

Nortasun nahastea duten pazienteen ebaluazio tresnen itzulpena eta aplikazioa

DSM5-eko irizpideekin Euskal Autonomia Erkidegoan egindako ikerketa bat

Egilea: **NAIARA OZAMIZ ETXEBARRIA**

Urtea: 2013

Zuzendariak: JOSE GUIMÓN UGARTETXEA, AGURTZANE ORTIZ JAUREGI

Unibertsitatea: UPV/EHU

ISBN: 978-84-8438-507-3

Hitzaurrea

Tesi honen bitartez, DSM 5-eko nortasun eta nortasun nahasteen lan taldeak 2010ean proposatutako tresnak euskaratu eta euskal lagin batean balioztatu egin dira.

Tresnak euskarara itzultzeko back-translation metodologia erabili da, eta honen bitartez, tresnen baliogarritasuna frogatu egin da. Bestalde, tresna hauek, Euskal Autonomia Erkidegoko lagin batean erabili dira eta hauen ulergarritasun, erabilgarritasun eta baliogarritasuna frogatu da.

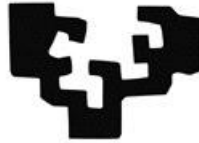
Hizkuntza da pazienteekin komunikatzeko daukagun tresnarik garrantzitsuena. Horregatik, euskera ama hizkuntza duten pazienteek eta profesionalak euskeraz diagnostikatzeko aukera izatea kontutan izan beharrezkoa dela deritzot. Pertsonalki, euskera da nire ama hizkuntza eta badakit zein onuragarria den euskeraz espresatzeko aukera izatea. Horregatik garrantzia handia ematen diot tesia euskaraz egiteko izan dudana aukerari, eta paziente euskaldunekin tresna hauek frogatzeko aukerari.

Nire esperientziak erakutsi didanagatik ere, paziente euskaldun askok eskertu egiten dute euskeraz arreta jaso ahal izatea, sufrimendu handia izaten duten momentuetan. Nire ustez gure ama hizkuntzan hitz egiteko aukera dugunean, hurbiltasun handiagoa sentitzen baitugu.

Guzti honengatik, osasun mental alorrean, euskaratu egiten diren tresna guztiak, paziente hauekin komunikatzeko oso baliagarriak izan daitezkeela deritzot.

Naiara Ozamiz Etxebarria
2013

eman ta zabal zazu



Universidad del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitatea

Medikuntza eta odontologia fakultatea. Neurozientzien departamentua.

**NORTASUN NAHASTEA DUTEN PAZIENTEEN
EBALUAZIO TRESNEN ITZULPENA ETA APLIKAZIOA:
DSM5-EKO IRIZPIDEEKIN EUSKAL AUTONOMIA
ERKIDEGOAN EGINDAKO IKERKETA BAT.**

Naiara Ozamiz Etxebarria

2013

Zuzendariak:

José Guimón Ugartechea eta Agurtzane Ortiz Jauregui

ESKERRAK

Hasteko, eskerrik asko nire zuzendariei Jose Guimón eta Agurtzane Ortiz, beraien laguntza, animo eta nigan jartzen duten konfidantzagatik.

Tesian zehar lagundu nauen jende guztiari eskerrik asko ere, asko izan zaretelako, eta nahiz eta gehienak aipatzen saiatuko naizen, ziur baten bat ahazten dudalako. Ahazten dudan horri ere mila esker.

Ikerketa honetan parte hartu duten pazienteei eskerrak eman behar dizkiet ere, oso kolaboratzaileak izan direlako, eta beraiekin oso gustora egin nituelako elkarrizketak.

Bestalde, zentru guztietan lagundu nauten psikiatra, psikologo, erizain, administrazioakoei... AMSA-ko kideei, Bermeoko osasun zentruko psikiatrei, Gernikako osasun zentruko psikiatrei, Irungo eta Donostiko Bitarte zentruko psikiatra eta erizain guztiei eta Basurtoko psikiatrei, nire esker handienak.

Nire email, telefono dei eta galadera guztiak erantzuten egon zaretenei, aholkuak eman dizkidazuenei eta gauzak erraztu dizkidazuene eskerrik asko zuen pazientziagatik.

Amaitzeko, esan behar dut harro nagoela nire inguruan dudan sare sozialarekin, nire ondoan daudelako beti animatzen, eta denok batera tesi hau egin dugulako azken batean.

Eskerrik asko nire familiari eta nire lagunei, danok batera nire euskarria zaretelako eta zuek gabe ez litzatekeelako ezer posiblea izango.

Bihotzez, mila esker danoi!

TESIAREN EDUKIA

TAULEN ZERRENDA.....	8
GRAFIKOEN ZERRENDA.....	10
1. JUSTIFIKAZIOA.....	13
2. NORTASUN KONTZEPTUAREN AURREKARIETATIK, GAUR EGUNGO EGOERARA.....	14
2.1. NORTASUNAREN SUTRAIAK.....	15
2.1.1. Nortasun kontzeptua.....	15
2.1.1. Tenperamentua eta izaera.....	15
2.1.2. Nortasunaren lehenengo teoriak.....	16
2.1.3. Psikoanalisiaren ekarpenak.....	18
2.2. NORTASUN NAHASTEEN INGURUAN EGON DIREN IKUSPUNTUAK.....	21
2.2.1. Historian zehar nortasun nahasteen inguruan egon diren ereduak ereduak.....	22
2.2.1.1. Kretschmer eta Sheldon.....	23
2.2.1.2. Ikuspuntu faktorialak.....	25
2.2.1.2.1. Eysenck.....	26
2.2.1.2.2. Bost faktoreen eredia.....	28
2.2.1.2.3. Cloninger.....	30
2.2.1.3. Pavlov.....	32
2.2.2. Nortasun nahasteak: genetika eta eboluzioa.....	33
2.2.2.1. Millon-en eredia.....	35
2.2.2.2. Azalpen eboluzionistak.....	39
2.2.2.3. Ikuspuntu genetikoak.....	40

2.2.2.4.	Ondorioak ateratzen.....	41
2.2.3.	Nortasuna eta neurobiologia.....	42
2.2.3.1.	Gaur egungo eredu nagusiak.....	42
2.2.3.2.	Nortasun nahasteen inguruan egindako ikerketa biologikoak.....	47
2.3.	NORTASUN NAHASTEENTZKO TRATAMENDUAK.....	50
2.4.	NORTASUN NAHASTEAK ETA KULTURA.....	52
2.5.	KLASE SOZIALA, FAMILIA ETA ALDAGAI SOZIODEMOGRAFIKOAK.....	55
2.6.	EZAUGARRIAK, KATEGORIAK ETA DIMENTSIOAK.....	61
2.7.	NORTASUN NAHASTEEN SAILKAPENA, DSM AREN HISTORIA...66	
2.7.1.	DSM-aren historia.....	67
2.7.2.	Gaur egungo sailkapen sistemak: CIE 10 eta DSM IV-TR.....	69
2.8.	DSM IV: NORTASUN NAHASTEEN DEFINIZIOAK ETA KRITIKAK	
2.8.1.	DSM IV.....	71
2.8.2.	Orain arte DSM IV-ari egindako kritikak.....	84
2.9.	DSM 5 ERAKO PROPOSAMEN BERRIAK ETA JUSTIFIKAZIOA	
2.9.1.	DSM 5-eko prozesua.....	87
2.9.2.	Nortasun eta nortasun nahasteen lan taldea.....	88
2.9.3.	2010-eko otsailean egindako kontzeptualizazioa.....	90
2.9.3.1.	Nortasunaren funtzionamendu mailak garatzeko arrazoiak.....	91
2.9.3.2.	Bost nortasun nahaste eredu garatzeko arrazoiak.....	92
2.9.3.3.	Nortasun nahasteentzako sei eremu zehazteko oinarriak.....	93
2.9.3.4.	Proposatu diren ezaugarrientzako oinarriak.....	94

2.9.3.5.	DSM 5-eko zeharkako neurketa galdesorta sortzeko oinarriak.....	95
2.9.4.	DSM 5 –eko 2010eko lehenengo zirriborroko nortasun nahaste mota, ezaugarri eta eremuen proposamena.....	96
2.9.4.1.	Nortasun nahaste motak.....	97
2.9.4.2.	Nortasun nahaste ezaugarri eta eremuak.....	102
2.9.5.	DSM 5-ari bere prozesuan zehar egin zaizkion kritikak.....	107
2.9.6.	2011ko ekainean, nortasun nahasteen inguruan egindako birformulazioa.....	112
2.9.6.1.	DSM5-eko nortasun nahasteen sailkapenaren Lehenengo proposamenari egin zitzaizkion kritikak kontutan hartzen.....	112
2.9.6.2.	2011ko ekaineko birformulazioa.....	114
2.9.6.3.	NIMH-ren jarrera eta 2013ko maiatzean APA-k kongresurako egindako proposamena.....	117
3.	TESIAREN HELBURU ETA HIPOTESIAK.....	118
3.1.	Helburuak.....	118
3.2.	Hipotesiak.....	119
4.	MATERIALA ETA METODOAK.....	120
4.1.	Gaixoak: laginaren diseinu eta selekzioa.....	120
4.2.	Tresnak.....	121
4.3.	Metodologia.....	124
4.3.1.	Tresnen itzulpenerako.....	124
4.3.2.	Tresnak aplikatzeko metodologia.....	128
4.3.3.	Analisi estatistikoak egiteko metodologia.....	129

5. EMAITZAK.....	131
5.1. Aldagai soziodemografikoak.....	131
5.2. DSM-ko nortasunaren ebaluazioa.....	132
5.2.1. Nortasunaren funtzionamendu mailak.....	133
5.2.2. Ereduari egokituriko profila.....	133
5.2.3. DSM IV eta DSM 5-eko diagnostikoak.....	140
5.2.4. Eremuen neurketa: Pazienteen nortasuna erabat deskribatzen duten eremuak.....	141
5.2.5. Zeharkako neurketa: sintomatologia.....	147
6. ONDORIOAK.....	153
7. EZTABAIDA.....	154
7.1. Tresnen inguruko gogoetak.....	154
7.2. Azterturiko laginari buruzko gogoetak.....	157
7.3. Laginaren inguruan beste gogoeta batzuk.....	162
7.4. Gogoeta orokorra.....	163
8. BIBLIOGRAFIA.....	166
9. ERANSKINAK.....	191

TAULEN ZERRENDA

1. **Taula:** Laginaren banaketa.
2. **Taula:** Nortasun nahaste antisoziala: minimoak, maximoak, batzbestekoa eta desbiderazio tipikoa.
3. **Taula:** Nortasun antisozialen profila, lehenengo elkarrizketatik bigarrenera eman diren aldaketak.
4. **Taula:** Nortasun nahaste saiheskorra: minimoak, maximoak, batzbestekoa eta desbiderazio tipikoa.
5. **Taula:** Nortasun saiheskorraren profila, lehenengo elkarrizketatik bigarrenera eman diren aldaketak.
6. **Taula:** Nortasun nahaste borderlinea: minimoak, maximoak, batzbestekoa eta desbiderazio tipikoa.
7. **Taula:** Nortasun borderlinearen profila, lehenengo elkarrizketatik bigarrenera eman diren aldaketak.
8. **Taula:** Nortasun nahaste obsesibo konpulsiboa: minimoak, maximoak, batzbestekoa eta desbiderazio tipikoa.
9. **Taula:** Nortasun obsesibo-kompulsiboaren profila, lehenengo elkarrizketatik bigarrenera eman diren aldaketak.
10. **Taula:** Nortasun nahaste eskizotipikoa: minimoak, maximoak, batzbestekoa eta desbiderazio tipikoa.

11.Taula: Nortasun eskizotipikoaren profila, lehenengo elkarrizketatik bigarrenera eman diren aldaketak.

12.Taula: Erabat deskribaturiko ezaugarriak, lehenengo elkarrizketatik bigarrenera eman diren aldaketak.

13.Taula: Wilcoxon froga/ Froga bilateralala.

14.Taula: Sintomatologian egon diren aldaketak test-retestean.

15.Taula: Depresio mailen portzentaiak bi elkarrizketatan.

16.Taula: Amorrut mailen portzentaiak bi elkarrizketatan.

17.Taula: Antsietate mailen portzentaiak bi elkarrizketatan.

18.Taula: Memoria/orientazioa mailen portzentaiak bi elkarrizketatan.

19.Taula: Zeharkako neurketa galdesortako beste sintometan ateratako puntuazioen portzentaiak.

GRAFIKOEN ZERRENDA

1. **Grafikoa:** Nortasunaren funtzionamendu maila, lehenengo eta bigarren elkarrizketetako maiztasunak.
2. **Grafikoa:** Antisozial ereduari egokitutako profila, lehenengo eta bigarren elkarrizketetako puntuazioak.
3. **Grafikoa:** Saiheskor ereduari egokitutako profila, lehenengo eta bigarren elkarrizketetako puntuazioak.
4. **Grafikoa:** Borderline ereduari egokitutako profila, lehenengo eta bigarren elkarrizketetako puntuazioak.
5. **Grafikoa:** Eredu obsesibo konpultsiboari egokitutako profila, lehenengo eta bigarren elkarrizketetako puntuazioak.
6. **Grafikoa:** Eredu eskizotipikoari egokitutako profila, lehenengo eta bigarren elkarrizketetako puntuazioak.
7. **Grafikoa:** DSM IV eta DSM 5-eko diagnostikoak.
8. **Grafikoa:** Aurkakotasun ezaugarri portzentaiak.
9. **Grafikoa:** Desinibizio ezaugarri portzentaiak.
10. **Grafikoa:** Emozionalitate negatibo ezaugarri portzentaiak.
11. **Grafikoa:** Barnerakoitasun ezaugarri portzentaiak.
12. **Grafikoa:** Eskizotipia ezaugarri portzentaiak.

13. Grafikoa: Konpultsibitate ezaugarri portzentaiak.

14. Grafikoa: Depresio mailak bi elkarrizketetan maximoak, minimoak, kuartilak eta mediana.

15. Grafikoa: Amorrutailen puntuazioa bi elkarrizketetan maximoak, minimoak, kuartilak eta mediana.

16. Grafikoa: Antsietate mailen puntuazioa bi elkarrizketetan maximoak, minimoak, kuartilak eta mediana.

17. Grafikoa: Memoria/orientazio mailen puntuazioa bi elkarrizketetan maximoak, minimoak, kuartilak eta mediana.

1. JUSTIFIKAZIOA

APA, (American Psychological Association), gaixotasun mentalen diagnostiko eta estatistika bostgarren eskuliburua “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*” sortzen ari da, eta jada ondorioetara heltzen ari da bere argitalpena burutzeko.

DSM 5eko Nortasun eta Nortasun Nahasteen lan taldeak, nortasunaren psikopatologiaren ebaluazio eta diagnostikoan birformulatze esanguratsua gomendatu du.

Proposamen berri honetan nortasun nahasteen definizio berri bat, nortasunaren ezaugarriak neurtzeko eskala berri batzuk, nortasun nahaste mota konkretu batzuk eta nortasunaren disfuntzio orokorraren eskala bat agertzen dira.

Eskala eta tresna hauek, eremu, herrialde eta kultura desberdinetan balioztatzea garrantzitsua da, 2013ko maiatzean argitaratuko den DSM 5-a, populazio desberdinetan baliagarria izango dela egiaztatzeko.

Ikerketa honen bitartez, Euskal Herrian hartutako lagin batean tresna berri hauek balioztatu nahi ditugu. Euskal Herriak herrialde elebiduna izatearen berezitasuna dauka, horregatik eskala eta tresna hauek euskarara itzultzearen garrantzia ikusi dugu, batez ere, euskara ama hizkuntz bezala duten ebaluatzaile eta gaixoentzat.

Lan honetan, lagin euskaldun bat erabiliko dugu eta tresnen eduki baliozkotasuna neurtuko dugu. Bi elkarrizketa egingo ditugu, hilabete bat tartean utziz, fidagarritasun intra-ebaluatzailea lortzeko.

Guzti honekin, DSM-5eko nortasun nahasteen inguruan sortu diren irizpide berriak aztertu, eta Euskal Herrian hartutako lagin batean baliagarriak diren frogatuko dugu.

2. NORTASUN KONTZEPTUAREN AURREKARIETATIK, GAUR EGUNGO EGOERARA.

Nortasun kontzeptua, kalean jendeak bere egunerokotasunean, erabilitako kontzeptua da, baina, kontzeptu honen atzean historia handia dago. Ikuspuntu, teoria eta eztabaida asko egon dira kontzeptu honen atzean; hasiera batean filosofia, psikologia eta soziologia zientziek aztertu zuten, eta beranduago, psikiatrian aztertua izan da.

DSM-a agertu baino lehenago, nortasun nahasteak definitzeko, psikiatrian deskripzio klinikoak egiten ziren.

DSM I, 1952an sortu zen eta psikologoek eta psikiatren arteko gaixotasun mentalen sailkapenenaren inguruko konsensu bat sortzeko eraiki zen (López-Ibor et al., 2002).

1968-an American Psychiatric Association-ek DSM-aren lehenengo errebisioa argitaratu zuen, DSM II. Nortasun nahasteek ez zeukaten ain paper garrantzitsua momentu hartan. DSM IIan nortasun nahasteak V.kapituluan agertzen ziren,

Nortasun nahasteak eta beste nahaste psikiko ez psikotikoak kategorian (desbiderapen sexual, alkoholismo eta toxikomaniekin batera). Nortasun nahasteak ondorengoak ziren: paranoidea, ziklotimikoa, eskizoidea, nortasun estandarria, obsesibo-kompulsiboa, histerikoa, astenikoa, antisoziala, pasibo-agresiboa, desegokia, eta beste nortasun mota batzuen hondarren kategoria.

1980-tik aurrera, DSM III-an nortasun nahasteak berezko ardatz diagnostiko bat bezala agertu ziren (APA, 1980). DSM-aren hirugarren edizioa atera denetik, nortasun nahasteen teoriak sortzen ari dira eta nortasun normalarengandik desberdindutako deskribapenak egiten dira (Sánchez, 2003).

Hurrengo lerroetan, nortasunaren kontzeptuaren sustraiak eta nortasun kontzeptuari buruz hitz egingo dut.

Nortasunari eta nortasun nahastei buruzko teoria eta ikerketa asko egin dira. Batzuk oso antzekoak izan dira beraien artean, besteak oso desberdinak. Baina inoiz

ez dira denak errealitate berdin bat bezala elkartu. Horregatik, ikuspuntu bateratzaile baten beharra ikusten da gaur egun ere (Baca eta Roca 2004).

2.1. Nortasunaren sustraiak

2.1.1. Nortasun kontzeptua

Nortasunaren jatorria aztertzeko, lehenengo pertsonalitate eta pertsona hitzaren jatorria aztertu izan da. Pertsona hitza latin klasikotik dator, frantsesez “personnalité”, ingelesez “personality” eta gaztelaniaz “personalidad”. Grezieraz, pertsona hitzak, aktoreek antzerkian ipintzen zuten maskarari egiten dio erreferentzia (Guerra et al., 1998).

Euskaraz (nor+tasuna) hitzak sustrai autoktonoa dauka. “Nor” hitzak pertsona adierazten du eta “tasuna” aztizkiak kualitatea esan nahi du.

2.1.2. Temperamentua eta izaera

Nortasunen teoriak ulertzeko, terminologia ulertzea garrantzitsua da. Orain arte, autore desberdinek “temperamentu” eta “izaera” bezalako terminoen definizioak egin dituzte.

Izaera, jokatzeko modu eta estilo egonkorra da. Nortasunaren ageriko aspektuek errepresentatzen dute, banakoaren ezaugarri nabariak dira. Hau ez da jaiotzakoa, garapen bat behar du, eta alda daiteke.

Temperamentua, berriz, substratu neurobiologikoa da. Banako bakoitzean aurki dezakegun jarrera afektibo orokorra da. Pertsona batek bere afektuak bizitzeko eta horiei erantzuteko duen modu berezia. Temperamentua jaiotzakoa eta herentziakoa

da, eta, gorpuzkeraren arabera denez, ziklo bitalaren eraginarekin ez da aldatzen. Kontzeptu hau Kretshmer-ek adierazi zuen lehendabizi, eta gaur egun arte, autore askok parte hartu dute kontzeptu honen definizio lanetan (Baca eta Roca, 2004).

Historikoa da, beraz, nortasuna temperamentu eta izaeraz osatua dagoenaren ideia, eta, gaur egun ere, ideia onartuena izango litzateke. Hala ere, aurrerago ikusiko dugu, autore bakoitzak, bere teoriaren arabera, garrantzia handiagoa ematen diola temperamentuari edo izaerari.

2.1.3. Nortasunaren lehenengo teoriak

Nortasunaren teoria zientifikoak garatzeko ahaleginak Allportek 1937an idatzitako *“Personality. A psychological interpretation”*-en agertzen dira. Historikoki, berak abiapuntu bezala hartzen duen definiziotik aurrera hasi ziren autore desberdinak psikologia zientifikoan jarrera desberdinak hartzen, eta, ikerketa enpirikoak egiten. Allportek modu honetan definitzen du nortasuna: *“Banakoak barnean duen sistema psikofisikoen antolamendu dinamikoa , sistema honen arabera ingurugirora egokitzea zehaztuko da”* (Allport,1937).

Allport-en ondoren, Henry A. Murray-ek (1893-1988) antzeko ikuspuntu bat izan zuen eta bere teoriak deskripzioetan oinarritzen zituen, eta nortasuna sistema bat bezala ikusten zuen batez ere. Murray-ren arabera, nortasuna ondorengoa da: *“Pertsona baten nortasuna garun prozesuen arabera da, garuneko fisiologia eta nortasunaren artean harreman estua baitago. Giza-jokabidearen oinarria prozesu neurofisiologikoetan dago.”*

Murphy (1947)-ren arabera: *“Nortasunak, banakoa beste gizakiengandik kualitatibo eta kuantitatiboki desberdintzen du, eta organismo eta ingurugiroak nortasunean eragina izango du”* (Baca eta Roca, 2004).

Eysenck-ek 1947an, nortasuna organismo bat osatzen duten jokabideen batuketa bezala definitzen du, non herentziak eta ingurugiroak eragina daukaten. Honengan, sektore kognitiboak (adimena), konatiboak (izaera), afektiboak (tenperamentua) eta somatikoak (konstituzioa) eragina daukate. *“Banakoaren izaera, tenperamentu, adimen eta fisikotasunaren eraikuntza egonkor eta iraunkorra, ingurunearen arabera moldatzea zehazten duena, eta ezaugarrien bitartez deskriba daitekeena.”* (Eysenck, 1947).

XX. mendearen erdialdean Joseph Nuttinek nortasuna horrela definitu zuen: *“Pertsonaren izaera eta funtzionatzeko era ulertzeko psikologoak garatzen duen egitura zientifiko bat da.”* (Nuttin, 1965).

1957an Erich Fromm-ek *“Oinordetutako eta eskuratutako gaitasun psikikoen osotasuna, banakoa bakarra egiten duena”* definizioa egiten du nortasunarentzako.

Nortasunaren kontzeptualizazio guzti hauek nortasuna osotasun bezala hautematen dute. Nortasunaren psikologian, hain zuzen ere, prozesu psikologiko, kognitibo, afektibo eta konduktual desberdinak dituzten pertsonak garela eta gure helburu propioak ditugula baieztatzen da.

“Nortasunaren osotasuna errealitate psikosomatiko bat da, bere barne prozesu somatiko eta mentalak, alderdi biologiko, sozial, intelektual eta emozionalak, baita desirak, baloreak eta asmoak integratzen ditu, eta horrela banakoak beraien artean diferentziatzen dira. Eta guzti honengan ingurugiroak eta genetikak eragina duela kontutan hartu behar da.” (Ibañez, 1989).

Hau guztia ikusirik, garrantzitsua da Nortasunaren Psikologia osotasun bezala hartzea, nahiz eta jakina den, benetan ikuspuntu eta eskola desberdinen dispertsio, pluraltasun eta aniztasun handia dagoela (Baca eta Roca 2004).

2.1.4. Psikoanaliaren ekarpenak

Freuden lanik garrantzitsuenetariko bat aparatuko psikiko eredu bat zehaztea izan da.

Alde batetik Freudek, kontzientea, prekontzientea eta inkontzienteari buruz hitz egiten du. Kontzienteari dagokionez, bertan dauden pentsamenduak eta pertzepzioak ulertu egiten dira eta nabarmenak dira; prekontzientea, pentsamendu, oroitzapen eta ikaskuntza ez kontzienteek osatzen dute eta hauetara iristeko atentzio berezia beharrezkoa da; eta, azkenik, inkontzientean, kontzientziari ihes egin dioten desio erreprimituak daude.

Freud-en arabera, nortasunaren sorburua, norbanakoaren agresibitate eta atsegin bilaketaren instintu bulkaden eta muga sozialen artean ematen diren gatazkengan dago. Nortasuna bi indar hauen artean kontziliatzen saiatu egiten da, gure instintuen asetzera bilatuz, baina gure erru edo zigor sentimenduen biktimak izatera heldu gabe. Gatazka hau azaltzeko, eta gure psikismoaren dinamika ulertzeko, Freudek beraien artean elkarreragiten duten kontzeptuak asmatu zituen: Zera, nia eta supernia.

Zera, pertsonak oinordetzen duena izango itzateke, eta gure inkontzientean egongo litzateke, gure inpultso edo pulsio primitiboak errepresentatuko litzuzke. Gure jokabide eta pentsamenduaren motorea izango litzateke, atseginaren printzipioengatik arituko litzatekeelarik.

Zeraren beste poloan, supernia egongo litzateke, eta honek, kulturarengandik jasotako pentsamendu moralak eta etikoak erakutsiko litzuzke.

Nia, berriz, zeraren desira eta eskakizunak betetzen saiatuko litzateke, superniaren exigentziekin kontziliatzen delarik aldi berean. Beraz, nortasunaren gauzatzaile bezala, niak errealitatea, zera eta superniaren indarren artean oreka bilatu behar du.

Bestalde, Freud psikoanalistak, nortasuna haurtzaroaren aro desberdineatan garatuz doala esaten du, eta aro hauen oinarrian funtzio biologikoak daude. Fase hauetan zehar emandako ekintzak, gizakiaren nortasunaren garapenean erabakigarriak izango dira. Hona hemen Freuden estadio psikosexuak:

- Fase orala: (jaiotzetik 12-18 hilabetera). Ahoa da eremu erogeno nagusia (jan, miatzkatu...). Haurrak etapa honetan plazerra lortzen du jaten.
- Fase anala: 12-18 hilabetetik 3 urtetara: garai honetan uzkia izango da plazer iturria. Beraien gorotzak kontrolatzen hasten dira, eta plazerra sentitzen dute hauek botatzean.
- Fase falikoa (3-6 urte): Fase honetan umeak plazer autoerotikoa sortzen du. Emakumearen eta gizonezkoaren arteko ezberdintasun psikosexualean oinarritzen da.
- Latentziako fasea (6 urtetatik nerabegarora): inpultso sexualak inhibitzen dira eta kulturara adaptatuago dauden jokabideetara kanalizatzen dira. Freudek "lasaitasun sexual garaia" deitzen du.
- Fase genitala (nerabegarotik helduarora): Organo genitalen garapena ematen denez, desira sexuala hasten da. Lehen autoerotikoa zena, orain interakzio batean bilatzen da. Identitate sexuala baieztatzen da.

Azkenik, defentsa mekanismoak, gertakizun estresagarrien ondorioak gutxiagotzen dituzten mekanismo psikologikoak dira. Teoria psikoanalitikoan, defentsa mekanismoak, errealitateari aurre egiteko estrategia psikologiko inkontzienteak dira, eta honen bitartez, banakoak bere autoirudia mantentzen du. Pertsona osasuntsuek defentsa desberdinak erabiltzen dituzte beraien bizitzan zehar. Patologikoa bilakatuko litzateke, bere erabilera gehiegizkoa denean, eta honek jokabide desegoki batera daramanean, eta pertsonaren osasun fisiko eta/edo mentala kaltetua agertzen denean.

Defentsa mekanismo nagusiak kondentsazioa, desplazamendua, disoziazioa, formazio erreaktiboak, negazioa, proiektzioa, razionalizazioa, represioa eta erregresioa dira.

Kondentsazioaren bitartez, errepresentazio inkontziente bat, beste errepresentazio batzuetan kontzentratu egiten da (ametsak, lapsusak, sintomak).

Desplazamendu defentsa mekanismoaren bitartez, objektu batek angustia eta tentsioa sortzen digunean, eta objektu honen aurka emozio horiek deskargatu ezin ditugunean, gure garunak, energia hau beste objektu batera lekualdatzen du.

Disoziazioaren bitartez, norberaren irudiaren edo kontzientziaren elementuak onartezinak direnean, ezabatu egiten dira. Hau, adibidez, gertakizun traumatikoekin gertatzen da.

Formazio erreaktiboaren bitartez, pertsonak, zentsura moral bat egiten du, eta, benetan duen desiraren aurkako espresio edo jokabide bat egiten du.

Negazio defentsa mekanismoan norbanakoak gertakizun edo egoera desatsegin edo mehatxagarri bat gertatu dela ukatu egiten du.

Proiekzioa gatazka emozional bat gertatzen denean, eta norbanakoarengan onartezinak diren sentimendu, inpultso edo pentsamenduak sortzen dituenean, erabiltzen den defentsa mekanismoa da. Sujetuak sentimendu, pentsamendu eta desira onartezin hauek, beste pertsona edo objektu bateruntz zuzentzen ditu, berarengan angustia edo antsietate handia sortzen dutelako. Horrela, defentsa psikiko honen bitartez, eduki mehatxagarriak kanpoan jartzen ditu.

Razionalizazioaren bitartez, antsietatea, gutxiagotasun edo erru sentimenduak sortzaketan sentimendu, pentsamendu edo jokabideak justifikatu egiten dira azalpen logikoen bitartez. Horrela, norberarentzako edo besteentzako negatiboak izan daitezkeen jokabideak arrazoibidetu daitezke.

Represioa psikoanalisiaren defentsa mekanismo garrantzitsuena da, norbanakoak errepresentazio, ideia, pentsamendu, oroitzapenak edo desirak errefusatzeko, eta inkontzientean gordetzen ditu.

Erregresioan, pertsona, inkontzienteki bere garapenaren aurreko maila batera bueltatu egiten da. Jokabide erregresiboak izan ditzakete tentsio gogor bat jasaten

dutenean, eta, arazo bat konpontzeko orduan, beste batzuek beraiengatik erantzungo dutela esperoz, adibidez.

Sigmud Freuden teoriaren arabera, errefusaturiko edukiak, ez dira betiko suntsitu edo ukatuko, bere efektibotasuna inkontzientetik mantenduko dute. Beraz, terapeutaren helburua pazientea bere errepresioaz kontziente izatea izango litzateke. Errepresioa subjektuaren bizitzan ametsen, lapsus linguae-en eta huts egindako ekintzen bitartez azalduko da, edo, modu traumatikoago baten bitartez, nahaste organiko edo somatizazioak sortuz. (Freud S., 1962).

Psikoanalisi freudianoa beraz, nagusiki, nortasun teoria bezala ulertua izan daiteke. Hala ere, Freud-ek ez zuen izenez behintzat nortasunari buruz hitz egin, baina bai Otto Fenichelek, bere jarraitzaile fidel batek (Baca E. eta Roca M., 2004). Honek izaerari buruzko definizio bat egiten du: “ *Banakoaren izaera ulertzeko, bere garapen historikoa eta bere nahasteen garapena (izaeraren neurosia) ulertu behar dira.*”(Fenichel, 1945).

2.2. Nortasun nahasteen inguruan egon diren ikuspuntuak

Nortasunari eta bere nahastei dagokienez, gaixotasun mentalen nazioarteko sailkapenak, pentsamendu, sentimendu eta jokabide egonkorretan zentratzen dira. Bestalde, pertsona bakoitzaren adaptazio moduagatik eta bizitza estiloagatik bereizten dira ere.

Definizioak aztertzerakoan, batzuetan nortasun “normalarekiko” desberdintasunak ere erakusten dituzte.

CIE 10ean nortasun nahastei buruz hitz egitean, jokabideen iraunkortasun eta malgutasun ezan zentratzen da. Bestalde, normaltasuna eta ez normaltasuna desberdintzeko, subjektuaren kulturen ematen den jokabideen batez bestekotik emandako desbiderapenean, eta “sufritu eta besteiei sufriarazi” kontzeptuak erabiltzen ditu.

DSM -a berriz, ezaugarri ez normalen zurruntasunean, egoerei egokitzen ez den izaeran eta pertsonaren gaitasunik eza eta ondorez zentratzen da (APA, 2002).

Autore anglosaxoiek, Tryrer buru daukatelarik, nortasun nahastea funtzionamendu sozial eta pertsonalaren anomalia lez ikusten dute. Hau da, jokabide desegokiak dituzten pertsonak, baina beste gaixotasun mentalik diagnostikatu ezin zaienak (Baca eta Roca, 2004).

Bestalde, psikiatrian, tradizionalki, nortasuna eta bere nahasteak Eysenck-en ikuspuntutik ikertu dira, baita ere. Honek, substratu neurobiologiko bat bilatzen du, pertsonaren jokabideen aldaera erakusteko, eta gizakiek sentitzeko duten era azaltzeko. Modu honetan, substratu honen asaldatzeak ematen badira, aldaera hauek "patologiko" bezala ikusiko dira (Eysenck, 1967).

Neuroirudi, genetika eta ikuspuntu kognitiboei buruzko ikerketek ere nortasun nahasteen kausa biologiko, fisiko eta kimikoei buruzko datuak bilatu dituzte, baina oraindik ez dira aurkikuntza handiegiak egin (Baca eta Roca 2004)..

Hurrengo lerroetan, nortasun nahasteen inguruan sortu diren teoria desberdinak azaltzen dira.

2.2.1. Historian zehar nortasun nahasteen inguruan egon diren ereduak

Grezia zaharrean, Hipokrates medikuak ezagutza psikologikoak aberastu zituen "*humoreen teoria*" sortuz. Beranduago, Kristo ondorengo II. Mendean, Galenok, ezarri eta zabaldu egin zuen. Azkeneko honetan, Eysenck-ek beranduago erabiliko zituen bi dimentsio zeuden: neurotizismoa eta extrabertsioa. Garai hartako ikastunek lau temperamentu deskribatu zituzten gorputzeko humoreen arabera. Gorputzean nagusi zen humorearen arabera, gizakiak talde edo tipo desberdinetan egon zitezkeen.

Teoria honen arabera, melankolikoa triste egongo litzateke bilis beltzaren nagusitasunagatik. Bere nortasunaren ezaugarriak, zailtasunetan arreta jartzea, sakonean pentsatzea, analitikoa, perfekzionista, oso sentikorra eta introbertidoa izatea dira.

Bestalde, odolestuak entusiasmoa izango luke odolaren eraginagatik. Bere nortasunaren ezaugarriak, arduragabea, beti itxaropentsu, garrantzi handia eman gauzei eta gero arin ahaztea, bizitzaz gozatzea, sentimenduen bitartez pentsatzea eta extrabertidoa izatea dira.

Kolerikoa, haserrekorra litzateke bilis horiaren nagusitasunagatik. Eta kasu honetan, bere nortasunaren ezaugarriak, sutsua, aktiboa, arduragabea eta harroa izatea dira. Azkenik, flematikoa, apatikoa eta geldoa da flemaren eraginagatik. Odol hotza, zirrara gabezia, mugimendu makal eta iraunkorrak, eta, haserretu baino lehen birritan pentsatzea dauzka ezaugarritzat.

Beranduago, Kant-ek lau temperamentuen deskripzio konkretuagoa egin zuen, eta Wundt, dimentsio eredu bat ezartzen lehenengoa izan zen (Gili eta Roca 2004).

2.2.1.1. Kretschmer eta Sheldon

2.2.1.1.1. Kretschmer

Historikoki oso garrantzitsuak eta ezagunak dira psikologia eremuan Kretschmer-ek temperamentuari eta konsitutzio somatikoari buruz egindako ikerketak. Kretschmer-ek gorputz konstituzio eta nortasun/patologia artean korrelazioak bilatzeko tipologia somatiko bat proposatu zuen. 400 paziente psikiatriko aztertu zituen eta hauengan kategoria fisikoak diagnostiko psikiatrikoekin harremantzen saiatu zen. Hiru tipo somatiko basiko aurkitu zituen eta horrela deitu zituen: piknikoa, astenikoa eta atletikoa. Horrela, "izaera" teoria bat sortu zuen, ez bakarrik gaixoentzako, baizik eta pertsona guztientzako (Kretschmer, 1953).

Horrela, pertsona *eskizotimikoa*, gaur egun barnerakoi lez ezagutzen duguna liteke. Bere nortasuna hitz gutxikoa, umore hotza eta urrunekoa, oso minbera, jarraikia eta

arduratsua izango litzateke. Tipo honen konstituzioa *leptosomatikoa* liteke, altua, argala, kaxa toraziko lau eta luzea, pelbis zabalak, beso eta hanka luzeak, esku argalak, aurpegi txikia eta lepo luze eta argala, sudur argala. Psikopatologiari dagokionez, eskizofrenia izatera predisposizioa izango luke.

Ziklotimikoa, gaur egun kanporakoia lez ezagutzen duguna liteke, eta axolagabea, gizartekoia, inprobisatzailea, poza eta tristura artean dabilena, oso praktikoa eta logika gutxiduna izango litzateke. Bere konstituzioa piknikoa liteke. Kaxa toraziko handia eta laburra, forma borobilak, beso ta hanka laburrak ta zabalak, buru borobil ta handia, lepo laburra. Psicosisia maniako-depresibo-rako predisposizioa izango luke.

Azkenik, biskosoak edo barizinetikoak, segurtasuna, zintzotasuna, bizitza psikiko orekatua eta lanerako gaitasuna eta iraunkortasuna izango lukete. Konstituzio atletikoa: sorbalda zabalak, pelbis estua, beso eta hanka gogorak, esku eta oin handiak, aurpegi handia eta ile gogorra. Epilepsia patologia izateko predisposizioa kasu honetan.

2.2.1.1.2. Sheldon

William Sheldon (1898-1977) psikologo eta medikua zenak ere, gorpuzkeraren arabera nortasun mota bat izan daitekela uste zuen. Ezaugarri fisikoen arabera, pertsona zer jardueratan ona izango litzatekeen eta zein interes izango lukeen ondorioztatu zitekeela uste zuen. Adibidez, pertsona altu, bizkor eta gihartsuak kirolarekin gozatzeko joera izango luke. Gainera, bere ezaugarri fisikoen arabera ere, besteek itxaropen batzuk izango lituzkete beraiengandik. Esate baterako, gure kulturaren, pertsona gihartsuak atletikoak eta ausartak izatea, eta lodiak alaiak eta egonkorak izatea espero da. Eta askotan, pertsonak beraiengandik besteek espero dituzten jokabideak izateko joera izaten dute (Sheldon, 1960).

Beraz, Sheldonek, hiru dimentsio fisiko deskribatu zituen (endomorfia, mesomorfia eta ektomorfia). Eta era berean, temperamentua hiru dimentsioren arabera deskribatu zuen:

Endomorfoak leunak, borobilak, eta digestio erraiak oso garatuak izango lituzke eta gizentasun joera izango lukete. Kasu honetan, nortasuna biszerotonia joerakoa izango litzateke: erosotasun zalea, egonkorak, pertsona oso adeitsuak, harreman sozialetarako tendentzia dutenak eta erlaxatzeko joera dutenak. Hauek, Kretschmerren piknikoak bezalakoak lirateke.

Mesomorfoak, gihartsu joera dutenak, indartsuak, atletikoak eta musukulu oso garatudunak dira. Nortasuna somatonia liteke: pertsona agresiboak, aktiboak, adoretuak, menderatzaileak, arriskuaren maitaleak eta lehiakorak, borrokatzeko joera dutenak . Kretschmerren atletikoak bezalakoak lirateke.

Ektomorfoak, altuak, argalak, ahulak, garun handikoak eta nerbio sistema sentikordunak dira. Nortasun mota zerebrotonia: hitz gutxiko pertsona, pribatasunerako eta hausnarketarako tendentziarekin. Kretschmerren leptosomatoikoak bezalakoak lirateke.

2.2.1.2. Ikuspuntu faktorialak

Nortasuna egitura faktorial bezala ulertzen dugu, bere definizioa, faktore batzuen identifikazioaren bitartez egiten denean , eta bere diagnostikoa, faktoreek ematen dituzten puntuazioen arabera direnean. Puntuazio horiek, faktorializazio hori egiteko tresna batzuetatik ateratzen direnean, hain zuzen ere. Guzti hau, Spearman-ek hasi zuen, ondoren, Cattell-ek egindako 16 pf-ren ikerketek jarraitu zuen, eta gaur egun ezagutzen den 5 faktoreko ereduak jarraitzen duelarik *“Five factor model”*.

Faktorialistak dira ere Thurstone, Gilford, Eysenck, Costa, Mc Crae eta Dimgan. Baita Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) ren autoreak eta Cloninger ere bai.

Ondorengo lerroetan, gaur egungo nortasun teoria faktorialengan eragin handiena izan duten teoriak agertzen dira.

2.2.1.2.1. Eysenck

“Nortasuna herentziak edo inguruneak determinaturiko organismo baten jokaera-patroien batura da; jokaera-patroi horiek lau sektore nagusi integratuz sortzen dira: adimena, izaera, temperamentua eta konstituzioa” (Eysenck, 1947).

Ikertzaile honek, pertsonen jokabideak aztertuz, nortasunaren dimentsio desberdinak bereizi zituen. Jokabideen errepikakortasuna aztertuz, erantzun taldeak aurkitu zituen, hots, dimentsioak.

Eysenck -ek ere nortasunaren oinarri biologikoak bilatu zituen, norbanakoaren eta nortasunaren desberdintasunak nerbio sistema zentralaren aktibitate funtzionalen espresio edo emaitza bezala aztertuz.

Horretarako, analisi faktorial bat egin zuen, eredu hierarkiko bat eraikiz, eta erantzunen arteko korrelazioak eginez, lau maila identifikatu zituen.

1. Erantzun espezifikoak: Subjektuaren jokabideak, erreakzio emozionalak edo kognizio espezifikoak baina, ez dute zertan ohikoak izan behar berarengan.
2. Ohizko erantzunak: Antzeko estimuluen aurrean subjektuak erakutsi ohi dituen jokabideak, erreakzio emozionalak edo kognizioak.
3. Ezaugarriak: Ohizko erantzunen artean ematen diren korrelazioak.
4. Dimentsioak: Ezaugarrien artean ematen diren korrelazioek osaturikoak.

Bereizitako dimentsioak honakoak izan ziren: neurotizismo-egonkortasun emozionala, extrabertsio-introbertsioa eta psikotizismoa-normaltasuna (Eysenck 1947, 1967 eta 1985).

Neurotizismoaren kasuan, neurotizismo altuaren ezaugarriak: antsiosoa, arduratua, umore aldaketak, askotan triste dagoena, txarto egiten du lo, nahaste psikosomatikoak izan ditzake, oso emotiboa, gehiegizko erreakzioa estimulu guztiei, batzuetan irrazionala, aprentsiboa izan daiteke...

Aurkako poloan egonkortasuna legoke, ondorengo ezaugarriekin: lasaia, orekatua, kontrolatua, laster pasatzen da bere egoera emozional egonkorrera..

Extrabersio dimentsioan, berriz, kanporakoa: gizartekoa da, jaiak ditu gustoko, lagun asko ditu, jendearekin hitz egin behar du, ez zaio bakarrik irakurtzea edo ikastea gustatzen, inprobisatzen du, inpultsiboa da, bromak ditu gustoko, aldaketak ditu gustoko, ez dauka sentimenduen kontrolik eta ez da beti oso fidagarria...

Eta, kanporakoiaren aurkako poloan, barnerakoa: lasaia, bakartia, irakurzaleagoa personazalea baino, dena planifikatzen du, dena birritan pentsatzen du, bizitza ordenatua du gustoko...

Eta amaitzeko, psikotizismoaren poloan ondorengo ezaugarriak leudeke: bakartia, berdin zaio jendea, ez dauka inon lekurik, arazotsua, ez du sentimendurik, gauza arraroak gustatzen zaizkio, agresiboa familiarekin ere; pertsona hauek kreatiboak izan daitezke ere...

Psikotizismo baxuaren kasuan: altruista, empatikoa, reflexiboa, agresibitate gutxikoa, maitagarria...

Bere ustez, ardatz horiek nerbio-sistemaren bi atalekin dute zerikusia:

- Kanporakoi-barnerakoi ardatza. Sistema erretikular kitzikatzaillearekin zerikusia du.
- Egonkor-neurotiko ardatza: Nerbio-sistema sinpatikoarekin lotua egongo litzateke.

Osasun mentalak egonkortasunarekin zerikusia du, eta gaixotasun mentalak neurotizismoarekin (Zupiria, 2004.)

2.2.1.2.2. Bost faktoreen eredua

Urteetan zehar Eysenck-en hiru faktoredun teoria garrantzitsuena izan bada ere, 80.hamarkadatik aurrera, bost faktoretako eredua egin da nagusi, eta Fiskek (1949) aipatu zuen lehenengo aldiz. Golberd (1982) autoreak eredu honi eman zion izena, eta batez ere, 1992an, Costa eta McCrae-ek teoria hau bultzatzen dute.

Bost Faktoreen ereduaren teoriak, nortasunaren ezaugarri gehienak bost dimentsiotan bildu daitezkeela esaten du: Extrabertsioa-introbertsioa, adeitasun-aurkakotasuna, ardura-arduragabekeria, neurotizismoa, esperientzietara irekitasuna. (Costa eta Mc Crae, 1990).

Extrabertsioan, gizartekoitasun handia, besteen konpainia bilatzeko joera, egoera sozialetan ausarkeria eta bakardadea saihesteko joera daude batez ere. Poztasuna, atsegina, kilika...bezalako emozio positiboak esperimendatzeko joera daukate. Asertiboak eta hizlariak dira, eta etengabeko estimulazioa behar dute (sentsazio berriak).

- Ezaugarri positiboak: begikotasun, adeitasun, taldekoikeria, asertibitatea, aktibitatea, emozioen bilaketa eta emozio positiboak.
- Ezaugarri negatiboak: antsietatea, depresioa, aurkakotasuna, antsietate soziala, inpultsibitatea eta zaugarritasuna.

Beste poloan **Introbertsioa** dago, hauek isilak, bere gisara bizi direnak, ezaguna eta ohikoa gustokoa dutenak dira. Nahiago dute bakarrik egotea, Egoera sozial bizietan baino. Horrek ez du esan nahi pozik bizi ez direnik. Egoera intimo, eta lagun artean, extrabertidoak bezain biziak eta hizlariak izan daitezke.

Adeitasunaren polo positiboan, banakoa altruista, begirunetsu, fidatia eta elkartasuna agertzen duena da. Aurkako poloan banakoa egozentrikoa, eszeptikoa eta leihakorra da. Digman eta Taktomoto-chock (1981)-ek laguntasun gozamina versus etsaitasun gozamina lez definitzen zuten. Polo positiboan laguntasun harremanak sortzeko gaitasuna, eta, negatiboan, harreman liskartsuak sortzeko

joera. Sozialki eta psikologikoki polo positiboa osasuntsuago bezala ikusten den arren, negatiboa ere beharrezkoa da, eszeptizismo eta pentsamendu kritikoaren bitartez, gizakiaren hainbat garapen eremurako beharrezkoak bait dira, adibidez, zientziarako (Oliver eta Sanjay 1999).

Ezaugarriak: konfidantza, zintzotasuna, altruismoa, apaltasuna, besteekiko sentsibilitatea, jokaera kontziliatzailea.

Ardura dimentsioan auto-kontrola da nagusia, bai inpultsoetan, eta bai planifikazioan, antolamenduan, eta lanen ebazpenean ere. Ardurarekin, fidagarritasunarekin, puntualitatearekin eta zehaztasunarekin harremandua dago. Pertsona arduratsua kontzientziaduna eta helburu argiduna da. Ezaugarriak: kompetentzia, ordena, eginbeharraren zentzua, arrakasta beharra, diziplina, hausnarketa.

Neurotizismoak, Eysenck-ek esaten zuen bezala, desegonkortasun emozionala, antsietatea, ardura handia... dauka. Egoerekiko hautemate okerra daukate eta emozio negatiboak izaten jarraitzen dute. Jokabidean homogeneousotasun falta, estreasurekiko tolerantzia baxua, gizartekoitasun gutxi...dute

“Esperientziara irekitasuna”-ren elementuak imaginazio aktiboa, sentikortasun estetikoa, barne-bizipenei arreta, barietatearekiko atsegina eta jakinmin intelektuala dira. Irekitasuna duen banakoa originala eta imginazioduna da, eta, ingurunearekiko kuriositatea, bizitza berri eta konbentzionalak ez diren baloreekiko interesa daukate. Ezaugarriak: gizartekotasuna, asertibitatea, estetika, aktibitatea, kitzikapen bilaketa, emozio positiboak.

Aurkako poloan, banakoa konbentzionala da, bai bere jokabidean, bai bere itxuran ere, eta familiarra nahiago du, berria baino. Sozialki eta politikoki kontserbadoreak dira.

Eredu honekin bat, nortasunaren ebaluaziorako tresna bat sortu zen: *Neuroticism, Extraversion, Openness-Personality Inventory (NEO-PI)*, baita honen errebisio bat ere (NEO-PI-R), bertan adeitasun eta erantzunkizun dimentsioak ere sartzen dira.

Autore askok, eredu hauek nortasun nahasteekin izan dezaketen harremana aztertu dute (Douglas eta Thomas 2008). Horrela, neurotizismo maila altuak nortasun nahasteen ataria izango lirateke. Nortasun nahaste histrioniko eta eskizotipikoak, extrabertsioaren bi poloak izango lirateke, eta nortasun saiheskorra extrabertsio gutxiren eta neurotizismo askoren arteko nahaste bat izango litzateke.

Esperientziarekiko irekitzearen puntuazio altuak, nortasun histrioniko eta narzizistarekin harremandurik egongo lirateke, eta puntuazio baxuak nahaste eskizotipikoekin harremandurik egongo lirateke. Dependentsiazko nortasuna izan ezik, denak egongo lirateke adeitasun baxuarekin harremandurik. Amaitzeko, nahaste konpulsibo, antisozial eta limitea ardua faktorearekin harremandurik egongo lirateke: pertsona konpulsiboak arduratsuak izango lirateke, eta antisozial eta limiteak, berriz, ez.

Analisi honen bitartez, proposamena, nortasun nahaste kategorialak ezaugarrien bitartez azaltzea da (Gili eta Roca, 2004). Eta hori da, hain zuzen ere, DSM 5-ean proposatu egiten dena. Hala ere, ikerketa askok erakutsi duten bezala, DSM IV-ko sailkapena, bost faktoredun eredu hau baino erabilgarriagoa da klinikoki (Rottman et al. 2009).

2.2.1.2.3. Cloninger

1986an, Robert C. Cloninger, Sant Louis unibertsitateko irakaslea (Estatu Batuak), nortasunaren teoria sortzen hasi zen. Bere helburu nagusia esparru desberdinetako ezagutzak integratzea izan zen, ikerketa neurobiologikoak, ikerketa psikiatrikoak eta ikaskuntzan oinarrituriko jokabideen ikerketak. Horrela, auresan daitekeen nortasunari buruzko teoria bat eraiki nahi zuen.

Nortasunaren inguruan dauden ikerketa desadostasunei aurre egiteaz gain, nortasun nahasteak diagnosikatzerako orduan, dimentsionaltasun eta kategorien inguruko eztabaidei ere aurre egin nahi die.

Cloninger-ek praktika klinikoan ikusten diren pazienteak, eta nortasun normala duten pertsonak ere sailkatu nahi ditu. Genetika, garun-sistemak, aldagai sozialak eta ingurugiro aldagaiak kontutan hartzen ditu pertsonaren garapena eta honen jokabidea azaltzeko.

Zazpi dimentsio deskribatzen ditu nortasuna azaltzeko. Lau, temperamentuarekin harremandurik egongo lirateke, eta beste hirurak izaerarekin.

Temperamentua estimulu emozionalei ematen dizkiegun erantzun automatikoak dira, bizitzan zehar egonkor mantentzen diren ohiturak eta emozioak dira eta sistema linbikoak erregulatzen ditu, batez ere. Lau dimentsio ditu temperamentuak autore honen ustez: gauza berrien bilaketa, minaren saihestea, ordainsariekiko dependentzia eta jarraitutasuna. Dimentsio guztiek jokabide, emozio eta kognizio batzuk izango lituzkete, eta estimulu batzuen aurrean ematen diren aktibazio, mantentze eta inhibizioak, garuneko sistema jakin batzuekin harremandurik egongo lirateke. Hauek aurrerago azalduko ditut, oinarri biologikoekin batera.

Izaera, berriz, ingurune soziokulturalaren bitartez ikasitako intentzio eta jarrerak izango lirateke. Hemen, norberak dituen balore, helburu, estrategia eta sinismenak sartzen dira. Hipokanpoa eta neokortexa dira izaera erregulatzen dutenak batez ere. Beraz, izaera, sozializazioaren bitartez ikasia izango da, eta hiru dimentsio hartzen ditu bere baitan: norberarekiko zuzendua, kooperazioa eta norberarekiko garrantzia (Cloninger, 1987, 1993 eta 1994).

- Autokontrola: Egoeraren, balore eta helburuen arabera, pertsonak jokabidea kontrolatzeko, erregulatzeko eta egokitze duen gaitasuna. Egokitze ona izango du, heldutasun, autoestima eta errekurtsio egokiak baditu.
- Kooperazioa: Besteak onartzeko, hauekin identifikatzeko eta kolaboratzeko jokabideak. Honetarako tolerantzia, empatia, altruismoa, kolektibitate zentzua, kontzientzia eta karitatea izan behar da.

- Norberarekiko garrantzia: Bertan espiritualitate, mistizismo, pentsamendu magiko eta erligiosoak sartzen dira. Baita sormena, imaginazioa, eta sujetuak anbiguotasuna eta zalantza jasateko duen gaitasuna ere.

Cloninger-en eredu honek, nortasun normal eta patologikoa ebaluatzeko balio du. Gainera, eredu honetatik nortasuna modu kuantitatiboan analizatzeko tresnak sortu dira (*Tridimensional Questionnaire (TPQ)* eta *Temperament and Character Inventory (TCI)*) (Gili eta Roca, 2004).

2.2.1.3. Paulov

Paulov gaur egungo nortasun ereduari abiapuntuetariko bat izan zen. Metodo esperimentalean eta S-O-R (estimulu-organismo-erantzun) sisteman oinarriturik, nerbio sistemak norbanakoaren estimuluak erregulatzen zituela esaten zuen. Beraz, pertsonen jokabideak, nerbio sistemaren arabera izango lirateke.

Animaliekin esperimentuak egiten zituen, eta, nerbio sisteman tipologia funtzional bat sortu zuen, animalia desberdinek estimulu antzekoen aurrean, erantzun desberdinak erakusten dituztela esanez (Pavlov, 1954).

Nerbio sistema desberdinetara daramatzaten hiru ezaugarriak honakoak ziren:

1. Tentsioa edo estimuluaren intentsitatea, edo, organismo batek jasaten duen kitzikapen edo inhibizioa.

Ezaugarri honen arabera, pertsonak tipo sendo edo tipo ahuletan sailkatzen dira. Ahulek gaitasun gutxi dute kitzikatze edo inhibizioak jasateko, eta sentipen atalasea oso baxua daukate. Sendoek, berriz, atalase oso altuak dituzte eta kitzikatze edo inhibizio atalase oso altuak izaten dituzte.

2. Kitzikatze eta inhibizio prozesuen arteko oreka maila.

Ezaugarri honen arabera, pertsonak orekatuak izan daitezke edo desorekatuak (kasu honetan kitzikatzea edo inhibizioa nagusi izango litzateke).

3. Mugikortasuna: Prozesu batetik bestera pasatzeko gaitasun eta arintasuna. Irizpide honen arabera, pertsonak biziak edo mugikorrak eta bizigabe edo geldiak izan daitezke. Lehenengok, prozesuen arteko txandakatze gaitasun handia erakusten dute, eta bigarrenek gaitasun oso murriztua.

Paulov-en teoriak eta esperimenduek, aurreratze handiak izan ziren nortasunaren alorrean, ez hainbeste bere emaitzengatik, baizik eta proposatzen duen metodo eta ereduagatik, oinarri biologikoak bilatzen baitzituen norbanakoen desberdintasunak ulertzeko.

2.2.2. Nortasun nahasteak eta genetika

Nortasunaren ikerketei buruzko polemika zaharrenetarikoa, nortasuna herentziazkoa edo ingurugiroaren eraginekoa den definitzea izan da (Dávila 2010). Eysenck bezalako hainbat autoreek nortasunak herentzia oinarria duela baieztatzen dute. Baina beste batzuek, (Ullman, Krasner, Murray...)-ek nortasunaren ezaugarriak deskribatzeko herentzia nahikoa ez dela baieztatzen dute.

“Tenperamentuak, pentsamoldeak, jokabideak, nortasuna... genearen forma desberdinen arabera dira” (Jennings, 1930).

Eta aurkako poloan, *“Ezin daiteke onartu gaitasunen, talentuaren, tenperamentuaren edo ezaugarri mentalen herentziarik dagoenik”*. (Watson, 1930).

Gaur egun argi dago bai herentziak eta bai inguruneak eragina daukatela nortasunarengan. Baina autore bakoitza herentzia edo ingurugiroarengandik eraginduagoa egon ohi da normalean.

Pervin (1979)-ek esaten zuen ingurugiro faktoreek eragin handiagoa zutela balore, ideia eta sinismenengan, eta herentzia faktoreek, berriz, tenperamentu eta inteligentzian. Kretschmer eta Sheldon tipologo konstituzionalistek baieztatzen dute, herentzia faktorea garrantzitsua bada ere, ingurugiroak eragina duela.

Pikoanalisiak ere, zera jaiotzetikoaren aldetik ipintzen du, eta, supernia berriz, gizartearen eraginpean (Freud, 1962).

Ezaugarri buruz teoriak egiten dituzten autore guztiek oinarri biologikoei buruz ere hitz egiten dute. Allport eta Guilfordek, elementu genetikoak nortasunaren materia prima direla esaten dute. Herentzia, ingurugiroarekin kontaktuan ipintzen doan heinean, espezifikotasun bat bereganatzen doa. Eysenck-ek ere, introbertsio/extrabertsio bezalako desberdintasun indibidualak sistema neuroanimoikoei egozten dizkio, eta oso kontutan hartzen ditu faktore genetikoak.

Ikaskuntzaren teoriengan oinarrituriko nortasun teoriak, ingurugiroaren eragina gehiago azpimarratzen dute, eta jokabideak ikaskuntzaren bitartez eraldatu daitezkeela baieztatzen dute. *“Jokabide batzuen ondoren, onurak etortzen zaizkio organismoari. Poliki-poliki, lotuta edo asoziatuta geratzen dira jokabideak beren ondorioekin. Era horretan, sortarazten dituzten ondorioen bidez finkatuta eta sendotuta geratzen dira zenbait jokabide”* (Skinner, 1974).

Beraz, gaur egun autore guztiak kontziente dira bi aldagaiek eragina dutela nortasunaren sorruntzan, eta ez dela hain garrantzitsua zein aldagaik duen eragin gehiago aurkitzea, baizik eta herentziak eta ingurugiroak nortasunarengan eragiteko daukaten modua.

Jokabidearen genetika. genotipoak (pertsonaren konposizio genetikoa) eta fenotipoak (aztertu daitezkeen ezaugarriak) osatzen dute. Beraz, jokabidean, ingurugiro jakin batean eman diren bariazio genetikoek eragiten dute. Beraz, jokabidearen genetikan, genotipo eta fenotipo aldagaien arteko harremana kuantifikatzen da, fenotipo bariantza, genotipo bariantzaren bitartez azaldu daitekeelarik.

Bikiekin, antzekotasun familiarrekin, animaliekin, eta ingurune berezietan egindako ikerketek gai hauei buruzko informazio asko eman digute, eta, ingurugiro

aldakortasunak genotipoengan duen eragina, ingurugiro desberdinetan hezitu diren biki monozigotigoengan aztertu daitekeela demostratu dute (Jensen 1967).

Ikerketa gehienetatik ondorioztatu daitekeena da, garrantzitsuena ez dela aldagai hauek nortasunarengan duten eragina, baizik eta, aldagai hauen artean dauden interakzioek duten eragina, eta zer egin daitekeen ezagutza hauekin, pertsonei garapen osasuntsu eta indartsuago bat emateko (Jensen 1979).

Guzti honengatik, ikertzaile gehienek, bai genetikak eta bai ingurugiroak ere, nortasunaren eboluzioan eragina daukatela baieztatzen dute. Hala ere, jokabidearen genetika aztertzea oso konplexua da: aldagai sozialek, karga emozionalak, idologikoak, politikak, konplexutasunak eta beste aldagai askok eragina izan bait dezakete (Sanjuán Arias eta Moltó M.D. 2004).

2.2.2.1. Millon-en eredia.

1990 ean Millonek aurretik sortutako teoria bat birformulatu zuen eta, nortasun nahasteak, *egokitu gabeko estilo* bezala deskribatzen ditu. Millonek asko defendatu du teoria eboluzionistaren beharra, nortasuna eta bere nahasteak ulertzeko. Millonen helburua, garapen emozional eta kognitiboa (Freud eta Piaget), oinarritzko printzipio biologikoekin integratzea izan da. Millon-en arabera: *“Nortasuna, inguruneetara egokitzen den organismoa izango litzateke, eta, honen arabera, nortasun nahasteak egokitzen ez diren funtzionamendu estiloak izango lirateke”* (Millon, 2000).

Bestalde, Millonek, normaltasuna eta patologia, continuum baten bi poloak bezala ikusten ditu, eta ez kategoria desberdinak izango balira bezala (Millon, 2002).

Modu honetan, oinarrian, nortasun normal eta patologikoak garapen mekanismo eta ezaugarri berdinak dituzte. Desberdintasun nagusia, nortasun “normalak” ingurunera egokitzeko malguagoak direla, eta nortasun nahasteak zurrunagoak direla da (Millon 1994 eta 1998).

Beraz, nortasun osasuntsuak:

- Ingurunean modu malguan egokitzeko gaitasuna dauka.
- Norberarekiko eta besteekiko hautemateak konstruktiboak dira.
- Bere jokabideak osasun sustatzaileak dira.

Nortasun nahasteek berriz:

- Eguneroko erantzukizunei eta harremanei malgutasunik gabe eta jokabide desegokien bitartez aurre egiten die.
- Norberarekiko eta besteekiko hautemate frustagarriak ditu.

Normaltasun eta patolgiaren arteko jarraikotasun honen bitartez ondorengo ikertu daiteke:

- Nortasun osasuntsu eta patologikoen arteko antzekotasun eta desberdintasunak.
- Nortasunaren garapen prozesuak.
- Eta batez ere, ea nortasun nahasteak dituzten pazienteak nola lagundu daitezkeen funtzionamendu osasuntsuago bat izan dezaten.

Baina honetaz aparte, Millonen teoriaren arabera, nortasuna konstruktua bipolarrek osatzen dute, eta hau lau printzipio ebolutibotan oinarritzen da: existentzia helburuan, egokitze prozesuan, erreplikazio estrategietan eta abstrakzio prozesuetan.

Hurrengo lerroetan bakoitzaren azalpena agertzen da:

1) EXISTENTZIA HELBURUA

Pertsonak bizitzan jarraitzen duen helburuen arabera da, gozamen-min polaritatearekin.

Honen barnean hiru fase desberdintzen dira:

1. Min-gozaumen polaritatea: Fase sentsoriala nagusi liteke hemen, non umea, plazer sentsazioen bila dago eta mina saihesten du. Beraz, normaltasuna, bi poloen arteko oreka bat bilatzea izango litzateke. Atxikimendu garaia denez, bai estimulu gutxiegik, eta bai gehiegizko estimulazio batek ere eragina izan dezakete garapenean.
2. Egokitzapena edo gozamenaren bilaketa aktiboa. Millonen arabera, bigarren fase sentsomotore hau lehenengo urtetik aurrera agertzen da, umea jokabide autonomoak izaten hasten denean. Bigarren fase honetan umeak jokabide saiheskorrak izan ditzake, nortasun patroi eskizoideetara eraman dezaketenak, edo, gehiegizko errefortzu batek patroi antisozial eta nartzisistetara eraman dezakete.
3. Arrisku eta mehatxuaren saihestea: Millon-en arabera hau existentziaren hirugarren helburua izango litzateke. Alarma jokabideak urrunegi joan daitezke, eta, adibidez, pertsona saiheskorrek eta obsesiboek hiperbigilantzia handiegia izan dezakete. Horren aurkakoa, jokabide arriskutsuegiak jasatea izango litzateke, hau, nortasun borderline edo antisozial baten adibidea izango litzateke.

2) EGOKITZE PROZESUAK

Pertsonak, bere existentzia helburuak, bizi den ingurugiroarekin integratzeko moduari deritzo. Ingurugiroa eraldatzeko joera alde batetik, edo bestela, onartzeko tendentzia egon daiteke, beste batzuen artean, aktibotasun-pasibotasun bipolaritatearekin. Egokitze estiloaren arabera, nortasun histrionikoa, nartzisista, menpektoa eta antisoziala sartu daitezke teoria honen arabera.

3) ERREPRODUZITZE ESTRATEGIAK

Bi poloak, pertsonaren interesean egongo lirateke: biziraute pertsonala eta espeziearen jarraitasuna.

Erreproduzio beharra da hau, heldutasun sexualarekin zuzenki lotua dagoena. Badirudi, pubertaroa gainditu arte ezin daitekeela nortasun zehaztu bati buruz hitz egin. Fase honetan gertatzen diren oreka faltek, segurtasunik eza eta besteekiko dependentzia sortu ditzake. Taldearekiko gehiegizko atxikimenduak, identitate faltsuak sor ditzake. Talde identitate bat aurkitu ezina nortasun nartzisista eta antisozialetan aurkitzen da.

4) ABSTRAKZIO PROZESUAK

Bizitzako gertakizunak modu pertsonalean errepresentatzeari dagokio.

Garuna garatzen doan heinean, norberaren eta ingurunearen irudi bat sortzen doa, eta hau, pertsonak inguruko estimuluei ematen dien esanahiaren arabera izango da. Honek teoria kognitibista eta konstruktibistekin harremana izango luke, baita psikoanaliaren supeniarekin ere.

Bestalde, nortasun eta bere nahasteekin harremandua, printzipio desberdinak ezartzen ditu:

- Nortasun nahasteak ez dira gaixotasunak, jokabide , kognizio eta emozio estiloak baizik.
- Nortasunean normaltasun eta alterazio artean continuum bat existitzen da.
- Nortasunaren asaldura bere sistemen desoreka batekin harremandua dago.
- Nortasun nahasteek tratamendu modalitate konbinatuak behar dituzte eta estrategikoki modu sekuentzian diseinatuak (Millon, 1990).

Millon-ek esaten duena da, klinikoak pertsonaren esparru funtzional desberdinak ebaluatu behar dituela: aztertu daitekeen jokabidea, pertsonarteko jokabidea, estilo kognitiboa, defents mekanismoak eta egoera emozioanala. Nortasun nahaste bakoitza esparru funtzional desberdin hauen arteko konbinazioen ondorio izango litzateke. Millonen lorpen nagusienetako bat bere saiakera integratzailea izango litzateke. Bere teoriaren gabezia berriz, bere teoria eboluzionista deitzen badu ere, ez dituela oinarri biologikoei buruzko datuak ematen (Sanjuán eta Moltó, 2004).

2.2.2.2. Azalpen eboluzionistak

Ondorengo lerroetan, nortasunari buruzko azalpen eboluzionistak agertzen dira, hau da, zertan datzan banakoaren jokabidearen aldakortasuna.

Organismo guztiak bere espezieko beste organismoengandik desberdintzen duten ezaugarri genetikoak direla kontuan hartzen badugu, jokabideen bariazio indibidualak ondorengo faktoreen arabera izango lirateke: ingurugiro aldakortasuna, aldakortasun genetikoa, nerbio sistemaren konplexutasun eta ezaugarriak, jokabide soziala eta aldagai guzti hauen arteko elkarreraginak.

a) Ingurugiro aldakortasuna.

Heterogeneotasun genetikoaren beharra, ingurugiroa aldakorra delako da, hain zuzen ere. Aldakortasun morfologiko bat dago gizakia Afrikatik atera zenetik duela bi milioi urte, ingurugiro desberdinetara egokitu behar izan duelako. Desberdinak gara, mutazioengatik, selekzio naturalagatik eta baita zoriagatik ere. Baita patroikultural desberdinegatik ere. Baina, zeintzuk dira edozein kulturatan dirauten jokabide patroikomunak? Teoria eboluzionisten arabera, patroihoriek gure gene eta biologiariloturik daudenak izango lirateke.

b) Aldakortasun genetikoa

Gizakion arteko desberdintasunak ez daude genetan, baizik eta gene bakoitzaren aldakortasunean, hau da, aleloetan. Horregatik, nortasun nahasteen azalpen genetikoak ez dira gene berezietan bilatzen, baizik eta jokabide eta gaixotasun jakinek dituzten alelo aldakortasunean.

Ikuspuntu biologiko batetik, nortasunaren aldaketa patologikoak, populazio orokorrarengatik continuum batetik ulertu behar da, hau da, kategorizazio eta dimentsionaltasun eztabaidaren barnean, oinarri genetikoak ikuspuntu dimentsionalean oinarritzen dira. Cloninger, nortasunaren dimentsio biologikoei buruz gehien ikertu duen autoreetariko bat izan da eta bere teoriak balore handia izan dute, hainbestekoa, ikerketa biologiko eta genetiko asko bere teoriatan oinarritu direla.

c) Giza garunaren konplexutasun eta ezaugarriak.

Nerbio sistema orduan eta konplexuagoa izan, jokabidearen aldakortasun handiagoa egon daiteke. Eta orduan eta nerbio sistema konplexuagoa izan, inguruko estimuluak prozesateko gaitasun handiagoa izango dugu, baita biziraupenerako gaitasun handiagoa ere. Gure nerbio sistemaren konplexutasunaren arrazoa, ingurunearen konplexutasuna izan daiteke.

Gizakiaren garuna duela bi milioi urte handiagotu zen (Homo habilis-etik Homo erectus-era pasatzean), eta honi esker, gizakiak funtzio gehiago egin ahal izan zituen naturaren gain planeta osoan zehar. Eta gainera, hizkuntzaren sorreraren bitartez, pentsamendua aniztu zen, eta modu honetan, nortasuna ere.

d) Gizakia animalia soziala

Gizakia animalia soziala da. Bere biziraupenaren gako bat talde txikietan izan duen kooperazio gaitasuna izan da. Eta kooperazioa emankorra izateko garrantzitsua izan da pertsonen aldakortasuna. Eta hau jarraituz, gaitasun eta jokabide aniztasunak taldearen funtzionamenduaren optimizazioari lagundu egiten dio (Sanjuán eta Moltó 2004).

2.2.2.3. Ikuspuntu genetikoa

Ikuspuntu genetikotik gehien ikertu diren DSM IV-ko nortasun nahasteak antisozialak, eskizotipikoak eta obsesibo-kompulsiboak izan dira. Eta, hauetatik, antisozialak izan dira arreta gehien izan duten nortasun nahasteak.

Eskizofreniaren oinordekotasunaren ikerketetan, hauen familiakoek, nortasun nahastea pairatzeko probabilitate handiagoa dutela ikusi da.

Meehlek, 1962an, Eskizotaxia kontzeptua formulatu zuen, eta 1990ean birformulatu zuen. Kontzeptu honen barnean, nortasunaren ezaugarri batzuk batu zituen, eskizotipiaren sintoma negatiboekin antzekotasunak zituztenak, hain zuzen ere. Eskizotaxia hau, bai eskizofreniarako, eta bai nortasun nahaste eskizotipikorako zaurgarritasuna izango litzateke (Vidal and Palomo 2005). Duela gutxi, eskizotaxia

berriro birformulatu da, urritasun neuropsikologiko eta sintoma negatibo bezala, eta uste da, eskizofreniaren zaurgarritasun markatzailea izan daitekeela. Eredu honek (*two hit*) izena hartzen du, eta eredu honen arabera, lehenengo, esquizotaxiaren joera oinordetuko litzateke, eta honengan, ikaskuntza sozialak eragin dezake, eskizotipia agertu daitekeelarik. Bizitzako egoera estresagarriek (hau bigarren kolpea liteke), koadro eskizofreniko baten probokatu lezakete ondoren (Sanjuán eta Moltó 2004).

2.2.2.4. Ondorioak ateratzen

Beraz, badirudi, temperamentu eta nortasunean, oinordetza osagarri bat dagela. Adibidez, Cloninger-ek azaltzen duen teoria biosozialean, hiru dimentsio bereizten ditu, gehienak heredagarriak direnak: berritasunaren bilaketa, (sistema dopaminergikoen aldakortasun genetikoak azaldu dezakeena), minaren saihestea (sistema serotoninergikoak azaldu dezakeena) eta ordainsariarekiko dependentzia (sistema noradrenergikoak azaldu dezakeena) (Cloninger, 1994).

Beraz, badirudi gene batzuk nortasun nahasteetan eta temperamentu normalaren bariazioetan inplikaturik egon daitezkeela, adibidez, D4 dopaminaren hartzailea (DRD4), eta (5HTT), serotoninaren garraiatzailea. Badirudi (DRD4), genearen bariazioek, eskizofrenia eta nortasun bipolarren kausan, eta nortasunaren bariazioetan eragina izan dezakeela. (5HTT) geneak eragin handia du ekintza serotoninergikoaren magnitude eta iraupena erregulatzerako orduan, batez ere garuneko eremu linbiko eta kortikaletan, oroimen, jokabide motore, eta ezaugarri emozionalengan eragina duena. Horregatik, badirudi (5HTT) genearen bariazioek nortasun nahasteen garapenean eragina izan dezaketela, baita pertsona desberdinen nortasun aldakortasunean ere (Sanjuán eta Moltó 2004).

2.2.3. Nortasuna eta neurobiologia

DSM III-an bigarren ardatza idatzi zenean, nortasun nahasteek disfuntzio biologikorik ez zutela esaten zen. Eta nortasun nahasteen kausa bakarra ingurugiroaren eragina zela uste zen. Handik eta 10 urtetara ikuspuntu biologizistago bat agertu zuten eta honek orientazio psikoterapeutiko eta farmakologiko desberdin bat erraztu du. Ikuspuntu honen aintzindariak Sheldon, Eysenck eta Gray izan ziren. Orain arte DSM IVan nortasun nahasteen kategoria sailkapena egon bada ere, eredu dimentsionalen ikerketa biologikoak emankorragoak izaten ari dira eta , inpulsibitatearekin, kognizioekin, agresibitatearekin, desegonkortasun afektiboarekin edo antsietatearekin harremanduriko alterazio biologikoak bilatzen dituzte (Carrasco eta Díaz 2004).

2.2.3.1. Gaur egungo eredu nagusiak

- **Eysenck-en eredua**

Aurretik Eysenck aipatu badugu ere, orain bere teoria ikuspuntu biologizistagotik azalduko dugu.

Eysenck, Paulov(1927-1960)-en kontzeptuengan zentratzen da alde batetik, non, nerbio sistema zentralak pertsonaren bizitza psikikoan duen eragina kontutan hartzen du. Bestalde, (Catell; Guildford eta Zimmerman; Norman)-ren teoria faktorialetan oinarritzen da bere teoria sortzeko.

Catell-ek, bere aldetik, oinarritzko 16 faktore bereiztu zituen bere teorian, eta, nortasuna, *“pertsona batek egoera jakin batean zer egingo duen iragartzeko era”* bezala definitu egin zuen (Cattel 1965).

Guildford-en ustez (1959), nortasunaren ezaugarriak iraunkorrak dira denboran zehar, eta hauek dira pertsona batzuk besteengandik bereizi egiten dituztenak.

Zimmerman-ekin batera teoria eta test bat sortu zuen, non nortasun konkretu batzuen deskribapenak egin zituen, eta azkeneko bertsioan, hamar eskaladun teoria faktoriala sortu zuen. Norman-ek ere (1963) nortasuna bost faktoretan deskribatu zuen.

Beraz, Eysenck teoria hauetan oinarriturik egon dela kontutan hartuta, bere ustez, banako bakoitzean nerbio sistema zentralaren funtzioak desberdinak izango direla kontutan hartuko du, eta hau, karga genetikoaren araberakoa izango dela. Eta desberdintasun hauek kontuan hartzeko, teoria faktorialetara joko du.

Aurretik esan dugunez, Eysenck-ek hiru dimentsio bereizten ditu: extrabertsioa, neurotizismoa eta psikotizismoa.

- Extrabertsioaren oinarri biologikoak goranzko sistema erretikular aktibatzailean izango luke. Extrabertidoek barnerakoiek baino aktibazio gutxiago izango lukete, horregatik, kanpo estimulu gehiago bilatuko lituzkete, honen aktibaziorako, estimulazio intentsitate gehiago beharko bait lukete.
- Neurotizismoak oinarri biologikoak nerbio sistema primitiboagoan izango lukete (amigdala, hipokanpoa, septum, zingulu, hipotalamoia, ganglio basalak...), eta hauek, erreaktibitate emozionalarekin harreman duta daude.
- Psikotizismoan ez dago argi bere oinarri neurofisiologikoa, baina jarduera androgeniko eta zigorraren aurrean inibizio falta egon daiteke, egitura septo-hipokanpikoetan aktibazio gutxiagotu bat egon daitekeelarik (Eysenck, 1967).

Eysenck-en proposamenak egungo teorikoen oinarriak badira ere, bere oinarri neurofisiologikoak asko eztabaidatu dira, egitura eta sistema neuronal asko kontutan hartzen ez dituelako (Carrasco eta Díaz 2004).

- **Gray-ren ereduak**

1973an Gray-k Eysenck-en proposamenak aldatu zituen, *extrabertsioa* eta *neurotizismoa* alde batera utziz, eta, *antsietatea* eta *inpultsibitatea*, nortasunaren dimentsio basiko bezala ezarriz. Horrela, antsietatearen polo bat *antsietate maximoa* izango litzateke, Eysenck-en *neurotizismo maximoa* hain zuzen ere, eta *antsietate minimoa*, *neurotizismo minimo* eta *extrabertsio maximoa* izango lirateke.

Inpultsibitate ardatzean *inpultsibitate maximoa*, *neurotizismo maximo-extrobertsio-maximoa* izango litzateke, eta *inpultsibitate minimoa*, *neurotizismo-minimo-extrobertsio minimoa* izango litzateke. Azkenik, *antsietate* dimentsioa, zigor seinaleei, errefortzu eza eta estimulu berrieiekiko jaugina izango litzateke.

Antsietatearen oinarri fisiologikoan sistema septo-hipokanpikoa eta kortex frontala egongo lirateke. *Inpultsibitate* dimentsioak ez litzateke egitura neuroanatomiko konkretuak izango.

Gray-ren teoriak hedakuntza handia izan du eremu klinikoan, gaur egun ere, bere lan hipotesiak jarraitzen dituzten ikertzaile asko daude (Gray, 1982).

- **Zuckerman-en eredu**

Autore honek , 1991ean, 5 faktorez osaturiko eredu asmatu zuen: gizartekoitasuna, neurotizismo-antsietatea, agresibitate-etsaitasuna, inpultsibitatea, - eta aktibitatea. Dimentsio hauek, ezaugarri osaturik egongo lirateke, eta hauek, aldi berean, azpi-ezaugarri osaturik. Azpi-ezaugarri hauek aldagai biokimiko eta neuro-psiko-fisiologikoekin harremanak egongo lirateke. Autore honen eredu psikobiologikoa, Eysenck eta Gray-ren ereduengan oinarriturik dago, baina nerbio sistema zentralaren funtzionalismoan aldaketa batzuk eta, formulazio psikofarmakologiko ausartak egiten ditu. Teoria honek, faktore neurofisiologikoengan gehiago sakontzen du, eta aktibitate hormonalaren garrantzia kontutan hartzen dute. Bere taldeak egindako ikerketak baliagarritasun zientifiko garrantzitsua dauka. (Zuckerman, 1995; Zuckerman et al., 1993).

- **Cloninger-en zazpi faktoreen eredia (oinarri biologikoa)**

Lehen Conninger-en teoria azaldu dut izaeran gehiago zentratu, orain temperamentuan zentratuko gara gehiago. Lehen esan bezala, Cloningerrek, 1993an bere teoriaren bigarren fasea azaldu zuen. Nortasuna azaltzeko zazpi faktoretako eredu bat azaltzen du. Hauetatik lau oinarri biologiko heredagarria daukate, eta beste hiruk, hitzezko ikaskuntzaren bitartekoak dira.

Oinarri biologikoa duten 4 faktoreak (temperamentua): berrikuntzen bilaketa, arriskuaren saihestea, errefortzuarekiko dependentzia eta jarraikitasuna dira. Autokontrola, kooperatibitatea eta norberarekiko garrantzia, berriz izaerarekin harremanak egongo dira (Cloninger 1987).

- **Berrikuntzen bilaketa:** Estimulu berrien aurrean kilika izaten du. Horregatik pertsonak monotoniarekin apurtu nahi du eta estimulu berrien bilaketa aktiboa egiten du. Pertsonak inpulsibo, bitxi eta haserrekor izateko duten joerarekin harremanak dago. Jarraia dopaminergiko mesolinbikoarekin harremanak legoke. Adibidez, dopamina maila baxuek gauza berrien bilaketara eramango luke.
- **Arriskuaren saihestea:** Estimulu abertsiboen aurrean modu oso intentsuan erantzuten da. Horregatik, bere jokabideak zigorra saihesteko izango dira. Adibidez, txarto metabolizaturiko serotoninak eragina izango luke eta estimulu abertsiboekiko gehiegizko saihestea emango litzateke.
- **Errefortzuarekiko dependentzia:** Errefortzuaren aurrean, modu oso intentsuan erantzuten da. Noradrenalinak eragina izan dezake honengan.
- **Jarraikitasuna:** Frustrazioa eta nekea badago ere, sujetuak jarraikitasuna dauka bere jokabidean. Kasu hontan ere, noradrenalina liteke eragilea.

Cloninger-en arabera, pertsonen nortasunen arteko desberdintasunak, informazioaren hautematea, prozesatzea eta biltzearen arabekoak dira.

Beraz, alde batetik, sistema kortiko-estriatalen bitartez hauteman, prozesatu eta bildutako informazioa, memoria inkontziente batean bilakatzen dela esaten du. Eta

sistema neuronal kortico-limbiko-dientzefalikoen bitartez hauteman, prozesatu eta bildutako informazioa, memoria kontzientean bilaktzen dela aipatzen du. Beraz, temperamentuarekin harremandutako lau dimentsioek lehenengo prozesua erabiltzen dute, eta izaerarekin harremandutako hiru dimentsioek bigarrena. (Cloninger et al. 1993, Cloninger, 1994).

Guzti honekin, Cloningerrek, nortasun nahaste talde batzuk sortu zituen. DSM IV-aren antzera, Cloninger-ek hiru talde handi bereizi zituen (A, B eta C). Lehenengoak DSM IV-aren antza handia du (paranoideak, eskizoideak eta eskizotipikoak). Talde hontako pertsonak mekanismo dopaminergikoetan asaldura neurobiologikoak dituzte. Bigarren taldeak ere DSM-aren II. taldearekin antzekotasunak ditu (antisoziala, narzizista, histrionikoa eta borderlinea). Cloninger-en arabera bigarren talde hontan asaldura neurobiologikoak serotoninaren metabolismoan daude. DSM IV-aren hirugarren taldearekin berriz, (obsesibo-konpulsiboak, menpekoak, pasibo-agresiboak, saiheskorrak), ez dauka ia korrelaziorik.

- **Siever eta Davis**

Autore hauek proposatzen dituzten dimentsioak (Siever eta Davis, 1991) ez daude Gray eta Cloningerren proposamenetatik oso urrun :

1. *Antolamendu kognitibo-pertzeptiboa*, informazioa hautemateko eta prozesatzeko gaitasunarekin, eta egoera desberdinei erantzuna emateko aukeraketarekin harremandua. Dimentsio hau, eremu mesolimbikoen sistema dopaminergikoarekin harremandua dago.
2. *Inputzibitatea*, barnetik edo kanpotik datozen seinaleekiko estimulazio minimoarekiko erantzun erreakzioa litzateke. Badirudi hau, kortex zerebralaren funtzio inibitzailearen gutxiagotze bat izango litzatekeela, eta aktibitate serotoninergikoaren gutxiagotzea eta noradrenergikoaren edo katekolamnergikoaren gehiagotzea gertatuko litzateke.

3. *Antsietatean*, aktibazio kortikal altua emango litzateke eta arrisku sentsazioaren aurrean gehiegizko erantzun begetatiboa gertatuko litzateke. Dimentsio honek, arrisku edo berritasun jokabide ororen inibizioa sortuko luke.
4. *Desegonkortasun afektiboak* gehiegizko umore aldaketa ekarriko luke, ingurugiroko estimuluei erantzun bezala. Badirudi hau, hipersentsibilitate noradrenergikoaren ondorio izan daitekeela.

2.2.3.2. Nortasun nahasteen inguruan egindako ikerketa biologikoak

- **Eremu kognitiboa**

Eremu honetan, hautemateko, integrazeko eta interpretatzeko moduak sartzen dira, nortasun osasuntsu eta nortasun nahasteentzat balio dutenak. Ingurugiroak eta ikaskuntzak eragin handia duten arren, badirudi estilo kognitibo patologiko batzuk, anomalia biologikoen ondorio izan daitezkeela.

Adibidez, nortasun nahaste eskizotipiko eta eskizoideek, jatorria, arreta eta pentsamenduaren kurtsoko anomalian izan ditzakete. Nahaste hauetan, eta nortasun nahaste borderlineetan ere, estimulu garrantzitsu eta garrantzi-gabekoen artean egon daitezkeen diskriminazio arazoek ere eragina izan dezakete. Nortasun nahaste borderlineetan eta antisozialetan, fluxu zerebral frontalaren gutxiagotzea aurkitu da neuroirudien bitartez.

Badirudi eremu orbitofrontalean aktibitate metaboliko gutxi egoteak, inpultsibitatearen eta agresibitatearen kontrol gutxiagotze batekin harremana duela ere (Carrasco eta Díaz 2004).

- **Afektibitatea**

Animo tonuen modulazio defizientzia batez ere B taldeko nortasun nahasteen ezaugarri bat da. Garuneko serotonina jarduera egoera emozionalarekin harremanduta dago, eta honen gutxiagotze bat egoera depresibo eta disforikoekin harremanduta dago.

Bestalde, badirudi animo tonua inguruneko frustrazio edo sariekin harremendua egon daitekeela ere. Badirudi, noradrenalina aktibitateak, ingurugiroarekiko interakzioarekin harremana duela. Modu honetan, noradrenalina jarduera altuak ingurugiroarekiko interakzio gehiago ekarriko luke, eta noradrenalina jarduera baxuak, berriz, isolamendua eta ingurugiroarekiko elkarreragin baxua.

Teoria honekin harremanduta, pertsona hiperadrenergikoek, ingurugiroa manipulatuko lukete, eta, frustrazio eta banaketa egoerak gutxiagotu nahiko lituzkete, eta, horrela bere animoa igoko lukete. Pertsona deprimituek, berriz, ingurugiroarekiko interakzio gutxiago izango lukete, jokabide isolatuak izango lituzketelarik, eta hau, hipofuntzio noradrenergikoagatik izango litzateke (Carrasco eta Díaz 2004).

- **Inputtsibitatea**

Jakina da, inputtsibitatea nortasun nahaste ugariren ezaugarrietako bat dela. Hainbat nortasun nahasteengan, kontrol inputtsiboaren defizientzia egon ohi da, eta sintomak, buru-hilketa saiakerak, haserrekortasun handiak, eztanda emozionalak eta sustantzien abusua izan ohi dira. Gehiegizko ekintzen bilaketa, hausnarketa urria, monotoniarekiko intolerantzia, eta estimulu kitzikatzaileen gehiegizko bilaketak jokabide desegonkortasun batera daramatza, eta hau nortasun nahasteengan ohikoa da.

Badirudi inputtsibitateak karga genetiko ugari daukala eta tendentzia hori daukaten familietan, familia-kide gehienengan ematen dela askotan. Adibidez, berritasunaren bilaketaren dimentsioak %40ko oinordekotasuna omen dauka, eta hartzaile dopaminergikoaren asaldatze genetikoekin harremandua egon ohi da.

Badirudi defizit serotoninergikoa sintoma inputtsiboekin harremandua dagoela baita ere. Badirudi bide serotoninergikoetan ematen diren lesioek, jokabideen errepresio gaitasuna gutxiagotzen dutela.

Sistema noradrenergikoak ere inpulsiitatearen mekanismo biologikoengan eragina dauka. Hainbat ikerketek erakutsi dute ere, extrabertsioa eta sentsazioen bilaketa ere neurotransmisore hauen maila altuekin harremanduta daudela.

Jarduera monoaminooxidasas (MAO) plaketarioa, sentsazioen bilaketa eta extrabertsioarekin harremanduta omen dago. MAO plaketario gutxi izatea, ezaugarri hauen puntuazio altuekin harremanduta omen dago. Adibidez, mendizale eta zezenketan dabilzanek izan dezaketena. Nortasun borderlinea duten pazienteengan ere MAO plaketarioaren jarduera baxua agertu ohi da.

Testosterona maila inpulsiitatearekin harremandurik dago baita ere, eta, honekiko korrelazioak, extrabertsioa, gizartekoitasun, sentsazioen bilaketa, menderatze, harreman sexualen bilaketa, monotonia saihestea eta jarduera fisikoekiko lehentasuna erakusten dute (Carrasco eta Díaz 2004).

- **Antsietatea**

Inibizio eta saiheste jokabideak antsietate ezaugarri dimentsioarekin harremanduta daude. Jokabide saiheskorrak eta dependentziazkoak edo gehiegizko kontrolezkoak, dimentsio honekin harremanduta daude. Badirudi antsietate ezaugarria duten pertsonen, gehiegizko kitzikagarritasun eta gehiegizko erantzun bat izango luketela eta estresarekiko erantzunaren mekanismoen desregulazio bat egongo litzateke. Asaldura hauen arrazoia GABA sistemaren jardueraren gutxiagotzea edo (CRH) hormonaren askatze gehiagotzea izan daitezke. Neurotransmisoreei dagokienez, antsietatea daukaten pertsonen hartzaile serotoninergiko postsinaptikoen gehiegizko aktibazio bat izan dezakete (Carrasco eta Díaz 2004).

- **Ondorioak**

Gaur egun, nortasun nahasteen anomalia biologikoen ikerketak hasierako fase batean daude, eta, batez ere, nahasteen ezaugarri eta sintomekin harremandutako disfuntzioak bilatzen dira. Aurkikuntza gehienak nortasun nahasteen

ezaugarrien kausa biologikoengan aurkitu dira, horregatik, sailkapen kategorial baten kausa biologikoak aurkitzea zailagoa izango litzateke, eta ez hainbeste ezaugarri eta sintomen kausak bilatzea.

Bestalde, egin diren ikerketa gehienak nortasun nahaste borderlineengan izan dira. Praktika klinikoan nabarmenenak direlako, eta, bere larritasunagatik, arreta gehien dutenak direlako eta gainera bere anomalia biologikoak nahiko nabarmenak direlako. Esan bezala, oraindik ikerketa asko daude egiteke, eta ziurrenez ikerketa guzti hauek nahaste hauen izaeraren arrazoiak agerian jarriko dituzte (Carrasco eta Díaz 2004).

2.3. Nortasun nahasteentzako tratamenduak

Ikerketa asko egin dira, nortasun nahasteentzako zein tratamendu den eraginkorrena aurkitzeko. Batez ere, nortasun nahaste borderlineen inguruan ikertu egin da.

Ondorengo lerroetan, tratamenduen eraginkortasunaren hausnarketa batzuk agertzen dira. Nortasun nahastea duten pazienteak, depresioa eta antsietatea duten pazienteak baino garestiagoak dira ekonomikoki. Horregatik, eta beste arrazoi askorengatik beharrezkoak dira nortasun nahasteentzako tratamendu eraginkorrak (Soeteman et al. 2008).

Nortasun nahasteentzako hainbat psikoterapia tratamendu eta farmako eraginkorrak direla aurkitu da. Paziente gehienek psikoterapia luze bat behar dute nortasunaren hobekuntza izateko, pertsonarteko harremanak hobetzeko eta funtzionamendurako, orokorrean.

Tratamendu farmakologikoa antsietate eta depresioa bezalako sintomentzako lagungarria da, baina ez nortasunaren ezaugarriak hobetzeko. Neuroleptikoek ere haluzinazio eta eldarnio pasarteetan lagundu dezakete (Guimón 2008).

Psikoterapiari dagokionez, terapia psikoanalitiko, psikodinamiko eta konduktual-dialektika eraginkorrenak dirala ikusi da. Eta, astero, terapia indibidual bat eta bi talde-terapia sesio edo gehiago gomendatzen dira ere (Oldham et al. 2001). Ikerketa askoren arabera nortasun nahaste borderlineengan teknika kognitibo-konduktualak eraginkorrak izan daitezke (Linehan 1993) baita teknika psikoanalitikoak hainbat aldaketarekin ere (Guimón 2001).

Hospitalizazio edo tratamendu ambulatorioa aukeratzeko orduan, ikerketa askok emaitza positiboak aurkitu dituzte paziente borderlineen tratamendu ambulatoriekin (Guimón et al 2007.) Ikerketa batzuek erakutsi zutenaren arabera, hospitalizazio partziala egiten duten pazienteek, hobekuntza dakarte nortasun nahastea duten pazienteen funtzionamendu sozial eta pertsonarteko funtzionamenduan eta, 18 hilabete pasata ere, hobekuntza horiek jarraitzen dute (Bateman et al, 2006).

(Chiesa M FP.2007)-k egindako ikerketa batean ikusi zen B taldeko pazienteentzat gomendagarriagoak direla tratamendu ambulatorioak hospitalizazioa baino. Gainera, nahiz eta nortasun nahaste borderlineek beste gaixotasun batzuek baino larritasun gehiago izan, ospitalizazio portzentaia baxuagoa dela erakusten duten ikerketa desberdinak egin dira. Eta ospitalizazioak, batez ere, buru-hilketa arriskuagatik, besteei min egiteko arriskuagatik, norbera zaintzeko zailtasunengatik eta tratamenduaren uzteagatik izan ohi dira (Pascual et al. 2007).

Hala ere, paziente hauen acting-ak direla eta, terapeutek laguntza behar dute paziente hauek eusteko. Adibidez, ospitalizazio gune batek edo eguneko ospitale batek lagundu dezake (Lyons et al. 1997). Bateman eta Fonagy (1999)-ren lanek eguneko ospitale batean egindako psikoterapia dinamikoa proposatzen dute paziente hauen tratamendurako.

Terapia indibidualei dagokienez, beraiek bakarrik, ez dira oso eraginkorrak nortasun borderlineengan euren desegonkortasun, transferentzia intentsu eta (Acting out)-ak direla eta. Talde terapia eta banakako terapia konparatu zuten ikerketa batzuetan, eta talde abordaian emaitza hobek aurkitu zituzten. (Guimón et al. 2012).Eta talde

terapien barnean, dinamikoak nortasun nahaste borderlineengan eraginkorrak direla demostratu da, baita ere (Guimón 2001). Talde terapiak paziente hauen Niaren funtzionamendua eta pertsonarteko funtzionamendua hobetzen du eta joera erregresiboak gutxiagotzen ditu.

2.4. Nortasun nahasteak eta kultura

Kultura terminoaren definizio asko existitzen badira ere, goazen *National Institute of Mental Health Culture and Diagnosis Group*-ek egiten duena aztertzeraz: *“Kultura, gizarte menderatzailean eta bere barneko talde sozialetan ikasi eta transmititu egiten diren esanahi, balore eta jokabide legez osaturik dago; Hauek, eragin handia daukate kognizio, sentimendu eta self-aren kontzeptuan, baita prozesu diagnostiko psikiatriko eta erabaki terapeutikoetan ere”*.

Horregatik, kultura, ikasi egiten da eta belaunaldi bakoitzean irakatsi eta erreproduzitu egiten da; aldaketan dago etengabe, eta jokabidearen patroio objektibo eta subjektiboak dauzka.

Kulturak eragina dauka banakoaren garapenean, hainbat jokabide ikasiak izango direlako, eta beste hainbat sinesmen, ohitura eta lege instituzionalizatuak edo zigortuak izan daitezkelako. Jaiotzen garen momentutik presio indibidualek eragina daukate pertsonaren jokabideengan, batzuk errefortzatuz, eta beste batzuk ahulduz. Hezkuntzak jokabide eredu batzuk irakasten ditu, eta horregatik, kultura bereko pertsonak nortasunaren antzeko ezaugarriak izan ditzakete. Bestalde, kultura batzuetan patologikoa izan daitekeena, ez da patologikoa izango beste gizarte batzuetan (Guimón 2001).

Praktika klinikoan, zailtasun handia dago nortasun nahasteengan kulturak duen eragina kontrolatzeko. Nortasun nahasteen inguruan kultura okzidentalean dauden kategorizazioek hainbat kritika jaso dituzte.

Psikiatria kultural amerikarrak berak, hiru okertasun kultural deskribatu ditu DSM-an nortasun nahasteen inguruan egindako ikusmoldean:

1. Self-aren ikusmolde egozentrikoegia da, gizarte soziozentrikoetan oso aplikagarria ez dena.
2. Gorputz-gogamen dualismo handiegia, biomedikuntzarena dena, baina mendebaldeko gizarte ez diren gehienetan aplikagarria ez dena. Leku hauetan modu somatopsikologikoagoan deskribatzen dira gaixotasunak.
3. Ez ditu kontuan hartzen kulturak/azpikulturak, klase sozialak, generoak, adin taldeak eta talde politikoak gaixotasun psikiatrikoarengan sor ditzakeen aldakortasunak.

Beraz, nortasun nahasteak ebaluatzean, faktore kulturelek eragina izaten dute, eta diagnostiko tresnek ez dituzte hauek kontuan hartzen. Eta adibidez, ikerketa batzuek erakusten dute, borderline nortasun nahastea, aldaketa kultural handiak dituzten herrialdeetan hazi egiten direla.

- **Eragin dezaketen beste aldagai batzuk:**

A motako nortasun nahasteak EEBB etan toleragarriagoak dira, Japonen baino, non sintomek autodiziplina, besteekiko arreta, identitatea eta talde jabegoa bezalako baloreekin talka egiten duen. Bestalde, hainbat gizarte komunistatan ez litzateke nortasun nartzisista onartuko. Talde minoritarioetako kideak (etorkinak, errefuxiatu politikoak eta ekonomikoak) mesfidati edo defentsibo agertu daitezke, gehiengo kulturala duten pertsonetako. Edo, herri batzuentzako kulturalki normala izan daitekeena, paranoide bezala interpretatu daiteke beste kultura batzuetan.

Hainbat sinismen edo erlijio praktika (budua, chamanismoa, seigarren zentzua, ...) nortasunaren ezaugarri eskizotipikoekin nahastu daitezke, testuingurutik kanpo baloratzen badira.

Borderline Nortasun Nahastei dagokienez, EEBB etako populazio desberdinetan handiagotu egin da azkenengo hamarkadetan. Hau, haurtzaroko harreman

desorekatuekin, pertsona ondo eusten ez duten familia testuinguruekin eta egunerokotasun amerikar garaikideko beste faktore batzuekin harremanurik egon daiteke (Selva et al., 2005) .

Bestalde, kulturarteko baliagarritasun transkulturala ere kritikatu egin da, adibidez, Japoniar nortasun borderlineek droga kontsumo gutxiago eta despertsonalizazio eta desrealizazio gehiago omen dute, eta autolesio eta jokabide masokistagoak izaten omen dituzte. Beste herrialde tradizionaletan ere gaindosi, autolesio eta buru-hilketa desira gutxiago agertu dira ere. Pertsonarteko jokabidea, itxura eta espresio emozionala aldatzen da, kulturaren arabera ere; horregatik, askotan, emakume mediterranear eta latinoei nortasun nahaste histrionikoa diagnostikatzen zaie gehiagotan. Matxismoa nagusi den kulturetan, gizonezkoek, narzizistagoak azaldu daitezke.

Kulturaren arabera ere, dependentzia kontzeptua osasuntsua edo ez-ohikoa izan daiteke. Japon bezalako herrialdeetan non, interdependentzia eta taldearekiko harremana desiragarriak diren, dependiente izatea bertute bat izango litzateke. Mendebaldeko herrialdeetan, berriz, non independentzia eta autonomia pertsonala sustatzen diren, besteenganako dependentzia duen pertsona, gaixo bezala ikus daiteke.

Askotan, talde minoritario edo emigranteek, egoera sozialetan parte-hartzea errefusatzeko dute, desegokiak izatearen beldurragatik, eta, antsietate soziala eta isolamendurako joera izan dezakete. Hainbat gizarte erlijiosok edo zientifikok, erritual edo jokabide perfektionistak izan ditzakete, eta ez dira nortasun obsesibo-kompulsibo batekin erratu behar.

Ikertzaile batzuek erakusten dute komorbilitatean, faktore kultural eta sozialek eragina izan dezaketela, batez ere, ingurugiroarekiko adaptazio txar batekin harremandua dagoenean. Komorbilitate portzentaje handiena borderlinea histrionikoarekin izan ohi da. Bestalde, borderlinea, antisozial, eskizotipiko eta dependentziazkoarekin harremandua egon ohi da baita ere.

Saiheskorra ere, eskizoide, paranoide eta batez ere, dependentziazkoarekin harremanak egon ohi da (Caballero , 2004).

Beraz, garrantzitsua izango da aldagai kulturalak testuinguru jakin batean kontutan hartzea hainbat jokabide patroi ulertzeko.

2.5. Klase soziala, familia eta aldagai soziodemografikoak

Klase soziala

Kulturak bezalaxe, klase sozialak ere nortasunaren hainbat ezaugarritan eragina dauka. Hezkuntza prozesua, ohiturak, tradizioak, itzaropideak, rol adibideak eta ingurune intelektualak desberdinak dira klase sozial desberdinetan. Adibidez, gero eta klase sozial baxuagoa izan, gero eta hezkuntza laburragoa izaten dute, eta horrek, eragina izan dezake pertsonak hartzen duen posizio sozialean, hartzen dituen rolengan, betebeharrengan eta pribilegioengan. Bestalde, hainbat herrialdetan, sostengu sozial falta eta pobrezia dela eta, paziente asko urritasuneko egoeran bizi dira, beraien sintomak direla eta (Guimón 2001). Eta guzti honek, eragina izango du pertsonak duen autokontzeptuarengan, besteak hautemateko moduarengan, beste klase sozialetako eta bere klase sozialeko pertsonak hautemateko moduarengan, egoerak definitzeko eta hauei erantzuteko moduarengan. Norberak duen autokontzeptuaren arabera, hartuko dituen iniziatibak, aspirazio mailak eta besteekiko harremanak definituko bait dira. Autokontzeptuaren arabera, pertsonak anbizio gehiago edo gutxiagoko helburuak bilatuko ditu, eta bere identitatearen arabera, posibilitate edo limitazio desberdinak hautemango ditu. “ *Geure buruari buruz pentsatzen dugunaren arabera, egiten duguna baldintzatuko du, eta honek etorkizunean izango garena ere baldintzatu egingo du*” (Zumalabe, 1993).

Oso zabala da klase sozial baten aldagaiek nortasunean izan dezaketen eragina, eta era berean, gaixotasun mental eta fisikoen nagusitasunean ere eragina izan dezake. Adibidez, Hollinshead eta Redlich (1958)-ek aurkitu zuten bezala, gaixotasun mental guztiak klase sozial guztietan agertzen badira ere, maila sozial altuagoa duten

pazienteengan neurosiarekiko joera handiagoa daukate, eta klase sozial baxuagoa dutenengan, berriz, psikosiarekiko joera handiagoa (Pols, 2007). Autore hauek ere, klase sozial kaltetuetan gaixotasun mental gehiago zeudela aurkitu zuten (Guimón 2001). Hau ulertzeko bi hipotesi daude. Alde batetik hautespen sozialeko hipotesia. Honen arabera, gaixotasun mentalak dituzten pertsonak, ahulagoak direnez, ezingo lukete hierarkia sozialean gehiago igo, edo jeitsi egingo lirateke, beraien jatorrizko familiek izandako hierarkiekin konparatuz. Bestalde, kausa sozialengatiko hipotesiak esaten duenez, estatus sozial baxuago duten pertsonen ingurugiroak eragina izan dezake psikopatologiarengan. Honen arabera, aurreiritziek, diskriminazioak... kalteturiko taldeak klase baxuetaruntz bultzatuko lituzkete, eta honek, egoera desegoki eta estresagarrietara bultzatuko lituzkete (Barrón, 1989).

Max Weber soziologo alemaniarrek esaten zuen bezala, klase sozialak eragina dauka hezkuntzan, lanean eta beste aldagai batzuegan ere, baita bizitza esperantzan eta gaixotasunen tratamenduan ere. *“Diruagatik gaixotu eta hil egiten gara, baita honengatik bizi ere.”*

Familia

Familia, eta familiakideen artean dauden harremanek ere eragina izango dute pertsonaren jokabidearengan. Gurasoak samurrak eta maitakorrek izan daitezke edo etsaitasuna eta arbuioa espresatu dezakete. Oso babestzaileak eta posesiboak edo umearen askatasun eta autonomiarekin begirunedunak izan daitezke. Azken batean, gurasoen jokabideek umearen nortasunaren garapenarengan eragina izango du. Umeek lehenengo urteetan, batez ere, familiaren jokabideak hautemango dituzte, horregatik, ondoren izango dituzten esperientzia guztiak, aurretik familiarengandik hartutakoekin konparatuko dituzte.

Beraz, umeari transimitituko zaion hezkuntza, gurasoen nortasunaren arabera izango da. Beraiek bereganatutako norma sozial eta kulturalak, harremantzeko moduak, tabuak, baloreak, rola, eta ixaropideak transmitituko dizkiete. Beraz, umearen nortasunarengan eragina izango dute. Gurasoak umeen eredu izan daitezke, eta hauek umearen jokabide batzuk saritu eta beste batzuk zigortu egiten dituzte kontzienteki edo inkontzienteki. Familiaren eraginari garrantzi handia ematen

dieten autore asko daude, hauen artean, Freud, Murray, Erikson, Sullivan, Rank, Rogers, Maslow, Adler, White, Allport, Feom, McClelland, García Badaracco.

Adibidez, García Badaracco-ren ustez, egitura familiar batek, klima emozional egokia eman beharko lioke umeari, eta horrela, familiako harremanen bitartez, ni osasuntsu bat osatu dezake. Klima osasuntsu honen bitartez, umeak ni osasuntsu bat eta indibidualizazio eta autonomia lortuko lituzke. Klima egokirik ez balego, umeak patologia desberdinak izan litzake (Guimón et al. 1988).

Nortasun nahasteen kasuan, gaur egun, gizartearen baloreen aldaketa handia bizitzen ari gara. Agian gaur egungo baloreak ez daude guztiz definiturik, gurasoek ume eta gazteei modu argian transmititzeko. Helduen krisiak (lan presioa, bizitza emozionala, etorkizunari buruzko beldurrak...) eragina daukate seme-alaben euste, hezkuntza eta eredu eta baloreen transmisioan. Guzti hau nahitaezkoa da nortasunaren formaziorako, eta beraz, eragina izan dezake nortasun nahaste bat pairatzeko orduan. (Blanch Cañellas et al., 2005).

Nortasun nahasteen familien inguruan ikerketak egin dira eta aldagai hauek aztertu dira beste askoren artean:

- *Nahaste eskizoidea* duten pazienteek atxikimendu anibalentea jaso dute, eta familia disfuntzionala eta desegina agertzen da.
- *Nahaste saiheskorrean* atxikimendu antsiosoa edo larria aztertzen da, eta familia ere disfuntzionala eta desegina agertzen da. Badirudi familia mantentzen duen gauza bakarra ezkontzaren porrotaren beldurra dela.
- *Nahaste depresiboan* atxikimendu antsiosoa eta atxikimendurik eza aztertzen da gurasoen aldetik. Kasu honetan ere, familia disfuntzional eta desegina agertzen da normalean.
- *Dependentziatzko nahastean* gehiegizko atxikimendua jaso dezakete guraso baten aldetik, eta inolako atxikimendurik bestearen aldetik. Familia nahasia izan daiteke.
- *Histrionikoan*, neurrigabeko atxikimendua jaso dezakete guraso batengandik, eta arbuioa beste gurasoarengandik. Familiaren egitura mota aglutinatua izan liteke.
- *Nahaste eskizotipikoan* pazienteek ez lukete atxikimendurik izango gurasoen partetik, eta familiaren egitura disfuntzionala eta banandua izango litzateke.

- *Paranoideen* kasuan eskizotipikoen antzekoa izango litzateke atxikimenduari eta familiaren egiturari dagokionez.
- *Nortasun borderlineetan*, Millon-ek (1999) desberdintasun bat egiten zuen. Paziente gogogabetu eta autosuntzizaileetan, energia gutxidun eta ahulak ziren familiakideak zeudela esaten zuen. Paziente inpultsibo eta haundiusteetan, gehiegizko erreakzioak dituzten familiakideak aztertu zituen (Muñoz eta Sánchez, 2006).

Azken hauengan, hain zuzen ere, tratamendua luzea eta zaila bada ere, familiaren inplikazioa ezinbestekoa da pazientearen hobekuntzarako. Tratamenduaren jarraipen gehiago ematen da kasu hauetan, eta honek iragarpen hobea ziurtatzen du (Mascaró, 2012).

Aldagai soziodemografikoak

Adina: Ikerketa gehienetan ikusten da nortasun nahasteen prebalentzia tasak jaisten doazela adina aurrera doan heinean. Badirudi, B motako nortasun nahasteak (borderline, nartzisista eta antisozialak) gazteagotan agertzen direla. Dirudenez, adina aurrera doan heinean, gutxiagotzen diren nortasun nahasteak antisoziala, borderlinea, histrionikoa, nartzisista eta pasibo-agresiboa dira. Obsesibo-kompultsiboa, paranoidea, eskizoidea eta eskizotipikek, berriz, adinak aurrera egiten duen heinean, eutsi egiten dute.

Sexua: Literatura medikuan aztertzen denagatik, emakumeengan nortasun nahasteak gizonezkoengan baino intentsitate/larritasun baxuagoarekin agertzen dira. Badirudi nortasun nahaste borderline, histrioniko eta dependentziazkoa gehiago ematen dela emakumezkoengan, eta antisozial, eskizotipiko eta obsesibo kompultsiboa gizonezkoengan (Selva et al. 2005).

Hezkuntza maila: Nortasun nahaste obsesibo-kompultsiboa, hezkuntza maila altuekin harremanduagoa omen dago, batez ere, unibertitate ikasketekin. B taldeko

nortasun nahasteek, berriz, ikasketa maila baxuagoa duten pazienteekin harremandua ikusi dira (Pérez 2004).

Egoera zibila: Ezkongabeen artean, gehiago agertzen dira nortasun nahaste eskizoide eta obsesibo konpultsiboak. Nortasun nahaste borderlineetan ere, ezkongabetasuna nagusiagoa omen da. Nortasun eskizotipiko, histrioniko, nartzisista eta dependentziazkoek harreman egonkorragoak omen dituzte (Pérez 2004).

Okupazioa: Ikerketa batzuek erakusten duten bezala, nortasun nahastei diagnostikoa egiten zaienetik, hurrengo 4 edo 5 urteetan langabezian egoteko joera bat izaten dute (Pérez, 2004). Guzti honen arrazoa, lanean pertsonarteko harremanak ematen direlako, eta modu honetan, banakoaren subjektibotasunak agerian agertzen direlako da. Lanean egoera pertsonalak ematen dira, eta nortasunaren ezaugarriek eragina izan dezakete emankortasun, lan asetasunean eta lan jardueran ere. Guzti honengatik, nortasun nahasteek ezin dezakete modu autonomo batean funtzionatu, eta asko kostatzen zaie lanean modu eraginkor eta malguan egokitzea. Gainera, euren harremantzeko era dela eta, besteek manipulatzailerik, gogaikagarri, arreta bilatzaile eta gatazkatsu bezala hautemango dituzte (Gálvez et al. 2010). Autore hauen arabera, nortasun nahaste bakoitzak, zailtasun desberdinak izan ditzakete lan munduan jarduterako orduan:

A taldekoak (paranoide, eskizoide eta eskizotipikoak) izan ohi dira lanean zailtasun handienak izaten dituztenak. Batzuetan hain larriak dira, ezin dutela ezta lan munduan sartu.

- Nortasun paranoideari dagokionez, pertsonarteko harremanak nahiko zailak dira eta besteen hurbiltzeak edo kontaktu saiakerak jazarpenezkoak edo etsaitasunez hauteman ditzakete. Paranoideak oso eztabaidatzaileak, isilak edo kexa handidunak izan daitezke. Kritikarekiko oso sentikorrak dira. Askotan jazarpena jasaten ari direla uste dezakete, baina benetan paranoiak izan daitezke. Horregatik garrantzitsua da bi hauek desberdintzea.
- Nortasun eskizoidearen kasuan, euren atxikimendu ezak, lana bakarrik egin nahi izatera eramango dituzte. Enpatia eta emozioen espresiorik behar ez den lanetan arrakasta gehiago izango dute pertsona hauek.

- Isolamendu ezaugarri horiek nahaste eskizotipikoan ere emango dira. Baina, kasu honetan langileak modu arraroan eta mesfidatian jokatu du eta erreferentzia ideiak izan ditzake.

B taldekoek (histrioniko, nartzisista, antisozial eta borderlineak) ere zailtasunak izan ditzakete lan munduan.

- Histrionikoaren kasuan, bere jarrerak zailtasunak sor ditzakete lan taldearekin, bere antzerki izaerak egoera normalak garrantzi handiko gertakizun bilakatu ditzaketelako, hauen aurrean erantzun emozional desegoki bat emanez. Gainera, gertakizunak beltz edo zuri termino dikotomikoetan ikus ditzake, adibidez:(*edo nirekin zaude edo nire aurka zaude*).
- Lan munduan, pertsona nartzisistak besteen esker ona beharko du, denbora guztian, besteen mirespena, behar izango du baina ez ditu bere akatsak onartuko. Guzti honek zailtasunak sortuko ditu bere kideekiko harremanetan. Gainera enpatia falta izango du, eta honen bitartez, besteen jokabideak debalatu ditzake.
- Nortasun nahaste antisozial eta borderlineek sortu ditzaketen gatazkak bortitzagoak izan daitezke beraien jarrerengatik, pertsonarteko gatazkak, jazarpen egoerak, estres psikosoziala edo ardurak saihestera eraman ditzakete. Gainera, nortasun nahaste hauek komorbilitatea izaten dute kontsumoarekin eta adikzioekin eta honek zailtasun gehiago ekar ditzake lan bat burutzerako orduan. Antisozial larriek legeak apurtu ditzakete lana galduz, eta ez hain larriak ez direnak oso lehiakorak izan daitezke. Borderlineek daukaten ondorezak egoera sozial eta lan egoeretara txarto egokitzen eraman ditzakete.

C taldekoen (menpekotasuna dutenak, saiheskorak, obsesibo-konpulsiboak) zailtasunak ondorengoak izan daitezke:

- Menpekotasuna duten nortasun nahasteek lan berriak saihestu nahi dituzte. Lan gehiegi izateak ahultasuna, antsietatea edo nekea sor diezaike. Otzanak direnez, besteentzako lan egitea nahiago dute, ardurarik ez izateko eta erabakirik hartu behar ez izateko. Gainera, negatiboki autoebaluatzen dira, ez

dute euren gaitasunengan sinesten eta erratzeko beldurra daukate; horregatik, besteen laguntza behar dute denbora guztian.

- Saiheskorrak oso sentikorrek dira besteen arbuioarekiko. Oso erne daude besteekiko harremanetan, besteen arbuioak aurrean ditzakete. Sozializazioa saihestu dezakete (kafea hartzeko orduan, etenaldiak...).
- Nahaste obsesibo-konpulsiboak zurrinak dira eta aldaketek urduritu ditzakete. Horregatik, zailtasunak izan ditzakete lanak amaitzerako orduan edo erabakiak hartzerako orduan. Hala ere, badirudi lan munduan, nahaste obsesibo-konpulsiboak, nahaste eskizotipikoa eta borderline duten pazienteek baino narriadura gutxiago dutela (Skodol et al. 2002).

Bestalde, González eta Delgadok (2008) beraien ikerketa batean aurkitu zuten bezala, mobbing-a pairatzen duten pertsonen % 36-ak nortasun nahaste bat dauka. Hau, mobbing-a pertsonarteko harremanekin harremanduta dagoelako da, hau da, trebetasun sozial gutxiago dituzten pazienteek jazarpen gehiago izan dezakete, eta nortasun nahasteek, hain zuzen ere, defizita daukate pertsonarteko harremani dagokienez (Moreno et al., 2006).

2.6. Ezaugarriak, kategoriak eta dimentsioak.

Ezaugarriak: Nortasunaren teoria gehienek erakusten dute, jokabide patroik egonkor batzuk existitzen direla, eta denbora eta egoera desberdinetan egonkorak direla; hauek, nortasunaren ezaugarriak deitzen dira.

Jokabide patroik hauek zurrinak eta egokitzen ez direnak izatea da nortasun nahaste bat dagoela baieztatzeko irizpideetariko bat. Hautemate, kognizio edo erantzun disfuntzionalak izaten dituzte, eta normalean besteekiko harreman desegonkorak izaten dituzte.

Prozesu guzti hau baloratzeko orduan, desbideratzeak eman daitezke, hurrengo arrazoiengatik: Kontuz ibili behar gara nortasunaren ezaugarri egonkor bat, egoera kroniko batekin ez nahasten. Hori nahiko zaila da, oso gazte denean gertatzen bada,

batez ere. Bestalde, ezaugarri disfuntzionalak izaten duten balorazio kargak eragina izan dezake, normalean karga hau negatiboa izaten delako, eta askotan pazienteek ezkutatu diezaiokele elkarrizketatzaileari.

Hauek eta beste oztopo asko, hobetu egin daitezke elkarrizketa teknikak eta diagnostiko tresnak hobetuz.

Kategoriak: DSM IV-TR-ean eta CIE10eko nortasun nahaste sailkapenek kategoria abiapuntu tradizional bat daukate eta aurrekariak Kurt Schneider-en eredu klasikoetan daude. Honek, nortasun nahasteak entitate patologiko indibidual eta mugatutzat kontutan hartzen ditu. Hau da, nahaste bakoitza kategoria bat da, eta asaldura espezifikoak dauzka. Beraz, kategorietan nortasuna “*badaukan edo ez daukan*” oinarritzen da.

Gaur egun DSM IV ean eta CIE 10 ean klasifikaziotarako erabiltzen diren kategoriak ez dira espezifikoak, gehiegizko solapamendua dutelako eta baliagarritasun gutxi dutelako, bai ikerketa biologikoei, zein larritasun mailari dagokionez. Gainera, muga garrantzitsuak dituzte, bizitzan zeharreko diagnostikorako, eta “espezifikaturik gabeko kategoria” heterogeneoogia izaten da.

DSM IV sortzen ari zirenean, eredu dimentsionalagatiko proposamenak egin ziren ere, baina ez zuten aurrera egin arrazoi desberdinengatik (Guimón 2006, Guimón 2007).

Ondorengoak izan dira normalean, nortasun nahasteen kategoria abordaiei egin zaizkien kritikak:

1. Paziente eta prototipoen arteko ajuste eskasa.
2. Askotan pazienteak kategoria batean baino gehiagotan sartu daitezke.
3. Kategoria berdinean sartu daitezkeen pazienteen artean heterogeneotasun handia egon daiteke.
4. Eztabaida asko egon dira, nortasun eskizotipikoa lehenengo ardatzean egon beharko lukeen ala ez.

5. Kategoria batzuetan denbora egonkortasun falta egoten da (eta hori bateraezina liteke nortasun nahastearen definizioarekin).
6. Normaltasun eta patologiareneko arteko bimodalitatearen falta.
7. Kategoria askoren barnean irizpideen akordio falta.
8. Ez da kontuan hartzen jokabide batzuen atzean egon daitezkeen motibazio osagarria, jokabidea nahiko antzekoa izan badaiteke ere. Adibidez, harreman sozialen faltak motibazio desberdina izango luke nortasun eskizoide eta saiheskorrean.
9. Denbora eta ebaluatzaile arteko fidagarritasun baxua.
10. Tratamendurako erabilgarritasun gutxi.
11. Baliagarritasun diagnostiko txiroa

Hala ere, nortasun nahastei dagokienez, kategoria sailkapenak dira orain arte gehien erabiliak. (Trull 1990, Trull et al., 2005), (Esbec eta Echeburua, 2011), (Besteiro et al. 2004). Kategorizazioaren inguruan ikusi diren mugengatik, eta dimentsionaltasunean, aztertu diren abantailak direla eta, gaur egun, dimentsioaren sorkuntzak interes handia dauka (Krueger et al. 2007).

Hurrengo lerroetan, dimentsionaltasunaren inguruan aztertu diren abantailak azalduko dira..

Nortasun nahasteen dimentsio abordaiak

Abordai dimentsionalaren bertute nagusiak honakoak izango lirateke:

1. Informazio malgu, espezifikoa eta ulergarriagoa ematen du.
2. Diagnostikoen fidagarritasuna handiagotzen du.
3. Diagnostiko desberdinen solapamendua jaitsi egiten du.
4. Gainera, ikuspuntu honen arabera, nortasun nahasteek ez dute zertan nortasun normalaren ezaugarriekin apurtu behar, eta abordai kategorialek berriz, patologia non hasten den bezalako erabakiak hartzen ditu.
5. Praktika klinikoak azterturiko sindromeen konplexutasunarekin akordioan dago.
6. Neurketa dimentsionala kategorialean bilakatu daitezke, baina ez aurkakoa.

7. Dimentsionaltasunetik egiten den kategorizazioak ebaketa puntuak bariatu ditzake, testuinguru, kultura eta banakoaren espezifikotasunak kontutan hartuz.
8. Gaixoen ezaugarrien analisi sakonagoa egin daiteke.
9. Terapeutari interbentzio esparru konkretuak errazten zaizkio.
10. Komorbilitatea, jada, ez da arazoa izango ezaugarri konbinatuak izan ditzakeelako, eta ez kategoria konbinatuak.

DSM 5-ean, etorkizuneko nortasun nahasteentzako profil dimentsionala sortzen ari dira, baita kategorientzako, eremuentzako, ezaugarrientzako eta funtzionamendu mailentzako ere. Orain arte, asko izan dira egon diren nortasun teoria dimentsionalak.

Ezagunak dira Eysenk-en proposamen psikobiologikoak (extabertzioa, neurotizismoa eta psikotizismoa), eta honi Grayek gehitzen dizkion (antsietatea eta inpultsibitatea). Baita ere, Zuckerman-Kuhlman-ek planteatzen zuten 5 faktoreko eredua: neurotizismo-antsietatea, agresio-etsaitasuna, aktibotasuna, gizartekoitasuna eta sentsazio bilaketa.

Millonek, hasieran polaritate eta teoria ebolutiboa proposatu zuen, eta egun, 15 nortasun estiloren artean espektro dimentsional bat proposatzen du. Watson eta Tellegen-ek afektu positibo eta negatiboaren arteko bipolaritatea proposatu zuten. Watson, Clarck eta Tellegen-ek bi dimentsio hauen galdesorta bat sortu zuten, Espainian balidatuta dagoena: *Cuestionario de Afecto Positivo y Negativo (PANAS)*. Eta beraien teoria hiru faktore handitan banandu zuten (emozionalitate positiboa, neagtiboa eta inibizioa), eta hauek, oinordetu egiten direla esaten zuten.

Costa eta McCrae-k, bost faktore handien eredua diseinatu zutenek, lau pausutako prozesu bat proposatu zuten:

- 1) Nortasunaren egituraren deskripzioa bost faktoreen arabera izatea.
- 2) Harremandurik dauden arazoak identifikatzea.
- 3) Arazo hauen esanahi klinikoa bilatzea.

- 4) Etiketa diagnostiko bat egokia den ikusteko, kasu prototipikoenganako egokitzaipena aztertzea.

Livesley-ek (2005) nortasunaren patologiaaren ebaluazio dimentsionala proposatu zuten eta lau faktore bereiztu zituzten: neurotizismoa, jokabide antisoziala, introbertsioa eta konpulsibitatea.

Cloningerrek bere zazpi faktoreen eredua proposatzen du: berrikuntzen bilaketa, arriskuaren saihestea, errefortzuarekiko dependentzia, jarraitutasuna, autokontrola, kooperatibitatea eta norberarekiko garrantzia (Cloninger et al., 1993). Shedler eta Westen-ek 12 faktoretako proposamena egiten dute.

Orain arte egon diren teoria faktorial hauek orain arteko DSM (American Psychiatric Association, 1994) eta CIE (Organización Mundial de la Salud, 1992)-ren alternatibak ziren, hauek soilik nortasun nahasteen kategorietan zentratzen bait ziren. Teoria hauek beste ikuspuntu bat dakarte, nortasuna ezaugarri eta profil dimentsional batzuen bitartez azaldu nahi dute. Dimentsio hauek banako guztiengan egongo liriteke, eta, gehiegizko desbideratzeak, nortasun nahasteak izando liriteke.

Eredu guzti hauek sailkapen kategorialen baliagarritasuna eztabaidan jartzen dute. (Spitzer et al., 2008)

Kategoriak vs. Dimentsioak

Sailkapen klinikoaren funtzioak desberdinak dira: diagnostikoa, pronostikoa, tratamendua, komunikazioa, irakaskuntza, ikerketa, administrazioa, estatistika... horregatik, normala da sailkapen bakar bat nahikoa ez izatea funtzio guzti hauek betetzeko.

Eredu kategorialen abantaila, informazioa transmititzeko erraztasuna izango litzateke, baina desabantaila, lehen aipaturiko heterogeneotasuna, solapamendua... izango liriteke. Eredu dimentsionalek, berriz, nortasun nahastei buruzko informazio sakonagoa emango lukete, baina desabantaila lez, izango luke, desakordio handia

dagoela ea zein eredu aukeratu, eta eguneroko praktika klinikoan maneiu konplexuagoa izan lezakeela. (Sprock, 2003).

Zabalduen dauden proposamenek bien arteko konbinazioa egokiena izango litzatekeela esaten dute. Diagnostiko honek profesionalen arteko komunikazioa erraztuko lukeela argumentatuz (Westen et al. 2006). Guzti honengatik, ondorengo proposatzen da:

1. Kategoría maiztasuna jaitsi.
2. Kategoría desberdinetako dimentsio latenteak identifikatu, eta horrela, heterogeneotasuna jaitsi.
3. Oinarrizko nortasun nahasteak deskribatzeko oinarrizkoak izan daitezken dimentsio eta ezaugarriak definitu.
4. Jokabideen motibazioaren balorazioa egin irizpideetan.
5. Bigarren ardatzeko kategoría batzuen egoera birplanteatu.

DSM 5-eko proposamenean, hain zuzen ere, kategoría kopurua jaitsi eta dimentsionaltasuna proposatzen da nahaste motak eta ezaugarriak deskribatzerako orduan

2.7. Nortasun nahasteen sailkapena, DSM-aren historia

Medikuntzaren historian zehar, beti egon da gaixotasun mentalen sailkapen bat egiteko beharra. Behar honen barnean beti egon dira desadostasunak antolamendu eta sailkapenari dagokionez. Azkenengo bi milurtekotan, nomenklatura desberdinak sortu dira, fenomenologia, etiologia eta gaixotasun mentalen inguruan. Horregatik, sistema desberdinek, diagnostiko kategoría kantitate desberdinak sortu dituzte. Batzuek gutxi bakar batzuk soilik, besteek, berriz, milaka. Aniztasun hau, helburu desberdinen araberakoa izan da: kliniko, ikerketakoa edo estatistikoa. Horrela, DSM a sortu da (Diagnostic and Statistical Manual), baita CIE-n (Clasificación Internacional de las Enfermedades) "nahaste mentalen" atala ere.

Nahaste mentalen sailkapenaren jatorria EE.BB-etan dago eta informazio estatistikoa hartzeko helburuarekin hasi ziren. Lehenengo saiakera ofizialtzat, 1840an hartutako zentsua kontutan hartzen da eta (idiozia/zoramena) kategoriaren erregistroa hartu zen. Beranduago, 1880an hartutako zentsuan, hurrengo kategoriak hartu ziren: mania, melankolia, mono-mania, paresia, dementzia, dipsomania eta epilepsia. 1917an, ospitale desberdinetako datu estatistikoak hartzeko plan bat egin zen. Plan honetan, *Committe on Statistics of The American Psychiatric Association, National Committe on Statistics of The American Psychiatric Association eta National Commission on Mental Hygienek* parte hartu zuten. Sistema berri honek erabilera klinikoari eman zion garrantzi handia. Hala ere, sailkapen estatistiko bat zen oraindik. *American Medical Association's Standard Classified Nomenclature of Disease* zuen izena sortu zen sailkapen honek. Honen helburu nagusia herrialde guztietarako nomenklatura psikiatriko onargarri bat lortzea eta gaixotasun psikiatrikodun eta gaixotasun neurologiko larriak diagnostikatzeko sailkapen bat sortzea izan zen.

2.7.1. DSM-aren historia

DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) APAk sortutako , gaixotasun mentalen sailkapena da. Kliniko, ikertzaile, medikuntza psikiatrikoen erregulazio sistemek, osasun aseguru konpainiek, konpainia farmazeutikoek eta mundu guztiko politikoek erabiltzen dute. Batez ere, EE.BB etan erabiltzen da.

Lehenengoa 1952an publikatu zen, eta ordutik beste bost errebisio egin dira. Errebisio hauetan, nahaste mentalak gehitu edo kendu egin dira, egon diren beharren arabera. Laugarren edizioa (DSM IV), 1994an sortu zen eta 2000n errebisatu zen. Orain, bosgarren edizioa prestatzen ari dira (DSM 5) eta publikazioa, 2013ko maiatzean izango da.

Bigarren Mundu Gerran (1939-1945) EE.BB- tako psikiatra desberdinek soldadu gaixoen tratamenduan parte hartu zuten (adb; gaixotasun psikofisiologiakoetan eta nortasun nahasteetan) . EE.BB tako marinan DSM I aren sarrera egin zen , eta zerbitzu militarretik itzuli ziren psikiatreek, klinika eta ospitale askotan ezarri zuten.

1949an CIE-ren seigarren berrikuspena argitaratu zen, eta hemen, lehenengo aldiz, gaixotasun mentalen atala agertu zen. 1952.urtean, *American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics*-ek CIE-6 ren bariante bat sortu zuen: DSM (Diagnostic and Statistical Manual)ren lehenengo edizioa, DSM I. Eskuliburu honek lehenengo aldiz erabilera klinikorako kategoría mentalak sortu zituen. DSM I ean, “erreakzio” terminoa erabiltzen zen, non, nahaste mentalak, faktore psikologiko, sozial eta biologikoen nortasun erreakzioak diren. DSM-II a, DSM-I-en antzekoa izan zen, baina “erreakzio” terminoaren desagertzearekin.

1974an DSM-aren berrikuspen berri bat sortzea erabaki zuten, Robert Spitzer lehendakaria izan zelarik. Helburuak honakoak izan ziren: Psikiatria diagnostikoaren baliagarritasuna hobetzea, diagnostikoa EE.BB etan eta Europa bezalako beste herrialde batzuekin estandarizatzea eta arauketa farmazeutikoan irizpideak ezartzea.

DSM III, CIE9ren parean sortu zen, 1980an argitaratu zen. DSM III-aren helburua, kliniko eta ikertzaileentzako nomenklatura medikua sortzea izan zen. DSM III-ko irizpideak ez ziren hain argiak, beraz, zuzenketa eta aldaketa batzuk egin ziren, eta 1987an, DSM-III-R sortu zen. Kategoriak berrantolatu ziren eta irizpideetan aldaketa esanguratsuak egin ziren. 6 kategoría kendu ziren eta beste batzuk gehitu ziren. DSM IIIak 292 diagnostiko eta 567 orrialde zituen.

1994an DSM IV argitaratu zen. Honek, 297 nahaste eta 886 orrialde zituen. Batzordean 27 pertsona zeuden, eta hauetatik 4 psikologoak ziren. 13 lan talde zeuden, bakoitza 5-16 pertsonagatik osatua. Bertsio honetako aldaketa garrantzitsu bat, kategoría askori irizpide berri hau ezarri zitzaizela: ea sintomek ondoeza edo narriadura sortzen zuten eremu sozial, lan eremuan edo beste funtzionamendu motaren batean (Frances et.al 2004).

1997an SCID II publikatu zen DSM-IV-eko II.ardatzeko nortasunaren diagnostikoak egiteko elkarrizketa erdi-egituratua (First et. al 1997). 2000.urtean DSM IV aren berrikuspena publikatu zen: DSM-IV-TR Diagnostiko bakoitzaren informazio gehigarria erantsi zen, baita CIEekin koherentzia izateko kode batzuk ere (APA 1980, 2002).

2.7.2. Gaur egungo sailkapen sistemak: CIE 10 eta DSM IV-TR

CIE 10 (*Clasificación internacional de enfermedades, décima versión*), ICD (International Statistical Classification of Diseases)-ren espainiar bertsioa:

CIE-10-aren jatorria, 1893an Nazioarteko Estatistikako Institutoan argitaratu zen “Heriotz kausen zerrenda”-n dago. 1948an OMS egin zen honen kargudun.

CIE-10 1992an OMS (Organización Mundial de Salud)-agatik publikatu zuen, eta, sistemaren fidagarritasun eta baliagarritasuna handiagotzeko sortua izan zen.

Gaixotasunen sailkapena eta kodifikazioa, eta zeinu, sintoma, aurkikuntza anormal, salaketa, nondik-norako sozialak eta kanpo kausak zehazten ditu.

Egoera kliniko eta pauta diagnostikoak deskribatzen ditu, eta, erabilera kliniko eta administratiborako eta ikerketarako erabiltzen da. Atentzio primarioarako bertsio bat dauka baita ere.

Nortasun nahasteei dagokienez, CIE 10ak, lehen mailako nahaste mental direla, eta beste batzuekin koexistitu dezaketela kontutan hartzen du. CIE 10ak 9 nortasun nahaste definitzen ditu (López-Ibor, 1992).

DSM IV: CIE 10-aren diagnostiko kategoria antzekoak ditu eta, lehen esan bezala 1994an publikatu zen. Egungo sailkapen multiaxiala honakoa da:

- I. ARDATZA: Nahaste klinikoak eta arreta klinikoa behar duten beste arazoak ere.
- II. ARDATZA: Nortasun nahasteak eta atzerapen mentalak

III. ARDATZA: Gaixotasun medikuak

IV. ARDATZA: Nahaste psikosozialak eta ingurugiro nahasteak.

V. ARDATZA: Jarduera globalaren ebaluazioa.

DSM IV-ak kapitulu oso bat eskaintzen die nortasun nahastei, eta bigarren ardatzean sailkatu egiten ditu. Bere estilo multiaxial eta kategorikoarekin, liburu honek nortasun nahaste bakoitzerako sintoma batzuk deskribatzen ditu.

Hurrengo lerroetan, DSMIV-ean Nortasun Nahaste bat diagnostikatzeko erabiltzen diren irizpideak agertzen dira. (López-Ibor et al., 2002).

Nortasun nahaste baterako irizpide orokorrak

A. Pertsonaren kulturako irudikapenetatik aldentzen den barne-esperientzia eta jokabide patroia bat da. Patroi hau, hurrengo eremuetatik bitan (edo gehiagotan) agertzen da:

1. Kognizioa (adb.: norbera, besteak eta gertaerak hauteman eta interpretatzeko moduak).
2. Afektibotasuna (adb.: barietatea, intentsitatea, labilitatea eta erantzun emozional egokitzapena).
3. Pertsonarteko jarduera.
4. Bulkaden kontrola.

B. Patroi iraunkor hau zurrina da, eta egoera pertsonal eta sozial gama zabal batera hedatzen da.

C. Patroi iraunkor honek ezinegon kliniko esanguratsua, edo narriadura soziala, laborala edo banakoaren beste eremu garrantzitsuetako jardueratan narriadura sortzen du.

D. Patroia egonkorra eta iraupen luzekoa da, eta bere hasiera nerabezaro edo helduaro hasieran izaten da.

- E. Patroi iraunkor hau ezin zaio beste gaixotasun mental baten ondorioari egotzi.
- F. Patroi iraunkor hau ez da sustantzia baten efektu fisiologikoengatik gertatzen (adb.; droga bat, medikazio bat) ezta gaixotasun mediko batengatik (adb.: garezurreko traumatismoa).

2.8. DSM IV: Nortasun nahasteen definizioak eta kritikak

2.8.1. DSM IV

DSM IV-ak 11 nortasun nahaste desberdintzen ditu, eta hiru talde handitan banantzen ditu.

A TALDEA: subjektu “arraroak”

A taldeko subjektuak nortasun nahaste paranoide, eskizoide eta eskizotipikoek osatzen dute. Hiru nahaste hauek bi antzekotasun nagusi dituzte: beraien inguruneekin konparatuz, pertsona arraro edo bitxiak dira, eta bestalde, eskizofrenia espektroaren barnean sartzen dira.

- **Nortasun Nahaste Paranoidea:**

Nahaste hau, komunitateko nortasun nahasteetatik komunetariko bat da (Skodol A et al., 2011).

Nahastearen izenak adierazten duen bezala, ezaugarrietako bat paranoia da. Paranoia beste nahaste batzuen ezaugarria izan ohi da baita ere, hala nola nahaste psikotikoak, eldarniozkoak eta estres postraumatikoa gaixotasunen ezaugarria.

Nortasun nahaste paranoiderako irizpideek mesfidantza erakusten dute, baina hau, lehenengo ardatzeko hainbat diagnostikotan ere agertzen da. Arrazoi honengatik, nahaste hau, DSM 5 ean, paranoia ezaugarri dimentsional bezala adieraztea pentsatu da, eta ez nahaste espezifiko lez.

Mesfidantza eta haserrekortasuna emozionaltasun negatiboaren ezaugarri izango lirateke DSM 5-aren barnean, eta isolamendu soziala DSM 5 eko barnerakoitasunean islatuko litzateke.

Hona hemen DSM IV- an nortasun nahaste hau planteatzen den modua:

A. Helduaroan hasten den mesfidantza eta susmo orokorra, beraz, besteen intentzioak gaiztakeriaz interpretatzen dira. Testuinguru desberdinetan agertzen dira, hurrengo puntuetatik 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 bait dauka.
4. Mehatxagarriak edo degradatzaileak diren esanahi ezkutuak hautematen ditu, gertaera edo oharpen inozoak badira ere.
5. Gorrotoa gordetzen du denbora luzean zehar, adibidez, ez ditu irainak, isekak edo mesprezuak 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.

B. Ezaugarri hauek ez dute eskusiboki eskizofrenia baten, sintoma psikotikoak dituen animo egoera baten nahastean edo beste nahaste psikotiko baten igarotzean agertu behar, ez dira gaixotasun mediko baten efektu fisiologiko zuzenak ezta ere.

- **Nortasun Nahaste eskizoidea**

Nortasun nahasteen artean prebalentzia gutxien duenetako bat da, (Torgersen, 2008). Nahaste hau daukaten pertsonak, harreman interpersonal eta bizitza kalitateari dagokionez, puntuazio baxuak ematen dituzte hainbat ikerketetan

(Cramer et al., 2006; Grant et al., 2004). DSM III sortu zenetik, ikertu diren nortasun nahasteetatik gutxien ikerturiko bat da hau.

Nahaste honetan ematen diren ezaugarri nagusiak isolamendu soziala eta afektiboa dira. Hauek, beste nortasun nahasteetan ikusten dira maiz baita ere, horregatik, ezaugarrien bitartez islatu daitezke hobeto. DSM 5 aren proiektuan, isolamendu soziala, desatxikimendu soziala, intimitateren saihestea eta afektibotasun gutxiagotua ezaugarriak, barnerakoitasun esparruaren barne sartzen dira.

Hona hemen DSM IV-R- an nortasun nahaste hau planteatzen den modua:

- A. Harreman sozialekiko urrutiratzea eta pertsonarteko harremanen espresio emozionalean murrizpen patroia bat, helduaro hasieran hasten dena eta testuinguru desberdinetan ematen dena, hurrengo puntuetatik lau (edo gehiagok) erakusten duten bezala:
 - 1. Ez ditu harreman sozialak nahi eta ez du hauetatik disfrutatzen, ez du ezta familia bat eraiki nahi.
 - 2. Bakarkako jarduerak aukeratzen ditu ia beti.
 - 3. Besteekin harreman sexualak izateko interes eskasa edo gabezia.
 - 4. Jarduera gutxirekin edo batekin ere ez du gozatzen.
 - 5. Ez dauka lagun hurbilik edo konfiantzazko pertsonarik, lehenengo mailako familia dauka soilik.
 - 6. Berdin zaizkio besteen kritikak edo gorespenak.
 - 7. Hoztasun emozionala, urrutiratzea, edo afektibitatearen lautzea dauka.

- B. Ezaugarri hauek ez dira eskusiboki eskizofrenia baten, sintoma psikotikoak dituen animo egoera baten nahasteen edo beste nahaste psikotiko baten igarotzean agertu behar, eta ez dira gaixotasun mediko baten efektu fisiologiko zuzenak.

- **Nortasun Nahaste Eskizotipikoa**

Nortasun nahaste hau DSM III-an sartu zen lehenengo aldiz, eskizofreniadun pazienteen senideengan aztertu ziren sintomak baitziren. (Spitzer et al., 1979). Nortasun nahaste eskizotipikoaren kontzeptua oso eztabaidatua izan da sortu zenetik eta eskizofreniaren espektro genetikotik desberdintzeko ikerketa ugari egin dira (Torgersen et al. 2002).

Nortasun nahaste ez-ohikoena da populazio orokorrean (Torgersen, 2008), baina DSM IV-ko nortasun nahasteetatik, bizitza kalitatearen murrizketa, harreman interpersoneletan arazoak, baita errendimenduan arazo gehien dituzten pazienteak dira. Gainera, lanean eta aisialdian, nahaste obsesibo konpulsiboek baino narriadura gehiago daukate (Dávila et al., 2008).

Eskizofreniarekin antzekotasunak baditu ere, nortasun eskizotipikoa aztertzen dutenek, honako ezaugarritan desberdina dela esaten dute: nortasun nahasteen patroia desadaptatiboak dituzte, baina ez psikotikoek dituzten errealitatearekiko galerak. Horregatik, nortasun nahaste hau gaixotasun bezala mantenduko da DSM 5 ean, eta ez eskizofreniaren aldaera bat bezala. (Skodol et al., 2011).

Hona hemen DSM IV- an nortasun nahaste hau planteatzen den modua:

- A. Ondoez handia sortzen duen defizit soziala eta pertsonarteko defizita. Pertsonarteko harreman gaitasun mugatua, baita distortsio kognositiboak edo pertzepzio distortzioak 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 azpikulturekin bat ez datozenak (adb.: superstizioa, bidentzian, telepatia edo “seigarren zentzu bat” -ean sinismena; ume eta nerabeetan, fantasiak edo ardura arraroak).
 3. Ezohiko pertzepzio esperientziak, gorputz ilusioak barne.

4. Pentsamendu eta hizkuntza arraroak (adbd.: 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 konfiantza eza, familia hurbila kontuan izan gabe.
 9. Gehiegizko antsietate soziala, familiarizazioarekin jaisten ez dena, eta normalean beldur paranoideekin gehiago harremantzen dena, eta ez hainbeste norberari buruzko duen epaiketarekin.
- B. Ezaugarri hauek ez dute soilik eskizofrenia batean zehar, sintoma psikotikodun animo nahaste batean edo garapen nahaste jeneralizatu batean agertu behar.

B TALDEA: SUJETU DESEGONKORRAK, SENTIBERAK.

Talde honetan sartzen diren nortasun nahasteak dramatikoak, sentiberak edo desegonkorrak dira. Nortasun nahaste borderline, antisoziala, histrionikoa eta nartzisista sartuko lirateke talde honetan.

Lau diagnostiko hauek beraien artean nahasten dira praktika klinikoan eta horregatik askotan subjektu batzuk bi edo hiru diagnostiko izatera hel daitezke. Bestalde, sexuak, okertasun bat sortu dezake nahaste hauek diagnostikatzean, emakumeek ezaugarri histrioniko edo borderline gehiago izaten dituztelako, eta gizonezkoek antisozialak eta nartzisistak.

- **Nortasun nahaste antisoziala**

Nahaste hau daukaten pertsonak bizitza kalitate baxua, eta harreman interpersoneletan eta estatuarekin arazoak izaten dituzte. (Ulrich et al., 2007). Nahaste honen inguruan istorian zehar egon diren ikerketen baliagarritasuna, auzitegi medikuntzan duen garrantzia, eta beste psikopatologia batzuekin duen harremana dela eta (alkohol eta beste sutantzia batzuen kontsumoa) eta beste

arazo batzuk (osasun txarra, gizentasuna) direla eta, DSM 5ean gaixotasun hau mantentzea erabaki da.

Hona hemen DSM IV-an nortasun nahaste hau planteatzen den modua:

A. Besteen eskubideen mesprezu eta bortxakeria patroia orokor bat, hamabost urteetatik agertzen dena eta hurrengo itemetatik hiru (edo gehiagok) erakusten dute:

1. Jokabide legalari dagokionez, arau sozialetara egokitzeko porrota eta behin eta berriro atxilotua izan daitekeen jokabideak burutu ditzakete .

2. Zintzotasun gabezia, behin eta berriro gezurrak esanez, ezizen bat erabiliz, besteei iruzur eginez, norberaren onura pertsonala lortzeko edo gozamena izateko.

3. Inpulsibitatea, edo etorkizuna planifikatzeko ezintasuna.

4. Borroka fisiko eta agresioen biertartez adierazten diren aserrekortasun eta agresibitatea.

5. Norberaren edo besteen segurtasunari buruzko axolagabetasuna.

6. Lan bat mantentzeko konstantzia falta edo ardura ekonomikoaren ezintasunak adierazten duten axolagabetasun iraunkorra.

7. Ez dauka erru sentimendurik besteei min egitean, txarto tratatzean edo lapurtzean, eta, axolagabe agertzen da.

B. Pertsonak 18 urte ditu gutxienez.

C. 15 urteko adina baino arinago hasten den nahaste disozial baten probak agertzen dira.

D. Jokabide antisoziala ez da soilik eskizofrenia batean zehar edo pasarte maniako batean zehar agertzen.

- **Borderline Nortasun Nahastea**

Borderline nortasun nahastea disfuntzionalena da besteekiko harremanak, bizitza kalitatearen gutxiagotzea eta tratamenduen porrota aztertu dituztenean (Torgersen, 2008). Gainera, hainbat ikerketek erakutsi duten bezala, borderline nortasun nahastea duten pazienteek, beste nahaste batzuek baino narriadura handiagoa dute lanean, harreman interpersoneletan eta denbora librean (Skodol et al. 2002). Ikerketa desberdinek, borderline nortasun nahastearekin komorbilitea duten gaixoen pronostiko txarra erakutsi dute, eta diagnostiko honen beharra azpimarratzen dute (Grilo et al. 2005). Adibidez Chabrol et, al. (2001) egindako ikerketan, borderline gaixotasuna duten pazienteek, depresio nagusiarekin komorbilitatea izan ohi duela aztertu zuten. Borderline nortasun nahastearen inguruan ikerketa asko daude, nortasun nahasteetatik garrantzitsuena dela uste bait da, eta horregatik, DSM 5 erako gomendatzen da diagnostiko hau.

Hona hemen DSM IV-an nortasun nahaste hau planteatzen den modua:

Helduaro hasieran hasten da eta harreman interpersoneletan, auto-irudi eta eraginkortasunean, ezegonkortasun eta inportulsiitate handia duen patroia orokorra dauka, hurrengo itemetatik bost (edo gehiagok) erakusten duten bezala:

1. Benetako edo asmatu-rikiko abandonu bat saihesteko esfortzu amorratuak. Oharra: ez hartu kontutan bostgarren ezaugarrian hartzen diren jokabide suizida edo automutilaziozkoak.
2. Idealizazio eta debaluzio artean ematen diren harreman ezegonkor eta intentsitate handidun patroia bat.
3. Identitatearen asaldura: desegonkorra eta desegokia den autoirudia edo norberaren zentzua.
4. Inportulsiitate, norberarentzat potentzialki mingarria den bi eremutan gutxienez (adbd.: gastuak, sexua, sustantzien abusua, gidatzean ausarkeria, janaria konportulsiiboki jatea). Oharra: ez hartu kontutan bostgarren ezaugarrian hartzen diren jokabide suizida edo automutilaziozkoak.

5. Buru-hilketa jokabide, saiakera edo mehatxu errepikatuak, edo automutilazio jokabidea.

6. Egoera animikoko errektibotasun nabarmen batek sortutako desegonkortasun afektiboa (adbd.: 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 (adbd.: umore txarreko erakusgarri ugari, haserrealdi iraunkorra, borroka fisikoak behin eta berriro).

9. Estres edo sintoma disoziatibo larriekin harremandua egon daitekeen ideazio paranoide iragankorra.

- **Nortasun Nahaste Histrionikoa**

Nortasun nahasteen artean, hauek bizitza kalitatean ez daukate hainbesteko narriadurarik (Cramer et al., 2006). Ulrich eta kideek egindako ikerketa batean, estatus eta aberastasunarekin harremanduta zegoela ikusi zuten. (Davila et al., 2008). Histrionikoaren ezaugarriak (egozentrismoa, arreata bilatzea, gehiegizko emotibitatea...) beste nortasun mota batzuetan ere aurkitu daitezke (bipolarrak, sustantzien abusua, nahaste eskizoafektiboan, somatizazio disoziatiboan...)

Gainera, ikerketa askotan, ez dira nortasun limite eta histrionikoaren arteko muga argiak ikusten. Nortasun nahaste histrionikoan nabarmenak diren ezaugarriak, arreata bilatzea eta autodramatizazioa lirateke, eta hauek beste nortasun nahaste mota batzuetan eta beste gaixotasun mental batzuetan isladaturik aurki daitezke baita ere.

Horregatik, DSM 5ean ezaugarri bezala eta ez nahaste bezela agertzea erabaki zen hasiera batean (Skodol et al., 2011).

Hona hemen DSM IV-an nortasun nahaste hau planteatzen den modua:

Gehiegizko hunkigarritasuna eta gehiegizko arreta bilatzeko patroia orokor bat, helduaroan hasten dena eta testuinguru desberdinetan ematen dena, hurrengo itemetatik bostek (edo gehiagok) erakusten duten bezala:

1. Ez da eroso sentitzen arreta-gunea ez den egoeretan.
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 du.
7. Sugestionagarria da, adbd., oso erraz eragin diezaiokete besteek edo egoera desberdinek ere.
8. Bere harremanak direna baino intimoagotzat hartzen ditu.

- **Nortasun Nahaste Narzisista**

Nortasun nahaste narzisista populazio orokorrean gutxien agertzen dena da, Torgersen (2009). Berdin gertatzen da populazio klinikoetan. (Skodol et al., 2011). Hasiera batean, DSM 5 ean nortasun nahaste narzisista kendu zuten sintomen espezifikotasun falta zela eta. Funtzionamendu mailarekin eta ezaugarriekin narzismoaren faktoreak islatu zitezkeela uste zen. Orain, ordea, berriro sartu dute diagnostiko hau DSM 5 aren sailkapen berrian.

Hona hemen DSM IV-an nortasun nahaste hau planteatzen den modua:

Handitasun sentazio patroia orokorra (irudimenean edo portaeran) , mirespen beharra eta enpatia falta, helduaro hasieran hasten direnak eta testuinguru desberdinetan emanen direnak, hurrengo itemetatik bostek (edo gehiagok) erakusten duten bezala.

1. Garrantzia 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 fantasiengandik arduratua dago, botere, distira, edertasun edo maitasunari dagokionez.
3. "Berezia" eta bakarra dela uste du, eta bereziak edo estatus altukoak diren beste pertsonekin edo erakundeekin harremanu edo ulertua izan behar duela uste du.
4. Gehiegizko mirespena eskatzen du.
5. Oso harroa da, adb, arrazoirik gabeko itzarobideak ditu, faborezko tratu berezi bat eman behar zaiolakoan edo bere itzarobideak lehen bai 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 ere ez identifikatzen.
8. Askotan besteekiko inbidia dauka, edo beraiekiko inbidia dutela uste du.
9. Jokabide edo jarrera harroputz edo soberbioak ditu.

C. TALDEA: sujetu antsiosoak, BELDURTIAK(TEMEROSOS)

- **Nortasun nahaste saiheskorra**

Badirudi nortasun nahaste honek, komunitateko bizitza kalitaterekin, autoerrealizazio eta harreman interpersoneletan jeitsierarekin harremana duela, baita estatus eta aberastasun eta harreman intimoetan porrotarekin ere (Ulrich et al., 2007). DSM 5ean, nortasun nahaste saiheskorra mantendu egiten da prebalentzia kliniko eta epidemiologikoa dela eta, baita bere funtzionamendu narriadura dela eta. Nortasun nahaste honen barnean gertatzen den hetereogeneotasuna, ezaugarriek zehaztuko lukete.

Hona hemen DSM IV-an nortasun nahaste hau planteatzen den modua:

Inhibizio soziala, ezgai sentimenduak eta ebaluazio negatiboarekiko hipersentsibilitate patroi orokor bat, helduaroaren hasieran hasten direnak eta testuinguru desberdinetan ematen direnak, hurrengo itemetatik lauk (edo gehiagok) erakusten duten bezala:

1. Harreman interpertsonala behar duten lanak edo jarduerak saihesten dituzte, besteen kritika, desaprobazioa edo errefusaren beldurragatik.
2. Ez zaio gustatzen jendearekin inplikatzeari ez badaki jendeak gogoko izango duela.
3. Errepresioa dauka harreman estuekiko, ez duelako nahi lotsatua edo erridikulizatua izan.
4. Oso arduratua dago egoera sozialetan kritikatu edo errefusatu izateaz.
5. Egoera interpertsonal berrietan inhibitua dago, gutxiagotasun 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 jarduera berrietan inplikatzeari kontrakoa da, konprometigarriak izan daitezkeelako.

- **Dependentziatzko Nortasun Nahastea**

Dependentziatzko nortasun nahastea gutxienetarikoa bat da Torgersen-en (2008) arabera, eta hainbat ikerketek erakusten duten bezala, nortasun nahaste dependienteak ezaugarri bezala erabilia izan daitezke DSM 5 ean (Skodol et al. 2011).

Hona hemen DSM IV an nortasun nahaste hau planteatzen den modua:

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

1. Egunerokotasuneko erabakiak hartzeko zailtasuna dauka, besteen gehiegizko aholkua eta birbaieztapena ez badauka.

2. Besteek bere bizitzako arlo nagusienetan ardurak har ditzaten beharra.
3. Besteekin desakordioak erakusteko zailtasunak ditu laguntza edo aprobazioa galtzeko beldurra dela eta.
4. Proiektuak hasteko, edo gauzak bere erara egiteko zailtasuna (ez daukalako konfiantzarik bere juizioan eta gaitasunetan, eta ez hainbeste motibazio edo energia falta bategatik).
5. Urrunegi heltzen da besteen babesa eta laguntza lortzeko desiragatik, eta lan desatseginak egitera ere hel daiteke.
6. Deseroso edo 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.

- **Nortasun nahaste obsesibo-kompulsiboa**

Nahaste honek badirudi ez daukala hainbesteko eraginik bizitza kalitate baxuarengan (Cramer et al., 2006), errendimenduarengan edo intimitate arazoengan (Ulrich et al., 2007).

Hauek, ikertu zutenez, gaixotasun honetan, narzistekin batera, estatus eta aberastasunean puntuazio altuak ematen zituzten (Dávila et al., 2008).

DSM 5 erako nortasun nahaste obsesibo kompulsiboa gomendatzen da, komunitateko eta klinikako populazioan duen prebalentzia altuagatik, eta depresio eta antsietate nahasteengan duen eraginarengatik.

DSM IV-ean, modu honetan deskribatzen da nortasun nahaste obsesibo-kompulsiboa:

Ordenarekiko, perfekzionismo eta kontrol mental eta pertsonartekoaren ardura patroi 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, araukiko, zerrendekiko, ordenarekiko, antolamenduarekiko edo ordutegiekiko ardura, puntu bateraino, non, bere benetako helburuak ahaztu ditzakeen.
2. Proiektuak amaitzea eragozten duen perfekzionismoa (adbd.: ezin dezake proiektu bat amaitu ez dituelako bere exigentzia 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, eskrupulua, eta malgutasun eza, moralitatea, etika eta balore gaietan (ez egotzi kulturarekin edo erlijioarekiko identifikazioari).
5. Amaituriko edo ezertarako baliorik ez duten objektuak botatzeko ezintasuna, balio sentimentalik 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 eta zitalkeria.

- **Espezifikaturik gabeko nortasun nahastea**

DSM IV-ak azkenengo kategoria hau nortasun nahasteen irizpide nagusiak betetzen dituzten eta irizpide espezifikoak betetzen dituzten nahasteentzat da. Nortasun nahaste espezifikoak ezin direnean diagnostikatu, diagnostiko hau egiten da.

Hemen nortasun nahaste depresiboa edo pasibo-agresiboa ere sartu daitezke.

2.8.2. Orain arte DSM IV-ari egindako kritikak

Orain arte DSM-ari egin zaion kritika garrantzitsuenetarikoa, nortasun nahasteak modu oso txiroan deskribaturik daudela da. Eta nahaste hauen deskribapen hobea behar dela uste da, psikiatriako paziente askok nahaste hau izan ohi baitute (Zimmerman et al., 2005). Nortasun nahasteen sailkapena ez da oso ona zentzu askotan. Lehen aipatu bezala, arazo asko ditu, definizioari, klasifikazioari, larritasunari eta heterogeneotasunari dagokionez. Nortasunaren ezaugarriekin harremana, komorbilitatea, normaltasun eta ez normaltasunaren arteko muga... Puntu guzti hauek birplanteamendua behar dutela pentsatu izan da.

Crawford et.al (2011)-en arabera, gaur egun dauden nortasun nahasteen sailkapenak ez dira asegarriak ez dituztelako nortasunaren eta nortasun nahasteen asaldatzeen aldaketak hautematen. Nortasun nahasteen egonkortasunari dagokionez, Durbin eta Klein(2006)-ek egindako ikerketa batean, nahaste hauek denboran zehar ez direla egonkorrak aztertu zen. Bestalde, borderline nortasun nahastearen inguruan ikerketa asko egin dira, eta hontan heterogeneotasun handia eman ohi dela aztertu da. (Asnaani et al. 2007)-ek egindako ikerketa batean, nortasun nahaste borderline zuten 270 pazientedun lagin bat hartu zuten, eta hauetatik, 89k, 5 ezaugarri zituzten, 70ek 6 ezaugarri, 46k 7 ezaugarri eta 32k 8 edo 9 ezaugarri. 7 ezaugarri edo gehiago zituzten pazienteek droga kontsumo gehiago zituzten, baita II.ardatzeko beste nahasteekin komorbilitate gehiago, eta buruhilketa saiakera gehiago ere.

Guzti honek, borderline nortasun nahastearen konplexutasuna eta larritasuna erakusten du. Gaixotasun hau daukaten pazienteek funtzionamenduan narriadura dute, baita buruhilketa tasa handia ere. Guzti honenengatik, diagnostiko honen birplanteamendu bat behar dela ondorioztatzen da baita ere.

Gaur egun, nortasun nahasteen klasifikazioek honakoa esaten dute:

- Nortasunaren ezaugarriak, nortasunaren nahaste bilakatzen dira zurrunik direnean.
- Nortasun nahasteak dituzen pazientak ez dira egunerokotasunera egokitzen.
- Aldaketarako erresistentziak dituzte.
- Funtzionamenduan narriadura daukate.
- Egonezin subjektiboa daukate.
- Hasiera haurtzaroan edo nerabezaroan da.
- Aldaketarako erresistentzia daukate.
- Euren jokabidea denboran eta egoera desberdinetan mantentzen da.
- Sufrimendu pertsonala daukate, lanean arazoak, edo familia edo arazo sozialak sortzen dituzte.

Baieztapen hauei kritika ugari egin zaizkie. Hala nola, autore askok diotenez, hainbat nortasun nahaste ez dira hain zurrunik eta ez daukate hain pronostiko txarrik.

(Tyrer , 1999)-ek dioenez, borderline nortasun nahastea heterogeneoa eta denboran zehar desegonkorra da. Tyrer-ek 2 nortasun nahaste talde bereizten ditu. R motako gaixoak (nahaste eta motibazio kontzientziarik ez dutenak) eta S motakoak (nahaste kontzientzia eta terapiarako motibazioa daukatenak). Bere ustez, honen bidez, tratamenduarekiko aderentzia aurrean daiteke. Gainera, denboran zehar aldatzen diren nortasun nahasteak daude. Horrela, B motako nahasteak, adina aurrera doala gutxiagotzen diren bitartean, A eta C motakoak, gehiagotu egiten dira. Beraz, diagnostikoak ez dira egonkorrak denboran zehar, eta ez dago tratamendu espezifikorik.

Sufimenduari dagokionez, nortasunaren konfigurazio anomaloak egosintonikoak edo egodistonikoak izan daitezke. Egosintonikoek sufriarazten dute, ez dakite nahaste bat daukatenik, harreman arazoak dituzte, baina besteak honen errudun direla uste dute; ezin dute lan bat edo harreman bat denbora luzean zehar mantendu; depresiboak edo ansiosoak izan daitezke. Egodistonikoak, berriz, sufritzen dute, eta beste modu batekoak izatea gustatuko litzaieke.

Hetereogeneotasun guzti hau dela eta, Borderline nortasun nahastearen birplanteamendu baten beharra ikusten du.

Bestalde, Livesley (1994)-ren arabera, diagnostiko gehienen baliagarritasuna ez da enpirikoki egiaztatu. Gainera, askotan gertatzen da, nortasun nahasteentzako ezarrita dauden irizpideek ez dituztela kontuan hartzen klinikoek benetan diagnostiko horietarako tipikoak kontsideratzen dituzten ezaugarriak.

Arazo guzti hauek dauden arren, eredu kategorikoa mantendu da orain arte, erosotasun eta erabilgarritasunagatik. Gainera, gizakion funtzionamendu kognitiboan, kategorikoki antolatzen dugu informazioa; horregatik, kategoria hauek erosoak egiten zaizkigu nortasun nahasteak ulertzerako orduan.

2.9. DSM 5-erako proposamen berriak eta justifikazioa

DSM 5-aren planifikaziorako egin zen 1999ko konferentziatik gaur egun arte eztabaida asko egon dira nortasun nahasteen definizioaren inguruan.

APAko lan taldea hamaika adituk osatzen dute eta hauetatik bost medikuntza doktoreak dira, (Andrew Skodol; Renato Alarcón; Carl Bell; John Oldham; eta Larry J. Siever), eta beste bost psikologia doktoreak, (Donna Bender; Anna Clark; Robert Krueger; Leslie Morey; y Roel Verheul), eta bat, bai medikuntzan, eta bai psikologian ere (John Livesley).

Hainbat aspektu konsensuatzen saiatzen ari dira: nortasunaren dimentsio kopuruak, nortasun teoria desberdinen integrazioa, eta ezaugarrien fundamentu neurobiologiko eta genetikoaren integrazioa beste batzuen artean.

Lehenengo zirriborroa 2010eko otsailaren 19an atera zen eta nortasun nahasteei buruzko birkontzeptualizazio bat eman zen. Bertan, identitateari eta besteekiko harremanei garrantzi handia ematen zitzaien. Bestalde, nortasunaren sei eremu eta 37 ezaugarri bereiztu zituzten eta bost nortasun nahaste mota desberdindu. Nortasun nahasteen Kategorietako bakoitzak deskripzio bat zekarren. Katetoria bakoitza 1etik 5 era puntuatu beharko litzateke, gaixoa deskribapenera hurbiltzen litekenaren arabera. Beraz, eredu kategoriala dimentsionalarekin konbinatu egiten da egin zuten proposamen honetan. Ezaugarriak ere 0-tik 3rako puntuazio batekin baloratu egiten dira. (Andrew et al., 2011). Zirriborro honetan agertzen diren berrikuntza guztiak eraldatuz joan dira, DSM 5 eko behin behineko publikazioa 2013ko maiatzerarte ez baita aterako.

2.9.1. DSM 5-eko prozesua

DSM 5-a sortzeko planak 1999-2007 artean sortu ziren; ikerketarako agenda bat sortzen hasi ziren.

2006-2008 artean David Kupfer eta Darrel Regier dokoreak presidente eta presidenteorde izendatu zituzten, eta William Narrow doktorea, ikerketa presidente.

2008-2010 artean, DSM 5 eko lan taldea irizpideen birformulazioan ibili zen lanean, literaturaren errebisioak eginez, datuen analisiak eginez, eta profesional desberdinekin berrelikatzen.

2010eko apiriletik, 2011ko abendurarte eremu probak egin ziren zentru desberdinetan.

2012ko martxotik aberndura DSM5ari buruzko azken proposamenak egin zitzaizkion APA-ri. Eta lan taldeak espero zuen prozesu interaktiboa (Darrel et.al 2009) eman zen.

2013ko maiatzaren 18tik 22ra, DSM 5 a argitaratuko da San Franziskon, urtero egiten den APAREN bileran. <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>

2.9.2. Nortasun eta Nortasun nahasteen lan taldea

2007an nortasun nahasteen lan taldeak galdera hauek egin zituen birformulazio berrirako:

- Zein izango da nortasun nahasteen definizio basikoa, beste psikopatologia motetatik bereiziko duena?
- Baliagarria al da bigarren ardatz bat izatea?
- Zein garrantzia dauka nortasun nahasteen ebaluazioak (arriskuagatik, tratamenduagatik edo pronostikoagatik, beste nahaste batzuegan? Adibidez, egoera animikoen nahasteetan, antsietatean, sustantzien erabilera edo beste batzuegan?)
- Nortasun nahaste bat “zaren modukoa da” ala “daukazu” baldintza da?

Guzti honen inguruan hausnarketa eta eztabaida asko egon dira munduan zehar. DSM 5-eko lan taldeak bere proposamena mundu guztira zabaldu du honen inguruan eztabaidak zabaltzeko

“DSM IV-ak orain arte zuen arazoetariko bat zen, bere definizioan, nortasun nahaste mota bateko 4 ezaugarri betetzen ez baldin bazituen, orduan pazienteak ez zuela gaixotasunik, baina ordea, kliniko batek ere ez zuen uste hori horrela zenik, pazienteak nahaste bertsio arinagoa zuela uste zutelarik.” (Skodol, 2011).

“ Gehienek konplexuegia izango dela esango dute, desberdina eta ezezaguna izango delako, baina jendea honekin familiarizatzen denean, ziur nago gustatuko zaiela. Eta hori da, hain zuzen ere, egin ditugun esparru frogetan ikusi duguna.” (Skodol, 2011).

Nortasun nahasteen ezaugarriei dagokienez, jakindunek diotenez, ezaugarri batzuk “dauzkagunak” dira, eta beste batzuk “ garen modukoak” dira. Nortasunaren ezaugarriak (onak eta txarrak) egonkorragoak edo egonkortasun gutxiagokoak dira denboran zehar. Baina ezaugarriek duten narriadura, aldatu edo gutxiagotu daitezke, bizitzan gertatzen zaizkien egoera edo faktore estresagarrien arabera.

DSM 5eko proposamen dimentsional berrian, nortasuna, konstruktua egonkor bezala, eta narriaduraren aldaera bezala agertzen da. DSM 5 eko lan taldeko kideek sistema berri hau nortasun nahasteak hobe egokitzeko balio dutela adierazten dute.

DSM 5-eko lan taldearen iritziz, DSM 4ak izan dituen mugei aurre egiteko, diagnostiko sistema batek, diagnostiko fidagarri eta baliagarriak erraztu beharko lituzke, beste gauza batzuen artean, bi kliniko desberdinek diagnostiko berdina egin dezaten.

DSM-5-aren berriskuspenean, klinikoek, beraien gaixoei zainketarik hoberena emateko DSM bat sortzea eta ikertzaileei beraien behaketetan aurrerapenak egiteko tresnak ematea da helburu nagusia. Horregatik, garrantzitsutzat hartu zuten, DSMak argitaratu baino lehen, diagnostikorako irizpideak ziurtatzea, eta landa ikerketak egitea. Landa ikerketetan, diagnosi irizpide eta dimentsio neurketen erabilera klinikoa, eragingarritasuna, fidagarritasuna eta baliagarritasuna frogatzea da garrantzitsua.

Landa ikerketen bitartez, hurrengo galderari erantzuna eman nahi zaie (APA, 2010) :

- **Diagnostiko irizpidearekin harremandutako galderak**

- a) Ulergarriak al dira erabilitako diagnostiko irizpideak eta ebaluazio orriak?
- b) Zehaztasunez islatzen al dituzte proposaturiko diagnostiko irizpideek gaixoen sintomak?
- c) Erabilgarriak al dira proposaturiko diagnostiko irizpideak eta ebaluazio orriak gaixoen tratamendu planaren formulaziorako?
- d) Fidagarriak al dira proposaturiko diagnostiko irizpideak gaixoen sintomak jasotzeko?

e) Baliagarritasunik al dago adituen elkarrizketetan?

- **Diagnostikoarekin harremanduriko larritasun neurrien galderak**

a) Ulergarriak eta ebaluatzeko errazak al dira diagnostikoarekin harremanduriko larritasun neurriak?

b) Fidagarriak al dira Diagnostikoaren menpe dauden larritasun neurriak?

c) Larritasun neurriak, denboran zehar larritasun aldaketa jasotzeko gai al dira,(aldaketara sentikortasuna)?

- **Zeharkako dimentsio neurriekin harremanduriko galderak**

d) Erraz erabilgarriak ikusten al dituzte gaixoek zeharkako neurketako tresnak?

e) Zeharkako dimentsio neurriak ulergarriak eta gaixoen ebaluazio klinikora gehitzeko errazak al dira?

f) Fidagarriak al dira Zeharkako dimentsio neurriak?

g) Ahalmenik al dute Zeharkako dimentsio neurriek denboran zehar sintomen larritasun aldaketak (aldaketekiko sentikortasuna) hautemateko?

2.9.3. 2010-eko otsailean egindako kontzeptualizazioa

2010-eko otsailean, Nortasun Nahasteen birkontzeptualizazio bat eman zen DSM 5-eko nortasun nahasteen atalean eta nortasunaren definizioa ere aldatu zen (Maruottolo 2012). Birkontzeptualizazio honetan, garrantzia eman zitzaion testuinguru desberdinetan egokitzeari, pertsonarteko harremanei eta banakoaren identitatearen narriadurari.

Eredu honetan, bost kategoria espezifiko desagertu ziren eta soilik bost geratu ziren. (Skodol et al. 2011). Eredu berri honetan, eredu kategoriala dimentsionalarekin konbinatu egiten da. Kategoria bakoitzak deskribapen bat dauka, eta hauek 1-etik 5-erako eskala batekin baloratu behar dira (Moran 2011).

Sei eremu eta hogeitamazazpi ezaugarriren sailkapena egiten da, ezaugarri eta eremuak ere, 0-tik 3-rako eskala batean baloratu egingo dira.

Pazientearen funtzionamendu maila ere 0-tik 4-rako puntuazioa daukate.

Bestalde, II. Eta III. Ardatzak desagertzea proposatzen dute, nortasun nahasteak beste gaixotasun mentalekin batera elkartzeko. Horrela, soilik hiru ardatz geratuko lirateke.

Aldaketa guzti hauek lehenengo zirriborroan agertutakoak dira; ordutik aurrera, aldaketa asko jasan ditu, DSM 5-eko sorkuntza prozesu bat izan da eta. Orain arte aipatu bezala, hauek izan dira birkontzeptualizazio berri hontarako arrazoiak: nortasun nahasteen arteko gehiegizko kormobilitatea, diagnostiko berdina duten pazienteen arteko gehiegizko hetereogeneotasuna, denboran zehar desegonkortasuna, gaur egun medikuntzan larritasun dimentsioak erabiltzen dira diagnostikoa egiterako orduan eta espezifikaturik gabeko nortasun nahastea gehiegi diagnostikatu egiten da.

Hurrengo puntuetan, nortasun nahasteen atal desberdinen birformulazioei buruzko arrazoiak agertzen dira.

2.9.3.1. Nortasunaren funtzionamendu mailak garatzeko arrazoiak

Nortasun nahasteen inguruan egin diren azkenengo ikerketek (Hopwood et al. 2010, Hopwood et al. 2012), nortasunaren psikopatologia ebaluatzerako orduan, garrantzi handia eman diote pazienteen disfuntzio larritasun mailari. DSM IV-ak ez die beharrezko garrantzirik ematen alderdi hauei, eta DSM 5eko lan taldeak, eskuliburu hau eguneratzeko beharrezkoa ikusi du alderdi hau kontuan hartzea. Horregatik, DSM 5 sailkapen berrian nortasunaren funtzionamendu mailak sartzeak aldaketa handia dakar nortasun nahasteen sailkapenerako (Zimmermann et al., 2012).

Jakina da, temperamenduak, garapen prozesuek, eta ingurugiro faktoreek eragina dutela norberak bere burua eta besteak ikusterako orduan. Bowlbik (1969an)

besteekiko harremanetan maneiatzeko, modu propioak sortzen dituztela esaten zuen. Ikuspuntu kognitiboago batetik Andersen eta Cole-k (1990), besteak hautemateko orduan, kategoriak sortzen genituela baieztatu zuten. Hau da, jende berria ezagutzean, besteak hautemateko joerek eragina daukatela.

Nortasun nahastei dagokienez, norbera eta besteak hautemateko orduan, pentsamendu distortsionatuak agertzen direla ikusi da ikerketa askotan. Adbd., (Blatt eta Lerner, 1983; Westen, 1993) autoreek, nortasun nahaste borderlineek norbera eta besteeen errepresentazioak, beste pazienteek egiten zituztenak baino konplexuagoak zirela ikusi zuten, distortsionatuagoak eta aurkakotasun handiagokoak ziren

(Bender et al., 2003)-en tratamenduen ikerketetan, nortasun nahaste borderlineek harreman terapeutikoa sortzeko zailtasun handiagoa zutela aztertu zuten (terapeutaren irudiarekin zailtasunak zituztelarik) beste nahaste batzuekin konparatuz. Guzti honek, nortasunaren psikopatologia kontutan hartzeko, norbera eta besteak hautemateko egokitu gabeko patroiak kontutan hartu behar direla erakusten du.

Ondorioz, DSM-5 eko lan taldeak, nortasunaren funtzionamendu maila neurtzeko eredu desberdinetako kontzeptuak hartu zituen continuum bat osatzeko. (Andrew, 2009; Andrew et.al, 2011).

2.9.3.2. Bost nortasun nahaste eredu garatzeko arrazoiak

DSM 5-ean, lehen esan bezala, DSM IV-ko bost nortasun nahaste desagertu dira.

Hauek dira batez ere bost nortasun nahaste mota bereizteko arrazoi nagusiak :

- Nortasun nahaste murrizketa bat ematea. Kasu honetan, hamar nortasun nahastetik bostera murriztuko litzateke.
- Eskala dimentsional bat sortzea. Pazientea nortasunaren eredu maila desberdinetara egokituko da.

Nortasun nahasteen murrizketaren zergatiak, beste arrazoi batzuen artean, orain arte egin diren ikerketengatik izan da. Nortasun nahaste antisoziala, borderlinea eta eskizotipikoak ikerketa enpiriko eta erabilgarritasun kliniko zabala dauka. Nortasun nahaste paranoide, eskizoide eta histrionikoaren inguruan berriz, ez dago ikerketa enpiriko nahikorik (Hopwood et al., 2012). Nortasun nahaste saiheskor eta obsesibokompulsiboak amankomunenak dira epidemiologiko eta klinikoki ere (Torgersen et al., 2008). Horregatik, bost nortasun nahaste horiek izan ziren hasiera batean utzi nahi izan zituztenak (Skodol et al., 2011). Hala ere, 2011ko eakinean, beste nortasun nahaste bat gehitu zuten. Nortasun nahaste narzizista. Beraien aburuz, nahiz eta ez den ohiko nortasun nahaste bat, tratamenduaren planifikaziorako erabilgarritasuna duen diagnostikoa da (APA 2012).

Guzti hau, beste arrazoi batzuen artean, DSM – IV-ko nortasun nahasteen arteko gehiegizko komorbilitateagatik (Trull et al. 2011) eta hainbat ereduren baliagarritasun mugatuagatik egin da. Aurreko ataletan ikusi dugun bezala, hainbat ikerketek erakutsi dute, nortasun nahasteak, DSM IV-an esaten dena baino desegonkorragoak direla denboran zehar.

Guzti honengatik, diagnosi egonkortasun handiago bat lortu nahi da nortasun nahasteak diagnostikatzerako orduan (APA 2010).

2.9.3.3. Nortasun nahasteentzako sei eremu zehazteko oinarriak. (Clark eta Krueger 2010).

Hasteko, garrantzitsua da hiru termino argitzea:

Dimentsioa: Dimentsio terminoa eskala baten kontinuum-ari deritzo. Kontinuum horretan bi polo egongo lirateke, eta kasu bakoitza polo batetik edo bestetik hurbilago egongo litzateke.

(adbd.: nortasunaren ezaugarri batek dimentsio desberdinak izan ditzake).

Ezaugarria: Termino honek nortasunaren edozein ezaugarri egiten dio erreferentzi. Hau da, pertsona baten nortasunean ematen diren berezitasunak izango lirateke.

Eremua: Ezaugarrien gainerik dauden dimentsioak dira hauek. Hau da, eremu baten barnean ezaugarri desberdinak leudeke.

Sei eremu hauen bitartez, Komorbilitatea eta Espezifikaturik gabeko nortasun nahaste guztiak desagertzea, (Clark, 2005, 2007; Drueger, Skodol, Livesley; Trull eta Durrett, 2005) diagnostikoen baitan dagoen heterogeneotasunaren argitzea (Clark, 2007; Trull eta Durrett, 2005) eta diagnostikoaren egonkortasunaren handiagotzea espero da. Orain arte DSM I-ko metodologiaren bitartez gertatzen zena izan da, pertsona batek nortasun nahaste konkretu baten ezaugarriak izan zitzakeela, baina ez lukeela zertan nortasun nahaste hori eduki behar. Baina nortasun nahaste desberdinak diagnostikatzen zitzaizkion, ezaugarri guztiak islatuta geratu zitezkeen. Modu honetara, ez litzateke nortasun nahaste bat diagnostikatu beharko ezaugarri eta eremu batzuk islatzeko.

Gainera, eredu honek, nortasunaren eta nortasun nahasteen jarraikortasun naturala errekonozitzen du eta paziente bakoitzaren ezaugarri profil bat hornitzen du (eta ez bakarrik nortasun nahastea duten pazienteengan). Hau da, ezaugarri hauek edozein pertsonarengan baloratu daitezke, pertsona horrek patologiarik ez badu ere. (Trull eta Durrett 2005)

2.9.3.4. Proposatu diren ezaugarrientzako oinarriak

Gaur egungo DSM-ko nortasun nahasteak Nortasun Nahasteen eredu bost handiekin "*The big five factors*", harremanduta dago.

Badirudi Saulsman & Page (2004)-ek egindako meta-analisan aztertu daitekeela, neurotizismoa, extrabertsioa, kontzientzia eta atsegintasuna nortasun nahasteekin harremanduta dauden bitartean, esperientzietatik irekitasuna ez dagoela nortasun nahasteekin oso harremandurik. Bestalde, meta-analisiak erakusten du, bost faktore handiek nortasun nahaste obsesibo-kompulsiboa, ez dutela guztiz azaltzen (eta nortasun Eskizotipikoan soilik "*personarteko defizita eta defizit soziala*" kontutan hartzen duela, eta ez dituela "*distorsio kognitibo edo pertzeptiboak eta jokabide bitxiak*", kontuan hartzen (Samuel eta Widiger 2008). Horregatik, kompulsibitate eta

eskizotipia eremuak ezarri ziren. Badirudi eskizotipia faktore garrantzitsua dela, nortasunaren analisirako, bai nortasun normalerako eta patologikorako ere (Watson et al. 2008).

Amaitzeko, nortasun nahasteen ezaugarri espezifikoak nortasunaren ebaluazioaren adituengatik gomendatuak izan dira, baina proposamen hauek oraindik behin-behinekoak dira eta bere baliagarritasuna neurtzen ari dira DSM 5eko proposamen definitiboa atera arte (APA 2010).

2.9.3.5. DSM 5-eko zeharkako neurketa galdesorta sortzeko oinarriak

DSM 5-eko lan taldeak, zeharkako neurketa egiteko galdesorta sortu du. Ebaluazio hauek DSM 5-eko diagnostikoekin batera egiteko proposatu dira, gaixoari buruz informazio gehiago izateko alde batetik, eta tratamenduan laguntza izateko, bestetik. Batez ere, depresioa neurtzeko, buruhilketa pentsamendua aztertzeko, nortasunaren ezaugarriak neurtzeko, diagnostikoa hobetzeko, larritasuna neurtzeko edo denboran zehar gertatzen diren aldaketak hautemateko erabilgarriak dira . Neurketa eta ebaluaketa hauek atentzio primarioarako balio dezakete, baita kliniketarako ere. Neurketa hauek DSM 5eko lan esparruetarako proposatu dira, beraien erabilgarritasuna eta onargarritasuna konprobatzeko.

Galdesorta hauen helburua, klinikoei nahasteen esparru garrantzitsuak transbersalki neurtzeko tresnak ematea izan zen. Horrela, gaixotasun gehienentzat garrantzitsuak diren eremu klinikoak neurtzen dira. Ez ditu nahaste espezifikoak neurtzen, baizik eta momentu batean eta jarraipen batean ebaluazioa egiteko tresnak dira. Gaixoaren autoebaluaketa eta klinikoaren heteroebaluaketa konbinatzen dira.

“*Zeharkako neurketa*” koak deitzen dira, nahaste desberdinak zeharkatzen dituelako. Gaixoengan normalean egoten diren sintomak neurtzen ditu, bere hasierako egoera kliniko edo ondorengo diagnostikoari garrantziarik eman gabe. Egoera depresiboa, antsietatea, sustantzien erabilera edo lo nahasteak neurtzen ditu beste sintoma

batzuen artean. Horrela, klinikoek, pazienteek denboran zehar izan dituzten aldaketak neurtu ditzakete, nahastea konkretuki kontuan izan gabe.

DSM 5 eko Ikerketa lan-taldeak honakoa gailendu nahi zuen zeharkako neurketako galdesortetan:

1. Praktika medikurako erabilgarriak izatea.
2. Laburrak, irakurtzeko errazak, eta ebaluatzeko sinpleak izatea.
3. Gaixo eta klinikoagatik erraz aplikagarriak izatea, posiblea den heinean.
4. 5 puntuko eskala bat erabili, non 0 arazorik ez egotea esan nahi duen.

Gainera, galdesorta askorekin gertatzen den bezala, pazienteak, bere burua ebaluatzeko continuum baten aurrean jartzen du (APA 2010).

2.9.4. DSM 5 –eko 2010eko lehenengo zirriborroko nortasun nahaste mota, ezaugarri eta eremuen proposamena

Hurrengo orrialdeetan, DSM 5-eko nortasun nahasteen lan taldeak 2010-ean APA-ren web orrialdean publikatu zuen nortasun nahasteen formulazioa agertzen da. Diagnostiko formulazio hau munduko profesional guztientzako eskuragai egon da web orrialdean, eta landa-ikerketak egin dira herrialde desberdinetan. Web orrian egoteak, eta munduko profesional guztiek irizpide berriak eskuragarri izateak DSM 5-aren proposamea dokumentu bizi bat izatea zilegitu du (Krueger et al. 2011).

Ordutik, aldaketa maiz agon dira bai DSM 5-aren nortasun nahasteen formulazioan eta bai beste diagnostiko batzuen formulazioetan ere.

Horregatik, interesgarria da ikustea, hasiera batean egon zen formulazioa, honi egin zaizkion kritikak, eta gaur egun proposatzen duten egitura berria.

Hasiera batean, lehen aipatu bezala, 5 nortasun nahaste mota, nortasun nahasteentzako sei eremu eta 37 ezaugarri sailkatu zituzten. Hona hemen hasiera batean egin zen proposamena.

2.9.4.1. Nortasun nahaste motak

- **Nortasun nahaste antisoziala**

Lan taldeak nahaste hau antisozial edo psikopatiko lez birformulatzea gomendatzen du.

Nortasun nahaste hau daukaten pertsonak besteengan boterea izatea bilatzen dute eta besteak manipulatu, esplotatu, engainatu edo haietaz aprobetxatu daitezke, min egiteko, edo bere helburu propioak lortzeko.

Orokorrean jokabide harroputz eta berekoia dauka, bihozgabekeriarekin eta besteen behar eta sentimenduekiko enpatia gutxirekin. Ez ditu besteen eskubideak, jabegoak edo segurtasuna kontuan hartzen, kaltetuak agertzen badira ere. Espresio emozionalak, batez ere haserrekortasuna, gorrotoa eta etsaitasuna dira; Normalean, ez dituzte maitasuna edo antsietatea bezalako emozioak hautematen besteengan.

Bere esperientziarekiko desberdinak diren interpretazioak aintzat hartzeko gaitasun murriztua dauka.

Nortasun nahaste hauek normalean temperamentu agresiboa izaten dute, baita atsegin atalase altuegia ere. Jokabide ausartegiaren bidez sensazioak bilatzen dituzte, inpultsiboak dira eta ez dute ondorioengan pentsatzen eta zauri-ezintasun sententzioa daukate.

Drogen abusua eta biolentzia fisikoa bezalako jokabide ilegal eta etikarik gabekoak egiten dira. Beraien interes pertsonalak bilatzerakoan, jokabide agresibo edo sadikoak erabili ohi dituzte, eta batzuetan, atsegina edo gozamena, mespretxu, degradazio, domimantzia edo besteak mintzen lortzen da. Itxurazko xarma eta

adeitasuna erabil daitezke helburu konkretu batzuk lortzeko, eta ez hainbeste printzipio moral konbentzionalak kontuan hartzen. Ez daukate laneko eginbeharrekiko edo konpromiso finantzieroekiko erresponzabilitaterik, eta autoritatearekin arazoak izan ditzakete.

- **Nortasun nahaste saiheskorra**

Lan taldeak nahaste hau saiheskor bezala birformulatzea gomendatzen du. Nortasun nahaste hau duten pertsonak norberaren zentzu negatiboa, ezgaitasun sentimendu larriak, eta harreman estuak sortzeko inhibizioa dute. Antsietatea, gutxiagotasun sentimendua, ezgaitasun soziala eta errekurtsio falta sentimendua agertzen da, lotsa eta autokritika sentimendu batekin batera.

Errealitatetik urrun dauden legeak jar diezazkioke bere buruari eta besteek berezi edo desberdintzat hartzeko desira bat egon daiteke. Bestalde, gertatzen diren gauza txarregatik erruduntasun sentimendua izan ohi du, eta askotan atsegin gutxi edo gabezia du, eguneroko ekintzetan. Emozioak inhibiturik edo mugaturik daude, eta zailtasunak daude desirak, emozioak (positibo eta negatiboak) eta estimuluak ezagutzeko edo espresatzeko.

Nahiz eta estandar(edo lege) altuak jarri, pasibotasuna izan daiteke nagusi, eta honek, helburu pertsonalen bilaketa eta arrakasta lortzea galarazten du.

Joera honek batzuetan, aspirazio edo lorpen baxuetara daramatza. Arriskuari abertsioa izatea, ezaugarri bat da ere. Egoera sozialetan, jokabide lotsatia edo erreserbatua dauka, eta batzuetan egoera sozial eta profesionalak saihesten ditu mespretxu edo egoera lotsagarriekiko beldurratikatik.

Kritikarekiko edo baztertzearrekiko sentsibilitatea altua da eta informazio pertsonala errebelatzeko erresistentzia dauka.

Oinarrizko trebetasun sozialen gabezia izan dezake eta lagun intimo gutxi izan ditzake. Harreman intimoak saihesten ditu, intimitate eta atxikimenduarekiko beldur orokor batengatik, intimitate sexuala barne.

- **Borderline nortasun nahastea**

Lan taldeak, nahaste hau Bordeline motakoa birformulatzea aholkatzen du. Nortasun nahaste hau agertzen duten pertsonak Nia-ren egitura txiro eta/edo desegonkorra daukate eta harreman intimo iraunkorrak mantentzeko eta izateko zailtasunak izaten dituzte. Niaren kontzeptua erraz hausten da estrespean, eta askotan identitate falta eta huts egotearen sentimendu kronikoekin harremanean egoten da.

Norberaren balorazioa, gorroto, gehiegizko kritika eta etsipenez beterik dago. Sentsibilitatea dago pertsonarteko gutxiespen, galera edo dezepzioak hautemateko, eta hauek arin, intentsuki eta aurretik jakin ezin daitezken emozio aldaketekin gertatzen dira. Arrunta da antsietatea eta depresioa izatea.

Ulertu gabea, gaizki tratatua edo biktima sentitzearen erreakzio bat haserrea izan ohi da, eta honek, norberarekiko edo besteekiko agresioetara eraman dezakete. Larritasun biziak eta inpultsibitateak ere jokabide arriskutsuetara eraman ditzakete, hala nola, substantzien abusu, gidatze arriskutsu, gehiegi jatera edo topaketa sexual arriskutsuetara.

Harremanetan, gehiegizko dependentzia, baztertze eta/edo abandonu beldurra izan dezake eta, asaldatua dagoenean, beste pertsonakiko kontaktu beharra dauka. Bere jokabidea askotan sumiso eta menpekoa izan daiteke. Era berean, beste pertsonakiko intimitateak identitatea galtzearen beldurra sor dezake, emozionalki eta psikologikoki harrapatuta geratzearen beldurra daukalako. Horrela, pertsonarteko harremanak, desegonkorrak izan ohi dira, eta gehiegizko dependentzia eta harremanetik ihes egite artean alternantzia dauka. Besteekiko enpatia nahiko selektiboa da, eta askotan okertua ezaugarri negatibo edo zaurgarritasunetaruntz.

Funtzionamendu kognitiboa pertsonarteko estres momentuetan asaldatua egon daiteke, gauza konkretuak, zuriak edo beltzak, edo dena edo ezer bezalako pentsamenduetara eraman dezaketenak dira, eta batzuetan erreakzio ia psikotikoak gerta daitezke, paranoia eta disoziazioa bezalakoak.

- **Nortasun nahaste obsesibo-kompulsiboa**

Lan taldeak nahaste hau obsesibo-kompulsibo lez birformulatzea aholkatzen du. Nortasun nahaste honetara hurbiltzen diren pertsonen orden, zehaztasun, perfekzio eta kontrol beharra izaten dute. Betebehar eta obligazioen gehiegizko sentimendua dauka, eta segurtasunik eza, antsietatea, erru sentimendua edo lotsa izaten du benetako, hautemandako edo gertatu daitezken akatsak direla eta.

Era berean, bere jokabide edo jarrerak, normalean kontrolatzaile, konpetitibo edo kritikoak izaten dira.

Autoritatearekin gatazkak egon daitezke (adb: presioa autoritatearen mende jartzeko, edo honen aurka errebelatzeko), botereen borrokarantz joera bat izan dezake (hau agerikoa edo ezkutua izan daiteke), eta besteak baino gehiago izango balitz bezala edo moralista lez joka dezake.

Batzuetan, beste pertsonen ideia, emozio eta jokabideen hautemateak konprometituak egoten dira.

Gehienetan, emozio gogorrak, bai positiboak (adb.: maitasuna) eta bai negatiboak (haserrea)-ez dira kontzienteki espresatzen edo bizitzen, norberarekiko edo besteekiko haserrekortasuna komuna izan ohi bada ere.

Jarduerak askotan modu oso metodikoan eta gehiegizko xehetasunekin egiten dira eta denbora, puntualitate, ordutegi eta legeekin ardua handia egoten da baita ere.

Gauzak perfektuegi egitearen beharrak, zalantza batera eraman dezake, aukera desberdinen aurkako eta kontrako argumentuak kontutan hartzen paralizatu egin daiteke, eta horrela ezin ditzake lan garrantzitsuak amaitu.

Lanak, arazoak eta jendea modu zurrunean tratatzen dira eta, mugatua dago bat bateko gertakizunei aurre egiteko gaitasuna.

- **Nortasun nahaste eskizotipikoa**

Lan taldeak gomendatzen du nahaste hau eskizotipiko lez birformulatzea. Nortasun nahaste mota honetara hurbiltzen diren pertsonak, defizit sozialak dituzte, eta, pertsonarteko harremanetarako deserosotasun eta gaitasun murrizta dute; itxura eta jokabide bitxiak dituzte, baita kognizioan eta pertzepzioan distortsioak ere. Tipikoa da egoera sozialetan antsietatea izatea, (egoerarekin etxekoturik badago ere), baztertua bezala sentitzea, zailtasunak izatea besteekin konektatzean, eta besteekiko mesfidantza izatea.

Badirudi besteen erreakzioekiko axolarik ez duela, nahiz eta barne ondoeza izan dezakeen. Esperientzia eta espresio emozionalak mugatuak egon ohi dira. Itxurak eta jokabideak bitxiak edo arraroak izan daitezke (adb: garbitasuna, higieena, jarrera eta/edo begi kontaktua arraroa edo ezohikoa da), diskurtsoa alferra, tokian tokikoa, metaforikoa, elaboratuegia, konkretua edo estereotipatua da. Ezaugarri hauekin batera lagun gutxi edo bat ere ez izatea, edo harreman intimoak ez izatea gertatu ohi da.

Jokabidea pentsamendu magikoagatik eraginda egon daiteke, hala nola, superstizioak edo telepatian edo bidentzian sinistea. Errealitatearen hautematea batzuetan asaldua izaten da, eta pertzepzioaren prozesua eta arrazonamendua arraro eta berezia izatera hel daiteke (adb: apetazkoak izan daitezkeen ondorioztatzeak edo gertaera arruntetan mezu ezkutuak edo esanahi bereziak ikustea), edo ia psikotikoa, “pseudoaluzinazioak” bezalako sintomak, zentzu-ilusioak, ideia handietsiak, ideazio paranoide arina, edo pasarte psikotiko iragankorra izan ditzake.

Edozein modutara, orokorrean sintoma psikotikoen errealitatea frogan ipintzen du, irrazionaltasunaren eta sinismen faltsuen baieztatzea bilatzen du.

2.9.4.2. Nortasun nahaste ezaugarri eta eremuak

Emozionlaitane negatiboa: Emozio negatibo altudun esperientziek osatzen dute (adbd, antsietatea, depresioa, errua eta lotsa, ardura, haserrea..), baita norberari min egiten dioten jokabideak, eta pertsonarteko harreman desegokiak (deskonfidantza edo gehiegizko atxikimendua) gertatu daitezke.

Emozionalitate Negatiboaren ezaugarriak:

Labiltasun emozionala emozio desorekatuek eta umore aldaketek osatzen dute, eta, emozioak askotan, egoerarekiko eta gertakizunekiko proportzioz kanpo agertzen dira.

Antsietatea urduritasun, tentsio, mugan egotearen setnsasio intentsu, ugaritsu eta iraunkorrek deskribatzen dute; guzti hau, iraganeko gertakizun negatiboengatik edo etorkizunean gertatu daitezkeen esperientzia eta gertakari negatiboengatik gertatzen da, eta ziurgabetasunak sortzen duen beldurratik izan daiteke.

Menpekotasuna sumisio eta asertibitate ezak osatzen dute; lasaitasuna eta aholkua bilatzen dira; erabakiak hartzean segurtasun falta sumatzen da; norberaren beharrak, besteen beharren azpitik ipintzen dira; eta norberaren jokabideak, besteen interes eta desiretara egokitu egiten dira.

Segurtasunik eza banaketan, besteen baztertzearrekiko beldurra izatean datza; besteak ez daudenean, edo libre ez daudenean angustia sentitzen du, eta maite duen jendearengandik banantzea saihesten du, edozer gauzaren gainetik bada ere.

Ezkortasuna bizitzaren ikuspuntu negatiboa izatean datza, eta egungo eta iraganeko esperientzien alderdirik txarrenak nabarmentzen ditu, eta beti uste du emaitza txarrak egongo direla.

Autoestima baxua, pertsonak bere buruarekiko eta bere gaitasunekiko iritzi negatibo bat dauka, eta ezertarako balio ez duela uste du, ez dago pozik bere buruarekin, eta gauzak ondo egin ezin ditzakeela uste du.

Errua/lotsa, nahiz eta garrantzizko gertakizunak ez izan, erruduntasun eta/edo lotsa izateagatik nabarmentzen da eta bere jokabidearengatik zigorra merezi duela uste du.

Autolesioak norberari mina egitearen pentsamendu eta jokabideek osatzen dute (adbd.; norbere buruari ebaketak egitea edo erretzea), baita buruhilketa pentsamenduek, mehatxuak eta saiakerek ere.

Depresibotasuna, askotan triste egotearen, zorigaiztokoa izatearen edo esperantzarik gabeko sentimenduak dira; behin eta berriro egoera emozional horretara bueltatuz eta pertsona eta izatez triste edo deprimitua delako pentsamenduak ditu.

Mesfidantza, non, ez dagoen besteekiko konfidantzarik; gehiegizko alerta agertzen du , pertsonarteko bortxakeria, intentzio txarra edo mina egingo dutelakoan, eta besteen zintzotasun eta fideltasunari buruzko zalantzak ditu; pertsekuziozko sentimenduak ere izan ditzake (ez psikotikoak).

Barnerakoitasuna besteekiko baztertzean datza harreman intimoekiko, laguntasunekiko, edo munduarekiko baztertzea izan daiteke, esperientzia eta espresio afektibo murriztua; eta plazerra bilatzeko gaitasun mugatua.

Barnerakoitasunaren ezaugarriak:

Isolamendu sozialean pertsonak bakarrik egotea nahiago du besteekin baino; egoera sozialekiko mesgidantzagatik; kontaktu eta jarduera sozialak sahiesten ditu; eta ez dauka kontaktu sozialetarako iniziatibarik.

Indiferentzia sozialaren ezaugarriak, indiferentzia, inguruneko eta munduko gertakizunetikiko interes falta, harreman eta jarduera sozialekiko interes falta eta pertsonarteko distantzia izaten dira; harreman inpersonalak ditu bakarrik, eta isilak dira besteekin (bere helburu propioak lortzeko bakarrik harremantzen da besteekin).

Intimitate saihestea, harreman estuen atxikimenduarekiko eta harreman intimo sexuarekiko interes falta eta saihestea.

Afektibotasun mugatua, Esperientzia eta adierazpen emozional falta; erreakzio emozionalak gertatzen direnean, azalekoak eta behin behinekoak dira, eta ez du emoziorik adierazten, emozionalki indartsuak diren egoeretan.

Anhedonia bizitzako esperientziengatikiko gozamen, partehartze eta energia falta; gozamena sentitzeko, edo gauzengan interesatzeko gaitasun falta dauka.

Desinhibizioa, momentuan lortu nahi da gozamena, momentuko pentsamenduek, sentimenduek eta estimuluek bultzaturiko jokabideak ematen dira eta, ez dira iraganeko ikaskuntza edo etorkizuneko ondorioak kontutan hartzen.

Desinhibizioaren ezaugarriak

Inpulsibitatea momentuko estimuluek sortzen dituzten emozioek bultzaturiko jokabideak dira, momentuan jokatzen du, ondorioak kontuan izan gabe; planak sortu eta jarraitzeko zailtasuna dauka eta ez du esperientzietatik ikasten.

Distrakzioa, kontzentratzeko zailtasunetan datza (adib: arreta garrantzibabekoak diren estimuluetarantz doa), eta helburuetan zentratzeko zailtasuna, baita elkarrizketetan zentratzeko zailtasuna ere.

Ausarkeria, arriskutsuak diren jardueretan partehartzea, beharrezkoa ez denean ere, ondorioetan pentsatu gabe; hau, aspertzeko joera duelako da, eta jarduera hauek inkontzienteki egiten ditu, asperdura horri aurre egiteko; ez ditu bere mugak

kontuan hartzen; arrisku erreala ezeztatzen duelako, eta ziurgabetasun eta ezagutza faltari tolerantzia altua diolako.

Arduragabekeria, ardura falta agertzen du, betebeharrak finantziaroen edo beste konpromezuen aurrean; errespetu falta, eta, ez ditu akordu eta promesak betetzen; fidagarritasun falta; ez da hitzorduetara agertzen edo ez ditu lanak eta betebeharrak amaitzen; arduragabekeria norberaren edo besteen jabegoekin.

Konpulsibitatea pentsamendu saiatu eta perfekzionista dauka, eta bere jokabideak ideal bat jarraitzeko dira beti, modu zurrin eta jarrai batean. Gainera guztiek ideal hau jarraitu behar dutelako itxaropen zurrina dauka.

Konpulsibitatearen ezaugarriak:

Perfekzionismoa, dena akatsgabe egon behar duelako insistentzia, bai norberaren eta bai besteen errendimenduan ere; hau, errealitatea bere ikuspuntuaren idealera hurbildu behar dela uste duelako da; errealitatek urrun dauden estandar altuetan ipintzen ditu bai berarentzako, eta bai besteentzako legeak ere, eta ordutegiak sakrifikatu egiten ditu, xehetasun guztiak zehazki ondo daudela baieztatzeko.

Pertseberantzia, jokabideen iraunkortasuna, duela denbora bat funtzionalak edo eraginkorrak izateari utzi badiote ere; helburuen arrakasta falta, esfortzua edo gaitasunaren faltagatik dela uste dute; eta jokabidea behin eta berriro jarraitzen dute, nahiz eta behin eta berriro porrot egin.

Zurruntasunean arau jakin batzuk daude eta gauzak egiteko modu bakarra dagoela uste du; insistentzia egunerokotasuna aldatu ez dadin; jokabideak, aldatzen ari diren egoeretara egokitzeke zailtasuna; informazioa, jada dauden ideia eta itxaropenen gainean oinarritzen du, ideiak eta ikuspuntuak aldatzeko dituen zailtasunengatik, aldaketarako proba nabarmenak badaude ere.

Ordena: Ordena eta egitura baten beharra dauka eta gauza guztiek leku eta orden egoki bat izan behar dutelako insistentzia dira ezaugarri nagusiak; gauzak “lekuz kanpo” egon daitezen tolerantzia falta; zehaztasun, zerrenda akordio eta programei buruzko ardura handia dauka.

Arriskuei beldurra, ez ditu arriskuak hartzen, arrisku minimoak hartzeko prestutasunik ere ez dauka; jarduerak min edo lesio txikiena sortzeko arriskua badute ere, hauek saihesten ditu; bere osasuna arriskuan jarri edo beste arrisku batzuk sor ditzakeen jokabideak erabat baztertzen ditu.

Eskizotipia: jokabide eta pentsamendu arraro, bitxi, eta ez-ohikoak ditu, hauen kulturalki bat ez datozenak. Hauek, pentsamendu prozesuarekin (adbd, pertzepzioa, disoziazioa) eta edukiekin (sinismenak) harremanduta daude.

Eskizotipia ezaugarriak

Ez-ohiko pertzepzioak: esperientzia arraroak ditu modalitate sentsozial desberdinetan, sinestesia esperimendu dezake (gurutzaturiko pertzepzioa), eta gertakizunak eta gauzak besteek hautematen dutenaren desberdin hautematen ditu.

Ez-ohiko sinismenak: bere kulturen besteek arrarotzat hartzen dituzten pentsamendu edukiak ditu, eta idiosinkrasikoak diren sineste sendoak ditu; Hauek objetiboki ez daude ondo justifikaturik, eta ezkutaturik dauden interesak edo errealitatek urrun dauden beste ikuspuntu batzuk ditu.

Exzentrizitatean ezohiko jokabide bat dago (ez-ohiko keinuak, egoerarekin edo denboraldiarekin bat ez datozen arropak eraman ditzake); gauza arraroak edo ez ohikoak esaten ditu, eta diskurtso konkretu eta txiroa erabiltzen du, neologismoak erabiliz; bere kultura eta gizarteko beste pertsonak arraro ikusten dute.

Desregulazio kognitiboa, ezohikoak diren pentsamendu prozesuak; pentsamendu eta ideiak, batzuek beste logikoki jarraitzen ez dietenak; deskarrikaturiko

pentsamenduak; pentsamenduen arteko asoziazio libreak eta kongruentziarik gabekoak egiten dute; pentsamendu desantolatua eta/ edo nahastea, estres egoeretan batez ere.

Disoziaziorako joera, esperientzia kontzientean etenaldiak daude; “denbora nozioa galtzea” (adbd.: nonbaitera nola heldu den ez konturatzea); eta ingurunea arraroa edo irreal bezala hautematea

Aurkakotasuna: pertsona batek besteekiko desakordioan dauden jokabideak egiteari dagokio.

Manipulazioa: Besteak kontrolatzeko eta besteengan eragiteko, sedukzio, xarma, hitzen erabilera egiten du bere helburu propioak lortzeko.

Engainua: Zintzotasunik eza eta iruzurra, faltsukeria.

Handikeria/ Narzismoa: Eskubide gehiagoko sentimendua: hau nabarmena edo ezkutua izan daiteke, egozentrismoa, besteak baino gehiago delakoaren sinismena.

Besteen arreta bilaketa: Besteen arreta-gunea izateko saiakera gehiegi honekin mirespena bilatzen du.

Gogortasuna: Besteen sentimendu edo arazoekiko ardura falta, erru falta besteei zerbait txarra egin arren, agresioa, sadismoa.

Etsaikeria: Irainen aurrean haserrekortasun sentimendu ugari edo iraunkorrekin erantzun, eta jokabide desatsegin edo mendekuzkoak.

Agresioa/etsaikeria: Beste pertsonetikiko areriotasuna erakusten du. Abusuzko edo agresiozko jokabidea. Hau bortxakeria emozional edo fisikoarekin adierazi daiteke.

Negatibismoa: Autoritateari edo berdinei arbuioa; ez du inolako eskaerari erantzuten.

2.9.5. DSM 5-ari bere prozesuan zehar egin zaizkion kritikak

APA-ko osasun erakunde mundiala bere klasifikazioak berrikusten ari da. Nahiz eta kategoria diagnostikoak, DSM IV-koaren antzekoak izan, aldaketa gehienak nahaste espezifikokoak sail batzuetatik besteetara pasatzea, erabilgarritasun

praktikoa izan duten nahasteak ezabatzea edo izenak aldatzea izan da. Gehien aldatu diren eremuak substantzien kontsumoarekin eta nortasun nahasteekin harremanduak dauden sailak dira.

DSM 5aren errebisioaren bitartez, nortasun nahastei dagokienez, komorbilitateari aurre egin, nortasunaren patologia kontinuum batean jarri eta nortasunaren ezaugarriak neurtu nahi dira. Horrela, kategoriko eta dimentsionalaren arteko konbinazio bat egin nahi da, nortasun nahaste moten puntuazio dimentsionalak, pazientearen ezaugarriekin konbinatuz.

Taxonomia aldaketek emozio gogorrak sortu ohi dituzte (Rey 2010). DSM 5ak ere kritika asko jaso ditu bere garapenean zehar. DSM 5a jasaten ari den aldaketak mundu guztiko klinikoan ikusmiran dago. Azken momenturarte APA-ren web orrian ikusgai egon dira proposamenak, eta kritikak eta iritziak egin zaizkio mundu guztiko profesionalen partetik (Widiger et al. 2011). Batzuk arduragatik, besteak arrazoigabeak. Batzuek aldaketak positibotzat hartzen dituzten bitartean, besteek ez dituzte hain gustuko.

Ondorengo lerroetan birformulazio berriari egindako kritikak eta hauen inguruan sortu diren eztabaidak eta DSM 5-aren aldeko argudioak agertzen dira.

DSM-5ean nortasun nahastei dedikatzen zaien esparrua konplexuegia dela diote batzuek. Ezaugarrietan oinarrituriko ikuspuntua konplexuegia dela deritzote . Baita erabilera klinikoan esanguratsuak diren sindromeak desagertarazi dituztela ere.

Nortasun nahaste birformulazio berri honek, hasieran konplexua badirudi ere, erabilgarritasun erraza dauka. Hori, esparru desberdinetan egin diren landa ikerketek demostratu egin dute. Gertatzen dena da, eredu dimentsionalak ez direla ezagunak klinikoentzat diagnostikoa egiteko orduan.

Hainbat nortasun nahasteren desagerpenak ere kritika eta ardura sortu du mundu guztian zehar.

DSM 5ean nortasun nahaste paranoide, eskizoide, histrioniko, narzisista eta dependientea desagertzeari kritika handiak egin zaizkio. Hainbat nahasteri arreta selektiboa eman izana kritikatu da, hau da, ez dela kontuan hartu, zein sindrome mantendu, aldatu edo ezabatu beharko liratekeen (Bornstein 2011).

Adibidez, nortasun nahaste narzisistari dagokionez, honen egiturarekin arazo bat dagoela onartzen da. Badirudi askotan hainbat nerabeen ezaugarriekin erratu daitezkeela. Baina horrek ez du esan nahi diagnostiko hau alde batera utzi behar denik, baizik eta bere irizpideak findu beharko liratekeela baizik (Pies 2011). Noratsun nahasten narzisistaren erabilgarritasun klinikoa esanguratsua eta baliagarria dela esaten duten kliniko asko bait daude (Pincus 2011).

Hala ere, nahiz eta nortasun nahaste mota gutxiago egon, mota bakoitza hobeto dago deskribaturik, eta mota bakoitzaren barne egon daitezkeen aldakortasun guztiak azaltzen ditu. Gainera, kritikak kontutan hartuta, birformulazio honen eboluzioan zehar, nortasun narzisista berriro ere gehitu egin zuten. N Gainera, ezaugarrien neurketaren bitartez, hainbat mota desagertu izanaren konpentsazio bat ematen da, hurrengo taulan ikusten den bezala.

NORTASUN NAHASTEAK DSM IV-AN	NORTASUN NAHASTEAK DSM5-AN	NORTASUN NAHASTEEN EZAUGARRI NABARMENAK
Antisoziala	Antisoziala/psikopatikoa	Krudeltasuna Agresioa Manipulazioa Etsaitasuna Faltsutasuna Narzizismoa Arduragabekeria Ausarkeria Inpulsibitatea
Saiheskorra	Saiheskorra	Antsietatea Banaketan segurtasunik eza Ezkortasuna Autoestimua baxua Errua/lotsa Intimitatearen saihestea Isolamendu soziala Afektibotasun murriztua Anhedonia

NORTASUN NAHASTEAK DSM IV-AN	NORTASUN NAHASTEAK DSM5-AN	NORTASUN NAHASTEEN EZAUGARRI NABARMENAK
Borderline	Borderline	Labiltasun emozionala Autolesioak Banaketan segurtasunik eza Antsietatea Autoestimu baxua Depresioa Etsaitasuna Agresioa Inpultsibitatea Disoziazio joera
Obsesibo-kompultsiboa	Obsesibo-kompultsiboa	Perfekzionismoa Zurruntasuna Orden Jarraitasuna Antsietatea Ezkortasuna Errua/lotsa Afektibotasun murriztua Ezkortasuna
Eskizotipikoa	Eskizotipikoa	Bitxikeria Desregulazio kognitiboa Ezohiko pertzepzioak Ezohiko sinismenak Isolamendu soziala Afektibotasun murriztua Intimitearen saihestea Mesfidantza Antsietatea
Paranoidea	Bat ere ez	Mesfidantza Intimitearen saihestea Etsaitasuna Ezohiko sinismenak (paranoideak)
Eskizoidea	Bat ere ez	Isolamendu soziala Desatxikimendu soziala Intimite saihestea Afektibotasun murriztua Anhedonia
Histrionikoa	Bat ere ez	Labiltate emozionala Histrionismoa
Narzisista	Bat ere ez	Narzizismoa Manipulazioa Histrionismoa Krudeltasuna

NORTASUN NAHASTEAK DSM IV-AN	NORTASUN NAHASTEAK DSM5-AN	NORTASUN NAHASTEEN EZAUGARRI NABARMENAK
Dependentziakoa	Bat ere ez	Sumisioa Anstsietaea Banaketan segurtasunik eza
Depresiboa	Bat ere ez	Ezkortasuna Anstsietaea Depresioa Autoestimua baxua Errua/lotsa Anhedonia
Pasibo-agresiboa	Bat ere ez	Ezkortasuna Etsaitasuna Errua/lotsa

Beraz, ez ditu sindromeak ezkututzen, gutxiagotzen eta sinplifikagotzen ditu, eta ezaugarrien bitartez, kritikatu egiten diren gabezia horiei aurre egiten die.

Egiten zaion beste kritika bat baliagarritasun enpirikorik ez duela da. Kritika honek ez ditu kontutan hartzen, DSM 5 ak kontuan izan duen oinarri teorikoa, literatura bilaketa, eta munduko esparru desberdinetan egin diren landa ikerketak.

Gainera, badirudi eredu kategorikotik dimentsionalera pasatzeak kliniko askorengan ezinegon sortzen duela baita ere.

Beste autore batzuek, irizpide berriak, DSM IV-ko irizpideak baino anbiguoagoak direla diote, eta horregatik ez daukala DSM IV-ak bezain beste gaitasun hainbat datu kliniko transmititzeko. Baina DSM 5ak, DSM IV-ak baino datu gehiago transmititzen ditu, nortasun nahaste mota guztiak, funtzionamendu maila eta ezaugarriak aztertzen dituelako, eta guzti hori, DSM IVak neurtzen duena baino askoz gehiago da.

Allen Frances-ek 2010eko otsailean egindako kritikaren arabera, diagnostiko askoren atalaseak jaitsi egin dira eta horrek paziente "faltsu positiboak" diagnostikatu ditzake. Modu honetan, gehiegizko medikamentuak eman daitezke, eta gaixotasun mental bezala, gaixotasunak ez direnak hauteman daitezke.

Autore honek ere esaten du DSM 5 erako nortasun nahasteetan proposatzen diren dimentsioak konplexuegiak direla.

Zeharkako neurketako tresnak ere kritikatzeko dituzte, konplexuegiak direla esanez. Tresna guzti hauek pasatzeko denbora gehiegi eman behar dela kritikatu egiten du. Autore hau oso zorrotza da, DSM 5 eko lan taldeak bete ez dituen datekin baita ere.

Berak aipatzen dituen kritika guztiei eta beste autore askok egindakoei aurre egiten saiatu dira landa ikerketen bitartez.

2.9.6. 2011ko ekainean, nortasun nahasteen inguruan egindako birformulazioa

Orain arte ikusi dugun bezala, 2010ean DSM 5eko web orrian Nortasun nahasteentzako proposamena egin zenetik, APA-k proposamen asko jaso ditu aldaketa batzuen inguruan, horregatik, 2011ko ekainaren 21ean, nortasun nahasteen inguruan birformulazio bat egin zen.

DSM 5-aren azkeneko aldaketa honetan, 6 nortasun nahaste mota bereiziko dira: antisoziala, saiheskorra, borderline-a, nartzisista, obsesibo-konpulsioa eta eskizotipikoa. Hau da, aurreko formulazioarekin konparatuz, nortasun nahaste nartzisista gehitu egin da.

Bestalde, nortasun nahaste mota hauek, nortasun funtzionamendu narriadura jakin batek eta ezaugarri patologiko bat edo gehiagok bereiziko dituzte. Horrela, espezifikaturik gabeko nortasun nahastea desagertuko litzateke, eta nortasunaren funtzionamendu maila definituko litzateke, baita, bost nortasun eremu: emozionalitate negatiboa, barnerakoitasuna, desinhibizioa vs. konpulsibitatea, psikotizismoa eta atxikitasunik eza. Eta, hauen barnean, ezaugarri desberdinak.

Modu honetara, DSM 5aren helburua, nortasunaren ezaugarriak deskribatzea izango da, bai nortasun nahastea dutenentzat, eta bai ez dutenentzako ere.

2.9.6.1. DSM5-eko nortasun nahasteen sailkapenaren lehenengo proposamenari egin zitzaizkion kritikak kontutan hartzen

Nortasun nahasteen sailkapen berriari buruzko kritika desberdinak egon dira eredu honen garapenean zehar.

- **Funtzionamendu mailei dagokienez:**

Orokorrean, funtzionamendu mailei buruz egon diren kritikak positiboak izan dira, aurrerapen bezala ikusi baitute nortasun nahasteengan funtzionamendu mailak baloratzea (Shedler et al. 2010, Ronningstam, 2011).

Hala ere, batzuek, eskala hau konplexuegitzat hartu dute, (Clarkin eta Huprich 2011), eta bere osagarrien sailkapenak egitea proposatu dute (Pilkonis et al. 2011). Guzti hau kontutan hartuta, lan taldeak aldatu egin ditu bere funtzionamendu mailak (Bender et al. 2011).

- **Nortasun nahaste motak**

la mundu osoan DSMIV-ko nortasun nahaste moten desagertazearen kontra egon dira, beste arrazoi batzuen artean, aurreko saikapenak tratamendurako erabilgarritasuna dutela argumentatzen baitzuten (Gunderson 2010, Shedler et al. 2010). Autore askok, nortasun nahaste guztiak agertu beharko liratekeela defendatzen dute, eta ez dute nahikoa ikusten hauei buruzko ikerketarik ez dagoelako argumentazioagatik hainbat mota kentzea (Pilkonis et al., 2011).

Nortasun nahasteen lan-taldea ez da ados egon kritika hauekin, eta anbibalentzia askorekin izan bada ere, nortasun nahaste narzisista gehitu egin du, honi buruzko ikerketa gehiago egongo diren esperantzarekin.

Beste aldaketa bat, berrikuspen berrienean, prototipo narratiboak irizpide diagnostiko taldeengatik ordezkatzeta izan da.

Irizpide berri hauek, nortasun motaren ezaugarri patologikoak dakartzate alde batetik, eta , bestalde, nortasunaren eta pertsonarteko funtzionamenduaren narriaduren deskribapenak.

- **Nortasun Ezaugarriak**

Ezaugarriei buruz hasiera batean egindako kritikak negatiboak izan ziren. Autore askok kritikatu zuten. Beste batzuen artean, ezaugarriak ez liratekela soilik

norantza batean joan behar esaten zuten kritikek. Ezaugarriak bipolarrak izan beharko luketela proposatzen zuten (Costa eta McCrae 2010, Pilkonis et al. 2011).

2.9.6.2. 2011ko ekaineko birformulazioa

Guzti hau kontutan harturik, eta landa-ikerketen bitartez atera diren ondorioak kontutan harturik, nortasun nahasteen lan taldeak birformulazio berri bat egin du. Sinplifikatu eta zuzenagoak egin dituzte diganostikoak.

Hasieran proposatu zuten eredua, nortasun nahaste espezifikoentzako irizpideek eta ezaugarri espezifikodun nortasun nahasteek ordezkatu dute.

Sei nortasun nahaste mota, (antisoziala, saiheskorra, borderline, narzizista, obsesibo-konpulsioa eta eskizotipikoa) funtzionamenduaren narriadura tipikoarekin eta nortasunaren ezaugarri patologikoekin (ezaugarri eremu bat edo gehiagokoak) osatzen dute. Ezaugarri espezifikodun nortasun nahastea nortasun funtzionamenduan narriadiua esanguratsuagatik, (funtzionamendu mailekin neurtuta) eta ezaugarri edo fazeta patologiko bat edo gehiagorekin definitua dago.

Ezaugarri espezifikodun nortasun nahasteak, espezifikaturik gabeko nortasun nahasteak ordezkatzeko dituzte.

Nortasunaren funtzionamendu mailak norberaren eta pertsonarteko funtzionamendu larritasunean oinarriturik daude.

Norberaren funtzionamendu gabeziak identitate eta auto-norabidean oinarriturik daude. Pertsonarteko gabeziak, enpatia eta intimitate gaitasunen asalduretan. Ezaugarriak eta eremuak ere berriro berdefinitu dituzte (APA 2012).

Nortasun ezaugarrien bost eremu nagusi sailkatzen dira (afektibotasun negatiboa, atxikitasunik eza, antagonismoa, desinibizioa/konpulsioa eta psikotizismoa) eta ezaugarriak ere (adbd: inpultsibitatea eta perfekzionismo zorrotza).

- **Aplikazio klinikoa eta erabilgarritasuna**

DSM5 eko nortasun dominioak paziente guztien nortasunaren ezaugarriak deskribatu nahi ditu, nortasun nahastea izanda eta ez izanda ere.

Sistema hau erabilgarritasun malgu eta klinikoa hobetzeko sortua izan da. Modu honetan, klinikoki garrantzitsuak diren nortasun nahasteen diagnostikoa eta ezaugarri espezifikodun nortasun nahasteen diagnostikoa errazten du. Ezaugarri espezifikodun nortasun nahastea, sei nortasun nahaste espezifikoetatik bat ere ez betetzen ez duten pazienteentzat da. Birformulazio berri honek, nortasun funtzionamenduaren, ezaugarri patologikoen eta profilen deskribapenaren heterogeneotasuna hobetzen du ere.

- **Inplementatzeko gida**

DSM 5-aren bitartez Nortasunaren patologia ebaluatzeko prozedura honako hau izan liteke:

1. Ba al dago narriadurarik nortasunaren funtzionamenduan?
2. Horrela balitz, zehaztu nortasunaren funtzionamendu eskalan narriadura maila: norberarekiko (identitatea edo auto-direkzioa) eta pertsonartekoa (enpatia edo intimitatea).
3. Definitzen diren sei nortasun motetatik baten bat al da?
4. Horrela bada, mota eta narriadura larritasuna erregistratu.
5. Horrela ez bada, nortasun nahaste ezaugarri espezifikorik ba al du?
6. Horrela bada, erregistratu espezifikaturiko nortasun nahastea, eta identifikatu eta aipatu izan ditzakeen ezaugarriak eta hauen narriadura larritasuna erregistratu ere.
7. Nortasun nahaste bat badago, eta, nortasun perfil bat aurkitu bada, kasua kontzeptualizatzea eta ezaugarri eremuak ebaluatzea lagungarria liteke.
8. Ez badauka nortasun nahaste espezifiko bat ere ez, eta ez badauka ezaugarri espezifikodun nortasun nahasterik, ebaluatu ezaugarriak eta eremua, kasua azaltzeko baliagarriak baldin badira.

- **Nortasun Nahasteentzako irizpide orokorrak:**

Nortasun nahaste batentzako irizpide nagusiak nortasunaren funtzionamendu narriadura (norberarekiko eta besteekiko) , eta nortasunaren ezaugarri patologikoak izango lirateke. Nortasun Nahaste bat diagnostikatzeko hurrengo irizpideak bete behar dira:

- A. Norberarengan (identitatean edo norberarekiko norabidean) eta pertsonarteko (enpatia edo intimitatea) funtzionamenduan narriadura izatea.
- B. Nortasunaren ezaugarri patologiko bat edo gehiago egotea.
- C. Nortasunaren funtzionamendu mailaren narriadura eta ezaugarriak nahiko egonkorak dira denboran eta egoeretan zehar.
- D. Nortasunaren funtzionamendu mailaren narriadura eta ezaugarriak ez daude pertsonaren garapen-aro edo aldagai sozio-kulturalen menpe.
- E. Nortasunaren funtzionamendu mailaren narriadura eta ezaugarriak ez dira sustantzia baten efektu fisiologikoen ondorio (adbd, droga edo farmako bat) ezta, gaixotasun mediku baten ondorio (adbd.: buruko traumatismo larri bat).

Laburbilduz:

Laburbilduz, egin diren aldaketak horrela utzi dute DSM 5-a (Maruottolo 2011):

- Nortasun nahasteen larritasunaren eskala eta nortasunaren funtzionamendu mailak.
- 5 eremu, eta hauen barnean 25 nortasun nahaste ezaugarri patologiko.
- Nortasun nahastei buruzko definizio berria.
- Sei nortasun nahaste mota eta ezaugarri espezifikodun nortasun nahasteak.

2.9.6.3. NIMH-ren jarrera eta 2013ko maiatzean APA-k kongresurako egindako proposamena.

Lehen aipatu bezala, ikerketa hau, 2010ean DSM5-eko nortasun nahasteen inguruko datuekin egindako aurrerapenekin egin zen.

Duela gutxi, hala ere, DSM 5aren irizpide hauek praktika klinikoan izan dezaketen egokitzapenarekiko kritika garrantzitsuak agertu dira. DSM5-eko San Frantziskoko kongresua baino egun batzuk lehenago, Thomas R. Insel, (NIMH-ko zuzendariak) kritika batzuk komentatu zituen *“Psychology today”* aldizkarian. Laburpen bat eginez, mundu guztian ikerketarako laguntza gehien ematen dituen erakunde iparamerikar batek esan zuen DSM 5arekin harremandutako proposamenak bekatzeari utziko diola, ez dituelako fidagarritzat hartzen.

Bestalde, David Kupfer, APAko presidentea, 2013ko maiatzak 3an APA-ko *“Psychiatric news”* aldizkarian, DSMak klinikoentzako eskuliburu bat eskeintzen duela esaten du, zeinak pazientearentzako arreta hobea eskeintzen duen, eta gaur egun nahasteak sailkatzeko sistemarik sendoa dela esaten du. Horrela, Insel-en kritikei erantzuten zien, eta honek, DSM-a sailkapen diagnostiko fidagarri baina ez baliagarriak erabiltzen dituela esaten du. Honen arrazoia, diagnostikoa konsensuan oinarrituta dagoela baina ez laborategiko neurri objektiboetan, medikuntzako beste diagnostiko batzuekin egiten den bezala.

Kupfer-ek onartzen du, RESEARCH DOMAIN CRITERIA (Rdoc)-en arabera, osasun mentalaren Istitutu Nazionalaren esfortzuak ezinbestekoak direla gaixotasun mentalen garapen jarraitako. Hala ere, Insel-en markagailu biologiko eta genetikoei buruzko ikuspuntuak *“tamalez hurrun”* eta *“ ez digutela orain eta hemen balio”* esaten du. Soilik pazienteari etorkizun handiko zerbait etorriko dela esan diezaiokeela. *“Psikiatreek, egunero sufritzen ari diren pazienteei erantzuna eman behar die. Gure pazienteek honetarako eskubidea daukate.”*

Isel doktoreak esaten du “Research Domain Criteria RdoC.” Proiektu federalak NIMHri ikerketa DSMaren kategorietatik kanpo berbideratzen utziko diola. Bere

komentarioak zurrumbiloak zabaldu ditu osasun mentalaren komunitatean. Isel doktoreak esaten du bere motibazioa ez dela DSM tresna kliniko bezala gutxieste, baizik eta ikertzaileak eta ikuskatzaileak bere agentziako ikerketa eskaeretara animatzea, nahaste hauen oinarri biologikoak ikertu ondoren, DSMaren kategoriei bultzada bat emateko.

Bestalde, Escobar irakasleak maiatzaren erdialdean aurreratu zigun, EEBBetan maiatzean ospatuko zen DSM5aren sailkapen berrian ez zirela nortasun nahasteak sartuko II. Sailean, baizik eta III. sailean “eredu alternatibo” bezala. Bertan ikerketa gehiago beharko duten entitateak sartuko dira, araztu baino lehen, eta II. sailean onartu baino lehen.

Guzti honengatik, gure gaur egungo ikerketek proiektuan parte hartzen jarraituko dute.

3. TESIAREN HELBURU ETA HIPOTESIAK

3.1. Helburuak

1. DSM5eko Nortasun Nahastetarako sortutako tresna eta eskalak euskarara itzuli.
2. Itzultako tresna hauen erabilgarritasun eta ulergarritasuna frogatu bai gaixoengan eta bai ebaluatzaileengan ere.
3. Tresna berrien eta DSM5eko eskalen eduki baliozkotasuna neurtu, lehenengo elkarrizketa baten eta hilabete bat beranduago, beste baten bitartez (fidagarritasun intra-ebaluatzailea) , Euskal Herrian hartutako lagin batean.
4. DSM IV ko nortasun nahaste diagnostikoak, DSM 5 ekoekin konparatu.

3.2. Hipotesiak:

1. Euskarara itzultako DSM5eko tresnek, jatorrizko tresnen esanahi berdina daukate.
2. Tresna berri hauek ulermen eta erabilgarritasun erraza izango dute ebaluatzaileentzat.
3. Tresna berri hauek ulermen eta erabilgarritasun erraza izango dute gaixoentzat.
4. Tresna hauek nortasun nahasteentzako eduki baliozkotasuna izango dute.
 - 4.1. Nortasunaren funtzionamendu larritasunaren 5 mailek, nortasun nahasteen funtzionamenduaren defizitak neurtzen dituzte.
 - 4.2. 5 Nortasun nahaste motek, nortasun nahasteak modu egokian definitzen dituzte.
 - 4.3. Nortasun ezaugarrien 6 eremuek eta 4-10 azpi-eremuek, guztira 37 fazeta espezifiko egiten dituztenek, argi eta garbi definitzen dituzte nortasun ezaugarriak.
5. Zeharkako neurketra tresnek eduki baliozkotasuna izango dute.
6. Ezaugarriak eta nortasun nahaste motak gutxi aldatzen dira lehenengo elkarrizketatik, hilabete bat beranduago egindako elkarrizketara.
7. DSM 5eko tresnak, DSM IVkoak baino zehatzagoak dira, eta horrela, diagnostikoen solapamendua jaitsi egingo da.

4. MATERIALA ETA METODOAK

4.1. Gaixoak: Laginaren diseinu eta selekzioa

a. DATUEN BILKETA

Datu bilketa, Euskal Herriko instituzio desberdinetan egin zen. Santurtziko (Hospital de San Juan de Dios) hospital psikiatriko esparruan, AMSAren Indautxuko eta Elkanoko Eguneko Zentroetan, Basurtoko Hospital Psikiatrikoan, Gernikako Osasun Mental Zentruan, Bermeoko Osasun Mental Zentruan, Donostiako Bitarte drogomenpekotasun osasun zentrua eta Irungo Bitarte drogomenpekotasun osasun zentruan.

APAK DSM 5eko irizpideen balidazioan 25 pazientedun lagina gomendatzen zuten landa-ikerketak hau egiteko. Guk, 32 pazientedun lagin bat lortu genuen.

Sartzeko irizpideak:

- DSM IV-an Nortasun Nahaste bezala diagnostikatuak egon behar dute.
- 18 urte baino nagusiagoak izan behar dute.
- Euskaldunak izan behar dute, hau da, euskeraz irakurtzen eta idazten jakin behar dute.

Kanpoan uzteko irizpideak:

- Atzerapen mentala duten pazienteak.
- Gaixotasun neurologikoren bat duten pazienteak, hala nola, epilepsia, parkinsona, iskemia zerebrala, tumorea...

4.2. Tresnak

Erabilitako tresnak honakoak izan ziren:

- Datu soziodemografikoak biltzeko tresna.
- Zeharkako neurketako galdesorta.
- DSM 5-eko formulazioaren nortasunaren ebaluazio formatuak.
- Elkarriketatzailerari egindako galderak.
- Pazienteek sinaturiko baimenak.

b. ALDAGAIK

DSM IV-ko diagnostikoa

Datu soziodemografikoak:

- Adina: urteetan.
- Egoera zibila: ezkongabea, ezkondua, banandua/dibortziatua edo alarguna.
- Seme-alaba kopurua: Zenbakitan.
- Neba-arreba kopurua: Zenbakitan.
- Elkarbizitzea: mota eta bizi diren pertsona kopurua:
 - Mota: bakarrik, gurasoekin, seme-alabekin, ezkonlagunarekin, familia-kideekin, egoitz/ pisu babestu edo pentsio batean.
 - Pertsona kopurua: Zenbakitan.
- Maila sozioekonomikoa: Altua, baxua edo ertaina.
- Ikasketa maila: analfabetoa, ikasketarik gabekoa(idatzi eta irakurtzen du), hezkuntza berezia, lehenengo hezkuntza, oinarrizko batxillerra, heziketa profesionala edo Unibertsitate ikasketak.
- Inzidentzia legalak: Bai edo ez.
- Lan egoera: lanean, 1.lana bilatzen, langabetua, ikaslea, jubilatua/ pentsionista, etxeko lanak edo ez aktibo.
- Lan esperientzia: Bai edo ez.
- Minusbalia: Bai edo ez.

- Jaioterria: Herriaren araberakoa.

Zeharkako neurketako galdesortan:

- Depresioa.
- Amorrua.
- Antsietatea.
- Buru-Hilketa arriskua.
- Psikosia.
- Psikosiaren larritasuna.
 - Haluzinazioak.
 - Eldarnioak.
 - Desantolamendua.
 - Ezohiko jokabide psikomotorra.
 - Emozio adierazpen murriztua.
 - Abulia.
 - Narriadura Kognitiboa.
 - Depresioa.
 - Mania.
- Substantzien erabilera.
- Loaren Nahastea.
- Narriadura konginitiboa.
- Mugak jardueretan.

DSM-ko Nortasunaren Ebaluazio Formatuen bidez:

- Nortasun nahaste mota.
 - Antisoziala.
 - Saiheskorra.
 - Borderlinea.
 - Obsesibo-konpulsiboa.
 - Eskizotipikoa.
 - Narzisista.

- Nortasunaren funtzionamendu maila.
 - Kalterik edo narriadurarik gabe.
 - Kalte edo narriadura txikia.
 - Kalte edo narriadura moderatua.
 - Kalte edo narriadura larria.
 - Muturreko kaltea edo narriadura.

- Nortasun Nahasterako irizpide orokorrak.
- Ezaugarri eta tipo neurketak.
 - Emozionalitate Negatibo eremua.
 - Labiltasun emozionala.
 - Antsietatea.
 - Menpekotasuna.
 - Segurtasunik eza banaketan.
 - Ezkortasuna.
 - Autoestima baxua.
 - Errua/lotsa.
 - Autolesioak.
 - Depresibotasuna.
 - Mesfidantza.
 - Barnerakoitasunaren eremua.
 - Isolamendu sozialean.
 - Indiferentzia soziala.
 - Intimitate saihestea.
 - Afektibotasun mugatua.
 - Anhedonia.
 - Desinhibizioaren eremua.
 - Inpultsibitatea.
 - Distrakzioa.
 - Ausarkeria.
 - Arduragabekeria.
 - Konpultsibitate eremua.

- Perfekzionismoa.
- Pertseberantzia.
- Zurruntasunean.
- Ordena.
- Arriskuei beldurra.
- Eskizotipia eremua.
 - Ez-ohiko pertzepzioak.
 - Ez-ohiko sinismenak.
 - Exzentrizitatea.
 - Desregulazio kognitiboa.
 - Disoziaziorako joera.
- Aurkakotasun eremua.
 - Manipulazioa.
 - Engainua.
 - Handikeria/ Nartzisismoa.
 - Besteen arreta bilaketa.
 - Gogortasuna.
 - Etsaikeria.
 - Agresioa/etsaikeria.
 - Negatibismoa.
- Tresnak aplikatzeko denbora.

4.3. Metotodologia

4.3.1. Tresnen itzulpenerako.

APA (American Psychological Association)ko DSM 5eko lan taldeak erraztu zizkigun ikerketa honetarako neurketa tresnak. Zeharkako neurketako tresnak ere erraztu zizkigun, pazienteen sintomatologia neurtzeko.

Tresna guzti hauek ingelesez zeuden eta guk, euskerara itzultzeko berharra ikusi genuen, hizkuntza oso garrantzitsua baita ikerketa klinikoak egiterako orduan.

Galdesortak erantzuterako orduan, garrantzitsua da galderek esanahi berdina dutela ziurtatzea. Horregatik, itzulpen kalitatea garrantzitsua da. Gadesorta, tresna eta eskalen itzulpenek, originalen ñabardurak islatu behar dituzte. Galderak ez balira zehazki berdinak, erantzunak ezin izango lirateke amankomunean ipini, eta ikerketen datuak ez lirateke baliagarriak izango. Guzti honengatik, back-translation metodoa, kalitatezko itzulpenak lortzeko metodologia da (Andriesen, 2008).

Guk ere, tresna originalak euskaratzeko, “*Back Translation*” metodoa erabili genuen. Metodo hau, aurretik egindako itzulpen bat, jatorrizko hizkuntzara berriro itzultzean datza (azkenengo itzulpen hau beste itzultzaile desberdin batek egiten du). Ondoren, hirugarren ebaluatzaile batek, jatorrizko testua, berriro itzultitako testuarekin konparatzen du, esanahi berdina dutela egiaztatzeko.

Horrela, itzulpenean zehar gertatzen diren akatsak hauteman daitezke. Itzulpenak metodologia hau erabili gabe egiten badira, askotan, hitz batzuk literalki itzuli daitezke, eta hitzen anbiguitasuna dela eta, itzulpen desegokiak egin daitezke. Bestalde, modu okerrean egiten diren itzulpenetan gertatu daiteke, testuaren esanahi zehatza galtzea. Kultura testuen esanahiarengan eragina izan dezakeen beste faktore bat da ere, horregatik, metodo hau oso erabilgarria da kalitatezko itzulpenak lortzeko.

Beraz, *Back translation*-aren bitartez, itzulpen zehatzagoak lor ditzakegu, eta, ikerketaren fidagarritasuna eta baliagarritasuna hobetzen da.

Ondorengo lerroetan, DSM 5eko nortasun nahasteak neurtzeko tresnak itzultzeko emandako urratsak agertzen dira.

Hasteko, euskal filologa baten laguntzaz, (hirueleduna: ingelesa, euskara, gazteliana), tresnak, ingelesetik euskerara itzuli genituen.

Ondoren, beste hirueledun (ingeleza, euskara, gazteliana) desberdin batek, euskeratik ingelesera itzuli zituen tresnak. Bigarren itzultzaile honek ez zituen jatorrizko ingelesezko tresnak ezagutzen.

Hurrengo urratsa, hirugarren ebaluatzaile hirueledunak (ingeleza, euskara, gazteliana), jatorrizko ingelesezko tresnak, ingelesera egindako bigarren itzulpenarekin konparatzea izan zen, esanahia berdina zela baieztatzeko.

Amaitzeko, klinikan aditua den norteamarrikar batek jatorrizko textua berriro ingelesera itzulitakoarekin konparatu zituen, terminologian eta esanahietan akatsik ez zegoela baieztatzeko.

Modu honetan, euskeraz sorturiko tresnek zuten baliagarritasuna baieztatu genuen.

Itzulpen prozesuan zehar, hainbat akats detektatu genituen, eta hainbat aldaketa proposatu ziren baita ere, ebaluatzaile guztien partetik. Hasteko, ingelesetik euskarara itzulpenak egiterakoan, hainbat hitz literalki itzuli genituela konturatu ginen, eta modu hontan esanahia aldatzen zela konturatu ginen. Horregatik, hitz batzuk aldatu egin genituen, ingelesezko tresnen esanahi berdina izan zezaten.

Horretarako, hainbat hitz aldatu behar izan genituen. Adibidez, *“feeling on edge”* espresioa, *“Urduritasun handiko sentimendua”*-gatik aldatu behar izan genuen. Berdina gertatu zen beste espresio batzuekin, euskerara itzultzean, inolako esanahirik ez zeukatelako. Bestalde, pazienteek uler zitzaten tresnak izan zitezten aldaketa batzuk egin behar izan genituen ere. Hitz batzuk konplexuegiak (hitz berriegiak, kalean erabiltzen ez diren hitzak...) zirelako pazienteen ulermenerako.

Tresna bakoitzean egindako aldaketak.

DSM-ko nortasunaren ebaluazio formatuak.

Orokorrean, bai nortasunaren funtzionamendu mailak eta bai ereduari egokituriko profila puntuatzeko itemak sortzean, ingelesez baino hitz gehiago erabili behar izan

genituen, jatorrizko ebaluazio formatuetan esaten zuena zehazki erreflexatzeko. Hau da, ingelesez hitz baten bitartez esan daitekeena, euskaraz, hitz gehiagotan esan behar da, ez baitago hainbat terminorentzako definiziorako hitz zehatzik.

Adibidez, *“Impairment”* hitzaren itzulpenerako hitz bat baino gehiago erabili behar izan genuen, ebaluatzaileak neurtu nahi duena kontutan izateko. Konkrétuki *“kaltea eta narriadura”* hitzak erabili genituen.

Zeharkako Neurketa Tresnak

Depresioari buruzko galdesorta laburrean, euskarazko terminoen bilaketa zabala egin behar izan genuen, bestela item guztiek antzekotasun handiegia zeukaten euren artean. Berdina gertatu zen amorruari eta antsietateari buruzko galdesorta laburrean.

Substantzien erabileraren ebaluazio galdesortan, botiken abusuari buruz galdetuzenean, jatorrizko galdesortan hainbat analgesiko aipatzen ditu. Botika horiek ez dira Euskal Autonomia Erkidegoan ezagunak, beraz, item horiek pazienteak ulertu zitezkeen item batzuetara moldatu behar izan genituen.

Drogen kontsumoari buruz galdetuzean, berriz, ez genuen arazo berdina izan, *“marihuana, kokaina, crack, LSD, heroina eta metanfetamina”* terminoak pazienteengatik ezagunak baitira. Arnastekoak edo disolbatzaileak (kola bezalakoak) hartzen dituzten galdetzen genienean, pazienteek harridura adierazten zuten, hemen ez baitago hain zabaldurik droga modu horretan kontsumitzea elkarrizketatu genituen pertsonen inguruneetan. Beste inguru batzuetan, ordea, hala nola, hainbat kanpotarren artean, zabalduta dago kontsumo mota hau.

WHODAS *“mugak jardueretan”* galdesortari dagokionez, jarduera sozialei erreferentzia egitean hainbat item aldatu genituen, ez baitira berdinak Euskal Autonomia Erkidegoan eta EEBBn egiten diren jarduera sozialak.

Galdesortan agertzen den beste termino bat *“milla”* da, hau kilometrotara itzuli genuen, hau bait da normalean ibilitako distantzietan buruz hitzegiteko

erabiltzen den neurketa modua.

Itzulpen metodologia honen bitartez, eta pazienteen hiztegi maila kontutan hartuz, pazienteentzat ulergarriak izan ziren galdesortak sortzea lortu genuen.

Itzulpen guzti hauek egiteko, *UZEI* psikologia hiztegia, *Morris Student Plus google traductor*, *Elhuyar eta zehazki* hiztegi birtualen eta Oxford ingelesa-gaztelera hiztegiaren laguntza erabili genuen batez ere.

4.3.2. Tresnak aplikatzeko metodologia

Tresnen aplikaziorako test-retest metodologia erabili zen. Test-retest metodologiaren bitartez, pazienteek bi aldiz erantzuten diote test berdinari, bi test-en artean denbora. Bi momentu horietan ateratako emaitzen arteko korrelazioa egiten da, eta korrelazioa altua ateratzen bada, subjektuak bi aldietan modu berdinean edo antzekoan ordenatu izan direla esan nahi du (Morales, 2007).

Gure kasuan, metodologia hori erabiliz, lehenengo elkarrizketa bat, eta beste bat hilabete bat beranduago egin ziren, irizpide hauen fidagarritasuna neurtzeko (Campo-Arias, Herazo, 2010).

Laginarekin tamainari dagokionez, APAk DSM 5-eko irizpideen balidazioan 25 pazientedun lagina gomendatu zuen, guk, 32 pazientedun lagin bat aukeratu genuen. Hauetatik 32-ri lehenengo elkarrizketa, eta 27-ri bigarrena egin zitzaizkiolarik. 5 paziente galdu genituen beraz. Honen arrazoi nagusia, patologia honen larritasuna da. Paziente hauek edozein jarduera eusteko zailtasunak bait dituzte.

Elkarrizketa hauek, DSM 5eko irizpide berriengan entrenaturiko profesional batek egin zituen. Hauek, pazienteek tratamendua jasotzen zituzten zentroetan egin ziren, eta pazienteek modu bolondresean parte hartu zuten ikerketan, eta, beraien psikiatra/psikologoengatik informatuak izan ziren.

Elkarrizketa hauetan, hasteko, informazio baimen bat sinatu behar zuten.

Ondoren, galdesorta autoaplikatu bat erantzun behar zuten.

Amaitzeko, elkarrizketatzaileak, DSM5eko irizpideak betetzen zituen aztertzen zuen, elkarrizketa bat eginez.

Jarduera amaitu baino lehen, pazienteari hitz egiteko beharra bazuen, beharrezko espazioa ematen zitzaion, hizketaldi hauetan zehar, gai pertsonal asko ateratzen bait ziren, eta askotan, pazienteak hainbat gairi buruz hitzegiteko beharrezkin agertzen bait zen.

Lehenengo solasaldiarekin amaitu ondoren, hurrengo hilabeterako hitzordua antolatu egiten zuten. Hizketaldia amaitu ondoren, elkarrizketatzaileak, DSM IVko irizpideak betetzen aztertzen zuen. Ondoren, DSM 5 eko zein irizpide betetzen zituen aztertzen zuen, eta, beharrezko eranskinak betetzen zituen.

4.3.3. Analisi estatistikoak egiteko metodologia

Galdesortetan eta elkarrizketetan lortutako datuak kodifikatu egin ziren eta SPSS (Statistical package for Social Sciences)-eko eta EXCEL XLSTAT datu baseetan sartu ziren. Analisi estatistiko guztiak egiteko, eta lortutako analisien interpretazioak egiteko, estatistiko baten laguntza izan genuen.

Alde batetik, DSM 5-eko lan taldeak gomendatzen zuen bezala, interesgarriak ziren datu guztien analisi deskribatzaileak egin ziren. Tresnak pasatzeko denboraren batzbestekoak, analisi deskribatzaileak, maiztasunak eta tendentzia orokorrak (batazbestekoak, desbiderazio estandarrek, moda eta medianak...).

Bestalde, DSM 5 eko lan taldearen aholkuak jarraituz, test-retest moduko kappa estatistikoak egin ziren, nortasun nahaste mota eta funtzionamendu maila dagokienez, bi elkarrizketen arteko harremanak neurtzeko. Kappa koefizienteak ikerketa medikurako gomendagarriak diren korrelazio neurriak dira (Kraemer 2002).

Hala ere, gure fidagarritasun itxaropenak ez dira altuegiak izan behar, kontutan izan behar bait da, beste diagnostiko mediku batzuetan, kappa altuagoak lortzea normalena bada ere, (edo baxuagoak, segun zein diagnostiko), DSM 5-eko nortasun nahasteen formulazioan, ez bait dira kappa koefiziente oso altuak espero. 0,8 baino altuagoa den kappa ia mirari bat izango liteke, eta 0,6-0,8 artekoa ospakizun kausa izango litzateke. 0,4-0,6 artekoa onargarria izango litzatekeen bitartean. (Kraemer H. et al. 2012).

Amaitzeko, Wilcoxon-en froga bilateralak egin genituen ezaugarri eta eremuekin, bi laginen banaketa berdina den ala ez egiaztatzeko.

5. EMAITZAK

5.1. Aldagai soziodemografikoak

1.Taula: Laginaren banaketa

ALDAGAIK	EZAUGARRIAK	MAIZTASUNA	(%)
SEXUA	emakumezkoak	13	%40,6
	gizonezkoak	19	%59,4
ADINA	30 baino gehiago	23	%71,9
	30 edo gutxiago	9	%28,1
EGOERA ZIBILA	ezkongabea	23	%71,9
	ezkondua	5	%15,6
SEME-ALABAK	banandua/dibortziatua	4	%12,5
	Bai	7	%21,9
ELKARBIZITZE MOTA	Ez	25	%78,1
	Bakarrik	6	%18,8
MAILA SOZIOEKONOMIKOA	Elkarbizitzan	26	%81,2
	Altua	2	%6,3
	Ertaina	23	%71,8
IKASKETA MAILA	Baxua	7	%21,9
	Lehenengo hezkuntza edo oinarrizko batxillerra	21	%65,6
INZIDENTZIA LEGALAK	Heziketa profesionala edo Unibertsitate ikasketak	11	%34,4
	Bai	9	%28,1
LAN EGOERA	Ez	23	%71,9
	Lanean	16	%50,0
MINUSBALIA	Langabezian	12	%37,5
	Ikaslea	4	%12,5
DENAK	Bai	10	%31,2
	Ez	22	%68,8
		32	%100

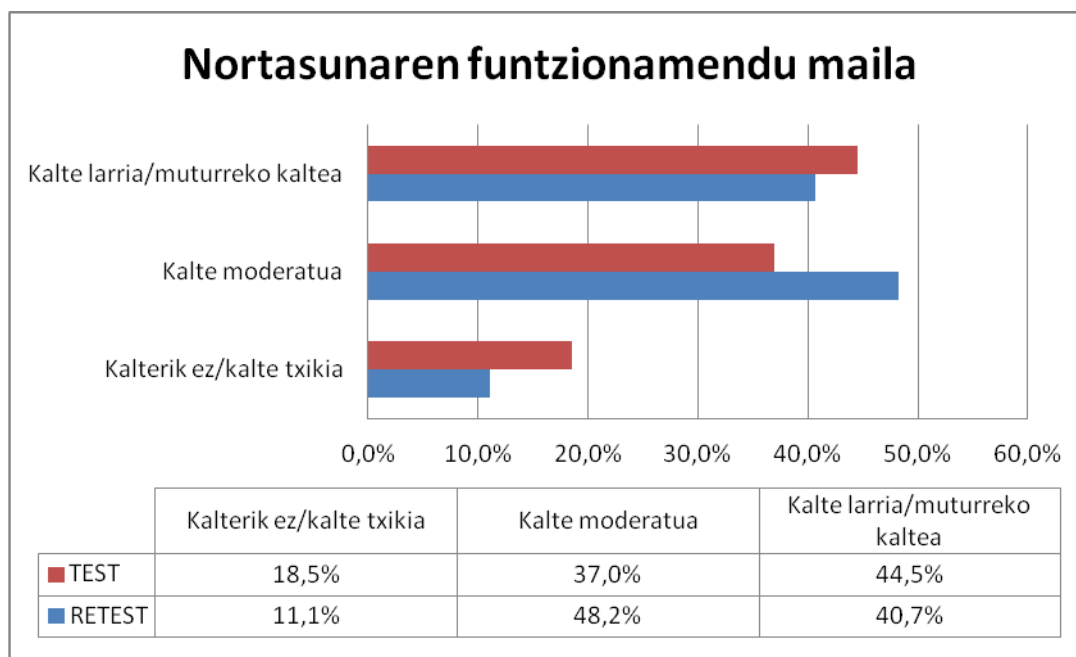
Lehenengo taulak, laginaren ezaugarri soziodemografikoak erakusten ditu. Laginaren gehiengoak gizonezkoak dira (%59,4). Adinari dagokionez, laginaren gehiengoak (%71,9) 30 urte baino gehiago dauzka, ezkongabeak dira (%71,9), eta ez dute seme-alabarik (%78,1). Paziente gehienak elkarbizitzan bizi dira (%81,2) eta maila sozioekonomiko ertaina daukate (%71,8).

Unibertsitate ikasketak edo heziketa profesionala (%34,4) batek egin du, eta laginaren (%50)-a lanean ari da gaur egun. Pazientearen gehiengoek ez daukate inzidentzia legalik (%71,9), ezta minusbaliarik ere ez (%68,8).

5.2. DSM-ko nortasunaren ebaluazioa

5.2.1. Nortasunaren funtzionamendu mailak

1. Grafikoa: Nortasunaren funtzionamendu maila, lehenengo eta bigarren elkarrizketetako maiztasunak.



Lehenengo grafikoan ikus daitekeenez, laginaren gehiengoak kalte larria/muturrekoa dauka. Hau (%44,5 eta%40,7) lehenengo eta bigarren elkarrizketetan ateratako portzentaiak erakusten dute hurrenez hurren.

5.2.2. Ereduari egokituriko profila

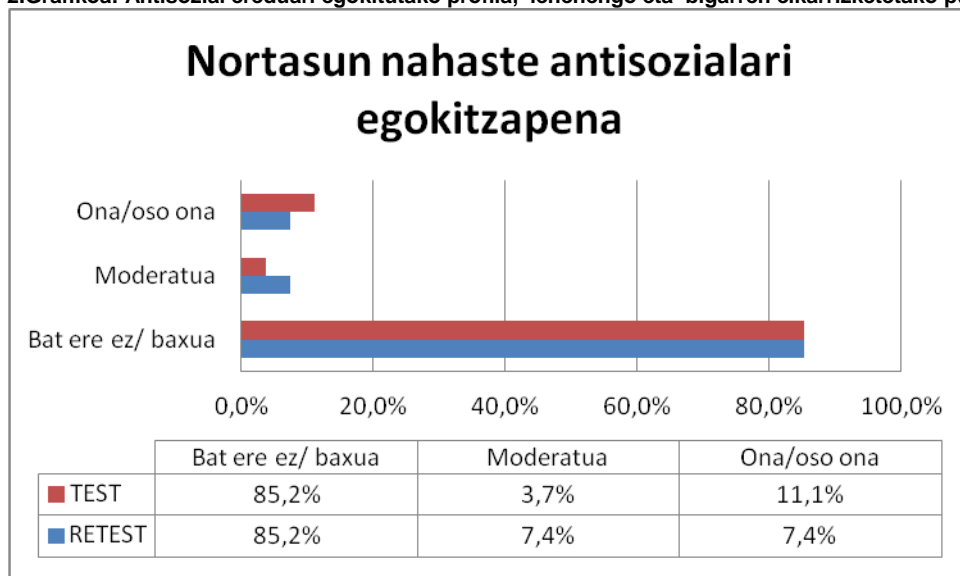
- **NORTASUN NAHASTE ANTISOZIALA**

2. Taula: Nortasun nahaste antisoziala.

Nortasun nahaste antisoziala	Aztetutako aldagaiak	Minimoa	Maximoa	Batazbestekoa	Desbiderazio tipikoa
Test	27	1,000	3,000	1,259	0,656
Retest	27	1,000	3,000	1,222	0,577

Bigarren taulak nortasun nahaste antisozial diagnostikoaren bi elkarrizketetan batazbeste 1,259 eta 1,222 puntuazioak atera dituztela azaltzen da. Bi kasuetan puntuazio maximoa (3=moderatuki) eta minimoa (1=bat ere ez) izan da.

2.Grafikoa: Antisozial ereduari egokitutako profila, lehenengo eta bigarren elkarrizketetako puntuazioak.



Bigarren grafiko honetan aztertu daitekeenez, bai lehenengo, eta bai bigarren elkarrizketan, nortasun nahaste antisozialari egokitzen zaizkion paziente gutxi egon dira. Lehenengo elkarrizketan deskribapen hau guztiz pazienteen (%11,1)-ak betetzen zuen, bigarrean, (% 7,4)-ak. Deskribapen honi gutxi edo bat ere ez hurbiltzen zaizkion pazienteak ditugu bi elkarrizketetan (%85,2).

3. Taula: Nortasun antisozialen profila, lehenengo elkarrizketatik bigarrenera eman diren aldaketak.

Nortasun antisozial profil mailak			MAIZTASUNA (%)	
(taldekatuta)				
Berdin mantendu			26	%96,3
Aldaketak	Igo (%)	%0	1	%3,7
	Jeitsi (%)	%3,7		
DENAK			27	% 100

Hirugarren taulan ikusten denez, ez da ia aldakortasunik egon lehenengo elkarrizketatik bigarrenera. Hau da, bi elkarrizketetan ia berdin puntuatu dute nortasun nahaste antisozialaren eskalan.

Lehenengo eta bigarren elkarrizketen arteko **kappa** koefizienteak **0,8** eman du, eta honek, **akordio ona, ia perfektua** adierazten du, hau da, sujetuen puntuazioak ia berdinak izan direla adierazten du.

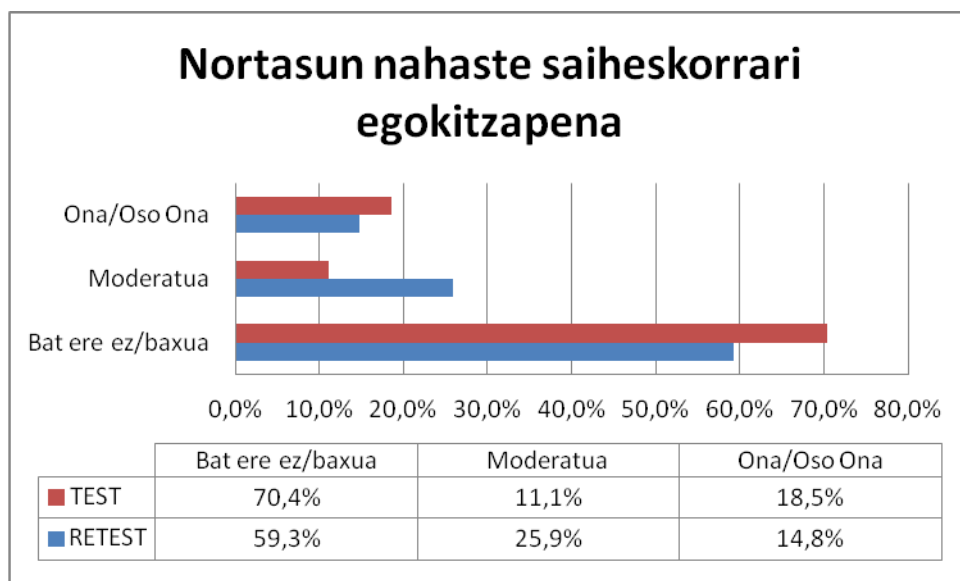
- **NORTASUN NAHASTE SAIHESKORRA**

4. Taula: Nortasun nahaste saiheskorra.

Nortasun nahaste saiheskorra	Aztetutako aldagaiak	Minimoa	Maximoa	Batazbestekoa	Desbiderazio tipikoa
Test	27	1,000	5,000	2,222	1,340
Retest	27	1,000	4,000	2,222	1,086

Laugarren taulan, bi elkarrizketetan batazbesteko puntuazioa 2,222koa izan dela ikusten da. Bi kasuetan puntuazio minimoa (1=bat ere ez) izan da eta maximoak (5 =oso ona) eta (4=ona) izan dira hurrenez hurren.

3. Grafikoa: Saiheskor ereduari egokitutako profila, lehenengo eta bigarren elkarrizketetako puntuazioak.



Hirugarren grafikoan ikus daitekeen bezala, bigarren elkarrizketan zertxobait altuago puntuatu da nortasun nahaste saiheskor profilean. Lehenengo elkarrizketan, deskribapen honi (%70,4) bat ere ez edo gutxi hurbiltzen zitzaizen bitartean, bigarren elkarrizketan, (%59,3)-era jeitsi egin da. Deskribapen moderatuari dagokionez berriz, (%11,1)-etik (%25,9)-era igo da.

5. Taula: Nortasun saiheskorraren profila, lehenengo elkarrizketatik bigarrenera eman diren aldaketak.

Nortasun saiheskor profil mailak			MAIZTASUNA (%)	
(taldekatuta)				
Berdin mantendu			21	%77,8
Aldaketak	Igo (%)	%14,80	6	%22,2
	Jeitsi (%)	%7,40		
DENAK			27	% 100

Bostgarren taula aztertuz, bi elkarrizketetan berdin mantendu diren portzentai altua agertzen da.

Bi elkarrizketen arteko **kappa koefizientea**, **0,6** izan da, eta honek, bi elkarrizketen arteko **akordio ona** erakusten du. Hau da, puntuazioak zertxobait aldatu badira ere, akordioa egoten jarraitzen du, hau da, bi elkarrizketetan antzeko puntuatu du.

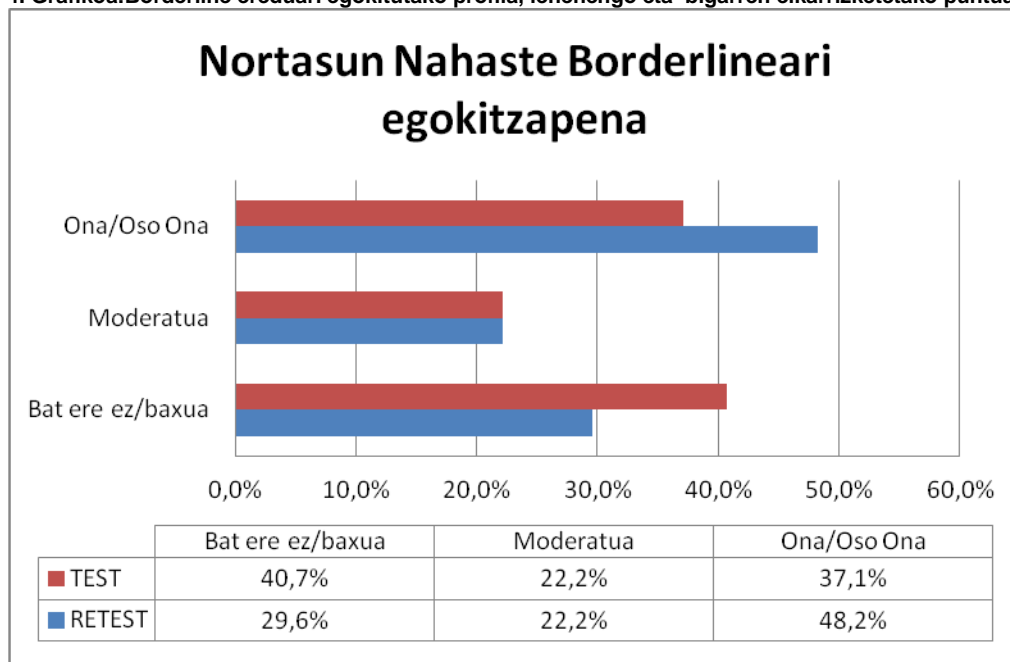
- **NORTASUN NAHASTE BORDERLINEA**

6. Taula: Nortasun nahaste borderlinea.

Nortasun nahaste Borderlinea	Aztetutako aldagaiak	Minimoa	Maximoa	Batazbestekoa	Desbiderazio tipikoa
Test	27	1,000	5,000	3,111	1,396
Retest	27	1,000	4,000	3,000	1,177

Borderline nortasun nahasteari dagokionez, batazbestekoak 3,111 eta 3 dira, eta maximoak (5=oso ona) lehenengo elkarrizketan eta (4=ona) bigarrean.

4. Grafikoa: Borderline ereduari egokitutako profila, lehenengo eta bigarren elkarrizketetako puntuazioak.



Laugarren grafikoan aztertu daitekeenez, Borderline Nortasun nahastearen egokitzapenari dagokionez, bigarren elkarrizketan puntuazio altuagoak atera dituzte orokorrean. Deskribapen ona/ oso ona-ri dagokionez adibidez, (%37,1)-etik (%48,2)-era igo da maiztasuna.

7. Taula: Nortasun borderlinearen profila, lehenengo elkarrizketatik bigarrenera eman diren aldaketak.

Nortasun borderline profil mailak (taldekatuta)			MAIZTASUNA (%)	
Berdin mantendu			18	%66,7
Aldaketak	Igo (%)	%25,9	9	%33,3
	Jeitsi (%)	%7,4		
DENAK			27	% 100

Zazpigarren taulan ikus dezakegu laginaren (%33,3)-ak lehenengo elkarrizketatik bigarrenera aldakortasunen bat jasan duela. Laginaren (%25,9)-ak altuago puntuatu du bigarren elkarrizketan. Laginaren (%66,7)-ak berriz, berdin mantendu du puntuazioa bi elkarrizketetan.

Bi elkarrizketen arteko **kappa koefizientea 0,5** da, eta honek bi elkarrizketen arteko **akordio moderatua** dagoela adierazten du.

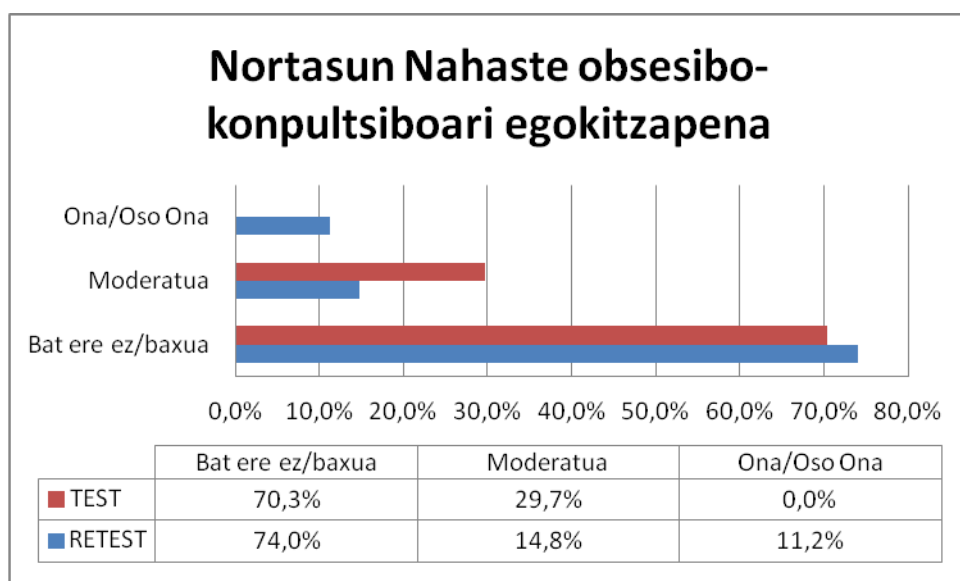
- **NORTASUN NAHASTE OBSESIBO-KONPULTSIBOA**

8. Taula: Nortasun nahaste obsesibo konpultsiboa.

Nortasun nahaste Obsesibo-kompultsiboa	Aztetutako aldagaiak	Minimoa	Maximoa	Batazbestekoa	Desbiderazio tipikoa
Test	27	1,000	3,000	1,852	0,864
Retest	27	1,000	4,000	2,000	1,000

Nortasun nahaste obsesibo konpultsiboaren kasuan, batazbestekoak (1,852) eta (2,000) izan dira bi elkarrizketetan, puntuazio maximoak (3=moderatua) eta (4=ona) izan dira.

5. Grafikoa: Eredu obsesibo konpultsiboari egokitutako profila, lehenengo eta bigarren elkarrizketetako puntuazioak.



Bostgarren grafikoan ikus daitekeenez, gutxi izan dira nortasun nahaste obsesibo konpultsibo profila guztiz betetzen zuten pazienteak. Paziente gehienek profil honen deskribapenera hurbilketa baxua edo bat ere ez zeukaten. Lehenengo elkarrizketan (%70,3)-ak eta bigarreanean (%74)-ak.

9. Taula: Nortasun obsesibo-kompultsiboaren profila, lehenengo elkarrizketatik bigarrenera eman diren aldaketak.

Nortasun obsesibo-kompultsibo profil mailak (taldekatuta)		MAIZTASUNA (%)	
Berdin mantendu		19	%70,4
Aldaketak	Igo (%)	8	%29,6
	Jeitsi (%)	8	
DENAK		27	% 100

Bostgarren grafikoak eta bederatzigarren taulak pazienteen (%70,4)-ak bi elkarrizketen artean aldakortasunik jasan ez duela erakusten dute. Hala ere, **0,3-ko kappa** koefizientea, **akordio baxua** dagoela adierazten duena ateratzen da.

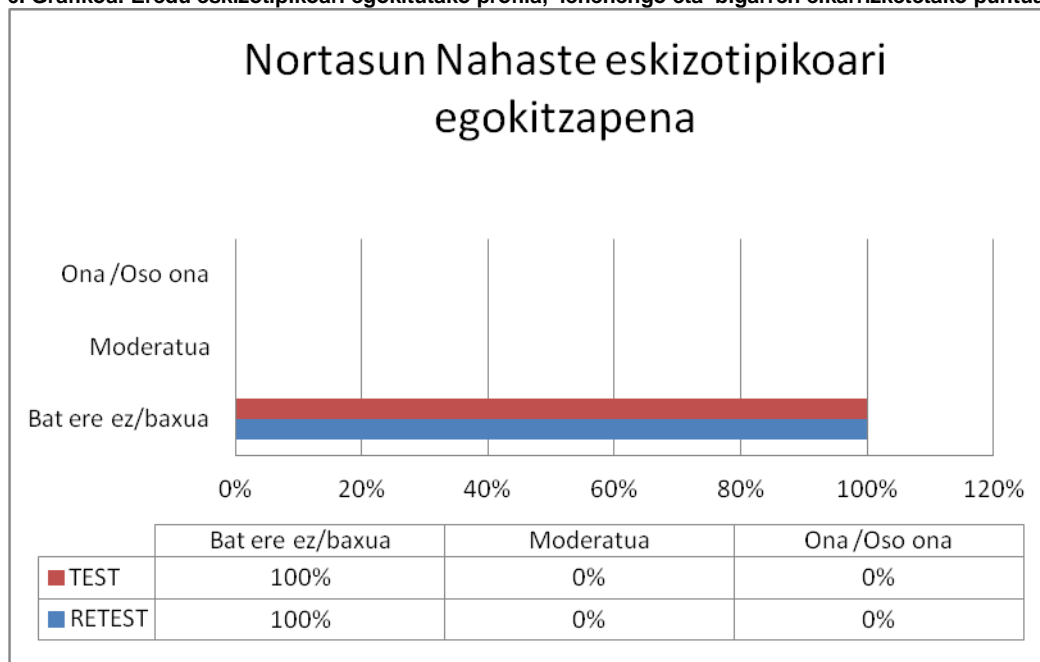
- **NORTASUN NAHASTE ESKIZOTIPIKOA**

10. Taula: Nortasun nahaste eskizotipikoa.

Nortasun nahaste Eskizotipikoa	Aztetutako aldagaiak	Minimoa	Maximoa	Batazbestekoa	Desbiderazio tipikoa
Test	27	1,000	2,000	1,074	0,267
Retest	27	1,000	1,000	1,000	0,000

Bi elkarrizketetan puntuazioen batazbestekoa (1=bat ere ez)-en inguruan ibili da, eta, puntuazio maximoena lehenengo elkarrizketan atera da (2=baxua)-ko puntuazioarekin.

6. Grafikoa: Eredu eskizotipikoari egokitutako profila, lehenengo eta bigarren elkarrizketetako puntuazioak.



Seigarren grafikoan ikus daitekeenez, nortasun nahaste eskizotipikoari egokitzen zaien pazienterik ez dago. Bai lehenengo elkarrizketan eta bai bigarrean ere, ez zen agertzen profil honetara moderatuki edo ondo/ oso ondo hurbiltzen zen pazienterik (%0).

11. Taula: Nortasun eskizotipikoaren profila, lehenengo elkarrizketatik bigarrenera eman diren aldaketak.

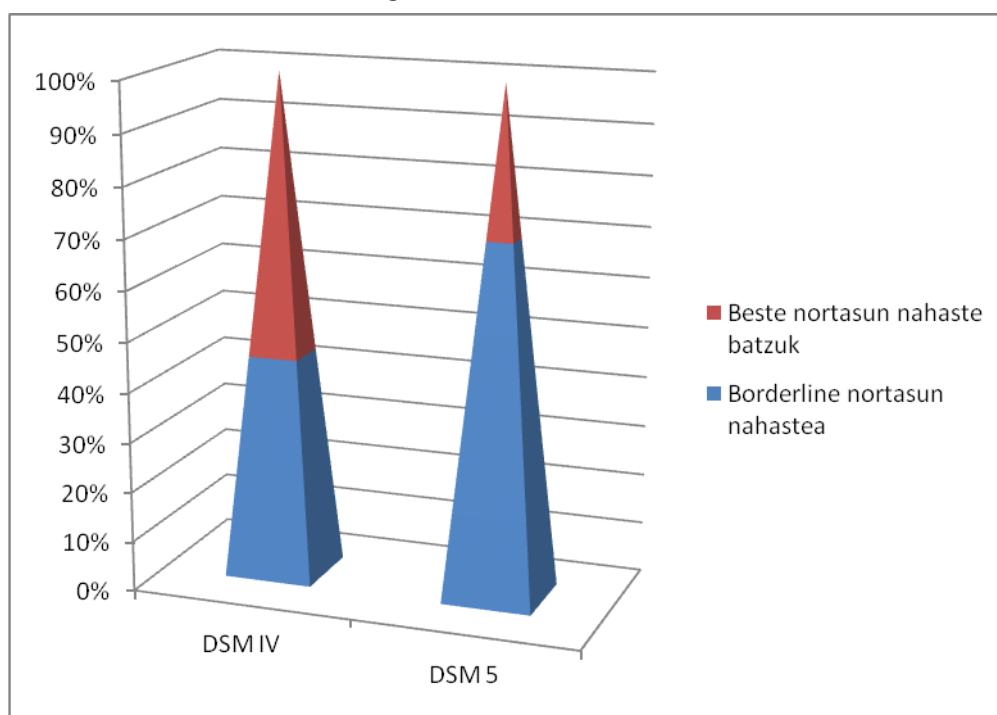
Nortasunaren eskizotipiko profil mailak (taldekatuta)			MAIZTASUNA	(%)
Berdin mantendu			25	%92,6
Aldaketak	Igo (%)	%0,0	2	%7,4
	Jeitsi (%)	%7,4		
DENAK			27	%100

Hamaikagarren taulak ia paziente guztiak puntuazio berdinean mantendu direla erakusten du (%92,6). Pazienteen (% 7,4)-ak bariazio txiki bat jasan du, deskribapen baxutik, inolako deskribapenera pasatu direlarik.

Kappa koefizienteari dagokionez, kasu honetan **0 puntuazioa** eman du, profil honetako pazienterik ez baita agertu, akaso soilik deskribapenera oso modu baxuan hurbiltzen zitzaion pazienteren bat.

5.2.3. DSM IV eta DSM 5-eko diagnostikoak

7.Grafikoa: DSM IV eta DSM 5-eko diagnostikoak.



Zazpigarren grafikoan aztertu daitekeenez, DSM IV-eko diagnostikoarekin neurtu ziren paziente gehienak nortasun nahaste borderlineak izan ziren.

DSM 5-ean, nahiz eta kategoriazko diagnostiko bat ez egin, pazienteek zein nortasun nahaste motetan altuago puntuatzen zuten kontutan hartu egin zen, DSM IV-koekin konparatzeko.

Kasu honetan ere, gehienek borderline nortasun nahastean altuago puntuatu zuten. Beraz, DSM IV-ean nortasun nahaste borderlinea zuten paziente gehienek, DSM5 ean ere nortasun nahaste borderlinean puntuazio altuagoak izan zituzten. Gainera, DSM IV-ean beste diagnostiko batzuk zituzten pazienteek, DSM5 ean nortasun nahaste borderlinean altu puntuatzen zuten.

5.2.4. Eremuen neurketa: pazienteen nortasuna erabat deskribatzen duten eremuak

12. Taula: Erabat deskribaturiko eremuak, lehenengo elkarrizketatik bigarrenera eman diren aldaketak.

ERABAT DESKRIBATURIKO EREMUAK	BERDIN MANTENDU		ALDATU	
	Maiztasuna	(%)	Maiztasuna	(%)
AURKAKOTASUNA	14	%51,9	13	%48,1
DESINHIBIZIOA	21	%77,8	6	%22,2
EMOZIONALITATE NEGATIBOA	24	%88,9	3	%11,1
BARNERAKOITASUNA	20	%74,1	7	%25,9
ESKIZOTIPIA	26	%96,3	1	%3,7
KONPULTSIBITATE	24	%88,9	3	%11,1

Hamabigarren taula honetan ikusten den bezala, laginaren gehiengoa, antzeko ebaluatu da lehenengo eta bigarren elkarrizketetan, erabat deskribaturiko eremuei dagokienez.

Aurkakotasunaren kasuan, bi elkarrizketeen arteko desberdintasun nabarmena egon bada ere (%48,1). Beste eremuen kasuan, ez dira aldaketa gehiegi eman lehenengo elkarrizketako puntuazioetatik bigarrentekotara. Aldaketa portzentaiak nahiko baxuak izan dira, (Desinibizioa %22,2, Emozionalitate negatiboa %11,1, Barnerakoitasuna %25,9, Eskizotipia %3,7 eta Konpultsibitatea %11,1).

13. Taula: Wilcoxon froga/ Froga bilateralak:

ERABAT	V	Esperanza	Varianza	p-valor	alfa
DESKRIBATURIKO			(V)	(bilateral)	
EREMUAK					
AURKAKOTASUNA	21,000	45,500	159,250	0,057	0,05
DESINIBIZIO	10,500	10,500	18,375	1,000	0,05
EZAUGARRIAK					
EMOZIONALITATE	4,000	3,000	3,000	0,773	0,05
NEGATIBOA					
BARNERAKOITASUNA	12,000	14,000	28,000	0,777	0,05
ESKIZOTIPIA	12,000	14,000	28,000	0,777	0,05
KONPULTSIBITEA	4,000	3,000	3,000	0,773	0,05

Hamairugarren taulak, erabat deskribatzen zuten eremuekin egin diren Wilcoxon froga bilateralak erakusten ditu. Bertan, lehenengo elkarrizketako lagina, bigarren elkarrizketako laginarekin konparatu da. Kasu guztietan, hipotesi nuluan, lehenengo eta bigarren elkarrizketako laginen banaketa berdina dela baieztatzen dugu.

Aurkakotasun eremuaren kasuan, p-ren balioa $\alpha=0,05$ esanguratsutasun maila baino altuagoa denez, ezin daiteke hipotesi nulua baztertu. Baztertzeko arriskua %5,72koa da.

Desinhibizioaren eremuen kasuan p-ren balioa $\alpha=0,05$ esanguratsutasun maila baino altuagoa denez, ezin daiteke hipotesi nulua baztertu. Baztertzeko arriskua %100ekoa da.

Emozionalitate negatiboaren kasuan, p-ren balioa $\alpha=0,05$ esanguratsutasun maila baino altuagoa denez, ezin daiteke hipotesi nulua baztertu. Baztertzeko arriskua %77,28koa da.

Barnerakoitasunaren kasuan, p-ren balioa $\alpha=0,05$ esanguratsutasun maila baino altuagoa denez, ezin daiteke hipotesi nulua baztertu. Baztertzeko arriskua %77,68koa da.

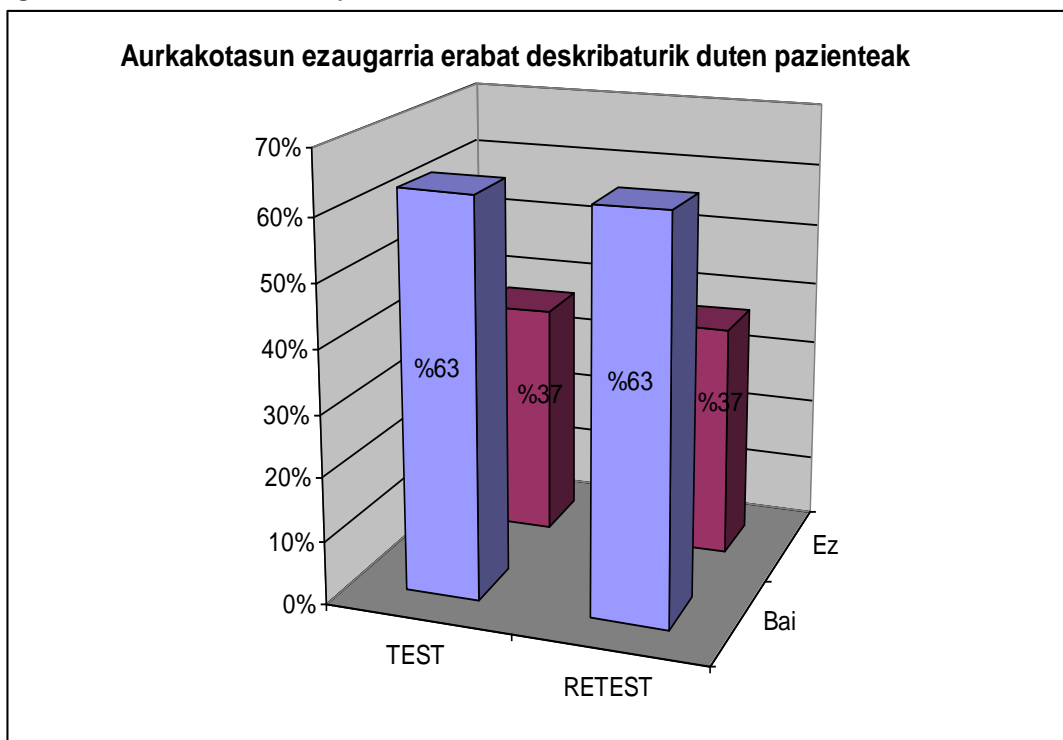
Eskizotipiaren kasuan, p-ren balioa $\alpha=0,05$ esanguratsutasun maila baino altuagoa denez, ezin daiteke hipotesi nulua baztertu. Baztertzeko arriskua %100ekoa da.

Konpulsibitatearen kasuan, p-ren balioa $\alpha=0,05$ esanguratsutasun maila baino altuagoa denez, ezin daiteke hipotesi nulua baztertu. Baztertzeko arriskua %77,28koa da.

Beraz, kasu guztientan, kalkulaturiko p balioa $\alpha=0,05$ esanguratsutasun maila baino altuagoa denez, ezin daiteke hipotesi nulua baztertu.

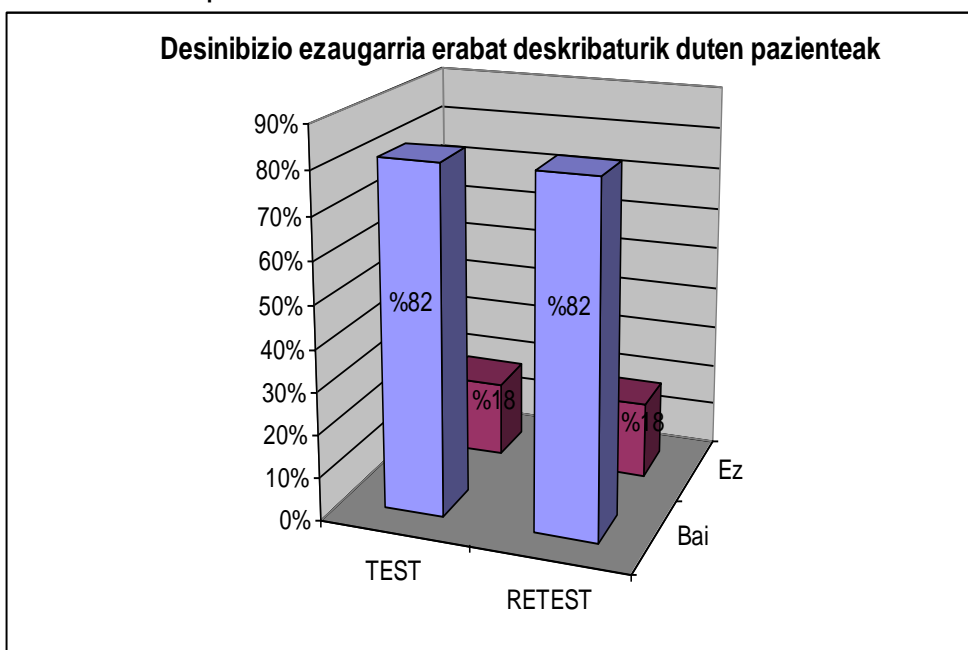
Honekin, ezaugarriei dagokienez, bi elkarrizketetako puntuazioen banaketa berdina dela ondorioztatzen dugu. Hau da, lehenengo eta bigarren elkarrizketetako puntuazioak oso antzekoak izan dira ezaugarri erabat deskribatzaileei dagokienez, eta guzti hau modu argian ikusten da zortzigarren taulan, bertan, elkarrizketa batetik bestera egon diren aldaketak erakusten ditu.

8.grafikoa: Aurkakotasun eremu portzentaiak.



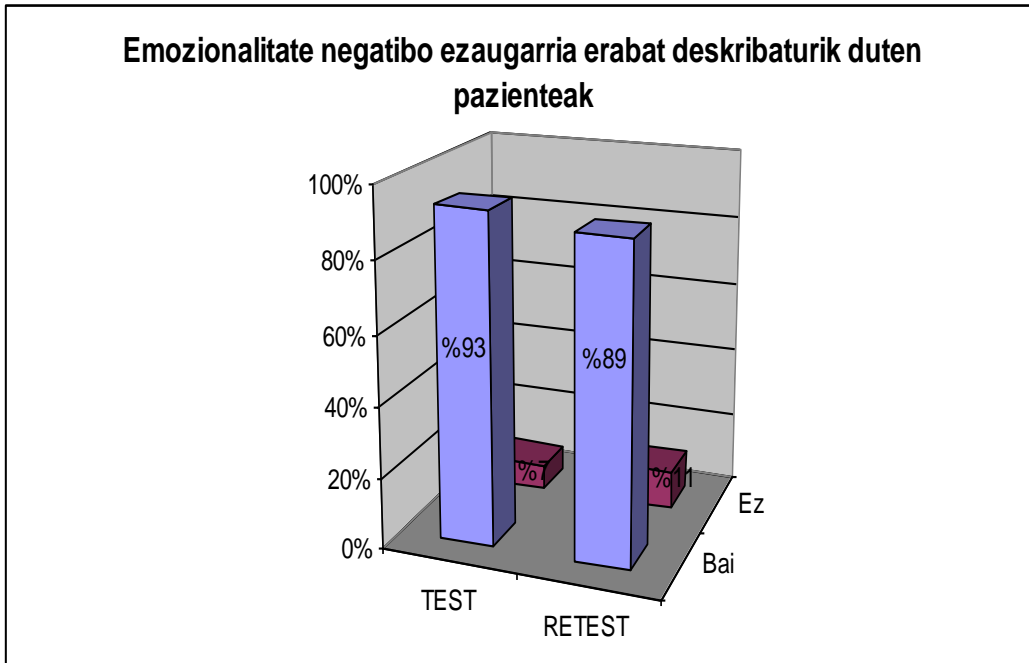
Zortzigarren grafikoak, bi elkarrizketetan aurkakotasun eremua erabat deskribaturik duten pazienteen portzentaia berdina izan dela erakusten du.

9.grafikoa: Desinibizio eremu portzentaiak.



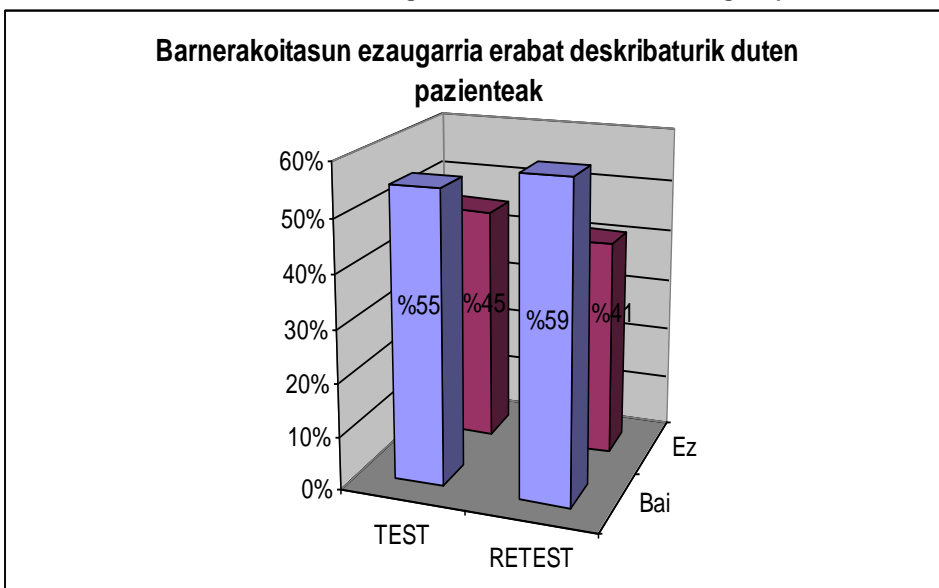
Bederatzigarren grafikoan, bi elkarrizketetan pazienteen portzentai altu batek (%82) desinibizio eremua erabat deskribaturik dutela agertzen da.

10.grafikoa: Emozionalitate negatibo eremu portzentaia.



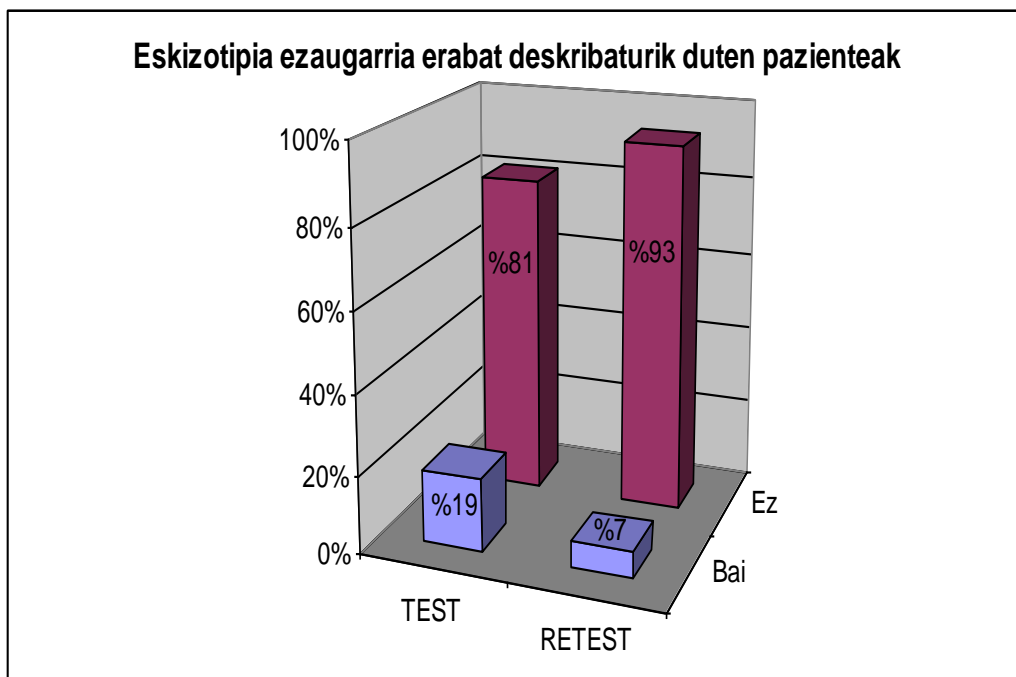
Hamargarren grafikoan, emozionalitate negatibo eremua bi elkarrizketetan portzentai altu batean agertu dela erakusten du. Lehenengo elkarrizketean pazienteen %93ari puntuatu zaion bitartean, bigarreanean %89ari.

11.grafikoa: Barnerakoitasun ezaugarri portzentaia.



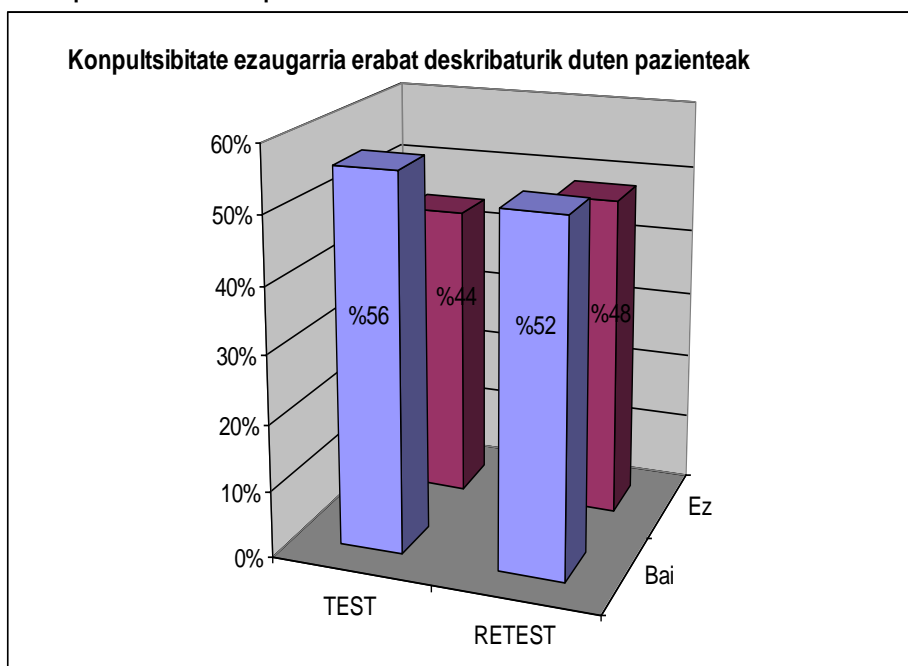
Hamaikagarren grafikoak, bi elkarrizketetan pazienteen %55ak eta %59ak barnerakoitasun eremua erabat deskribaturik izan dutela erakusten du.

12.grafikoa: Eskizotipia ezaugarri portzentaiak.



Hamabigarren grafikoak, bai lehenengo eta bai bigarren elkarrizketetan eskizotipia eremua erabat deskribaturik duten paziente portzentai oso baxua agertzen dela erakusten du (%19) eta (%7).

13.grafikoa: Konpulsibitate eremu portzentaiak.



Hamairugarren grafikoak, konpultsibitate eremua erabat deskribaturik duten pazienteen portzentaiak erakusten ditu. Lehenengo elkarrizketan %56ak, eta bigarreanean %52ak puntuatzen zutelarik.

5.2.5. Zeharkako neurketa: sintomatologia

14. Taula: Sintomatologian egon diren aldaketak test-retestean

SINTOMATOLOGIA	IGO (%)	MANTENDU(%)	JAITSI(%)
Depresioa	%37,00	%14,80	%48,20
Amorrua	%22,20	%29,60	%48,20
Antsietatea	%40,70	%11,10	%48,20
Buruhilketa arriskua	%11,10	%70,40	%18,50
Psikosi eskala	%0,00	%81,48	%18,50
Substantzien erabilera	%7,4	%70,37	%22,2
Lo nahasteak	%25,90	%40,74	%33,40
Memoria/orientazio arazoak	%3,70	%66,70	%29,60
Mugak jardueretan	%29,60	%11,10	%59,30

Hamalugarren taulan ikusten den moduan, depresio, amorru eta antsietate sintomatologia, jaitsi egin da kasu gehienetan, baita mugak jardeueretan ere. Bruruhilketa arriskua, psikosi eskala, substantzien erabilera eta memoria/orientazio arazoak berriz, berdin mantendu dira kasu gehienetan.

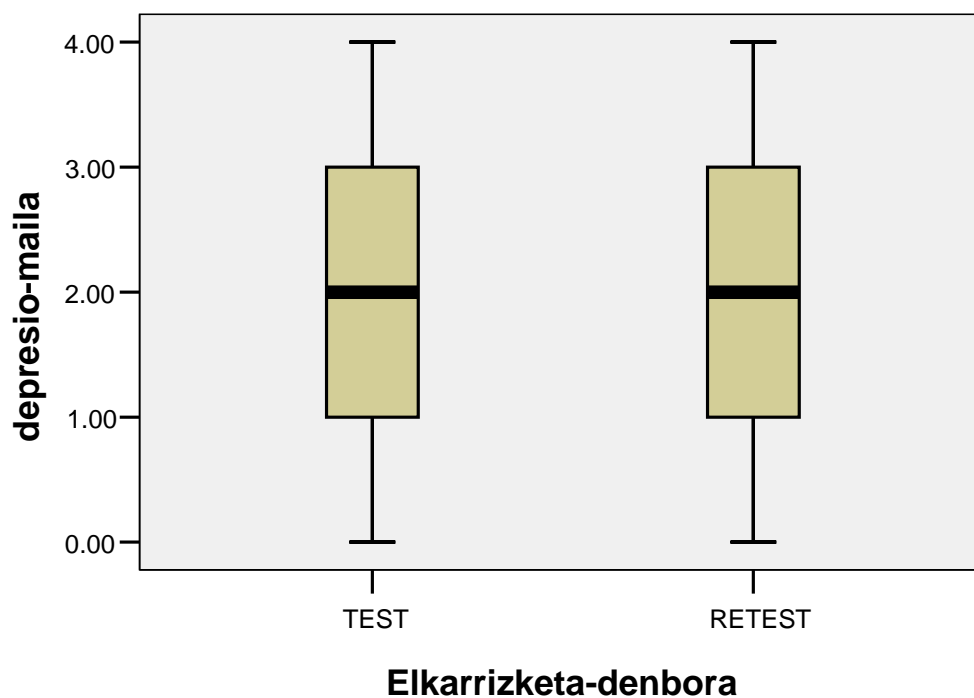
Goazen kasurik esanguratsuenak aztertzeraz:

15.taula:Depresio mailen portzentaiak bi elkarrizketatan.

DEPRESIO MAILA	Bat ez	ere oso gutxi	Gutxi	Moderatuki	Asko
TEST	%7,40	%33,30	%25,90	%22,20	%11,10
RETEST	%14,81	%29,63	%25,93	%11,10	%18,52

Depresio sintomatologian, gehiengoak sintomatologia oso gutxi dutela ikusten da hamaseigarren taulan.

14. grafikoa: Depresio mailak bi elkarrizketetan maximoak, minimoak, kuartilak eta mediana.



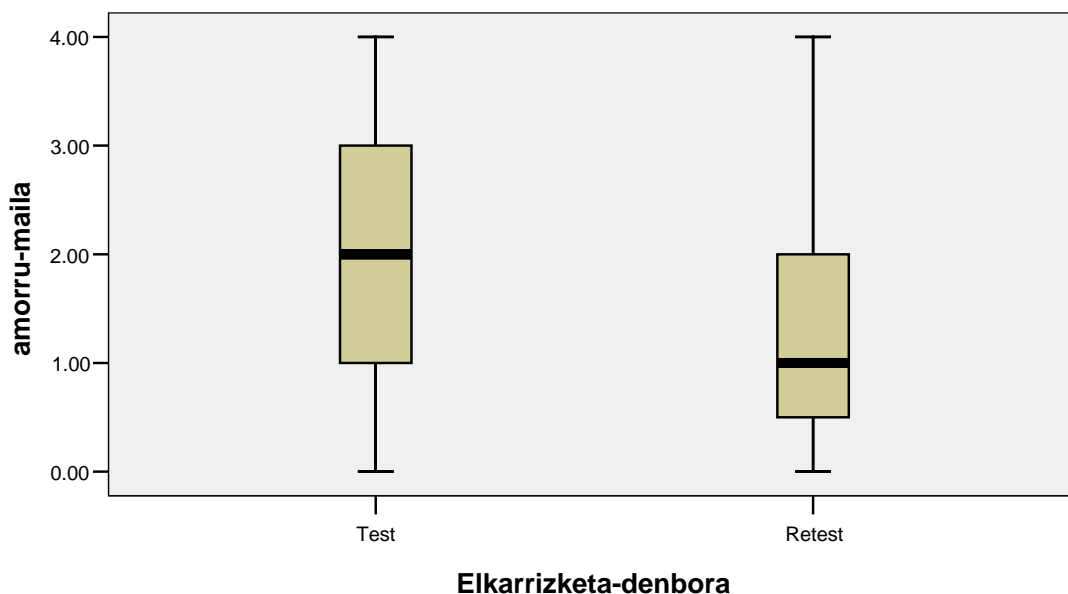
Bi elkarrizketetan atera diren puntuazioen batzabeteskoak nahiko antzekoak dira (1,96 eta 1,89), bi kasuetan maximoak 4 (asko) eta minimoak 0 (bat ere ez) izan dira. Gainera, hamalagarren taulan ikusten den bezala, puntuazioak jeitsi egin dira kasuen portzentai altu batean (%48,20).

16.taula: Amorru mailen portzentaiak bi elkarrizketatan.

AMORRU MAILA	Bat ere ez	Oso gutxi	Gutxi	Moderatuki	Asko
TEST	%7,4	%22,2	%37,0	%25,9	%7,4
RETEST	%25,9	%29,6	%22,2	%18,5	%3,7

Amorruari dagokionez, laginaren gehiengoak batez ere sintoma gutxi eta oso gutxi dituela erakusten du taulak.

15. grafikoa: Amorru mailen puntuazioa bi elkarrizketetan maximoak, minimoak, kuartilak eta mediana.



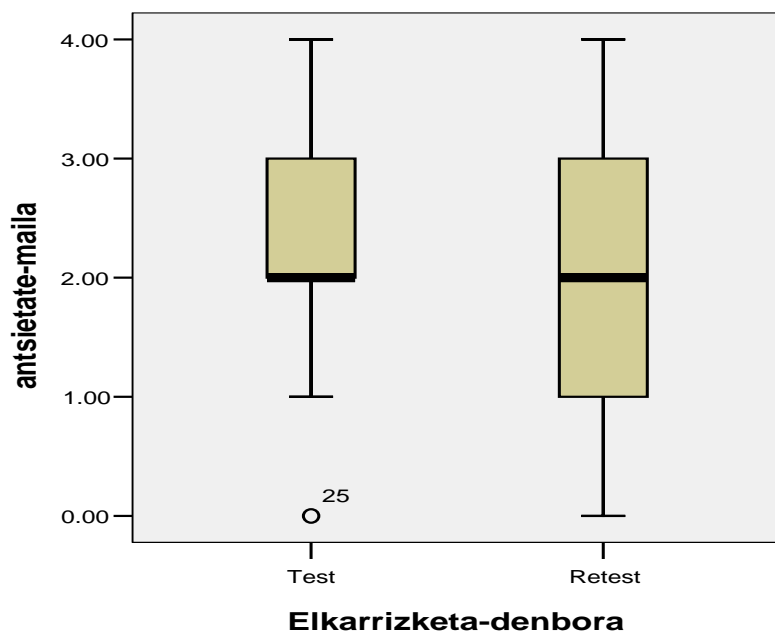
Lehenengo elkarrizketetatik bigarrenera batzbestekoa 2,04-tik 1,44 era jeitsi egiten da. Maximo eta minimoek 4 (asko) eta 0 (bat ere ez) izaten jarraitzen dute kasu honetan ere. Gainera, hamalagarren taulak laginaren %48,20-ak puntuazio jeitsiera izan duela erakusten du.

17.taula: Antsietate mailen portzentaiak bi elkarrizketatan.

ANTSIETATE MAILA	Bat ere ez	Oso gutxi	Gutxi	Moderatuki	Asko
TEST	%3,7	%14,8	%44,4	%29,6	%7,4
RETEST	%3,7	%25,9	%37,0	%14,8	%18,5

Antsietatea aztertzean, laginaren gehiengoak sintoma gutxi dituela erakusten du taulak (%44,4 eta %37,0).

16. grafikoa: Antsietate mailen puntuazioa bi elkarrizketetan maximoak, minimoak, kuartilak eta mediana.



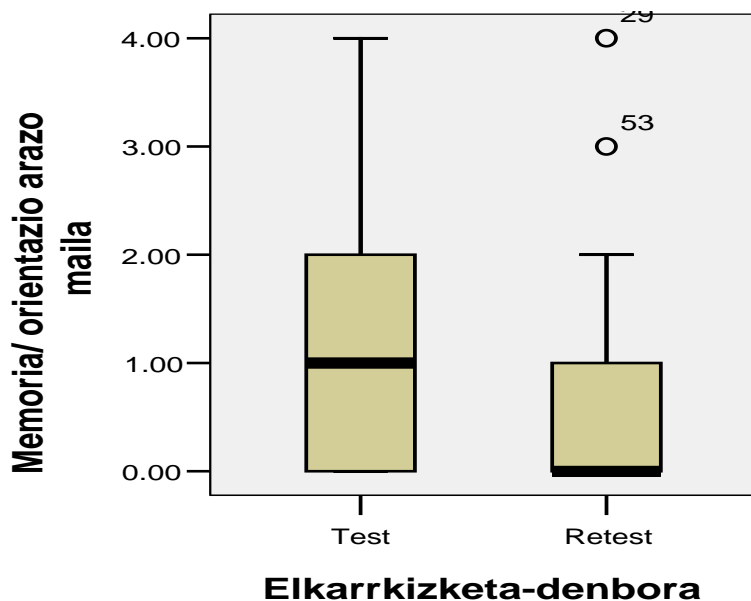
Hamalau garren taula eta hamaseigarren grafikoa aztertzen baditugu, puntuazio jaitsiera bat egon dela azter daiteke. Laginaren %48,20ak antsietate mailetan baxuago puntuatu du. Hala ere, batzbestekoak nahiko antzekoak izan dira (2,22 eta 2,19) eta maximoek 4 (asko) puntuazioa izan dute bi kasuetan, eta minimoek 1 (oso gutxi) eta 0 (bat ere ez) hurrenez hurren.

18.taula: Memoria/orientazioa mailen portzentaiak bi elkarrizketetan.

MEMORIA/ORIENTAZIO ARAZOAK	Bat ere ez	Oso gutxi	Gutxi	Moderatuki	Asko
TEST	%44,4	%14,8	%22,2	%11,1	%7,4
RETEST	%66,7	%11,1	%14,8	%3,7	%3,7

Hamazortzigarren taulan ikusten da memoria/orientazio arazoaren puntuazioak oso baxuak direla bi elkarrizketetan.

17. grafikoa: Memoria/orientazio mailen puntuazioa bi elkarrizketetan maximoak, minimoak, kuartilak eta mediana.



Nahiz eta hamalagarren taulak kasuen %29,60-ak bakarrik puntuazioa jeitsi duela erakusten duen batzbestekoak 1,22tik 0,67-ra jeitsi egin dira eta maximoa 4-tik (asko) 1-era (oso gutxi). Honengatik, eta wilcoxon-en frogengatik aldaketa esanguratsua egon dela ondoriozta dezakegu.

Wilcoxon-en froga: p-ren balioa (0,022), esanguratsutasun maila baino baxuagoa denez, (alfa=0,05), hipotesi nulua baztertu eta hipotesi alternatiboa onartu behar da. Hipotesi nulua baztertzeko arriskua %2,18-koa da. Hau da, bi laginen banaketa desberdina da memoria/orientazio arazoengan.

19.taula: Zeharkako neurketa galdesortako beste sintometan ateratako puntuazioen portzentaiak.

		Psikosi maila	Buruhilketa arriskua	Substantzien erabilera	Lo nahasteak	Mugak jardueretan
Bat ere ez	Test	%81,50	%70,40	%63,00	%44,40	%0,00
	Retest	%81,50	%74,10	%70,40	%37,00	%0,00
Oso gutxi	Test	%14,80	%14,80	%18,50	%11,10	%37,00
	Retest	%14,80	%7,40	%18,50	%22,20	%44,40
Gutxi	Test	%3,70	%7,40	%7,40	%7,40	%44,40
	Retest	%3,70	%11,10	%0,00	%14,80	%44,40
Moderatuki	Test	%0,00	%3,70	%3,70	%18,50	%14,80

Hemeretzigarren taulatik ondorioztatu daitekeena da, gainontzeko sintometan puntuazioak berdintsu mantendu direla da. Pazienteen gehienek psikosian, buruhilketa arriskuan, substantzien erabileran eta lo nahasteetan ez dute bat ere ez puntuatzen. Jardueren mugen kasuan, gutxi puntuatzen dute ere.

Amaitzeko, tresnak pasatzeko denboraren **batzbestekoak 37 minutu eta 30 minutu** izan ziren bi elkarrizketetan hurrenez hurren. Bi elkarrizketetean denbora **maximoa 60** minututakoa izan zelarik, eta **minimoa 20** minututakoa.

6. ONDORIOAK

1. Back-translation metodologiaren bitartez, euskerara itzultako DSM 5-eko tresnek, jatorrizkoen esanahi berdina dutela baieztatu dezakegu.
2. Tresna berri hauek guztiz ulergarriak eta erabilgarritasun errazekoak dira ebaluatzaile trebatuentzat.
3. Sortutako tresna berri hauek, gaixoentzako ulermen eta erabilgarritasun erraza izan dutela baieztatu da ikerketa honen bitartez.
4. Eduki baliozkotasunari dagokionez:
 - 4.1. Nortasunaren funtzionamendu eskala baliagarria da pazienteen funtzionamenduaren defizitak neurtzeko.
 - 4.2. Bost nortasun nahaste motek ez dituzte modu guztiz egokian definitzen nortasun nahasteak. Horregatik, DSM 5 eko nortasun nahasteen zirriborro berrian (2011ko ekainean sortutakoa), nortasun nahaste nartzisista eta ezaugarri espezifikodun nortasun nahastea sortu dituzte.
 - 4.3. Nortasun ezaugarrien eremuek eta fazetek argi eta garbi neurtzen dituzte nortasun ezaugarriak.
5. Zeharkako neurketa tresnek eduki baliozkotasuna dutela ondorioztatu dezakegu eta sintomak lehenengo elkarriketatik bigarrenera jeitsi egiten dira.
6. Ezaugarri eta nortasun nahaste moten puntuazioak berdintsu mantentzen dira bi elkarriketetan.
7. DSM 5eko tresnak, DSM IVkoak baino askoz zehatzagoak direla baieztatu daiteke.

7. EZTABAIDA

7.1. Tresnen inguruko gogoetak

Ebaluazioekin hasi baino lehen, tresnen erabilgarritasun eta ulergarritasunari buruz ere galdera batzuk egiten genituen.

Behin ikerketa buruturik, galdera hauei erantzuna emateko momentua da.

- **Diagnostiko irizpidearekin harremandutako galderak**

- Ulergarriak al dira erabilitako diagnostiko irizpideak eta ebaluazio orriak?

Diagnostiko psikiatrikoak egiteko metodo kategorial batekin familiarizatuak egon gara orain arte. Metodo kategorialaren abantaila nagusia, informazioa transmititzeko erraztasuna zen.

DSM 5ean sortutako metodo dimentsional hau, berria da beraz kliniko guztiontzako. Hasiara batean diagnostikatzeko metodo hau ulertzea konplexua bada ere, behin ikasirik, diagnostiko irizpide eta ebaluazio orriak guztiz ulergarriak dira klinikoentzako.

- Zehaztasunez islatzen al dituzte proposaturiko diagnostiko irizpideek gaixoen sintomak?

Proposaturiko irizpideek inoiz baino zehaztasun handiagoz islatzen dituzte gaixoen sintomak. Proposatzen diren tipoen dimentsionaltasunak, eta ezaugarri eta eremuen dimentsionaltasunak, asko zehazten du diagnostikoa. Diagnostiko orokorrago batetik espezifikoa gorago batera pasatuko ginateke.

Gainera, ez dugu begibistatik galdu behar, ikerketa hau gaixoak ulertzeko direla, eta haien tratamenduak bideratzeko direla, eta zentzu horretan, diagnostiko irizpide hauek DSM IV-an baino zehaztasun handiagoz islatzen dituzte sintomak.

- Erabilgarriak al dira proposaturiko diagnostiko irizpideak eta ebaluazio orriak gaixoen tratamendu planaren formulaziorako?

Diagnostiko zehatzago bat daukagun momentutik, informazio espezifikagoa daukagu pazientearen gaixotasunari buruz. Horregatik, orduan eta informazio zehatzagoa izan, tratamendu planaren formulazioa egiteko erraztasun gehiago izango dugu.

- Fidagarriak al dira proposaturiko diagnostiko irizpideak gaixoen sintomak jasotzeko?

Gure ikerketaren emaitzak aztertuz galdera honi baietz erantzungo genioke.

- **Diagnostikoarekin harremanduriko larritasun neurrien galderak**

- Ulergarriak eta ebaluatzeko errazak al dira diagnostikoarekin harremanduriko larritasun neurriak?

Larritasun neurrien deskribapenak guztiz ulergarriak dira, baina ebaluatzeko ez dira ain errazak, elkarrizketa bakar batean informazio hori jasotzea zaila dela bait deritzot. Horregatik, DSM5ean 2011an egindako birformulazioak lan hori errazten duela deritzot.

- Denboran zehar larritasun aldaketa jasotzeko gai dira,(aldaketara sentikortasuna)larritasun neurriak?

Bai, denboran zehar larritasun aldaketa jasotzeko gai dira, gure ikerketan, test-retest metodología erabili dugu, eta lehenengo elkarrizketatik bigarrenera jada (hilabete batetako denbora pasaturik) desberdintasuna hauteman daitekeelako.

- **Zeharkako dimentsio neurriekin harremanduriko galderak**

- Gaixoek erraz erabilgarriak ikusten al dituzte zeharkako neurketako tresnak?

Gaixoek orokorrean ez zuten zailtasun handirik izan zeharkako neurketako galdesortak erantzuterako orduan. Klinikaren laguntza eskatzen zuten noizean behin, baina soilik zalantzaren bat argitzeko. Gainera, kontutan izan behar dugu gure zeharkako neurketako tresnak ez direla originalak, baizik eta euskerara itzulitakoak. Hau kontutan izanda, pazienteek tresnetako euskera argi eta garbi ulertu zuten, eta ez zuten arazorik izan hizkuntzarekin eta ulermenarekin.

- Ulergarriak eta gaixoen ebaluazio klinikora gehitzeko errazak al dira zeharkako dimentsio neurriak?

Gaixoen ebaluaziorako oso ulergarriak eta erabilgarriak dira tresna hauek, sintomatologia garrantzitsua neurtzen dutelako.

- Ahalmenik al dute Zeharkako dimentsio neurriek denboran zehar sintomen larritasun aldaketak (aldaketekiko sentikortasuna) hautemateko?

Beherago agertuko diren analisi estatistikoek, zeharkako dimentsio neurriek denboran zeharreko aldaketekiko sentikortasuna dutela erakutsiko dute. Gure laginean, hain zuzen ere, tratamendu psikologikoa edo farmakologikoa jasotzen ari diren pazienteak direnez, hilabete batean sintomatologia honen jeitsiera izaten dutela ikusiko da.

DSM 5 eko Ikerketa lan-taldeak zeharkako neurketako galdesortak praktika medikurako erabilgarriak izatea, laburrak, irakurtzeko errazak, eta ebaluatzeko sinpleak izatea, eta, gaixo eta klinikoagatik erraz aplikagarriak izatea nahi zuen. Ikerketa honen bitartez, guzti hau baieztatu egin da. Tresnak ulergarriak eta erraz aplikagarriak baitira bai klinikoentzako eta bai pazienteentzako ere.

Gainera, 5 puntuko eskala honek, non 0 arazorik ez egotea esan nahi duen, pazienteak bere burua ebaluatzeko continuum baten aurrean jartzen du. Honek ere, pazienteari bere sintomen kontzientzia hartzen laguntzen du, eta, ikerketan zehar, hilabete batetik bestera pazienteek beraien hobekuntzak edo aldaketak hautematen zituzten.

7.2. Azterturiko laginari buruzko gogoetak

- **Datu soziodemografikoei buruz.**

Lehenengo taulan datu soziodemografikoak agertzen dira, eta hauetatik nabarmenenak honakoak lirateke: ezkongabeak (%71,9) , seme alabarik gabekoak (%78,1) , elkarbizitzan bizi direnak (%81,3) eta heziketa profesionala/unibertsitate ikasketak egitera heldu ez direnak (%65,6) direla erakusten du. Normalean, hauek lirateke nortasun nahasteen ezaugarri soziodemografiko tipikoak, paziente hauek zailtasunak baitituzte harreman egonkorak mantentzeko, eta ikasketa/lanean egokitze eta hau mantentzeko.

- **Nortasun funtzionamendu mailei buruz.**

Gure lagineko sujetuen portzentai altuenak kalte larria/muturreko kaltea puntuatzen dute funtzionamendu mailan bi elkarrizketetan. Honek, nortasun nahaste oso larriekin egindako ikerketa dela adierazten du. Hau, lehen aipatutako zentruetan paziente larriak daudelako da. Hau da, hospital psikiatriko, nortasun nahasteen eguneko zentruetan, toxikomania zentruetan eta osasun mental zentruetan hartutako lagina bait da.

- **Ereduari egokituriko profilari buruz**

Bost erduei egokituriko profilen neurketa aztertzeke, DSM 5 eko lan taldeak egindako gomendioari jarraituz, bi elkarrizkten arteko puntuazioen kappa koefizientea erabili zen. Kappa koefizientea altua ateratzeak, tresnen

baliagarritasuna egiaztatzen du, hau da, ebaluatzaileak bi elkarrizketetan balorazio berdina egin duela.

Kappa koefizienteen interpretazioa, ondorengo taulan agertzen da:

Kappa koefizientea	Interpretazioa
<0	Akordiorik ez
0.0-0.20	Akordio txiroa
0.21-0.40	Akordio ahula
0.41-0.60	Akordio moderatua
0.61-0.80	Akordio ona
0.81-1.00	Akordio oso ona

Hau jakinda, goazen aztertzeraz nortasun nahaste mota bakoitzean, bi elkarrizketeteako puntuazioak konparatuz atera diren kappa koefizienteak.

Nortasun nahaste antisozialari dagokionez, profil honi egokitzen zaizkion paziente gutxi egon dira. Deskribapen hau guztiz, pazienteen (%11,1)-ak eta (% 7,4)-ak betetzen zutelarik hurrenez hurren.

Profil mota honetako pazienteak ez dira kolaboratzaileak izaten froga mota hauekin, horregatik ez genituen mota honetako paziente asko izan gure laginean. Bi elkarrizketen arteko **kappa koefizienteak, (0,8)**, elkarrizketen arteko **akordio ona**, ia perfektua islatzen du kasu honetan. Hau da, bi elkarrizketetan puntuazioak ia berdinak izan zirela ondorioztatu egiten da. Hau logikoa da, bi elkarrizketetan nortasun nahaste antisozialari egokitzen zitzaizkion paziente gutxi bait zeuden.

Nortasun nahaste saihekorri dagokionez, hirugarren grafikoan ikus daitekeen bezala, bigarren elkarrizketan zertxobait altuago puntuatu da. Hau, bigarren elkarrizketa batean nortasun nahaste mota hontako ezaugarriak errazago aztertu daitezkeelako izan daiteke, eta ondorioz altuago puntuatu. Hau da, profil honetara hurbiltzen diren pazienteak erresebatuagoak agertu daitezke lehenengo elkarrizketa

batean, eta euren nortasunaren alderdi gehiago erakutsi ditzakete bigarren elkarrizketa batean.

Esana dago, kasu honetan, **Kappa koefizienteak (0,6) akordio ona** erakusten duela bi elkarrizketetako puntuazioei dagokienez.

Borderline Nortasun nahastearen egokitzearen, laugarren grafikoan aztertu daitezkeenez, bigarren elkarrizketan puntuazio altuagoak atera dituzte orokorrean. Eta kasu honetan, bi elkarrizketen arteko **kappa koefizientea (0,5 = akordio moderatua)-ekoa da.**

Lehenengo elkarrizketatik bigarrenean aldakortasun batzuk egon dira, eta hauen kausak desberdinak izan daitezke. Alde batetik, beste patologia batzuekin ere gertatzen den bezala, paziente profil honek bere ezaugarri patologikoenak ezkutatu ditzake lehenengo elkarrizketan, eta ezaugarriak gehiago agertu daitezke hurrengo elkarrizketetan. Gainera, jakina denez, desegonkortasun handia duten pazienteak dira, eta horregatik, bi elkarrizketetan nahiko desberdin erantzun dezakete.

Gutxi izan dira nortasun nahaste obsesibo konpulsibo profila guztiz betetzen zuten pazienteak. Hau, aztertutako zentruetan profil honetara hurbiltzen diren paziente gutxi daudelako izan daiteke. Kasu honetan **kappa koefizientea=0,3** ez da oso altua izan, hau da, ez da akordio handirik egon lehenengo eta bigarren elkarrizketen artean.

Ez da egon Nortasun nahaste eskizotipikoari egokitzen zaien pazienterik ez da egon. Honen arrazoia, paziente hauek ikerketetan parte hartzeko erresistentziak izan ditzaketelako da. Bestalde, diagnostiko hau zuten paziente gutxi zeuden guk aukeratutako zentruetan, eta gure ikerketan parte hartzeko euskaldunak izan behar zutelako kontuan hartuz, gure laginean paziente hauek izateko probabilitatea txikiagotu egingo litzateke.

Beraz, ereduari hurbilduriko profilari dagokionez, bi elkarrizketen arteko konkordantzia aztertzerakoan, puntuazio esanguratsuak atera ditugu kappa koefizientearen bitartez. Kappa koefizienteak esanguratsuak atera diren arren, ez

dira oso altuak. Hori laginaren tamainarengatik gertatzen da. Lagina orduan eta handiagoa izan, kappa koefiziente altuagoak atera daitezke, eta alderantziz.

Gainera, beste diagnostiko metodoen bitartez kappa altuagoak (edo baxuagoak, diagnostikoaren arabera) ateratzea liteke normalena, baina DSM 5-ean, 0,8 baino kappa altuagoa ateratzea miraria izango litzateke, 0,6-0,8 artekoa ateratzea ospakizunerako arrazoia izango litzateke, eta 0,4-0,6 bitartekoa ateratzea nahiko onargarria izango litzateke. Horregatik ezin genituen kappa puntuazio altuegiak itxaron, baizik eta koefiziente errealistak (Kraemer et al. 2012).

Gainera, tauletan zehatz meatz agertzen da zenbateko aldakortasunak egon diren kasu bakoitzean eta aldakortasun hauen kausak desberdinak izan daitezke.

Alde batetik, test-retest intraebaluatzaile bat izatean, okertasunak egon daitezke, adibidez, ebaluatzaileak pazientea gehiago ezagutzen duela izan daiteke. Gehiago ezagutzean, lehenengo elkarrizketan aztertu ez zituen aldagaiak aztertu ditzake bigarreanean.

Bestalde, pazienteek nahiz eta nortasunaren egitura bat daukaten, jakina da aldakortasunak jasan ditzaketela hainbat aldagaietan hilabete batetik bestera, eta horrek ere okertasun bat sortu dezake konkordantzian.

Hala ere, emaitzak positiboak direla ondorioztatu daiteke, eta era berean, gure hipotesi nulua beteko litzatekeela. Hau da, lehenengo elkarrizketako ebaluaziotik bigarrenekora ez dagoela desberdintasun esanguratsuak kasu gehientean.

- **DSM IV vs.DSM 5**

DSM IV-arekin neurtu ziren grafiko gehienak nortasun nahaste borderlineak izan ziren. Honen arrazoia, ebaluazioak egin genituen instituzioengatik izan zen, baita, paziente hauek kontsultetara gehiago doazen pazienteak direlako, eta ikerketa mota hauetarako prestatuak aurkezten direlako beste nortasun nahaste batzuekin konparatuz.

DSM IV-ean nortasun nahaste borderlinea zuten paziente gehienek, DSM5 ean ere nortasun nahaste borderlinean puntuazio altuagoak izan zituzten.

Gainera, DSM IV-ean beste diagnostiko batzuk zituzten pazienteek, DSM5 ean nortasun nahaste borderlinean altu puntuatzen zuten. Hau, deskribapen honetara gehiago hurbiltzen zirelako izan zitekeen.

- **Erabat deskribaturiko eremuak**

Erabat deskribaturiko eremuak aztertzean, zortzigarren grafikotik hamairugarren grafikora eremu guztiak aztertzen baditugu, pazienteen portzentai altu batek ia ezaugarri guztiak erabat deskribaturik dituela aztertu daiteke. Eskizotipia eremua lagin honetan gutxien agertzen den ezaugarria da. Hau, nortasun nahaste eskizotipiko profilari hurbiltzen zaizkion paziente maiztasun baxuarekin guztiz harremandurik dago.

Wilcoxon-en froga bilateralen bitartez, kasu guztietan bi laginen banaketak berdinak direla ondorioztatu egin da. Hau da, puntuazioetan ez dela aldakortasun esanguratsurik egon lehenengo elkarrizketatik bigarrenera. Honek ere, tresnen baliagarritasuna indartzen du, nortasun nahasteen ezaugarriak modu sendo batean neurtzen dituela erakusten bait du. Paziente batek nahiz eta bere sintomatologia edo funtzionamendu maila hobetu, bere nortasunaren ezaugarriak egonkor mantentzen direla erakutsiko liguke froga honek.

- **Zeharkako neurketa galdesorta**

Zeharkako neurketa galdesortaren bitartez, pazienteen sintomatologia neurtu zen. Hamabostarren taulan aztertu daitekeenez, kasu gehienetan sintomatologia hau jaitsi egin zen. Hau, pazienteak tratamendu farmakologiko, psikoterapeutiko edo bi tratamenduetan zeudelako da.

Bestalde, sintomatologia jeitsi ez ziren kasuak, sintomatología hori oso baxu zituzten kasuak dira ain zuzen ere.

- **Frogak pasatzeko denbora**

Lehen aipatu bezala , 37 minutu eta 30 minutu izan ziren batazbestekoak bi elkarrizketetan hurrenez hurren. Bigarren elkarrizketan ziurrenez denbora gutxiago behar izan zen, ziurrenez ebaluatzailearen trebetasunean hobekuntzagatik, eta paziente gehiago ezagutzen zuelako bestalde. Hala ere, guztira, denora batazbestekoa 30 minututakoa da, eta neurtzen dituen ezaugarri eta sintoma guztiak kontutan hartuz, tresnak oso praktikoak direla erakusten du

7.3. Laginaren inguruko beste gogoeta batzuk

DSM5-eko nortasun nahasteen lan taldeak landa ikerketak egiteko hogeitabost pazienteen laginak jasotzea gomendatu zuen. Alde batetik, ez dugu begibistatik galdu behar, ikerketa hau gaixoak ulertzeko, eta haien tratamenduak bideratzeko direla. Lagina txikia da, horregatik, ikerketa kualitatibo baten aurrean gaude batez ere. Gure kasuan, hogeita hamabi paziente aukeratu genituen, eta hogeita zazpi bi elkarrizketak egin zituzten.

Ikerketa utzi zuten pazienteak oso paziente larriak ziren laginaren deskribapenean ikusi dugun bezala, eta honek, tratamenduekin ere gertatzen den bezala, ikerketan partehartzea zaildu egiten du. Gainera, paziente hauen tratamenduen jarraipena ere oso konplexua da, askotan duten kormobilitateagatik (drogen abusua), autoagresibitateagatik, heteroagresibitate arriskuagatik, automutilazioagatik, suizidioagatik (Paris 2002, 2004), behin-behineko pasarte psikotikoengatik eta beren funtzionamenduan eragin dezaketen sintoma larriengatik (Guimón, 2012). Gure laginari dagokionez, esan beharra dago hauetatik batek ikerketan zehar bere buruaz beste egin zuela. Paziente honek, nortasun nahaste borderlineen irizpideak betetzen zituen, eta, Ginebran egindako ikerketa batek erakusten duenez, buruhilketa saiakera duten pazienteen %61-ak nortasun nahaste borderlinea daukate (Andreoli, 2012).

Bestalde, pazienteek bete behar zuten baldintza bat euskadun alfabetizatuak izan behar zutela zen, eta honek, profil honetako pazienteak aurkitzea zaildu egiten zuen.

Esan beharra dago ere, askotan zaila dela nortasun nahastea duten pazienteek ikerketa hauetan parte hartzea.

Azkenik, Instituzio desberdinetan lagina hartzeak, barietate handia dagoela erakusten du (ospitalizatuta daudenak, eguneko zentruak, psikiatraren kontsulta...) eta honek ere, gure lagina esparru desberdinetan baliagarria izan dadin laguntzen du.

7.4. Gogoeta orokorrak

DSM 5 sortzen ari dira, orduan eta segurtasun handiagoa izateko, pazienteak modu egokian diagnostikatuak izan daitezten, eta nahasterik ez daukatenak akats moduan diagnostikatuak izan ez daitezten. Horregatik garrantzitsua da landa ikerketak egitea. Landa ikerketaren bitartez, tresna hauek testuinguru desberdinetan eta profesional desberdinen frogatzen dira, eta horrela tresnen fidagarritasuna handiagotzen da (Kraemer et al. 2010).

Hamarkada bat baino gehiago daramagu DSMaren nosologia psikiatrikoaren hobekuntza baten beharrekin. DSMaren birkontzeptualizazio bat eman da orokorrean, eta nortasun nahasteengan, konkretuki, aldaketa honen beharra aztertzen zen aspaldidanik. (First eta Spitzer, 2003; Shedler eta Westen, 2004; Skodol eta Gunderson, 2002; Helzer et al., 2008; Kendler et al., 2008)

Hainbat arrazoi egon dira eztabaida hauetarako. Alde batetik, nortasun nahasteen deskribapena txiroa zela esaten zen. Bestalde, diagnostiko kategorialen eraginkortasunari buruzko zalantzak zeuden, eta gainera, komorbilitate gehiegi zegoela baieztatzen zen.

Horregatik, nortasun nahaste lan taldea burubelarri dabil birkontzeptualizazio honengan lan egiten. DSM5-aren lehenengo formulazioa egin zenetik, eztabaida asko egon dira irizpide hauen inguruan. Munduan zehar, asko izan dira nortasun

nahasteen birformulazioaren inguruan hausnartzen egon diren osasun mentalaren profesionalak.

Horregatik, 2011ko ekainean bigarren formulazio bat aurkeztu zuten. DSM5-eko lan taldea harrিতта geratu da bai lehenengo eta bai bigarren formulazioarekin agertu diren ohar, iritzi, kritika guziekin. Ohar guzti hauek DSM 5-eko eskuliburua sendotu egingo dutelako iritzia daukate. Azkeneko momenturarte jaso dituzten oharpenen bitartez, DSM5-aren eremu desberdinek errefortzua eta hobekuntza behar dutela ohartu izan dira.

Horregatik, guztiz eskertzen dute, mundu guztiko profesionalek egin dituzten ekarpenak (Gintner et al. 2012).

2013ko Maiatzean DSM 5aren azkeneko bertsioa aurkeztuko dute, eta mundu guztian zehar egin diren landa-ikerketek, bertsio berri honen argitalpenean hobekuntza sortuko dute.

Hala ere, Escobar irakasleak esan zigunaren arabera, nortasun nahastei dagokienez, maiatzean oraindik III.sailean agertuko dira nortasun nahasteak, hau da, oraindik ikerketa gehiago behar duten sailean. Horregatik, gure ikerketak ere, prozesu honetan parte hartuko luke.

DSM 5-aren sorkuntzaren prozesuan zehar kritika eta zalantza nahiko egon da birkontzeptualizazioaren inguruan. Baina, gure esperientziaren arabera, DSM5 aren proposamen berriak erabiltzerakoan ez genuen konplexutasun handirik izan, ez zeharkako neurketako tresnak aplikatzean, ezta DSM5-eko ebaluazio formatuak ebaluatzean ere.

Horregatik, DSM-5-eko nortasun nahasteen ebaluaziorako sorturiko proposamenak apropostzat ikusi ditugu, diagnostikoaren objektibotasunerako, tratatamenduaren erabakirako, heterogeneotasuna isladatzeko, diagnostikoen arteko solapamenduak jeisteko, eta nortasun nahastei buruzko informazio sakonagoa emateko ere

(Maruottolo et al. 2012). Hala ere, oraindik gehiago hobetu daitekeela ere uste dugu, eta adi gaude honen inguruan sortzen ari diren eztabaidei, eta geratuko den azkeneko bertsioari ere.

8. BIBLIOGRAFÍA

Allport G. Personality. A psychological interpretation. New York: H.Holt 1937.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Third Edition. (DSM-III). Washington D.C.: American Psychiatric Association 1980.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed-revised (DSM-IV-R). Washington, DC: American Psychiatric Association 2002.

Andersen, S.M., Cole, S. Do I know you?: The role of significant others in general social perception. Journal of Personality and Social Psychology. 1990; 59: p. 384-399.

Andreoli A. Nuevas vías del tratamiento de las crisis suicidas en pacientes límite. En Guimón J. Y Maruottolo C. Psicoterapias dinámicas en el trastorno límite de la personalidad. Madrid: Editorial Eneida. 2012; p. 19-59.

Andrew E.; Skodol, M.D., Bender Donna. The Future of Personality Disorders in DSM-V? American Journal of Psychiatry. 2009 ;166: p. 388-391.

Andrew E. Skodol, MD, Donna S. Bender, PhD, Leslie C. Morey, PhD, Lee Anna Clark, PhD, John M. Oldham, MD, Renato D. Alarcon, MD, Robert F. Krueger, PhD,

Roel Verheul, PhD, Carl C. Bell, MD, and Larry J. Siever, MD. Personality Disorder Types Proposed for DSM-5. *Journal of Personality Disorders*. 2011; 25(2):p. 136–169.

Andrew E. Skodol, M.D. Revision of Personality Disorder Model for DSM-5. *American Journal of Psychiatry*. 2011; 168: p. 97-97.

Andriesen S. Benefiting from back-translations. *Clinical Trial Management*. 2008. Eskuragarri: <http://www.medilingua.com/pdf/BackTranslationsICTSummer%202008.pdf>

APA American Psychiatric Association. Brief Rationale and Status of the Development of a Trait Dimensional Diagnostic System for Personality Disorder in DSM-5. 2010.

APA American Psychiatric Association. Rationale for a Revised “A” Criteria for Personality Disorders and the Levels of Personality Functioning. 2012.

Asnaani A., Chelminski I., Young, D., Zimmerman, M. Heterogeneity of borderline personality disorder: do the number of criteria met make a difference? *Journal of Personality Disorders*. 2007; 21(6): p. 615-625.

Baca Baldomero, E. & Roca Bennassar, M. Personalidad y trastorno de la personalidad: historia y evolución de los conceptos. En Roca Bennasar, M. & cols. (Eds.). *Trastornos de personalidad* Barcelona: Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica; 2004. p. 3-32.

Barrón A. Clase social, sexo y acontecimientos vitales estresantes . Cuadernos de trabajo social. Publicaciones Universidad Complutense de Madrid. 1989; 2: p. 47-57.

Bateman A., Fonagy P. Effectiveness of Partial Hospitalization in the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial *American Journal of Psychiatry*. 1999; 156: p. 1563-1569.

Bateman A. Fonagy P. Treatment of Borderline Personality Disorder With Psychoanalytically Oriented Partial Hospitalization. *Focus*. 2006; 4:p. 244-252.

Bender DS, Morey LC, Skodol AE. Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, Part I: a review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment*. 2011; 93:p. 332-346.

Besteiro J.L., Lemos S. , Muñiz J., García-Cueto E., Inda M. , Paíno M., Roces. M. Validez de constructo de los trastornos de la personalidad del DSM-IV. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2004; 4(2):p. 255-269.

Blanch Cañellas Magda, García Gómez M^a José, González Biescas Pilar, Mas Moix Eulàlia, Solé Sugrañes Mariona. Familia, sociedad y Trastorno Límite de Personalidad. *Revista de la fundación ACAI-TLP. Revista de l'Associació Catalana per l'Ajut i la Investigació del Trastorn Límit de la Personalitat*. 2005.

Bornstein Robert F. Reconceptualizing Personality Pathology in DSM-5: Limitations in Evidence for Eliminating Dependent Personality Disorder and Other DSM-IV Syndromes. *Journal of Personality Disorders*. 2011; 25(2): p. 235–247.

Bowlby, J. Attachment and Loss: Attachment. The International Psycho-Analytical Library. The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis. 1969; 1(79): p. 1-401.

Caballero Martínez L. Cultura y trastornos de la personalidad. En Roca Bennasar, M. & cols. Trastornos de personalidad. Barcelona: Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica; 2004: p. 145-185.

Campo-Arias, A., Herazo, E. (2010). Concordancia intra-e interevaluadores. Revista colombiana de psiquiatría. 2010; 39(2):p. 424-432.

Carrasco J.L., Díaz M. Biología de los trastornos de la personalidad. En Roca Bennasar, M. & cols. (Eds.). Trastornos de personalidad. Barcelona: Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. 2004: p. 91-104.

Catell, R.B. The scientific analyses of personality. Baltimore: Penguin.1965.

Chabrol H, Chouicha K, Montovany A, Callahan S. Symptoms of DSM IV borderline personality disorder in a nonclinical population of adolescents: study of a series of 35 patients. Encephale. 2001; 27(2): 120-7.

Chiesa M. Prediction of medium-term outcome in cluster B personality disorder following residential and outpatient psychosocial treatment. Psychother Psychosom. 2007; 76(6): p. 347-353.

Clark, L. A. Temperament as a unifying basis for personality and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*. 2005; 114: 505-521.

Clark, L.A. Assessment and diagnosis of personality disorder: Perennial issues and emerging conceptualization. *Annual Review of Psychology*. 2007; 58: 227-258.

Clark, Lee Anna, Krueger Robert F. Appendix B: Protocol for DSM-5 Field Trials in Academic/Large Clinic Settings. PA American Psychiatric Association. Rationale for a Six-Domain Trait Dimensional Diagnostic System for Personality Disorder. American Psychiatric Association. 2010.

Clarkin John F, Huprich Steven K. Do DSM-5 Personality Disorder Proposals Meet Criteria for Clinical Utility?. *Journal of Personality Disorders*. 2011; 25(2): 192-205.

Cloninger, C.R. A systematic method for clinical description and classification of personality variants: A proposal. *Archives of General Psychiatry*. 1987; 44: 573-588.

Cloninger, C.R., Svrakic, D.M. & Przybeck, T.R. A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*. 1993; 50: 975-990.

Cloninger C.R. Temperament and personality. *Current Opinion in Neurobiology*. 1994; 4: 226-73.

Costa PT, Mc Crae RR. Personality disorders and the Five-factor model of personality. *Journal of Personality Disorders*. 1990; 4: 362-371.

Costa PT Jr, McCrae RR. Bridging the gap with the Five-Factor Model. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2010; 1:127-130.

Cramer, V., Torgersen, S., & Kringlen, E. Personality disorders and quality of life: A population study. *Comprehensive Psychiatry*. 2006; 47: 178– 184.

Crawford MJ, Koldobsky N, Mulder R, Tyrer P: Classifying personality disorder according to severity. *Journal of Personality Disorders*. 2011; 25: p. 321-330.

Darrel A. Regier; William E. Narrow; Emily A. Kuhl; David J. Kupfer (2009). The Conceptual Development of DSM-V . *American Journal of Psychiatry*. 2009; 166: p. 645-650.

Dávila Wood W. Factores clínicos, biológicos y de personalidad en distintos grupos de trastorno bipolar. Leioa, Universidad del País Vasco. 2010.

Dávila Wood Wendy, Boyra Aizpea, Guimón José. Psychosocial functioning in patients with personality disorders: a review of the evidence-based research studies literatura. *Avances en Salud Mental Relacional, Órgano Oficial de expresión de la Fundación OMIE, Revista Internacional On-Line*. 2008;7(1)

Diccionario Oxford español-ingles; ingles-español. Oxford University Press. 2004.

DSM 5 development: 2013ko urtarrilean ikusita.

<http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>

Durbin C, Klein DN. Ten-year stability of personality disorders among outpatients with mood disorders. *Journal of Abnormal Psychology*. 2006; 115: p. 75-84.

Elhuyar Hiztegia. Erabilgarri: http://www.euskara.euskadi.net/r59-15172x/eu/hizt_el/index.asp

Esbec E. Echeburúa E. La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2011; 39(1):1-11.

Eysenck H. *Dimensions of personality*. London: Routledge and Kegan Paul. 1947.

Eysenck, H.J. *The Biological Basis of Personality*. Springfield: C. Thomas. 1967.

Eysenck, H. J., y Eysenck, M. W. *Personality and individual differences*. Nueva York: Plenum Press.1985.

Fenichel, O. *The psychoanalytic theory of neuroses*. New York: Norton, 1945.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.1997.

First, M. B.; Spitzer, R. "The DSM: not perfect, but better than the alternative". *Psychiatric Times*. 2003.

Frances A, First MB, Pincus HA, editors. DSM-IV, Guia de uso. Barcelona: Masson, Barcelona. 1997.

Frances, A . Opening pandora's box: 19 worst suggestions for dsm-5. UBM Medical Psychiatric Times. 2010.

Freud, S. Three Essays on the theory of sexuality. Sigmund Freud, Three Essays on the Theory of Sexuality Nueva York: Basic Books.1962: p. 1-130.

Gálvez Herrero Macarena, Mingote Adán Jose Carlos, Moreno Jiménez Bernardo. El paciente que padece un trastorno de personalidad en el trabajo. Medicina y Seguridad del Trabajo. 2010: 56 (220).

Gili M., Roca M. Modelos sobre los trastornos de la personalidad. En Roca Bennasar, M. & cols. (Eds.). Trastornos de personalidad. Barcelona: Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. 2004: p. 35-53.

Gintner Gary G., Barclay Linda, Clay Camille, Otis Gray, King Jason eta Edgerson LaMarr. DSM-5 Draft Comments: Third Period of Public Comment DSM-5 Task Force, American Mental Health Counseling Association. APA American Psychiatric Association. 2012.

Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, et al. Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2004; 65: p. 948–958.

Gray, J.A. *The neuropsychology of anxiety: an enquiry of the septo-hippocampal system*. Oxford. Oxford University Press. 1982.

Grilo CM, Shea MT, Sanislow CA, Skodol AE, Gunderson JG, Stout RL, Pagano ME, Yen S, Morey LC, Zanarini MC, McGlashan TH. Two-year stability and change in schizotypal, borderline, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting Clinical Psychology*. 2004; 72: p. 767-775.

Grilo CM, Sanislow CA, Shea MT, Skodol AE, Stout RL, Gunderson JG, Yen S, Bender DS, Pagano ME, Zanarini MC, Morey LC, McGlashan TH. Two-year prospective naturalistic study of remission from major depressive disorder as a function of personality disorder co-morbidity. *Journal of Consulting Clinical Psychology*. 2005; 73: p. 78-85.

González Trijueque David, Delgado Marina Sabino. Acoso laboral y trastornos de la personalidad: un estudio con el MCMI-II. *Clínica y Salud* 2008; 19(2).

Guerra, J., Haranburu, M. eta Sainz de Murieta, L.M. *Nortasunaren Psikologia*. Leioa: Argitaipen Zerbitzua. EHU.1998.

Guimón J. Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto . En: Guimón J. Salud Mental basada en las Pruebas. Leioa: Universidad del País Vasco. 2008: p. 319-343.

Guimón J. Eficacia de las intervenciones den psiquiatría de comunidad. En: Guimón J. Intervenciones en psiquiatría comunitaria. Biblioteca de la salud mental: 2001: 3: p. 167-178.

Guimón J. Salud Mental Relacional: concepto, etiología y diagnóstico. Biblioteca de Salud Mental. 2001: 1: p. 111-117.

Guimón J. Los prejuicios contra la psiquiatría. Biblioteca de Salud Mental. 2001: 5: p. 75-86

Guimón.J. (2006) Usos y abusos de las dimensiones y espectros en el diagnóstico psiquiátrico. *Avances en Salud Mental Relacional*: 2006: 5(2).

Guimón, J. *El diagnóstico no categorial en Psiquiatría*. Bilbao: OMIE Editorial: 2007.

Guimon, J Los límites de los diagnósticos categoriales. En El diagnóstico psiquiátrico no categorial. Relaciones, dimensiones y espectros. Editorial colección prometeo. 2007: p. 191-214.

Guimón, J.; Maruottolo, C.; Mascaró, A.; Boyra, A. (2007). Results of a brief crisis program for people with borderline personality disorders. *European Psychiatry*, 22 (1).

Guimón, J. Diagnóstico y clasificación en Salud mental. En *Salud Mental basada en las Pruebas*. Leioa: Universidad del País Vasco. 2008: p. 157-172.

Guimón J. Principales aproximaciones dinámicas en los trastornos límite de la personalidad. En Guimón J. Y Maruottolo C. *Psicoterapias dinámicas en el trastorno límite de la personalidad*. Editorial Eneida. 2012: p. 31-38.

Guimón J., Mascaró N., Sunyer M., Ayerra J.M., De Ros P., Sota E. El diagnóstico de familias, redes sociales e instituciones. En: Guimón J., Mezzich J.E., Berrios G.E. *Diagnóstico en Psiquiatría*. Barcelona. Salvat. 1988: 357-370.

Gunderson J. Revising the borderline diagnosis for DSM 5: An alternative proposal. *Journal of Personality Disorders*. 2010: 24(6): p. 694–708.

Guimón J., Maruottolo C., Mascaró N. La psicoterapia grupal dinámica intensiva y breve. En: Guimón J., Maruottolo C. *Psicoterapias dinámicas*. Editorial Eneida. 2012: 1: p. 63-89.

Helzer, J. et al. Dimensional approaches in diagnostic classification: refining the research agenda for DSM-V. American Psychiatric Association. 2008.

Hopwood C., Thomas K., Markon K., Wright A., Krueger R. DSM-5 Personality Traits and DSM-IV Personality Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*. APA. 2012.

Hopwood CJ, Malone JC, Ansell EB, Sanislow CA, Grilo, CM, Pinto, A, Markowitz, J C, Shea MT, Skodol AE, Gunderson JG, Morey LC.

Personality assessment in DSM-V: Empirical support for rating severity, style, and traits. *Journal of Personality Disorders*. 2011; 25: P. 305-320.

Ibañez E., Pelechano V. Personalidad. Colección Tratado de Psicología General 9. Madrid: Alhambra. 1989.

Jensen A.R. Estimation of the limits of heritability of traits by comparison of monozygotic and dizygotic twins. *P.N.A.S.* 1967; 58: p. 149-156.

Jensen, A.R. El nuevo interaccionismo en la psicología: Una discusión de los aspectos metodológicos. *Revista Latinoamericana de psicología*, Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá, Colombia. 1979; 11 (01): p. 65-75.

Jennings H.S.(1930). *The biological basis of human nature*. New York Norton Company, INC Publisherhs. 1930: p 43-247.

Kendler KS., Appelbaum PS., Bell CC., Fulford KW., Ghaemi SN, Schaffner KF. Issues for DSM-V: DSM V: should include a conceptual Issues Work Group. *American Journal of Psychiatry*. 2008; 165: 174-175.

Kraemer H, Periyakoil V, Noda A. Kappa coefficients in medical research. *Statistics in Medicine*. 2002; 21: p. 2109-2129.

Kraemer H, Kupfer D, Narrow W, Clarke D., Regier D. Moving Toward DSM-5: The Field Trials, *American Journal of Psychiatry*. 2010; 167: p. 1158-1160.

Kraemer H., Kupfer D. , Clarke D. , Narrow W. , Regier D. How Reliable Is Enough? *The American Journal of Psychiatry*. 2012; 169:p. 13-15.

Kretschmer, E. Körperbau und Charakter. 20^a edición. Berlin: Springer. [*Constitución y Carácter*. Barcelona: Labor].-en aipatua 1953.

Krueger, R. F., Skodol, A. E., Livesley, W. J., Shrout, P., & Huang, Y. Synthesizing dimensional and categorical approaches to personality disorders: Refining the research agenda for DSM-V Axis II. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2007; 16(1): p. 65-73.

Krueger, R. F., Eaton, N. R., Clark, L. A., Watson, D., Markon, K. E., Derringer, J., Skodol, A., & Livesley, W. J. Deriving an empirical structure of personality pathology for DSM-5. *Journal of Personality Disorders*. 2011; 25: p. 170-191.

Levy, K. N., & Blatt, S. J. Attachment Theory and Psychoanalysis: Further Differentiation Within Insecure Attachment Patterns. *Psychoanalytic Inquiry*. 1999; 19: p. 541-575.

Linehan M. Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York: Guilford Press.1993.

Livesley W., Schroeder M., Jackson D., Jang K. Categorical distinctions in the study of personality disorder: Implications for classification. *Journal of Abnormal Psychology*. 1994: 103(1): p. 6-17.

Livesley W. Behavioral and molecular genetic contributions to a dimensional classification of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*. 2005: 9(2): p. 131-55.

López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson. 2002.

López-Ibor. CIE 10: Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Meditor. 1992:1.

Lyons J, Stutesman J, Neme J. Predicting psychiatric emergency admissions and hospital outcome. *Medical Care*. 1997: 35: p. 792-800.

Maruottolo C. Los trastornos de personalidad y los cambios propuestos en la reconceptualización para el DSM5.controversias y coincidencias. *Avances en Salud Mental Relacional*. 2011: 10(1).

Maruottolo C., Landeta O., Guimón M., Ozamiz N. Resultado de los trabajos de campo realizados en pacientes con trastornos de personalidad en la reconceptualización para el DSM-5. *Avances en Salud Mental Relacional*. Fundación OMIE. 2012: 11 (1).

Mascaró Norberto. *La inclusión de la familia en el tratamiento de los trastornos límites de la personalidad*. En *Psicoterapias dinámicas en el trastorno límite de la personalidad*. Editorial Eneida. 2012:1: p. 105-114.

Millon, T. *Toward a new personology: An evolutionary model*. New York: Wiley. 1990.

Millon, T. & Everly, G. *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca. 1994.

Millon, T. & Davis, R. *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson. 1998.

Millon, T. *Toward a new model of integrative psychotherapy: Psychosynergy*. *Journal of Psychotherapy*. 2000.

Millon, T. *Assessment is not enough: The SPA should participate in constructing a comprehensive clinical science of personality*. *Journal of Personality Assessment*. 2002: 78(2): p. 209-218.

Morales Vallejo, Pedr. Estadística aplicada a las ciencias sociales. La fiabilidad de los tests y escalas. Madrid: Universidad Pontificia Comillas. 2007.

Moran M. DSM-5 Developers Propose New System for Diagnosing Personality Disorders. *Psychiatric News*. 2011: 46 (18) : p. 1-18.

Moreno-Jiménez, B., Rodríguez, A. y Garrosa, E. El papel moderador de la asertividad y la ansiedad social en el acoso psicológico en el trabajo: dos estudios empíricos. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 2006: 22(3): p. 363-380.

Morris Student Plus Hiztegia. Erabilgarri; <http://www1.euskadi.net/morris/>.

Murphy, Gardner. *Personality: A biosocial approach to origins and structure*. New York Harper. 1947: p. 391-413.

Muñoz A., Sánchez M. Estructura de la familia de origen del trastorno límite de la personalidad. *Ajayu*. 2006: 4 (1).

Norman, W. T. y Goldberg, L. R. Raters, ratees, and randomness in personality structure. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1966: 4: p. 681-691.

Nuttin J. *La structure de la personnalité*. Paris: Presses Universitaires de France. 1965.

Oldham J., Glen O., Marcia K., Gunderson J., Soloff P., Spiegel D., Stone M., Phillips K. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2001: 1581-1652.

Oliver P. John, Sanjay Srivastava. The Big-Five Trait Taxonomy: History, Measurement, and Theoretical Perspectives. En L. Pervin and O.P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* New York: Guilford. 1992: 2.

Paris J. Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Services*. 2002: 53(6): p. 738-742.

Paris J. Is hospitalization useful for suicidal patients with borderline personality disorder? *Journal of Personality Disorders*. 2004: 18(3): p. 240-7.

Pascual J, Córcoles D, Castaño J, Ginés J, Gurrea A, Martín-Santos R, et al. Hospitalization and Pharmacotherapy for Borderline Personality Disorder in a Psychiatric Emergency Service. *Psychiatric Services*. 2007: 58.

Pavlov IP. *Actividad nerviosa superior*. Barcelona: Ediciones Fontanella. 1954.

Pérez Urdániz. Epidemiología. En Roca Bennasar, M. & cols. (Eds.). *Trastornos de personalidad*. Barcelona: Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. 2004: p. 35-53.

Pervin, L.A. Personalidad: controversias, problemas y tendencias actuales. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*. 1988. 19 (20): p. 73-99.

Pies R. How To Eliminate Narcissism Overnight: DSM-V and the Death of Narcissistic Personality Disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*. 2011: 8(2): p. 23-7.

Pilkonis PA, Hallquist MN, Morse JQ, Stepp SD: Striking the (im)proper balance between scientific advances and clinical utility: commentary on the DSM-5 proposal for personality disorders. *Personal Disord*. 2011: 2: p. 68-82.

Pincus AL. Some comments on nomology, diagnostic process, and narcissistic personality disorder in the DSM-5 proposal for personality and personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2011: 2 p. :41-53.

Pols H. August Hollingshead and Frederick Redlich: Poverty, Socioeconomic Status, and Mental Illness. *American Journal of Public Health*. 2007: 97(10): 17-55.

Rey J. Proposed changes to the psychiatric classification: towards DSM5. *Australasian Psychiatry*. 2010: 18(4): p. 309-13.

Ronningstam E. Narcissistic personality disorder in DSM-V-in support of retaining a significant diagnosis. *Journal of Personality Disorders*. 2011: 25(2): p. 248–259.

Rottman BM, Ahn WK, Sanislow CA, Kim NS. Can clinicians recognize DSM-IV personality disorders from five-factor model descriptions of patient cases? *American Journal of Psychiatry*. 2009; 166(4): p. 427-33.

Sánchez Roberto Oscar. Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología. *Psico-USF*. 2003; 8(2): p. 163-173

Douglas B. Samuel eta Thomas A. Widiger. A Meta-Analytic Review of the Relationships Between the Five-Factor Model and DSM-IV-TR Personality Disorders: A Facet Level Analysis. *Clinical Psychology Review*. 2008; 28(8): p. 1326–1342.

Sanjuán Arias, Moltó M.D. Trastornos de la personalidad: genética y evolución. Roca Bennasar, M. & cols. (Eds.). *Trastornos de personalidad*. Barcelona: Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. 2004: p. 61-63.

Selva G. , Bellver F., Carabal E.. Epidemiología del Trastorno Límite de la Personalidad. En Cervera G., Haro G., Martínez-Raga J. *Trastorno Límite de la personalidad: Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2005. p. 17-39.

Shedler J., Beck A., Fonagy P., Gabbard G.O., Gunderson J., Kernberg O, Michels R. and Westen D. Personality Disorders in DSM-5. *The American Journal of Psychiatry*. 2010; 167 (9).

Shedler, J.; Westen, D. Refining personality disorder diagnosis: integrating science and practise. *American Journal of Psychiatry*. 2004: 161: p. 1350-1365.

Shedler J, Westen D. Dimensions of personality pathology: an alternative to the five-factor model. *American Journal of Psychiatry*. 2004: 161(10):p. 1743-1754.

Sheldon W.H. *Las variedades del temperamento*. Biblioteca de Psicología de la Personalidad. Paidós, Buenos Aires. 1960.

Siever, Larry J.; Davis, Kenneth L. A psychobiological perspective on the personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*. 1991: 148(12): p. 1647-1658.

Skinner B.F. *About behaviorism*. New York: Alfred A. Knopf, 1974. Edición en castellano: *Sobre el conductismo*. Barcelona: Fontanella, 1975.

Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*. 2002: 51(12): p. 936-50

Skodol, A.E.; Gunderson, J. G. Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2002: 159(2): p. 276-83.

Skodol AE, Clark LA, Bender DS, Krueger RF, Morey LC, Verheul R, Alarcon RD, Bell CC, Siever LJ, Oldham JM. Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5, part I: Description and rationale. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* a. 2011; 2: p. 4-22.

Skodol AE, Bender DS, Oldham JM, Clark LA, Morey LC, Verheul R, Krueger RF, Alarcon RD, Siever L. Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5, part II: Clinical application. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* b. 2011; 2: p. 23-40.

Skodol AE, Bender DS, Morey LC, Clark LA, Oldham JM, Alarcon RD, Krueger RF, Verheul R, Bell CC, Siever LJ. Personality disorder types proposed for DSM-5. *Journal of Personality Disorders* c. 2011; 25: p. 136-169.

Skodol, A. E., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., Dyck, I. R., Stout, R. L., Bender, D. S., et al. Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2002; 159: p. 276–283.

Skodol Andrew , Bender Donna , Morey Leslie , Clark Lee Anna, Oldham John M., Alarcon Renato , Krueger Robert , Verheul Roel, Bell Carl , and Siever Larry. Personality Disorder Types Proposed for DSM-5. *Journal of Personality Disorders*. 2011; 25(2): p. 136–169.

Soeteman DI, Hakkaart-van Roijen L, Verheul R, & Busschbach JJ. The economic burden of personality disorders in mental health care. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2008; 69: p. 259-265.

Spitzer RL; Forman JBW; Nee J: DSM-III field trials, I: initial interrater diagnostic reliability. *Am J Psychiatry* . 1979: 136: p. 815–817.

Spitzer, R. L., First, M. B., Shedler, J., Westen, D., & Skodol, A. E. Clinical utility of five dimensional systems for personality diagnosis: A “consumer preference” study. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2008: 196: p. 356–374.

Sprock J. Dimensional versus categorical classification of prototypic and nonprototypic cases of personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2003: 59(9): p. 991-1014.

Torgersen, S., Czajkowski, N., Jacobson, K., Reichborn-Kjennerud, T., Roysamb, E., Neale, M. C., et al. Dimensional representations of DSM IV cluster B personality disorders in a population- based sample of Norwegian twins: A multivariate study. *Psychological Medicine*. 2008: 38: p. 1617–1625.

Torgersen, S., Edvardsen, J., Øien, P. A., Onstad, S., Skre, I., Lygren, S., et al. Schizotypal personality disorder inside and outside the schizophrenic spectrum. *Schizophrenia Research*. 2002: 54: p. 33–38.

Trull, Timothy J., Widiger, Thomas A., Guthrie, Pamela. Categorical versus dimensional status of borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 1990: 99(1): p. 40-48.

Trull, T. J., & Durrett, C. A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2005: 1: p. 355-380.

Trull TJ, Distel MA, Carpenter RW. DSM-5 Borderline personality disorder: At the border between a dimensional and a categorical view. *Current Psychiatry Report*: 2011; 13(1): p. 43-9.

Tyrer, P. Borderline personality disorder: a motley diagnosis in need of reform. *Lancet*. 1999; 354: p. 2095 -2096.

Ulrich, S., Farrington, D. P., & Coid, J. W. Dimensions of DSM-IV personality disorders and life success. *Journal of Personality Disorders*. 2007; 21: p. 657– 663.

UZEI psikologia hiztegia. Donostia. Elkar 1980.

Vidal Castro, C; Palomo Nicolau, A. Evolución del concepto de esquizotaxia. *Psiquiatría Biológica* . 2005; 12 (3): p. 106-16.

Watson J. "Behaviorism" (Revised edition). Chicago: University of Chicago Press.1930.

Watson David eta Clark Lee Anna, Chmielewski Michael. Structures of Personality and Their Relevance to Psychopathology: II. Further Articulation of a Comprehensive Unified Trait Structure. *Journal of Personality*. 2008; 76 (6): p. 1545-1586.

Westen, D. The self in borderline personality disorder: a psychodynamic perspective. In Z. V. Segal & S. J. Blatt. The self in emotional distress. New York: Guilford Press. 1993: p. 334–360.

Westen D, Shedler J, Bradley R. A prototype approach to personality disorder diagnosis. American Journal of Psychiatry. 2006; 163: p. 846-856.

Widiger Thomas., Huprich Steven, Clarkin John. Proposals for DSM-5: Introduction to Special Section of Journal of Personality Disorders. Journal of Personality Disorders. 2011; 25(2): p. 135-135.

Zehazki gaztelania-euskera hiztegia. Erabilgarri: <http://ehu.es/ehg/zehazki/>.

Zimmerman M, Rothchild L, Chelminski I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. American Journal of Psychiatry; 2005; 162: p. 1911-1918.

Zimmermann Johannes, Ehrental Johannes C., Cierpka Manfred, Schauenburg Henning, Doering Stephan, Benecke Cord. Assessing the Level of Structural Integration Using Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD): Implications for DSM–5. Journal of Personality Assessment, Online publication date: 18-Jul-2012.

Zumalabe, J. M. El estudio de la personalidad. Ideas directrices y controversias. Bilbao: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea. 1993.

Zuckerman, M. Good and Bad Humors: Biochemical Bases of Personality and Its Disorders. *Association for Psychological Science*. 1995: 6: p. 325-332.

Zuckerman, M., Kuhlman, D. M., Teta, P., Joireman, J., & Kraft, M. A comparison of three structural models of personality: The big three, the big five, and the alternative five. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1993: 65: p. 757–768.

Zupiria Xabier. *Psikologiako gaiak osasun-profesionalentzat*. EHU/UPV. 2004.

9. ERANSKINAK

1. Eranskina

PROIEKTUAN PARTE HARTZEKO BAIMENA: DSM-5EKO IRIZPIDEEN BALIDAZIOA

Ziurrenez hurrengo baimen orriak ulertzen ez dituzun kontzeptu edo hitzak izango ditu. Mesedez, eskatu iezaiozu kliniko ikertzaileari, edo ikerketaren laguntzaileari argi ulertzen ez dituzun hitz, kontzeptu edo informazioa azal diezazun.

HELBURUA ETA JUSTIFIKAZIOA

DSM5eko irizpideen baliagarritasun proiektuan parte hartu eta kolaboratzera gonbidatuta zaude, hurrengo profesionalek burutuko dutelarik:

José Guimón - Carlos López – Agurtzane Ortiz –Naiara Ozamiz

Erakundeak: AMSA Bilbo- Bizkaia, Basurtoko Ospitalea

Helburua, DSM-5ean proposaturiko irizpide berrien baliagarritasuna eta fidagarritasuna euskara hizkuntzan ebaluatzea da, eta era berean, eguneroko praktika klinikoan, bere erabilgarritasuna ezagutzea.

PROZEDURAK

Ikerketa hau, soilik 18 urte baino nagusiagoak diren pertsonengan burutuko da soilik. Proiektu honetan parte hartzea erabakitzen baduzu, hurrengo prozeduretan parte hartzea esan nahi izango du:

Prozedura Klinikoak:

1. Bakarkako bi elkarrizketa kliniko egingo dira. Elkarrizketa hauek talde klinikoko psikologo batek egingo ditu, gutxi gora behera 20 minutuko iraupena izango duelarik. Gainera, taldeko kideek, beharrezkoa ikusten badute, historial klinikoaren kopia eskatu ahal izango diote arreta medikua eman dizuten profesional eta erakundeei.

BABESPEKOTASUNA

Elkarrizketetako informazio pertsonala, historial klinikoa eta hartutako informazio gutzia babesturik egongo da eta soilik ikerketa honen helburuetarako erabiliko da, zure identitatea ere babestuko delarik.

ONURAK

1. Ikerketa honen emaitzek DSM-5eko irizpide berrien erabilera erraztu dezakete, euskaraz hitz egiten duen jendetzan.
2. Ikerketa honek ez du onura ekonomikorik bilatzen, ez ikertzaileentzat, ezta proiektuan parte hartzen duten pertsonentzat ere.
3. Aurkikuntza zientifiko esanguratsuak emango balira, proiektu honetan parte hartu duten pertsona eta familiei, komunitate zientifiko nazional eta internazionalari, eta komunitateari orokorrean erakutsiko zaizkie .

ESPEROTAKO ERAGOZPEN ETA ARRISKUAK

Programa honek eta bere proiektuek legeak ezarritako betekizun eta legeak betetzen ditu, Helsinkiko deklarazioarekin betetzen duelarik ere (2.000ko berrikuspena) eta Munduko Osasun Antolamendurako Ikerketa Biomedikoen Lege Etiko Internazionalenak ere (1996). **Arrisku Minimoko Ikerketa** bezala sailkatu dago.

Gauzaturiko elkarrizketek nekea sor dezakete, gainera, berriro geratzeko eskatu diezazukete, informazio gehiago eskuratzeko. Hau, ebaluazio bakar batean beharrezko datu guztiak lortu ezin daitezkeenean gertatuko da.

Egindako galdera batzuk gogaikarriak izan daitezke, zure bizitza pertsonal edo familiarrari buruzkoak, edo gogoratu nahi ez dituzun gertaerei buruzkoak izan daitezkeelako. Erantzuteko ala ez erantzuteko askatasuna daukazu.

PARTEHARTZE BOLONDRESA

Programa honetan duzun parte-hartzea bolondresa da. Zure ukapenak ez du gure zerbitzuen tratamendu edo onuretan kalterik egingo. Edozein momentutan aldentzeko aukera daukazu, azalpenik eman gabe, eta behar duzun arreta medikuaren kalte edo galerarik gabe.

Ikerketa honetan parte hartzea onartzen baduzu, hurrengo baimen orria sinatu beharko duzu, inprimakia irakurri duzula, eta zure medikuak eta ikerketako profesionalek zure galdera guztiei erantzun dietela baieztatuz. Galdesorta honek edozein ebaluazio aurrera eraman baino lehen sinatu behar da.

TESTU HAU IRAKURRI ETA ULERTU DUDALA , ESKATU DITUDAN
INSTRUKZIOAK EMAN ZAIZKIDALA, DOKUMENTU HONEN KOPIA BAT JASO
DUDALA ETA “ **DSM-5ko diagnostiko irizpideen balioztatzea**” PROIEKTUAN PARTE
HARTZEKO BAIMENA BOLONDRESA DELA JAKINARAZTEN DUT

IZENA _____

DNI _____

SINADURA _____

DATA _____

IKERTZAILEAREN IZENA _____

SINADURA _____

DATA _____

DATU SOZIODEMOGRAFIKOAK			
EXP. ZENBAKIA	DATA	IZENA	TELEFONOA

HELBIDEA:	EGOERA ZIBILA: <input type="checkbox"/> Ezkongabea <input type="checkbox"/> Ezkondua <input type="checkbox"/> Banandua/dibortziatua <input type="checkbox"/> Alarguna <input type="checkbox"/> Ez da ezagutzen	SEME-ALABAK: <input type="checkbox"/> BAI <input type="checkbox"/> EZ <input type="checkbox"/> EZ DAKIT SEME-ALABA KOPURUA:
ADINA:		NEBA-ARREBA KOPURUA:
ELKARBIZI ZAREN PERTSONA KOPURUA		
ELKARBIZITZE MOTA <input type="checkbox"/> Bakarrik <input type="checkbox"/> Gurasoekin <input type="checkbox"/> Seme-alabekin <input type="checkbox"/> Ez da ezagutzen <input type="checkbox"/> Ezkonlagunarekin <input type="checkbox"/> Familia-kideekin <input type="checkbox"/> Egoitza, Pisu babestua edo pentsioa <input type="checkbox"/> Beste batzuk		
FAMILIAKO MAILA SOZIOEKONOMIKOA <input type="checkbox"/> Altua <input type="checkbox"/> Ertaina <input type="checkbox"/> Baxua	IKASKETA MAILA <input type="checkbox"/> Analfabetoa <input type="checkbox"/> Ikasketarik gabekoa (idatzi eta irakurtzen du) <input type="checkbox"/> Hezkuntza berezia <input type="checkbox"/> Lehenengo Hezkuntza, EGB (1. Etapa), 6.EGB <input type="checkbox"/> Oinarrizko batxilerra, EGB, (2.Etapa), 8.EGB, DBH <input type="checkbox"/> Heziketa profesionala <input type="checkbox"/> Unibertsitate ikasketak	
INZIDENTZIA LEGALAK <input type="checkbox"/> BAI <input type="checkbox"/> EZ <input type="checkbox"/> EZ DA EZAGUTZEN	LAN EGOERA <input type="checkbox"/> Lanean <input type="checkbox"/> Jubilatu/pensionista <input type="checkbox"/> 1. Lana bilatzen <input type="checkbox"/> Etxeko Lanak <input type="checkbox"/> Langabetua <input type="checkbox"/> Ez aktibo <input type="checkbox"/> Ikaslea <input type="checkbox"/> Ez da ezagutzen <input type="checkbox"/> Besteak <input type="checkbox"/> Lan-esperientzia <input type="checkbox"/> Ez <input type="checkbox"/> Bai	
MINUSBALIA <input type="checkbox"/> BAI <input type="checkbox"/> EZ <input type="checkbox"/> EZ DA EZAGUTZEN	EGOERA JURIDIKOA <input type="checkbox"/> Tutela <input type="checkbox"/> Kuratela <input type="checkbox"/> Bat ere ez <input type="checkbox"/> Ez da ezagutzen	
NAZIONALITATEA:		JAIoTERRIA:
DSM IV DIAGNOSTIKOA:		

2. Eranskina: DSM- KO NORTASUNAREN EBALUAZIO FORMATUAK

1.Aukera:

NORTASUNAREN FUNTZIONAMENDU MAILAK

Adierazi ahalik eta zehatzen gaixoaren nortasunaren funtzionamendu maila

- _____ 0 – Kalterik edo narriadurarik gabe
- _____ 1 – Kalte edo narriadura txikia
- _____ 2 – Kalte edo narriadura moderatua
- _____ 3 – Kalte edo narriadura larria
- _____ 4 – Muturreko kaltea edo narriadura

EREDAURI EGOKITURIKO PROFILA

Adierazi hurrengo ereduetatik zein mailatan egokitzen den gaixoa nahasteen deskribapenetara

Antisozial/ Psikopatikoa

- 5 Oso ona: Gaixoa eredu honen adibidea da
- 4 Ona: Gaixoa eredu honetara esanguratsuki hurbiltzen da
- 3 Moderatuki: Gaixoak eredu honen ezaugarri nabarmenak ditu
- 2 Baxua: Gaixoak eredu honen ezaugarri gutxi batzuk ditu
- 1 Bat ere ez: Gaixoak ez du deskribapen honekin zerikusirik

Saiheskorra

- 5 Oso ona: Gaixoa eredu honen adibidea da
- 4 Ona: Gaixoa eredu honetara esanguratsuki hurbiltzen da
- 3 Moderatuki: Gaixoak eredu honen ezaugarri nabarmenak ditu
- 2 Baxua: Gaixoak eredu honen ezaugarri gutxi batzuk ditu
- 1 Bat ere ez: Gaixoak ez du deskribapen honekin zerikusirik

Borderline

- 5 Oso ona: Gaixoa eredu honen adibidea da
- 4 Ona: Gaixoa eredu honetara esanguratsuki hurbiltzen da
- 3 Moderatuki: Gaixoak eredu honen ezaugarri nabarmenak ditu
- 2 Baxua: Gaixoak eredu honen ezaugarri gutxi batzuk ditu
- 1 Bat ere ez: Gaixoak ez du deskribapen honekin zerikusirik

Obsesibo- Konputsiboa

- 5 Oso ona: Gaixoa eredu honen adibidea da
- 4 Ona: Gaixoa eredu honetara esanguratsuki hurbiltzen da
- 3 Moderatuki: Gaixoak eredu honen ezaugarri nabarmenak ditu
- 2 Baxua: Gaixoak eredu honen ezaugarri gutxi batzuk ditu
- 1 Bat ere ez: Gaixoak ez du deskribapen honekin zerikusirik

Eskizotipikoa

- 5 Oso ona: Gaixoa eredu honen adibidea da
- 4 Ona: Gaixoa eredu honetara esanguratsuki hurbiltzen da
- 3 Moderatuki: Gaixoak eredu honen ezaugarri nabarmenak ditu
- 2 Baxua: Gaixoak eredu honen ezaugarri gutxi batzuk ditu
- 1 Bat ere ez: Gaixoak ez du deskribapen honekin zerikusirik

EZAUGARRIEN PROFILA

Zerrendatu 3rekin puntuaturiko ezaugarriak. (erabat deskribatzaileak)

Zerrendatu 2rekin puntuaturiko ezaugarriak. (moderatuki deskribatzaileak)

NORTASUNAREN NAHASTEAK (301.XX)

Gaixoak, Nortasunaren nahasterako irizpide orokorrak betetzen ditu?

_____EZ_____BAI

2.aukera:

NORTASUNAREN FUNTZIONAMENDU MAILAK

Adierazi gaixoaren nortasunaren funtzionamendu maila ahalik eta zehatzen karakterizatzen duena:

- _____0 – Kalterik edo narriadurarik gabe
- _____1 – Kalte edo narriadura txikia
- _____2 – Kalte edo narriadura moderatua
- _____3 – Kalte edo narriadura larria
- _____4 – Muturreko kaltea edo narriadura

EZAUGARRIEN PERFILA

Zerrendatu 3rekin puntuaturiko ezaugarriak. (erabat deskribatzaileak)

Zerrendatu 2rekin puntuaturiko ezaugarriak. (moderatuki deskribatzaileak)

EREDAURI EGOKITURIKO PERFILA

Adierazi hurrengo eruedetatik zein mailatan egokitzen den gaixoa

Antisoziala/Psikopatikoa

- 5 Oso ona: Gaixoa eredu honen adibidea da
- 4 Ona: Gaixoa eredu honetara esanguratsuki hurbiltzen da
- 3 Moderatuki: Gaixoak eredu honen ezaugarri nabarmenak ditu
- 2 Baxua: Gaixoak eredu honen ezaugarri gutxi batzuk ditu
- 1 Bat ere ez: Gaixoak ez du deskribapen honekin zerikusirik

Saiheskorra

- 5 Oso ona: Gaixoa eredu honen adibidea da
- 4 Ona: Gaixoa eredu honetara esanguratsuki hurbiltzen da
- 3 Moderatuki: Gaixoak eredu honen ezaugarri nabarmenak ditu
- 2 Baxua: Gaixoak eredu honen ezaugarri gutxi batzuk ditu
- 1 Bat ere ez: Gaixoak ez du deskribapen honekin zerikusirik

Borderline

- 5 Oso ona: Gaixoa eredu honen adibidea da
- 4 Ona: Gaixoa eredu honetara esanguratsuki hurbiltzen da
- 3 Moderatuki: Gaixoak eredu honen ezaugarri nabarmenak ditu
- 2 Baxua: Gaixoak eredu honen ezaugarri gutxi batzuk ditu
- 1 Bat ere ez: Gaixoak ez du deskribapen honekin zerikusirik

Obsesibo- Konputsiboa

- 5 Oso ona: Gaixoa eredu honen adibidea da
- 4 Ona: Gaixoa eredu honetara esanguratsuki hurbiltzen da
- 3 Moderatuki: Gaixoak eredu honen ezaugarri nabarmenak ditu
- 2 Baxua: Gaixoak eredu honen ezaugarri gutxi batzuk ditu
- 1 Bat ere ez: Gaixoak ez du deskribapen honekin zerikusirik

Eskizotipikoa

- 5 Oso ona: Gaixoa eredu honen adibidea da
- 4 Ona: Gaixoa eredu honetara esanguratsuki hurbiltzen da
- 3 Moderatuki: Gaixoak eredu honen ezaugarri nabarmenak ditu
- 2 Baxua: Gaixoak eredu honen ezaugarri gutxi batzuk ditu
- 1 Bat ere ez: Gaixoak ez du deskribapen honekin zerikusirik

NORTASUNAREN NAHASTEA (301.XX)

Gaixoak, Nortasunaren nahasterako irizpide orokorrak betetzen ditu?

_____EZ_____BAI

(Mesedez, egin iruzkinak bi ebaluazio formatuak konparatuz)

3. Eranskina

1. Zeharkako neurketa

Argibideak: Behean dauden galderak azkenengo 2 asteetan arduratu ahal izan zaituzten gaiei buruzkoak dira. Bete orrialde honetako 14 galderak eta ondoren taularen azpiko argibideekin jarraitu .

Norberaren edo informatzailearen balorazioa	Bat ere ez Inoiz ere ez	Oso gutxi noizean behin, egun 1 edo 2 baino gutxiagotan	Gutxi (Egun batzuetan)	Moderatuki (Egunen erdia baino gehiago)	Asko (Ia egunero)
Azkenengo 2 asteetan, zenbat arduratu zaituzte hurrengo arazoek:					
1. Gauzak egiteko orduan interes edo gozamen gutxi.	0	1	2	3	4
2. Triste, lur jota edo esperantzarik gabeko sentimendua.	0	1	2	3	4
3. Suminkortasun, umore txar edo haserrekortasun sentimendua	0	1	2	3	4
4. Urduritasun, antsietate, ikara, beldur, edo urduritasun handiko sentimendua.	0	1	2	3	4
5. Kezka gelditzeko edo kontrolatzeko gaitasun eza.	0	1	2	3	4
6. Arduratzen zintuzten egoerak saihestu dituzu, besteek antzeko ardurekin egingo luketena baino gehiago	0	1	2	3	4
7. Azalpenik gabeko minak (adb.: buruan, bizkarrean, artikulazioetan, abdomenean, hanketan)	0	1	2	3	4
8. Zure gaixotasunak serio s ki hartzen ez direlako sentimendua	0	1	2	3	4
9. Zeure buruari zauriak egiteko pentsamenduak.	0	1	2	3	4
10. Beste pertsona batzuek entzun ezin ditzaket en gauzak entzun dituzu, hala nola, ahotsak inguruan inor ez badago ere.	0	1	2	3	4
11. Norbaitek zure pentsamenduak entzun ditzakeelako sentimendua, edo zuk beste pertsona batek pentsatzen duena entzun dezakezulako sentimendua	0	1	2	3	4
12. Alkohola edateko edo beharrezkoa sentitzen duzun beste substantzia bat hartzeko desira handia, edo hau lortzeko pentsamendua ezin gelditzearen sentimendua	0	1	2	3	4
13. Lo kalitatean eragina duten lo arazoak.	0	1	2	3	4
14. Memoria arazoak (adb.: informazio berria ikaste an) , edo kokapenarekin (adb.: etxerako bidea aurkitu)	0	1	2	3	4

>1. edo 2. galderan 2 edo 2 baino altuago markatu badu, orduan osatu **PROMIS Ezinegon Emozionala- Depresioa- galdesorta laburra** (2. orrian)

-> HORRELA EZ BADA , baina 3. galderan 2 EDO ALTUAGO markatu badu , osatu **PROMIS AMORRUA** (3. orrian)

--> HORRELA EZ BADA, baina 4. , 5. edo 6. galderan 2 EDO ALTUAGO markatu badu, osatu **PROMIS ANTSIETATEA** (4. orrian)

---> HORRELA EZ BADA, baina 9. galderan 2 EDO ALTUAGO markatu badu, **medikuek Buru-hilketa Arrisku Eskala Klinikoa BETE BEHAR DUTE** (8. orrian)

----> HORRELA EZ BADA, baina 10. edo 11. galderan 2 EDO ALTUAGO markatu badu, **medikuek Psikosi Eskala klinikoa BETE BEHAR DUTE** (8. orrian)

-----> HORRELA EZ BADA, baina 12. galderan 2 EDO ALTUAGO markatu badu, osatu **2. Maila Substantzien Erabileraren Eskala** (5. orrian)

-----> HORRELA EZ BADA, baina 13. galderan 2 EDO ALTUAGO markatu badu, osatu **2. Maila Loaren Nahaste Galdesorta** (pageX) TBD

----->HORRELA EZ BADA, baina 14. galderan 2 EDO ALTUAGO markatu badu, **medikuek 2. Mailako Eskala Kognitiboa osatu BEHAR DUTE** (pageX) TBD

-----> **BESTELA, OSATU WHODAS- II** (6. orria)

2. maila, Pazienteak ebaluaturikoa, Depresioaren zeharkako neurketa
 PROMIS Ezinegon Emozionala- Depresioa- Galdesorta laburra

Argibideak: Mesedez, osatu ezazu atal hau 1. Mailako zeharkako neurketako galdesortako 1. edo 2. galderetan 2 edo gehiago erantzun baduzu. Horrela ez bada, joan hurrengo orrialdera mesedez.

Mesedez, erantzun item guztiei lerro bakoitzean laukitxo bat markatuz.

Azkenengo 7 egunetan...		Inoiz ere ez	Oso gutxitan	Batzuetan	Sarritan	Beti
EDDEP04	Ezerez sentitu naiz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
EDDEP05	Sentitu dut ez dudala ezer ilusioz espero	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
EDDEP06	Ezgai edo ezgauza sentitu naiz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
EDDEP17	Triste sentitu naiz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
EDDEP22	Porrot egin izan banu bezala sentitu naiz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
EDDEP29	Deprimiturik sentitu naiz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
EDDEP36	Zoritxarreko sentitu naiz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
EDDEP41	Etsita sentitu naiz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

-> HORRELA EZ BADA , baina 3. galderan 2 EDO ALTUAGO markatu badu , osatu **PROMIS AMORRUA** (3. orrian)

--> HORRELA EZ BADA, baina 4. , 5. edo 6. galderan 2 EDO ALTUAGO markatu badu, osatu **PROMIS ANTSIETATEA** (4. orrian)

-----> HORRELA EZ BADA, baina 12. galderan 2 EDO ALTUAGO markatu badu, osatu **2. Maila Substantzien Erabileraren Eskala** (5. orrian)

-----> HORRELA EZ BADA, baina 13. galderan 2 EDO ALTUAGO markatu badu, osatu **2. Maila Loaren Funtzionamendu Galdesorta** (pageX) TBD

-----> **BESTELA, OSATU WHODAS -II** (6. orria)

2. Maila Pazienteek auto ebaluatutako zeharkako amorruren neurketa

Larritasun Emozionala -Amorrua- Galdesorta- laburra

Argibideak: Mesedez, osatu ezazu atal hau 1.mailako zeharkako neurketako galdesortan, 3. galderan, 2 edo gehiago markatu baduzu. Horrela ez bada, joan zaitez mesedez hurrengo orrialdera.

Mesedez, erantzun item guztiak, lerro bakoitzean lauki bat betez

Azkenengo 7 egunetan...		Inoiz ere ez	Oso gutxitan	Batzuetan	Sarritan	Beti
EDANG03	Jendeak nabaritu duena baino haserreago sentitu naiz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
EDANG06	Zerbaitetan pentsatze hutsak haserre jarri nau	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
EDANG09	Haserreturik sentitu naiz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
EDANG15	Eztanda egingo dudala sentitu dut	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
EDANG25	Haserreturik egon naiz ordu batzuetan zehar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
EDANG28	Egon beharko nintzatekeena baino haserretuagoa sentitu naiz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
EDANG30	Kexuka ibili naiz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
EDANG35	Haserrekor sentitu naiz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

--> HORRELA EZ BADA, baina 4. , 5. edo 6. galderan 2 EDO ALTUAGO markatu badu, osatu **PROMIS ANTSIETATEA** (4.orrian)

-----> HORRELA EZ BADA, baina 12. galderan 2 EDO ALTUAGO markatu badu, osatu **2. Maila Substantzien Erabileraren Eskala** (5. orrian)

-----> HORRELA EZ BADA, baina 13. galderan 2 EDO ALTUAGO markatu badu, osatu **2. Maila Loaren Funtzionamendu Galdesorta** (pageX) TBD

-----> **BESTELA, OSATU WHODAS- II** (6.orria)

2. Maila: Pazienteek auto ebaluaturiko zeharkako antsietatearen neurketa

Larritasun Emozionala -Antsietatea- galdesorta laburra

Argibideak: Mesedez, osatu ezazu atal hau 1. mailako zeharkako neurketako galdesortan, 3. , 4. edo 5. galderan 2 edo gehiago markatu baduzu. Horrela ez bada, joan zaitez mesedez hurrengo orrialdera.

Mesedez, erantzun item guztiak, lerro bakoitzean lauki bat betez

Azkenengo 7 egunetan...		Inoiz ere ez	Oso gutxitan	Batzuetan	Sarritan	Beti
EDANX01	Beldurti sentitu naiz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
EDANX05	Antsietatea izan dut	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
EDANX30	Kezkaturik sentitu naiz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
EDANX40	Nire antsietatean ez zen beste edozertan arreta jartzeko zailtasuna izan dut	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
EDANX46	Urduri sentitu naiz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
EDANX53	Egonezina izan dut	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
EDANX54	Tentsioarekin estu sentitu naiz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

-----> HORRELA EZ BADA, baina 12. galderan 2 EDO ALTUAGO markatu badu, osatu **2. Maila Substantzien Erabileraren Eskala** (5. orrian)

-----> HORRELA EZ BADA, baina 13. galderan 2 EDO ALTUAGO markatu badu, osatu **2. Maila Loaren Funtzionamendu Galdesorta** (pageX) TBD

-----> **BESTE LA, OSATU WHODAS- II** (6.orria)

2. maila: Substantzien erabileraren ebaluazioa

Argibideak: Mesedez, atal hau bete ezazu, 1. Mailako zeharkako neurketako galdesortako 8. edo 9.galderetan 2 edo gehiago markatu baduzu. Horrela ez bada, joan hurrengo orrialdera mesedez.

Galderek,alkoholarekiko, zigarrokiko eta beste droga batzuekiko izan dituzun esperientziekin harremana daukate. Substantzia batzuk medikuak agindurikoak dira (analgesikoak adibidez).Baina, medikuak agindutako kantitateetatik edo arrazoietatik kanpo hartu baldin badituzu bakarrik erantzun beharko dituzu. Droga ilegalei buruzko abusuari buruz galdetzen zaizu, soilik hobeto diagnostikatzeko edo tratamendu hobea egiteko helburuarekin.

Argibideak: Galdera bakoitzeko markatu X bat behar den zutabean.		Inoiz ere ez	Hilabetean behin	Hilabetean birritan edo hirutan	Astean behin	Astean birritan edo gehiagotan
1.	Azken 30 egunetan, zenbat aldiz edan dituzu 4 alkoholdu edari gutxienez, egun bakar batean?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2.	Azken 30 egunetan, zenbat aldiz erre duzu edozein zigarro mota, pipa edo mastekatzeko tabakoa?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3.	Azkenen 30 egunetan, zenbat aldiz erabili dituzu hurrengo botiketarik baten bat ZURE KABUZ, hau da, medikuaren errezetarik gabe, kantitate handiagotan edo errezetaturikoa baino denbora luzeagoan?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
a.	Analgesikoak	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b.	Estimulatuzaileak	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c.	Lo egiteko pilulak edo lasaigarriak.(adb.: Valium)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Edo hurrengo drogak bezalakoak:						
d.	Marihuana	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
e.	Kokaina edo crack	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
f.	Jaietako drogak (adb, estasia)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
g.	Aluzinagarriak (adb, LSD)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
h.	Heroina	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
i.	Arnastekoak edo disolbatzaileak (kola bezalakoak)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
j.	Metanfetamina (speed bezalakoak)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

-----> HORRELA EZ BADA, baina 13. galderan 2 EDO ALTUAGO markatu badu, osatu **2. Maila Loaren Funtzionamendu Galdesorta** (pageX) TBD

-----> **BESTE LA, OSATU WHODAS- II** (6.orria)

WHODAS- II: MUGAK JARDUERETAN

Argibideak : Gogora itzazu azkenengo 30 egunak eta erantzun galdera hauei , hurrengo jarduerak egiten izan dituzun zailtasunak kontuan hartuz. Galdera bakoitzerako erantzun bakarra markatu soilik mesedez.

Norberaren edo informatzailearen balorazioa					
Azken 30 egunetan zenbateko <u>zailtasuna</u> izan dut hurrengo gauzetan	Bat ere ez	Gutxi	Normal, Neurriz	Asko	Gehiegi/ezin egin
1. Zutunik egon denbora luzean zehar, adb., 30 minututan zehar?	0	1	2	3	4
2. Etxeko lanen erantzukizunez arduratzen?	0	1	2	3	4
3. Gauza berri bat ikasten, adibidez, nola heldu leku berri batera?	0	1	2	3	4
4. Zenbateko zailtasuna izan duzu jarduera sozialetan parte hartzeko (adb.; jaietan, mendi irteeretan...) beste pertsonen zailtasunarekin konparatuz?	0	1	2	3	4
5. Zenbat egon zara emozionalki ukiturik zure osasun arazoengatik?	0	1	2	3	4
6. Zerbaitetan kontzentratu egoten 10 minutu?	0	1	2	3	4
7. Distantzia luze bateko ibilbidea egiten, adb, 1,5 km?	0	1	2	3	4
8. Gorputz osoa garbitzen?	0	1	2	3	4
9. Jantzen?	0	1	2	3	4
10. Ezagutzen ez duzun jendearekin harremana izaten?	0	1	2	3	4
11. Adiskidetasuna mantentzen?	0	1	2	3	4
12. Zure eguneroko lanean?	0	1	2	3	4

Galdesorta honek zeharkako neurketako 1. eta 2.mailako autoebaluazio galdesortak osatzen ditu

Klinikoak (psikologoak edo psikiatrak) informaturiko zeharkako neurketa galdesortak

2. Maila, Psikosi eta buru-hilketa arriskurako zeharkako neurketak

Psikosiaren balorazio kliniko eskala					
	Ez da agertu	Anbigua	Agertu da baina gutxi	Agertu da baina neurritz	Agertu da, asko
Psikosia : Azkenengo 2 asteetan agertu diren bezala : eldarnio, haluzinazio edo hizkera desantolatu lez	0	1	2	3	4

Buru-hilketa arrisku eskalaren balorazio klinikoa	
Buru-hilketa arriskua* : Mesedez aukeratu (✓) ezarri daitezkeen guztietan.	
<input type="checkbox"/> Buru-hilketa saiakera aurrekariak <input type="checkbox"/> Denboraldi luzeko joera edozein probokazio txikiren aurrean oldarkor edo urduritasun handia adierazteko <input type="checkbox"/> Bakarrik bizi da, min kroniko handia dauka, edo duela denbora gutxiko galera esanguratsua izan du (azkenengo 3 hilabeteetan) <input type="checkbox"/> Oraintsuko ospitalizatzeko edo alta edo lehenengo diagnostiko bat Depresio Nagusiko Nahasteagatik, Nahaste Bipolarragatik edo Eskizofrenia batengatik <input type="checkbox"/> Oraintsuko alkohol kontsumo gorakada edo sintoma depresiboen areagotzea <input type="checkbox"/> Buru-hilketari dagokionez ardurak edo planak ditu azkenaldian (azkenengo astean) <input type="checkbox"/> Azkenaldian ezinegon psikomotorra, antsietate nabarmena edo desesperantza sentimendu nabarmenak ditu	

Buru-hilketa jokabide potentzialari buruzko ardura maila (aurretik kodifikaturiko itemen batuketan oinarriturik)
 0= Gutxienezkoa 1-2= Pixka bat arduratuta 3-4= Geroz eta ardura gehiago 5-7= Oso arduratuta

Diagnostikoaren araberako larritasun neurketa

- 1. Gaixoaren Osasun galdesorta- Depresio modulua (PHQ-9).....Paziente edo klinikoak ebaluatuta**
- 2. Jokabide larritasun dimentsioa: Antsietatea.....klinikoak ebaluatuta**
- 3. Psikosi diagnostikoaren araberako larritasun neurketa.....klinikoak ebaluatuta**

Gaixoaren Osasun Galdesorta- Depresio modulua (PHQ-9)

Argibideak: Sendagile, gaixoak depresio Nagusi Pasarte bat, depresio Nagusi Nahastea edo nahaste bipolar baterako irizpideak betetzen baditu (sintoma psikotikoak izanda edo izan gabe ere) bete ezazu galdesorta hau mesedez. Gaixoarekin batera bete (edo gaixoak bete dezala esan).

Norberaren edo informatzailearen balorazioa	Bat ere ez (inoiz ere ez)	Gutxi (egun batzuetan edo eragin gutxirekin)	Moderatuki (Egunen erdia baino gehiago, edo eragin moderatuarekin)	Asko (Ia egunero edo eragin handiarekin)
Azkenengo 2 asteetan, zenbat gogaitu zaituzte hurrengo arazoek?				
1. Gauzak egiterakoan interes edo atsegin gutxi izateak	0	1	2	3
2. Animo baxuarekin, deprimiturik edo esperantzarik gabeko sentimenduarekin egoteak	0	1	2	3
3. Loak hartzeko zailtasunak edo lo egiteko zailtasunak edo gehiegi lo egiteak	0	1	2	3
4. Nekaturik edo energia gutxirekin sentitzeak	0	1	2	3
5. Gose gutxi edo gehiegi jateak	0	1	2	3
6. Norberarekin txarto sentitzeak edo porrota zarela edo zure familiari edo zeure buruari huts egin diozulako sentimenduak	0	1	2	3
7. Egunkaria irakurtzeko edo telebista ikusteko edo antzeko gauzetan kontzentratzeko zailtasunak	0	1	2	3
8. Oso astiro mugitzeak edo hitz egiteak, besteek hautemateko moduan. Edo alderantziz, oso geldiezin edo urduri egoteak eta ohikoa baino gehiago mugitzeak.	0	1	2	3
9. Hobe hilda egongo bazina bezalako pentsamenduak izateak edo zure buruari min egin nahi diozulako pentsamenduak izateak.	0	1	2	3

JOKABIDE LARRITASUN DIMENTSIOAK: ANTSIETATEA

Argibideak: **Klinikoentzat, mesedez bete ezazu gaixoak** edozein animo nahasterentzat irizpideak betetzen baditu.

Antsietate sintomak:

- a. ardura (irrazionalak) ditu.
- b. ezinegon sentimendua
- c. urduritasun sentimendua
- d. tentsio motorra (mugimenduzkoak, fisikoak)
- e. zerbait txarra gertatuko delako sentimendua

Angustiadun antsietatea: aurreko 3 sintomek edo gehiagok definitua

Antsietate eskala klinikoa

- a. Antsietaterik ez
- b. Antsietate gutxi
- c. Antsietate moderatua - 2 sintoma
- d. Antsietate larria 3-5 sintoma
- e. Antsietate larria mugimendu agitazioarekin

LARRITASUNAREN NEURKETA PSIKOSIAREN NEURKETAREN ARABERA

Argibideak: Medikuentzat, bete mesedez gaixoak edozein nahaste psikotikorako diagnostiko irizpideak betetzen baditu. Dimentsio eremuak 0- tik 4- rako eskalan ebaluatuturik daude gurutzaturiko ebaketan oinarriturik, azkenengo hilabeteko larritasun ebaluazioarekin ebaluatuturik

	Haluzinazioak	Eldarnioak	Desantolamendua	Ezohiko jokabide psikomotorra	Emozio adierazpen murriztua	Abulia	Narriadura kognitiboa	Depresioa	Mania
0	Ez du aurkezten	Ez du aurkezten	Ez du aurkezten	Ez du aurkezten	Ez du aurkezten	Ez du aurkezten	Ez du aurkezten	Ez du aurkezten	Ez du aurkezten
1	Zalantzakoa (larritasun edo iraupen gutxiegi psikosizat hartzeko)	Zalantzakoa (larritasun edo iraupen gutxiegi psikosizat hartzeko)	Zalantzakoa (larritasun edo iraupen gutxiegi desantolamendutzat hartzeko)	Zalantzakoa (larritasun edo iraupen gutxiegi ezohiko jokabide psikomotorizat hartzeko)	Zalantzakoa (aurpegi espresioan, prosodian edo keinuetan gutxiagotzea)	Zalantzakoa (Norberak hasitako jokabideen gutxiagotzea)	Zalantzakoa (Funtzionamendu kognitiboa ez dago argi adinetik, edo estatus sozioekonomikotik espero denaren kanpo egonik) Batez bestekoaren barne dago	Zalantzakoa (animo egoera pixka bat depresiboa, baina ez diagnosikoetara moldatzeko behar bezain beste sintoma, iraupen edo intentsitate, irizpide.)	Zalantzakoa (Animo egoera gehiegizkoa edo haserrekorra, baina ez diagnostiko irizpideetara egokitzeko behar bezain beste sintoma, iraupen edo larritasun.
2	Badauka, baina arina (Ahotsek diotenak ez dizute presiorik eragiten eta ez dizute deseroso sentiarazten)	Badauka, baina arina (eldarnioak ez dira bitxiak, edo eldarnio sinismenengatik jokatze presio gutxi, ez dago oso deseroso eldarnioengatik)	Badauka, baina arina (berbaldiak jarraitze zailtasun pixka bat eta/edo noizbehinkako jokabide bitxiak)	Badauka, baina arina (noizbehinkako ez ohiko jokabide psikomotorra)	Badauka, baina aurpegi espresioan, prosodian edo keinuetan gutxiagotzea arina da	Badauka, baina arina norberak hasitako jokabideen gutxiagotzea	Badauka, baina arina (funtzio kognitiboetan gutxiagotze pixka bat estatus sozioekonomiko eta adinagatik espero denaren azpitik)	Badauka, baina arina (depresio Nagusirako irizpideak betetzen ditu, sintoma, iraupen eta larritasun minimoekin)	Badauka, baina arina (maniarako irizpideak betetzen ditu, sintoma, iraupen eta larritasun minimoekin)
3	Badauka eta moderatuki (ahotsei erantzuteko presio pixka bat edo ahotsengatik pixka bat gogaitua)	Badauka eta moderatuki (sinismenei erantzuteko presio pixka bat, edo eldarnioengatik pixka bat gogaitua)	Badauka eta moderatuki (askotan zaila da bere berbaldiak jarraitzea eta/edo askotan jokabide bitxiak ditu)	Badauka eta moderatuki (askotan ezohiko jokabide psikomotorra)	Badauka eta moderatuki aurpegi espresioan, prosodian edo keinuetan gutxiagotzea	Badauka eta moderatuki norberak hasitako jokabideen gutxiagotzea	Badauka eta moderatuki (funtzio kognitiboetan gutxiagotze argia, estatus sozioekonomiko eta adinagatik espero denaren azpitik)	Badauka eta moderatuki (depresio Nagusirako irizpideak betetzen ditu, sintoma, iraupen eta larritasun minimoekin baino zertxobait gehiago)	Badauka eta moderatuki (maniarako irizpideak betetzen ditu, sintoma, iraupen eta larritasun minimoekin baino zertxobait gehiago)
4	Badauka eta asko (ahotsei erantzuteko presio handia edo ahotsengatik oso gogaitua)	Badauka eta asko (sinismenei erantzuteko presio handia, edo eldarnioengatik oso gogaitua)	Badauka eta asko (ia ezinezkoa da bere berbaldiak jarraitzea eta/edo ia beti jokabide bitxiak)	Badauka eta asko (ezohiko jokabide psikomotorra dauka ia etengabe)	Badauka eta asko aurpegi espresioan, prosodian edo keinuetan gutxiagotzea	Badauka eta asko norberak hasitako jokabideen gutxiagotzea	Badauka eta asko (funtzio kognitiboetan gutxiagotze handia, estatus sozioekonomiko eta adinagatik espero denaren azpitik)	Badauka eta asko (depresio Nagusirako irizpideak betetzen ditu, sintoma, iraupen eta larritasun minimoekin baino askoz gehiago)	Badauka eta asko (maniarako irizpideak betetzen ditu, sintoma, iraupen eta larritasun minimoekin baino askoz gehiago)

4. ERANSKINA

RESULTADO DE LOS TRABAJOS DE CAMPO REALIZADOS EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN LA RECONCEPTUALIZACIÓN PARA EL DSM-5

Claudio Maruottolo (Jefe Clínico Serv. de Psiquiatría, Hospital de Día, AMSA.
Bilbao)

cmaruottolo@avancesmedicos.es

Oscar Landeta (Psicólogo Clínico, Área Extrahospitalaria, AMSA. Bilbao)

Manuela Guimón (Psicóloga Clínica, HHSCJ, Madrid)

Naiara Ozamiz (Psicóloga Clínica, adjunta Hospital de Día, AMSA. Bilbao)

Resumen

Se expone en el presente trabajo de investigación los resultados y las conclusiones en al aplicación de los nuevos criterios para la evaluación diagnóstica que se implementará en la nueva edición del DSM-5 para los trastornos de personalidad.

Se estudiaron 51 pacientes adultos de ambos sexo con diagnóstico según el DSM-IV de Trastorno límite de la Personalidad (TLP) que se encontraban realizando tratamiento en un programa de Hospital de Día especializado en Trastornos de Personalidad en la Institución AMSA en la ciudad de Bilbao.

El diseño empleado en esta investigación fue un diseño ex post facto prospectivo. El procedimiento contó con: Traducción de los textos, entrenamiento de los clínicos y la participación de evaluadores para medir la fiabilidad.

Los resultados muestran que el nivel de gravedad de los TLP se encontraban en los niveles 3 y 4 de gravedad se hallaron 27,5% en el caso del nivel 3 (siete criterios diagnóstico del DSM-IV) y 58,8% en el nivel 4 (ocho a nueve criterios diagnósticos del DSM-IV). El Nivel de Funcionamiento de la Personalidad según el DSM-5 halló un 49% de pacientes con déficit grave en el funcionamiento de la personalidad de la muestra estudiada. Al evaluar el Nivel de Adecuación al Tipo Borderline (TLP) según propuesta DSM-5 se encontró el mayor porcentaje de pacientes en descriptivo (45,1%) a muy descriptivo (43,1%). El análisis descriptivo de los 6 campos de rasgos de personalidad propuesto por el grupo de tareas para el DSM-5 (Emocionalidad

Negativa: EN, Antagonismo: A, Desinhibición: D, Introversión: I, Compulsión: C, Esquizotipia: E), mostraron porcentajes significativos en EN 96,1%, A 68,6%, D 76,5%. El análisis descriptivo de la variable facetas de rasgos de personalidad incluyen los 36 variantes propuesto por el grupo de tareas para el DSM-5. La presencia que con más fuerza estadística se presentaron (mayor a 60% de presencia en la muestra) fueron Labilidad Emocional 84,3%, Ansiedad 96,1%, Inseguridad por Separación 78,4%, Susplicacia 82,4% e impulsividad 88,2%. _Se encontró un acuerdo interjueces de Kappa: 0,7.

Se concluye que la utilización de este método diagnóstico aportó a la muestra estudiada una mayor personalización diagnóstica, una mayor objetividad al momento de determinar un tratamiento y una herramienta más para medir la eficacia de los programas implementados en esta población psiquiátrica.

Actualmente se están desarrollando las investigaciones de campo a nivel global para la publicación del DSM-5¹. El Grupo de Tareas de la Asociación Americana de Psiquiatría (*Task Force, APA*) encargada en el estudio y reconceptualización de la Personalidad y de los Trastornos de la Personalidad (TP) para la nueva edición del DSM-5 consideró idónea a la Facultad de Medicina de la Universidad del País Vasco (UPV-EHU) para la coordinación en la realización de estudios de campo con población de habla hispana, en esta área de la psiquiatría.

A fin de poner a prueba los nuevos criterios para la evaluación diagnóstica que se pretende implementar, UPV-EHU designó dos centros: el Servicio de Psiquiatría de Hospital general Basurto y el Programa para el Tratamiento de los Trastornos de Personalidad del Hospital de Día de Avances Médicos S. A. (AMSA), ambos en la ciudad de Bilbao

Distintas publicaciones científicas y de opinión en psiquiatría presentan críticas a la nueva conceptualización de la personalidad y a sus trastornos²⁻³ que se proponen incorporar en el DSM-5, así como a las dificultades operativas que se presentarían en la práctica clínica cotidiana⁴.

El objetivo de este trabajo es mostrar los resultados de las evaluaciones diagnósticas empleando los nuevos criterios dimensionales que se pretenden implementar desde la próxima edición del DSM-5⁵ y las conclusiones sobre la

muestra estudiada que contribuyan a esclarecer estas críticas actuales desde una base científica. Para tal fin se contrastan los diagnósticos obtenidos con el actual DSM-IV TR con la nueva propuesta del DSM-5 y posteriormente se muestran hallazgos clínicos que se determinaron por medio de este tipo de evaluación. Entre ellos se muestran los hallazgos clínicos dimensionales de gravedad para los TLP y su utilización por parte de nuestro equipo de tratamiento para objetivar la necesidad de tratamiento en hospital de Día y por último la relación entre gravedad e índice de retención al tratamiento.

Participantes

El estudio se realiza durante 2010 en el Hospital de Día para Trastornos de Personalidad del Servicio de Psiquiatría de AMSA en Bilbao. La muestra seleccionada esta representa por un grupo experimental de 51 pacientes que se encontraban realizando tratamiento en el Hospital de Día. La metodología diagnóstica empleada en esta investigación es según criterios para TLP del DSM-IV TR, (DSM-IV TR 301.83), quedando excluidos otros TPs (Entrevista Clínica Psiquiátrica-Trastornos de la Personalidad (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II)*), First et al., 1997).

Diseño

El diseño empleado en esta investigación fue un diseño ex post facto prospectivo, siendo el diagnóstico de TLP realizado mediante DSM-IVR la variable predictora y la evaluación diagnóstica utilizando los nuevos criterios diagnósticos para los trastornos de personalidad en el DSM-5 la variable criterio.

Instrumentos

Dado que el actual DSM-IV TR no presenta una escala de gravedad para objetivar los resultados entre grupos se utiliza en esta investigación la Escala Clínica de Gravedad propuesta por A. Asnaani (Asnaani, 2007)⁶ en pacientes TLP, siguiendo

los nueve criterios diagnósticos del DSM-IV para este tipo de trastorno de la personalidad, para poder contrastarla con lo propuesto por el DSM-5.

Procedimiento

Traducción de los Instrumentos de los criterios y texto del DSM-5: Todos los criterios de los trastornos de personalidad del DSM-5, los protocolos de estudios y los instrumentos incluidos en el pronunciamiento de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) para la propuesta de los trabajos de campo fueron traducidos los idiomas español (María Cecilia Llorens Herrera) y vasco (Naiara Ozamiz).

Entrenamiento y Preparación: Se realizaron siete sesiones de entrenamiento para familiarizar a los clínicos con los nuevos criterios y los protocolos específicos utilizados en las pruebas en Estados Unidos de Norteamérica.

Medición de el grado de acuerdo: Con el objetivo de evitar posibles sesgos por parte de los evaluadores la muestra de participantes fue evaluada por dos observadores para poder analizar el grado de acuerdo en las clasificaciones realizadas.

Resultados

Gravedad de los TLP: Los resultados obtenidos de la muestra en el grupo no hallaron pacientes con nivel 1 según la escala de Asnaani (cinco criterios diagnósticos del DSM-IV). En los hallazgos del nivel 2 de gravedad (seis criterios diagnósticos según el DSM-IV) en el grupo con 20% de la muestra estudiada. En los niveles 3 y 4 de gravedad se hallaron 27,5% en el caso del nivel 3 (siete criterios diagnóstico del DSM-IV) y 58,8% en el nivel 4 (ocho a nueve criterios diagnósticos del DSM-IV).

NIVELES DE GRAVEDAD DE LOS TLPs	DE Grupo experimental
NIVEL 1	No se hallaron
NIVEL 2	13,7%
NIVEL 3	27,5%
NIVEL 4	58,8%

Tabla 1

Los resultados en el diagnóstico dimensional de los TLPs. estudiados según propuesta del DSM-5 en cuanto a Nivel de Funcionamiento de la Personalidad hallaron un 23, 5 % de pacientes con déficit moderado, un 49% con déficit grave y un 27% con déficit extremo.

	Frecuencia	Porcentaje
moderado	12	23,5
grave	25	49,0
extremo	14	27,5
Total	51	100,0

Tabla2

Al evaluar el Nivel de Adecuación al Tipo Borderline (TLP) según propuesta DSM-5 se encontró el mayor porcentaje de pacientes en descriptivo (45,1%) a muy descriptivo (43,1%). Los valores moderadamente descriptivo (9,8%) y ligeramente descriptivo (2%) se ubicaron con el porcentaje de menores casos.

	Frecuencia	Porcentaje
ligeramente descriptivo	1	2,0
moderadamente descriptivo	5	9,8
Descriptivo	23	45,1
muy descriptivo	22	43,1
Total	51	100,0

El análisis descriptivo de los 6 campos de rasgos de personalidad estudiados en el grupo (Emocionalidad Negativa, Antagonismo, Desinhibición, Introversión, Compulsión, Esquizotipia) incluyeron los dos niveles propuesto por el grupo de tareas para el DSM-5. Los porcentajes hallados en los niveles extremadamente descriptivos (96,1%, 68,6%, 76,5%, 27,5%, 19,6%, 23,5% respectivamente) y moderadamente descriptivos (2,0%, 13,7%, 13,7, 15,7%, 41,1%, 33,3%, 25,5% también respectivamente) para las variables estudiadas.

El análisis descriptivo de la variable facetas de rasgos de personalidad en el grupo experimental, incluyen los 36 variantes propuesto por el grupo de tareas para el DSM-5. La presencia que con más fuerza estadística se presentaron (mayor a 60% de presencia en la muestra) fueron Labilidad Emocional 84,3%, Ansiedad 96,1%, Inseguridad por Separación 78,4%, Susplicacia 82,4%, Baja Autoestima 72,5%, Afecto Restringido 64,7%, Falsedad 74,5%, Impulsividad 88,2%, Distracción 62,7%, Hostilidad 62,7%, Imprudencia 68,6%.

Acuerdo interjueces: Los niveles de acuerdo entre los dos evaluadores fue adecuado para los diferentes factores diagnósticos valorados (Kappa=0.7)

Discusión

Desde hace más de una década se coincide en que hay una necesidad de perfeccionar nuestra nosología psiquiátrica del actual DSM en general, y en particular, en el campo de los trastornos de personalidad (First y Spitzer, 2003;

Shedler y Westen, 2004; Skodol y Gunderson, 2002; Helzer et Alt, 2008; Kendler y Appelbaum, 2008)^{7,8,9,10,11,12}. Las controversias previas al conjunto de propuestas presentadas para su evaluación por el actual Grupo de Tareas, es un prueba de esta afirmación (Maruottolo, 2011)¹³. Dentro de ellas tal vez la más significativa las limitaciones de los diagnósticos categoriales (Guimón, 2007)¹⁴.

En cuanto a las preocupaciones y críticas que se generan a posteriori de la edición de las propuestas de reconceptualización para el DSM-5, se acepta que la implementación de un nuevo modelo como el que se pretende instaurar trae aparejadas diversas complicaciones prácticas (Frances, 2010 y Shedler et alt, 2010; otros)^{2,3}. Sin embargo, desde nuestra experiencia al utilizar la nueva propuesta para el DSM-5 por parte de los evaluadores, se encontró dos niveles de complejidad: En el primer nivel, la operatividad en el proceso diagnóstico en la aplicación de los instrumentos de corte cruzado y la evaluación clínica dimensional del funcionamiento de la personalidad, la de determinación y ajuste al tipo de trastorno resultó sencilla y rápida. En un segundo nivel, de mayor complejidad, la evaluación clínica y determinación de los rasgos de personalidad y facetas de esos rasgos, meritaban un mayor empeño, y fue relacionada con el tiempo disponible, el conocimiento y experiencia del evaluador, aunque sin llegar a la dificultad extrema como plantean distintos autores. En la práctica cotidiana, en nuestro Hospital de Día para el tratamiento de los trastornos de personalidad¹⁵, encontramos de utilidad la forma propuesta para la evaluación para los TPs en el DSM-5, ya que permite por medio del primer nivel de complejidad objetivar en mayor medida la gravedad del trastorno y la necesidad evaluada de tratamiento¹⁶. El segundo nivel puede realizarse en el momento o diferirse según posibilidades del evaluador o del equipo de tratamiento. Los resultados mostraron que la admisión de pacientes con TLP al tratamiento era de un nivel de déficit de personalidad de entre grave y extremo representando en un 76% de la muestra. Al analizar la retención al tratamiento del grupo de pacientes estudiados se encontró que abandonaron 4 de los 19 pacientes con nivel grave de déficit y 7 de los 22 pacientes con nivel extremo, con un nivel de significación de $p=0,005$ en las pruebas de chi-cuadrado de Pearson. La confiabilidad en la evaluación mediante Test-Retest en el ajuste al tipo presentó un Kappa de 0,708.

Por todo ello coincidimos con los distintos clínicos e investigadores que apoyan el uso de esta nueva metodología diagnóstica que será implementada desde la edición del DSM-5¹⁷. Determinamos que esta propuesta es viable desde la clínica de los trastornos de personalidad otorgando una mayor personalización diagnóstica, mayor objetividad al momento de determinar un tratamiento y una herramienta más para medir la eficacia de los programas implementados en esta población psiquiátrica.

Referencias

1. First, M. B.; Bell, C. C.; Cuthbert, B. "CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE INVESTIGACIÓN". En "AGENDA DE INVESTIGACIÓN PARA EL DSM-5". Eds. Kupfer, D.; First, M. B. Editorial Masson. 144-147. 2004
2. Frances, A. " OPENING PANDORA'S BOX: 19 WORST SUGGESTIONS FOR DSM-5". UBM Medical Psychiatric Times. February 2010
3. Shedler, J.; Beck, A.; Fonagy, P.; Gabbard G. O.; Gunderson, J.; Kernberg, O. Michels, R.; Westen, D. " PERSONALITY DISORDERS IN DSM-5". American Journal of Psychiatry, N° 167. 2010
4. Sprock, J. "DIMENSIONAL VERSUS CATEGORICAL CLASSIFICATION OF PROTOTYPIC AND NONPROTOTYPIC CASE OF PERSONALITY DISORDER". Journal of Clinical Psychology. 2003
5. <http://www.dsm5.org>
6. Asnaani, A.; Chelminski, I.; Young, D.; Zimmerman, M. "HETEROGENEITY OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: DO THE NUMBER OF CRITERIA MET MAKE A DIFFERENCE?" Journal of Personality Disorders, N° 21(6), 615-625. 2007
7. First, M. B.; Spitzer, R. "THE DSM: NOT PERFECT, BUT BETTER THAN THE ALTERNATIVE". En Prensa: Psychiatric Times. 2003
8. Shedler, J.; Westen, D. "REFINING PERSONALITY DISORDER DIAGNOSIS: INTEGRATING SCIENCE AND PRACTISE". American Journal of Psychiatry, N° 161. 2004

9. Skodol, A.E.; Gunderson, J. G; et Alt. "FUNCTIONAL IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH SCHIZOTYPICAL, BORDERLINE, AVOIDANT, OR OBSESSIVE-COMPULSIVE PERSONALITY DISORDER". American Journal of Psychiatry, Nº 159. 2002
10. Helzer, J. et Alt. "DIMENSIONAL APPROACHES IN DIAGNOSTIC CLASSIFICATION: REFINING THE RESEARCH AGENDA FOR DSM-V ". Ed. American Psychiatric Association. 2008
11. Helzer, J. et Alt. "DIMENSIONAL APPROACHES IN DIAGNOSTIC CLASSIFICATION: REFINING THE RESEARCH AGENDA FOR DSM-V ". Ed. American Psychiatric Association. 2008
12. Kendler, K.; Appelbaum, P. "CUESTIONES PARA EL DSM-V: EL DSM-V DEBERIA INCLUIR UN GRUPO DE TRABAJO DE TEMAS CONCEPTUALES". American Journal of Psychiatry, Nº 11. 2008
13. Maruottolo, C. "LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y LOS CAMBIOS PROPUESTOS EN LA RECONCEPTUALIZACIÓN PARA EL DSM-5. CONTROVERSIAS Y CIONCIDENCIAS". Avances en Salud Mental Realcional, Vol 10, Nº 1. 2011
14. Guimon, J. "LIMITACIONES DE LOS DIAGNÓSTICOS CATEGORIALES". En "EL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO NO CATEGORIAL. RELACIONES, DIMENSIONES Y ESPECTROS." Editorial Colección PrOMeteo, 2007
15. Guimón, J.; Maruottolo, C.; Mascaró, A.; Boyra, A. "RESULTS OF A BRIEF CRISIS PROGRAM FOR PEOPLE WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDERS". Departamento de Psiquiatría de la Universidad del País Vasco. European Psychiatry, Vol. 22, Nº 1 (supplement), 58. 09249338. Impact Factor: 2.433. Marzo 2007
16. Andersen, R. "REVISITING THE BEHAVIORAL MODEL AND ACCESS TO MEDICAL CARE: DOES IT MATTER? Journal of Health and Social Behavior, Nº 36, 1-10. 1995
17. Skodol, A. E.; Bender, D. S.; Morey, L. C.; Clark L. A.; Oldham, J. M.; Alarcon, R. D.; Krueger, R. F.; Verheul, R.; Bell, C. C.; Siever, L. J. "PERSONALITY DISORDER TYPES PROPOSED FOR DSM-5". Journal Personality Disorders. (in press). 2010