

Fobia sozial orokorraren tratamendu psikologikoa esposizioaren bidez: kasu klinikoa

Karmele Salaberria Irizar
EHUko irakaslea

Fobia sozialeko kasu baten aurrean esposizioaren bidez burututako tratamenduaren deskribapena agertzen da artikulu honetan. Pazientea, 22 urteko neska da, eta betidanik herstura sozial handia sentitu du. Tratamenduak 8 saio iraun zituen, talde-formatoan eta bi hilabetez. Saio terapeutikoen barruan, egoera arazotsuenganako esposizioak eta pazienteak saio batetik bestera etxean egin behar zituen lanak izan ziren tratamenduaren muina. Halaber, trebetasun sozialen eta asertibitatearen estrategiak eskaini zitzaizkion pazienteari. Urtebeteko jarraipena egin ondoren, pazienteak hobekuntza nabaria agertzen du, hersturaren eta ekidinaren beherakada behatzen delarik. Bestalde, hobekuntza nabaria da baita ere helburu bezala finkatutako jokabideetan, asertibitatean eta adaptazioan. Kasu honek klinikarako dituen inplikazioak komentatzen dira.

The treatment of one social phobia case with exposure is described in this paper. The patient, a 22 year-old single woman, was suffering from heavy social anxiety since adolescence. The treatment was developed in eight clinical group sessions for a period of two months. The exposure treatment involved the sufferer repeatedly confronting the situations that evoke fear for prolonged periods until the distress subsides, and the patient records intra-sessions exposure-tasks as daily homework. Social-skills and assertive strategies were given to the patient. After one year followup the patient had improved a lot, achieving an important reduction in social anxiety and evitation, and an improvement in target problems, assertiveness and global adjustment. The implications of this case for clinical research and practice are discussed.

Sarrera

80.eko hamarkadatik hona interes hazkorra sortu da fobia sozialaren eta bere tratamenduaren inguruan. Populazio orokorrean, nahasketa honek, prebalentziako % 2ko tasa ager dezake (Turner eta Beidel 1989) eta klinikan sarritan ikusten den patologia da.

DSM-IV-ak (American Psychiatric Association 1994), fobia soziala, egoera sozial bat edo gehiagorenganako beldur iraunkor bezala definitzen du, pazienteak bere burua besteen behaketaren aurrean jartzen duelako eta zerbait lotsagarria edo iraingarria egiteko beldur agertzen delako.

Sintoma psikofisiologiko nagusiak izerdia, dardara, bihotz-taupaden azkartasuna eta gorritasuna dira. Sintoma kognitiboek eragin nagusia dute, kritiken beldurraren edo ebaluazio negatiboaren inguruan dabilta, eta gizabanakoaren osotasun psikologikoaren aurrean mehatxua suposatzen dute. Beldurrak eta ekidinak –beste fobietan baino soutilagoak– eragin nabaria dute fobiko sozialen bizitzako arlo desberdinetan: lana, lagunak, bizitza afektiboa, aisiazko denbora, e.a. (Beidel, Turner eta Dancu 1985).

Fobia sozialak estimulu konkretuen aurrean eman daitezke (jendearen aurrean jan edo edan, jendearen aurrean idatzi edo hitz egin...) edota modu orokorrean agertu, elkarrekintza sozial gehientsuenen aurrean (Mattick eta Peters 1988). Artikulu honetan agertzen den kasuak, egoera eta elkarrekintza sozial gehienenganako beldur eta ekidina ditu ezaugarri.

Nahasketa honen hasierako adina 15 eta 20 urte bitartean kokatzen da. Hasiera progresiboa izan daiteke, haurtzaroan herabetasun-aurrekariekin eta adoleszentzian bakartasunarekin, edota bat-batekoa esperientzia traumatiko baten ondorioz. Ibilbide kronikoa du, baina ez da arazoa kontsultatzen (pazienteak alda ezin daitekeen heraberatasunaren ezaugarri gisa kontsideratzen duelako) edota berandu kontsultatzen da (arazoa agertu eta 6 edo 20 urte beranduago) (Echeburua 1993).

Nahasketa honen tratamendua bi motatako interbentzio psikologikoetan oinarritu da nagusiki: a) trebetasun sozialen entrenamendua (Wlazlo, Schroeder Hartwig, Hand, Kaiser eta Munchan 1990); eta b) esposizio-teknikak berregituraketa kognitiboaren laguntzaz edo gabe (Scholing eta Emmelkamp 1993).

Trebetasun sozialen entrenamendua eraginkor agertu da nahasketa honetan, baina ez da erraza aldaketa terapeutikoaren erantzuleak zeintzuk diren mugatzea. Horrela, jokabide-aldaketa, errepikatzen diren jokabidearen saiakuntzetan ematen den esposizioarekin eta bizitza errealean egiten diren betebeharrak egituratuekin erlazionatua egon daiteke, eta ez hainbeste entrenamenduak inplizituki daraman formato osoarekin (Echeburua eta Salaberria 1991).

Teknika kognitiboek, batez ere Ellis-en Terapia Razional Emotiboak eta Beck-en Berregituraketa Kognitiboak, indar nagusia lortu zuten 1985. urtetik aurrera. Tratamendu kognitiboarekin egindako ikerketek, kasu gehienetan estimulu beldurgarrienganako esposizio motaren bat (edo esposizio-aginduak) daramate bere barnean,

bai etxeko lanen bidez, bai saio terapeutikoetan egindako saiakeren bidez edo talde-formatoan egin direlako. Horregatik, ez dago argi jokabidearen aldaketaren eragileak osagai kognitiboak ote diren edo esposizioaren indartzaileak ote diren soilik (Heimberg 1989).

Fobia sozialean beste nahasketa fobikoetan baino zailagoa da estimulu beldurgarrienganako esposizioa gauzatzea (Butler 1985). Beharrezkoa da esposizio-saio laburrak eta errepi-katuak egituratzea, eta fobikoari azaltzea besteen jokabidea ezin dela iragarri eta batzuetan ez dela egokia, eta bera jokabide horretara ere egokitu beharko dela. Portaeraren erregela finkoak eraikitzeak eta etxeko lan oso egituratuek ez dute fobikoa, arazoaren zergatiaren, bere jarraipenaren (ekidinaren eta pentsamendu distortsionatuen papera) eta nola soluziona daitekeenari buruzko azalpenek adina laguntzen (Echeburua eta Salaberria 1994). Gainera interesgarria da estrategia gehigarriak erabiltzea elkarrekin-tza sozialarentzat arau minimo batzuk emanaz, hauek ekidin kognitiboari aurre egiten baitiote eta fobikoa egoera beldurgarrian atentzionalki inplikatzeko errazten baitute, esposizioa eragingarriago bihurtuz.

Talde-formato edo barrutian eta errealitatean egindako esposizioaren aplikazioak ematen dio kasu kliniko honi interesa. Kasu hau, fobia sozial orokorraren tratamendu psikologikoen eragin diferentzialari buruzko ikerketa kliniko zabal baten adibidea da (Salaberria 1994).

Metodoa: Subjektua

Pazientea, 22 urteko emakume bat

da, ezkongabea eta unibertsitateko ikaslea; ez du arazo ekonomikorik eta bere guraso eta hiru ahizpekin bizi da; bera da zaharrena. 1992. urteko apirilean fobia sozial orokorrari buruzko tratamenduan parte hartzeko egindako deialdira erantzuten du.

Berak dio, bere eguneroko bizitzan agertzen zaizkion egoera sozial gehientsuenak saihesten dituela, horrela zailtasunak agertzen ditu bere fakultateko tabernara joateko, eta bere ikaskideekin eta irakasleekin hitz egiteko. Ez da aste-bukaeretan ateratzen, ez da festetara joaten, ez du jendearen aurrean jaten, oso zaila egiten zaio jende talde baten aurrean hitz egitea (3 pertsona), ez da jendearekin irteten, ikasketekin erlasionaturik ez dauden elkarrizketak hasi eta mantentzea asko kostatzen zaio. Egoerak zailagoak gertatzen zaizkio gizonekin, pertsona ezezagunekin, talde handiekin eta egoera ez formalekin. Agertzen dituen sintoma fisiologiko nagusiak gorritasuna, bihotz-taupadak, izerdia eta ahotsaren dardara dira. Herstura aldeztu aurretik agertzen zaio, egoeretan pentsatzen hasten denean. Pentsamendu nagusiak ondokoak dira: «gorritu egingo naiz», «ez dut jakingo zer egin», «arraroa naizela pentsatuko dute», e.a. Besteek berari buruz pentsatzen dutenaz oso kezkatutik dago.

Bere burua lotsatitzat jo du beti, baina institutuan bere arazoa larritzen hasten da, igeritokira joateari uzten dio eta jendearekin ateratzeari eta bere barnean eta ikasketetan gero eta gehiago sartzen da. Gero eta okerrago sentitzen da eta etxean komentatzen duenean gehiegikeria dela pentsatzen dute. Ez dauka osasun-arazorik eta ez du inoiz kontsultatu arazo honegatik. Bere zaletasun

nagusiak irakurtzea eta zinera joatea dira, baina ez da inoiz bakarrik joatera ausartu.

Prozedura

a) Ebaluazioa

Bi saiotan egin zen ebaluazio-prozesua. Lehenengo saioan terapeutak pazientearen datu demografikoak eta fobiarekin erlazionaturiko datuak jaso zituen historia klinikoan: arazoaren hasiera, bilakaera, gaur egungo egoera, bizitzan duen eragina, familiaren erreakzioa... Halaber, egituratua dagoen elkarrizketa klinikoa (ADIS-R) (Di Nardo eta Barlow 1988) burutu zen pazientearekin. Elkarrizketak DSM-III-R-ren (American Psychiatric Association 1987) irizpide-diagnostikoen arabera fobia sozial orokorraren diagnostikoa posible egiten du. Bestalde, bi eskala betetzeko eskatu zitzaion: estres eta ekidin sozialaren eskala (SAD) eta ebaluazio negatiboarekiko beldurraren eskala (FNE)

(Watson eta Friend 1969). Biek egoera sozialetan ematen diren ondoeza eta ekidina eta kritikenganako beldurra neurtzen dute. Saio honen iraupena ordu t'erdikoa izan zen.

Bigarren saioan ondorengo arlo hauek ebaluatu ziren: a) Adaptazio-maila (Echeburua eta Corral 1987), arazoak arlo desberdinetan izan dezakeen eragina jakiteko; b) Depresio-maila, (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock eta Erbaugh 1961); d) Autoestima-maila (Rosenberg 1965) eta e) Asertibitate-maila (Rathus, 1973). Lehenengo taulan eskala eta galdesorta desberdinetan lortutako emaitzak agertzen dira.

Eskala eta galdesortetan lortutako emaitzak ondoeza eta egoera sozialen ekidin-maila garaia isladatzen dute, bai eta ebaluazio negatiboarekiko beldur handia ere. Adaptaziorako zailtasunak argiak dira, eta asertibitate-maila oso baxua da. Ez du depresiorik agertzen eta autoestima erdi-mailakoa da.

1. TAULA ESKALA ETA GALDESORTEN EMAITZAK TRATAMENDUA BAINO LEHEN

| ESKALA ETA GALDESORTAK | PUNTUAZIOA |
|--|------------|
| Estresa eta ekidin soziala (SAD) (0-28)* | 26 |
| Ebaluazio negatiboarekiko beldurraren eskala (FNE) (0-30)* | 27 |
| Adaptazio-eskala (6-36)* | 29 |
| Depresio-galdesorta (0-63)* | 10 |
| Autoestima-eskala (10-40)** | 27 |
| Asertibitate-eskala (-90/+90)** | -59 |

* zenbat eta puntuazio garaiagoa larriagoa arazoa

** zenbat eta puntuazio garaiagoa txikiagoa arazoa

Terapeutaren laguntzaz jokabide-helburu batzuk finkatu ziren, pazientek zehazki hobetu nahi zituen jokabideak indartzeko eta banakako programa bat eraikitzeko. Jokabide hauek ebaluazio-errepikapenen neurri bezala erabiltzen direnez gero, pazientearen bilakaera terapeutikoaren jarraipena posible egiten dute. Jokabide-helburuen zerrenda eta beraienga-

nako zailtasun subjektiboa (0=batere ez; 10=erabat) bigarren taulan agertzen dira. Saio honetan tratamenduari buruz zituen itxaropenen gain galdetu zitzaion, emandako erantzuna 4koa (1=batere ez; 6=asko) izan zen, beraz motibazioa nahikoa altua da. Bigarren saio honen iraupena bi ordukoa izan zen.

2. TAULA JOKABIDE-HELBURUEN ZERRENDA ETA ZAILTASUN-MAILA TRATAMENDUA BAINO LEHEN

| JOKABIDE-HELBURUA | Zailtasun-maila (0-10) |
|---|------------------------|
| 1. jokabidea: Lasaitasunez hitz egin | 9 |
| 2. jokabidea: Tabernetara sartu | 9 |
| 3. jokabidea: Behatua izateari beldurra galdu | 9 |
| 4. jokabidea: Kexa bat adierazteko gai izan | 9 |
| 5. jokabidea: Kritikak onartu | 8 |

b) Hipotesi azaltzailea eta tratamendurako motibazioa

Ebaluazioa egin ondoren, pazienteari fobia sozialari eta berau gaur egun mantentzen duten faktoreei buruzko informazio argia eta zehatza eman zitzaion, ondorengo kontzeptuei buruzko informazioa eskainiz: defentsarako prestatzen duen herstura eta nahasketak sor ditzakeen herstura patologikoaren arteko desberdintasuna. Fobia hitzaren esanahia azaldu zitzaion eta sortzen dituen sintomak zeintzuk diren.

Fobia soziala nortasunaren ezau-garria den herabetasunarekin erlazionatzen dela sarritan adierazi zitzaion eta honek ekidinaz, mota zehatzeko pentsamenduaz eta zenbait sintoma fisiologikoz erantzuteko joera eragiten

duela. Etiologia ez dela argia esan zitzaion, baina gaur egungo mugetara bere arazoak gero eta handiagoak egitera bultzatu dituzten faktoreak zeintzuk izan diren azaldu zitzaion.

Adoleszentzia epe kritikoa da, bertan norberak etxetik kanpora ibiltzen eta lagunak egiten ikasi behar duelako, eta gainera bakoitzaren gorputzarekiko ebaluazioa, besteen aurrean egindako jokabideenganako autoebaluazioa eta zer esango dutenari buruzko kezka bizitzaren ardatz nagusi bilakatzen direlako. Garai honetan bere arazoa indar nabariaz agertzen hasten da, hemendik aurrera bera egoera sozialenganako jarrera nagusi bezala ekidina erabiltzen hasten da, honek hersturari eta egoerei aurre egitea galarazten dio eta bere ingurugirotik gero eta gehiago

isolatzen du. Ekidina hersturaren errefortzu negatiboa dela azaltzen zaio, epe motzera lasaitasuna dakarrena, baina epe luzera arazoa larritzen duena, herstura egoera gehiagotara orokortzen delako eta aurre egiteko estrategiak eta trebetasunak martxan jarri eta ikastea eragozten duelako.

Laguntza eskatzeko jokabidea errefortzatzen zaio, honek egoera ezezagunei aurre egitea suposatu diolako. Bere arazoari aurre egitea, erregulariki saihesten dituen egoerei aurre egitea dela (esposizioa) adierazten zaio eta horretarako tratamendua formatoa taldekoa izango dela, etxeko lanez osatua eta hersturari aurre egiteko estrategiak erakutsiko zaizkiola. Taldea bere adin nahiz arazo berbera duten jendez osaturik egongo da. Saiotara etortzeak herstura sortuko diola eta betebeharrak ezerosoak gerta daitezkeela ohartzazten zaio, baina helburua herstura maneiatzeko eta berorri aurre egiteko trebetasunak ikastea dela, eta epe luzera betebeharrak horiek hobekuntza nabaria sortuko dutela.

d) Tratamendua

Aukeratutako interbentzioa bitzita errealean egindako esposizioan oinarriturik egon zen, jokabide-saiakeraz eta saioen arteko etxeko lanez osatua.

Zortzi saioko programa terapeutikoa izan zen, taldean (5 paziente), astean behin eta bi ordu t'erdiko iraupenez saio bakoitzean. Bi terapeutak burutu zuten: gizona bata eta emakumea bestea. Saioak taldean egiteak lehen egun eta momentutik esposizio jarrai eta luzea suposatu zuen.

Lehenengo saioan pazienteek beren burua aurkeztu behar izan zuten eta beraien arazoak eta lortu nahi zituzten helburu terapeutikoak laburki agertu ere. Ondoren terapeutek arazoaren hipotesia, tratamenduaren oinarria eta pazienteek elkarren artean zituzten puntu amankomunak agertu zituzten. Taldekideek esposizio-ariketa bat egin behar izan zuten, minutu batzuetan sexu berdineko pertsona batekin elkarrizketa ez-formala mantenduz. Saihesten zituzten egoeren erregistroa betetzea eskatu zitzaien eta trebetasun sozialen osagaien laburpena eman zitzaien hurrengo saiorako. Halaber, saiora etorri izana eta emandako pausoa errefortzatu zitzaien.

Bigarren saioan, etxeko lanak gain-begiratu ziren, jokabidearen hitzezko, ez-hitzezko eta osagai paralinguistikoak komentatu ziren eta jokabide asertibo, ez-asertibo eta agresiboen ariketak egin ziren. Lehiatila batean informazioa eskatzeari buruzko eta kezkek galdetzeari buruzko saiakerak egin ziren. Erregistro batean apuntatu beharreko etxeko lanak adierazi ziren eta egoera sozialei aurre egiteko estrategiak eman zitzaizkien.

Hirugarren saioan, etxeko lanak berrikusi ziren, ondoren elkarrizketak nola hasi eta mantendu, ezetz nola esan, eskubideak defendatzeari eta kritikak maneiatzeari buruz hitz egin zen. Sexu berdineko eta ezberdineko bikoteka elkarrizketak nola hasi eta mantentzeari buruzko saiakerak egin ziren. Erregistro batean apuntatu behar ziren betebeharrak bidali zitzaizkien eta talde osoaren aurrean hitz egiteko gai bat prestatzea eskatu zitzaien.

Laugarren saioan betebeharrak berrikusi eta jende-talde baten aurrean

nola hitz egiteari buruz eztabaidatu zen. Taldekide bakoitzak gutxienez 5 minutuz egon behar izan zuen besteen aurrean hitz egiten eta taldekideen behaketa-gune izaten. Ondoren etxeko lanak bidali zitzaizkien.

Bosgarren saioan, tratamendu barneko ebaluazioa egin zen, eta ondoren etxeko lanak begiratu ziren. Ezetz esateari, mesede bat eskatzeari eta zita bat eskatzeari buruzko saia-kerak egin ziren. Ondoren, erregistro batean apuntatu beharreko etxeko lanak eztabaidatu ziren.

Seigarren saioan, betebeharrak berrikusi ziren eta hauek burutzean sortutako zailtasunak aztertu ere. Autoerrefortzuen eta jokabideen berezkotasun eta orokortasunari buruz hitz egin zen. Aisiazko aktibitateak planifikatu ziren eta norberaren buruarenganako segurtasunaz, auto-estimaz eta arrakastaren kontzeptuaz hitz egin zen. Talde batera gerturatze eta bertan hitz egiteari buruzko eta eskubideak defendatzeari buruzko saioak egin ziren. Hurrengo saiorako gai hauek izan ziren etxeko lanen gunea.

Zazpigarren saioan, etxeko lanak begiratu ondoren, talde baten aurrean aurkezteari buruz, norbait aurkezteari buruz eta konplimendu eta kritikak hartu eta egiteari buruz entseiatu zen. Eguneroko bizitza ikasteko oportunitate edo aukera bezala erabiltzeari buruz hitz egin zen.

Zortzigarren eta azken saioan, betebeharrak begiratu ziren, berrerortzearen kontzeptua adierazi zen eta berau gertatuz gero martxan jarri beharreko estrategiei buruz hitz egin

zen. Programaren ebaluazioa egin zen eta jarraipenaren egitaraua azaldu zitzaien.

Jarraipen-saioak, tratamendua bukatu eta hilabete bat, hiru hilabete, sei hilabete eta hamabi hilabetera egin ziren, eta talde osoa elkartzeko aprobe txatu ziren, bilakaera, zailtasunak, arrakastak eta kontzeptuak gogoratu eta eztabaidatzeko erabiliz.

Emaitzak

Jokabide-aldaketaren irizpide anitz erabili ziren interbentzio terapeutikoa-ren ondorioak neurtzeko. Aldaketa terapeutikoa tratamendua hasi baino lehenagoko tresnak errepikapen-neurri gisa erabiliz ebaluatu zen. Tresna hauek, eskalak eta galdesortak, ikerketa desberdinetako aldaketa terapeutikoaren aurrean sentikor agertu dira.

Hirugarren taulan agertzen dira eskala eta galdesortetan ebaluazio-une desberdinetan pazienteak lortutako emaitzak.

Hirugarren taulan ikus daitekeen bezala, aldagai desberdinetan hobekuntza poliki eta pixkanaka doa. 6 hilabeteko ebaluazioa puntu kritikoa da, non aldaketak handiagoak diren. Horrela 12 hilabetera esan dezakegu pazienteak adaptazio- eta autoestima-maila egokia lortzen duela eta estres eta ekidin sozialaren (SAD) bai eta ebaluazio negatiboarekiko beldurraren (FNE) beherakada nagusia ere. Asertibitatea oraindik puntuazio txikiarekin mantentzen da, baina denboran zehar maila hori igotzen joatea espero daiteke.

3. TAULA

ESKALA ETA GALDESORTA DESBERDINETAN LORTUTAKO
EMAITZAK TRATAMENDUAN ZEHAR (hilabetetan)

| ESKALA ETA GALDESORTAK | PUNTUAZIOAK | | | | | |
|---------------------------|-------------|---------|------|------|------|-------|
| | Aurretik | Ondoren | 1.h. | 3.h. | 6.h. | 12.h. |
| SAD (0-28) | 26 | 18 | 24 | 22 | 9 | 6 |
| FNE (0-30) | 27 | 26 | 26 | 24 | 9 | 11 |
| Adaptazioa (6-36) | 29 | 14 | 14 | 16 | 11 | 11 |
| Depresioa (0-63) | 10 | 1 | 2 | 3 | 0 | 0 |
| Autoestima (10-40) | 27 | 30 | 29 | 34 | 34 | 33 |
| Asertibitatea (-90/+90) | -59 | -42 | -51 | -43 | -33 | -21 |

Ikuspuntu zehatzago batetik laugarren taulan agertzen da ebaluazio desberdinetan tratamendua hasi baino lehenago eraiki ziren jokabide-helburuen zailtasun-maila. Ikus daitekeen bezala, zailtasun-mailaren beherakada progresiboa da.

Horrez gainera, jarraipenetan pazienteak lentilak jarri ditu, informatikako eta ingeleseko ikastaroak egin ditu, jende berria ezagutu du, e.a. Beraz tratamenduak etekin gehigarriak sortu ditu eta epe luzera irabazi esanguratsuak.

4. TAULA

TRATAMENDU ETA JARRAIPENETAN (hilabeteetan) ZEHAR
JOKABIDE-HELBURUEN ZAILTASUN-MAILA

| JOKABIDE-HELBURUA | Zailtasun-maila (0-10) | | | | | |
|---|---------------------------|---------|------|------|------|-------|
| | Aurretik | Ondoren | 1.h. | 3.h. | 6.h. | 12.h. |
| 1.a: Lasaitasunez hitz egin | 9 | 5 | 1 | 6 | 1 | 1 |
| 2.a: Tabernetara sartu | 9 | 4 | 1 | 3 | 3 | 1 |
| 3.a: Behatua izateari beldurra galdu | 9 | 3 | 3 | 3 | 2 | 1 |
| 4.a: Kexa bat adierazteko gai izan | 9 | 6 | 5 | 5 | 3 | 3 |
| 5.a: Kritikak onartu | 8 | 5 | 3 | 5 | 2 | 2 |

Ondorioak

Nahiz eta fobia sozialaren etiologia ezezaguna izan eta pazienteak betidanik horrela sentitu dela adierazi –nortasunaren ezaugarriekin erlazionatu daitekeena–, kasu honetan lortu-

tako emaitzek argi adierazten dute erabilitako tratamendu-programaren eraginkortasuna. Pazienteak, poliki-poliki, finkatutako hobekuntza nabaria lortzen du bere bizitzako arlo askotan.

Taldean eginiko esposizioa, jokabidearen saiakuntzaz eta etxeko lanez

osatua, eraginkorra agertu da. Hobe-kuntza ez da tratamendua bukatu eta bat-batean modu ikusgarrian gertatzen, askoz ere polikiago eta mailaz maila ematen da denboran zehar. Hamabi hilabeteko jarraipena egin denez, pazienteak bere eguneroko bizitzari aurre egiteko trebetasunak lortu dituela esan dezakegu. Aplikatutako tratamenduak, ekidin sozialaren joka-bideetan eragiteaz gainera, nahasketa honetan alderdi kognitibo zentrala den ebaluazio negatiboarekiko beldurrean eragin nagusia izan du, eta baita tratamenduaren objektu izan ez ziren beste arlo batzuetan ere.

Nahiz eta egoera sozialen aurrean esposizio luze eta graduala egiteko

zailtasunak egon, teknika hau, hemen egin den bezala, nahasketari aurre egiteko eraginkorra da. Ezaugarriak nagusiena taldean eginiko saio terapeutikoak dira, alderdi honek berak suposatzen baitzuen esposizio luzea, bi ordu t'erdikoa, eta herstura sortzen zuena. Lehenengo saio terapeutikoa oso garrantzitsua izan zen terapiaren bilakaerarako eta pazienteak motibatzeke.

Proposatutako tratamendua laburra da, ondo egituratua dago eta pazientearentzat lagungarria da bere arazoa nola mantentzen den ulertzeko eta egoera sozialei aurre egiteko estrategiak ikasteko. Horrez gainera, bere bizitzan irabazi gehigarri garrantzitsuak eragiten ditu.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1987): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, (DSM-III-R, 3ª ed.), DC: A.P.A., Washington.
- American Psychiatric Association (1994): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, (DSM-IV), DC: A.P.A., Washington.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., eta Erbaugh, J. (1961): "An inventory for measuring depression", *Archives of General Psychiatry* 4, 561-571.
- Beidel, D.C., Turner, S.M., eta Dancu, C.U. (1985): "Physiological, cognitive, and behavioral aspects of social anxiety", *Behaviour Research and Therapy* 23, (2), 109-117.
- Butler, G. (1985): "Exposure as a treatment for social phobia. Some instructive difficulties", *Behavior Research and Therapy* 23, (6), 651-659.
- Dinardo, P.A., eta Barlow, D.H. (1988): *Anxiety disorders interview schedule-revised (ADIS-R)*, Phobic and Anxiety Disorders Clinic, 1535 Western Avenue, Albany, New York 12203.
- Echeburua, E. (1993): *Fobia social*, Martínez Roca, Bartzelona.
- Echeburua, E., eta Corral, P. (1987): *Escala de Adaptación*, [Argitaratu gabeko idazkia].
- Echeburua, E., eta Salaberria, K. (1991): "Tratamientos psicológicos de la fobia social: un análisis crítico", *Psicothema* 3, (1), 7-23.
- , (1994). "Exposición y técnicas cognitivas en el tratamiento de la fobia social", in M. Garaibordobil eta C. Maganto, *Socialización y conducta prosocial en la infancia y en la adolescencia*, Euskal Herriko Unibertsitatea, Bilbo.
- Heimberg, R.G., (1989): "Cognitive and behavioral treatments for social phobia: A critical analysis", *Clinical Psychology Review* 9, 107-128.

- Mattick, R.P. eta Peters, L. (1988): "Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56, (2), 251-261.
- Rathus, A. (1973): "A 30 items schedule for assessing assertive behavior", *Behavior Therapy* 4, 398-406.
- Rosenberg (1965): *Society and the adolescent self-image*, Princenton, New York.
- Salaberria, K. (1994): *Efecto de la reestructuración cognitiva en el tratamiento por exposición de la fobia social de tipo generalizado*, [argitaratu gabeko doktorego-tesia], Euskal Herriko Unibertsitatea.
- Scholing, A., eta Emmelkamp, P.M.G. (1993): "Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: effects of individual and group treatment", *Behavior Research and Therapy* 31, (7), 667-681.
- Turner, S.M., eta Beidel, D.C. (1989): "Social phobia: clinical syndrome. Diagnosis and comorbidity", *Clinical Psychology Review* 9, (1), 3-18.
- Watson, D., eta Friend, R. (1969): "Measurement of social-evaluative anxiety", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 33, 448-457.
- Wlazlo, Z., Schroeder Hartwig, K., Hand, I., Kaiser, G., eta Munchan, N. (1990): "Exposure in vivo versus social skills training for social phobia-long term outcome and differential effects", *Behavior Research and Therapy* 28, (3), 181-195.