

Anorexia

Mikel Haranburu Oiharbide
O.H.I. eta E.H.U.ko irakaslea

Anorexiaren definiziotik eta haren sintomatologia hirukoitzaren deskribapenetik abiatzen gara. Anorexia-moten sailkapena ematen da ondoren, larritasun-maila, adina eta sexua irizpideetan oinarrituta. Anorexiakoaren nortasunaren bereizgarriak eta anorexikoen familien ezaugarriak ere deskribatzen dira. Jarraian, anorexiaren eboluzioaren berri ematen da, bulimiarekin dituen harremanak argituz. Amaitzeko, anorexiaren tratamendu eta psikoterapiaren berri ematen da.

We begin by defining anorexia and its threefold symptomatology. We then categorise the different types of anorexia according to degree of severity, age and sex. The anorexic persons personality characteristics, as well as the traits of his or her family are also described. Following information on the evolution of anorexia, focusing on its relation to bulimia, and information on treatment and psychoterapy of anorexia is given.

1. Anorexia

Anorexiak apetitua galdua, guttitua edo ezabatua dagoela esan nahi du. Bulimiak edo hiperorexiak, jateko gehiegizko gogoia, gose aseezina adierazten du. Anorexiaren sintomak aztertzen hasita, hirukote batekin topo egiten dugu: anorexia-amenorrea-argaltzea (Lasègue).

a) Lehenik, elikadura guttitzea gertatzen da. Poliki-poliki gertatzen da. Hasieran, gosea nabaritzeak irauten du. Gosearen kontrako borroka honetan, gehiago ezin dutenean, asebetetze basatiak gertatzen dira: harrapatzen duten guztia irensten dute. Gosearen kontrako borrokaren porrota dago hor. Porrot hori lotsagarri eta ezin eramanezko gertatzen zaie. Eragindako oka egiteak eta libragarrietara jotzea gertatzen da orduan. Gose-sentimendua erotizatzerara heltzen dira. Itzaltzera ere hel daitezke. Behar dituen kaloriak 2.000 kaloria inguru badira, 300 kaloria inguru baino ez dira hartzen. Azala hozten zaie, tentsioa jaisten, bihotz-taupadak makaltzen, ahulezia edo nekea sentitzen dute eta anemia eta osteoporosia ere ager dakizkioke.

b) Bigarrenik, argaltzeko nahi nabarmena dute, azpian gizentzeko obsesioarekin. Pisua etengabe kontrolatzen dute: libragarriak eta diuretikoak erabiltzen dituzte. Argaltzea, poliki-poliki gertatzen da. Oinarrian, gorputz-irudiaren hautemate okerra dago. Desnutrizioa gogorra denean, gosea bera desagertu daiteke.

c) Hirugarrenik, amenorrea (hilekoaren galera) gertatzen da; argaltzea baino lehen ager daiteke, eta elikadura normalizatuta gero ere, luze iraun dezake. Emakumeek beharrezkoa dute gorputzean gantzen proportzio jakin bat gordetzea, hilekoa agertuko bada. Gantzen proportzio hori jaistean, hilekoa desagertu egiten da.

2. Anorexikoaren bereizgarriak

Diagnostikoa egiterakoan, beharrezkoa da testuinguru psikologikoa aztertzea.

a) Janariari buruzko jarrera nahastua agertzen dute: ez jateko aitzakia bezala, apetiturik ez dutela esaten dute. Jan nahi ezarekin batera, gehiegizko jateak ere tartekatzen dira, harrapatzen duten guztia janez, eta gero oka eginez, edo libratzaileetara joz. Libratzaileetara jotzea: digestio-hodia hutsik edukitzeko eta neurrizgaineko janari-irenstea ezabatzeko egiten dute. Jokaera bulimiko horrek, gehiegi jateak, garbi uzten du elikadura guttitzea borondatezkoa dela.

b) Anorexiko askok modu distorsionatuan hautematen dute beren gorputz-irudia. Guztiz argaldurik egonik ere, gizen ikusten dute beren burua. Gorputz-irudia eta gorputzaren premiak ez dituzte ongi hautematen: loditzeko beldur iraunkorraren menpean bizi dira. Horregatik, etengabe pisatzen edo neurtzen dira, edo eskua sabel gainean dutela jaten dute. Gaixotasuna ezagutzeko gaitasunik ez dute. Beren egoerarekiko indiferentzia agertzen dute: larritasunik ez zaie nabari beren argaltzearen aurrean; guztiahalduntasunaren sentimendua agertzen dute. Batzuetan, anorexikoek zuzen hautematen dute beren gorputza, baina sentimendu

desegokiak dituzte hautemate horiekiko. Arazoa ez dago orduan hautemate okerrean, gizentzeko beldur irrazionalean baizik.

c) Afektibitate blokeatua eta gizarterako sasimoldaera agertzen dute. Benetako inplikazio afektibo guztiei beldurra eta izua diete. Azaleko harremanak dituzte. Harremanetarako gose aseezina. Hasieran harreman ugari dituzte, baina gero eta urriago. Harremanak baldin badituzte ere, isolatuak sentitzen dira, besteengandik desberdinak. Sexualitate genitalari beldurra diote. Harreman sexualak atseginik gabe bizi dituzte. Beren baitan ixten dira, blokeo afektiboaren-gatik, eta besteekiko distantzia egokirik aurkitu ezinez. Gizartera moldatzeari dagokionez, azaleko sasimoldaera agertzen dute.

d) Ezintasun eta hutsune sentimendua: guztiahalduntasunak lurra jotzean, beren buruarengan konfiantza galtzen dute. Zalantza-sentimenduak agertzen dira. Arrakastarik ez lortzeko beldurra. Anorexiaren logika konpulsio bulimikoak esplikatzen du, kolpetik dena irentsi beharrean gertatzeak. Anorexian, irudimenezkoa izan beharko zukeena, fisiologiko dena biltzen da. Desira, irudimenaren mailakoa, premiara biltzen da, fisiologikoaren mailara. Jarduera fantasmaticoaren elaboraziorik ez dago, gorputz-errealitatearen gain ekiten baitute zuzenki. Prozesu normala premiatik desirara iragatea bada, hemen alderantzizko prozesua gertatzen da: desiratik premiara. Hortik, bulimikoaren deskarga efektiboaren premia larria.

e) Nortasun zurrun samarra agertzen dute, besteekiko menpekotasuna, besteei atsegin gertatzeko gehiegizko desira, arauetik lotura gehiegizkoa, egoera berriei beldurra.

3. Anorexia-motak

a) Gaixotasunaren larritasunari dagokionez, forma arinak eta forma larriak ditu.

Forma arinak: pisuarekiko problema psikologikoak dituztenak, pubertaroko neskatilen % 5 badira, guttienez. Janariari buruzko jokaera nahasia eta kezka garrantzitsuak sarritan gertatzen dira nerabezaroan. Jateari buruzko jarreraren testetan problemak agertzen dituzten askok eboluzio ona dute terapia erraz batez.

Forma larriak: erabakia daukate ez jatea, nahiz eta horrek heriotzara eraman. Kordea galtzean, edo koman sartzean, ospitaleratuak dira. Heriotza-arriskua larria izanik, sendagileen esku geratu behar dute.

b) Adinari dagokionez, forma hauek bereizten dira:

b.1. Nerabezaroko forma tipikoa: 12-20 urte bitartekoa. Maiztasun handiena 14 eta 18 urte bitartean gertatzen da, familiarekiko menpetasuna handiena den garaietan. Zergatik nerabezaroan? Norberaren aurretiko irudia galtzen da. Gurasoen irudi idealizatua galdu egiten da. Zikiramenduari aurre egin behar zaio. Antolamendu edipikoa dela eta, zikiramendua ezin onartu izaten da. Bere kanpoko itxura afektuz kargatzen da, perfekzio eta guztiahalduntasunezko irudi bezala.

b.2. Titia kentzearen anorexia: lehen urteko bigarren sei hilabeteko anorexia mentala, anorexia simple ere deitua. Titia kentzean, janari-mota dibertsifikatura pasatzean gertatzen da. Gustukoa ez duen zapora bat, gehiegizko kopurua, ordutegia desegokia gerta liteke; edozein dela arrazoia, janaria baztertzen hasten dira. Gurasoek zuzenki erasotzen diote jarrerari. Hilabetetan eta urtetan luza daitekeen erreakzio zirkular bat sortzen da.

Taktika aldatu eta utzi egin behar zaio derrigorrean jana sartzeari. Amaren larritasuna lehen planoan agertzen da. Amak behar du laguntza. Gehienetan saio batzuk nahikoa izaten dira jokaera anorexikoa izkutarazteko.

b.3. Zaharregan ez dira arraroak jokaera anorexikoak. Isolaturik, identitatea galdurik, miseria fisiko askorekin gertatzen dira; etorkizun iluna ikustean, bukatu egin nahi lukete.

b.4. Emakume heldu ezkonduengan, talka afektibo edo existentzial baten ondorioz gerta liteke anorexia.

c) Sexuari dagokionez, anorexia-kasuen % 10 inguru bakarrik gertatzen dira mutilengan. Gertatzen direnak forma larriak izaten dira. Anorexia femeninoak neurotikoak izaten dira, mutilenek ezagugarri psikotiko gehiago dituzten bitartean.

Neskengan zergatik gertatzen diren gehiago aztertzen hasita, faktore hauek azpimarra litezke: Eragin soziokulturala, gizartean emakume argalaren ideala bultzatzen baita. Emakumearen problematika narzisikoa gorputzaren itxuraren mailan planteatzen da; gizonarena beste maila batzuetan.

4. Anorexikoen familiaren ezaugarriak

Terapiako lehen elkarrizketan familiak normala eman ohi du. Problemarik gabe. Nekatila anorexikoa haur eredugarria agertzen da. Sarritan ikasle onak izanak dira anorexikoak.

Anorexikoak familiarekiko menpetasun gehiegi agertzen du. Gurasoekiko harreman estuegia du. Bere eskubide propioak dituen gizabanako bezala ez dakus bere burua. Bere sentimenduak ez ditu bat-batean agertzen, sentimendu negatiboak batez ere. Ez da harrigarria senitarteko hurbilen batek nahaste maniako-depresiboak izatea. Familia hauek bere baitan itxiak dira, baina haustura gabeko itxura, irudi perfektua, agertzen dute. Adierazkortasuna eta sentimenduak adierazteko egiazkortasuna falta zaie. Agresibitate, haserretik, sexualitate ez dute agertzen.

Amaren ama ere familiarik oso hurbil egon ohi da. Aztertzeak da anorexikoaren amak bere amarekin duen harremana: goxotasunik gabeko ama, eragozlea, gogorra. Amarekin identifikatu ezinik, ezin dute beren burua ama on bezala hauteman. Ondorenez, haurra baztertzen dute, eta erruduntasuna ageri da. Ama hauek eten-gabe frogatu beharrean daude beren haurrarekiko harreman ona, asegabatasun txikiaren berehala erantzunez. Elikadurak toki aparta hartzen du. Elikatze

automatizatua, atseginik gabea, gehiegizko janariaren bidez maitasun-eskaera ase nahirik. Haurrak berehala hautematen du amaren larritasuna eta haren exigentziak asebate beharrean gertatzen da.

Bikote-bizitzan, asegabeak, beren nahietan frustratuak agertzen dira amak. Haurraren eginkizuna amaren narzisismoari irteera bat ematea da. Desira autonomorik ez du izango.

Aita absente dago. Ez du existitzen. Aurrean dagoenean ere, aldendua aurkitzen da. Famili giroan, oso menperatua agertzen da. Gurasoetako baten itxura edo lorkuntzari garrantzi gehiegi ematen zaio. Faktore genetikoek ere badute garrantzia: biki monozigotikoen % 40 inguru bat datoz anorexiari dagokionez. Anorexia gehiagotan gertatzen da familiako senide zaharrenarengan edo gazteenarengan.

Anorexikoen familietan gehiagotan agertzen dira pisuaren eta elikaduraren nahasteak; nahaste afektiboak ere bai. Paziente anorexikoen familiako harremanak estuegiak dira, pertsonarteko inplikazio gehiegirekin. Gainera, esan dugun bezala, gurasoen arteko harremanak txiroak dira.

5. Gaixotasunaren eboluzioa

Hiru fase ebolutibo klasiko bereizten dira: 1. Gosearen kontrako borrokaren fasea. 2. Optimismo menperagaitzaren fasea, pisu galtzearen ondorioz. 3. Pisua irabazten hastea, edo kakexian finkatzea. Gerta liteke sendatzea eta nortasuna berrantolatzea. Gerta liteke heriotzarantz egitea. Bat-bateko sendatzeak arraroak dira.

Ospitaleko eboluzioa: Heriotzak: % 5 inguru. Erabat sendatzea: heren bat, gutxi gorabehera. Erdizka sendatu: heren bat, gutxi gorabehera. Desnutrizio kronikoan gelditu: % 40 inguru.

Erdizka sendatuz gero nortasun txiroa, zurruna, afektuen txirotzea, joera depresiboak, kezka hipokondriakoak, komunikatzeko zailtasunak gertatzen dira. Eboluziorako ez da egokia gurasoek ezaugarri depresiboak edo obsesiboak edukitzea.

6. Anorexia eta bulimiaren arteko zerikusia

Anorexia mentalaren momentu batean edo bestean, jokaera bulimikoak agertzen dira: irenste menperaezina, norberak oka eragitea, diuretiko edo libragarrietara jotzea, kleptomani, larritasun nabaria, sentimendu depresiboak.

Jokaera anorexikoa jokaera bulimikoaren aurretik joaten da sistematikoki. Inoiz anorexiko izan ez badira ere, jokaera bulimikoaren hasieran pisu-galtze arin bat egon ohi da. Anorexikoaren defentsa-mekanismoen porrota adierazten du sarritan jokaera bulimikoak.

7. Tratamendua

1970 urtearen aurretik, tratamendu indibiduala ematen zitzaion anorexikoari. Gurasoengandik bereizi egiten zen gaixoa. Gerora, ordea, familiaren terapiari garrantzia ematen hasi ziren, familia sistemaren disfuntzio baten agerpen gisa interpretatzen baitzen anorexia. Anorexia ez zen hartuko aurrerantzean gogamenaren nahaste indibidual bezala.

Anorexikoaren familiako egituran txertatua egongo litzateke nahastea: zurruntasuna, gehiegizko babesa, gatazkak konpontzeko prozedurarik eza, pertsonarteko gehiegizko inplikazioko harremanak. Terapiak familiako elkarreraginaren patroio horiek aldatzera jo behar du, horiek baitira familiako kideen garapena behaztopatzen dutenak.

Tratamendua hasteko zailtasunik handiena anorexikoek beren gaixotasunaren kontzientziarik ez izatea da. Kasu larria ez denean, sendagileak gaixotasunari bere kabuz aurre egiteko aukera eman diezaioke gaixoari. Jarraipen-ikustaldi batzuk zehazten dira. Eskuhartze terapeutiko konduktual edo kognitibo bat beharrezko gerta liteke. Kasu larrietan, ospitaleratzearekin hasten da tratamendua. Ospitaleratzea sarritan beranduegi gertatzen da, gaixoak berak ukatu egiten baitu, bai gaixotasunaren alde fisikoa, bai alde psikikoa.

Forma oso larria denean, gaixoa bere baitan bildurik eta itxita dago. Nahasmendu somatikoak tratatu behar dira lehenik, gaixoa elikatuz (sonda nasogastrikoz, sueroz, kimioterapiaz). Tratamendurako, familiarik bereizi egiten da gaixoa. Elikadura eta otorduei buruzko inguruarekiko erreakzio gatazkatsuak eten eta desbaldintzatzea beharrezkoa da. Erizainek ez dute gurasoek zuten jarrerarik bereganatu behar. Familiar ez jatea indartzen zen bezala, ospitalean jatea indartu behar da. Hitzarmen bat negoziatu behar da anorexikoarekin, elkarrizketa-giro egokian.

Maila psikologikoan, harremanak sortu behar dira, laguntza-eskaerari erantzunez. Pisu irabazi ahala, familiarekin harremanetan jar liteke: eskutitzez, telefonoz, bisitaz, irteeraz. Beharrezko da hitzarmenean zehaztea lortu beharreko pisu optimoa kontrol gabeziaren beldurra uxatzeko.

8. Psikoterapia

Batzuek familiaren psikoterapia aholkatzen dute. Familia osoarena. Ospitaleratzeak familiako elkarreraginaren sorgin-gurpilak hausten ditu, baina krisia sor dezake familian. Bereizkuntzaren estresari aurre egin behar diote familian. Gainera, familiaren funtzionamendua zalantzan jartzea mehatxu bezala har lezake hark. Talde terapeutikoak gurasoekin komunikatzen saiatu behar du.

Konkretuki, haur txikiaren anorexiaren kasuan, haurraren eta amaren arteko harremana aldatu behar da. Ama tratatu behar da, haurra sendatzeko. Nerabea, familiarik askatu egin behar da, inguruaren eragin gatazkatsutik aske tratatzeko. Nolanahi, garrantzitsua da gaixoa tratatzea. Ospitalean bertan has liteke tratamendua eta gero kanpoan jarraitu.

Terapian eraman litekeen eboluzio egokia ondokoa da: 1. Sintomatologia desagertaraztea eta familiarekin komunikazio-bide bat irekitzea: aholkularitza eta orientazioa. 2. Familia terapia. 3. Bikotearen terapia. 4. Terapia indibiduala, gurasoentzat.

Edozein tratamendurekin ere, nork bere buruaren baieztapena, gizarte-harremanetarako trebetasunak eta sentimenduak adierazteko gaitasuna lortu behar ditu.

Bibliografia

- Ajuriaguerra, J. eta Marcelli, D., (1982): *Psychopathologie de l'enfant*. Masson, Paris.
- Alexander, F., (1977): *La médecine psychosomatique*, Petite Bibliothèque Payot, Paris.
- Beker, E., (1996): *Anorexia y bulimia, y otros trastornos de la conducta alimentaria: prácticas interdisciplinarias*, Atuel, Buenos Aires.
- Brusset, B., (1977): *L'assiette et le miroir. L'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent*. Privat, Toulouse.
- Crispo, R., (1996): *Anorexia y bulimia, lo que hay que saber: un mapa para recorrer un territorio trastornado*, Gedisa, Bartzelona.
- Dolto, F., (1971): *Psychanalyse et Pédiatrie*. du Seuil, Paris.
- , (1984): *L'image inconsciente du corps*. du Seuil, Paris.
- Freud, A., (1980): *El psicoanálisis y la crianza del niño*. Paidós, Bartzelona.
- Grinberg, L., (1983): *Culpa y depresión. Estudio psicoanalítico*. Alianza Universidad, Madril.
- Grotstein, J. S., (1983): *Identificación proyectiva y escisión*. Gedisa, Mexiko.
- Gutton, P., (1983): *Le bébé du Psychanalyste. Perspectives cliniques*, Paidós/Le centurion, Paris.
- Kemper, W., (1980): *La enuresis*, Herder, Bartzelona.
- Klein, M., (1975): *La psychanalyse des enfants*. P.U.F. Vendôme (Frantzia).
- Kreisler, L., Fain, M., Soule, M., (1981): *L'enfant et son corps*. P.U.F., Paris.
- Kreisler, L., (1985): *La desorganización psicósomática en el niño*. Ed. Herder, Bartzelona.
- Lapierre, A., Aucouturier, B., (1980): *El cuerpo y el inconsciente en Educación y Terapia*, Científico-Médica, Bartzelona.
- Lebovici, S., (1983): *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Les interactions précoces*, Paidós/Le centurion, Paris.
- Mairesse, A.M., (1980): *El niño y la succión del dedo*. Herder, Bartzelona.
- Mijolla, A.; Shentoub, S. A., (1973): *Pour une psychanalyse de l'alcoolisme*. Petite Bibliothèque Payot, Paris.
- Raich, R-M., (1994): *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*, Pirámide, Madril.
- Sami-Ali, (1970): *De la projection*, Petite Bibliothèque Payot, Paris.
- Schütze, G., (1983): *Anorexia mental*. Herder, Bartzelona.
- Stäker, K. H., (1977): *Psicología del fumar*. Herder, Bartzelona.
- Tannenhaus, N., (1995): *Anorexia y bulimia*. Plaza & Janés, Bartzelona.
- Toro, J. (1996): *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*, Ariel, Bartzelona.
- Turón, G., Vicente, J., (1997): *Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*, Masson, Bartzelona.
- Vandereycken, W., Castro, J. eta Vanderlinden, J., (1991): *Anorexia y bulimia*. Martínez Roca, Bartzelona
- Venisse, J. L., (1983): *L'anorexie mentale*, P.U.F., Paris.