# 1. SARRERA, HISTORIA ETA OINARRIZKO KONTZEPTUAK

## NORMALTASUNA VS. ANORMALTASUNA

Normaltasuna eta anormaltasuna azaltzeko moduaren arabera interpretazioa desberdina izan daiteke. Horregatik, normaltasunaren eta anormaltasunaren arteko mugak ezartzeko irizpide desberdinak daude.

* Irizpide estatistikoa:jokaerak eta aldagai psikologikoek banaketa normala dute populazioan, beraz jokaera ez ohikoa, patologikoa litzateke. Anormala distribuzio normaletik desbideratzen den jokaera litzateke.
* Adostasunezko irizpidea (consensual): patologikoa zer den ezartzen duena momentu eta leku batean egiten den kontsentsu soziala da. osasun mentalaren seinale litzateke norberarengandik
* Irizpide subjektiboa: Patologia pazienteak berak sentitzen duen gaaizkiegonagatik definituta. Kritika = paziente batzuk ez dute bere jokaera patologikotzat hartzen.
* Irizpide biologikoa: psikopatologia alterazio organikoaren baitan definitzen da.

Beraz, osasun mentala ezin da irizpide bakarraren arabera definitu, honako parametroaak hartu beharko dira kontuan pertsona baten osasun mentala neurtzerako orduan: Autonomia, errealitatearen pertzepzio zuzena, ingurugiroari eta berak ezartzen dituen eskaerei egokitzea, pertsona arteko erlazio egokiak, autoefikazia pertzepzioa, autokontzeptu egokia, estresari aurre egiteko estrategia egokiak…

1. **OINARRIZKO KONTZEPTUAK** (AZTERKETA: zeinu eta sintomen arteko desberdintasuna)
* **Zeinua:** Prozesu organiko anormalen adiezle objektiboak. osasunaren alterazioaren edo gaixotasunaren ondorio den manifestazio objektiboa. Behagarriakk dira (zuzenki ala zeharka testen bidez). Objektiboki behagarriak eta erregistragarriak.
* **Sintoma**: Prozesu organiko edo funtzionalen adierazle subjektiboak. Bere balizko egoera patologiko edo gaixotasunari buruz gaixo batek ematen duen erreferentzia edo informazio subjektiboa.
* **Sindromea:** Modu errepikakorrean elkartzen diren zeinu eta sintoma multzoa.
* **Buru gaixotasunak:** Gaixotasuna gorputzaren atal batean edo gehiagotan ematen den asaldura edo desbideratzea litzateke, normalean zergati ezaguna duena, berezkotzat dituen zeinu eta sintomen bitartez manifestatzen dena eta gutxi-gorabehera aurreikusi daitekeen eboluzioa duena. Gaixotasunaren terminoa ez da normalean psikopatologian erabiltzen. Gaixotasun kontzeptua, eredu biologikotik eratorritako kontzeptua da eta funtzionamendu normalaren egituran akats bat dagoela suposatzen da. Psikopatologian, asaldura edo nahaste gehienen etiologia ezezaguna da beraz, gaixotasun terminoa erabiltzea gehienetan ez da zuzena.
* **Buru nahasteak:** Esanahi klinikoa duen jokaera eredi edo eredu psikologikoa da (bere kausa dena delakoa izanda), jokaeraren disfuntzio, psikologiko edo biologiko baten manifestazio indibiduala da. Honegatik sintomak ezin dira isolatuki interpretatu.
* **Taxonomia:** Sailkapen prozesuen ikasketa sistematikoa da. Sailkapen sistema baten eraikuntzan erabiliak izan diren logika, printzipioak eta metodoak, baita entitateen identifikaziorako erabiliak izan diren erregelak ere.

## TAXONOMIAK

Kategoriak (taldeak eraiki) identifikatu eta kategoria horiei entitateak (nahasteak edo pertsonak) egozteko prozesua da taxonomia.

* Diagnostikoa: psikopatologian, ezaugarri kliniko jakin batzuk edo eta ezaugarri jakin horiek agertzen dituzten pazienteak sailkapen sistemaren kategoria batetara egozteari esaten zaio.
* Helburuak: Ekonomia kognitiboa eta datuen egituraketa eta antolaketa. SAILKAPEN BERARIAZKO FUNTZIOAK
* Informazio klinikoa antolatu, informazio horren kodifikazioa, memorizazioa eta oroitzea errazteko asmoz.
* Profesionalen arteko komunikazioa erraztu, marko teoriko bateragarri bat eskainiz.
* Fidagarritasuna bermatu, oinarrizko entitate kliniko bakoitzaren informazio desksriptiboa eskainiz
* Subjektuaren pronostikoaren estimazio bat ematea, kurtso klinikoa eta tratamenduari emandako erantzuna aurreikustea baimentzen duena.
* Egokiena den tratamendua aukeratzen laguntzea (diagnostikoa, beste aldagai batzuen artean, sexua, adina, estatus ekonomiko/soziala, arraza…, nahaste baten tratamendua aukeratzeko orduan esanguratsuena dela demostratu da).
* Asalduraren etiologia argitu. Subjektu taldeen konparazioari esker nahasteen garapenaren ezaugarri amankomunak ikasiz.
* Ikerketa gidatu.

## SAILKAPEN MOTAK

**Sailkapen estentsibo/intentsiboak:**

* Estentsiboak: kategoria definitzeko orduan bertako ezaugarri guztiak izendatuz egiten da. Klase bateko kide guztiak izendatzen dira.
* Intentsiboak: kategoria bateko partaide izateko beharrezkoak diren ezaugarriak izendatuz

bakarrik egiten direnak.

## Sailkapen monotetiko/politetikoak:

* Monotetikoak: sailkapena aldagai bakarraren edo gutxi batzuren inguruan egiten dute. Adb: taula periodikoa.
* Politetikoak: ezaugarri multzo bat dago, kategoria bakoitzeko pertsona multzo handiak

partekatzen dutena.

## Sailkapen klasiko/prototipikoa:

* Klasikoa: bere ezaugarri deskribatzaileetan, entitate diskertu (haien artean zerikusirik ez) eta homogeneoez osaturiko kategoriak barneratzen ditu.
* Prototipikoak: prototipo edo ideal teoriko batean oinarritzen dira. Prototipoak kategoria baten

ezaugarri multzo komunena dira.

Gaur egun gixotasun mentalak sailkatzeko erabiltzen ditugun gaixotasunak prototipikoak eta politetikoak dira. DSMV sailkapen prototipikoa duela esaten duen arren batzuek klasikotasunera jotzen duela diote, sintomek haien artean harremanik ez dagoelako.

## Sailkapen enpiriko/inferentzialak:

**Inferentzia:** jucio subjetivo (dakidana dakidala honako hau esaten dut).

* Enpirikoak: Behagarriak diren gertakarietara mugatuak.
* Inferentzialak: sailkapenaren oinarritzat hartzen dituzte kategorien atzean egon daitezkeen

kausa eta azpiko prozesuei buruzko inferentziak.

DSMV bi metodoak erabiltzen ditu. Bere oinarrian inferentziala den arren bilakaeraren ondorengo emaitzan enpirikoa.

## SAILKAPENETAN ERABILTZEN DIREN DATUAK

Sailkapen psikopatologiko batean erabili daitezkeen datuak lau motakoak izan daitezke:

* Atributu sustantiboak: eredu teoriko batekin bat datorrena (baldintzatutako ohitura, espektatiba kognitiboak, disfuntzio neurokimikoak, inkontzientea). Nik dakidan eredu teorikoarekin konparatuko ditut pazienteak adierazten dituen sintomak.
* Atributu longitudinalak: zenbait fenomenoklinikoren etiologia edo eta kurtsuoarekin zerikusia dutenak (denbora). Luzerako ibilbidea aztertzeko.
* Atributu konkurrenteak: une jakin batean presente dauden ezaugarriak. Batez ere sintoma eta zeinu objektiboak (kategoria klinikoak). Gaixotasun batekin harremanduta egon daitekeen beste edonolako gaitzen bat detektatzeko (komorbilitatea).
* Inferitutako atributuak: nortasun ezaugarriak (nortasun nahasteak). Atributu konkurrente edo longitudinalik ez egon arren nortasunaren aldetik egon daitezke anomaliak.

## SAILKAPEN EREDUAK

* Egitura bertikala edo hierarkikoa: kategoria edo klaseak zuhaitz diagnostikoetan antolatzen ditu, maila altuagokokategoriek, maila gutxiagokoak barne hartzen dituztelarik, kategoria baten maila gero eta altuagoa izan orduan eta abstrakzio maila handiagoa du. Adb: CIE-10 sailkapena.
* Egitura horizontal edo multiaxiala: Klaseak paraleloki antolatzen dituzte. modu honetako egiturak kategoriak egiterako orduan, datu asko kontuan hartzea ahalbidezen du. Ardatzen bitartez antolatuak daude, ardatz hauek ez dude hierarkizatuak. Adb: DSMa 3 tik urrera.
* Egitura zirkular edo zirkumplejoa: zirkulu baten segmentuan, antzeko kategoriak gertu aurkitzen dira. Nortasun ezaugarriekin asko erabiltzen da. Adb: Eynsenck-en eredua.
* Egitura kualitatiboa: Kategoriak, ezaugarri komunen oinarripean antolatzen dituzte. Nahasteen kategoriak garbiak eeta itxiak dira eta muga garbiak dituzte. Adb: DSM.
* Egitura kuantitatiboa: egitura honetan kontinuum bereko mutur batean kokatzen dira normaltasuna eta anormaltasuna edo dimentsio bereko bi ezaugarri kontrajarri. Dimentsio batean pertsona bakoitza desberdina da.
* Eredu hibridoak: Aurreko bien konbinazioa. Lehenengo maila kualitatiboan egiten dira balorazioak eta gero maila kuantitatiboan bereizten dira. Adibidez Milton-ek, nortasun nahasteen sailkapen kategorial dimentsionalean erabili zuen.

## PSIKOPATOLOGIAREN EREDU NAGUSIAK

EREDU BIOLOGIKOA

Eredu hau izendatzeko beste era batzuk: biomediko, mediko, fisiologiko, neurofisiologiko…

Eredu honen aburuz, nahaste mentala gaixotasuna da eta gixotasuna den hainean irizpide kategorialen arabera egingo da sailkapena eta diagnosia. Nahaste mental bakoitza entitate kliniko diskretua da, bereziak dituen sintoma, etiologia, kurtso, pronostiko eta tratamenduarekin. Kategoria bakoitza kualitatiboki bereizten da gainontzeko nahaste mentaletatik.

PORTAERA EREDUA

Portaera eredua bi arrazoirengatik sortzen dia, ikaskuntzaren psikologiaren garapenarengatik eta eredu medikoa nahaste mentaletara aplikatzearekin dagoen inkonformitateagatik, fidagarritasun bajua, balidezia bajua, diagnostiko psikiatrkorako erabilpen eskasa… azaltzen baititu. Portaera ereduak razo psikopatologikoak norbanakoaren historian ikasitako jokaera ez egokituak bezala ulertzen ditu.

Eredu hau, fenomeno objektiboen ikaskuntzaz eta inguruko fenomeno eta jokaeren arteko erlazioaz arduratzen da. ikaskuntzaren printzipioak oinarri teoriko bezala hartzen ditu, psikopatologia batik bat zenbait estimuluetara baldintzaturiko ohitura desadaptatiboak dira. Ohitura hauek izango dira sintomak. Sintomen oinarrian kausarik ez dagoenez, ez da beharrezkoa gixotasun kontzeptua beraz, gaixotasun terminoari uko egiten zaio. Jokaera anormalaren sailkapena subjektu desberdinak koka daitezkeen dimentsioen bides egin behar da. Honela, jokaera anormala kuantitatiboki bakarrik bereizten da normaletik eta ez kualitatiboki. Azkenik eredu honek ingurugiroko faktoreei garrantzia ematen diela aipatuko dugu.

EREDU KOGNITIBOA

Eredu kognitiboan ikasketa objektua fenomeno mentalak dira (jokaera izan ordez), hau lortzeko metodologia esperimentala darabil. Gizakia banako autokontziente, aktibo eta errespontsable bezala ulertzen du, baldintza anbientaletara derrigorrez loturik ez dagoena. Ezagutza aktibokibilatzen duen subjektua da, planak egiten dituena, helburuak dituena, oroitzapenak eta zenbait sesgo eta prejuisio alde batera utzi ezin dituena errealitatearen elaborazio propioa egiterakoan.

Beste ereduek baino terminologia zabalaga baliatzen du: “esperientzia ez ohikoak edo anomaloak”. Esperientzia horiek egoera berdinean subjektu gehienek aurkezten dituztenen desberdinak diren ekintza mentalak dira.

Interesa informazioa elaboratzeko moduan (forma) eta elaboratzen den informazioan (edukia) jartzen da. Fenomeno subjektiboei erreferentzia egin behar zaie norbaitek gertakari bat esperimentatzeko modu ez ohiko bat duela esateko. Ikerketa psikopatologikoaren helburua, egoera natural zein artifizialetan, ezagutzaren prozesu anomaloen funtzionamendua ikusten da. Osasun mentala interakzioan eta kooperazioan dauden hiru parametrotan oinarritzen da:

1. Kanpo zein barne eskarietara egokitzeko gaitasuna.
2. Etengabeko autoaktualizazio tendentzia (konstanteki gauza berrien bilaketa eta errenobazioa).
3. Autonomi funtzionaleko sentimendua (bizitzea erabakiak hartzea da).

Gakoa ez dago banakoaren portaeran baiziketa honek egiten dituen juizioetan

## SAILKAPEN NAGUSIAK

Gaur egun bi dira erabilienak:

* Ameriketako Psikologia Elkartearen (APA) DSMa (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disordes): gaur egun 5 bertsio, nahiz eta oraindik publikazio gehienak 4TR-arekin dauden eta klinikoak 4TR-tik 5-erako transizioa egiten ari diren.
* Osasunaren Mundu Erakundearen (OMS) ICD (International Classification of Diseases) edo CIE: 10 bertsioa.

## PSIKOPATOLOGIAREN HISTORIA

(AZTERKETA: gladera errazak, aroak bereizi eta aro bakoitzeko pertsonaiarik garrantzuena). HISTORIAURREA

Banakoak zeukan gaixotasuna naturaz gaindiko jatorria zeukan eta honen aurkako tratamendua exorzismoa zen.

GREZIAR AROA

Greziar aroan egin ziren hainbat aurrerapen geroago galdu egin ziren. Hipocrates izan zen gixotasunen jatorri naturala aldarrikatu zuen lehena. Mendebaldeko medizinaren aitzindaria izan zen. Berak lau humoreen teoria sortu zuen (odola, bilis horia, bilis beltza eta flema). 4 humoreen portaera bereizi zuen: kolerikoa, odolekoa, malenkoniatsua eta flematikoa. Buru gaixotasunen lehenengo azalpenak eman zituen: erditze ondolo depresioa, delirioak epolepsioa eta amnesia. Eta gainera, hauen lehenengo sailkapenak egin zituen: jarrera anormalak (epilepsia, mania eta depresioa) eta narraiatze mentala (paranoia).

Platonek arima arrazionla eta arima irrazionala bereizi zituen (dualtasun psiko-fisikoa). Bi arima hauen arteko lotura apurtzen zenan ematen zen gaixotasun mentala. Psikoanalisiaren aitzindaritzat jotzen da. Berak erotasuna lau maila diferentetan banatu zuen: profetikoa (Apolo), rituala (Dionisios), poetikoa eta erotikoa (Afrodita eta Eros)

Aristotelesek ez zuen buru gaixotasunen alderdi psikologikoa onartzen.

ERROMATARREN AROA

* Asclepiades: ingurune eragileei garrantzi handia eman zien.
* Areteo: gaixotasun mentala alderdi normalaren gehiegitzea bezala ikusten zuen. Sistema

krapeliarraren aitzindaria.

* Sorano: hipocratesek egindako sailkapenaren zabalkuntza histeriea eta hipokondria sartuz.
* Galeno: buru gaixotasunen eta gaixotasun organikoen arteko bereizkuntza egin zuen. Alderdia

arrazionala, irrazionala eta sensualaren arteko oreka bezala definitu zuen osasun mentala.

ERDI AROA

Erdi aroan erlijioak garrantzi asko hartu zuen. Horren ondorioz, buru gaixotasun guztiak harekin erlazionatu zituzten. Gaitza banakoarengan zegoenez eta arima jainkoarena zenez pertan kokatu zuten gaitza. Gorputzan ez badago ariman dago eta ariman badago erlijioarekin zerikusia du.

Zati handi bat ikuspuntu Hipokratikoaren eraginpean ego zen. Tomas Aquinokoak, Alberto Handiak eta beren jarraitzaileek nolabaiteko bide organizista jarraitu zuten. Eritasuna gorputzean kokatu behar zen nahitaez, arima Jainkoarena izanik gaixotu ezina zelako. Pasioen gehiegizko indarrek edo gorputzaren egoera berezi batzuek (ametsek edo toxikapenek adibidez) eragingo dute buru eritasuna.

XVII ETA XVIII MENDEAK

* Anatomia eta fisiologia alrloetan gertatutako aurrerapenek erotasunari buruzko esplikazioa irauli zuten, oinarri anatomopatologiko eta fisiopatologikoak kokatuz.
* Esplikazio demonologikoekin batera ematen ziren. Hala, erotasunaren gaitz edo zauri materialik

(fisikorik) aurkitu ezin zenean, espiritu nerbiosoak ukituak izan zirelako zetorrela esatenzen.

* Esplikazio anatomopatologikoak, eritasun oro, arazo anatomiko batean kokatu eta mugatu

zitezkeeka suposatzen zuen. Planteamendu honek berehala egin zuen topo neurosien arazoarekin.

* Ikerketa aso egin arren (Pinel-ek, Eskola Frantsesak eta Schonlein-ek bereziki), ez zuten

neurosiaren berri emango lukeen lesio organikoarekin topo egin.

Anatomia (ez jatorri anatomikoa aurkitu) - Fisiopatologia (ez oinarri fisiologikoa aurkitu) - Psikopatologia ulertzeko esparrurik nagusiena nerbio sistema bilakatzen da. Whtite: baldin buru eritasun gehienakberen oinarria nerbio sisteman badute, **eritasun nerbiosoak** deitu behar lirateke. Ikuspegi analitikoa.

Cullenek neuropatologiaz hitz egiten du, nosologiaren eraikitzaile lehenetarikoa izan zen. Berari esker aipatzen da lehen aldiz “neurosi” terminoa. Eritasun nerbiosoez arduratzen ziren pertsonei psikiatrak deritze eta garunean aritzen direnei neurologoak.

IXX ETA XX MENDEAK

Anatomo patologiak nahiz fisiolofatologiak ez zuten “neurosiak” planteatzen ziuen arazoen aurrean erantzun egokirik topatu. Ikerketak herentzia eta higadura hereditarioetara biideratu ziren. Hala, **Foville eta More**l-ek XIX. mendean erotasuna adimenaren adierazpen morbido bezala ulertzen dute, ere zergatikoa nerbio sistemanren eritasun difuso batean datzalarik.

**Fere**-k familia neuropatikoaz hitz egiten du. Eritasuna sortzen den familian begirada jarriz. Herentziaz derrigorrez lotua dagoen talde berezi horren parte diren subjektuek modu ezberdinean adieraz dezakete edo adinarekin aldaketak jasan.

Hala ere, honek ere ez zuen argi gehiegi eskaintzen eritasunen ulerkuntzan. Aldiz, medikuntzaren beste alorretan (eritasun organikoetan) hiru parametro hauek ( faktore anatomikoek, fisiologikoek eta herentzialek) sekulako aurrerapenak eskaini zituzten.

Gaitz bat zeukan pertsonaren familia osoa izendatzen zuten gaixo moduan, fenomeno hereditarioak zirelakoan. Herentziaren alorrean aritu ziren garai honetan. Fere izan zen familia neuropatologikoaz hitz egin zuena.Etiopatogenia: jatorria eta ibilbide bultzatzen duen ardatza.

Aldi berean, eta ikuspuntu desberdin batetik, **Mesmer eta Puysegur** animalia magnetismoa eta sonanbulismo artifiziosoa azaltzen aritu ziren. Oraindik ezezagunak diren indar psikologiko batzuek eritasunean duten pisua adierazi zuten. Psikismoari buruz ikuspuntu berri bat eskaintzeaz gain, kontzientziatik at dauden indarren onarpen eta aurkikuntza suposatu zuten eta honek bai eritasunean eta bere sendotzean izan dezakeen garrantzia eskaini zuen. Honek, garaiko sailkapenen zurruntasuna hausten du eta psikismak eritasunen sorreran duen garrantzia azpimarratzen du.

**Janet**-ek eta batez ere **Freud**-ek eta bere eraginez sortutako psikiatria eta psikopatologia dinamikoak, demonologiagatik eta aldi berean organizismoaren loturetatik urrunduz, buru eritaasuna naturala (normala) izatetik, extranaturala izatera daramate. Hau da subjektuak ez dira berez batzuk patologikoak eta besteak ez. Patologikoa dena zerbaitegatik da, baldintza batzuek “patologizatu egin dute”. PAtologikoa ez dena (“osasusuntsua”), berriz, baldintza horiek ez ditu bizi.

Ondorioz, buru eritasunaren kontsiderazioa zalantzan jartzen da, ingurumen eta giza faktoreek (subjektuaren historiak, familia harremanek, ingurumenarekiko erreakzioek etab.) eritasunean duten garrantzia azpimarratzen da, kontzeptu aldaketa bat ekarriz.

Psikopatologiaren esparruan **Charcot**, **Berheim** eta bereziki **Janet**-ek, neurosiaren birkontsiderazioa ekarri zuten, bereziki histerian sakonduz, bertan gertatzen diren disoziazio prozesuez arduratuz. Baina **Freuden** eraginak beste guztiak atzera utzi zituen.

Beste bide batetik, XIX. mendearen erdialdera, medikuntzaren, biologia eboluzionistaren, asoziazionismo psikologikoaren eta fisiologiaren arteko harremanek bide berri bat jorratuko dute, psikologiak filosofiatik urrunduz zientziaren bidea hartuko duelarik.

**Wundt** izan zen bide honen ordezkari nagusietakoa. Psikologia zientzia esperimental bat bilakatu zuelako.

Psikopatologiaren ikerkuntzako alorrean, XIX. mendearen bukaeran eginikoaurrerapenek, Psikopatologia berriz ere klinikara bueltatzea eragin zuten. Oraingoan praktikotasun beharrak bultzaturik, ez bakarrik sintomen ikaskuntzari, baizik eta etiologia eta bilakaeraren azterketari ekin zitzaion.

**Kahlbaum-**ek eritasunak lau multzotan banatzen ditu sintomak eta bilakaera kontuan harturik (Distimia eta Ziklotimia aipatzen lehena).

**Kraepelin** (1855-1926) izan zen buru eritasunen lehen sailkapena (osoa) egin zuena. Metodologia esperimentala buru eritasunen ikerketari aplikatzen hasteaz gain. Gaur egun oraindik dirauten ulermena eta sailkapena eraiki zituen. Batez ere eritasunen bilakaera eta bukaeren arabera egin zuen etiologiari eta sintomatologiari garrantzi gutxiagon emanez (Dementzia goiztiarra eta Psikosi Maniako-Depresiboa).

Fenomenologiaren bideetan **Karl Jaspers** aipatu behar da, **Brentanoren** (ekintzaren psikologia) ikasle izandakoa. Bere medikuntza formazioak ez zion erantzun egokirik eskaintzen psikopatologiak planteatutako galderei. Bere ustetan psikopatologiak psikologiaren beharra du, fisiopatologiak fisiologiaren beharra duen bezalaxe.

Psikologiaren helburuak ekintza kontzientea behar du izan, baina garai hartako psikologia emozioen fenomenoa bezalako oinarriko prozesuak ikertzen ari zen. Allgemeine Psychopatologie (1913) (gazteleraz: PsicopatologíaGeneral-1975) izeneko bere idazlana lehen psikopatologiako tratatutzat kontsidera daiteke. Bere ikuspuntutik, eritasunaren ulerkuntzak hiru bide jarraitu behar ditu:

1. Orotariko Psikopatologia: Bizitza psikikoaren gertaera bakunak aztertzen ditu.
2. Azalpenezko Psikopatologia: Kontzientzia orokorki aztertzen duena.
3. Ulerpenezko Psikopatologia: Espiritua aztertzen duena. PSIKOPATOLOGIAREN HISTORIA: LABURPENA
* **Prehipokratikoa**: Jainkoen eraginez. Eskulapiori Tenpluak.
* **Grezian**: Hipokrates: “Erotasunaren deabruak” lege naturalen menpe.
* **Erroma**: Galeno, Areteo Sorano. Emozioak eritasuneanduten eragina.
* **Erdi Aroan**: Akino Tomas, Alberto Handia. Eritasunak gorputzean dute oinarri eta deabruaren ondorioz, anima jainkoaren denez.
* **XVII**.: Pinel, Schölhein, Whytt. Eritasunak nerbio sisteman finkatuak=neuropatologia.
* **XIX**. :
	+ Organizismotik abiatuta: Foville, Morel, Ferek (Familia neuropatikoa). Bilakaera: anatomia- fisiologia-herentzia.
	+ Psikismoaren egituratik abiatuta: Mesmer, Puysegur, Janet Charcot, Freud. (Mesmerismotik Inkontzientera).
	+ Zientifikotasunetik abiatuta: Wundt.
	+ Fenomenoetatik abiatuta: Kahlbaum, Meyer, Brentano, Jaspers.

## PSIKOPATOLOGIAREN JOERA NAGUSIAK GAUR EGUN

* Eredu Medikoa edo organikoa (psikiatria klasikoa): gaixotasun mentala=nahaste somatikoa.
	+ Eredu mekanizista: sintoma —> buru narraiadura (lesioa) espezikikoa (Kleist).
	+ Eredu Dinamikoa: sintoma —> nortasunaren desoreka edo nahastea (Meyer, Janet, Bleuler).
* Eredu Konduktista: sintoma—> ikaskuntzaren bitartez bereganatutako patologia (Thondrike, Pavlov, Watson, Eysenc, Shapiro, Skinner).
* Eredu kognitiboa: sintoma—> pentsamenduaren patologia (Beck, Piaget, Kelly, Ellis).
* Eredu psikodinamikoa: sintoma—> gatazka intrafisikoaren seinal (Freud, Jung, Adler, Klein, Fromm, Horney, Lacan).
* Eredu Humanista: sintoma—> hustasun existentzialaren seinale (Maslow, Frankl, Rogers).
* Eredu Sistematikoa: sintoma—> Familia-Taldearen homeostasiaren (oreka) ezaren seinale (Haley, Minuchin, Slevin)
* Eredu Soziogenetikoa: sintoma—> egitura sozialaren desoreka deo narraiadura:
	+ Eredu fmnomenologiko-existentziala (Laing).
	+ Eredu Politiko-Soziala (Cooper, Basaglia, Deleuze).
	+ Eredu Etiko-Soziologikoa (Szasz).

ONDORIO NAGUSIA: ez da existitzen, berez jokabide pentsamendu edota sentimendu bat, patologiko edo normal (osasuntsu) bezala definitzera ahalbidetuko dugunik.

## SEMIOLOGIA

1. Kontzientziaren Psikopatologia
2. Arreta eta pertzepzioaren Psikopatologia
3. Sentzo-pertzepsioaren Psikopatologia
4. Oroimenaren Psikopatologia
5. Pentsamenduaren Psikopatologia
	1. KONTZIENTZIAREN PSIKOPATOLOGIA

Kontzientziaren definizioa ematea konplexua da. Bere definizioan ezagutza psikikoaren beste zenbait alderdi kontuan hartu behar dira, hala nola atentzioa, orientazioa etab. Bere muga psikopatologikoa batzuetan nahasgarria eta etereoa da.

* **BleuerB-**en iritziz: norberari buruzko ezagutzaren ezagutza da (la conciencia es el conocimiento del conocimiento propio).
* Giza espirituaren propietatea, bere oinarrizko ezaugarrietan ezagutzea baimentzen diona, baita

dituen eraldaketetan ere.

* Ongia eta gaizkiaren barne ezagutza.
* Gauzen ezagutza erreflexiboa.
* Subjektuak bakarrik ezagutu dezakeen ekintza mentala.
* Ekintza psikologikoa, zeinarie esker, gizakia bere burua munduan antzematen du.

Kontzientziaz mintzo garenean beraz, norbere esperientziaren ezagutzaz edo autoezagutzaz eta norberaren ernetasun mailaz ari gara. Kontzientzia duen pertsona beraz: erne egoten da eta jabetzen da kanpo nahiz barneko sentipenez. Bere alderdi fisikoaz zein psikikoaz jabetu egiten da.

KONTZIENTZIAREN PSIKOPATOLOGIA: SAILKAPENA

* Kontzientziaren asaldu kuantitatiboak: kontzientziaren mailari eragiten diotenak:
	+ kontzientziaren maila gutxitzea: loalditik esnatzeko zailtasunak, espazioan eta denboran orientatzeko zailtasunak estimulaizio sentsorialari erantzuteko zailtasunak.
		1. **Letargia, somnolentzia, “sopor**” Ezaugarri nagusia: horretarako esfortzua egin arren, subjektuak erne, adi, atzarri (alerta) eta atentzioa mantentzeko duen zailtasuna da. Normalean gorabeherak ditu ahozko estimulazio eta estimulazio fisikoa daudenean. Agertzen deneko adibide batzuk: zenbait pertsonatan esnatu berritan edo lo sakona hartu baino lehen, gaizki lo egin ondoren, alkohol edo sedante asko hartu ondoren, neke handiaren ondorioz e.a. Kontuz! Ez nahastu letargia, logura izatearen sentsazio subjektiboarekin edo esnatzeko zailtasunarekin.
		2. **Obnubilazioa**: Asaldura sakonagoa da. Pazientea bere egoeratik ateratzea zaila da eta lortzean nahastua etadesorientatuta agertzen da. Distraibilitatea etengabekoa da eta distortsio pertzeptiboak (entzumenezkoak eta ikusmenezkoak) agertzen dira. Funtzio intelektual guztiak perturbatuta daude.
		3. **Estupor**: Alerta maila txikia lor dezakete, beti ere estimulazioa indartsuaren bidez. Berbalizazioak baldin badaude inkoherenteak edo ulertezinak dira. Zeinu esanguratsuenak: inmobilitatea eta borondatezko mugimenduen zein mimikaren muturreko etetea. Termino neurologikoetan, koma aurreko egoera da.
			- **Estupor psikiatrikoa**: melankolia, eskizofrenia katatonikoa eta histerian agertzen da. Kasu honetan alerta maila, erreaktibitate sentsoriala eta erreflexuak mantentzen dira eta EEGa normala da. Barbiturikoekin desagertzen da.
			- **Estupor organikoa**: maiz garun disfuntzio zehaztugabea (disfunción cerebraldifusa)

ematen da. Pazienteak erantzun anomaloak ematen dizkie estimuluei baina behin behinean egoera honetatik atera daiteke.

* + 1. **Koma edo eta garun heriotza**: Garunak estimulazioari erantzuteari uzten dio. Erreflexuak desagertzen dira, apnea egoten da, EEG planoa gutxienez 30 minututan, pupilak dilatatuak daude (NSZren depresogenoak diren drogetatik bereizteko), kontzientziarik ez dago. EEGan esna-lo patroiak agertzea errekuperazio zeinu dira.
	+ Kontzientzia mailaren igotzea:
1. **Hiperbigilantzia**: Kontzientziaren maila, patologikoki igoa ageri da. Sentimenduak eta bizipenak “Gehiegizkoak”. Halako kontzientzia “argitasuna” (claridad) bat ematen da, pertsona, aurretik zeukan lotura batetik askatu izan balitz bezala. Ekintza motrizea eta hitzekoak gehitu egiten dira baina arreta ez da areagotzen. Erraz distriatzen da. Honakoetan agertzen da: Mania faseen hasieran, eskizofreniaren zenbait hasieratan, aluzinogenoengatiko edo estimulanteengatiko intoxikazioetan (LSD, kokaina, anfetaminak…), zenbait gaixotasun somatikoetan (Krisi epileptikoen aurretik ematen den aura).
* Kontzientziaren asaldu kualitatiboak: antolaketa mentalari eragiten diotenak, norberari buruzko kontzientzia nahasteak, inguruneari buruzko kontzientzia nahasteak:
	+ Kontzientziaren nahaste produktiboak: egitura aluzinatoriak eta errealetitik urrunduriko edukiak agertzeari bide ematen dioten kontzientzia asaldurak. Identitate patogenikoa, bat-bateko hasiera (ordu edo egun gutxi batzuetan), eldarnioen sistematizazio eza (ez dago gehiegizko egiturarik), egoera orokorrean erreperkusioa, iraupen erlatiboki eskasa, aurreko egoerara bueltatzeko aukera. konfusio terminoa: errealitatea, imaginatutakotik bereizteko ezintasuna, irudi mentalak, pertzepzioetatik bereizteko ezintasuna, askotan onirismo edo loaren eldarnio terminoarekin partekatu da. Egoera psikotikoak dira: aktibitatte psikiko automatikoa dago, bertan emetsen antzekoak diren fenomenoak agertzen dira eta aluzinazioak erebai (batez ere bisualak).
		- DELIRIUM: koadroa osatzen duen triada deskribatzen da:
	1. Kontzientziaren afektazioa: pazienteak inguratzen dituenari arreta ezartzeko zailtasunak dituzte. Estimulazioa gogorra denean beren egoeratik momentu batez atera daitezke baina harrituta eta desorientatuta agertzen dira.
	2. Kuadro aluzinatorioa: pazienteak emozioz beterik bizi ditu eszena dramatiko eta fantastikoak.
	3. Psikomozitritatearen eta beste arloen asaldura: gutxiagotzea edo eta agitazioa.

Kuadroaren ezaugarri da sintomatologiaren fluktuazioa: gutxiagotzea edo eta agitazioa. Arrisku faktoreak:

* Adinean aurrera egitea
* Aurretiko garun patologia
* Toxikoedo farmakoen kontsumo kronikoa
* Zaintza intensiboetan ingresaturik egotea (UCI)

Etiologia organikoa da: zergati toxiko edo infekziosoak, alkohola edo beste droga batzuen deprabazioa (monoa).

Delirium-ean hiru estadio bereizten dira:

- **Asteniko-apatiko**a: estadio goiztiarra izaten da. Aldaketa klinikoak ez dira oso esanguratsuak eta normaltasun egoerekin nahastu diatezke batez ere pertsona zahar edo adinduetan: sintomakhonakoak dira: nekea patiarekin, labilitate afektiboa irritabilitatearekin, arretaren, kontzentrazioaren eta oroimenaren fluktuazioak, hipersentsibilitate sentsoriala eta insomnioa.

* **Konfusionala:** aurreko estadioa eta deliriumaren arteko transizioa izan ohi da. Sintomak

honakoak dira: koherentzia galtzea, pazienteak ezin du elkarrizketa koherente bat mantendu, paramnesiak, inguruko estimuluekiko arreta eza, idazteko gaitasunaren galera, jokaeraren desinhibizioa.

* **Kontizentziaren desintegrazioa** (kontzientziaren asaldura da beste dementzietatik

bereizteko balio duen sintoma). Eldarnio kaotikoak karga afektibo handiarekin, batez ere ikusmenezkoak dira baina ziestesiokoak, usainmenezkoak eta entzumenezkoak ere izan daitezke. Normalak dira eldarnio okupazionalak.

* + - * ASALDURA ZEDARRITUAK (alteraciones circunscritas)

Frekuentzia txikiko asaldurak dira. Gutcitan agertzen dira beste gaixotasun edo nahaste psikiatriko, neurologiko edo sistemikoren maten sintometatik at. Kontzientziaren propietateren bateko asaldurak dira. Despertsonalizazioa, desrealizazioa, gorputzaren kontzientziaren asaldurak (anosagnosia, asterognosia, prosopagnosia, gorputz-adar mamua).

* + - * + **Despertsonalizazioa:** pertsonak bere burua arrotz eta aldatuta sentitzen du; bere buruaren kontzientzian eta hautematean aldaketak gertatu dia; pertsonaren sentsazioa da denbora edo espaziotik kanpo egongo balitz bezala, airean eta gorputzik egbe egongo balitz bezala.
				+ **Desrealizazioa:** kanpoko mundua arrotza irudikatzen zaio pertsonari; kanpoko

objektuak ezberdin ikusten ditu; onjektak irrealak iruditzen zaizkio.

* + - * + **Anosognosia:** garunaren eremu parietalean lesioaren ondorioz sortzen da. Normalean hemiplejia duten subjektuetan. Lesioa duten gorputz atalarekiko indiferentzia agertzen dute, lesio kortikalaren gorputzaren eremu kontralaterala ignoratu egiten dute.
				+ **Asterognosia:** ezin dituzte objektuak ukimenaren bitartez ezagutu, beste elementu sentsorialen laguntzarik gabe. Gorputz kailosoko lesioetan agertzen da.
				+ **Prosopagnosia:** aurpegi ezagunak errekonozitzeko ezintasuna da. LEsioa ikusmen sistema zentralean ematen diren lesio bilateralak dira (eremu okzipital-tenporak- medialean).
				+ **Gorputz adar-mamua:** anputatutako gorputz-adarraren pertzepzioari esaten zaio. Anputatu ondoren gorputz-adarraren pertzepzioa kortexean duen errepresentazio fisiologikoarekin (Penfielden homunkuloa) erlazio handiagoa du, gorputz-adarraren irudi errealekin baino.
	+ Kontzientzia eremuaren estutze nahasteak (trastornos del estrechamiento del cambio de conciencia): ideia-isurien jarraitutasunean haustura edo etendura. Ideia, pentsamendu, pertzepzio e.a.rren isuriaren jarraitutasunean hausttura edo etendura ematen da. PErtsonaren jokaera itxuraz normala da ondorioz, disoziazioa agertzen da elementu kognitibo-pertzetibo eta jokaerazkoen artean eta jokaera automatikoa balitz bezala agertzen da. Sintomatologiari dagokionez, aditasun eta arreta mailen txikiagotzea; desorientazio tenporo-espaziala; jokaera automatikoa; episodioen amnesioa; delirium eza eta erreaktibitate sentsoriala partzialki kontserbatuta dago.
		- EGOERA KREPUSKULARRAK: Pazientea konfuso agertzen da, pertseberatibo, motel eta perplejitate espresioarekin. Kontzientziaren asaldura heterogeneoa da: kontzientziaren eremu desberdinak kontzientzia maila desberdinekin manifestatuz. Munduaren ulertzea partziala eta faltsutua da. Pazientea munduan koordinatua dagoela iruditu arren, desorientatuta dago. Automatismoak (ekintza motor ez borondatezkoak,

erlatiboki koordinatua eta beti kontzientzia maila baxu batean ematen dena, edukia subjektuak atakea baino lehen egiten zituen jokaerak izan ohi dira) eta inpultsioak egoera krepuskularraren ezaugarri dira.

* Egoera krepuskularretan ematen diren automatismoak: murtxikatzekoa, mimika automatismoak (perplejitate edo izuzkoak), keinu automatismoak. ibiltze automatimoak eta hizkuntza automatismoak dira.
* Inpultsioak “fuga por episodio crepuscular ictal”-etan ematen den sintoma zentrala da. Honetan jokaeraren zuzenbidearen (dirección) kontrok kontzientea desagertzen da, ondorioz pertsona ordutan ibili daiteko nora dijoan jakin gabe. Bat-batean hasten eta bukatzen dira. Iraupena zenbait ordu edo egunekoa izan daiteke eta intentsitatea aldakorra.
* Egoera krepuskular alkoholikoak existitzen dira baina gehienak epilepsiatan edo nahaste histerikoetan agertzen dira.

## 12. ARRETAREN ETA PERTZEPZIOAREN PSIKOPATOLOGIA

Arretaren psikoaptologia ez da izan psikopatologiaren barnean deigarri edo nabarmenetakoa. Bere manifestazioak toleragarriak dira. Inor ez da ingresatuta izango erreakzio denbora motelagoa izateagatik edo hitz baten kolorea esaterakoan milisegundo gehiago behar izateagatik. Baina arretaren asaldurak garrantzia handia hartzen joan dira nahaste psiopatologiko asko azaldu edo esplikatzerako orduan.

Arretaren psikopatologia definitzearako orduan, lehenengo arazoak ez du psikopatoogiarekin zerikusirik, psikologiarekin (disziplina orokor bezala hartuta) baizik. Arreta nola ulertzen den arabera arretaren psikopatologiaren enfokea aldatu egingo da: ez da berdina arreta kontzientziaren fokua edo informazioaren prozesamenduaren gaitasun bezala ulertzea.

BLEULER-EN DEFINIZIOA

Afektibitatearen manifestazioa da, interesa sortzen duten ideia edo inpresioak indartuz eta gainontzekoak inhibituz. Arreta eta kontzientziaren arteko lotura estua da, arreta, kontzientzia eremua zenbait objektutan jartzearen edo bideratzearen gaitasuna suposatzen baitu.

ARRETAREN BARNEAN

* Borondatezko arreta edo aktiboa: Subjektu bera da arreta zenbait estimuluetara bideratzen duena.
* Ez borondatezko arreta edo pasiboa: Kontzientziatik kanpo dauden zenbait edukik arreta

erakartzen dutenean.

Informazioaren prozesamendua mugatzeko (estimuluak, oroimena, ekintzak…), jokaera koherente bat baimentzeko, beste zenbait prozesu kognitiboen oinarria osatzeko (oroimena, funtzio exekutiboak, kontzientzia) balio du kontzientziak. Hiru efektu ditu arretak: aaktibitate neuralean aldaketak sortu, arreta jarri dugun estimuluek, arretarik jarri ez dugunek baino eragin handiagoa dute gure jokaeran, eta estimulu horren kontzientzia hartzea.

Beraz, arreta egituralki definituriko garun funtzio bat da “cuello de botella” funtzioa dauka informazioaren prozesamendurako sistema zentralen saturazioa babesteko. Honakoetan esku hartzen du: oroimenaren biltegiratzean, pentsamenduen asoziazioan, biltegiratutako informazioaren selekzioan, jokaeraren monitorizazioan… Bere fintzionamenduak hein handi batean beste garun funtzioengan eragina izango du.

ARRETAREN FUNTZIOAK

* Gre kontzintzia selektiboki fokalizatzea.
* Informazio sarrera erregulatzea.
* Informazioa ezeztatzea.
* Garuneko alderdi desberdinak aktibatzea erantzun egokiak emateko.
* Pertzepzioa, oroimena eta ikaskuntza erraztea.
* Arretaren oszilazioa eman daiteke momentu eta egoera desberdinetan horrek asaldura patologikoa suposatu gabe.
* Zenbait faktoreek arreta jartzeko gaitasuna txikitu dezakete: emozioek, neke mentalak,

ingurugiroko egoerek.

ARRETA KONSTRUKTU TEORIKOA

Hiru kontzeptu hartzen ditu bere barruan:

1. **Aditasuna edo ernetasuna** (alerta): estimuluen sarrerari ematen zaion erantzun fisiologikoa, aditasuna dagoenean estimuluekiko errezeptibitatea handiagoa da.
2. **Arreta**: prozesu selektiboa da, estimuluen kategorizazioren arabera, aaurrekoa modifikatzen duena.
3. **Aktibazioa**: akziorako prestaketa edo disposizio kognitiboa. Bere presentzia beharrezkoa da aurreko prozesuak eman daitezen.

Arreta patologiarekin erlazionaturik orientazioa tenporoespazialaren patologia agertzen da.

Desorientatutako pazienteak bi desorientazio mota eduki ditzake:

* Desorientazio **alopsikikoa**: bizi den lekua, egungo momentua edo eta beste pertsonak nahastu ditzake.
* Desorientazio **autopsikikoa**: bere identitatea nahas dezake.

ARRETAREN NAHASTEAK

* Aprosexiak: arretaren erabateko desagertzea edo ausentzia.
* Hipoprosexiak: arretagaitasunaren gutxiagotzea.
* **Distraibilitatea:** Arretaren aldaketa bortitzak, arreta gaitasunaren ezegonkortasun/ aldakortasun handia, arreta denbora gutxiz eta estimulu askotan fokalizatzen da, motor mailan ezinegona (inquietud), hiperziesia edo agitazioa ematen dira. TDHA-ren ezaugarri zentrala da.
	1. *Sorrera organikoa duen distrabilitatea*: paziente krepuskularretan, elkarrizketan ezin dute arreta mantendua, arreta probak hasteko ez dira gai batzuetan, kontzientziaren asaldura baten testuinguruan, aalkohol edo drogen intoxikazioetan.
	2. *Sorrera psikiatrikoa duen distribilitatea*: egoera maniakoetan, arreta mantentzeko gaitasuna galtzen da baina arreta fokalizatzeko gaitasuna partzialki mantentzen da, distraibilitatea takipsikia edo urduritasun (Excitación) orokottatekin erlazionatzen da, arreta probetan akatsak erantzuteko duten presarengatik justifikatzen dira, arreta- emozioan labilitatea (labilidad atencional-emocional): arretaren konstanzia eza izendatzeko erabiltzen da terminoa; antsietate maila altuak daudenean ematen den arretaren asaldura izendatzeko erabiltzen da.
* **Arretaren inhibizioa:** Arreta mobilizatzeko ezintasuna izendatzeko erabiltzen da. Pazientea bere baitari begira (Ensimismado) eta inguruan gertatzen diren ikusmenezko edo entzumenezko aldaketekiko interes falta duela dirudi. Ez dadigitoen proba gainditzeko gai.
1. Sorrera organikoa duen arretaren inhibizioa: egoera organiko akutuetan (agudos); desorientazio, oroimenaren galtzea eta beste zenbait asaldura kognitiboekin agertzen da. Batzuetan pazientea amnesia edo afasia duela dirudi, arretaren asalduramailaren ondorioaz. Adibide tipikoa da farmako antikolinergikoen kontsumoaren ondorio direnak.
2. Sorrera psikiatrikoa duen arretaren inhibizioa: inhibizio motorra duten egoera guztietan agertzen da. Melankoliaren eta eskizofreniaren tipikoa da. **Melankolian:** estimuluei arreta jartzearen ezintasuna pertsonak bere eduki mentak depresibo edo deliranteetan duen kontzentrazio osoarenn ondorio da. **Eskizofrenian:**

haluzinazioekin zerikusia du, baina haluzinaziotik aparte ere ager diateke pazienteek estimulu bat aukeratu eta gainontzekoak deuseztatzeko duten zailtasunagatik.

* **Negligentzia. Negligentzia sindromea:** Inatentzioa, azinesia eta negligentzia hemiespaziala ematen da. Inatentzio unilaterala: hemisfario ez garaitzailean ematen diren lesio fokalen ondorio, espazio extrapertsonalaren erdia kontuan ez hartzeko joera, **Ezkerraldeko Espazioaren Heminegligentzia Sindromea** ( sindrome de heminegligencia espacial izquierda), Lesioaren alde kontralateralean azaltzen diren estimuluekiko arreta falta agertzen duen nahastea da. Garuneko eskuineko hemisferioaren lesio parietalaren ondorio da, papzienteek ez diete arretarik jartzen bere ikusmen eremuan ezkerreko erdian dauden estimuluei. Sindrome honek lau osagai nagusi ditu:
	+ *Hemi-inatentzioa*: lesioaren kontralateralak diren estimuluei erantzuteko gaitasun eza.
	+ *Estintzioa*: hobetzen ari diren pazienteetan arazioak bakarrik estimulazioa bera

modu bilateral betean aurkezten zaienean ematen da.

* + *Hemiaknesia*: ekintza bat alde kontralateralerantz hasteko zailtasuna edo ezina.
	+ *Neglect edo negligentzia hemiespaziala*: pazienteari figura bat kopiatu edo

marraztea eskatzen zaionean eta lesioaren kontralaterala den erdia deuseztatzen duenean.

* **Arretaren fatigabilitatea**: arreta errez nekatzeagatik definitzen da, konpromiso zerebraleko faktoreen presentzia dago. Neurastenia postraumatikoetan zenbait garun tumoretan eta dementzia prozesuetan ematen da. Motibazio faltagatiko arreta gutxiagotzetik bereiztu behar da: neke sintoma subjektibo eta objektiboak agertzen dituzte, asaldura fisikoen aurrekariak dauzkate, mota depresiboko egoerak aurkezten dituzte eta informazioa gogora ekarri eta gordetzeko zailtasunak izaaten ohi dituzte.
* **Apatia**: egoera asteniko, apatikoetan ematen den arretaren asaldura da. Arreta zailtasunarekin manentzen da estimuluengan, arreta mantentzeko zailtasuna neke handiagatik, lo egiteko beharragatik, desnutrizio egoera batengatik edo farmakoen sobredosi batengatik esplika daiteke. Pazienteak nekea eta eginbeharrean arreta jartzeko zailtasunak deskribatzen dituen arren, beste garun fakultateak ez daude asaladatuta eta esfortzuarekin proba neuropsikologikoak gainditu ditzake.
* Pseudoaparosexiak: benetako aprosexiak diruditen egoera klinikoak dira. Arretarik ez dagoela dirudi baina errealitatean mantendu egiten da eta batez ere gertuko pertsonen erreakzioetara zuzendurik dago. Simulazio kuadroetan ematen da eta baita jokaera histerikoetan ere.
* Paraprosexiak: arretaren norabide anormala deskribatzen dute (naiz eta horrela ez izan benetan) esate baterako hipokondrian, egoera maniakoetan eta arreta inestabiliitatean.
* Hiperprosexiak: Arretaren fokalizazio gehiegizkoa eta transitorioa deskribatzen dute. Kontzientzia asalduen egoeretan agertzen dira. Arretaren inestabilitatea eta bere errendimenduaren gutxiagotzea suposatzen du. Superfizialki zuzentzen dira estimuluetara eta objektu baten gain mantentzea zaila izaten da.

LABURBILDUZ

Arreta asaldurak honakoekin erlazionatu dira:

* Estimuuen errezeptibitate baxua.
* Estimulu irrelebanteak identifikatu eta inhibitzeko ezgaitasuna.
* Arreta estimulu batetik bestera aldatzeko zailtasunak.

Orientazioaren psikopatologiari dagokionez, hiru motatako desorientazio topatu ditzazkegu:

* Organikoa
* Orientazio bikoitza
* Orientazio faltsua

## SENTZO-PERTZEPZIOAREN PSIKOPATOLOGIA

SENTSAZIOEN PERTZEPZIOA

* Sentsazioak: zentzumenek hautematen dutena. Pertsonak, zentzumenen bidez jasotzen dituen estimuluetatik abiatuta, esperimentatzen duena. Dastamena, usainmena, entzumena, ikusmena.
* Pertzepzioak: zentzumenetatik datozen estimuluen interpretazio aktiboa. Interpretazioak

aurretiko esperientzietan (oroimena), testuinguruan eta espektatibetan edo aldez aurreko jarrera pertsonaletan oinarritu daitezke.

* Sentsopertzepzioa: integrazio prozesu bat da. Estimulu sentsorialak, oroimen arrazional eta

emozionala, gure nerbio sistemaren aktibazio egoera.

PERTZEPZIOA

Hiru prozesuen sekuentzia da:

* Errezepzioa: prozesu sentsoriala.
* Errepresentazioa: informazio zati desberdinak nola taldekatzen ditugun, zer irudikatzen duten

erabaki edo zehaztu.

* Ulermena: errepresentazioa gure aurretiko jakintzekin nola konbinatzen dugun, ulergarri suerta

dakigun.



HAUTEMATEAREN DISTORTSIOAK: SAILKAPENA

* Iintentsitateren hautematearen anormaltasunak: Estimuluak hautematen ditugun intentsitateak aldaketak jasan ditzake faktore anitzen ondorioz: nekea, ohitzea, aurretik egon den estimuluaren intentsitate maila, organo sentsorialen berezko ezaugarriak e.a. Intentsitatea kontinuum bat da hainbat faktoreek alda dezaketena: estimuluaren ezaugarriak, pertzepzioaren testuingurua, hautematen duen pertsona. Asalduraren sorrera neurologikoa, behin behineko hautemate organoen asaldura edo funtzionala (nahaste mentalen bat) izan daiteke.
	+ Asalduraren sorrera izan daiteke:
		- Funtzionala: nahaste mentaletan.
		- Zaporeak, usainak, soinuak e.a. bereizteko zailtasunak (depresioan).
		- Hiperacusia: Depresioan, herstura nahasteetan, zenbait egoera toxikoetan (alkoholaren

ingestio akutuan), migrañatan.

* + - Ikusmenesko hiperestesiak: koloreak, normalean baino intentsitate handiagoaz eta biziago

hautematen dira: eskizofrenian, egoera maniakoetan, zenbait drogen intoxikaziogatiko extasian.

* + *Estimuluen intentsitatea* hautematerako orduan:
		- **Hiperestesia**: estimulua duena baino intentsitate handiagoarekin hautematea
		- **Hipoestesia**: estimuluak duena baino intentsitate txikiagoarekin hautematea.
		- **Anestesia**: estimuluak duen intentsitatea ez hautematea
	+ *Minaren* hautemateari dagokionez:
		- **Hiperalgesia**: mina normala dena baino intentsitate handiagoaz nabaritzen denean.
		- **Hipoalgesia**: mina normala dena baino intentsitate txikiagoaz sentitzen denean.
		- **Analgesia**: mina sentitzen ez denean. Minaren hautematea desagertzen denean.
* Nolakotasunaren (zer) hautematearen anormaltasunak: Janari guztia mikatz bezala hautematea (eskizofrenian), objektuak opako bezala hautematea edo kolore gabe bezala (depresioan).
* Formaren eta tamainaren hautematean distortsioak:
	+ *Metamorfopsiak*: nahaste neurologikoetan (Epilepsia), lobulu parietalaren lesioen ondorio diren nahasteetan, egoera organiko akutuetan (meskalina bezalako zenbait dorgen efektuaren ondorioz), arraroa da eskizofrenia eta nahaste neurotikoetan agertzea, elikadurarekin zerikusia duten zenbait nahasteetan.
		- **Dismegalopsiak**: tamainaren pertzepzioan distortsioak dira.
			* Makropsiak: objektuak benetan diren baino handiago ikustea.
			* Mikropsiak: objektuak benetan diren baino txikiago ikustea.
		- **Dismorfopsiak**: objektuaren forma modu distortsionatuan hautematea.
		- **Autometamorfopsiak**: aurreko anormaltasunak norbere gorputzari ere eragiten diotenean.

Hau da, norbere gorputzari dagokion metamorfopsia.

* Hautematearen integrazioaren anormaltasunak: Pertsona ez da gai bide sentsorial desberdinetatik datozen bi edo pertzepzio gehiago erlazionatzeko. Ondorioz, pertsoaren sentsazioa pertzepzio horiek iturri desberdinetatik datozela da. Sentsazioen arteko asoziazioei buruz ari gara eta ez pertzepzio normal eta asaldatu baten arteko asoziazioaz (haluzinazio funtzional errefexua). Hauek ez dira oso ohikoak baina batzuetan egoera organikoetan eta eskizofrenian agertzen dira.
* **Eszisio pertzeptiboa**: hautemana den objektua elementuetan desintegratzen da; subjektua ez da gai objektuari buruz modalitate sentsorial desberdinetatik jasotako informazioa integratzeko.
* **Aglutinazioa**: kualitate sentsorial desberdinak pertzepzio bakarrean bateratzen dira eta

subjektua ez da sentsazio desberdinen artean bereizteko gai.

* **Sinestesia**: beste zentzumen-organo bati dagokion irudi batekin elkartzen da sentipen bat,

esate baterako “audición coloreada”.

* Ilusioak: estimulazio anbiguoa, irui mental konkretu batekin konbinatzen da. Pareidolia: pertsonak antolamendu edo esanahi bat ematen die estimulu anbiguo edo gutxi egituratueai (ez da patologikoa berez).
	+ **Presentzia sentipena** (sentido de presencia): pertsonak sentitzen du bakarrik ez dagoela, nahiz eta beste pertsonarik ez egon eta ezin identifikatu sentipen hori justifika zezakeen beste estimulurik. Ohikoa da zenbait bizitza egoeratan: muturreko neke fisikoa, bakardadea, inguruko estimulazioaren gutxitze bortitzean (herstura egoeretan, beldur patologikoetan, eskizofrenian, histerian, zergati organikoa duten nahaste mentaletan).

## Pareidoliak

* Haluzinazioak: Hautematearen psikopatologiaren nahaste prototipikoak dira. Nahaste mantal bat dagoela ziurtatzeko sintoma garrantzitsuenetakoa da. Ez dute beti nahaste mentalaren existentzia adierazten, pertsona osasuntsuetan ager daitezke zenbait baldintza estimularrak direla eta. Historian zehar hainbat definizio eman dira:
	+ Esquirol (1832): haluzinazioak dituen pertsona batek, gorputza eta errealitatea egozten die, zentzumenek parte hartu gabe, oroimenak gogoratzen dituen irudiei.
	+ Ball (1890): objekturik gabeko prtzepzioak.
	+ Horowitz (1975): informazioaren prozesamenduaren eredutik honako deskribapena ematen du: irudi moduan sortzen diren irudi mentalak dira, barne informazio iturrietatik sortzen dira, baina modu ez egoki batean, kanpotik eratorriak balira bezala ebaluatzen dira eta normalean intrusio bat bezala sortzen dira.
	+ Slade eta Bentall (1988): Estimulu egokia ez dagoenean ematen den pertzepzioaren antzeko esperientzia dira, dagokien pertzepzio errealaren indar eta inpaktu guztia dute eta bizi dituenak ezin ditu borondatez zuzendu ezta kontrolatu ere. Definizio honek Haluzinazio bat gertatzeko aldi berean eman beharreko (ez banakaisolaturik) hiru ezaugarri izendatzen ditu:
		- Haluzinazioa egokia den estimulurik gabe ematen da (ilusiotik bereiziz).
		- Haluzinazioak, pertzepzio errealaren indarra eta npaktua du (pseudohaluzinaziotik bereiziz)
		- Pertsonak ezin du borondatez haluzinaziozko esperientzia zuzendu edo kontrolatu.
* Haluzinazioen sailkapena edukien eta zentzumen potaren arabera:
	+ **Konplexuaren** arabera:
		- Oinarrizkoak: zaratak, argiak distirak…
		- Konplexuak: Ahotsak, pertsonak, kantak, animaliak, eszenak, musika…
	+ **Edukiaren** arabera:
		- Beldurrak, desioak, oroitzapenak, e.a.
		- Kulturalak edo erlijiosoak (gatzka pertsonalak, kulpa, lotsa, intseguritatea…)
		- Bizitzako egoera bereziak
		- Eldarnioen edukiarekin erlazionaturikoak (haluzinazioak dituzten pertsonen %90 eldarnioak

ere dituzte, eldarnioak dituzten pertsonen %35 haluzinazioak dituzte).

* **Zentzumen motare**n arabera:
	+ *Entzumenezkoak* (ohikoenak, eskizofrenian eta depresioan)
		- Akoasmak: oinarrizkoenak dira (soinu, pitido, pauso…)
		- Fonemak: egituratuagoak (esanahi argia duten hitzak, ahotsak…)
		- Pentsamenduaren oihartzuna (eco del pensamiento)
		- Irakurketaren ohiartzuna
		- Aginte-haluzinazioa (alucinacón imperativa). Pertsonak ahotsak esten duen egitera

behartua dagoela sentitzen du. Ohikoaka dira depresio nagusian eta egoera organikoaetan. Bigarren pertsonan ematen diren haluzinazioak dira depresioan, eta hirugarren pertsonan ematen dira eskizofrenian.

* + *Ikusmenezkoak*: Normalean egoera organikoetan ematen dira (epilepsia temporala. kontzientzia galera duten egoera organiko akutuetan -delirum tremens-, aluzinazioengatiko intoxikazioak). Eskizofrenian arraroak dira.
		- Fotopsiak edo fotomak: oinarrizkoenak dira (argiak, e.a. estatikoak ala mugimenduak,

kolore biziekin zein txuri beltzean…)

* + - Konplexuagoak (giza irudiak, animarlia eszenak…)
		- Liliputienseak: tamaina txikian agertzen direnean
		- Guliverrtarrak: tamaina handian agertzen direnean
		- Autoskopia edo ispilu fantasma
		- Autoskopia negatiboa
	+ *Usainmenezkoak*: ez dira oso ohikoak, depresioan, eskizofrenian, epilepsiaren euran eta lesio organikoetan ager daitezke. Normalean usain desatseginak izan ohi dira eta normalean dastamenezko haluzinazioekin batera agertzen dira.
	+ *Dastamenezkoak*: ez dira oso ohikoak. Histerian, alkoholismo kronikoan, lobulu temporaleko epilepsian, epsiodio maniakoetan ager daitezke. Ohikoena eskizofrenian agertzea (posoitu izatearen eldarnioarekin batera), depresioan eta eldarniozko egoera kronikoetan. Usainmen lobuluaren irritazioa edo eta tumore zerebrala adierazi dezakete. Normalean zapore desatseginak zaten dira eta usainmenezko haluzinazioekin batera agertzen dira.
	+ *Ukimenezkoak edo haptikoak*: gorputzaren edozein partetan eman daitezke (iutzen diotela, ziztatzen diotela, kalanbreak, erretzen diotela…).
		- Aktiboak: ez ohikoak. Eldarnio toxikotan agertzen dira batik bat (delirum tremens):

pazienteak insektuak, hariak, e.a. bera ukitzen.

* + - Pasiboak: norbaitek ukitu, erre ziztatzen duela sentitzen du.
		- Haluzinazio termikoak: muturreko bero edo hotza
		- Haluzinazio hidrikoak: fluidoak antzematen dira.
		- Formazioa, eldarnio dematozoikoak/zoopatikoak/enterozoikoak: azalaren azpitik edo

gainetik animali txiki edo intsektuak darabiltzanaren pertzepzioa.

* + - Somatikoak: gorputzaren barnean pertsonak hautematen dituen sentsazio bereziak dira.
	+ *Zinestesikoak:* Benetan mugimenduan ez dauden gorputz ataletan mugimendua hautemateari esaten zaio. Eskizofrenian ager daitezke baina ohikoagoak dira nahaste neurologikoetan, Adibidez parkinsona hasi baino lehen. Bezodiazepina bidez tratamendua etetean ere deskribatu izan dira modu honetako haluzinazioak.
	+ *Mistoak*: Zenbait modalitatetan agertzen direnean. Zentzumen motaren araberako haluzinazioen barnean ohikoenak entzumenezkoak eta ikusmenezkoak dira. Haluzinazioak, pertzepzio normalekin elkarbizitzen dira, zenbait droga hartzearen ondorio ematen diren haluzinazioak ezik.

AMNESIA ETA DEMENTZIA

Dementzia treminoak garunaren zenbait nahaste degeneratibo barne hartzen ditu. Funtzio intelektualeak narraiadura gradualak sortzen dituzte. Oroimenaren arazoak lehenengo sintoma izaten ohi dira. Hasieran, oroimen arazoak eguneroko gertaeren oroitzapenari eragiten diote. Oroimen episodiakoa galtzen hasten da eta gaixotasuna aurrera doan hainean, ahazten diren gauzak larriagoak dira, oroimen semantikoari eraginez. Normalean bi dementzia motaz hitz egiten da:

* Dementzia kortikalak: alzehimer gaixotasuna eta Picken gaitza.
* Dementzia subkortikalak: PArkinson, Esclerosi múltiplea, Corea de Huntington eta beste

batzuk.

OROIMEN URRITASUNA ETA NAHASTE MENTALAK

Depresioa eta aldartea edo herstura eta antsientatetarekin harremanduta dauden gaixotasunetan.

* DEPRESIOA: Kausa efektu harremana ezartzen da. Elkar erlazionatuta daude eta batak bestea alimentatzen du. Gertakari negatiboak oso presente daudenean (herstura eta antsietatearekin harremanduta dauden gaitzetan) ere ematen da. Maila psikomotorean agertzen den geldotasunak errendimendu kognitiboan eragina du eta baita oroitzapen askean ere. Episodio depresiboa desagertzean oroimenaren arazoak desagertzen dira. Denbora gehiago behar dute informazioa buruan gordetzeko eta errekonozimenduko zereginak hobe egiten dituzte oroitzapen askekoak baino. Gertakari triste edo desatseginak gehiago gogoratzen dituzte.
* ANTSIETATEA (herstura): Banakoak gertakari traumatiko bat bizitzen duenean eta bere orimenaren zati gehiegizkoa okupatzen duenean. Honek oztopo bat suposatzen du berreskuratzeko orduan. Oroimen galera herstura egoerarekin harremanduago dago herstura ezaugarriarekin baino. Informazioaren prozesamendurako errekurtsoak etorkizunerako balizko mehatxuen pertzepsioarekin okupatuak daude eta beraz ikasi eta gogoratu ezin gelditzen dira.
* ESQUIZOFRENIA: Biltegiratzea ez dago kaltetuta. Berehalako oroimena da kaltetuta dagoena. Memoria sozializatzerako garaian narraiadura. Informazio garrantzitsua garrantzirik ez daukanetik bereizteko zailtasunak. Honek beste funtzio kognitiboak oztopatzen ditu. Oroimen ikonikoari dagokionez, estimuluak detektatu eta beste batzuetatik diskriminatzeko denbora tarte handiagoak behar dituzte. Sartzen den informazioaren analisia defizientea da. Epe motzeko oroimena, epe luzeko oroimena eta errekonozimenduan ez dago kalterik. Oroimen eginkizunetan arazoak dituzte zeren estrategia menmonikoak eduki arren ez dituzte ondo erabiltzen. Berehalako oroimena gogoratu beharreko materialaren kaalitate emozionalarengatik oztopatuta dago.. Gehiago kostatzen zaie negatiboa dena ahaztea (honek anhedonia sortu dezake).

## PENTSAMENDUAREN PSIKOPATOLOGIA

Gehienban nahaste psikotikoarekin eta esquizofreniarekin lotuta. Bi multzotan batau daitezke: pentsamenduaren mormaren nahasteak eta pentsamenduaren edukiaren nahasteak.

PENTSAMENDUAREN FORMAREN NAHASTEAK

* **Bradipsikia**: diskurtsoaren habiadura eramateko ezgaitasuna. Pentsatzeko eta hitz egiteko makaltasuna (motela). Depresioan eta eskizofrenia hebefrenikoan ohikoa.
* **Takipsikia**: Ideia ugaritasuna dago eta oso azkar adierazten dira. Abiadura oso handia hartzen duenean “ideien ihesa” sortzen da. Aldartearen nahasteen fase maniakoetan ohikoa.
* **Hizketa** pobretasuna: naiz eta azkar pentsatu oso pobreki hitz egiten du (hitz gutxirekin).

Kantitatea.

* **Hizketaren edukiaren pobretasuna**: gauza asko esan baina diskuurtsoan ez dago kalitaterik (se va por las ramas). Inplikazio emozionala daukaten hitzak saiesten saiatzen dira. Kalitatea.
* **Hizketaren presioa**: pertsonari nabaritzen zaio besteen aurrean bere diskurtsoa plazaratzeko daukan presa. Oso zaila da pertsona hauek isilaraztea. Esaldiak bukatu gabe utzi daitezke beste ideia batzuei heltzeko irrikarengatik.
* **Ideien ihesa**: hizketaren presio muturrekoa izango litzateke.
* **Pentsamendu prolijoa**: PErtsona batek bere diskurtsoa ematerakoan ñabardura gehiegi ematen dutu. Batzuetan hainbeste detaile ematen dira zein ideia nagusiaren aria galtzen den.
* **Pentsamendu zirkustantzial**a: Ideia bat azaltzea lortzeko detaie edo xehetasun pila ematen dira, parentesi asko eginez.
* **Pertseberantzia**: inolako zentzurik gabe ideia edo esaldi berak errepikatzen ditu.
* **Pentsamendu disgregatua**: Diskurtsoa ezin da ulertu haririk ez daulalako (zentzua galdu). Esaldian ordezkatzen diren hitzak esanahia hondatu edo suntsitzen dute.Deskarrilamenduarekin eman daiteke.
* **Hizketa distraitua**: Pertsona bat hitz egierako garaian hariari heltzen ez diona. Edozein estimulurekin distraitu egin daiteke. Bere diskurtsoan k ez dauka logika nabarmenik.
* **Erresonantzia**: Hitzak duten soinuaren arabaera hautatzen dira ditu.
* **Helburua galtzea**: bukaerararte edo ondorioetara iritsi arte, ideia edo pentsamendu katea jarraitzkeo ezintasuna.
* **Ekolalia**: pertsona baten beste batek esandakoa errepikatzea. Aurreko pertsonaren diskurtsoaren azkeneko hitza errepikatzea.
* **Blokeoa**: Pentsamendu edo ideia bat bukatu aurretik hizketaren etenaldia da. Isilune txiki baten ondoren pertsonak baieztatzen du ez dakiela zer esatera zihoan edo zertaz hitz egiten ari zen.
* **Hizketa itxuratua**: hizketa hotz eta kultua modu gehiegizko batean.
* **Autoerreferentzia**: diskurtsoaren arreta nigan kokatzen saiatzen naiz. Elkarrizketal bere esperientzian oinarritzen ditu.

PENTSAMENDUAREN EDUKIAREN NAHASTEAK

ELDARNIOAK (delirio)

Uste faltsuak dira, beren ezaugarri nagusia pertsonak segurtasun osoz mantentzen dituela da. Egiazkoak ez diren ideiak ehuneko ehunean sinisten dira. Ideia hauek ez ditu faltsuak kontsideratzen eta ez dira eragingarriak. Uste faltsu hauen edukia ezinezkoa da. Oso ongi eraturiko ideiak dira baina hala eta guztiz ere gezurra dira. Pertsona honek ez du inolako ahaleginik jartzen ideia hauek sinesgarriak egiteko, zalantzan jarri gabe sinistu egingo ditu. Ideia obsesiboetan ordea, siniskerari erresistentzia egingo zaio.

Ideia gainbaloratua (muturrekoak) onargarritasun maila desberdina duten ideiak dira, emozionalki kargatuak, pertsona kezkatu egiten dute. PSikologikoki onargarriak dira, ez dira eldatnioak bezain auterreferentzialak, gai sozial, plitiko eta erlijiosotan oinarritzen dira eta

tratamenduekin ez dira aldatzen. Ideia mota hauek delirio batean buka dezakete. Kontinuum bat bezala azaldu daiteke: mutur batean muturreko ideia kokatuko lutzateke eta bestean eldarnioa.

Ideia obsesiboak: banakoa kezkatu egiten dute. Behin eta berriz agertzen dira bere gogamenean eta gogaikarriak eta kezkagarriak dira. Pertsona idaeia horiek kontrolatzen siatzen du eta berarengan barne herstura handia sortzen dute.

Sailkapena:

* **Lehen mailako eldarnioa**: eldarnio hori ez da beste zerbaitegatik azaldu, ez dator beste gaitz batengatik eratorria. Nere bizitzaren egunerokotasunean hori da zentrua:
	1. Eldarniozko intuizioa: inspirazio bat da. Bat batean gure burura datorren ideia da, eduki autoerrefentziala du eta pertsonarentzat garrantzi handia izan ohi du.
	2. Eldarniozko pertzepzioa: pertzepzio normal baten ondorioz sortzen den eldarnioa.
	3. Eldarniozko atmosfera: mundua modu sutil batean aldatu delako bizipena dakarren esperientzia subjektiboa. PErtsonari zaila egiten ziao aldaketa hau definitzea.
	4. Oroimen delirantea: benetako oroimen bat eldarniozko modu batean berreraikitzen da edo gertatu ez den zerbait gogoratzen da.
* **Bigarren mailako eldarnioa**: pertsonak beste fenomeno patologiko batengatik eratorritako eldarnioa. Eldarniozko ideiak ez du pertsonaren esperientzia esparru guztia hartzen. Delirio baino ideia deliranteak deditzen zaie.

Sailkapena edukiaren arabera:

* Kontrolatua izatearen eldarnioa. Kanpo indarren batek bere pentsamendua kontrolatzen duela uzten du, alienatua dagoelaren ustea.
* Autoerreferentziazko eldarnioa: Gertatzen den guztia pertsona berari buruzkoa edo berari

dagokiola uste du. ezaugarri negatiboak eduki ohi ditu eta zuzenki eragiten dio.

* Kalte eta pertsekuzio eldarnioa: pertsona eraso egiten dutele. jazarpena jasotzen dutela eta

jarraitua sentitzea da. Normalean pertsonaren izaera jarraitua izatearen sentsazioa.

* Eldarniozko ideia nihilista: bere gorputzaren parte bat hil egin dela uste dute. Nekrosi bat

jasaten ari direla uste dute. Besteen edo munduaren existentzia ukatu egiten dute.

* Txirotasunezko eldarnioa: pertsonak uste du bere ondasun guztiak galdu dituela eta
* Delirio de grandeza:
* Jeloskortasuneko eldarniozko ideia (idea delirante de celos): Pertsonak bikotekidea desleiala

izan deneko konbentzimendo delirantea, Zelo normalarekin bereizten da pertsona infidelitatea lau haizetara zabaltzeko joera duelako.

* Sosias-en eldarnioa ed Capgras-en sindromea:
* Eldarnio erotikoa edo Clerambault-en sindromea: Pertsonak bera baino maila edo estatus

altuagoko pertsona bat berataz maiteminduta dagoela uste du. Pertsona horrek egiten duen guztia maitasunaren adierazpen moduan interpretatzen du.

* Gorputzari buruzko eldarniozko ideia (ideia delirante corporal):

Eldarnioak nahaste mentaletan

Eldarnioak nahaste psikologiko, neurologiko eta organiko anitzetan ager daitezke. Gaur egungo sailkapenetan eldarnioen garrantzia ageria da, zenbait kategorietako irizpide bezala hartzen baitira. Ohikoa da eldarniak eskizofrenian, nahaste paranoideetan, aldartearen nahasteetan, dpresioan, manian, nortasun nahasteetan, nahaste paranoideetan, nahaste eskizotipikoan, nahaste eskizoideetan, jatorri organikoa duten hanbat nahasteetan, alkolen eta drogen abusuaren a¡ondorioz eta zenbait farmakoen efektu sekundarioen ondorioz agertzea.

Sorrera eta mantentze faktoreak

* Garun disfuntzioak
* Nortasuna: eldarnioa errazagoa da berarenganako aldez aurreko jarrera duten nortasunetan,

irainarekiko sentsibilitatea eta kontrola galtzek obeldurra duten banakoetan adibidez.

* Autoestima mantendud nahi izatearen desioa: garrantzitsua batez ere honakoen sorreran: ideia espansiboak, ideia erotomaniakoak, eduki autoerreferentzialeko eldarnioak, ez ohiko esperientziak eta gainkarga kognitiboa.
* Gainkarga kognitiboa: garun funtzionamenduan aldaketak sortzen dituzte eldarnioen sorreran

inplikatuak egon daitezkeenak: hiperbigilantzia, gehiegizko aktibazioa, denbora luzean kontzentratuta egotea.

* Pertsonen arteko aldagaiak: psikopatologian garrantzi handia ematen zaie gaitasun sozialei.

Isolamenduak eta inkonpetentzia sozialak eldarnioaren sorrera errazten du subjektuak ez duelako sinismenaren balioztatze sozialik.

Egoeraren aldagaiak ere eldarnioen sorreran eragina daukate: isolamendu sentsoriala (batez ere gorreria) eta aldaketa kultural bortitzak (esate baterako emigrazioa).

1. **HERSTURAREKIN LOTURIKO NAHASTEAK**

## ZER DA HERSTURA?

AITZINDARIAK

* Neurosia (Cullen, 1769): Nahaste sentsorial eta motoreak.
* Freud (1896): Herstura neurosiaren muina bezala definitu.
* CIE-9 (OMS, 1977): Nahaste neurotikoak (herstura egoerak, egoera fobikoa eta nahaste obsesibo konpulsiboa).
* DSM-III (APA, 1980): Herstura-Nahasteak talde independiente bezala.

HERSTURA ERANTZUNAREN OSAGAIAK EDO SISTEMAK

* Subjektiboa/Kognitiboa (barne esperientzia): Beldurra, izua, alarma, ezinegona, arduratzea…
* Fisiologikoa/Somatikoa (SNA-ren aktibazioa): takikardia, arterien presioaren gehikuntza muskuluen uzkurtzea, listuaren jarioaren gutxiagotzea…
* Konduktuala/Jokabidezkoa: erantzunaren zatitzea: osagai bakoitza maila desberdinak izan ditzake.

## KONTZEPTUAK DEFINITZEN

DESBERDINDU BEHAR DA:

* Herstura Vs. Beldurra:
	+ Herstura: beldurra sor ditzakeen estimulurik gabe gertatzen da.
	+ Beldurra Arrisku bat dela eta, ihes egiteko jokabidea aktibatzen duen mekanismoa.
* Beldurra Vs. Fobia:
	+ Fobien definizioa (Marks, 1969): Neurriz kanpoko beldurra, egoerak benetan suposatzen duena baino askoz ere altuagoa, beldur zaion egoeraren gehiegizko ekiditea, izaera irrazionala (pertsonak ezagutzen du ber fobiaren irrazionaltasuna), pairamen maila altua.
* Herstura normala (osasuntsua) Vs. Herstura patologikoa
	+ Osasuntsua: Babesten gaituen giza-emozioa, gure ingurunearekiko egokitzapena ahalbidetzen diguna. Beldurraren bitartez azaltzen da.
	+ Patologikoa: Objektiboki benetako arriskua suposatzen ez duten egoeren aurrean agertzen da. Bere agerpena ezinegona sortzen du gizakiarengan. Gizakia, estimulua agertu baino lehenago, herstura “antizipatorioa” sortu ditzakeen izaki bakarra da.

3 ERANTZUN SISTEMA

* Jokabidea:
* Arrisku baten aurrean ihes egitea.
* Ekiditea: arriskua agertu baino lehenago hau ekiditzen hastea.
* Psikofisiologikoa: Arrisku bat agertu daitekela adierazten duten alertak:
* Izerdiaren areagotzea
* Pupilen handitzea
* Aurpegiaren gorritzea eta izerditzea
* Erantzun gastrikoak (urdailean korapilo bat izatearen sentsazioa)
* Kognitiboa:
* Herstura “antizipatorioa” edo aprentsio ansiosoa
* Ekidite kognitiboa

DEFINIZIOA

Herstura maila gaitzaren muina edo gune zentrala den nahaste edo sindrome klinikoa. Bere izaeran ageriko herstura forma har ditzake (izuikare edo panikoa), edo herstura hori gutxiagotzen laguntzen dute ekideteen bitartez (fobiak).

SAILKAPENA DSM-IV

* Paniko edo izuikara krisia (Pannic Attack)
* Paniko edo izuikara nahastea
	+ Agorafobiarekin
	+ Agorafobia gabe
* Agorafobia panikorik gabe
* Fobia espezifikoa
* Fobia soziala
* Nahaste Obsesibo Konpultsiboa
* Trauma Osteko Estres Nahaste (TEP)
* Estres Akutuko Nahastea
* Herstura orokortuko nahastea (trastorno de ansiedad generalizada)
* Substantziek/medizinek eragindako herstura nahastea
* Beste afekzio mediko baten ondoriozko herstura nahastea
* Beste herstura nahaste ez espezifikatua

SAILKAPENA DSM-V

* Fobia espezifikoa
* Herstura sozialagatiko nahastea (trastorno de ansiedad social )(fobia soziala)
* Paniko nahastea
* Agorafobia
* Herstura orokortuko nahastea (trastorno de ansiedad generalizada)
* Substantziek/medizinek eragindako herstura nahastea
* Beste afekzio mediko baten ondoriozko herstura nahastea
* Beste herstura nahaste ez espezifikatua
* Banantzeagatik herstura nahastea (trastorno de ansiedad por separación)
* Mutismo selektibo (infantila)

EZAUGARRI AMANKOMUNAK

* Beldurra (gehiegizkoa): Berehalako mehatxuaren aurreko erantzun emozionala (benetakoa edo irudimenezkoa).
* Atake edo iheserako beharrezkoa den aktibazio autonomikoa, berehalako arriskuaren inguruko pentsamenduak, ihes egiteko jokaerak.
* Gehiegizko herstura: aurreikusten den etorkizuneko mehatxu baten aurreko erantzun emozionala.
* Tentsio muskularra, etorkizuneko arrisku batekiko bigilantzia eta jokaera ekiditzaileak.
* Zenbait jokaera: beldurra edo gehiegizko hersturatik eratortzen diren jokaerak.

ZENBAIT DATU

* Nahaste asko haurtzaroan sortzen dira
* Tratatu ezean irauteko joera dute
* Ohikoagoak izaten dira emakumeengan, gutxi gora behera 2:1 proportzioan
* Sintomak substantzia/medikazio baten kontsumoari edo gaixotasun bati egozten ez zaizkionean diagnostikatzen dira. Baita beste buru nahaste batengatik hobeto azaltzen ez direnean ere.

## PANIKO NAHASTEA (ere angustia deiturikoa)

* Pertsonak errepikatzen diren eta espero ez dituen paniko krisiak ditu.
* Kezka azaltzen du berriz krisi bat izatearekin edo bere jokaera modu desegokitzaile (desadaptativa) batez aldatzen du.
* Paniko krisien ezaugarri nagusiena beldurraren sintoma edo gaizkiegon intentsoaren agerpena da, mintu gutxitan bere mailarik gorena hartuaz.
* Sintoma fisiko edo/eta kognitiboak ere agertzen dira. Bi motatakoak izan daiteke:
	+ Esperotakoak: tipikoki beldurgarriak diren objektu edo egoerei erantzun gisa.
	+ Espero ez direnak: ageriko arrazoi gabe ematen direnak.

## AGORAFOBIA

* Agorafobia duten pertsonak honako bi egoera edo gehiagoan beldurtuta sentitzen dira:
* Garraio publikoaren erabilpenean
* Espazio irekietan egotea
* Leku itxietan egotea
* Hilera egin edo jendetza batean egotean
* Etxetik kanpo (beste egoera batzuetan) bakarrik egotean
* Pertsonak beldurra die egoera horiei bertan paniko krisien antzekoak diren sintomak gertatuko zaizkiola edo ez gaitzen edo umiliatzen duten beste sintoma batzuek edukiko dituela pentsatzen duelako.
* Ihes egin edo eta laguntza aurkitzea zaila litzatekeelarik, aipaturiko egoerak gehiegizko beldurra sortzen dute eta maiz ekidin egiten dira edo laguntzaile batekin egiten saiatzen dira.

Laburbilduz: agorafobia, kontrola galtzeari beldurra da edo beldurra izateari beldurra izatea (fobofobia).

AGORAFOBIA VS. PANIKOA DSM-IV VS. DSM-V

* DSM-IV:
* Paniko nahastea agorafobiarekin
* Paniko nahastea agorafobia gabe
* Agorafobia paniko nahasterik gabe
* DSM-V
* Panikko nahastea
* Agorafobia

Biak aldi berean agertzekotan diagnostiko diferentzial bikoitza egin beharko genuke, bakoitzaren berezitasunak aipatuz.

## FOBIAK

Fobien sailkapena: benetako edo irudimenezko estimuluak sorturiko beldur sakoneko erantzuna ekidite jokabideekin batera agertzen dena.



FOBIA ESPEZIFIKOA

* Beldurra egoera edo onjektu konkretuek sortzen dute
* Beldurrari esposatu ordez, ekiditea eman daiteke
* Kognizio espezifikoak ez dira nahaste honen ezaugarri
* Beldurra herstura edo eta ekiditea egoera fobikoaren aurrean berehala ematen da modu iraunkor batean
* Arriski errealarekiko neurriz kanpoko beldurra
* Zenbait mota daude sortzen dituen objektuaren arabera:
	+ Animaliak
	+ Ingurugiroa
	+ Odola-Injekzioak-zauriak
	+ Egoera batek sor dezakeena
	+ Beste zenbait zirkunstanzia FOBIA INESPEZIFIKOAK

## Herstura Sozialagatiko Nahastea (Fobia soziala)

* + Beldura eta herstura interakzio sozialetan ematen da edo eta pertsona aztertua izan daitekeen egoeratan.
	+ Beldurra edo hersturari esposatzea ordez, ekiditea eman daiteke.
	+ Egoerak hainbat izan diatezke:
		- Edozein interakzio sozial
		- Pertsona ezezagunekin bilerak
		- Pertsona jaten edo edaten behatuta izan daitekeen egoerak
		- Pertsonak beste batzuen aurrean jokatu behar dueneko egoerak
	+ Ideagintza kognitiboa edo kognizioak honakoak izan oi dira:
		- Besteengatik negatiboki ebaluatuta izatea
		- Lotsa, humillazioa edo baztertua izatearen ideia
		- Besteak mintzeko beldurra (bidirekzionala)

## Herstura Orokorreko Nahastea

* + Ezaugarri nagusiak: Zenbait aspekturen inguruan iraunkorra eta gehiegzkoa den herstura.
	+ Aspektu edo egoera bilduma hori kontrolaezintzat jasotzen dira.
	+ Pertsonak ere sintoma fisikoak izaten ditu:
		- Ezinegona
		- Urduritasun edo asaldura sentsazioa
		- Erraz nekatzen delako sentsazioa
		- Kontzentratzeko zailtasuna
		- Suminkortasuna (irritabilidad)
		- Tentsio muskularra
		- Loaren asaldurak

## Banatzeagatik Herstura Nahastea (trastorno de ansiedad por separación)

* + Atxikimendu irudi nabarmenak (familia, lagun-minak) galtzeko beldur patologikoa.
	+ Pertsona hauek zauritzeko beldur bezala ere ager daiteko.

## Mutismo Selektiboa (infantila)

* Hitz egiteko joeran azaltzen den narraiadura
* Nahiz eta gaitasuna eduki umeak hizkuntza nahita inhibitzen du zenbait egoeren aurrean.
* Gerta daiteke bere ingurune hurbilenean besteri ez hitz egitea
* Muturreko herabetasun batetik has daiteke

## NAHASTE OBSESIBO KONPULTSIBOA

**Obsesioa:** Pertsonak bere kontzientziaren kontra inposatutako eta haiengandik ihes egiten saiatzen den, Ideia multzo, pentsamendu, irudi edota bulkada (impulso) egonkorrak. Obsesio ohikoenak:

* Kutsadurako obsesioak: bere burua zikinkeria edo germen ugarietara esposatua egotearen bizipena.
* Zalantza moduko obsesioak (¿Ondo konprobatu dut?), bere erantzukizunaren pean zerbait negatiboa gerta dadineko beldurrarekin lotuta dagoena. (Gas-a irekita uzteko beldurra, argiak piztuta, ateak irekita…).
* Beste nolabaiteko “beharrak” sortzen dituztenak: ordenatzea, pilatzea (Acumular), konprobatzea, errepikatzea…

**Konpultsioa:** Errepikatzen diren, jokabide bilduma (agerikoak) ed/eta buru jarduerak (ezkutuan ematen direnak). Obsesio batek sortzen duen herstura edo ezinegonatik askatzeko bideratzen direnak. Premiarekin martxan jartzen dira. Era “esterotipatuan” bideratzen dira edo norberak dituen “arauen” arabera. “Maniengatik” ezberdintzen dira, azkeneko hauek eguneroko bizitzan hainbesteko pairamena edo interferentzia sortzen ez dutelako. Konpultsio ohikoenak:

* Garbiketa ildoko erritualak: Zikinkeri.obsesioaren aurka egiteko norbere burua garbitu edo “desinfektatzeko” erritualak bideratzen dira (eskuak, arropa…)
* Egiaztatze-konprobazio erritualak: zalantza obsesioai lorikoak (nahiz eta konprobazioa eman iraun dezaketen zalantzak dira). Haien atzean, pertsonaren erantzukizunaren pean zerbait negatiboa gertatu daitekelakoaren beldurra dago: erru sentimendua.

Beste nolabaiteko ageriko konpultsioak:

* Sineskeriagatik (supersitción) errepikatzen diren jokabide errepikatuak.
* Ekintza zehatz bat egiteko (jantzi, jan gidatu), oso arau zurrunak (eta norberekoak edo “propioak”) jarraitzea.
* Gauzak konpultsiboki ikutzearenak (izkinak, objektuak etab.).
* Gordetze-biltegiratze erritualak (objektiboki baliagarritzat hartu ezin daitezkeen gauzak).

Era ezkutuan ematen diren buru-konpultsioak “rumiazioak” (ageriko jokabiderik gabe bideratzen direnak):

* Ageriko erritualik gabe ematen diren perntsamenduak, irudiak edota buru inpultsoak (e.b.mentalki besteek esaten dutena errepikatzea edo matrikulen zenbakiak batu eo biderkatzea…).
* Lehen mailako moteltasun obsesivoa: Gauzak egiteko garaian, neurriz kanpolo moteltasuna eta denbora inbertsioa. Hain zurrunak eta ugariak izan daitezke gauzak egiteko “arauak”, non denbora asko behar dute haiek gauzatu ahal izateko. Normalean, helduaroaren hasieran azaldu egiten da.

DSM-IV TR-k Nahaste obsesibo konpultsiboa herstura nahasteen barnean sartu zuen. DSM-V-ek ordea, espektro obsesiboa sortu zuen “TOC eta horrekin loturiko nahasteak” deritzon kategoriaren barnean. DSM-V-ak kategoria honetan beste hainbat asaldura sartzen ditu:

* Gorputz nahaste dismorfioka: gorputzean akatsen bat izateko gehiegizko beldurra edo ardura.
* Biltegiratze nahastea: pilatu, gorde eta biltegiratzeko gehiegizko grina.
* Tricotilomania: ilea erauzteko joera konpultsiboa.
* Urradura nahastea (excoriación): azala urratzeko joera konpultsiboa.
* Beste nahaste espezifikoak: norbere gorputzean zentratutako konpultsioak (jeloskortasun patokogikoa, Koro, Jikoshu-Kyofu etab.).

NAHASETE OBSESIBO KONPULTSIBOA DIAGNOSTIKORAKO IRIZPIDEAK

1. Obsesioen, konpultsioen edota bien presentzia.
2. Obsesioek edota konpultsioek subjektua denbora inbertsio handi bat egitera behartzen dute (Egunean ordubete baino gehiago) edo agerizko ezinegon argia eragiten diote edo bere gizarteratzean arazoak sortzen dizkiote (lana, lagunak, etab.).
3. Sintomak substantzia bati egozteko aukerarik ez dago.
4. Asaldura guztia beste nahaste baten bitartez azaltzeko modurik ez dago.

Garrantzitsua da diagnostikoan aipatzea:

* Subjektuak introspekzio ona edo onargarria du: pertsonak bere usteak eta bere ideia obsesiboak, benetakoak ez dirala eta zentzu gehiegi ez dutela onartzen du.
* Introspekzio maila baxua: subjektuak zenbaitetan zalantzan jartzen ditu bere ideia obsesiboak eta beste hainbatetan sinetsi egiten ditu.
* Inolako introspekziorik ez / eldarniozko izaera: pertsonak bere ideia eta pentsamendu obsesiboak ez ditu zalantzan jartzen. %100 sinesgarritasuna ematen dio.

## TRAUMAK ETA ESTRES FAKTOREEKIN ERLAZIONATURIKO NAHASTEAK

Gertaera traumatiko batenganako esposizioaren ondorioz agerikoak diren nahasteak dira: ATXIKIMENDU ERREAKTIBOKO NAHASTEA

Jokaera inhibitutako portaera patroi egonkorra. Zaintzaile helduekiko gehiegizko kapena egoten da eta honela adierazten da:

* Haurrak ondoeza sentitzen duenean oso gutxitan bilatzen du laguntza helduengan.
* Haurrak gutxitan onartzen du, ondoeza duenean, heldu batek lagundu diezaiola.
* Gutxienez honako 2 bereizgarri dituen asaldura sozial eta emozional iraunkorra:
	+ Gainerakoen aurkako erreakzio sozial eta emozional minimoa.
	+ Maitasun positiboa mugatuta.
	+ Suminkortasun pasarteak, ristura esploratzeko beldurra, nahiz eta atxikimendu irudiak presente egon.

Etiologia:

* + - Haurrak ardura gutxiegiko muturreko patroia esperimentatu du. Batean edo gehiagotan agerira ateratzen denez, irizpide hau lehenaren asalduraren jatorritzat hartzen da.
		- Atxikimendu egonkorra garatzeko aukera txikiagotezen duten lehen mailako zaintzaileen bat-bateko aldaketak.
		- Atxikimendu segurua ezartzekoa aukerak txikiagotzen dituen ez ohiko testuinguruetan ematen den heziketa.

Kontuan izan diagnostikoa egiterako garaian: Nahastea lehenengo 9 hilabete (garapen adina) eta 5 urteetako tartean behagarria izan behar da.

Diagnostikoan adierazi behar da : iraunkorra baldin bada (gutxienez 12 hilabete) edota larria baldin bada (sintoma guztiak ematen baldin badira).

ERLAZIO SOZIALEKO DEINHIBIZIO NAHASTEA

Jokaera patroia non umeak ezagunak ez diren helduei gerturatzen zaizkie honako adierazgarriak aurkeztuz:

* Heldu ezezagunei hurbiltzeko edota interakzionatzeko errezeloaren ausentzia.
* Gehiegizko gertutasun-familiartasuneko portaera.
* Bere atxikimendu irudiarengana ez da zuzentzen, nahiz eta egoera arriskutsua izan.
* Gutxi edo inongo zalantzarik izan gabe ezezaguna den heldu batekin joateko joera.
* Aurreko portaerak ez dira oldarkortasunera (impulsividad) mugatzen.

Haurrak ardura gutxiegiko muturreko patroia esperimentatu du. Batean edo gehiagotan agerira ateratzen denez (irizpide hau ehenaren asalduraren jatorritzat hartzen da):

* Ongizatea eta zaintzaileen aldetik maitasuna edukitzeko, oinarrizko behar emozionalek asetu beharko lituzkeen gabezia-sozial iraunkorra (behagarria dena).
* Atxikimendu egonkorra garaatzeko aukera txikagotzen duten lehen mailako zaintzaileen bat- bateko aldaketak.
* Atxikimendu segurua ezartzeko aukerak txikiagotzen dituen ez ohiko testuinguruetan ematen den heziketa.
* Umeak behintzak 9 hilabeteko garapen adina izango du.

Diagnostikoan adierazi behar da: Iraunkorra baldin bada (gutxienez 12 hilabete) edota larria baldin bada (sintoma guztiak ematen baldin badira).

TRAUMA-OSTEKO ESTRES NAHASTEA

Norberaren edota hurbileko kideen bizitza edo segurtasun fisikoa arriskuan jarri zuen gertaera traumatiko bati jarrai diezaiokeen prozesua (mehatxua):

Sintoma nagusiak (behintzat 3):

* Sorgortzea (embotamiento), axolagabetasuna edo erreaktibotasun emozionalik eza.
* Zorabioa edota ingurunearen ezagutze eza.
* Desrealizazioa
* Despertsonalizazioa
* Amnesia disoziatzailea

Ezaugarri nagusiak:

* Traumaren ber-bizipen egonkorra (irudiak, flashback, pentsamenduak, ametsak…) antzeko estimuluen aurrean jartzerakoan (esposizioa edo irudimienean),
* Traumarekin zerikusia duten estimuluak ekiditeko saiakera egonkorra.
* Herstura eta aktibazioaren areagotzeko sintomak (suminkortasuna, loaren asaldurak, urduritasuna, etab.).
* Ondoeza esanguratsua edo gizarte-laneko bizitzaren narraiadura.

Motak edo azpi-tipoak:

* Akutua: Estres Akutuko Nahastea. Sintomatologia akutuko 1-3 hilabeteko iraupena.
* Kronikoa: 6 hilabete baino gehiagoko iraupena.
* Azalpen edo hasiera atzeratutako Trauma Osteko Estres Nahastea: sintomak gertaera jaso eta 6 hilabete ostean hasten badira.

Heriotzarekiko, lesio larri batekiko, bortizkeria sexualarekiko, erreala edo mehatxua, hurrengo formetako bat izan dezakeen esposizioa:

* Esperientziaren bizipen zuzena (nik bizi nuen).
* Hurbileko kideren bati gertatu zitzaion gertaeraren presentzia (beste bati gertatu zitzaion baina ni han nengoen).
* Kide edo senide bati gertatu zaion gertaeraren ezagutza (beste pertsona bati gertatu zaiona kontatu didate edo jakin izan dut).
* Errepikatzen den gertaera traumatikoekin zerikusia duten adierazgarriekiko esposizioa (hilkatak argitzzen ibiltzen diren poliziak, suhiltzaileak…).

Era “intrusiboan” bizitzen diren gertaera traumatikoaren ber-bizipen oroitzapenak (behintzat bat eduki behar du subjektuak):

* Oroitzapen hersturatsuak, nahigabekoak direnak eta behin eta berriz burura datozenak.
* Gertaera traumatikoarekin zerikusia duten amts gaiztoak (herstura maila altua).
* Gertaera traumatikoa orain gertatzen ari balitz bezala jokatzera bultzatzen duten erreakzio disoziatiboak.
* Gertaera traumatikoarekin zerikusia duten estimuluak agertzean sortzen den ondoeza psikologiko egonkorra (barne eta kanpo estimuluak).
* Erreakzio fisiologiko sakonak.

Gertaera jaso ostean, honekin zerikusia duten estimuluen ekidite egonkorra:

* Gertaerarekin zerikusia duten oroitzepenen, pentsamenduen edota sentipenen ekiditea.
* Gertaerarekin zerikusia duten pentsamenduak etab. gogora ekar dezaketen “gogoratzaileen” ekiditea (evitación recordatorios externos).

Gertaera traumatikoa jaso ostean ematen diren aldarte eta maila kognitiboko asaldurak:

* Gertaera traumatikoa edo horren ñabardura garrantzitsuren bat gogoratzeko gaitasun eza.
* Norbere buruarekiko, besteekiko eta munduarekiko sinismen handitu eta negatiboak.
* Gertaera traumatikoaren zergati edo eragileen inguruko sinismen negatibo eta distortsionatuta (gertaeraren errua nirea edo beste norbaitena dela uste).
* Aldarte negatibo egonkorra (beldurrak, tristura…).
* Lehen interesgarriak zitzaizkion ekintzetan interesa galtzea.
* Munduarekiko eta besteekiko atxikimendu eza (setimiento de desapego).
* Emozio positiboak sentitzen gaitasun eza.

Gertaera traumatikoarekin zerikusia duenarekikoalerta eta erreaktibitate mailaren asaldura nabarmena (sintoma hauek lehenengoa ezik gutxienez hilabete batetako iraupena izango dute):

* Portaera suminkorra eta haserraldi episodioak.
* Kontugabekeriak (imprudencias) eta norbera suntsitzeko jokaerak (autodestructivo).
* Hiperbigilantzia.
* Gehiegizko erantzunak (sobresalto exagerado).
* Kontzentrazioa mantentzeko arazoak.
* Loaren asaldurak

Diagonstikoa egitean adierazi behar da:

* Sintoma disoziatiboak baldin badaude. Trauma osteko estres nahasteekoaz gain eta estresari erantzun patologikoaz gain, onako bietako bat baldin badaago:
	+ Despertsonalizazioa: geure burua kanpotik ikusiko bagenu bezala. Gure jarduera mentala eta jokabideen kanpo behatzaile bat bagina bezala sentitzea.
	+ Desrealizazioa: gure inguruneko mundua benetakoa ez balitz bezala bizitzea (experiencia de irrealidad).
* Nahastea hasiera atzeratua baldin badu, hau da, diagnostikorako irizpide guztiak gertaera jaso eta 6 hilabete osterarte ematen ez baldin badira.

ESTRES AKUTUKO (AGUDO) NAHASTEA

Heriotzarekiko, lesio larri batekiko, bortizkeria sexualarekiko, erreala edo mehatxua, hurrengo formetako bat izan dezakeen esposizioa:

* Esperientziaren bizipen zuzena (nik bizi izan nuen)
* Hurbileko kideren bati gertatu zitzaion gertaeraren presentzia (beste bati gertatu zitzaion baina ni han nengoen).
* Kide edo senide bati gertatu zaion gertaeraren ezagutza (beste pertsona bati gertatu zaiona kontatu didate edo jakin izan dut).
* Errepikatzen den gertaera traumatikoekin zerikusia duten adierazgarriekiko esposizioa (hilkatak argitzzen ibiltzen diren poliziak, suhiltzaileak…).

5 kategoria hauetan sailkatzen diren ) sintomen presentzia:

## Intrusioa:

* + Oroitzapen hersturatsuak, nahigabekoak direnak eta behin eta berriz burura datozenak.
	+ Gertaera traumatikoarekin zerikusia duten amets gaiztoak (herstura maila altua).
	+ Gertaera traumatikoa orain gertatzen ari balitz bezala jokatzera bultzatzen duten errakzio disoziatiboak.
	+ Gertaera traumatikoarekin zerikusia duten estimuluak agertzean sortzen den ondoeza psikologiko egonkorra (barne eta kanpo estimuluak).

## Aldarte negatiboa:

* + Emozio positiboak bizitzeko gaitasunik ez izatea.

## Sintoma disoziatiboak:

* + Norbere inguruneko munduaren errealitatean sentimenduen asaldura.
	+ Gertaera traumatikoaren ñabardura garrantzitsu bat gogoratzeko ezintasuna.

## Ekidite sintomak:

* + Gertaerarekin zerikusia duten oroitzapenen, pentsamenduen, edota sentipenen ekiditea.
	+ Gertaerarekin zerikusia duten pentsamenduak eta. gogora ekar dezaketen gogoratzaileen ekiditea (evitación recordatorios externos).

## Alerta mailaren inguruko sintomak:

* + Loaren asaldurak
	+ Portaera suminkorra eta haserraldi episodioak
	+ Hiperbigilantzia
	+ Kontzentratzeko eta kontzentrazioa mantentzeko arazoak
	+ Gehiegizko erantzunak (sobresalto exagerado)

Nahastearen iraupena (sintoma guztien bilduma) gertaera jaso eta hiru egun ostean hasi eta hilabete bateko gehienezko iraupena du.

NAHASTE ADAPTATIBOAK



* Estres eragile bati erantzun bezala garatutako emozio edo jokabide arloko sintomak (gertaera jaso eta gehienez 3 hilabetera ematen direnak) bi arloetan sailkatuak:
	+ Fertaeraren larritasuna eta tamainarekin bat ez datorren ondoeza (gehiegizkoa).
	+ Gizarte mailako narraiadura nabarmena (lana, lagunak etab.)
* Estresarekin loturiko erreakzio hauek ezin dira beste nahaste mental bati egotzi.
* Sintomak ezin dira dolu normal bati egotzi.
* Behin gertaera estresantea eta bere ohiartzuna pasatzen denean, sintomak desagertu efiten dira (sintomek gehienez 6 hilabetez irauten dute).

Diagnostikoan adierazi behar da honako hauen batekin ematen bada:

* Aldarte deprimituarekin
* Hersturarekin
* Mistoa (aldarte deprimitua+herstura)
* Jokabidearen asaldurarekin
* Asaldura mistoarekin (emozio edo aldrte + jokabide)
* Ez espezifikatua

Adierazi akutua den (6hilabete baino gutxiago) ala luzea edo iraunkorra den (6 hilabete baino gehiago).

## HERSTURAREKIN LOTURIKO NAHASTEEN PREBALENTZIA

* Izualdia Nahastea (paniko) : %1.5 - 3.5 (haietako % 30-%50 Agorafobia du):
	+ Bi bider ohikoagoa da emakumeen artean
	+ Herstura orokortuaren Nahastea: % 5 inguru
	+ Haietako 2/3 emakumeak
	+ Haur eta nerebeengan eskola eta kirol arloetan bizitako gehiegizko exigentzia eremu baten ostean agertzen ohi da (inseguritatea, perfekzionismoa)
* Nahaste Obsesibo Konpultsiboa:
	+ Prebalentzia: % 2,5
	+ Hasierako adina: Nerabezaroa edo helduaroaren hasiera
	+ Gradualki hasten ohi den nahastea da, ibilbide kronikoa izaten ohi du eta bizitzaren gertaeraren arabera aldatzen ohi da
* Trauma Osteko Estres Nahastea:
	+ Prebalentzia: %1 (populazio normalean) % 3-5 (arrisku egoeratan bizi direnen artean)
	+ Aldagai predisponenteak: Adina, pairatutako erasoak (batez ere sexualak), traumari aurre egiteko errekurtsoak, autoestimua, gizarte babesa, erlazio afektiboen kalitatea, trauma gertatu eta berehala garatutako bizipen emozionala
* Nahaste Adaptatiboak:
	+ Hospitalatze psikiatrikoen %15-20etan presente dago
* Izualdi Nahastea: Balizko pizgarria (desencadenante) ondorengo hauena:
	+ Fobia Espezifikoak
	+ Depresioa (Depresión reactiva deitzen zena)
	+ Hipokondria: Sintomatologia, medikura joateko beharra areagotu dezake eta handik sortu hipokondria
* Herstura Orokortuaren Nahastea: Balizko pizgarria (desencadenante) ondorengo hauena:
	+ Depresioa
	+ Loaren Nahasteak
* Nahaste Fobikoak:
	+ Nortasunaren Nahaste Ekiditzailea (Evitativo)

## KOMORBILITATEA (bi nahaste aldi berean)

* Trauma Osteko estres Nahastea:
	+ Depresioa: Ekintzetan parte hartzeko gogoaren galera, etorkizunarekiko itxaropenik ez izatea, pertsonak ekiditeko joera eta loaren asaldurak
	+ Herstura Nahasteak (TEP daukatenen %68ak badu)
		- Herstura Orokortutako Nahastea
		- Fobia Soziala: Pertsonak ekiditeko joera nabarmena
		- Nahaste Obsesibo Konpultsiboa: Oroitzapenak sortutako obsesioak, nahaste hau sortu dezaketenak
* Nahaste Fobikoak:
* \*Fobia soziala Vs. Lotsa edo herabetasuna
* \*Agorafobia Vs. Fobia espezifikoak
* Nahaste Obsesibo Konpultsiboa:
	+ Ardura edo preokupazio normala
	+ Depresioa
	+ Ideia deliranteak (Eskizofrenia, Nahaste Deliranteak, etc.): Pertsonak hauen benetakotasuna ez du zalantzan jartzen.
	+ Nortasun Obsesiboa: Ez dira existitzen obsesioak ezta konpultsioak ere, honako aldagaiengatik definitutako nortasuna baizik
		- Garrantzi gehiegi ez duten erabakiak hartzeko denbora gehiegi behar
		- Mugako perfekzionismoa
		- Buru malgutasunik ez
		- Moteltasun Kognitiboa
		- Erlazio sozialetan, menpeko bezala jokatzeko joera

## DIAGNOSTIKO DIFERENTZIALA

Nahaste disoziatiboak: trauma osteko estres nahastea, disoziazio ñabardurarekin ematen denean KONTUZ, denborarekin desagertzeko joera baitu eta ez delako nahastearen sintoma zentrala. Honen sintoma zentrala herstura da.

1. **GOGO-ALDARTEAREN NAHASTEAK**

## ZER DA GOGO-ALDARTEA EDO AFEKTIBITATEA?

“Pertsonak modu propioan eta berehalakoan bizi dituen egoera bizi dituen egoera eta tendentzia multzoa da (subjektibitatea), bere nortasun eta jokaera guztietan eragina dutena (traszendentzia), batez ere bere espresioan (komunikatzeko gaitasuna) eta normalean termino dualetan banatzen direnak. Adibidez, plazerra/mina, poza/tristura, atsegina/desatsegina, atrakzioa/ repulsioa (polaritatea)”.

“Conjunto de estados y tendencias que el individuo vive de forma propia (subjetividad), que influyen en toda su personalidad y conducta (trascendencia), especialmente en su expresión (comunicatividad) y que por lo general se distribuyen en términos duales, como placer/dolor, alegría/tristeza, agradable/desagradable, atracción/repulsión (polaridad).

## GOGO-ALDARTEA EDO AFEKTIBITATEAREN PSIKOPATOLOGIA

* Pertsonaren sistema emozional edo sentmentala aztertzen du.
* Funtzio psikiko desberdinak barne hartzen ditu afektibitatearen manifestazio desberdinak:
	+ Emozioak: bat-bateko afektuak dira, intentsuak, akutuak. Erreakzio fisiologikoarekin erlazionatuta daude. Korrelazio somatiko asko eduki ohi dituzte eta iraupen laburrekoak dira.
	+ Sentimenduak: ez dira hain bat-batekoak ezta hain intentsuak. Pixkanaka ezartzen doaz eta iraunkorragoak dira.
	+ Gogo-aldarteak (estados de ánimo): sentimenduak baino egonkor eta iraunkorragoa den egoera afektiboa. Poza eta tristura esate baterako.

## GOGO-ALDARTE NAGUSIAK

* Eutimikoa: gogo-aldarte normala (ikuspegi positiboa).
* Deprimitua: gogo-aldarte baxua, adibidez tristura.
* Disforikoa: gogo-aldarte desatsegina, gaizki-egon sentsazioaren nagusitasunarekin.
* Irritablea (suminkorra): errez haserretzen dena.
* Altua: gogo-aldarte igoa, gehiegizko ongizate, auforia edo poza sentimenduarekin.
* Espantsiboa: sentimenduen espresioaren kontrol eza, desinhibizio joera.

## GOGO-ALDARTEA EDO AFEKTIBITATEA ESPLORATZEN

Afektibitatea aztertu edo esploratzerakoan topatu diren zailtasunak:

* Afektuak esperimentatuak dira (osagai subjektiboa)
* Afektuak espresatuak dira (osagai objektiboa)
* Bi aldagai horiek jasota inferentziak egin ditzakegu besterik ez.

Afektuen esplorazioa egiterakoan kontuan hartu behar diren ezaugarriak honako hauek dira:

* Estimulua: afektuan aldaketak, batzuetan estimulu batek sortuak dira eta besteetan ez. Pertsona edo familia izaten da gogo-aldarte eta estimuluaren arteko lotura egin ohi duena. Guretzat inportantea da jakitea horrelako estimulurik egon den ala ez.
* Ezaugarriak: Kontuan hartu behar da:
	+ **Afektua agertzeko forma**: estimulurik badagoen, agertzeko patroiak (egunean zehar, egoeraren rabera…), iraupena, intentsitatea, agertzeko moduan aldaketak.
	+ **Egokitasun maila:** normalean erreferentzia interpertsonal baen arabera ebaluatzen da. Batzutan ere pertsonak modu berbal eta ez berbalean azaltzen duenaren artean dagoen diskrepantzia.
	+ **Proportzionalitate maila:** sortu duen estimulu eta erreakzio emozionalaren intentsitatearen arteko erlazioa.
	+ **Erreaktibitatea edo erantzun afektiboa**: egoera desberdinekiko (bromak, pasarte gogorrak…) pertsonak agertzen duen erantzun afektiboa.

\*Sintonia afektiboa: erreaktibitate agektibo ez psikotikoa.

\*Irradiazio afektiboa: pertsonak bere egoera afektiboarekin sintonizatzeko duen gaitasuna.

* Sintomatologia somatikoa: lehenengo agertzen bada edo sintomatologia afektiboa laguntzen badu, baloratu egin behar da:
	+ Zenbat gaixotasun somatikoak aldaketa afektiboak sortzen dituzte (endokrinopatiak, nahaste frontalak,…).
	+ Emozioek eta gogo-aldartearen aldaketak eragin fisiologikoak eduki ditzakete.
	+ Ia osotasunean manifestazio somatikoak dituzten nahaste afektiboak (batez ere depresiboak) deskribatuta daude.

## SINTOMA AFEKTIBOAK

POZTASUN PATOLOGIKOA EDO HIPERTIMIA

* Subjektiboki: pertsona otimista, alai, auto-estimu altuarekin eta energiaz betea.
* Objektiboki: erreaktibotasun afektibo bizia agertzen du, barre algaratarako joerarekin.
	+ Kontrajartzen zaionean, joera hori ironia eta agresibitate bihur daiteke
	+ Arreta bizia eta iheskorra da
	+ Diskurtsoan berbontzikeria da nagusi
	+ ideia ihesak edukitzera iritsi daiteke
	+ Hiperaktibitate motorea dago eta lo egiteko behar txikia
	+ Giza-jokabide desinhibituta eta lotsagabeea da
	+ Gasti handiak egiteko gai, arduragabekeriak edo indiskrezioak
* Klinikan aipaturiko sintomak honako nahasteetan agertzen dira:
* Episodio maniakoetan
* Nortasun neurotikoetan: erreakzio hipomaniakoak ager daitezke beti ere bizitza gertakariren bati lotuta.
* Eskizofrenian:: takipsikiakk, asoziazioetan ez du bizitasunik
* Nahaste organiko-zerebraletan: hasten ari diren dementziatan, nahaste neurologiko, metaboliko, farmakologikoetan.

TRISTEZIA PATOLOGIKOA

* Subjektiboki: pertsona atsekabetua, gogogabetua, lur jota dago, inguruarekiko interesik gabe.
* Objektiboki: itzalita eta erreaktibotasun emozional txikiarekin agertzen da.
	+ Negar egiteko tendentzia agertzen du
	+ Inguruarekiko arreta txikia da eta bere tristezian erdiratzen da
	+ Diskurtsoa murritza da
	+ Kulpa sentimenduak adierazi ohi ditu, batzuetan natura delirantea izan ditzaketenak.
	+ Autoestima baxua
	+ Psikomotrizitatea inhibituta egon ohi da: aurpegi espresioak/mugimenduak
	+ Pertsona isolatuago agertzen da
	+ Komunikaziorako joera txikiagoarekin
	+ Tolerantzia txikiagoarekin
	+ Ingurunekoan pasiboki baztertzera iritsi daiteke
	+ Kasu larrienetan bere buruaz beste egiteko “eumiazio” (ideazio) eta jokarak agertzen dira
* Klinikan aipaturiko sintomak honako nahasteetan agertzen dira:
* Episodio edo egoera depresiboetan: koadro endogenak dira larritasun handikoenak.
* Patologia organiko-zerebraletan kasu honetan arretaren nahasteekin, oroimen galerarekin eta egoera afektiboaren sakontasun-ezarekin batera ematen ohi dira.

ANGUSTIA (HERSTURA PATOLOGIKOA) PATOLOGIKOA

* Subjektiboki: pertsona urduri, tentso, segurtasun gabeziarekin eta zerbait gertatuko zaionaren beldurrarekin sentitzen da.
	+ Bere arreta, kontzentrazioa eta antolaketa pertzeptiboak gutxituak sentitzen ditu.
	+ Bularraldean opresioa, eztarrian korapiloa, arnas hartzeko zailtasunak, hanketan ahulezia, palpitazioak, bertigo setsazioa eta inrridura sentitzen ditu.
	+ Kasu larrienetan despertsonalizazioa eta desrealizazioa ager daitezke.
* Objektiboki:
	+ Ezinegon motorea
	+ Insomnioa
	+ Pentsamendu azkarregia
	+ Sintoma somatiko ugari (bat-bateko sabelusteak, ahoa lehortzea, botaka egitea, izerditzea, dardara, takikardia, beroaldiak (sofokoak), gorritzea etab.).
* Klinikan aipaturiko sintomak honako nahasteetan agertzen dira:
* Antsietate egoeratan
* Antsietate krisietan: aipaturiko sintomatolofia modu akutuan agertzen da.
* Antsietate orokorrean (herstura orokortuko nahastea)
* Psikosi eskizofrenikoetan
* Koadro depresiboetan
* Gaixotasun somatikoetan (zenbat nahaste hormonal edo metabolikoetan (hipertiroidismoa, hipogluzemiak…), zenbait farmakoekin (anfetaminak eta kortikoideak, antipsikotikoetan akatisiak)

AXOLAGABETASUN EDO HOZTASUN AFEKTIBO PATOLOGIKOA

* Pertsonak ez ditu ia sentsazio afektiboak bizitzen, apatiarekin agertu ohi da eta emozio, motibazio, entusiasmo falta.
* Klinikan, aipaturiko sintomak honako nahasteetan agertzen dira:
	+ Eskizofrenia prozesual eta autismoan
	+ Koadro depresiboetan
	+ Nortasun nahasteetan
	+ Histerian (La belle indifference) SINTOMA AFEKTIBOAK
* Eutimia: gogo-aldarte normala da. Aldarte depresibo edo alturik gabekoa.
* Distimia: etimologikoki aldartearen edozein disfuntzio litzateke DSM-IIIa depresio neurotikoa terminoa ordezkatu zuenetik, sintoma izatetik sindrome kliniko izatera pasa da.
* Disforia: etimologikoki gaizkiegona adierazi nahi du. Gaizkiegon orokorra esan nahi du; aldarte depresiboa, irritabilitatea, antsietatea edote ezinegonarekin zerikusia du.
* Anbibalentzia afektiboa: kontrajarriak diren sentimendu eta aldarte egoerak.
* Sentimendu falta izatearen sentimendua: bizitza afektiboan hutsunea. Sentimenduak hil zaizkiet eta ezin dute poza, pena, maitasuna edo tristezia bizi. Hutsune honek kezka eragiten du (hoztasun afektiboan ez bezala).
* Zurruntasun afektiboa: afektuak modulatzeko gaitasunaren galera. Sentimenduak badituzte baina bat sentitzerakoan egoeraz animikoan zurrunki mantentzen da denboran zehar, nahiz eta egoeraz aldatu (inmovilidad).
* Anhedonia: plazerra sentitzek oezintasuna. Depresio nagusia diagnostikatzeko sintometako bat da.
* Paratimia edo desegokitasun afektiboa: pertsonaren afektibotasuna ez da ematen den testuingururako egokia.
* Labilitate afektiboa: afektibitatean ematen diren aldaketa bat-batekoak eta zakarrak. Batez ere espresioan ematen dira aldaketak. Kanpo estimulu baten ondorio izan daitezke ala ez.
* Aprosodiak: eskuineko garun hemisferioan lesioak dauzkaten pazienteetan, mintzaira afektiboan (prosodia eta modulazio emozionalean) ematen diren nahasteak dira.
* Alexitimia: norberaren emozioak ezagutzeko eta sentitzeko garaian zailtasunak izatea. Hitzekin sentimenduak azaltzeko ezintasuna.

## NAHASTE AFEKTIBOAK DSM-IV

* Nahaste depresiboak:
	+ Depresio nagusiaren nahastea (trastorno depresivo mayor)
		- Pasarte bakarrekoa (episodio único)
		- Errepikakorra
	+ Nahaste distimikoa
	+ Nahaste depresibo ez espezifikatua
* Nahaste bipolarrak:
	+ Nahaste bipolarra I.
		- Azken pasartea hipomaniakoa
		- Azken pasartea maniakoa
		- Azken pasartea mixtoa
		- Azken pasartea depresibo
		- Azken pasartea ez espezifikatua
	+ Nahaste bipolarra II.
	+ Nahaste ziklotimikoa
	+ Nahaste bipolar ez espezifikatua
* Beste nahaste afektibo batzuk:
	+ Gaixotasun medikoek sortutako nahaste afektiboak
	+ Sustantziek eragindako nahaste afektiboak
	+ Nahaste afektibo e espezifikatua

## NAHASTE DEPRESIBOEN SAILKAPENA DSM-V

* Gogo-aldartearen Desregulazio Suntsitzailearen Nahastea (trastornode desregulación destructiva del estado de animo) (6-18 urte)
* Depresio Nagusiaren Nahastea
* Depresio Nahaste Iraunkorra (aurreko distimia)
* Nahaste Disforiko Premestruala
* Sustantzia/medikazio batek eragindako nahaste depresiboa
* Beste afekzio mediko baten ondoriozko nahaste depresiboa
* Beste nahaste depresibo espezifikatua
* Beste nahaste depresibo ez espezifikatua

## NAHASTE BIPOLARRA ETA ERLAZIONATURIKO NAHASTEEN SAILKAPENA DSM-V

* Nahaste bipolarra I. Motakoa
* Nahaste bipolar II. Motakoa
* Nahaste ziklotimikoa
* Sustantzia/medikazioek eragindako nahaste bipolar eta erlazionaturikonahasteak
* Beste afekzio mediko baten ondoriozko nahaste bipolar eta erlazionaturiko nahasteak
* Beste nahaste bipolar eta erlazionaturiko nahaste espezifkatua
* Beste nahaste bipolar eta erlazionaturiko nahaste ez espeifikatua

## NAHASTE DEPRESIBOAK

GOGO ALDARTE DEPRIMITUA

Funtzio filogenetiko narraiatua: aldarte deprimiitua pairamen psikologiko ohikoena da, hitzeko arrisku nabarmenena sortzen duena. Sintoma bezala ala sindrome edo nahaste bezala ager daiteke. Gaitz kliniko bezala edo aldarte deprimitu bezala era klasifikatu daiteke, ezberdintasun kuantitatiboen eta kualitatiboen arabera. Subjektuaren arlo guztietan du ohiartzuna eta bere borondatea narraiatzen du.

Sintoma animikoak:

* Tristura, zorion-eza “abatimiento”, “pesadumbre”.
* Suminkortasuna, urduritasuna, hitsik egotearen sentsazioa.
* Sentimendiak izan eta bizitzeko gaitasun eza (esate baterako, negar egiteko gaitasunik ez izatea).

Jokabide sintomak eta motibazionalak:

* Inhibiziorako joera nabarmena eta orokorra
* Anhedonia: plazerrik sentitzeko gaitasuun eza
* Jokabide mailako moteltze orokorra (maila larrienean “estupor depresiboa”)

Sintoma kognitiboak:

* Oroimen narraiatua, arreta eta kontzentratzeko gaitasun urria
* Pentsamenduaren edukiaren narraiadura (dena era negatiboan baloratzeko joera, bai ingurunea, zein ni neu)
* Norbere buruaren balioa aintzat ez hartzea, norbere buruari erruak leporatzea: autoestimuaren narraiadura

Sintoma fisiologikoak:

* Lo egiteko zailtasunak (%70-ei) eragiten die): lo hartzeko zailtasuna, gaueko esantzeak edota eguneko “hipersomnia”
* Beste sintomak: nekea, gosearen galtzea, desio sexualaren galtzea, desio sexualaren galtzea, gorputzean sakabanatutako min “arraroak” edo izate organiko gabekoak (buruko minak, bizkarreko minak, ikuste lausoa etab.)
* Pertsonarteko sintomak: narraiadura erlazio sozialetan

Epidemiologia:

* Populazioaren % 5-20
* Med.orokorrean (%10-20)
* Psikiatrian (%50)
* (3tik, 1ek eskatzen du laguntza)
* Emakumea/gizona: 4:1 (historikoki) 2:1 (gaur egun)
* Hasiera 20-50 urte tartean (arrisku gehiago 25-44)
* Egoera zibila: alarguna, banatua, ezkongaia
* Ez-gaitasunen 5. kausa
* Buru-hilketen 1. kausa (%70ek depresioa)
* Joera edo sendatzeko itxaropena oso aldakorra da:
	+ Gehiengoa urtebetean edo 2 urtetan errekuperatu egiten da
	+ Itxaropena okertu edo kronifikatzeko aukera gehiago ematen duten faktoreak:
		- Tratamendua berandu hastea
		- Adina, geroz eta beranduago hasi orduan eta okerrago diagnostiko eta itzaropen okerragoa dute
		- Berriz gaixotzeko srrisku gehien, “sendatu” eta hurrengo hilabetetan.

## NAHASTE DEPRESIBOAK, ETIOLOGIA

FAKTORE BIOLOGIKOAK

* Aurrejoera genetikoa
* Aurretik depresioa sufritu izana
* Burmuinaren metabolismoan alterazio biokimikoa
* Gaixotasun kronikoak
* Formakoak (anti-hipertents. /inflam./park.)
* Elikadura egoera (VitB12, A.Fól. defizita)
* Gabezia sentsoriala (gorreria, itsumena)

FAKTORE PSIKOLOGIKOAK

* Gainditu gabeko gatazkak
* Aurretiko nortasuna: autoritarioak, lehiakorrak, obsesiboak
* Memoria galera eta dementzia
* Nortasunaren asaldurak

FAKTORE SOZIALAK

* Bizi-gertakari estresagarriak
* Familiako kideen edo lagunen heriotza
* Bakardadea
* Lana galdu edo erretiratzea
* Sarrera ekonomikoen gutxitzea
* Gehiegizko babesa izandako faseak (autonomia falta)

## NAHASTE DEPRESIBOAK DSM-V

* Gogo-aldartearen Desregulazio Suntsitzailearen Nahastea(trastornode desregulación destructiva del estado de animo) (6-18 urte)
* Depresio Nagusiaren Nahastea
* Depresio Nahaste Iraunkorra (aurreko distimia)
* Nahaste Disforiko Premestruala
* Sustantzia/medikazio batek eragindako nahaste depresiboa
* Beste afekzio mediko baten ondoriozko nahaste depresiboa
* Beste nahaste depresibo espezifikatua
* Beste nahaste depresibo ez espezifikatua

GOGO-ALDARTEAREN DESREGULAZIO SUNTSITZAILEAREN NAHASTEA

1. Kolera erreakzio larri eta errepikakorrak (ahozkoak, prtaerazkoak), zeinen intentsitatea edo iraupena ez da egoerara egikitzen (gehiegizkoak).
2. Erreakzioak ez dira garapen-graduaren araberakoak.
3. Astean 3-tan edo gehiagotan gertatzen dira (bataz bestekoa)
4. Kolera-erreakzioen arteko aldartea iraunkorki suminkorra da egunaren gehienezko partean eta ia egun guztietan.

Sintomak gutxienez 12 hilabeteko iraupena dute (ez da ego ondoezik gabeko 3 hilabeteko tarterik) eta 1 eta 4 irizpidea gutxienez 2 edo 3 testuinguru desberdinetan ematen dira (orokortzea). Lehenengo diagnostikoa 6-18 urte bitartean egin behar da eta normalean 10 urteko adinaren inguruan agertzen da. Diagnostiko diferentzia egin behar da episodio maniakoarekiko (eta hipomaniakoarekiko) eta depresio nagusiarekiko.

DEPRESIO NAGUSIAREN NAHASTEA (episodio depresivo mayor)

Gutxienez 2 asteko denbora tarte batean 9 sintoma hauen 5-en agerpena (egun guztian zehar). 1 edo 2 sintomaren eguneroko agerpena ezinbestekoa da diagnostikoa egiteko.

1. Aldarte deprimitua.
2. Gauzak edo ekintzak burutzen plazerra edo atsegintasuna sentitzeko gaitasunaren jaistea edo desagertzea (anhedonia).
3. Pisua galtzea / Psiua hartzea (askotan hersturaren arabera)
4. Innsomnioa / Hipersomnioa
5. Asaldua (agitamiento) edo moteltze psikomotorea.
6. Neke patologikoa edo energia urritasuna
7. Baliorik ez izateko gehiegizko pentsameduak/sentimenduak.
8. Kontzentratzeko eta erabakiak hartzeko zailtasunak
9. Hiltzeko edota bere buruaz beste egiteko ideiak eta pentsamenduak.

Eguneroko bizitzan interferentzia negatiboa izan behar dute (nahiz eta subjektua horretaz ez jabetu. Ezin dira medikamentu erabilpenari egotzi etza beste egoera mediko bati ere (Esate baterako hipotiroidismoa). Ez dago azkeneko 2 hilabetetan pairatutako kide baten galerari egozterik eta inoiz ez da episodio maniako edo hipomaniakorik egon.

Larritasun maila:

* Arina: gutxieneko sintomatologia, gizarte mailan (sozio-laboralean) narraiadura larririk ez dakarrena).
* Tartekoa (moderado): gizarte mailako narriadura hadiagoa.
* Larria **ez psikotikoa:** sintoma kopuru gehienetan narraiadura maila altua (bizitza arlo gehienetan).
* Larria **adierazgarri psikotikoekin**: eldarnioen eta obsesioen agerpena.
* Sendatze bidean dagoena (remisión parcial): sintoma aldetik “maila arinera” ailegatu dena.
* Erabat “sendatuta” remisón total”: azkeneko 6 hilabetetan sintomatologiarik izan ez duena.

Diagnostikoan adierazi behar da:

* Herstura maila (komorbilitatea), adierazgarri malenkoniatsuak, aldartearekin bat datozen adierazgarri psikotikoak edo “egoera katatonikoak” ematen badira.
* Episodio bakar bat eman baldin bada edo errepikakorra den (episodio unico o recurrente).

DEPRESIO NAGUSI MALENKONIATSUAREN NAHASTEA

* Estimulu psoitiboen aurrean erantzuteko gaitasunaren narraiadura edo galera (falta de reactividad ante estimulos positivos).
* Honako sintoma hauen agerpena:
	+ Aldate egoera “diferentea”
	+ Arratsaldez okerrago
	+ Loa hartu bai baina esnatu eta berriz ere lokartzeko zailtasunak (insomnio tardío)
	+ Asaldura (agitación edo moteltze psikomotorea
	+ Anorexia (gosearen galera) edo pisua galtzea
	+ Gehiegizko errua edo ez egokitutakoa
	+ Gehiegizko errua edo ez egokitutakoa
* Normalean hirugarren adinean ematen da. Eztabaida handia dago gaitz espezifiko bat den ala ez. Etiologiari dagokionez, depresioaren antzekoa.

DEPRESIO NAHASTE IRAUNKORRA

Depresio nahaste nagusiaren antzekoa bino ez hain akutua eta luzerako (kronifikatzeko) joera duena. Normalean ez du hospitaleko ingresorik behar izaten.

* Egunean zehar egonkor mantentzen den aldarte “tristetua” edo “deprimitua”. Gutxienez 2 urtetan mantentzen dena eta honako sintomekin batera agertzen dena (gutxienez 3):
	+ Autoestima baxua
	+ Itxaropen eskasa edo pesimismoa
	+ Neke kronikoa
	+ Norbere buruaren eraginkortasun urriaren sentimendua
	+ Kontzentratzeko arazoak
	+ Loaren arazoak
* Nahastearen ibilbidean, sintoma gabeko gutxienez 2 hilabeteko tarterik ez dago.
* Nahastearen ibilbidearen lehenengo 2 urteetan ez zen egon depresio nahaste nagusiko episodiorik. Hori dela eta, nahastea ezin da episodio anitzeko depresio nahastenagusitzat hartu.
* Ziurtatu behar da aurretik episodio maniako edo hipomaniakoak ez direla egon
* Deuseztatu egin behar dugu nahaste psikotiko edo medikamendu zein drogen ingestari dagokion nahaste bat ez dela.

Diagnostikoan adierazi behar da:

* Herstura maila, adierazgarri malenkoniatsuak, adierazgarri psikotikoak.
* Sendatze partziala edo erabatekoa (remisión parcial-total)
* Hasiera goiztiarra (21 urte) edo berantiarra (subjektuak noiz izan zuen “arazoaren” berri)
* Larritasun maila: arina, tartekoa (moderado) eod larria

Lehen DSM-n bere joera kronikoagatik nortasun nahasteen barnean zegoen. Askotan distimia duten pertsonek larrira egiten dute eta depresio nagusiko nahastea diagnostikatzen zaie. Sendatze itxaropena okerragoa da distimikoetan depresio nagusiko nahastea dutenen artean baino.

NAHASTE DISFORIKO PREMENSTRUALA

Hileroko prozesu gehientetan honako sintomen (gutxienez 5) agerpena. Hilerokoa hasi baino lehenagoko astean agertu behar dira, gutxitzeko (disminuir) joera izan hilerokoa hasi eta hurrengo egunetan eta desagertu hilerokoa pasa eta hurrengo astean.

* Hauetako bat halabeharrez egon behar du:
	+ Labilitate emozionala
	+ Suminkortasunaren asaldura eta erlaizioetan liskarrak
	+ Aldartea sakonki deprimitua edo auto-mespretxu ideiak izatea
	+ Herstura oso altua edo edozein gauzaren aurrean “salto” egingo duzulakoaren sentsazioa
* Hauetako bat edo gehiagoko agerpena (aurrekoak + hauek = gutxienez 5 izan behar):
	+ Ekintzak burutzeko interes urria
	+ Gauzak, sentimenduak eta pentsamenduak kontrolatzeko gaitasunik ez izatearen sentsatzioa
	+ Nekea
	+ Gehiegizko elikatzea (sobrealimentación)
	+ Insomnioa
	+ Agobiatuta sentitzearen sentsazioa
	+ Min fisiko anitzak (bularrak muskuluak)
	+ Bizitzaren zenbait alderdietan narraiadurako sortzen dituen ezinegon (malestar) kliniko esanguratsua

## NAHASTE DISFORIKO PREMENSTRUALA DSM-IV



**NAHASTE DEPRESIBOAK, DIAGNOSTIKO DIFERENTZIALA**

* Kontuz egoera edo gaixotasun medikoek eragidako depresioekin: aldiberekotasuna / kausalitatea / ondorioa.
* Zailtasun gehien herstura nahasteengandik ezberdintzeko:
	+ Zer hasi zen lehenengo herstura ala depresioa?
	+ CIE-10: herstura-depresio nahaste misto bat aipatzen du
* NAhaste obsesiboekin (anhedonia / tristuraren iraupena / ideia obsesiboak)
* Dolu baten aurreko erantzunak:
	+ Galera jaso eta 2 hilabeteko tartea
	+ Dolu patologikoak sintoma gutxiago hartzen ditu bere baitan eta ez du hainbesteko interferentzia sortzen.
	+ Oso arraroa da ideia suzidak izatea.
* Egokitze nahasteak edo nahaste adaptatiboak:
	+ Argi identifika daitekeen kanpo eragile batek sortutakoak
	+ Gertaera jaso eta 6 hilabete pasa baldin badira, sintomak agertzen direnean ez da egokitzze nahaste bat izango.
* Nahaste psikotikoak: eskizofrenia.
	+ Depresio bat edukita sintoma psikotikoak izan ditzakeen arren (klinikan diagnostikatzen den depresio psikotikoa), pertsona horrek beti kontatu ahal izango du bere istorioa hari bat jarraituz, errealitatearekiko haustura hainbestekoa ez duelako. Ordea, eskizofrenia daukan pertsona batek, zailtasun handiak izango ditu bere istorioa egituratzeko; benetako eta irudimenezko (eldarnio) munduaren arteko saltoak egongo dira behin eta berriz.
	+ Nahaste eskizoafektiboak (Are eta zailago ezberdintzen). Gutxienez inolako sintomatologia afektibo gabeko, baino bai eldarnioak eta aluzinazioak egon diren 2 asteko epeak egon behar dira, orduan nahaste eskizoafektiboa izango da.
* Dementziak: narraiadura kognitiboak ikusi. Baldin badaude, dementzia batetaz ari gara. PSeudodementzia depresiboa (are zailagoa desberdimtzen). Narraiadurra kognitiboaren berri izan beharko dugu, ibilbidea eta diagnostikoa zehazteko.
* Portaera sexualeko nahasteak: desio sexualaren inhibizioa jatorri afektiboa izan dezake. Horrela bada sintomatologia depresiboa tratatu beharko da lehenago.

## NAHASTE BIPOLARRAK

GOGO-ALDARTEAREN BILAKAERA

10

ZER DA MANIA? **Hirchfeld eta Goodwin (1989)**

Mania fase batean dagoen pertsona bat, “faltsua” den ongizate sentsazio batetaz bahituta dago, ahalguztidun sentsazio baten modukoa. Haien eraginkortasuna eta produktibitatea areagotuta dago; grinatsu bizitzen dituzte haien inguruko ñabardura guztiak. ORdea, egun zoriontsu hauek oso gutxi irauten dute; pentsamendurako bizkortasuna berehala haien kontra bihurritzen baita, haien erabaki guztiak koztopatuz. Ideiak pilatzen dira. Sexualitatea eta energia mailak oro har handitzen dira eta arrazoiketa handitzen da. Plan ikaragarriak egiten dituzte. Gainerakoen objekzioen eta erresistentzia topatuz gero, pertsona maniakoa aurkakoa bilakatzen da; paranoidea, oldarkorra eta batsuetan psikotikoa. Energia maniako honen ondorioak ikaragarriak izan daitezke: bikote mailako galerak, lanekoak edota ekonomikoak.

NAHASTE BIPOLARRA

Mania Depresioa

Datu epidemiologikoak:

* Populazioaren %1-6
* Minusbaliotasuna eragiten duen 6. gaitza
* Gaixotasunaren hasiera 20 urte
* Kronifikatzeko joera %25
* Emakumeak/Gizonezkoak: 1,3/1
	+ 1. Gertaldian (1.go episodioa):
		- Emakumeek depresioa
		- Gizonezkoek mania Zikloak:



Mania-aldiaren sintomak eta zeinuak:

## Afektiboak:

* Euforia
* Gehiegizko autoestimua
* Kritikei intolerantzia
* Lotsarik/errurik eza

## Somatikoak:

* Loaren asaldura
* Deshidratazioa
* Elikadura asaldura
* Pisu galera

## Konduktualak edo jokabidezkoak:

* Inhibiziorik ez
* Soziabilitatea
* Suminkortasuna
* Logorrea
* Janzkera ezezaguna
* Ekintza zoroak
* Hiperaktibitatea
* Plan-aldaketak
* Arduragabetasuna
* Substantzien kontsumoa

## Pentsamenduarenak:

* Anbizioa
* Ideien ihesa
* Adi egoteko zailtasunak
* Handitasun ideiak
* Pentsamenduaren zentzu falta

Episodio maniakoaren diagnostiko irizpideak

1. Aldarte garai (elevado), hedakor (expansivo) edo suminkorra, gutxienez aste 1en zehar (edozein iraupena, ospitalizazioa beharrezkoa izan bada).
2. Sintoma hauetatik 3 gutxienez:
	* Gehiegizko autoestimua (grandiosidad)
	* Loaren gutxiagotzea
	* Berritsukeria
	* Ideien ihesa
	* Distraibilitatea
	* Helmuga zehatzetara zuzendutako gehigizko jokabideak
	* Ekintza arriskutsuetan parte hartzeko joera
3. Egunerokotasunean arazoak (edo ospitalizazioa behar).
4. Ezin zaio drogen edo beste substantzien ingestari egotzi.

## Larritasun maila:

* Arina: diagnostikorako adierazgarritasunak betetzen dira, besterik ez.
* Tartekoa (moderado): iritzi edo epaitzeko ahalmena narraiatuta.
* Larria ez psikotikoa
* Larria adierazgarritasun psikotikoekin: eldarnio eta aluzinazioen presentzia.
* Sendatzi bidean dagoena (remisión parcial): sintoma aldetik “maila arinera” ailegatu dena.
* Erabat sendatuta (remisión total) azkeneko 6 hilabetetan sintomatologiarik izan ez duena.

Episodio hipo-maniakooaren diagnostiko irizpideak

1. Aldarte garai (elevado), hedakor (expansivo) edo suminkorra, gutxienez 4 egunetan zehar.
2. Sintoma hauetatik 3 gutxienez:
	* gehiegizko autoestimua (grandiosidad)
	* Loaren gutxiagotzea
	* Berritsukeria
	* Ideien ihesa
	* Distraibilitatea
	* Helmuga zehatzetarazuzendutako gehiegizko jokabideak
	* Ekintza arriskutsuetan parte hartzeko joera
3. Adierazgarri psikotikoen eta larritasunaren ausentzia
4. Ezin zaio drogen edp beste substantzien injestari egotzi
5. Egunerokotasuneko funtzionamenduaren aldaketa nabarmena
6. Besteentzako deigarriak diren aldarte egoeraren eta jokabidearen aldaketak Depresio-aldiaren sintomak eta zeinuak



Nahaste bipolar motak



* 1.go motako nahaste bipolarra:
	+ Bere ibilbidean gutxienez episodio maniako bat egon da
	+ Adierazi behar da, eguneko egoera zin da edo gertatuako azkenekoa (maniakoa, hipomaniakoa edo depresiboa).
	+ Inoiz episodio depresiborik egon ez bada, “episodio maniako bakarrekoa” bezala adierazten da.
* 2. motako nahaste bipolarra:
	+ Episodio hipomaniako eta depresiboak pairatu arren, inoiz ez da episodio maniakorik eman
* Nahaste ziklotimikoa:
	+ Episodio hipomaniakoen eta episodio depresiboen sintomak dituzten gutxienez 2 urteko denbora tartea (non ez da egon sintoma gabeko 2 hilabete bailo luzeagoko tarterik).
	+ Inoiz ez dira bete episodio maniako ezta depresio nagusiaren nahastea diagnostikatzeko adierazgarriak.
	+ Sintomak ezin zaizkie beste gaixotasunei edota substantzien injestari egotzi.

NAHASTE BIPOLARRAREN TRATAMENDUA

* Tratamendu farmakologikoa:
* Antipsikotikoak
* Litioa
* Valproatoa
* Antidepresiboak
* Psikoterapia:
* Terapia kognitibo-konduktuala
* Familiako terapia
* Psiko.hezkuntza
* Terapia soziala eta pertsonartekoa
* Etab.

- TEK (tratamendu “elektrokonbultsiboa”): kasu larrienetan bakarrik.

1. ELIKADURA-JOKABIDEAREN NAHASTEAK

## ELIKADURA JOKABIDEAREN NAHASTEAK

Arraroa edo patologikotzat har dezakegun elikadurarekiko erlazioa da. Ederasunaren kontzeptuak, presio sozialak, arrakastaren irudiak edo autokontrolaren sentsazioak sor dezake.

## OINARRIZKO KONTZEPTUAK

**-** G.M,I (IMC): Guren altueraren eta pisuaren arteko erlazioa da. Kg/m2 eragiketatik ateratzen den indikatzailea, gure pisuaren orekaren indikatzailea izango da.



## ELIKADURA-JOKABIDEAREN NAHASTEAK DSM-IV



**ELIKADURA-JOKABIDEAREN NAHASTEAK DSM-V**



## ANOREXIA NERBIOSOA, ADIERAZGARRI KLINIKOAK

* Bere altuera eta adinerako gutxienekoa izango litzatekeen pisura ailegatzea deuseztatzea (ukatzea bortizki).
* Pisua hartzeari edo gizen egoteari beldur akutua, nahiz eta muturreko argaltasunean egon (dismorfia eta dismorfofobia). Pertsonak bere gorputza nola jasotzen duenaren alterazio nabarmena.
* Nork bere buruaz egiten duen ebaluazioan, gorputz irudia gehiegizko pisu eta garrantzia du.
* Egungo pisuaren larritasunaren ukazioa (beraien ustez ez daude jendeak dioen bezain argal).
* Gaitz endokrinoen presentzia:
	+ Emakumeetan amenorrea
	+ Gizonezkoetan bulkada sekxualaren galera

## ANOREXIA NERBIOSOA: MOTAK

1. Anorexia Nerbioso Murriztatzalea (Restrictiva)
2. Anorexia Nerbioso Purgagarria (Purgativa)

2

## ANOREXIA NERBIOSOA: SINTOMAK

* Kognitiboak:
	+ Distortsio pertzeptiboak: gerria eta belaunak gehien bat
	+ Distortsio kognitiboak
	+ Autoestimu baxua
	+ Abstrakzio selektiboak: ñabarduretan zentratzea, kontrakoa argi uzten duen osotasuna baztertuz edo ukatuz.
	+ Gehiegizko orokortzeak: gertaera puntualetatik “haien aldeko” arauak sortu.
	+ Ondorio negatiboen magnifikazioa edo goraipatzea “si engordo un kilo me muero”.
	+ Pentsamendu dikotomikoa (dena edo ezerez): pentsamenduaren muturtzea “o me controlo del todo o todo a la mierda”
	+ Ideia auto-erreferentzialak: dena beraien inguruan gertatu edo ematen dela pentsatzea. Irakurketa egozentrikoak egiten dituzte.
	+ Pentsamendu sineskeriatsua (supersticioso): inongo kontingentziarik ez duten bi gertakarien erlazioan sinetsi.
* Konduktualak:
* Jakien murrizte patologikoa:
	+ Episodio bulimikoak
	+ Oka egitea nahita eta libragarriak (laxantes) hartzea
	+ Hiperaktibitatea eta hiperbigilantzia
	+ Loaren gutxiagotzea
	+ Iskanbilak familia erlazioetan
	+ Erlazio sozial oso espezifikoak
	+ Bizitza sexual oso mugatua edo inongoa
	+ Jakiekiko erlazio oso bitxia edo arraroa.
* Emozionalak:
	+ Herstura edo antsietatea
	+ Obsesionatzeko joera
	+ Aldarte deprimitua
	+ Nortasuneko nahasteak (limitea edo nartzisista)
* Aldaketa biologikoak: heriotza arriskua
	+ Aldaketa fisikoak: hipotermia, hipotentsioa, idorreria (estreñimiento), bradikardia, edemak…
	+ Amenorrea
	+ Hazte prozesuaren moteltzea
	+ Hezur masaren gutxiagotzea

## ANOREXIA NERBIOSOA: EREDU ETIOLOGIKO BAT



**ANOREXIA NERBIOSOA: ETIOPATOGENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ERAGILE MANTENTZAILEAK | ERAIGLE BULTZATZAILEAK | ERAGILE PREDISPONENTEAK |
| Inanizioaren ondorioak | Gorputz aldaketak | Eragile genetikoak |
| Interakzio familiarrak | Aldentze edo galdera pertsonalak | Adina (13-20) |
| Baztertze soziala | Sexu harremanak | Neska izatea |
| Kognizio anorexikoak | Berehalako gizentzea | Nahaste afektiboak |
| Gehiegizko ariketafisikoa | Argaltzea eragin duen gaixotasun | Introbertsioa/ezegonkortasuna |
| Eragile yatrogenikoak | Gorputz irudiaren kritikak | Familia-kideen nahaste afektiboak edo adikzioak |
|  | Traumatismoak eta gertakari traumatikoak | Familia aurrekariak (E.J.N) |
|  | Eragile estetikoak |

Anorexia edo beste E.J.N

## ANOREXIA NERBIOSOA EPIDEMIOLOGIA

Anorexia izaten duen gizon bakoitzeko hamar emakume topatzen dira eta hogei emakumetatik 14-18 bitartean pairatzen dute. Patologiaren hasiera 13-18 urte bitartean ematen da, arraroagoa da helduaroan ematea, eta arraza txurikoek (gehenbat maila sozio.ekonomiko tarteko-altuan dauden pertsonek) gehiago pairatzen dute. Berreskuratze indizeei dagokienez:

**-** %40-50: erabat

* %25-30: sintomatologia kontrolpean
* %20: kronifikatzen da
* %2-5: hil egiten da

## TRATAMENDURAKO AURREIKUSPENA POSITIVO VS. NEGATIBOA





**ANOREXIA NERBIOSOA VS. BULIMIA NERBIOSOA**

* Anorexia nerbiosoa:
	+ Gutxiago pisatzeko desio akutua. Gizentzeari beldur akutua eta gorputz eskeman (pertzepzioa

+ idealizazioa) erabateko narraiadura.

* + Jokabide guztiak pisua galtzera edo ez hartzera zuzentzen dira: jakien murriztea, ariketa fisikoa eta jokabide “purgatiboak”.
* Bulimia nerbiosoa:
	+ Elikadura portaeraren kontrol eza (pérdida de control sobre la conducta alimentaria). Elikatze konpultsiboaren episodio ugari.
	+ Elikatze konpultsiboen ondrioak “orekatzeko”, beste zenbait jokabide martxan jartzen dira: baraua, oka egitea, llibragarriak, diuretikoak eta ariketa fisikoa.

## BULIMIA NERBIOSOA

ADIERAZGARRI KLINIKOAK

* Ase-ezineko jate pasarte errepikatuak (ingesta voraz): denbora tarte labur batean jaki kopuru gehiegizkoa hartzea eta elikaduraren inguruan kontrola galdu izanaren sentsazioa.
* Pisua ez hartzeko helburuarekin jate konpultsibo hauek konpentsazio jokabide batzuekin

“orekatzen” dira (okadaren eragitea, libragarrien erabilpena, diuretikoak, beste medikamentuen erabilpena, baraua, ariketa fisikoa eta abar)

* Bai jate konpultsiboak zein konpentsazio jokabideak azkeneko 3 hilabetetan ematen dira,

astean 3tan utxienez.

* Norberaren autoebaluazioa pisuaz eta irudiaz baldintzatuegia dago.

MOTAK

1. Purgatiboa: Okadaren probokazioa edota libragarrien (laxantes) edo diuretikoen erabilpena.
2. Murriztatzailea (restriktiboa): Beste jokaera konpentsatzaile batzuk (baraua, ariketa fisikoa…).
* Atrakoiak (ingesta voraz): Bulkada eutsiezinaren aurreko ezzintasun sentimendua. Sekretuan ematen dira.
* Adikzio baten antza dute:
	+ Jakien hartzea (ingesta): eduki kaloriko altua eta hartzeko eta botatzeko errazak diren jakiak

izan ohi dira.

* + Ondorioa: min abdominala, erru sentimenduak eta bere buruarekiko gorrotoa.
* Honako eragileak bultzatuta (precipitantes): disforia, aburrimiento edota dieta-aldi baten

apurketa.

KOMORBILITATEA

* Herstura
* Depresioa eta bere buruaz beste egiteko ideazioak
* Suminkortasuna (irritabilidad)
* Adikzio-jokabideak
* Bulkaden kontrol eza
* Diagnostiko diferentziala:
* Narraiadura organikoak
* Substantzia ez nutritiboak hartzeko joera suposatzen duten nahasteak (esate baterako Klene- Levin nahastea)

## BESTE NAHASTE BATZUK

* **Pika edo altoriofagia**: Elikagarriak ez diren substantzien hartze errepikakorra (1,5 adinean hasten da). Intoxikazio arriskua. Helduaroan ematen denean, atzerapen kognitiboren bat edo psikosiren bat ematen delako izan ohi da.
* **Gizentasuna:** Nahaste mediko bat da, inplikazio psikologiko ugari dituena. Berez, desoreka metaboliko batean datza, gantz ehunen gehiegizko pilaketa dakarrena (gantzaren %35 baino gehiago emakumeetan eta %30 gizonezkoetan). Populazioaren %30-40 sufritzen du (ohikoagoa maila sozioekonomiko ertaineko emakumeetan). Honek dakartzan arriskuak bihotz gaixotasunak hipertentsio arteriala eta diabetesa dira. Aurreko honi sintomatologia psikologikoa gehituko zaio ondorio edo emaitza bezala. Gizentasun motak:
* **Androidea** (gizonezkoetan ohikoena): Gantza sabelaldean eta abdomenean pilatzen da (diabetesa eta hipertentsioa eragin dezake).
* **Ginoidea** (emakumeen artean ohikoagoa): Gantza gerria eta belaunen arteko zonaldean pilatzen da (artrosia eta barizeak sortu ditzake).
* **Atrakoi nahastea** edo gehiegizko elikatze konpultsiboa: Errepikatzen diren gehiegizko elikatze episodioak:
* Denbora gutzian (e.b. 2 ordu) normala litekeen baino jaki kopuru askoz altuagoa hartzeko joera. Behintzat astean biten 6 hilabetetan zehar.
* Episodioan zehar, elikaduraren ingurukokontrola galtzearen sentsazioa.
* Ez du gorputz irudiaren distortsioarekin bizitzen, agian bai insatisfakzioa.
* Hauetako sintomen hiru edo gehiagorekin: elikatze bizkorregia, zeharo asetuta egon arte jatea, bakartasunean jatea, erru sentimenduak.
* Atrakoiak baino lehenago ohikoa da emozio negatiboak esperimentatzea.
* Ez da jokabide “konpentsatorioekin” lotzen (purgak, eta abar).
* Elikatzearen kontrol eta gizentzeari beldur urria.
* **Potomania:** Likidoen gehiegizko hartze errepikakorra, ura normalean. Helburua, asetze sentsazioa sortzen da.
* Gauetako atrakoia: Loa hartzeko zailtasunekin zerikusia izaten ohi uten gaueko gehiegizko gose eta elikatze episodioak.bEgoera estresagarrien aurreko ondorio bezala agertu daiteke.
* Rumiazioa edo Merizismoa: Bazkariaren errepikatutako berrahoratzea (regurgitación). Gero

bota egiten da edo irentsi egiten da berriz. Borondatezko okadak errazten du.

* Bigorexia: Egitura muskularra sortu, handitu eta mantentzeko obsesioa (produktu

“muskulatzaileen” erabilpena, gehiegizko ariketa fisikoa eta abar.

* Ortorexia: Jaki osasuntsuak hartzeko gehiegizko ardura edo obsesioa (osoasuntsuak,

mikrobiotikoak eta abar).

## E.J.N-en OINARRIZKO KONTZEPTUAK LABURBILTZEN



**E.J.N-en EPIDEMIOLOGIA OROKORRA**



**5. JOKABIDE SEXUALAREN NAHSTEAK**

Normaltasun vs. anormaltasun muga ezartzea oso zaila da. Desberdintasun kuktural eta tenporal ugari daude. Azkoeneko 40 urteetan aldaketa nabarmen bat egon da sexualitateak sortzen zituen mugen inguruan.



## ERANTZUN EDO JOKABIDE SEXUALAREN ZIKLOAK

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FASEA | EMAKUMEZKOAK | GIZONEZKOAK |
| Desio fasea | Maila psikologikoan aldaketak | Maila psikologikoan aldaketak |
| Eszitazio fasea (Organismoak estimulaziosexualaren aurrean ematen duen erantzuna) | Lubrikazioa, klitorisaren eta bularren tamainaren handiagotzea. | Erekzioa edo tentetzea, eskrotoaren tentsioaren handiagotzea, barrabilen elebazioa eta uzkian kontrakzioak |
| Meseta edo mantentze fasea | Baginaren pareten kontrakzioa, plataforma orgasmikoaren osaketa, klitorisaren barneko uzkurtzea, uteroaren handiagotzea eta ezpain txikien iluntzea. | Erekzioaren eta barrabilen tamainaren handiagotzea, zakilean lubrikazioa eta uzkian kontrakzioak. |
| Fase orgasmikoa | Estimulazioaren gorengo mailara ailegatzean maila nauromuskularran ematen den deskarga (berehalakoa eta nahigabekoa). | Estimulazioaren gorengo mailara ailegatzean maila nauromuskularran ematen den deskarga (berehalakoa eta nahigabekoa). |
| Ebazpen fasea | Tentsio sexualaren gutxiagotze progresiboa. | Tensio sexualaren gutxiagotze progresiboa. PEriodo refractario: erekzioa oztopatzen duen epealdia. |

1. **JOKABIDE SEXUALAREN NAHASTEAK**

NAHASTE SEXUALAK DSM-IV TR-REN ARABERA

Liburu honen arabera fase bakoitzak nahaste espezifiko batzuk ditu.

* Desio sexualaren nahasteak:
	+ Desio sexual hipoaktiboa
	+ Sexuari abertsioa izatearen nahastea
* Eszitazio faseko nahasteak:
	+ Emakumezko eszitazioaren nahastea
	+ Gizonezkoen erekzio nahastea
* Nahaste orgasmikoak:
	+ Emakumearen nahaste orgasmikoa
	+ Gizonezkoen nahaste orgasmikoa.
* Minarekin zerikusia duten nahasteak:
	+ Baginismoa
	+ Dispareunia

DISFUNTZIO SEXUALAK DSM-V-AREN ARABERA

* Eiakulazio atzeratua (eyaculación retardada)
* Erekzio nahastea
* Emakumezko orgasmoaren nahastea
* Emakumezkoen desio/interes urriaren nahastea
* Min genito-pelbikoaren nahastea
* Eiakulazio goiztiarra
* Medikamentuak eta substantziek eragindako disfuntzioak
* Beste disfuntzio espezifikoak / ez espezifikoak

## DISFUNTZIO SEXUALAK

* Desio sexualaren nahasteak:
	+ **Desio sexual inhibitua**: apatia sexuala, sexuarekiko interes urria (ez bakarrk presentziala, imaginazioan ere bai oso urria, fantasia sexual gutxi).
	+ **Sexuari abertsioa edo gorrotoa**: Sexuarekin zerikusia duen edozein gauzarekiko ekidipena.
* Eszitazioaren nahasteak:
	+ Gizonezkoen kasuan gehien bat. Oso ohikoa eta hainbat jatorri organikoei lotua. Adierazi behar da, eszitaziorako zailtasunak, testuinguru zehatz batean (bikote zehatzarekiko) ematen diren edo orokorrak diren eta erabatekoa den edo erekzio zailtasun bat den besterik ez.
* Orgasmoaren Nahasteak:
	+ **Disfuntzio orgasmikoa** (emakumezkoetan gizonezkoetan baino gehiago): Eszitazio eta erlazio normal baten ostean, orgasmoa izateko ezintasuna.
	+ **Eiakulazio goiztiarregia**: Gehiegizko abiadura. Erlazioen %50-ean “nahikoa” litzatekeen denbora baino gutxiago. Borondatezko kontrolaren ausentzia.
* Minaren Nahasteak:
	+ **Dispareunia** (min genitala): erlazio sexuala baino lehenago, bitartean eta ondoren.
	+ **Baginismoa**: Koitoa zeharo oztopatzen dituen espasmoak.

KONTZEPTU GARRANTZITSUAK

* Hasiera faktoreak zehaztu: Ea horrela betidanik izanden (hipotesia: nortasun faktoreak) edo banakoak garatutakoa (hipotesia: gertaeraren batek eragina).
* Agertzen den testuingurua: Orokorrean (pertsona eta testuinguru guztietan) edo egoera eta pertsona zehatz batzuekiko besterik ez (situacional).
* Eragile etiologikoak: Psikologikoak (nortasuna, gertaerak, etab) edo eragile mistoak (psikologikoak+organikoak).

FAKTORE PREDISPONENTEAK

* Heziketa zurrunegia (erlijioa eta abar)
* Gurasoekiko erlazio kaskarrak
* Informazio sexual urria
* Haurtzaroan bizi izandako erlazio sexual traumatikoak
* Errok psiko-sexualaren ziurtasun eza
* Nortasun nahasteak
* Eredu desekokiak

FAKTORE BULTZATZAILEAK

* Aurretiko disfuntzio sexualak
* Bikote arazoak
* Desleialtasuna
* Aurreikuzpen ez egokiak (gehiegizkoak edo traumatikoak)
* Bikotearen disfuntzioak
* Nahaste organikoak
* Depresioa
* Gertaera traumatikoak (sexualak edo orokorrak)
* Estresa

FAKTORE MANTENTZAILEAK

* Erlazio sexualaren aurreko herstura
* Akatsen aaaurreikuspenak
* erru sentimenduak
* Komunikazio urria
* Intimitateari beldurra
* Autoestimu baxua
* Estimulu erotikoen urritasuna
* Sexu aurreko jokabideei arreta urriegia
* Nahaste psikologikoak eta adikzioak

DISFUNTZIO SEXUALAK LABURBILDUZ



## SATISFAKZIO VS. ONDOEZA SEXUALA ERAGITEN DUTEN FAKTOREAK



1. **PARAFILIAK VS. NAHASTE PARAFILIKOAK**

Sujektua portaera sexual “normal” batetik at gertatzen diren objektuen eta egoeren aurrean ezintasuna adierazten du. Objektu haien bitartez eszitazioa eta plazerra lortzeko behar akutua. Diagnostikorako adierazgarriak:

* 6 hilabeteetan zehar sexualki eszitagarriak diren, objektu parafilikoei lotutako fantasia ugariak (recurrentes).
* Subjektuak, behar edo fantasia horien araberako portaera du. Hori dela eta, jokabide “oerturbatu” bat aurkezten du.
* Larritasun maila: arina (imaginazio mailan), moderatua (nohizbainkako jokabidea) eta larria (behin eta berriroko jokabidea).

NAHASTE PARAFILIKO OHIKOENAK

* **Exhibizionismoa**: Genitalak beste pertsona bati (normalean ezezaguna) erakustean lortzen den eszitazio sexuala. Normalean leku publikoetan ematen da eta hauen ostean ez daago beste ekintza sexualeko saiakerarik. Nahaste parafiliko ohikoena da eta jokabide honen mantentzea ildo obsesiboaren eskutik ematen da ildo sexualetik baino.
* **Voyeurismoa edo Eskoptofilia**: Biluzik dauden edo edozein ekintza sexuala egiten dauden èrtsonen behaketan lortzen den eszitazio sexuala. Era ekutuan eta baimenik gabe ematen da.
* **Frotteurismoa**: Ezezaguna den pertsona baten kontra genitalak igurtziaz lortzen den eszitazio sexuala. Igurtzen den pertsonaren baimenarik gabe ematen da. Ahal dela, leku jendetsuak edo publikoak nahiago izaten dituzte.
* **Fetitxismoa**: Objektu inanimatuak ikusten eta manipulatzen lortzen den eszitazio sexuala (arropak, zapatak eta abar). Askotan masturbazioa gertatzen da “objektu fetiche” hauek eduki, ikutu edota usaindu egiten diren bitartean. Fetitxismo trabestista: jokabide fetitxista baina beste sexuko arropa janztean lortzen den eszitazioan datza.
* **Paidofilia edo pedofilia**: ume eta heldu baten artean ematen diren ekintza sexualek sortzen duten fantasiak eta ekintza sexualak. Subjektuak gutxienez 16 urte izatea eta erlazio edo fantasiak dituen pertsona baino 5 urte helduago izatea beharrezkoa da. Normalean ez du biolentziarik inplikatzen. Paidofilia homosexuala ( joera kronikoa) vs heterosexuala (izaera errekreatiboa).
* **Sadismoa eta masokismoa** (batera agertzen badira sadomasokismoa deritzo):
	+ Sadismoa: eszitazio sexuala lortzeko beste pertsona edo animaliari mina erakitearen beharra.
	+ Masokismoa: eszitazio sexuala lortzeko erasotua, apalduta, jota… izatearen beharra.
* **Hipoxifilia**: asfixia erotikoa.
* **Parafilia ez espezifikoak**: zoofilia, partzialismoa, nekrofilia, koprofilia…

## GENERO IDENTITATEAREN NAHASTEAK

DSM-IV TR-n genero identitatearen nahasteak DSM-V-ean ordea, genero disforiaren nahasteak.

IDENTITATE SEXUALAREN KONTZEPTUA

* Diferentziazio sexualaren sortze prozesuan bertan gertatzen da XX eta XY kromosomen bitartez. Ordea, sexualizazio prozesua bizitza osoan zehar gertatzen da. Askotan nahita eta beste askotan borondatearen kontra.
	+ Garapen psiko-sexuala: bi eta lau urte bitartean genero identitatea garatzen da (neska edo mutil bakoitza bere egeneroarekin edo beharko lukeenarekin identifikatzen hasten da), geroago izango duen genero jokabidea arautuz.
	+ Genero identitatea jokabide sexualetik bereiztea garrantzitsua da.
	+ Garapen prozesua imitazioaren eta ikaskuntza sozialaren bitartez betetzen da.
	+ Orientazio sexuala aldez aurretik edota lehenengo esperientzien ondorioengatik baldintzatuta gera daiteke.
	+ Askotan gizarte presioak direla eta, subjektuaren preferentzia sexualak ez dira bere jokabide sexualean islatzen (“kastitate botoa”. sozialki inposatutako monogamia…).

GENERO IDENTITATEAREN NAHASTEEN ADIERAZGARRI NAGUSIA

Norbere sexu genetikoarekin ondoeza akutua. Arina kontsideratzen da bere generoa gustatu ez baino onartu egiten duenean eta larria ordea, beste generoa izatearen sentsazioa izaten denean.

SAILKAPENA ETA DIAGNOSTIKORAKO JARRAIBIDEAK

Haurtzaroan ematen den genero identitate nahastea (DSM-V-ean disforia): NOrbere generoaren janzkera eta ohiturak bereganatzeko abertsioa edo gorrotoa. Ahal den guztietan, beste generoaren errolak hartzeko joera dute, Beste generoaren errolen aldeko jarrera nabarmena. Norberarenak izan litezkeenak gorrotatuz. Gehiago ematen da gizonezkoetan emakumezkoetan baino. Hasiera, 6 urte baino lehenago ematen ohi da eta eboluzio ohikoena homosexualitatea izan ohi da.

* **Transexualismoa**: Norberaren adierazgarri sexualak aldatzeko nahi edo desio akutua, beste generoak dituenak bezalakoak eduki ahal izateko. Mugakoena da. Sexuaz aldatzeko tratamendu hormonalen eskakizunen kopurua geroz eta handiagoa da. Atrakzio sexuala norbere sexu biologikoaren aldekoa izan ohi da (heterosexualak normalean). PAraleloki dirauten nahaste psikitrikoen agerpena oso ohikoa da (%70): nortasun nahasteak (narcisista, mugakoa edo limite y anstisoziala), adikzioak. Oso datu epidemiologiko gutxi. Transexualismoa eta trabestismoa bereizi behar dira ez baitira gauza desberdinak baitira.
* Trabestismo motak:
	+ Trabestismo fetitxista: jokabie edo ekintza sexualari loturikoa. Beste generoaren arropa janztearekin lortzen den sentsazio eta plazer sexuala.
	+ Errol bikoitzeko tabestismoa (con doble rol): joera heterosexuala edo izate normalekoa, noizean behin beste generoko janzkerak hertzen ditu, beste generoaren errola bete ahal izateko.
	+ Trabestismo homosexuala: orientazio homosexualekoa, janzkera izate folklorikoagoa du, izate sexuala baino.
	+ Trabestismo transexuala: janzkera, sexuaz aldatzeko duen nahia azaleratzeko edo aldarrikatzeko egoera bezala.
* **Izaera ez transexuala daukan, nerabezaroan edo helduaroan ematen den identitatze sexualeko nahastea:** Norbere generoa, zuzena ez delakoaren sentsazioa baina organo sexualak edota generoa aldatzeko gogo edo asmo finkorik ez izatea. Normalean trabestismoaren episodioekin bizitzen da. Ez da oso ohikoa. Adierazi behar da subjektuaren orientazio sexuala (helduaroan) asexuala, homosexuala edo heterosexuala izan daitekeela.
* **Androginia**: ez da nahaste bat. Bi generoetako adierazgarriak dituen pertsona bat litzateke.

Oso femeninoa izan daitekeen mutila edo oso maskulinoa izan daitekeen neska.

# 6. NAHASTE PSIKOTIKOAK

Errealitatearekiko haustura nabarmena suposatzen duten nahasteen bilduma. Farmakologia beharrezko eta ezinbestekoa da gaixotasun hauek kontrolatu ahal izateko. Giza burmuina ezagutzeke dagoenez ezezagunak dira guretzat hein handi batean. Konponente psikotiko nahastea izan daiteke berez edo sintoma baita ere.

Nahaste eskizoafektibo: erdigunean borte psikotikoa topatuko dugu eta horren ondorioz afektibotasunezko anomalia emango da. Erdigunea depresioari ematen badiogu, brote psikotikoa izango da anomalia afektiboaren ondorio.

## NAHASTE PSIKOTIKOAK, ADIERAZGARRI NAGUSIAK

1. Delirioak (*egi kutsu bat daukate (estimulua benetazkoa da) buruan ematen zaien interpretazioak ez u inolako zentzurik).*
2. Aluzinazioak *(flipas que te cagas, ni estimulo real ni pollas, tu mente te la juega y se inventa lo que le da la gana XD)*
3. Pentsamendu (eta diskurtso) desantolatua
4. Jokabide motorea oso desantolatua (katatonikoa barne)
5. Sintoma negatiboak
* Emozioen espresio gutxitua
* Abulia: norbere iniziatibaz edo helburu batekin eigndako ekintzen gutxiagotzea

## SINTOMATOLOGIA





**NAHASTE PSIKOTIKOAK, DSM-IV (eskizofrenia eta beste nahaste psikotiko batzuk)**

* Eskizofrenia
* Eskizofrenia paranoidea
* Eskizofrenia desantolatua (tiopo desorganizado)
* Eskizofrenia katatonikoa
* Zehaztugabekoa (tipo indiferenciado)
* Eskizofrenia erresiduala (residual)
* Nahaste eskizofreniformea
* Nahaste eskizoafektiboa
* Nahaste delirantea
* Nahaste psikotiko laburra
* Nahaste psikotiko partekatua (Foile à deux)
* Sustantzia edo eta medikazioek eragindako nahaste psikotikoa
* Beste afektazio mediko baten ondoriozko nahaste psikotikoa
* Eskizofremiaren espektroko eta beste nahaste psikotiko ez espezifikatu bat

## ESKIZOFRENIA AZPI-MOTAK, DSM-IV



**NAHASTE PSIKOTIKOAK, DSM-V (eskizofreniaren espektroa eta beste nahaste psikotiko batzuk)**

* Nahaste Eskizotipikoa (Nortasun nahastetzat hartzen da)
* Nahaste Delirantea
* Nahaste Psikotiko Laburra
* Nahaste Eskizofreniformea
* ESKIZOFRENIA (azpi-tipoak desagertu dira DSM-IV-akin alderatuta)
* Nahaste Eskizoafektiboa
* Sustantzia edo eta medikazioek eragindako nahaste psikotikoa
* Beste afekzio mediko baten ondoriozko nahaste psikotikoa
* Beste nahaste mental batekin asoziaturiko katatonia
* Beste afekzio mediko bati egotzitako katatonia
* Katatonia ez espezifikatua
* Eskizofreniaren espektroko eta beste nahaste psikotiko espezifikatu bat
* Eskizofreniaren espektroko eta beste nahaste psikotiko ezespezifikatu ba

NAHASTE DELIRANTEA

* 1. Eldarnio bat (edo gehiago) presente egotea hilabete batez edo gehiagoz.
	2. Inoiz ez da bete eskizofreniaren diagnostikorako aurreko irizpidea. Aluzinazioak badaude, ez dira garrantzizkoak eta eldarnioaren gaiarekin lotuta daude.
	3. Eldarnioen inpaktuaz aparte, funtzionamendua ez dago oso asaldatua eta jokaera ez da oso arraro edo bitxia.
	4. Episodio maniako edo depresibo nagusiak eman badira, motxak izan dira episodio deliranteekin konparatuz.
	5. Nahastea ezin zaio sustantzia baten efektu fisiologikoei edo beste afekzio mediko bati egotzi eta ezin da hobeto azaldu beste nahaste mental batengatik (adibidez, nahaste dismorfiko korporala edo nahaste obsesibo-konpulsiboa).

NAHASTE PSIKOTIKO LABURRA

1. Jarraian aipatzen diren sintometatik bat (edo gehiago). horietako bat gutxienez (1), (2) edo (3) izan behar duelarik:
	* Eldarnioak
	* Aluzinazioak
	* Diskurtso desantolatua
	* Jokaera oso desantolatua edo katatonikoa
2. NAhastearen episodio baten irauèna gutxienez egun bateko iraupena dauka baina hilabete bat baino gutxiago irauten du. Episodioa bukatzean gaixotasun aurreko funtzionamendua bueltatzen da guztiz.
3. NAhastea ez da hobeto azaltzen sintoma psikotikoak dauzkaten depresio nagusiaren nahasteagatik edo nahaste bipolarragatik, ezta beste nahaste psikotiko batengatik (eskizofrenia edo katatonia adibidez) eta ezin zaio sustantzia baten efektu fisiologikoei edo beste afekzio mediko bati egotzi.

NAHASTE ESKIZOFRENIFORMEA

1. JArraian aipatzen diren sintometatik bi (edo gehiago). Horietako bakoitza hilabete bateko epemuga esanguratsu batean presente egon delarik (edo gutxiago arrakastaz tratatuta izan bada). Horietako bat gutxienez (1), (2) edo (3) izan behar duelarik.
	1. Eldarnioak
	2. Aluzinazioak
	3. Diskurtso desantulatua
	4. Jokaera oso desantolatua edo katatonikoa
	5. Sintoma negatiboak
2. Nahastearen episodio baten iraupena gutxienez hilabete bateko iraupena dauka baina sei hilabete baino gutxiago irauten du. Diagnostikoa errekuperaziora itxaron gabe egin behar denean “behinbehineko”tzat kalifikatzen da.
3. Nahastea ezin zaio substantzia baten efektu fisiologikoei edo beste afekzio mediko bati egotzi.

ESKIZOFRENIA

1. Jarraian aipatzen diren sintometatik bi (edo gehiago). Horietako bakoitza hilabete bateko epemuga esanguratsu batean presente egon delarik (edo gutxiago arrakastaz tratatua izan bada). Horietako bat gutxienez (1), (2) edo (3) izan behar duelarik.
	1. Eldarniak
	2. Aluzinazioak
	3. Diskurtso desantolatua
	4. Jokaera oso desantolatua edo katatonikoa
	5. Sintoma negatiboak
2. Nahastearen hasieratik, denbora esanguratsu batean, pertsonaren funtzionamendua (lanean, pertsona arteko erlazioetan edo/eta zaintza pertsonalean) nahastea hasi baino lehen zuen maila baino eskoz ere beherago dago.
3. Nahastearen zeinu jarraituak gutxienez 6 hilabetez irauten dute. Aldi honetan, hilabete batean gutxienez (gutxiago arrakastaz tratatua izan bada) Airizpidea betetzen duten sintomak egon behar dute, eta sintoma prodormiko edo erresidualen aldiak ere ager daitezke.
4. Nahasete eskizoafektiboa eta ezaugarri psikotikoak dauzkaten nahaste depresiboa edo bipolarra baztertu dira diagnostiko bezala.
5. Nahastea ezin zaio egotzi substantzia baten efektu fisiologikoei (adb. droga edo medikazio bt) ezta beste afekzio mediku bati ere.
6. Nahaste autista edo eta haurtzaroan hasiera duen komunikazioaren nahaste bat dagoen kasuetan, eskizofreniaren diagnosi adizionala bakarrik egingo da. Eldarnio eta aluzinazio nabariak, eskizofreniaren diagnostikorako beharrezkoak diren beste sintomez gain, hilabete batez gutxienez agertzen badira (edo gutxiago arrakastaz tratatuak izan badira).

NAHASTE ESKIZOAFEKTIBOA

1. Gaixotasunaren denoraldi iraunkor bat zeinetan gogo aldartearen episodio nagusi bat agoen (maniakoa edo depresio nagusia eskizofreniako A irizpidearekin batera epaten dena.
2. Eldarnio edo aluzinazioak bi aste edo gehiagotan zehar, gogo aldartearen episodio nagusia ez dagoenean, gaixotasunaren kurso osoan.
3. Gogo aldartearen episodio nagusiaren irizpidea betetzen duten sintomak presente daude gaixotasunaren fase aktibo eta erresaidualaren iraupen osoaren zati gehienetan.
4. Nahastea zin zaio sustantzia baten efektu fisiologikoei edo beste afekzio mediko bati egotzi.

**ESKIZOFRENIA**

%1-eko prebalentzia du. Hasiera nerabezaro berantiarraren eta hirugarren hamarkadaren artean ematen da, gizonezkoetan emakumezkoetan baino lehenago eta hasiera batbatekoa edo insidiosoa izan daiteke. Pronostikoari dagokionez, hasiera goiztiarrek okerragoa dute.

ESKIZOFRENIA, ETIOLOGIA (Clínica de Inicio)

* Nortasun “aurre gaixotua” (premórbida): “nortasunaren adierazgarri eskizoideak”
	+ Haurtzaroko aurrekariak: gehiegizko heraetasuna, hiper-sentikortasuna, gizarteratzeko gaitasun urrak.
* Normalean hasiera akutua du, berehalakoa. Hala eta guztiz ere batzuetan pixkanaka hasten da (comienzo insidioso).
* Adierazgarri prodromikoak (brote psikotikoa agertu baino hehenagokoak):
	+ Gizarte mailako narraiadura, baztertze soziala
	+ Eguneroko eginkizunen narraiadura (etxekoak, eskolakokak, lanekoak, etab.)
	+ Jokabide arraroa (deigarria, bitxia…)
	+ Garbitasunaren narraiadura eta norbere irudiaren abandonoa
	+ Hizkuntzaren asaldurak (forma eta edukia)
	+ Afektibotasunaren asaldura (eskizofrenia motaren arabera)
	+ Ideazio bitxiak edo pentsamendu magikoa
	+ Arreta eta sentso-pertzepzioarekin zerikusia duten esperentzia arraroak
	+ Motibazioaren asaldurak
	+ Familia mailako asaldurak ESKIZOFRENIA, EBOLUZIOA
* Eboluzio motak:
* Gertaera edo brote bakarra eta erabateko erremisioan (remisión total).
* Gertaera edo brote bakarra eta tarteko erremisioan (remisión parcial).
* Jarraitua (behin eta berriroko broteak).
* Jarraitua eta erabateko erremisioan (remisión completa sin deterioro).
* Jarraitua eta brote arteko zenbait sintomekin (rmisión parcial).
* Behin eta barriroko gaixotzeak ahalbidetzen dituen faktoreak (precipitadores de revaídas) %50 lehenengo urtean.
* Tratamendu farmakologikoaren absentzia
* Indguruneko faktoreak. Gertaera traumatikoak, substantziak eta abar
* Eragile psikopatologikoak: sindrome disforikoa, herstura, aldartearen asaldurak, losaren asaldurak,

gosearen narraiadura. ESKIZOFRENIA ETIOLOGIA

Teoria Psikodinamikoak

* Haurraren ezgaitasun kognitiboa: amarekin esperientziak ezin ditu barneratu (irternalizatu) eta horrek inestabilitetea dakar (garapen momentu desberdinetan azaltzen dena). Manifestazio klinikoak erlazio “objetalak” errekuperatzeko saiakera lirateke.
* Neurotikoa baino intentsoagoa den gatazka intrapsikiko bat da, defentsa sakonagoak behar dituena: ukazioa eta proiekzioa (batzuetan errealitatearekin haustura suposatzen dutena).
* Autore desberdinek termino ezberdinak:
	+ Freud: erapa auto-erotikora erregresioa, transferentzia galarazten duena.
	+ Klein: posizio eskizoparanoidearen emaitza patologikoa da. Haurrak ezin ditu introiektatu objektu onak eta angustiatua mantentzen da objektu persekutorioez jarraituta izateko beldurrez.
	+ Fromm eta Reichmann: “Ama Eskizofrenogenoak”: ama oso dominantea eta aldi berean “inseguroa” eta agresiboa, haurra ukatuz. Aita aldiz ez gaia, pasiboa eta indiferentea.

Sistemen Teoria

* Lotura edo “Vínculo” bikoitza: mezu kontrajarriak, bata bestea ezeztatzen duena eta pazienteak ekidin ezin duen erlazio sakon batean ematen direnak.
* Gaur egun bi komunikazio mota ikasten dituzte:
	+ Komunikazio desbideratua: errezeptoreak ezin ditu mezuak argi ulertu, emisioaren mezuetan oinarritua.
	+ Espresaturiko emozioa: Kritizismoa, hostilitatea, sobreinplikazioa, beroa, komentario positiboak.

ESKIZOFRENIA AURREIKUSPENA

ESKIZOFRENIA TRATAMENDUA

* Tratamendu Psikofarmakologikoa
* Antipsikotiko tipikoak edo lehen generaziokoak (Haloperidol, Clorpromacina…)
* Antipsikotiko atpikoak edo bigarren generaziokoak (Clozapina, Risperidona, Olanzapina…). Hauek

sindrome estra.piramidalak ekiditen dituzte, baina agranulocitosis (globulu txurien galera masiboa) eragin dezakete.

* TEK (terapia elektro-konpultsiboa): kasun larrienetan, batez ere sintomatologia afektiboa lantzeko

(eraginkorra eskizofrenia katatonikoan).

* Tratamendu Psikoterapeutikoa: Afektibitatea lantzeko erramintak, giza gaitasunen psiko-hezkuntza

(terapia familiarra eta abar).

**7. NORTASUN NAHASTEAK**

## NORTASUN NAHASTEAK ZER DIRA?

Nortasun nahastea subjektuaren barnean itxaron daitezkeen barne esperientzia eta jokaeretatik aldentzen diren patro iraunkorrak dira; fenomeno orokor eta malgutasun gutxikoa, denboran iraunkorra, sorrera nerabezaroan edo helduaro goiztiarrean.

## ZER DA NORTASUNA? (ikuspegi psikopatologikoa)

* **Nortasuna**: subjektuak duen jokabidezko eta joera emozionaleko adierazgarrien bilduma, zeinek pertsona horren izatea eta bere portaera arautzen dituen. Aderazgarri hauek egonkorrak eta aurreikusgarriak izan daitezke. Pentsapnedu, pertzepzio eta besteekin erlazionatzeko patroi egonkorra eta aldagaitza da.
* Nortasuna = izaera + temperamendua
	+ **Izaera**: jokatzeko modu eta estilo egonkorra da. Nortasunaren ageriko aspektuek errepresentatzen dute, banakoaren ezaugarri nabariak dira. Hau ez da jaiotzakoa, garapen bat beharr du, eta alda daiteke (caracter).
	+ **Tenperamendua**: substratu neurobiologikoa du. Banako bakoitzean aurki dezakegun jarrera afektibo orokorra da. PErtsona batek bere afektuak bizitzeko eta horiei erantzuteko duen modu berezia. Tenpteramentua jaiotzakoa eta herentziakoa da eta gorpuzkeraren araberakoa denez, ziklo biralaren eraginarekin ez da aldatzen.
* Laburbilduz:
* Izaera (carácter): heredatutakoa + ikasitakoa
* Tenperamendua: heredatutakoa (ustez aldaezina)

## NORTASUN NAHASTEEN EZAUGARRI OROKORRAK

* Ingurugiroarekin eta norbere buruarekin erlazionatzeko edo/eta ingurugiro zein norbere burua antzeman eta beraiei buruz pentsatzeko patroi iraunkoerrak dira.
* Patroi hauek testuinguru sozial eta pertsonal anitzetan agertzen dira.
* Nortasun ezaugarriak eez dira malguak ezta egokitzaileak ere (son infexibles y desadaptativos).
* Funtzionamendu sozial eta lan egokitzapena kolokan jartzen da.
* Sorrera nerabezaroan edo helduaro goiztiarrean ematen da.
* Subjektuek ez dute nahaste bat izatearen kontzientzia (egosintonia).
* Nortasun nahaste bat duen pertsona bati horri buruz galdetzekotan “bera horrela dela” erantzungo dizu. “Yos soy así”, eta honek diagnostikoa eta tratamendua oztopatzen du.

## NORTASUN NAHASTEEN SAILKAPENA

* **A** MOTAKO NORTASUN NAHASTEAK
* Nortasun Nahaste Paranoidea
* Nortasun Nahaste Eskizoidea
* Nortasun Nahaste Eskizotipikoa
* **B** MOTAKO NORTASUN NAHASTEAK
* Nortasun Nahaste Antisoziala
* Nortasun Nahaste Limitea
* Nortasun Nahaste Histrionikoa
* Nortasun Nahaste Nartzisista
* **C** MOTAKO NORTASUN NAHASTEAK
* Nortasun Nahaste Ekiditzailea
* Nortasun Nahaste Dependientea
* Nortasun Nahaste Obsesibo-Konpultsiboa

## A MOTAKO NORTASUN NAHASTEAK

* Jokaera arraro eta bitxiak (extravagantes).
* Erlazio interpertsonaletan zailtasuna, introbertsioa.
* Eskizofrenia, nahaste afektiboak eta substantzien abusua pairatzeko zaurigarritasuna (vulnerabilidad).
* Bizitzan zehar apenas ez dira aldatzen (B eta C motatakoak, adinean aurrera egin ahala arintzeko joera dute).

“Personalidades extrañas”. “pertsona arraro eta eszentrikoak”, “gaizki gizarteratuak, emozionalki desegokitutakoak eta independienteak”.

## B MOTAKO NORTASUN NAHASTEAK

* Dramatismo handia, hunkiberatasun (emotividad) altua eta heldutasun eza “personalidades inmaduras”.
* Labilitate afektibo altua eta emotibitatea (oso “teatreroak”).
* Jokaera distruptibo edo kontrol gabekoak.
* Familia erlazioen narraiadura eta eskola arazoak.
* Kanporakoiak (extravertidos)
* Hunkiberatasun altua (sensibilidad)

Gaizki gizarteratuak eta dependienteak.

## C MOTAKO NORTASUN NAHASTEAK

* Antsietatea eta beldurra.
* Zigorrekiko sentiberatasun handia dute eta horrek ikaskuntzak oztopatzen ditu.
* Aurre egiteko estrategiak eskuratzeko zailtasunak.
* Autonomia eta oreka emozionalaren eremuen garapen eskaxa.
* Ezeztapena, razionalizazioa, proiekzioa, ekiditea eta inhibizioa erabiltzen dituzte.

“Personalidades temerosas y ansiosas”, “Gaizki gizarteratuak eta dependienteak”.

## NORTASUN NAHASTEAK DIAGNOSTIKATZEKO ADIERAZGARRI OROKORRAK

1. Pertsonaren lulturako irudikapenetatik aldentzen den barne esperientzia eta jokabide patroi bat da. Patroi hau hurrengo eremuetatik bitan (edo gehiagotan) agertzen da.
* Kognizioa (adb: norbera, besteak eta gertaerak hauteman eta interpretatzeko moduak)
* Afektibotasuna (adb: barietatea, intentsitatea, labilitatea eta erantzun emozionalen egokitzapena).
* Pertsonarteko jarduera
* Bulkaden kontrola
1. Patroi iraunkor hau zurruna da eta egoera pertsonal eta sozial gama zabal batetara hedatzen da.
2. Patroi iraunkor honek ezinegon kliniko esanguratsua edo narraiadura soziala, laborala edo banakoaren beste eremu garrantzitsuetako jardueratan narraiadura sortzen du.
3. Patroia egonkorra eta iraupen luzekoa da eta bere hasiera nerabezaro edo helduaro goiztiarrean ematen da.
4. Patroi iraunkor hau ezin zaio beste gaixotasun mental baten ondorioari egotzi.
5. Patroi iraunkor hau ez da sustantzia baten efektu fisiologikoengatik gertatzen (adb: droga bat, medikazio bat) ezta gaixotasun mediko batengatik (adb: barezurreko traumatismoa).

A mota: **nortasun nahaste paranoidea**:

Nortasun nahaste paranoidea duten subjektuek mesfidantza maila patologiko bat erakusten dute. Mesfidantza eeta suspikazia patroi hura besteen intentzioak asmo txarrekoak bezala interpretatzea eragiten du.

1. Helduaroan hasten den mesfidantza eta susmo orokorra, beraz, besteen besteen intzentzioak gaiztakeriaz interpretatzen dira. Testuinguru desberdinetan agertzen dira, hurrengo puntutetatik lau (edo gehiagok) erakusten duten bezala:
	1. Besteak beraietaz aprobetxatu, min egingo diotelako edo iruzur egingo diotelako oinarririk gabeko susmoa.
	2. Lagun eta kideen fideltasun eta zintzotasunarengandik ardura handiegia, eta hau, justifikatu ezin daitezkeen zalantzek sortzen dute.
	3. Besteekin informazioa konpartitzerakoan fidatzeko erresistentzia agertzen da, bere aurka erabiliko denaren justifikaziorik gabeko susmoa baitauka.
	4. Mehatxagarriak edo degradatzaileak diren esanahi ezkutuak hautematen ditu, gertaera edo oharpen inozoak badira ere.
	5. Gorrotoa gordetzen du denbora luzean zear. Adibidez, ez ditu irainak, isekak edo mespretxuak ahazten.
	6. Besteentzat agerikoak ez diren erasoak hautematen ditu berarengan edo bere erreputazioan, eta haserrearekin erreakzionatzeko edo kontraerasotzeko prest agertzen da.
	7. Bere ezkonkide edo bikotekidea desleiala delako susmo errepikatu eta frogaezina.
2. Ezaugarri hauek ez dute esklusibokieskizofrenia baten sintoma psikotikoak dituen animo egoera baten nahastean edo beste nahaste psikotiko baten igarotzean agertu behar, ez dira gaixotasun mediko baten efeltu fisiologiko zuzenak ezta ere.

A mota: **Nortasun nahaste eskizoidea:**

Nortasun nahasteen artean prebalentzia gutxien duenetako bat da. Nahaste hau daukaten pertsonek harreman interpertsonal eta bizitza kalitateari dagokionez, puntuazio baxuak ematen dituzte hainbat ikerketatan. Nahaste honetan ematen diren ezaugarri nagusiak isolamendu soziala eta afektiboa dira (nahita, ez beste nahasteetan ematen den bezala).

1. Harreman sozialekiko urrutiratzea eta pertsonarteko harremanen espresio emozionalean murripen patroi bat, helduaro hasieran hasten dena eta testuinguru desberdinetan ematen dena, hurrengo puntuetatik lauk (edo gehiagok) erakusten duten bezala:
* Ez ditu harreman sozialak nahi eta ez du hauekin disfrutatzen, ez du ezta faimlia bat eraikitzera iritsi nahi.
* Bakarkako jarduerak aukeratzen ditu ia beti.
* Besteekin harreman sexualak izateko interes eskasa edo gabezia.
* Jarduera gutxirekin edo batekin ere ez du gozatzen.
* Ez dauka lagun hurbilik edo konfdantzazko pertsonarik, lehenengo mailako familia dauka soilik.
* Berdin zaizkio besteen kritikak edo gorespenak
* Hoztasun emozionala, urrutiratzea edo afektibitatearen lautzea dauka.
1. Ezaugarri hauek ez dute esklusibokieskizofrenia baten sintoma psikotikoak dituen animo egoera baten nahastean edo beste nahaste psikotiko baten igarotzean agertu behar, ez dira gaixotasun mediko baten efeltu fisiologiko zuzenak ezta ere.

A mota: **Nortasun nahaste eskizotipikoa**

Nortasun nahaste ez-ohikoena da populazio orokorrean, baina DSM-IV-ko nortasun nahasteetatik, bizitza kalitatearen murrizketa, harreman interpertsonaletan arazoak eta errendimenduan arazo gehien eragiten duena da.

Eskizofreniarengandik desberdintzen duena: Hau (eskizofrenia) dutenek pairatzen duten errealitatearekiko haustura askoz ere nabarmenagoa da. Nortasun nahaste eskizotipikoa dutenek, patroi desadaptatiboak dituzte, baina ez dituzte psikotikoek dituzten errealitatearekiko hainbesteko galerak.

1. Ondoez handia sortzen duen defizit soziala eta pertsonarteko defizita. Pertsonarteko harreman gaitasun mugatua, baita distortsio kognoszitiboak edo pertzepzio distortsoak ere. Jokabide bitxiak, helduaroaren hasieran hasten direnak eta testuinguru desberdinetan ematen direnak, hurrengo puntuetatik bostek (edo gehiagok) erakusten duten bezala:
	1. Erreferentzia ideiak (erreferentziazko eldarnio ideiak kenduta).
	2. Sinismen arraroak edo pentsamendu magikoa, jokabidean eragiten duena eta lege azpikulturalekin bat ez datorrena (adb: superstizioa, bidentzian, telepatia edo “seigarren zentzu” batean sinistea).
	3. Ezohiko pertzepzio esperientziak, gorputz ilusioak barne.
	4. Pentsamendu eta hizkuntza harraroak (adb: alferra, metaforikoa, elaboratuegia edo estereotipatua).
	5. Susmoa edo ideia paranoideak
	6. Afektibitate desegokia edo mugatua
	7. Jokabide edo itxura arraroak, bitxiak edo bereziak
	8. Lagun hurbilen falta edo konfidantza eza, familia hurbila kontuan izan gabe
	9. Gehiegizko antsietate soziala, familiarizazioarekin jjaisten ez dena eta normalean beldr paranoideekin gehiago herrmantzen dena, ez hainbeste norberari buruzko duen epaiketekin.

B motako nahasteak: **Nortasun nahaste antisoziala**

1. Besteen eskubideen mesprezu eta bortxakeria patroi orokor bat, hamabost urteetatik agertzen dena eta hurrengo itemetatik hiru (edo gehiagok) erakusten dute:
2. Jokabide legalari dagokionez, arau sozialetara egokitzeko porrota eta behin eta berriro atxilotua izateko aitzakia ematen duten jokabideak burutu ditzake.
3. Zintzotasun gabezia, behin eta berriro gezurrak esanez, ezizen bat erabiliz, besteei iruzur eginez, norberaren onura pertsonala kortzeko edo gozamena izateko.
4. Inpultsibitatea edo etorkizuna planifikatzeko ezintasuna.
5. Borroka fisiko eta agresioen bitartez adierazten diren haserrekortasun eta agresibitatea.
6. Norberaren edo besteen segurtasunari buruzko axolagabetasuna.
7. Lan bat mantentzeko konstatzia falta eta axolagabetasun iraunkorra.
8. Ez dauka erru sentimendurik besteei min egitean, txarto tratatzean edo lapurtzean; eta axolagabe agertzen da.
9. Nahaste hau diagnostikatzeko, pertsonak 18 urte izan behar ditu gutxienez.

B motako nahasteak: **Nortasun nahaste limitea**

Borderline nortasun nahastea disfuntzionalena da besteekiko harremanak, bizitza kalitatearen gutxiagotzea eta tratamenduen porrota kontuan hartzen baditugu. Ikerketa desberdinek borderline nortasun nahastearekin komorbilitatea duten gaixoen pronostiko txarra erakutsi dute, eta diagnostiko honen beharra azpimarratzen dute. Borderline gaixotasune duten pazienteek, depresio nagusiarekin komorbilitatea izan ohi duela topatu da.

1. Helduaro hasieran hasten da eta harreman interpertsonal desberdinetan, auto-irudi eta eraginkortasunean, ezegonkortasun eta inpultsibitate handia duen patroi orokorra dauka, hurrengo itemetatik bost (edo gehiagok) erakusten duten bezala:
	1. Benetako edo asmaturiko abandoni bat sahiesteko esfortzu amorratuak.
	2. Idealizazio eta debaluazio artean ematen diren harreman ezegonkor eta intentsitate handian patroi bat.
	3. Identitatearen asaldura: desegonkorra eta desegokia den autoirudia edo norberen zentzua.
	4. Inpultsibitatea, norberarentzat potentzialki mingarria den bi eremutan gutxienez (adb: gastuak, sexua, substantzien abusua, gidatzean ausarkeria, janaria konpultsiboki jatea).
	5. Buru hilketa jokabide, saiakera edo mehatxu errepikatuak, edo automutilazio jokabidea.
	6. Egoera animikoko erreaktibotassun nabarmen batek sortutako desegonkortasun afektiboa (adb: euforia handiko pasabideak, antsietate edo irritabilitatea, ordu batzuk edo noizbait ere egun batzuk iraun dezaketenak).
	7. Hutsik egotearen sentimendu kronikoak.
	8. Desegokiak eta intentsitate handikoak diren haserrealdiak, edo haserrealdiak kontrolatzeko zailtasunak (adb: umore txarreko erakusgarri ugari, haserrealdi iraunkorra, borroka fisikoak behin eta berriro).
	9. Estres edo sintoma disoziatibo larriekin harremandua egon daitekeen ideazio paranoide iragankorra.

B motako nahasteak: **Nortasun nahaste histrionikoa**

Nortasun nahasteen artean, nahaste honek ez du bizitza kalitatean hainbesteko narraiadurarik sortzen. Zenbait ikerketatan, estatus eta aberastasunarekin harremanduta dagoela ikusi da. Histrionikoaren ezaugarriak (egozentrismoa, arreta bilatzea, gehiegizko emotibitatea…) beste nortasunmota batzuetan ere aurkitu daitezke (bipolarrak, substantzien abusua, nahaste eskizoafektiboan, somatizazio disoziatiboan…). Gainera, ikerketa askotan, ez dira nortasun limite eta histrionikoaren arteko muga argiak ikusten. nortasunnahste histrionikoan nabarmenak diren ezaugarriak, arreta bilatzea eta autodramatizazioa lirateke.

1. Gehiegizko hunkigarritasuna eta gehiegizko arreta bilatzeko patroi orokor bat, helduaroan hasten dena eta testuinguru desberdinetan ematen dena, hurrengo itemetatik bostek (edo gehiagok) erakusten duten bezala:
	1. Ez da oso eroso sentitzen arreta gunea ez den egoeratan.
	2. Besteekiko elkarrekintza, sexualki erakartzean edo probokatzean datza.
	3. Ganora gabeko eta aldakorra den espresio emozionala erakusten du.
	4. Itxura fisikoa erabiltzen du etengabe arreta erakartzeko.
	5. Hitz egiteko era subjektiboegia eta ñabardurarik gabekoa dauka.
	6. Dramatizazioa, antzerkia eta gehiegizko espresio emozionala erabiltzen ditu.
	7. Sugestionagarria da (adb: oso erraz eragin diezaiokete besteek edo egoera desberdinek).
	8. Bere harremanak direnak baino intimoagotzat hartzen ditu.

B motako nahasteak: **Nortasun nahaste nartzisista**

1. Handitasun sentsazio patroi orokorra (irudimenean edo portaeran), mirespen beharra eta enpatia falta, helduaro hasieran hasten direnak eta testuinguru desberdinetan ematen direnak, hurrengo itemetatik bostek (edo gehiagok) erakusten duten bezala:
	1. Garrantzi gehiegi ematen dio bere buruari (bere lorpenak eta gaitasunak gehiegitu egiten ditu, besteek gehiago izango balitz bezala tratatzea nahi du, bere lorpenak oso handiak ez badira ere).
	2. Gehiegizko arrakastagatiko fantasiengatik arduratuta dago, botere, distira , edertasun edo maitasunari dagokionez.
	3. “Berezia” eta bakarra dela uste du, eta bereziak edo estatus altukoak diren beste pertsonekin edo erakundeekin harremandu edo ulertua izan behar duela uste du.
	4. Gehiegizko mirespena eskatzen du.
	5. Oso harroa da (adb: arrazoirik gabeko itxarobideak ditu, faborezko tratu berezi bat eman behar zaiolakoan edo bere itxarobideak lehen bait lehen bete behar direlakoan.
	6. Pertsona artean xurgatzailea da (adb: besteengandik etekina ateratzen du bere helburu propioak lortzeko).
	7. Ez dauka enpatiarik: ez du besteen sentimendurik ezta beharrik identifikatzen.
	8. Askotan besteekiko inbidia dauka, edo berarekiko inbidia dutela uste du.
	9. Jokabide edo jarrera harroputz edo soberbioak ditu.

## C mota: Nortasun nahste sahieskorra (evitativo)

1. Inhibizio soziala, ezgai sentimenduak eta ebaluazio negatiboarekiko hipersentsibilitate patroi orokor bat, halduaroaren hasieran hasten direnak eta testuinguru desberdinetan ematen direnak, hurrengo itemetatik lauk (edo gehiagok) erakusten duten bezala:
	1. Harreman interpertsonala behar duten lanak edo jarduerak sahiesten dituzte, besteen kritika, desaprobazioa edo errefusaren beldurragatik.
	2. Ez zaio gustatzen jendearekin inplikatzea ez baldin badaki jendeak gogoko izango duela.
	3. Errepresioa dauka harreman estuekiko, ez duelako lotsatuta edo erridikulizatuta izan nah.
	4. Oso arduratuta dago egoera sozialetan kritikatua edo errefusatua izateaz.
	5. Egoera interpertsonal berrietan inhibitua dago, guxiagotasun sentimenduak direla eta.
	6. Sozialki ezgai ikusten da eta pertsonalki oso interes gutxiko pertsona edo besteen azpitik ikusten du bere burua.
	7. Erronka berriei aurre egitearen edo jrduera berrietan inplikatzearen kontrakoa da, konprometigarriak izan daitezkeelako.

C mota: **Nortasun nahaste dependientea**

A) Besteak berataz okupatu daitezen behar orokor eta gehiegizkoa eta sumisio eta atxikimendu jokabideak eta banaketa beldurrak sortzen ditu. Helduaro hasieran hasten dena eta testuinguru desberdinetan ematen dena, hurrengo itemetaik bost edo gehiagok erakusten duten bezala:

1. Eguneroko erabakiak hartzeko zailtasuna dauka, besteen gehiegizko aholkua eta birbaieztapena ez badauka.
2. Besteek bere bizitzako arlo nagusietan ardurak har ditzatzen beharra.
3. Besteekin desakordioak erakusteko zailtasunak ditu laguntza edo aprobazioa galtzeko beldurra dela eta.
4. Proiektuak hasteko, edo gauzak bere erera egiteko zailtasuna (ez daukalako kofiantzarik bere judizioan eta gaitasunetan, eza ez hainbeste motibazio edo energia falta betengatik)
5. Urrunegi heltzen da besteen babesa eta laguntza lortzekeo desiragatik, eta lan desatseginak egitera ere hel daiteke.
6. Deseroso de babesgabe sentitzen da bakarrik dagoenean, bere burua zaintzeko ezintasunaren gehiegizko beldurragatik.
7. Harreman garrantzitsu bat bukatzen denean, beste bat bilatzen du arineketan, behar duen zainketa eta laguntza izateko.
8. Errealista ez den modu batean arduraturik dago, utziko dutelakoan eta bere burua zaindu behar duelakoan.

## C mota: Nortasun nahaste obsesibo konpultsiboa

1. Ordenarekiko, perfekzionismo eta kontrol mental eta pertsonartekoaren ardura patro orokor bat dauka, eta ez dauka malgutasun, espontaneitate eta eraginkortasunik, Helduaroan hasten da, eta testuinguru desberdinetan ematen da, hurrengo itemetatik lauk (edo gehiagok) erakusten duten bezala:
	1. Xehetasunekiko, arauekiko, zerrendekiko, ordenarekiko, antolamenduarekiko edo ordutegiekio ardura, puntu baterano non bere benetako helburuak ahaztu daitezkeen.
	2. Proiektuak amaitzea eragozten duen perfekzionismoa (adb: ezin dezake proiektu bat amaitu ez dituelako bere exijentzia propioak betetzen, zorrotzegiak direnak).
	3. Lanari eta produktibitateari gehiegizko dedikazioa ematen dionez, denbora libreko jarduerak eta lagunak alde batera uzten ditu (ez egotzi behar ekonomiko argiei).
	4. Gehiegizko burugogortasuna, eskrupulu eta malgutasun eza, moralitatea, etika eta balore gaietan.
	5. Amaituriko edo ezertarako baliorik ez duten objektuak botatzeko ezintasunam baliosentimentalik ez badute ere.
	6. Besteei lanak emateko ezintasuna, berak egingo lukeen bezala egiten ez badute.
	7. Dirua gehiegi eusteko joera dauka, bai berarekiko eta bai besteekiko ere; dirua etorkizuneko katastrofeetarako gorde behar den zerbait dela uste du,
	8. Malgutasun eza.

## EPIDEMIOLOGIA OROKORRA



**IDEIA NAGUSIAK LABURBILDUZ**

A MOTA

- **Nortasun nahaste paranoidea:** Gehiegizko mesfidantza patroia (“no puedes confiar en nadie”), suspikazia, murrizte afektiboa, autoerreferentzia.

* **Nortasun nahaste eskizoidea:** Nahita bideratutako auto-isolamendua eta erlazioekiko indiferentzia. Hoztasun edo inolako espresibitate emozionala. Ohikoak dira autoerreferentziako bizipenak, fobiak eta ekidite patologikoak (“Puedes llamar a la apuerta, pero no hay nadie en casa”).
* **Nortasun nahaste eskizotipikoa:** Itxura arraroa eta deigarria, hoztasun afektiboa eta pentsamendu “bitxia”. Ohikoa da ideazio paranoideak eta autoerreferentziazkoak izatea (“Soy excéntrico, diferente, raro”)

B MOTA

* **Nortasun nahaste antisoziala:** Gizarte arauak barneratzeko zailtasunak. Hoztasun afektiboa (beldurraren ausentzia), kanporakoitasuna eta inpultsibitatea. Frustrazioari intolerantzia eta desegokitzapena (“haré lo que quiera y cuando quiera”).
* **Nortasun nahaste limitea:** Heldutasun ezarekin erlazionaturiko sintomatologiaren agerpen etengabea eta abiadura handikoa. Erlazioekiko orokortutako inpultsibitatea eta egonkortasun eza (inestabilidad). Auto.irudiarekiko eta aldartearekiko ezegonkortasuna. ;ugakoena jokabide eta deigarritasunari dagokionez.
* **Nortasun nahaste histrionikoa:** Sobre-aktuazioa eta gehiegizko portaera (aparatosidad). Sedukzioa eta kanporakoitasuna. Azalkeria (superficialidad). Pertsonarteko erlazioetan mugak ezartzeko zailtasunak (intimitateari garrantzi gutxi). Labilitate emozionala. (“Hazme el centro de tus atenciones”).
* **Nortasun nahaste nartzisista:** Handitasuna, auto-garrantzia. Gehiehizko sentikortasuna. Enpatia urritasuna, lehiakortasuna, arretaren beharra eta erlazioen instrumentalizazioa (“Mis ordenes son tus deseos”).

C MOTA

* **Nortasun nahaste ekiditzailea:** Kritikari eta lotsari beldurra eta besteen onarpenaren beharra. Arazoei aurre egiteko eta interakzionatzeko errekurtsoen ausentzia. Ekidite estrategiak, autoestimu baxua eta isolamendu soziala (“Quiero gustarte, pero se que me odiarás”).
* **Nortasun nahaste dependientea:** Gatazkari eta bakartasunari beldurra. Onarpen ezari hipersentsibilitatea, menekotasuna (dependentzia + sumisioa). Autoestima nuloa (“Cuida de mi y protégeme”).
* **Nortasun nahaste obsesibo-konpultsiboa:** Perfekzionismo eta ordenerako joera. Zentzu gabeko jokabide errepikatuak. Aldaketi beldurra (“No se por qué, pero no quiero equivocarme”).

**8. ADIKZIOAK ETA JOKABIDE BULKADEKIN LOTURIKO NAHASTEAK**

## ADIKZIOAK

Adikzio nahasteak kontrol gabeko gertaera multzo errepikatu bezala ulertzen dira, non objektu, substantzi, pertsona edo egoera desiratuaren erabilera eta abusua ematen delarik, nahiz eta bere ondorio ezkorrak ezagutu. Adikzio objektua erabat eduki ezean, ezkortasuna edo haserrekortasuna sortzen da (dependentzia).

## ADIKZIOEN KOADRO OROKORRA, KONTZEPTU GARRANTZITSUAK

* Oso oso oso oso osogarrantzitsua da hauen arteko ezberdintasuna ezagutzea:
	+ Erabilpena (uso), ez da nahastetzat hartzen.
	+ Gehiegizko erabilpena (abuso) nahastetzat hartu daiteke.
	+ Dependentzia nahastetzat hartzen da.

ERABILPENA

Pertsonak substantzia edo beste izate baten ingesta edo erabilpena kontrolatzen duenean. Egite edo substantzia hori gabe egoteak ez dio pairamena eta ondoeza sortzen eta dosia kontrolatu dezake (gehiegizko kantitate batera ailegatu gabe).

Erabilpen hau izan daiteke: esperimentala, ludikoa edo ohikoa (kontrolpean pintxo-potera joan eta pare bat garagardo hartu ostegunero).

GEHIEGIZKO ERABILPENA (ABUSO)

Pertsonak substantzia edo izate horren dosia kontrolatu ezinagatik, haren ondorioak pairatzen hasten denean. Bizitza (ordutegia, sare-soziala, etab.) ingestaren arabera baldintzatzen hasten dira.

Honako gertaerak eman daitezke:

* Tolerantzia: geroz eta dosi handiagoa behar izatea ohikuntza prozesua dela eta.
* Substantzia edo izate horren aldeko nahi edo desio egonkorra.
* Denbora eta ohituren erabilpen kaskarra.
* Eginkizun osasungarrien abandonoa
* Narraiadura organikoak sortu ditzakeen kontsumo egonkor eta altua kantitateari dagokienez (Adb. pintxo-potean atera ostegunero eta sekulako mozkorraldiak harrapatzea).

DEPENDENTZIA

Berehalako batean edo pixkanaka-pixkanaka eman daitekeen substantzia edo izate batekiko lotura edo binkulazioa. Pertsonak ezin du substantzia hori gabe egon haren beharra pertzibitzen duelako. Bizitza osoa behar horren asetzearen inguruan antolatzen da. Substantzia edo izatearekiko kontrola galtzea inplikatzen du.

* Dependentzia fisikoa: abstinentzia sindromea substantzia ez hartzeak sortzen duen ondoeza fisikoen multzoa da (ahultasun sentsatzioa, herstura, takikardiak, pisua galtzea edo hartzea, etab.)
* Dependentzia psikologikoa: substantzia ez hartzeak pertsonari eragiten dion tristura edo ondoeza psikologikoa. Aldartearen berehalako aldaketak, kontzentratzeko ezintasuna eta orokorrean, substantzia hori gabe bizitzea merezi ez duelakoaren sentsazioa.
* Dependentzia soziala: substantzia emango dizuten pertsonekin loturak ezartzeko beharra.

GEHIEGIZKO ERABILPENA ETA DEPENDENTZIA, DSM-V

DSM-V-ak “substantziekin erlazionaturiko nahasteak eta nahaste aktiboak” multzoan batu ditu. Horretarako, ondorengo 11 sintomak aipatzen ditu:

1. Erabilpen arriskutsua
2. Kontsumoarekin erlazionaturiko arazo sozialak
3. Errolak betetzeko ezintasuna, kontsumoa dela eta
4. Abstinentzia sindromea
5. Tolerantzia
6. Denboraren inbertsio larria (hartzen, bilatzen..)
7. Uzteko saiakera usteak bizi izana
8. Kontsumoarekin erlazionaturiko arazo fisiko eta psikologikoak
9. Beste ekintzak egiteari uztea
10. Hartzea uste zuena baino denbora gehiago luzatzen da (kontrol falta)
11. Craving

Substantziekin erlazionaturiko nahasteak eta nahaste aktiboak DSM-V

**Larritasun maila:** Beti ere sintomak 12 hilabete baino gehiago luzatu behar dira.

* 2-3 sintoma, larritasun arina (DSM-IV-n gehiegizko erabilpena)
* 4-5 sintoma, larritasun ertaina
* 6 sintoma edo gehiago, larritasun sakona

## DSM-V-ak onartzen dituen adikzioak:

* Alkohola
* Kafeina
* Kannabis
* Aluzinogenoak
* Inhalatzen diren substantziak
* Opiazeoak
* Sedanteak
* Hipnotikoak eta ansiolitikoak
* Estimulanteak
* Tabakoa eta beste substantziak

Substantziekin EZ erlazionaturiko nahaste adiktiboak, DSM-V

DSM-ak onartzen duen patologia bakarra jolu patologikoa da “trastorno por juego de apuestas” izenarekin. DSM-ak bere historia osoan onartu duen lehenengo “substantzia gabeko adikzioa” izan da. Lehen, “jokabideen bulkadak kontrolatzeko zailtasuneko nahasteak” multzoan biltzen zuen. Internetekiko adikzioa DSM-V-an sartzeko zorian egon da hala eta guztiz ere.

## Joku Patologikoa

Ezaugarriak:

* Kezka obsesiboa
* Jokabidearen kontrol galera
* Abstinentziaren sintomak
* Gastatutako kantitatea geroz eta gehiago
* Galdutakoa berreskuratzen saiatzea
* Galeren gutxiespena
* Arazoa ezkutatzeko gezurrak
* Arazoa ezeztatzea edo txikiagotzea.
* Kontrolatzearen ilusioa (trebetasuna+zortea) “berriz ere jokatuko dut eta aurreko astean galdutakoa berreskuratuko dut”
* Atsegin eta eszitazio handia

## JOKABIDE BULKADEKIN LOTURIKO NAHASTEAK

Kontuan hartu behar da jokabide hori asetzeko beharraren frekuentzia, intentsitatea, inbertituriko denbora/dirua eta egunerokotasunaren oztopoa. Beste adikzioekin erabili dugun eskema jarraituko dugu (erabilpena, gehiegizko erabilpena, dependentzia).

Sintoma nagusiak:

* Jokabidea gauzatzeko desio sakona
* Jokabide horren kudeaketarekiko kontrol eza
* Beste eginkizunen (sozialak, familiarrak, etab.) arreta galtzea
* Arazoa ukatzea edo kontzientzia falta
* Erlazioak eta eginkizunak desiratutako jokabidearen inguruan antolatzea
* Suminkortasuna eta ezinegona, jokabidea gauzatu ezin bada

Substantzia gabeko adikzio eta jokabide bulkaden nahaste ohikoenak:

* Klepromania: lapurretak gauzatzeko adikzioa.
* Internetekiko adikzioa
* Trikotilomania: ilea kentzeko jokabide konpultsiboa.
* Piromania: gauzei sua emateko jokabide konpultsiboa.
* Vigorexia: ariketa fisikoa eta norbere gorputza “kultibatzeko” adikzioa.
* Workaholismoa: lan egiteko adikzioa.
* Nomofobia: telefono mobilaren adikzioa.
* Oniomania: erosketak egiteko adikzioa edo eroste konpultsiboa.
* Sare sozialekiko adikzioa
* Satirismoa edo ninfomania: sexuarekiko adikzioa.

Jokabide bulkadekin loturiko nahaste eta adikzio bat emateko kontrol eza + dependentzia eman behar da. Edozein nahaste eta nahaste adiktibo bat aldi berean diagnostikatzen denean **patoogia duala** dela esaten da.