

TRATAMENDU PSIKOLOGIKOAK

Tratamendu psikologiko bat definitzerakoan, arazoak ematen dira. Izan ere, interbentzioa egiteko modu asko daude eta tratamendu batetik bestera desberdintasun handiak eman daitezke:

- Oinarrizko usteak
- Interbentzioa zertan zentratzen den
- Helburuak
- Helburuak lortzeko erabiltzen diren bitartekoak

Parloffek, 130 jarrera terapeutiko desberdin izendatu zituen eta Corsinik 250. Gaur egun gehiago egongo baitira, izan ere, zabaltze eta dibersifikatze prozesua etengabea da.

DEFINIZIO OROKORRA → Profesional batek jarduten duen tratamenduari dagokio, giza arazoak ebaztea helburutzat duena, espezifikoki (Feixas y Miró,1993).

BESTE DEFINIZIO BATZUK:

- **Van Eeden (1889)** → “Bitarteko psikologikoak erabiltzen dituen metodoa, gaixotasun psikologikoekin bukatzeko helburuarekin”.
- **Davidoff (1980)** → “Nahaste psikologikoekin bukatzeko prozesu psikologikoen aplikazioa”.
- **Schneider (1976)** → “Psikoterapia nahaste fisiko nahiz psikologikoen tratamendu mediko bat da, konpondu gabeko gatazka kontziente edota inkontzienteen ondorioz. Pazientearen eskutik konpromezu boluntarioa egotea beharrezkoa da, baita kolaborazioa eta gogoia ere. Terapeutarekin erlazio subjektibo bat (psikoterapeutikoa) sortzea posiblea da, non lengoaiak pisu gehiena duen. Psikoterapiaren helburu nagusia, pazientearen arazoak, pazienteak berak bere kabuz konpontzea litzake”.
- **Strong & Clairborn (1982)** → “Gomendioak ematea eta psikoterapia interakzio pertsonalaren bitartez emandako artearen aldaketak dira. Elkarrizketa intimoen bitartez, pertsonak lasaitasuna sentitzen dute, indarra eta bizitasuna aurkitzen dituzte besteekin dituzten erlazio berrietan, baita bizitzeko grin berria ere”.
- **Lieberman (1972)** → “Portaeran oinarritutako terapiak ikaskuntzaren hasierako faseetan eta imitazioan oinarritutako teknikak barneratuta dauzkate. Teknika horiek, portaera jakin batzuk lortzeko aplikatzen dira tratamenduaren hasieran”.
- **Frank (1974)** → Psikoterapia bezala hurrengo ezaugarriak dituen tratamendu oro izendatu daiteke:
 - Sendagile baten presentzia, sozialki onartua dena eta bere “indarra” sufritzen duenaren aldetik onartuak egon behar baitira.
 - Sufritzen duen pertsona bat egotea beharrezkoa da, sendagilea laguntzaile gisa hartuko duena.

- Bien arteko kontaktu egituratua, non terapeutak pazientearen aldaketa emozional nahiz konduktuala lortu ahi duen. Horretarako, terapeutak hitzak erabiltzen ditu eta bien artean helburu hori lortu nahi dute.
- **Mayor y Labrador (1984)** → uf txungaso tradutzitzi, erderaz doie: La modificacion de conducta es una orientación terapéutica que considera a la conducta normal y a la anormal regidas por las mismas leyes, que recurren a la evaluación objetiva y a la verificación empírica y, por ello, utiliza procedimientos y técnicas basados en la psicología experimental para eliminar conductas desadaptativas, sustituyéndolas por otras, y para poder enseñar conductas adaptadas cuando éstas no se han producido”.

Aurreko definizio guztien analisisa egin beharko bagenu, hurrengo bi ondorio nagusiak aterako genituzke:

A) Definizio batzuk terapeuta-bezeroaren arteko harremana eta bere ezaugarriak azpimarratzen dituzte.

B) Beste batzuek, helburu zehatzak azpimarratzen dituzte, bezeroaren nortasunaren edo bere jokabide moduaren arabera.

TERAPIAREN ELEMENTUAK

- **Terapeuta.** Tratamenduak gauzatzen dituen pertsona da eta era askotakoa izan daiteke, hala nola, psikologo-psikiatra, aholkularia, langile edo hezitzaile soziala, arazoa bizi izan duen pertsona bera...
-
- **Bezeroa edo pazientea.** Arazoa edo zailtasuna duen pertsonari dagokio. Pazienteari dagokionez, faktore hauek kontutan hartu behar dira:
 - Arazoa zein den jakinarazi (zergatik etorri den azaldu)
 - Arazoaren definizioa
 - Arazoaren historia
 - Nola egin duen arazoa konpontzeko
 - Zeintzuk diren bere itxaropenak, nola eta zertan uste duen lagundu dezakeela terapeutak, etab.
 - Noiz arte egoteko esperantza duen
 - Terapeutarekin lehenengo izan duen harremana
 - Nork bultzatu duen terapiara joateko
 - Terapeutarengan eragindako sentazioak edo sentimenduak
 - “Munduan egoteko modua”: galerak, krisiak, drogak, errekurtsio pertsonalak...
- **Eredu teorikoa.** Eredu teoriko guztiek, hainbat elementu konpartitzen dituzte:
 - Gizakiaren ideia orokor bat.
 - Arazoen deskripzio bat, etiologia eta garapena barne.
 - Helburu terapeutikoarekin egin daitezkeen aldaketen inguruko teorizatzea.
 - Enkoadrea: Artifizialki sortu den ingurua, erregela jakin batzuekin (sesioen iraupena, inguru fisikoa, ordaindu beharrekoa, interbentzio teknikak, etab.)
 - Ebaluazio kriterioak prozesu terapeutikoan zehar eta bukaeran. Aldakorra da jarrera desberdinetan. Jarrera desberdin horiekin, elkarrekiko eragin batzuk sor daitezke:

- Eredu teorikoak abstraktuak direla argitzea. Paziente eta terapeutaren arteko erlazioa baino askoz ere sinpleagoak dira.
 - Terapeutek eredu desberdinetako elementuak erabiltzen dituzte, nahita edo jakin gabe.
- **Harreman terapeutikoa**
 - **Prozesu terapeutikoa**
 - **Helburu terapeutikoa**

TRATAMENDU PSIKOLOGIKOEN OINARRI OROKORRAK

1. SARRERA

Gaur egun, 500 tratamendu mota desberdin baino gehiago daudela uste da. Horietatik guztietatik eraginkorrena zein den esatea oso zaila da, izan ere, tratamendu psikologikoak ez dira maiz azterketa zientifiko baten argipean jarri.

Lan garrantzitsua da bereiztea pazienteen ongizatearen barruan, zer diren:

- Psikoterapiak berezkoak dituen, eta jarrera desberdinetan presente dauden faktore orokorrei zor zaiena
- Tratamendu berezi baten aplikazioari zor zaiona.

2. PSIKOTERAPIA GUZTIETAN DAUDEN FAKTOREAK

2.1. GIRO TERAPEUTIKOA

Aldaketa psikoterapeutikoa gertatzeko beharrezkoak diren oinarrizko kondizioak egon behar dira. Pazientearen, terapeutaren eta biek konpartitzen duten kulturaren ezaugarriak hartzen ditu bere baitan.

2.1.1. SINISMEN KULTURALAK

Gizakiaren ekintzen bidez, giza natura eta portaera alda daiteke, izan ere, kultura baten edo beste baten parte izateak aldaketa nabariak ekartzen ditu sinesmenetan. Aldaketa, desiragarria eta ona den zerbait bezala ikusia dago kultura askotan eta terapeutaren gaitasun teknikoetan jartzen den fedea ere kontutan hartu beharrekoa da.

2.1.2. PAZIENTEAREN FEDEA, ITXAROPENAK ETA MOTIBAZIOA

Pazienteak motibaziorik ez badu, ez du lortuko espero duen guztia. Guztiz desberdina da patologia bat duzula onartzea, norbaiten hilketa gatik sufritzen ari zarela onartzea baino.

Terapeutari merezi ez duen boterea/magia egozten zaio askotan eta hori ez da horrela. Terapeutak ez dizu ezer konponduko, lagundu, gidatu egingo dizu.

Pazienteak sinistu dezake terapeutaren ekintzak direla beregan aldaketa sortzen dutenak. Terapiaren azken helburua, pazienteak bere parte errekonozitzea da, hau da, bere hobekuntzaren faktore nagusia bera dela ikustea edo onartzea.

Tratamendua prozesu bat bezala kontsideratu behar da. Prozesu horretan zehar, pazientearen bizitzan aldaketa asko eman daitezke, bai onak eta bai txarrak. Edozein kasutan, terapan jarritako fedea aldatu egiten da tratamenduan zehar, ez beti onerako, izan ere, estankamentu bat gerta daiteke, gorabeherak egon daitezke...

Zergatik aldatzen da terapan jarritako fedea? → Askotan antsietate zaharrak gogoratzen ditugu eta oso neketsua izan ohi da. Halaber, antsietate zaharren aurrez-aurre jarri behar da paziente behin eta berrero, nekez betetako lan batean. Izan ere, hauen tokian, bizitzeko modu berriak eratu behar dira, nahiz eta erraza ez dela jakin. Zailtasun horrek psikoterapiarekiko dauzkan fedea eta itxaropenarengan eragina izango baitu.

2.1.3. TERAPEUTAREN EZAUGARRIAK

Terapeuta, osatzeko baimena duen pertsona da.

- **Estatua.** Prestigio gehiago duten terapeuten ekintzak (interpretazioak eta abar) errazago onartzen dira eta eraginkorragoak dira. Adina faktore garrantzitsua izan daiteke, urteekin batera esperientzia handitu egiten delako. Hala ere, ez da adin kontua, estatus kontua da.
- **Marko teorikoak.** Terapeuta eta bezeroaren egiteei zentzia ematen die. Kontsultaren organizazioa...

Terapeutaren ezaugarri pertsonalak ere analizatu dira eta era batera edo bestera, terapian eragina dutela ikusi da:

- **Zintzotasuna adierazi eta konfiantza eman.** Kontraesanak garrantzia dute, terapeutak kontraesan asko esaten baditu, adibidez, konfiantza gutxi transmitituko digu.
- **Bezeroa errespetatu** behar du.
- **Giro seguru bat lortu.** Atxikimendua teoriak ere aspektu hau defendatzen du.
- **Bezeroaren lankidetzaren irabazi.** Izan ere, terapia ez da terapeuten zeregin bakarra, pazientearekin aliantza terapeutiko bat ere lortu behar du.

Terapeutaren trebetasun teknikoak:

- **Teoria eta teknikak ezagutu** behar ditu.
- **Negoziatzen jakin** behar du. Pazientearen beharrekin ohartzeaz gain, behar horiekin negoziatzen jakitea garrantzitsua da.
- **Akertiboak izan.** Modu malgu batean jokatzeko beharrezkoa da.
- **Egoera gatazkatsuei aurre egiten jakin.** Bezeroak kontrola galdu dezake, emozionalki intentsuak diren erreakzioak izan ditzake eta horretarako prest egon behar du terapeutak.
- **Komunikatzeko trebetasuna izan** behar du.

Rogersen arabera (1957), hauek dira terapeuta batek izan behar dituen ezaugarriak:

- Benetakoa izan. Ez da terapeuten rolen atzean babestu edo ezkutatu behar, pazientearekin benetakoa izan behar du.
- Bezeroarekiko zalantzarik gabeko begirunea izan eta bere alde egon.
- Enpatia. Beti distantzia minimo bat ere mantendu behar da.
- Bezeroari transmititzeko gaitasuna izan. Ni izan naiteke pertsona enpatiko bat, baina hori ez badakit transmititzen, pazienteak edo bezeroak ez du nigan konfidatuko.

2.1. ITUN TERAPEUTIKOA

Itun terapeutikoa = aliantza terapeutikoa. Bezeroek dituzten arazoak adierazteko eta lantzeko nahiko segurtasun ematen dien harremana. Kasu honetan, intimitatea, konfiantza eta neutralitate morala sendotzen dira.

Terapeutaren lana aliantza terapeutikoan, izan ere, entzun eta erantzuteko gauza izatea da, baina ez bere behar eta sentimenduen arabera, ezta behar sozialen arabera ere.

Freudek (1910) harreman terapeutikoaren barruan bi atal banandu zituen:

- **Transferentzia.** Ze sentimendu probokatzen dituen terapeutak bezeroarengan.
- **Lan ituna.** Bezeroa ohartzen da terapeutak zentzu zabalean ulertzen diola, berarekiko jarrera ona duela eta bere ongizatearen alde lan egiten duela. (PP-ko adibidean ez dago lan itunik). Lan ituna, terapia guztietan dagoen faktore ez-espezifiko nagusia da.

Luborskyk (1976) bi itun mota bereizten ditu:

1. 1.MOTA. Bezeroak terapeuta laguntzen eta babesten duen norbait bezala hautematen du eta bere burua ikusten du laguntza honen jasotzaile bezala. Bezeroa pasiboa da kasu honetan.
2. 2.MOTA. Pazienteari mina ematen dionaren kontra elkarrekin lanean aritzeko sentimendua. Tratamenduaren ardura partekatua bezala ikusten da. Kasu honetan, pazienteak aktiboa da.

1.motatik 2.motara aldatzea arrakasta faktore bat bezala kontsideratzen da.

Lan itunak hainbat ezaugarri ditu:

- Akordioa terapeuta eta pazientearen artean beraien eginbeharrei buruz.
- Akordioa terapeuta eta pazientearen artean beraien helburuei buruz.
- Terapeuta-bezeroaren arteko harreman positiboa, atxikimendua bezala kontsideratu daitekeena.

Lan itunak ebaluatzeko tresna desberdinak sortu dira, hala nola, *Working Alliance Inventory*. Terapiarengan duen eragina aztertu da, baita partaideen eragina ere.

TERAPEUTA	BEZEROA
✓ Enpatia (intelektuala eta emozionala)	- Motibazioa
✓ Epeltasuna	- Harreman estiloa
✓ Esperientzia	- Objektu harremanak
✓ Formakuntza	- Itxaropenak
✓ Izandako harremanen errepresentazioa (atxikimendu barne ereduak)	- Jarrerak
✓ Gaitasun sozialak	- Sintomen larritasun gutxi
✓ Aldagai pertsonalak (ongizate emozionala...)	- Hostilitatea, defentsibitatea

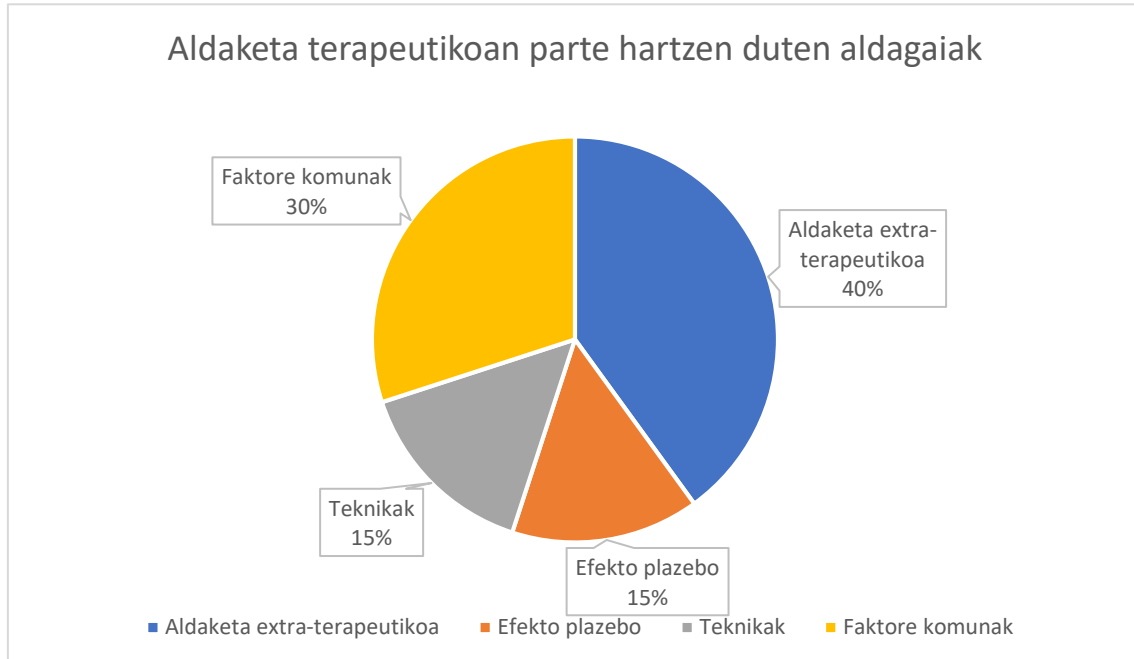
PSIKOTERAPIAREN ARRAKASTA

Terapiaren ondorioa faktore espezifiko eta ez-espezifikoetan datza.

- **Ez-espezifikoak.** Terapia guztietan presente dauden faktoreak dira.
 - Terapeuta-pazientearen arteko konfidantzazko harremana
 - Bezeroaren eta terapeutaaren harreman-estiloa
 - Pazienteak duen integratzeko ahalmena
 - ...

- **Espezifikoak.** Terapia bakoitzak teknika espezifikoak ditu. Hala nola, desentsibilizazioa (konduktistak), asoziazio librea (psikoanalistak), etab.

Aldaketa terapeutikoan hainbat aldagaik parte hartzen dute



Faktore-komunak: Terapia askotan aurkitzen diren aldagaik dira (enpatia, onarpena, arriskuak hartzeko erabakia...)

Terapia guztiek dauzkate komunean hainbat prozedura:

- Sugestioa eta limurtzea (persuasioa)
- Arousal emozionala
- Ikaskuntza eta ber-ikaskuntza
 - o Baldintzapen operantea
 - o Ikaskuntza kognitiboa
 - o Erabaki hartze estrategiak
 - o Ikaskuntza emozionala
 - o Identifikazioa eta modelatzea
- Autoexplorazioa eta ulermena
- Feedbacka eta errealitatearen txekeoa
- Praktika eta entsegua
- Menperatze eta arrakasta bizipena, terapia barruan eta terapiatik kanpo

Gainera, badirudi tratamendu orok efektu komunak dituztela:

- Autoestima igo
- Desmoralizazioa gutxitu
- Autoefikazia sentimendua eman (arazoa gainditzeko behar izan dena egitea).

Itun terapeutikoak eragina du psikoterapiaren arrakastan, izan ere, onura gehiago izaten dituzte hasieran hobeto zeudenak, hau da, interbentzioa orduan eta arinago egin, orduan eta arrakasta gehiago izango du terapiak. Horrez gain, interbentzio zehatzak hobeak edo txarragoak dira, kasu (arazo) konkretuen arabera.

Psikoterapien arteko gerturatzea edo integrazioa, 70. hamarkadatik aurrera indarrez agertu dira. Hala ere, inongo fokatze terapeutikoak ez dauzka erantzun guztiak: psikologo klinikoen %50 bezala kontsideratzen dira.

Terapien integrazioa bultzatu duten aldagaiak:

- Tratamendu psikologiko desberdinen zabalkundea
- Edozein jarrera terapeutikok arazo guztiak aurregiteko duen ezintasuna
- Eredu teoriko guztiak portaera aldaketak eta psikopatologiaren bilakaera azaltzeko zailtasunak
- Terapia guztien emaitzetan faktore ez-zehatzek duten garrantzia
- Kognitibismoaren agerpena (fokatze desberdinen gerturatze faktore bat izan da)
- Konstruktibismoaren eragina (paper eraginkor bat jokatu du prozesu honetan)

3.GAIA: TRATAMENDU PSIKOLOGIKOEN HISTORIA LABURRA

GARAI ZAHARRAK

Psikoterapia = Psikhé (arima) + Therapeuo (zaindu).

Garai honetan, gaixotasun mentala entitate berezi bat bezala tratatzen zen, izan ere, sorginak, petrikiloak, apaizak, etab. zeuden.

Egipto eta Grezia izan ziren lehenak tratamendu psikologikoak erabili zituztenak. Hala ere, garai honetako autorearik edo pertsonarik garrantzitsuenetakoa **Hipokrates** izan zen (K.A V.mendea). Bere ustez, buru gaixotasunak oinarri naturala dute eta hori defendatzeko **humoreen teoria** erabili zuen oinarritzat:

- 4 humoreak: Odola, linfa, behazun horia eta behazun beltza.
- Humoreen arteko oreka edo proportzio egokiak (eukrasis) osasuna dakar.
- Humoreen arteko desorekak (diskrasis), berriz, eritasuna dakar.
- Tipologia eta gaixotasun bereziak erlazionatzen dira

ERDI AROA

Portaera ez-egokiari buruzko superstizio eta sinismen irrazionalek indarra hartu zuten, arrazionaltasuna albo batera utzi zen, sinismenetan oinarritzen zen guztia. Hori horrela izanda, tratamenduak ondorengoak ziren: exorzismoa, magia, sinismenetan oinarritutako tratamenduak, etab.

ERRENAZIMENDUA (XV.Mendean)

Gaixotasun mentala, gaixotasun fisikoaren estatus berean kontsideratzen hasi zen. Sinismenek eta erlijioak indarra galdu zuten, izan ere, fisika, metafisika, medikuntza, anatomia eta antzerako zientzien sorrera eman zen eta horrek arrazionaltasuna indartu zuen.

FRANTZIAKO IRAULTZA

XVIII.MENDEA: Garai honetan jada bereizita zeuden osasun mentala eta osasun fisikoa.

- **Arazo mentalen tratamendu morala** (Pinel, 1745-1826): pertsona gaixoez arduratu egiten zen, izan ere, pazientearen historial klinikoa egiten zen. Arazo mentalek, tentsio psikologiko edo emozionaletan zuten oinarria, beraz, era horretara tratatu behar ziren pazienteak. Tratamendu horretarako, bitarteko psikologikoen erabilpena ematen zen, ez ziren pazienteak lotzen, ez ziren farmakoak erabiltzen (ez ziren existitzen). Medikuek eta pazientearen arteko harremanari garrantzi handia eman zioten.

MESMER ETA HIPNOSIA (1734-1815)

Mesmerrek gizakiok magnetismo animal bat daukagula deskubritu zuen. Magnetismo hori erabiliz, pertsonen gaixotasun psikologikoekin buka zezakeela uste zuen. Elektrizitatearen edo imantazioaren antzeko teoria bat asmatu zuen. Magnetismoa, fluidoa izango litzateke. Magnetizadorea, kasu horretan, fluido horren distribuzio egokia lortzen duena, krisi edo konbultsioen bitartez, batik bat.

JAMES BRAID (1795-1860)

Mesmerismoagatik interesatzen hasi zen. Neurohipnosia asmatu zuen, izan ere, hipnosia “amets nerbioso” bat bezala definitu zuen, amets normalarengandik asko hurruntzen zena. Pazientea hipnosiaren efektuen menpe zegoenean, muskuluen “sobre-exzitazio” bat izaten zuen. Mesmerrekiko desberdintasun nagusia, magnetismoaren ukapena izan zen, izan ere, bere ustez hipnosia ez zen fluxu magnetikoen ondorioz sortzen, edozein pertsonak burutu zezakeen hainbat arau edo pausu jarraituz.

JEAN MARIE CHARCOT (1825-1893)

Hipnosia eta histeria antzeko fenomeno neurologikoak zirela uste zuten, desberdinak zirela baina gauza asko zituztela komunean. Freudek Charcotekin ikasi zuen. Bere ustez, garunaren eremu batzuetako lesioek funtzio motoretan eragin negatiboak dituzte eta ebidentziak eman zituen hori defendatzeko.

ANATOLE BERNHEIM (1840-1919)

Hipnosia ez zuen egokitzen hartzen. Histeria sendatzeko sugestioa erabiltzen zuen.

Sugestioa → Kontzeptuak manipulatzeko gai den edozein elementu (pertsona, liburu...) beste elementu baten sentimendu, pentsamendu, emozio edo portaerak gidatu ahal dituen.

XX.MENDEKO PSIKOTERAPIA

WILLIAM JAMES (1842-1910)

Psikologia funtzionalaren sortzailea (pertsona testuingurura adaptatzen da) izan zen, bere lanik garrantzitsuenak → *Principios de la psicología*. Bere pentsamendua, berak izendatutako korrante batekin erlazionatzen da, batik bat, enpirismo erradikala.

FREUD (1856-1939)

1900. urtean bere lehenengo liburua publikatu zuen *Ametsen interpretazioa*. Liburu honek bere teoriaren lehenengo oinarriak batzen zituen. Psikoanaliaren eta psikoterapiaren hasiera eman zen bere lanaren ondorioz.

KONDUKTISMOA ETA BEHAVIORISMOA

- Ivan Petrovich Pavlov (Paulov) → (estimulu baldintzatua, erantzun baldintzatua, etab.)
- Watson → Albert txikiaren eta arratoiaren esperimendua (arratoiarekin batera zarata desatsegin bat egin, beldurra sortzen ziona Alberti, beraz, arratoiari beldurra hartu zion eta denborarekin iledun animaliei).
- Skinner → Skinnerren kaxa. Kaxa barruan usoak sartu eta usoen portaera baldintzatu, jarrera bat bultzatuz gero, janaria ematen zioten, beraz, jarrera behin eta berriz errepikatzen zuten.

MUGIMENDU FENOMENOLOGIKO-EXISTENTZIALA

Humanismoaren oinarri filosofikoa izan zen.

Brentano → *La psicología desde un punto de vista empirico*. Husserl → Fenomenologia

Heidegger → Análisi existenciala

4.GAIA: OINARRI ETIKO ETA DEONTOLOGIKOAK

DEONTOLOGIA

Lanbide bateko betebeharrak arautzen ditu. Estatu mailan, Psikologoek Kode Deontologikoak markatzen ditu. 1995ean, Europako Psikologiaren Elkartearen Federazioak (EPPA), meta-kode etikoa publikatu zen. Izan ere, kode deontologiko erreferentziala da. EPPAren partaide diren psikologo elkartu guztiek meta-kode hau erabili behar dute oinarri bezala beraien eraikitzeke. Adibidez, EEBB-tan APAren kodea erabiltzen da. Era batera esateko, "legea" izango litzateke.

ETIKA

Etika deontologia baino zabalagoa da. Norberaren ekintzen erresponsabilitate moralak onartzean datza, hau da, norberak ikusiko du zer dagoen ondo eta zer gaizki, moralitatearen ikuspegitik beti ere. Norberaren kontzientziaren eragina.

Gaur egun, hurrengo hauek hartzen dira garrantzitsutzat:

- Prestakuntza profesionala
- Harreman pertsonalak
- Konfidentzialitatea
- Historia klinikoak
- Harreman profesionalak
- Mass-media (telebista, aldizkariak...) eta publizitatea
- Internet bidezko terapia

1. PRESTAKUNTZA PROFESIONALA

Betebehar deontologikoa litzateke, betebehar morala benetan jakitea izango litzateke. Terapeutak **jakintza** gaurkotua behar du lanbidearen garrantzizko eremuetan, hala nola, prozesu psikologikoak, ebaluazioa, tratamenduak... **Kompetentzia kliniko nahiz teknikoak** barneratuta izan behar ditu terapeutak, interesa eta sentsibilitatea adierazteko ahalmena izan behar du. Horrez gain, arazo larrien aurrean patxadaz erantzuteko ahalmena izan behar du eta beharrezkoa denean irmotasuna erakutsi, bezeroa desafiaturik edota kontra jarritz. Arazo zehatzak konpontzeko teknika berriak ikasi behar ditu. **Judizio onak** eta efektibitate profesionala ere garrantzitsuak dira, bigarren hau portaera etikoekin lortuz, hau da, portaera etikoa erabiltzen bada, efektibitatea handiagoa izango da. Izan ere, tentsioz betetako egoera batean, edo nahasia agertzen den egoera batean iritzi egoki bat emateko ahalmena izan behar du. Zenbait kasutan, pertsonari lagundu ezin zaion egoera asko agertuko dira, egoera horietan egin beharrekoa, zera da: onartzea ez garela gai arazo horri irtenbide bat emateko edota onartzea arazo hori beste profesional batzuek hobeto konponduko dutela. Etikak dio, arazo hori konpontzeko beste pertsona baten prestakuntza norberarena baino hobea dela ikusten badu terapeutak, pazienteari onartu egin behar diola. Agian pertsona horren irtenbidea ez da terapiara joatea, agian dantza talde batean apuntatzea hobetagoa da pertsona horren arazoari aurre egiteko.

Pertsona-mailan ere badaude zenbait faktore garrantzitsuak direnak terapiaren arrakastarako etikaren ikuspuntutik. Sentikortasuna adierazi behar da kontra-transferentziaren aurrean, hau da, bezeroak terapeutarengan proiektatuko ditu berak beste pertsona batengan dituen

sentimenduak. Terapeutak horren aurrean ere sentimendu batzuk garatuko ditu. Kasu horietan eta beste guztietan, terapeutak bere erreakzioak ezagutu behar ditu, horiek kontrolatu ahal izateko eta erantzun egokiak eman ahal izateko. Gainera, harreman terapeutikoaren erabilpen interesatuaz ohartzeko gauza izan behar du terapeutak. Azken finean, pazientearen eta terapeutaren artean harremana sortzen da, harreman neutro bat. Azkenik, terapeutak auto-zaintza ere garatu behar du, izan ere, besteak zaintzeko norbera zaindu beharra dago.

“Consentimiento informado”: Psikoterapiaren bezeroek zerbitzu bat erosten dute, beraz, eskubide osoa dute zer ordaintzen duten jakiteko. “Lo que prometo hacer lo hago, lo que no prometo hacer no lo hago”.

Bezeroarentzako informazio puntu batzuk eman behar dira nahi edo nahi ez, modu etiko batean lan egiteko:

- Prozedimendu eta helburu terapeutikoak adierazi.
- Terapeutaren papera eta kualifikazio profesionala.
- Terapia prozesutik sor daitezkeen arrisku edo egoera deserosoak.
- Terapiaren onurak.
- Psikoterapiaren alternatibak (agian pertsona horrek ez du terapia behar).
- Terapia hasten den momentutik, bezeroak eskubidea du terapia saio horri amaiera emateko nahi duen momentuan.
- Konfidentzialitatearen mugak.

2. HARREMAN PERTSONALAK

Terapeuta-bezero harremanak testuinguru terapeutikotik kanpo egon behar dira. Harreman soziala, dirua, lagunak, familiakoak, kontaktu fisikoa (ez erotikoa) edota intimitate sexuala terapiatik kanpo egon behar dira.

- **Harreman soziala.** Bezeroarekin harreman sozialak izan baino lehen, terapeutak bere buruari hainbat galdera egin behar dizkio:
 - Harreman honekin noren beharrak asetzen dira?
 - Harreman soziala eta harreman terapeutikoa ondo doaz?
 - Bezeroa ala terapia arriskuan jartzen ari al naiz?
- **Dirua.** Kasu honetan, hobe da bezeroekin negozio harremanak ez izatea. Hainbat egoeratan, bezero askok opariak egiten dizkie terapeutei eta bigarren honek opari hori onartzea edo ez onartzea muga ekonomiko baten menpe egon beharko litzateke. Adibidez, ume batek marrazki bat egitea, argi dago onartu egin beharko litzatekeela, baina adibidez, diamante bat oparitzen badigute, muga ekonomikoa dela eta, norberak erabaki beharko luke. Horrez gain, ez da ona bezeroak ordaindu ezin dituen zorrak izatea terapia dela eta.
- **Familia eta lagunak terapian.** Ez da gomendagarria bezeroa familiarra edo lagun bat izatea, gehiegi ezagutzeak ere bere desabantailak izan ditzake.
- **Kontaktu fisiko ez erotikoa.** Ez da gomendagarria kontaktu fisikoa egotea. Izan ere, kulturaren eraginak ere zerikusi handia dauka, kultura bakoitzean kontaktu fisikoaren ikuspegia desberdina da. Hala ere, badaude egoera batzuk non kontaktu fisikoa

gomendagarria izatera iritsi daitekeen, hala nola, bezeroa oso estresatuta badago, animoa emateko, terapia bukaeran zoriontzeko...

- **Intimitate sexuala.** Egoera honetan, egon izan dira kasuak non terapeutak bere botere egoera aprobetxatuz, bezeroarekiko jarrera inposatzailea izatera heldu den (sexualki ere bai). Ez da etikoa harreman sexualak izatea bezeroarekin, izan ere, legeak zigortu egiten du. Terapia bukatu eta segituan ere ez da egokia, denbora tarte bat utzi beharko litzateke (irakurgai osagarria egelan).

3. KONFIDENTZIALITATEA

Bezeroaren identitatea eta berari buruzko informazioa ezin da ezagutzera eman bezeroaren baimenik gabe. Konfidentzialitateak, inplikazio batzuk ditu:

- Bezeroaren historia klinikoa eta beste dokumentuak toki seguruan gorde behar dira. Adibidez, etxeko ordenagailuko karpitetan gordetzea ez da segurua, edonorrek eskura izan dezake.
- Terapeutak bere lagunekin, familiakoekin edota ezagunekin ezin dezake bere bezeroei buruz hitz egin.
- Ez agurtu bezeroa toki publiko batean topatuz gero (bezeroak lotsa senti dezake, izan ere, gure gizartean psikologoarengana joatea ez dago normalizatua).
- Ez eman informaziorik bezeroaren familikoei bere baimenik gabe (18 urte baino gutxiago baditu, bai).
- Bezeroaren datuak ezkutatu egin behar dira publikoki bere kasua agertzen denean (kongresu batean adibidez, bezeroaren datu errealak eman beharrean, izenak eta datuak asmatu egiten dira).

Konfidentzialitateak hainbat muga dauzka. Adibidez, bezeroak bere buruari edo besteei kalte egiteko asmoa badu (tratu txarrak, gaixotasunak kutsatu, bere buruaz beste egin, baita adin txikikoa izatea ere), ez da ezkutuan gorde behar, egoera horietan beharrezkoa da gertatutakoaren edo gertatzear dagoenaren berri ematea. Horrelako kasuetan, terapeutak erabaki behar du zer mantenduko den isilpean eta zer ez.

4. HISTORIA KLINIKOA

Terapeutak bezero bati buruzko datuak gorde behar ditu, ebaluazioari eta tratamenduari buruzko datu horiek ezinbestekoak dira. Izan ere, tribunalek datu horiek eska ditzakete eta terapeutak kontuz izan behar du idazten duenarekin, nota pertsonalak historia kliniko ofizialetik aparte gorde behar baitira. Agian terapeutak ezizen batekin deitzen dio pazienteari edo historia klinikotik kanpo kokatzen diren hainbat nota paralelo idatz ditzake terapeutak.

Historia klinikoaren txostena dokumentu legal bat da azken finean. Arazo legalak daudenean, terapeuta babestu dezake historia kliniko batek, izan ere, bertan agertzen dira bezeroari buruzko datuak.

5. HARREMANAK BESTE PROFESIONALEKIN

Oinarri etikoek eskatzen dute lankideekiko errespetua izan behar dela, hau da, beraien beharrak, kompetentziak eta betebeharrak errespetatu behar direla. Horrez gain, ezin ditu beste lankideak desakreditatu, modu berdinean edo desberdinean lan egiten duelarik ere. Psikologoek bere gain hartu behar dituzte lankideen hutsegite etikoak: beraiekin

harremanetan jarri beharko lirateke kasu horretan eta beharrezkoa bada, instituzioekin kontaktuan jarri beharko lirateke, kasu egiten ez badute.

6. MASS-MEDIA ETA PUBLIZITATEA

Mass-mediatan agertzean (telebistan, irratian zein aldizkarietan), datu zientifikoak erabili behar dira, zentzua erabiliz. Horrez gain, tratamendu berri baten arrakastaz informatzen bada, ikerketaren mugak ere aipatu behar dira.

7. INTERNETEN BIDEZKO TERAPIA

Geroz eta gehiago erabiltzen den baliabide bat da. Terapia presentzialak dituen oinarri etiko berdinak ditu. Betebehar berdinak daude, eskubideak berdinak dira. Kasu honetan, egoera espezial asko egon daitezke eta egoera bakoitza aztertu beharko litzateke. Eginbeharrak:

- Terapeutak internet bidez komunikatzeko beharrezkoak diren trebetasunak izan behar ditu.
- Bere ubikazio fisikoa argi utzi behar du (direkzioa, herria). Bere titulazioa, esperientzia, kolegiaturik egon behar da.
- Zerbitzuak denbora errealean edo e-mailez eskaini behar ditu.
- Erabiltzailearen (bezeroaren) identifikazioa argia izan behar da.
- Bezeroaren kontsentimendu informatua lortu behar du bere tarifak, konfidentzialitatearen mugak... adierazi eta gero.
- Informazioa babestu, baimenik ez duten pertsonengana ez heltzeko (enkriptatua).

TRATAMENDU PSIKOLOGIKOAK: PSIKOANALISIA/EREDU PSIKODINAMIKA

1. OINARRIZKO KONTZEPTUAK

Psikoanalisiaren hainbat modutan definitu izan da:

- Ikerketa metodo bat da. Hitzek, ekintzek eta irudiaren irudiak (ametsak, fantasia) esanahi inkontzientea aztertzea duen duena. Behaketa naturala eta dedukziozko inferentzia erabiltzen du.
- Erresistentziaren interpretazioa, transferentzia eta desioak karakterizatzen dituen metodo terapeutiko bat da.
- Gogoaren funtzionamenduari buruzko (metapsikologia) teoria psikologiko eta psikopatologiko multzo bat, non ikerketa eta tratamendurako metodo psikoanalitikoak emandako datuak sistematizatzen diren. Giza ezagutzaren sistema bat baita, norbere dinamika ulertzen laguntzen duena. Izan ere, psikodinamikaren helburu nagusia pertsona bakoitzak bere burua ezagutzeko litzateke.
- Kulturen prozesuak eta jarduerak sozialak ulertu ahal izateko fokatzeko filosofiko bat.

FREUD

Psikoanalisiaren barruan, hainbat etapa desberdin daude. Freud izan zen etapa horietan indar gehien izan zuena. Bere teoria etapa desberdinetan sortu zuen:

- **Fundazio-aurreko etapa (1886-1895)**
 - o **1876:** Neurofisiologiaren inguruko lanak
 - o **1885:** Beka bat lortu zuen. Parisera joan zen, Charcotengana 85eko urritik, 86ko otsailerarte.
 - o **1886:** Vienan kontsulta bat irekitzen du
- **Etapa fundazionala (1895-1900).**
 - o **1895:** Breuerrekin "Les études sur l'hystérie" argitaratu zuen.
 - o Charcoten ideiak histeria traumatikoari buruz bere lanera aplikatzen ditu. Oinarriak, katarsia eta abreakzioa (trauma eta berarekin erlazionatuta dagoen afektua gogora ekarri)
 - o Hipnosia alde batera utzi zuen (pertsona batzuen erresistentzia, zailtasuna egoera sakonak lortzen...)
 - o Bizitzen ziren trauma asko ez ziren benetakoak, irudiak ziren. Horren ondorioz, hipnosia alde batera utzi zuen eta **asoziazio askearen** teknika lantzen hasi zen. Pazienteari eskatzen zitzaion burutik pasatzen zitzaion guztia esatea. Pertsonak diban batean jartzeak erlaxazio sentimendua sortzen die eta hori hipnosiarekin noizbait lotu izan da, antzekotasun pare bat dauzkatelako.
 - o Transferentzia eta libidoaren kontzeptuak sortu zituen.
 - o Edipo konplexuaren garrantzia.
- **Zeraren Psikologia (1900-1914)**
 - o **1900:** AMETSEN INTERPRETAZIOA
 - o **1904:** Eguneroko bizitzaren psikopatologia
 - o **1905:** Sexualitatearen teoriari buruzko hiru saiakera

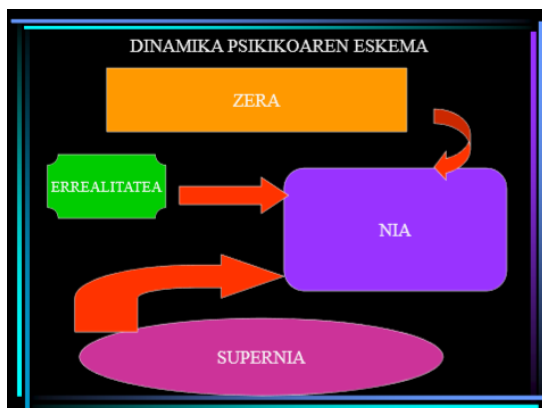
- **1912:** Totem eta tabu
- **Niaren Psikologia (1914-1939)**
 - **1915:** Metapsikologia-rako sarrera
 - **1920:** Mas alla del pincipio del placer
 - **1923:** Nia eta zera
 - **1926:** Inhibizioa, sintoma eta angustia
 - **1927:** Ilusio baten etorkizuna
 - **1930:** Egonezina kulturari
 - **Teoria freudiarraren genesisia:**
 - 1.topikoa: Kontziente, prekontziente eta inkontzientea
 - 2.topikoa: 1920.urtean, Zera, Nia eta Supernia.

DINAMIKA PSIKIKOAREN ESKEMA

ZERA: Zerak, desiatu egiten du. Zer? → Zerak dena desiatzen du, dena nahi du, eta gainera momentuan.

NIA: Nia errealitateekin kontaktuan egoteak sortzen du, hau da, errealitatearekin daukagun kontaktuak sortzen du gure Nia. Horrez gain, Niak Zeraren eragina ere jasotzen du, baita Superniarena ere.

SUPERNIA: Beste biak baino beranduago sortzen da. Edipo konplexuaren superazioarekin hasten da garatzen. Subkontzientean kokatzen da.



Eskema honetan, **defentsa mekanismoak** sortzen dira:

- **Errepresioa.** Sentimendu desatseginak, onartezinak edo mingarriak baztertzea lortzen dugu. Gehienetan, sentimendu horiek jatorri sexuala edo oldarkorra izan ohi dute edo gure balioekin bat ez datorren beste edozein balio eragindakoa.
- **Erreakzio-eraketa.** Benetan sentitzen ditugun jokabideen eta sentimenduen kontrako jokabideak eta sentimenduak izaten ditugu (adibidez, gustatzen zaigun pertsona mespretxatzea).
- **Desplazamendua.** Irrika edo bulkada baten energia objektu batetik beste batera aldatzen da.

- **Proiektzioa.** Mekanismo horren bidez, besteentzako uzten ditugu jasanezinak egiten zaizkigun motibazioak eta sentimenduak. "Horrek gorrotatzen baino ez daki".
- **Erregresioa.** Hazkundearen aurreko estadioetara itzultzea izango litzateke.
- **Arrazionalizazioa.** Geure jokaera justifikatzeko, egoera azaltzen saiatzen garenean erabiltzen dugun mekanismoa da.

LIBIDOAREN ETAPAK:

Aho aroa → Uzki aroa → Falikoa → Genitala

Tratamendu psikoanalitikoaren helburuak, pazientearen gatazkak (defentsa mekanismoen bitartez "konpontzen" direnak) tratamendu psikoanalitikoarekin konpontzen dira.

TRATAMENDU PSIKOANALITIKOAREN HISTORIA

HIPNOSIA → Freud Charcotengana joan zen Parisera eta bertan hipnosiarekin harreman du zen. Hipnosiaren bidez sintomak desagertarazi edota sortarazi zitezkeela ikasi zuen Freudek. Hipnosiarekin harremana:

- Alterazio somatiko batzuk dinamika psikikoaren ondorioak dira
- Hipnosia ondoren gaixoen portaera inkontzienteak diren prozesu mentalen existentzia inferitzen ahalbidetzen zuen.

Sintoma neurotikoak adierazteko teoria:

- Ekintzara bultzatzen duen egoera batean sortzen dira; baina ekintza alde batera uzten da. Bere tokian, sintomak agertzen dira.
- Motiboak eta bulkadak kontzientziatik kanpo geratzen dira; sintomak berriz aldagabe mantentzen dira.

Hipnosiaren bidez, subjektuak kontzienteki elaboratu ezin izan duen gertaera traumatikoa berbizitzen du, sintoma desagertzera eramanez → KATARSIA.

Katarsi hitzak grezieran du jatorria, definizioz purifikazioa, garbiketa, esan nahi du. Aristotelesek tragediaren kontzeptua azaltzen asmatu zuen hitz hau, izan ere, antzerkiak ikusleengan zuen eragin askatzailea deskribatzeko hitz egokiaren bila zebilen. Egoera horretan, ikusleek barruan gordetzen dituzten sentipen eta emozio ezkorrak kanporatzeko ariketari deitu zion katarsi.

ERREKURTSO TEKNIKOAK

1. Asoziazio librea

Burura etortzen den guztia esan behar da, horretarako, pazientea eta terapeuta ez dira aurrez aurre jarri behar. Niaren zerbitzuan inkontzientera egiten du erregresioa, izan ere, zeraren dinamikara pasatzea. Ideien asoziazioa erabiltzen da.

2. Erresistentzien analisisa

Pazientearen barrutik prozesu psikoanalitikoaren kontra diharduten indarrak dira. Kontzienteak edo inkontzienteak izan daitezke eta gairatzeko teknikak hurrengo hauek dira: Aurrejartzea

edo konfrontazioa, argitzea edo interpretazioa. Teknika horiek insight-a lortzeko asmoarekin egiten dira, izan ere, insight-ak aldaketa lortzen du.

Analistak ere bera zereginak baditu:

- Pazienteak egunero edo ia egunero ikusi.
- Terapia ondo joan dadin, pazientea dibanean etzan behar da eta terapeuta bere atzean jarri behar da, begi kontakturik egon ez dadin.
- Oinarrizko erregela: asoziazio askea
- Terapeutak ez du kontseilurik edo medikamenturik eman behar, soilik interpretatu.
- Psikoanalistak psikoanalizatuta izan behar du.

3. Transferentziaren analisia

Analista eta pazientearen arteko harremana ez da %100 erreala, transferentziaren ondorioz, analistarekiko sentitzen diren sentimenduak, beste garai batzuetan (haurtzaroan adibidez) pertsona garrantzitsuek sortutako sentimenduak dira. Emozioak edo sentimenduak pertsonen artean edo denboran zehar mugitzen dira eta oraingo eta lehengo egoerak gainjartzen dira. Transferentzia positiboa edo negatiboa izan daiteke.

Horrez gain, kontratransferentzia ere eman daiteke → Analistak analizatuarekiko dauzkan erreakzio inkontzienteei egiten dio erreferentzia.

4. AMETSEN INTERPRETAZIOA (ametsak interpretatuz, pertsonak gordeta duen atalera hel gaitzke)

5. Oinarrizko normak:

- a. Pazientearentzako: asoziazio librea
- b. Terapeutarentzako:
 - i. Atentzio difusioa (atencion flotante)
 - ii. Abstinentzia (satisfakziorik ez pazienteari)

PROZESU TERAPEUTIKOA

1) Analisiaren hasiera

1.sesioarekin hasten da, 2-3 hilabeteko luzaera izaten du hasierak. Etapa honetan, izan ere, pazientearen eta analistaren itxaropenen ajustea ematen da, aliantza terapeutikoa sustatu behar da.

2) Erdiko etapa

Etapa hau luzeena eta kreatiboena da. Bezeroak jokoaren erregelak ulertu eta onartu ostean hasten da eta hasierako neurosia desagertu arte irauten du, hau da, arazoarekin bukatu arte. Etapa honen ezaugarri nagusia: Aurrerapen eta erregresioaren arteko mugimenduak eman daitezke, erresistentzia mailaren arabera.

3) Analisiaren bukaera

Etaparik motzena da, eta hauek dira ezaugarriak:

- **Bereizketa konfliktua.** Pazienteak terapeutarekiko adierazten dituen menpekotasun sentimenduak eman daitezke.
- Egoera horretan, erresistentziak aktibatu egiten dira eta pazienteak okerrago sentitzen dira.
- Azkenik, egokia den interpretazioaren bidez gainditu daitezke.

Tratamenduaren indikazioei dagokienez, garrantzitsua da jakitea Freuden garaitik aurrera, psikoanalisi ez dela egokia kontsideratzen pertsona guztientzako, beste hainbat teknikaren sorrerak eragina izan baitu. Izan ere, gaur egun, teknika (psikoanalisi) beste populazio batera (psikotikoetara) aplikatu da arrakastarekin. Printzipioz, arazo neurotikoentzako bakarrik indikatuta dago.

Sifneosen arabera, analisisa dagoen paziente batek hurrengo ezaugarriak izan behar ditu:

- Bere sintoma neurotikoak ezagutzeko ahalmena
- Introspektorako joera
- Aktiboki parte hartzeko gogoia
- Kuriositatea
- Aldaketa eta esperimentaziorako gogoia
- Terapiaren inguruko itxaropen errealak

Arrakasta terapeutikoa emateko kriterioei dagokienez, Freuden ustetan, pazienteak maitatzeko eta lan egiteko gauza izan behar du, baita bizitzaz disfrutatzeko gai ere.

Beranduago, formulazio argiagoak eman zituen arrakasta lortzeko:

- Frustrazio-angustiatik libre egotea.
- Pertsonaren ahalmenak garatzea.
- Errealitate/desioen arteko oreka egotea.
- Bizi-asmo propioa lantzea eta besteena.
- Besteekiko harremanak erraztea.
- Jarrera konformistak edo destruktiboak alde batera uztea.

2. PSIKOANALISIAREN EBOLUZIOAK

- ✓ Neofreudianoak: Fromm, Horney, Sullivan.
 - Haurtzaroko esperientzien garrantzia gutxitu
 - Inkontzientearen eragina jaitsi
 - Faktore kultural eta sozialen garrantzia azpimarratu
 - Pertsonarteko prozesuei garrantzia eman
 - Oraingo esperientziek eta niaren prozesuei garrantzi gehiago eman
- ✓ Harreman objektalak: Klein, Winnicott, Fairbairn, A. Freud, Erikson, Bowlby
 - Niaren funtzioei garrantzia berezia eman
 - Objektu harremanak garrantzi handikoak dira
 - Antolamendu psikikorako
 - Garapen normal eta patologikorako

3. PSIKOANALISIAREN GARAPENA (atxikimenduaren teoriaren inplikazio klinikoak)

ATXIKIMENDUAREN TEORIAREN ERAKARPENAK

Atxikimenduaren teoriak 3 arlo desberdinetara ekarpenak ekarri zituen: Psikoanalisia, etologia eta psikologia kognitiboa, batik bat.

PSIKOANALISIA

Freudek esaten zuen iragana gogoratzen ez dutenak, iragana errepikatzen behartuta daudela. Atxikimenduaren teoriari dagokionez, ebidentzia sistematiko handiena ekarri zuen eta teoria honetan oinarritutako ikerketek zera frogatzen dute: Hasierako ekintza frustragarriak izan ziren atxikimendu esperientziak gogoratzen dituztenak eta horiekin ados jartzeko edo horiek asumitzeko ahalegina egiten dituztenak, iragana errepikatzeko aukera gutxiago dauzkate.

Atxikimenduaren teoriak psikoanalista britainiarraren *Eskola Independiente* deitzen zen hartak erroak ditu: Fairbairn, Winnicott eta Balint.

ETOLOGIA

Loren eta Harlow-ren lanean eragina izan zuen. Freuden bulkada eta inpultsoen teoriaren ordean, beste teoria bat proposatu zuten: portaera sistemak modu hierarkikoan antolatuta egotea eta modu zibernetikoan kontrolatuta egotea. Helburua → Gainbirtza eta arrakasta erreproduktiboa.

Bowlby-k, atxikimendua kontrol sistema bat bezala definitu zuen, izan ere, etiologiatik hartu zituen terminoak. Portaera aurre-fijatu batzuek ordenagailu baten programak bezalako funtzionamendua baitutelako.

Portaera sistema baten barruan portaera batzuk **kookurrenteak** dira, eta beste batzuk **alternatibak**. Portaera sistema horiek, haurren gerturatze gogoa bezala funtzionatzen dute, hau da, faktore exogeno (arriskutsuak diren egoerak) zein endogenoen (haurren beldurra) arabera aktibatzen dira. Haurra mehatxatuta sentitzen bada, amaren gertutasuna bilatuko du, bestela, ingurua esploratzen jarraituko du.

PSIKOLOGIA KOGNITIBOA

Atxikimendua kontrol sistema bat bezala ulertzeak barne antolakuntza eta bereziki atxikimendu irudien eta norberaren barne-ereduen garrantzia azpimarratzen du. Sistema hori modu eraginkorrean aktibatze edo desaktibatze, haurrak atxikimendu-irudiaren eta bere buruaren barne-eredu bat sortu behar du. Barne-eredu horri esker, atxikimendu-irudiaren urruntasuna edo gertutasuna, urbilerratasuna, eta oro har, berari laguntzeko agertzen duen prestutasuna aztertuko du.

Era berean, pertsonak ebaluatuko du ea bera benetan atentzioa eta arreta merezi duen norbait den eta zenbateraino den trebea besteen atentzioa pizteko. Norberari eta besteei buruzko ebaluazio horiei sentimendu batzuk lotuta daudela ahaztezina da: segurtasun sentimendua, heretura, dolua, haserrea, etab.

Internal Working Models, edo **Barne-eredu Eragileak**, harreman afektiboei buruzko informazioa antolatzen eta erabiltzen laguntzen duten egiturak dira.

Garrantzi handikoak izan diren pertsonekin (atxikimendu irudiekin) izandako hasierako harremanetan oinarriturik, besteengandik espero dezakeenari eta bere balioari buruzko informazioa eskuratzen du subjektuak, esanguratsuak izan ziren irudiek eman zioten arretaren bidez.

BARNE-EREDU ERAGILEEN EZAUGARRIAK

Norberari eta besteei buruzko buru-irudikapenak dira, osagai afektiboak eta kognitiboak dauzkatenak. Gertaera orokor batzuen irudikapenetan oinarrituz sortzen dira. Irudikapen horiek, izan ere, atxikimendu-portaerei eta estres edo arrisku egoeretan zaintzaileen hurbiltasuna bilatzeko berezko joerari daude lotuta.

Harremanaren ereduak ez daude soilik atxikimendu-irudiarekin bizi izandako esperientzien menpe, subjektuak haien inguruan egiten dituen interpretazio afektibo-kognitiboek ere badute bere eragina.

Behin osatuta, Barne-Eredu eraginkorrak automatizatu egiten dira; hau da, kontzientziatik kanpoko funtzionamendua dute, eta egonkortasunerako joera indartsua dute. Arauak eskaintzen dituzte jokabidea, oroimena eta arreta norabidetu eta antolatzeke; horrek mugatu egin dezake pertsonak bere buruaz, atxikimendu-irudiaz eta bien arteko erlazioaz izan ditzakeen ezagutza jakin batzuetara iristeko modua. Haurtzaroan zehar, harremanaren Barne-Eredu Eraginkorretan aldaketak gerta daitezke, haurraren esperientzia zehatzean gauzatutako aldaketen ondorio gisa.

Eragiketa Formalen aldiaren ostean, baliteke aurretik ezarritako harreman berezi baten Barne-Eredu Eraginkorrak aldatzea, subjektuak pentsamenduari berari buruz pentsatzeko (hau da, harreman jakin bat urrutitik aztertzeke) eskuratzen duen gaitasunaren ondorio gisa.

ATXIKIMENDUAREN TEORIA ETA INPLIKAZIO KLINIKOAK

Bowlby: “Encuentro algo inesperado el hecho de que, a pesar de que la Teoría del Apego ha sido formulada por un clínico para ser utilizada en el diagnóstico y tratamiento de pacientes y familias emocionalmente disturbadas, su principal uso haya sido promover la investigación en el área de la Psicología Evolutiva”.

Eredu klinikoak, zera esan nahi du:

1. Teoria bat normaltasuna eta patologiari dagokiola

Atxikimenduaren definizioa: Atxikimendua, gizakiak berarentzat esanguratsuak diren pertsona bereziekin loturak eratzeko duen joera da (Bowlby, 1982).

Atxikimenduaren teoriak portaera normal eta patologikoa azaltzeko sistema bat eskaintzen du, haurtzarora mugatzen ez dena, baizik eta pertsona bizi-ziklo osoa aintzat hartzen duena.

2. Ebaluazio eta interbentzio teknika bereziak erabiltzen direla

Hainbat tresna desberdin erabiltzen dira atxikimendua ebaluatzeko haurtzaro eta helduaroan. Adibidez, “*The Strange Situation*” teknika (ezezagunaren aurrean eta amaren aurrean ez =)



Hautzaroari dagokionez, hauek dira eman daitezkeen atxikimendu motak:

- Zihurra (%65)
- Ekiditzailea (%20)
- Anbibalentea (%10)
- Desantolatua edo ez-zihurra (%5-10 kliniko ez den populazioan; %80 tratatu txarrak jasaten dituzten haurretan)

Horiez gain, gurasoei dagokienez ere badaude atxikimendu motak, hala nola, zihurra, pasiboa, kezkatua eta desantolatua.

Atxikimenduaren teoria makroteoria bat da, eta hurrengo eremu guztietan aplikatu daiteke:

- ✓ Itxura psikoanalitikoak duten terapietan
- ✓ Familia terapietan
- ✓ Bikote terapietan
- ✓ Terapia kognitiboetan

Atxikimenduaren naturaren eta dinamikaren ulermenak interbentzio eta pentsamendu klinikoari itxura ematen dio, definitu beharrean, izan ere, giza funtzionamendua pentsatzeko modua eskaintzen du bizi guztian zehar.

3. Terapeutari esleitzen zaiola paper garrantzitsua.

Atxikimenduaren teoriatik lan egiten duen terapeutek eginbehar hauek dituzte:

1. Oinarri segurua izan
 - a. Erregularotasuna ordutegian
 - b. Pazientearentzako lasaigarria izan
2. Pazienteari lagundu bere oraingo egoera esploratzen
 - a. Ea norekin duen harremana, zein den gogobetetze maila...
 - b. Ea nolakoa den bera beste pertsonekin harremantzen
3. Pazienteari lagundu besteen portaera interpretatzen
4. Pazienteari lagundu bere iragana eta bere orainaren arteko loturak ikusten

TERAPEUTAREN ATXIKIMENDU MOTA

Kliniko seguruak malguagoak dira, erreakzio negatiboen aurrean tolerantzia gehiago dute eta ez dira hain iatrogenikoak. Horrez gain, pazientearen harreman estrategiak osatzen dituzte.

Hain seguruak ez direnak, imitatu egiten dute (atentzio gehiago jartzen diote atxikimendu hiperaktibadoreei, gutxiago desaktibadoreei).

PSIKOANALISI MOTAK

LACAN-EN PSIOANALISI ESTRUKTURALISTA

Freudenganako buelta proposatzen du, Saussure eta Levi-Strauss-en ekarpen linguistikoak batuz. Bere ustez, inkontzientea mintzaira bezala dago antolatuta eta bi kontzepturi eman zion garrantzia: **bestea** eta **desioa**.

PSIKOTERAPIA DINAMIKO LABURRA

Teknika klasikoaren aldaketak ematen dira:

- Iraupena mugatu
- Terapeutak rol aktiboagoa du
- Lan egiteko modua: pertsonaren oraingo arazo eta egoeretan zentratzen da
- Arazotsuak ez diren ikuspegiak errefortzatu eta indartzen dira

Terapia laburraren eredu garrantzitsuak hauek dira:

- Historikoki, S.Ferenczi eta O.Rank izan ziren lehenengo aldaketak proposatu zituztenak.
- Psikoterapia fokala: **D.Malan**
- Antsietatea probokatzen duen psikoterapia: **P.Sifneos**.

D.MALAN → Londoneko Tavistock klinikan lan egin zuen, Balint-en zuzendaritzapean. Hainbat aportazio izan zituen, hala nola, egokiak diren pazienteak aukeratzearen garrantzia eta interbentzioaren fokatzearen garrantzia.

10-40 sesiotan oinarritzen da bere terapia. Horrez gain, pazienteak bere zailtasunak kudeatzen duen moduan aldaketa iraunkorrak lor daitezkeela defendatzen du. Pazientearen ametsak, fantasiak eta transferentzia modu eraginkorrean tratatzen dira.

P.SIFNEOS → **Antsietatea probokatzen duen psikoterapia**. Massachusetts-eko Hospital orokorrean garatu zen, baina European arrakasta mugatua izan zuen. Lan egiteko modua:

- Pazienteari hasieratik eskatzen zaio onartzea bere sintomak arazo psikikoen manifestazioa direla.
- Tratamenduaren hasieratik antsietatea probokatzen da pazientearengan.
- Terapeutaren papera: pazientearen erreakzio negatiboak eta erabiltzen dituen defentsa estrategiak kontutan hartuta, bere erresistentziak desegitea.

Horren faktore terapeutikoak:

- Pazienteak bere erreakzionatzeko modu desegokiak ezagutzen ikasi behar du
- Bere gatazka emozionalak konpontzen ikasi behar du terapeutarekiko harremana abiapuntutzat hartuta (esperientzia emozional zuzentzailea).

JOKABIDE TERAPIAREN EREDUA

SARRERA

Boulderreko bileran (1949), psikologo klinikoaren papera zehaztu zen. Terapia hau, psikoanaliari terapeuta multzo batengan sortu zuen ondorezaren ondorioz sortu zen eta korrante honek dio portaera ikasten den zerbait dela, baina egokia ez den portaera ere.

HISTORIA

Historikoki, 3 toki geografiko izan ziren nagusiak:

- Britainia Handian → H. J. Eysenck (1916-1997)
- Hegoafrikan → Wolpe (1915-1997)
- EEUU → B.F. Skinner (1904-1990)

Albert Bandura ere oso autore garrantzitsua izan zen, izan ere, baldintzapenean oinarria zuten eredu klasikoak zalantzan jarri zituen (eredu kognitibo-konduktualaren agerpena)

EYSENCK (1916-1997)

1952. urtean, psikoterapien eraginkortasun baxuari buruz artikulu famatu bat publikatu zuen. 1959an "jokabide terapia" espresioa sortu zuen eta azkenik 1960an "*Behavior therapy and the neuroses*" argitaratu zuen.

WOLPE (1915-1997)

Baldintzapen klasikoan oinarri zuen eredu berri bat garatu zuen neurosiari aurre egiteko. Horrez gain, desentsibilizazio sistematikoa eta asertibitatearen entrenamientua ere garatu zituen.

B.F. SKINNER (1902-1991)

Baldintzapen operantearen kontzeptua asmatu zuen eta gizakientzat aplikagarria bihurtu zuen.

ALBERT BANDURA (1925)

Baldintzapen operanteak ez du portaera konplexuen ikaskuntza azaltzen bere ustez, horregatik, imitazioaren bidezko ikaskuntza edo modelatua asmatu zuen 1969an.

OINARRIAK

- **Giza natura.** Ikasteko ahalmena da bere ezaugarria.
- **Psikopatologiaren natura.** Gaizki ikasitakoa, edo jokabide ez-egokiak ikasita.
- **Terapiaren helburua.** Egokiak ez diren jokabideen tokian, jokaera egokiak jartzea.
- **Terapeutaren papera (rola).** Entrenatzaile bat bezalakoa izan behar da, pazienteari lagundu behar dio jokabide zahar desagokiak desikasten eta berri egokiak ikasten.
- **Terapeutak behar dituen gaitasunak.** Ikaskuntzaren printzipioen, teknika terapeutikoen eta psikopatologiaren ezagutza.
- **Orientazio tenporala.** Subjektuaren oraingo jokabidea aztertzen eta tratatzen da.
- **Kontzientea ez den materialaren papera.** Garrantzirik ez.
- **Arlo psikologiko nagusia.** Behatu daitezkeen portaera eta sentimenduak.

TEKNIKA TERAPEUTIKO NAGUSIAK

1. BALDINTZAPEN KLASIKOTIK ERATORRITAKO TEKNIKAK

Estimulu neutroaren (estimulu baldintzatu bihurtuko dena) eta erantzunaren arteko erlazioa ikusten da. Izan ere, neutroa zen estimulua, estimulu baldintzatu bihurtzen eta berez ez dagokion erantzuna sortarazten du.

TERAPIA ABERTSIBOA

Portaera bat aldatzeko, estimulu abertsiboak edota zigorra erabiltzen dira. Terapia mota honekin, hainbat arazo tratatu izan dira, hala nola, alkoholismoa, drogak, elikadura arazoak, homosexualitatea... Hala ere, teknika honen erabilpenarekin arazo etikoak nabarmenak izan dira.

AURREJARTZEA

Beldurra edo herstura sorrarazten duten estimuluei aurre egitean datza. Pazienteak herstura edo beldur maila batetara iritsi ondoren, jaitsi egiten dela ikasi behar du. Ekiditzen baldin badu, beldurra mantendu egingo da edo oraindik handiagoa bilakatuko da. Hainbat aurrejartze mota daude:

Desentsibilizazio sistematikoa:

50.hamarkadan garatu zen, Joseph Wolpe terapeutaren eskutik. Edmund Jacobson-en erlaxazio lanetan oinarriturik dago. Wolpek gero eta estres gehiago suposatzen zuten bizitzako egoera desberdinetara aplikatu zuen erlaxazio teknika. Denborarekin deskubritu zuen imajinatutako egoerak egituratzen errazagoak zirela, antsietate maila berdina sortzen zutela eta lortzen ziren emaitzak erraz garraiatzen zirela "benetako bizitzara". Horrela, asmatutako egoeretan erlaxatzen ikas daiteke, eta horrek atea irekitzen du bizitzako egoera errealetan (kontzertu bat eman, azterketa bat egin...) erlaxatzeko.

Desentsibilizazio sistematikoak bi oinarritzko printzipio dauzka:

- 1) Emozio batek beste emozio baten eragina neutraliza dezake (erlaxazioa/antsietatea)
- 2) Pertsona ohitu daiteke egoera mehatxugarrietara.

Tratamendu egokia kontsideratzen da fobia klasikoak, beldur kronikoak eta pertsonarteko antsietate egoerekin bukatzeko. Helburua, beraz, beldurrik gabe erantzuten ikastea da.

Horretarako, 3 pausu jarraitu behar dira:

A. **Erlaxazio egoera lortu.** Horretarako, erlaxazio teknikak erabiltzen dira eta egoera erlaxatua lortutakoan, egoera psikofisiologikoari dagokionez, ezaugarri hauek izaten ditu: Aktibitate somatiko eta autonomo txikia (nerbio sistema), lasaitasun egoera subjektiboa eta mugimendu gutxi. Berez, onurak dauzka. Jokabide terapiatan tratamendu desberdinetarako oinarria izan daiteke. Bi erlaxazio teknika mota daude:

- Schultz-en entrenamendu autogenoa
- Jacobsonen entrenamendu autogenoa → Chicagoko medikua izan zen eta 1938an liburu bat publikatu zuen "*Relajación progresiva*" deiturikoa, zeinetan bere erlaxazio sakona lortzeko teknikaren berri ematen zuen. Metodo honi dagokionez, giharrak multzoka uzku behar izaten dira. Lehendabizi, gorputz atal bat aukeratu behar da; gero, atal horretako gihar multzoa uzku eta

segundu batzuetan tentsioan mantendu behar da, eta, amaitzeko, gihar multzo hori askatu. Metodo honen helburua uzkurduraren eta erlaxazioaren arteko aldeaz ohartzea da, eta horrela, erlaxazioari bidea ematea.

Izan ere, antsietateak tentsio muskularra suposatzen duten pentsamendu eta jokabideak proposatzen ditu. Tentsioa desagertarazten da, antsietatea ere desagertaraziz.

B. Hierarkikoki antolatu antsietatea probokatzen duten egoerak (imaginatuz/errealitatean). Horretarako, beldur edo fobia bat hautatu behar da eta beldurra agertzen den egoeren zerrenda bat egin. Beldur neurgailu bat erabiliko da. 5ko balorea ematen zaio egoera jasagarriari eta txarrenari, berriz, ehunekoa. Wolpek, SUDs deitzen zion tresna horri (Subjective Unit Of Distress), hau da, USA → Unidades Subjetivas de Ansiedad. Erlaxazio osoaren balioa 0 SUDs-ekoa da.

Item	USA	Egoera
1.	5	Negua, da, gaua. Etxeko eskailerak igotzen, pentsatzen dut barruan kakalardo bat egon daiteke
2.	10	Hiliek dagoen kakalardo bat ikusten dut kalean
3.	20	Zomorro bilduma batean, kakalardo handi eta beltz bat ikusten dut
4.	30	Lagun baten etxeko eskaileran kakalardo bat korrika ikusten dut
5.	45	Komunan kakalardo txiki bat ikusten dut
6.	55	Portalean sartu baino lehen imajinatzen dut kakalardo bat dagoela
7.	65	Sukaldeko arraskan, egun argiz, kakalardo bat ateratzen ikusten dt
8.	75	Egunez kakalardo bat ateratzen ikusten dut 30 zm.tara
9.	80	Gabez zarata entzuten dut. Kakalardo bat horman korrika
10.	90	Kakalardo bat hil nahi dut nere gelan. Ohe azpian sartzen da
11.	95	Ohean etzanda, kakalardo bat handi ta beltza kolbian korrika

C. Egoera desberdin horietan jarri pazienteak, erlaxazio egoeran, eta menperatu hurrengo pasa orduko.

Prozesuan zailtasunak badaude, arrazoi hauengatik izan daiteke:

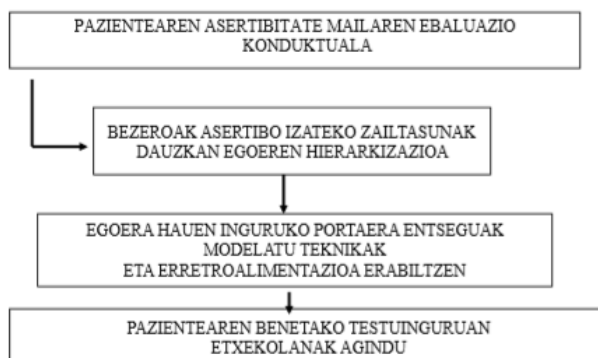
- Erlaxazioa ez da behar bezala lortu
- Estimulu beldurgarriak ikusteko (imajinatzeko) arazoak
- Gaizki egindako hierarkia

ENTRENAMENDU ASERTIBOIA

Definizioa → “Antsietatea ez den beste emozio baten adierazpena”

Aplikazioa → Pertsonarteko egoeretan bizi daitekeen antsietatearen tratamendua (ebalatuata izatea, publikoki hitz egitea, etab.).

PROZESUA



INPLOSIO ETA UHOLDE TEKNIKAK

- **Inplosioa:** Lehen beldurra probokatzen zuten eta horregatik ekiditzen ziren estimuluei aurrejartzea modu intentsu eta errepikatuan (beldurra = erreprimitutakoaren adierazpen sinbolikoa). Antsietate erantzuna desagertu egingo da aurrejartze anitzetan estimulu baldintzatuaren agerpenak estimulu ez-baldintzatuak jarraitzen ez badu.
- **Uholdea:** Antsietate handia probokatzen duten estimuluen aurrean pazientea denbora luzez jartzen da (40 minututik 2 ordu baino gehiagora). Horrela, beldurra edo antsietatea probokatzeko ahalmena galtzen dute.




2. BALDINTZAPEN OPERANTETIK ERATORRITAKO TEKNIKAK

Skinner-ek deskribatu zuen ikaskuntza prozesu bat da. Pertsonak, ekintza batzuk zenbait ondoriorekin uztartzen ikasten du, orduan, ondorioak aldatuaz, jokabidea aldatzea posible da, izan ere, jokabidea agerrarazi, gutxitu, gehitu, berdin iraunarazi edota ezabatu egin daiteke.

Teknika honen helburuak hurrengo hauek dira:

- **Jokabidea indartu:** Kontingentzien kontrola egiten da. Horretarako, ekonomia fitxak, jokabide hitzarmena edo estimuluen kontrola erabili daitezke.
- **Jokabidea gutxitu edo ezabatu:** Zigorra, iraungiera (extinción), erantzunen kostua edo zigor negatiboa erabili daitezke, baita time-out ere.

FITXEN EKONOMIA (EKONOMIA FITXAK)

AL SALIR DE CASA ...	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
1º) Me preparo el desayuno. 					
2º) Me aseo (dientes, pelo, cuerpo...). 					
3º) Me visto solo/a (ropa). 					
4º) Hago mi cama. 					
5º) Cojo el abrigo y la mochila. 					
6º) Doy un beso a mis padres antes de despedirme. 					
¡Bien, salgo contento/a de casa!					



26 - 30 _____
 21 - 25 _____
 16 - 20 _____
 11 - 15 _____
 6 - 10 _____

TOTAL...

ERANTZUNEN KOSTUA: ADIBIDEA

En Instituciones Penitenciarias, cada de vez que un interno organiza un altercado en el comedor fenómeno bastante habitual, se le retiran seis paquetes de tabaco (o la cantidad estimada para los tres días siguientes)



3. MODELATUA EDO BEHAKETAREN BIDEZKO IKASKUNTZA

Askotan, jokabide berriak beste pertsonen jokabideak behatuz, imitazioaren bidez edo aginduak jarraituz ikasten dira. Ikaskuntza sozialean atentzio, pertzepzio eta oroimen prozesuak martxan jartzen dira, motibazioaren batera. Horiek, behaketaren bidez gauzatzen den ikaskuntzan dute oinarria. Halaber, edozeinek ikas dezake eta bere portaera alda dezake beste pertsonaren jokabidea eta bere ondorioak behatuz. Aipatzekoa da, modelatua helburu terapeutikoekin erabiltzen dela.

MODELATU MOTAK

- **Modelatu sinbolikoa.** Pazienteak film batean edo diapoetan behatzen du bere ezaugarriak dauzkan beste pertsona batek beldurgarria zen estimulura inguratzen dela. Horrez gain, aurretik sentitzen den antsietatea gutxitzeko egoera medikuetan erabiltzen da, haginlariarengana joatea bezala. Adibidez, zuk beldurra diozun objektuari pertsona bat hurbiltzen zaio eta ikusten duzu ez diola beldurrik ematen. Pazienteak, orduan, antsietate gutxiago sentitzen du, ikusten duelako besteari ez zaiola ezer pasatzen.
- **Modelatu erreala.** Bezeroak bizitza errealean behatzen du nola eredia beldurgarria zen estimuluaren aurrean jartzen den. Adibidez, txertoen kasua.
- **Modelatu parte-hartzailea.** Pazienteak modeloa (terapeuta normalean) behatzen du eta gainera honek gidatu egiten du beretzat beldurgarria den egoera hurbiltze portaerak egin ditzan, momentu oro laguntza ematen.

4. GAUR EGUNGO GARAPENAK: Biofeedback, hirugarren generazioko jokabide terapiak

BIOFEEDBACK

Asko popularizatu da gaur egun. Helburua → Informazioa ematen zaio pazienteari bere jokabidearen ikuspegi fisiologikoetaz. Horrela, errazago kontrolatuko ditu.

- Gaur egun gailu sofistikatu ugari dauzkagu eskura (adibidez, emozio praktikan eingendune ordenadorin)

Zertarako erabiltzen dira gailu hauek? → Estresa eta antsietatea kontrolatzeko. Adibidez, kirolarien egoera psikoemotionala hobetzeko, estres handiko lanetan aritzen diren langileei laguntzeko, azterketen inguruko estres maila jaisteko... Bestalde, emozio negatiboak eliminatzeko ere erabiltzen dira eta azkenik, egoera psikofisiologiko positiboa berreraikitzeko.

HIRUGARREN GENEREAZIOKO JOKABIDE TERAPIAK

Gaur egun ere badaude gai honetan interesa daukaten korrante asko, hala nola, osasunaren psikologia edota hirugarren generazioko jokabide terapiak.

Onarpen eta konpromisoaren terapia → Bere planteamenduak 80ko hamarkada bukaeran hedatu ziren, Steven C. Hayes-en eskutik. Kognizio sozialari garrantzi handia ematen dio, izan ere, testuinguru errelazionalan ikasten da hizkuntzaren bidez. Laguntza bilatzen duten

pertsonen sufrimendua, neurri handi batean, ondoezarengandik etengabe alde egitean datza. Eredu honen arabera, sufritzen duten pertsonak "doble" sufritzen dute, izan ere, ondoezak sortutako sufrimenduaz gain, gizartean ikusta dago sufrimendua ekiditu egin behar dela. Egoera horretan, sufrimendua ekidin ezin denean, oraindik gehiago sufritzen dugu, gizarteak emandako agindua ez dugulako betetzen. Arazo bat dagoenean, horrekiko ezarri nahi dugun kontrola bera da arazoa. Desatsegina den zerbait zerbait gertatzerakoan, kontrolatu egin nahi dugu. Pertsonaren helburua zenbait sentsazio ez edukitzea denean, agertu egiten dira behin eta berriro eta intentsitate gehiagorekin.

Terapiaren oinarritzko elementua bihurtu da ondoeza onartzea, giza esperientziaren parte bat bezala. Izan ere, terapiaren oinarritzko elementu bat ondoeza esperimintatzeko prest egotea da. Beraz, tratamenduaren helburu nagusia: pentsamendu eta emozioen gainetik egin nahi den kontrola lasaitzea da. Horrela, pertsona libre izango da bere helburu propioak markatzeko eta jarraitzeko, aldaketarako konpromezua eraikiz. Gaurdaino, OKTren aportazio nagusia arazoen kontzeptualizazio berria da, ez teknika berririk edo berezirik garatzea.

Mindfulness → Atentzio osoa jartzen da. Garrantzitsua oraina da, iragana edo geroa ezin dira aldaketarako faktoreak izan, hau da, iragana eta geroa desagertu egin behar dira. Errealitatetik ihes egiten da.

Jokabide terapiaren formulazioa: Esperimintazioari irekita egotea, ondoezarengandik ihes egin gabe, izan ere, aukera bat da aurrejartzearen bidez abertsiboak diren aldeak desegiteko, ihesaren bidez indartu beharrean.

Mindfulness depresioaren bigarren mailako prebentziorako erabili zen lehen aldiz.

TERAPEUTAREN FORMAKUNTZA

Jokabide aldaketa lortzeko teknika kontrola bezala ulertzen da. Diagnostikoa eta ebaluazioa, tratamenduaren bezain garrantzitsuak dira. Gaur egun, gradu-ondoko unibertsitate programen bidezko formakuntza egiteko aukera dago.

TRATAMENDU PSIKOLOGIKOAK: EREDU KOGNITIBOA

EZAUGARRI OROKORRAK

Kognizioari ematen zaio garrantzia, baita arazo psikopatologikoen sormena nola eman daitekeen aldaketa terapeutikoaren prozesuan zehar. Metodo zientifikoa erabiltzen da.

IKUSPEGI HISTORIKOA

ESTOIZISMOA → Eskola filosofiko grekoa da, asko lotua izan da eredu kognitiboarekin. *“Asaldatzen gaituztenak ez dira gauzak, gauzei buruz dauzkagun usteak baizik”*.

Horrez gain, konduktismo mediazinoalaren agerpena ere garrantzitsua izan zen. Tratamendu psikodinamiko eta behavioristekin (konduktistekin) nahigabea zegoen eta horrek psikologia kognitiboaren sorrera ekarri zuen, paradigma zientifiko bezala.

ESKOLA EDO TEORIA NAGUSIAK

Hainbat eskola gailendu ziren:

- Konstruktuko pertsonalen teoria: G. Kelly
- A. Ellis-en terapia arrazional emotiboa
- A. Beck-en terapia kognitiboa
- D. Meichenbaum-en jarrera kognitibo-konduktuala
- Konstruktibismoa

KONSTRUKTU PERTSONALEN TEORIA: G.KELLY

Kelly-ren ustez, gure ingurua konstruktuko pertsona oinarri bezala hartuta antolatzen dugu. Gizakia zientifikotzat hartzen du, harengan eragina eragina izango duten gertaerak auresan eta kontrolatu nahiean. *Test de Constructos Personales* edo REP testaren egilea baita. Bere teoriaren oinarriak, zera dio: Esperientziaren eraikuntza portaeraren determinatzaile nagusia da, funtsezkoa da pertsona baten prozesu psikologikoak gertaerak aurreikusten diren direkzio berdinean orientatzen direla jakitea.

Psikoterapiaren helburua kasu honetan, konstruktuko sistema aldatzea da (pertsonak jarrera desagokoa dutela ikusitakoan edo desagokiak direla uste denean), horretarako, terapeutak bezeroari laguntzen dio konstruktuko sistema aldatzen.

TERAPIA ARRAZIONAL EMOTIBOA: A.ELLIS

Gizon hau psikologo klinikoa izan zen, baita psikoanalista ere (hasieran). Ez zegoen pozik psikoanalisiaren moteltasunarekin eta terapeutak zeukan rol pasiboarekin. Bere ustez, arazoaren sorburua → Pentsamendu patroi distorsionatuak dira.

Sinesmen irrazionalak eta arrazionalak desberdindu zituen:

- Sinesmen irrazionalak: Dogmatikoak eta absolutistak; pertsonak nahi dutena lortzea oztopatzen dute. Helburu pertsonalak lortzen ez badira, emozio negatibo desagokiak sortzen dira (depresioa, erruduntasuna, haserrea, beldurra...). Sinesmen irrazional horiek, portaera aldatzearen oinarri gisa daude (isolamendua, ebitazio edo ihes portaerak, drogomenpekotasuna, alkoholismoa...).

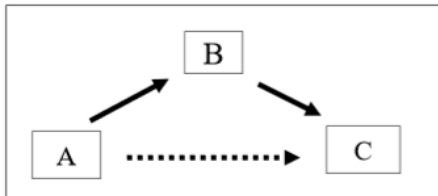
- Sinesmen arrazionalak: Lehentasunezkoak. Erabilgarriak dira pertsonak nahi dutena lortu ahal izateko, hau da, norberaren helburu pertsonalak lortzen laguntzen dute. Osasun psikologikoa da pertsonak bere helburuak lortzen laguntzen duen guztia, beraz, terapiaren helburua, sinesmen arrazionalak indartzea eta horiek portaeretara eramatea da.

A-B-C Metodoa

A: Gertakizun aktibadoreak

B: Sinesmenak (arrazional eta irrazionalak)

C: Ondorio emozionalak



Eredu honetan, terapeuta arrazional-emoitiboaren eginbeharra:

- Bezeroa asaldatzen duten gertaerak aurkitu
- Bezeroa lagundu pentsamendu pautak bereziak garatzen eta horien azpian dauden sinesmenak aurkitzen. Izan ere, horiek baitira gertaera horien aurrean sortzen den barne-erantzun emozionala.
- Terapeutak bezeroari lagunduko dio pentsamendu pautak eta sinesmen horiek aldatzen.

Ellis-ek teknika hauek sailkatu zituen, teknika prozesuen izaeraren arabera:

- A. Teknika kognitiboak
- B. Teknika emotiboak
- C. Portaerazko teknikak

A. BECK-EN TERAPIA KOGNITIBOA

Psikoanalisian formazioa zuen psikiatra izan zen. Horrez gain, ikertzaile lanetan ere aritu zen eta depresioa da bere lan-gune nagusia. Bere ustez, informazioa prozesatzeko eta gutaz eta gure inguruneaz errepresentazio mentalak sortzeko daukagun gaitasuna ezinbestekoa da gizakiaren gainbizitzarako eta egokitapenerako.

Prozesamendu kognitiboaren egitura: eskemak, sinesmen inplizitoak edo premisak egon daitezke. Horiek izango dira pertsonak arreta non jartzen duen markatuko dutenak edo pertsonak gauzak nola interpretatzen dituen markatuko duena.

Prozesamendu kognitiboaren prozesamenduari dagokionez, sistema kognitiboaren automatizazioak garrantzi handia izango du, nola pentsatzen dugun esaten du. Egoera gehienetan, ez diogu garrantzirik ematen informazioaren prozesaketari. Distorsioak sortzen ditugu eta gara konturatzen.

Pentsamendu automatikoak kontzientzian dagoen pentsamendu korrontetik sortzen dira, ez dira zehatzak eta oharkabean sortzen dira. Horrez gain, emozioekin lotuta daude eta gure portaeran eragina dute.

DEPRESIOA

- A. Pentsamendu automatikoak: Kognizioen (pentsamendu automatikoen) izaera negatiboa eta distortsionatua du ezaugarri nagusia:
- Pertsonari berari buruz. "Inkonpetentea naiz", "frakasatu bat naiz".
 - Munduari buruz. "Bakarrik geratuko naiz, inork ez nau lagunduko".
 - Geroari buruz. "Hau aldapan behera dijoa", "ezin izango dut".
- B. Egitura kognitiboak: Eskema indibidual idiosinkrasikoa egongo da, non norberari dagokion informazioa prozesatzen den. Gai tematiko bakarra egongo da eta horrek markatuko du sartzen den informazioaren prozesamendua. Adibidez, deprimiturik dauden pertsonen informazioa arbuio eta porrot sozialaren eskema batean prozesatzen dute.
- C. Prozedura kognitiboari dagokionez, pertsona deprimituen distortsio kognitiboak hauek dira:
- Arrazonamendu dikotomikoa
 - Gaingeneralizazioa
 - Handitzea
 - Hautazko inferentzia
 - Soslai konfirmatorioa (sesgo konfirmatorio)

Pentsamendu negatiboak = negative core beliefs.

BECK-EN ETA ELLIS-EN TERAPIEN ARTEKO ANTZEKOTASUNAK ETA DESBERDINTASUNAK

Antzekotasunak:

- Pentsamenduaren, afektuaren eta jokaeraren arteko harremana.
- Kognizioen rola arazo psikologikoen sorreran eta aldaketa terapeutikoen azken helburua bezala.
- Ikaskuntza eta autolaguntza fokatzeko bat, non pazienteak bere zailtasunak gestionatzen lagunduko dioten gaitasun kognitibo-konduktualak ikasten dituen.
- Sesioen arteko "etxeko lanen" garrantzia.
- Harreman terapeutikoen garrantzia eta horren barruan dagoen rolen banaketa.

Desberdintasunak:

R.E.T (ELLIS)	T.K. (BECK)
1. Sinismen disfuntzionalak segituan bilakatzen dira helburu terapeutikoa.	1. Sinismen disfuntzionalak azken helburu terapeutikoa bezala lantzen dira. Hasieran <i>distortsio kognitiboekin</i> lan egiten da.
2. Sinismen disfuntzionalen balidezia kontrastatzeko <i>eztabaida arrazionala</i> erabiltzen da metodo bezela, jokaera tekniken laguntzarekin.	2. Ebidentzian oinarritzen den hipotesi berifikazio metodoa erabiltzen da sinismen disfuntzionalak kontrastatzeko jokaera tekniken laguntzarekin.

R.E.T (ELLIS)	T.K. (BECK)
3. Gizakiak berezkoa duen irrazionalitaterako joera eta frustrazioarekiko tolerantzia baxua direla medio, hoberena kontsideratzen dute lehen bait lehen fokatzea sinismen disfunczionaletan.	3. Bezeroaren benetako sinismen disfunczionalak (eta ez terapeutak eragindakoak) antzemateko zailtasunak direla medio, hobe da hasieran distorsio kognitiboak lantzea eta hauen inguruko datuak lortzea.
4. Azpimarratu egiten da alderdi filosofiko eta humanista, zientifikoarekin batera.	4. Alderdi zientifikoa azpimarratzen da, baina ez da antihumanista.

R.E.T (ELLIS)	T. K. (BECK)
5. Norberaren onarpena norberaren balorazioaren gainetik.	5. Norberaren balorazio errealista distorsioanatuaren gainetik.
6. Emozio egokiak eta desagokiak bereizten ditu.	6. Pertsona asaldatzen duten emozioekin eta hauen oinarri kognitiboarekin lan egiten du.

FOKATZE KOGNITIBO-KONDUKTUALA: D.MEICHENBAUM

Gizon honek ikuspegi kognitibo-konduktuala aplikatu zuen arlo batzuetara, hala nola, inpultsibitatea, estresa, mina, estres post-traumatikoa...

Estresaren inokulazioa deitzen den terapia asmatu asmatu zuen, zera zioen: Pertsona immunizatu egin daiteke estresagarriak diren egoera batzuen aurrean, izan ere, terapia mota honek uste du posible dela estres kantitate txikiei aurrejartzen ikastea, eta poliki poliki estresore maila handitzen joatea. Horretarako, 3 fase edo etapa daude:

1. **Kontzeptualizazio fasea.** Pazienteari eta jarraitu behar den tratamenduari buruzko datuen bilketa egin behar da, baita pazientearen egoerak eta arazoak ebaluatzeko gaitasunetan entrenatu ere.
2. **Trebetasunen entrenamendu eta entsegu fasea.** Erantzun malgua lortu ahal izateko, mota askotako aurrejartzeak (enfrentamiento) egin behar dira, trebetasun desberdinen entrenamendua eginez. Entrenamendu horiek, irudiekin, rol jokoekin edota autoinstrukzioekin egin daitezke.
3. **Aplikazio eta jarraipen fasea.** Trebetasunen aplikazioa martxan jartzen da (sinbolikotik errealera eta sesio terapeutikotik hasita, kanpoko mundura). Lortutakoaren mantentzea bultzatu behar da eta berriz gaixotzea ekiditu behar da.

TRAUMA-ONDOKO ESTRESAREN ARAZOA

Azken honetan, Meichenbaum-ek trauma-ondoko estresa duten pertsonak tratatzeko esku-hartze terapeutiko eredu bat garatu du (bai hondamendi naturaletatik, bai gizakiaren eskutik eratorritakoak). Faseak honako hauek dira:

I.FASEA (ordenatuta)

- Itun/harreman terapeutikoa lortzea eta narratiba bat eskatu.
- Pazientea hezi trauma-ondoko estresaren izaeraz eta berarekin doazen sintomak tratatu. Pazienteari argi utzi behar zaio bera ez dela hori gertatzen zaion bakarra.
- Pazienteari lagundu bere erantzunak birformulatzen. Erantzun egokiagoak ematen lagundu behar zaio.

II.FASEA

- Helburu-sintomak kontrolatu behar dira. Hemen Meichenbaum-ek erabiltzen du lehen aipatutako estres inokulazioa.

III.FASEA (ordenatuta)

- Bezeroari lagundu egiten zaio traumaren istorioa eta bere inplikazioak berregituratzen: biktima izatetik bizirik atera den norbait izatera pasatzea, biktima izatetik superbibiente izatera pasatzea. Biktima bat errudun sentitzen da, beldurtuta. Egoera horretan, "enpoderazio" bat sortu behar dugu berarengan, erruduntasun sentimenduak desagertaraziz.
- Laguntza erreakzioak mobilizatu eta garatu; besteekin konektatu eta biziraupena berreraiki (ulertarazi beste harremanak ez dituela traumarekin kutsatu behar). Erruduntasun sentimenduek isolamendu batera eraman dezakete pazienteak, isolamendu hori gainditzea ezinbestekoa da laguntza erreakzioak mobilizatuz eta garatuz.

IV.FASEA

- Birrentrenamenduaren egozpena (bezeroak lortutakoaren meritua bere buruari eman behar dio, neurri batean behintzat). Garrantzi handia ematen zaio norbere buruari egoztea egoeraren hobekuntza, berak ere aldaketan lan egiten duela eta aportatu duela jakitea garrantzitsua da, hori bai, terapeutari bere ardua kendu gabe.
- Birgaixotzearen prebentzioa.

KONSTRUKTIBISMOA

Oraingo testuinguru kultural postmodernoa jaio da. Bere ezaugarriak likidoak dira, hau da, ez dute forma zehatz bat, norberak ematen dio forma. Ezaugarri horiek hurrengo hauek dira: pluralismoa, demokrazia, askatasun erlijiosoa, kontsumismoa, mugikortasuna...

Testuinguru horretan sinesmen eta errealitate anitzak daude, ez dago egia bakar bat. Horien artean hautatzeko askatasuna daukagu. Konstruktibismoaren arabera, ekidin ezin dugun gauza bakarra hautaketa da, egunerokotasunean hautaketa pila bat egiten ditugu (klasera joan ala ez, kirola egin edo ez, zer bazkaldu...).

Epistemologikoki, ikusmolde honetan **giza ezagutza** zerbait interpersonal, ebolutiboa eta koherentziaren bidez balidatua kontsideratzen dute.

Konstruktibismoaren beste ezaugarri batzuk:

- “Egiaren teoria” arbuatzen dute, eta haren ondorioz inplizitoki dagoen ideia, errealitate objektiboarekin bat ez datozen pertsonen sinesmenak disfuntzionalak dira, definizioz.
- Edozein konstruktoren bideragarritasuna
 - o Onartu duen gizakiarentzat edo taldearentzat duen ondorioen arabera da.
 - o Baita hura sartuta dagoen sinismen pertsonal eta sozialen sistema zabalagoan duen koherentziaren arabera ere.

Terapia konstruktibista ere existitzen da eta hurrengo hauek dira ezaugarriak:

- ✓ Faktore biologiko eta sozialak arazo psikikoen etiologian, mantentzean eta tratamenduan garrantzia dute. Dikotomia gaindituta dago, ez gara gorputza eta psikea independenteki dituen gizakia.
- ✓ Afektuzko loturek garrantzi handia dute, izaki sozialak baikara. Pertsonen garapen egoki ala patologikoetan, gaixotasunen joeretan eta eraginkortasun terapeutikoan izan dezake eragina.
- ✓ Giza esperientzian prozesu inkontzienteen garrantzia azpimarratzen da. Erabiltzen den terminologia eta prozesu hauen onarpen maila posizionamendu desberdinen arabera alda daiteke, baina teoria kognitibotik uste da jadanik ez dela onargarria kognizio garrantzitsu guztiak kontzienteak eta komunikagarriak direla, hau da, inkontzienteak ere badaudela onartzen da.
- ✓ Self-aren bir-aurkikuntza. Organismoaren eta ingurunearen arteko harreman dinamikoak azpimarratuz eta sostengu sozialaren sistemai (familia, garapen istorioa, testuingurua, harreman terapeutikoa) garrantzia emanez.
- ✓ Emozioei eta esperientziei garrantzi handia ematen zaie. Izan ere, emozioaren eta kognizioaren desberdintasunaren egokitasuna zalantzan jartzen da. Konstruktibistek nahiago izaten dute pazientearen “kognizio beroekin” (emozionalki kargatutako emozioak) lan egitea, “kognizio hotzekin” baino, kognizio bero horiek garrantzitsuagoak direlako pazientearen gatazka psikikoetan.
- ✓ Azkenik, ikuspuntu kognitiboak, eta hauen barruan konstruktibismoak bereziki, psikoterapien integrazioaren mugimenduan paper garrantzitsua jokatzen dute.

Ondorioz, zera esan dezakegu: Hasteko, konstruktoen sistema eta narratiba pertsonalak gai zentralak dira (eta ez pentsamenduak eta sinesmenak, terapia kognitibo “tradizionalean” bezala) eta bestalde, tratamenduaren helburua norberaren kontzepzio berri bat edo narratiba berri bat ahalbidetzea dela; eta ez disfuntzioak aldatzea edo beste erantzun erreperitorioak ematea (terapia kognitibo-konduktualean gertatzen den bezala). Horrez gain, estilo terapeutikoa edo terapeutaren jarrera terapia konbentzionaletan baino aktiboagoa da, galdera

gehiago egiten ditu, aurkikuntzak egin nahi izaten ditu pazientearengan. Arazo emozionalak bir-antolaketa pertsonalaren adierazle bezala kontsideratzen dira eta ez distortsio kognitibo bezala, hau da, haserrealdi handiak edo tristezia boladak ez dira distortsio kognitibo bezala izendatzen, adibidez. Azkenik, aldaketa terapeutikoaren aurreko erresistentziak interes berria hartzen du, izan ere, terapia iraultza pertsonalaren aurrean babesteko modu bezala ulertzen da.

TERAPEUTAREN FORMAKUNTZA

Zer egiten da? → Manualen bidez formatuta dauden terapien inguruko entrenamendua, gainbegiratutako praktika eta role-playing egiten dira.

TRATAMENDU PSIKOLOGIKOAK: PSIKOTERAPIA HUMANISTA

SARRERA

Psikoterapia humanistak ikuspuntu desberdinak bateratzen ditu, baina ez teoria baten inguruan, gizakiaren idea baten inguruan baizik. Giza esperientzia aldarrikatzen dute, giza baloreak, jarrerak, haztea eta bilakaera.

SUSTRAI FILOSOFIKOAK

- **Errenazimendua.** Errenazimenduaren balioen ondorio bezala, XVIII. eta XIX. mendeetan filosofo batzuen proposamena: hezkuntza zibila, gizakien askatasuna, etab. Johann Gottfried Von Herder (1744-1803) izan zen autorerik garrantzitsuenetakoa.
- **Existenzialismoa.** Gizakiaren bilaketa ematen da, psikoterapia humanistaren aurrekari filosofikorik sendoena bezala ezagutzen da. Erresponzabilitatea, askatasuna, identitatea eta duintasuna gai zentralak dira. Sorensen Kierkegaard eta Karl Jaspers izan ziren garrantzitsuenak.

SUSTRAI PSIKOLOGIKOAK

Gestal psikologia atomismoaren kontra agertu zen. Izan ere, Gestalt korrontea osatu zuten psikologoek arabera, gure garunak ez du modu pasiboan jasotzen informazioa, baizik eta momentu oro jasotako informazio honi esanahia bilatzen da. Pertzepzioan, pentsamenduan, ekintza boluntarioetan eta mugimenduetan antolakuntza orokorra dago, formaren lege orokorren (Gestalt) araberako funtzionamendua duena, batik bat.

Kurt Goldstein-en ustetan, pertzepzioaren legeak ez dira fenomeno fisiologikoetara mugatzen, baizik eta organismo guztian dute balidetasuna. Gizakiak autoerregulaziorako eta autoaktualizaziorako ahalmena du.

Psikologia Humanistaren sortzaileetatik bat, Abraham Maslow izan zen. Gizon honek, beharren hierarkia sortu zuen:



Iacov Levi Moreno (1889-1974): Vienako Psikiatra eta filosofoa izan zen eta jarrera psikoanalitikoak baztertu zuen, izan ere, "Psikodrama"-ren sortzailea izan zen. Psikodrama delakoa, talde terapia bat da, non:

- Gizakiak talde baten parte dira
- Ordura arte indarrean zegoen pertsonen perspektiba intrapsikikoa baztertu zen

- Pertsonak izan dira ikusi isolaturik dagoen zerbait bezala, harremanei garrantzia handia ematen zaie.
- Hitza garrantzitsua da, baina gorputza ekinean ere bai.

KONTZEPTU GARRANTZITSUAK

- Rola
- Espontaneitatea eta sormena → Osasun onaren ezaugarriak
- Katarsia → Protagonistaren dramatizazio espontaneo
- Terapeuta = dramatizazioaren zuzendaria

TERAPIA GESTALTIKOA

Frederik Solomon Perls (1893-1970) izan zen autorerik garrantzitsuena. Karen Horney eta Wilhelm Reich izan ziren bere analistak. Horrez gain, psikoanalisi ortodoxotik psikoanalisi forma irekiagoetara eboluzionatu zuen.

1960.urtean Japonera joan zen, meditazioaren gaian sakontzeko eta bizipen horrek ez-teorizaziorako zuen joera areagotu zuen.

Hamarkada honetan bi gestalt terapia eskola sortu ziren EEBBtan:

- Mendebaldeko kostaldean Gestalt terapia indibidualista gailendu zen, nortasunaren zabaltzean eta dimentsio transpertsonean interesaturik.
- Ekialdeko kostaldean Gestalt terapia psikoterapia gisa ulertu zuten.

Terapia mota honetan, transkripzio asko dago, baina teorizazio gutxi. Egitura gutxi duen esku-hartze tekniken bilduma bat bezala agertzen da Gestalt terapia. Horrez gain, Fritz Perls-ek bizitzaren inguruko filosofia bezala ulertu zuen korrante hau.

GESTALT TERAPIAREN “MANDAMENDUAK (Naranjo, 1970)

1. **Bizi orain.** Orainaz arduratu, ez iraganaz edota geroaz. Psikoanalistek iraganari ematen zieten garrantzia, izan ere, iraganak kondizionatzen edo baldintzatzen dute pertsona. Iraganaren pisua ezin da ukatu, baina orainak du garrantziarik handiena.
2. **Bizi hemen.** Presente dagoenaz arduratu, ez ez dagoenaz.
3. **Gauzei buruzko errepresentazioak ez egin.** Errealitatea esperimintatu. “Nitaz ez egin errepresentaziorik”, pertsonen buruz egiten ditugun errepresentazioak ukatu egiten ditu pertsonak berak.
4. **Ez pentsatu beharrik gabe.** Hobe da probatzea, ikustea. Norbere buruarekin esperimintatu. Humanismoaren barruan dauden beste azpieskoletan ere esperimintaziorik ematen diote garrantzia.
5. **Esprestatu zaitetz.** Ez manipulatu, azaldu, justifikatu edo epaitu. Bideoan ikusi genuen bezala, Gloriak bere errerealitatea manipulatu zuen.

6. **Desatsegintasuna eta mina, alaitasuna bezala bizi.** Zure kontzientzia ez murriztu. Kontzientzia soilik egoera positiboetan jartzen badugu, kontzientzia murrizten ari gara eta ez da egokia.
7. **Gidatu zaitez zure ideien arabera.** Ez onartu zure ez den inongo "horrela izan behar da". Jainko faltsuak (beste pertsonak) albo batera utzi, zu zara zure Jainkoa.
8. **Zure ekintzen, sentimenduen eta pentsamenduen erantzukizun osoa onartu.** Zu zara zure porroten eta arrakasten erantzulea.
9. **Zure burua onartu** (eta besteak onartu) **orain zaren bezala** (eta besteak diren bezalakokak). Bakarrik oraingo egoera onartzen badugu, geroan etorriko diren beste kontzientzia berriak, edo izateko modu berriak, onartzeko gauza izango gara.

TERAPIA GESTALTAREN TEKNIKAK

- **Support:** Laguntza enpatikoa, ni-zu kontaktua, kooperazioa, babesa.
- **Frustrazioa:** Bezeroaren testuinguru pertzeptibo eta kognitiboaren konfrontazioa (talka). Frustrazioaren arabera pertsona "desmontatu" egin daiteke.
- **"Aulki hutsa":** Terapiaren aulki huts bat dago eta momentu horretan bizirik ez dagoen edo momentu horretan presente ez dagoen pertsona bat imajinatu behar dugu aulki horretan eta berarekin hitz egin.
- **Ametsekin lan egitea modu gestaltikoan.** Helburua ez da ametsen interpretazioa egitea.
- **Psikodrama.** Terapeutaren gidaritzapean rolak hartu.

TERAPIA ROGERIANOA

Rogersen terapiari dagokio. Terapia hau izen desberdinez ezagutu izan da:

- Psikoterapia ez direktiboa.
- Bezeroan zentratutako psikoterapia. Terapiaren ardatza ordura arte terapeuta zen, baina Rogersek foku hori bezeroarengan jarri zuen.
- Dialogoaren bidezko psikoterapia. Garai hartan eredu nagusia psikoanalisi zen. Psikoanalisian terapeuta pasiboa da eta dialogoaren agerpena ekarpen garrantzitsua izan zen.

Terapia rogerianoaren oinarritzko kontzeptuak: giza topaketa, hazkunde pertsonala, auto-sendatzea (pertsonak bere bizitzaren kontrola eramateko gai direla aintzat hartzen da, baina ahalmen hori batzuetan blokeatuta egon daiteke. Terapeutaren zeregina blokeo hori desblokeatzea izango da, terapeutak berreskuratzen lagundu behar dio), eguneratzea (aktualizazioa bat ematea).

CARL ROGERS (1902-1987)

Tratamendu psikologikoen ikerketa enpirikoa proposatu zuen lehenengotako terapeuta izan zen. Oinarri psikoanalitikoak zituen (ez hainbeste). Buber, Lewin eta Rank-en eragina jaso zuen.

Rogersen arabera, terapeutak hiru betebeharrak izan behar ditu:

- a. **Estimazio positiboa.** Konpasioa albo batera uzten da. Bezeroa gaixo ikustea eta pena sentitzea ez da egokia, estimazio positibo bat izan behar da, terapeuta ez da salbatzaile bat izango gaixotasun horrekin bukatzeko, pazientea gai da bere kabuz eta terapeutaren laguntzaz aurre egiteko. Garrantzitsua → Terapeutak ze neurritan nahi duen eta ahal duen bezeroarekin topaketa existentzial bat lortzea. Topaketa bat, ekinitzen ezaugarrien edo hitzen araberako kategorietan ez da sailkatu behar, terapeuta bezeroan gizaki bat ikusten gauza izan behar da. Kritika zera da: betebeharrak irakatsi egiten dira ala norberak dauzka innatoki? Ikasi daiteke ala norberak dauzka?
- b. **Benetakotasuna.** Terapeuta bat ez da benetako izango harresi bat jartzen badu tartean. Mahaia defentsa moduan ez da erabili behar (zu hor eta ni hemen). Terapeutaren bulnerabilitatea ezkutatzeko teknika bat izan daiteke mahaia defentsa moduan izatea edo harresi hori izatea. Esan bezala, nortasun heldu bat ez da izkutatzen itxuren, erretoriken edota rolen atzean. Ez da modu neurotikoa edo angustiatuan defendatzen bere sentimendu eta pertzepzioen kontra, baizik eta bera eta egoerak diren bezala bizitzeko prest egon behar da. Horrez gain, benetakotasunean terapeutaren hizkuntza berbala eta ez berbala bat etorri behar dira, koherentzia bilatu behar da. Kriterio garrantzitsua baita.
- c. **Ulermen enpatikoa.** Besteen sentimenduak ulertzeko ahalmena izan behar du. Terapeuta bezeroa bere bizipenetatik ulertzen saiatu behar da, ez terapeutak norbere bizipenak oinarritzat hartuz. Izan ere, terapeutak ahaleginak egin behar ditu mundua bezeroak ikusten duen moduan ikusteko. Bezeroari bere hitz propioetan eta etengabeko feedback modura ulertu dituen edukiak itzuli behar dizkio (sentimenduak, sententziak, esperientziak edo pertzepzioak).

ROGERSEN TEKNIKA: Pertsonak blokeatuta dituen auto-sendatze indar horiek desblokeatzea. Hori da terapiaren helburu nagusia. Harreman terapeutiko egokiak, geldirik dauden auto-sendatze eta auto-aktualizatze indarrek aska dezaketen prozesu baten hasiera da. Autonomia, auto-onarpena, norberaren errespetua, malgutasuna izan behar ditu kontutan. *Fully functioning person.*

LOGOTERAPIA

Viktor Frankl (1905-1997) → Vienako psikiatra bat izan zen, logoterapiaren sortzailea. Asmatu zuen oinarritzko kontzeptua: logos (zentzua). Bere bizipenik garrantzitsuena Auschwitzeko sarraski-esparruan preso judu igaro izan zuen denbora izan zen.

Logoterapiaren oinarritzko ezaugarriak hurrengo hauek dira:

- Huts existentziala → Bizitzaren zentzugabetasun sentimendua. Horren aurrean, hainbat erantzun mota daude:
 - Konformismoa: besteek egiten dutena nahi izatea.
 - Totalitarismoa: besteen nahi dutena egitea.
 - Neurosi noogena. Gizabanakoaren zentzu gabeak eragindako neurosia da. Antsietatearen, depresioaren, maniaren eta abarren bidez manifestatzen da, neurosi guztien %20a hartzen du eta ez hutsune (?) existentzial guztiek, nahitaez, neurosi noogena dakarte.
- Baieztapen Estatistikoa Mendebaldeko zein Ekialdeko herrialdeetan.
- Gazterian indar berezia du.
- Gizakiaren izaera naturala da.

LOGOTERAPIAREN TEKNIKAK

- A. Pazientearen **interpretazioak zalantzan jartzea** (elkarrizketa sokratikoak). Biblioterapia edo irakurketa gomendatzen da.
- B. **Derreflexioa**. Zenbait giza arazo, gehiegizko arreta ematen zaielako gertatzen dira, hau da, hiperreflexioa egiten delako, hala nola, sexu-disfuntzioa, insomnioa, etab. Hiperreflexioak hiperintentzioa sortzen du, eta hortik dator arazoa. Hortaz, derreflexioa, pertsonaren atentzioa beste zerbaitetara bideratzea da.
- C. **Intentzio paradoxikoa**. Pazienteak, beretzat beldurgarria den sintoma areagotzeko ahaleginak egiten ditu eta horrekin bere agerpenaren norabidea aldatzen da. Izan ere, humorea intentzio paradoxikoaren osagarri garrantzitsua da.

ANALISI TRANSAKZIONALA

Eric Bernek sortu zuen ("*Games People Play*"). Psikoanaliaren eragin handia izan zuen. Analisi mota honetan, gizabanakoaren azterketa, maila desberdinetan egiten da:

- Niaren azterketa estrukturala eta funtzionala.
- Transakzioen edo komunikatzeko moduen azterketa.
- Jokuen azterketa.
- Gidoien azterketa.

Jokoak: Ezkutuko transakzioak dira, besteak manipulatzeko xedearekin. Adibideak:

- "Maita nazazu, nahiz eta desastre bat izan" (errukia eragin).
- "Begira zer eginarazi didazun" (norberaren ekintzen erruduntasuna besteei egotzi)
- "Zuk eta berak borrokatu behar duzue" (beste batzuk borrokan sartu norberaren posizioa berresteko).
- "Zugatik ez balitz" (besteei bota errua norberaren mugen ondorioz, edo nahi dena ez betetzearen ondorioz).

Gidoiak: Gehien errepikatzen diren portaera edo jolas-ereduak dira. Haurtzaroan, erabakia gurasoen presioari erantzunez hartzen da, izan ere, gurasoek haurrei mezu asko bidaltzen dizkiote ("ez zara inor izango", "medikua izango zara, aita bezala", "ez fidatu inortaz"). Bizitza-gidoi hutsalak: galtzaile, irabazle...

TERAPIA FISIKO ETA ENERGETIKOAK

60. eta 70. hamarkadetan sortu ziren fokatze terapeutikoak, Wilhem Reich-en eragin handia izan baitzuen. Esku hartzea gorputz alderdietan zentratzen dute eta hitzezko elkarrizketa proposatutako ariketa fisikoekin lotura duten gaietara mugatzen dute.

Wilhelm Reich → "Gihar armadura", energia libidinalaren gelditzearen ondorioa da bere ustez. Larritasunaren (angustia) aurkako defentsa karakterologikoa da eta gihar-tentsioa eragiten du, sentimenduen eta kitzikapen sexualaren errepresiotik eratorrita. Neurosia (errepresio sexuala) menderatze sozialaren ekoizpena da eta bere kontra borrokatzeko, Reich marxismoa eta psikoanalisi batzen ahalegindu zen. Helburu zaila izan zen, izan ere, alderdi komunistatik eta nazioarteko psikoanalisi elkartetik bota egin zuten.

Alexander Lowen → Reich-en eragina izan zuen hasieran, baina bere bidea jarraitu zuen gero. Bioenergetikaren sortzailea izan zen, bere ustetan, ez dugu gorputz bat, gorputz bat baikara.

Karakterrari dagokionez, Lowenek uste zuen gizabanako bakoitzak bereak diren ohizko defentsak dauzka: eskizoidea, orala, psikopatikoa, masokista eta zurruna.

Terapiari dagokionez, hurrengo ezaugarriak dauzka:

- Gorputz ariketa ikusgarriak
- Katarsi potentzialitate handiarekin
- Taldeka egiten dira gehienetan

Terapeutaren formakuntzari dagokionez, hurrengo ezaugarriak izan behar ditu:

- Formazio irizpideak aldakorrak dira eredu batetik bestera.
- Instituzio pribatuetan ematen da formakuntza.
- EEBBtan eta Europan unibertsitate eremuetan ematen da.
- Gutxieneko iraupena, bi urtekoa da.
- Alderdi teorikoak eta bizipenezkoak lantzen dira.

EREDU SISTEMIKOA

EZAUGARRI OROKORRAK

Gizabanakoa murgilduta dagoen inguruari garrantzi asko ematen zaio eredu mota honetan.

Kontutan hartzen dituen teoriak hurrengo hauek dira:

- Zibernetikaren emaitzak informazio prozesamendua aztertzerakoan
- Sistemen teoria orokorra komunikazioaren patologia aztertzeko, bereziki eskizofrenian. Izan ere, komunikazioa eta komunikazio moduak oso garrantzitsuak dira.
- Antropologia kulturala ere aztertzen da, batez ere, kultura desberdinetako familien ikerketa

Eredu mota hau oso lotuta dago familia terapiaren garapenarekin eta gizabanakoan ere aplikatzen da gaur egun, baita bikote tratamenduan ere. 1960 arte, orientazio psikodinamikoa zuten terapeuta batzuk pertsonen inguruneaz interesatzen hasi ziren, batez ere, familiarengan jarri zuten interesa eta horregatik tratamenduan familiarrak sartzen hasi ziren. Tratamendua hobeto gauzatzeko, paziente gehiago ezagutzea zen helburu nagusia, bere ingurunea gehiago ezagutuz.

Ackerman-ek (1937) aztertu zuen meatzari familietan, aitaren langabezian familia osoaren dinamikarengan zuen eragina, hau da, garai horietan aita izaten zen etxera dirua eramaten zuena eta arlo horretan arazoa izanez gero, familiako partaide guztiengan eragina izaten zuen aitaren langabezia horrek.

Bell-ek nerabeen familiekin baterako elkarrizketak egiten zituen hauen arazoak ulertu ahal izateko. Kontutan izan behar da garai hartako ildo teoriko nagusia neopsikoanalisi zela (Fromm, Sullivan, Horney):

- Arazo psikikoen oinarri psikosoziala azpimarratzen zuten.
- Familiak balio patologikoa duten orientazioa barneratzean laguntzen deu bere kideen artean.

Horrez gain, eskizofrenia bezalako patologien genesisia eta mantenimendua adierazteko kontzeptu batzuk sortu ziren:

- Eskizofrenogenoa den ama (Fromm, Reichman, 1948)
- Ama perbertsoa (Rosen, 1953)

60.hamarkadatik aurrera hasi ziren finkatzen teoria nagusiak eta hasieran ikusi dugun pentsamendu psikodinamikoa desagertzen hasi zen, komunikazioaren teorietara hurbilduz. Garai honetan garrantzitsua izan zen antropologoa Gregory Batenson zen. Lotura bikoitzaren bere teoriak Britainia Handiko antipsikiatريان eragina izan zuen. Antipsikiatriaren alde zeudenak, psikiatriaren aurka agertzen ziren, uste zuten pertsonak hobeto egongo zirela psikiatrikotik kanpo, uste zuten patologia mantendu egiten zirela psikiatrikoan, sendatu beharrean. Antipsikiatrikoek uste zuten pertsonari ondoraino joaten utzi behar zaiola, horrela ondoan lurra ikutzerakoan, inpultsoa hartu eta irten egingo lirateke putzu edo pistina hortatik (metafora).

60.HAMARKADATIK AURRERA SORTURIKO ESKOLA DESBERDINAK

- Eskola interakzionala
- Eskola estruktural-estrategikoa
- Milango eskola sistemikoa

A. ESKOLA INTERAKZIONALA

Palo altoko (California) eskolaren ondorengoa izan zen. Pertsona garrantzitsuak Watzlawick, Weakland, Jackson, etab. izan ziren. Giza komunikazioaren inguruan egiten dute lan eta hauek dira oinarriak:

- Komunikazio eza ezinezkoa da.
- Testuinguruak edukia definitzen du. Komunikatzeko erabiltzen diren hitzak esanahia harremanetan hartzen dute. Kontestuaren edo testuinguruaren arabera hitzak definizio desberdina izan dezake, adibidez andaluzian hitz bat erabiltzean, hemen beste esanahi bat esan dezake.
- Partehartzaile bakoitzak sartzen dituen puntuazioak (gertakizunen sekuentzia) definitzen du interakzio bat.
- Giza komunikazioaren barne bi eduki daude: Alderdi digitala (edukia, zer esan nahi dugun) eta alderdi analogikoa (nola esaten den). Bi komunikazio maila hauen arteko inkongruentziak mezu paradoxikoak sortzen ditu. Inkongruentzia horren ondorioz, **lotura bikoitza** sortzen da, adibidez, ama batek bere semeari esatea asko maite diola eta modu hotz edo distante batean ematen dio besarkada.
- Partaideen arteko botere orekak komunikazioa baldintzatzen du: simetrikoa edo asimetrikoa. Asimetrikoa dagoenean, azpian dagoenak goian dagoenak esaten duena onartzen du.

Komunikazioaren barruan dauden edukizko alderdiak hizkuntzen bidez transmititzen dira, beraz, informazio zehatza eta abstraktoa transmititzeko gai den kode linguistikoa bat erabiltzen da, hizkuntza, batik bat. Harremanezko alderdiak zehatzgabeago eta filogenetikoki zaharragoa den kode baten menpe daude, hain zuzen ere, berbala ez den hizkuntzaren menpe. Lehen aipatutako lotura bikoitzak, mezu paradoxikoa bat dute barnean, eduki berbala eta ez-berbala inkongruenteak direlako. **Mezu paradoxikoak edo Paradoxa pragmatikoak**, esaten denarekin inkongruenteak diren ekintzak egiten direnean ematen dira, adibidez, ama batek bere haurrari maite zaitut esan eta hotsasunez edo zakarkeriz besarkatzen dionean.

Eredu sistemikoan interakzioak ezinbestekoak dira, eta pertsona bakoitzak sartzen dituen puntuazioak (gertakizunen sekuentzia) definitzen dute interakzio hori:

- Bikote baten arazoak: Adibidez, gizonak pasiboki atzera jotzen du; andreak etengabe kritikatu egiten baitu. Gizona etxera heltzen denean aldizkaria irakurtzen jartzen da eta emazte etengabe kexatu egiten da bere pasibitateaz. Egoera horri pertsona bakoitzak ematen dion azalpena desberdina izango da.
- Egoera horietan maizen ematen den desadostasuna: erabaki behar denean zein den kausa.
- Kausalitatea zirkularra izaten da.

Eskola honentzako (sistemikoarentzako), arazoak konpontzeko familiek asmatzen dituzten konponbideak, arazo bilakatzen dira, hau da, benetako arazoa konponbidea bilakatu daiteke.

Helburu terapeutikoa: Arazoari aplikatu zaion konponbidea neutralizatzea. Izan ere, konponbide horrek arazoa mantendu besterik ez du egiten. Horretarako, bi aldaketa mota bereizten dira:

1. motako aldaketak → Ez du suposatzen sistemaren egituraren aldaketarik, ezta bere funtzionamendu zibernetikoaren aldaketarik ere.

2. motako aldaketak → Sistemaren parametroak aldatzen dituztenak.

Adibidez, pertsona batek amestgaizto bat dauka. Ametsaren barruko aldaketak 1.motako aldaketak dira (korrika egin, ezkutatu, etab.), sistemaren egitura berdina izaten jarraitzen baitu (amets gaiztoaren barruan egiten den zerbait izan arren, amets gaiztoak existitzen jarraitu egiten du). Bestalde, 2.motako aldaketa esnatzea izango litzateke, aldaketa erradikalagoa baita. 2.kasu honetan sistema suntsitu edo desegin egiten baita, ametsarekin bukatu egiten dugu.

Normalean, arazoa mantentzen duten aterabideak edo konponbideak 1.motako soluzioak izaten dira. Horregatik, terapeutek 2.motako konponbideak lortu nahi izaten dituzte, interbentzio paradoxikoa erabiliz. Hala ere, batzuetan aurkakoa gerta daiteke, 2.motako aldaketa lortu nahi da, baina 1.motako aldaketarekin nahikoa izan daiteke (hau gutxitan ematen da, normalean 2.mailako aldaketak lortu nahi izaten dira).

B. ESKOLA ESTRUKTURAL-ESTRATEGIKOA

Autore nagusiak → Jay Haley eta Salvador Minuchin.

Eskola honetan, sistema triadikoetan (3.pertsonen arteko dinamika) ematen den dinamika interakzionalaren inguruan lan egiten dute, hau da, familiekin egiten dute lan. Horretarako, sistemak gutxienez 3 partaide behar dituzte, aliantza eta koalizioak aztertzeko.

- **Aliantza.** Bi partaide edo gehiagoren artean ematen den gertutasuna, urrutiago kokatzen denean hirugarren batekin konparatuz. Adibidez, familia batean, aitari eta alabari futbola asko gustatzen zaie, baina amari ez. Beraz, futbolaren ondorioz, aita eta alaba hurbilago sentituko lirateke. Hala ere, familiak ez du ukatzen aliantza hori
- **Koalizioak.** Bi partaideen batasuna, hirugarren baten kontra. Kasu honetan, ukapena ematen da, hau da, hirugarren partaide hori ukatu egiten da. Adibidez, gurasoak dibortziatuta dituen seme edo alaba batek, koalizio bat sor dezake bietako batekin, bestearen aurka. Generazio desberdinen arteko koalizioak hiruki perbertsoak deitzen dira, adibidez, amak eta semeak aitaren aurkako koalizio bat sortzea. Familiak ukatu egiten ditu eta zailak izaten dira antzematen.

Terapiak egin baino lehenago, familiaren egitura aztertu egiten da. Izan ere, ez dira kontutan hartzen pertsona bakoitzaren ezaugarriak, baizik eta horien komunikatzeko estiloak eta aliantza edo koalizioak. Horretarako, egitura aztertzerakoan, Minuchinen ustez kontutan hartu behar dira azpisistemen arteko mugak (bi generazioen arteko mugak) eta kanpoaldearekin dauden mugak (familiak kanpoaldearekin dituenak).

Muga horiek lausoak, zurrunik edo argiak izan daitezke.

Adibidez, familia bilduek oso muga lausoak dauzkate azpisistemen artean, eta muga zurrunik kanpoaldearekin. Familiaren barruan indibidualtasuna mantentzea zaila da kasu hauetan, eta kanpoarekin konpromezuak hartzea ere zaila da. Aldiz, familia laxatuak muga zurrunik dauzkate. Konpartitzea zaila izaten da, gehiegizko indibidualtasuna dago eta behar afektibo batzuk bete gabe geratzen dira. Kasu desberdin horiek familiaren mapa estrukturaletan zehazten dira.

C. MILANGO ESKOLA SISTEMIKOA

Mara Selvini-Palazzoli izan zen sortzailea, berak eskola hau familia autoerregulatu duen sistema zibernetikoa bezala ikusten du, non bere elementu guztiak konektaturik dauden eta arazoak sistemaren logikaren barruan funtzio bat betetzen duen.

Milango Centro per il Studio della Famiglia-n biltzen dira eta prozesu terapeutikoaren ikerketa zentro bat bezala definitzen dute biltzen diren leku hori. Oso antolamendu zurrunka duten familietan zentratzen dira eta anorexia eta arazo psikotikoetan espezializaturik daude.

HIRU ESKOLEN TRATAMENDU TEKNIKAK

Eskola horiek, oso tratamendu teknika desberdinak garatu dituzte. Hala ere, eskola desberdinen arteko teknikak trukitzea ohikoa izaten da. Izan ere, interbentzio sistemikoen helburua ez da portaera arazoak aldatzea, baizik eta portaera disfuntzionalak osatzen duten parametro disfuntzionalak aldatzea. Sesio kopuruei dagokionez, normalean 20 baino gutxiago izaten dira.

EBALUAZIOAREN GARRANTZIA

Familiaren genogramak egiten dira eta hiru belaunaldiak hartzen dira kontutan (sexua, adina, egoera zibila, etab. kontutan hartzen dira)

Komunikazioaren eta egituraren ebaluazioa ezinbestekoak dira, baita laguntza eta estres iturriak identifikatzea ere. Eredu sistemikoan, orokorrean, portaera erregulatzen duten parametroen ebaluazioa egiten da (bereziki, interakzio patroia disfuntzionalena):

- Ebaluazio tradizionala ez dute gustuko. Diagnostiko formalak familiaren posizioa legitimizatu egiten du: Pepa anorexikoa da. Egoera horretan, nahiago dute familiaren harremanak orain eta hemen ikustea.
- Berrikuntza teknologikoak erabiltzen dira (bideoak, alde bakarreko ispilua...)

Hauek dira eredu sistemikoan gehien erabiltzen diren teknikak:

- ✓ **Birformulazioa.** Egoera baten ikuspuntu kontzeptuala edo emozionala aldatzen da, testuinguru berria sartzen da, non gertaera beste modu batetik adierazten den. Eraginkorra izateko, terapeutak aktore guztien ikuspuntu, itxaropen edota arrazoi desberdinak kontutan hartu behar ditu.
- ✓ **Aldaketaren aurreko erresistentziaren erabilpena helburu terapeutikoekin.** Terapeutak familia batengan sekuentzia aldaketak lortu nahi dituztenean modu logikoan, homeostasia dela medio, taldearen oposizioarekin topatuko da (homeostasia = sistema ireki edo itxi baten ezaugarri bat da, bereziki organismo bizi batengan, baldintza iraunkor bat mantentzeko barne giroaren erregulazioari dagokiona). Kasu honetan, terapeutak ez du modu logikoan jokatzeko, hau da bere galdera: "Zergatik aldatu behar duzue?". Horren bidez, terapeutak egoeraren kontrola irabazten du eta horrekin batera, sintomaren balio funtzionala ezagutu dezake.

- ✓ **Interbentzio paradoxala.** Arazoa bera modu kontrolatuan proposatzen da. Modu horretan, ohizko sekuntzia puskatu egiten da. Interbentzio paradoxala egiteko modu desberdinak daude:

- Aldaketa motela eskatzen
- Aldaketarik ez eskatzen
- Sintoma preskribitzen

Paradoxan dago teknika honen indarra, nahiz eta boteretsua den bezala, arriskutsua izan daitekeen.

- ✓ **Eginbeharren eskaera.** Portaera pauta batzuk eskatzen zaizkio familiari, horiek bete dezaten edo ez.
- ✓ **Aukeraketaren ilusioa.** Bi posibilitateen arteko aukera eskaintzen da, alternatiba gehiago ez dagoela intsinuatuz.

- ✓ **Analogien erabilpena.** Terapeutak familiaren arazoa islatzen duen metafora bat adierazten du. Zeharka, erresistentziaren abordaia ahalbidetzen du.

- ✓ **Galdeketa zirkularra.** Terapeutak galderak egiteko modu bat hautatzen du, non...
 - Fenomeno batzuk hautatzen dituen
 - Loturak bilatzen dituen
 - Konparaketak egiten dituen
 - Bereizketak egiten dituen

Teknika hau erabilgarria izan dadin terapeutak oso galdera zehatzak egin behar ditu, eta familiaren dinamika ondo ezagutu behar du.

Galdera zirkularraren adibideak:

- Adierazi den zerbaiten kontrakoa esanez galdetu: *Nola dakizu X ez dagoela zu desafiatzen?*
- Kontestualizazioa: *Ze egoeratan ikusten da Y portaera? Nortzuk daude presente momentu horretan?*
- Deskripzio bikoitzak, partehatzaileak egoeraren barruan aktiboago sentiarazteko: *X, imajinatu zuk zure anaia zutaz gehiago arduratzea nahi duzula, zer egingo zenuke?*
- Denboraren dimentsioa sartu: *Noiz arte atzeratuko ditu X-ek bere helburuak?*
- Eskalatzea: *Nor da X-en gaixotasunaz kezkatuen dagoena?*

HIRU ESKOLA SISTEMIKOEN EZAUGARRI KOMUNAK

1. Portaera testuinguruaren arabera (adibidez, familia) ulertu behar da.
2. Sistemen teoria orokorraren kontzeptuen erabilpena (adibidez, homeostasia...)
3. Familiaren bizi-zikloaren garrantzia diagnostiko eta tratamendurako.
4. Familia testuingurura aldatzean gizabanakoaren portaerak ere aldatzen dira.
5. Familiak legez gobernatutako sistemak dira.
6. Orainaldiari ematen diote garrantzia.
7. Terapiak portaera pauta errepikakorrak aldatu nahi ditu.
8. Terapeutaren rola direktiboa da.
9. Terapian funtzionatzen dena erabiltzen da.
10. Terapia sintomarantz zuzentzen da.
11. Diagnostikoak hipotesiak, interbentzioak eta emaitzen azterketak hartzen ditu barne.
12. Kontratu terapeutikoen erabilpena.
13. Interpretazioa ez da Insight-a lortzeko erabiltzen, baizik eta berdefinitzeko.

14. Portaerazko etxeko lanen garrantzia.
15. Familiaren "batasuna" oinarritzakoa da.
16. Paradoxa terapeutikoaren erabilpena.
17. Terapia laburra izateko joera.

FAMILIA TERAPIAREN INDIKAZIOAK

Indikazioak ez dira ematen nosologia psikiatriko tradizionalaren arabera, baizik eta sintomak dituen pazienteak barruan hartzen dituen harreman ereduaren arabera. Familiak nahi duenean, eta beharra antzematen duenean, familia terapia aipatuta dago ondorengo arazoetan:

- Pazientearen sintomak pertsonarteko arloan kokatzen direnean. Esaterako, familia eta bikotearen arteko gatazkak, familiaren zikloaren fase batekin lotuta dauden krisi larriak, inmigranteen egokitzapen sozial arazoak, dolu patologikoak...
- Haurraren arazo psikopatologiko ia guztiak (eskola fobiak, enuresia, gaixotasun psikosomatiko larriak...), aldi batean behintzat, familia ikuspegitik tratatu behar ziren.
- Nerabezaroaren arazoak: Egoera depresiboak, delinkuentzia, toxikomania, etab. familia arazo bati lotuta egon daitezke.
- Anorexiaren kasuan, familia ikuspegia lehenengo tratamendu aukera izan daiteke.
- Tratamenduan familia integratzen dituzten gaixotasun larriak (eskizofrenia, arazo bipolarrak) osatzeko programetan. Eskizofrenia duten gaixoen senideentzako programa psikoedukatiboak garatuenak izan dira.
- Toxikomaniak, alkoholismoa bereziki, non senideen rola kontutan hartu behar den, tratatzeko ere egokia da.
- Baliogabetu egiten duten edo hilkorrak diren gaixotasun somatiko askotan, non esku hartzeak familiaren funtzionamenduan gaixotasunak duen eragina arintzeko lagundu dezakeen.

TERAPEUTAREN FORMAKUNTZA

- Terapeuten formakuntzarako eskola bakoitzak dauzkan zentro espezializatuak: Milan, Palo Alto, etab. dira garrantzitsuenak.
- Zentro pribatuak eta Asoziazioak (inguru unibertsitarioetan)
- Nola? → Teoriaren azterketa eta superbisatutako praktikak eginez. Teknikaren laguntza: bitarteko audiobisualak, alde bakarreko ispiluak...

TRATAMENDU PSIKOLOGIKOAK: IKERKUNTZA ETA TRATAMENDU PSIKOLOGIKOAK

Gero eta gehiago erabiltzen den tratamendu mota bat da, hala ere, zaila da hainbat arrazoiengatik:

- Prozesu terapeutikoan parte hartzen duten aldagai kopuruarengatik
 - o Terapeutaren aldetik
 - o Bezeroaren aldetik
 - o Horien arteko elkarrengaitzat
 - o Erabiltzen den metodo terapeutikoarengatik
- Aldaketa terapeutikoa ebaluatzeko garrantzia duten aldagaiak aukeratzeko zailtasunengatik
 - o "Arrotzak" diren beste aldagaietatik bereizteko
 - o Aldagaien manipulazioa ez da erraza
- Aldagaien operazionalizatzea eta kuantifikazioa ere zailak dira

Egoera horren aurrean, bi ikerketa lerroak sortu dira:

A. Emaizaren ikerketa

Ikerketa lerro hau metodo zientifikotik eratorria da, tratamendu desberdinen eraginkortasuna aztertu nahi duelarik. Azterketa konparatiboak egiten ditu. Bi ikerketa diseinu desberdin dauzka:

- **Intrasubjektiboa.** Subjektu bakar bat ikertzen da denboran zehar, kasu bakarrekoa da. Diseinu desberdinak egin izan dira eta diseinu guztien bezala abantailak nahiz desabantailak dauzka. Abantailak alde batetik, malgutasuna, subjektuaren barruko aldakortasuna aztertzeko aukera eta ikerkuntza eta praktikoa klinikorako gerturatzeko dira. Bestalde, baditu arazoak, hala nola, azterketa horiek batzuetan ez dituztela ikerketa bat izateko gutxienezko betebeharrak (diseinu kuasi-esperimentalak, adibidez). Emaizak orokortzeko arazoak daude.
- **Subjektuen artekoa.** Talde-diseinuetan dagokie, izan ere, interbentzio baten efektua taldeen konparaketaren bidez aztertzen dute. Hori egiteko modurik sinpleena, talde esperimentalak eta kontrol taldea erabiliz da. Hala ere, hainbat arazo egon daitezke, hala nola, errepresentagarritasuna, laginaren tamaina (<30) eta bere distribuzioa taldeetan (homogeneitatea).

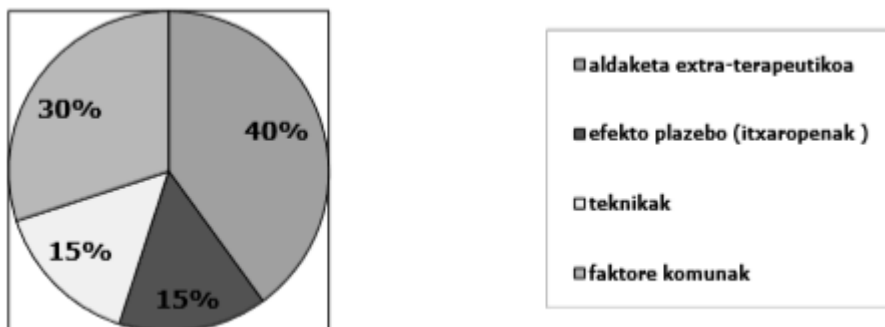
Emaizaren ikerketa egiteko hainbat estrategia erabiltzen dituzte:

- **Plazebo bezala balio duen kontrol taldea sartzea.** Hainbat arazo egon daitezke: medikuntzan ez bezala, tratamendu psikologikoetan plazebo egoeran psikoterapiaren parte diren faktore komunak jasotzen dituzte subjektuek, esaterako, itxaropena. Hobe da osagarri espezifikoak eta ez-espezifikoak bereiztea. Egoera honetan, Eysenck-en polemika berpiztu da (psikoterapiaren eragina vs berezko sendatzea).
- **Tratamenduen konparaketa.** Arazo berdinerako bi tratamendu mota aplikatzea eta eraginkorra zein den ikustea izango litzateke. Baditu bere mugak: sailkapen kategorien inespezifikotasuna, berdina gertatzen da tratamendu motekin, eta ikertzailearen eraginaren kontrol falta.

- **Osagai aktiboak isolatu.** Tratamendu baten osagai aktiboak identifikatu eta isolatu. Emaizeko gaineko bere efektua aztertu.
- **Manualen erabilpenaren bidez tratamenduak estandarizatu.**
- **Laborategi azterketak subjektu analogoak erabiltzeko erabili.** Arazoak kasu honetan, motibazio, itxaropenetan eta ezaugarri demografikoetan dauden desberdintasunak lirateke. Bestalde, abantaila nagusia kontrol esperimental handia dagoela litzateke.
- **Aldaketa terapeutikoaren ebaluazioa.** Kaotikoa den ikuspegia:
 - Terapeutaren iritziak (sistematizazio maila desberdinak)
 - Bezeroaren autotoxostena
 - Adituen ustea
 - Portaera aldetaren ebaluazioa
 - Hobekuntza indize fisiologikoak
 - Bezeroaren inguruetik hartutako datuak

Hala ere, baditu bere arazoak:

- Aldaketa multidimentsionala da
- Sistematizatzeko balio duen eremu kontzeptualaren garrantzia
- Ebaluazioa aldetik, giza bariabilitate handia kontutan hartuta, ebaluazio diseinua ere individualizatua izan behar da, baina horrek metodologia arazoak sor ditzake.



- Aldaketa extra-terapeutikoa: bezeroaren osagarriak (nortasuna) edo bere ingurukoak (gertakizunak)
- Itxaropenak (e.plazebo): bezeroak badaki laguntza izango duela
- Teknikak: eskola bakoitzak erabiltzen dituen interbentzio modu bereziei dagozkie (biofeedback, interpretazioa...)
- Faktore komunak: terapia askotan aurkitzen diren aldagaiak (enpatia, onarpena, arriskuak hartzeko gogoia) kokapen teorikotik aparte.

Emaizaren ikerkuntzatik hainbat aurkikuntza nagusi eratorri dira:

- XX. mendeko lehenengo partea: tratamenduekin egindako ikerkuntza eskasa da.
- 50. hamarkadan, ikerketen helburua psikoterapiaren egokitasuna frogatzea izan zen.
- 80. Hamarkadaren hasieran frogatutzat ematen da psikoterapia ez-tratatzea baino hobea zela, baina ezinezkoa kontsideratzen da tratamendu zehatz bat beste bat baino hobea dela enpirikoki frogatzea.

- Ondorioa: Ikerkuntzaren helburua tratamenduak nola funtzionatzen duten jakitea bilakatzen da.

B. Prozeduraren ikerkuntza

Oinarrizko galderak: *“Psikoterapia batean zer da benetan terapeutikoa dena?”*, *“ze aldaketa gertatzen dira terapian?”*, *“nola gauzatzen dira aldaketak?”*.

Helburua → Sesio terapeutikoan gauzatzen diren mikroprozesuak aztertzea (bezeroen prozesuen azterketa, terapeutaren jarduera eta horien arteko interakzioak, azken honen bidez lortzen baita terapia bukaerako emaitzetan islatu daitekeen aldaketa).

Ikerkuntza honen joera nagusiak hainbat dira:

- Edukien azterketaren bidezko prozesuaren ikerketa
- Prozesua errazten duten egoeren azterketa
- Itun terapeutikoaren azterketa
 - Harremanaren dimentsioa (orokorra)
 - Berezia (teknikoa): terapiaren eginbeharrak eta helburuak
- Azterketa unitateen kontextualizazioa (esanahia testuinguruaren arabera da)
- Aldaketa terapeutikoa lortzeko eginbeharren azterketa: zein interbentzio motak lortzen duten, zein ondorio, bezeroaren zein momentu berezitan
- Aldagai integratzaileen bilaketa

GREENBERG-EN ANALISIAREN SISTEMA HIERARKIKOA

4 mailatan banantzen da:

1. **Edukia.** Hitz egindakoaren benetako edukia
2. **Mintzamenaren ekintzak.** Pertsonen esandakoaren ondorioz sortzen duten eragina.
3. **Gertaerak.** Helburu bat lortzeko erabiltzen diren interakzio terapeutikoak.
4. **Erlazioaren maila.** Bakoitzari egozten zaizkion gaitasunak.