

Lehen mahai-ingurua:
Komunikazio-arazoak sortzen dizkiguten gaiak

3.1. Gaixo psikotikoekin nola komunikatu

Idoia Astigarraga Iriondo
Barrualde-Galdakao ESko psikiatriako BAME.
Bizkaiko Osasun Mentaleko Sarea.
idoia.astigarragairiondo@osakidetza.eus

Laburpena

Psikosia garun funtzionamendu egokiaren asaldura da eta pertzepzioari, pentsamenduei, emozioari eta portaerari eragiten die. Hala, errealitatearekiko kontaktu-galera bat dela esan daiteke, norbanakoak esperientzia mehatxagarri eta traumatiko gisa bizi dezakeena. Sintoma bereizgarrien artean, delirio eta bestelako pentsamendu-asaldurak, aluzinazioak edota portaera-asaldurak ditugu, sintoma «positibo» deritzenak. Baina horiez gain, sintoma «negatiboak» (apatia, emozioak erakusteko zailtasuna, harreman sozialetarako iniziatiba-galera...), sintoma kognitiboak (arretan, kontzentrazioan, memorian eta funtzio exekutiboetan zailtasunak) eta sintoma afektiboak (antsietatea, tristura, euforia...) barne hartzen ditu.

Psikosiaren etiologian, kalteberatasun-estresaren eredu oinarritzat hartzen da. Alegia, berezko ahultasun batetik (genetikoak edota neurogarapenekoak) abiatuta inguruko estresoreen eraginez (fisiko nahiz psikosozialak) gaixotasuna azaleratu daiteke.

Lehen gertaera psikotikoa, bereziki, nerabezaroan edo heldu gazteetan ematen da, hain zuzen ere norbanakoaren identitatearen, pertsona arteko harremanen nahiz ikasketa edo lanerako planen garapenean garrantzi handiko une batean. Halaber, asaldura psikotiko guztiak kontuan hartuta, populazioaren % 3k gertaera psikotiko bat izango du bere bizitzako momenturen batean. Bestalde, familian, lagunen artean edo komunitatean duten inpaktua kontuan hartuta, nahasmendu hauek «giza» kostu nahiz kostu ekonomiko esanguratsuak dituzte.

Diagnosi eta tratamendu goiztiarrak gaixotasunaren bilakaera eta sendatze-prozesua errazten du, luzarorako pronostikoa ere hobetu dezakeelarik. Hala, nahasmendu honen eta haren lehen zantzuen kontzientzia publikoa handitzeak garrantzi handia du.

Laguntza eske doan gaixoak edo haren familiak, sarri, familia-medikuarekin izango dute lehen harremana, beraz garrantzizkoa litzateke nahasmendu honekiko gure gaitasunak eta ulermena trebatzea.

Psikosiaren diagnostikoa klinikoa izanik, datozen lerroetan nahasmendu hauen ezagutza eta ulermenean sakondu eta dauden faseak eta fase bakoitzean ager daitezkeen aurkezpen-ereduak landuko ditugu. Ezagutza handitzeaz gain, beharrezkoa da gaixotasun mentalekin loturiko beldurra eta estigma galtzea.

Psikosiaren faseak

Gertaera psikotiko bat pairatzen duen pazienteak medikuaren aurrean izango duen aurkezpena desberdina da pertsona bakoitzaren arabera eta pairatzen duen gaixotasunaren fasearen arabera. Modu berean, medikuaren jarrera edo artatzeko modua ere aldatuko da.

Hiru fase bereizten dira:

- Prodomoa: Iraupena aldakorra da, gehienetan hilabeteetan emango da. Pazientearen funtzionamendu psikosozialean aldaketak suma daitezke; pixkana sintomak agertzen joango dira, eta denboran aldatzen doaz. Sintoma ohikoenak hauek dira: antsietatea, suminkortasuna, depresioa, memoria eta kontzentrazioarako zailtasunak, ideia berriekiko ardurak, beldurrak, loaren eta janguraren aldaketak, higieనేarekiko arduragabetasuna, isolamendu soziala eta abar. Aldaketa hauek inespezifikoak izaki, zenbait zailtasunen ondorio izan daitezke; hala ere oso garrantzizkoa da azterketa eta jarraipen on bat egitea batez ere nerabe edo heldugazte batean denboran zehar mantentzen edo okertzen diren aldaketak hautematean, «nerabegaroko gauza»tzat baztertu aurretik.
- Fase akutua: Fase honetan sintoma positiboak nabarmentzen dira. Hemen ere aurkezpen modu ezberdinak izango ditugu pertsona bakoitzaren arabera.
 - Aluzinazioak: entzumenezkoak dira ohikoenak, baina ikusmen, usaimen, dastamen edota ukimenezkoak ere ager daitezke.
 - Delirioak edota ideia finkoak: hasieran irekiagoak izan daitezke eta ondoren gero eta gehiago garatzen joango dira. Jazarpenezkoak, erlijiosoak, handikeriazkoak, erreferentzialak, somatikoak edota pentsamenduen lapurreta, hedapen edota txertatzea.
 - Pentsamenduaren asaldurak: informazioa prozesatzeko sisteman asalduren ondorioz, komunikazio-zailtasunak agertzen dituzte; arrazoibide ahula, koherentzia gabea izan dezakete, ulertzeko zaila egiten dena. Beste batzuetan, blokeatuta edo «mutu» aurkez daitezke.
 - Kexa somatikoak: pertsona gazte batek, patologia fisikorik izan gabe, behin eta berriz kexa somatikoak aurkezten dituenean (insomnia, buruko mina, nekea...), oinarrian asaldura psikologiko bat egon daitekeela gogoan izan behar da.
- Errekuperazio- edo egonkortze-fasea: Honetan paziente bakoitzaren bilakaera ezberdina izango da. Batzuetan suspertzea osoa izan daiteke (% 20); beste batzuetan gertaera akutu berriak agertu ahal dira (% 60), edota eboluzio kronikoa eta atzerakoia bilakatu (% 20).

Elkarrizketa eta komunikazioa lantzen

Nerabe eta heldugazteak ez dira lehen arretako erabiltzaile ohikoak. Kontsultetara ekar ditzaketen hainbat arazo konplexuk ezaugarri psikosozial garrantzitsuak izan ditzakete, eta sarritan hori izan daiteke lehen diagnosis.

HITZALDIAK. Lehen mahai-ingurua

Askotan, zailtasunak izan ditzakete euren arazoak azaltzeko orduan, beraz garrantzizkoa izango da denbora hartzea konfiantzazko eta segurtasunezko inguru bat sortzeko.

Bere kabuz edo familiak bultzatuta etorri den jakitea ere interesgarria da (zergatik uste du familia berataz arduratuta dagoela?). Familiakideren batekin badator, komeni da lehenik pazientea artatzea eta ondoren familia. Baliagarria izan daiteke pazienteari kontsultan landutakoaren inguruko konfidentzialtasuna bermatzea, betiere konfidentzialtasun horren mugak ezarriz.

Baliteke gertaera psikotiko bat pairatzen duen pertsona beldurtuta edo estutasunean sentitzea. Garrantzitsua da hori hautematea, jarrera enpatiko, zuhurra eta ulerkorra azaltzea. Oro har, ez ditu sintoma psikotikoak espontaneoki deskribatuko, eta, beraz, horiek aztertu beharko dira. Lagungarria da elkarrizketa gai komun batetik hasi eta, ondoren, galdera espezifikoagoetara pasatzea; pazientearentzat neutro edo positiboak izan daitezkeen gaietatik, pixkanaka karga emozional handiagoa edo ardura gehiago sortzen diotenetara.

Elkarrizketak gaixoak dituen arazoak bere hitzetan azaltzeko balio izan behar du, baita dituen zalantza edo galderak argitzeko ere. Horrez gain, ez-ahozko zeinuak aztertu behar dira, batez ere afektiboak eta haren mugimenduak. Izan ere, bere emozioak edota afektua adierazteko arazoak izan ditzake, erantzun emozionalak gutxituak edota ezegokiak izan daitezke.

Batzuek ezin dute kontaktu bisuala jasan, eta noizbehinka begirada beste punturen batera lekualdatzeak lagundu ahal digu.

Elkarrizketa bitartean saihestu behar da paperean nahiz ordenagailuan oharrak hartzea, jarrera mesfidatia erakusten duten pazienteen aurrean batez ere. Era berean, kanpo-estimuluak saihestuko ditugu (telefono-deiak, kontsultaren eteteak...).

Ebaluazioa modu sistematiko batean egitea komeni da, horrela ikuspegi orokor bat lortu ahalko dugu haren arazoen, indarguneen eta egoera sozialaren inguruan. Horretarako, beharrezko denbora hartu beharko da, eta saio bakarra beharrean, jarraipeneko hainbat saio beharko ditugu, batetik, profesionalaren aldetik psikosiaren zalantza klinikoaren aurrean azaltzen diren aldaketak hobeki ikusteko, eta, bestetik, pazientearen aldetik konfiantzazko harreman bat sortzeko. Kontsulta bakoitzeko denbora neurtu behar da; paziente psikotikoak sarri ez ditu kontsulta luzeak jasango. Era berean, ahal den heinean itxarongelan luzaro zain egotea ekidin behar da, bereziki itogarria izan baitaiteke jende gehiago badago. Bestalde, lagungarria izan daiteke pazientearekin akordioaren batera iristea lehen kontsultan; horrela, saioen batera etortzea «ahazten» bazaio, klinikoak berarekin harremanetan jartzeko baimena izan dezake. Era berean, familiarekin harremanetan jartzea adostuko dugu edota haiekin kontsultaren batera etortzea, zeren psikosian ezaugarri diren portaera- edo izaera-aldaketak hautematen dituzten lehenak sarri familiakoak baitira.

Garrantzizkoa da pazienteak ematen dizkigun pista edo iradokizunak aztertzea; zer dago antsietatearen oinarrian? Zergatik ditu hainbeste buruko min? Zerkatik dago nekatuta beti? Zergatik utzi dio bere lagunekin egoteari? Egun normal batean egiten duena deskribatzeko esan ahal diogu, horrela bere funtzionamendu-maila eta sintomek eragiten dioten interferentzia-maila ebaluatu ahalko dira. Beharrezkoa da, orobat, galdera espezifikoak egitea, ebaluatzeko ea depresio, antsietate edota psikosi-asaldurak dauden.

Delirio-ideiak azaltzekotan, jarrera neutro bat hartu behar da; ez dugu bere ideiak faltsuak direla konbentzitzen edo arrazoitzen saiatu behar; era berean, ez diogu arrazoia emango. Sarritan,

pazienteak ez ditu bere delirioak arazo klinikotzat hartzen, eta, beraz, berak jaso nahi duen laguntzan zentratuko gara, hau da, hobetu nahi dituen beste sintoma eta zeinuetan. Horrela, osasun mentaleko profesionalengana bideratzeko orduan ere psikosiaz, eskizofreniaz... hitz egitea pazientearentzat mehatxagarria izan daiteke; beraz, batzuetan dituen «zailtasunentzako laguntzaz» (lo-arazoak, estresa, antsietatea, konfusioa...) hitz eginda harkorrage azaldu ahal dira.

Psikosian agertzen diren pentsamendu-asaldurak direla medio, komeni da esaldi laburrak eta argiak ematea pazienteari ematen dizkiogun azalpen edo gomendioetan. Zailtasunak izan ditzake lengoaiaren aspektu sinbolikoan eta elkarrizketatzailearen hitzak «literalki» interpretatu ahalko ditu.

Suizidioa heriotza goiztiarraren lehen kausa da psikotikoen artean. Berari buruz galdetzeak ez du bere buruaz beste egiteko arriskua handitzen; aitzitik berebiziko garrantzia du arriskua ongi ebaluatzeak. Arrisku-egoeren artean ditugu, besteak beste, tratamendurik ez izatea, tratamenduaren hasierako fasea, psikosi osteko depresioa, drogen kontsumoa...

Populazio orokorrarekin alderatuta, psikotikoen ehuneko txiki batek du portaera bortitza, gehienetan, tratamendurik ezari lotuta, eta haien delirioei jarraiki ematen diren defentsa-erantzunak izango dira. Egoera horietan tonu eta jarrera lasaia erakusten saiatu behar dugu, mehatxurik gabe, distantzia errespetatuz hala nahi bada eta inguruan segurtasuna bermatuz. Berarentzat lagungarria zer izan daitekeen galdetu diezaiokegu, edo familiako bati deitzea nahi duen. Elkarrizketa bidez lasaitzen ez bada, bestelako beharrezko neurriak hartuko dira (ospitalera bideratu adibidez).

Familiari eta, oro har, gizarteari deigarriena egiten zaiona sintoma «positiboak» dira. Baina azpimarratu behar da koadroaren etorkizuna larriki baldintzatu dezaketena sintoma «negatiboak» direla: sintoma karentzialak eta desorganizazioa, batez ere eboluzio-denbora eta haien larritasun-maila. Urteetan zehar, koadroaren sufrimendu, atzerakortasun eta harremanetarako zailtasunak egoteak kalte neurologikoak, psikologikoak eta sozialak eragiten ditu, pertsona desgaitu egiten du eta errekupeazioa zailtzen du.

Psikosidun pazienteen tratamenduan, ez da nahikoa pazienteak tratamendu farmakologikoa hartu eta «lasai» egotea; haien gaitasunen garapena ziurtatu behar da «komunitatean bizitzeko» eta erlazio minimoak mantentzeko: lanekoak, ikasketen arlokoak, familiarak, maitasunekoak nahiz lagunartekoak, besteak beste; horiek guztiak faktore babesgarriak izango dira. Hala, «albeit azkarren» ikasketak, lana, kirola edota bestelako ekintzak hastera bultzatuko dugu. Gaixoak dituen puntu indartsuak eta funtzionamendu-inguru osasuntsuak indartuko ditugu. Tratamendu globala, integrala eta integratua izan behar du.

Populazio orokorrarekin eta beste nahasmendu mentalekin alderatuta, psikotikoen osasun fisikoa okerragoa da. Arrazoi infekzioso, endokrinometaboliko, kardiako edota arnas aparatukoekin lotutako heriotza-tasa altuagoa da. Gainera, drogen kontsumo komorbidoa agertzen da sarri, psikosiaren arrisku-faktore bat izanik. Era berean, tratamendu psikotropikoen (neuroleptikoak batez ere) eragiten duten sindrome metabolikoak arrisku-faktore kardiobaskularrak handitzen ditu. Hala, beharrezkoa da osasun fisikoari lotutako arazoak psikoedukazio-programetan, tratamenduaren aderentzia unitateetan eta nahasmendu mental larrien artatze programetan sartzea. Bestalde, tratamenduaren bestelako albo-ondorioak (batez ere somnolentzia, mugimendu-zurruntasuna, apetitua eta pisu-igoera, edota alderdi sexualeko asaldurak) kontuan hartu behar dira eta ahal den neurrian zuzendu, pazienteak batik bat gazteak izanik, tratamendua

HITZALDIAK. Lehen mahai-ingurua

uzteko arrazoi garrantzitsuak baitira, eta horrek psikosia berragertzeko arrisku-faktore nagusia eragiten du.

Bukatzeke, pazientearen familiari ere arreta eskaini behar zaio. Gertaera psikotiko bat pairatu duten familiakideegan eta haien elkarbizitzan aldaketak ekarri baititzake. Sarri, errunduntasuna, egoerarekiko nahasmendua eta etsipen-sentimendu eta pentsamenduak beren gain hartzen dituzte. Bestetan, familia-funtzionamenduan arazoak sortu daitezke; gaixoarekiko etengabeko gatazka eta eztabaidak bizi eta azaltzen dituzten familiek, batetik, eta neurritz kanpoko babesaren ematen diotenen, bestetik, estres-maila altuak bizi dituzte. Familiei dagozkien artatze-programa espezifikotara bideratu behar dira, gaixotasunaren ezaugarri, bilakaera eta tratamenduaren inguruan ezagutza lantzeko eta, ondorioz, elkarbizitza hobea sustatzeko, familiakide guztien mesederako. Gainera, antzeko egoeran dauden beste familia batzuekin esperientziak eta zailtasunak partekatzea lagungarri egin ahal zaie. Pazienteak bere izaerako alderdi batzuk asaldatuta izan arren, beste batzuk osasuntsu dituela ulertarazi behar diegu, eta horiek indartuz haren autonomia eta bizitza-garapenean lagundu.

Bibliografia

- Guía de Intervención Temprana en psicosis para atención primaria. Sº Cántabro de Salud.
- Scheiber SC. Entrevista clínica psiquiátrica, historia clínica psiquiátrica y exploración psicopatológica.
- Mackinnon RA, Michels R, Buckley PJ. La entrevista psiquiátrica en la práctica clínica.
- Sáiz Ruiz J, Bobes García J, Vallejo Ruiloba J, Giner Ubago J, García-Portilla González MP. Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica.
- Tizón JL. Orientaciones para la atención primaria a los familiares del paciente con psicosis. ¿Qué decir? ¿Qué hacer? I, II, III, IV, V, VI. 2009-2010.
- Fuller PL. Sobrevivir, existir, vivir. La terapia en cada fase de psicosis grave. 2015.
- Crespo Facorro B, Pérez Iglesias R, Gaité L, Peña M, Mata Pastor I, Rodríguez Sánchez JM, Martínez García O, Pardo Crespo G, Ayesa Arriola R, González Blanch C, Caseiro Vázquez O, Vázquez-Barquero JL. Guía de Psicoeducación para las Familias de Personas diagnosticadas de Psicosis. 2008.
- Birchwood M, Fowler D, Jackson C. Early Intervention on Psychosis. A Guide to concept, evidence and intervention. 2002.