturbazio-keinuak ere egiten ditu. Exhibizionista ez da eskuarki saiatzen pertsona arrotzarekin jarduera sexuala izaten, baina kasu batzuetan eraso sexuala ere egiten du. Edozein modutan, exhibizionisten heren bat baino gutxiago da biktimarekin harreman sexualak izaten saiatzen dena (Langevin *et al.,* 1979). Bestalde, exhibizionisten azpitalde batek nortasun antisozialaren nahastea ere badu (Kaplan eta Krueger, 1997).

Exhibizionistak batzuetan irudikatzen du bere exhibizioarekin behatzailea sexualki kitzikatuko dela; gehienetan behatzailea aztoratzeko desira izaten du. Behatzailearen aztoramenak eta egoerak eragiten dioten barne-hersturak gehitu egiten du exhibizionistaren aktibazio sexuala.

Exhibizionistak bere atal sexualak erakusteko desira kontrolaezina sentitzen du, eta ez ditu kontuan hartzen portaera horren ondorio sozialak. Emakume gazteen edo neskatilen aurrean egiten du eskuarki exhibizioa; saiatzen da beste pertsona ustekabean harrapatzen edo exhibizioaren bidez hura kitzikatuko duela irudikatzen.

Maiztasun handieneko parafilia da. Mutilen artean askoz ere gehiagotan gertatzen da, nesken artean baino. Nahastearen hasiera 18 urte baino lehen gertatzen da eskuarki, geroago ere has daitekeen arren. Helduaroan luzaz iraun dezake.

Pertsona batek, exhibizionistatzat hartua izateko, gutxienez 6 hilabeteko denboraldi batean agertu behar ditu joera hauek: bere genitalak espero ez duen arrotz bati erakustea inplikatzen duten fantasia sexual errepikariak eta oso kitzikatzaileak.

Voyeurismoarekin eta frotteurismoarekin batera gertatzen da exhibizionismoa sarritan.

Fantasiek, bulkada sexualek edo portaerek klinikoki esanguratsua den ondoeza edo narriadura soziala, laborala edo pertsonaren jardueraren beste arlo garrantzitsuren batekoa eragin behar dute.

Zigor Kodean delitua da, adin txikikoen edo elbarrien aurrean egiten bada.

Exhibizionismoa (DSM-IV-TR, 2000)

A. Gutxienez 6 hilabeteko denboraldi batean, horrelakorik espero ez duen arrotz bati bere genitalak erakustea dakarten fantasia sexual errepikariak eta oso kitzikatzaileak, bulkada sexualak edo portaerak.

B. Fantasiek, bulkada sexualek edo portaerek klinikoki esanguratsua den ondoeza edo narriadura soziala, laborala edo pertsonaren jardueraren beste arlo garrantzitsuren batekoa eragiten dute.

11.1.2. Voyeurismoa

Eranzten ari den edo biluzik dagoen pertsona bat ikusiz kitzikatzen da; jarduera sexualean, biluzik edo biluzteko unean beste pertsona bat behin eta berriro ikusiz kitzikatzen da, eta atsegin sexuala lortzen du. Sekretuan eta ezkututik egiten da behaketa, behatua dena konturatu gabe edo haren baimenik gabe; behatua dena sarritan ez du ezagutzen behatzaileak. Voyeurismoan, pertsona behatuak ez daki baten bat beha duela; eskoptofilian, berriz, pertsona behatuak badaki baten bat beha duela, eta horretarako baimena ematen du.

Beste bati behatuz, behatutakoa oroituz edo hor sortutako fantasien, desiren eta portaeren bidez sexualki kitzikatzen da voyeurista, eta masturbazio bidez heltzen da orgasmora. Eskuarki behatzaileak ez du hartu-eman sexualik eduki nahi izaten behatua denarekin.

Ez da nahasi behar voyeurismoa pertsona biluziak naturalki ikusteak sortzen duen kitzikapen sexualarekin. Ikustearekin konformatzen da voyeurista, eta gutxitan jartzen da behatzen duen pertsonarekin kontaktuan.

Pertsona batzuentzat voyeurismoa da jarduera sexual bakarra; beste batzuek praktika hori hobesten dute, baina ez da jarduera bakarra. Voyeurismoa sarritan gertatzen da exhibizionismoarekin, paidofiliarekin, sadomasokismoarekin edo nahaste mentalen batekin batera (depresioa, alkoholismoa, fobia soziala). Parafilia gehienak bezala, voyeurismoa ere 15 urte baino lehen hasten da eskuarki, eta heterosexualengan du maiztasunik altuena.

Voyeurismoa (DSM-IV-TR, 2000)

A. Gutxienez 6 hilabetez, biluzik dauden, biluzten ari diren edo jarduera sexualean bete-betean ari diren pertsonei ezkutuan begiratzea dakarten fantasia sexual errepikariak eta oso kitzikatzaileak, bulkada sexualak edo portaerak.

Eskuarki ez da behatutako pertsonarekin harreman sexuala izatea bilatzen. Orgasmoa masturbazio bidez lortzen da eskuarki, eta voyeurismo-ekintzaren garaian edo geroago gerta daiteke, oroitzapenez lagunduta.

B. Fantasiek, bulkada sexualek edo portaerek klinikoki esanguratsua den ondoeza edo narriadura soziala, laborala edo pertsonaren jardueraren beste arlo garrantzitsuren batekoa eragiten dute.

11.1.3. Fetitxismoa

Aktibazio sexual handia eragiten duten fantasia, desira eta portaerak, objektu bizigabeak (adibidez, jantziak, zapatak, eskularruak, lurrinak) edo gorputzaren zati bat (oina, ilea…) inplikatzen dituztenak, kitzikapen eta asebetetze sexualera heltzeko. Beraz, objektu bizigabeak ez ezik, gorputzeko zatiak ere erabiltzen ditu fetitxistak objektu moduan; gorputzaren zati jakinetan ardazten du sexualitatea, zati horiek eskuarki sexualtzat hartuak ez badira ere. Fetitxistak harreman konpultsiboa izan ohi du sarritan fetitxearekin, eta objektu fetitxea aurrean duenean kitzikapen-maila altua lortzen du.

Objektu fetitxeak eskuratzeko lapurretak egin behar izaten ditu sarritan fetitxistak. Lapurreta horiek barne-herstura handia sortzen dute, eta sarritan kitzikapen sexualarekin loturik egoten da barne-herstura.

Gizonezkoak izaten dira eskuarki fetitxistak, eta normalean masturbatu egiten dira, objektu fetitxea usaindu, begiratu edo laztantzen duten bitartean. Nerabezaroan agertu ohi da parafilia hau, fetitxearen eta kinada sexualen arteko elkartzea haurtzaroan gertatu bada ere.

Fetitxismoa diagnostikatu ahal izateko, fetitxeak izan behar du kitzikapen sexualerako baliabide nagusia, edo fetitxeak ezinbestekoa izan behar du erantzun sexual asebetetzailea emateko. Fantasia fetitxista edukitzea nahiko gauza arrunta da, eta ez da berez nahikoa nahastea diagnostikatzeko.

Pertsona batzuek ezkutuan gordetzen dute fetitxismoa: ezkutuan laztantzen, musukatzen, usaintzen edo miazkatzen dute objektu fetitxea, masturbatzen diren bitartean. Beste fetitxista batzuek, aldiz, objektu fetitxea jantzita daraman kidea behar izaten dute. Badira objektu fetitxeak pilatzen dituztenak ere.

Fetitxismoa (DSM-IV-TR, 2000)

A. Gutxienez 6 hilabetez, bizidunak ez diren objektuen (adibidez, emakumearen barneko jantziak) erabilerarekin lotutako fantasia sexual errepikariak eta oso kitzikagarriak, bulkada sexualak edo portaerak. Objektuarekin dagoela sarri masturbatzen da. Fetitxea beharrezkoa da kitzikapenerako.

B. Fantasiek, bulkada sexualek edo portaerek klinikoki esanguratsua den ondoeza edo narriadura soziala, laborala edo pertsonaren jardueraren beste arlo garrantzitsuren batekoa eragiten dute.

C. Fetitxeak ez dira izango emakumea janzteko artikuluak bakarrik, trabestiek erabiltzen dituztenak bezalakoak (fetitxismo trabestista) edo genitalak kitzikatzeko asmoz diseinaturiko aparatuak (adibidez, dardaragailua).

Fetitxismoa duenak sarritan beste parafilia batzuk ere izaten ditu, hala nola sadismoa, masokismoa, paidofilia.

Fetitxismo trabestista duenak aktibazio sexual handia eragiten duten fantasia, desira eta portaerak ditu; fantasia eta portaera horiek emakume moduan janztea dakarte. Gizon heterosexualetan gertatzen da, eta nerabezaroan hasten da eskuarki; emakumeen jantziak eramaten dituen bitartean masturbatu egiten da. Fetitxismo trabestistan emakumez jantzita kitzikatzen da gizona. Fetitxista trabestista erakartzen duena ez da beste emakume bat izatea, baizik eta bere barnean daukan emakumea (Zucker eta Blanchard, 1997). Imitatzaileak ez dira trabestistatzat hartuko, trabestitze horrek sexualki kitzikatzen ez baditu. Ez dira nahasi behar trabestismoa eta genero-identitatearen nahastea duenak beste sexuko jantziak janztea. Trabestistak ezkonduak izaten dira, eta eskuarki ezkutuan eramaten dute joera.

Trabestimoa eta masokismoa komorbidoak izaten dira neurri handi batean.

Fetitxismo trabestista (DSM-IV-TR)	**Fetitxismo trabestista (DSM-5)**
Bereizgarri nagusia: gizon bat emakume janzten da. Emakume jantzita bere burua ikusteak sexualki aktibatzen du (autoginefilia). Emakume-jantzien bilduma bat gordetzen du eskuarki, eta jantzi horiek erabiltzen ditu tarteka trabestitzeko. Gizon heterosexualetan gertatzen da nahaste hau. A. Gutxienez 6 hilabetez, trabestitzea dakarten fantasia sexual errepikariak eta oso kitzikatzaileak, bulkada sexualak edo portaerak. B. Fantasiek, bulkada sexualek edo portaerek klinikoki esanguratsua den ondoeza edo narriadura soziala, laborala edo pertsonaren jardueraren beste arlo garrantzitsuren batekoa eragiten dute. Diagnostikoa ez da egiten, identitate sexualeko nahastean zehar agertzen bada trabestismoa.	A. Gutxienez 6 hilabetez, beste sexuko jantziak janztea dakarten fantasia sexual errepikariak eta oso kitzikatzaileak, bulkada sexualak edo portaerak. B. Fantasiek, bulkada sexualek edo portaerek klinikoki esanguratsua den ondoeza edo narriadura soziala, laborala edo pertsonaren jardueraren beste arlo garrantzitsuren batekoa eragiten dute. – Fetitxismoarekin (emakumeen ehunen, materialen edo jantzien bidezko kitzikapen sexuala). – Autoginefiliarekin (bere burua emakume moduan hautemateak sortzen duen kitzikapen sexuala). – Autoandrofiliarekin (bere burua gizon moduan hautemateak sortzen duen kitzikapen sexuala).

11.1.4. Masokismo sexuala

Sacher-Masoch nobelagilearen pertsonaiek bezala, minetik ateratzen du atsegin sexuala. Atsegin sexuala lortzeko bere burua minez eta gaizki tratatua edo menderatua ikusi behar du. Gutxienez 6 hilabetez fantasia sexual errepikariak eta oso kitzikatzaileak, bulkada sexualak edo portaerak eduki behar ditu; horien ondorioz, benetan beheratua, jazarria, zapaldua eta sufrikarioz betea sentitu behar du. Ekintza masokistak beste norbaitekin edo norbere buruarekin egin daitezke: lotu, begiak lotailuz estali, jo, ipurdikoak eman, zartailuz jo, elektroshockak eman, ziztatu, deskarga elektrikoak, «hipoxifilia», eskuak lotu, hitzezko irainak, umiliazioak. Masokismo mota arriskutsu bat asfixia autoerotikoa da: oxigeno gabe gelditzeraino nork bere burua iratotzea. Fantasiek, bulkada sexualek edo portaerek

klinikoki esanguratsua den ondoeza edo narriadura soziala, laborala edo pertsonaren jardueraren beste arlo garrantzitsuren batekoa eragiten dute. Portaera masokisten ondorioz istripuak edo nahigabeko heriotzak gerta litezke.

Hartu-eman sadomasokistek bi pertsona inplikatzen dituzte gutxienez: bata menderatzailea eta bestea mendekoa. Harreman osagarri horiek sarritan gertatzen dira harreman homosexualetan eta heterosexualetan. Sadomasokisten % 20-30 emakumeak dira. Masokistak sadikoak baino ugariago dira bai gizonen bai emakumeen artean.

Jarduera masokistak bikoteetan gertatzen dira eskuarki, baina nork bere buruari ere egin diezazkioke erasoak.

Pertsona masokistak haurtzaroan minaren eta kitzikapen sexualaren esperientziak elkarrekin lotu ditu: alde batetik jasotako ipurdikoak eta beste aldetik jasotako laztan genitalak elkartzen ikasten du, kolpe eta laztanen esperientzia errepikatuaren bidez.

Masokismo sexuala (DSM-IV-TR, 2000)

A. Gutxienez 6 hilabetez fantasia sexual errepikariak eta oso kitzikatzaileak, bulkada sexualak edo portaerak, ekintza erreal batzuk inplikatzen dituztenak; ekintza horietan pertsona beheratua, joa edo lotua da, edo beste edozein sufrikario mota eragiten zaio.

B. Fantasiek, bulkada sexualek edo portaerek klinikoki esanguratsua den ondoeza edo narriadura soziala, laborala edo pertsonaren jardueraren beste arlo garrantzitsuren batekoa eragiten dute.

11.1.5. Sadismo sexuala

Pertsona batek kitzikapena eta atsegina lortzen ditu beste pertsona bati sufrikario fisikoa edo psikologikoa eraginez. Horrela, Sadeko markesak (1740-1814) krudelki tratatzen zituen biktimak atsegin sexuala lortzeko asmoz. Sadismoaren diagnostikoa egiteko atsegin sexuala lortzeko bortxa erabiltzea beharrezkoa da.

DSM-IV-TRk dioenez, sadismo sexuala diagnostikatzeko, sexualki aktibatzaileak diren fantasiak, desirak eta portaera errepikatuak eduki behar ditu gutxienez 6 hilabetez eta fantasia, desira edo ekintza horiek beste pertsonen sufrikario fisikoa edo psikikoa inplikatu behar dute.

Jarduera sexual normal batek izan dezake kitzikapen sadomasokistaren maila txiki bat. Hain zuzen ere, jarduera sadiko batzuk harreman sexual normaletan agertzen dira; horrela, emakumeen eta gizonen % 5-15ek atsegina lortzen du tarteka

jarduera sadiko-masokistetara jotzen duenean (Baumeister eta Butler, 1997). Jarduera sadomasokista dela esateko, jarduera horrek izan behar du kitzikapenaren iturri nagusia; atsegin osoa praktika sadikotik lortzen da. Hala ere, sadismo eta masokismo parafilikoak oso gutxitan hartzen dira atsegin sexuala lortzeko bide nagusitzat, eta, halakotzat hartzen direnean, gizon heterosexualetan gertatzen dira sarrien (Weiner eta Rosen, 1999).

Sadismo sexuala praktikatzen duenak hainbat jarduera egiten eta eginarazten ditu, beste pertsonaren borondatearen kontra. Sadismoa praktika liteke bortxa erabiltzea onartzen duen heldu batekin edo horrelakorik onartzen ez duen batekin. Sadiko gehienek masokistekin izaten dituzte harremanak. Horregatik, elkarreragin sadomasokisten partaide direnek harremanak onartzen dituzte eskuarki: sadikoak atsegina lortzen du bere kideari mina eraginez, eta masokista asebetea sentitzen da sufrikarioa edo mina eragiten dioten harremanetan.

Sadiko sexuala kitzikatzen duena biktimaren sufrikarioa da. Baina sufrikario hori esanahi fantastikoa duten harreman batzuetan txertatua dago. Fantasia sadikoen maiztasuna fantasia horien gauzatzearena baino handiagoa da; hau da, fantasia sadikoa dagoen guztietan ez dago ezinbestez portaera sadikorik.

Jarduera sadikoa jarduera hori onartzen ez duten pertsonekin egiten denean, errepikatu egiten da eskuarki, harik eta pertsona atxilotua den artean, beste pertsona baten askatasun sexualaren kontra joateagatik.

Sadismo sexuala (DSM-IV-TR, 2000)

A. Gutxienez 6 hilabetez fantasia sexual errepikariak eta oso kitzikatzaileak, bulkada sexualak edo portaerak, ekintza erreal batzuk dakartzatenak; ekintza horietan biktimaren sufrikario fisiko edo psikologikoa (umiliatzea barne dela) sexualki kitzikagarria da pertsonarentzat. Fantasiak gauzatzeko erabiltzen dituzten biktimak ados egon daitezke ala ez. Beste pertsona menderatzen duela erakusteko: lotu, jo, erre, bortxatu, irato, moztu edo hil egin dezake.

B. Fantasiek, bulkada sexualek edo portaerek klinikoki esanguratsua den ondoeza edo narriadura soziala, laborala edo pertsonaren jardueraren beste arlo garrantzitsuren batekoa eragiten dute.

11.1.6. Frotteurismoa

Beste pertsona bat ukitzea, igurztea edo beste pertsona bati presioa ezartzea, hark onartu gabe edo nahi izan gabe. Frotteuristak bere zakila igurzten du emakumearen izterren edo ipurmasailen kontra, eta haren genitalak edo bularrak eskuez ukitzen saiatzen da. Ukipen horiek toki jendetsuetan, hala nola garraio publikoetan eta jende

asko dabilen orduetan gertatzen dira eskuarki. Ekintza horiek egiten ari den bitartean, subjektuak irudika dezake biktimak onartutako ekintza sexual bat egiten ari dela.

Nerabezaroan has liteke, eta beste parafilia batzuekin batera gertatzen da sarritan. Maiztasunik handiena 15 eta 25 urte bitartean du.

Frotteurismoa (DSM-IV-TR, 2000)

A. Gutxienez 6 hilabetez fantasia sexual errepikariak eta oso kitzikatzaileak, bulkada sexualak edo portaerak, pertsona bat bere borondatearen kontra ukitu eta igurzteari lotuak.

B. Fantasiek, bulkada sexualek edo portaerek klinikoki esanguratsua den ondoeza edo narriadura soziala, laborala edo pertsonaren jardueraren beste arlo garrantzitsuren batekoa eragiten dute.

11.1.7. Paidofilia

Asebetetze sexuala pubertaro aurreko haurrekin kontaktu fisiko eta sexuala edukita lortzen dute. DSM-IVren arabera, paidofilia nahastea duten gehienak gizonezkoak izaten dira, eta gutxienez 16 urte eduki behar dituzte eta haur biktimek baino gutxienez bost urte gehiago eduki behar dituzte, paidofilotzat hartuak izateko. 8-12 urte bitarteko haurrekiko erakarpena sentitzen dute eskuarki, baina pubertaro ondorengoenganako joera ere izan dezakete. Objektu sexual moduan bost urte baino gutxiagoko haurrak aukeratzen dituztenak infantofilotzat hartzen dira. Sei eta hamabi urte arteko haurrak aukeratzen dituztenak pedofilotzat hartzen dira. Pedofiloek batzuetan helduekiko beldurra sentitzen dute, baina beste batzuetan haurrekiko eta helduekiko erakarpena sentitzen dute. Batzuetan ilea laztantzera, ukitzera, biluztera eta ikustera mugatzen da pedofiloa, baina beste batzuetan felazioak, cunnilingusak edo sartzeak gertatzen dira, eta biktimari kalte handiak egitera iristen da. Paidofilo zenbait sadikoak eta antisozialak dira, eta beren biktimari kalte handiak egitera iristen dira: % 20 baino gutxiago izango lirateke jarduera sexual erasokor edo sadikoak egiten dituztenak. Haurrez abusatzen duenak ez du sarritan kontuan hartzen biktimari egiten dion kaltea.

Orientazio sexualari dagokionez, heterosexuala edo homosexuala izan daiteke paidofilia, baina homosexuala sarriagotan gertatzen da heterosexuala baino.

Pedofilo gehienak gizonak izaten dira; gainera, sarritan, mutil nerabeak izaten dira (Morenz eta Becker, 1995). Biktimen bi heren, berriz, neskatilak izaten dira (Marshall, 1997); nerabe horiek, gainera, sarritan abusuak jasandakoak izaten dira (Worling, 1995). Paidofiloek sarritan ezagutzen dituzte erasotzen dieten haurrak, auzokoak edo familiakoak direlako. Erasoak errepikatu egiten dira denboraldi batean zehar, eta denboraldi hori luzea izan daiteke beste helduak erasoez ohartzen ez badira, edo pedofiloek terapiarik jaso ez badute. Estresak, alkoholak eta disforiak gehitu egiten dute erasorako probabilitatea.

Paidofilia (DSM-IV-TR, 2000)

A. Gutxienez 6 hilabetez fantasia sexual errepikariak eta oso kitzikatzaileak, bulkada sexualak edo portaerak, pubertaro aurreko haurrekin edo haur handixeagoekin (normalean 13 urte edo gutxiagokoak) jarduera sexuala inplikatzen dutenak.

   Nahaste hau duten pertsonen jarduera bakarrik izan daiteke haurra biluztea, haiei begiratzea, haren aurrean biluztea, masturbatzea edo haiek laztandu eta goxoki ukitzea. Edo tartean izan daitezke felazioak, cunnilingusa, edo hatzen, objektuen edo zakilaren sarketa.

B. Fantasiek, bulkada sexualek edo portaerek klinikoki esanguratsua den ondoeza edo narriadura soziala, laborala edo pertsonaren jardueraren beste arlo garrantzitsuren batekoa eragiten dute.

C. Pertsonak gutxienez 16 urte ditu, eta A irizpideko haurra edo haurrak baino gutxienez 5 urte zaharragoa da.

   Oharra: ez dira hemen sartu behar nerabezaroko azken urteetako gizabanakoak 12-13 urteko pertsonekin erlazionatzen direnak.

11.2. ABUSU SEXUALA

Kontaktu sexual derrigortua. Gutxienez pertsona bat bada kontaktu hori nahi ez duena. Abusu sexuala gertatzen da intzestuan, bortxaketan eta pedofilian.

Haurren abusu sexualaren maiztasuna garai batean uste zen baino handiagoa da. Epe luzerako edo epe laburrerako ondorenak izan ditzake haurren abusu sexualak. Epe laburrera, trauma osteko estresaren nahastea sor dezake, beldurra eragin dezake, autoestimuaren jaitsiera ekar dezake. Haurren abusua praktikatzen duten helduek sarritan psikopatologiak izaten dituzte: identitate disoziatuaren nahastea, somatizazio-nahastea, mugako nortasunaren nahastea.

Abusu sexualak sarritan ez dira gogoratzen. Oroimena askotan erreprimitu egiten da, eta psikopatologia askoren sustraia da. Erreprimitu gabeko oroitzapen batzuk ez dira zehatzak. Eta esperimentalki induzi daitezke oroimen faltsuak (Thomas eta Loftus, 2002). Kasu batzuetan hipnosi bidez oroimen faltsuak ezarri izan dira. Ikertzaile batzuek esaten dute berreskuratutako oroitzapen faltsuak izaten direla; beste batzuek esaten dute berreskuratutako oroitzapenak baliozkoak izaten direla gehienetan.

Haur batzuek beren gurasoak salatu dituzte, txikitan abusu sexualak praktikatu zituztela esanez. Hori dela-eta, guraso zenbaitek *Oroimen Faltsuaren Sindromearen Fundazioa* eratu dute (Gardner, 1993). Zenbaitek esan du fundazio hori pedofiloak babesteko dela (Herman, 1994).

11.2.1. Intzestua

Familia bereko kideen arteko harreman sexualak galaraziak daude; intzestutzat hartzen dira guraso eta seme-alaben arteko edo anai-arreben arteko harreman sexualak. DSM-IVk paidofiliaren azpimotatzat hartzen badu ere intzestua, intzestuan familia bereko pertsonak daude inplikatuak eta intzestuko biktima paidofiliako biktima baino helduagoa izaten da eskuarki. Intzestu motarik arruntena neba-arreben artekoa da. Bigarren intzestu mota arruntena aita-alaben artekoa da. Aitaordeekin bizi diren alabak izaten dira sarri intzestuaren biktima; ama-semeen arteko intzestuak maiztasun txikia du.

Intzestuaren tabua mundu guztian hedatua dago, salbuespen gutxi batzuekin (adibidez, Egiptoko faraoiak beren arrebekin ezkontzen ziren). Gizakiak eta primateak ez dira ugaltzen hurbileko senitartekoekin harremanak edukita. Arrazoi biologikoak badaude aita-alaben edo anai-arreben arteko harreman sexualak eragozteko; izan ere, senitartekoen arteko harremanetatik sortutakoen artean handiagoa da gaixotasun-eramaile diren bi gene azpirakor heredatzeko probabilitatea.

11.2.2. Bortxaketak

Pertsona batek bestea behartzen du jarduera sexual jakin batera. Jarduera horretan beste pertsona horren gorputzeko zuloren batean zakila edo beste objekturen bat sartzen du. Bortxaketetan eskuarki sarketa gertatzen da, ahotikoa, uzkitikoa edo baginala. Bortxaketa sadikoetan, objektu arrotz bat sartzen da baginatik edo uzkitik; bularrei erasotzen zaie; edo pertsona hil egiten da. Kasu gehienetan gizonek emakumeak bortxatzen dituzte. Kasu zenbaitetan gizonek gizonak bortxatzen dituzte; adibidez, espetxeetan.

Estatistiken arabera, asko aldatzen dira bortxatuak izan diren emakumeen edo bortxaketa-saiakera jasan dutenen portzentajeak. Hainbat kasutan, lizunkeriak bultzatuta egiten dira bortxaketak; baina feministek diote menderatu nahia dagoela bortxaketaren atzean; hots, desira sexuala baino gehiago bestea menderatu nahia dagoela bortxatzearen atzean. Beste ikertzaile batzuen arabera, erasokortasuna eta motibo sexualak konbinatzen dira bortxaketetan. Bortxaketa batzuen motibazio nagusia sexuala da, eta beste batzuena erasokortasuna (Knight eta Prentky, 1990). Motibazio sexualaren aldeko arrazoien artean sexualki bortxatuak diren emakumeen gaztetasuna eta erakargarritasuna azpimarratzen dira; alde horretatik, gutxi dira berrogeita hamar urtetik gorako emakume bortxatuak; hala ere, bortxatuak diren emakume asko ez dira gazteak eta erakargarriak izaten; badira zaharrak eta hain ederrak ez direnak ere. Bortxaketa batzuk espontaneoak eta inpultsiboak dira, eta intoxikazioaren eraginez edo desira sexualarengatik egiten dira; beste batzuk planifikatuak dira, eta beste pertsona kontrolatzea da haien helburua.

Pertsona ezagunaren bortxaketak edo hitzordua hartuta egiten direnak ezezagunen bortxaketak baino ugariagoak dira. Hitzordu-bortxaketetan sarritan

emakume bortxatuari leporatzen zaio errua, erruduna hura balitz bezala. Bortxaketa batzuk Rohypnol lasaigarria edo antzekoak erabiliz egiten dira. Kolorerik eta zaporerik ez dauka Rohypnol-ek, eta edariarekin batera erraz harraraz daiteke. Kalkuluen arabera, Estatu Batuetako emakumeen heren bat bortxatua izango da bere bizitzan zehar, eta eraso sexualen % 80 ez da ezagutuko (Kilpatrick eta Best, 1990).

Bortxaketak eragiten duen trauma psikologikoa larria izan daiteke: bortxaketa-traumako sindromea edo estres osteko traumako sindromea eragin ditzake; gaixotasun sexualen bat transmiti lezake; zauriak eragin ditzake; haurdunaldia eragin dezake. Ondorenak are larriagoak dira, biktimaren laguna bortxaketaren lekuko izatera behartzen bada. Ondorioz, bortxaketaren ondoren, urduri, errudun eta umiliatua sentitzen da biktima hilabetetan zehar. Amesgaiztoak, fobiak, mendeku-gogoa, nahigabeko haurdunaldia, erasotzaileak transmitituriko gaixotasuna edo disfuntzio sexualak jasan ditzake. Batzuetan, gainera, bortxaketaren biktimari egozten zaio bortxaketa probokatu izana: jantzi probokatzaileak eramateagatik, iraganeko portaera sexualagatik edo toki arriskutsuetan ibiltzeagatik izan dela bortxatua esaten zaio. Horretaz gainera, bortxatzaile asko ez dira salatzen, eta salatutakoetatik gutxi dira kondenatuak. Kondenatuak diren gehienek ere zigor arina izaten dute.

Baina bortxaketa baten ondoren bakarturik eta ezer egin gabe gelditzea ez da egokia; ospitalera joan eta behar diren azterketak egin behar dira, haurdun dagoen, infekzioren bat baduen edo zauritua dagoen jakiteko. Emakume bortxatuen terapia moduan erabiltzen diren teknikak trauma osteko estreseko nahastean erabiltzen diren berak dira: gertaeraz terapeutarekin hitz egin, gertaerari buruzko erruduntasun-sentimendua desagerrarazi, erasotzaileari buruzko sentimendu negatiboak adierazi, traumaren oroitzapenak birbizitu, barne-herstura apaltzeko teknikak erabiltzearekin batera.

Bortxatzaileen izaerari dagokionez, alde handiak ikusiko ditugu batzuen eta besteen artean. Gehienak gazteak dira: % 60k 25 urte baino gutxiago ditu; baina adin aurreratuagokoak ere badaude. Asko ezkonduak izaten dira, eta emaztearekin bizi dira, baina ezkongabeak ere badira. Bortxatzaile askok ez dute gaitasunik emakumeek bidaltzen dizkieten seinale negatiboak deskodetzeko; arazoak dituzte laguntasun-portaera eta sedukzio-portaera bereizteko; emakumeek bidalitako seinaleak ez dituzte ongi interpretatzen; baina beste batzuk emakumea derrigortzera doaz zuzenki, emakumeak harremanik nahi ez duela jakinda ere. Bortxatzaile batzuek auzo eta kale bakartietan erasotzen dute; beste batzuek, apartamenduetan, igogailuetan edo beren etxean bertan. Bortxatzaile batzuek banaka erasotzen dute; beste batzuek taldean. Bortxatzaile askok beste parafilia batzuk ere badituzte (exhibizionismoa, voyeurismoa); beste askok nortasun antisozialaren nahastearen bereizgarriak dituzte. Pertsona normalak kitzikatu egiten dira harreman sexual normalen grabazioak entzutean, eta oso gutxi kitzikatzen dira bortxatze-harremanen grabazioak entzutean. Bortxatzaileak kitzikatu egiten dira harreman sexual normalen grabazioak entzutean, baita bortxatze-harremanen grabazioak entzutean ere (Abel, Barlow, Blanchard eta Guild, 1977).

Gerra-garaietan bortxatzea normaltzat hartu izan da. Azken bi mundu-gerretan, Vietnam-go gerran edo Kuwait-ekoan menderatutako lurraldeetako emakume asko bortxatu zituzten. Gaur egun sarritan epaitegira eramaten dira gerra-garaian emakumeak bortxatu dituzten soldaduak.

Bortxatzaileekin egindako ikerketen arabera, baztertua edo umiliatua izateak, bakarrik edo haserretua sentitzeak handitu egiten du bortxatzeko desira (McKibben, Proulx eta Lusignan, 1994).

Gizon bortxatzaileen tratamenduan teknika kognitiboak erabiltzen dira, emakumeenganako jarrera desegokiak zuzentzeko, haienganako enpatia gehitzeko, substantzien abusua gutxitzeko edo autokontzeptua hobetzeko. Gizon horien desira sexuala gutxituko duten farmakoak ere erabiltzen dira.

11.3. PARAFILIEN EPIDEMIOLOGIA

Parafiliak dituztenak gutxitan joaten dira kontsultara beren kabuz. Parafilikoek Justiziak behartuta hasten dituzte tratamenduak. Tratamendu-kontsultetan sarrien ikusten diren parafiliak hauek dira: pedofilia, voyeurismoa eta exhibizionismoa. Kasuen % 90ean mutilak izaten dira. Erdiak, ezkonduak.

11.4. PARAFILIEN ETIOLOGIA

Ikuspegi psikodinamikotik begiratuta, parafilia bat duena harreman heterosexual konbentzionalen beldur da. Heldutasun sexualik eta sozialik ez du lortu. Paidofilo batek beldurra du beste sexuko pertsona heldu batekin harreman sexualak izateko: harreman horietan zikiratua edo irendua izango dela pentsatzen du. Zikiratzearen beldurrak sortutako barne-hersturak bere gizontasunaren froga diren genitalak erakustera eramaten du. *Voyeur* batek nahiago du emakumearen biluztasuna ikusi —ahal izanez gero, emakumea konturatu gabe—, emakumearekin harreman normalak izan baino. Ezkututik ikusteak babestu egiten du.

Ikuspegi kognitibotik begiratuta, parafiliak dituzten pertsonek txikitan abusu fisiko eta sexualak jasan zituzten. Autokontzeptu baxua eta trebetasun sozial eskasak garatu zituzten; bakarrik eta harreman intimorik gabe hazi ziren. Parafiliek harreman sexual konbentzionalak ordezkatzen dituzte. Gainera, afektu negatiboek eta alkoholak ere parafilietara bultzatzen dituzte.

Portaeraren psikologiaren ikuspegitik begiratuta, aktibazio sexuala objektu neutro batekin (adibidez, bota bat) erlaziona daiteke, pertsona sexualki kitzikatua dagoenean objektu hori behin eta berriro aurkezten bada. Adibidez, masturbazioak eragiten duen atseginaren bidez indartzen diren fantasia sexual goiztiarrek eragin dezakete nahi gabeko aktibazioa. Portaera bat (objektu baten aurrean sexualki kitzikatzea) indartu egiten da orgasmoarekin lotzen delako.

Gizonezkoetan gehiagotan gertatzen dira parafiliak, gizonezkoen kitzikapena emakumeena baino lotuago baitago kinada fisikoekin; emakumeena testuinguru sozialarekin lotuago dago (Money, 1986).

11.5. PARAFILIETARAKO TERAPIAK

Alde batetik, terapia psikoanalitikoak erabili izan dira, baina ez dute emaitza oso positiborik eman. Beste alde batetik, portaera-terapiak erabili dira, eta horien artean aiherkunde-terapia eta asetze-terapiak. Aiherkunde-terapiaren adibideak honako hauek izan daitezke: objektu erotikoa ikusten ari den voyeurrari edo fetitxea ukitzen ari den fetitxistari shock elektrikoa ematea; edo emakumez janzten ari den trabestista bati emetiko bat ematea. Asetze-terapiaren adibidetzat honako hau har dezakegu: objektu erotikoarekin kontaktuan dagoen artean behin eta berriro, denbora luzez, masturbatzea.

Orgasmoaren berrorientazio-teknika ere erabili izan da terapian. Hasieran objektu parafilikoarekin kitzikatzen den pertsonak objektu normalekin kitzikatzen ikasten du, objektu parafilikoak sortutako kitzikapen-egoera baliatuz. Ohiko fantasiekin hasten da masturbatzen, eta isurketara heltzeko unean fantasia horiek ordezkatu egiten ditu desiragarriagoak diren beste batzuez.

Berrizkaturaren prebentziorako terapian tentazioaren hasierako zeinuak detektatzen erakusten zaio pazienteari, eta autokontrolerako neurri batzuk hartzen ikasten du, aktibazioa oso indartsua izan baino lehen.

Trebetasun sozialetan entrenatzea ere erabili izan da terapia moduan, parafiliak dituztenek gabezia sozialak izaten dituztelako.

Tratamendu kognitibo moduan enpatian entrenatzea erabil liteke. Ikuspegi horretatik, bere portaerak besteengan izan ditzakeen ondorenak kontuan hartzen irakasten zaio parafilikoari.

Tratamendu biologiko moduan zikiratzea edo irentze fisikoa erabiltzen zen iraganean. Gerora, gehiago erabili izan dira zikiratze edo irentze kimikoa lortzeko drogak. Horrela, adibidez, gizonezkoaren testosterona-maila jaisteko medroxyprogesterona azetatoa erabiltzen da; droga horrek kitzikapen sexuala inhibitzen du, eta legez kanpoko portaera sexualak ere bai. Drogaren albo-efektuen artean antzutasuna edo diabetesa egon daitezke; baina zikiratze kimikoaren arazo nagusia droga utzi osteko berrizkaturen maiztasun handia da. Arazo horren konponbide moduan hormona antiandrogenikoen eta kognizio eta portaeraren terapiaren konbinazioa proposatu izan da.

11.6. GENERO-IDENTITATEAREN NAHASTEAK

Pertsona bat zenbateraino sentitzen den ar edo eme adierazten du. Korrelazio handia du sexu biologikoarekin, baina ez korrelazio osoa. Pertsona bat bere sexu biologikoarekin ongi sentitzen ez bada, haren genero fisikoa identitate-zentzuarekin ados ez badator eta beste sexukoa izan nahi badu, genero-identitatearen nahaste baten aurrean gaude. Genero-identitatearen nahasteak bi osagai ditu: alde batetik, beste sexukoa izateko desira indartsua du pertsonak, edo beste sexukoa dela baieztatzen du behin eta berriro; beste alde batetik, sexu biologikoarekin deseroso sentitzen da, edo sexu horren genero-rola desegokia iruditzen zaio.

Genero-identitatearen nahastea duten gizonak emakumeen jardueretan edo emakume jantzita egoten dira eroso, eta ez dituzte atsegin jarduera fisiko bortitzak. Nahaste hori duten emakumeek ez dituzte emakumeen jantziak eraman nahi izaten; neskatilen jostailuekin jostatzeko gogo gutxi dute.

Genero-identitatearen nahastea duten heldu zenbait transexualak dira. Haurrak zirenean genero-identitatearen nahastea izan zuten transexualek, baina genero-identitatearen nahastea zuten guztiak ez dira transexual bihurtu. Genero-identitatearen nahastea dutenak homosexual izatea errazagoa da, transexual izatea baino.

Transexual gehienek beren sexua aldatu nahi izaten dute. Emakumetik gizonera iragaten diren transexualek emakumeenganako erakargarritasuna sentitzen dute eskuarki. Gizonetik emakumera iragaten diren transexualak homosexualak edo autoginefilikoak izan daitezke.

Gizonetik emakumera iragaten den transexual homosexuala gizonaren gorputzean harrapaturiko emakume moduan sentitzen da, eta gizonek erakartzen dute. Sexuz aldatu nahiko luke, gizon heterosexualak erakartzeko.

Transexualismo autoginefilikoa genetikoki arrak diren pertsonetan gertatzen da. Emakumea izateko fantasien edo pentsamenduen bidez aktibatzen dira sexualki. Emakumeen genitalak dituztela fantaseatzen dute. Sexua berrizendatzeko kirurgia desiratzen dute. Transexual autoginefilikoak ez dira txikitan oso femeninoak izaten, transexual homosexualak ez bezala.

Genero-identitatearen nahastea edo transexualismoa ez da nahasi behar transbestismo fetitxistarekin. Transbestismo fetitxistan asebetetze sexuala lortzeko janzten dira beste sexuko jantziekin. Genero-identitatearen nahastean, berriz, bizitza osoa beste generokoaren arabera bizi nahi izaten da.

Genero-identitatearen nahastea oso bakana da: Australian, 24.000tik 1, biologikoki gizonak direnetan, eta 150.000tik 1, biologikoki emakumeak direnetan (Ross, Walinder, Lundstrom eta Thuwe, 1981). Alemanian, 100.000tik 2,4k hartu zuen bere izena aldatzeko erabakia (Weitze eta Osburg, 1996).

Nahaste honen zergatien artean aipatzekoak dira faktore hormonalak; hala, fetu arra emetu lezake edo fetu emea arrago bihur lezake haurdunaldi-garaian estrogeno- edo testosterona-maila handiagoa izateak.

Tratamenduan, berrizendatze-kirurgia erabiltzen da sarritan. Emakume bihurtu nahi duten gizonei hormona femeninoak ematen zaizkie, bularrak hazteko (ginekomastia), azala leuntzeko, giharrak txikitzeko: elektrolisia baliatuz bizarra kentzen zaie, eta, gizonezkoaren genitalak kendu ondoren, bagina artifiziala eraikitzen da. Gizon bihurtu nahi duten emakumeei testosterona ematen zaie, hilekoa desagerrarazteko, gorputzeko ilea hazteko edo ahotsa loditzeko; emakumea gizon bihurtzeko, bularrak eta uteroa kentzen dira, eta zakil artifiziala eraikitzen da; zakilaren eraikuntza ez dute transexual guztiek egiten, kirurgia garestia delako eta zakil artifiziala ez delako tentetzen. Horrelako ebakuntza bat egiteko gauzak ondo pentsatu behar dira, ondorio itzulezinak dituelako erabakiak. Kirurgia egin baino lehen, urtebetez beste sexukoa balitz bezala bizi behar du; asebetea sentitzen bada eta arrakasta badu urtebete horretan, kirurgia egingo zaio. Pertsona batzuek lehenik tratamendu psikosoziala egiten dute, kirurgiari heldu baino lehen.

Genero-identitatearen nahastea (DSM-IV-TR, 2000)

A irizpidea: beste sexuarekin identifikatzen da modu nabarmen eta iraunkorrean, eta beste sexukoa izan nahi du (ez da kultura-ohiturekin loturiko abantailak lortzeko desiraz bakarrik).

Nahaste hau duen haurrak ezaugarrion artetik lau edo gehiago izango ditu:

1. Beste sexukoa izateko desira errepikatuak edo beste sexukoa dela behin eta berriro adieraztea.
2. Mutiletan, transbestismorako edo emakumeen jantziak eramateko zaletasuna; nesketan, gizonen jantziak bakarrik eramateko joera iraunkorra.
3. Beste sexuko rolak edo beste sexukoa izatearekin loturiko fantasiak hobesten dituzte nabarmenki eta modu jarraituan.
4. Beste sexuko jolas eta denbora-pasetan esku hartzeko desira indartsua.
5. Beste sexuko lagunak nabarmen lehenestea.

Nerabe eta helduetan asaldua honako sintoma hauen bidez adierazten da: beste sexukoa izateko desira sendoa; beste sexukotzat hartua izateko desira; beste sexukoen moduan bizitzeko eta tratatua izateko desira; beste sexukoen erreakzio eta sentipen tipikoak bizi dituelako sinestea.

B irizpidea: norbere sexuarekin ondoezik eta sexu horri dagokion rolera egokitu gabe sentitzen da modu jarraituan.

Mutiletan, zakila edo barrabilak izugarriak direlako edo desagertu behar dutelako sentimendua; zakilik ez edukitzea hobe litzatekeelako sentimendua; indarkeriazko jokoekiko eta mutilen jostailu, jolas eta jarduerekiko aiherkundea. Nesketan, eserita txiza egitea baztertu; etorkizunean zakil bat edukiko duten sentimendua; bularrekiko, hilekoarekiko edo emakumeen jantziekiko aiherkundea.

Nerabe eta helduetan, sintoma hauen bidez agertzen da asaldua: lehen eta bigarren mailako ezaugarri sexualak ezabatzeko kezka (adibidez, hormonazko tratamendu bidez, kirurgia bidez edo beste prozedura batzuen bidez bereizgarri sexualak aldatu eta beste sexukoen antza hartu); dagokion sexuarekin jaio ez delako ustea.

C irizpidea: asaldua ez da gertatzen gaixotasun intersexual batekin batera.

D irizpidea: klinikoki esanguratsua den ondoeza edo narriadura soziala, laborala edo pertsonaren jardueraren beste arlo garrantzitsuren batekoa eragiten du nahasteak.

11.7. PRAKTIKAK

11.7.1. praktika

Irakurri eta komenta ezazu testua:

Teoria psikoanalitikoaren arabera, portaera sexual perbertsoen xedea irentze- edo zikiratze-herstura ezabatzea da; horretarako, sexuen diferentzien hautematea ezeztatu behar da. Sexuen arteko aldea maila anatomikoan onartu arren, alde horren inplikazio afektiboa ukatu egiten da. Fetitxismoaren kasuan, amaren «irentzeaz» konturatu aurretik hautemandako jantziarekin du zerikusia fetitxeak.

11.7.2. praktika

Jarduera sexual parafilikoa defentsa-portaera bat da.

- Exhibizionismoan gizontasunaren ilusio bat agertzen du exhibizionistak: emakumeari agertu nahi dio ederra eta falikoki kementsua dela, distantzia batez babesturik.
- Exhibizionistak barne-herstura jaisteko premia du, baina objektua distantzian edukiz egin behar du hori. Pertsona heldugabeek, mendekoek, gutxiagotasun-sentimendua dutenek eta pasiboek jotzen dute exhibizionismora. Zikiratze-konplexuan du jatorria, eta emakumeak zakilik ez edukitzeak ematen dion asebetetzean oinarritzen da.

– Transbestismoan gizona beldur da emakumeak irenduko ote duen. Horregatik, feminizatu egiten da itxuraz eta azaletik, bere identitate sexuala eta potentzia falikoa galtzeko beldurra gainditzeko.

11.7.3. praktika

Irakurri eta komenta ezazu testua:

Stoller-en arabera, gorroto erotizatuaren adierazpena da perbertsioa. Perbertsoak besteari sufrikarioa eragin nahi izaten dio, hura zaurituz eta umiliatuz. Neurotikoak lotura fusionala nahi du lortu; perbertsoak, berriz, lotura hautsi nahi du. Horretarako, etsaitasunezko portaera agertzen du, arriskuzko egoeretan bilatzen du kitzikapena, txikitako traumatismo batekin lotutako oroitzapenak izaten ditu (perbertso asko txikitan abusuak jasandakoak dira), eta adiskideak objektu bihurtzen ditu.

11.7.4. praktika

Irakurri eta komenta ezazu testua:

Pedofiloak espetxetik aterako badira, berrizkaturak ekidingo dituen tratamendu psikologiko (psikoterapia) edo biologiko bati (antiandrogenoen tratamendua) ekin behar diote, epaileak behartuta. Epaileak, sendagileak, psikiatrak eta psikologoak elkarrekin harremanean egon behar dute. Antiandrogenikoen tratamenduaren iraupenari buruzko adostasunik ez dago Frantzian, Kanadan eta Estatu Batuetan.

11.7.5. praktika

Azter itzazu nahaste parafiliko baten tratamendurako urratsak, testu hau irakurriz.

Lehenik nahastea ebaluatu eta diagnostikoa egin behar da. Ondoren, tratamendua planifikatuko da. Hasteko, pertsonak onartu egin behar du parafilia duela, eta aldaketarako motibatua egon behar du. Onartu egin behar du tratamendua. Tratamenduaren lehen helburua parafiliako esperientzia berriak ekiditea izango da. Horretarako, kitzikapen sexual desegokia gutxitu egin behar da, behar izanez gero zikiratze kimikoa erabiliz; sexualitatea berrorientatu egin behar da; sexualitateari eta parafiliari buruzko kognizio eta jarrerak aldatu egin behar dira; enpatian, emozioen adierazpenean eta trebetasun sozialetan entrenatu behar du; beldur eta abertsio heterosexualak ezabatu egin behar dira. Parafilien tratamenduak emaitza onak eman ditu (% 80,1-95,6ko emaitza positiboak) (Maletzky, 1998).

11.7.6. praktika

Kultura batzuetan genero-identitatearen nahastea dutenei xaman- edo azti-funtzioa ematen zaie (Coleman, Colgan eta Gooren, 1992). Gertaera horri buruzko datuak bildu, eta taldean eztabaida itzazue.

12. Bulkaden kontrolaren nahasteak

Nahaste hauek dituzten pertsonek zailtasunak dituzte bulkada, tentaldi, desira edo premia espontaneo batzuei eusteko, beren portaerak ingurukoentzat edo beren buruentzat kalterako direla jakin arren. Ekintzara pasatu aurretik kitzikatuak eta euforiko agertzen dira; ekintza egin eta gero, erlaxaturik eta asebeterik gelditzen dira; ondoren hersturaz edo depresioz betetako fase batean murgiltzen dira, eta lotsaturik ageri dira.

Nahaste mota heterogeneo hau duenaren bereizgarri nagusia oldarkortasuna da. Ezinezkoa zaio portaera kontrolatzea. Gogoetarik egin gabe, sortzen dituen arriskuak kontuan hartu gabe, modu bulkadatsuan jokatzen du; premia inkontzienteak betetzea xede duten ekintzak behin eta berriro egiten ditu.

Bulkaden kontrolaren nahaste motak: erosle eta diru-xahutzaile konpultsiboak, joko patologikoa, kleptomania, piromania, eztandazko nahaste etenkaria, onikofagia, elikadura-nahasteak, trikotilomania, nahaste obsesibo-konpultsiboa.

Nahaste hauek dituzten pertsonen bereizgarriak:

- Bulkada kontrolatzeko zailtasun errepikakorra agertzen dute.
- Portaera egin aurretik, gero eta tentsio handiagoa (emozioen egonezina) sentitzen dute.
- Portaera egiteko unean edo ondoren erlaxatuak, sarituak eta asebeteak sentitzen dira.

12.1. DIRU-XAHUTZAILE ETA EROSLE KONPULTSIBOAK

Erosle konpultsiboa derrigortua dago behar ez dituen gauzak modu oldarkorrean behin eta berriro erostera. Erosketa oldarkorrak emakumeen artean gizonen artean baino gehiagotan gertatzen dira. 30 eta 40 urte bitarteko emakumeak izaten dira gehienetan erosle konpultsiboak. Astean behin edo gehiagotan egin ditzakete erosketak; batzuetan egunero ere bai; jantziak eta oinetakoak dira gehien erosten dituztenak.

Erosle konpultsiboen bereizgarrien artean honako hauek ditugu: depresioa, sari-sistemarekiko garunaren mendetasuna eta nahaste obsesibo-konpultsiboa.

Erosteko premia aseezin, geldiezin, errepikakor eta gehiegizko baten esanetara gelditzen da erosle konpultsiboa. Balio handirik gabeko jantzi pila erosten du. Erosten duenaren baliagarritasunari baino gehiago begiratzen dio berritasunari. Erosle konpultsiboaren helburua da hobeto sentitzea, besteen afektua erakartzea eta autoestimua igotzea. Familiako oreka ekonomikoa kolokan jarri eta txartela zenbaki gorritan uzten badu ere, une jakin batean tentsio handia sentitzen du, eta erosketa bidez bakarrik aska dezake tentsio hori.

Erosketa konpultsiboetarako joera patologikotzat hartuko da, familian edo lanean asaldu nabarmenak eragiten baditu. Gainera, pazienteak erosketen inguruko kezka asko izango ditu, eta horrek haren harremanak kaltetuko ditu. Ondorioz, aldarte-nahasteak, barne-hersturako nahasteak, bulimia edo joko patologikoa ere ager ditzake.

12.2. JOKO PATOLOGIKOA

Jokalari patologikoak ezin izaten dio aurre egin jokorako bulkadari. Jokatzeko premia oldarkorra eta gehiegizkoa du, eta behin eta berriro jokoan murgiltzen da, horrek arazoak sortzen badizkio ere lanean, familian eta harremanetan. Galerei aurre egiteko eta zorrak kitatzeko jokoan murgiltzen da: gero eta denbora gehiago ematen du jokoan pentsatzen eta dirua nola irabazi pentsatzen. Galera handiak dituenean, errudun sentitzen da, eta arazoa ezkutatu egiten du. Horrek egoera depresibo batera eramaten du.

12.2.1. Joko patologikoaren eboluzioa

Hiru fasetatik iragaten da joko patologikoaren prozesua:

- *Irabazien fasea.* Diru kopuru handi samarra irabazten du, eta ingurukoekin eskuzabal izaten hasten da. Onarpen edo ezagutza soziala eta guztiahaltasun-sentimendua ematen dio horrek. Jokotik lortutako irabaziek arazoak konponduko dizkiotela iruditzen zaio.
- *Galeraren fasea.* Gero eta diru gehiago jokatzen du, eta galerak hasten dira, baina kanpoko faktoreei egozten dizkie galerak. Beraz, jokora berriz itzultzen da. Galerek jarraitzen badute, bere ondasunak saldu beharrean eta legez kanpoko ekintzetara jo beharrean gertatzen da. Ingurukoen oharrei jaramonik ez die egiten, zortea itzultzean bere zorrak kitatuko dituela iruditzen baitzaio. Bulkaden kontrolaren gabezia agertzen da. Sarritan familia egiten da zorren kargu, eta jokalariak ez die aurre egiten bere ardurei.
- *Etsipenaren fasea.* Itxaropena galtzen du, eta suizidioan pentsatzera heltzen da. Errealitatea ez du onartzen, eta ametsetan babesten da. Pentsatzen du jokoan dagoela zailtasunak gainditzeko irtenbidea. Porrotetik porrotera, etsipenak harrapatzen du eta lotsaturik gelditzen da. Fase honetan, legez

kanpoko ekintzak egin litzake, substantzien kontsumoan babes liteke, ihes egin lezake edo suizida liteke. Edo gaixorik dagoela onar dezake eta terapiara jo dezake. Terapian kontuan hartu beharko da joko patologikoaren eta depresioaren arteko korrelazioa edo joko patologikoaren eta drogen kontsumoaren arteko harremana.

12.2.2. Joko patologikoaren deskribapena

Joko patologikoaren ezaugarri klinikoak honako hauek dira:

- Portaera-ezaugarrien artean honako hauek nabarmentzen dira: jarduera iraunkorra, etengabe jokoan jardun beharra; jokoaren inguruan bizitza antolatzea; etengabeko galera ekonomikoak eta ordaindu gabeko zorrak; galdutako dirua berreskuratzeko behin eta berriro jokatu beharra; gezurretarako joera; lapurretetan eta delituetan nahastea.
- Ezaugarri kognitiboak: alborapen eta distortsio kognitiboak; kontrol-ilusioa; arazoaren ukazioa eta gutxiespena; galerak kanpoko faktoreei eta irabaziak barnekoei egoztea; arreta irabazietan fokatzea, eta galerei arretarik ez jartzea.
- Ezaugarri emozionalak: lo egiteko arazoak, galerek eragiten duten barne-herstura eta depresioa.

Joko patologikoa hainbat modutan kontzeptualizatu izan da:

- Bulkaden kontrolaren nahaste moduan (DSM-IV), kleptomania, piromania edo trikotilomania bezala.
- Portaera konpultsibo moduan: nahaste obsesibo-konpultsiboa bezala. Hala ere, obsesiboaren portaera egodistonikoa da; aldiz, jokalari patologikoarena egosintonikoa da.
- Adikzio-portaera moduan, alkoholismoa bezala. DSM-5en adikzioen taldera pasatu zen joko patologikoa. Substantziekin loturiko nahasteak ere adikzio eta haiekin loturiko nahasteen multzoan sartu ziren. Trikotilomaniari ilea erauzteko nahaste («*hair-pulling disorder*») esan izan zaio, eta barne-hersturako nahasteen artean sailkatu. Antzekotasun batzuk badira substantziekiko mendetasunaren eta joko patologikoaren artean:

Substantziekiko mendetasuna	Joko patologikoa
Lehengo dosiak sortzen zuen efektu bera lortzeko substantzia gehiago kontsumitu behar du. Kantitate berak efektu txikiagoa sortzen du.	Gero eta diru gehiago jokatu beharra du, nahi duen efektua lortzeko edo lehen diru gutxiagorekin sentitzen zuen emozioa sentitzeko.

Abstinentzia-sintomak ekiditeko substantzia kontsumitzen jarraitu behar du.	Urduri eta haserrekor ageri da jokoa uztean. Berriro jokora itzultzeko premia sentitzen du.
Ez dauka arrakastarik substantzien kontsumoa eteteko edo kontrolatzeko ahaleginetan.	Jokoa uzteko, eteteko edo kontrolatzeko ahaleginetan porrot egiten du.
Denbora asko ematen du substantzia nola lortu, nola kontsumitu edo nahi duen efektua nola lortu pentsatzen.	Jokoaren inguruko kezka asko ditu: nola lortu jokatzeko dirua, nola ordaindu zorrak…
Laneko egoerak, gizarte-harremanek edo denbora-pasako jarduerek okerrera egiten dute substantzien kontsumoa dela-eta.	Laneko egoera, harremanak eta denbora-pasak aldatu egiten dira. Jokalariak senitartekoak eta lagunak iruzurtzen ditu, eta harremanek okerrera egiten dute.
Substantziak kontsumitzen jarraitzen du, horrek arazo fisiko eta psikikoak eragiten badizkio ere.	Jokoaren bidez egin nahi die aurre eguneroko arazoei, eta azkenean legez kanpoko ekintzetan murgiltzen da.

Tratamenduari dagokionez, zaila da jokoarekiko atxikimendua gainditzea. Arazoa gainditu nahi duenak bere burua iruzurtzeari utzi eta errealitateari aurre egin behar dio. Terapia pertsonalari jarraitzeak eta arazo bera dutenekin elkartzeak on egingo dio.

Epidemiologiari dagokionez, populazio helduaren % 2k agertzen du nahastea (Muñoz, 2008; Becoña, 2004). Nahastea gizonetan sarriago gertatzen da emakumeen artean baino. Maiztasun handiagoa du jokoa legeztatua dagoen lurraldeetan. Gero eta gehiago gertatzen da nerabeetan.

Komorbilitateari dagokionez, substantzien gehiegizko kontsumoa gertaera arrunta da jokalari patologikoen artean. Hain zuzen ere, jokalari patologikoen artean oso sarri gertatzen da alkoholaren eta beste droga batzuen gehiegizko kontsumoa. Substantzien kontsumoan, jatean edo jarduera sexualean estilo konpultsiboa agertzen dute. Joko patologikoaren berrizkaturetan eragin handia du alkoholaren eta drogen kontsumoak, substantzia horiek kontrola gutxitzen baitute.

Oldarkortasunaren kontrol-gabeziarekin loturiko nortasunaren nahasteak (antisoziala, nartzisista eta mugakoa) ere ludopatiari loturik egoten dira sarritan. Depresioa ere sarritan ikusten dugu joko patologikoarekin lotuta; hain zuzen ere, depresioa izaten da askotan terapiara jotzeko motiboa; depresio hori are handiagoa da, joko patologikoarekin batera substantzien kontsumoa gertatzen bada; depresioa izan daiteke joko patologikoaren ondorio edo joko patologikora bultzatzen duen motiboa. Pasarte maniakoan edo hipomaniakoan joko patologikoa agertzea ere normala da.

Familiek batzuetan aldendu egiten dute jokalaria jokotik, baina beste batzuetan jokalariak familiatik ateratzen ditu jokatzen jarraitzeko ondasunak. Jokalari patologikoen familiakoek sarritan izaten dituzte nahaste psikopatologikoak eta depresiboak. Jokalari patologikoen emazteek hasieran ukatu egiten dute arazoa, ondoren estresatu egiten dira, eta azkenean akitu egiten dira eta etsipenak harrapatzen ditu. Jokalari patologikoen seme-alabek, berriz, barne-herstura, depresioa, eskolako arazoak edo adikzio-arazoak izaten dituzte sarri.

Joko patologikoaren biktima direnek lan-munduan arazoak izaten dituzte sarritan, galera ekonomikoak konpentsatzeko lantokitik dirua hartzen baitute. Jokoan galdutako dirua berreskuratzeko legez kanpoko finantzabideetara jotzen dute. Lagunei dirua eskatzen diete, eta, zorretan gelditzean, lagunak galtzen dituzte maiz. Joko patologikoak bakartze sozialera eramaten ditu sarritan.

12.2.3. Joko patologikoaren etiologia

Jokalari patologikoen bereizgarri psikologikoak neurotizismo- eta psikotizismo-maila altuak dira. Sentipen berrien eta sarien bilatzaile sutsuak dira. Pentsamendu magikoan eta fantasian murgiltzeko joera izaten dute. Guraso eta lagun jokalariak hartzen dituzte eredutzat, eta haiek imitatuz ikasten dute. Ohikoa da familiako diziplina-gabezia eta nerabezaroan eredu jokozalez inguratua egotea. Familian ez zaie garrantzirik ematen aurrezteari eta planifikazioari. Zorizko joko ugari (kasinoak, bingoak, karta-jokoak…) eskueran edukitzeak eta haiek komunikabideetan iragartzeak lagundu egiten du. Joko patologikoak maiztasun handiagoa du ezkongabeen, dibortziatuen eta alargunen artean, ezkonduen artean baino (Ciarrocchi eta Richardson, 1989).

12.2.4. Joko patologikoan jarraitzen laguntzen duten faktoreak

Joko patologikora bultzatzen duten faktoreen artean aipatzekoak dira honako hauek:

- Arrazoi aldakorreko errefortzu positiboak.
- Dirua irabaziko dutela uste izatea.
- Errefortzu negatiboak: desatsegina den egoera batetik (depresiotik) ihes egiteko, abstinentzia-sindromea ekiditeko.
- Kinada diskriminatiboak (soinuak, argiak, musika) ondoan egoten dira jokatzen ari denean, eta kinada horiek jokoak sortzen dituen sentipen positiboekin elkartzen dira.
- Jokoari buruzko pentsamendu okerrak ugaritu egiten dira jokatzen ari denean: kausa-efektu erlazioa, iragarpenak, hipotesiaren egiaztatzea, makina pertsona bihurtzea, meritua nork bere buruari egoztea, kontrol-ilusioa (emaitzen kontrola norberarengan dagoela uste izatea); zorizko legeetan

eragin daitekeela uste izatea; jokoaren emaitzen ebaluazio alboratua: irabazien oroitzapen selektiboa, hau da, emaitza positiboei bakarrik arreta jartzea; irabaziak norbere trebetasunen emaitza direla uste izatea edo arrakasta-faktore pertsonalei egoztea; porrota edo galera kanpoko faktoreei egoztea; superstizioak.

Ikuspegi psikoanalitikoarentzat bulkada erotikoak asebetetzeko bide bat da jokoa; masturbazioaren portaera konpultsiboaren ordezkari.

Ikuspegi konduktistatik, errefortzu-programetan oinarritu dira joko patologikoa azaltzeko. Hasiera errefortzu positiboek kontrolatzen dute. Kontrola galtzen denean, errefortzu negatiboak kontrolatzen du joko-portaera: ez jokatzeagatik sortzen den atsekabea ekidin, edo galera ekonomikoek sortutako herstura ekidin.

Ikuspegi biologikoarentzat, serotonina, noradrenalina eta dopaminaren jaitsierarekin erlazionatzen da joko patologikorako joera (Johansson, Grant, Kim, Odlaug eta Götestam, 2009),

Aktibazio fisiologikoaren teoriarentzat, jokoa berez da errefortzua, kitzikapen-maila egokia eragiten duelako, batez ere sentipen-bilatzaileak diren pertsonetan. B-endorfinen maila txikiegiak eraman ditzake pertsona batzuk endorfina-mailarekin batera aktibazioa gehitzen duten jardueretara (Blaszczynski *et al.,* 1986).

12.2.5. Joko patologikoaren ebaluazio eta diagnostikoa

Joko patologikoaren *Jokoaren South Oaks galde-sorta* (*South Oaks Gambling Screen*; Lesieur eta Blume, 1987) da ebaluaziorik erabilienetako bat. 20 itemeko galde-sorta hori DSM eskuliburuko irizpide diagnostikoetan oinarritua dago, eta pazienteak bere buruari aplika diezaioke edo elkarrizketa batean aplika daiteke. Kontuan izan behar da pazienteak emandako datuek fidagarritasun gutxi dutela, informazio garrantzitsua gordetzeko joera baitute ludopatek. Izan ere, ludopatek sarritan ukatzen dute beren nahastea. Horregatik, bezeroak emandako informazioa haren senitarteko eta lagunen informazioarekin kontrastatu behar izaten da.

Ludopatia oso erlazionatua dago barne-hersturarekin, depresioarekin eta substantzien kontsumoarekin.

12.2.6. Joko patologikoaren tratamendua

Hasierako abstinentzia lortu nahi denean, portaera-teknikak erabiltzen dira sarritan. Hasierako abstinentzia luzaroago mantendu nahi denean, berrizkaturen prebentziorako ereduak erabili behar dira. Horien artean, esku-hartze kognitiboa ere erabiltzen da.

Tratamendu erabilienetakoak desentsibilizazio irudikatua (McConaghy, Armstrong, Blaszczynski eta Allcock, 1988), berregituraketa kognitiboa (Ladouceur, Boisvert eta Dumont, 1994), *in vivo* aurrez aurre jartzea eta kinaden kontrola izan dira (Echeburúa, Báez eta Fernández-Montalvo, 1994, 1996).

Echeburúa, Báez eta Montalvoren ikerketen arabera, aurrez aurre jartzea (erantzunaren prebentzioarekin) eta kinaden kontrola dira emaitzarik onena ematen dutenak.

Joko patologikoaren diagnostikorako irizpideak (DSM-IV-TR, 2000)

A. Moldakorra ez den joko-portaera, iraunkorra eta errepikakorra, item hauetatik gutxienez bostek (edo gehiagok) adierazten duten moduan:
   1. Jokoarengatiko kezka (adibidez, iraganeko joko-esperientziak birbizitzeko kezka, lehiakideen abantailak konpentsatzeko edo hurrengo abentura planifikatzeko kezka, edo jokorako dirua nola lortu pentsatzeko kezka).
   2. Desiratzen den kitzikapen-maila lortzeko gero eta diru kantitate handiagoak jokatzeko beharra.
   3. Jokoa kontrolatzeko, eteteko edo gelditzeko ahaleginetan behin eta berriro porrot egitea.
   4. Egonezina edo haserrekortasuna jokoa eteten edo gelditzen saiatzen denean.
   5. Arazoei ihes egiteko edo disforia (adibidez, etsipena, erruduntasuna, herstura edo depresioa) arintzeko estrategia moduan erabiltzen da jokoa.
   6. Jokoan galdu ondoren, beste egun batean itzultzen da, dirua berreskuratzen saiatzeko.
   7. Familiako kideak, terapeutak eta beste iruzurtzen ditu jokoan zenbateraino sartuta dagoen ezkutatzeko.
   8. Legez kanpoko ekintzak egiten ditu jokorako dirua ateratzeko, hala nola faltsutzeak, iruzurra, lapurreta, konfiantza-abusuko iruzurra.
   9. Pertsona arteko harreman esanguratsuak, lana eta hezkuntza edo aukera profesionalak arriskuan jartzen ditu jokoarengatik.
   10. Jokoak eragindako etsipenezko egoera ekonomikoa arintzeko dirua besteek emango dioten itxaropena.

B. Joko-portaera ez du hobeto azaltzen pasarte maniako baten presentziak.

12.3. KLEPTOMANIA

Norberarentzat beharrezkoak ez diren objektuak ebasteko edo lapurtzeko bulkadari eutsi ezina. Objektuak ebasteko eutsi ezinezko bulkada du, nahiz eta objektu horiek balio ekonomikorik izan ez. Lapurreta ekintza bulkadatsu bat da, bakarka egiten dena, aurretiko planifikaziorik gabe eta legezko ondorenak kontuan hartu gabe. Ez da nahasi behar paziente antisozialen lapurretekin edo delituzko ekintzekin.

Kleptomania diagnostikatzeko irizpideak (DSM-IV-TR, 2000)

A. Norberak erabiltzeko baliagarriak ez diren edo balio ekonomikoagatik beharrezkoak ez diren objektuak osteko bulkadak kontrolatzeko zailtasun errepikatua.
B. Tentsioa handitzen doala sentitzen du, lapurreta egin baino une batzuk lehenago.
C. Lapurreta egiteko unean ongi, saritua eta liberatua sentitzen da.
D. Lapurreta ez da gertatzen haserrea adierazteko edo mendekuagatik, eta ez da gertatzen eldarniozko ideia bati edo haluzinazio bati erantzunez.
E. Lapurreta ez du azaltzen nahaste disozial batek, pasarte maniako batek edo nortasun antisozialaren nahaste batek.

Kleptomania-ekintzaren aurretik barne-herstura, depresioa eta erruduntasun handia sentitzen dute. Portaera horren bidez lortzen duten atseginagatik lapurtzen dituzte objektuak, eta ez haien balio ekonomikoarengatik. Ebasten dituzten objektuek balio ekonomiko urria dute, baina hala ere kleptomano batzuek pilatu egiten dituzte edo ezkutuan itzultzen dituzte. Ez dute lapurreta planifikatzen, eta ez dira ondorioengatik kezkatzen. Konturatzen dira ekintza irrazional bat egin dutela, eta deseroso sentitzen dira (Grant eta Odlaug, 2008). Batzuetan portaera nabarmena dute objektuak lapurtzean, eta zigorraren bila doazela dirudi. Sarriagotan gertatzen da emakumeetan gizonetan baino.

Dendetako lapurren % 5ek baino gutxiagok du kleptomania (DSM-IV-TR). Kleptomania gertaera bakana da, baina lapurretak sarritan gertatzen dira. Lapur batzuek kleptomania dutela esaten dute, epaituak ez izateko. Lapurreta arrunta borondatezkoa izaten da, eta objektuaren balioagatik, haserreagatik edo mendekuagatik lapurtzen da.

Ez dira berdinak nortasun antisozialaren nahastea eta nahaste disoziala eta kleptomania, portaera antisozialak patroi berezi bati jarraitzen diolako.

Kleptomaniaren eta aldarte-egoerako nahasteen artean % 50eko komorbilitate-tasa dugu. Barne-hersturako nahasteekin, bulimiarekin eta substantzien abusuarekin batera ere sarri gertatzen da kleptomania.

12.4. PIROMANIA

Suteak pizteko premia erreprimiezina eta kontrolaezina da. Suteak nahita irazekitzen dira, motibo jakinik gabe, irabazi pertsonal edo ekonomikorik gabe. Sutearen aurretik bulkada, tentsioa, aktibazioa eta barne-herstura agertzen dira; sutea piztu ondoren, atsegina eta erlaxazioa (Grant eta Kim, 2007). Erakarpen eta lilura berezia sortzen dizkiote suak eta haren inguruko parafernaliak piromanoari. Suaren inguruan egoteko aukera ematen dieten ogibideetan sarri aurkitzen ditugu piromanoak: suhiltzaileak, soldatzaileak, parrillariak…

Nerabezaroan edo helduaro hasieran agertzen da, eta gizonetan maizago gertatzen da.

Piromano gehienek aldartearen nahasteren bat, barne-hersturako nahasteren bat edo substantzien abusua agertzen dute.

Piromania diagnostikatzeko irizpideak (DSM-IV-TR, 2000)

A. Sutea nahita irazekitzen du behin baino gehiagotan.

B. Ekintzaren aurretik tentsioa eta aktibazio emozionala sentitzen ditu.

C. Suak edo haren testuinguruak lilura, interesa, jakin-mina edo erakarpena sortzen dio.

D. Sua hasten denean edo haren ondorenak ikusten dituenean edo ondorio horietan parte hartzen duenean, ongi, saritua edo liberatua sentitzen da.

E. Sua pizten dutenak ez dira arrazoi ekonomikoak, ideologia soziopolitiko baten adierazpena, ekintza kriminal bat ezkutatu beharra, haserrea edo mendekua adieraztea, bizimodua hobetzea, eldarniozko ideia bat edo haluzinazio bat, edo zentzuaren asaldu bat (adibidez, dementzia, atzerapen mentala, substantzia-intoxikazioa).

F. Sua piztea ezin da azaldu nahaste disozial (portaera-nahaste), pasarte maniako edo nortasun antisozialaren nahaste baten bidez.

12.5. EZTANDAZKO NAHASTE ETENKARIA

Estres-egoera batean egon ez arren, kontrola galtzen du, haserre- eta amorru-eztandak izaten ditu, ondasunak suntsitzen ditu eta pertsonak hiltzeraino ere irits liteke. Erasoa ezin azaldu liteke gertaera estresatzailearen intentsitateagatik. Bortxazko eztanda isolatu eta errepikariak dira, beste nahaste mental batek eragiten ez dituenak. Eztanda erasokorra ez da gertatzen substantzien kontsumoagatik, nahaste antisozialarengatik, mugako nahasteagatik, mania-pasarteengatik edo dementziengatik. Eztanda erasokorrari buruzko amnesia izaten dute askotan.

Gutxitan ikusten den nahastea da, baina mutiletan sarriago gertatzen da. Gehienetan nerabezaro bukaeratik hogeita hamar bat urtera bitartekoetan.

Komorbilitate-maila altua du aldarte-egoerako edo barne-hersturako nahasteekin.

Eztandazko nahaste etenkaria (DSM-IV-TR, 2000)

A. Bulkada erasokorrak kontrolatzeko zailtasuna erakusten duten pasarte isolatuak, bortxa eta jabegoaren suntsipena ekartzen dituztenak.

B. Pasarteko erasokortasun-maila ez dator bat erasokortasun hori sortzen duen gertaera estresatzailearen intentsitatearekin.

C. Pasarte erasokorrak ez dira hobeto azaltzen beste nahaste mental baten presentziagatik (adibidez, nortasuna antisozialaren nahastea, mugako nortasunaren nahastea, nahaste psikotikoa, mania-pasartea, nahaste disoziala edo arreta-gabezia eta hiperaktibitatearen nahastea), eta ez dira gertatzen substantzia baten (drogak, sendagaiak) efektu fisiologiko zuzenengatik edo gaixotasun mediko batengatik (garezur-traumatismoa, Alzheimerren gaixotasuna).

Nahaste honetan agertzen den erasokortasuna honako beste nahaste psikologiko hauetan ere ager daiteke: nahaste antisoziala, nahaste bipolarra, izu-ikarako erasoa, arreta-gabezia eta hiperaktibitatearen nahastea, mugako nahastea.

Portaera erasokorra delirium batean edo dementzia batean zehar bakarrik gertatzen bada, ez da eztandazko nahaste etenkaria diagnostikatzen. Ez da nahaste hori diagnostikatuko, baldin eta kontrolatu gabeko erasoaldiak substantzien (alkohola, fenziklidina, kokaina, barbiturikoak) intoxikazioagatik edo abstinentziagatik gertatzen badira. Portaera erasokorra beste nahaste mental batek hobeto azaltzen badu (ezezkotasun desafiatzailea, nahaste disoziala, nahaste antisoziala, mugako nahastea, eskizofrenia), ez da eztandazko nahaste etenkaria diagnostikatuko.

Tratamendu moduan, farmakoak (azido balproikoa, karbamazida, litio karbonatoa…) eta kognizio eta portaeraren psikoterapia erabiltzen dira.

12.6. TRIKOTILOMANIA

Nork bere ilea erauzteko eutsi ezinezko premia. Adatsean fokatzen da portaera hau, baina bekainak, betileak, bizarra edo pubiseko biloa ere erauz daitezke. Ilea erauztean minik ez du hartzen. Pazientea ilea erauzten ari den bitartean egoera disoziatuan dagoela dirudi, bere buruarengandik bereizia bezala. Paziente batzuek modu automatikoan edo inkontzientean erauzten dute ilea; adibidez, telebista ikusten ari direla egiten dute, eta gertatu eta gero konturatzen dira egin dutenaz. Beste paziente batzuek modu kontzienteagoan egiten dute: modu konpultsiboagoan jokatzen dute,

egoera emozional negatiboei erantzunez. Nahastearen hasieran gertaera estresatzaile bat gertatzen da sarritan, eta tentsio-giroari lotua agertzen da nahaste hau, pubertaro aldera. Ilea erauzi aurretik batzuek tentsioa sentitzen dute, baina beste batzuek ez; era berean, ilea erauzi ondoren batzuk ongi eta liberatuak sentitzen dira, baina beste batzuk ez (Flessner, Woods, Franklin, Keuthen eta Piacentini, 2008). Ilea buru osoan erauz dezakete, edo buruko toki batean bakarrik.

Maiztasun-tasa: populazio orokorraren % 0,6 ingurukoa da. Mutiletan gehiago gertatzen da, baina, helduetan gertatzen denean, emakumeetan usuagoa da mutilen artean baino.

Kontsultaren arrazoia ez da trikotilomania izaten, depresioa edo beste nahaste bat baizik. Trikotilomaniak komorbilitate-tasa altuak ditu depresioarekin, nahaste obsesibo-konpultsiboarekin, arreta-gabezia eta hiperaktibitatearen nahastearekin, barne-hersturarekin eta substantzien abusuarekin.

Trikotilomaniaren diagnostikorako irizpideak (DSM-IV-TR, 2000)

A. Nork bere ilea modu errepikatuan erauzten du, eta ondorioz ilearen galera nabarmena gertatzen da.

B. Ilea erauzi aurreko unean edo portaera hau egitea eragozten saiatzen denean tentsio hazkorra sentitzen du.

C. Ilea erauzten duenean ongi, saritua eta liberatua sentitzen da.

D. Asaldua ez du hobeto azaltzen beste nahaste mental batek, eta ez da gaixotasun mediko batengatik gertatzen (adibidez, gaixotasun dermatologikoa).

E. Asalduak klinikoki esanguratsua den ondoeza edo hondamendi soziala, laneko hondamendia edo pertsonaren jarduerako beste arlo garrantzitsuren batekoa eragiten du.

12.7. PRAKTIKAK

12.7.1. praktika

Ikus ezazu erosle konpultsiboei buruzko bideo hau: http://www.youtube.com/watch?v=10qv3sDksO0

Galdera hauei erantzun:

- Noiz sentitzen da asebeterik eta noiz frustraturik erosle konpultsiboa?
- Beharrezko gauzak erosten al ditu?
- Zer dago erosketa konpultsiboen atzean?

12.7.2. praktika

Ikus ezazu Eugenia Vega-ri (Mexikoko Elkarte Psikoanalitikoa) egindako elkarrizketa hau, eta laburbil ezazu erosketa konpultsiboei buruz dioena:

http://www.youtube.com/watch?v=Rl-j1U3fJnA

http://www.youtube.com/watch?v=htwq6y_7Yzk

12.7.3. praktika

Ikus eta komenta itzazue bideo hauek:

Jokalari birgaituen lekukotzak

http://www.youtube.com/watch?v=cKemT90O5oc

http://www.youtube.com/watch?v=oCpzpzmY3ho

http://www.youtube.com/watch?v=NBz7a67Y8E8

12.7.4. praktika

Ikus ezazu bideoa, eta azter ezazu bideojokoekiko nahiz on-line jokoekiko (WOW jokoa) mendetasuna: http://www.youtube.com/watch?v=IlWd3BYZK2E

12.7.5. praktika

Azter ezazue taldean sare sozialekiko mendetasuna, bideo hau ikusi ostean:

Documental: *¿Usas o Abusas? Adicción a las redes sociales*

http://www.youtube.com/watch?v=srpfEfiw_0M

12.7.6. praktika

Ikus eta komenta ezazue joko profesionalari buruzko bideoa: *Juegos sobre el tapete.*

http://www.youtube.com/watch?v=w0hygiyIxk4

12.7.7. praktika

Ikus eta komenta ezazue *Póquer, tiburones y peces* izeneko bideoa:

http://www.youtube.com/watch?v=20VpBYPndqo

12.7.8. praktika

Araka ezazu jokalari patologikoen web orria, eta azter itzazu bertan agertzen diren diagnostikorako eta tratamendurako baliabideak:

http://www.gamblersanonymous.org/ga/

Gamblers Anonymous
International Service Offic
P.O. Box 17173
Los Angeles, CA 90017
T (626) 960-3500
F (626) 960-3501
isomain@gamblersanonymous.org.

13. Psikopatologiako zeinu eta sintomak

13.1. KONTZIENTZIAKO ETA IDENTITATEKO ASALDUAK

Kontzientziaz hitz egitean, alde batetik, norbere esperientziaren ezagutzaz edo autoezagutzaz ari gara, eta, beste alde batetik, ernetasun-mailaz ari gara. Kontzientzia duena erne egoten da, eta kanpoko nahiz barneko sentipenez jabetzen da; jabetzen da baita ere bere alderdi fisikoaz, alderdi psikikoaz eta harremanez.

Kontzientziaren nahasteez hitz egitean, bereizi egiten ditugu kontzientziaren asaldu kuantitatiboak, kontzientziaren asaldu kualitatiboak, eta norberari eta inguruneari buruzko kontzientziaren nahasteak.

Kontzientziaren *asaldu kuantitatibo*en artean honako hauek bereizten ditugu:

- *Obnubilatua* dagoenak kontzientziaren endekatze-maila arina du; lainotua eta kamustua du kontzientzia. Asko kostatzen zaio gertaerak hautematea, arreta jartzea, oroitzea eta erantzunak lantzea. Kinaden intentsitatea handia denean erantzuten du obnubilatua dagoenak.
- *Lozorroan* dagoenak edo logale denak kontzientzia lainotuagoa du; lo hartzen du, kitzikatzen ez badute. Kinada indartsuek iratzartzen dute, eta haiei bakarrik erantzuten die. Apalduak ditu erreflexuak eta gihar-tonua. Arnasketa sakona eta makala du. Elektroentzefalogramak delta-uhinen fasean dagoela erakusten du.
- *Koma*-egoeran dagoen pertsonak ez die erantzuten barneko eta kanpoko kinadei; ez du jarduera mentalik eta mugimenduzko jarduerarik; konorterik gabe dago; arnasa hartzen du, eta bizi-funtzioak betetzen jarraitzen du.
- *Gehiegizko zelatatzea* duen pertsonak kontzientzia aske eta argi sentitzen du, aurretik zeukan lotura batetik askatu balitz bezala. Gune batetik bestera erraz aldatzen du arreta, eta erraz distraitzen da. Sarri gertatzen da mania-egoeraren hasieran, edo substantzien kontsumoaren eraginpean (LSD, kokaina, anfetaminak).

Kontzientziaren *asaldu kualitatibo*ei dagokienez, honako hauek aipatu behar dira:

- *Egoera krepuskular*rean dagoenak kontzientzia estua du, eta bizitza psikikoaren agerpen batzuetara mugatzen du arreta; arretagune horietatik at dagoena fokatu gabe gelditzen da; pentsamendu lausoa du; hautemateko

arazoak ditu, eta ulermen inkoherentea; afektu indartsuak eta emozio-eztandak izaten ditu; ezagutza eta portaera bereizi egiten ditu; portaera automatiko arriskutsuak eta identitateko asalduak ager ditzake; hitzezko edo mugimenduzko pertseberazioa ager dezake. Gertatutakoari buruzko amnesia agertzen du. Afektuek kutsa dezakete haren bizitza osoa, eta afektuekin erlazioa duen horretan bakarrik kontzentra daiteke. Epilepsia forma batzuetan agertzen da, eta orduan oinarri biologikoa du egoera krepuskularrak.

– *Harridura*k hartua duen pertsona ez da mugitzen, ez du hitz egiten, eta ez dio inguruneari erantzuten (*masque de marbre*), kinada oso indartsuen aurrean ez bada; izuak eta hersturak blokeatu eta inhibitu egin dute. Apatiko, mutu eta mugitu ezinik egoten da, emozioen kinada gogor batek izua eragin eta kontzientzia asaldatu diolako. Esna dagoela dirudi, begiak irekiak dituelako, baina kinaden aurrean ez du erantzuten.

– *Nahasmendua/eldarnioa* duen pertsonak ez ditu bereizten erreala dena eta irudimenezkoa dena; pentsamenduaren argitasuna eta koherentzia galtzen du. Irudimeneko edukiei buruz hitz egiten du tarteka (onirismoa). Arreta eta kontzientzia nahasiak ditu: arreta ezin du fokatu, mantendu, zuzendu edo aldatu, nahi duen tokira, eta kontzientzia ez du zuzentzen ingurunera. Iraupen laburra du nahasteak. Kognizioen arloan arazoak ditu: oroimen gabezia, hautemate- eta hizkuntza-arazoak.

*Norbere buruaren kontzientziako asaldu*ei dagokienez, norberaren mugen kontzientziaren galera gertatzen da psikosietan. Norberaren jardueraren kontzientzia galtzen da kontroleko eldarnioetan; adibidez, pentsamenduak kanpotik sartzen zaizkiola edo kanpotik osten zaizkiola uste duenean. Norberaren batasunaren kontzientzia galtzen da identitate disoziatuaren nahastean edo trantze induzituetan.

*Gorputz-nia*ren edo gorputz-eskemaren kontzientziaren nahasteak:

– Anosognosia: ez du onartzen gaixotasun bat duela edo mugimenduak eragozten dizkion elbarritasun bat duela.

– Asomatognosia: gorputz-eskemaren zatiak ezagutu, bereizi eta integratzeko gaitasunik eza. Bere gorputza desagertu delako eldarniozko bizipena; bere burua ez du ezagutzen (ukazio-eldarnioa: Cotart-en sindromea). Lobulu parietaleko lesio baten ondorioz gertatzen da.

– Soin-adar mamuaren kontzientzia: ebakitako atal batek bere zati izaten jarraitzen duela iruditzen zaio, eta horrela hautematen du zenestesikoki.

*Ni psikikoa*ren kontzientziaren nahastea:

– *Despertsonalizazioa:* bere burua arrotz eta aldatua sentitzen du pertsonak; bere buruaren kontzientzian eta hautematean aldaketak gertatu dira: pertsonak

uste du ez duela existentzia errealik, denboratik eta espaziotik kanpo dagoela, airean eta gorputzik gabe dagoela, gorputza beregandik bereizia dagoela. Hautematearen nahastearengatik edo afektuen nahasteagatik gerta liteke.

- *Aldebakarreko geldotasuna:* eskuin lobulu parietalean jasan duen odol-jario edo tronbosi baten ondorioz, ezkerreko aldean hemi-geldotasuna gertatzen zaio; hau da, ez du bere gorputzaren ezkerreko erdiaren kontzientziarik.
- *Hemisomatognosia:* gorputzaren atal bat falta zaiola sentitzen du, gehienetan ezkerreko aldean.
- Psikosiko *haluzinazio somatikoak:* bere gorputzaren hautematean asalduak izaten ditu pertsonak.
- *Bikoizketa:* gorputz-atal bat bikoizturik hautematen du pertsonak. Adibidez, bi buru dituela.
- *Egoera zenestopatikoak:* gorputz-kontzientziaren distortsioak ditu. Adibidez, gorputzaren zati bat kotoizkoa balitz bezala deskribatzen du.

*Inguruko munduaren kontzientzia*ren nahastea:

- Desrealizazioa: kanpoko mundua arrotza iruditzen zaio; kanpoko objektuak ezberdin ikusten ditu; objektuak irrealak iruditzen zaizkio.
- Prosopagnosia: ezagunak diren pertsonen aurpegiak ez ditu gogoratzen. Sarri gertatzen da zahartzaroko dementzian.
- Astereognosia: ez da gai ukimenaren bidez objektuak ezagutzeko.

13.2. ARRETAREN ASALDUAK

Kontzientziak eta arretak harreman estua dute, kontzientziaren fokatzea baita arreta. Arretak informazioa prozesatzen du; horretarako, objektu edo kinada batean kontzientzia zentratzen edo fokatzen laguntzen du. Arreta, beraz, kontzentrazioari lotua dago. Kinada batzuetan kontzentratzeko, kinada garrantzitsuak eta garrantzirik gabeak bereizi egin behar ditu. Arreta kinada batzuetan zentratuta, kinada multzo baten kontzientzia garbi eta bereizia lortzen da. Arreta eta kontzentrazioa lotuak egonik, haien psikopatologiak ere elkarrekin lotuak doaz.

Kontzentrazioaren asalduetako bat gehiegizko kontzentrazioa da. *Hiperprosexia* deritzo arreta gehiegi fokatzeari. Nahaste bipolarraren fase maniakoan edo drogaren bat hartzean gerta daiteke hori. Pertsona bat gai batean gehiegi zentratzen denean, *absentzia mentalak* gertatzen dira. Bere baitan gehiegi biltzen da, bere pentsamenduetan gehiegi murgiltzen da, eta ez du arretarik jartzen kanpoko kinadetan. Arazo konkretu batean asko kontzentratzen da, baina beste kinadetan ez du arretarik jartzen, eta mekanikoki egiten ditu jarduerak. Distraitzen duten kinadetan

arreta gutxi jartzen du, hautemate-atalasea igotzen duelako. Kinaden intentsitatea handitzean, desagertu egiten da absentzia mentala.

Kontzentrazio-gabezia duenak jarduera batean arreta iraunkorra jartzeko gaitasun gutxi du. *Aprosexia* duena (eskizofrenia, autismoa, harridura-egoera) ez da gai arreta jartzeko. *Hipoprosexia* duenak arreta-gaitasuna gutxitua du. Kontzentrazio gabeziarekin lotua dago *aldi bateko hutsunea:* aldi bateko ezer ez du gogoratzen, denbora horretan zerbait egiten ari bazen ere; zerbait mekanikoa egiten ari zen, eta ez du erregistratu. Adibidez, autoa gidatuz etorri da lantokitik etxera, baina ez du bidean gertatutako ezer gogoratzen. Arreta-gaitasunaren hutsune bat da. Aldi bateko hutsunean ez da gertatzen espazioko eta denborako desorientaziorik, amnesian gertatzen den moduan.

Seudoaprosexia duenak ez du arretarik jartzen, baina hautemate-eremuaren kontzientzia hartzeko gaitasunik ezagatik gertatzen da arreta-gabezia hori; beraz, kontzientziaren asaldu bat da.

Arreta selektiboaren gabezia duenak arazoak ditu kinada garrantzitsuak eta garrantzi gabeak bereizteko. Beraz, distrakzio-arazoak ditu. Halako arazoak eskizofrenian eta manian gertatzen dira sarritan. Arretaren asaldu kualitatiboen artean sartzen dira distraigarritasuna eta paraprosexia.

Pertsona bat distraigarria da, arreta jartzeko gaitasun ezegonkorra duenean edo foku batetik bestera erraz desbideratzen duenean arreta, trauma baten, toxiko baten edo eskizofrenia baten eraginez.

Pertsona batek *paraprosexia* du kinada nagusia ez den foku batera zuzentzen duenean arreta, edo desfase bat dagoenean hautematen den kinadaren eta arreta jartzen den unearen artean (eskizofrenia, eldarniozko nahaste paranoidea, trauma edo toxikoa). Arreta espontaneoa gehitzen da, eta borondatezko arreta gutxitzen. Maniako kitzikapen-egoeretan sarri gertatzen da, denbora laburrean kinada anitzetan fokatzen baitu arreta.

Arretaren beste asaldu kualitatibo bat perplexutasuna da; asaldu horretan, pertsonak ezin du sintetizatu arretaren edukia; ez du ulertzen inguruko gertaeren eta harreman afektiboen esanahi konkretua.

13.3. HAUTEMATEAREN ASALDUAK

Kinadek duten informazio fisikoa gure zentzumenen bidez informazio nerbioso bihurtzen da, eta sentipenak sortzen dira. Hautematean zentzuetako informazioa eta sentipenak antolatu, integratu eta interpretatu egiten dira.

Hautematearen distortsioa gertatzen denean, guregandik at dagoen kinada bat hautematen dute zentzumenek, baina kinadaren ezaugarriei ez dagokien moduan hautematen dute.

Iruzur pertzeptiboetan, ez dago guregandik at hautematea eragiten duen kinadarik. Hala ere, hautemate-esperientzia berri bat gertatzen da, eta hautemate-esperientziak iraun egiten du, sortu zuen kinada aurrean egon ala ez egon.

13.3.1. Hautematearen distortsioak

Kinaden intentsitatearen hautematean anormaltasunak

Kinadak intentsitate gehiegiz (hiperestesiak) edo gutxiegiz (hipoestesiak) hauteman daitezke. Kinaden intentsitatea ez hautematea ere gerta liteke (anestesia). Kinada nozizeptiboek eragindako mina ez sentitzea gerta liteke (analgesia), mina intentsitate txikiz hauteman liteke (hipoalgesia), edo normala den baino intentsitate handiagoz senti liteke mina (hiperalgesia).

Nolakotasunaren hautematearen anormaltasunak

Irudiak argitasun edo zehaztasun handiagoz edo txikiagoz hauteman litezke. Normala baino zehaztasun gutxiagoz hautematen dira objektuak edo objektuen koloreak aldarte-egoera negatiboetan edo substantzia neuroleptikoak hartzean. Normala baino zehaztasun eta bizitasun handiagoz hautematen dira objektuak eta koloreak mania-egoeran edo haluzinogenoen eraginpean (meskalina).

Hautematearen integrazioaren anormaltasunak

Aglutinazioa: zentzumen ezberdinetako kinaden kualitate ezberdinak ez ditu bereizten, gehiegi integratzen ditu eta hautemate-esperientzia bakarrean fusionatzen ditu.

Sinestesia: sentipenak modu anormalean elkartzen ditu. Horrela, beste zentzumen-organo bati dagokion irudi batekin elkartzen da sentipen bat.

Zatiketa: hautemandako objektu bat osagaika zatikatzen da; adibidez, ezkila mugitzen ikusten du, eta haren soinua entzuten, baina bi gertaerak ez ditu bateratzen: bi osagaiak zatikatu egiten ditu. Eskizofrenian sarri gertatzen da ikusmenaren eta entzumenaren arteko loturak desagertzea; eskizofrenikoari ikusmeneko eta entzumeneko sentipenak iturri ezberdinetatik datozela iruditzen zaio, objektu beretik etorri arren.

Ilusioak

Objektu erreal eta konkretuak hautematen dira, baina modu distortsionatuan. Hautemateak ez datoz bat objektu errealen bereizgarriekin. Kinadak benetakoak izan arren, hautemateak edo interpretazioak ez datoz bat kinada konkretuaren bereizgarri fisiko objektiboekin. Kinada errealak hautematen dira, baina faltsutu egiten dira kinada horiek. Elkarrengandik bereizita dauden osagaiak osotasun batean antolatuta

hautematen dira. Zentzumenetatik sartzen diren kinadek intentsitate txikia dutenean, hautematen duen pertsonaren arreta- edo kontzientzia-maila jaistean edo aldarte berezietan sarri sortzen dira ilusioak.

*Pareidoli*etan pertsonak antolamendu eta esanahi bat ematen die kinada anbiguo eta gutxi egituratuei; horretarako kinada errealak eta irrealak nahasten ditu. Adibidez: mendiaren profilean aurpegi baten marrazkia ikusten du, edo laino batean elefante bat ikusten du. Ez dira patologiak.

Beste ilusio mota bat *presentzia-sentipena* da. Ilusio mota horretan, bakarrik ez dagoela sentitzen du pertsonak, inguruan inor egon ez arren. Sarri gertatzen da ilusio mota hau inguruneko kinadak desagertzean edo gutxitzean; barne-herstura eta beldur patologikoari, eskizofreniari, histeriari eta jatorri organikoa duten nahaste mentalei lotuta agertzen da.

Metamorfopsiak: tamaina eta/edo formaren hautematearen anormaltasunak

- Dismegalopsiak: objektuaren tamaina modu distortsionatuan hautematen da.
- Mikropsiak: objektuak diren baino txikiagoak ikusten dira.
- Makropsiak: objektuak diren baino handiagoak ikusten dira.
- Dismorfopsiak: objektuen forma modu distortsionatuan hautematen da.
- Autometamorfopsiak: norbere gorputzari dagokion metamorfopsia. Adibidez, norbere hankak diren baino handiago eta urrunago hautematen ditu.

13.3.2. Hautemate-iruzurrak

A. Haluzinazioak

Hautemate-kinada objektiborik egon ez arren, objektuak hautematen ditu haluzinazioak dituenak. Existitzen ez den zerbait hautematen du pertsonak, eta hautemate horrek hautemate errealaren kualitate berberak hartzen ditu. Bereizi egiten dira haluzinazioa eta fantasia: fantasietako esperientzia subjektiboa eta behatzailearen borondatearen araberakoa da, eta barne-espazioan kokatzen da. Haluzinazioko hautematea, aldiz, konkretua, erreala, ukigarria, objektiboa, kanpoko espazioan kokatua eta behatzailearen borondatetik kanpokoa da.

Haluzinazioak hainbat irizpideren arabera sailka daitezke:

1. Zentzumen motaren arabera
    - Entzumenekoak: aginduak entzuten dituzte, pentsamenduaren oihartzuna entzuten dute, txistuak edo txutxu-mutxuak entzuten dituzte, nahiz eta horretarako oinarri objektiborik ez egon.
    - Ikusmenekoak: irudi oso handiak (haluzinazio gullivertarrak) edo oso txikiak (haluzinazio liliputiarrak) ikusten dituzte; beren burua ispiluan

islatuta bezala ikusten dute (autoskopia); ispiluan islatutako beren buruaren irudia ez dute ikusten (autoskopia negatiboa).

- Ukimenekoak edo haptikoak: berotu edo hoztu egin dela sentitzen du (termikoak); likido batez busti dela sentitzen du (hidrikoak); inurridura bat sentitzen du (parestesia).
- Usaimenekoak: kanpoko edo barneko usain arrotzak hautematen ditu.
- Dastamenekoak: zapore desatseginak edo ezohiko zaporeak hautematen ditu, barnetik edo kanpotik. Adibidez, janarian jarri dioten pozoiaren zaporea hartzen du, edo gorputzean ustelduak dituen atalen usaina hartzen du.
- Somatikoak edo erraietakoak (zenestesikoak): gorputz barnean hutsa dagoela, harriz egina dagoela edo hezurrak bigundu zaizkiola sentitzen du.
- Zinestesikoak edo mugimendukoak: bere gorputza mugitzen sentitzen du, geldi egonda ere.
- Bestibulukoak: altxatua dela edo airean dabilela sentitzen du.

2. Konplexutasunaren arabera
   - Bakunak: zaratak, argiak, tximistak.
   - Konplexuak: pertsonak, kantak, animaliak, eszenak.

3. Haluzinazio-esperientziaren aldaerak
   - Sasihaluzinazioa: ez da hautematen kanpoko objektu batek eragindako esperientzia garbi eta zehatza; esperientzia errealitate objektibo batean oinarritzen delako sineste argirik ez dago; norberak sortutako irudi edo esperientziatzat hartzen ditu pertsonak. Ikusmenean eta/edo entzumenean gertatzen dira nagusiki. Bere barruan ahots bat entzuten du, baina irreala dela iruditzen zaio.
   - Haluzinazio funtzionala: kinada batek aktibatu edo eragindako haluzinazioa da; kinada haluzinazioarekin batera eta zentzumen berean hautematen da. Adibidez, jainkoaren ahotsa entzuten du, telefonoak jotzen duen bitartean. Inguruneko kinada errealekin erlazio funtzionala du, haiek eragina ez bada ere.
   - Haluzinazio erreflexua: zentzumen-eremu jakin batean sortua; haluzinazioa kinada baten hautemate zuzenak eragina da, eta kinada hori ez dagokio haluzinazioa sortu duen zentzumen berari. Entzumenaren arloko kinada batek ikusmenaren arloko haluzinazio-esperientzia bat eragiten du.
   - Autoskopia: pazienteak bere burua ikusten du kanpoko munduan, irudi bikoitz baten moduan, eta badaki bera dela. Ispiluko irudi mamua da.

Eskizofrenian, depresioan edo toxikoen eraginpean gerta daitekeen ikusmeneko haluzinazioa da. Haluzinazio horrekin batera sentipen zenestesiko eta somatikoak gertatzen dira, eta horiek berretsi egiten dute bere burua ikusten duela.

- Autoskopia negatiboa: bere buruaren irudia ez du ikusten ispiluan islatzen denean. Eldarnioetan eta eskizofrenian gerta daiteke. Ez den zerbait hautematen da haluzinazioan; haluzinazio negatiboan, baden zerbait ez da hautematen. Ohiko haluzinazioetan, haluzinazio-esperientziaren arabera jokatzen du pertsonak; baina, haluzinazio negatiboan, pertsonak ez du jokatzen objekturik ez balego bezala; objektua ez duela ikusten esaten badu ere, objektu hori saihestu egiten du.
- Eremuz kanpoko haluzinazioa: ikusmen-eremutik kanpora bizi da. Pazienteak ikus dezake norbait bere atzean eserita, aurrera begira dagoela. Ahotsak entzuten ditu Bilbon, Donostian bizi delarik.

B. Sasihautemateak edo irudi anormalak

– Irudi hipnagogikoak eta hipnoponpikoak: esnaldiaren eta loaldiaren artean gertatzen dira, pertsona erdi kontziente dagoenean. Irudi hipnagogikoa: lo hartzera doanean gertatzen den sasipertzepzioa. Irudi hipnoponpikoa: lotan egonik, esnatzera doanean gertatzen den sasipertzepzioa.

– Irudi mnemikoak: oroitzapenetan oinarrituta proiektatzen ditu pertsonak irudiak. Oroitzapenekin bat etor daitezke, edo oroitzapenak birkonbina, eta irudiak eralda daitezke. Pertsonak bere desiren arabera birkonbina edo eralda ditzake.

– Irudi eidetikoak: oroimeneko irudi argi eta zehatzak dira; aurretiko esperientzia sentsorial baten errepresentazioak dira, gogamenean finkatuak gelditu direnak eta hautemate baten bereizgarri guztiak edo gehienak gordetzen dituztenak. Pertsonak nahita ekar ditzake oroimenera edo nahi gabe ager daitezke. Irudikatuak dira, ez fisikoak. Pertsonak ez ditu errealtzat hartzen. Haurtzaroan eta kultura primitiboetan ohikoak dira.

– Ondoriozko irudiak edo irudi-atzeak: segundo batzuetako estimulazio indartsu baten ondoren gertatzen dira. Sortzen den irudiak jatorrizko irudiaren aitziko bereizgarriak ditu. Adibidez, argi intentsu bat ikusi ondoren, dena ilun ikusten da. Segundo batzuez bakarrik irauten dute irudiok (eidetismoan denbora asko irauten dute), eta pertsonak ez ditu benetakotzat hartzen.

– Irudi bizkarroiak: pertsonak haiei arretarik jartzen ez dienean, espontaneoki agertzen dira, eta arreta jartzean desagertu egiten dira. Beren autonomiak bereizten ditu irudi mnemikoetatik. Kinada konkreturik gabe agertzen dira,

edo kinada desagertu eta gero mantentzen dira. Adibidez, udako abestia modu errepikatuan entzun eta gero ezin du burutik kendu. Kinadak desagertu eta gero ere kantarekin jarraitzen du pertsonak.

– Irudi haluzinoideak: kinadarik gabe sortzen dira. Irudi autonomoak dira, sentipen-gabeziako egoeretan agertzen direnak; pertsonak ez du pentsatzen errealak direnik, haluzinazioetan ez bezala. Maiz gertatzen dira intoxikazioak gertatzean edo begiak indartsuki ixtean.

13.4. OROIMENAREN ARAZOAK

Oroimenaren zeinu eta sintomen artean, oroitzapenaren asalduak eta ezagutzaren asalduak bereiziko ditugu.

13.4.1. Oroitzapenaren nahasteak

13.4.1.1. Amnesia

Amnesian, oroimenaren galera osoa edo partziala gertatzen da. Sindrome amnesikoa oroimenaren gabezia global eta iraunkorra da, beste endekapen intelektualik gabe gertatzen dena; amnesia purua izendatzeko erabiltzen da; oroimenaren oinarri linbikoak ukituak ditu.

Amnesia aurrerakaria edo finkamenduzkoa duenak ez du gaitasunik informazio berria gogoratzeko; ahantzi egiten ditu oroimen-galera eragin duen gertaeraren ondorengo oroitzapenak.

Amnesia atzerakaria edo gogora ekartzeko amnesia duenak ez du gaitasunik kontzientziaren galera baino lehentsuagoko gertaerez oroitzeko.

Amnesia mistoa duenak amnesia aurrerakaria eta atzerakaria ditu; alegia, finkamenduzkoa eta gogora ekartzekoa.

Amnesia lekutua: bizitzako garai bateko gertaeren galera partziala.

Barne-hersturagatiko amnesia: izu-ikarak, barne-hersturak edo tentsioak gehiegi aktibatzen dute pertsona, eta ezin izaten ditu oroimen-gordailuko datuak berreskuratu.

Amnesia organikoak axialak edo kortikalak izan daitezke. *Amnesia axiala* dutenek kaltetuak dituzte sistema linbikoa eta goranzko saretxo-sistema; ondorioz, arazoak dituzte gertaerak oroimen-gordailura eramateko eta informazioa erabiltzeko. *Amnesia kortikala* dutenek lesioak dituzte oroitzapenen gordailuan, hots, hemisferioetako geruzako neuronen engrametan.

13.4.1.2. Hipermnesia

Nahaste hau duenak gaitasun handia du gertaerak oroimenean erregistratu, gorde eta oroimenetik berreskuratzeko. Oroitzapen gehiegi ditu, eta denbora tarte labur batean bizitzako gertaera guztiak oroitzeko gai da. Hipermnesia sarri gertatzen da pasarte maniakoetan edo trauma ondorengo estreseko nahastean edo droga batzuk kontsumitzean.

«*Idiots savants*»: pertsona hauek datuak gogoratzeko izugarrizko gaitasuna dute. Sarri gertatzen da haur autistengan edo gabezia mentalak dituztenengan.

Hipermnesia afektiboak: depresioaren kasuan, oroitzapen negatiboak maizago gogoratzen dira, eta maniaren kasuan, oroitzapen positiboak.

Ekmnesia: konfabulazio mota bat da; bizitzako edozein garaitako gertaerak emozio-intentsitate handiz gogoratzen dira, eta gertaera haiek gaur egun bizi dituela iruditzen zaio. Amnesia osoari edo partzialari lotua doa. Trauma osteko estres-nahastearen sintoma tipiko bat da; adibidez, bortxaketaren biktima izan direnetan. Alzheimerren gaixotasunean ere gertatzen da: haur txikia dela iruditzen zaio, eta bere ama etorri zain dago.

Bizitzaren ikuspen panoramikoak: bizitza osoa une batean gogoratzen da, bizitasun handiz. Bizitzarako arriskutsuak diren egoeretan edo egoera krepuskularretan sarri gertatzen dira.

13.4.1.3. Paramnesia

Kraepelin-ek 1886an asmatu zuen termino hau, oroimenaren hutsegite edo distortsio patologikoei buruz hitz egiteko; faltsuak diren xehetasunen oroitzapenak eta denborari dagozkion erreferentzia okerrak ematen dituzte paramnesiek. Irudi mnesikoen ordez, haien antzekoak edo irudi fantastikoak agertzen dira.

Paramnesia batzuk oroitzapenezkoak dira. Gertaera baten oroitzapena amets batean bezala ikusten da.

Beste paramnesia batzuk ezagutzazkoak dira. Lehenengo aldiz ikusi duen objektu bat aurretik hautemana balu bezala bizi du; objektua edo pertsona aurretik ikusia duela iruditzen zaio, ikusten duen lehenengo aldia denean.

Oroitzapenak asmatzearekin loturik daude oroimenaren distortsio batzuk:

*Konfabulazio*an oroimenaren hutsuneak irudimenezko esperientziekin betetzen dira, modu inkontzientean; ez dago gezurretarako edo iruzurrerako asmorik, baina gertatutakoaz ez da oroitzen, eta hutsuneak betetzeko asmoz oroitzapenak asmatu egiten ditu, edo benetako oroitzapenak dira, baina testuinguru ezberdinean kokatuak; batzuetan, oroimenaren hutsunea bete baino gehiago egiten da: kontakizun fantastikoak asmatzen dira. Oroitzapen faltsuak eta benetakoak nahasten dira.

Oroimena faltsutu egiten du, baina planifikatu gabe. Amnesia desagertu ahala desagertzen dira konfabulazioak; sugestioz erraz induzi daitezke. Korsakoff-en sindromean eta dementzia batzuetan agertzen dira konfabulazioak.

*Pseudologia fantastiko*an gertaerak edo narrazioak erabat asmatzen ditu pazienteak, berari gertatu balitzaizkio bezala. Sinesgarriak dira gertaerak. Histerian eta nahaste faktizioetan sarri agertzen dira, premia afektibo batzuei erantzuteagatik, besteen arreta erakartzeagatik eta autoestimua jasotzeagatik. Konfabulazioan asmatzen diren gaiak baino landuagoak, sinesgarriagoak eta egonkorragoak dira pseudologia fantastikokoan asmatzen direnak.

Eldarniozko oroitzapenak: eldarnio-garaian oroitzapen faltsuak eratzen dira, eta eldarnioaren edukiaren arabera deformatzen dira oroitzapen horiek. Informazio-iturria nahasten du, eta pentsatu edo irudikatu duen zerbait hauteman duela iruditzen zaio. Hautemandakoa eta pentsamenduak edo irudimenak prozesatuta gordetzen ditu oroimenean, eta ez ditu bereizten barnetiko eta kanpotiko oroitzapenak. Berak irudikatu edo pentsatu duena hauteman duenarekin nahasten du.

Aurpegiz ezaguna egiten zaio, baina ez du erabat gogoratzen, eta ezin du behar bezala bere oroimenean kokatu. Fenomeno hau sarri gertatzen da pertsona ezagun hori ezagutu genuen testuingurutik at dagoenean. Ezagutzen du, baina ez du erabat gogoratzen.

Pertsona ezagutu eta identifikatzen du, baina haren izenaz ez da oroitzen. Aurpegiz ezagutzen du, baina haren izenaz ezin da oroitu.

Hitza ezagutzen dugunean, baina berreskuratu ezin dugunean, «*mihiaren puntan*» izeneko gertaeraren aurrean gaude. Bide lexikoa eta fonologikoa elkartu gabe daude. Badakigu berreskuratutako hitzak ez direla zuzenak, baina bila dabilen hitzarekin erlazionatuak daude.

13.4.2. Ezagutzaren asalduak

Ezagutza faltsua: pertsona bat ezaguna iruditzen zaio, baina lehen aldiz ikusi du. Korsakoff-en sindromean ohikoa da.

Déja vu, Déja entendu, Déja véçu: egoera bat lehendik ikusia, entzuna edo bizi izana duela iruditzen zaio, baina esperientzia berria da.

Jamais vu, Jamais vécu, Jamais entendu: aurretik bizi izandako egoerak dira, baina ez ditu ezagutzen eta egoera berritzat hartzen ditu.

Kriptomnesia edo *erreminiszentzia:* oroitzapena ez da oroitzapen moduan bizitzen; esperientzia lehen aldiz bizitzen ari dela iruditzen zaio. Olerki bat edo melodia bat idazten du, lehen irakurritako edo entzundako baten errepikapena dela konturatu gabe. Haurtzaroko garai bateko gertaerez zehaztasun handiz oroitzen da, baina ez du pentsatzen ezagunak zaizkionik.

Prosopagnosia: ezagunak diren aurpegiez ez da oroitzen (tipikoa da zahartzaroko dementzian).

Agnosia topografikoa: ezagunak zaizkion lekuak ez ditu ezagutzen; lekuekiko amnesia du.

Itsutasun psikikoa: ez da gai ikusitako objektuak zer diren edo zertarako diren ezagutzeko. Dementzietan sarri gertatu da.

13.5. PENTSAMENDUAREN NAHASTEAK

Pentsamenduaren formaren eta edukiaren nahasteak bereizten dira atal honetan.

13.5.1. Pentsamenduaren formaren nahasteak

Pentsamenduaren formaren nahasteak kuantitatiboak eta kualitatiboak izan daitezke. Nahaste mota biak hizkeraren bidez agertzen dira.

13.5.1.1. Nahaste kuantitatiboak

Elkarrekin loturik doaz hizkuntzaren eta pentsamenduaren asalduak. Hizkera desantolatua eta pentsamenduaren nahaste formalak teilakatu egiten dira. Prozesu mentalen bizkortasun-mailaren asalduak honako hauek dira:

- *Bradipsikia:* pentsatzeko eta hitz egiteko makaltasuna. Depresioan eta eskizofrenia hebefrenikoan gertatu ohi da.
- *Takipsikia:* ideia ugari ditu, bizkortasun handiz ideia asko pasatzen zaizkio burutik, eta azkar adierazten ditu. Abiadura oso handia hartzen duenean, *ideien ihesa* gertatzen da: ideia batetik bestera azkar pasatzen da, elkarren artean loturarik egin gabe edo lotura ulertezinak eginez. Aldartearen nahasteen fase maniakoan sarri gertatzen da.

13.5.1.2. Nahaste kualitatiboak

Hona hemen nahaste horietako batzuk:

- *Pentsamendu disgregatua* duenak arrazoibidearen ideia nagusia galtzen du. Hizkuntzan ere galdu egiten du komunikatu nahi duen mezuaren hari nagusia. Lotura gabeko hizketaldia egiten du. Benetako hitzak eta hitz asmatuak elkarren ondoan jartzen ditu, gramatikazko egiturarik gabe. Pentsamendua bere bidetik irteten da: gai batetik besterako jauziak egiten ditu, ideiak elkarrekin lotu gabe. Koherentziarik ez duen pentsamendua da, esaldien eta ideien artean loturarik gabea. Zahartzaroko eta zahartzaro aurreko dementzietan, alkohol-intoxikazioetan edo eskizofrenian sarri gertatzen da.
- Pentsamendu *tangentziala* duenak ideiak elkartzeko gaitasun gutxi du,

edo ideiak elkartzen dituenean, haien artean azaleko erlazioa ezartzen du. Galderarekin zerikusi zuzenik gabeko erantzunak ematen ditu. Eskizofrenia sinplean eta hebefrenikoan edo atzerapen mentaletan sarri gertatzen da.

- Pentsamendu *zirkunstantziala* duenak ideia eta xehetasun gehiegi ematen ditu, modu ez-selektibo batean. Ez ditu bereizten garrantzitsua dena eta garrantzi gutxi duena. Ideia asko ematen ditu, gaiarekin erlazio zuzenik gabeak. Parentesi gehiegi erabiltzen ditu. Eskizofrenian edo atzerapen mentalean ager daiteke.
- Pentsamendu *inkoherentea* duenaren hizketaldia ulertezina gertatzen da, esaldien edo hitzen artean lotura logikorik ez duelako ezartzen. Esaldiak amaitu gabe uzten ditu, eta ideien bat-bateko aldaketa ugari egiten ditu; hala ere, ideia nagusiaren inguruan dabiltza pentsamenduak. Hizkera ulertezina darabil.
- *Pentsamenduaren blokeoa* gertatzen denean, bat-batean eteten da pentsamendua gidatzen duen lerroa; arrazoibidea amaitu baino lehen isildu egiten da pertsona, burua ideiarik gabe gelditu zaiolako; etenaren ondoren berriro heltzen dio hariari. Dementzietan, eskizofrenian edo garunaren nahaste organikoetan maiz gertatzen da.
- *Pertseberazioa* duenak behin eta berriro errepikatzen ditu ideia, hitz edo esaldi berberak. Eduki txiroko hizkuntza du, eta asko kostatzen zaio ideia batetik bestera pasatzea edo aldatzea. Hizkera eranskorra (errepikatzailea) eta bizitasunik gabea darabil, parentesiz eta mendeko esaldiz betea.
- *Ideien ihesa:* pentsamenduak eta ideiak azkar aldatzen dira gai batetik bestera; esaldi batek hurrengoarekin duen lotura fonetika soilean oinarritua egoten da sarritan. Pentsamendua landu baino lehen aldatzen da hizlariaren helburua.

13.5.2. Pentsamenduaren edukiaren nahasteak

15.5.2.1. Nahaste kuantitatiboak

Ideia batzuei balio handiegia ematen zaie, eta sineste sendoegiz defendatzen dira. Karga emozional handia dagoelako gerta daiteke; adibidez, depresio-egoera batean gertaera negatibo baten esanahiari garrantzi gehiegi ematen zaio.

Ideia edo gertaera batzuei garrantzi gutxiegi ematen zaie. Aldarte-nahasteetako fase maniakoetan sarri gertatzen da.

15.5.2.2. Nahaste kualitatiboak

Eldarniozko ideiak eskuarki faltsuak izaten dira, kanpoko errealitatearen inferentzia oker batean oinarrituak, argudio logikoz gezurtatzeko oso zailak direnak

eta ohikoa ez den sineste sendoz mantentzen direnak. Eldarniozko ideiak elkartuz eldarnioak sortzen dira. Eldarniozko ideien pilaketa edo konbinaziotik eratortzen da eldarniozko sistema edo eldarnioa.

Eldarnioa: uste anormalak, eduki arrotza dutenak, gertagaitzak edo funtsik gabekoak, erreferentziazko gizarte-taldeak partekatzen ez dituenak, sineste osoz mantentzen badituzte ere. Arrazoiak eta esperientziak aldatzen ez dituenez, aldagaitzak eta finkoak dira: denboran zehar iraun egiten dute, kontrako ebidentziak baldin badaude ere. Batzuetan ez dira hain finkoak izaten: terapiak alda ditzake. Erreferentzia pertsonalak badituzte, atsekabe subjektiboaren iturburu dira, edo negatiboki eragiten dute pertsonaren garapen sozial eta pertsonalean.

Eldarnioak formaren edo edukiaren arabera sailkatzen dira:

1. Formaren arabera:

– Eldarnio *primarioak* absurdoak eta ulertezinak dira; fantasiazko eta probabilitate gutxiko edukia dute; errealitatetik urrundu egiten dira. Motiborik gabe eta bat-batean agertzen dira; prozesu psikotikoekin erlazionatuak daude. Autonomoak eta originalak: ez dira pertsonaren bizitzako gertaeretatik eratorriak; esperientziak ez du haietan eraginik.
– Eldarnio *sekundarioak* pertsonaren bizitzako gertaera afektiboetatik eratorriak dira; aurretiko esperientzia anormalak (adibidez, entzumen-haluzinazioak) azaltzeko entsegu moduan sortzen dira; psikologikoki ulergarriak dira.
– *Erlazio-eldarnioa:* eldarnio primario bat da; funtsik gabeko asoziazioak egiten ditu pertsonak: gertaera kasual baten eta pertsonaren artean lotura ezartzen da. Adibidez, pertsona batek begiratzen dit, eta nireganako interes sexualaren agerpentzat hartzen dut begirada hori.
– *Esanahiari buruzko eldarnioa:* hautemandako gertaera arruntei esanahi berriak ematen dizkie pertsonak; eguneroko hautemateen esanahia aldatu egiten du. Adibidez, besoak gurutzatzen dituen pertsona deabruak hartua dagoela interpretatzen du.
– *Eraginari buruzko eldarnioa:* pertsona batek uste du besteek eragina dutela beregan; pentsatzen du kanpoko indarrek kontrolatzen dutela fisikoki eta psikikoki. Hautematearen nahasteek eragindako eldarnioa izaten da. Adibidez, entzumen-haluzinazioak dituen batek pentsatzen du norbaitek mezuak bidaltzen dizkiola.

2. Edukiaren arabera:

– *Handitasun-eldarnioa:* pertsonak pentsatzen du garrantzitsua dela, gaitasun izugarriak dituela, mundu honetan misio berezia duela, naturaz gaindiko trebetasunak dituela edo jainkoak bidalia dela. Mania-sindromeetan sarri gertatzen da.

- *Kalte-eldarnioa:* norbaitek, talde batek edo mundu osoak kalte egin nahi diola pentsatzen du. Kalte egin nahi diotenak berarekin ados ez dauden guztiak direla pentsatzen du sarritan. Eldarnio honekin lotua dago *jazarpeneko eldarniozko ideia:* pertsonak pentsatzen du konspirazio baten biktima dela. Jazarria izatetik jazartzaile izatera pasatzeko arriskua du.
- *Kontrolatua delako eldarnioa:* norbere ekintzak, bulkadak eta pentsamenduak kanpoko faktoreek kontrolatzen dituztela pentsatzen du (kalte-eldarnioekin elkartua). Hautemate-nahasteen ondorioz gertatzen da; beraz, eldarnio sekundarioa da. Nire ekintzak, bulkadak, sentimenduak eta pentsamenduak kanpotik kontrolatuak balira bezala bizi ditut.
- *Errduntasunari buruzko eldarnioa:* errudun izatearen edo alhadura sentitzearen eldarniozko ideia. Depresio-esperientziaren ondorioz sortua izaten da askotan.
- *Gorputzari buruzko eldarniozko ideia:* bere gorputzak hutsune bat, gaixotasun bat edo nahaste bat duela pentsatzen du: garuna usteldua dago; menopausiaren ondoren haurdun dago.
- *Jeloskortasuneko eldarniozko ideiak:* bikotea desleial zaiolako eldarniozko sinestea. Alkoholiko kronikoetan sarri gertatzen da. Jazarpeneko eldarnioarekin batera arriskutsuenetakoa da, egoerari amaiera ematea erabakitzen duenean.
- *Txirotasunaren eldarniozko ideia:* bere ondasun guztiak galdu dituela edo galduko dituela uste du. Ekonomikoki gaizki dago, eta familia ere egoera horretan uztearen beldur da.
- *Erreferentziazko eldarniozko ideia:* inguruneko objektu edo pertsonek esanahi berezia dute, ezohikoa. Inguruan gertatzen dena berarekin erlazionatua dagoela pentsatzen du pertsonak. Adibidez, inguruan hizketan ari diren pertsonak berari buruz hitz egiten ari direla pentsatzen du.
- *Eldarniozko ideia nihilista* edo *Cotart-en sindromea:* bere organismoaren zati batzuk edo funtzio fisiologiko batzuk desagertu direla uste du. Mundua, inguruko pertsonak edo bere gorputza desagertu direla pentsatzen du.
- *Eldarniozko ideia sexualak* dituenak pentsa dezake, adibidez, sexualki kitzikatua dela, lo dagoen bitartean.
- *Eldarnio erotomaniakoa* duenak uste izaten du beste sexuko pertsona bat, norbera baino estatus altuagokoa, norberaz maitemindua dagoela. Pertsona horrek egiten duen guztia maitasunaren adierazpen moduan interpretatzen du.
- *Pentsamendua txertatzearen eldarnioa:* norbaitek kanpotik pentsamenduak sartzen dizkiola uste du.

– *Pentsamendua ostearen eldarnioa:* norbaitek pentsamenduak kentzen dizkiolako ustea.
– *Pentsamenduaren zabalkundearen ustea:* hitzez adierazi ez diren pentsamenduak besteek ezagutzen dituztela uste izatea.
– *Eldarnio hipokondriakoa:* pertsonak pentsatzen du gaixotasun bat jasaten duela, eta uste horren arabera interpretatzen ditu gorputzeko zeinuak.
– *Identifikazio faltsuak:* iruzurgile edo pertsona bikoiztu batek inguruko pertsona ordezkatu duelako ustea (Capgras-en sindromea). Edo pertsona ezezaguna ezaguntzat hartzea (Fregoli-ren sindromea).

13.5.3. Ideia obsesiboak

Behin eta berriro gogamenean agertzen diren ideia, irudi eta bulkada gogaikarri eta kezkagarriak. Pertsona saiatzen da ideia horiek kontrolatzen, baina kontrolari ihes egiten diote; barne-herstura handia eragiten dute, eta estrategia batzuk erabili behar ditu haien kontra borrokatzeko. Eldarniozko ideiak baino usuagoak dira.

Ideia obsesiboen bereizgarriak: pentsamendu edo esaldi sarkorrak; gai konplexuei buruzko hausnarketak; ekintza erasokorrak; konpultsioak (egiaztapenekoak, garbiketakoak, kontatzekoak); erritual obsesiboak egiteko bulkadak; egindako ekintzei buruzko zalantzak.

Ideia obsesiboen bereizgarrien ondorioz, pertsona asaldatu egiten da.

13.6. MUGIMENAREN NAHASTEAK

13.6.1. Gehiegizko mugimenduak

– *Asaldu psikomotorra* edo *hiperkinesia:* gehiegizko mugimen-jarduera, mugimendu bizkorreko hiperaktibitatea, batzuetan erasokortasunarekin lotua doana; helburu jakinik gabeko mugimenduak, sarritan errepikatzen direnak, askotan bere buruaren kontrako edo besteen kontrako eraso bihurtzen direnak eta barne-tentsioko sentipenak eragiten dituenak.
– *Dardarak:* giharren astindu bizkorrak, erritmikoak eta borondatearen kontrakoak, gihar agonistak eta antagonistak txandaka uzkurtzean gertatzen direnak. Geldi egonean gerta daitezke, Parkinsonen gaixotasunean bezala; ibiltzean gerta daitezke, alkohol-abstinentziako sindromean bezala.
– *Ekopraxia:* solaskideak egiten dituen mugimenduak ispiluko irudian bezala errepikatzen ditu; ekintza ez da nahita egindakoa, izaera erdi automatikoa du, eta kontrolaezina da. Eskizofrenia katatonikoan gertatzen da.
– *Estereotipiak:* zentzurik ez duten mugimendu, ekintza eta soinuak errepikatzen ditu behin eta berriro. Tikak baino konplexuagoak eta antolatuagoak dira.

– *Manierismoak:* esanahi soziala duten mugimendu errepikakorrak dira, baina testuinguru egokitik kanpora eginak. Adibidez, agur militarra, testuinguru militarretik kanpora.
– *Tikak:* behin eta berriro errepikatzen diren mugimendu espasmodikoak, irregularrak eta azkarrak. Ustekabean, kanpoko kinadarik gabe, denbora-tarte irregularrekin, modu automatikoan gertatzen dira. Gorputzaren zati batek baino gehiagok egin ditzakete, baina sorbaldatik beherako giharretan ez dira eskuarki gertatzen. Emozioen tentsioarekin lotuta agertzen dira sarri. Tik batzuk nahaste neurologiko baten sintoma moduan agertzen dira (Gilles de la Tourette-en haur-sindromea; Huntington-en korea).
– *Konbultsioak:* borondatezko giharren bat-bateko uzkurdurak, borondateari ihes egiten diotenak, iraupen mugatua dutenak, gihar talde bat edo gehiago ukitzen dituztenak. Garunaren funtzionamendu okerragatik gertatzen dira konbultsioak. Garunak agindu okerra ematen du, eta giharrek gaizki egiten dute mugimendua; hutsunea garunean dago. Izan daitezke tonikoak: giharrak zurrun mantentzen dira. Izan daitezke klonikoak: giharrak uzkurtu eta erlaxatu egiten dira bat-batean. Izan daitezke toniko-klonikoak. Epilepsiaren, alkoholismoaren edo intoxikazioen ondorioz gerta daitezke. Epilepsia-eraso batean norbaitek bere mihia mozten duenean, garunak ez ditu kontrolatzen matrailaren eta mihiaren mugimenduak.
– *Espasmoak:* borondateari ihes egiten dioten giharren uzkurdura gehiegizko eta errepikakorrak. Mugimen-sistema periferikoak gaizki egiten du mugimendua; hau da, egin nahi ez zuen zerbait egiten du. Mugimen-sistemaren erruz egiten diren kontrolik gabeko mugimenduak dira.
– *Onikofagia:* pertsonak modu konpultsiboan bere atzazalak hozkatzen ditu. Jarduera horren ondorioz mina sentitzen badu ere, jarduerari eusten dio barne-hersturatik askatzearren. Estresak eta barne-hersturak eramaten du portaera horretara.
– *Bruxismoa:* hortzak nahi gabe karraskatzeko eta estutzeko ohitura; funtzionalak ez diren mugimenduak egiten ditu barailak, eskuarki gauez. Pertsona estresatua edo barne-hertsatua dagoenean gertatzen da batez ere.
– *Anbijoera:* kontrako zeinua duten bi joera agertzen ditu aldi berean. Adibidez, aldi berean hurbiltzeko eta urruntzeko jarrera; aldi berean barre eta negar egiteko joera; musu ematen hasi eta kosk egin; eskua ematen hasi eta, solaskideak eskua luzatzen duenean, eskua urrundu.
– *Akatisia:* mugimenduzko urduritasun-egoera, eserita egon ezina, mugitu beharra, hankak luzatu beharra. Neuroleptikoen tratamendu jarraituaren ondorioz gertatzen da.

– *Diskinesia berantiarra:* mugimendu errepikakorrak eta zentzugabeak aurpegiko, ahoko eta mihiko giharretan. Neuroleptikoen kontsumo jarraituaren ondorioz gertatzen da.
– *Hipermimia:* aurpegiko adierazpen-mugimenduen gehiegizko jarduera. Manian, histerian eta egoera oniroideetan gertatzen da.

16.3.2. Gutxiegizko mugimenduak

– *Inhibizio psikomotorra:* keinu eta mugimendu makalak, depresio-nahasteetan sarri gertatzen direnak.
– *Argizariaren malgutasuna:* ezarritako jarreran egoten da denbora luzez; gorputz-adar bat grabitatearen aurkako jarrera behartuan edukitzen du, gihar-tonua progresiboki gehituz. Eskizofrenia katatonikoan sarri gertatzen da.
– *Negatibismoa:* agintzen zaion guztiaren kontra dago pertsona; eskatzen zaionaren kontrako ekintzak egiten ditu.
– *Kataplexia:* gorputzaren alde bietako gihar-tonua bat-batean eta modu iragankorrean galtzen du pertsonak, haserrearen, barreguraren, lotsaren edo antzeko emozioen eraginez.
– *Katalepsia:* jarrera jakin bati eusten dio pertsonak denboraldi batez, mugimenduak egiteko gaitasunik gabe. Denbora pasatzean, mugitzen hasten da. Katatonian edo epilepsian gerta daiteke.
– *Katatonia:* borondatezko jarduera erabat blokeatzen da, eta mugimendu automatikoei eusten die. Katalepsia eta argizariaren malgutasuna agertzen ditu. Toki eta jarrera berean iraun dezake denboraldi luze batean.
– *Apraxiak:* gorputz-eskemaren antolamenduan eta espazioaren errepresentazioan zailtasunak ditu. Mugimendu konplexuak egiteko ezintasuna.
– *Akinesia:* ez du borondatezko mugimendurik egiten.
– *Hipomimia:* aurpegiko adierazpen-giharrak gutxiegi mugitzen dira. Dementzietan eta atzerapen mental sakonean sarri gertatzen da.
– *Amimia:* aurpegiko keinurik ez da egiten, giharrak geldi daudelako. Parkinsonen gaixotasunean ikus daiteke.

14. Psikopatologiaren laburpena

14.1. ALDARTEAREN NAHASTEAK

Aldartearen nahasteak oso maiz gertatzen dira, eta ugaritzen ari dira gainera, batez ere pertsona gazteen artean. Aldartearen nahasterik ezagunenak depresioa eta mania dira. Depresioa bakarrik duenak polo bakarreko aldarte-nahastea du. Depresioa eta mania txandakatzen dituenak polo biko aldarte-nahastea du. Depresio-nahaste nagusiak iraupen mugatua du. Nahaste distimikoak iraupen luzeagoa eta larritasun-maila arinagoa du. Nahaste bipolarretan, depresio-pasarteak eta mania-pasarteak txandakatzen dira. Nahaste ziklotimikoa ere nahaste kronikoa da, baina nahaste bipolarrek baino larritasun arinagoa du. Eskuarki, barne-herstura agertzen da depresioa baino lehen. Buru-hiltzea depresioari lotua gertatzen da, baina gerta daiteke aldartearen nahasterik gabe ere.

DSM-5ek depresio-nahaste berriak ere agertzen ditu: aldarte-egoera desregulatzen duen nahaste asaldatzailea, eta hilekoaren aurreko nahaste disforikoa. Aldarte-egoera desregulatzen duen nahaste asaldatzaileari esker, ez da hainbestetan diagnostikatuko nahaste bipolarra. Hilekoaren aurreko nahaste disforikoari, berriz, toki garrantzitsua eman zaio aldarte-nahasteen artean. DSM-IVk distimia deitzen zuena depresio-nahaste iraunkorra deitzen da orain. Bestalde, DSM-5ek ez du jaso doluak bi hilabete bakarrik irauten duenik, batzuetan 2 urte irautera irits baitaiteke. Doluak depresiora ere eraman dezake pertsona, batez ere depresio nagusiko historiak dituzten familietan.

14.2. BARNE-HERSTURAKO NAHASTEAK

Kontrola ezin ditzakegun arriskuak etorkizunean bistaratzen ditugunean, barne-herstura sentitzen dugu. Arrisku errealak orainaldian ikusten ditugunean, beldurra sentitzen dugu. Izu-ikarazko erasoa sentitzen da, benetakoa ez den arrisku baten aurrean beldur erreala sentitzen denean. Izu-ikarazko nahastea gertatzen da, beste izu-ikarazko eraso baten beldur garenean. Barne-herstura orokortuko nahastea duena eguneroko hainbat arazoren aurrean kezkatuegi agertzen da, beti tentsioan eta zelatan. Nahaste fobikoa duen pertsonak barne-herstura edo izu-ikara sorrarazten dioten egoerak ekiditen ditu. Fobia espezifikoa duenak egoera edo objektu jakinak ekiditen ditu. Fobia soziala duenak jendaurrean aritzea edo performanceak egitea ekiditen du. Gertaera traumatiko intentsu bat bizi izan duten pertsonek, erresilientzia gutxi edo zaurgarritasun handia baldin badute, trauma osteko estreseko nahastea

garatzen dute. Nahaste obsesibo-konpultsiboa duenak bere burutik pentsamendu beldurgarriak (obsesioak) urrundu nahi izaten ditu, errituzko portaera batzuk (konpultsioak) eginez.

DSM-5ek ez ditu barne-hersturako nahasteen artean kokatzen nahaste obsesibo-konpultsiboa, trauma osteko estreseko nahastea eta estres akutuko nahastea. Nahaste obsesibo-konpultsiboa barne-hersturako nahasteen ondoren kokatzen du, «Nahaste obsesibo-konpultsiboa eta harekin loturiko nahasteak» izeneko atalean. Trauma osteko estreseko nahastea, berriz, nahaste obsesibo-konpultsiboaren ondoren kokatzen du, traumarekin eta estresagarriekin loturiko nahasteen artean.

14.3. ESKIZOFRENIA

Eskizofreniak emozioen eta kognizioen disfuntzio anitz eragiten ditu: eldarnioak, haluzinazioak, emozio desegokiak, portaera eta hizkera desantolatua. Eskizofreniaren sintoma positiboen artean ditugu eldarnioak, haluzinazioak eta portaera desegokia. Sintoma negatiboen artean ditugu motibazio-gabezia, afektuen kamustea eta hizkerako gabeziak. Sintoma desantolatuen artean ditugu hizkera inkoherentea, afektu desegokia eta portaera aldakorra.

DSM-IVk eskizofrenia mota hauek bereizten ditu: paranoidea, desantolatua, katatonikoa, bereizi gabea eta hondarrekoa. Baina DSM-5ek baztertu egiten du sailkapen hori, egonkortasun diagnostiko gutxi, fidagarritasun gutxi eta baliotasun eskasa duelako. Sailkapen horren ordez, DSM-5ek nahaste psikotikoen larritasuna ebaluatzeko dimentsiozko hurbilketa bat egiten du III. sekzioan.

Nahaste eskizofreniformea duenak eskizofreniaren sintomak jasaten ditu, baina 6 hilabete baino denbora gutxiagoz. Nahaste eskizoafektiboa duenak depresio nagusiarekin edo maniarekin batera eldarnioak eta haluzinazioak izaten ditu. Eldarniozko nahastea duenak errealitatean oinarririk ez duten usteak izaten ditu. Nahaste psikotiko laburra duenak haluzinazioak, eldarnioak, portaera desegokia edo hizkera desegokia agertzen ditu hilabete baino denbora gutxiagoz.

Eskizofrenia-espektroko nahasteei dagokienez, DSM-IVn eta DSM-5en errepikatzen dira honako nahaste hauek: eskizofrenia, nahaste eskizofreniformea, nahaste eskizoafektiboa, eldarniozko nahastea, nahaste psikotiko laburra. Baldintza medikoek eragindako nahaste psikotikoa eta substantziek eragindako nahaste psikotikoa ere bietan agertzen dira, baina modu ezberdinean zatituta. DSM-5en ez da agertzen nahaste psikotiko partekatua (Folie à Deux), baina agertzen dira DSM-IVn agertzen ez diren beste nahaste batzuk: beste nahaste mental batekin lotutako katatonia, beste baldintza mediko batekin lotutako katatonia-nahastea, katatonia espezifikatu gabea, beste eskizofrenia-espektro espezifikatu bat eta beste nahaste psikotiko bat, espezifikatu gabeko eskizofrenia-espektroa eta beste nahaste psikotiko bat.

DSM-IV-TR	DSM-5
Eskizofrenia eta beste nahaste psikotiko batzuk	Eskizofrenia-espektroko nahasteak eta beste nahaste psikotiko batzuk
Eskizofrenia	Eskizofrenia
Nahaste eskizofreniformea	Nahaste eskizofreniformea
Nahaste eskizoafektiboa	Nahaste eskizoafektiboa
Eldarniozko nahastea	Eldarniozko nahastea
Nahaste psikotiko laburra	Nahaste psikotiko laburra
Nahaste psikotiko partekatua (Folie à Deux)	Substantziek/Sendagaiek eragindako nahaste psikotikoa
Baldintza mediko orokorrek eragindako nahaste psikotikoa	Beste baldintza mediko batzuek eragindako nahaste psikotikoa
Substantziek eragindako nahaste psikotikoa	Beste nahaste mental batekin lotutako katatonia
	Beste baldintza mediko batekin lotutako katatonia-nahastea
	Katatonia espezifikatu gabea
	Beste eskizofrenia-espektro espezifikatu bat eta beste nahaste psikotiko bat
	Espezifikatu gabeko eskizofrenia-espektroa eta beste nahaste psikotiko bat

14.4. NAHASTE SOMATOMORFOAK ETA DISOZIATIBOAK

Gorputzaren itxurak eta funtzionamenduak kezkatzen ditu nahaste somatomorfoak dituztenak, eta sarritan joaten dira osasun-zerbitzuetara. Hipokondriasia duenak benetan gaixo dagoela uste izaten du, eta horrek barne-herstura handia sortzen dio. Somatizazio-nahastea duenak hainbat sintoma fisiko sentitzen ditu, haren bizitza eta harremanak kaltetzen dituztenak. Min-nahastea duenak sufrikario fisikoa eragiten dioten arazo psikologikoak ditu. Konbertsio-nahastea duenak ez du ageriko arazo fisikorik, baina funtzionamendu fisikoa hondatua du. Gorputz dismorfikoaren nahastea duenak hutsune fisiko batzuk dituela irudikatzen du, eta horrek kezka obsesiboak eragiten dizkio, forma fisiko normaleko pertsona baldin bada ere. Nahaste faktizioa duenak sintomak dituenaren itxurak egiten ditu, nahiz eta horretarako motibo jakinik eduki ez, simulatzaileak izan dezakeen bezalakorik.

DSM-5en nahaste obsesibo-konpultsiboarekin eta nahaste horrekin loturiko nahasteen artean kokatzen da gorputz dismorfikoaren nahastea, pilatze-nahastearekin, trikotilomaniarekin, azala tximurkatzearekin edo eskoriazioarekin eta beste nahaste obsesibo-konpultsibo batzuekin batera. DSM-5en, sintoma somatikoko nahastearen eta harekin loturiko nahasteen artean kokatzen dira sintoma somatikoko nahastea, konbertsio-nahastea edo sintoma funtzional-neurologikoko nahastea, hipokondriasia eta gaixotasunaren barne-hersturako nahastea, min-nahastea, beste baldintza mediko batzuetan eragina duten faktore psikologikoak, nahastea faktizioa, sintoma somatiko espezifikatuko nahastea eta harekin loturiko nahastea, espezifikatu gabeko sintoma somatikoko eta harekin loturiko nahastea.

Disoziazio-nahasteetan pertsona bereizi egiten da bere buruarengandik, bere oroimenetik eta inguruneko mundutik, gertaera traumatikoen oroitzapenari ihes egin nahian. Despertsonalizazio-nahastean norbere identitatearen zentzua galtzen da. Desrealizazioan, inguruneko errealitatearen zentzua galtzen da. Disoziazio-amnesian, norberarentzat garrantzitsuak diren oroitzapenak galtzen dira, eta ezin izaten dira oroimenera ekarri. Amnesia selektiboan, aldi bateko gertaerak ezin izaten dira gogoratu. Amnesia orokortuan, ezin izaten da ezer oroitu. Disoziazio-ihesean, oroimen-galera eta bat-bateko bidaia bat konbinatzen dira. Identitate disoziatuaren nahastea duenak identitate berriak agertzen ditu. Disoziazio-trantzeko nahastea duenak kulturarekin lotutako disoziazio batzuk izaten ditu.

DSM-5en, disoziazio-nahasteen artean sartzen dira identitate disoziatuaren nahastea, disoziazio-amnesia, despertsonalizazio/desrealizazio-nahastea, beste disoziazio-nahaste espezifikatu batzuak eta disoziazio-nahaste espezifikatu gabea.

14.5. LOAREN NAHASTEAK

Oso maiz gertatzen dira loaren nahasteak (disomniak eta parasomniak) populazio orokorrean.

Loaren nahasteen edo disomnien arteko nahaste nagusia insomnio primarioa da: lo hartzeko, lotan jarraitzeko edo indarberrituta esnatzeko gaitasun-gabezia. Aztertu ditugun beste disomnia batzuk honako hauek izan dira: gehiegizko loa edo hipersomnia, lotako erritmo zirkadianoaren nahasteak edo loaren erritmoa egunarekin edo gauarekin sinkronizatu ezina, narkolepsia edo loaren bat-bateko erasoak, loaldiko apnea edo arnasketarekin lotutako loaren arazoak. Parasomnien artean amesgaiztoak, sonanbulismoa, gau-izualdiak, REM loaldiarekin elkarturiko portaera-nahastea eta loaldiko paralisia aztertu ditugu.

DSM-5en, insomnio edo hipersomnia primarioaz hitz egin ordez, insomnio-nahasteaz eta hipersomnia-nahasteaz hitz egiten da. Narkolepsia hipokretina gabeziarekin lotzen da. Arnasketarekin lotutako loaren nahasteak hiru nahastetan

banatzen dira: loaldiko apnea-hipopnea buxatzaileko sindromea, loaldiko apnea zentrala eta loarekin lotutako hipoaireztapena. Loaldiko eta esnaldiko erritmo zirkadianoaren nahasteei toki gehiago eman zaie, eta nahasteen azpitipo berriak sartu dira: loaldiko fase aurreratuaren sindromea, loaldi-esnaldi irregularraren tipoa eta 24 ordukoa ez den loaldi-esnaldi tipoa. *Jet lag* tipoko nahastea desagertu egin da DSM-5en. DSM-IVn disomnia espezifikatu gabeen artean aurkitzen ziren nahasteak (zango geldiezinen sindromea eta begi-mugimendu azkarren loaldiko portaera-nahastea) parasomnia berezi moduan sailkatzen dira DSM-5en.

14.6. SUBSTANTZIEKIN LOTUTAKO NAHASTEAK ETA MENDEKOTASUN-NAHASTEAK

DSM-IVk honako substantzia hauekin loturiko nahasteak bereizten ditu: substantzia lasaigarriak (barbiturikoak, alkohola, bentzodiazepinak), substantzia kitzikatzaileak (kokaina, anfetaminak, nikotina), substantzia haluzinogenoak (LSD, marihuana) eta substantzia opioideak (heroina, morfina, kodeina).

Substantzia lasaigarriek nerbio-sistema zentralaren jarduera apaltzen dute, aktibazio fisikoa jaisten dute eta erlaxatu egiten dute.

Substantzia kitzikatzaileek jarduera fisiologikoa suspertzen dute, eta pertsona erne eta kementsu jartzen dute.

Substantzia haluzinogenoek mundua ikusteko, entzuteko, usaintzeko, ukitzeko eta hautemateko modua aldatzen dute.

Substantzia opioideek mina desagerrarazten dute, eta loa eragiten. Endorfina naturalek (entzefalinak, beta-endorfinak) ere opioideen efektu berak eragiten dituzte.

DSM-IVren eta DSM-5en arteko alde garrantzitsua honetan datza: DSM-5en substantziekin lotutako nahasteekin batera mendekotasun-nahasteez hitz egiten da, eta joko-patologikoarekiko mendekotasuna atal honetan sartu da. Izan ere, jokoak garuneko sari-sisteman eragiten duen aldaketa substantzien abusuak eragiten duenaren antzekoa dela jotzen da.

DSM-5ek ez ditu bereizten substantzien abusua eta mendetasuna, DSM-IVk egiten zuen moduan. DSM-5eko substantzien erabilerako nahasteak DSM-IVko substantzien abusuaren eta mendetasunaren irizpideak biltzen ditu. DSM-IVk substantzien abusua adierazteko erabiltzen zuen lege-arazo errepikakorren irizpidearen ordez, substantzia kontsumitzeko desira biziaren irizpidea erabiltzen du DSM-5ek. DSM-5ek kafeinaren abstinentzia eta kannabisaren abstinentzia sartzen ditu atal berri moduan. DSM-5eko tabakoaren kontsumoko irizpideak substantzien kontsumoko nahastearen irizpideak berak dira.

14.7. ELIKADURAREN NAHASTEAK

Azken berrogeita hamar urte hauetan asko ugaldu dira elikaduraren nahasteak. Horregatik sartu zituzten nahaste horiek DSM-IVn.

Anorexia nerbiosoan, jateari uko egiten zaio, gizentzeko beldurrez, eta pisua galtzen da gorputzaren osasunerako arriskutsua den modu batean. Bulimia nerbiosoa duenak gehiegizko betekadak egiten ditu, eta gero goitika egitera, diuretikoetara edo libragarrietara jotzen du. Betekada-nahastea duenak ez du jotzen libragarriak erabiltzera. Merizismoa duenak janaria irensten du, berriro ahora nahita ekartzen du, berriro murtxikatzen eta berriro irensten edo botatzen du, eta horrek galarazi egiten dio pisua irabaztea. Alotriofagia edo pika duenak elikadurarako ez diren substantziak irensten ditu. Ortorexia duenak dietaren gehiegizko garbitasunaren aldeko ahalegin obsesiboa agertzen du.

DSM-5ek elikadura- eta jate-nahasteen artean sartzen ditu DSM-IVk haurtzaroko elikadura- eta jate-nahasteen artean kokatzen zituen hainbat nahaste. Haurtzaroko elikaduraren nahasteak beste izen bat hartu du: elikadura ekiditearen edo elikadura murriztearen nahastea. DSM-IVk anorexia nerbiosoarentzat erabiltzen zituen irizpide nagusiak ez dira aldatu DSM-5en, salbuespenak salbu: amenorrea kendu egin da irizpideetatik. B irizpidea zabaldu egin da: pisua irabazteko eta gizentzeko beldurraz gainera, pisua irabaztea eragozten duten portaera iraunkorrak aipatzen dira. Bulimia nerbiosoari dagokionez, aldaketa bakarra egin du DSM-5ek: «Betekadak eta portaera konpentsatzaileak gertatzen dira, batez beste astean bi aldiz, hiru hilabetean zehar» zioen lekuan, beste hau agertzen da: «Betekadak eta portaera konpentsatzaileak gertatzen dira, batez beste astean behin, hiru hilabetean zehar». Betekaden nahasteari dagokionez ere, betekaden batez besteko maiztasunean dago aldaketa bakarra: DSM-IVk «Batez beste, gutxienez astean bi egunetan gertatzen dira betekadak, sei hilabetean zehar» dioen lekuan, beste hau agertzen da DSM-5en: «Batez beste, gutxienez astean behin gertatzen da betekada, hiru hilabetean zehar».

14.8. NAHASTE NEUROKOGNITIBOAK EDO DEMENTZIAK

Deliriuma intoxikazio baten bidez, trauma baten bidez, estresagarrien bidez edo kirurgia bidez sor daiteke. Burua nahasia eta desorientatua du deliriuma duenak. Dementzia duenak gaitasun kognitiboak poliki-poliki galtzen ditu: oroimena, planifikatzeko gaitasuna, abstrakziorako gaitasuna, segidak egiteko gaitasuna, hizkuntza. Nahaste neurokognitiboen artean honako hauek aztertu ditugu: Alzheimer-en gaixotasuna, Lewyren nahaste neurokognitiboa, dementzia edo nahaste neurokognitibo fronto-tenporala, dementzia baskularra edo nahaste neurokognitibo baskularra, baldintza mediko orokorrek eragindako dementzia (hartutako immuno eskasiaren sindromea, Creutzfeldt-Jakob-en gaixotasuna, Huntington-

en gaixotasuna, Parkinsonen gaixotasuna, Picken gaixotasuna), garezurreko traumatismoak eragindako dementzia, substantzien edo sendagaien kontsumoak eragindako nahaste neurokognitiboa edo dementzia iraunkorra, sindrome amnesikoa, Wernicke-Korsakoff sindromea.

DSM-IVn dementzia deitzen zena nahaste neurokognitibo nagusia deitzen da DSM-5en. DSM-5ek nahaste neurokognitibo nagusia eta arina bereizten ditu, baina guk nahaste neurokognitibo larriaren irizpideak bakarrik jaso ditugu, zahartzaroan normalak diren gabeziak ez patologizatzearren.

Honako hauek dira nahaste neurokognitibo larriaren irizpideak:

Nahaste neurokognitibo nagusia
Irizpide diagnostikoak
A. Aurrez lortua zuen jarduera-maila baino esanguratsuki apalagoa den maila bat ematen du eremu kognitibo batean edo gehiagotan (arreta konplexua, funtzio exekutiboak, ikaskuntza eta oroimena, hizkuntza, hautematea eta mugimena, edo kognizio soziala). Apaltze hori honetan oinarritua dago: 1. Pertsonaren beraren, ezagutzen duen informatzaile baten edo kliniko baten kezka, funtzio kognitiboaren apaltze nabarmena egon dela dioena. 2. Jarduera kognitiboaren hondatze nabarmena, test neuropsikologiko estandarizatuetan oinarritua, edo, horrelakorik ezean, ebaluazio kliniko kuantifikatu batean oinarritua.
B. Gabezia kognitiboek zaildu egiten dute eguneroko jardueretan duen independentzia (gutxienez laguntza behar du eguneroko jarduera instrumental konplexuak egiteko, hala nola fakturak ordaintzeko edo sendagaiak kudeatzeko).
C. Gabezia kognitiboak ez dira gertatzen delirium baten testuinguruan bakarrik.
D. Gabezia kognitiboak ez ditu hobeto azaltzen beste nahaste mental batek (adibidez, depresio nagusiaren nahasteak, eskizofreniak).

14.9. ARRETA-GABEZIA ETA HIPERAKTIBITATEAREN NAHASTEA

Arreta-gabezia eta hiperaktibitatearen nahastea dutenen artean honako azpimota hauek bereizi ditugu: arreta-gabezia bakarrik duen nahastea; hiperaktibitatea eta oldarkortasuna dituen nahastea, eta arreta-gabezia, hiperaktibitatea eta oldarkortasuna konbinaturik dituen azpimota.

14.10. PARAFILIAK ETA GENERO-IDENTITATEAREN NAHASTEAK

Desegokiak diren pertsonenganako edo objektuenganako erakarpen sexuala gertatzen da parafilietan. Exhibizionismoan, norbere genitalak pertsona arrotzei erakutsiz lortzen da atsegin sexuala. Voyeurismoan, biluzik dauden pertsonak edo eranzten ari direnak ustekabean ikusiz lortzen da kitzikapen sexuala. Fetitxismoan, objektu desegokiekin harremanean jarrita lortzen da kitzikapen sexuala. Fetitxismo transbestistan beste sexuko jantziak edo soinekoak jantzita lortzen da kitzikapen sexuala. Masokismoan, mina eta tratu txarrak jasanez lortzen da kitzikapena. Sadismoan, berriz, besteei mina edo sufrikarioa eraginez lortzen da atsegin sexuala. Pedofilia duenak haurrenganako erakarpen sexuala sentitzen du, eta haiekin harremana izanez lortzen du atsegina.

DSM-5en arabera, parafiliak ez dira besterik gabe nahaste mentalak. Bereizi egiten ditu parafiliak eta parafilia-nahasteak. Parafilia-nahasteak dituztenek kalteak sortzen dizkiete beste pertsonei edo beren buruei. Horregatik, parafilia-nahastea diagnostikatzeko ez da nahikoa A irizpidea betetzea: A eta B irizpideak bete behar dira. A irizpidea betetzen badu, baina B irizpidea ez, parafilia izango du, baina ez parafilia-nahastea.

Atal honetan, parafiliez gainera, bortxaketak, sexu-abusua eta genero-identitatearen nahastea aztertu ditugu. Pertsonaren genero fisikoa pertsonaren identitate-zentzuarekin bat ez datorrenean gertatzen da genero-identitatearen nahastea.

14.11. BULKADEN KONTROLAREN NAHASTEAK

Nahaste hauen artetik honako hauek aurkeztu ditugu: diru-xahutzaile eta erosle konpultsiboak, joko patologikoa, kleptomania, piromania, eztandazko nahaste etenkaria eta trikotilomania.

DSM-IV-TR	DSM-5
Beste ataletan sailkatu ez diren bulkaden kontrolaren nahasteak	Nahaste disruptiboak, bulkaden kontrolaren nahasteak eta portaera nahasteak
Eztandazko nahaste etenkaria	Ezezkotasun desafiatzaileko nahastea
Kleptomania	Eztandazko nahaste etenkaria
Piromania	Portaera-nahastea
Joko patologikoa	Nortasun antisozialaren nahastea
Trikotilomania	Piromania
Bulkaden kontrolaren nahaste espezifikatu gabea	Kleptomania
	Beste nahaste disruptibo, bulkaden kontrolaren nahaste eta portaera-nahaste espezifikatu batzuk
	Espezifikatu gabeko nahaste disruptiboak, bulkaden kontrolaren nahasteak eta portaera-nahasteak

DSM-IVk haurtzaroko eta nerabezaroko nahasteen artean kokatzen zituen nahaste batzuk (portaera-nahastea, ezezkotasun desafiatzaileko nahastea…) eta bulkaden kontrolaren nahasteak jasotzen dira DSM-5eko nahaste disruptibo, bulkaden kontrolaren nahaste eta portaera-nahasteen artean.

Erreferentzia bbliografikoak

Abel, G. eta beste (1977): "The components of rapists' sexual arousal", *Archives of General Psychiatry,* **34**, 895-903.

Abikoff, H. eta Gittelman, R. (1985): "Hyperactive children traited with stimulants: is cognitive training a useful adjunct?", *Archives of General Psychiatry,* **42***,* 953-961.

Abikoff, H. eta beste (1988): "Cognitive training in academically Deficient ADDH Boys receiving stimulant medication", *Journal of Abnormal Child Psychology,* **16** (4), 411-432.

Abramowitz, A. eta beste (1992): "ADHD children´s responses to stimulant medication and two intensities of a behavioral intervention", *Behavior Modification,* **16,** 196-203.

Aigner, M. eta beste (2003): "Sleep disturbances in somatoform pain disorder", *Psychopathology,* **36** (6), 324-8.

Ajuriaguerra. J. eta beste (1970): "Psychologie et psychométrie du vieillard", *Confrontations psychiatriques,* **5**, 27-37.

Alessi, N. E. eta Magen, J. (1988): "Comorbility of other psychiatric disturbances in depressed, psychiatrically hospitalized children", *American Journal of Psychiatry,* **145,** 1.582-1.584.

Alexopoulos, G. S.; Young, R. C. eta Meyers, B. S. (1993): "Geriatric depression: age of onset and dementia", *Biological Psychiatry,* **34**, 141-145.

Allen, L. A. eta beste (2006): "Cognitive-behavioral therapy for somatization disorder: A randomized controlled trial", *Archives of Internal Medicine,* **166**, 1.512-1.518.

Allen, M. (1976): "Twin studies of affective illness", *Archives of General Psychiatry*, **33**, 1.476-8.

Alterman, A.I. (1988): "Patterns of familial alcoholism, alcoholism severity and psychopathology", *The Journal of Nervous and Mental Disease,* **176** (3), 167-175.

American Psychiatric Association. (1968): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [2nd Edition]. American Psychiatric Association, Washington, DC.

————————, (1980): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [Third Edition: DSM-III]. American Psychiatric Association, Washington, DC.

————————, (1987): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [3rd Edition, Revised]. American Psychiatric Association, Washington, DC.
————————, (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [4th Edition]. American Psychiatric Association, Washington, DC.
————————, (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* [4th Edition, Revised]. American Psychiatric Association, Washington, DC.
————————, (2013): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Fith Edition. DSM-5). American Psychiatric Association, Washington, DC.
Anderson, J. C. eta beste (1987): "DSM-III disorders in preadolescent children", *Archives of General Psychiatry,* **44**, 69-76.
Andreasen, N. C. eta beste (1992): "Hypofrontality in neuroleptic naive patients and in patients with chronic schizophrenia. Assessment with xenon single-photon emission computed tomography and the Tower of London", *Archives of General Psychiatry,* **49,** 943-58
Angold, A. eta Costello, E. J. (1993): "Depressive comorbility in children and adolescents: empirical, theoretical and methodological issues", *American Journal of Psychiatry,* **150,** 1.779-1.791.
Antony, M. M. eta Barlow, D. H. (2002): *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders,* Guilford Press, New York.
Armstrong, Th. (2001): *Síndrome de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad,* Paidos, Bartzelona.
Arnold, L. E. eta beste (1997): "National Institute of Mental Health Collaboative Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (The MTA). Design challenges and choices", *Archives of General Psychiatry,* **54**, 865-870.
Aznar, E. eta Berlanga, A. (2005): *Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia*, Pirámide, Madril.
Baare, W. F. C. eta beste (2001): "Volumes of brain structures in twins discordant for schizophrenia", *Archives of General Psychiatry,* **58**, 33-40.
Baddeley, A. (1986): *Working Memory,* Oxford University Press, New York.
Bados, A. (2001): *Fobia social,* Síntesis, Madril.
————————, (2005): *Trastorno obsesivo-compulsivo,* <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/355/1/118.pdf> [Kontsulta: 2013-IX].
Ball, J. C.eta Ross, A. (1991): *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment: Patients, Programs, Services, and Outcomes,* Spring-Verlag, New York.
Barkley, R. A. (1990): *Attention Deficit-Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment,* Guilford Press, New York.
————————, (1991): *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Clinical Workbook,* Guilford Press, New York.
————————, (1995): *Taking care of ADHD,* The Guilford Press, New York.
————————, (1997): *ADHD and the Nature of Self-Control,* Guilford, New York.

Barkley, R. A. eta Biederman, J. (1997): "Toward a broader definition of the age-of-onset criteriom for attention-deficit hyperactivity disorder", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* **36**, 1204-10.

Barkley, R. A. eta Murphy, K. R. (1998): *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Clinical Work-book,* Guilford Press, New York.

Barkley, R. A.; DuPaul, G. J. eta McMurray, M. B. (1990): "A comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria", *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* **58**, 775-789.

Barkley, R. A.; DuPaul, G. J. eta McMurray, M. B. (1991): "Attention deficit disorder with and without hyperactivity. Clinical response to three dose levels of methylphenidate", *Pediatrics,* **87,** 519-531.

Barkley, R. A. eta beste (2001): "Executive Functioning, Temporal Discounting, and Sense of Time in Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder", *Journal of Abnormal Child Psychology,* **29**, 557-572.

Barlow, D. eta Craske, M. G. (2000): *Mastery of your anxiety and panic* [3rd ed.], Graywind Publications Inc/The Psychological Corporation, San Antonio, TX.

Barlow, D. eta Durand, V. M. (1999): *Abnormal psychology,* Brooks/Cole Publishing, New York.

Barlow, D. eta Durand, V. M. (2001): *Psicología anormal. Un enfoque integral,* Thomson Learning, Mexiko.

Barlow, D. H. (1988): *Anxiety and its disorders,* Guilford Press, New York.

Barlow, D. H.; Allen, L. B. eta Basden, S. L. (2007): *A guide to treatments that work* [3. ed.], Oxford University Press, New York.

Barratt, E. eta Patton, J. H. (1983): "Impulsivity: Cognitive, behavioral, and psychophysiological correlates", in M. Zuckerman (arg.), *Sensation seeking; Beyond the optimal level of arousal,* Erlbaum, Hillsdale, NJ, 77-116.

Baumeister, R. F. eta Butler, J. L. (1997): "Sexual masochism: Deviance without pathology", in D. R .Laws eta W. O'Donohue (arg.), *Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment,* Guilford Press, New York, 225-239.

Beck, A. T. (1986): "Hopelessness as a predictor of eventual suicide", *Annals of the New York. Manual Academy of Sciences,* **487**, 90–96.

Beck, A. T. eta beste (1990): *Cognitive therapy of personality disorders,* Guilford Press, New York.

Becoña, E. (2004): "Prevalencia del juego patológico en Galicia mediante el NODS. ¿Descenso de la prevalencia o mejor evaluación del trastorno?", *Adicciones,* **16**, 173-184.

————————, (2011): "Trastornos por consumo de sustancias psicoactivas", in V. Caballo, I. Salazar eta J. A. Carrobles (arg), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos,* Pirámide, Madril, 523-548.

Bendall, D.; Tollefson, N. eta Fine, M, (1980): "Interactionof locus of control of learning disabled adolescents", *Journal of Learning Disabilities,* **13**, 32-35.

Bergem, A. L.; Engedal, K. eta Kringlen, E. (1997): "The role of heredity in late-onset Alzheimer disease and vascular dementia. A twin study", *Archives of General Psychiatry,* **54** (3), 264-70.

Bernstein, E. M. eta Putnam, F. W. (1986): "Development, reliability and validity of a dissociation scale", *The Journal of Nervous and Mental Disease,* **174,** 727-735.

Bertelsen, A.; Harvald, B. eta Hauge, M. (1977): "A Danish twin study of manic-depressive disorders", *British Journal of Psychiatry,* **130,** 330-351.

Biederman, J. eta beste (1992): "Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder: patterns of comorbidity in probands and relatives in psychiatrically and pediatrically referred samples", *Archives of General Psychiatry,* **49**, 728-738.

Biederman, J.; Newcorn, J. eta Sprich, S. (1991): "Comorbidity of attention deficit disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders", *American Journal of Psychiatry,* **148**, 564-577.

Biederman, J. eta beste (1998): "Does attention-deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence", *Biological Psychiatry,* **44**, 269-273.

Biederman, J. eta beste (1995): "Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity", *American Journal of Psychiatry,* **152**, 1.652-1.658.

Birmingham, C. L. eta beste (2005): "The mortality rate from anorexia nervosa", *International Journal of Eating Disorders,* **38** (2), 143-146.

Black, D. W. eta Noyes, R. (1997): "Obsessive compulsive disorder and Axis II", *International Review of Psychiatry,* **9** (1), 111-118.

Blaszczynski, A.; Winter, S. W. eta McConaghy, N. (1986): "Plasma endorphin levels in pathological gamblers", *Journal of Gambling Behavior,* **2**, 3-14.

Blehar, M. C. eta Rosenthal, N. E. (1989): "Seasonal affective disorders and phototherapy. Report of a National Institute of Mental Health-sponsored workshop", *Archives of General Psychiatry,* **46**, 469-474.

Blessed, G.; Tomlinson, B. E. eta Roth, M. (1968): "The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects", *The British Journal of Psychiatry,* **114**, 797-811.

Blum, K. eta beste (1990): "Allelic association of human dopamine D2 receptor gene in alcoholism", *Journal of the American Medical Association,* **263**, 2.055-2.060.

Boeve, B. F. eta beste (2007): "Insights into REM sleep behavior disorder pathophysiology in brainstem-predominant Lewy body disease", *Sleep Medicine,* **8,** 60-64.

Bogerts, B. (1997): "The temporolimbic system theory of positive schizophrenic symptoms", *Schizophrenia Bulletin,* **23** (3), 423-435.

Bonet, T. eta Guiseris, M. (1992): "Aplicación de la técnica de autocontrol 'La Tortuga'", in T. Bonet (koor.), *Problemas Psicológicos en la Infancia,* Promolibro-Cinteco, Valentzia, 107-126.

Bowden, C. L.; Deutsch, C. K. eta Swanson, J. M. (1988): "Plasma dopamine-beta-hydroxilase and platelet monoamine oxidase in attention deficit disorder", *Journal of the American Academy of Child Psychology and Adolescent Psychiatry,* **27**, 171-174.

Branswell, L eta Kendall, P. C. (1988): "Cognitive behavioral methods with children", in K. S. Dobson (arg.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies,* Guilford, New York, 167-213.

Brenner, D. E. eta beste (1993): "Relationship between cigarette smoking and Alzheimer's disease in a population-based case-control study", *Neurology,* **43**, 293-300

Brent, D. A. eta beste (1988): "Risk factors for adolescent suicide victims with suicidal inpatients", *Archives of General Psychiatry,* **45**, 581-588.

Breslau, N.; Kilbey, M. M. eta Andreski, P. (1993): "Nicotine dependence and major depression. New evidence from a prospective investigation", *Archives of General Psychiatry,* **50**, 31-35.

Brewerton, T. D. eta beste (1995): "Comorbidity of Axis I Psychiatric Disorders in Bulimia Nervosa", *Journal of Clinical Psychiatry,* **56**, 77-80.

Brewerton, T. D. eta beste (1992): "CSF beta-endorphin and dynorphin in bulimia nervosa", *American Journal of Psychiatry,* **149**, 1.086-1.090.

Briquet, P. (1859): *Traité clínique et théraputique de l'hystérie,* Ballière et Fils, Paris.

Bronowski, J. (1977): "Human and animal languages", in J. Bronowski (arg.), *A sense of the future,* MIT Press, Cambridge, MA, 104-131. [Reprinted from: To Honor Roman Jakobson, Vol. 1. The Hague, Netherlands: Mouton, 1967].

Broughton, R. eta beste (1994): "Homicidal somnambulism: a case report", *Sleep,* **17**, 253-264

Brown, G. W.; Carstairs, G. M. eta Topping, G. (1958): "Post hospital adjustment of Chronic mental patients", *Lancet,* **2**, 685-689.

Brown, G. W.; Harris, T. O. eta Hepworth, C. (1994): "Life events and endogenous depression. A puzzle reexamined", *Archives of General Psychiatry,* **51**, 525-534.

Brown, Th. E. (1996): *ADD Diagnostic Form,* Psychological Corporation/Harcourt Brace Jonanovich, San Antonio, TX.

————————, (2003): *Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos,* Masson, Bartzelona.

Bruck, M. eta beste (1995): "Anatomically detailed dolls do not facilitate preschoolers' reports of a pediatric examination involving genital touch", *Journal of Experimental Psychology: Applied,* **1,** 95-109.

Brumback, R. A. (1988): "Childhood depresión and medically treatable learning disability", in D. L., Molfese eta S. J. Segalowit (arg.), *Brain Lateralization in Children,* Guilford, New York, 463-505.

Budney, A.J. eta beste (2001): "Marijuana Abstinence Effects in Marijuana Smokers Maintained in Their Home Environment", *Archives of General Psychiatry,* **58** (10), 917-924.

Bulik, C. M. eta beste (2006): "Prevalance, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa", *Archives of general psychiatry,* **63,** 305-312.

Bungental, D. B.; Whalen, C. K. eta Henker, B. (1977): "Causal attributions of hyperactive children and motivational assumptions of two behavior change approaches: Evidence for an interactionist position", *Child Development,* **17,** 874-884.

Butcher, J. N.; Mineka, S. eta Hooley, J. (2004): *Abnormal psychology,* Allyn & Bacon, Boston.

Cabanyes, J. eta Polaino-Lorente, A. (1997): "Trastornos de la atención e hiperactividad infantil: planteamiento actual de un viejo problema", in A. Polaino-Lorente (arg.), *Manual de hiperactividad infantil,* Unión Editorial, Madril, 81-88.

Cameron, M. E. eta Robinson, V. M. (1980): "Effects of cognitive training on academic and on-task behavior of hyperactive children", *Journal of Abnormal Child Psychology,* **8**, 405-429.

Candy, J. M. eta beste (1986): "Aluminosilicates and senile plaque formation in Alzheimer's disease", *Lancet,* **1**, 354-357.

Cannon, T. D. (1998): "Neurodevelopmental influences in the genesis and epigenesis of schizophrenia: An overview", *Applied and Preventive Psychology,* **7,** 47-62.

Carlat, D. J.; Camargo, C. A. eta Herzog, D. B. (1997): "Eating disorders in males: A report on 135 patients", *American Journal of Psychiatry,* **154**, 1.127–1.132.

Carlson, G. A. (1983): "Bipolar affective disorders in childhood and adolescente", in D. P. Cantwell eta G.A. Carlson (arg.), *Affective Disorders in Childhood and Adolescence,* Spectrum Publications, New York, 61-83.

————————, (1990): "Child and adolescent mania: diagnostic considerations", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **31**, 331-342.

Carroll, K. M. eta beste (1994): "Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers", *Archives of General Psychiatry,* **51** (3), 177-187.

Cassidy, F. eta beste (1998): "A factor analysis of the signs and symptoms of mania", *Archives of General Psychiatry,* **55** (1), 27-32.

Ceci, S. J. eta Bruck, M. (1995): *Jeopardy in the court-room: The scientific analysis of children's testimony,* American Psychological Association, Washington, DC.

Chassin, L. eta beste (1996): "The relation of parent alcoholism to adolescent substance use: A longitudinal follow-up study", *Journal of Abnormal Psychology,* **105** (1), 70-80.

Chilcott, L. A. eta Shapiro, C. M. (1996): "The socioeconomic impact of insomnia. An overview", *Pharmacoeconomics,* **10** (Suppl. 1), 1-14.

Chokroverty, S. (2000): *Clinical Companion to Sleep Disorders Medicine,* Butterworth-Heinemann, Boston.

Christiansen, B. A. eta beste (1989): "Using alcohol expectancies to predict adolescent drinking behavior at one year", *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* **57**, 93-99.

Ciarrocchi, J. eta Richardson, R. (1989): "Profile of compulsive gamblers in treatment: Update and comparisons". Seventh International Conference on Gambling and Risk Taking, 1987, Reno, NV. *Journal of Gambling Behavior,* **5**, 53-65.

Clark, D. C. (1995): "Epidemiology, assessment and management of suicide in depressed patients", in E.E. Beckham eta W.R. Leeber (arg.), *Handbook of depression* [2. ed], Guilford, New York, 526-538.

Clements, S. D. eta Peters, P. (1962): "Minimal Brain Dysfunctions in the School Age Child", *Archives of General Psychiatry,* **6**, 17-29.

Cloninger, C.R. (1999): *The temperament and character Inventory-Revised*, Washington University, St Louis, MO.

Cohen, N. eta beste (1992): "Unsuspected language impairment in psychiatrically disturbed children: Prevalence and language and behavioral characteristics", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* **32**, 505-603.

Colado, M. I. eta O´Shea, E. (2006): "Alucinógenos, anfetaminas y drogas de síntesis. Bases biológicas", in J. C. Pérez de los Cobos, J. C. Valderrama, G. Cervera eta G. Rubio (arg.), *Tratado SET de trastornos adictivos,* Médica Panamericana, Madril, 181-187.

Coleman, E.; Colgan, P. eta Gooren, L. (1992): "Male cross-gender behavior in Myanmar (Burma): A description of the Acault", *Archives of Sexual Behavior,* **21**(3), 313-321.

Conners, C. K. (1969): "A teacher rating scale for use with drug studies with children", *American Journal of Psychiatry,* **126,** 885-888.

————————, (1985): "The computerized continuous performance test", *Psychopharmacology Bulletin,* **21**, 891-892.

Coons, P. M. (1994): "Confirmation of childhood abuse in childhood and adolescent cases of multiple personality disorder and dissociative disorders not otherwise specified", *Journal of Nervous and Mental Disease,* **182,** 461-464.

Copeland, A. P. (1979): "Types of private speech produced by hyperactive and nonhyperactive boys", *Journal of Abnormal Child Psychology,* **7**, 167-177.

————————, (1981): "The relevance of subject variables in cognitive self-instructional programs for impulsive children", *Behavior Therapy,* **12**, 520-529.

Copeland, J. R. M. eta beste (1999a): "Depression in Europe: geographical distribution among older people", *British Journal of Psychiatry,* **174**, 312-321.

————————, (1999b): "Cross-cultural comparison of depressive symptoms in Europe does not support stereotypes of ageing", *British Journal of Psychiatry,* **174,** 323-329.

Cornblatt, B. eta beste (1999): "Cognitive and behavioral precursors of schizophrenia", *Development and Psychopathology,* **11**, 487-508.

Coryell, W. eta Winokur, G. (1992): "Course and outcome", in E.S. Paykel (arg.), *Handbook of affective disorders,* Guilford, New York, 89-108.

Craske, M. G. eta Barlow, D. H. (1993): "Panic disorder and agoraphobia", in D.H. Barlow (arg.), *Clinical handbook of psychological disorders,* Guilford Press, New York, 1-47.

Crisp, A. H., Palmer, R. L. eta Kalucy, R. S. (1976): "How common is anorexia nervosa? A prevalence study", *British Journal of Psychiatry,* **128,** 549-554.

Crow, T. J. (1980): "Molecular pathology of schizophrenia: More than one disease process", *British Medical Journal,* **280**, 66-68.

_____. (1985): "The two-syndrome concept: Origins and current status", *Schizophrenia Bulletin*, **11**, 471-486.

Cruikshank, J. K. eta Beevers, D. G. (arg.) (1989): *Ethnic Factors in Health and Disease,* Butterworth-Heinemann, Oxford.

Curran, J. P.; Faraone, S. V. eta Dow, M. G. (1985): "Schizophrenia and other psychotic disorders. Staff publications files", in M. Herson (arg.), *Practice of inpatient behavior therapy: clinical guide,* Grune & Stratton, New York, 113-139.

Davis, C. (1997): "Normal and neurotic perfectionism in eating disorders: An interactive model", *International Journal of Eating Disorders,* **22,** 421–426.

Davis, J. O.; Phelps, J. A. eta Bracha, H. S. (1995): "Prenatal development of monozygotic twins and concordance for schizophrenia", *Schizophrenia Bulletin,* **21**, 357-366.

De la Monte S. M.; Hutchins, G. M. eta Moore, G. W. (1989): "Racial differences in the etiology of dementia and frequency of Alzheimer lesions in the brain", *Journal of the National Medical Association,* **81,** 644–652.

De la Puente, M. L.; Larroy, C. eta Guisado, A. B. (1998): "Esquizofrenia", in M.A. Vallejo Pareja (arg.), *Manual de Terapia de Conducta,* Dykinson, Madril, 761-814.

De Renzi, E. (2002): "What does psychogen mean?", *Cortex,* **38**, 678-681.

Deep, A. L. eta beste (1999): "Sexual abuse in eating disorder subtypes and control women: The role of comorbid substance dependence in bulimia nervosa", *International Journal of Eating Disorders,* **25**, 1-10.

Denckla, M. B. (1996): "A theory and model of executive function", in G. R. Lyon eta N. A. Krasnegor (arg.), *Attention, Memory, and Executive Function,* P. H. Brookes Publishing, Baltimore, MD, 263-278.

Depue, R. A.; Krauss, S. P. eta Spoont, M. R. (1987): "A two-dimensional threshold model of seasonal bipolar affective disorder", in D. Magnuson eta A. Ohman (arg.), *Psychopathology: An interactional perspective,* CA: Academic Press, San Diego, 95-123.

Di Nardo, P. A.; Lawrence, T. G. eta Rita, M. B. (1988): "Anxiety Response Patterns and Etiological Factors in Dog-Fearful and Non-Fearful Subjects", *Behaviour Research and Therapy,* **26** (3), 245-251.

Di Nardo, P. A. eta Barlow, D. H. (1990): "Syndrome and symptom comorbidity in the anxiety disorders", in J. D. Maser eta C. R. Cloniger (arg.), *Comorbidity in anxiety and mood disorders,* American Psychiatric Press, Washington, DC, 205-230.

Dohrenwend, B. P. (2000): "The role of adversity and stress in psychopathology: Some evidence and its implications for theory and research", *Journal of Health and Social Behavior,* **41**, 1-19

Douglas, V. I. (1988): "Cognitive deficits in children with attention deficit disorder with hyperactivity", in L.M. Bloomingdale eta Sergeant (arg.), *Attention deficit disorder. Criteria, Cognition, Intervention*, Pergamon Press, New Yor, 65-81 [A book supplement to the Journal of Child Psychology and Psychiatry].

Drake, D .M. (1970): "Perceptual correlates of impulsive and reflective behavior", *Developmental Psychology,* **2** (2), 202-214.

Dufour, M. C.; Stinson, F. S. eta Caces, M. F. (1993): "Trends in cirrhosis morbidity and mortality: United States, 1979-1988", *Seminars in Liver Disease,* **13** (2), 109-125.

Dupré, E. (1925): "La doctrine des constitutions", in *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*, Payot, Paris.

Durán, J. eta beste (2001): "Obstructive Sleep Apnea–Hypopnea and Related Clinical Features in a Population-based Sample of Subjects Aged 30 to 70 Yr", *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine,* **163**, 685-9.

Durham, R. C. eta beste (1994): "A comparison of cognitive therapy, analytical psychotherapy and anxiety management training in the of generalised anxiety disorder", *British Journal of Psychiatry,* **165**, 315-323.

Echeburúa, E., Báez, C. eta Fernández-Montalvo, J. (1996): "Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling: Long-term outcome", *Behavioural and Cognitive Psychotherapy,* **24**, 51-72.

Echeburúa, E.; Corral, P. eta Amor, P. J. (2005): "El reto de las nuevas adicciones: objetivos terapéuticos y vías de intervención", *Psicología Conductual,* **13**, 511-525.

Eftekhari, A., Zoellner, L. A. eta Vigil, S. (2009): "Patterns of emotion regulation and psychopathology", *Anxiety, Stress, and Coping: An International Journal,* **22**, 571-586.

Ehlers, A. eta Breuer, P. (1992): "Increased cardiac awareness in panic disorder", *Journal of Abnormal Psychology,* **101** (3), 371-382.

Ehlers, A.; Mayou, R. A. eta Bryant, B. (1998): "Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents", *Journal of Abnormal Psychology,* **107**, 508-519.

Eiraldi, R. B.; Power, T. J., Nezu, C. M. (1997): "Patters of comorbility associated with subtypes of attention-defict/hyperactivity disorder among 6- to 12-year-old children", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* **36**, 503-514.

Elliott, D. M. (1997): "Traumatic events: Prevalence and delayed recall in the general population", *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* **65**, 811-820.

Ettinger, U. eta beste (2001): "Magnetic resonance imaging of the thalamus in first-episode psychosis", *American Journal of Psychiatry,* **158**, 116-118.

Everill, J.T. eta Waller, G. (1995): "Reported sexual abuse and eating disorder pathology: A review of the evidence for a causal link", *International Journal of Eating Disorders,* **18,** 1-11.

Fairburn, C. G. eta Harrison, P. J. (2003): "Eating disorders", *Lancet,* **361,** (9355), 407-416.

Fairburn, C. G.; Cowen, P. J. eta Harrison, P. J. (1999): "Twin studies and the etiology of eating disorders", *International Journal of Eating Disorders,* **26**, 349-358.

Fairburn, C. G. eta beste (1993): "Psychotherapy and bulimia nervosa: The longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behaviour therapy and cognitive behaviour therapy", *Archives of General Psychiatry,* **50**, 419-428.

Fairburn, C. eta beste (1995): "A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments", *Archives of General Psychiatry,* **52**, 304-311.

Fairburn, C.G. eta beste (1993): "Predictors of twelve-month outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight", *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* **61**, 696-698.

Faraone, S. V. eta beste (1998): "Psychiatric, neuropsychological, and psychosocial features of DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a clinically referred sample", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* **37**, 185-193.

Faris, R. E. L. eta Dunham, H. W. (1939): *Mental disorders in urban areas: An ecological study of schizophrenia and other psychosis,* University Press, Chicago.

Farré, A. eta Narbona, J. (1997): *Escalas para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad,* TEA, Madril.

Favaro, A. eta Santonastaso, P. (1998): "Impulsive and compulsive self-injurious behavior in bulimia Nervosa: Prevalence and psychological correlates", *Journal of Nervous and Mental Disease,* **186**, 157-165.

Fenichel, O. (1945): *Teoría psicoanalítica de las neurosis,* Paidós, Buenos Aires (1971).

Field, T. eta beste (1988): "Infants of depressed mothers show depressed behavior even with nondepressed adults", *Child Development,* **59**, 1.569-1.579.

Flessner, C. A. eta beste (2008): "Styles of pulling in children with trichotillomania: Exploring differences in symptoms severity, phenomenology, and comorbid psychiatric symptoms", *Behavior Research and Therapy,* **48**, 1.055-1.061.

Follette, W. C. eta Houts, A. C. (1996): "Models of scientific progress and the role of theory in taxonomy development: a case study of the DSM", *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* **64,** 1.120-1.132.

Foote, B. eta beste (2006): "Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients", *American Journal of Psychiatry,* **163**, 623-629.

Ford, C. V. eta Folks, D. G. (1985): "Conversion disorders: an overview", *Psychosomatics,* **26**, 371-383.

Fowles, D. C. (1993): "Biological variables in psychopathology: A psychobiological perspective", in P. B. Sutker eta H. E. Adams (arg.), *Comprehensive handbook of psycho-pathology,* Plenum Press, New York, 57-82 (2. ed).

Foy, D. W.; Carroll, E. M. eta Donahoe, C. P. (1987): "Etiological factors in the development of PTSD in clinical samples of Vietnam combat veterans", *Journal of Clinical Psychology,* **43**, 17-27.

Foy, D. W. eta beste (1984): "Etiology of posttraumatic stress syndrome in Vietnam veterans: Analysis of premilitary, military, and combat exposure influences", *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* **52**, 79-87.

Fraisse, P. (1963): *The psychology of time,* Harper and Row, New York.

Frank, E. eta beste (1990): "Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression", *Archives of General Psychiatry,* **47**, 1.093-1.099.

Frankl, V. E. (1963): *Man's Search for Meaning,* Washington Square Press, New York.

Freedman, M. (1990): "Object alternation and orbitofrontal system dysfunction in Alzheimer's and Parkinson's disease", *Brain and Cognition,* **14**, 134-43.

Frick, P. K. eta beste (1991): "Academic underachievement and the disruptive behavior disorders", *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* **59**, 289-294.

Friedman, H. eta DiMatteo, M. (1989): "Adherence and practitioner patient relationship", in H. Friedman eta M. DiMatteo (arg.), *Health Psychology,* Prentice Hall, New York, 68-100.

Fromm, E. (1947): *Man for Himself. An inquiry into the psychology of ethics,* Fawcett Premier, Greenwich, Conn.

Fuller, R. K.; Lee, K. K. eta Gordis, E. (1988): "Validity of self-report in alcoholism research: Results of a Veterans Administration cooperative study", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research,* **12** (2), 201-205.

Gabbard, G. (1994): "Cluster B personality disorders: Hysterical and Histrionic", in G. Gabbard (arg.), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice,* American Psychiatric Press, Washington, 555-588.

Gajdusek, D. C. (1977): "Unconventional viruses and the origin and disappearance of kuru", *Science,* **197,** 943-960.

Garber, J. eta Horowitz, J. L. (2002): "Depression in children", in Gotlib I. H. eta Hammen C.L. (arg.), *Handbook of depression,* Guilford Press, NewYork, 510-540.

García, M. eta Magaz, A. (2000): EMTDA-H: *Escalas Magallanes de Evaluación d3l Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad,* Albor-Cohs, Gurutzeta-Barakaldo.

Gardner, M. (1993): "Notes of a fringe watcher: The false memory syndrome", *Skeptical Inquirer,* **17** (3), 370-375.

Garyfallos, G. eta beste (1999). "Somatoform disorders: comorbidity with other DSM-III-R psychiatric diagnoses in Greece", *Comprehensive Psychiatry,* **40** (4), 299-307.

Gawin, F. H. eta Kleber, H. D. (1986): "Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers", *Archives of General Psychiatry,* **43,** 107-113.

Gershon, E. S. (1990): "Genetics", in F. K. Goodwin eta K. R. Jamison (arg.), *Manic-depressive illness,* Oxford University Press, New York, 373-401.

Ghosh, S. eta Chattopadhyay, P. K. (1993): "Application of behavior modification techniques in treatment of attention deficit hyperactivity disorder. A case report", *Indian Journal of Clinical Psychology,* **20**, 124-129.

Gibello, B. eta Weill, S. (2004): "Exploration clinique de la dyschronie chez des enfants instables (hyperkinétiques, hyperactifs, TDAH)", in J. Ménéchal (arg.), *L'hyperactivité infantile,* Dunod, Paris, 219-232.

Gilles de la Tourette, G. (1898): *Leçons de Clinique therapeutique sur les maladies du systeme nerveux,* Plon-Nourrit, Paris.

Goldberg, E. M. eta Morrison, S. L. (1963): "Schizophrenia and social class", *British Journal of Psychiatry,* **108**, 785-802.

Goldman-Rakic, P. S. (1994): "Specification of higher cortical functions", in S. H. Broman eta G. J. Hillsdale (arg.), *Atypical Cognitive Deficits in Developmental Disorders: Implications for Brain Function,* Lawrence Erlbaum, NJ, 3-17.

Goodsitt, A. (1997): "Eating disorders: A self-psychological perspective" in D. M. Garner eta P. E. Garfinkel (arg.), *Handbook of treatment for eating disorders,* The Guilford Press, New York, 205-228.

Goodwin, D. W. eta Gabrielli, W. F. (1997): "Alcohol: clinical aspects", in J. H. Lowinson, P. Ruiz, R.B. Millman eta J.G. Langrod (arg.), *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook* [3rd ed], Williams & Wilkins, Baltimore, 142-148.

Goodwin, D. W. eta beste (1973): "Alcohol problems in adoptees raised apart from alcoholic biological parents", *Archives of General Psychiatry,* **28**, 238-243.

Goodwin, F. K. eta Jamison, K. R. (1990): "Childhood and adolescence", in F. Goodwin eta K. Redfield Jamison (arg.), *Manic-Depresive Illness,* Oxford University Press, New York, 186-209.

Goodwin, R. D. eta beste (2005): "The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe", *European Neuropsychopharmacology,* **15** (4), 435-443.

Gordis, E. (1995): "Critical issues in alcoholism research. International", *Journal of the Addictions,* **30** (4), 497-505.

Gottesman, I. I. (1991): *Schizophrenia Genesis: The Origin of Madness,* Freeman, New York.

Gould, R. A. eta beste (1997: "Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis", *Clinical Psychology: Science & Practice,* **4**, 291-306.

Grant, B. eta beste (2004a): "Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions", *Archives of General Psychiatry,* **61**, 361-368.

Grant, B. eta beste (2004b): "Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions", *Archives of General Psychiatry,* **61**, 807-816.

Grant, J. E. eta Odlaug, B. L. (2008): "Kleptomania: Clinical Characteristics and Treatment", *Revista Brasileira de Psiquiatria,* **30**, 11-5.

Grant, J. E. eta Kim, S. W. (2007): "Clinical characteristics and psychiatric comorbidity of pyromania", *Journal of Clinical Psychiatry,* **68**, 1.717-1.722.

Gray, J. A. (1987): *The psychology of fear and stress,* Cambridge University Press, Cambridge.

Green, L. eta beste (1996): "Temporal discounting in choice between delayed rewards: The role of age ad income", *Psychology and Aging,* **11**, 79-84.

Grinspoon, L. eta Bakalar, J. B. (1980): "Drug dependence: Non-narcotic agents", in H. I. Kaplan, A. M. Freedman eta B. J. Sadock (arg.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry,* Williams and Wilkins, Baltimore, 1621-1622.

Grove, W. M. eta beste (1990): "Heritability of substance abuse and antisocial behavior: A study of monozygotic twins reared apart", *Biological Psychiatry*, **27**, 1.293-1.304.

Gull, W. W. (1888): "Anorexia nervosa", *Lancet,* **I**, 516-517.

Gureje, O. eta beste (1997): "Somatization in cross-cultural perspective: A World Health Organization study in primary care", *American Journal of Psychiatry,* **154** (7), 989-995.

Halmi, K. A. eta beste (2000): "Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessionality and pathological eating disorders", *American Journal of Psychiatry,* **157**, 1.799-1.805.

Halmi, K. A. (2003): "Classification, diagnosis and comorbidities of eating disorders: a review", in M. Maj, K. Halmi, J. J. Lopez-Ibor, N. Sartorius (arg), *Eating Disorders,* John Wiley and Sons Ltd, New York, 1-33.

Halperin, J. M. eta beste (1993): "Discriminat validity of attention-deficit hyperactivity disorder", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* **32**, 1.038-1.043.

Hammen, C. eta beste (1990): "Longitudinal study of diagnoses in children of women with unipolar and bipolar affective disorder", *Archives of General Psychiatry,* **47**, 1.112-1.117.

Heather, N. (1995): *Treatment Approaches to Alcohol Problems,* World Health Organization, WHO Regional Publications: European Series, 65. WHO Regional Office for Europe, Kopenhage.

Heimberg, R. G. eta beste (2000): *Fobia social: Diagnóstico, evaluación y tratamiento,* Martínez Roca, Bartzelona.

Heinrichs, R. W. (2001): *In search of madness: shizophrenia and neuroscience,* Oxford University Press, New York.

Helzer, J. E.; Robins, L. eta McEvoy, L. (1987): "Post-traumatic stress disorder in the general population: Findings of the epidemiologic catchment area survey", *New England Journal of Medicine,* **317**, 1.630-1.634.

Henriksson, M. M. eta beste (1993): "Mental-disorders and comorbidity in suicide", *American Journal of Psychiatry,* **150**, 935-940.

Herman, J. L. (1994): "Presuming to know the truth", *Neiman Reports,* **48**, 43-45.

Hester, R. K. eta Delaney, H. D. (1997): "Behavioural self-control program for windows: results of a controlled trial", *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* **65**, 686-693.

Heston, L. (1966): "Psychiatric disorders in foster home reared children of schizophrenic mothers", *British Journal of Psychiatry,* **112**, 819-825.

Hettema, J.; Prescott, C. eta Kendler, K. (2004): "Genetic and environmental sources of covariation between generalized anxiety disorder and neuroticism", *American Journal of Psychiatry,* **161**, 1.581-1.587.

Higuchi, S. eta beste (1994): "Aldehyde dehydrogenase genotypes in Japanese alcoholics", *Lancet,* **343**, 741-742.

Hinrichsen, G. A. eta Niederehe, G. (1994): "Dementia management strategies and adjustment of family members of older patients", *The Gerontologist,* **34,** 95-102.

Hoek, H. eta van Hoeken, D. (2003): "Review of the prevalence and incidence of eating disorders", *International Journal of Eating Disorders,* **34**, 383-96.

Hoek, H. W. (2006): "Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders", *Current Opinion in Psychiatry,* **19**, 389-394.

Hof, P. R. eta Morrison, J. H. (2004): "The aging brain: morphomolecular senescence of cortical circuits", *Trends in Neuroscience Journal,* **27**, 607-613.

Hollister, J. M. Laing, P. eta Mednick, S. A. (1996): " Rhesus incompatibility as a risk factor for schizophrenia in male adults", *Archives of General Psychiatry,* **53**, 19-24.

Hollon, S. D.; Haman, K. L. eta Brown, L. L. (2002): "Cognitive–behavioral treatment of depression", in I. H.Gotlib eta C. L. Hammen (arg.), *Handbook of Depression,* Guilford Press, New York, 383-403.

Hooley, J. eta Candela, S. (1999): "Interpersonal Functioning in Schizophrenia", in T. Million, P. H. Blaney eta R. D. Davis (arg.), *Oxford Textbook of Psychopathology,* Oxford University Press, New York, 311-338.

Hooley, J. M. eta Hiller, J. B. (2001): "Family relationships and major mental disorder: Risk factors and preventive strategies", in B. R. Sarason eta S. Duck (arg.), *Personal Relationships: Implications for Clinical and Community Psychology,* Wiley, New York, 135-15.

Horn, W. F.; Ialongo, N. S. eta Pascoe, J. M. (1991): "Addictive effects of psychoestimulants, parent training, and self-control therapy with ADHD children", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* **30**, 233-240.

Howland, R. H. eta Thase, M. E. (1999): "What to do with SSRI non-responders?", *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health,* **5**, 216-233.

Hudson, J .I. eta beste (2007): "The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication", *Biological Psychiatry,* **61**, 348-358.

Hussong, A. M. eta beste (2001): "Specifying the relations between affect and heavy alcohol use among young adults", *Journal of Abnormal Psychology,* **110**, 449-461.

Hynd, R. D. eta beste (1989): "Attention deficit disorder with and without hyperactivity: reaction time and speed of cognitive processing", *Journal of Learning Disabilities,* **22**, 573-580.

Iezzi, A.; Duckworth, M. P. eta Adams, H. E. (2001): "Somatoform and factitious disorders", in P. B. Sutker eta H. E. Adams (arg.), *Comprehensive Handbook of Psychopathology* [3. ed.], Kluwer/Plenum, New York, 211-259.

Ingram, I. M. (1961): "Obsessional illness in mental hospital patients", *The Journal of Mental Science,* **107**, 382-402.

Irwin, M. eta beste (1994): "Partial sleep deprivation reduces natural killer cell activity in humans", *Psychosomatic Medicine,* **56**, 493-498.

Isensee, B. eta beste (2003): "Smoking increases the risk of panic: Findings from a prospective community study", *Archives of General Psychiatry,* **60** (7), 692-700.

Jacobi, W. eta Winkler, H. (1927): "Encephalographische studien an chronische schizophrenen", *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten,* **81**, 299-332.

Jacobson, N. S. eta beste (1996): "A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression", *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* **64**, 295-304.

Jamison, K. R. (1993): *Touched with fire: Manic depressive illness and the artistic temperament,* Free Press, New York.

————————, (1999): "Suicide and manic-depressive illness: An overview and personal account", in D. G. Jacobs (arg.), *The Harvard medical school guide to suicide assessment and intervention,* Jossey-Bass Publishers, San Francisco, CA, 251-269.

Jang, K. L.; Vernon, P. A. eta Livesley, W. J. (2000): "Personality disorder traits, family environment, and alcohol misuse: a multivariate behavioural genetic analysis", *Addiction,* **95** (6), 873-88.

Jaspers, K. (1993): *Psicopatología General,* Fondo de Cultura Económica, Mexiko. (1925).
Jeans, R. F. (1976): "The Three Faces of Evelyn: a case report. I. An independently validated case of multiple personality", *Journal of Abnormal Psychology,* **85** (3), 249-55.
Jimerson, D. C. eta beste (1992): "Low serotonin and dopamine metabolite concentrations in cerebrospinal fluid from bulimic patients with frequent binge episodes", *Archives of General Psychiatry,* **49**, 132-138
Johansson, A. eta beste (2009): "Risk factors for problematic gambling: critical literatura review", *Journal of Gambling Studies,* **25**, 67-92.
Joiner, T. E.; Jr., Alfano, M. S. eta Metalsky, G. I. (1992): "When depression breeds contempt: Reassurance seeking, self-esteem, and rejection of depressed college students by their roommates", *Journal of Abnormal Psychology,* **101**, 165-173.
Kagan, J. (1965): "Reflection-impulsivity and reading ability in primary grade children", *Child development,* **36** (5), 609-628.
Kallman, F. J. (1938): *The Genetics of Schizophrenia,* J. J. Augustin, New York.
Kaplan, B. J. eta beste (1987): "Sleep disturbance in preeschool-aged hyperactive and nonhyperactive children", *Pediatrics,* **80** (6), 839-844.
Kaplan, M. S. eta Krueger, R. B. (1997): "Voyeurism: Psychopathology and theory", in D. R. Laws eta W. O'Donohue (arg.), *Sexual Deviance: Theory, Assessment, and Treatment,* The Guilford Press, New York, 297-310.
Kashani, J. H. eta Orvaschel, H. (1988): "Anxiety disorders in mid-adolescence: a community simple", *American Journal of Psychiatry,* **145**, 960-964.
Kashani, J. H. eta beste (1987): "Personality, psychiatric disorders, and parental attitude among a community sample of adolescents", *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* **26**, 879-885.
Kassett, J. A. eta beste (1989): "Psychiatric disorders in the first-degree relatives of probands with bulimia nervosa", *American Journal of Psychiatry,* **146***,* 1468–1471.
Kawas, C. eta beste (1997): "A prospective study of estrogen replacement therapy and the risk of developing Alzheimer's disease: the Baltimore Longitudinal Study of Aging", *Neurology,* **48**, 1.517-1.521.
Keck, P. E. Jr, eta beste (1998): "12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode", *American Journal of Psychiatry,* **755**, 646-652.
Keel , P. K. eta beste (2003): "Predictors of mortality in eating disorders", *Archives of General Psychiatry,* **60**, 179-183.
Kellner, R. (1985): "Functional somatic symptoms and hypochondriasis", *Archives of General Psychiatry,* **42,** 821-33.
Kendler, K. eta Gruenberg, A. (1984): "An independent analysis of the danish adoption study of schizophrenia. IV. The relationship between psychiatric disorders as defined by DSM-III in the relatives and adoptees", *Archives of General Psychiatry,* **41**, 555-564.

Kendler, K. S. (2005): " "A gene for...": the nature of gene action in psychiatric disorders", *American Journal of Psychiatry,* **162,** 1.243-1.252.

Kendler, K. S. eta Prescott, C. A. (1998): "Cannabis use, abuse, and dependence in a population-based sample of female twins", *American Journal of Psychiatry,* **155**, 1.016-1.022.

Kendler, K. S. eta Walsh, D. (1995): "Schizotypal personality disorder in parents and the risk for schizophrenia in siblings", *Schizophrenia Bulletin,* **21** (l), 47-52.

Keshavan, M. S. eta beste (1998): "Delta sleep deficits in schizophrenia", *Archives of General Psychiatry,* **55**, 443-448.

Kessler, R. C. eta beste (1994): "Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey", *Archives of General Psychiatry,* **51**, 8-19.

Kihlstrom, J. F. (2001): "Dissociative disorders", in P.B. Sutker eta H.E. Adams (arg.), *Comprehensive handbook of psychopathology,* Plenum, New York, 259-76.

Kilpatrick, D. eta Best, C.L. (1990): "Sexual assault victims: Data from a random national probability sample", in J.W. White (arg.), *Sexual Assault: Research, Treatment and Education.* Symposium conducted at the meeting of the Southeastern Psychological Association, Atlanta.

Kilpatrick, D. G. eta beste (1985): "Mental health correlates of criminal victimization: A random community survey", *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* **53**, 866-873.

Klein, D. (1964): "Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes", *Psychopharmacologia,* **5**, 397-408.

Klerman, G. L. (1988): "The current age of youthful melancholia: evidence for increase in depression among adolescents and young adults", *British Journal of Psychiatry,* **152**, 4-14.

Knight, R. A. eta Prentky, R. A. (1990): "Classifying sexual offenders: The development and collaboration of taxonomic models", in W. L. Marshall, R. Laws eta H. E. Barbaree, (arg.), *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories and Treatment of the offenders,* Plenum Press, New York, 23-52.

Kosslyn, S. M. eta Koenig, O. (1995): *Wet Mind: The New Cognitive Neuroscience,* Free Press, New York.

Kovacks, M. eta beste (1994): "Childhood-onset dysthymic disorder: Clinical features and prospective naturalistic outcome", *Archives of General Psychiatry,* **51**, 365-374

Kraepelin, E. (1899): *Psychiatrie: ein Lehrbuch für Studirende und Aertze (6th ed.),* Barth Verlag, Leipzig [Reprinted (1990) as *Psychiatry: A Textbook for Students and Physicians,* Science History Publications, Canton, MA].

————, (1899): *Psychiatry: A Textbook for Students and Physicians. 2 volumes* [Reprinted (1990) Science History Publications, Canton, Massachusetts].

————, (1904): *Lectures on Clinical Psychiatry,* Bailliere, Tindall, and Cox, Londres.

————————, (1913): *Lectures on clinical psychiatry,* W. Wood, Michigan.
Kring, A. M. eta Neale, J. M. (1996): "Do schizophrenics show a disjunctive relationship among expressive, experiential, and psychophysiological components of emotion?", *Journal of Abnormal Psychology,* **105**, 249-257.
Kwapil, T. R. (1996): "A longitudinal study of drug and alcohol use by psychosis-prone and impulsive-nonconforming individuals", *Journal of Abnormal Psychology,* **105**, 114-123.
Laberge, L. eta beste (2000): "Development of parasomnias from childhood to early adolescence", *Pediatrics,* **106**, 67-74.
Lader, M. eta Sartorius, N. (1968): "Anxiety in patients with hysterical conversion symptoms", *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry,* **31**, 490-495.
Ladouceur, R.; Boisvert, J. M. eta Dumont, J. (1994): "Cognitive-behavioral treatment for adolescent pathological gamblers", *Behavior Modification,* **18** (2), 230-242.
Lahey, B. B. eta beste (1984): "Are attention deficit disorders with and without hyperactivity similar or dissimilar?", *Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry,* **23**, 302-309.
Langevin, R. eta beste (1979): "Experimental studies of the etiology of genital exhibitionism", *Archives of Sexual Behavior,* **8**, 307-331.
Lapham, S. C. eta beste (2001): "Prevalence of psychiatric disorders among persons convicted of driving while impaired", *Archives of General Psychiatry,* **58** (10), 943-949.
Lapierre, A. eta Aucouturier, B. (1980): *El cuerpo y el inconsciente en educación y terapia,* Editorial Científico-Médica, Bartzelona.
Lasègue, E. C. (1873): "De l'anorexie hysterique", *Archives Generales de Medecine,* **1***,* 385-403.
Laufer, M. W. eta Denhoff, E. (1957): "Hyperkinetic impulse disorder in children", *Journal of Pediatrics,* **50**, 463-474.
Lawrie, S. M. eta Abukmeil, S. S. (1998): "Brain abnormality in schizophrenia: A systematic and quantitative review of volumetric magnetic resonance imaging studies", *British Journal of Psychiatry,* **172**,110-120.
Leal, J.; Ziedonis, D. eta Kosten, T. (1994): "Antisocial personality disorder as a prognostic factor for pharmacotherapy of cocaine dependence", *Drug Alcohol Depend,* **35** (1), 31-35.
Leibenluft, E. (1996): "Women with bipolar illness: clinical and research issues", *American Journal of Psychiatry,* **153** (2), 163-173.
Lesieur, H. R. eta Blume, S. B. (1993): "Revising the South Oaks Gambling Screen in different settings", *Journal of Gambling Studies,* **9**, 213-223.
Levav, I. eta beste (1997): "Vulnerability of Jews to affective disorders", *American Journal of Psychiatry,* **154**, 941-947.
Levy, M. L. eta beste (1996): "Alzheimer disease and frontotemporal dementias. Behavioral distinctions", *Archives of Neurology,* **53**, 687-690.

Lewinsohn, P. M. eta Essau, C. A. (2002): "Depression in adolescents", in Gotlib, I. H. eta Hammen C. L. (arg.), *Handbook of depression,* Guilford Press, New York, 541-559.

Lewinsohn, P. M. eta beste (1993): "Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students", *Journal of Abnormal Psychology,* **102**, 133-144.

Lewis, D. eta beste (1997): "Objective documentation of child abuse and dissociation in 12 murderers with Dissociative Identity Disorder", *American Journal of Psychiatry,* **154** (12), 1703-10.

Lindamer, L. A. eta beste (1997): "Gender, estrogen, and chizophrenia", *Psychopharmacology Bulletin,* **33**, 221-228.

Linehan, M. M. (1997): "Behavioral treatments of suicidal behaviors: Definitional obfuscation and treatment outcomes", in D. M. Stoff eta J. J. Mann (arg.), *Neurobiology of suicide,* Annals of the New York Academy of Sciences, New York, 302-328.

Linn, R.T. eta Hodge, G. K. (1982): "Locus of control in childhood hyperactive", *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* **50**, 592-593.

Lipowski, Z. J. (1988): "Somatization: The concept and its clinical application", *American Journal of Psychiatry,* **145**, 1.358-68.

Loftus, E. F.; Coan, J. A.eta Pickrell, J. E. (1996.): "Manufacturing false memories using bits of reality", in L. M. Reder (arg.), *Implicit memory and metacognition,* Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ, 195-220.

Loney, J. eta Milich, R. (1982): "Hyperactivity, inattention/overactivity and aggression in clinical practice", in M. Wolraich eta D. Routh (arg.), *Advances in developmental and behavioural pediatrics,* JAI Press, Grenwich, CT, (Vol 3), 113-147.

Loney, J.; Kramer, J. eta Milich, R.S. (1981): "The hyperactive child grow up: Predictors of symptoms, delinquency and achievement at follow-up", in K. D. Gadow eta J. Loney (arg.), *Psychosocial aspectsof drug treatment for hyperactivity,* Westview Press, Boulder, CO, 113-147.

Loney, J.; Langhorne, J. eta Paternite, C. (1978): "An empirical basis for subgrouping the hyperkinetic/minimal brain dysfunction syndrome", *Journal of Abnormal Psychology,* **87**, 431-441.

Loranger, A. eta Levine, P. (1978): "Age at onset of bipolar affective illness", *Archives of General Psychiatry,* **35**, 1.345-1.348.

Lowe, M. R. eta beste (2001): "Restrictive dieting vs. "undieting": Effects on eating regulation in obese clinic attenders", *Addictive Behaviors,* **26**, 253-266.

Ludwig, A. M. (1985): "Cognitive processes associated with "spontaneous" recovery from alcoholism", *Journal of Studies on Alcohol,* **46,** 53-58.

Luria, A. R. (1961). *The role of speech and the regulation of normal and abnormal behaviors,* Liveright, New York.

Lyon, H. M.; Startup, M. eta Bentall, R. P. (1999): "Social cognition and the manic defense: Attributions, selective attention, and self-schema in bipolar affective disorder", *Journal of Abnormal Psychology,* **108**, 273-282.

Lyvers, M. (2000): "Loss of control in alcoholism and drug addiction: a neuroscientific interpretation", *Experimental and Clinical Psychopharmacology,* **8** (2), 225-249.

Machón, R. A. eta beste (1995): "Schizotypal personality disorder characteristics associated with second-trimestrer dusturbance of neural development", in A. Raine, T. Lencz eta S. A. Mednick (arg.), *Schizotypal Personality,* Cambridge University Press New York, 43-55.

Macleod, J. eta beste (2004): "Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies", *Lancet,* **363** (9421): 1.579-88.

Mahowald, M. W. eta Schenck, C. H. (2000): "REM sleep parasomnias", in M. H. Kryger, T. Roth eta W. C. Dement (arg.), *Principles and Practice of Sleep Medicine,* W. B. Saunders, Philadelphia, 724-41.

Malaspina, A. eta beste (2002): "Disease clustering: the example of ALS, PD, dementia and hereditary ataxias in Italy", *Functional Neurology,* **17** (4), 177-182.

Malaspina, D. eta beste (2001): "Advancing paternal age and the risk of schizophrenia", *Archives of General Psychiatry,* **58**, 361-7.

Maldonado, J. R. eta Spiegel, D. (2001): "Conversion disorder", in K. A. Phillips (arg.), *Review of psychiatry,* APPI, Washington, 95-128.

Maletzky, B. M. (1998): "The paraphilias: Research and treatment", in P. E. Nathan eta J. M. Gorman (arg.), *A guide to treatments that work,* Oxford University Press, New York, 472-500.

Manji, H.K. eta Lenox, R.H. (2000): "Signaling: cellular insights into the pathophysiology of bipolar disorder", *Biological Psychiatry,* **48**, 518-530.

Marlatt, G. A. eta beste (1993): "Harm reduction for alcohol problems: Moving beyond the controlled drinking controversy", *Behavior Therapy,* **24**, 461-504.

Marshall, W. L. (1997): "The relationship between self-esteem and deviant sexual arousal in nonfamilial child molesters", *Behavior Modification,* **21,** 86-96.

Mason, T. B. A. eta Pack A. I. (2007): "Pediatric parasomnias", *Sleep,* **30**, 141-151.

Maté, J., Hollenstein, M. eta Gil, F. (2004): "Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico", *Psicooncología,* **1**, 211-230.

Mc Keith, R. B. (1963): *Defining the concept of "minimal brain dysfunction",* National Spastics Society, Heinemann, Londres.

McConaghy, N. eta beste (1988): "Behavior completion versus stimulus control in compulsive gambling. Implications for behavioral assessment", *Behavior Modification,* **12**, 371-384.

McGrath, J eta beste (2004): "A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology", *BMC Medicine* **2** (1), 13.

McGue, M., Pickens, R.W. eta Svikis, D.S. (1992): "Sex and age effects on the inheritance of alcohol problems: A twin study", *Journal of Abnormal Psychology,* **101**, 3-17.

McKay, D. (1999): "Two-year follow-up of behavioral treatment and maintenance for body dysmorphic disorder", *Behaviour Modification,* **23**, 620-629.

McKibben, A., Proulx, J. eta Lusignan, R. (1994): "Relationships between conflict, affect and deviant sexual behaviors in rapists and child molesters", *Behaviour Research and Therapy,* **32,** 571-575.

McKim, W. M. (1991): *Drugs and Behavior: an introduction to behavioral pharmacology,* Prentice Hall, Inc, New Jersey.

Medina Ortiz, O. eta beste (2007): "Alteraciones del sueño en los trastornos psiquiátricos", *Revista Colombiana de Psiquiatría,* **36** (4), 701-717.

Mednick, S. A. eta beste (arg). (1991): *Fetal Neural Development and Adult Schizophrenia,* Cambridge University Press, Cambridge.

Meichenbaum, D. (1976): "Cognitive–behavior modification", in J. Spence, R.C. Carson eta J.W. Thibaut (arg.), *Behavioral approaches to therapy,* General Learning Press, Morristown, NJ.

Meichenbaum, D. H. eta Goodman J. (1971): "Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control", *Journal of Abnormal Psychology,* **77**, 115-126.

Mellinger, G. D.; Balter, M. B. eta Uhlenhuth, E. H. (1985): "Insomnia and its treatment. Prevalence and correlates", *Archives of General Psychiatry*, **42** (3), 225-232.

Milberger, S. eta beste (1997): "ADHD is associated with early initiation of cigarette smoking in children and adolescent", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry***, 36**, 37-43.

Millar, H. R. eta beste (2005): "Anorexia nervosa mortality in Northeast Scotland. 1965-1999", *American Journal of Psychiatry,* **162** (4), 753-757.

Millon, T. eta Davis, R. (2001): *Trastornos de la personalidad en la vida moderna,* Masson, Bartzelona.

Mindell, J. A. (1993): "Sleep disorders in children", *Health Psychology,* **12**, 151-162.

Minuchin, S. eta beste (1975): "A conceptual model of psychosomatic illness in children: Family organization and family therapy", *Archives of General Psychiatry,* **32**, 1.031-1.038.

Minuchin, S.; Rosman, B. L. eta Baker, L. (1978): *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context,* Harvard University Press, Cambridge, MA.

Miranda Casas, A.; Roselló Miranda, B. eta Soriano Ferrer, M. (1998): *Estudiantes con deficiencias atencionales,* Promolibro, Valentzia.

Money, J. (1986): *Lovemaps: Clinical concepts of sexual/erotic health and pathology, paraphilia, and gender transposition in childhood, adolescence, and maturity,* Irvington, New York.

Monti, J. eta Monti, D. (2005): "Sleep disturbance in schizophrenia", *International Review of Psychiatry,* **17**, 247-253.
Morenz, B. eta Becker, J. V. (1995): "The treatment of youthful sexual offenders", *Applied and Preventive Psychology,* **4** (4), 247-256.
Morris, M.; Lack, L. eta Dawson, D. (1990): "Sleep-onset insomniacs have delayed temperature rhythms", *Sleep,* **13**, 1-14.
MTA Co-operative Group (1999a): "A 12-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder", *Archives of General Psychiatry,* **56**, 1.073-86.
————————, (1999b): "Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: the multimodal treatment study of children with attention-deficit/hyperactivity disorder", *Archives of General Psychiatry,* **56**, 1.088-96.
Munjack, D. J. (1984): "The onset of driving phobias", *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry,* **15**, 305-308.
Muñoz-Molina, Y. (2008): "Meta-análisis sobre juego patológico 1997-2007", *Revista de Salud Pública,* **10**, 150-159.
Murdoch, D.; Pihl, R. eta Ross, D. (1990): "Alcohol and crimes of violence: present issues", *International Journal of the Addictions,* **25,** 1.065-1.081.
Murray, C. eta Lopez, A. (1996): *The Global Burden of Disease,* Harvard University Press, Cambridge, MA.
Myers, J. K. eta beste (1984): "Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities: 1980-1982", *Archives of General Psychiatry,* **41**, 959-970.
Nathan, P. E.; Gorman, J. M. eta Salkind, N. J. (2005): *Tratamiento de trastornos mentales. Una guía de tratamientos que funcionan,* Alianza Editorial, Madril.
Nelson, J. C. eta Davis, J. M. (1997): "DST studies in psychotic depression: A meta-analysis", *American Journal of Psychiatry,* **154**, 1.497-1.503.
Neyraut, M. (1974): *Le transfert,* Presses Universitaires de France, Paris.
Neziroglu, F. eta Yaryura-Tobias, J. A. (1993): "Body dysmorphic disorder: Phenomenology and case descriptions", *Behavioural Psychotherapy,* **21**, 27-36.
Nielsen, T. eta beste (2000): "Development of disturbing dreams during adolescence and their relation to anxiety symptoms", *Sleep,* **23** (6), 727-736.
Nigg, J. T. eta Goldsmith, H. H. (1994): "Genetics of personality disorders: Perspectives from personality and psychopathology research", *Psychological Bulletin,* **3**, 346-380.
Nishino, S. eta beste (2000): "Hypocretin (orexin) deficiency in human narcolepsy", *Lancet,* **355** (9197), 39-40.
Nowlan, R. eta Cohen, S. (1977): "Tolerance to marijuana: heart rate and subjective "high"", *Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics,* **22**, 550-556
Nuechterlein, K. H. (1977a): "Reaction time and attention in schizophrenia: A critical evaluation of the data and theories", *Schizophrenia Bulletin,* **3**, 373-428.
Nuechterlein, K. H. (1977b): "Refocusing on attentional dysfunctions in schizophrenia", *Schizophrenia Bulletin,* **3**, 457-469.

O'Brien, C.P. (1996): "Drug addiction and drug abuse", in J.G. Harmon, L. E. Limbird, P. B. Molinoff, R. W. Ruddon eta A. G. Gilman (arg), *The Pharmacological Basis of Therapeutics,* [9th Edition], McGraw-Hill, New York, 557-577.

Ohayon, M. M. (2002): "Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn", *Sleep Medicine Reviews,* **6**, 97-111.

Ohayon, M. M. eta beste (1996): "Hypnagogic and hypnopompic hallucinations: Pathological phenomena?", *British Journal of Psychiatry,* **169,** 459-467.

Ohayon, M. M. eta beste (2002): "Prevalence of narcolepsy symptomatology and diagnosis in the European general population", *Neurology,* **58** (12), 1826-33.

Organización Mundial de la Salud = OMS = OME (1992): *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades,* Meditor, Madril.

Orjales Villar, I. eta Polaino-Lorente, A. (1988): "Evaluación pediátrica de la eficacia terapéutica diferencial en el tratamiento de la hiperactividad infantil", *Acta Pediátrica Española,* **46** (1), 39-54.

Orjales, I. (1991): *Eficacia diferencial en técnicas de intervención en el síndrome hipercinético,* [Doktore-Tesia}, Universidad Complutense, Madril.

Ost, L. G. (1985): "Ways of acquiring phobias and outcome of behavioral treatments", *Behaviour Research & Therapy,* **23**, 683-689.

Ouimette, P. C.; Finney, J. W. eta Moos, R. (1997): "Twelve step and cognitive behavioral treatment for substance abuse: A comparison of treatment effectiveness", *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* **65**, 220-234.

Pahl, J. J.; Swayze, V.W. eta Andreasen, N. C. (1990): "Diagnostic advances in anatomical and functional brain imaging in schizophrenia", in A. Kales, C. N. Stefanis eta J. A. Talbott (arg.), *Recent advances in schizophrenia,* Springer-Verlag, New York, 163-89.

Palkes, H., Stewart, M. eta Freedman, J. (1972): "Improvement in maze performance of hyperactive boys as a function of verbal-training procedures", *Journal of Special Education,* **5,** 337-342.

Paradis, C.M.; Friedman, S. eta Hatch, M. (1997): "Isolated sleep paralysis in African Americans with panic disorder", *Cultural Diversity and Mental Health,* **3**, 69-76.

Pauls, D. L. eta Leckman, J. F. (1986): "The inheritance of Gilles de la Tourette´s syndrome and associated behaviors: evidence for autosomal dominant transmission", *New English Journal of Medecine,* **315**, 993-997.

Pauls, D. L.; Leckman, J. F eta Cohen, D. J. (1993): "Familial relationship between Gilles de la Tourette syndrome, attention-deficit disorder, learning disabilities, epeec disorders, and stuttering", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* **32***,* 1.044-1.050.

Pavan, C. eta beste (2008): "Psychopathologic aspects of body dysmorphic disorder: a literatur review", *Aesthetic Plastic Surgery,* **32** (3), 473-484.

Pedrick, C. S. eta Hyman, B. M. (2003): *Guía práctica del TOC: pistas para su liberación,* Desclée, Bilbo.

Pelayo, R. eta Lopes, M. C. (2009): "Narcolepsy", in T. L. Lee-Chiong (arg.), *Sleep medicine essentials,* Wiley-Blackwell, Hoboken, N.J., 47-51.

Pelham, W. E. eta Fabiano, G. A. (2000): "Behavior modification", *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America,* **9**, 671-635.

Pelham, W. E. eta Waschbusch, D. A. (1999): "Behavioral intervention in attention deficit/hyperactivity disorder", in H. C. Quay eta A. E. Hogan, (arg.). *Handbook of Disruptive Behavior Disorders,* Kluver/Plenum, New York, 255-278.

Pelham, W. E.; Carlson, C. eta Sams, S. E. (1993): "Separed and combined effects of methylphenidate and behavior modification in boys with attention deficit hyperacivity disorder in the classroom", *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* **61**, 506-551.

Pennington, B. F. eta Ozonoff, S. (1996): "Executive functions and developmental psychopathology", *Journal of Child Psycology and Psychiatry,* **37**, 51-87.

Pereiro C.; Bermejo A. eta López B. (2005): "Muerte por sobredosis: de la reacción aguda tras consumo de opiáceos a la muerte asociada al policonsumo", *Adicciones,* **17** (2), 151-165.

Petkari, E. eta beste J.A. (2011): "Acute psychopathology as a predictor of global functioning in patients with ICD-10 non-affective psychosis: a prospective study in 11 European countries", *Schizophrenia Research,* **131** (1-3), 105-111.

Phillips, K. A. eta Menard, W. (2006): "Suicidality in body dysmorphic disorder: A prospective study", *American Journal of Psychiatry,* **163**, 1.280-1.282.

Phillips, K. A.; McElroy, S. L. eta Keck, P. E. Jr. (1993): "Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness", *American Journal of Psychiatry,* **150,** 302-308.

Phillips, K. (2001): "Body dysmorphic disorder", in K.A. Phillips (arg.), *Somatoform and factitious disorders,* American Psychiatric Publishing, Washington, 67-94.

Piaget, J. (1973): *Le développement de la notion de temps chez l´enfant,* P.U.F., Paris.

Pickworth, W. B.; Rohrer, M. S. eta Fant, R. V. (1997): "Effects of abused drugs on psychomotor performance", *Experimental and Clinical Psychopharmacology,* **5** (3), 235-241.

Pierce, J. P. eta Gilpin, E. A. (1995): "A Historical Analysis of Tobacco Marketing and the Uptake of Smoking by Youth in the United States: 1890-1977", *Health Psychology,* **14** (6), 500-508.

Pike, K. M. eta Mizushima, H. (2005): "The clinical presentation of Japanese women with anorexia nervosa and bulimia nervosa: A study of the eating disorders inventory-2", *International Journal of Eating Disorders,* **37** (1), 26-31.

Pliner, P. eta Haddock, G. (1996): "Perfectionism in weight-concerned and unconcerned women: An experimental approach", *International Journal of Eating Disorders,* **19**, 381-389.

Pliszka, S. R. (1989): "Effect of anxiety on cognition, behavior, and stimulant response in ADHD", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* **28**, 882-887.

————————, (1992): "Comorbidity of attention-deficit hyperactivity disorder and overanxious disorder", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* **31**, 197-203.

Podestá, C. (2005): "Narcolepsia. Archivos de Neurología", *Neurología y Neuropsiquiatría,* **9,** 25-30.

Polaino-Lorente, A. (1984): *Depresión: Actualización psicológica de un problema clínico,* Alhambra, Madril.

————————, (arg.) (1997): *Manual de hiperactividad infanti,* Unión Editorial, Madril.

Pollak, J. M. (1979): "Obsessive-compulsive personality: A review", *Psychological Bulletin,* **86** (2), 225-241.

Pollitt, J. (1957): "Natural history of obsessional states", *British Medical Journal,* **9**, 133-140.

Postel, J. eta Quetel, C. (1993): *Historia de la Psiquiatría,* Fondo de Cultura Económica, Mexiko.

Putnam, F.W. (1991): "Dissociative disorders in children and adolescents: A developmental perspective", *Psychiatric Clinics of North America,* **14**, 519-532.

Raevuori, A. eta beste (2008): "Anorexia and bulimia nervosa in same-sex and opposite-sex twins: lack of association with twin type in a nationwide study of finnish twins", *American Journal of Psychiatry,* **165**, 1.604-10.

Randsma, J. M.; Maultsby, M. C. eta Welsh, R. J. (1980): *Outpatient treatment of alcoholism: A review and comparative study,* University Park Press, Baltimore.

Reich, W. (1945): [Jatorrizko lana: 1933an argitaratua] *Character analysis: Principles and technique for psychoanalysts in practice and in training* (Theodore P. Wolfe, itzul.), Orgone Institute Press, New York.

Reid, R. (1996): "Research in self-monitoring with students with learning disabilities: The present, the prospects, the pitfalls", *Journal of Learning Disabilities,* **29**, 317-331.

Reisberg, B. eta beste (1982): "The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia", *American Journal of Psychiatry,* **139**, 1.136-1.139.

Remulla, A. eta Guilleminault, C. (2004): "Medical management of somnambulism", *Expert Opinion on Pharmacotherapy Journal,* **5**, 2.069-74.

Rief, W. eta Broadbent, E. (2007): "Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms", *Clinical Psychology Review,* **27** (7), 821-41.

Rief, W. eta beste (2006): "The prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey", *Psychological Medicine,* **36** (6), 877-885.

Robin, A. L. (1998): *ADHD in Adolescents,* The Guilford Press, New York.

Roca, J.V. eta beste (2006): "Cognitive Function and Dissociative Disorder Status among Veteran Subjects with Chronic Posttraumatic Stress Disorder: A Preliminary Study", *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences,* **18**, 226-230.

Rockwood, K.; Stolee, P. eta Brahim, A. (1991): "Outcomes of admission to a psychogeriatric service", *Canadian Journal of Psychiatry,* **36**, 275-279.

Rodin, J. eta Salovey, P. (1989): "Health psychology", *Annual Review of Psychology,* **40**, 533-579.

Rojo, L. eta Livianos, L. (2003): "Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria", in L. Rojo eta G. Cava (arg), *Anorexia nerviosa,* Ariel Ciencias Médicas, Bartzelona, 29-52.

Rosen, L.A. eta beste (1984): "The importance of prudent negative consequences for maintaining the appropriate behavior of hyperactive students", *Journal of Abnormal Child Psychology,* **12**, 581-604.

Rosenfarb, I. S. eta beste (1995): "Expressed emotion and subclinical psychopathology observable within the transactions between schizophrenic patients and their family members", *Journal of Abnormal Psychology,* **104**, 259-267.

Ross, C. A. eta beste (1990): "Structured interview data on 102 cases of multiple personality disorder from four centers", *American Journal of Psychiatry,* **147**, 596-601.

Ross, M. J. eta beste (1981): "Cross cultural approaches to transsexualism: a comparison between Sweden and Australiae", *Acta Psychiatrica Scandinavica,* **63**, 75-82.

Roy, A. eta beste **(**1999): "Genetics of suicide in depression", *Journal of Clinical Psychiatry,* **60** (suppl. 2), 12-17.

Roy-Byrne. P. P. eta Cowley, D. (2007): "Pharmacologic treatments for panic disorder, generalized anxiety disorders, specific phobia and social anxiety disorders", in P. Nathan eta J. Gorman (arg.), *A guide to treatments that work* [3rd ed], Oxford University Press, New York.

Ruscio, A. M. eta beste (2010): "The epidemiology of obsessive–compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication", *Molecular Psychiatry,* **15**, 53-63.

Rutter, M. (arg.). (1984): *Developmental Neuropsychiatry,* Churchil-Livingstone, Edinburgo.

Safer, D. eta Allen, R. (1976): *Niños hiperactivos: diagnóstico y tratamiento,* Santillana, Madril.

Sandín, B. eta Chorot, P. (1998): "Dimensiones de los miedos en niños: estructura factorial del FSSC-R", *Psiquis,* **19**, 23-32.

Sapolsky, R. M. (2002): *A primate´s memoir: love, death and baboons in East Africa,* Vintage, Londres.

Sar, V. eta beste (2004): "Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder", *American Journal of Psychiatry,* **162**, 271-276.

Savitz, J. eta beste (2004): "Dissociative Identity Disorder Associated with Mania and Change in Handedness", *Cognitive and Behavioral Neurology,* **17**, 233-237.

Schachar, R. eta Logan, G. (1990): "Are hyperactive children deficient in attentional capacity?", *Journal of Abnormal Child Psychology,* **18**, 180-189.

Schneider, K. (1959): *Clinical Psychopathology,* Grune and Stratton, New York.
Schneider, M. (1974): "Turtle technique in the classroom", *Teaching Exceptional Children,* **7,** 22-24.
Schneider, M. eta Robin, A. (1992): "La técnica de la tortuga. Un método para el autocontrol de la conducta impulsiva", in T. Bonet (konp.), *Problemas Psicoloógicos de la Infancia,* Promolibro, Valentzia, 127-164.
Schreiber, F. R. (1973): *Sybil: the true story of a woman possessed by sixteen separate personalities,* Warner Books, New York.
Scroppo, J. C. eta beste (1998): "Identifying Dissociative Identity Disorder: A Self-report and projective study", *Journal of Abnormal Psychology,* **107**, 272-284.
Seligman, M. E. P. eta Maier, S. F. (1967): "Failure to escape traumatic shock", *Journal of Experimental Psychology,* **74**, 1-9.
Selvini-Palazzoli, M. (1974): *Self starvation: From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa,* Jason Aronson, New York.
Selye, H. (1956): *The Stress of life,* McGraw-Hill, New York.
Sergeant, J. A. (1981): *Attentional Studies in Hyperactivity,* Rijksuniversiteit te Groningen, Groningen.
Sevilla, C.; Corrales, M. J. eta Ortiz, A. (2007): "Demencias: concepto y diagnóstico diferencial", in J. Peñacasanova (arg.), *Neurología de la conducta y neuropsicología,* Médica Panamericana, Madril.
Shalev, A.Y. eta beste (1998): "Prospective Study of Posttraumatic Stress Disorder and Depression Following Trauma", *The American Journal of Psychiatry,* **155**, 630-637.
Shapiro, F. (1995): *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures,* Guilford, New York.
Shapiro, J. R. eta beste (2007): "Bulimia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials", *International Journal of Eating Disorders,* **40** (4), 321–336.
Shapiro, S. K. eta Garfinkel, B. D. (1986): "The occurrence of behaviorsdisorders in children: The interdependence of attention deficit disorder and conduct disorder", *Journal of the American Academy of Child Psychiatry,* **25**, 809-819.
Shneidman, E. (1985): *Definition of suicide,* John Wiley & Sons, New York.
Shneidman, E. S. (1987): "A psychological approach to suicide", in G. R. VandenBos eta B. K. Bryant (arg.), *Cataclysms, crises, and catastrophes: Psychology in action,* American Psychological Association, Washington, DC, 147-183.
Shure, M. B. (1981): "Social competence as a problem-solving skill", in J. D. Wine eta M. D. Smye (arg.), *Social competence,* Guilford Press, New York, 158-185.
Siegelman, E. (1969): "Reflective and impulsive observing behavior", *Child Development,* **9**, 1.213-1.222.
Sierra, J. C.; Delgado-Dominguez, C. eta Carretero-Dios, H. (2009): "Influencia de la calidad de sueño sobre variables psicopatológicas: un análisis comparativo entre trabajadores sometidos a turnos y trabajadores con horario normal", *Revista Latinoamericana de Psicología,* **41** (1), 121-130.

Siever, L. J. eta beste. (1995): "Lateral ventricular enlargement in schizotypal personality disorder", *Psychiatry Research,* **57** (2), 109-118.

Silverman, J. A. (1997): "Anorexia Nervosa: Historical Perspective on Treatment", in D. M. Garner eta P. E. Garfinkel. (arg.), *Handbook of Treatment for Eating Disorders,* Guilford Press, New York.

Silverman, J. M. eta beste (1994): "Patterns of risk in first-degree relatives of patients with Alzheimer's disease", *Archives of General Psychiatry,* **51**, 577-586.

Sobell, M. B. eta Sobell, L. C. (1976): "Second year treatment outcome of alcoholics treated by individual behaviour therapy: results", *BehaviourResearchandTherapy,* **14**, 195-215.

Solomon, Z.; Mikulincer, M. eta Flum, H. (1988): "Negative life events, coping responses, and combat-related psychopathology: A prospective study", *Journal of Abnormal Psychology,* **97**, 302-307.

Sonuga-Barke, E. J. S.; Saxton, T. eta Hall, M. (1998): "The role of interval underestimation in hyperactive children's failure to suppress responses over time", *Behavioural Brain Research,* **94**, 45-50.

Spanos, N. P.; Weekes, J. R. eta Bertrand, L. D. (1985): "Multiple personality: A social psychological perspective", *Journal of Abnormal Psychology,* **94**, 362-276.

Spencer, T. eta beste (1996): "Pharmotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle", *Journal of American Academy of Child and Adolescnt Psychiatry,* **35**, 409-432.

Srinivasagam, N. M. eta beste (1995): "Persistent perfectionism, symmetry, and exactness after long-term recovery from anorexia nervosa", *American Journal of Psychiatry,* **152**, 1630–1634.

Stein, D. J.; Ipser, J. eta McAnda, N. (2009): "Pharmacotherapy of post-traumatic stress disorder: A review of meta-analysis and treatment guidelines", *CNS Spectrums,* **14,** Supplement, 25-31.

Steinhausen, H. C. (2002): "The outcome of anorexia nervosa in the 20th century", *American Journal of Psychiatry,* **159** (8), 1.284-93.

Steinhausen, H. C. eta Weber, S. (2009): "The outcome of bulimia nervosa: findings from one-quarter century of research", *American Journal of Psychiatry,* **166** (12), 1.331-41.

Stern, Y. eta beste (1994): "Influence of education and occupation on the incidence of Alzheimer's disease", *Journal of the American Medical Association,* **271**, 1.004-1.010.

Stolberg, R. A.; Clark, D. C. eta Bongar, B. (2002): "Epidemiology, assessment, and management of suicide in depressed patients", in I. H. Gotlib eta C. L. Hammen (arg.), *Handbook of depression,* The Guilford Press, New York, 581-601.

Strauss, A. A. eta Lethinen, L. E. (1947): *Psychopathology and Education of the Brain-injured Child,* Grune Stratton, New York.

Strauss, M. E. eta Ogrocki, P. K. (1996): "Confirmation of an association between family history of affective disorder and the depressive syndrome in Alzheimer's disease", *American Journal of Psychiatry,* **153**, 1.340-1.342.

Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R. eta Rodin, J. (1993): "The social self in bulimia nervosa: public self-consciousness, social anxiety, and perceived fraudulence", *Journal of Abnormal Psychology,* **102** (2), 297-303.

Strober, M. eta Humphrey, L. (1987): "Familial contributors to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia", *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* **55**, 654-659.

Strober, M. eta beste (2000): "Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes", *American Journal of Psychiatry,* **157**, 391-401.

Strober, M. eta beste (1990): "A controlled family study of anorexia nervosa: Evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders", *International Journal of Eating Disorders,* **9**, 239-253.

Sumathipala, A. eta beste (2008): "Understanding the explanatory model of the patient on their medically unexplained symptoms and its implication on treatment development research: a Sri Lanka Study", *BMC Psychiatry,* **8,** 54-64.

Sussman, S. eta beste (1996): "Marijuana use: Current issues and new research directions", *Journal of Drug Issues,* **26**, 695-733.

Swanson, J. eta beste (1978): "Time-response analysis of the effect of stimulant medication on the learning ability of children referred for hyperactivity", *Pediatrics,* **61**, 21-24.

Swartz, M. eta beste (1986): "Somatization Disorder in a U.S. Southern Community: Use of a New Procedure for Analysis of Medical Classification", *Psychological Medicine,* **16**, 595-609.

Swartz, M. eta beste (1991): "Somatization disorder", in L. N. Robins eta D. A. Regier (arg.), *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study,* Free Press, New York, 220-257.

Sydenham, T. (1697): "Discourse concerning hysterical and hypocondriacal distempers", in Dr. Sydenham´s Complete Method of Curing Almost All Diseases, and Description of Their Symptoms, to which are Now Added Five Discourses of the Same Author Concerning Pleuresy, Gout, Hysterical Passion, Dropsy and Rheumatism, 3. ed., Newman and Parker, London.

Szelenberger, W.; Niemcewicz, S. eta Dabrowska, A. J. (2005): "Sleepwalking and night terrors: psychopathological and psychophysiological correlates", *International Review of Psychiatry,* **17** (4), 263-70.

Tannock, R. eta Schachar, R. (1996): "Executive dysfunction as an underlying mechanism of behavior and language problems in attention deficit hyperactivity disorder", in J. H. Beitchman, N. J. Cohen, M. M. Konstantareas eta R. Tannock (arg.), *Language, Learning, and Behavior Disorders,* Cambridge University Press, New York, 128-155.

Tarrier, N. eta beste (1999): "Durability of the effects of cognitive–behavioural therapy in the treatment of chronic schizophrenia: 12-month follow-up", *British Journal of Psychiatry,* **174**, 500–504.

Taylor, E. A. (1991): *El niño hiperactivo,* Martinez Roca, Bartzelona.

Thomas, A. K. eta Loftus, E. F. (2002): "Creating bizarre false memories through imagination", *Memory & Cognition,* **30**, 423-431.

Thorley, G. (1984): "Hyperkinetic syndrome of childhood: Clinical characteristics", *British Journal of Psychiatry,* **14**, 16-24.

Tien, A. Y. eta Anthony, J. C. (1990): "Epidemiological analysis of alcohol and drug use as risk factors for psychotic experiences", *Journal of Nervous and Mental Disease,* **178** (8), 473-480.

Tienari, P. (1991): "Interaction between genetic vulnerability and family environment: the Finnish adoptive family study of schizophrenia", *Acta Psychiatrica Scandinavica,* **84**, 460-465.

Tiffany, S. T. (1990): "A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: Role of automatic and nonautomatic processes", *Psychological Review,* **97**, 147-168.

Torrey, E. F. eta beste (1994): "Prenatal origin of schizophrenia in a subgroup of discordant monozygotic twins", *Schizophrenia Bulletin,* **20** (3), 423-432.

Treasure, J.: Claudino, A. M. eta Zucker, N. L. (2010): "Eating disorders", *The Lancet,* **375**, 583-593.

Tsai, G. eta beste (1998): "D-serine added to antipsychotics for the treatment of schizophrenia", *Biological Psychiatry,* **44**, 1.081-1.089.

Tsai, J. L. eta Chentsova-Dutton, Y. (2002): "Understanding depression across cultures", in I. Gotlib eta C. Hammen (arg.), *Handbook of depression,* Guilford Press, New York, 467-491.

Vallejo, J. eta Berrios, G. E. (2006): *Estados Obsesivos,* Editorial: Masson, Bartzelona.

Van den Broek; M. D., Bradshaw, C. M. eta Szabadi, E. (1992): "Performance of impulsive and non-impulsive subjects on two temporal differentiation tasks", *Personality and Individual Differences,* **13**, 169-174.

Van den Broucke, S.; Vandereycken, W. eta Vertommen, H. (1995): "Marital communication in eating disorder patients: A controlled observational study", *International Journal of Eating Disorders,* **17** (1), 1-21.

Van Praag, H. M.; Plutchik, R. eta Apter, A. (1990): *Violence and suicidality: Perspective in clinical and psychobiological research,* Brunner/Mazel, New York.

Vanderlinden, J. eta beste (1991): "Dissociative experiences in the general population in Belgium and The Netherlands. An exploratory study with the Dissociation Questionnaire (DIS-Q)", *Dissociation,* **4**, 180-184.

Veale, D. eta Riley, S. (2001): "Mirror, mirror on the wall, who is the ugliest of them all? The psychopathology of mirror gazing in body dysmorphic disorder", *Behaviour Research and Therapy,* **39**, 1.381-1.393.

Ventura M. (2006): "Eye Movement Desensitization and Reprocessing EMDR for the treatment of emotional trauma", *Psicologia Conductual,* **14** (3), 387-400.

Vygotsky, L. (1962): *Thought and language,* Wiley & Sons, New York.
Walker, E. F. eta Diforio, D. (1997): "Schizophrenia a neural diathesis-stress model", *Psychological Review,* **104**, 667-685.
Walsh, B. T. (1995): "Pharmacotherapy of bulimia nervosa and binge eating disorder", *Addictive Behaviors,* **20**, 757-64.
Walters, E. E. eta Kendler, K. S. (1995): "Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population-based female twin sample", *American Journal of Psychiatry,* **152** (1), 64-71.
Watanabe, A. eta beste (2005): "Prediction first episode of panic attack among white-collar workers", *Psychiatry and Clinical Neurosciences,* **59**, 199-126.
Watson T. L.; Bowers W. A. eta Andersen A. E. (2000): "Involuntary treatment of eating disorders", *American Journal of Psychiatry,* **157** (11), 1.806-1.810.
Weinberg, W. A. eta Brumback, R. A. (1990): "Primary disorder of vigilance: a novel explanation of inattentiveness, boredom, restlessness, and sleepiness", *Journal of Pediatry,* **116**, 720-725.
Weinberg, W. A. eta Harper, C. R. (1993): "Vigilance and its disorder". *Neurological Clinics,* **11**, 59-78.
Weiner, D. eta Rosen, R. (1999): "Sexual dysfunctions and disorders", in T. Millon eta P. Piney (arg.), *Oxford textbook of psychotherapy,* Oxford University Press, New York, 410-433.
Weiss, G. eta Hechtman, L. (1993): *Hyperactive children grown-up ADHD in children, adolescent and adults,* Guilford Press, New York.
Weissman, M. M.; Markowitz, J. C. eta Klerman, G. L. (2000): *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy,* Basic Books, New York.
Weitze, C. eta Osburg, S. (1996): "Transsexualism in Germany: empirical data on epidemiology and application of the Germans transsexuals act during its first ten years", *Archives of Sexual Behavior,* **25**, 409-425.
Whiffen, V. E. eta Gotlib, I. H. (1993): "Comparison of postpartum and non-postpartum depression: Clinical presentation, psychiatric history, and psychosocial functioning", *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* **61,** 485-494.
Williams, L. M. (1994): "Recall of childhood trauma: A prospective study of women' s memories of child sexual abuse", *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* **62,** 1.167-1.176.
Willis (1668): *Pathologiae Cerebri and Nervosi Generis Specimen,* Jacobum Allestry, Londres.
Wilson R. S. eta beste (2002): "Depressive symptoms, cognitive decline, and risk of AD in older persons", *Neurology,* **59**, 364-370.
Wilson, G. T. eta Fairburn, C. G. (1998): "Treatment of eating disorders", in P. E. Nathan eta J. M. Gorman. (arg.), *Treatments that work,* Oxford University Press, New York, 501-530.
Wilson, G. T. eta Pike, K. M. (2001): "Eating Disorders", in D. H. Barlow (arg.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders,* Guilford, New York, 332-375.

Wilson, G. T. eta beste (2010): "Psychological treatments of binge eating disorder", *Archives of General Psychiatry,* **67**, 94-101.
Wing, R. R. eta Hill, J. O. (2001): "Successful weight loss maintenance", *Annual Review of Nutrition,* **21**, 323-341.
Winters, K. eta Neale, J. (1985): "Mania and low self-esteem", *Journal of Abnormal Psychology,* **94,** 282-290.
Wittchen, H. U. eta beste (1994): "*DSM-III-R* generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey", *Archives of General Psychiatry,* **57**, 355-364.
Wittchen, H. U. eta beste (2009): "Posttraumatic Stress Disorder: Diagnostic and epidemiological perspectives", *CNS Spectrums,* **14** (Suppl 1), 5-12.
Wolraich, M. L. eta beste (1990): "Stimulant medication use by primary care physicians in the treatment of attention-deficit-hyperactivity disorders", *Pediatrics,* **86**, 95-101.
Wonderlich, S. A. eta beste (2007): "Testing the validity of eating disorder diagnoses", *International Journal of Eating Disorders,* **40**, 40-45.
Worling, J. R. (1995): "Sexual abuse histories of adolescent male sex offenders: Differences on the basis of the age and gender of their victims", *Journal of Abnormal Psychology,* **104** (4), 610-613.
Wozniak, J. eta beste (1993): "Prepuberal mania revisited", in *Scientific Proceedings of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (36. or.). Annual Meeting. San Antonio, TX.
Wu, K.; Clark, L. A. eta Watson, D. (2006): "Relations between obsessive–compulsive disorder and personality: beyond axis I–axis II comorbidity", *Journal of Anxiety Disorders,* **20**, 695-717.
Wyatt, H. R. eta beste (2002): "Long-term weight loss and breakfast in subjects in the National Weight Control Registry", *Obesity Research,* **10,** 78-82.
Young, T.; Peppard, P. E. eta Gottlieb, D. J. (2002): "Epidemiology of obstructive sleep apnea: a population health perspective", *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine,* **165** (9), 1.217-39.
Zakay, D. (1992): "The role of attention in children´s time perception", *Journal of Experimental Child Psychology,* **54**, 355-371.
Zinbarg, R. E. eta beste (1994): "The DSM-IV field trial for mixed anxiety depression", *American Journal of Psychiatry,* **151**, 1.153-1.162.
Zucker, K. eta Blanchard, R. (1997): "Transvestic Fetishism: Psychopathology and Theory", in D. Laws eta W. O'Donohue, (arg.), *Handbook of Sexual Deviance: Theory and Application,* Guilford Press, New York, 253-279.

Sailean argitaratu diren beste liburu batzuk

Psikoanalisia eta zenbait psikoterapia
Mikel Plazaola (arg.)
2000n argitaratua
ISBN: 84-8438-006-8

Familia eta giza-garapena
María José Rodrigo Jesús Palacios (koord.)
Fernando Olabarrieta (Euskarazko bertsioaren koord.)
2001ean argitaratua
ISBN: 84-8438-021-1

Ikerkuntza psikologian. Ikerketa-baldintzak eta diseinuaren baliotasuna
Nekane Balluerka eta Xabier Isasi
2003an argitaratua
ISBN: 84-8438-038-6

Komunikazioaren Gizarte Psikologia
Eduardo Apodaka
2004an argitaratua
ISBN: 84-8438-051-3

Psikologia politikorako sarrera
Jose Valencia Garate
2005ean argitaratua
ISBN: 84-8438-064-5

Amatasuna eta aitatasuna. Proposamen berriak
Itziar Alonso-Arbiol (koord.)
2006an argitaratua
ISBN: 84-8438-086-6

Ikerkuntza psikologian. Ikerketa-baldintzak eta diseinuaren baliotasuna (2. argitalpena)
Nekane Balluerka eta Xabier Isasi
2007an argitaratua
ISBN: 978-84-8438-089-4

Gizarte-ezagutzaren garapena nerabezarora arte
Luixa Reizabal (arg.)
2007an argitaratua
ISBN: 978-84-8438-089-4

Haurrei emandako tratu txarrak: atzematea, jatorria eta ondorioak
Alexander Muela
2007an argitaratua
ISBN: 978-84-8438-100-6

Hizkuntza idatziaren didaktika Haur Hezkuntzan eta Lehen Hezkuntzan
Mikel Haranburu, Itziar Alonso-Arbiol, Nekane Balluerka,
Arantxa Gorostiaga
2008an argitaratua
ISBN: 978-84-8438-166-2

Giza garapen psikologiaren ereduak I
Izarne Lizaso Elgarresta, Mariaje Apodaka Ostaikoetxea
2008an argitaratua
ISBN: 978-84-8438-169-2

Giza garapen psikologiaren ereduak II (eranskinak)
Izarne Lizaso Elgarresta, Mariaje Apodaka Ostaikoetxea
2008an argitaratua
ISBN: 978-84-8438-170-9

Generoa aztergai Psikologian: egungo ikerketak
Itziar Alonso-Arbiol eta Miriam Gallarin (koord.)
2009an argitaratua
ISBN: 978-84-8438-239-3

Alzheimer motako dementzia: zer da eta zer egin?
Izarne Lizaso Elgarresta eta Alaitz Aizpurua Sanz
2010ean argitaratua
ISBN: 978-84-8438-286-7

Hezkuntza Bereziaren oinarri psikologikoak. Aniztasunaren trataera
Fernando Trebol Unzue eta beste
2010ean argitaratua
ISBN: 978-84-8438-293-5

Garapen psikologikoa helduaroan eta zahartzaroan

Luixa Reizabal Arruabarrena eta Izarne Lizaso Elgarresta

2011an argitaratua
ISBN: 978-84-8438-335-2

Hezkuntza sozioemozionala eta ikaskuntza-zailtasunak: hezkuntza testuinguruetan aplikatzeko esku-hartzea

Joana Acha Morcillo, Luixa Reizabal Arruabarrena

2012an argitaratua
ISBN: 978-84-8438-429-8

Emozioak eta gaitasun sozioemozionalak

Aitor Aritzeta Galan, Goretti Soroa Martinez, Itziar Etxebarria Bilbao

2013an argitaratua
ISBN: 978-84-8438-469-4

Psikologia Sailean Uztaro aldizkarian argitaratu diren artikuluak

Zahartzaroa eta lekukoen oroimena
Aizpurua Sanz, Alaitz; Garcia-Bajos, Elvira eta Migueles, Malen, *Uztaro* **73**, 51-68.

Jokaera agonistikoen ondorio ezkorrak ekiditeko estrategiak: errekontziliazioa primateetan
Aizpurua Sanz, Eluska, *Uztaro* **36**, 41-52.

Gatazken konponketa gizakietan eta beste primateetan
Aizpurua Sanz, Eluska, *Uztaro* **39**, 85-99.

Haur batek adierazitako egonezinaren lekukoek agertutako jokaera prosozialean eragiten duten aldagaiak
Aizpurua Sanz, Eluska, *Uztaro* **50**, 89-109.

Parafilia eta sexu-nahasteei buruzko ikuspegiak psikopatologian eta sexologia
Alonso-Arbiol, Itzi, *Uztaro* **32**, 69-80.

Metaanalisiaren azterketa: kritikak eta ekarpenak
Alonso-Arbiol, Itzi; Unzurrunzaga, Erne, *Uztaro* **39**, 75-83.

Elkarrizketa sexologikoa: ezaugarriak, dianostikorako eredua eta deribaziorako prozedura
Alonso-Arbiol, Itziar; Azanza, Maite, *Uztaro* **57**, 67-80.

Jatorri desberdineko emakumeen migrazio-egitasmoa eta ongizatea. Genero-ikus-puntutik egindako ekarpenak
Arnoso, Ainara; Elgorriaga, Edurne eta Martinez-Taboada, Cristina, *Uztaro* **67**, 87-104.

Immigrazioa eta gutxiengo kulturalak: etorkinen irudikapenak eta gizarte eta komunitatearen partaidetzarako hausnarketak
Arnoso, Ainara; Elgorriaga, Edurne; Martinez-Taboada, Cristina eta Rico, Ander, *Uztaro* **70**, 79-96.

Emakumeen aurkako indarkeria eta Gizarte Hezkuntzako unibertsitate-sinesmenak: prebentziorako eta heziketarako bide parte-hartzailea
Arnoso, Ainara; Melcón, Sheila; Costa, Maialen eta Lasa, Maite, *Uztaro* **73**, 71-91.

Generoaren eragina komunikazioren garapenean 8-30 hilabete bitarteko haur eus-kaldunetan
Arratibel, Nekane; Garcia, Iñaki; Ezeizabarrena, Mari Jose; Barreña, Andoni, *Uztaro* **75**, 69-86.

Euskara erabiltzearen erraztasunaren/zailtasunaren eragin emozionala eta horren ondorioak
Azurmendi, M.J., *Uztaro* **64**, 83,97.

Ludopatiaren tratamendua talde-terapia kognitibo-jokabidezkoarekin: kasu baten ikerketa
Báez, Kontxi; Salaberria, Karmele, *Uztaro* **17**, 151-158.

Testu zientifikoen ikaskuntza. Argibide eta eskemen eragina
Balluerka, N.; Isasi, X. Yenes, F.; López, A.; Elosua, P., *Uztaro* **5**, 139-149.

Emozioei begirada psikologikoa
Conejero, S.; Pascual, A. Etxebarria, I., *Uztaro* **63**, 77-89.

Giza irudiaren marrazkia: heldutasun-adierazleen datu normatiboak Euskal Autonomia Erkidegoan
Cruz, Soledad; Maganto, Carmen; Pérez, Gorka, *Uztaro* **42**, 103-121.

Froga psikologikoen euskaratzea
Elosua, Pauli; López, Alicia, *Uztaro* **23**, 95-106.

Autokontzeptu fisikoa neurtzeko galdesorta berri baten propietate psikometrikoak
Esnaola, Igor; Goñi, Alfredo, *Uztaro* **56**, 109-122.

MacArthur-Bates Communicatives Development Inventories tresnaren bertsio laburren egokitzapena euskarara
Garcia, Iñaki; Barreña, Andoni; Arratibel, Nekane; Ezeizabarrena, Maria Jose; Barnes, Julia; Almgren, Margareta, *Uztaro* **79**, 49-73.

Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerako Legearen hedapena eta irudikapena egunkarietan
Gil de Montes, L.; Larrañaga, M.; Ortiz, G.; Valencia, J.; Idoyaga, N., *Uztaro* **82**, 83-97.

Hizkuntzaren erabilera lankidetza- eta lehiaketa-harremanetan
Gil de Montes, L.; Ortiz Anzola, G.; Valencia, J., *Uztaro* **41**, 47-63.

Elebidunen garapen kognitibo eta neuropsikologikoaren inguruko ikerkuntza XX. mendean zehar: berrikuspen teoriko-metodologikoa
Gorostiaga, Arantxa; Balluerka, Nekane, *Uztaro* **35**, 89-130.

Familia-harreraren jarraipena Gipuzkoan: gaur egungo egoera eta hobekuntzarako proposamenak ikerkuntzaren eremutik
Gorostiaga, Arantxa; Herce, Cristina; Achúcarro, Cristina; Torres, Bárbara; Rivero, Ana, *Uztaro* **40**, 105-116.

Osakidetzako elikadura-jokabidearen nahasteen tratamendurako berariazko programan tratamenduan dauden pazienteen nortasun-ezaugarriak
Grijalvo, Jorge; Aparicio, M. Dolores; Iruín, Alvaro; Insúa, Patricia; Marañon, Izaskun, *Uztaro* **45**, 91-100.

Haurraren adimenaren eboluzioa
Haranburu, Mikel, *Uztaro* **0**, 99-110.

Anorexia
Haranburu, Mikel, *Uztaro* **25**, 125-131.

Ikasleen estilo kognitiboen, garapen operatorioaren eta prekontzepzioen arteko harremanak, irakaskuntzari begira
Haranburu, Mikel, *Uztaro* **30**, 85-104.

Norberaren egiaztapen- eta goratze-estrategiak
Haranburu, Mikel; Guerra, Jesús, *Uztaro* **41**, 27-45.

Enpresaren irudia eta prestakuntza iraunkorra
Haranburu, Mikel; Asua, Begoña; Arregi, Paki; Arrieta, Elisabet, *Uztaro* **46**, 81-92.

Istripuak, gaixotasunak eta gertaera negatiboak jasateko joera duten pertsonen eta substantzia adiktiboen kontsumitzaileak diren pertsonen nortasunaren profila
Haranburu, Mikel; Gorostiaga, Arantxa; Alonso-Arbiol, Itziar; Balluerka, Nekane, *Uztaro* **55**, 89-104.

Nortasun antisozialaren nahastetik psikopatiara, Tony King-en kasuaren bidez
Haranburu, Mikel; Esteve, Joana; Balluerka, Nekane; Gorostiaga, Arantxa;Soro, Marian, *Uztaro* **78**, 51-75.

Edukiaren eragina arrazonamendu deduktiboan
Huizi, Pello; Alzate, Ramón; Balluerka, Nekane, *Uztaro* **16**, 125-143.

Bere begiz ikusi duen lekukoaren oroimena eta ebaluazio-tartearen eragina
Ibabe, Izaskun, *Uztaro* **31**, 101-111.

Internet bidezko ebaluazio hezitzailea
Ibabe, Izaskun eta Jauregizar, Joana, *Uztaro* **59**, 91-108.

Grafologia
Ibarra, Irune, *Uztaro* **4**, 115-126.

Psikografologia
Ibarra, Irune, *Uztaro* **7**, 141-153.

Metafora terapeutikoen erabilera
Ibarra, Irune, *Uztaro* **12**, 111-120.

Prozesu psikolinguistikoak eta eskizofrenia
Insua, P.; Huizi, P.; Grijalvo, J., *Uztaro* **34**, 92-112.

Zaporearekiko abertsioa arratoietan: adiskide pozoituaren efektuan hainbat aldagai kognitibo eta sozialen eragina
Iraola, J.A.; Balluerka, N.; Gorostiaga, A., *Uztaro* **22**, 69-80.

Zapore-lehentasuna arratoietan: aldagai kognitibo eta harreman sozialen eragina
Iraola, Jose Angel, *Uztaro* **29**, 95-107.

Emakume etorkina eta genero-indarkeria EAEko testuinguruan: arrisku-faktoreak eta babes soziala
Irazu, Ainhoa; Arnoso, Maitane; Arnoso, Ainara; Mazkiaran, Mikel, *Uztaro* **78**, 77-101.

Kreditu europarrerantz hurbiltzeko eredu estatistikoa. Psikologiako ikasketak aztergai
Isasi, Xabier; Balluerka, Nekane, *Uztaro* **52**, 77-89.

Erretiratuen soslai berria konstruktu teoriko gisa
Lizaso Elgarresta, Izarne; Norbert Sanchez de Miguel, Manuel, *Uztaro* **60**, 89-105.

Garapenaren psikologiaren ikuspegi historikoa: diziplinaren sorrera eta finkapena
Lizaso Elgarresta, Izarne; Reizabal Arruabarrena, Luixa; Aizpurua Sanz, Alaitz; Norbert Sanchez de Miguel, Manuel, *Uztaro* **87**, 71-90.

Haurrei emandako tratu txarren ondorioak eta parekoekiko harremanak
Muela, Alexander, *Uztaro* **60**, 107-123.

Genero-identitatea testuinguruan: ikerketa enpirikoa
Ortiz, Garbiñe; Valencia, Jose F., *Uztaro* **28**, 99-111.

Hizkuntzaren erabilera genero-estereotipoak iraunarazteko tresna gisa: hizkuntzaren abstrakzioaren ondorioak
Ortiz, Garbiñe; Valencia, Jose F. eta Gil de Montes, Lorena, *Uztaro* **59**, 63-88.

Nork bere burua zaintzeko laguntza emanez
Murphy, Maripat (Itzul.: Xabier Yurramendi), *Uztaro* **38**, 83-96. Jokin Zaitegi Itzulpen Laburren Sariketa.

Familiako giroaren kalitatea eta haurraren garapen psikologikoa Euskal Autonomia Erkidegoan; azterketa deskriptiboa
Olabarrieta, Fernando; Martín, Juan Luis; Arranz, Enrique; Manzano, Ainhoa; Azpiroz, Amaia; Bellido, Arantza; Oliva, Alfredo; Richards, Martin, *Uztaro* **47**, 81-95.

Ikaskuntza pertzeptiboa: aldibereko aurre-esposizioaren efektua
Perez, Joana; Alonso, Gumersinda; Arriola, Naiara, *Uztaro* **74**, 75-92.

Unibertsitateko irakasle baten estrategia diskurtsiboen eta jarrera komunikatiboen azterketa, CLIL metodologia dela bide
Quintana Ordorika, Amaia, *Uztaro* **86**, 111-146.

Identitate soziala nabarmentzearen eragina esklusio moralean
Reizabal, Luixa; Valencia, Joxe, *Uztaro* **15**, 97-107.

Identitate nazionalaren garapena Euskal Herriko haur eta nerabeengan
Reizabal, Luixa; Valencia, Joxe; Jimenez, Maritxu; Barret, Martyn, *Uztaro* **40**, 75-103.

Talde-identifikazioa, barne-taldearekiko faboritismoa eta hautemandako homogeneotasun-maila testuinguru soziopolitiko desberdinetan garatzen ari diren haur eta nerabeengan
Reizabal, L.; Valencia, J.; Jimenez, M.; Del Valle, A.; García, A., *Uztaro* **43**, 105-122.

Nortasunari buruzko adjektiboak. “Izanak izena du”
Sainz de Murieta, Luis, *Uztaro* **20**, 105-118.

Lana eta osasun mentala: generoaren ikuspegitik azterturiko etxeko lanan eta langintzaren estresa
Sanchez de Miguel, Manuel Norbert, *Uztaro* **51**, 99-108.

Emakumezko autobus-gidariak EAEn
Sanchez de Miguel, M. N.; Lizaso, I.; Arrospide, J.J.; Larrañaga, M., *Uztaro* **64**, 99-107.

Adineko emakumeak:zenbait ekarpen lan-mundura sartzearen eta erretiroa hartzearen inguruan
Sanchez de Miguel, Manuel Norbert eta Lizaso, Izarne, *Uztaro* **66**, 75-85.

Erretirorako prestakuntza-programak: historia laburra, helburuak eta edukiak
Sanchez de Miguel, Manuel Norbert eta Lizaso, Izarne, *Uztaro* **68**, 71-80.

Familia-ingurua eta Gogamenaren Teoria 5 urteko umeengan
Sanchez de Miguel, Manuel Norbert; Galende, Nuria eta Arranz, Enrique, *Uztaro* **69**, 103-120.

Elikadurarekiko jarrerak neska nerabeengan
Sansinenea, Eneko; Valencia, Jose, *Uztaro* **26**, 47-64.

Dismorfofobiaren tratamendu psikologikoa: kasu klinikoa
Salaberria, Karmele; Belaunzaran, Jon, *Uztaro* **47**, 67-79.

Sormenaren lau alderdien berrikuspen teorikoa: prozesua, produktua, pertsona eta testuingurua
Soroa, G.; Aritzeta, A.; Balluerka, N., *Uztaro* **85**, 73-96.

Haur-depresioa Lehen Hezkuntzako etapan: zertan datzan eta irakasleek zer egin dezaketen
Soroa, Marian; Jauregizar, Joana; Bernaras, Elena, *Uztaro* **81**, 61-77.

Hezkuntza Berezian esku hartzeko oinarri psikologikoak
Trebol, F.; Astiz, M.; Bildarratz, S.; Etxabarri, J., Olazabal, J., *Uztaro* **49**, 59-86.

Heziketa-praxia, sexu-desberdintasunaren uste-sistemak eta genero-identitatea
Valencia, Jose; Gil de Montes, L.; Arruti, Itziar; Carbonell, Arantza, *Uztaro* **19**, 55-64.

Komunikabideak eta taldearteko mintzaira soslaia: Picassoren “Guernica” Bilboko Guggenheim-era ekartzearen inguruko polemika
Valencia, J.; Gil de Montes, L.; Sansinenea, E.; Erdozia, B.; Usabiaga, B.; Ripalda, N., *Uztaro* **24**, 89-101.

Ikuspuntu berriak umeen zenbatze-ekintzari buruz: Piaget-engandik harago
Villaroel Villamor Jose Domingo et Nuño Angósm, Teresa, *Uztaro* **65**, 51-71.

Atxikimendua ebaluatzeko tresnak
Yárnoz, Sagrario, *Uztaro* **11**, 89-103.

Mary Salter Ainsworth. *In memoriam*
Yárnoz, Sagrario; Sainz de Murieta, Luis; Plazaola, Mikel; Alonso Itzi, *Uztaro* **31**, 113-128.

Autokontzeptu fisikoa: kirol-jarduera eta itxura fisikoaren eragina
Zulaika Isasti, Luix M., *Uztaro* **33**, 87-98.