

Dismorfofobiaren tratamendu psikologikoa: kasu klinikoa

Karmele Salaberri Irizar
EHUko irakaslea

Jon Belaunzaran Mendizabal
Lankidetzak bekaaduna

Dismorfofobia kasu batean egindako ebaluazioa eta tratamendua deskribatzen dira artikulu honetan. Pazientea 23 urteko neska bat da, eta azken sei hilabeteetan jardura sozial gehienak saihestu ditu bere hortzak beltz daudelakoan. Tratamenduak 6 saio iraun ditu, eta bertan aurrejartzea, herstura bideratzea eta asertibitatea landu dira. Bai tratamenduaren ondoren, bai hori bukatu eta hilabete eta erdira egindako jarraipenean, pazienteak hobekuntza nabaria erakutsi du herstura-, beldur- eta egokitzapen-mailan. Kasu honek klinikari eta ikerlariei egin diezazkiekeen ekarpenak azaltzen dira artikuluan.

The assessment and treatment of a dysmorphophobia case with exposure, anxiety management and social skills training is described in this paper. The patient, a 23 year-old woman, was suffering the avoidance of social situations, because the patient was sure that she had black teeth. The treatment was developed in six sessions with exposure, anxiety management and assertive strategies. After treatment and the month follow-up the patient had improved in anxiety, fear and global adjustment. The implications of this case for clinical research and practice are commented.

1. Sarrera

Beti egon dira, gutxiago edo gehiago, konplexuak dituzten pertsonak. Era askotakoak izan daitezke konplexuak, hala nola aknea izatea, betaurrekoak erabiltzea, hortz deformatuak edo belarri handiak izatea etab. Kezka horiek guztiak, puntu bateraino, ohikoak edo normalak direla esan daiteke, eta nerabezaroan indar handia hartzen dute. Baina, beste pertsona batzuei, denborarekin, gorputzeko akatsei eta itxura fisikoari buruzko kezkek gutxitu beharrean, mantendu edo gehitu egiten zaizkie. Horrek guztiak izugarritzko ondoeza sortzeaz gain, eguneroko bizitza aurrera eramatea galarazten die. Orduan hitz egin daiteke, zehazki, gorputz-nahaste dismorfikoari buruz.

Dena den, dismorfofobia, gorputz-irudiari buruzko kezka gisa ulertuta, kuadro kliniko ezberdinetako sintoma izan daiteke; hala nola, eskizofrenian, anorexia nerbioan, gizentasunean, bulimian, fobia sozialean, nahasketa obsesibo-kompulsiiboan, depresioan eta abarretan ager daiteke (Birtchnell, 1988; Neziroglu eta Yaryura-Tobias, 1997). Dena den, bere horretan ere nahasketa izan daiteke. Artikulu honetan nahasteaz arituko gara.

*DSM-IV*ren arabera (American Psychiatric Association, 1994), existitzen ez den edo oso urria den gorputzeko akats bati buruzko gehiegizko kezka gisa definitzen da gorputz nahaste dismorfikoa. Kezka hori neurritz gainekoa da, ondoeza sortzen du eta subjektuaren eguneroko bizitzan eragiten du, pertsonen arteko harremanak oztopatzen baititu (Peruggi, Giannotti, Frare, Di Vaio, Valori, Maggi, Cassano eta Akiskal, 1997; Rosen, Cado, Silberg, Srebnik eta Wendt, 1990).

Nahasketa hau duten pertsonak beldur dira, besteak bere ustezko defektu horretaz ohartuko direla pentsatzen baitute; erruduntasun-sentimenduak eta lotsa sentitzen dituzte. Modu errepikakor, gainbaloratu edo eldarniotsuan kezkatzen dira, eta egoera sozialak saihesten dituzte eta gorputzarekiko aurrejartzea ekiditen dute. Ohikoa izaten da erritualak burutzea, eta etengabe eskatzen dituzte mediku-tratamendu eta kosmetikoak (Neziroglu eta Yaryura-Tobias, 1997; Rosen, 1995).

Aurpegiko akatsak, egitura fisikoa eta gorputzeko usainak izaten dira kezka ohikoenak (Phillips, McElroy, Kock, Pope eta Hudson, 1993). Batzuk sexuari loturikoak dira bereziki; hala nola, emakumeen kasuan, bularren forma edo tamaina eta gizonetzkoenean, zakilaren tamainarekiko kezka. Itxura fisikoari buruzko kezka, gorputzeko *zati jakin* baten ingurukoa izan daiteke (sudurra, hortzak...) hala *alderdi orokorrago* bati buruzkoa (itsusi, deforme edo itxura arrarokoa sentitzea) (Wilhem, Otto, Lohr eta Deckserbach, 1999). *DSM-IV*ren arabera (APA, 1994), gorputzeko atal bati buruzko kezka beti berdina izan daiteke, edo denboran zehar alda daiteke.

Beste kuadro klinikoetan bezala, sintomak hiru mailatako erantzunetan agertzen dira: maila psikofisiologikoan, kognitiboan eta jokabidean. Erantzun horiek "akatsa" ikus edo komenta daitezkeen egoeretan agertzen dira (Rosen, 1995). Sintoma nagusienak 1. taulan ikus daitezke.

Erantzuna	Sintomak
Maila psikofisiologikoa	Nerbio Sistema Autonomoaren erantzunak (izerdia, dardara, arnasketa-arazoak etab.).
Maila kognitiboa	Kezkak (akatsari buruzkoak, besteen balorazioari buruzkoak...), gorputz-irudiari buruzko hautemate distortsioak, gorputzari buruzko autoberbalizazio negatiboak, uste irrazionalak (akatsaren ondorioz besteek ez naute maiteko...) eta besteekiko alderatzea.
Jokabide-maila	Ekidite- eta ezkutitze-jokabideak, ziurtatze- eta lasaitze-erritualak.

1. taula. Dismorfofobiaren sintoma nagusiak

Zaila izaten da erantzun kognitiboen kategorizazioa egitea, batez ere pazienteek aurkezten dituzten kezkena. Dena den, maila batzuk ezberdinu dira (ikus 2. taula):

Kezka-maila	Ezaugarriak
Kezka patologikoak	Pazienteek, pentsamenduen gehiegizko iraupenez, Maiztasuna eta intentsitateaz ohartu arren, ezin diote kezkatzeari utzi.
Idea gainbaloratuak	Kezka bizitzaren ardatza da eta karga emozional handia ondorioztatzen dio pazienteari.
Idea eldarniotsuak	Akatsaren existentzia errealaz ziur dauden paziente dismorfofobikoen kasua esaterako. Dismorfofobia eldarniotsuaren edo nahasketa eldarniotsu somatikoaren kasuak (Phillips eta McElroy, 1993).

2. taula. Kezken ezaugarriak.

Dismorfofobia eldarniotsuaren eta ez-eldarniotsuaren artean ez dago ezberdintasun kualitatibo handiegirik patologia asoziatuari eta tratamenduaren erantzunari dagokienez, behintzat. Patologiaren larritasun-mailak ezberdintzen ditu, dismorfofobia eldarniotsua larriagoa izan ohi da eta (Gómez-Pérez, Marks eta Gutiérrez-Fisac, 1994).

Tratamendu psikologikoaren ikuspuntutik, motibazioa oso garrantzitsua izan ohi da tratamendua aurrera eramateko. Itxura fisikoaren aldaketarako motibatuak egon ohi dira pazienteak (tratamendu kirurgikoak, dermatologikoak...), euren akatsa ezabatzeko bidetzat hartzen baitute. Baina, arazoa ez da egoten kanpoko itxuran, gorputzaren bizipen subjektiboan baizik. Aitzitik, pazienteak tratamendu psikologikoa jarraitzeko uzkur izaten dira, irtenbide gisa kanpoko itxura aldatzea ikusten baitute soilik.

Helburu terapeutiko nagusiak honako hauek dira: gorputzari buruzko autoberbalizazio negatiboen aldaketa, itxura fisikoaren inguruko uste irrazionalen aldaketa eta jokabide erritualak eta ekiditeko ahaleginak desagertzea edo murriztea. Azkenik, eguneroko bizitza oztopatzen duten ohiturak aldatzea, norberaren itxura onartzea eta egoerari aurre egitea da bilatzen dena (ispiluan begiratzea, besteekin harremanak izatea etab.) (Rosen, 1997). Dismorfofobian erabilitako gorputz-irudiaren terapia hau, elikadura-nahasteetan lagungarri eta tratamenduaren osagarri gisa erabil daiteke (Rosen, Reiter eta Orosan, 1995; Vandereycken, Probst eta Van Bellinghen, 1992).

Erabiltzen diren terapia-teknikak, fobian eta nahasketa obsesibo-kompulsiboan gauzatzen den tratamendu kognitibo-konduktualaren oso antzekoak dira (Rosen, 1997; Raich, Mora, Marroquin, Pulido eta Soler, 1997). Banakakoa edota taldeakakoa izan daiteke tratamendua. Bi edo hiru hilabetez luzatzen da, 6tik 12 saiora egin daitezke. Saioen maiztasuna aldakorra da eta iraupena 60-90 minutu bitartekoa. Saio bakoitzean etxeko lanak eta autolaguntzarako materiala (gidaliburuak edo kasetak) ematen dira.

Tratamendu kognitibo-konduktualaren osagaiak honako hauek dira (Raich, Mora, Marroquin, Pulido eta Soler, 1997; Rosen, 1997):

• **Informazioa**

Nahasketaren nondik norakoak agertzen zaizkio pazienteari, eta itxura fisikoa-ren eta gorputz irudiaren (azken hori, konstrukto psikologikoa) arteko ezberdintasuna. Ondorioz, itxuraren aldaketak ez du gorputz-irudiaren aldaketa ekarri beharrik. Bestalde, pertsona ezberdinek pazientearen itxura fisikoa ezberdin hautematen dute, edertasunarekin gertatzen den bezala. Ildo horretatik, pazientearekin bere gorputz-irudiaren garapenaren historia (hautemate-osagaiak, osagai kognitibo-emozionalak eta jokabide-osagaiak) egiten da. Denboran zehar, norberaren gertaeren eta eragin sozialaren arabera, nola joan den aldatzen gorputz-irudia aztertzen da. Gorputz-irudiaren hiru osagaiak estuki erlazionatuta daude. Pentsamendu negatiboek gorputzarekiko emozioetan eta sentimenduetan eragiten dute, eta, jakina, hautematean eta gorputzarekiko jokabidean. Modu berean, ekiditeek eta erritualek, gorputz-irudiarekin ohitzea eta garapen normala oztotatzeaz gain, eragin zuzena dute nahasketan, bere horretan jarraitzeko eta larritzeko.

• **Aurrejartzea erantzunaren prebentzioarekin**

Egoera estugarriei, era hierarkikoan, aurre egitea dakar aurrejartzeak. Lehenik, etxean, eta, ondoren, leku publikoetan; baina, beti ekidite- eta ezkutatze-jokabideak baztertuta. Honako hau da helburua: pazientea bere gorputzaren zatiak hautemateko gai izatea ondoez esanguratsurik sentitu gabe eta hizkuntza negatiboa erabili gabe (Rosen, 1997). Erantzunaren prebentzioa (janzteko denbora mugatu bat ematea, aurpegia makilatu gabe uztea...) ziurtatze-jokabideak eta gorputzari buruzko etengabeko azterketa ekiditeko erabiltzen da, eta horrela pazienteak bizi duen herstura baretzea lortzen da.

Tratamenduaren osagarri gisa, gaitasun sozialen entrenamendua, lasaitzea eta arnasketa erabiltzen dira. Oso lagungarri izaten dira, aurrejartzean negar egiten duten pazienteengan eta autoberbalizazio negatiboak dituztenengan (McKay, Neziroglu eta Yaryura eta Tobias, 1997).

• **Teknika kognitiboak**

Beck eta Ellisen tekniketari oinarritutako berregituraketa kognitiboa erabili ohi da. Teknika honen faseak ondokoak dira:

1. Hezkuntza eta informazioa. Pazienteari eredu kognitibo-konduktuala agertzen zaio, hots pentsamenduen, emozioen eta jokabideen arteko harremana.

2. Pentsamenduen identifikazioa eta erregistroa, bai eta horiek emozioekin eta jokabideekin dituzten loturak ere.
3. Pentsamenduei buruzko eztabaida eta zalantzan jartzea, errealitateko datuetan oinarriturik.
4. Pentsamendu ez-egokitzailen ordezkatzeari; pentsamendu egokiagoak eta ondoez txikiagoa eragiten dutenak hartzen dira.

Pazienteak bere burua onartzea eta gustura sentitzea da pentsamenduekin eginiko lanaren helburua. Pazienteari pentsamenduak erregistratzeko eskatzen zaio, batez ere aurrejartzean, eta ekiditean edo erritualak egitean agertzen direnak. Horrez gainera, gorputzarekiko dituzten jarrerak ere idazteko eskatzen zaie. Horiek guztiak, ondoren, saio terapeutikoetan zehar eztabaidatzen dira. Dis-morfofobian, honako hauek dira distorsio kognitibo ohikoenak (ikus 3. taula):

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Itxura fisikoari buruzko uste eta pentsamenduak. • Perfektuak izan beharra eta besteen onarpenaren beharra. • Gorputzari buruzko komentario negatiboak, besteekin etengabe konparatuz. • Itxurari buruzko hautemate distorsionatua. |
|--|

3. taula. Distorsio kognitibo nagusiak.

Teknika kognitiboen osagarri gisa, autoagindu positiboak eta *rol playing arrazionala* (Newell eta Shrubbs, 1994) erabili izan dira. Teknika horretan, pazienteek eta terapeutak paperak trukatzeko dituzte. Horrela, terapeutak pazientearen ustezko anormaltasunak defendatzean, honek aurkako argumentuak pentsatu behar ditu pazienteak, datu objektiboetan oinarrituz, eta ez iritzi soiletan edo gorputzarekiko sententzioetan. Pazienteak argumentu horiek barneratzea da helburua, ondoren, objektiboak eta neutralagoak diren autoagindu gisa erabil ditzan.

Azaldutako tekniken eraginkortasuna ikertu duten lanetan, emaitza positiboak agertzen dira. Tratamenduko pazienteen %60-70ek hobekuntza nabariak agertzen ditu (Salaberría, Borda, Amor eta Echeburúa, 2000). Teknika horietariko batzuk aplikatuz tratamenduko kasu kliniko baten ebaluazioa eta tratamendua azalduko dira ondoko lerroetan.

2. Metodoa

2.1. Subjektua

Pazientea, Ane, 23 urteko emakume bat dugu. Ane ezkongabea da, baina, bikote-harremanak dituela dio. Lau neba-arreba ditu (bi gizonezko eta bi emakumezko) eta bera da gazteena. Gaur egun, gurasoekin eta neba nagusienarekin bizi da.

Ikasketei dagokienez, 8. OHora arte eta LH Administratiboko lehenengo urtea gaituzte lortu zuen. Ondoren, utzi egin zituen ikasketak, umezaintza eta eskolaurreko hezkuntzarako ikastaro bat egiteko. 16-17 urtetik umezain ari da lanean.

Bere maila sozio-ekonomikoa ertaina da; eta osasunari buruz galdetzean, ona dela eta ez duela arazo berezirik gaineratzen du.

Aurrekari familiarrei dagokienez, aitak bihotz-eritasuna dauka, eta haren izaera zakarra azpimarratzen du pazienteak. Amak, berriz, betidanik izan du nahiko arazo alkoholarekin. Horrez gainera, baliteke agorafobia izatea, ez baita gai etxetik bakarrik irteteko.

Anek, gaur egun, ondoko sintomak ditu:

- *Arlo fisiologikoan* dardara, beroaldiak, itolarria eta zorabio-sentsazioa izateaz kekatzen da nagusiki. Egoera sozialetan egon behar duela jakiteak, lotsaz gorriarazi, bihotz-taupadak, izerdia, itotze-sentsazioa eta dardarak eragiten dizkio
- *Sintoma kognitiboen* artean, berriz, jendearen aurrean lotsa, behatua sentitzeko beldurra eta zoratzeko edo kontrola galtzeko beldurra agertzen ditu.
- *Jokabide ageriaren arloan* ekiditea da nagusi. Ekidin egiten du jendaurrean hitz egitea, festetara irtetea, jendearekin jatea, autoritatezko pertsonekin hitz egitea, elkarrizketak hasi eta jarraitzea eta abar. Beraz, gero eta gutxiago irteten da jendearekin. Ez daki zertaz hitz egin, eta asertibitate-maila baxua dauka. Bere hitz egiteko moduak kezkaten du, edozein galderari, txikiena dela ere, erantzuteko gai ez izateak, eta, hitz egiten ari denean, jendeak eskua ahora eramateak asko aztoratzen dute.

Egoera sozialetan agertzen dira sintoma horiek; zergatiari buruz galdetzean, bere arazoa hortzak direla dio; hortz beltzak dituela, eta beldurra ematen diola besteek berataz zer pentsatuko duten. Besteak bere hortz beltzei etengabe begira ari direla pentsatzen du.

Objektiboki ikusita, hortzak ez ziren perfektuak, baina ez zuten atentziorik deitzen, ez euren formagatik, ezta koloreagatik ere. Arazo horrek bere bizitzan eragin nabarmena duela pentsatzen du. Orain dela 6 hilabete, bere lagun bat zimurrez eta hortzez, orokorrean, mintzatu zen, eta orduan hasi zen kezkaten eta irrifar egiteari beldur izaten. Beti izan dela lotsatia gaineratzen du. Duela 6 hilabeteetik jangura txikiagoa dauka, siesta luzeagoa egiten du eta etengabe ari da bere hortzak gainbegiratzen ispiluan. Arazoa konpondu beharrean, okerrera doa.

2.2. Prozedura

a. Ebaluazioa

Bi saio erabili ziren ebaluazioa egiteko. Bere sintoma zehatzei buruzko informazioa lortzeaz gain, beste hainbat arlo ere ebaluatu ziren, tresna fidagarriak eta baliagarriak erabilia.

Estresa eta ekidite sozialaren mailak neurtzeko SAD (Watson eta Friend, 1969) eskala erabili zen. FNE (Watson eta Friend, 1969) galde-sortarekin, Anek ebalua-

zio negatiboari zion beldur-maila ezagutu ahal izan zen. Arazoak Aneren bizitzaren arlo ezberdinetan ze eragin zuen jakitea garrantzitsua zenez, Egokitasun-eskala (Echeburúa, Corral eta Fernández-Montalvo, 2000) betetzeko eskatu zitzaion. STAI (Spielberger eta lankideak, 1970) galde-sortarekin, Aneren ohiko herstura-maila eta ebaluazio-unean zuena ezagutu ahal izan zen. Depresio-mailaren nondik norakoak garrantzitsuak direnez, BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock eta Erbaugh, 1961) galde-sorta betetzeko prest agertu zen. Beste nahaste askotan bezala, dismorfofobian ere norbere buruarekiko estimu-maila ezagutzea oso lagungarria denez, Autoestima-maila (Rosenberg, 1965) neurtzeko galde-sorta betearazi zitzaion. Azkenik, nortasun-ezaugarri garrantzitsu bat ebaluatzearen Asertibitate-maila (Rathus, 1973) neurtzeko galde-sorta erabili zen.

Ebaluazio-saio horretan, Anek bete zituen galde-sorten puntuazioak 4.taulan agertzen dira. Tratamendu aurreko puntuazioak adierazten dira taula honetan.

Ebaluazio-tresna	Tratamendu aurrea
SAD (0-28)	25
FNE (0-30)	25
Jokabide-Helburuen Eskala:	
·Zailtasuna	38
·Ekiditea	24
·Beldurra	24
Egokitasun-Eskala (0-30)	23
STAI (0-60)	35 (80 zentila)
BDI (0-63)	11 (ertaina)
Autoestima (10-40)	6+ 4-
Asertibitatea (-90/ +90)*	-28

* Zenbat eta puntuazio txikiagoa arazo larriagoa.

4. taula. Tratamendu aurreko puntuazioak.

Puntuazioetan agerikoa denez, Anek estres-maila eta ekidite sozial maila altua jasaten zituen. Ebaluazio negatiboarekiko beldurra ere bistakoa da. Badirudi, pairatzen zuen nahasteak eguneroko bizitzan eragin garrantzitsua zuela, eta depresioari dagokionez, maila ertainean kokatzen zela. Autoestimaren eta asertibitatearen eskalan puntuazio baxuak izan zituen ebaluazio-unean.

Orokorrean, jendearen aurrean elkarrizketak hasi eta mantentzeko erraztasun handiagoa izan nahiko luke, eta, horrez gainera, bere itxura eta izateko modua onartu nahiko lituzke.

Zehaztu zituen jokabide-helburuak ondoko taulan agertzen dira (5. taula):

JOKABIDE-HELBURUA	Zailtasun-maila (0-10)
1. Jokabidea: Elkarriketak hasi eta mantentzea	7
2. Jokabidea: Pertsona bakar batekin hitz egin ahal izatea	8
3. Jokabidea: Jende askoren aurrean lotsatu gabe hitz egin ahal izatea	7
4. Jokabidea: Adiskideekin elkarriketa bat mantentzea	7
5. Jokabidea: Bidegabeko zerbait, bortitza edo iraingarria, esan dion pertsonari aurre egitea	9

5. taula. Jokabide-helburuak.

b. Hipotesi azaltzailea eta tratamendurako motibazioa

Ebaluazioa egin ostean, dismorfofobiari buruzko informazioa agertzeaz gain, arazoaren predisposizio-faktoreei, amiltze-faktoreei, haserako faktoreei eta mantentze faktoreei buruzko azalpena eskeini zitaion Aneri.

Aneren kasuan, bere arazoaren predisposizio-faktoreetako bat familiarekiko erlazioa litzateke. Aitaren izaera eta amaren arazoak medio, haurtzarotik ez du segurtasun-iturririk izan. Bestalde, bere izaerako autoestima baxuak, herabeta-sunak eta asertibitate gabeziak jendearekiko harremanak baldintzatzen zizkioten. Horrek guztiak bere gorputza, itxura eta izaera baztertzeraz eraman zuen, eta, aldi berean, harremanak izateko herostura areagotu zion.

Arazoaren amiltze-faktorea identifikatzen erraza izan zen. Berak adierazi zuenez, bere hortzak beltzak ziren kezka, adiskide baten hitzen ondoren hasi omen zen. Adiskide hark zimurrei eta hortzei buruzko bere usteak agertu omen zituen. Ane, orduan, pixkanaka, bere hortzez eta bere jokabide mugatuaz kezkatzen hasi zen, eta orduan hasi zen arazoa. Ohartzerako, ez zuen irten nahi etxetik, eta bere gorputzarekiko atsekabetasun-maila izugarria zen. Anek berehala ulertu zuen mantentze-faktoreek bere arazoan zuten pisua. Alde batetik, ekiditea zegoen. Egoera sozial asko ekiditen zituen, besteen balorazioari zion beldurraren ondorioz. Ekiditeak epe laburrera lasaitasuna ekartzen zion, baina luzera herostura eta ondoeza gehitzen zizkion, bere nortasunarekiko eta gorputzarekiko atsekabetasuna areagotuz, eta egoera sozial gehiago ekidinarazten zion. Ekiditea eta ondoezaren elikatze-iturri gisa bere pentsamenduak zeuden. Autobalorazio negatiborako joeraz gain, beste hainbat distorsio kognitibok, bere arazoari aurre egin beharrean saihestera bultzatzen zuten, eta berriro etengabeko zirkulu itxian erorarazten zuten.

Dena den, Anek ezin zuenez jarraitu bere arazoak sortzen zion atsekabearekin, laguntza eske etorri zen. Horren isla nabaria tratamendurako motibazioan agertu zen. Hasieratik agertu zuen jarrera positiboa, eta horrek laguntza eskaintzea erraztu zuen. Tratamenduaren nondik norakoak agertu zitzaizkionean ados zegoela jakinarazi zuen. Lehenik eta behin, aurrejartzearen garrantzia aipatu zitzaion.

Ezinbestekoa zen ekiditen zituen egoerei aurrejartzea, herstura-maila jeitsi arte. Gainera, herstura maneiatzeko estrategiak ikastea ezinbestekoa zitzaion. Era berean, garrantzitsua zen aurrejartze-saioetan eta eguneroko bizitzan zituen pentsamendu negatiboak lantzea. Bestalde, trebetasun sozialetan entrenatzeko beharra agerikoa zen. Saioetan burututako lanaz gainera, etxeko lan batzuk bidaliko zitzaizkiola esan zitzaion. Ane ados agertu zen horrekin guztiarekin, bere kezkek bazituen arren.

c. *Tratamendua*

Tratamenduaren nondik norakoak sakonki aztertu baino lehen, garrantzitsua da ezaugarri orokorrak eta osagaien zenbait xehetasun labur aipatzea. Horiek guztiak 6. taulan agertzen dira.

<p>1. Ezaugarri formalak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saio-kopurua: 6 • Maiztasuna: Astero • Iraupena: 6 aste • Saioen iraupena: 1'5 ordu • Terapeuta: Psikologo klinika • Formatua: Bakarkako saioak <p>2. Programaren osagaiak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lasaitzea • Aurrejartzea • Berregituraketa kognitiboa • Trebetasun sozialen entrenamendua • Etxeko lanak • Berrerortzeen aurrikuspenerako eta kontrolerako estrategiak
--

6. taula. Tratamenduaren ezaugarriak.

Lehenengo saioan, tratamenduaren oinarria eta nola gauzatuko zen azaldu zitzaizkion Aneri. Batez ere ekiditen zituen egoerekiko aurrejartzea eta pentsamendu negatiboekin egin beharreko lanaren garrantzia azpimarratu zitzaion. Bestalde, trebetasun sozialei buruzko idatzi bat eta hersturaren maneiuari buruzko Butle-ren eskuliburua eman zitzaizkion, etxean irakur zitzan. Etxeko lan gisa, hurrengo saiorako erregistro bat osatzeko eskatu zitzaion, bertan zehazteko ekiditen zituen egoeren zerrenda eta horiek sortzen zizkieten pentsamenduak bertan idazteko.

Bigarren saioan, etxeko lanak gainbegiratu ondoren, irakurritako materialari buruzko zalantzak argitu ziren. Lasaitzen trebezia lortzeko, lasaitze-ariketarako zinta bat eman zitzaion. Horrez gainera, egunero, ispiluaren aurrean, ahoarekin hainbat ariketa egiteko eskatu zitzaion; ezpainak igo eta jaitsi, ahoa itxi eta ireki, eta beste hainbat mugimendu burutzea. Ariketa horien saiakerak saioan bertan gauzatu ziren. Aurrejartzeaz gainera, erregistratutako pentsamenduekin, distortsio kognitiboan zerrendarekin eta esperientziatik eskuratutako adibideekin lan egin zen saioan zehar.

Hirugarren saioan, etxeko lanak gainbegiratu ziren. Lasaitzeko zintari eta beren erabilgarritasunari buruzko solasaldiaren ondoren, ispilu aurreko ariketak egitean izandako zailtasunez hitz egin zen. Horrez gainera, ekidindako egoeren eta agertutako pentsamenduen autoerregistroak aztertu ziren. Azterketa horren emaitzak oinarritzat hartuta, aurrejartze-ariketak diseinatzeari ekin zitzaion: leihatila batean informazioa eskatzea eta elkarrizketa bat hasi eta jarraitzea. Ariketa horiek hainbat bider entsaiatu ziren saioan bertan. Ispilu aurreko aurrejartzearekin jarraitzeko eskatu zitzaion Aneri. Egoera estugarriekin erlazionatutako pentsamenduekin eta bere ahoari, gorpuzkerari eta gaitasunari buruzko autoberbalizazioekin lan egitea oso aberasgarria eta lagungarria izan zitzaion.

Laugarren saioan, aurrekoen antzera, lehenik eta behin etxeko lanak gainbegiratu ziren: lasaitzeko zintaren erabilera, ispilu aurreko ariketak eta aurrejartze-ariketak. Saio honetan, asertibitatea lantzeko, ezetz esan behar zuen egoerekiko kritikak jaso eta erantzun beharreko egoerekiko aurrejartzeak egin ziren, autoerregistroekin batera. Hurrengo saiorako, aurrejartze horiek etxean egiteko eskatzeaz gain, terapeutaren aurrean gutxienez 5 minutuko tartean hitz egiteko gai bat presatzeko eskatu zitzaion. Saiakeretan agertutako pentsamenduek berregituraketa kognitiboa osatzeko erabilgarritasun handia izan zuten.

Bosgarren saioan, etxeko lanak gainbegiratu eta agertutako zailtasunez solas egin ondoren, terapeutaren aurrean hitz egiteko saiakera gauzatu zen. Nahiz eta hasieran herstura-maila garrantzitsua agertu, denborarekin lasaitu egin zela ohartu zen Ane. Pentsamenduak lantzeko, aurrejartze-saiakera gehiago antolatu ziren, eta horiei aurre egitea, etxeko lan gisa.

Seigarren saioan, etxeko lanak eta tratamendu-programa osoa gainbegiratu ziren. Berrerortzeen aurrikuspenei buruz eta horien kontrolerako estrategiei buruzko informazioa eskaini zitzaion Aneri. Ondoko ideiak landu ziren: erortzeen eta bererrerortzeen arteko ezberdintasuna, arrisku altuko egoeren identifikazioa, eta egoera horien aurrean, tratamenduan zehar ikasitako estrategien aplikazioa.

3. Emaitzak

Aneren kasuan, esku-hartze terapeutikoaren ondorioak neurtu ahal izateko, jokabide-aldaketaren irizpide anitz hartu ziren kontuan. Aldaketa terapeutikoa neurtzeko, tratamendua hasi aurretik ebaluaziorako erabilitako tresnak errepikapen-neurri gisa erabili ziren. Horrela, ebaluazio-tresna berdinekin, Anek puntuazio bakoitzean izan zuen aldaketa beha daiteke. Garrantzitsua da esatea, tresna horien (eskalak eta galde-sortak) sentikortasuna agerian geratu dela ikerketa desberdinetako aldaketa terapeutikoaren aurrean; hots, balidatutako tresnak direla. Anek tratamenduaren aurretik eta tratamendu ostean lortutako puntuazioak 7. taulan adierazi dira.

Ebaluazio tresnak	Tratamenduaren aurretik	Tratamendu ostean
SAD (0-28)	25	4
FNE (0-30)	25	10
Jokabide-Helburuen Eskala:	38	13
·Zailtasuna	24	9
·Ekiditea	24	12
·Beldurra		
Egokitzapen-Eskala (0-30)	23	6
STAI (0-60)	35 (80 zentila)	7(5 zentila)
BDI (0-63)	11	4
Autoestima (10-40)	6+ 4-	9+ 1-
Asertibitatea(-90/+90)	-28	-12

7. taula. Tratamenduaren emaitzak.

Hilabete eta erdiz eginiko telefono bidezko jarraipenean, ongi zegoela agertu zuen, arazorik gabe eta pozik. Lortutako hobekuntza eta emaitzak mantentzen ziren, bai hersturan, bai aldartearen, baita eguneroko bizitzarekiko egokitzapenean ere.

Emaitzetan ikusten den bezala, tratamenduaren aurretik eta ondoren Anek lortutako emaitzak nahiko desberdinak dira. Hala, tratamenduaren ondoren, herstura sozialean, ebaluazio negatiboari zion beldurrean, eta bere jokabide-helburuetan hobekuntza nabaria da. Arazoak bere bizitzan zuen eragin negatiboa erabat gutxitu da tratamenduaren ondoren, eta antzeko emaitzak lortu dira bai depresioan, bai eta hersturan ere. Nortasun-aldagaietan ere, zehazki autoestimuan eta asertibitatean, hobekuntza gertatu da, bere buruarekiko estimua handitu egin baita eta asertibitate-maila ere bai, nahiz eta oraindik baxua izan, eta lan gehiago hobetu beharra adierazi.

Oro har, tratamenduak eragin positiboa eta zabala izan dituela ikus daiteke, eta tratamendua bukatu eta hilabete eta erdira, emaitzak mantentzen direla aldagai guztietan adierazten du telefonoz egindako jarraipenean.

4. Ondorioak

Bibliografian agertzen den bezalaxe, kasu honetan ere, aplikatutako teknika terapeutikoak eragingarriak izan dira dismorfofobiaren tratamenduan. Eta lortutako emaitzak ez dira nahastearen sintometan soilik ikusten, beste hainbat arlo psikologikotan ere agertzen dira, hala nola, hersturan, depresioan, autoestimuan eta abarretan.

Informazioa, aurrejartzeak, berregituraketa kognitiboak eta trebetasun sozialen entrenamenduak osatu zuten erabilitako tratamendua, eta 6 saio erabili ziren terapia aurrera eramateko. Beraz, tratamendu labur batek emaitza positiboak lor ditzakeela ikus daiteke (Rosen, 1997).

Kasu honetan, porrot terapeutikoarekin erlazionatzen den aldagairik ez da azaldu, izan ere, pazienteak motibazio egokia agertu zuen, bidali zitzaizkion etxe-ko lanak bete zituen, ez zuen beste nahaste psikopatologikoekin komorbiditerik agertzen eta bere *insight*-a nahiko ona zen (Hollander eta Aranowitz, 1999). Horrek guztiak eragin positiboa izan zuen tratamenduaren emaitza arrakastatsuetan.

Kasu honetan ikus daitekeen bezala, dismorfofobiaren tratamendua osagai anitzekoa da, eta nahastearen sintoma zehatzez gainera, beste hainbat arlo ere kontuan hartu behar dira terapia egiterakoan. Tratamenduaren aurretik egiten den ebaluazioak garrantzia du, bertan agertzen den informazioa beharrezkoa baita geroko terapiaren diseinuan.

Arrakasta terapeutikoari begira, nabaria da, baina komenigarria da jarraipen luzeagoak egitea, emaitza terapeutikoak mantentzen diren eta zabaltzen diren edo ez ziurtatzeko.

Erreferentzia bibliografikoak

- American Psychiatric Association (1987): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-III-R*, Masson, Bartzelona.
- , (1994): *Manual y diagnóstico estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV*, Masson, Bartzelona.
- Beck, A. T.; Ward, C. H.; Mendelson, M.; Mock, J. eta Erbaugh. (1961): "An inventory for measuring depression", *Archives of General Psychiatry* **4**, 561-571.
- Birtchnell, S. A. (1988): "Dysmorphophobia-A centenary discussion", *British Journal of Psychiatry* **153**, 41-43.
- Echeburua, E.; Corral, P. eta Fernández-Montalvo, J. (2000): "Escala de Inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos", *Análisis y Modificación de Conducta* **2000**, **26**, 107, 325-340.
- Gómez-Pérez, J. C.; Marks, I. M. eta Gutiérrez-Fisac, J. L. (1994): "Dysmorphophobia: clinical features and outcome with behavior therapy", *European Psychiatry* **9**, 229-235.
- Hollander, E. eta Aronowitz, B. R. (1999): "Comorbid social anxiety and body dysmorphic disorder. Managing the complicated patient", *Journal of Clinical Psychiatry* **60**, 27-31.
- McKay, D., Neziroglu, F. eta Yaryura-Tobias, J. A. (1997): "Comparison of clinical characteristics in obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder", *Journal of Anxiety Disorder* **11**, 447-454.
- Newell, R. eta Shrubb, S. (1994): "Attitude change and behavior therapy in dysmorphophobia: two case reports", *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* **22**, 163-169.
- Neziroglu, F. eta Yaryura-Tobias, J. A. (1997): "A review of cognitive behavioral and pharmacological treatment of body dysmorphic disorder", *Behavior modification* **21**, 324-340.
- Perugi, G.; Giannotti, D; Frare, F.; Di Vaio, S.; Valori, E.; Maggi, L.; Cassano, G. B. eta Akiskal, H.S. (1997): "Prevalence, phenomenology and comorbidity of body dysmorphic disorder (dysmorphophobia) in a clinical population", *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* **1**, 77-82.

- Phillips, K. A. eta McElroy, S. L. (1993): "Insigth, overvalued ideation, and delusional thinking in body dysmorphic disorder: theoretical and treatment implications", *Journal of Nervous and Mental Disease* **181**, 699-702.
- Phillips, K. A.; McElroy, S. L.; Kock, P. E.; Pope, H. G. eta Hudson, J. I. (1993): "Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness", *American Journal of Psychiatry* **150**, 302-308.
- Raich, R. M.; Mora, M. ; Marroquín, H.; Pulido, S. A. eta Soler, A. (1997): Tratamiento cognitivo-conductual de la insatisfacción corporal. *Análisis y Modificación de Conducta* **23**, 406-424.
- Rathus, A. (1973): "A 30 items schedule for assessing assertive behavior", *Behavior Therapy* **4**, 398-406.
- Rosen, J. C. (1995): "The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive behavior therapy", *Cognitive and Behavioral Practice* **2**, 143-166.
- , (1997): Tratamiento cognitivo-conductual para el trastorno dismórfico corporal, in V. Caballo (zuz.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. 1. bol. Siglo XXI, Madrid.
- Rosen, J. C. eta Reitter, J. (1996): "Development of the body dysmorphic disorder examination", *Behavior Research and Therapy* **34**, 755-766.
- Rosen, J. C.; Cado, S.; Silberg, S.; Srebnik, D. eta Wendt, S. (1990): "Cognitive behavior therapy with and without size perception training for women with body image disturbance", *Behavior Therapy* **231**, 481-498.
- Rosen, J. C.; Reiter, J. eta Orosan, P. (1995): "Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* **63**, 263-269.
- Rosenberg (1965): *Society and the adolescent self-image*, Princenton, New York.
- Salaberría, K.; Borda, M.; Amor, P. J. eta Echeburua, E. (2000): "Tratamiento del trastorno dismórfico corporal: una revisión crítica", *Revista de psicopatología y Psicología Clínica* **2000**, **5**, **1**, 27-43.
- Spielberger, C.; Gorsuch, R. eta Lushene, R. (1970): *Manual del Cuestionario de Ansiedad de Estado-Rasgo*, TEA, Madrid.
- Vandereycken, W.; Probst, M. eta Van Bellinghen, M. (1992): "Treating the distorted body experience of anorexia nervosa patients", *Journal of Adolescent Health* **13**, 403-405.
- Watson, D. eta Friend, R. (1969): "Measurement of social-evaluative anxiety", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* **33**, 448-457.
- Wilhelm, S.; Otto, M. W.; Lohr, B. eta Deckersbach, T. (1999): "Cognitive behavior group therapy for body dysmorphic disorder: a case series", *Behavior Research and Therapy* **37**, 71-75.