PSIKOLOGIAKO GAIAK

OSASUN-PROFESIONALENTZAT

Xabier Zupiria

www.ehu.es/psikologiakogaiak

xabierzupiria@sm.ehu.es

OSASUNGOA
EUSKALDUNTZEKO
ERAKUNDEA

ZAINDU

DONOSTIAKO ERIZAINTZA ESKOLA
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE SAN SEBASTIAN
NURSING SCHOOL OF DONOSTIA

emanta zabal zazu

Universidad del País Vasco
Euskal Herriko Unibertsitatea
The Universitu of the Basque Country

Agote saria 2004

ISBN: 978-84-693-4677-8

INDIZEA

- Sarrera: ……. 5

- Jokabidearen oinarri biologikoa...... **7**
- Kontzientzia……..**21**
- Loa …….. **24**

- Oinarrizko prozesuak:
- Ikaskuntza..... ..... **33**
- Prozesu kognitiboak:
  - Oroimena……. **53**
  - Hautematea…….. **69**
    - Arreta……..……..... **85**
  - Pentsamendua eta adimena…….. **87**
- Bizitza afektiboa:…….. **105**
  - Estresa ……... **120**

- Bizitza-zikloa ……..... **129**

- Psikologia soziala:
- Jarrerak……..…. **169**
- Rola……..… **179**
- Taldeak……..... **189**
- Komunikazioa…….. **205**
- Harremanak…….. **219**

- Gaixoaren psikologia…….. **233**

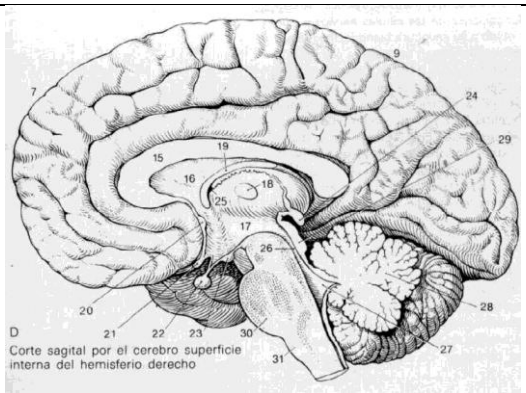
SARRERA

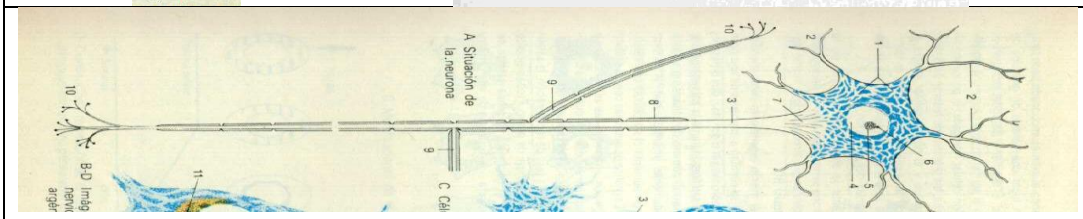
Osasun-profesionalen zereginean, oinarrizkoa da harremana. Horregatik, psikologiako jakintzak izatea beharrezkoa da osasun-profesionalarentzat. Zenbat eta psikologia gehiago jakin, besteak eta bere burua hobeto ezagutzeko aukera izango du eta laneko hainbat egoera hobeto ulertuko ditu. Horrek guztiak bere lana hobeto egiten lagundu eta bere burua zaintzeko aukera gehiago emango dio, bai gaixoaren eta bai bere buruaren bizi-kalitatea hobetuz.

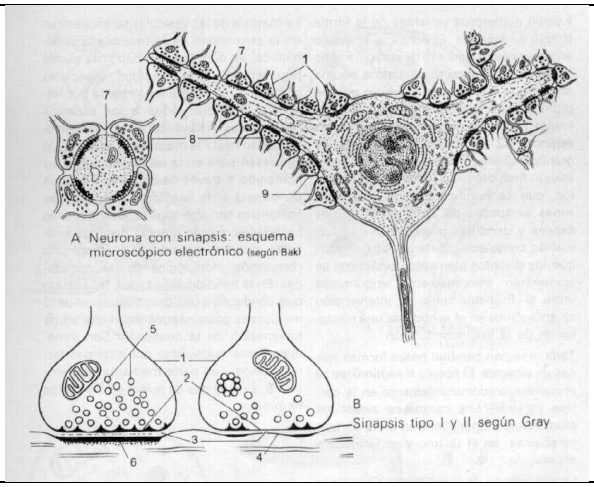
Liburuaz:

- Liburua birtuala da, eta honako helbide honetan egongo da zintzilik: www.ehu.es/psikologiakogaiak . Liburu birtuala baita, estekak izango ditu eta horietan agertuko dira: testua, sareko helbideekiko loturak, irudiak, argazkiak, soinua, bideoa...
- Bizirik egongo den liburua izan nahi du, etengabe berrituko dena eta behar adina zabalduko dena.
- Testu orokorra idazle nagusiak idatziko du. Gai bakoitzean sakontzeko aukera izango da eta horretarako gai zehatzean aditua den bati kolaborazioa eskatuko zaio. Beraz, egile nagusia eta koordinatzailea bat izango da (Xabier Zupiria), baina egile asko guztira. Egile bakoitzak edo nagusiak beharra ikusten duten bakoitzean, atal zehatzak berritu egingo dira edo berriak sortuko dira.
- Liburua, berez, osasun-lanbideen unibertsitate-ikasketetan dagoen euskarazko testu-liburuen hutsunea betetzeko sortu da. Halere, lanean dabiltzan osasun- profesionalentzat ere erabilgarria izango da.
- Irakurleek gai zehatz batean gehiago sakontzea beharrezkoa joko balute, egile nagusiari zuzenean eska diezaiokete (xabier.zupiria@ehu.es) Eskariak aztertu eta osasun-profesionalen interesekoak izanez gero, erantzun bat ematen saiatuko gara.
- Liburua dohain ikus eta inprima daiteke, kontuan izanik jabego intelektuala beti idazleena dela. Testu horiek beste lan bat egiteko erabiliz gero, bibliografian aipatuko dira, beste edozein liburu edo artikulu bezala.
- Liburu hau egile nagusiaren ideia da, Xabier Zupiriarena (Donostiako Erizaintzako Eskolan psikologiako irakaslea). Proiektuak 2004. urtean OEEk antolatzen duen Agote saria irabazi du, eta UPV/EHUko web-sarean dago.
- Liburuaren testu guztien zuzenketak Euskal Herriko Unibertsitateko, Euskara Zerbitzuko, Juan Kruz Igerabidek egin ditu. Jose Mari Tallon famili-medikuak azken irakurketa egin du.

1. JOKABIDEAREN OINARRI BIOLOGIKOA







0. Sarrera
1. Biologiaren aukerak eta mugak
2. Zer da berezkoa eta zer da ikasia
3. Etologia
4. Nerbio-sistemaren antolakuntza-mailak
5. Neuroplastizitatea
6. Biologia eta funtzio psikologikoak
7. Bibliografia

0. Sarrera:

Psikologian jokabidetzat hartzen dira ikusten den higitze-jokabideaz gainera, ikusten ez diren prozesu psikiko guztiak ere (prozesu kognitiboak eta afektiboak). Guk dakigula behintzat, bizitzarik gabe ez dago jokabiderik eta gorputzik gabe ere ez. Jokabide guztiaren oinarria nerbio-sistema n dago, eta gure goi-mailako jokabidea garunean. Horrek esan nahi ote du gure jokabide guztia biologikoki aurresan daitekeela? Horren inguruan eztabaida handia dago. Argi dago biologiak gure jokabideari mugak jartzen dizkiola eta neurri batean eragina duela. Halere, biologiaz gainera, gure jokabidean eragina dute psikologiak eta ingurune sozialak.

Osasun-profesional gisa oso garrantzitsua da ezagutzea biologiak ematen dituen aukerak eta jartzen dituen mugak, zer hobetu daitekeen eta zer ez bereizteko. Aldi berean ezinbestekoa da tratamendu biologikoen erabilgarritasuna eta mugak kontuan hartzeko.

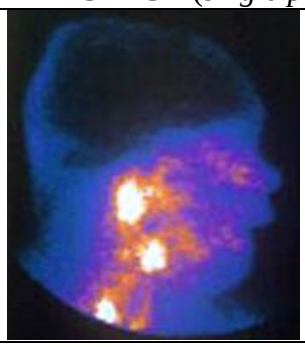
Gai honetan, gaur egun biologiak jokabideaz azaltzen duena laburbiltzen saiatuko gara.

Osasun-profesionalari, zer gaitasun bereganatzea komeni zaio?
Mediku eta erizainek gai izan beharko luteke:

- Biologiak giza jokabideari ezartzen dizkion aukera eta mugak kontuan hartzeko.
- Jokabide batzuk ikasteko une aproposak kontuan hartzeko.
- Giza jokabide batzuk alda daitezkeela eta beste batzuk ezin alda daitezkeela kontuan hartzeko
- Giza jokabidearen oinarri biologikoan hiru mailak bereizteko
- Nerbio-sistemaren garapenaren legeak kontuan hartuz, neuroplastizitatearen ondorio klinikoez jabetzeko
- Hainbat jokabidek naturarekin lotutako erritmoei jarraitzen dietela konturatzeko
- Hainbat jokabide botiken bitartez alda daitezkeela kontuan hartzeko.
- Emakumeek eta gizonek hainbat jokabide ezberdin dituztela onartzeko.

1 - Biologiaren aukerak eta mugak

Zalantzarik ez dago gorputzik gabe ez dagoela bizirik ez eta psikologiarik ere (zientziak egundaino frogatutakoaren arabera behintzat). Gaur egun, garunaren heriotza gisa definitzen da heriotza (elektroentzefalograma laua). Hildakoek ez dute jokabiderik ez eta bizipen psikologikorik. Pertsona batzuek, hil eta berpiztuta, hilda zeuden uneko esperientziak kontatzen dituzte. Zientzialariek eztabaidan dituzte muturreko bizipen horiek, baina gaur egun ez dago erantzun argirik. Hori bai, guk gehienok hauteman ditzakegun jokabideak pertsona biziek egindakoak dira.

SPECT (*single photon emission computed tomography)*	
	
Hildakoa. Ikusi garunak ez duela kolorerik (ez du jardunik). Hildakoa transplanterako bizirik mantendu zuten eta horregatik ikusten da kolorea aurpegian.	**Bizirik** dagoen baten garunak kolore biziak ditu, bertan beti jardun handia dagoelako.

Argi dago ere, jokabide guztien oinarria nerbio-sisteman dagoela, eta goi-mailako jokabide psikologikoak garunean. Argi dago orobat, hainbat faktore biologokok (adibidez drogak) eta ingurukoek (estresak) eragina dutela gure jokabidean eta nortasunean.

Ordenadoreen paradigma planteatzen dute batzuek: biologia hardwara izango litzateke, eta ikasitakoa softwara (programak). Jokabide egokituek biak ongi egotea eskatuko digute. Hardwara edota softwara okertzen badira, jokabidea ez da egokia izango.

Espezie gisa definitzen gaituzten ezaugarri batzuk ditu gure gorputzak. Ezaugarri horiek genetikoki zehazturik daude, itxura bat ematen digute, eta gaitasun eta jokabide batzuen aukera ere bai. Gizakiaren jokabideen artean aipa ditzakegu:

- Bi hankatan ibiltzen da.
- Eskuekin tresnak egin eta erabiltzen ditu
- 6 zentzumenetatik hartzen du informazioa (ikusmena, entzumena, ukimena, oreka, usaimena eta dastamena)
- Abstraktuki era logikoan pentsatzen du
- Bere buruaren eta heriotzaren kontzientzia ditu
- Berak sortutako kodeen bitartez komunikatzen da beste kideekin (hizkuntza).
- Gauzak asmatzeko eta asmakizun horiek besteei erakusteko gai da (kultura).
- Taldean bizi da, hierarkia duten taldeetan. Lehiatzen da eta kooperatzen du. Odol-harremanetako kideekin bizi da talde txikitan, baina aldi berean, beste talde txikiekin batera bizitzeko joera du (auzoak, herriak, hiriak)
- Egunez bizi da eta gauez lo egiten du (egunean 8 ordu lo egiten du, oso lo sakona)
- Harreman iraunkorrak egiteko joera du txikitatik. Bikotea ere iraunkorra izaten da, gehienetan sexu ezberdineko kidearekin.

- Sexu-harremanak aurrez-aurre egiten ditu gehienetan.
- Haurdunaldia bederatzi hilabetekoa du, ia beti haur bakarrekoa, eta amaren sabelean gertatzen da.
- Jaioberria oso heldugabea da eta amarekiko mendekotasuna erabatekoa da.
- Jaioberriak titia hartzen du (zenbait hilabetetan).
- Haurtzaroa oso luzea da (14 urte). Urte batekin hasten da ibiltzen, birekin hitz egiten eta pentsatzen, logika 8 urterekin bereganatzen du, baina beti gauza errealei lotua, eta gauza abstraktuekin logikoa izaten hasten da 14 urterekin. 30eko hamarkadan lortzen du adimen-gaitasunaren gailurra eta hortik aurrera gaitasun hori galduz doa, urte askoz esperientziaren bidez konpentsatzen du galera hori. Zahartzaroan, gaixotasunik ezean, gaitasunak makaldu egiten dira, eta, gaixotasunekin, galdu egiten dira asko (Alzheimer).
- Ugaltzeko gaitasuna 2 urte iraun ohi duen aldaketa-ekaitz baten ondorioz (pubertaroa) gertatzen da. Neskak ugaltzeko gai dira 12 urterekin eta mutilak 14 urterekin. Emakumeek 40 bat urterekin galtzen dute ugaltzeko gaitasuna, eta gizonek ez dute galtzen.
- Fisikoki, 20ko hamarkadan lortzen du gaitasun-maila handiena (indarra eta arintasuna). Gero galduz doa.

- Ezin dugu hegan egin, ur azpian bizi, usaimenaz edo radarrez gidatu...

Biologiak aukera ematen digu gauza batzuk egiteko eta mugak jartzen dizkigu beste batzuk egiteko.
Espeziearen barruan ere, denok ez dugu berezkotasun bera zerbait egiteko. Batzuk iaioagoak dira gauza batzuk egiteko eta beste batzuk, berriz, beste gauza batzuk egiteko. Ezberdintasun hori ez da entrenamenduaren ondorioa bakarrik izaten, jokabide horiek garatzeko berezkotasun ezberdinaren ondorio ere badira. Adibidez, biologikoki batzuk prestatuagoak egoten dira bizkor korrika egiteko beste batzuk baino. Geneetan dute hanka luzeak eta gihartsuak izatea, kalkaneo luzeagoa, bihotz eta birika handiagoak...bizkorrago korri egiteko beharrezkoa dena geneetan idatzia dute.

Halere, zerbait egiteko genetikoki doituagoa izatea ez da nahikoa. Horregatik, gaitasun batetaz hitz egiten ari garenean, hiru kontzeptu bereizi behar ditugu:
- Aukera genetikoa
- Aukera biologikoa
- Gaitasunaren garapena

Edozein kiroletan munduko hoberena hartuz gero, kirol horretarako beharrezkoak diren gaitasunak dituela argi dago:
- gaitasun horiek geneetan idatzita daude
- biologikoki gauzatu dira
- bere garapen puntu hoberenera heldu dira.

Kirolari horrek aukera genetikoa izan zezakeen, baina istripu edo garapen huts baten ondorioz, garatu gabe geratu. Geneetan idatzia dago zer ezaugarri izango dituen gorputz horrek. Halere, hori benetako gorputz batean gauzatu egin behar da.
- *Jaiotzean arazo bat izan zezakeen (jaiotzako anoxia, adibidez) eta ondorioz giharren paralisi bat jasan.*
- *Txikitan poliomielitisa edo meningitisa izateagatik paralitikoa gera zitekeen, eta paralisia izan.*
- *Gaztaroan istripu baten ondorioz, paralitiko gera zitekeen.*

Halere, aukera biologikoa izateko, aukera genetikoaz gainera beharrezkoa da gaitasun horren entrenamendua. Gazte doitu hori osasuntsu heldu bada baina gaitasun hori ez badu erabiltzen, atrofiatu egiten da. Entrenamenduaren ondorioz, gaitasun hori biologiak jartzen dizkion mugen barruan garatu daiteke.

Nahiz eta munduko txapeldun izan, asko zaindu, eta egunero munduko entrenatzaile hoberenarekin entrenatu, adin batetik aurrera (35) gaitasun hori galduz joango da, adinarekin inplikaturik dauden sistema biologikoek adinaren eragina jasaten baitute.

***Adibidea: Ibili**. Bi hankatan ibiltzea gizakien ezaugarri bat da. Bi hankatan ibiltzeko beharrezkoak dira:*
- Aukera genetikoa: Down sindrome sakona duen haurrak ez du ibiltzeko aukera genetikoa.
- Aukera biologikoa: nahiz eta genetikoki bi hankatan ibiltzeko aukera izan, jaiotzean anoxia larria jasaten duen haurra ez da ibiltzera helduko. Zergatik? Inplikaturiko sistemak (zehazki nerbio-sistemaren bide motorrak) lesionaturik daudelako.
- Genetikoki aukera duen haur bat, nerbio-sisteman lesiorik gabea, ez da ibiltzen hasiko urtea baino lehen. Zergatik? Ibiltzeko behar diren nerbio-sistemaren zatiak eta giharrak ez daudelako nahikoa helduak oraindik.
- Genetikoki ibiltzeko aukera duen haur bat, ondo jaiotzen da, eta urte batekin ibiltzen hasten da (lehenago edo beranduago, estimulazioaren arabera). Haurtzaroan poliomielitis larri bat jasan eta nerbio-sistemaren lesioagatik ibiltzeko gaitasuna gal dezake. Aukera genetikoak berbera izaten jarraitzen du, eta, nahiz eta gaitasuna garatu, inplikaturiko sistema biologikoen lesioagatik gaitasun hori galdu egin daiteke. Gauza bera esan daiteke gaztaroko istripu baten ondorioz paraplegiko edo tetrapegiko geratzen denaz, gaztaroan esklerosi anizkoitza pairatzen duenaz, edo zahartzaroan dementzia pairatzen duenaz.

***Adibidea: hitz egitea**. Gizakia da hizkuntza-gaitasuna garatu duen espezie bakarra. Horretarako, aukera genetikoa behar da, aukera biologikoa eta entrenamendua.*
- Down sindrome sakona duen haur batek ez du aukera genetikorik hizkuntza garatzeko.
- Jaiotzeko unean anoxia larria duen haur batek hizkuntza garatzeko aukera genetikoa izan dezake, baina nerbio-sistema motorraren lesioa dela-eta ezin du ahoskatu, ez du aukera biologikorik hitz egiteko.
- Haur batek aukera genetikoa du eta ez du lesiorik. Bi urte baino lehen ez da hitz egiten hasiko, horretarako beharrezkoak diren egitura anatomikoak ez daudelako nahikoa helduak.
- Haur batek aukera genetikoa du, ez du lesiorik, eta bi urterekin hitz egiten ikasten du. Muga batzuen barruan, lehenago edo geroago ikasiko du ingurunearen estimulazioaren arabera. Istripu baten ondorioz eta garuneko lesio baten ondorioz hitz egiteko gaitasuna gal dezake. Hori bera gerta daiteke helduaroan garuneko hemorragia batengatik edo zahartzaroan dementziarengatik.
- Haur batek hitz egiteko aukera genetikoa du, ez du lesiorik. Halere ez da pertsonen artean hazten. Nerabezarorako ez badu hitz egiten ikasten, ez du ikasiko jada. Horrelako pertsonek buru-atzerapena izaten dute eta ez dute hizkuntza garatzen. Nerabezarorako nerbio-sistema heldua dago eta horrelako gaitasunak ez baditu garatu ez ditu garatuko jada. Horrelako kasuak gutxi dira. Prentsaren bitartez izan dugu halakoen berri: txikitatik animalien artean bizi izan dira edo gizakiekin kontakturik gabe (gai hori azaltzen da film batzuetan, adibidez, El salvaje de Aveyron-en.

Aukera biologikoa: Gaitasun batek inplikatzen dituen organo eta sistemen osasuna eta heldutasuna. Aukera biologikoa izateko, ezinbestekoa da aukera genetikoa izatea, baina ez da nahikoa. Beharrezkoa da inplikaturiko organo eta sistema horien osasuna eta heldutasuna ere.

Prebentzioa:
- Aukera genetikoaren detekzio goiztiarra
- Aukera biologikoa izateko: zainketa, elikadura....
- Garatzeko: entrenamendua eta estimulazioa (batez ere une kritikoetan, eta pasatu gabe)

Ondoren azaltzen den eskeman atzerapen mentalaren arrazoi nagusiak ageri dira: genetikoak (aukera genetikoa), inguruneko faktoreak (aukera biologikoa) eta estimulazio-eskasia (entrenamendu falta).

Gure inguruan atzerapen mentalaren lehenengo arrazoia Down sindromea da, eta bigarrena "Umekiaren sindrome alkoholikoa".

- Estimulazioa eta gainestimulazioa

Frogatu da gaitasun bat garatzeko oso mesedegarria dela gaitasun hori entrenatzea, estimulatzea. Haurra jaiotzen denetik helduak haurra estimulatzeko joera du: begiratzen dio, hitz egiten dio, mugitzen du, igurzten du… Horrek haurra estimulatu egiten du eta estimulazio horrek gaitasunak garatzen laguntzen dio. Gaitasun bat gauzatzeko epe bat izaten da, "aldi aproposa". Epe horretan haurra estimulatuz gero, gaitasun horren garapena bizkortuko da, eta estimulaziorik ez badago atzeratu egingo da. Halere, ikusi da gain-estimulazioa ere ez dela ona.

Haurrak amarekiko atxikimendua egingo du 6 hilabeterekin, ibiltzen hasiko da urte batekin, hitz egiten 2 urterekin.

KONRAD, Zacharias Lorenz
Austria (Viena) 1903-1989

Konrad Lorenz etologoak ikusi zuen ahateen txitek arrautzatik atera eta mugitzen zen lehenengo gauzari jarraitzen ziotela, eta hortik aurrera horri jarraituko ziotela. Berak eginiko ikerketan ahateak arrautzatik ateratzean mugitzen ikusten zuten lehenengo gauza Konrad bera zen. Hortik aurrera ahate haiek Konradi jarraitzen zioten. Fenomeno horri "inpriting" deitu zion. Frogatu zuen badirela une erabakigarri batzuk jokabide batzuk martxan jartzeko.

.

- Estimulazioa eta garapena

Gaitasun guztiak kontuan hartuta, ikusiko dugu jaiotzetik hasi eta gaztarora arte denak hobetuz doazela. Halere, 20-30etako hamarkadan, gaitasun guztiek gailurra jo eta beherakada hasten da. Beherakada hori zahartzarora arte luzatzen da. Ikusi da estimulazioa beti dela mesedegarri: haurtzaroan gaitasunak garatzeko, eta gero gaitasunak mantentzeko, mantsoago galtzeko. Ariketa fisikoa egiten jarraitzen duenak, gaixotasunik ez badu, gaitasun fisikoak hobeto gordeko ditu zahartzaroan ere. Ariketa intelektuala egiten duenak hobeto izango ditu gaitasun horiek zahartzaroan ere. Egia da jaiotzen garenetik neuronak ez direla gehiago biderkatzen, oro har, eta egunero-egunero neuronak galtzen ditugula. Egunero-egunero zirkuitu berriak eraikitzen ditugu, eta horregatik egunetik egunera gauza gehiago dakigu. Hasieran, neurona asko ditugu baina zirkuitu gutxi; gero, neurona gutxiago baina zirkuitu asko. Zahartzaro osasuntsu batean neurona galera ez da oso nabarmena. Halere, adinarekin oso lotuta dauden gaixotasun batzuetan (dementzia), neuronen galera oso nabarmena izaten da, zirkuitu asko galtzen dira eta gaitasunen galera nabarmena da.

Zahar egoitzetan gero eta garrantzi gehiago ematen zaio estimulazioari. Zaharrak ariketa fisikoak eta mentalak egitea oso mesedegarria da gaitasunak mantentzeko, beherakada makaltzeko.

2. Zer da berezkoa eta zer da ikasia

Bai besteen bai norberaren jokabidea eta nortasuna aztertzerakoan, galdera bat maiz egiten da: zer da berezkoa eta zer da ikasia; eta ez da garrantzirik gabekoa galdera hori. Gurasoek txikitatik ezberdintasunak ikusten dituzte beren seme-alaben artean. Hezitzaileek beren ezagutzak erabiltzen dituzte haur eta gazteen jokabidea eta nortasuna bideratzeko. Psikologiako eskolen artean eztabaida dago berezkoari edo ikasitakoari emandako garrantziaz. Psikologiaren historian, muturrera joandakoak ere izan dira. Muturreko konduktistek pentsatzen zuten jaiotzerakoan haurrak "hutsik dauden arbelak" direla, hezkuntzak erabakiko duela nolakoa den bat. Skinnerren desafioa ezaguna da: *"Emadazue haur bat eta nahi duzuen modukoa egingo dut"* (Irakurri berak idatzitako *Walden dos* liburua, edo Huxleyren *Mundu zoriontsua*. Muturreko biologistek bestalde, jokabidea eta nortasuna geneetan dagoela esango digute. Gaur egun ikuspegi eklektikoa da nagusi: bai biologiak eta bai inguruak eragina dute pertsonaren nortasunean eta jokabidean. Halere, ezberdintasuna dago batari eta besteari emandako garrantzian. Horregatik oraindik interes handiko galdera da hasieran aipatutakoa, eta interes handikoa ere erantzutea, aldatu daitekeena eta ezin daitekeena bereiziko baititugu horrela (saiakuntza interesgarria Selligmanen "*What You Can Change and What You Can't: The Complete Guide to Successful Self-Improvement, 1993)*.

Galdera horiek argitzeko ikerketa egokienak bikiekin eginikoak dira. Genetikoki berdinak diren bikiak ingurune ezberdinean haziak badira, inguruneak azalduko ditu ezberdintasunak.

Ondoren azaltzen den taulan ikusi daiteke aipatzen diren ezaugarrien zer % azaltzen duen biologiak. Falta den ehunekoa beste faktoreek azalduko dute (elikadura, ohiturak, ingurunea, hezkuntza…) (Fundamentos biológicos de la personalidad, pg 163. López-Ibor JJ y cols. Lecciones de Psicología médica. Masson, Barcelona 1999)

EZAUGARRIA	%
Altura	80
Pisua	60
Adimen-maila	50
Eskolako arrakasta	40
Kanporakoitasuna	36
Neurotizismoa	31
Kontzientzia	28
Atsegina	28
Esperientziara irekia	46
Hunkigarritasuna	40
Aktibotasuna	25
Soziabilitatea	25
Inpulsibitatea	45
NORTASUNA	40
Konserbadurismoa	30
Erlijiotasuna	16
Telebista ikusi	20
Integrazio raziala	0

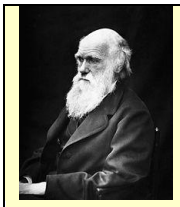
3. Etologia

Etologiak animalien jokabidea beren ingurune naturalean aztertzen du. Gaur egun telebistan etologiako bideo interesgarri asko ikusi daiteke. Etologiak interes handia du psikologoentzat. Maiz, animalien jokabidetik abiatuta giza jokabidea aztertzen laguntzen digu. Eskala ebolutiboan gertu dauden animaliei begiratuta, gauza asko ikas dezakegu gizakiaz, eta beste animaliekiko ditugun ezberdintasunak ikusita gure berezitasunak azpimarratu ditzakegu.

Hautespen naturala. Gertuko ahaideak

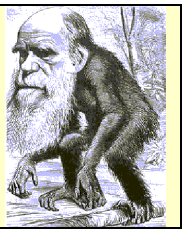
Darwin-ek "espezieen jatorriaren teoria" proposatu zuen. Horren arabera, animalia guztiek jatorri bera dugu. Eta nola heldu gara hain ezberdin izatera? Zergatik heldu gara gu, eta espezie asko desagertu dira? Bi mekanismoren bitartez gertatzen dela azaldu zuen:

- Mutazio genetikoak
- Hautespen naturala



Charles Robert DARWIN
Inglesa 1809-1882

Darwinek, gaztetan eginiko bidai batzuei esker, hainbat animalia ezezagun eta arraro aurkitu zituen. Ikusitakotik abiatuta, "espezieen jatorriaren teoria" proposatu zuen, Teoria berritzaile hori onartzeko zailtasun handiak izan dira.



Hautespen naturalaren arabera, bizirik irauten duten animaliak ondoen egokitu diren animaliak dira. Giroaren aldaketa nabariak izan dira eta iraun duten espezieak ondoen egokitutakoak dira. Espezie batzuk oso zaharrak dira, gutxi aldatu dira (adibidez labezomorroa); beste batzuk ordea, berriagoak dira, mutazioei esker besteengandik bereizi zirenak. Mutazioak ustekabean gertatzen dira. Mutazio batzuek kalte egin dezakete inguru jakin batean bizitzeko, eta jasan dituztenak suntsitu egiten dira; beste mutazio batzuek ordea, inguruari hobeto egokitzen laguntzen diote animaliari eta iraun egiten du. Horrela, garai batean mesedegarri izan daitekeen mutazio bat beste garai batean kaltegarri izan daiteke.

Gizakiak garatutako ezaugarri batek beste edozein animalia baino moldagarriagoa egiten du edozein aldaketatara. Izan ere, gizakia da edozein girotan bizi den animalia bakarra. Adimenari esker, egokitu da gizakia aldaketetara; horregatik, lurreko edozein lekutan bizitzeko gai da, egokitzeko hainbat gauza asmatu dituelako.

Gizakien espezieak bizirik duen ahaide gertukoena txinpantzea da.

Orain dela 12000 urtez geroztik homo generoko espezie bakarra “homo sapiens-a” da.

4- Nerbio-sistemaren antolakuntza-mailak:

Nerbio-sistema neuronaz osaturik dago. Neuronak zelula askeak dira, eta beraien artean eraikitako loturen bitartez zirkuituak osatzen dituzte. Hiru maila bereiz daitezke:

-Neurologikoa: zirkuituak.
-Biologikoa: neurona
-Biokimikoa: sinapsia: neurotrasmisoreak, hartzaileak, mezulariak...

- Maila neurologikoa:
Nerbio-sistema:
- Periferikoa
- Zentrala:
  - Entzefaloa: garuna, zerebeloa, enborra
  - Bizkar-muina

Funtzio psikologiko gehienak garunean gertatzen dira:
- Jokabide motor borondatezkoa
- Zentzumenak
- Prozesu kognitiboak: oroimena, hautematea, pentsamendua eta hizkuntza.
- Bizitza afektiboa
- Kontzientzia.

Denbora askoan funtzio horiek garuneko gune ezberdinetan kokatu nahi izan dira. Ez da lortu, ordea. Gaur egun pentsatzen da, funtzio kognitibo guztiak garunaren osotasunean gertatzen direla.

Lesio neurologikoetan, funtzio ezberdinen galerak eta asalduak ikusten dira.

- Maila biologikoa

Nerbio-sistemaren oinarri biologikoa neurona da. Neuronak banatuta daude, ez dago jarraitutasun fisikorik neurona batetik hurrengora (Ramon y Cajal histologo espainolari zor zaion aurkikuntza).

Sinapsia bi neuronen arteko lotura kimikoa da. Seinalea neuronan zehar elektrikoki doa. Neurona bat bestearekin ez dago itsatsia. Bien artean tarte bat dago. Tarte horretan batzuetan egitura bereziak garatzen dira, sinapsiak. Neurona batek dakarren seinalea nahikoa bada, sinapsian gai kimikoak askatzen ditu (neurotransmisoreak) hurrengo neurona kilikatzeko. Horrela seinalea ez da eteten.

Neuronak ondoko neuronekin harremanean jartzen dira sinapsiak garatuz. Bi neuronen artean dagoen tartean ez bada sinapsia garatzen bi neurona horiek ez dute harremanik. Neurona batek bestearekin sinapsia garatzen badu, harremanean jartzen da. Zenbat eta gehiago erabili sinapsi hori, bi neurona horien artean harremana errazagoa egiten da. Ez bada erabiltzen, sinapsia desagertu egin daiteke, eta, horrekin, bien artean zegoen lotura.

Neuronek zirkuituak osatzen dituzte. Zirkuitu ezberdinak funtzio ezberdinetan inplikaturik daude. Neuronetan eta sinapsietan aldaketak gertatzean jokabidean ondorioak ikusten dira.

Neurona bakoitzaren axoiak 10000 adar dauka. Guztira 10 trilioi neurona daukagu. Kontuak atera zenbat sinapsi egin daitezkeen eta zenbat zirkuitu eraiki daitezkeen.

- Maila neurokimikoa

Biokimikoki, maila ezberdinetan eragin daiteke sinapsian:
- Aurresinapsian
- Neurotransmisorean
- Hartzaileetan

Sinapsiek neurotrasmisore ezberdinak erabil ditzakete. Batez ere, neurotrasmisore baten menpe egoten da sinapsi bakoitza. Neurotrasmisore ezagunenak dira:
- Adrenalina eta Noradrenalina (sistema adrenergikoa).
- Azetil Kolina (sistema kolinergikoa).
- Dopamina (sistema dopaminergikoa).
- Serotonina (sistema serotoninergikoa).

Neurotrasmisore horien kontzentrazioak aldatuz, jokabidean aldaketak eragin ditzakegu. Horretan oinarritzen da psikofarmakologia.
- Drogek eta botikek jokabidean duten eragina maila neurokimikoan gertatzen da.
- Naturaren erritmoek eragina dute gorputzaren erritmoetan (neurotrasmisoreen jariaketek naturari lotutako erritmoak dituzte) eta beraz, jokabidean
- Sexu-ezberdintasunak, adin-ezberdintasunak… maila neurokimikoan espresioa dute eta jokabide-aldaketak azaltzen dituzte.

5. Neuroplastizitatea

Neuronak biderkatu egiten dira jaiotza arte. Baliteke hortik aurrera haietako batzuk biderkatzea, baino ez da kontuan hartzekoa. Beraz, jaiotzen garen uneko neurona kopurua daukagu. Hortik aurrera galtzen ditugunak ez ditugu berreskuratuko. Horregatik ezin dira lesio neurologikoek uzten dituzten lesioak berreskuratu.

Batez ere lau urtera arte hazten dira neuronak. Hortik aurrera ere hazten dira, baina gutxi. Konexio sinaptikoak bizitza osoan zehar egiten ditugu, baina ez hamar urtera arte egiten diren bizitasunarekin. Beraz, neuronak biderkatu, hazi eta sinapsiak egiten dituzte batez ere:

Biderkatzen dira	jaiotza arte
Hazten dira	4 urtera arte
Sinapsiak egiten dituzte	hamar urtera arte (bizitza osoan)

Zenbat eta lehenago izan lesio bat gure bizitzan (edo jaio aurretik) zabalagoa izateko probabilitate gehiago du, eta, beraz, ondorio okerragoak utziko ditu. Halere, eta kontraesana badirudi ere, zenbat eta lehenago gertatu bizitza-zikloan, sendatzeko aukera gehiago dago, biderkatzeko, hazteko eta sinapsiak egiteko ahalmen gehiago baitago. Jaioberritan eta haurtzaroan nerbio-sistemak osatzeko duen ahalmen horri nerbio-sistemaren **plastizitatea** deritzo.

Adibidea. *Nerbio-sistema garatzen ari dela umekiaren infekzio batek (adibidez, rubeola), nerbio-sistemako lesio larriagoak utziko ditu haurtzaroan jasandako meningitis batek baino, eta haurtzaroan jasandako meningitisak helduaroan jasandakoak baino. Erditzeko garuneko lesio batek eta helduaroko garuneko hemorragia batek lesio berdina sortuko balute, lehenengoak pronostiko hobea izango du, jaioberriaren nerbio-sistemak plastizitate handiagoa baitu.*

Gaur egun pentsatzen da helduaroan ere garunak baduela bere plastizitatea. Horregatik, garuneko lesioetan estimulazio goiztiarra eragiten da, ahal den neurrian gaitasunak berreskuratzeko. Ikusi da garuneko lesioen ondoren estimulazioa erabakigarria dela gaitasunak berreskuratzeko (jakina, beti muga batzuen barruan, lesio biologikoak jartzen dituen mugen barruan).

6. Biologia eta funtzio psikologikoak.

Ezin da ahaztu, nerbio-sistemarik gabe ez dagoela psikologiarik. Kontziente gara, esna gaude, amets egiten dugu, pentsatzen dugu, hautematen dugu, oroitzen dugu, ikasten dugu, sentitzen dugu eta mugitzen gara, nerbio-sistema dugulako. Hori gabe ez dago bizitzarik.

Gaur egun, legearen arabera, pertsona bat hilik dago elektroentzefalograma laua duenean, garuna hilik dagoenean. Transplanteak egiteko, hildako pertsonari bihotza eta birikak bizirik mantentzen zaizkio, transplanterako organoak hil ez daitezen.

Ordenadorerik gabe, programak balio ez duten bezala, nerbio-sistemarik gabe ez dago psikologiarik. Halere, eztabaida zientifiko handienetakoa horixe da: zer puntutaraino mugatzen du biologiak (genetikak) gure nortasuna eta jokabidea? Zer puntutaraino alda genitzake jokabidea eta nortasuna? Dena dago aurre-programaturik gure geneetan, edo alda daiteke zerbait?

Argi dago gure gaitasunak, jokabideak, gogo-aldartea eta abar, neurri handi batean biologiaren menpe daudela.

Argi dago nerbio-sistemaren lesioek funtzio ezberdinak mugatzen dituztela:
- *Bizkarmuina hausteak: paralisia.*
- *Garuneko odol-isuriak: paralisiak, afasiak*
- *Garuneko traumatismo larriak: amnesia, atzerapen mentala*
- *Alzheimerren gaixotasunak: amnesia, apraxia, afasia eta dementzia.*

Argi dago, halaber, guk nahi edo nahi ez, loak hartu egiten gaituela, eta, beste batzuetan, ezinezkoa egiten zaigula lo hartzea, nahi izan arren.

Argi dago ere, gai kimiko batzuekin gure gogo-aldartea eta aktibazio-maila alda daitezkeela:
- *Aktibatzaileak: kokaina, anfetamina, nikotina, xantinak (kafearen kafeina, tearen teofilina, eta txokolatearen teobromina).*
- *Lasaigarriak: alkohola, lasaigarriak, heroina*
- *Antidepresiboak (botikak)*
- *Antipsikotikoak*
- *Haluzinnogenoak: LSD,...*

Argi dago, gainera, naturaren erritmoek eragina dutela gure gogo-aldartean:
- Argiarekin alaitasuna eta iluntasunarekin tristura.
- Udaberri eta udazkeneko depresioak.
- Ilargi betearen eragina (ilargi betean buru-hilketa gehiago)
  - *Gizon otsoaren mitoa: ilargi betearekin otso bihurtzen zen gizona (ikusi Wolf filmea)*
  - *Ilargi beteak maitasunean duen eragina (ikusi "Hechizo de luna" filmea)*

Europako ipar aldean (Suedian, Finlandian, Noruegan), neguan egunak oso laburrak dira. Neguan, depresio kasu gehiago ikusten da, eta horietako batzuk argiarekin sendatzen dira. Argi faltarekin zerikusia duten depresioak dira.

Sexu-ezberdintasunari dagokionez, eztabaida handia dago une honetan. Zein jokabide dira berezkoak? Zein ikasiak? Zer da egia eta zer da mitoa?. Egia al da gizonak erasokorragoak direla eta emakumeak goxoagoak? Erantzuna ez da erraza, batez ere gizartean hain garrantzitsua eta polemikoa den gai batean. Mendeetan, heziketaren eraginez, berezkoak diren ezberdintasunak gehiago nabarmendu dira. Gertuko animalien jokabidea aztertzen badugu, argi ikusten da arrak eta emeak rol eta jokabide ezberdinak dituztela. Gizakiak "determinismo" asko ezabatu du eta hain zurrunak ziren rolak ere aldatu ditu. Mendeetan dominazioaren eta indarraren aitzakiarekin bermatu diren ezberdintasunek ez dute zentzurik. Gizakiak hainbeste aldatu du mundua eta bizimodua, non rolak ere malgutu egin baitira. Halere, ezin da ahaztu bai gizonak eta bai emakumeak biologikoki ezberdinak garela, eta ezberdintasun horiek ukatzeak gure kontra egingo duela. Gizakiaren historian bulkada edo berezkoa ukatzeak ez du onik ekarri. Gizatasunaren bidea berezkotasun edo bulkada horiek sublimatzea izan da, beste guztiak kontuan hartuz irtenbidea ematea: horrek egiten gaitu ezberdin, horrek egiten gaitu gizaki. Halere, dugun gorputza dugu, orain dela 20.000 urtekoa bezalakoa, eta "zaldi" hori heztea asko kostatzen zaigu. Gizonek hormona batzuk dituzte eta emakumeek besteak, eta hormona horiek eragina dute jokabidean.

Nortasunari dagokionez, Eysenck-ek nortasunaren azterketa zehatza egin zuen. Ikusi zuen, bi ardatzetan jarri daitekeela edonoren nortasuna. Ardatz bat kanporakoitasunari-

barnerakoitasunari dagokio, eta bestea neurotizismoari-egonkortasunari. Horrela lau lauki definitzen ditu bi ardatz horien bidez:

- Kanporakoia/egonkorra
- Barnerakoia/egonkorra
- Kanporakoia/neurotikoa
- Barnerakoia/neurotikoa.

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

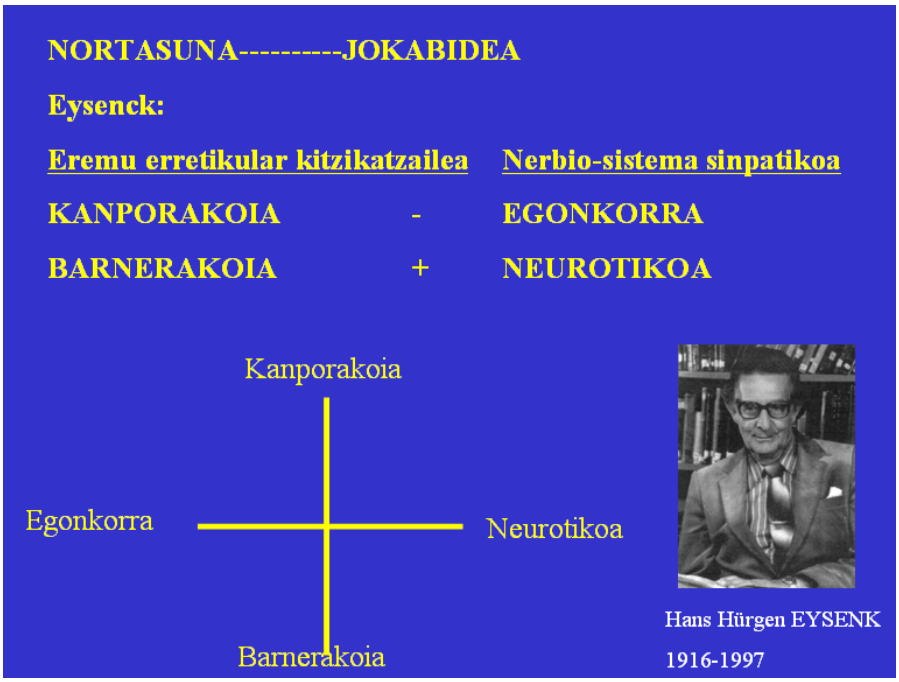
- Kanporakoi-barnerakoi ardatza. Sistema erretikular kitzikatzailearekin zerikusia du. Badugu sistema erretikular bat, kitzikatzailea deritzona. Horren funtzioa nerbio-sistema aktibatzea da. Pertsona batzuek , besteek baino aktibatuagoa izango lukete hori.

Ezaugarria	**Sistema erretikular kitzikatzailearen aktibazio-maila**	**Ezaugarri psikologikoa**
Kanporakoia	baxua	Kanpoan aktibazioa bilatzen du
Barnerakoia	altua	Kanpoko aktibazioa ekiditen du (berearekin nahikoa du)

- Egonkor-neurotiko ardatza: Nerbio-sistema sinpatikoarekin lotua egongo litzateke. Nerbio-sistema sinpatikoaren aktibazioak gorputza iheserako edo borrokarako prestatzen du.

Ezaugarria	**Nerbio-sistema sinpatikoaren aktibazio-maila**	**Ezaugarri psikologikoa**
Egonkorra	baxua	Lasaia da
Neurotikoa	altua	Edozer gauzarekin larritzen da

Osasun mentalak egonkortasunarekin zerikusia du, eta gaixotasun mentalak neurotizismoarekin.



Hiru garunak

Hiru garunez hitz egiten da bakoitzaren antzinakotasunari begira. Garun bakoitzak bere azala du (kortexa). Horrela, hiru garunazalez hitz egiten da: arkikortexa, paleokortexa eta neokortexa. Badirudi filogenesiaren (espeziearen eboluzioaren) adierazle direla.

- Garun zaharrena lehenengoa izan zen eboluzioan, eta oso lotuta dago gutxiago garatutako jokabideekin, jokabide primitiboagoekin (usaimena, sexu-jokabidea…).
- Garun berriena, eboluzionatuena, eboluzioan azkena lortu dena, jokabide garatuagoekin lotuta dago: neokortexa da eta goi-mailako jokabideekin lotuta dago.

7. Bibliografia

- **Zupiria X, Garro A**. Bases biológicas de la conducta. *59-73.* Tazón P, Aseguinolaza L, García-Campayo J. Ciencias psicosociales. *Masson. Barcelona 1996. 5.gaia.*

Sakontzeko:

- Carlson NR. **Fisiología de la conducta**. Ariel, Barcelona 1993.

Irakurtzeko:

Konduktismoaren euforia-garaiko liburuak:

- **Skinner BF**. Walden dos: hacia una sociedad científicamente construida. *Martínez Roca, Barcelona 2005* (*Walden Two*, 1948).
- **Huxley A**. Un mundo feliz. *Edhasa, Barcelona 2007. (Brave New World 1932)*

Gaur egungo baikortasunaren mugimendukoak:

-**Seligman MEP**. Aprenda optimismo. *DEBOLSILLO, Barcelona 2004. (Learned optimism 1990)*

-**Seligman MEP**. No puedo ser más alto pero puedo ser mejor. *Grijalbo, Barcelona 1995. (What you can change and what you can't 1993)*

1. 1 KONTZIENTZIA

Garuna lo edo esna egon daiteke. Lo dagoenean, kontzientzia-maila baxua da; halere, pertsona esnatu egin daiteke eta kontzientzia-maila berreskura dezake. Lo egon gabe ere, kontzientzia-maila aldatu daiteke, gaixotasunengatik edo.

Kontziente egotean, piztuta bezala gaude, eta bai kanpo eta bai barruko informazioa prozesatzeko gai gara.

Kontzientziaz hitz egitean, hiru kontzientzia bereiztea komeni da. Guk bigarrena eta hirugarrena aztertuko ditugu hemen:

- Kontzientzia morala: ondo edo gaizki dagoenaren artean bereizteko gaitasuna.

- Neurologikoa: (Kontzientzia, Conciousness) esna egonik, gertatzen denaz ohartzean datza. Estimuluei nahita erantzuteko gaitasunarekin oso lotuta dago. Neurologian Glasgow-ren eskala erabiltzen da kontzientzia-maila neurtzeko.

- Psikologikoa (Konturatzea, Awareness): Gertatzen denaz eta gertatzen zaigunaz gutxiago edo gehiago konturatu gaitezke. Helduak haurrak baino ezagutza gehiago du eta haurra baino gehiago konturatzen da gertatzen denaz eta bere buruari gertatzen zaionaz. Zenbat eta gehiago ezagutu, eta zenbat eta gehiago ezagutu norberaren burua, are kontzientzia gehiago. Autoezagutzaren eta meditazioaren helburua horixe da: kontzientzia-maila handitzea. Socrates-ek esaten zuen: “Aztertutako bizitzak baino ez du merezi bizitzea”. Pertsona asko bere bizitza kontzientzia gehiagorekin bizitzen saiatzen da; beste batzuek, ordea, ez dute aukera hori egiten. Bakoitzak eskubide osoa du nahi duen bezala bizitzeko. Osasun-profesionalen kasuan, dena den, oso garrantzitsua da bizitza kontzientziaz bizitzen ikastea: zaila da sufritzen duen gaixoarekin konektatzea, oinazeari eta heriotzari bizkarra emanda bizi bazara.

Gorputz batean bizi gara eta gertatzen zaizkigun gauza asko ez ditugu ulertzen eta ez ditugu kontrolatzen. Gure jokabide asko gure kontroletik eta kontzientziatik kanpo daude. Zentzu horretan, bada irudi bat autoezagutza adierazten diguna: zentauroarena. Gure animalia (biologia) zaldia da, eta gu gainean gauden zaldunak. Animalia maneiatzen dugu, baina ez dugu guztiz kontrolatzen. Animalia ezagutzen dugun neurrian eta integratzen dugun neurrian jakintsuagoak gara eta zentauroaren itxura hartzen dugu.

Freudek, psikoanalisiaren sortzaileak, gure gogoan bi zati bereizi zituen: kontzientea eta inkontzientea. Gure kontzientziatik kanpo gure bizitzan oso garrantzitsuak diren gauza asko daude gordeta: erreprimitutako oroitzapenak eta nahiak. Mingarria dena edota onartzen zaila egiten dena erreprimitzen da. Psikoanalisiaren lana honetan datza, beraz: inkontzientea kontziente bihurtzea. Lan hori ez da inoiz bukatzen eta gogorra da.

Nola ezagutu nezake hobeto neure burua? Nondik har dezaket informazio hori? Bada hori azaltzen duen irudi bat: Johari-ren leihoa. Ni-ak lau zati izango lituzke:

- Barruko nia: ez du inork ezagutzen.
- Ni pribatua: nik ezagutzen dut baina besteek ez.
- Ni sasipribatua: nik ez dut ezagutzen baina besteek bai, bistan baitago.
- Ni publikoa: besteek eta nik ezagutzen dugu.

Besteek nitaz esaten didatena kontuan hartuz eta neure burua autobehatuz neure buruaz gehiago ikas dezaket.

Kontzientzia-konortea

Garun-azala esnatuta edota lo dago, azpitik datozen sistemen eraginaz (sistema erretikular kitzikatzailea). Sistema horrek garun-azala aktibatzean, esnatuta gaude eta arretatsu. Garun-azala desaktibatzean, konortea galdu genezake. Hori gauero lo hartzen dugunean gertatzen da, edo bestela gaixotasunetan (neurologikoak, metabolikoak eta psikiatrikoak).

Kontzientzia-mailak (neurologikoak):

ADI	Alerta
LAUSOTUA	Confuso
LOHASMAKOA	Somnolente
ESTUPOROSOA	Estuporoso
KOMA	Coma

Koman dagoen pertsonak ez dio minari ere erantzuten (atximurra egin eta ez du erantzuten).

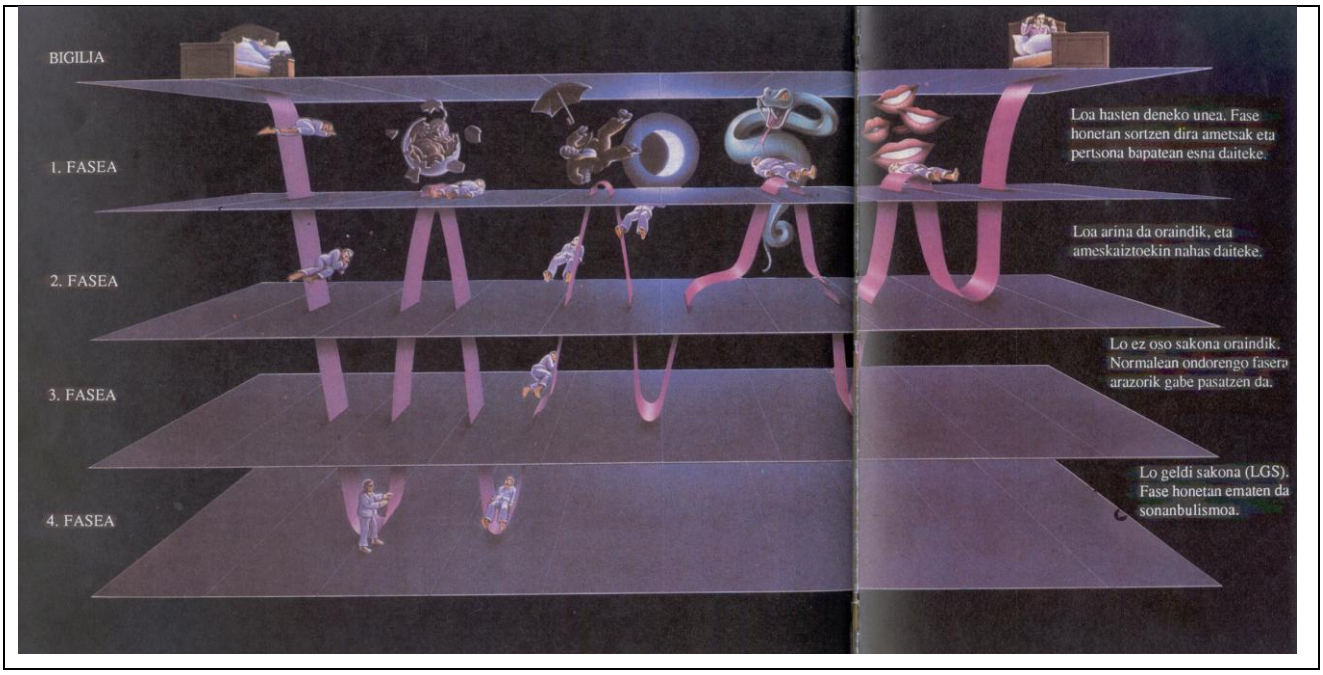
Kontzientzia-mailan eragina dute:
- Igotzen dute: minak, soinuak, pentsamenduak...
- Gutxitzen dute:
    -Lesioek: neurologikoek edo metabolikoek.
    - Buru-gaixotasunek.

Glasgowren eskala:

Puntuak	**Begiak irekitzen ditu**	**Ahoz erantzuten du**	**Erantzun motorra**
1	EZ	EZ	Ez
2	Mina eginez gero	Ulertzen ez diren soinuak	Estensorea (deszerebrazioa)
3	Hitz egitean	Hitz desegokiak	Flexorea (dekortikazioa)
4	Bat-batean	Nahasia	Mina egitean, atzeratu
5		Norabideduna	Kokalekua zehazteko gai
6			Aginduak betetzen ditu

Beste gauza batzuen artean kraneo-entzefaloko traumen pronostikoa balioesteko erabiltzen da.
14-15 arina
9-13 moderatua
<8 latza

1.2 LOA



0. Sarrera
1. Definizioak
2. Etologia eta antropologia
3. Giza loaren ezaugarriak
4. Garapena
5. Psikopatologia
6. Bibliografia

0. Sarrera

Gizakia egunez esna dago eta gauez lo. Ziklo hori egunari egokitzen zaio eta 24 ordukoa da. Gizakiarentzat lo egitea jatea eta edatea bezain beharrezkoa da. Lo egitean atseden hartzen du eta loarekin arazoak dituenean gaizki sentitzen da. Batzuetan, nahi gabe ere, lo hartzen du; beste batzuetan, inola ere lo hartu ezinik egoten da. Izan ere, loa, gogoaren kontrolpetik kanpo aurkitzen den funtzioa da, fisiologiaren menpe dagoena.

Biztanlerian ugariak dira loaren arazoak, eta arazo horiek, gehienetan sintoma bat diren arazo horiek, gaixoa osasun-profesionalarengana laguntza eske bultzatzen dute. Horregatik garrantzitsua da osasun-profesionalak loaren garrantziaz jabetzea eta loaren aldaketak sortzen dituen ondorioak ezagutzea.

Horrez gainera, osasun-profesionalak maiz txandaka lan egin behar du, naturalki dugun erritmoa hautsiz. Zikloaren aldaketa horiek ondorio fisikoak eta psikologikoak sortzen dituzte. Garrantzitsua da osasun-profesionalak hori ezagutzea.

Loaren ezaugarriak ezagutzea ezinbestekoa da zer egin daitekeen jakiteko.

Osasun-profesionalari zer gaitasun bereganatzea komeni zaio?
Mediku eta erizainek gai izan beharko luteke:

- Loaren ezaugarriak ulertzeko eta aplikatzeko, bai gaixoaren zainketari, bai bere buruaren zainketari.

1. Definizioak

Euskara	Gaztelera	Frantsesa	Ingelesa	latina
Esnaldia	vigilia	vigile	vigil	
loa	sueño	sommeil	sleep	SOMNUS InSOMNIO HiperSOMNIA paraSOMNIA
lo egin	dormir	dormir	sleep	
ametsa	sueño	rêve	dream	
amets egin	soñar	rêver	dream	

Loa: ornodun homeotermoetan izaten den portaera, honako berezitasun hauek dituena: jarduna gutxitzea, jarrera berezia, giharren hipotonia, kanpoko estimuluei erantzuteko gaitasunaren gutxitzea, kontzientzia gutxitzea (Diccionario AKAL de psicología. Akal SA, Madrid 2004, 531 orr).
Kontzientziaren eta harreman-bizitzaren etete arrunt eta ziklikoa, atseden hartzeko erabiltzen dena. (Diccionario terminológico de ciencias médicas. Salvat, Barcelona 1984, 1080 orr.).

Ametsa: lotan gertatzen den gogo-jarduera. (Diccionario AKAL de psicología. Akal SA, Madrid 2004, 532 orr).

2. Etologia eta antropologia

Animalia guztiek lo egiten dute? Gauez lo egiten dute?. Animalia guztiek ez dute lo egiten, eta batez ere, lo egiten dutenek ez dute denek gauez lo egiten: animalia batzuek gauez lo egiten dute eta besteek egunez.
Lo sakona eta luzea, lasai egon daitezkeen animaliek bakarrik egiten dute, haragijaleek, gizakiek... Belarjaleek, haragijaleen janari direnek, ezin dute lo sakona izan, horrek arriskuan jarriko lituzke eta; askok lo arina dute eta zutik ere lo egiten dute.
Izurdeak adibidez lo berezia du. Bere garunaren alde bat lo dagoen bitartean, bestea erdi lo dago, horrela arnasa hartzen jarraitu dezake eta arriskurik balego esnatu.

Primate batzuek gauez lo egiten dute eta horretarako gauero zuhaitzetan lo egiteko habiak egiten dituzte (txinpantzea, bonoboa). Gorilek lurrean lo egiten dute, eta horretarako gauero habiak egiten dituzte.

Gizakiak gauerako babesa bilatu du aspaldidanik: leizezuloetan eta suaren inguruan igarotzen zituzten gauak lotan (mandrilak gauean leize-zuloetan sartzen direla ikusi da). Gero, etxeak asmatu zituen. Babes horrek lo lasaia ziurtatzen du.

3. Gizakiaren loaren ezaugarriak

Gizakiak lo-esna zikloa egunari egokitua du (zirkadianoa). Zikloa 24 ordu ingurukoa da. Halere, ez da horrela jaiotzetik. Jaioberriak 3-4 orduko zikloak ditu: esnatu, jan, jolastu, lo. Geroago, 3-4 hilabeterekin, 24 orduko ziklora egokituz joango da, egunean zehar loaldi bat edo bi eginaz.

Loa funtzio autonomoa da, ez dago gure kontrolpean. Lo ez hartzeko ahaleginak egin daitezke eta horretan laguntzeko estrategiak martxan jar ditzakegu. Bestalde, lo hartzeko hainbat estrategia martxan jarri ditzakegu, baina azken batean ez dago gure kontrolaren menpe.

Hizkuntzak ongi adierazten du hori. Gazteleraz "me he dormido" esaten da (pasiboa). Euskaraz oraindik argiagoa da: "loak hartu nau".

Esaerak ere badaude: "Morfeoren besoetan erori" esaten da, Morfeo loaren jainkoa izanik

Loak bi fase ditu:

- Ez REM: batez ere gorputzak hartzen du atseden
- REM: garunak hartzen du atseden. Bertan ametsak gertatzen dira.

Ez REM loa

Lo gauden denbora guztian ez gaude ametsetan. Hori loaren REM fasean bakarrik gertatzen da. Gauero lau edo bost amets izaten dira, eta bakoitzak ordu erdi inguru irauten du.

Lo hartu eta berehala ez gara REM fase batean sartzen. Hasieran Ez-REM fasean egoten gara. Bertan:

- Loa gero eta sakonagoa da eta gehiago kostatzen da esnatzea.
- Giharrek tonua galtzen dute *(oroitu autobusetako lo-kuluxketan nola erortzen diren buruak).*
- Arnasketa, bihotz-taupadak eta tentsioa arteriala lasaitu egiten dira.
- Elektroentzefalograman, garuneko uhinak lasaitu egiten dira (uhin zabalagoak, maiztasun gutxiago) jardun gutxiago dagoen seinale.

Ez REM fasean lau azpifase daude: I, II, III eta IV.
Ez REM IV azpifasea da lo sakonena. Bertan, gorputzak atseden hartzen du eta hazkuntzaren hormona jariatzen da. Azpifase hori garrantzitsua da haurtzaroan eta gaztaroan. Hortik aurrera, azpifase hori desagertuz doa eta horregatik galtzen du adinarekin loak bere sakontasuna. Zenbat eta urte gehiago, loa arinagoa da eta esnatze gehiago izaten dira gauean.

***Zahartzaroko lo faltaren kexua**. Zahartzaroan lo gutxi egitearen kexa ez da arraroa. Hainbat faktore daude azaldu dezaketenak. Alde batetik, jarduna gutxitu bada eta zaharra aspertzen bada, gehiago lo egiteko nahia izan daiteke, denbora gehiago lotan pasatzekoa. Zaharrek lo-behar gutxiago dute, 6-8 ordu egunean. Ordu kopuru horretan, kontuan hartu behar da egunean zehar eginiko loa ere (siesta, eta lo-kuluxkak). Zaharrak loa arinagoa du, ez-REM IV fasea ia desagertu delarik. Loa arinagoa izatean, gehiagotan esnatzen da eta lo gutxiago egitearen sentsazioa areagotu daiteke. Maiz, eserita egiten ditu lo-kuluxkak. Ingurukoek zurrungaka ikusten dute eta berak ez duela lo hartu ziurtatzen du, lo arin hori ez baitu lotzat hartzen. Esandakoa kontuan izan behar da zaharraren loa ebaluatzerakoan.*

Lo hartu eta lehenengo REM fasean sartu arte ordu bat edo bi pasatzen dira. Horri latentzia fasea deritzo. Normalean faktore batzuk latentzia fasea laburtu egiten dute (lasaigarriek, alkoholak, depresioak) eta beste batzuek, berriz, luzatu (larritasunak, estimulagarriek: nikotinak, kafeinak, xantinak, anfetaminak…).

Loa depresioan. *Deprimitua dagoen pertsonak ez du arazorik izaten lo hartzeko. Goiz oheratzen da eta, larritasunik ez badu behintzat, segituan lo hartzen du (latentzia laburra) eta ametsak egiten ditu. Arazoa izaten da goiz esnatzen dela (hirurak, laurak), oso goiz, eta berriz lo hartu ezinik egoten dela. Horregatik* ***goizaldeko insomnioa*** *ere deitu zaio.*

Loa larritasunean. *Larritasuna duenak ordea, lehenengo loa hartzeko zailtasuna izaten du (latentzia luzatua), lo hartzea kostatzen zaio, eta amets egiten beranduago hasten da. Horregatik* ***gaueko insomnioa*** *ere deitu zaio.*

Alkohola eta loa. *Alkohol asko edanez gero, ohera sartu eta berehala hartzen da lo (latentzia laburtua). Ametsak egin direnean esnatzen da, ordu gutxiago lo egin eta gero. Behar adina amets egin dira, baina gorputzak ez du behar adina atseden hartu. Lo hartzea kostatzen da eta nekea izaten da.*

REM loa

REM faseari lo paradoxikoa ere deitu zaio. Zergatik? Alde batetik loak sakonagoa dirudielako (loa sakonagoa da eta gehiago kostatzen da esnatzea, giharren erabateko atonia izaten da); bestetik, pertsona esna dagoela dirudielako (arnasketa, bihotz-taupadak, tentsio arteriala eta elektroenzefalograma esnatuta dagoenean bezala daude, eta sexu-ehunak odolez beteta, zakila tente eta bulba handitua). Fase honetan, benetako paralisia izaten da, giharrak ez dira mugitzen, salbuespen batekin: begiak bizkor mugitzen dira. Hortik hartzen du izena fase honek: REM (*Rapid Eyes Movement*) edo begien mugimendu bizkorra. Fase horretan gertatzen dira ametsak. Loaren laurdena pasatzen dugu ametsetan (%25), jaioberriek erdia (%50). REM gehiago dago haurdunaldiaren azken aldian eta jaioberritan, garuna heltzeko beharrezkoa baita. 90 minutuz behin REM fase batean sartzen gara, eta 20 minutu irauten du (gauero 4-6 izaten ditugu).

Gaixo batzuek sistema inhibitzaile hori ez dute ondo, eta gauean, REM fasean sartzean asko mugitzen dira ametsetan.

Katuekin eginiko ikerketa batean, sistema inhibitzaile hori blokeatu zitzaien (locus coeruleus). Ametsetan hainbat jokabide ikusi zitzaizkien: jauzi egitea, harrapatzea, zelatan egitea, miazkatzea, jolastea, erasotzea, beldurtzea, haserretzea, mehatxatzea (jokabide sexualik ez).

Badira loaren bi arazo REM fasearen paralisia adierazten digutenak: ***narkolepsia*** *eta* ***esnatzearen paralisia****.* ***Narkolepsian,*** *gaixoa esna dagoela, bat-batean REM fasean sartzen da. Kaletik doala, bat-batean lurrera erortzen da eta ametsetan hasten da.* ***Esnatzearen paralisian****, gaixoa REM fasean dagoela esnatzen da eta konturatzen da ezin dela mugitu, paralisia duela.*

Gaueko loaren lehenengo erdian batez ere ez-REM loa izaten da, eta bigarren erdian REM loa. Horregatik esaten da gauaren lehenengo erdian gorputzak hartzen duela atseden eta bigarren erdian gogoak.

Ametsak

Beharrezkoak dira.

Ikerketa batean ikasle batzuk ametsik egin gabe eduki zituzten (ametsetan hasten zirenean esnatu egiten zituzten). Ikasle horiek handik bi egunera haluzinazioak izan zituzten eta ikerketa bertan behera utzi behar izan zuten.

Ametsek esanahirik badute? Galdera hori aspaldikoa da eta gaur egun oraindik erantzun asko ditu. Aspaldidanik ametsei iragarpen kutsua eman zaie. Freud-ek garrantzi handia eman zien ametsei. Bere ikuspuntutik ametsetan nahiei erantzuna ematen diegu, esnaturik gaudenean erantzuna eman ezin diegun nahi erreprimituei. Gaur egun nahiko onartua

dagoen ikuspegi batek dio ametsetan egunean zehar irekitako zirkuitu neuronalak finkatzen direla. Horregatik diote hobe dela gauez ikastea goizez baino.

Lo-beharrak

Denek ez daukagu behar bera. Helduok 7-9 ordu behar ditugu egunean (siesta barne). Nekea dagoenean, areagotu egiten da lo-beharra. Jaioberritan, egunean 16-20 ordu behar izaten dira. Hori gutxituz doa haurra hazten den heinean. Pubertaroan lo-beharra handitu egiten da (ez REM IV fasea luzatzen da, hazkuntza garrantzitsua ematen baita). Hortik aurrera lo-beharra gutxitu egiten da.

	Ordu egunean
Jaio berria	16-20
Urte 1	14-16
3	10-14
5-11	9-13
Pubertaroa	12-14
Heldua	7-9
Zaharra	6-8

Haur jaioberriak ia egun osoa lo pasatzen du. Bere loa oso sakona da eta bi fase bakarrik ditu: REM eta ez-REM4. Lo hartzean berehala REM fasean sartzen da. Esnatzean jan eta aktibatu egiten da, baina berehala nekatzen da (estimulazioa oso handia da berarentzat).

- 3 hilabetetik aurrera, ez-REM loaren beste faseak izaten hasten da, lo arinagoa. 7 hilabeterako, fase guztiak izaten ditu eta zikloak lotzen hasten da. Ziklo batetik bestera pasatzean esnatu egiten gara (helduok ere bai). Helduok ohituta gaude ziklo-arteko esnatze horietara, baina 4-7 hilabeteko haurrak ez. Helduak "buelta erdia eman" eta lotan jarraitzen dugu (ez beti). Haurrak, batzuetan, esnatu egiten dira eta gurasoak esnatzen dituzte. Gurasoentzako une zailak izaten dira. Ordura arte haurrak hobeto lo egiten zuela pentsatzen dute: haurra fase guztiak dituen eguneko ziklora egokitzen ari da.

- Aurrerago, 8 hilabetetik 2 urtera arte, haurrek banatze-larritasuna bizitzen dute. Esnatzeak izaten dituzte, maiz amesgaiztoen ondorioz. Gurasoen gertatutasuna bilatzen dute, segurtasuna ematen dielako.

Rosa Jovek dio loaren ezberdintasun horiek haurraren beharrei erantzuten diela, ondorengo taulan ikusi dezakezun bezala.

	Beharrak	**Loa**
0-3 hilabete	- Maiz jan (hipogluzemia arriskua) - Zaintzailearen arreta lortu - Gogoaren garapena - Heldu - Xurgatzea landu	- Bifasikoa (REM, ezREM4) 50-60min. Esnatzean jarduna, baina bizkor nekatzen da (estimulazioa handia da) - Ultradianoa: gaua ez du bereizten - Sekuentzia anitzekoa (egunean behin baino gehiagotan) - Helduak baino REM gehiago - Loa zuzenean REM fasean hasten du
4-7 hilabete	-Edoskitzea ezarrita dago eta bestelako janariak sartzen dira, beraz ez dago hipogluzemia arriskurik. - Nukleo suprakiasmatikoa heldua dago (garuneko erloju biologikoa) - Arreta selektiboa (arrotzen aurrean bakarrik)	- Egunekoa (zirkadianoa). 7 hilabeterekin 10-15 ordu egunean, gauean tarte luze bat eta 2 siesta - Polifasikoa: fase guztiak ditu eta zikloak lotzen hasten da. Ziklo batetik bestera ateratzean esnatzeak - Ezegonkorra: fase berrietara egokitzeagatik. Esnatzeak ugariago.
8 hilabete-2urte autonomiarantz lehenengo urratsak	- Elikaduran aldaketak (egokitzea: pureak->puskak) - Banatze-larritasuna gainditu - Mugitu, ingurunearekin elkarrekintza - Hortzak (haserrekor, listu-jarioa, hozka) - Esfinterren kontrola (2-3 urte) - Nahia-beldurra→antsietatea	- Beldurra loari(gurasoengandik banatzea): konpainia - Urduria . REM fasean kezkak asimilatu edo amesgaiztoak (maiz esnatzeak)
3-6 urte		- Gaueko esnatzeak gutxitzen dira (5 urterekin desagertu) 3-4 urterekin siesta uzten du eta ipuinak eskatzen ditu lasaitzeko

6 urterekin loa helduena bezalakoa da: gauez 8-9 ordu, esnatzerik gabe eta siesta gabe.

Beraz haurtzaroan 2 etapa zehaztu daitezke:
- Eraikitze etapa: 0-7 hilabete: jaioberriaren 2 faseetatik helduaren 5 faseetara.
- Heltze etapa: 8 hilabete-6 urte: ordu kopurua gutxitzen da eta gaueko esnatzeak desagertzen dira.

Gaur egun haur txikien loaren inguruan eztabaida sakona dago. Batzuk diote haurrak eskatzen duena eman behar zaiola eskatzen duenean (Rosa Jove, Carlos González) eta beste batzuek diote haurra txikitatik ohitu daitezkeela (Eduard Estivill). Eztabaida ez da berria.

Lehen, andreak etxean geratzen zirenean, ikasitakoaren arabera zaintzen zituzten haurrak. Medikuek ere bere aholkuak ematen zituzten: *"gauean negarra egiten badu eta ez badu goserik edo minik, utzi negarra egiten, lasaituko dira"*. Gaur egun andreek lana egiten dute etxetik kanpora eta gero eta gehiago eskatzen zaie osasun-profesionalei aholkua. Halere, garaia iristen denean, aholkua eskatzen dute eta nahastu egiten dira batzuek gauza bat esaten dutelako eta besteek bestea.

Estivillek dio haurrak ohiturak ikasten dituela: lo egin, jan… Egunero estimulu berdinak jartzen bazaizkio, haurraren gorputzak estimulu horiei loarekin erantzuten ikasiko duela (baldintzapen klasikoa). Oinarria argia da: Gorputzak estimulu batzuk loarekin lotzen baditu, estimulu horien aurrean lo hartuko du. Gauza jakina da gauero errito berdinen ondoren (ordu berdintsuan hortzak garbitu, ohean etzan, ezkerraldean bildu…) loak hartzen gaituela. Egia da gorputzak estimulu batzuen aurrean erantzun batzuk ikasten dituela. Esaten digu 4 hilabetera arte haurra ez dela 24 orduko ziklora egokitzen, baina egokitzapen horretan lagundu dezakegula egunero errito berdinak errepikatzen, errito horiek seinale bihurtzen. Irakaste horretan, haurrak bakarrik lo egitea nahi badugu, haurrak hasieratik bere sehaskan bakarrik lo egin beharko duela dio. Hor hasten dira ezberdintasun garrantzitsuak. Gonzalezek eta Jovek diote haurrak amaren besoetan lo hartzen duela eta hori dela naturalena. Oso krudela iruditzen zaie haurra bakarrik bere sehaskan jartzea. Naturalena haurrek beren gurasoekin lo egitea da, mendeetan gertatu den bezala. Eztabaida sakonago ikusi nahi baduzu ikusi Koldo Mitxelenan egin ziren jardunaldien bideoak.

Garrantzitsua da oso, lo-beharrak errespetatzea. Kontuan izan behar da beti bakoitzaren patroia ezberdina dela, eta hori dela bakoitzarentzat normala. Bakoitzak bere lo-patroia eta lo-beharrak dauzka eta horien aldaketa da kontuan hartu beharrekoa. Lo hartzen dugu gure nahiaren aurka. Maiz lo egin nahi dugu ordea, eta ez dugu lortzen. Halere, eguneroko rutinen barruan, gure gorputzak lo hartzen du eta loan egunero eskema berdintsua errepikatzen da pertsona bakoitzean: gutxi gora behera latentziak berdintsu irauten du, lehenengo REN fasearen iraupena berdintsua da, eta horrela, gau osoan. Ez hori bakarrik, egunero berdintsu lo hartzen dugu (errito baten ondoren: hortzak garbitu, pijama jantzi, ohean sartu, irakurri, ezkerreko aldera bota, burukoaren azpian burua sartu...). Nolabait, gure gorputzak ikasten du lo hartzeko ordua dela. Errito horiek seinale bihurtzen dira gorputzarentzat. Horregatik, lo hartzen ikasi egiten dela esaten da.

Aipatzekoak dira: ingresaturik dauden gaixoek izan ditzaketen patroi-aldaketak, osasun-langileek txandatan lan egiteagatik izaten dituzten lo desarauketak, edo bidaia luzeak

egitean gorputzak ziklo berrira egokitzeko behar duen denbora (jet-lag). Aldaketa horiek lo hartzea zaildu egin dezakete.

Gaixoek ospitalean lo egiteko zailtasunak izan ditzakete. *Ospitalean egotea berez estresagarria da. Horrez gainera, ohea ez da betikoa, giroa ere ez. Gorputzarentzat arraroa gerta daiteke hori eta lo hartzea zaildu. UVI-an dauden gaixoen kasuan, gainera, beti argia dago, soinua, mugimendua… eguna eta gaua ez dira bereizten.*

Jet-lag*. Bidaia luzeak hegazkinez egiten direnean, beste ordu batean bizi diren lurralde batera joan eta ordutegi berrira egokitu beharra dago, gorputzak ordutegi berri batera egokitu behar du. Egokitu bitartean zailtasun txiki batzuk izan daitezke loarekin eta esnaldiarekin. Jet lag deitu izan zaio.*

Txandatan *lan egiten duten langileak (medikuak, erizainak…) maiz izaten dira ordutegiak aldatu beharrean. Aldaketak maiz izaten dira eta ondorioak garrantzitsuak. Ez da arraroa erizainek aste bat egunez, bestea arratsaldez eta bestea gauez lan egitea. Astero egokitu behar du gorputzak. Hori dela eta, nahasketa garrantzitsuak izaten dituzte: lotara doazenean loak hartzeko zailtasuna, eta lanean daudenean logura, nekea eta haserrekortasuna.*

Gaixoen beldurrak eta gauez ezin lo egina. *Ez da arraroa beldurtuta dauden gaixoek gauean lo gutxi egitea eta eguna lotan pasatzea. Gauean lo egin nahiko lukete baina beldurrak ez die lo egiten uzten. Goizaldean, lasaiago, jendea inguruan dabilela eta jarduna dagoela, nekearen ondorioz lo hartzen dute. Gauean lo daudela hiltzeko beldurra ere izaten dute batzuek. Aipatutako hori ikustea ez da arraroa ospitalean minbizi aurreratuekin dauden gazteengan.*

Lo ongi egiteko aholkuak:
- Ohera nekaturik joan. Kirola egitea oso ondo dator (beste gauza askotarako ere).
- Ur beroko bainuak.
- Oheratzeko ohiturak errespetatu.

Zer egin lo hartu ezin denean? Bakoitzak bere taktika aurkitu beharko du, bakoitzarentzat baliagarria dena. Hemen psikologikoki interesgarria den bat adierazi nahi dut: paradoxa:

Paradoxaren teknika lo hartu ezin denerako. *Ezin dugunean lo hartu, bueltaka ibiltzen gara, begiak itxirik ditugu (lo egin nahi dugulako) eta gure buruari behin eta berriz esaten diogu (lo egin behar dut, lo egin behar dut, lo egin behar dut...Kasu horietan jolas paradoxikoa hauxe izango litzateke: begiak ireki eta esan buruari: ez dut lo egingo, ez dut lo egingo, ez dut lo egingo… Saiatu loak ez hartzen eta erronka bat jarri zure buruari: lorik ez egitea gau guztian. Ea nork irabazten duen!*

4. Garapena

Ikusi da adinarekin lo-beharrak eta loaren ezaugarriak aldatu egiten direla. Haurrari 24 orduko erritmora egokitzeak ia urte bete irauten dio. Haurtzaroan eta gaztaroan lo sakona izaten da, gau osoa irauten duena. Helduaroan, loak sakontasuna galtzen du eta arinagoa bihurtzen da.

Konturatzen bazara, bizitzan zehar, beste gauza askok bezala, lo-patroiak aldaketak jasaten ditu, eta adin batean arrunta dena bestean arraroa izan daiteke.

5. Psikopatologia

Loaren nahasketak kuantitatiboak edo kualitatiboak izan daitezke.

Kuantitatiboak		Kualitatiboak	
Gutxitzea (<6 ordu)	Handitzea		
INSOMNIOA Apnea-lo sindromea	HIPERSOMNIA	PARASOMNIA	
		Ez-REM Gaueko ikarak Lotan pixa egitea Zurrunka egitea Bruxismoa Somnilokia Sonambulismoa	**REM** Amesgaiztoak Narkolepsia Esnatzearen paralisia

Insomnioa. *Helduek duten arazo ugariena insomnioa da (biztanleriaren %20-30ak pairatzen du bere bizitzako uneren batean, %15ak arazo larriak). Arrazoiak gehienetan psikologikoak izaten dira. Lo egiten da, agian nahikoa ez, maiz batek nahiko lukeena baino gutxiago. Egunean zehar nekaturik, haserrekor eta loguraz izango da pertsona. Gorputzen mekanismoak ez lukete utziko lorik gabe gorputza, hil egingo ginateke bestela. Hori argi utzita, esan behar da, lo ongi egitea oso garrantzitsua dela. Lo ondo egiteak egunez ongi egotea dakar. Bestela, hor hasten dira arazoak.*

Lo egiteko botiken gehiegizko erabilera. *Urte askotan zehar lasaigarriez eta lo hartzeko pilulez (valium) abusatu egin da (gaur egun pertsona asko horrelako pilulen menpeko egin da).*

Apnea-lo sindromea*. Helduengan ugaria den beste arazoa Apnea-lo sindromea da. Batez ere gizonengan gertatzen da. Zurrunka egiten duten pertsonak dira. Horrelako batean, aho-sabai bigunak arnasbidea ixten du, eta benetako apnea gertatzen da. Lo dagoena esnatu egiten da eta arnasa errekuperatzen du. Gauean zehar maiz gertatzen zaie hori eta ez dute atseden hartzen. Egunean zehar logura dute eta nekaturik daude. Gaur egun, ebakuntza batekin konpontzen den gauza da.*

Haurren arazo ugariena amesgaiztoak dira. REM fasean gertatzen den nahasketa bakarra da. Ez nahastu gaueko ikarekin. Horietan, haurra beldurturik esnatzen da, larridurarekin, baina ez ametsaren ondorioz, bestela baizik. Gaueko ikara ez da REM fasean gertatzen, beraz ez dago ametsik. Kontuan izan amesgaiztoa dela REM fasean gertatzen den parasomnia bakarra.

6. Bibliografia

- **Zupiria X, Garro A**. *Bases biológicas de la conducta. 59-73.*Tazón P, Aseguinolaza L, García-Campayo J. Ciencias psicosociales. *Masson. Barcelona 1996. 5.gaia.*

Sakontzeko:
- **Carlson NR**. Fisiología de la conducta. *Ariel, Barcelona 1993*.

Irakurtzeko liburuak:
- **Estivil E, Béjar S**. Duérmete niño. Como solucionar el problema del insomnio infantil. *Plaza y Janes. Barcelona 1999.*
- **González C.** Bésame mucho. *Temas de hoy, Madrid 2006.*
- **Jové R**. Dormir sin lágrimas. *La esfera de los libros, Madrid 2006.*

2. IKASKUNTZA

0. Sarrera
1. Definizioak
2. Etologia eta Antropologia
3. IKASKUNTZA-PROZEDURAK
4. Garapena
5. Psikopatologia
6. Neurobiologia
7. Bibliografia

0. Sarrera:

Osasun arloko profesionalok egunero gaixotasunaren atzean hainbat **jokabide** kaltegarri ikusten dugu. Gaur egun gure gizartean, heriotza-arrazoi nagusiak **ohiturekin** lotuta daude. Jokabideak aldatzeak osasun-arazo asko konponduko luke. Halere, ezin gara inozoak izan. **Jokabide-aldaketa** ez da erraza izaten. Ohitura baten atzean jokabidea mantentzen duten hainbat arrazoi daude: jokabidearen ondorio onak, ohiturak, beste jokabide batzuk ez ezagutzea, ingurunearen presioa, etab… Hori dena ezagutu beharra dago jokabidea aldatzen laguntzeko.

Irakasgai honetan hauxe aztertu nahi da: zer prozesu daude **ikaskuntza**ren atzean eta nola erabili dezakegu ezagutza eta *teknologia* hori jokabide osasuntsuak gizartean (osasuna sustatzea) eta gure gaixoen artean indartzeko.

Ohituratzat har ditzakegu osasunerako hain kaltegarriak diren jokabide batzuk: tabakoa erretzea, alkohola edatea, elikadura desorekatua, drogak hartzea, ariketa fisikoa ez egitea… Baina ohitura **ikasi**ak dira orobat, bizitza ikusi eta interpretatzeko era, bizitzaren aurrean dugun jarrera,… buru-osasunerako eta zorionerako hain garrantzitsuak.

Osasun-profesional gisa, bizitza profesionalean ohitura batzuk aldatzea komeni zaigu, lana hobeto egiteko eta zoriontsuago bizitzeko. Horrek eragin zuzena izango du gure lanaren emaitzetan eta baita gure **bizi-kalitatea**n ere.

Horregatik oso garrantzitsua da bereiztea zer den **berezkoa** eta zer den **ikasia** (desikasi eta berrikasi daitekeena beraz). Bada otoitz bat horrela dioena:

Jauna,
eman iezadazu indarra alda dezakedana aldatzeko;
etsi ona alda ez dezakedana onartzeko;
eta argia, alda dezakedana eta ez dezakedana bereizteko.

Ikasgai honetan alda daitekeena azpimarratzen saiatuko gara eta horretarako psikologiak egun duen *teknologia* azaltzen.

Osasun-profesionalari, zer gaitasun bereganatzea komeni zaio?
Mediku eta erizainek gai izan beharko luteke:

- Ikaskuntza-prozesu ezberdinak bereizteko
- Jokabide-aldaketa zaila dela kontuan hartzeko
- Jokabide-aldaketa zaila denean espezialistengana bideratzeko
- Osasun-heziketarako ekintzak martxan jartzeko.

1.Definizioak:

Ikaskuntza: Organismo batek ingurunearekin **eragin-trukean** jasaten duen portaeraren aldaketa, **jokabide-aukerak** handitzen dituena. Esperientziaren ondorioa da, eta garapenak sortzen dituen aldaketetatik bereizi egin behar da. (Diccionario AKAL de psicología. Akal SA, Madrid 2004, 55 orr).

Euskara	*Gaztelera*	*Frantsesa*	*Ingelesa*
Ikaskuntza	Aprendizaje	Apprentissage	Learning
Ikasi	Aprender	Apprendre	Learn

Ikaskuntza oroimenean oinarritzen den prozesua da: oroimenik ez badago ez dago ikaskuntzarik. Oroimenaz aritzean batez ere oroimen semantikoan pentsatzen da, baina ez da ahaztu behar prozedurazko oroimena eta oroimen episodikoa ere badirela.
Hainbat jokabide ikasi gabeak dira. Batzuk oso sinpleak dira (**erreflexuak**), baina beste batzuk nahikoa konplexuak dira: adibidez, hainbeste urtetan **sena** deitu izan zaion hori (**jarduera finkozko jokabidea**).

2. Etologia eta antropologia:

Animaliek ikasi egiten al dute? Animalia sinpleenek ere ikasi egiten dute. Kontuan izan behar dugu ikaskuntza-maila asko dagoela, ikaskuntza sinpleenetik konplexueneraino. Animalia sinpleenek ikaskuntza-mekanismo sinpleak dituzte, eta animalia konplexuenek ikaskuntza-mekanismo guztiak biltzen dituzte, sinpleenetatik konplexuenetara.

Sinpleenetatik, konplexuenetara, hauek dira egun deskribatutako ikaskuntza-mekanismoak:

- **Loturaurreko ikaskuntza**:
  - Sentsibilizazioa
  - Ohitzea
- **Lotura bidezko ikaskuntza**:
  - Baldintzapen klasikoa
  - Baldintzapen instrumentala (operantea)
- **Ikaskuntza soziala**
- **Ikaskuntza semantikoa (mintzaira)**

Gizakia da animaliarik konplexuena eta ikaskuntza mota guztiak ikus ditzakegu berarengan. Beste animalia guztiengandik ezberdintzen duena ikaskuntza semantikoa da: mintzairaren bidez (hitzez edo idatziz) ikas dezake, aurretik esperientziarik izan gabe eta inoiz ikusi gabe. Ez dago beste animaliarik sinbolikoki informazioa trukatu, bereganatu eta ikasten duenik (ikaskuntza semantikoa).

Gizakia beste edozein animalia baino heldugabeagoa jaiotzen da: jaiotzean gauza gutxiago daki egiten. Halere, jaiotzako heldugabetasun hori abantaila da: malgutasun horrek gauza ezberdin asko ikasten uzten dio.

Animalia guztiek ikasi gabeko jokabide garrantzitsuak dituzte. Ikasi gabeko jokabide horiek ezinbestekoak dira **biziraupen**erako.

- Erreflexuak. Gizakiaren kasuan, jaiotzetik: xurgatze-erreflexua, bilatze-erreflexua, *grasping* erreflexua, *Mororen* erreflexua…
- Jarduera finkozko jokabideak (keinuak…)

Sena ikasi gabeko portaera estereotipatuz osatua dago. Gaur egun hitz hori ez da maite, eta horren ordez *"jarduera finkoko jokabidea"* esaten da "*sena*" esan beharrean. Estimulu baten aurrean, era zehatz batean jokatzen dugu. Erreflexuak baino portaera konplexuagoak dira, baina, haien moduan, ikasi gabekoak, nahi gabekoak eta estimulu batekin esnatzen direnak. Negarra eta irribarrea dira adibide batzuk. Agurtzean egindako keinua ere beste adibide bat da (ikusi da kultura eta arraza ezberdinetan agurtze-portaera keinu berdintsuz osaturik dagoela).

Gizakien artean, nahiz arraza, kultura edo uste ezberdinekoak izan, ikaskuntza-mekanismoak berdinak dira. Halere, ikasitakoari dagokionez, handia da ezberdintasuna (ezberdintasun kulturala).

3. Ikaskuntza prozedurak

Esan bezala, aipaturiko ikaskuntza-prozedura guztiak erabiltzen ditu gizakiak:

- **Ikaskuntza loturaurrekoa**
- **Lotura bidezko ikaskuntza**: bi gertakizun batera agertzean, lotzeko joera dugu.
- **Ikaskuntza soziala**: besteei behatuz, imitazioz.
- **Ikaskuntza semantikoa**: esanahiak trukatuz

3.1 Ikaskuntza loturaurrekoa:

- **Sentsibilizazioa**
- **Ohitzea.**

Sistema fisiologiko askok ohitzearen eta sentsibilizazioaren bidez funtzionatzen dute, oreka mantentzeko.

Usaimena ohitzen den sistema da. Usai txarra dagoen gela batean sartu eta hasieran usaia oso nabarmena da. Denbora pixka bat egoten bagara, ohitu egingo gara. Min-sistemak ere berdintsu funtzionatzen du. Askotan min-maila batzuetara ohitu egiten gara (asko ez denean). Bi mekanismo horiek erreflexuetatik gertuago daude ikasitako jokabideetatik baino, eta batez ere fisiologian ikasten dira (ez psikologian).

Sentsibilizazioa kontrako mekanismoa da: estimulu berri baten aurrean erantzuten ikasten da eta estimulu horren aurrean hurrengo erantzunak gogorragoak dira. Horrela funtzionatzen du sistema immunitarioak. Antigeno berri baten aurrean ez daki erantzuten lehenengoan, eta erantzuna ahula izaten da. Halere, bigarren baterako sentsibilizatua dago, eta berriro antigenoa azaltzen bada, erantzun indartsua izaten du. Horretan dute oinarria txertoek: kaltegarria den mikroorganismo baten antigenoak hartu eta indar patogenoa kentzen zaie gorputzean sartzeko. Sistema immunitarioak erantzuten ikasten du. Horrela, pertsona horrek inoiz mikroorganismo horren infekzioa izango balu ere, erantzuten ikasi du (sentsibilizatu da).

3.2 Lotura bidezko ikaskuntza

Tximista baten ondoren trumoia dagoela ikasi dugu. Trumoiak beldurra ematen badigu (eta jaiotzetik ematen du), tximista ikusi orduko beldurtu egingo gara (tximistak ez du jaiotzetik beldurra ematen). Tximistari beldurra izaten ikasi dugu, trumoiarekin batera datorrelako (baldintzapen klasikoa).

Urduri nagoen batean, alkohola edan eta lasaiago sentitzen naiz. Hurrengoan, urduri nagoenean alkohola edateko probabilitatea igo egingo da (baldintzapen instrumentala).

Baldintzapen klasikoan, erreflexu batek estimulu berri bati erantzuten ikasten du. Baldintzapen instrumentalean, jokabidearen ondorioetatik ikasten dugu.

3.2.1 Baldintzapen klasikoa

Zergatik harri bat ikustean ez duzu listua jariatzen eta gustuko duzun janari bat ikustean bai? Zergatik beldurtzen zara lehoi bat ikustean? Jaioberri batek harria nahiz janaria ikusi eta ez du listurik jariatzen, eta lehoi bat ikustean ez da beldurtzen. Zergatik gero bai orduan? Listu-jariatzea edo beldurra sortzen duten estimulu horiei erantzuten ikasi delako.

Paulov-en listu-jariatzearen baldintzapenaren ikerketa

Paulov listu-jariaketaren fisiologia zakurrekin ikertzen ari zela, ustekabean baldintzapen klasikoa aurkitu zuen. Hasieran ikerketaren zailtasun bat balitz bezala agertu zen, bera beste zerbait ikertzen ari baizen (listu-jariaketaren fisiologia). Gero, listu-jariaketaren fase berri gisa aurkeztu zuen. Zailtasun bat aurkikuntza bilakatu zuen (gogo sortzailearen ezaugarria).

Ikerkuntzan zehar laguntzaileak janaria ematen zion zakurrari. Zakurrak ikerketako langilearen pausoak entzutean listua jariatzen zuen. Berez, zakurrak ez luke listua jariatuko laguntzailearen pausoak entzutean. Halere, laguntzaileak janaria ematen zioenez, janaria eta laguntzailea loturik agertzen ziren zakurrarentzat eta haren listu-guruinak laguntzailearen pausoak entzutean listua jariatzen hasten ziren. Zakurrak, konturatu gabe, berez listu-jariaketa eragingo ez lukeen estimulu baten aurrean (Paulov-en laguntzailearen pausoak), listua jariatzen ikasi zuen, berez listu-jariaketa eragiten duen estimulu bat (janaria) laguntzailearekin batera agertzen zelako (laguntzailea/janaria).

Ivan Petrovic PAULOV
(1849-1936)
Errusiarra
Baldintzapen klasikoa
1904 Nobel saria

Baldintzapen klasikoa horretan datza: erantzun bat sortzeko gai ez den estimulu bat (**estimulu neutro**a) erantzun hori sortzeko gai bihurtzea, berez gai den estimuluarekin batera agertzeagatik (**seinale-estimulu**arekin batera).

Oinarria : erreflexua

Estimulu seinale → Erantzun baldintzatugabea

Estimulu neutroa estimulu seinaleari lotuz gero :

Ikasitako erreflexua :

Estimulu neutroa → Erantzun baldintzatua

Baldintzatze-prozesua: estimulu neutroa eta seinale-estimulua elkarrekin agertzea. Horri esker, gorputzak estimulu neutroari erantzuten ikasiko du. Baldintzatzea errazagoa da:

- Estimulu neutroa une bat lehenago agertzen bada.
- Estimulu neutroa eta seinale-estimulua maiz elkarrekin agertzen badira.
- Aurre-joerarik badago.

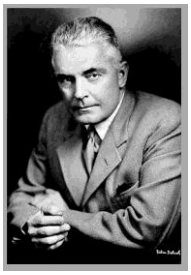
Estimulu neutro guztiak ez dira erraztasun berdinarekin erantzun baldintzatua sortzeko gai. Aurre-joera biologikoak azaltzen ditu lehentasun horiek: gure espeziarentzat arriskutsuagoak diren gauzei beldurra izaten ikastea errazagoa da (horrek abantaila dakar biziraupenerako):

- Errazagoa da norbaitek armiarmei edo sugeei beldurra izaten ikastea, aulkiei beldurra izaten ikastea baino. Gure espeziearentzat animalia horiek arriskutsuak dira eta horiekiko beldurra erraz ikasi dutenak biziraupenerako aukera gehiago izan dute.
- Errazagoa da gustu eta usainei nazka hartzea irudi edo soinuei baino. Horrek pozoietatik babesten gaitu. Mozkorraldi bat nahikoa izaten da edari horri nazka garatzeko.
- Arrisku handiko gertakizunek (katastrofeak, bortxaketak, torturak…) saio bakar batekin antzeko egoerekiko beldurra baldintzatzen dute. Gaur egun halakoen ondorioz gertatutakoari "**traumaondorengo estres sindromea**" deritzo.

Adibide klinikoa: Beldur handiko egoera batek sortutako baldintzapena.
Mutil bat bikotearekin atera zen larunbata batean kotxez, eta gauez. Berotasunaren eraginaz, kotxez toki baztertu batera joatea erabaki zuten. Automobileko ateak barrutik itxi, musika jarri eta elkarri musuka hasi ziren. Goxo-goxo sexu-jolasetan zebiltzala, bat-batean zarata ozen batez kopilotuaren kristala hautsi eta zulotik labana agertu zen. Mutilak, gidari baitzegoen, atea ireki eta zer nahi zuten galdetu zien. Hiru ziren, aurpegia estalita, bi labanekin eta hirugarrena labana eta burdin barra batekin. Hirugarren hori korrika pilotuaren tokira joan, barrarekin beste kristala puskatu eta labanarekin mehatxu eginez autoan sartzeko agindu zion. Auto barruan zeudela zuten guztia emateko eskatu zieten. Eman eta gero, automobileko giltzak eskatu zizkieten. Urduritasunarekin mutilak ez zituen giltzak aurkitu. Hiru erasotzaileak korrika joan ziren. Eskerrak ez zutela giltza aurkitu, horrelakoetan giltzak harrika botatzen baitituzte eta automobilekoek goiz aldera arte geratu beharko baitzuten han (orduan ez zegoen mugikorrik). Ondoren, kristalak gainean zituztela eta ezin kendurik, oso urduri eta oso beldurtuta ertzaintzarengana jo zuten. Bertan pasa zuten gaua argazkiak ikusten eta behin eta berriz gertatutakoa azaltzen. Goizaldean, etxera joan behar izan zuten bere gisa. Mutila, hilabeteetan, zarata bat aditu orduko asko beldurtzen zen, eta oso adi alde guztietara begira jartzen zen. Denbora askoan, ezin izan zuen gauez kotxe batean neska batekin egon. Hogei urte igaro eta gero, autoan ez da geldirik gauez inon egoten, eta semaforotan edo bidegurutzeetan oso adi egoten da alde guztietara begira. Oinez badoa, gauez, ez dio inori gerturatzen uzten. Adibide honetan saio bakar batean baldintzatutako beldur bat ikus daiteke, iraungitzeko denbora behar izan zuena eta oraindik guztiz iraungi ez dena nahiz eta 20 urte pasa.

Watson-en beldurraren baldintzapenaren ikerketa
Gaur egun egin ezinezko ikerketa bat egin zuen Watsonek. Bere laguntzaile baten semearekin, Albert-ekin, saiakuntza edo esperimentua egin zuen. Albertek 11 hilabeterekin ez zien beldurrik ez zakurrei, ez arratoiei, ez eta untxiei ere (estimulu neutroak). Gizaki guztiek bezala jaiotzetik beldur zien estimulu ozenei. Soinu ozen bat atereaz gero (seinale-estimulu), Albert beldurtu eta negarrez hasten zen (erantzun baldintzatugabea). Egun batzuez hurrengo saioa egin zuen: haurrari arratoi zuria ondoan jarri eta aldi berean soinu ozena atera (baldintzapena). Haurra beldurtu eta negarrez hasten zen. Zazpi saio egin ondorena, soinurik atera gabe, arratoi zuria ondoan jarri orduko haurra negarrez hasten zen, beldurtu egiten zen. Beldurgarri ez zen estimulua (arratoi txuria: estimulu neutroa) beldurra sortzeko gai bihurtu zen (erantzun baldintzatua); Albertek arratoi zuriei beldurra izaten ikasi zuen. Animalia horien antzeko gauzei ere beldurra izaten ikasi zuen (orokortzea). Watson-en asmoa ikerketarekin jarraitu eta haurrak beldurra ikasi zuen bezala, beldur horiek desikasteko esperimentua egitea zen. Estimulu neutroak berriz saio anitzetan bakarrik agertzen baziren, seinale-estimulurik gabe, haurrak beldurra ikasi zuen bezala, beldurra desikasi egingo zuen (iraungitzea). Halere, ikerketa hori ez zen egin, Alberten amak haurrarekin joan egin behar izan zuelako. Nora joan ote ziren? Halere, geroztik arrakasta handiz erabili da teknika hori hainbat beldur eta fobia tratatzeko

Watson JB, Rayner R. Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology 1920:3(1), 1-14.*



John Broadus WATSON
1878-1958
Amerikarra (USA)
Konduktismoaren sortzailea (1913)

Ikasitako jokabidea estimulu neutroaren antza duten estimuluetara ere zabaldu daiteke, eta horri **orokortzea** deritzo.
Horrela, ikasitako jokabidea desagertu egin daiteke, estimulu neutroa seinale-estimuluarekin agertzen ez den heinean. Ikasitako jokabide horren "ahazteari" **iraungitzea** deritzo.
Baldintzapen klasikoz hainbat sintoma ikasten dira.

Adibidea: Aurretiko oka egiteak.
Minbiziaren tratamenduan erabiltzen den kimioterapiak sortzen dituen ondorio desatseginen artean oka egitea dago. Ikusi zen gaixoak, kimioterapiako hasierako saioen ondoren, hurrengo saioak hartzera zihoazenean oka egiten hasten zirela kimioterapia jarri aurretik. Nola liteke hori botika hartu aurretik? Gorputzak hainbat estimulu kimioterapia hartzearen seinaletzat ikasi zituelako (baldintzapena)

Hall G. Context aversion, Paulovian conditioning, and the psychological side effects of chemotherapy. *European Psychologist 1997; 2: 118-24.*
Burish TG, Carey MP. Conditioned aversive responses in cancer chemotherapy patients: Theoretical and developmental analysis. *Journal of Counseling and Clinical Psychology 1986; 54: 593-600.*

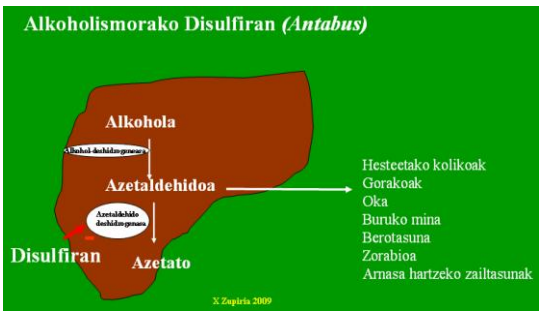
Beste adibide bat: Aurretiko gorakoak.
Inoiz edariren batekin mozkor handi bat hartu baduzu eta oka egin baduzu, oroituko duzu denboraldi batean edari hori usaindu hutsarekin gorakoak ematen zizula.

Baldintzapen klasikoan oinarritzen dira gaur egun beldurrak tratatzeko erabiltzen diren teknika psikologiko garrantzitsuenak. Zerbaiti beldurra diogunean ihes egiteko joera dugu. Hurrengoan estimulu horrekin topo egitean beldurra sentituko dugu eta ihes egingo dugu berriz. Horren ordez, beldurra sentituz estimuluarekin bazaude eta ez bada ezer beldurgarria gertatzen, beldur hori desagertu egingo da. Hainbat beldur eta fobien tratamendu batzuek horretan dute oinarria (**ezartze progresibo**a eta **desentsibilizazio sistemiko**a).

Agorafobiaren tratamendu konduktista.
Gaur egun arrakasta handiz tratatzen ditu psikologia konduktistak agorafobiak (leku irekiei beldurra, non gaixoak azkenean etxetik atera gabe geratzen diren, bizimodua asko mugatuz; toki irekietan izu-atakeak izaten dituzte). Tratamenduari desentsibilizazio sistemikoa deritzo. Gaixoak pixkanaka-pixkanaka leku irekietara joan behar du. Aurrena laguntzarekin eta denbora gutxiz, gero denbora gehiagoz, eta azkenean bakarrik.

Beldurra gainditzeko bidea: beldurrari aurre egitea.

Jokabide kaltegarri batzuk gainditzeko baldintzapen klasikoan oinarri duten **terapia higuingarriak** erabili izan dira. Hurrengo taulan bi adibide ikus daitezke: tabakoa uzteko bat eta alkohola uzteko bestea. Kontuan izan gizarte aurreratuetan prebenitu daitezkeen gaixotasunen lehenengo (tabakoa) eta bigarren (alkohola) kausa direla, beraz, benetako osasun-publiko arazoak.

1. kausa: tabakoa erretzea	**2. kausa: alkohola edatea**
Argazkiko gazteak zigarro bat bestearen atzetik erre behar du, sintoma desatseginak sortu arte (buruko mina, eztarriko mina, gorakoa…). Horrek zigarroen usain eta keari nazka sortzea eragiten du. Horrelako saio batzuen ondoren (baldintzapena) keari nazka baldintzatzen da, eta lehen atsegina zen kea (estimulu baldintzatugabea) orain oso desatsegin bihurtzen da (estimulu baldintzatua).	Alkoholikoek edaria uzteko erabili izan da hurrengo teknika. Alkoholari disulfiran tanta batzuk eransten zaizkio. Farmako horrek alkoholaren metabolismoan eragina dauka, eta, guztiz metabolizatu beharrean, tarteko metabolito bat pilatzea eragiten du. Metabolito horrek sintoma desatsegin asko sortzen du. Saio batzuen ondoren, alkohol-usainak eta alkohol-gustuak bakarrik sintoma desatsegin horiek sortzen ditu (erantzun baldintzatua). Gorputzak alkoholaren usain eta gustuari sintoma horiekin erantzuten ikasi du.
	

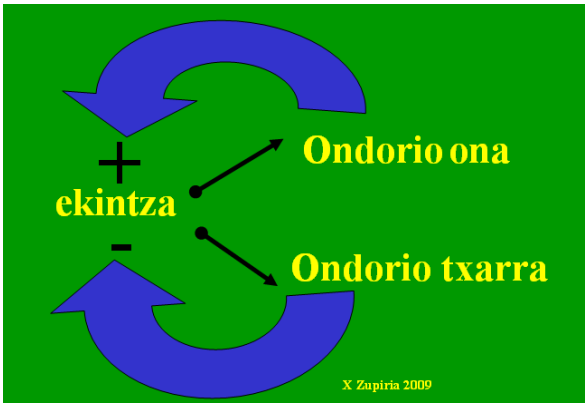
Zinean bada terapia higuingarriaren adibide on bat: Kübrick-em *Laranja mekanikoa* (*A clockwork orange*). Bertan gazte bortitz bati, indarkeria erabili ez dezan, baldintzapen-prozesu baten bitartez indarkeriari beldurra izaten ikasarazten diote. Filmean, baldintzapen klasikoa ondo ikusteaz gainera, terapiaren muga etikoak planteatzen dira.

3.2.2 Baldintzapen instrumentala (eragiketazko baldintzapena)

Thorndike-k "efektuaren legea" deskribatu zuen. Jakina den zerbait esaten digu: gauzak egin eta haien ondorioetatik ikasten dugu (saiakuntza/akatsa)

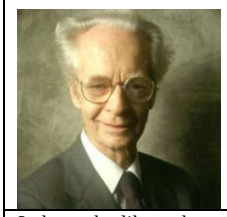
Thorndikeren Efektuaren legearen ikerketa *Katu bat kaiola batean zeukan, irekitzeko lokarri bat zuen kaiola batean. Deskuiduan katuak lokarritik tiratzean, kaiola ireki egin zen. Hurrengo batean berriz kaiolan sartzean, katuak berehala tira egin zuen lokarritik. Katuak ikasi zuen lokarritik tiratuz gero kaiola ireki egiten zela. Lehenengoz kasualitatez eman zion lokarriari. Hortik aurrera, lokarriak atea irekitzen zuela ikasi zuen, eta, atea ireki nahi izanez gero, zuzenean lokarritik tiratzen zuen.*		**Edward Lee THORNDIKE** 1874-1943 Amerikarra (USA) *Efektuaren legea*

Gure jokabideak ondorio batzuk dauzka, eta ondorio horietatik ikasi egiten dugu. Gure jokabideak ondorio onak badauzka, jokabide hori errepikatzeko probabilitate gehiago dago. Jokabideak ondorio txarrak baditu edo ondoriorik ez badu, jokabide hori errepikatzeko probabilitate gutxiago dago. Saiakuntza eta akatsaren bidez ikasiko genuke.



Skinner-ek, horretan oinarrituz, **jokabidea aldatzeko teknika** diseinatu zuen. Jokabide bati ondorio onak lotzen badizkiogu (**indartzaile positiboa**), jokabide hori indartu egiten da, eta ondorio txarrak lotzen badizkiogu (**indartzaile negatiboa**), jokabide hori ahuldu egiten da. Teknika hori asko erabili da hezkuntzan. Jokabide-aldaketaren bitartez pertsona baten jokabidea **moldatu** egin daiteke: jokabidearen ondorioak aldatuz, pixkanaka-pixkanaka nahi den jokabidea lortuko dugu. **Zigorra**k eraginkorrak ez direla frogatu zuen: eraginkorrena saria da, eta ezabatu nahi den jokabidearen aurrean, saria kentzea; zigorrek ez dute jokabidea ezabatzen, zigorra ekiditen ikasten da.

Txistea: Ama batek ez daki zer egin semeek ondo hitz egin dezaten. Hezkuntzan jakintsua den bati kontsulta egin eta horrek erantzuten dio: *"Haurrak gaizki hitz egiten duen bakoitzean, berehala zaplazteko bat eman"*. Hurrengo otorduan seme zaharrenak esaten dio amari: *"Eman pure alu nazkagarri hori"*. Amak ezer esan gabe zaplateko izugarria ematen dio. Seme gazteena isil-isilik eta begiak zabal-zabalik geratzen da. Amak orduan galdetzen dio,: *"eta zuk zer nahi duzu?"*. Haurrak erantzuten dio suabe-suabe: *"Pure alu nazkagarri hori izan ezik, edozer gauza"*



Burrhus Frederic SKINNER
1904-1990.
Amerikarra.

Baldintzapen instrumentala definitu zuen
Konduktismoari bultzakada handia eman zion
Jokabide-aldaketa teknika definitu zuen.

Irakurtzeko liburuak:
- **Skinner BF**. Walden dos: hacia una sociedad científicamente construida. *Martínez Roca, Barcelona 2005* (*Walden Two*, 1948).
- **Skinner BF, Vaughan ME**. Disfrutar la vejez. *Martínez Roca, Barcelona 1986* (*Enjoy Old Age: A Program of Self-Management*, 1983).

Batzuetan paradoxikoak diruditen gauzak gertatzen dira. Nola liteke haur batzuen jokabidea zuzendu nahian zigorrek eraginik ez izatea? Batzuetan kontrakoa ere ageri da: zigorrek jokabidea zuzendu beharrean, jokabide desegokia indartu egiten dute. Zergatik gertatzen da hori? Maiz, desatsegina den zigorrarekin batera, haur horrek ez duen baina asko nahi duen zerbait lortzen duelako: helduaren arreta (hor duzu saria haurrarentzat!). Gaixoen artean, jokabide paradoxiko hori askotan ikusten da.

Adibide klinikoa: Ospitaletik etxera itzuli nahi ez duen gaixoa
Erizaintzako ikasleek beren lehenengo praktika klinikoetan maiz aipatzen duten harridura: ospitaletik etxera bueltatu nahi ez zuten gaixoak ikusi dituzte. Nola liteke hori? Maiz, azalpena erraza da: ospitalean etxean baino hobeto daude, ez daude bakarrik, edo etxean ez dituzten atentzioak dituzte.

Bigarren mailako irabazia. Nahiz eta zerbaitek ondorio txarrak izan, berarekin batera batzuetan badago desiratzen den ondorio on bat. Azken horri bigarren mailako irabazia deritzo. Gaixo egoteak ondorio txarrak ditu, baina baditu onak ere: baja, zaindua izateko eskubidea, ardura gutxiago… (bigarren mailako irabaziak).

Adibide klinikoa: Tinbreari behin eta berriz ematen zion andrea.
75 urteko andre bat ingresaturik zegoen minbizia zuelako. Neurokirurgian zegoen, hezurreko metastasi baten ondorioz bizkarrezurreko bertebra bat zapalduta zuelako. Horrek mina handia eragiten zion (min bizia). Ezkongabea zen eta bakarrik bizi zen. Karakter handiko emakumea zen, asko agintzen zuena. Erizainek hasieran patxadaz zaintzen zuten baina segituan errieta egiten hasi zitzaizkion. Erizainek ez zuten haren gelara joan nahi, eta berak behin eta berriz tinbrea jotzen zuen. Errietek (zigorra) ez zioten jokabidea aldatu. Larritasun handia zuen eta norbait ondoan nahi zuen, baina bakar-bakarrik zegoen. Nahiago zuen erizainen errietak entzun, bakarrik egon baino. Errieta egiten duen erizain bat saria izan daiteke oso bakarrik sentitzen den gaixoarentzat.

Gure jokabide kaltegarri askoren atzean ere antzeko azalpena dago. Osasunerako kaltegarri diren jokabide asko horregatik mantentzen dira, ondorio txarrekin batera ondorio onak datozelako, eta azken horiek jokabide kaltegarria indartu egiten dutelako. Drogamenpekotasunen atzean azalpen horixe dago: drogek orokorrean ondorio onak dakartzate epe laburrean, eta ondorio txarrak epe luzera. Ondorio onek jokabidea indartu egiten dute eta mendekotasuna errazten dute.

Indartuta dauden jokabideak aldatzea ez da erraza izaten. Horretarako **jokabide-aldaketa teknika** erabiltzen da. Teknika guztiak bezala, horrek ere, pauso batzuk ditu:

1.- Aldatu nahi den jokabidea ondo zehaztu.
2.- Jokabideaz ohartu:
- **Noiz, nola, norekin…**
- **Indartzaileak eta zigorrak**

3.- Aldatzeko erabakia eta konpromisoa
4.- Programazioa (motibazioa mantentzen duena):
- Helburua zehaztu (errealista)
- Programazio progresiboa (helburu progresiboak).
- Sari-programazioa

5. - Ebaluazio jarraitua

Zentzu horretan, osasun-profesionalok maiz inozo-xamarrak gara:

- Pentsatzen dugu *"ez edan"* edo *"ez erre"* aginduak nahikoa direla gaixoak hain sustraituak dituen jokabideak aldatzeko (eta, bestela, haserretu egiten gara).
- Ezin dugu ulertu gaixoak berarentzat hain kaltegarriak diren jokabideak mantentzea (edan, erre, drogak, loditasuna…).

Errealista izan behar da, lor daitekeen helburua jarri eta helburua ondo zehaztu. Errealista izateko, jokabide hori mantentzen duten indartzaileak ondo aztertu behar dira (guda batean etsaiaren armak ezagutzea bezala litzateke). Aldaketa-programak sariak ere izan behar ditu gaixoarentzat (ezin da ahaleginean bakarrik oinarritu).

Emiliok edateari ez uztea erabakitzen du
Baserri bateko mutil zahar bat ama eta anaiarekin bizi zen, hori ere mutil zaharra. 50 urte inguru zituen. Hirugarren aldiz horia jarri zen eta tripa asko handitu zitzaion (aszitisa). Bai berak eta bai etxekoek bazekiten zer zen hura. Asko edaten zuen eta gibelean zirrosia zuen. Aurreko bietan ospitalera joan zen, baina oraingoan ez zuen joan nahi. Familia ezaguna dut, eta, besteetan bezala, bizikletaz etxe ondotik igarotzean agurtzekotan geratu nintzen. Amak eta anaiak eskatu zidaten berarekin hitz egin eta ospitalera joan zedila esateko, agian niri kasu egingo zidalakoan. Berarekin hitz egin nuen eta argi esan zidan bazekiela zer zeukan eta ospitalean zer esango zioten: ez edateko. Eta berak edaten jarraitu nahi zuela, horrexek ematen ziola poz pixka bat bizitzan. Hain egoera larrian egonik ere, edaten jarraitu nahi zuen. Ez zen kasu erraza. Hasteko ere zaila zen; ez zuen aldatu nahi. Handik gutxira, okerrera egin zuen eta ospitalera igo zuten.Handik aste batzuetara, bertan hil zen.

Droga-menpekotasunen tratamenduan, destoxikazio fasea ez da hain zaila izaten. Aste betean, mendekotasun fisikoaren ondorengo abstinentzia-sindromea gainditzen da. Gogorrena deshabituazioa izaten da: ohitura aldatzea. Gaixoak bere eguneko ingurura bueltatzen direnean, lehengo jokabideak ateratzen zaizkie (lehengo indartzaileak baitaude: taldea, giroa…). Horren gainean gag barregarri bat badago bideoen sailean.

Haserretu zen andre lodia *Behin osasun-zentro batean zain nengoen, medikuarekin egoteko. Halako batean, andre lodi bat haserre irten zen kontsultatik. Aurrekoetan bezala, medikuak pisatu egin zuen eta lodiegia zegoela esan zion. Haserre, zergatik ez zen argaltzen esan zion errieta eginez. Andrea irten, atea itxi, eta, haserre bizian esan zigun zain geundenei: "Ez dit esan ba inozo horrek argaltzeko! Nik nahiko ez banu bezala!"*

Gaixoarentzat batzuetan oso zaila da horrelako aldaketa. Mediku eta erizain gehienok ez gaude trebatuta horrelako jokabide-aldaketa bat eragiteko. Horrelakoetan, psikologoen beharra dago, haiek dira-eta jokabidea aldatzeko teknikoak.

Jokabide-aldaketak kontuan hartu behar du gaixoa zer egoeretan dagoen. Gaixoak ez badu aldatu nahi, alferrik da jokabide-aldaketa teknika hoberena. Beste gauza batzuk egin behar dira aurretik. Prochaska-k eta DiClemente-k aldaketaren aldiak deskribatu zituzten:

- **Aurrekontenplazioa**
- **Kontenplazioa**
- **Prestakuntza**
- **Ekintza**
- **Mantentzea**
- **Berrerortzea**

Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. *Prog Behav Modif 1992;28:183-218.*

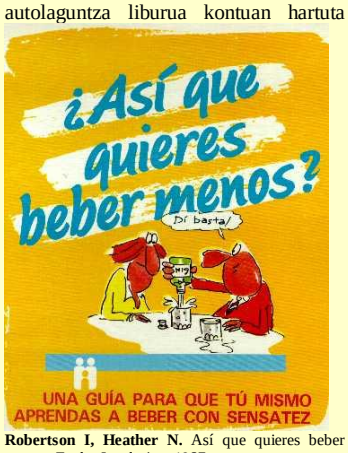
Aldi bakoitzean egin beharrekoa ezberdina da. Aurrekontenplazioan gaixoak ez du arazoa ikusi ere egiten. Une horretan, egokiena informatu eta aldaketaren kezka sortzea

izango da. Arazoa ikusten badu eta zalantza sortu badio, kontenplazio fasean gaude. Une horretan, egokiena gaixoa motibatzea izango da, eta beraren autoeraginkortasuna indartzea (lortu dezakeela sinestaraztea). Hortik aurrera jokabide-aldaketa teknika erabil dezakegu.

Azpimarratzekoak dira Euskal Autonomia Erkidegoan osasun-zentroetan tabakoa uzteko egiten ari diren programak.

Gure inguruan biztanleria orokorrari zuzendutako jokabide-aldaketa programak ere ikusi ditugu. Adibidez, alkohola gutxiago edateko Eusko Jaurlaritzak Eskoziatik ekarri eta itzuli zuen laguntza-liburua: "Así que quieres beber menos?".

Ondoren teknika hori labur azalduko dugu "gutxiago edateko" aipatutako autolaguntza liburua kontuan hartuta



Robertson I, Heather N. Así que quieres beber menos. *Eusko Jaurlaritza 1987*

. Jokabide-aldaketa teknikaren urratsak honako hauek dira:
1.- Lehenengo baldintza: aldatu nahi den jokabidea ondo mugatu. Bezeroak arazo hori daukan ondo aztertu behar da eta derrigorrezkoa da:
- 1.- Aldatzeko erabakia.
- 2.- Aldatzeko konpromisoa.

2.- Dauzkan motibazioak idatzi eta alkoholaren gainean informazioa eman (motibazio gehiago sortu). Aldatzeko motibazioak azpimarratu.
3.- Gero ohituraz kontzientzia hartu:
- Egunkaria eman.
- Zergatik edaten duzu? (arrazoiak=indartzaileak).
- Arrisku ezaugarriak (zein une eta egoeratan edaten duzu gehiago?).

4.- Erabaki:
- Zenbat edango duzun.
- Edateko arau berriak.

5.- Bi helburu horiek betetzeko laguntza behar dugu:
- Gaitasunak (trebetasunak) erakutsi.
- Sariak eman.
- Alternatibak antolatu.

Sariak materialak izan daitezke edo mentalak: helburua lortzen ari garen bakoitzean gure buruari animuak eman diezazkiokegu...Grafiko batean gure aurrerakuntzak margotzeak indar asko ematen du.

Babesgabetasun ikasia

Seligman-en babesgabetasun ikasiaren ikerketa

Seligman zakurrekin ikerketan ari zela, Skinnerrek zioenarekin bat ez zetorren zerbait ikusi zuen. Zakur bat kaiola batean sartzen zuen eta bestea bestean. Biei deskarga elektrikoak ematen zizkien. Batek deskargak ekiditeko aukera zuen palankatxo baten bitartez, eta palankatxoari ematen ikasi zuen, deskargak ekiditeko. Beste zakurrak ez zuen aukera hori. Ikusi zuen bigarren zakur hau deprimitu egiten zela. Halere, Skinnerrek zionaren arabera, bigarren zakur hori beste kaiolan jarriz gero, deskargak ekiditeko palankatxoa zuen kaiolan alegia, palankatxoari ematen ikasiko zuen. Horixe izan zen aurkikuntza: aldaketa eta gero, zakur deprimituak ez zuen ikasten palankatxoari ematen. Selligmanen hitzetan: babesgabetasuna ikasi zuen (egoeraren kontrol falta). Kasu horretan sormenaren adibide bat ikus daiteke: Seligmanek ez zuen espero zuena aurkitu, eta saiakuntza gaizki egiten ari zela pentsatu beharrean azalpen berri bat proposatu zuen.

Seligman MEP, Maier SF. Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology 1967; 74: 1–9.*

Martin EP SELIGMAN.
1942 New York
Babesgabetasun ikasia

Irakurtzeko liburuak
Seligman MEP. Aprenda optimismo. *DEBOLSILLO, Barcelona 2004. (Learned optimismo 1990)*
Seligman MEP. No puedo ser más alto pero puedo ser mejor. *Grijalbo, Barcelona 1995. (What you can change and what you can't 1993)*

Gizabanakoek ere ikas dezakegu babesgabetasuna. Denbora luzez babesgabetasun egoeretan bagaude, edo hartan heziak bagara, "ezin dela ezer egin" ikasiko dugu, eta benetako aukerak ere ez ditugu aprobetxatuko. Gizabanako horiek depresiorako joera izango dute. Pertsona ezkorrek babesgabetasuna ikasi dute (ez du merezi ezer egitea, ez dut kontrolik, alferrik da ezer egitea…). Pertsona baikorrek, ordea, beren bizitzaren kontrola dutela eta gauzak lor ditzaketela pentsatzen dute. Pertsona ezkorrek depresiorako joera gehiago dute, lorpen gutxiago eta osasun okerragoa.

	Baikorrak	**Ezkorrak**
Kontrol-sentsazio	altua	baxua
Autoeraginkortasun	altua	baxua
Depresiorako joera	ez	bai
Lorpenak	gehiago	gutxiago
Osasun fisikoa	hobea	okerragoa

Ezkortasuna haurtzaroan ikasten da, gurasoen eraginez, eta eskolako irakasleen eraginez.

Erikson-en teoria psikosozialak (ez da konduktista) garrantzia ematen dio haurrak duen ingurune sozialari. Hasieran, batez ere gurasoei eta irakasleei. Haurrari, adinarekin lotuta dituen ahalmenak pizten zaizkio eta ingurune sozial horrek gaitasun horiei garatzen laguntzen die edo oztopoa jartzen die.

- *Bigarren urtean ibiltzen hasten da eta bere gisa egin nahi ditu gauzak; gaitasun motorrak behin eta berriz entrenatzen ditu. Hori oso ona du bere garapenerako eta kontrol-sentsazioa izaten laguntzen dio, autonomia garatuz. Helduen jarrera egokia ahal duen neurrian egiten uztea da, eta bere jolasetan animatzea. Dudarik ez dago gurasoentzat une hori neketsua eta aspergarria izan daitekeela: ez da geldirik egoten eta dena bakarrik egin nahi du, etxeko atea ireki ere bai, nahiz eta horretan 2 minutu pasatu.*
- *Hirugarren urtean bere fantasiekin eta jolasekin pasatzen du eguna; ezinbestekoa garapen kognitiborako eta iniziatiba garatzeko.*

Horrek esan nahi du, haur autonomoa eta iniziatibaduna nahi badugu, bere jolasetan utzi eta animatu egingo dugula, nahiz eta guraso eta irakasleentzat neketsua eta aspergarria izan.
Bere jolasak gurasoentzat jasangaitzak badira, ez badiote uzten edota iseka egiten badiote, haurra bere baitara bilduko da, eta autonomia garatu beharrean zalantza garatuko du, eta iniziatiba garatu beharrean erruduntasuna (gurasoei kalte egiten diet).

"Gogoak motel ahazten du ikasteko denbora asko behar izan duena"

Lucius Annæus SENECA
Cordoba (- 4) Roma 65

3.3 Ikaskuntza soziala

Konduktismoaren euforia-garaian, dena baldintzapenaz ikasten dugula esaten zuten. Geroago, hori ezinezkoa zela frogatuz joan ziren; haur batek urte gutxitan ikasten duena ezingo luke esperientziaz ikasi. Gizakiok gauzarik gehienak besteei behatuz ikasten ditugula ikusi zen. Bandura izan zen bide berri hori frogatzen hasi zen lehenengoa. Haurrekin ikerketa bat egin zuen, jokabide agresiboak nola bereganatzen zituzten aztertuz.

Bandura-ren jokabide agresiboen ikaskuntzaren ikerketa

Haurrak bi taldetan sakabanatu zituen. Talde batekoek, jostailuz betetako gela batean, heldu bat ikusten zuten panpina puzgarri bat (bobo panpina) jipoitzen; bestekoek, ordea, bestelako gauzak egiten. Lehenengo taldekoak jolasgelara bana-banan sartu zirenean, bobo panpina ikusi eta berehala jipoitzen hasi ziren. Bigarren taldekoak, ordea, bobo panpinarekin bestelako jolasak egin zituzten.
Saiakuntza sinple horretan Bandurak frogatu zuen haurrek indarkeria imitazioz ikasten dutela. Ikusi da jokabide eta jarrera asko horrela ikasten ditugula, besteei behatuz (imitazioz)

Bandura A, Ross D, Ross SA. Transmission of agression trhough imitation of agressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology 1961; 63: 575-82*

Albert BANDURA.
1925 Canada
Ikaskuntza soziala

Irakurtzeko liburua:
Bandura A. Teoría del aprendizaje social. *Espasa-Calpe, Madrid 1987*. (*Social learning theory* 1977).

Behaketaz egiten den ikaskuntzak, ikaskuntza sozialak edo **ikaskuntza bikarioa**k hiru aldi ditu:

1. Behatu	**Bereganatze fasea**
2. Oroimenean finkatu	
3. Gauzatu	**Gauzatze fasea**

Jokabide berri bat ikasteko, lehenengo kognitiboki ikasiko dugu. Aldi kognitiboari bereganatze fasea ere baderitzo. Bereganatze fase horrek bi aldi ditu:

1. Ereduaren behaketa.
2. Oroimenean finkatzea.

Ikasitako gauza asko aldi horretan gera daitezke. Batek, hori egin eta gero ez badu jokabidea martxan jartzen ez du aukera jokabidea entrenatzeko eta automatizatzeko. Jokabide bat nola egin jakitea ez da nahikoa egiteko. Bigarren zati horri gauzatze fasea deritzo. Jokabide berri bat gauzatu dadin, gizabanakoak jokabidea egiteko motibatua egon beharko du. Maiz hori ere ez da nahikoa izaten. Subjektu askok jokabide bat nola egin jakin dezakete, motibatuak egon daitezke egiteko, baina sentitu dezakete ez direla gai izango hori egiteko. Ikusi da azken faktore horrek beste edozeinek baino eragin handiagoa duela jokabide berri bat gauzatzeko orduan. Bandurak **autoeraginkortasuna** deitu zion subjektuaren ezaugarri horri.

Ikusi da, autoeraginkortasuna eskasa dutenek ez dutela jokabide berria martxan jartzen edota lehenengo saiakuntzetan porrot egin eta berehala utzi egiten dutela. Maiz "banekien" pentsatzen du horrekin batera (**berez betetako iragarpenaren fenomenoa**). Autoeraginkortasuna handiko subjektuek berriz, jokabide berria martxan jartzen dute eta lehenengo saiaketetan porrot egin arren saiatzen jarraitzen dute.

Ikusi da larritasuna, motibazioa eta auroeraginkortasuna direla ikaskuntza mota horretan eragin handia duten faktoreak.

Behaketa fasean larritasuna duenak ez du ondo behatuko; motibazio gutxi duenak ere ez du ondo behatuko; autoeraginkortasun baxua duenak hasieratik gai ez dela pentsatuz larritasuna eta motibazio falta izango ditu ("zertarako begiratuko dut, ez badut lortuko").

Behaketa fasean garrantzitsua da eredua bera. Zein dira eredu imitagarrienak? Bada, erakargarrienak (balio sozialek erabakitzen dute neurri handi batean erakargarritasuna).

- Umeentzat gurasoak dira eredurik hoberenak. Maiz, gurasoek haurrari jokabide batzuk ez egiteko esaten diote, berek jokabide hori egiten duten bitartean (erretzea txarra dela esan erretzen duen bitartean). Umeek jokabide osasuntsuak bereganatzeko bide hoberena gurasoek jokabide osasuntsua izatea da.

- Gaixoentzat osasun-profesionalak osasun inguruko gaietan jakintsuak eta prestigiozkoak dira. Osasun-profesionalaren aholkuak indarra galtzen du jokabidearekin lotuta ez badago. Erretzen duen medikuak edo erizainak ez erretzeko emandako aholkuak indar gutxiago du.

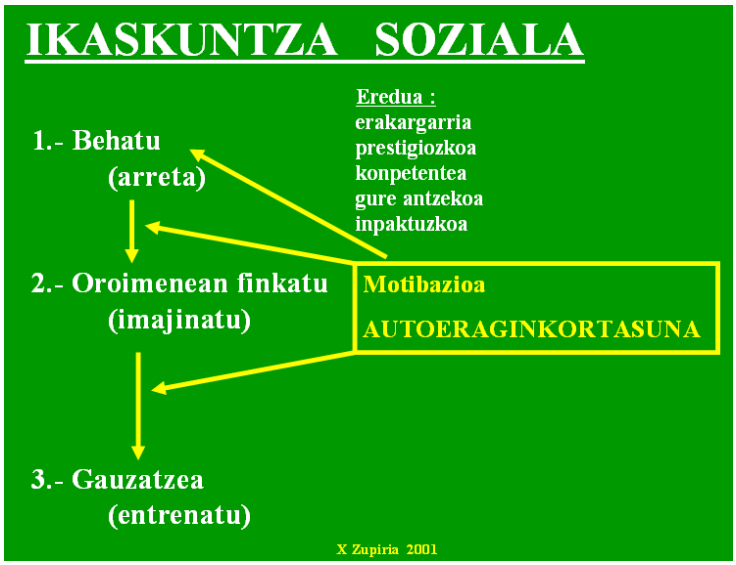
- Mediku eta erizaintzako ikasleentzat, lanean dabiltzan profesionalak dira eredu nagusia. Haiek dute jakintza, esperientzia, gaitasuna, prestigioa…Praktiketan, haiei begira ikasten dituzte, bai lan ohitura onak, baita txarrak ere.

Erizaintzako ikasleak ikusten dutena ikasten dute
Erizaintzako ikasleek beren lehenengo praktika-esperientzian aipatzen dute batzuetan zer egin ez dakitela geratzen direla. Eskolan ikasitako asepsia-eredua oso zehatza da. Praktiketan hasten direnean, eskolan ikasitako asepsia-neurriak ez direla betetzen konturatzen dira. Gainera, erizain askok horrela esaten diete: "Badakit egiten ari naizen bezala ez dela egin behar. Nik egiten dudan bezala ez egin. Horrela ez egin. Egin eskolan ikasi duzun bezala". Denbora pasatu ahala, ikusitakoa egiten dute.

Ikusitakoa ikasten da, ez agindutakoa.

Oroimenean finkatzeko orduan ere eragina dute larritasunak eta motibazioak. Gehiegizko larritasunak zaildu egingo du finkatze-prozesua. Gainera, ondo behatu ez dena ez da zuzen finkatuko. Motibazio-eskasiarekin ere gauza bera gertatzen da: ez da ondo finkatuko, eta finkatutakoa ez denez ondo behatu, oker behatutakoa gordeko da. Autoeraginkortasun baxua izanez gero ere ez da ondo finkatuko ("zertarako? Gaizki egingo dut eta!"). Kasu honetan ere, finkatutakoa ere oker finkatua egon daiteke.

Gauzatze fasean, ondo behatuta eta ondo finkatua ere, gaizki egin daiteke, edo gauzatu ez, autoeraginkortasuna baxua delako. Baliteke jokabide sinplea ondo behatu eta finkatzea, baina autoeraginkortasun baxuagatik gaizki gauzatzea edo ez gauzatzea. Jokabideak konplexuak direnean, autoeraginkortasun baxuak hiru alditan izango du bere eragina.



Osasun-profesionalen heziketarako.
Medikuntzako, erizaintzako edo psikologiako ikasleek prozedura asko ikasten dituzte. Garrantzitsua da prozedura horiek ikasterakoan hemen aipatzen direnak kontuan hartzea. Hoberena litzateke lehenengo entrenamenduak unibertsitatean hastea, egoera seguru batean. Kontuan hartu behar dira:

- *Ikasleen urduritasuna, motibazioa eta autoeraginkortasuna.*
- *Eredu onak izatea. Horretarako, ondo egindako bideoak eskura izatea ezinbestekoa da. Kontuan izan gaur egun bideoak erraz eta merke kopiatu daitezkeela. Gainera, behar diren bideoek ez dute zertan luzeak izan. Idatziz edo argazki batez azaldu daitekeena ez da zertan bideoan azaldu. Prozedura bat ongi grabatuz gero bideoklip batean, ikasleak behar adina ikusi dezake. Adibidez, puntu bat nola jarri behar den azaltzeko bideoklipak ez du 30 segundo baino gehiago behar. Jokabide motor bat da eta behin eta berriz ikusiz eta behin eta berriz errepikatuz ikasiko da. Horrelako jokabide sinpleak lehenbailehen automatizatzea komeni da, beste prozedura konplexuagoetan arreta jartzeko.*
- *Panpinekin trebatu. Erizaintzako eskolan, erizainak egin behar dituen prozedurak panpinekin entrenatzen ditu. Elkarrizketa edo psikoterapia eta antzeko prozedurak ikaskideekin entrena daitezke. Horrelakotan, bideoan grabatzea eta ondoren ikusi eta eztabaidatzea ere oso aberasgarria da.*

Ikaskuntzaren hurrengo fasea errealitatean entrenatzea izango litzateke. Horretarako daude praktika klinikoak.

Nire ustetan, prozedurak nahikoa entrenatu gabe joaten dira ikasleak errealitate klinikoan entrenatzera. Horrez gainera, prozedurak ikasteko orduan, haiei buruz esan ditugunak ez ditugu kontuan hartzen. Maiz, ikasleek, urduritasuna dela eta, ez dute aukerarik lasai eredua behatzeko, eta hasiera txarra da hori. Oso garrantzitsua iruditzen zait material egokia prestatu eta ikasleen eskura uztea behar duten entrenamendua egiteko (bakoitzak berea).
Irakasleok ere maiz inozokeria handiz jokatzen dugu. Ikasleak bat-batean eta ondo ikastea nahi dugu. Gaitasun batzuk bereganatzea espero dugu baina horretarako ez dugu entrenamendu egokia diseinatzen eta beharrezkoa den ibilbidea planifikatzen.

Edozein jokabide automatizatu aurretik, jokabide hori hainbat fasetan aldatuz joan da. Hiru aldi daude jokabide batean:

- **Aldi kognitiboa.**
- **Loturazko aldia**
- **Aldi autonomoa**

Aldi kognitiboan, ikastera doanak eredua behatzen du. Egiten duen eran arreta jartzen du. Zerbait ikasi nahian ibiltzeak arreta handia eskatzen du. Loturazko aldian, jokabide berria martxan jartzen da, eta, ondorioak onak badira, jokabide hori indartu egingo da. Aurrena fantasian entrenatzen da, eta gero errealitatean. Bi aldi horiek ikaskuntza sozialaren bereganatze eta gauzatze faseak dira. Azken aldian, aldi autonomoan, jokabidea nahi gabe egiten da (entrenamenduaren eta praktikaren ondorioa da). Jokabidea automatizatua dagoenean, ez da pentsatu behar, nahi gabe egiten da.

Adibidea: autoa gidatzeko jokabide konplexua nola ikasten den.
Autoa gidatzen ikasten dugunean, aurrena behatu egiten dugu, gero oroimenean finkatzen dugu eta gero gauzatu egiten dugu. Hasieran oso baldarrak gara, gidatzeko arreta guztia behar dugu eta beste edozer gauza aldi berean egitea ezinezkoa gertatzen zaigu. Jokabidea oraindik aldi kognitiboan dago. Entrenatuz, loturazko aldian sartzen gara, jokabideak arreta gutxiago eskatzen digu eta abilezia gehiago daukagu. Azkenik, asko gidatu eta gero, gidatzea jokabide automatikoa bihurtzen da, ez digu arreta gehiegi eskatzen eta aldi berean beste gauzak egin ditzakegu. Entrenamenduarekin, jokabidea automatizatu zaigu eta ez digu arreta guztia eskatzen.

Jokabideak aldi autonomoan dagoenean, arreta gutxiago eskatzen du. Hori ona da. Imajinatzen duzu egiten ditugun hainbat gauzak hasieran adinako arreta eskatuko baligute? Ohetik altxa, jantzi eta gauza gutxi gehiago egingo genuke egun batean. Ikusi haur txikia janzten, zapatak lotzen, ohea egiten, dutxatzen, gosaltzen… Eskerrak jokabideak automatizatzen ditugula! Halere, automatizatze faseak badu alde txarrik ere badu: gaizki ikasitakoak zuzentzea oso zaila da, desikasi egin behar da berriz ikasteko. Horregatik oso garrantzitsua da lehenengo fasetan arreta handia jarri eta zuzen ikastea. Bereziki garrantzitsua da hori osasun-lanbideetako ikasleentzat:

Ikasteko garaia da,
garrantzitsuena orain ez da bizkor egitea, ongi egitea baizik.

Kontuan izan behar da, halaber, gaixoek dituzten jokabide asko automatizaturik daudela eta aldaketa zaila dela.

Aldia	**Kognitiboa**	**Loturazkoa**	**Autonomoa**
Edukia	mugatua		handia
Arreta eskatzen du	handia		gutxi
Kontrolpean dago	bai		ez
Jokabidearen malgutasuna	malgua		zurruna
Aldatzen erraza	erraza		zaila

Ikaskuntza sozialaren bidez ikasten dugu:

- Jokabide motor gehienak: ibili, bizikletan ibili, autoa gidatu, kirola egin, erizaintzako prozedurak, medikuntzako prozedurak…

- Beldur gehienak. Beldur gehienak ez ditu esperientzia zuzenak eragiten. Beldur gehienak besteengandik ikasi ditugu, besteen beldurrak ikasten ditugu. Gero, beldurra eragiten digun horrekin topo egitea saihesten dugu. Horrela, saihesten dugun bakoitzean, beldur hori gainditzeko aukera galtzen dugu.

- Mundua hautematen eta interpretatzen. Errealitatea hautemateko erak txikitatik ikasten ditugu. Gainera interpretatzeko era ere ikasia dugu, aurreiritziak barne. Baikorra edo ezkorra izatea oso lotuta dago hautemateko eta interpretatzeko erarekin. Zentzu horretan, baikorra edo ezkorra izatea ikasitako zerbait da, beraz berrikasi daitekeena. Interesgarria da hori kontuan hartzea, tristura, depresioa eta larridura oso lotuta baitaude hauteman eta interpretatzeko erekin.

- Osasun-profesioetarako hain garrantzitsuak diren gaitasunak:
    - Motorrak:
        - Teknikak
    - Kognitiboak:
        - Arreta selektiboa
        - Arrazonamendu diagnostikoa
        - Arazoak konpontzea
    - Harremanezkoak:
        - Egiazkotasuna (itxurakeria)
        - Enpatia (sentikortasunik eza)
        - Baldintzarik gabe onartzea (tolerantzia, intolerantzia)
        - Entzutea (ez entzutea)
        - Komunikazio eraginkorra (komunikatzeko zailtasuna)
        - Asertibitatea (pasibotasuna, agresibitatea)
    - Autozainketarako gaitasunak:
        - Emozioez jabetzea eta ahoz adieraztera (emozioak ukatzea, saihestea)
        - Laguntza eskatzea, laguntza soziala erabiltzea (ez erabiltzea)
        - Pazientzia (inpazientzia)
        - Frustrazioari tolerantzia (intolerantzia)
        - Taldean lan egitea, kooperazioa (indibidualtasuna, lehiakortasun)
        - Autobehaketa

3.4 Ikaskuntza semantikoa

Gizakiak gai gara liburu batean irakurriz gauzak egiten ikasteko: aldez aurretiko esperientziarik gabe eta nola egiten diren ikusi gabe. Egia da halere, irakurritakoa entzundakoa baino gutxiago oroitzen dela, entzundakoa ikusitakoa baino gutxiago, eta ikusitakoa egindakoa baino gutxiago.

4. Garapena

Aipatutako ikaskuntza-prozesuak, sinpleenetatik aurreratuenetara, haurraren garapenean agertuz doaz heltzen den neurrian. Jaiotzetik gai da loturaurreko eta lotura bidezko ikaskuntzarako. Hasieratik ere imitatzeko gai da (bere ahalmenen neurrian, mingaina atereaz adibidez). Ikaskuntza semantikoa ez da sinboloa agertu arte gertatuko (urte 1); halere, 10 urtera arte oso lotuta egongo da hautematera eta gauza konkretuetara. Zahartzaroan, oroimen galera gertatzean, ikasteko gaitasunak hartu diren ordenaren alderantziz galtzen dira: aurrena semantikoa, gero behaketaz egindakoa, eta azkenik lotura bidez egindakoa.

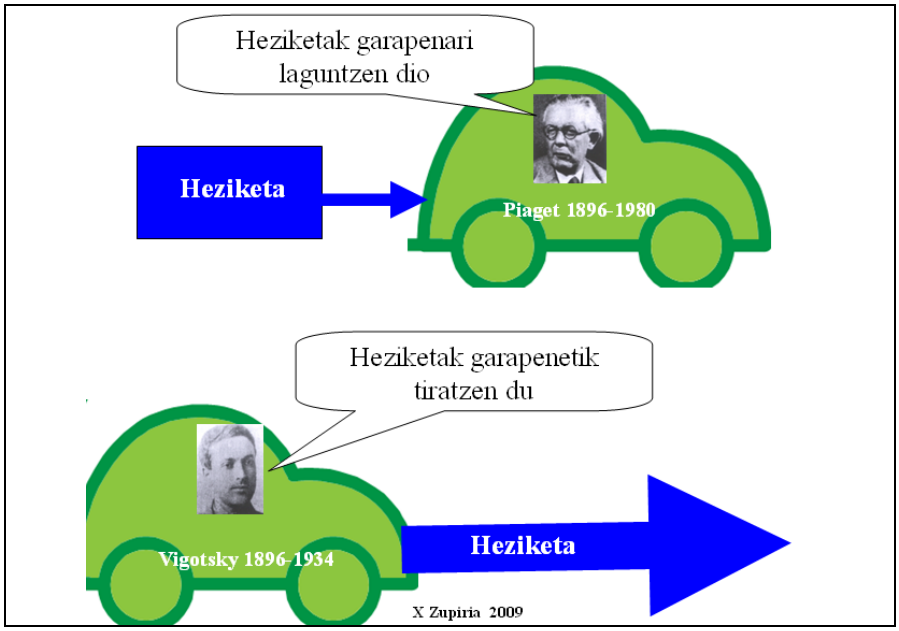
Gizakumea da heldugabeen jaiotzen den animalia. Halere, ez dago gizakia bezain beste ikasiko duen animaliarik. Animalia asko jaio eta berehala ibiltzeko gai da. Halere, izugarria da gizakumeak 14 urtean ikasten duena.

Haurraren garapenean, aurrena garapen motorra ikusten da (psikomotorra).
- 3 hilabeterekin buruari eusten dio
- 6 hilabeterekin eseri egiten da
- urte beterekin, ibiltzen ikasten du.

Bi urte inguru dituenean, hitz egiten ikasten du.

Gaitasun kognitiboei dagokionez:
- Urte beterekin sinboloa bereganatzen du
- 2 urterekin, sinboloen bidez pentsatzeko gai da, baina beti konkretura lotuta
- 10 urterekin logikoa izateko gauza da, baina beti eduki konkretuei lotuta
- 14 urterekin, abstrakzioekin ere logikoa izateko gauza da.

Piaget-en ustetan, garapen biologikoaren ondorioa da gaitasun horiek bereganatzea, eta heziketak berez datorren horretan lagundu besterik ez luke egin behar. Vigotski-k, ordea, gaitasun horiek ingurune sozialean gertatzen direla dio, eta haurrak kanpotik barneratzen dituela, besteekin elkarrekintzan (aurrena. gaiago den batekin elkarrekintzan egiteko gai zaingo da; eta geroago, guztiz barneratua duenean, bakarrik).



Hasieratik haurrak hautematen ikasten du, eta erantzuten. Haurtzaroan mundua hautematen, interpretatzen eta bizitzarekiko jarrerak ikasiko ditu. Beste gauza batzuen artean, ikasiko du:

- Baikorra izaten (ezkorra)
- Seguru sentitzen (beldurti)
- Autonomoa izaten (zalantzati)
- Ekimena izaten (errudun sentitzeko joera)
- Gai sentitzen (ezgai sentitzen)
- Autoestimu ona izaten (autoestimu baxua)
- Bere buruagan konfiantza izaten (ez izaten)
- Arazoei aurre egiten (ekiditen)
- Emozioak identifikatzen (ukatzen)
- Emozioak hitzez adierazten (isiltzen)
- Laguntza eskatzen (ez eskatzen)
- Besteekin elkarlanean aritzen edota norgehiagoka ibiltzen
- Behar duena eskatzen (ez eskatzen)
- Bere jokabidea behatzen (pentsatu gabe jokatzen)
- Besteei entzuten (ez entzuten)
- Besteak onartzen, nahiz eta ezberdinak izan (intolerantzia)
- Besteen lekuan jartzen edo enpatizatzen (besteen lekuan jartzeko ezintasuna, insensibilitatea)
- Egiazkoa izaten (itxurakeria)
- Eraginkorki komunikatzen (komunikatzeko zailtasunak)
- Asertiboa izaten (ez asertiboa, pasiboa edo agresiboa)
- Itxaroten eta pazientzia izaten (inpazientzia eta urduritasuna)
- Gauza batzuk ezin direla lortu edo egin onartzen (ez onartu mugak, ahalguztiduntasuna)
- Eguneroko bizitzan arazoak daudela onartzen (zurruntasuna)
- Bere buruaz eta bestez gozatzen (gozatzeko ezintasuna)

Zerrenda luze horretan aipatutako gaitasunak ikasi ditugu edo ez ditugu ikasi. Aipatzen dena gaitasun osasuntsua da eta parentesi artekoa gaitasun horren falta, osasunerako hain ona ez dena. Gure inguruneak garrantzi handia izan du gaitasun horiek garatzeko orduan. Ingurukoekin harremanean, batez ere gertukoenekin harremanean, gaitasun horiek ikasi ditugu edo ez ditugu ikasi (maiz ez ditugu ikasi, ingurukoek gaitasun horiek ez zituztelako, eta ondorioz, ez dugu eredurik izan ikasteko). Halere, ikasi daitezke. Taldea da gaitasun horiek ikasteko ingurunerik egokiena.

5. Psikopatologia

Ikasteko ezintasuna **atzerapen mentala**rekin eta **dementzia**rekin lotzen dira. Atzerapen mental handia duten haurrek ez dituzte ikasteko prozesu konplexuenak garatzen (ikaskuntza soziala eta semantikoa). Berdin gertatzen da dementzia duten gaixoekin. Horrelakoekin loturazko ikaskuntza-teknikak erabiltzen dira gaixoek jokabideak ikas ditzaten.

Arazo emozionalek ere ikaskuntza zailtzen dute. Batzuetan, ikaskuntzaren atzerapenak ikus ditzakegu arazo emozionalak dituzten pertsonengan.

Bestalde, haurrek gurasoengandik jokabide kaltegarriak ikas ditzakete. Adibidez:
- Tratu txarrak jasaten dituzten haurrek ikas dezakete hori dela arazoei aurre egiteko era bakarra, eta bizitzan horrela jokatzeak nahigabe eta arazo asko ekar diezazkioke
- Txikitatik gaizki sentiarazten bazaituzte zure nahia adierazteagatik zure buruari ez diozu aukera ematen bere beharrak eskatzeko, eta nahia adieraztea osasuntsua da.

6.Neurobiologia

Itsasoko moluskuetan ikusi da (*apilisia, hermisenda*):
- Ikaskuntza aurreasoziatiboan eta baldintzapen klasikoan: sinapsiaren funtzionamenduan aldaketak.
- Baldintzapenean: sinapsiaren kitzikakortasuna handitzen da.

Baldintzapen klasikoa: zerebeloan (azala, *interpuesto* nukleoa eta *dentado* nukleoa)

Behaketaz eginiko ikaskuntza: ispilu neuronak (lobulu frontalean, azal motorraren azpian).

Ikaskuntza konplexuan inplikaturiko garun zatiak:
- Prozedurazko ezagutza: Garunazala, *estriatum*, estrapiramidalarekin lotutako egitura batzuk eta zerebeloa lotzen dituen sistema.
- Ezagutza deklaratiboa: garunazala, *nukleo basal magnozelularra*, *hipokanpoa* eta *amigdala*, *gorputz mamilarrak* eta *nukleo mediodorsal talamikoa* lotzen dituen sistema

7.Bibliografia:

Oinarrizkoa:

- Davidoff LL. Procesos del aprendizaje conductual. Davidoff LL. *Introducción a la psicología*. 3ed. Mc Graw Hill, México 1993; 3 gaia: 97-136.

- Huizi P. Ikaskuntza. Huizi P. *Psikologia. Unibertsitaterako testuliburua*. UZEI, Elkar 1990; 10 gaia: 165-200.

- MyersDG. El aprendizaje. Myers DG..*Psicología*. Panamericana 2005.

Sakontzeko:

- **Domjam M, Burkhard B.** Ikaskuntza jokabide-mekanismoak. EHU, Bilbo 1994.
- **Bayés R, Pinillos JL.** Aprendizaje y condicionamiento. Mayor J, Pinillos JL. *Tratado de psicología general II*. Alhambra SA. Madrid 1989.

Irakurtzekoak:

Konduktismoaren euforia-garaiko liburuak:

- **Skinner BF**. Walden dos: hacia una sociedad científicamente construida. *Martinez Roca, Barcelona 2005* (*Walden Two*, 1948).
- **Huxley A**. Un mundo feliz. *Edhasa, Barcelona 2007. (Brave New World 1932)*

Gaur egungo baikortasunaren mugimendukoak:

-Seligman MEP. Aprenda optimismo. *DEBOLSILLO, Barcelona 2004. (Learned optimism 1990)*

-Seligman MEP. No puedo ser más alto pero puedo ser mejor. *Grijalbo, Barcelona 1995. (What you can change and what you can't 1993)*

Besteak:

- **Skinner BF, Vaughan ME**. Disfrutar la vejez. *Martinez Roca, Barcelona 1986* (*Enjoy Old Age: A Program of Self-Management*, 1983).
- **Bandura A.** Teoría del aprendizaje social. *Espasa-Calpe, Madrid 1987*. (*Social learning theory*1977).

Autolaguntza liburuak:

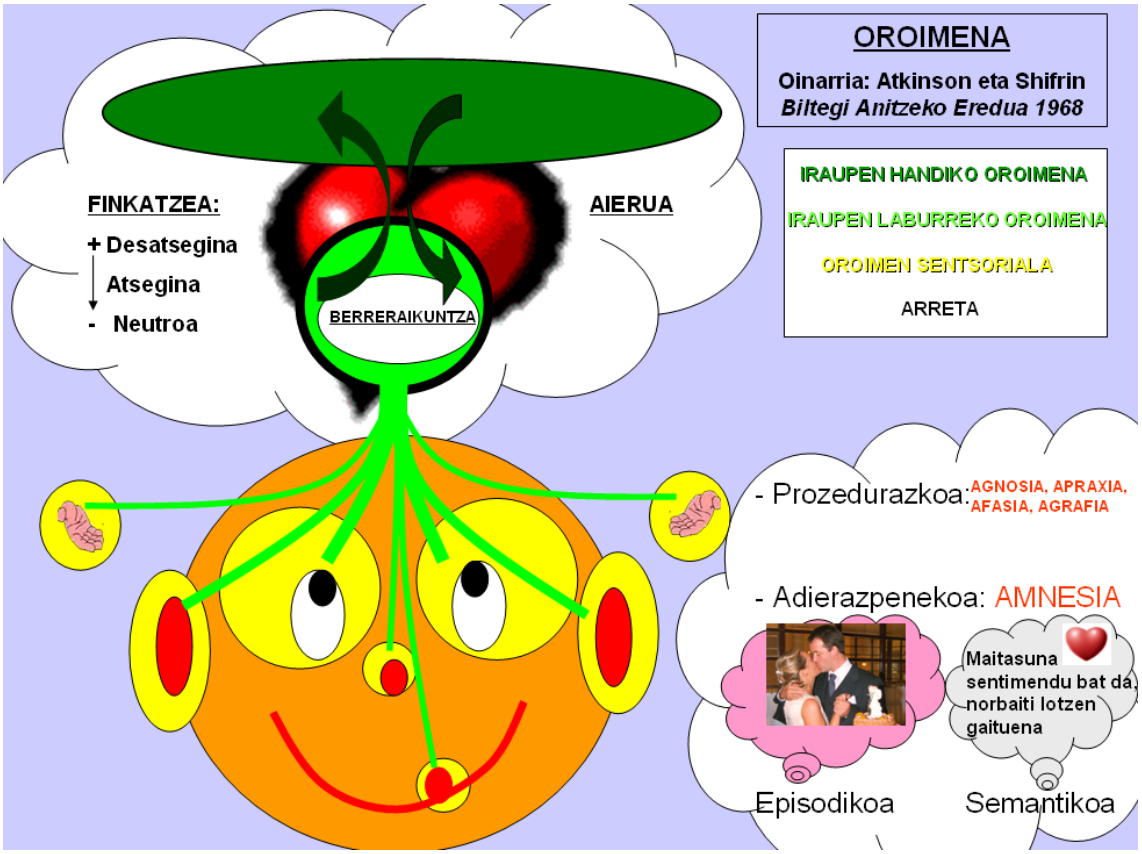
Alkohol gutxiago edan nahi duenarentzat:

- **Robertson I, Heather N.** Así que quieres beber menos. *Eusko Jaurlaritza 1987*.

Haur txikiak lo egiteko ohiturak bereganatzeko gurasoentzako liburua:

- **Estivill E.** Método Estivill. Guía rápida para enseñar a dormir a los niños. DEBOLSILLO, Barcelona 2004.

3. OROIMENA



0.Sarrera
1. Definizioak
2. Etologia eta Antropologia
3. GIZA OROIMENAREN EZAUGARRIAK
4. Garapena
5. Oroimenaren neurketa
6. Psikopatologia
7. Neurobiologia
8. Bibliografia

0. Sarrera:

Oroimenari esker gizakiak informazioa gorde eta berreskuratzeko aukera du. Horrez gainera, prozedurak ikas ditzake eta behar duenean ekin (ibili, jan, jantzi, hitz egin, idatzi…). Horregatik, bi oroimen motaz hitz egiten da: **adierazpenezkoa** lehenengoa, eta **prozedurazkoa** bigarrena. **Alzheimer** eta antzeko gaixotasunetan, oroimen-gaitasuna galtzen doan neurrian, ez dira oroitzapenak bakarrik galtzen, baita hainbat prozedura ere (hitz egitea, ibiltzea…). Oroimenak bi zeregin erabiltzen ditu: **finkatzea** eta **berreskuratzea.** Gordetakoa berreskuratzeko, ondo finkatu behar da. Halere, maiz, gordetakoa berreskuratzea oso zaila egiten zaigu, edo ezinezkoa; beste batzuetan, ordea, oroitu nahi ez duguna burutik kendu ezinik gabiltza. Gertakizun batean, denek ez dugu jartzen arreta gauza beretan, eta ez dugu berdin bizitzen; horregatik, ez dugu gauza bera gordetzen. Nola oroitu orduan gauza bera?

Gai honetan, oroimenak nola funtzionatzen duen ikusiko dugu. Osasun-profesionalentzat baliagarria da hori: jokabide asko ulertzen lagunduko digu, bai besteena, bai norberarena. Gainera, kontuan izan behar da gure lanean gero eta pertsona gehiago aurkituko dugula edadetua eta oroimen-arazoekin. Bestalde, gaixoek emandako agindu terapeutikoak betetzeko ezinbestekoa da informazio hori ondo finkatzea eta behar denean berreskuratzea (pilula behar denean hartzeaz oroitu adibidez). Horretan ere osasun-profesionalak aholku erabilgarriak eman ditzake.

Osasun-profesionalari, zer gaitasun bereganatzea komeni zaio?
Mediku eta erizainek gai izan beharko luteke:

- Oroimenaren funtzionamendua ulertzeko
- Giza oroimenaren ezaugarriak kontuan hartuz pertsonen jokabidea hobeto ulertzeko
- Oroimenak subjektibotasun handia duela onartzeko
- Egoera afektiboak oroitzapenek sortu eta mantentzen dituztela jabetzeko
- Oroitzapenetan nahia eta egoera afektiboa ikusteko
- Gaixoari emandako aginduak hark ondo ulertu dituen ziurtatzeko.

1. Definizioak:

Oroimena: organismoak esperientzia gordetzeko duen gaitasuna (esperientzia hori ikasitakoa edo jasotakoa izan daiteke). (Psikologia hiztegia, UZEI, Elkar, Donostia 1980, 182). Esperientzia hori berreskuratu eta erabiltzeko gaitasuna ere badu oroimenak.

Euskara	Gaztelera	Frantsesa	Ingelesa	Grekotik
Oroimena	Memoria	Mémoire	Memory	Mnêstis aMNESIA hiperMNESIA
Oroitu **Ahaztu**	Recordar Olvidar	Rappeler Oublier	Remember Forget	

2. Etologia eta antropologia

Gizakia ez da oroimena duen animalia bakarra. Animalia gehienek dute oroimena: esperientzia organismoan gordetzeko eta berreskuratzeko gaitasuna. Halere, oroimenean gordetakoaren arabera badago ezberdintasunik: gizakiak oroimenean oso gauza konplexu eta abstraktuak gordetzen ditu (kontzeptuak) gero erabili ahal izateko, eta hori egiten duen beste animaliarik ez dago.

Horrez gainera, kanpoan oroigarriak jartzeko gaitasuna dauka gizakiak, eta beste gauza batzuen artean kodeak asmatu ditu informazioa kanpoan gordetzeko eta handik berreskuratzeko (gaur egun konplexutasun handiko ordenagailuak asmatu ditu informazioa biltzeko, eta, ordenagailu guztiak lotuta, inoiz izan den datu base handiena sortu du: internet).

3. Giza oroimenaren ezaugarriak

Bi gordekin mota daude oroimenean: Adierazpenezko eta prozedurazko oroimena

Oroimenean era askotako gauzak gordetzen ditugu: bizikletan ibiltzea bezalako jokabidea, haurtzaroko irudi bat, eskolan ikasitako gauzak… Gordekinaren arabera bi eratako oroimenaz hitz egiten da: prozedurazkoa eta adierazpenezkoa. Azken horretan bi eratako oroimenaz hitz egiten da: episodikoa eta semantikoa:

- **Prozedurazko oroimena**
- **Adierazpenezko oroimena**
  - **Oroimen episodikoa**
  - **Oroimen semantikoa**

Prozedurazko oroimenak egitearekin dauka zerikusia, ez bakarrik egite motorrarekin, baita gogo-eginkizunekin ere. Prozedurazko oroimena dute: ibiltzeak, tresnak erabiltzeak,

bizikletaz ibiltzeak, autoa gidatzeak, erizaintza eta medikuntzako prozedurak… Prozedurazko oroimena dute orobat hautemateko erak, pentsatzeko erak, hizkuntzak…. Oroimena kaltetzen denean, galtzen azkenekoetakoa da. Izen bat ahazten den bezala, irakurtzen ahaztu daiteke, edo zapata-lokarriak lotzen. Horrelako galerak ondo ikus daitezke Alzheimer eta antzeko gaixotasunetan.

Txistea: Aitonak esaten dio bilobari:
- Aizu! Zer izen dauka gauzak gordetzen dizkidan aleman horrek?
- Alzheimer aitona, Alzheimer

Oroimenean irudiak gorde ditzakegu, zentzumenetatik jaso bezalaxe gordetako irudiak: ikustezko irudiak, entzutezkoak, ukimenezkoak, usainak, gustua. Horrela gordetakoek, oroimen episodikoa osatzen dute. Gehienok ikustezko eta entzutezko irudiak dauzkagu, horiek baitira garatuen ditugun zentzumenak. Jaiotzetik itsuak direnek ordea, ikusmenekoa ezin dutenez erabili, bestelako irudiekin konpentsatzen dute: entzumenezko, ukimenezkoa, edota usaimenezkoekin. (Ikusi *At First Sigth* filma).

Azkenik, ideia abstraktuak eta kontzeptuak ere gordetzen ditugu oroimenean. Horiek oroimen semantikoa osatzen dute.

Oroimenaren prozesuak: esku-hartzea, finkatzea eta oroitzea

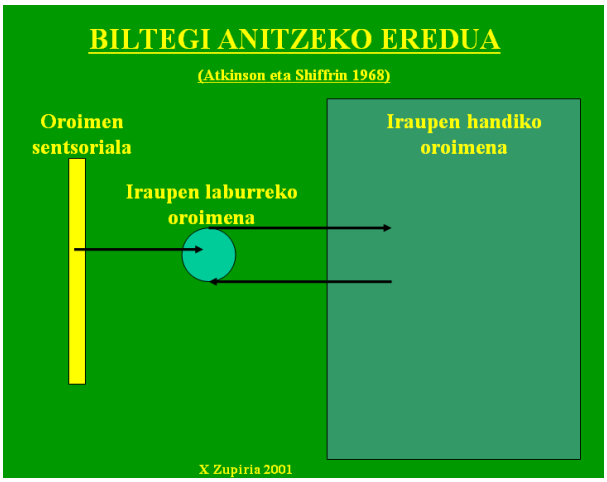
Esperientzia organismoan gordetzean eta gero erabiltzean datza oroimena. Erabilgarria dena gordetzen da, gero erabiltzeko. Gutxi erabiltzen dena galdu egiten da.
Oroimen-prozesuan hiru aldi bereizi behar ditugu:
- **Esku-hartzea** (gordetzeko gogora iritsi behar du informazioak). **KODIFIKAZIOA.**
- **Bilketa** (oroitzeko, informazioak bilduta egon behar du oroimenean). **FINKATZEA.**
- **Berreskuratzea**. **OROITZEA**

Giza oroimenaren "Biltegi anitzeko" eredua

Giza oroimena azaltzen duten hainbat eredu daude. Eredu ezagunena "Biltegi anitzeko eredua" da (Atkinson eta Shiffrin 1968). Halere, egunetik egunera indar gehiago hartzen ari da "Prozesatze-mailaren eredua" (Craik eta Lockhart 1972). Ondoren, lehenengoa azalduko dugu.

"Biltegi anitzeko eredua" Atkinson eta Shifring-ek azaldu zuten 1968. urtean. Hiru biltegi aipatu zituzten:

- **Oroimen sentsoriala**
- **Iraupen laburreko oroimena** (**lan-oroimena**)
- **Iraupen handiko oroimena**



- *Oroimen sentsoriala*. Zentzumenetatik sartzen den informazioa oroimen sentsorialean geratzen da oso denbora gutxiz. Informazio aberatsa da, landugabea,"freskoa". Ezinezkoa gertatzen zaigu hartzen dugun informazio guztia lantzea. Arretari esker, landu dezakeguna aukeratzen dugu hurrengo biltegira pasatzeko (lan-oroimenera).

Oroimen sentsorialean aztarna geratzen da une batez. Imajina ezazu kaletik zoazela eta burua biratzen duzula. Biratu bezain laster, aurretik begiratzen ari zinen lekuan ezagun bat ikusi duzula konturatzen zara. Burua berriz biratu eta pertsona hori zela ziurtatzen duzu. Nola liteke ezaguna zegoen lekura begira ez zeundenean konturatzea pertsona hori han zegoela? Burua biratu duzunean zure "lan-oroimena" oroimen sentsorialean "begira" zegoelako, ikusitakoaren aztarna oraindik han zegoelako, eta zure lan-oroimenak arreta han jarri duelako.

Ikusmenezko oroimen sentsorialari "oroimen ikonikoa" deritzo, eta entzumenezkoari "oroimen ekoikoa".

- *Iraupen laburreko oroimena* (lan-oroimena). Zentzumenetatik sartzen dena arretaren bidez epe laburreko oroimenera pasatzen da. Oroimen horretan informazio gutxi ibili daiteke baina asko landu daiteke. Une bakoitzean gogoan daukaguna da lan-oroimenean daukaguna (ordenadoreetako RAM oroimena bezala). Informazio hori gorde nahi badugu (batzuetan nahi gabe) iraupen handiko oroimenera pasako da informazio hori. Iraupen handiko biltegian gordetzen ez bada, informazio hori galdu egingo da. Epe laburreko oroimenera informazioa bi iturrietatik etorri daiteke:

- Oroimen sentsorialetik (sentsazioak)
- Iraupen handiko oroimenetik (oroitzapenak)

Lan-oroimenak ideia berriak sor ditzake: burutazioak, fantasiak… Horiek ere iraupen handiko oroimenean gorde daitezke, guk geuk sortutako informazio gisa. Batzuetan nahas daiteke sortutakoa eta bizi izandakoa, baina oro har ondo bereizten ditugu, haurrak jolasa eta errealitatea bereizten dituen bezala.

Haurtzaroko oroitzapenak egiazkoak dira? Pertsona gehienok haurtzaroaz ditugun oroitzapenez zalantza izaten dugu: nik gorde dut hori oroimenean, edo besteek kontatutakoa da oroimenean gordeta daukadana?

- *Iraupen handiko oroimena*. Hor gordetzen dugu oroimenean gordeta daukagun guztia. Informazio asko dago gordeta, eta leku asko hartzen du. Erabilgarria izateko, berreskuragarria izan behar du. Maiz ezin dugu berreskuratu. Orduan, ahaztu egin zaigula esaten dugu.

Ondorengo taulan hiru biltegi horien hainbat ezaugarri ikus daitezke:

	Sentsoriala	I. laburrekoa	I. handikoa
Iraupena	**<0,5 sg**	**15-30 sg**	**??**
Kodetzea	**prekategoriala**	**kategoriala**	**kategoriala**
Edukiera	**Mugagabea**	**7 chunk**	**100 trilioi bit**
Bilaketa	**seriala, erabatekoa**	**seriala, erabatekoa**	**paraleloa, aurkitu arte**
Ahaztea	**Ezabatu** **Itzali**	**Ezabatu** **Interferentzia** **Baztertu**	**Ezabatu** **Interferentzia** **Aztarna galdu**

Oroimen sentsorialean oso denbora gutxi irauten du informazioak, eta berehala ezabatu edo itzalpetu egiten da. Informazio asko sartzen da eta kodetzea prekategoriala da.

Kodetze kategoriala esanahiari dagokiona da, eta prekategoriala formari eta konkretuari. Zure aitona, pertsona konkretu hori, beraren itxura, eta sortzen dizkizun sentsazioak, informazio prekategoriala dira (argazkia adibidez). Aitona kontzeptua ordea, zerbait orokorragoa da, abstraktua (kategoriala).	
	aitona abuelo grand-père grandfather
prekategoriala	kategoriala

Iraupen laburreko oroimenean informazioak 15-30 segundo irauten du. Kodetze kategoriala da. Haren edukiera 7 chunk-ekoa da. Bertan informazioa bilatzea seriala eta erabatekoa da, eta informazioa galtzen da ezabatzen delako, interferentziak daudelako edo baztertzen delako.

Chunk: informazio unitatea. Adibidez:

- 1,9,9,0,2,0,0,6: 8 chunck
- 1990, 2006: 2 chunck.

Bilaketa seriala eta paraleloa. Adibidea.

Etxean zerbait galdutakoan bi eratara bilatzen duzu:

- Aurrena, era logikoan: Non ote dago? Non utzi ote dut? Non uzten dut gehienetan?.... Leku zehatz horietan hasten zara bilatzen. Bilaketa hori seriala eta erabatekoa da.
- Horrela ez baduzu aurkitzen, bilaketa sistematikoa egiten duzu, zatika eta leku guztietan begiratuz, nahiz eta han egoteko probabilitatea oso txikia izan. Bilaketa hori paraleloa eta aurkitu artekoa izango litzateke.

Iraupen handiko oroimenean, informazioak bizitza osoa iraun dezake. Kodetze kategoriala da. Edukiera handia du: halere, ez da mugagabea (ez da egia zera dioen esaera: "jakiteak ez du lekurik behar"). Bilaketa paraleloa eta aurkitu artekoa da, eta informazioa galtzen da, ezabatzen delako, interferentzia dagoelako edo aztarna galdu delako.

Ahazte-mekanismoak:

- Itzaltzea: bonbilla bat itzaltzen den bezala.
- Ezabatzea:
- Baztertzea: beste informazio batek aurrez zegoena kendu eta ordezkatzen duenean. Maiz, oroitzapen bat dugu gogoan eta beste bat sartzen da tartean, lehengoa baztertuz.
- Interferentzia: Informazio bat bestearekin batera azaltzen da, galaraziz.
- Aztarna galdu: iraupen handiko informazioa berreskuratzean, maiz ez dugu bide egokia hartzen. Iraupen handiko oroimenean, informazioa lotuta dago (kate asoziatiboa). Batzuetan, informazio bat bilatzen dugu eta ez dugu aurkitzen. Badakigu hor daukagula, baina ez dugu berreskuratzea lortzen. Maiz, beste zerbait egiten hasi eta konturatu gabe etortzen zaigu burura. Horrek adierazten digu bide okerretik bilatzen ari ginela. Batzuetan oroitzetik gertu sentitzen gara: *"mihiaren puntan daukat"*.

Hiru oroimen horiek funtzio ezberdinak betetzen dituzte.

-Oroimen sentsorialak: zentzumenen zantzua edo aztarna sortzea.

-Iraupen laburrekoak: Informazioa iraupen handiko biltegian gordetzea eta bertatik berreskuratzea. Bai halaber, oroimen sentsorialean arreta jarri eta interesatzen zaiona hartzea eta kodetzea. Arreta, hautematea, pentsamendua eta kontzientziaren fenomenoak hortxe gertatzen dira. Horregatik, batzuek "lan-oroimena" deitzen diote.

- Iraupen handiko oroimena: Informazioa denbora askoz gorde, behar denean hartu eta erabiltzeko.

Ordenagailuaren metafora. *Gaur egungo ordenagailuek bi oroimen mota daukate:*
*- **RAM** (lan-oroimena): mugatuagoa eta arinagoa. Bertan kargatzen dira programak hainbat lan egiteko (programa ez bada kargatzen, ezin da ezer egin). Zerbait egiten ari garenean, bertan ari gara. Ordenadorea itzaltzean, bertan dagoena ezabatu egiten da (itzali) ez bada disko gogorrean gordetzen. Biltegi anitzeko ereduaren iraupen laburreko oroimena edo lan-oroimena da.*
*- **ROM**: (disko gogorra, disketea, CD, DVD, USB) kapazitate handikoa. Itzaltzean, informazioak bertan gordeta jarraitzen du. Biltegi anitzeko ereduaren iraupen handiko oroimena da.*

Gordetako informazioa berreraikia da

Gure gaitasun kognitiboen prozesatze-mugak direla eta, zentzumenetatik sartzen den informazio guztia ezin izaten dugu prozesatu. Horregatik, informazioa gordetzerakoan, informazio horrek dituen hutsuneak asmatutakoarekin betetzen ditugu. Prozesu hori arrunta da eta **berreraikuntza** deritzo. Zerekin betetzen dugu falta dena? Batez ere egoera afektiboak agintzen duenarekin (emozioak, nahia barne).

Horrek azaltzen du neurri handi batean zergatik gertatutako zerbait ez duten berdin oroitzen bi pertsonek.

Berreraikuntza. Gertakizun baten aurrean bi pertsona daude. Gertatutakoak ez du eragin bera bi pertsona horiengan, ez direlako berdinak, ez dutelako bizitza bera eta esperientzia bera izan, eta ez direlako berdin aurkitzen (afektiboki, nekea…). Biek ez dute arreta jarriko gauza beretan: batek arreta handia jarriko du gauza batzuetan eta besteak besteetan. Honaino ez da informazio bera sartu bien gogamenera. Demagun bien gogamenera informazio bera heldu dela (ezinezkoa den zerbait). Heldu den informazioa ez da osoa, prozesatzeko dugun mugarengatik. Orduan, berreraikuntzaren mekanismoa jartzen da martxan. Bakoitzak beteko du falta den informazioa bere esperientziatik abiatuta eta bere egoera afektibotik. Bat beldurtuta badago, gauza beldurgarriekin osatuko du falta dena, eta bestea alai badago, gauza alaiekin beteko du gertatukoa. Nola oroituko dute gero gauza bera, ez badute berdin gorde!

Berreraikuntza gure oroimenaren mekanismo arrunta da. Gertakizunak asmatutakoarekin betetzeari **fabulazioa** deritzo, denok egiten dugun zerbait, arrunta, patologiarekin zerikusirik ez duena. Oroimenaren narriadura nabaria duten gaixotasunetan (Alzheimer-ean adibidez), ahaztutakoa asko izaten da, eta berreraikitakoa ere bai. Kasu horietan, fabulazioa deitu ordez **konfabulazioa** deritzo. Konfabulazioa beti patologikoa da.

Bikote-terapian nork esaten du egia?.
Bikote-terapia egiten duten psikologoek esaten dute oso arrunta dela bikotekideek gertakizun bera era ezberdinean oroitzea. Bakoitzak uste du berak esaten duela egia, eta besteak ez duela oroitzen gertatu zen bezala. Bakoitzak oroitzapen bat dauka, berak bizitutakoaren arabera, arreta jarri zuen gauzei pisu gehiago emanez, bere modura berreraikia, Nork dioen egia? Biek eta inork ez. Biek, benetan hori oroitzen dutelako. Inork ez, bakoitzak bere oroitzapena eraiki zuelako, gertatukoaren isla gisa.

Gordetako informazioa loturik dago eta karga afektiboa dauka

Iraupen handiko oroimenean gordetako informazioak karga afektiboa du. Guk oroimenean gordetako informazio guztiak karga edo kolore afektibo bat dauka. Oroitzapen batzuk alaiak dira, besteak tristeak, beldurgarriak… Horregatik, egoera afektibo batean aurkitzen garenean, egoera afektibo horrekin bat datozen oroitzapenak etortzen zaizkigu. Horrek azkenean egoera afektibo hori mantentzen du, eta terapian oso kontuan hartu behar da.

Tristuraren gurpil zoroa: Pertsona bat triste badago, iraupen handiko biltegitik oroitzapen tristeak etortzen zaizkio eta horrek tristeago jartzen du. Norbait triste dagoenean, ingurukoak konturatzen gara triste dagoela berarekin hitz egitean, gauza tristeak kontatzen dizkigulako. Horrelakoetan, gehienek emandako aholkua hauxe izaten da: kendu ideia horiek burutik, distraitu zaitez gauza atseginekin… Nolabait badakigu oroitzapen horiek tristura egoera hori bermatu egiten dutela. Depresioaren tratamendu batzuek hori oso kontuan hartzen dute eta gaixoa egunero gauza atseginak egitera gonbidatzen dute.

Osasun-profesional gisa oso garrantzitsua da hori kontuan hartzea. Itxuraz, aurpegiaz eta bestelako informazioez gainera, gaixoak kontatzen digunak asko esango digu bere egoeraz: nola aurkitzen den, nola sentitzen den, zer desio duen, zeren beldur den…

Oroimenean gordeta dugun informazioa loturik dago: karga afektiboagatik eta esanahiagatik. Horregatik, ideia batzuk ditugunean oroitzapen batzuk datozkigu, pertsona

batzuekin gaudenean oroitzapen batzuk datozkigu, triste gaudenean oroitzapen batzuk datozkigu eta alai bagaude beste batzuk.

Ideien asoziazioa eta Psikoanalisia. Psikoanalisiak erabiltzen duen teknikaren oinarri bat horixe da. Gaixoaren eginkizuna terapian hauxe da: burura datozkion ideia guztiak iraungi gabe ahoskatzea (ideien asoziazio askea). Terapeutak bestalde, lasaitasunez gaixoak esandakoan arreta jartzen du, baina arreta lasaia, berari datozkion ideiak lasaitasun osoz utziz (arreta aske flotantea). Ideia batzuk oroitzapenak dira eta besteak fantasia.

Gordetako informazioa ahaztu egiten da

Ahaztea oso gertakari arrunta da gizakiontzat. Hori azaltzeko hamaika lan egin dira. Ahaztea hainbat prozesuren emaitza izan daitekeela ikusi da, goian aipatu denez:
- Ezabatzea
- Interferentzia.
- Aztarna ez aurkitzea.
- Errepresioa.

Alzheimer gaitzan, neurona eta zirkuitu osoak desagertzen dira. Informazio hori ezabatu egiten da.

Baliteke guk eskuratu nahi dugun informazioa ezin berreskuratu izana, beste informazio bat tartean sartu delako, interferentzia eginez.

Lehen esan bezala, aztarna ez aurkitzean zerbait ahaztu dugula uste dugu. Halere, informazio hori ez da galdu. Ezin dugu gogoratu, baina hor dago.

Informazio asko gorderik daukagu eta ez gara ohartzen. Inkontzientean dago eta ez dakigu hor dagoenik. Freud-en ikuspegitik, informazio hori hor gordeta dago emozio jasanezinak ekartzen dizkigulako. Inkontzienteak berak errepresioa deritzon babes-mekanismoen bitartez informazio hori gogamenari ezkutatu egiten dio. Informazio hori berreskuratzeko kate asoziatiboetatik tiratu behar da, kontziente egin arte.

Erreprimitutako informazioa maiz garrantzitsua izaten da. Erreprimitua dagoenez, pertsona ez da jabetzen. Halere, erreprimitutakoek indar egiten dute espresatzeko, eta beste bide batzuez espresatzen dira: ametsak, hanka-sartzeak, gaixotasun fisikoa, gaixotasun mentala… Errepresioaren adibide argia ikusi nahi baduzu, ikusi *Unsaid* filma.

"Unsaid" filmean ondo ikusten dira errepresioa eta haren ondorioak. *Mutiko bat instituzio batean dago, txikitan aitak ama hil eta aita kartzelan dagoelako. Mutil bizkorra da, eta ondo moldatzen da. Halere, bere jokabidean kezkagarria den zerbait badago: emakume batekin harreman estua hasten duenean indarkeriaz tratatzen du, haurtzaroko zerbait oroitzen du ulertzen ez duena eta gero dena ahazten du. Badaki hor zerbait arraroa gertatzen dela, baina ez du ukitu nahi badaezpada. Bizipen gogor bat dago azpian, haurtzarokoa, erreprimitua. Zer gertatu zen haurtzaroan? Jakiteko, filma ikusi beharko duzu.*

Tratamenduen porroten zati nagusia gaixoak tratamendua ez ondo betetzeak dakar. Batzuetan, tratamenduen bigarren mailako eragin txarrek azaltzen dute hori, baina beste batzuetan gaixoak ez du egin-beharrekoa ulertu. Hitz potolo asko entzun eta gero, beldurtuta, paper batekin ateratzen da kontsultatik, zer egin behar duen ondo ulertu gabe. Garrantzitsua da egin-beharrekoa paper batean ondo idaztea, eta bukatzean ulertu duena laburki galdetzea. Egin behar duena gaixoak berak apuntatzea eta gero kontsulta bukatzean errepikaraztea, ez da ideia txarra.

Orain urte batzuk (1990eko hamarkada) Osakidetzak errezetak aldatu zituen. Handiagoak egin zituen eta bertan tarte bat sortu botika nola hartu behar zen azaltzeko (noiz, maiztasuna…). Mediku askok errezetak ordura arte bezala betetzen jarraitu dute, eta argibideak ahoz eta arrapaladan ematen.

Denei gertatzen zaigu momentuan egin behar den zerbait ahaztea eta beranduago konturatzea. Botika batzuek beren ordutegiak dituzte, eta errespetatzen ez badira, odoleko botikaren kontzentrazioa eraginkorra ez den mailetara jaisten da. Zerbait une jakin batean oroitzeko, seinaleak erabiltzea gomendatzen da. Janariekin bada, oroigarri bat frigorifikoan, goizetan bada, oroigarri bat ohearen ondoan...

Hobeto finkatzen dena ahaztea zailagoa da.

Finkatzea, iraupen handiko oroimenean informazioa gordetzea da. Informazioa oroimenean finkatzen laguntzen du:
- Errepikatzeak (errepasatzeak)
- Informazioa antolatzeak.
- Informazioa lantzeak.
- Arreta jartzeak
- Informazioak karga afektiboa edukitzeak.

Lehenengo hirurak estrategia aktiboak dira, eta ikasiak dira. Hoberena hirugarrena da, gero bigarrena eta azkenik lehena. Garapenean ordena horretan gureganatzen ditugu gaitasun horiek: errepikatzea 7 urtetik aurrera, antolatzea 10-11 urtetik aurrera eta lantzea nerabezarotik aurrera. Lantzeko erak dira: antolatzea, harremanak egitea, esanahi pertsonalagoak ematea...

Arreta jartzea nahitakoa edo nahi-gabekoa izan daiteke. Bi eratako arreta daude:
- Nahi-gabekoa
- Nahitakoa

Nahi-gabeko arreta estimuluaren deigarritasunaren menpe dago. Estimulu deigarriek arreta bahitzen digute. Nahitako arretari esker, guk nahi dugun horretan jarriko dugu

arreta. Gaitasun hori ez dugu gureganatzen 8 urtera arte. Horregatik, ume txikiek arreta mantentzeko zailtasunak dituzte. Kontzentratzean (nahitako arreta), hobeto finkatuko ditugu gauzak oroimenean. Gauza deigarriak (nahi-gabeko arreta) hobeto finkatuko dira oroimenean.

Informazioak guretzat karga afektiboa duenean, errazago gordeko da oroimenean, afektiboki neutroa denean baino. Gauza desatseginak hobeto finkatuko dira, gauza atseginak baino. Hori espeziearentzat abantaila da: gauza arriskutsuak hobeto oroitzeak aurrera egiteko aukera gehiago ematen digu. Halere, esan dugun bezala, batzuetan errepresioaren mekanismoaren bitartez ahaztu egiten da.

Gertakizun traumatikoa behin eta berriz errepikatzeak hobeto finkatu arazten du gertatutakoa. *Indarkeria jasan duten pertsona batzuek, gertakaria gertatu eta denboraldi batean trauma-ondorengo estresa izeneko koadro kliniko hau izaten dute: erraz izutzen dira, gertaeren oroitzapen argiak dituzte (flash back)...). Gertaera afektiboki oso desatsegina da eta oso deigarriak diren estimuluekin gertatzen da. Gertakaria gertatu eta gero behin eta berriz oroitzen dute gertatutakoa (errepikatu eta landu). Informazio hori oso ondo finkatzen da eta gainera oso eskura egoten da. Horrek koadroa azaltzen du. Batzuen ustez, horrelako gertakariak jasan dituztenei ez zaizkie galdeketak behin eta berriz egin behar (errepikatu) eta lasaigarriak eman behar zaizkie egoera horretatik atera eta informazioa lantzen ez jarraitzeko, zenbat eta gehiago finkatu gehiago oroituko da eta.*

Gertakari beldurgarriek arrastoa uzten dute beraz. Norbaitek katastrofea, istripu larria, indarkeria, tortura, bortxakeria, etab, jasan badu, trauma-ondorengo estresa izan dezake. Ez ahaztu, halere, haur txikiek horrelako bizipen bat izan badute, gurasoengandik jasotako sexu abusuak adibidez, ahaztuta izan ditzaketela errepresioaren mekanismoa dela eta. Halere, kasu horietan ere, estimulu batzuek estres-egoera gogorrak sor ditzakete. Gaur egun, gero eta gehiago ikusten dugu komunikabideetan, istripu eta katastrofe naturaletan, psikologo-ekipoak berehala bertaratzen.

Oroimenari etekina atera nahi badiozu irakurri Elhuyar aldizkarian idatzitako artikulua: http://www.zientzia.net/artikulua.asp?Artik_kod=3868

4. Oroimenaren garapena

Oroimen-gaitasuna txikitatik dugu. Jaioberriek badituzte, gutxi bada ere, oroitzapenak gorderik. Esan bezala, finkatzeko estrategiak adinarekin garatzen joango dira.

- Errepikatu: 7 urtetik aurrera
- Antolatu: 10-11 urtetik aurrera
- Landu: 13-14 urtetik aurrera

Gaztaro eta helduaroan hobeto funtzionatuz doa oroimena. Zenbat eta gauza gehiago gorde, orduan eta zirkuitu gehiago eraiki. Jaiotzetik, neuronek ez dute biderkatzeko gaitasunik; 4 urtetik aurrera, berriz, ez dira hazten; baina sinapsiak egiteko gaitasuna ez da inoiz galtzen; zirkuitu berriak eraikitzeko gaitasuna ez da sekulan galtzen. Beraz, nahiz eta egunetik egunera neurona gutxiago eduki, gero eta zirkuitu gehiago daukagu. Hildako neurona kopurua eta suntsitutako zirkuituen kopurua oso handia denean bakarrik nabaritzen da oroimenaren gutxitze bat (garuneko-istripuak, alkoholismoa, dementzia...).

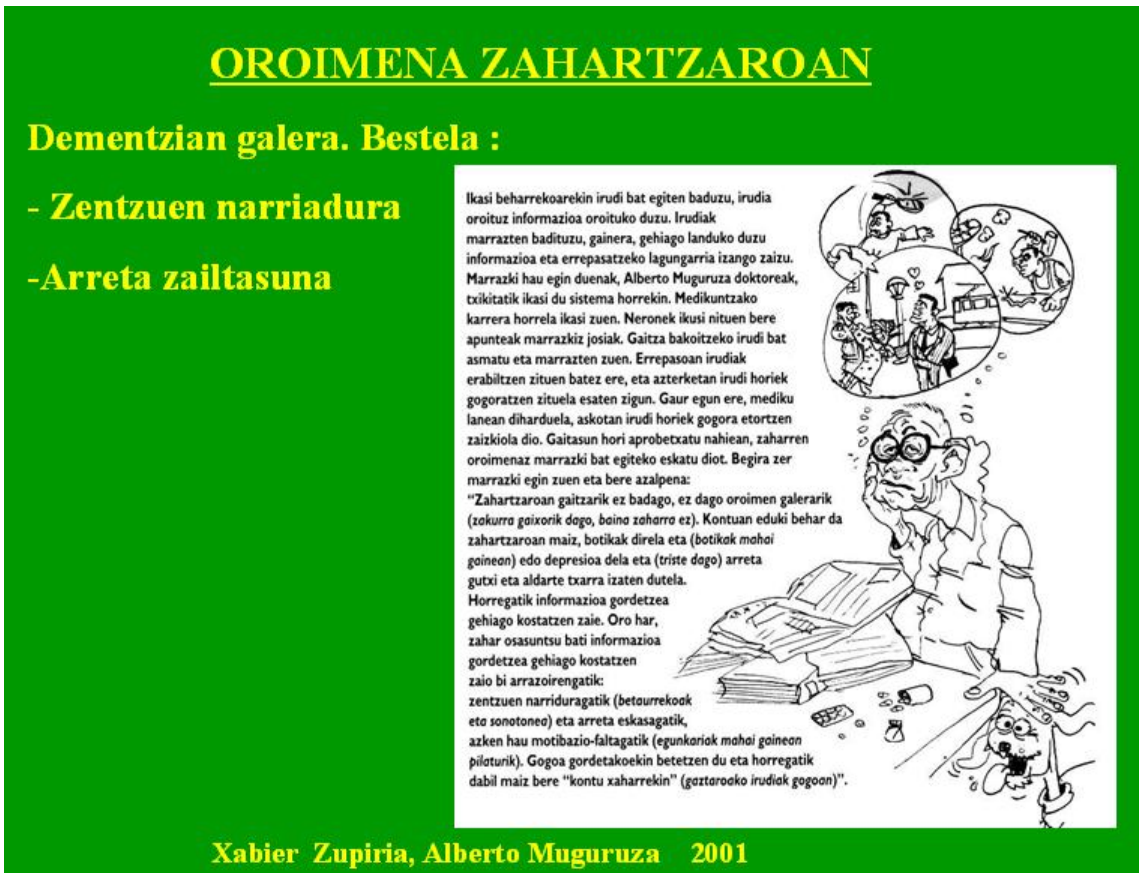
Zahartzaro osasuntsuan oroimen galera bera baino garrantzitsuagoak dira beste gertakari batzuk. Gaixotasun nabarmenik ez badago, oroimena nahiko ondo gorde daiteke. Ez da ahaztu behar gorputzeko sistema guztiak ez direla erritmo berean zahartzen. Horregatik

ikusten dira hainbeste ezberdintasun zahartzaroan. Ez da pentsatu behar zaharrek ez dutela oroitzen (aurreiritzia).

Oro har, zahar osasuntsuak finkatzeko zailtasuna dauka. Hori gertatzen zaio zentzumenen narriaduragatik eta arretarako zailtasunak dituelako:

- Zentzuen narriadura
- Arretarako zailtasunak:
  - Kanpoko estimuluak bereizteko zailtasunak
  - Arreta bere gauzetara zuzendua (oroitzapenak)
  - Botiken eta depresioaren eragina

Ikusi da zahar osasuntsuek oroimena galdu baino gehiago makalduta daukatela



5. Oroimenaren neurketa

Oroimena neurtzeko bada hainbat tresna. Adimena neurtzeko testek (WAIS, adibidez), oroimenaz gainera beste gaitasun kognitiboak ere neurtzen dituzte. Tresna berezi horiek psikologoek erabiltzen dituzte. Halere, bada klinikan oso erabilia den test bat: Minimentala.

Minimentala neurologo batzuek osatu zuten. Galdera gutxi batzuei esker gogamen-gaitasunak nola dauden ikusi daiteke. Dementziaren screenina egiteko oso erabilia da. Denbora gutxian pasatzen da testa, eta egiteko ez da prestakuntza berezirik behar. Euskaratua dago eta bideo batean ikus daiteke nola pasatzen den.

Minimentalaren artikulua: **Zupiria X**. Minimental azaterketa: zaharren egoera kognitiboa neurtzeko tresna erraz eta egoki bat. Elhuyar 1993: 19: 106-13. http://www.ehu.es/xabier.zupiria/liburua/03OROIMENA/1993MINIMENTALElhuyar.pdf
Minimentala pasatzen bideoa: http://www.ehu.es/xabier.zupiria/liburua/03OROIMENA/minimentala.mpg

6. Oroimenaren psikopatologia

- Aldaketa kuantitatiboak

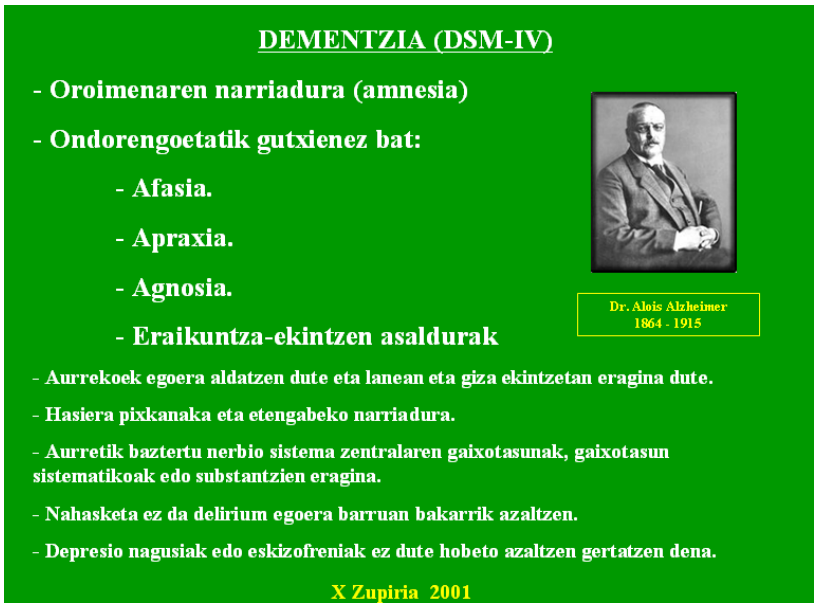
Oroimen gutxitzea edo eza	Oroimen handitzea
AMNESIA - Aurreraeraginezkoa - Atzeraeraginezkoa - Tematikoa - Disoziazioa	**HIPERMNESIA**

- Aldaketa kualitatiboak:
  - Gezurrezko ezagutzeak
  - Konfabulazioak
  - Pseudologia fantastikoak
  - Gezurti patologikoak.

Amnesia oroimena galtzea da. Amnesia aurreraeraginezkoa edo atzeraeraginezkoa izan daiteke. Amnesia tematikoak ere aipatu behar dira. Amnesia aurreraeraginezkoan, une batetik aurrera ez da ezertaz oroitzen (oroimenak ez duelako finkatzen). Amnesia atzeraeraginezkoan, grabatutako gauzez ez da oroitzen (oroimenak ez duelako berreskuratzen).

Garuneko traumatismoetan, amnesia *aurreraeraginezkoa eta atzeraeraginezkoa gertatzen dira. Esnatzen den lehenengo egunetan egin eta esan duenaz ez da oroitzen geroago, ez duelako finkatzen (aurreraeraginezkoa). Gainera, istripu aurretik gertatutako gauza asko eta asko ez ditu oroitzen (atzeraeraginezkoa). Gehienetan, ahaztutakoa atzetik aurrera berreskuratzen du (izan ere, grabatua dago). Atzetik aurrerako oroimen errekuperatze hori ondo ikusten da film askotan: istripua edo estres handiko une hura guztiz ahaztua dauka protagonistak eta pixkanaka-pixkanaka eta atzetik aurrera berreskuratuz doa ahaztutako guztia (La noche de los cristales rotos, El rey pescador). Batzuetan izandakoaz ez da ezer oroitzen, eta pertsona berria izan daiteke (A proposito de Henry).*

Dementzia eta amnesia. *Dementzian, finkatzeko gaitasuna galtzen da aurrena: "Txikia nintzeneko gauzak oroitzen ditut eta gaur goizean egin dudana ez dut oroitzen" esaten digu dementziatzen hasi denak. Geroago, epe luzeko oroimenean gordetako informazioa ere galtzen du, pixkanaka-pixkanaka oroimenik gabe gelditu arte (bere biografia ere ahazten du, gauzak zer diren eta zertarako balio duten, janztea, ibiltzea ere bai). Hori neuronak hiltzearen, eta beraz, zirkuituen deuseztatzearen ondorioa da. Dementzia mota ugari dago: Alzheimer, Pick, Lewin, baskularra.*



Amnesia tematikoan, gaixoak gauza zehatz batzuk bakarrik ahazten ditu. Psikoanalisiaren ikuspegitik ahazte hori nahi gabekoa eta aktiboa da (Niaren alde inkontzienteak, errepresioa izeneko babes-mekanismoa dela eta, jasanezinak diren oroimenak inkontzientean gordetzen ditu eta ez die kontzientziara pasatzen uzten). Errepresioa denok erabiltzen dugun babes-mekanismoa da eta neurri batean normala da.

Errepresioa eta ahaztea. *Neurosietan, supernia oso zorrotza da eta niaren alde kontzientea oso ahula: Edozer gauzatxo jasanezina iruditzen zaio neurotikoari, eta, beraz, gauza asko erreprimitzen ditu niaren alde inkontzienteak, eta niaren alde kontzienteari indar guztiak jaten dizkio, eguneroko bizitzarako behar diren indarrak. Askotan esan dugu inkontzientean gordetzen denak indarra egiten duela irteteko, eta beste babes-mekanismo batzuk direla eta, irtetea lortzen du. Horietako mekanismo batzuk osasuntsuak dira baina beste batzuk ez. Neurosian osasuntsuak ez diren mekanismoak erabiltzen dira eta sintoma neurotikoa sortzen dute.*

Histeria-neurosian, *esanahi handia duen sintoma baten bitartez gaixoak bere gatazkari irtenbidea ematen dio. Jo dezagun aita gorrotatzen duen andre bat bere aita gaixoa zaindu beharrean aurkitzen dela. Haren gorrotoa beti inkontzientea izan da, hori kontziente egiteak gaizki egote handia sortuko liokeelako. Konbertsioaren bitartez (inkontzientea noski), berak gordetako tentsioari irtenbidea ematen dio elbarri gelditu. Era horretan, ez dio bere aitari lagunduko eta ez da konturatuko bere aita gorrotatzen duela. Freuden gaixo askok horrelako arazoa zeukaten.*

Disoziazio-neurosian, *pertsona, bere desio ezkutuei irtenbidea ematen dien bakoitzean, gertatutakoaz ahaztu egiten da, hori kontziente izateak min handia ekarriko liokeelako. Disoziazioaren mugan* ***nortasun anizkoitzak*** *daude: bi bizimodu daude pertsona batengan, bat denean ez da besteaz oroitzen, eta alderantziz. Ikusi "El club de la lucha" filma.*

Gezurra kontzientea da, eta ez du patologiarekin zerikusirik. Gezurti patologikoek arazo bat dute, baina badakite gezurretan dabiltzala. Badaude gezurretik gertu patologikoak diren fenomenoak (ez dago gezurretan aritzearen kontzientziarik).

Dementzian, *hasieran, ahaztutakoa asmatutakoarekin betetzen da. Normala den fabulazio fenomeno horren bidez asmatutakoa asko denean,* ***konfabulazioa*** *deritzo. Asmatutakoa ia guztia denean,* ***pseudologia fantastikoa*** *deritzo.*

7. Oroimenaren neurobiologia

Anatomian oroimena non kokatzen den ez dakigu zehazki. Badakigu, halere, zer egitura garrantzitsuk hartzen duten parte:
- Oroimen sentsoriala: zentzumenetan.
- Iraupen laburreko oroimena: Sistema linbikoan. Sistema horren zati bat galtzean (hipokanpoa) informazioa iraupen handiko oroimenean finkatzeko gaitasuna galtzen da.
- Iraupen handiko oroimena: Garunazal guztian.

Oroimen mota bakoitzak, neuronen aldaketa neurobiologiko ezberdinak ditu.

Iraupen laburreko oroimena	neuronen aldaketa funtzionalak
Iraupen handiko oroimena	neuronen egituraren aldaketak

Oroimenaren oinarri neurobiologikoa sinapsia da. Zerbait oroimenean finkatzean, zirkuitu berriak irekitzen dira. Zenbat eta sinapsi gehiago neuronen artean, gordetako informazioa errazago berreskuratuko dugu. Sinapsi horiek desegitean, informazioa galdu egiten da.

Oroimenarekin loturik dagoen neurotrasmisorea **azetilkolina** da. Alzheimer gaixotasunean, garuna zahartua dago. Neurona asko hil dira eta zirkuitu asko desegin. Aurreneko sintoma oroimen galera da eta azetilkolina neurotrasmisorea gutxitua dagoela ikusi da.

8. Bibliografia

Oinarrizkoa:

- **Davidoff LL**. Memoria. Davidoff LL. Introducción a la psicología. *3ed. Mc Graw Hill, México 1993; 6 gaia: 209-245.*
- **Huizi P**. Oroimena. Huizi P. Psikologia. Unibertsitaterako testuliburua. *UZEI, Elkar 1990; 7 gaia: 109-126.*
- **Penzo W**. Memoria. Penzo W. Psicología médica. *Salvat. Barcelona 1990; 3 gaia: 37-49.*
- **MyersDG.** La memoria. Myers DG..Psicología. *Panamericana 2005.*

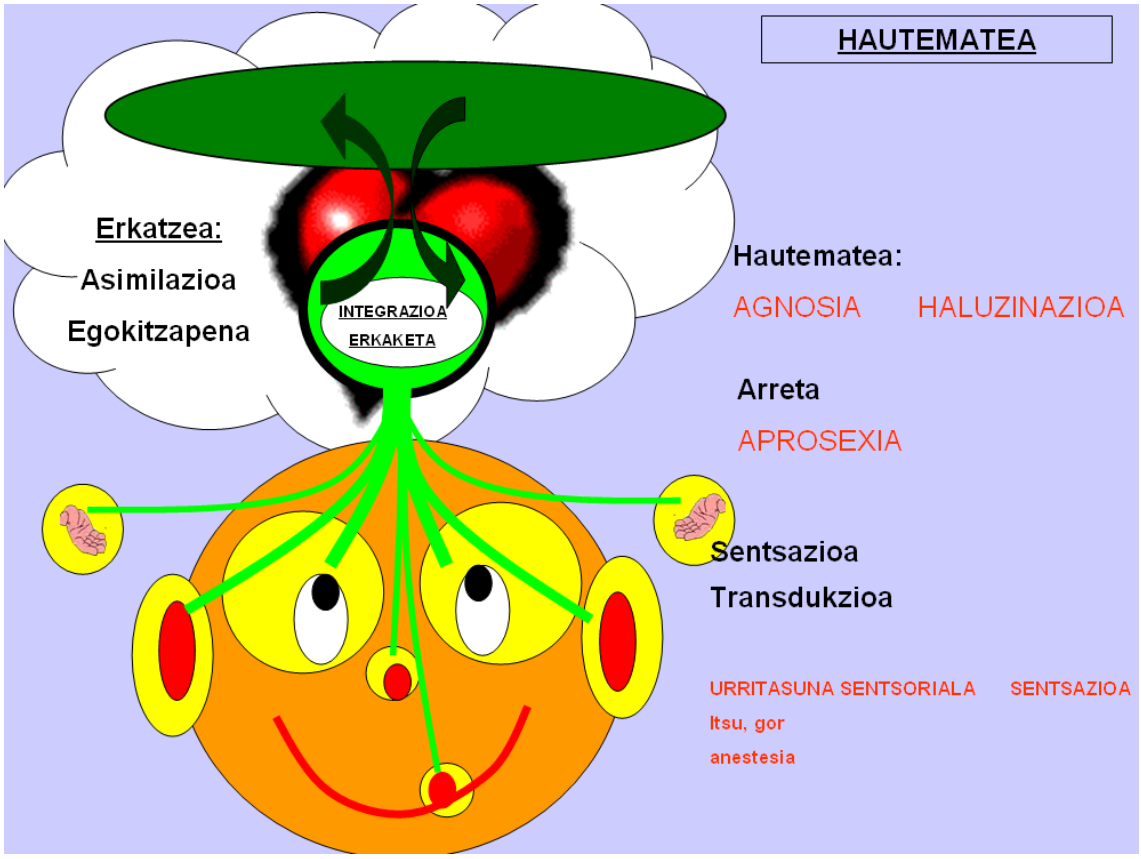
Sakontzeko:

- **Mayor J, Vega de M.** Memoria y representación. Mayor J, Pinillos JL. Tratado de psicología general IV. *Alhambra Longman SA. Madrid 1992.*
- **García Madruga JA.** Desarrollo de la memoria: estrategias y conocimiento. García Madruga JA, Lacasa P. Psicología evolutiva (2 tomo). *UNED. Madrid 199 ; 19 gaia: 26-58*
- **Olmedo M, Santed MA.** Aprendizaje y memoria. Tazón P, Aseginolaza L, García-Campayo J. Ciencias psicosociales. *Masson SA. Barcelona 1996: 7 gaia: 95-114.*
- **Benedet MJ, Seisdedos N**. Evaluación clínica de las quejas de memoria en la vida cotidiana. *Panamericana. Madrid 1996.*

Irakurtzeko:

- **Sacks O**. *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*. Anagrama, Barcelona 2004.
- **Zupiria X.** Oroimena. http://www.zientzia.net/artikulua.asp?Artik_kod=3868

4. HAUTEMATEA



0.Sarrera
1. Definizioak
2. Etologia eta Antropologia
3. Giza hautematearen ezaugarriak
4. Garapena
5. Psikopatologia
6. Neurobiologia
7. Bibliografia

0. Sarrera:

Jaiotzetik ez dugu ez mundua ez eta geure burua ezagutzen. Pixkanaka-pixkanaka ezagutza hori eraikiz goaz gogamenean. Zentzumenak informazio horren leiho dira; zentzumenetatik sartzen da kanpotik edo gorputzetik informazio guztia. Hautemateari esker, zentzumenetatik sartzen den informazioa gogora ekartzen dugu. Halere, informazio-hartze hori ez da pasiboa. Ez gara gai zentzumenetatik sartzen den guztia kontuan hartzeko: informazio gehiegi da, eta prozesatzeko gaitasuna mugatua dugu. Arretaren bidez, zentzumenetatik sartzen dena iraungi egiten dugu. Gero, aukeratutako informazioa integratu egiten dugu eta ulertzen saiatzen gara. Ulertu, nola? Aurretik gure oroimenean gordeta daukagunari esker: esperientzian bildutako eskemak. Horregatik, edozein gauza, elkarrekintza edo gertakizunen aurrean, bi pertsonak ez dugu ideia bera egiten, ez dugu gauza bera hautematen. Horregatik, hautemate-prozesu hori ez da objektiboa. Maiz, gure egoera afektiboaren eraginaz (emozioak, nahia) eskuragarriago ditugu eskema batzuk; beraz, hautemate-prozesua egoera afektiboak baldintzatua dago. Gainera, gure ingurune sozialak gauzak era batera hautematera bultzatzen gaitu.

Hori ezagutzea, ulertzea eta kontuan hartzea ezinbestekoa da gizakien jokabidea ulertzeko. Estimulu edo gertakizun beraren aurrean bi pertsonak ez dute berdin erantzungo, ez dutelako gauza bera ulertu eta interpretatu, ez diotelako esanahi bera eman, hau da, ez dutelako gauza bera hauteman. Sintoma beraren aurrean ere (sekulan ezingo genuke hori baieztatu) bi pertsonak ez dute gauza bera hautemango.

Osasun-profesionalarentzat oso garrantzitsua da bere hautemateko era ezagutzea, bestela, gaixoak dituen beharrei agian ez die ondo antzemango, ez ditu ondo hautemango.

Osasun-profesionalari, zer gaitasun bereganatzea komeni zaio?
Mediku eta erizainek gai izan beharko luteke:

- Giza hautematearen funtzionamendua ulertzeko
- Giza hautematearen ezaugarriak kontuan hartuz pertsonen jokabidea hobeto ulertzeko
- Hautemateak subjektibotasun handia duela onartzeko
- Egoera afektiboak hautematean duen eraginaz jabetzeko

1.Definizioak:

Euskara	Gaztelera	Frantsesa	Ingelesa	Grekotik
Hautematea	Percepción	Perception	Perception	Gnôsis (ezagutza) aGNOSIA
Hauteman	Percibir	Percevoir	Perceive	

Sentsazioa: Datu sentsorial sinpleena. Horien konbinazioek hautematea emango lukete.

Hautematea:
Giza organismoak, munduan finkatzeko, informazioa lortu behar du inguratzen duen errealitatetik. Informazio hori jasotzeko baliatzen den prozesu konplexuari ematen zaio, hain zuzen, hautemate izena (Psikologia hiztegia, UZEI, Elkar, Donostia 1980, 204).

2. Etologia eta antropologia:

Animaliek ere hautematen ote dute? Bai, animaliek ere hautematen dute: kanpotik datorren informazioa prozesatu egiten dute, antolatu egiten dute, esanahia ematen diote, eta hori baliagarria egiten zaie beren munduan bizitzeko. Animalia ezberdinek ez dituzte zentzumen berdinak, eta nahiz eta berdinak izan, ez dituzte maila berean erabiltzen: mundutik ez dute informazio bera jasotzen. Gizakiak sei zentzumen ditu, baina batez ere ikusmenaz eta entzumenaz baliatzen da. Usaimena nahikoa atrofiatua dauka. Zakurrek gizakiek baino garatuagoa dute usaimena, eta gehiago erabiltzen dute beren bizitza antolatzeko. Saguzarrek ez dute ia ikusten: horren ordez, radarraren antzeko zerbait garatu dute espazioan mugitzeko eta ehiza egiten laguntzeko (izurdeen antzera). Animalien munduan argi ikusten da zentzumen ezberdin asko dagoela, eta denak erabilgarriak direla inguruko informazioa jasotzeko eta inguru horretara moldatzeko.

Animalia guztiek, gizakiek barne, hautemateko gaitasuna dute. Animalia ezberdinek zentzumen ezberdinak dituzte eta munduaren informazio ezberdina erabiltzen dute. Gizakiok zentzumen berdinak ditugu, eta zentzumenetatik sartzen denari esanahia ematen ikasten dugu, hautematen ikasten dugu. Kultura ezberdinetan ez zaie esanahi bera ematen gertatzen diren gauzei. Horregatik, kultura ezberdinetan hautemate-ezberdintasunak izaten direlako, mundua era ezberdinean ulertzen da eta jokabide ezberdinak izaten dira (ezberdintasun kulturalak). Halere, gizakien hautemate-prozesuak, gizaki guztientzat berdinak diren prozesuak inplikatzen ditu.

3. Giza hautematearen ezaugarriak:

- Gizakiak sei zentzumen ditu. Zentzumenetan transdukzioa gertatzen da.

Gizakiak sei zentzumen ditu: ikusmena, entzumena, ukimena, usaimena, dastamena eta oreka. Zentzumen horietan informazioa jasotzen da, kanpotik edo barrutik, eta nerbio-sistemarentzat erabilgarria den kode batetara itzultzen da. Nerbio-sistemaren kodea elektrikoa da. Zentzumenean, energia fisiko edo kimikoa energia elektriko bihurtzen da. Prozesu fisiologiko horri trasdukzioa deritzo.

Energia fisikoa: ikusmena, entzumena, oreka, ukimena (presioa, tenperatura)
Energia kimikoa: usaimena, dastamena, ukimena (mina, tenperatura)

Zentzumenetan, lesioak gertatuz gero, transdukzioa eten egin daiteke: beraz, bide horretatik ez da informaziorik sartzen gure nerbio-sistemara; eta zentzumen-urritasuna dakar horrek. Begietako lesioa bada, itsutasuna izango da, eta entzumenekoa bada, gorreria. Kasu horietan, zentzumena sendatu edo aldatuz gero, zentzumen hori transdukziorako prest dago berriz.

Ikusmena berreskuratu zuen itsua. *Oliver Sacks neurologoak* Antropologo bat Marten *liburuan, neurologiako hainbat kasu berezi kontatzen dizkigu. Besteren artean Jirl Jennings itsuaren kasua kontatzen digu, gero zinemara emandakoa (At first sigth). Txikitan itsutu zen gaixo hori, begietako lesio baten ondorioz. Txikitan gordetako ikusmenezko irudi batzuk besterik ez zituen oroimenean gordeta. Mundua beste zentzumenen bidez ezagutzen zuen: ukimena, entzumena, usaimena... Guztiok bezala mundua ezagutzen zuen (bere erara noski) eta ondo moldatua bizi zen. Egun batean, kirurgiari esker, ikusmena berreskuratzeko aukera izan zuen. Ebakuntza arrakastatsua izan zen. Halere, lehenengo inpresioa ez zen ona izan. Berak mundua era batera ezagutzen zuen, eta, hortik aurrera, ezezaguna zitzaion kode berri batean jasotzen zuen informazioa (ikusmena). Ikusmenetik informazio asko sartzen zitzaion, baina ez zuen ulertzen sartzen zen informazio hori. Ikusteko gai zen baina "ez zekien ikusten", ez zeukalako ikusmenezko esperientziarik. Ikusten ikasi egin behar zuen.*

Begira zure ingurura eta dagoen guztia ezaguna duzula konturatuko zara. Horregatik ulertzen duzu ikusten duzun guztia (hautematen ikasi duzulako).

Jirl-ek hain gaizki pasatu zuen, non berriz itsu izateko nahia sartu baitzitzaion. Zer egin zuen? Filma ikusi beharko duzu hori jakiteko. Filma ikusi ondoren, liburuaren atala irakurtzea ere ongi etorriko zaizu, badakizu, filmetan gauzak aldatu egiten dituzte.

-Atalasea eta sentiberatasuna:

Estimuluak indar minimo bat izan behar du zentzumena kilikatzeko eta horrek itzuli dezan. Intentsitate minimo horri atalasea deritzo. Gizaki guztiok atalase berdintsua dugu, baina ezberdintasunak ere badira gizaki batetik bestera, sentiberatasunaren arabera.

Zer hautemateko gai gara?

Ikusmena	Kandelaren argia gau garbian: 55 km-ra
Entzumena	Eskuko erloju baten "tik-tak"-a isiltasunean: 6 metrora
Usaimena	Perfume tanta bat hiru gelako apartamentuan
Dastamena	Azukre-koilaratxo bat 7 litro uretan
Ukimena	Eltxo baten hegala masailean, 1 cm-tik erortzean.

- Zentzumenetatik sartzen den informazio guztia ezin da prozesatu. Arretari esker, oroimen sentsorialetik informazioa aukeratu egiten da.

Zentzumenetatik sartzen den informazio guztia ezin dugu prozesatu. Izan ere, zati txiki bat besterik ez dugu prozesatzen (zentzumenetatik segundoko 11 milioi bit sartzen da, eta kontzienteki 40 bit prozesatzeko gaitasuna baino ez dugu). Hori dela eta, lehentasunak jartzen ditugu. Deigarriena egiten zaiguna aukeratzen dugu (hautemate-deigarritasuna). Estimulu batzuk, deigarriak dira denentzat, beren ezaugarriengatik (intentsitate handikoak, kontraste handikoak…). Beste batzuk, ordea, batzuentzat deigarriak dira eta besteentzat ez.

Aukeraketa prozesu hori, beraz, aktiboa eta subjektiboa da, eta arretari esker egiten dugu (informazio iragazkia).

- Hautematea prozesu psikologikoa da, aktiboa, subjektiboa, eta ezagututakoan oinarritzen dena

Zentzumenetatik ateratzen den informazioa garunera doa. Bertan irazi, integratu eta esanahia ematen zaio. Zentzumen bakoitzetik datorren informazioa irazi eta gero, integratu egiten da eta oroimenean gordetakoarekin (ezagutzen denarekin) erkatu, ulertu nahian. Ulertu nahi horretan, iragazpenean galtzen den informazioa berreraiki egiten da integratzerakoan, falta dena asmatuz. Beraz, oso prozesu aktiboa eta subjektiboa da: aktiboa, irazi eta berreraiki egiten duelako; subjektiboa, bai iraztean eta bai integratzerakoan bakoitzak zerbait kendu eta zerbait eransten duelako. Horrek, gauza bera modu ezberdinean hautematea, edo ilusioa bezalako fenomenoak azaltzen ditu. **Informazioa irazi, integratu eta ezagutzen duenetik esanahia ematen saiatzen den prozesu aktibo eta subjektibo horri, hautematea deritzo.**

Beraz, zentzumenetatik datorren informazio hori, irazi egiten da, eta gero integratu eta berreraiki. Gizakien zentzumen nagusiak ikusmena eta entzumena dira (batez ere ikustezko eta entzutezko esperientzia dugu). Jaioberritan ukimenak du nagusitasuna. Txikitatik itsuak direnak mundua batez ere entzumenaren eta ukimenaren bidez ezagutzen dute (ikusi *At first sigth* filma). *Anne Sullivanen miraria* filmean, itsua eta gorra zen haurrak mundua nola ezagutu zuen ikus daiteke.

Hautematean iturri ezberdinetako informazioa integratu egiten da. *Zentzumen bakoitzetik sartzen den informazioak, ezagutza partziala ematen digu. Helduok badakigu zer den laranja bat. Laranja bat ikusten badugu, badakigu laranja bat dela (laranja-itxura). Laranja bat ikusi gabe usaintzen badugu, badakigu laranja dela (laranja-usaina). Laranja bat begiak itxita dastatzen badugu, badakigu laranja dela (laranja-gustua). Laranja bat begiak itxita ukitzen badugu, badakigu laranja bat dela (laranja-forma eta -testura). Horrela, zentzumen bakar bateko informazioarekin asma dezakegu zerbait laranja dela. Laranja eskema aldez aurretik dugulako gertatzen da. Zentzumen guztietatik datorren informazioa integratzen du eskemak: laranja-itxura, -usaina, -gustua, -forma eta -testura. Gehienetan, zentzumen batetik datorren informazioa nahikoa izaten da zuzen hautemateko. Halere, maiz, zentzumen bakar batean oinarritzen bagara, huts egin dezakegu. Laranjaren imitazio on bat ikusi eta laranja dela esan dezakegu, eta ukitzean, plastikozko imitazioa dela ohartu. Ukitu gabe eta ikusi gabe laranja usaina hautemateak, ez du esan nahi laranja baten aurrean gaudenik: perfumea izan daiteke. Horregatik, zenbat eta zentzumen gehiagotatik informazioa jaso, zuzenago hautemango dugu.* ***Hautemate-prozesuan, zentzumen guztietatik etortzen den informazioa kontuan hartu eta integratzeko aukera daukagu (nahiz eta dena prozesatzeko aukera ez izan).***

Kontuan izan behar da haur jaioberriak ez duela eskemarik. Sei hilabetera arte ez da konturatzen zentzumen ezberdinetatik datorkion informazioa errealitate berari dagokiola. 6 hilabetetatik 12 hilabetetara doan tartean, eskemak sortzen hasiko da, errealitatea ordezkatuko duten eskemak. Hortik aurrera gai izango da zentzumen ezberdinetatik datorren informazioa integratzeko. Ordura arte, errealitatearen ezagutza partziala dauka. Hasieran, amaren usaina ezagutuko du, amaren gustua, amaren itxura, amaren ahotsa, amaren kontaktua. Sentsazio horiek ezagunak egingo zaizkio, eta, atseginak bazaizkio, alaitu egingo da. Halere, ez daki hori dena errealitate bati dagokiola: amari. Sentsazio horiek beti elkarrekin agertzeak, amaren eskema sortzen lagunduko dio. Errealitateko informazioa nahiz eta bide ezberdinetatik etorri (zentzumenak), beti baturik agertzen da (konstantzia), eta horrek eskemak sortzen laguntzen du.

Ahozko eta ez-ahozko komunikazioa integratzen ditugu esanahia harrapatzeko*. Ospitaleko gelara sartzen zara, eta gaixoari zelan dagoen galdetzen diozu. Gaixoak, "ongi" erantzuten dizu, begietara begiratu gabe, ahots zakarrarekin, bekokia zimurtuta eta eskuak gurutzatuta dituela. Zelan dago gaixoa? Alde batetik "ongi" esan dizu. Bestalde, ahotsaren tonuak haserrea adierazten du, eta aurpegiak eta gorputzaren jarrerak ere bai. Horrelakoetan, iturri ezberdinetatik informazio kontrajarria datorrenean, zalantza sortzen zaigu. Gure adibidean, ahozko komunikazioak ongi dagoela esaten digu, eta ez-ahozko komunikazioak (tonuak, keinuak,) haserre dagoela. Horrelako kontraesanetan zeri ematen diogu lehentasuna? Ez-ahozko komunikazioari. Haserre dagoela hautemango dugu, nahiz eta berak ongi dagoela esan. Oso garrantzitsua da gaixoaren ez ahozko komunikazioa, bertan ikusten baita gaixoa nola aurkitzen den. Batzuetan, gaixoa haserre dago eta konturatzen da, baina ez da ausartzen zer sentitzen duen esatera (gure gizartean ez dago ongi ikusia haserrea adieraztea); besteetan, gaixoa ez da ohartzen haserre dagoela, nahiz eta inguruko guztiak ohartu.*

Iturri ezberdinetatik datorren informazioa integratu denean, esanahia ematen saiatzen gara. Une horretan bi mekanismok parte hartzen dute:

- Asimilazioa. Zentzumenetatik sartzen dena berria da. Antzekotasun handia duen eskematik abiatuta ulertzen saiatzen gara: errealitatea gure eskemara asimilatzen dugu.
- Egokitzea. Eskema zaharrak huts egiten duenean, eskema zaharra aldatu eta berria sortzen dugu, egokitu egiten gara.

Ume txikiak hitz egiten hasten direnean, ongi ikusten da aipatutakoa. Txakurra ikusi eta helduak izena jartzen dio: guau. Haurrak txakurra ikusten duenean "guau" esango du. Hurrengo batean lehenengo aldiz katua ikustean "guau" esango du haurrak. Helduak zuzendu egingo dio eta "miau" esango dio. Haurra dakienetik abiatu da eta errealitate berria eskema zaharrekin hautematen saiatu da (asimilazioa). Huts egitean bakarrik ordezkatuko du eskema zaharra berri batez (egokitzapena)

Nola ezagutzen dugu, Piaget-en ustetan?. *Piagetek zioen adimena dela ezagutzeko dugun tresna. Tresna horrek adaptazioz lan egiten duela. Errealitatea ezagutzeko eskemak sortzen ditugula. Zerbait berria ezagutzerakoan, aurrez ditugun eskemetatik abiatzen garela (asimilazioa). Eskema zaharrak huts egiten duenean, eskema berria sortzen dugula, errealitatearen antza handiagoa duena (egokitzapena)*		**Jean William Fritz PIAGET 1896-1980. Suizarra**

Informazioa garunera heltzean bi prozesu gertatzen dira: sentsazioa eta hautematea. Sentsazio-guneetan informazioa prozesatzen da, baina esanahirik gabe oraindik: sentsazioak gertatzen dira. Gune horietan lesioa balego, zentzumenetan trasdukzioa egin eta gero ez da garunean prozesatzen, beraz subjektuak ez du sentsaziorik. Sentsazio-guneetan kitzikatuz, ordea, pertsonak sentsazioak izaten ditu, nahiz eta zentzumenetatik informaziorik ez sartu (adibidez, burrunba).

Hautemate-gunean lesiorik balego, subjektuak sentsazioak izango lituzke baina ez lituzke ulertuko (agnosia). Hautemate-guneak kitzikatuz, ordea, subjektuak hauteman egiten du, nahiz eta estimulurik, transdukziorik eta sentsaziorik ez izan (haluzinazioak).

Non	**Zer**	**Lesioa**	**Kitzikatuz gero**
Zentzuetan	Transdukzioa	Zentzumen-gabezia	Sentsazioak
Sentsazio-gunean	Sentsazioa	Zentzumen-gabezia	Sentsazioak
Hautemate-gunean	Hautematea	Agnosia	Haluzinazioa

Desagertutako gorputz-atal mamutuaren fenomenoa. *Gaixo batzuei, gorputzeko atal bat moztu zaienean, atal horretan mina dutela esaten dute. Nola liteke moztutako hanka batean mina izatea, hankarik ez badago jada? Sinesgaitza dirudien fenomeno horrek azalpen erraza du. Mina edota edozein hautemate garunean hautematen dira. Nahiz eta mina hankan kokatu, mina garunean sentitzen da. Hanka moztean, hankatik garunera zihoazen nerbioek han jarraitzen dute: nerbioak edo garuneko edozein toki kitzikatuz gero, hankako mina hautemango da. Horregatik, moztutako hankak min egin dezake*

- Hautemate-prozesua ekonomikoa da.
Esandakoaren arabera, hautematea prozesu ekonomikoa eta kontserbadorea da: dakienetik abiatzen da, dituen eskemetatik. Horregatik huts egiten dugu hainbestetan: aurreiritzien eraginaz, adibidez. Hautematerakoan, egiak balira bezala erabiltzen ditugu aurreiritziak.

Pertsona bakoitzak dituen eskemak jatorri hauek dituzte:
- Bakoitzaren esperientzia
- Inguruko usteak: kulturalak, familiarrak, lagun-taldekoak…

Bai batzuk eta bai besteak egia edo gezurra izan daitezke:
- Benetako ezagutza
- Uste okerrak: mitoak, aurreiritziak.

- Hautemate-prozesuan egoera afektiboak eragina du.
Pertsona bat nola aurkitzen den, zer emozio edo sentimendu ari den bizitzen, zer behar eta nahi dituen, horiek guztiek eragina dute hautemandakoan. Egoera afektiboarekin bat datozen eskemak eskuragarriago egongo dira hautemateko orduan.

Demagun maitemindua zaudela. Egun guztia buruan "hori" dago, goizetik esnatu orduko, eta gauean lo hartu arte. Kaletik zoaz eta han urrutian "hori" ikusten duzu. Bihotza eta arnasketa bizkortu egiten zaizkizu: "Bera da!, bera da!, hau poza!, zer urduritasuna!". Ohartu gabe ere, bat-batean, irribarrez daukazu aurpegia. Hurbiltzen zoazen heinean gero eta urduriago sentitzen zara. Aurrean daukazunean….ooohh, ez da bera. ***Errealitatearen ordez beste gauza bat hautematea askotan gertatzen zaigun zerbait da, eta ilusioa deritzo.*** *Badaude gure inguruan hori ondo azaltzen duten esaerak: "Quien hambre tiene con pan sueña", " nahi duzuna bakarrik ikusten duzu zuk".*

Irudi anbiguoak. *Irudi bikoitzetan eta anbiguoetan gauza ezberdinak hautematen dituzte pertsonek. Ezaguna da ondoan agertzen den irudia, neska gaztea eta amona zaharra biltzen dituena. Bizitza afektiboak eragina izango du gauza bat edo bestea hautemateko orduan. Zer ikusten duzu errazago?*

Pertsona bat triste dagoenean, errealitatea "ilunagoa" ikusten du; alai dagoenean, "argiagoa"; beldur denean, "beldurgarriagoa"; haserre dagoenean, "mehatxagarriagoa". Badirudi egoera afektibo batean aurkitzen garenean, "betaurreko" batzuk janzten ditugula, errealitatea era batera hautematera garamatzatenak.

Pertsona bat triste dagoenean, gauzak direna baino okerrago ikusten ditu, bere iragana ezkorrago, eta bere burua ere bai. Gerora begira ezkor agertzen da. Denbora eta espazioa ere ezberdin hautematen ditu.

Gaixoek ere beren egoera afektiboak kutsatuta hautematen dute. *Gaixo bat ospitalean ingresatua dago, minbizia aurkitu diotelako. Egoera hori oso mehatxagarritzat bezala bizi du, bere bizia eta ongizatea arriskuan jartzen dituelako. Ondorioz, oso beldurtuta dago. Beldurtuta dagoen bitartean, mediku eta erizainen hitz eta keinu gehienak mehatxagarriak hautemango ditu. Horregatik kontu izan behar da gaixoaren aurrean esaten diren gauzekin eta egiten diren keinuekin.*

Proiekzioa. Maiz, sentitzen ditugun emozioez ez gara jabetzen eta besteengan proiektatzen ditugu. Ondorioz, besteengan erraz ikusten dugu gure buruan nekez ikusten duguna. Antzeko zerbait gertatzen zaigu gure buruaz onartzen ez ditugun ezaugarriekin.

Gogaikarria zarela pentsatzen baduzu, besteek hori pentsatzen dutela hautemango duzu. *Demagun gogaikarria zarela uste duzula. Beste batekin hitz egiten ari zarela, horixe da zure kezka: "Gogaikarria naizela pentsatuko du?" Bestearen keinuak zentzu horretan interpretatzen dituzu, eta gogaikarria zarela pentsatzen ari dela hautematen duzu..*

Zozoak belari ipurbeltz. *Ez da arraroa norbait beste bati akats bat nabarmentzen ikustea, berak akats bera duenean. Kanpotik ikusita, barregarria da. Nola liteke bere buruan ezaugarri hori ez ikusi eta bestearenean hain argi ikusi, eta hainbeste gogaitzea? Psikoanalisiak esaten digu norbaitek bere ezaugarri bat ezin badu jasan erreprimitu egin dezakeela. Erreprimitua dagoena ez dago subjektuaren kontzientzian. Horrelakoetan, subjektuak proiektatu egiten du. Bestearengan berak jasan ezin duen ezaugarria ikusten duenean, gogor erasotzen dio. Hori adierazten duten esaera pare bat badago: "Zozoak beleari ipurbeltz" eta "ve la paja en el ojo ajeno, y no ve la viga en el propio".*

Beraz, hautematea prozesu aktiboa eta subjektiboa da, informazioa irazi, integratu eta berreraikitzen duena, eta ezagutzen duenetik ulertzen saiatzen dena, egoera afektiboen menpe.

- Hautemate-prozesuan eragina du ingurune sozialak

Txikitatik, nolabaiteko presioa dugu besteek hautematen dutena hautemateko. Alde batetik, guraso eta ingurukoengandik ikasten dugu hautematen. Hautemate hori zuzenagoa edo okerragoa da, baina hori da guk ikasitakoa. Besteekin gaudenean, maiz besteek hautematen dutena hautematera presionatuta gaude.

Demagun lanean hasi berria zarela. Zuzendariarekin izan duzun lehen harremana ona izan da. Zuzendaria pertsona irekia, atsegina eta garbia iruditu zaizu. Lanean hasten zarenean, lankideekin zuzendariaz hitz egiterakoan, zure iritzia esaten duzu. Beste guztiek kontrakoa esaten dizute. Zuzendariak eginiko zerbait jartzen dute adibide gisa: ageriko asmoen azpian zuzendariaren asmo ezkutuak ikusarazten dizkizute. Zuzendaria beste era batetara hautematera behartzen zaitu taldeak.

Diagnostiko bat egiterakoan taldearen gehiengoak diagnostiko bat ikusten du. Zailagoa da harekin bat ez datorren sintoma bat ikustea.

201 gelako gaixoa gogaikarria dela pentsatzen dute erizain guztiek. Zaila da gaixo hori beste era batera hautematea.

- Hautemate-prozesuan eragina duten faktoreak

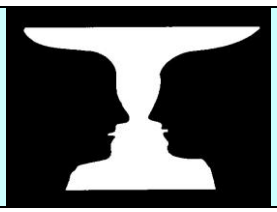
Oraindaino esandakoaren arabera hautemate-prozesua aktiboa eta subjektiboa da. Bertan irazi, integratu eta berreraikitzen da. Iragazpen horretan, arretak parte hartzen du, ez dugulako sartzen den guztia prozesatzeko gaitasunik. Bai iraungitzean, bai integratzean, eta bai berreraikitzean, eragina dute eskuragarri dauden eskemek. Honako hauek dira eskuragarrien dauden eskemak:

- Ezagunak: esperientzia, besteengandik ikasitakoa (kultura, ikasitakoa, nortasuna)
- Bizitza afektiboarekin bat datozenak: nahiak, emozioak
- Taldeak partekatzen dituenak.

Hautematearen oinarrian daude, halere, hautematearen lege orokorrak:

- Irudi-hondo. Hautematerakoan beti zerbait hautematen dugu argiago (irudia) hondo batean (ez hain argia). Hondoak, irudia hautematen laguntzen digu (horixe egiten dugu begiekin enfokatzen dugunean, irudia argitu eta hondoa difuminatu).
- Taldekatzeak: hautematerakoan taldekatzeko joera dugu (berdintasunaz, gertutasunaz…)
- Osotasuna: nahiz eta ez osoa izan, zerbait hautematerakoan osoa balego bezala hautematen dugu (eskematik abiatzen garelako)
- Kostantzia: nahiz eta gauzek itxura aldatu, aldatu ez balira bezala hautematen ditugu. Eskerrak! Imajinatzen al duzu pertsona batek ilea moztu duelako pertsona bera ez balitz bezala hautematea?

***Irudi anbiguo batzuetan, hondoa aldatuz gero irudia aldatzen da**. Irudi honetan, hondoa beltza bada, kopa txuri bat ikusiko duzu; hondoa zuria bada, bi aurpegi aurrez-aurre ikusiko dituzu.*



- Gauza ezberdinak hautematen ditugu

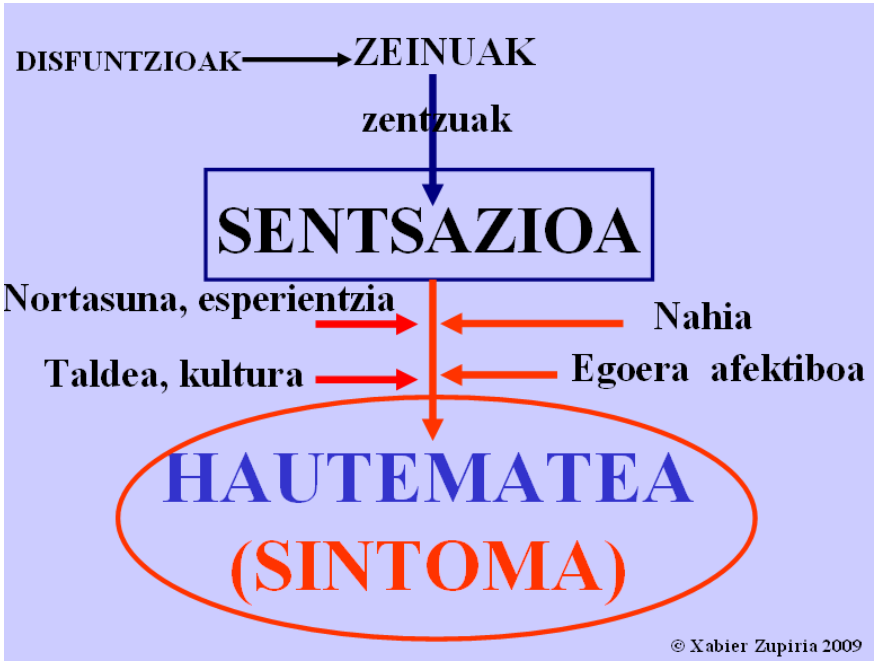
Nahiz eta errealitate ezberdinak hauteman, hautematearen legeak eta eragina duten faktoreak berdinak dira. Hemendik aurrera, osasun-profesionalarentzat garrantzitsuak diren gauzen hautematea aztertuko dugu:

- Sintomak
- Pertsonak
- Gertakizunak
- Norbera
- Denbora
- Espazioa

- Sintomen hautematea eta oinazea

Ezin dugu jakin zenbateko mina duen gaixo batek. Halere, inoiz ezin dugu zalantzan jarri gaixoaren oinazea. Maiz, ageriko lesioek ez dute mina azaltzen. Mina eta edozein sintoma, azken batean, sentsazio bat besterik ez dira, zentzumenetatik datorren informazioa, sentsazio bihurtzen dena eta gero hautematen dena. Hautemate-prozesuan eragina duten faktore berek dute eragina. Sintoma batek sortzen duen oinazea bere intentsitatearen araberakoa da, baina baita subjektuak ematen dion esanahiaren araberakoa ere:

- Ezagutzen duenaren araberakoa: esperientzia zuzena, ikasita dakiena
- Nortasunaren araberakoa
- Ingurune kulturalaren araberakoa
- Egoera emozionalaren araberakoa
- Taldearen araberakoa



***Adibidea**. Demagun gaixo bat bizkarreko minekin dabilela. Min handia dauka. Medikuetara joan eta bizkarrezurrean metastasiak diagnostikatzen dizkiote. Aurretik minbizia izan zuen, baina sendatu zen. Aurreko esperientzia oso gogorra izan zen: denbora luzez gaixo, tratamendu gogorrak (ebakuntzak, erradioterapia, kimioterapia). Orduan izandako minak oroitzen ditu eta oso beldurtuta dago.*

- *Mina sentitzen duenean izerditan jartzen da eta larritasun handiarekin bizitzen du min hori. (Aurreko esperientzia hori arinagoa izan balitz, mina ez luke hain mehatxagarri hautemango, minarengatik ez luke hainbeste sufrituko).*
- *Lehendik ere badaki zer den minbizia eta metastasiak, eta jabetzen da bizitza arriskuan dagoela, eta seguruenik gaizki pasatuko duela. Minak hori ekartzen dio gogora. Horregatik ere, mina larritasun handiz bizitzen du (minbizia duela ez baleki, edo minbiziagatik ez balu minik, gaixotasuna ez luke hainbeste larridurarekin biziko, ez luke hainbeste sufrituko).*
- *Nortasunari begira gizon lasaia da gure gaixoa (horren ordez urduria izango balitz gehiago sufrituko luke gertatzen zaionarekin).*
- *Gure gizona Igeldoko baserritar bat da, txikitatik mina jasaten ikasi duen gizon gogorra*
- *Esan bezala gizona urduri dago, larri, beldurtuta. Horregatik gehiago sufritzen du (lasai egongo balitz min horrekin gutxiago sufrituko luke)*

- Pertsonen hautematea (hautemate soziala)

Beste gauza batzuen artean, pertsonak hautematen ditugu. Pertsonak hautematerakoan ere, dakigunetik abiatzen gara, eskemetatik. Beste eskema batzuen artean "izaeraren teoria inplizituak" erabiltzen ditugu. Eskema horiek oso sinpleak dira: ezaugarri sinple batzuetatik abiatu eta pertsona nolakoa den esaten digute. Aurreiritziak dira (politak=tuntunak, ijitoak=gezurtiak…).

Neska eder bat ikusi eta berarekin hitz egiten hasi orduko, eta ia ezagutu gabe, tuntuna dela hautematea.

Ijito bat kontsultara sartu eta berehala gezurtia dela hautematea

Lehenengo harremanean, "izaeraren teoria inplizitua" aplikatu eta lehen iritzia egiten dugu.

Asko pentsatu gabe, beste akats bat egiten dugu: "oinarrizko egozte-akatsa". Pertsona baten ekintza bakar batean oinarrituta, pertsona hori nolakoa den inferitzen dugu; pertsona horren ekintza hautematean, pertsona nolakoa den hautematen dugu.

***Adibidea**: Gaixo berri bat bisitatzera goaz gelara. Kaixo esan, nola dagoen galdetu eta era txarrean erantzuten digu. Gelatik ateratzen gara pentsatuz: "Zer gaixo desatsegina!". Gaixoa ez da desatsegina. Oso beldurtua dago eta gaueko erizainak errieta egin dio. Ia ez du lorik egin gau osoan eta nekaturik dago. Beldurtuta, nekatuta eta haserre dago. Berarekin harreman laburra izan dugu, txarra. Hortik abiatuta haren nortasun ezaugarri bat inferitu dugu ("oinarrizko egozte-akatsa" egin dugu).*

Lehen inpresioa izan eta gero, inpresio hori mantentzea izaten da joera (ez ahaztu dakigunetik hautematen dugula). Pertsona horrekin gauden hurrengo batean, arreta gehiago jarriko dugu lehen inpresioa baieztatzen duen informazioan, eta lehen inpresio hori indartu (berez betetako iragarpenaren fenomenoa). Fenomeno horren bitartez mantentzen dira aurreiritziak: gure usteak baieztatzen dituen informazioa kontuan hartzeko joera dugu, aurka dagoen informazioa baztertuz, eta, ondorioz, gure ustea indartzen dugu.

Estereotipo sozialak gizataldeek sortu eta mantentzen dituzten aurreiritziak dira. Harreman sozialen ondorioa dira.

Gizakiok bi eratako harremanak ditugu: pertsonen artekoak eta sozialak.

- Pertsonen arteko harremana: beste pertsona batekikoa da, harremana beste pertsonaren ezagutzan oinarritzen da, eta erakargarritasuna, berriz, haren ezaugarri pertsonalen araberakoa da.

- Harreman soziala: harremana talde bateko kide batekikoa da, ez da ezagutza pertsonalean oinarritzen, aurreiritzietan baizik. Pertsona erakargarria da talde bateko kide den heinean.

***Adibidea**: Zure herrian beste koadrila bateko mutil bat ez duzu gogoko, harro samarra iruditzen zaizu, koadrila horretako guztien moduan (aurreiritzietan oinarritutako harreman soziala). Unibertsitatean ikasketak egiten hasi, eta berarekin harreman zuzena izaten hasten zara. Mutil jatorra dela ohartzen zara (ezagutza pertsonalean oinarritutako harreman pertsonala).*

Taldeen arteko harremanak "erabakitzen" du neurri handi batean taldeko kideek izango duten harreman soziala. Aurreiritziak sortu eta bermatu egingo dituzte. Taldekideentzat zaila izango da estereotipo horiek ez onartzea (talde-presioa dago). Aurreiritziengatik, beste taldeko kideak gaizki hautematen ditugu, eta haiekiko harremana eta jokabidea kaltetzen. Pertsonarekin harreman zuzena dugunean bakarrik gainditzen ditugu aurreiritziak.

Osasun-profesionalen harreman sozialak.** Ospitalean talde ugari dago, uniformez ere bereizita daudenak: medikuak, erizainak, laguntzaileak, bedelak, administratiboak, ikasleak, gaixoak... Talde horietako kideek, talde-sentimendua dute, eta beste edozein taldek duen funtzionamendua dute. Beste taldeekiko aurreiritziak garatzen dituzte. Bi lanbide ezberdinetako langileek harreman pertsonalik ez duten bitartean, harreman soziala izango dute, aurreiritziek baldintzatua. Eragina izango dute aurreiritziek beste langile hori hautemateko eran. Medikuek aurreiritziak dituzte erizainez, psikologoez, gaixoez…. Erizainek aurreiritziak dituzte medikuez, psikologoez, gaixoez… Psikologoek aurreiritziak dituzte medikuez, erizainez, gaixoez…Gaixoek aurreiritziak dituzte medikuez, erizainez, psikologoez…Aurreiritzi horiek eragina dute bestea hautemateko orduan, eta berarekiko harremanean. Aurreiritzi horiek gainditzeko era bakarra harreman pertsonala da: pertsonak zuzenean ezagutzen ditugunean eta haiekin harreman zuzena dugunean, gainditzen ditugu aurreiritziak. **Gaixoek aurreiritziak ekartzea kontrola ezineko zerbait da. Bestalde, osasun-profesionalek ditugun aurreiritziekin lan bat egin beharko genuke. Aurreiritziak informazioa prozesatzeko dugun mugaren ondorioa direla ulertzen dugu. Halere, osasun-profesional gisa gainditu beharreko zailtasuna da aurreiritziena, gaixoa baldintzarik gabe onartzeko ezinbestekoa. Gure inguruko gaur egungo ospitaleak begiratuta, horretarako zailtasun bat gehiago ikusten dut: ospitalean, harremanak despertsonalizatuak eta deshumanizatuak dira.

Aurreiritziak sortzea eta erabiltzea gure gogamenaren ezaugarria da: hautemateko eskemetatik abiatzen gara, ditugun eskemetatik.

- Gauza guztiez ez dakigu, eta arlo batzuetan gutxi dakigu. Gai edo arlo batean gutxi dakigunean, ditugun eskemak erabiltzen ditugu hautemateko. Zenbat eta gutxiago jakin, sinpleagoa izango da eskema.
- Gauza askotan esperientzia zuzen gutxi daukagu, eta, horrelakoetan aurrez prestatutako eskemak erabiltzen ditugu (aurreiritziak).

Maiz, ezagutu berriak ditugun pertsonekin, beste pertsona ezagunekin egiten dugun bezala egiten ditugu harremanak. Haiekin gauden lehen unetik, guretzat esanguratsuak diren beste pertsonekin bezala sentitzen gara, sentimendu horien arabera hautematen ditugu eta horren arabera jokatzen dugu (alaitasunez, goxotasunez, haserrez…). Psikoanalisiak garrantzi handia eman zion fenomeno horri transferentzia deritzo.

***Adibidea**. Erizaintzako ikasleen artean ez da arraroa praktika klinikoetan daudenean aiton-amonekin harreman goxoak egitea eta adin ertaineko gizon eta emakumeekin harreman hotzagoak. Galdetutakoan, erantzuten dute lehenengoak haien aiton-amonak bezala hautematen dituztela eta bigarrengoak gurasoak bezala.*

Aipatutako guztia kontuan hartuz gero, kontu izan behar dugu besteak hautematerakoan. Nahiz eta jakin nola hautematen dugun, egunero akats berdinak egingo ditugu. Horrelakoetan, oso garrantzitsua da osasun-profesionala gertatutakoaz jabetzea; gaixoarekiko harremanean oso garrantzitsua baita "gaixoa baldintzarik gabe onartzea"

Roger *psikologoak ikusi zuen psikologo arrakastatsua izateko hiru ezaugarri hoberenak hauek zirela: egiazkotasuna, baldintzarik gabe onartzeko eta bestearen lekuan jartzeko (enpatizatzeko) gaitasunak. Bestea baldintzarik gabe onartzeko, lehen aipaturiko bi oztopo gainditu behar dira: estereotipo sozialak eta transferentzia.*

Peplo *erizainak erizainaren rola definitzerakoan, aipatzekoa da adierazten duen lehen gauza: "Erizaina arrotz gisa". Aurrean dugun gaixoa ezezaguna dela onartu behar dugula dio.*

- Egoera eta gertakizunen hautematea

Eguneroko bizitzan hainbat eta hainbat egoeratan mugitzen gara. Gehienetan ikasi dugu mugitzen, eta badugu nolabaiteko gidoi bat. Egoera horietan, gidoitik ateratzen den edonork edo edozerk harridura sortzen digu (ikusi zer gertatzen den telebistako kamara ezkutuko programetan).

Egoera guztiak hautematen ditugu, ohikoak eta berriak, argiak eta nahasiak. Beti ere, aipatutako hautemate-prozesuko ezaugarriak jarraituz. Egoera edo gertakizunak dakigunetik ulertzen saiatzen gara (esperientzia, nortasuna, ingurune kulturala), aurkitzen garen egoera afektibotik (nahia eta emozioak), eta taldearen presiopean.

Adibidea. *Maria, zahar-egoitza bateko amona bat, goizean korridorean zehar doa. Bere lagun batekin, Anarekin, gurutzatu da eta hark ez dio jaramonik egin. Mariak pentsatu du: "Anak pentsatzen du aspergarria naizela eta horregatik ez dit jaramonik egin". Maria triste doa bere gelara. Aztertu dezagun.*
Mariak, berak pentsatzen du aspergarria dela (konplexua du). Gertakizun horren aurrean, azalpen hori indar handiz datorkio burura (ez ahaztu gure ideiak baieztatzeko joera dugula). Hori horrela hautemanda, ez da harritzekoa triste jartzea. Okerrena zera da: hori dena berak eginiko "filma" dela. Anak, bere lagunak, ez du Maria ikusi, eta horregatik ez dio jaramonik egin. Nola liteke ez ikustea? Begietan tanta batzuk orduantxe bota dizkiotelako eta ez zuelako ondo ikusten. Jakina, Mariak aspergarria dela buruan badauka, ez dago hori baino indar handiagoko hipotesirik berarentzat. Buruan hori badauka, ez du pentsatu ere egingo Ana agurtzea. Anak ez du Maria ikusi. Nola agurtuko du?

Testuinguruak ere esanahia ematen laguntzen digu.

Kulechov efektua. *Lew Kulechov zine-zuzendari errusiarrak uste zuen zuzendari trebeek ikusleen emozioak esnatzen dituztela eta horretarako aktoreen espresioak irakurtzen laguntzeko testuingurua zehazten dutela. Hori frogatzeko hiru eszena ezberdin grabatu zituen, eta azkenean eszena bera erantsi zien, espresio neutroa zuen aktore baten aurpegia. Hiru eszenak honako hauek ziren:*

1. *Hildako emakume bat.*
2. *Zopa plater bat*
3. *Haurra jolasten*

Ikusleek azkeneko irudian ikusitako aurpegia horrela interpretatu zuten:

- *Lehenengo zatian hildako emakumea ikusi zutenek, gizona triste hauteman zuten.*
- *Lehenengo zatian zopa platera ikusi zutenek, gizona pentsatzen ari zela hauteman zuten.*
- *Lehenengo zatian haurra jolasten ikusi zituztenek, gizona pozik zegoela hauteman zuten.*

Ikerketa arrunt honetan argi ikusten da testuinguruak pertsonen emozioak hautematen laguntzen digula: batez ere, espresioa neutroa edo anbiguoa denean.

Wallboth HG. In and out of context: Influences of facial expression and context information on emotion attributions. *British Journal of Social Psychology 1988; 27: 357-69.*

Ospitaleko gertakizun askok ere, eragina dute hautemandakoan:

Gaixoak beldurtuta egoten dira. Horregatik gertatzen diren gauza asko, mediku eta erizainen keinu asko, argiak ez badira, beldurgarri gisa hautemateko joera dute.

Seattle-eko ospitalean gertatutako zerbait. *Gaixo eta senide asko zegoen ospitale bateko korridoreetatik haiek beldurtu gabe hildako bat emateko, hauxe egiten zuten: aurpegia estali gabe, lo balego bezala, ohean eraman korridorean barrena.*
Myers DG. Psicología. Panamericana. 7ª edición, 2005:p 254.

- Norberaren hautematea

Nola hautematen dugu geure burua? Zalantzarik gabe, aurreko kasuetan bezala: eskuragarri ditugun eskemak erabiltzen ditugu geure burua hautemateko orduan ere, horrek dauzkan abantaila eta desabantaila guztiekin. Gure autoezagutzatik eta autokontzeptutik hautematen dugu gure burua.

Zure autokontzeptua txarra bada, zeure burua gaizki hautemango duzu.

Zure burua gutxi ezagutzen baduzu, zure autokontzeptuan oinarrituko zara batez ere zeure burua hautemateko (zeure buruaren aurreiritzia duzu, kanpotik barneratua). Zenbat eta gehiago ezagutu zeure burua, zure autokontzeptua aberatsagoa izango da, eta gutxiago oinarrituko da barneratutako aurreiritzietan.

Autoestimua. *Autoestimu baxuko pertsonek autokontzeptu txarra izaten dute. Autokontzeptu hori orokorra eta sinplea izaten da, balioespen bati lotua, eta karga afektibo handikoa (txarra, gaiztoa, berekoia…). Ez dago autoezagutza on bat. Orokorrean, autoezagutza handitzen duten lanek, gauza on eta txarrez osatuak gaudela ohartarazten gaituzte.*

Esperientzia txarrak izan badituzu, zure burua maitagarria ez dela barneratu baduzu, zure autokontzeptua txarra izatea ez da harritzekoa.

Gizartean balio batzuk daude indarrean, eta balio horien arabera hautematen dugu geure burua. Azken batean, kulturaren eragina da hori, kultura ezberdinetan balio ezberdinak baitaude. Gure kulturan gaztetasuna, argaltasuna, edertasuna… eta horrelako gauzak aintzat hartzen dira. Gure kulturan bertan, mende batzuek atzera, loditasuna aintzat hartzen zen, eta orain gutxi arte zahartzaroa. Kultura guztietan, gutxiengoek, aurreiritzien eraginaz autokontzeptu txarragoa izan dezakete.

Ikerketa.
Clark psikologo bikoteak ikerketa interesgarria argitaratu zuen 1940. urtean. Ikusi zuten, aurreskolako haur beltzek nahiago zituztela panpina zuriak, nahiz eta jakin haiek panpina beltzekin antza handiagoa zutela. Frogatu zuten, apartheidaren ondorioz, oso txikitatik barneratzen zutela haur beltzek "txuria hobea zela, desiragarriagoa", eta horrek haiengan autoestimu baxuko sentimenduak sortzen zituela.

Kenneth Bancroft CLARK (1914-2005)

Mamie Phipps CLARK (1917-1983)

Clark KB, Clark MK. The development of consciousness of self and the emergence of racial identification in negro preschool children. *Journal of Social Psychology S.P.S.S.I. Bulletin 1939; 10:* 591-9.
Clark KB, Clark MK. Skin color as a factor in racial identification of negro preschool children. *Journal of Social Psychology, S.P.S.S.I. Bulletin 1940; 11:* 159-69.

Esan bezala, egoera afektiboak ere eragina du hautematerakoan. Depresioan sintoma garrantzitsu bat autoestimu baxua izaten da, nahiz eta normalean pertsona horrek autoestimu baxua ez izan. Depresioa duen gaixoak, bere burua oso era ezkorrean hautematen du. Mania duen gaixoak bestalde, oso ondo hautematen du bere burua (ondoegi). Gaixotasunera iritsi gabe, pozik gaudenean hobeto hautematen dugu geure burua, eta triste gaudenean okerrago.

Bestalde, gure burua gure nahi eta konplexuetatik ere hautematen dugu. Ez da arraroa, batek ipurdi handia duela pentsatzen badu, duena baino handiago hautematea. Hautematearen nahasketa hori oso arrunta da, eta dismorfofobia deritzo.

Anorexia nerbiosoa duten gaixoek beren burua ispiluan ikusi eta direna baino lodiagoak hautematen dute.

Taldearen eraginaz gure burua era batera hautematera presionatuta egoten gara.

- Denboraren hautematea

Beste gauzen artean, denbora ere hautematen da. Denboraren hautematea ez da beti berdina izaten. Egoera afektiboak eragin handia izaten du:

- Depresioa duenak denbora geldiro pasatzen dela hautematen du.
- Mania duenak denbora bizkor pasatzen dela hautematen du.

Aspertuta gaudenean denbora astiro pasatzen dela hautematen dugu eta distraiturik edo gauzak egiten bagabiltza, bizkor.

Azpimarratzekoa da, osasun-profesionalek eta gaixoek duten itxarote-denboren hautematea. Gaixoarentzat itxarote-denborak oso luzeak egiten dira (senideentzat ere bai). Beldurtuta, larri, dago gaixoa. Itxaron behar duenean, proba baten emaitzaren zain dagoenean…denbora oso astiro doa. Bestalde, osasun-profesionala mila gauzetan dabil, lanpetuta, alde batetik bestera. Gaixoarentzat denbora asko dena, profesionalarentzat gutxi izan daiteke. Osasun-profesionalak oso kontuan izan behar du hori. Intentziorik hoberenarekin ere, igurikapen okerrak sor daitezke:

Adibidea. *Planta batean, gaixoak erizainari zerbait eskatzen dio. Erizaina beste zerbaitetan dabil eta "berehala" doala esaten dio. Erizainak egiten ari zena bukatzen ordu erdi pasatu du, eta ziztu bizian pasa zaio denbora. Gaixoa ordu erdi horretan asko haserretu da: "Berehala etorriko dela esan dit eta ordu erdi luzean ez da etorri".*

4. Garapena

Zentzumenak prest daude jaiotzetik. Halere, jaioberriak esperientzia sentsorial urria du, ez du mundua ezagutzen. Pixkanaka mundua ezagutuz joango da, zentzumenetatik sartzen den informazioari esker. Horrez gainera, mundu hori era batera "ulertzen" ikasiko du, ingurukoen eraginaz. Gauzak, sintomak, pertsonak, egoerak, bizitza… era batera hautematen ikasiko du.

Kontuan izan behar da, beste gauza batzuen artean, hautemateko erak definituko duela pertsona baten izaera. Demagun batek izaera ezkorra duela, hautemate ezkorra egiten

ikasi duelako, edo baikorra duela, hautemate baikorra egiten ikasi duelako. Garrantzitsua zera da: bai bata eta bai bestea ikasiak dira. Horregatik, nahiz eta bat ezkorra izan, baikorra izaten ikas dezake.

5. Psikopatologia

Hautematearen nahasketak horrela sailkatu daitezke:

- AGNOSIAK: zerbait ez ezagutzea. Dementzian, ezagutzen ziren gauzak zer diren ahazten da.

- KUANTITATIBOAK:
    - Hipoestesiak: minaren hautemate eskasa (estres edota beldur handiarekin, adibidez).
    - Hiperestesiak: minaren hautemate handitua (larridurarekin, adibidez).
    - Edozein estimulu hautematerakoan (mina, usaina, soinua, parestesia, pentsamendu obsesiboa...) erabakigarria izango da gure egoera. Arreta beste gauza batean jarrita badago, ez digu hainbeste galaraziko. Arreta dagokion estimuluan jarria badaukagu, gogorragoa izango da, gehiago sufrituko dugu. Larritasunak arreta jarraraziko digu.

- KUALITATIBOAK:
  - HALUZINAZIOAK, ILUSIOAK.
    - Eskizofrenian ez dauden soinu eta esaldiak entzuten dira (entzumeneko haluzinazioak).
    - Desagertutako gorputz atal mamutuaren sindromea: Kendutako atal batean mina edukitzea. Adb: hankamotzak oinean mina izatea.
    - Zure bikotea zela ustez hauteman ondotik doan pertsona bat (ilusioa).

- GORPUTZAREN HAUTEMATEAREN ALDAKETAK
    - Dismorfofobia: atal baten hautematea zuzena ez denean. Adib. Sudurra edo ipurdia, adibidez, dena baino handiagoa hauteman.
    - Anosognosia, Asomatognosia: Gorputz zati bat (anosognosia) edo gorputz osoa (asomatognosia) ez hautematea. Depresio gogor batzuetan azaltzen da.

6. Neurobiologia

Ikerketa biologiko asko egin da hautematearen gainean. Zentzumen guztien bideak deskribatuta daude eta garunean hautemate-guneak kokatuta daude (ikusmena lobulu okzipitalean, entzumena lobulu tenporalean…). Halere, hautematea garuneko toki askotan gertatzen da aldi berean: ezin da fenomeno lokalizatu bat balitz bezala ulertu.

7. Bibliografia

Oinarrizkoa:

- Zupiria X. Sensopercepción. Tazón P, Aseginolaza L, García-Campayo J. Ciencias psicosociales. *Masson SA. Barcelona 1996: 6 gaia: 77-92.*

- Huizi P. Pertzepzioa. Huizi P. Psikologia. Unibertsitaterako testuliburua. *UZEI, Elkar 1990; 6 gaia: 83-110.*

- **Valencia JF, Villarreal M.** Hautemate soziala. Valencia JF. Psikologia sozialera hurbiltzeko zenbait gai. *EHU, Bilbo 1992; 10 gaia: 165-186.*

Sakontzeko:

- **Davidoff LL**. Sensación percepción y conciencia. Davidoff LL. Introducción a la psicología. 3ed. *Mc Graw Hill, México 1993; 4 gaia: 143-208.*
- **Myers DG**. La sensación. Myers DG. Psicología. 7ª edición, 192-229. *Panamericana. Buenos Aires, Madrid 2005*.
- **Myers DG**. La percepción. Myers DG. Psicología. 7ª edición, 230-63. *Panamericana. Buenos Aires, Madrid 2005.*
- **Fernández Trespalacios JL, Tudela P**. Atención y percepción. Mayor J, Pinillos JL. Tratado de psicología general III. *Alhambra Longman SA. Madrid 1992.*
- **Colmenero JM**. Percepción, atención y memoria**.** *Universidad de Jaen. Jaen, 1997*.
- **Guski R.** La percepción: diseño psicológico de la información humana**.** *Herder. Barcelona, 1992.*
- **Laing RD, Lee AR, Phillipson H**. Percepción interpersonal**.** *Amorrortu. Buenos Aires, 1973*.
- **Heider F.** The psychology of interpersonal relations. Wiley. New York 1958. (Atribuzio sozialaren teoriaz)
- **Napolitan DA, Goethals GR.** The attribution of friendliness. *Journal of Experimental Social Psychology 1979; 15: 105-13.* (Oinarrizko egozte-akatsaz)

Irakurtzeko:

- **Sacks O**. Antropologo bat Marten. ZIO. Euskal Herriko Unibertsitatea 2003.
- **Zupiria X.** Autoestima. http://www.zientzia.net/artikulua.asp?Artik_kod=4424
- **Seligman MEP**. Aprenda optimismo.Debolsillo, Barcelona 2004.

4.1 ARRETA

Zentzumenetatik informazio asko sartzen da aldi berean, eta ezin da dena kontuan hartu. Hori gure gaitasun kognitiboen muga bat da. Gaitasun kognitibo bat da arreta, zentzumenetatik sartzen den informazio guztia iragazteko balio diguna. Sartzen den guztia ezin dugunez prozesatu, interesatzen zaiguna hartu eta beste guztia utzi egiten dugu arretari esker. Berez oso interesgarria da gaitasun hori. Halere, ez du oso logikoki funtzionatzen, eta horrek soslaiak sortzen ditu (arreta nahi dugun horretan edo interesatzen zaigun horretan jartzen dugu, eta maiz ez zen hori gehien komeni zitzaiguna).

Bi eratako arreta dugu helduek:
- Nahi-gabekoa: guk nahi gabe arreta zerbaitetan jartzen da.
- Nahitakoa: borondatez, arreta zerbaitetan jartzen dugu (kontzentratzea da).

Haurrek 8 urtera arte ez dute nahitako arreta garatzen, eta beraz, nahi-gabeko arretaren menpe bizi dira. Nahi-gabeko arreta estimuluen deigarritasunaren menpe dago. Deigarritasun gehiago dutenak, arreta gehiago lortuko dute. Ikusiko dugun bezala, pentsamendua ere ez da horretaz libratzen: hautematea arretaren menpe dago, eta pentsamendua hautematearen menpe (zortzi urtera arte haurrak ez dira logikoak, eta hautemateak itsututa pentsatzen dute).

DEIGARRITASUN PERTZEPTUALA

- INTENTSUAK (soinu ozena, argi intentsua, zorabioa...)
- KONTRASTE HANDIKOAK
- MUGITZEN DIRENAK

- ARAUTIK ATERATZEN DIRENAK

- EMOZIONALKI HUNKITZEN GAITUZTENAK
- GURE IGURIKAPENEKIN BAT DATOZENAK

- SOZIALKI BALIO HANDIKOAK DIRENAK

- Jaioberriek: estimulu sozialekiko aurrejoera.

© Xabier Zupiria 2003

Arretaren patologian azpimarratzekoak dira:
- Aprosexia: ezin arreta mantendu. Adibidez mania duen gaixoari gertatzen zaio.
- Hiperprosexia: arreta zerbaitetik kendu ezina izatea. Normala da, kontzentrazioaren ondorioz bada. Guk ezin badugu kontrolatu, ez da normala (adibidez eskizofrenian, obsesioan).
- Psudoaprosexia (Sasiaprosexia). Ez da benetako arreta falta. Ezin da arreta jarri zerbaitetan, "bahituta" dugulako. Zerbaitek asko larritzen bagaitu edo kezkatzen bagaitu, sasiaprosexia izan dezakegu. Gaixo gehienek sasiaprosexia dute: gaixotasunak arreta "bahitzen" die eta oso zaila egiten zaie arreta beste gauzetan jartzea. Gaixoengan oso maiz ikusten den sintoma psikologikoa da.

***Gaixotasunak arreta bahitzen duenean**. Gaixoarentzat kezkagarria eta beldurgarria izaten da maiz bere egoera, eta ezin izaten du arreta bere gaixotasunetik kendu. Erizainak eta medikuak alperrik saiatzen dira esanaz: "beste gauza batzuetan pentsatzea komeni zaizu". Ezin dute.*

Haur hiperkinetikoak. Zortzi urtetik aurrera haur batzuek ezin dute nahitako arreta mantendu, asko distraitzen dira, eta ezin dute geldirik egon. Tratamendu berezia behar izaten dute. Zortzi urtera arte ez da hain arraroa haurrak arreta jartzeko zailtasuna izatea: beraz, adin hori baino lehenago ezin da haur hiperkinetikoaz hitz egin.

5. PENTSAMENDUA ETA ADIMENA

0.Sarrera
1. Definizioak
2. Etologia eta Antropologia
3. Giza pentsamenduaren ezaugarriak
4. Garapena
5. Psikopatologia
6. Neurobiologia
7. Bibliografia

0. Sarrera:

Zertaz ari gara pentsamenduaz eta adimenaz hitz egitean? Gizakiaren ezaugarri bereziak dira? Zergatik interesatzen zaigu gai hau?

Gizakia animalia adimentsua da. Zer esan nahi du horrek, beste animaliek ez dutela adimenik? Ez horixe. Zenbat eta eboluzionatuagoa espeziea, adimen gehiago du. Gugandik gertu dauden primateak adimen handikoak dira. Halere, gizakia da animalia guztietan adimentsuena.
Pentsamenduarekin gauza bera gertatzen da. Gizakia da pentsatzen duen animalia bakarra? Ez horixe. Animalia askok pentsatzen du. Zenbat eta eboluzionatuagoa espeziea, pentsamendua konplexuagoa da eta adimentsuagoa.

Pentsamendua eta adimena bereizteko erkaketa bat egingo dugu. Pentsatzea lan egitea balitz, adimena lan egiteko tresna izango litzateke: Zenbat eta tresna hobea izan lanerako, lan hobea eta ugariagoa egiteko aukera dugu; zenbat eta adimen gehiago, hobeto pentsatzeko aukera dugu. Gizakia da adimen-maila handiena lortu duen animalia, adimen formala: kontzeptuekin logikoki pentsatzeko gaitasuna.

Gizakia animalia adimentsuena izanik, beste animaliak baino hobeto pentsatzeko aukera du. Aukera esaten da, hainbat arrazoiengatik, gizakiak ez duelako beti ahal bezain adimentsu jokatzen. Zergatik? Hori aztertzen saiatuko gara. Azalpen horiek osasun-profesionalen eguneroko lanean gertatzen diren gauza asko ulertzen lagunduko digute.

Jarraitu aurretik, gaia hobeto ulertzen lagunduko digun ezberdintasun bat aipatuko da. Bi pentsamendu mota bereizten dira: bat-bateko pentsamendua eta pentsamendu zuzendua (ikusi gaiaren hasierako irudia). Etzanda zaudela edo arazo bati irtenbidea bilatzen zabiltzala, berdin pentsatzen duzu? Lehenengoak ez du arreta eskatzen, bigarrenak bai; lehenengoa, bakarrik doa, logika eta ordenarik gabe, bigarrena ordea, logika bat eta orden batekin dabil. Gure pentsamendua denbora gehienean bat-batekoa da (lotan ere bai), eta, batzutan, pentsamendu hori zuzentzen eta antolatzen saiatzen gara (pentsamendu zuzendua).

Mintzamena gizakiaren beste berezitasuna da. Komunikatzeko gaitasuna animalia gehienek dute. Halere, gizakiak bakarrik adierazi dezake pentsatzen duena era zehatz batean, kode batera kodetzeko eta kode horretatik deskodetzeko gaitasuna duelako. Mintzamena itzultzeko gaitasuna da (pentsamendutik kode batera eta alderantziz). Pentsamenduaren eta mintzamenaren garapena oso lotuta doazela ikusi da. Zenbat eta hitz gehiago, gauza gehiagotan pentsa dezakegu.

Gai honetan, pentsamendua eta adimena zer diren ikusiko dugu eta gizakiaren pentsamenduak eta adimenak nola funtzionatzen duten aztertuko dugu. Mintzamena, komunikazioaren gaian landuko da. Ikasitakoak osasun-profesionalentzat duen erabilgarritasuna azpimarratuko dugu.

Osasun-profesionalari, zer gaitasun bereganatzea komeni zaio?
Mediku eta erizainek gai izan beharko luteke:

- Giza pentsamenduaren funtzionamendua ulertzeko
- Giza pentsamenduaren ezaugarriak kontuan hartuz pertsonen jokabidea hobeto ulertzeko
- Pentsamenduak subjektibotasun handia duela onartzeko
- Egoera afektiboak pentsamenduan duen eraginaz jabetzeko

1. Definizioak:

Euskara	Gaztelera	Frantsesa	Ingelesa
Pentsamendua	Pensamiento	Pensée	Thought
Adimena	Inteligencia	Intelligence	Intelligence
Mintzamena	Lenguaje	Langage	Language

Zer da pentsamendua? Zer da adimena?

- **Pentsamendua:** Ideiekin eta sinboloekin egiten den gogo-jarduera (Diccionario terminológico de ciencias médicas, Salvat 12ª edición, Barcelona 1984.)
- **Adimena:** egoera berritan zailtasunak gainditzeko gaitasuna (Psikologia hiztegia, UZEI, Elkar, Donostia 1980, 29).
- **Mintzamena:** Mundua irudikatzeko eta beste kideekin komunikatzeko zeinu-sistema bat ikasi eta erabiltzeko gaitasuna. (Diccionario AKAL de psicología. Akal SA, Madrid 2004, 338 orr).

2. Etologia eta antropologia.

Animaliek pentsatzen ote dute? Adimenik ba ote dute?
Espeziearen konplexutasun-mailaren arabera, pentsamendua sortzen da eta adimena ere bai. Zenbat eta gertuago eboluzio eskalan gizakiarengandik, orduan eta argiago dago animaliek pentsatzen dutela eta adimena dutela. Gertuen dauden animaliek, primateek, pentsatzen dute eta adimentsuak dira. Tximu hurbilenak, bonoboak, tresnak erabiltzen ditu eta mintzamena garatu dezakeela ikusi da.

Gizakiak beti izan ote du adimena? Kultura guztietako gizakiak adimen-maila bera lortu dute?
Giza espeziearen adimenarekin oso lotuta agertu da bi oinekotasuna: eskua libratu ahal izan zen neurrian, eskuak erabiltzen hasi ginen, eta horrek gure adimena garatzea ahalbidetu zuen. Sinboloa ere orduan sortu zen eta berarekin mintzamena. Horrez gainera, talde-bizitza: taldean garatzen da gizakumea eta urte gutxitan gizakiak espezie gisa milaka urtetan ikasi duena ikas dezake gizabanakoak. Zibilizazioek beti bizkortu dute gizakiaren aurrerapen teknologikoa.

3. Gizakiaren pentsamenduaren eta adimenaren ezaugarriak:

Ze ezaugarri dituzte gizakiaren pentsamenduak eta adimenak?

- Gizaki heldu normalak, garapen-maila normala badu, pentsamendu arrazionala du.
- Halere, bere eguneroko funtzionamenduan, garapen-maila baxuagoko pentsamendu motak erabiltzen ditu: pentsamendu magikoa eta pentsamendu intuitiboa.
- Zeren bidez pentsatzen du? Ordezkoen bidez: irudikapenez. Irudikapenak, partikularrenetik orokorrenera, hauek dira: irudiak/aurrekontzeptuak/ kontzeptuak
- Bi pentsamendu mota bereizi daitezke: bat-batekoa eta zuzendua. Bai bata eta bai bestea, oso lotuta daude bizitza afektiboarekin: bizitza afektiboak eragina du pentsamenduan eta pentsamenduak eragina du bizitza afektiboan.
- Bat-bateko pentsamenduak ez du arretarik eskatzen, bere gisa dabil: loan, ametsetan gauzatzen da, eta esnaturik gaudela, fantasia eta irudikapenetan. Bere baitan islatzen da pertsonaren bizitza afektiboa: nahiak, beldurrak eta egoera afektiboa.
- Pentsamendu zuzenduak bi gaitasun ditu: sailkatzeko edo kategorizatzeko gaitasuna eta aukera ezberdinen artean hoberena aurreikusteko gaitasuna (arazoak konpontzea, erabakiak hartzea, kausak egoztea). Bi urte arte ez da irudikapen bidez pentsatzen, "ez da pentsatzen" (sentitze-mugitze adimena). Gero, hasieran irudiekin bakarrik pentsatzen da, eta 8 urtera arte ez da logikoki pentsatzen, hautemandakoak itsutzen du (eragiketaurreko adimena). 14 urtera arte logikoa da, baina ez du kontzeptuen bidez pentsatzen (eragiketa konkretuen adimena). 14 urtetik aurrera kontzeptuen bidez era logikoan pentsatzeko gai da (adimen formala). Beraz, nahiz eta txikitatik sailkatzeko eta aurreikusteko gaitasuna izan (nahiz eta adimena izan), logikoki kontzeptuen bidez 14 urtera arte ez da pentsatzen.
- Nahiz eta gizaki helduak adimen formala izan, maiz ez du eraginkorki erabiltzen. Beste arrazoien artean, gaia gutxi ezagutzea eta bizitza afektiboa daude. Horregatik, gaur egun adimen emozionalaz hitz egiten hasi da.
- Arazo berriei aurre egiteko eraren arabera, bi pentsamendu mota ezberdintzen dira: pentsamendu konbergentea eta pentsamendu dibergentea.
- Eguneroko arazoei aurre egiteko adimena erabiltzen dugu. Helduak, maiz, eguneroko arazoei aurre egiteko esperientzian oinarritzen dira logikan baino gehiago. Horregatik adimenaren beste sailkapen bat ere egiten da: adimen jariakorra eta adimen kristaldua.

Irudikapenak	ordezkoak
Irudiak Aurrekontzeptuak Kontzeptuak	 I I 2, bi

Pentsamendua
Bat-bateko pentsamendua Pentsamendu zuzendua
Pentsamendu magikoa Pentsamendu intuitiboa Pentsamendu arrazionala
Pentsamendu konbergentea Pentsamendu dibergentea

Adimena
Adimen emozionala
Sentitze-mugitzekoa Eragiketaurrekoa Eragiketa konkretuena Formala
Adimen kristaldua Adimen jariakorra

Gizaki helduak adimen formala du. Zer esan nahi du horrek?

Kontzeptuen bidez logikoki pentsatzeko gaitasuna duela.

- Kontzeptuen bidez pentsatzen du, abstrakzioen bidez. Energiaz, maitasunaz, justiziaz...gauza abstraktuetan pentsa dezake.
- Logikoa da, hau da, logikaren legeak erabiltzen ditu.
- Gaitasuna duela esan nahi du, hots, badezakeela. Horrek ez du esan nahi beti erabiltzen duenik pentsatzeko era hori (aurrerago ikusi)

Zer dira irudikapenak?

Gogo-jarduerak, (oroimena, pentsamendua...) ordezkoen bidez gertatzen diren fenomenoak dira. Bizitza errealean gauza errealak daude, eta, gogoan, haiek ordezkatu egiten dira. Ordezkari batzuk oso konkretuak dira: irudiak (ama, sagarra, etxea...). Irudiak beti errealitatearekin zuzenean loturik egoten dira. Txikitatik irudi horiek sortzen ditugu. Halere, handitzen garen heinean, orokorragoak eta abstraktuagoak diren ordezkoak sortzen ditugu: kontzeptuak. 6 urterekin, haurrak, kontzeptuak eraikitzen ditu. Halere, 14 urte arte ez du logikoki haien bidez pentsatzen (ikusi aurrerago). Barrura begiratuz gero, bi eratako ordezkariak dituzula ohartuko zara: zure amaren irudia izango duzu, eta ama kontzeptu bezala.

Azpian kategorizatze edo sailkatze-gaitasuna dago. Edozein zientziak horixe egiten du: gauzak sailkatu eta taldeetan jarri.

Beraz, **irudikapenen** bidez pentsatzen dugu (ordezkoen bidez), eta konkretutik orokorrera izan daitezke:

- **Irudiak**
- **Aurrekontzeptuak**
- **Kontzeptuak**

Zer da bat-bateko pentsamendua?

Lo edo "pikutan" zaudela, pentsatzen ari zara. Bat-bateko pentsamendua da, bakarrik doa, ez du arreta eskatzen: konturatu gabe ideia batetik bestera salto egiten du, norberak zergatik ondo jakin gabe. Batez ere, irudiak agertzen dira. Osasun-profesionalentzat oso garrantzitsua da: bertan "ikus" daitezke pertsonaren nahiak, beldurrak eta egoera afektiboa (bai gaixoarenak eta bai norberarenak).

Txistea:
Adin ertaineko emakume bat lo-ametsetan dago. Hauxe da ametsa:
Bera ohean lo dago. Mutil gazte eta eder bat logelan sartzen zaio. Mutilak jantzita daramatzan jantzi guztiak kentzen ditu. Biluzik, izugarrizko mutila iruditzen zaio emakumeari. Hurbiltzen zaio mutila emakumeari. Orduan, emakumeak larridura handiz galdetzen dio: *Zer egin behar duzu?*
Mutilak erantzuten dio: *Ez dakit, zure ametsa da*.

Gaixoak gauza tristeak kontatzen badizkit, oroitzapen tristeak baditu, eta gauzak direna baino tristeago hautematen baditu, triste dagoela pentsatu beharko dut, nahiz eta berak ukatu. Gaixoak oroitzapen eta pentsamendu erasokorrak baditu, haserre dagoen seinale

dira, nahiz eta berak ukatu. Gaixoa hitz egiten ari zaigula, haren behar eta nahiak "ikus" ditzakegu.

Gure pentsamenduei arreta jarriz gero, nola aurkitzen garen jabetu gaitezke eta erlatibizatzen ikasi. Gure pentsamendu eta fantasiek ere, informazio handia emango digute gure nahiez (maiz, nahi ezkutuez). Gure burua ezagutzeko iturri garrantzitsua da hori: gure nahi ezkutuak ezagutzeak informazio asko ematen digu gure jokabideaz eta izaeraz.

Kontu izan behar dugu, gaixoaren beharrak aztertzerakoan, gure nahiak ez proiektatzen. Gure nahiak ezagutzen ez ditugun bitartean, errazagoa izango da hori gertatzea, eta gure beharrak gaixoarenekin nahastea. Berriro ere, osasun-profesionalaren autoezagutzaren garrantzia ikusten da.

Psikoanalisiak oso kontuan hartu du hori hasieratik. Psikoanalisiaren teknika nagusia horretan datza: “Ideien asoziazio askea” eta “Ametsen interpretazioa”.

Frogatu da egoera afektibo zehatz batek pentsamendu mota bat dakarrela, oroitzapen zehatz batzuekin, eta oroitzapen eta pentsamendu horiek egoera afektibo hori mantentzen dutela.

Depresioaren aurkako terapia-teknika batzuk oso kontuan hartzen dute hori.

***Depresioaren aurkako teknika konduktistak**. Depresioa duten pertsonek gogo-jarduera “ilunduta” dute: oroitzapen tristeak dituzte, errealitatea ilun hautematen dute, gauza tristeak pentsatzen dituzte, jardun-maila baxua dute… tristurak, kognizio-sistema bahituta du, eta horrek depresio-egoera mantentzen du. Horrelako gaixoak, egunero, atsegin dituzten ekintzen programazio bat betetzera behartzen dira. Horrela, tristuraren gurpil zoro horretatik ateratzen dira.*

Zer da pentsamendu zuzendua?

Ez da bat-bateko pentsamendua, arreta eskatzen du. Kalean “pentsa ezazu” esaten denean, pentsamendu zuzendua erabil ezazu esan nahi da. Arazoak konpontzean, erabakiak hartzean, zergatiak bilatzean....pentsamendu zuzendua erabiltzen dugu. Beti galdera bati erantzuten saiatzen gara:

- Nola konpondu dezaket arazo hau? (arazoa konpontzea)
- Zein da erabaki hoberena? (erabakia hartzea)
- Zergatik gertatu da hori? (egozpena egitea)

Gizakiak horretarako duen tresna egokiena adimen formala da: gogoan aukera guztiak ordezkatu eta hoberena aukeratu. Halere, ez du beti aukera hori erabiltzen.

Zergatik ez gara beti logikoak?

Egia esateko, oso gutxitan gara logikoak. Arrazoien artean hauek daude:

- Haurra ez da logikoa ezin duelako. 14 urtera arte ez du bereganatzen adimen formala: beraz, ez dauka aukera hori. Horren ordez, beste pentsamendu mota batzuk ditu: pentsamendu magikoa eta pentsamendu intuitiboa.

  - Pentsamendu magikoaren adibidea: kutuna eramateagatik sendatuko naiz.
  - Pentsamendu intuitiboaren adibidea: sagarra jan dudalako tripako mina daukat

  Pentsamendu-modu horiek helduengan ere jarraitzen dute. Osasunaz, adibidez, gaixoek beren egoeraren azalpen asko era intuitiboan edota magikoan egiten dituzte, nahiz eta oso adimentsuak izan.
- Gaiari buruzko ezagutza gutxi edukitzeagatik. Gai batean adimen formala erabiltzeko, gaiari buruzko ezagutza-maila eta kontzeptualizazio-maila sakona izan behar da. Osasun-profesionalek osasun-mundua ondo ezagutzen dute eta bertan logikoki jokatzeko aukera dute. Bezeroek, ordea, gaiaren ezagutza xumea besterik ez dute izaten, eta, maiz, logikaren ordez beste pentsamendu mota arruntagoak erabiltzen dituzte.
- Arazoak konpontzean, erabakiak hartzean, zergatiak bilatzean, maiz, motibazio garrantzitsuena ez da egia jakitea. Horren ordez gure aurreiritziak mantentzea, gure nahiak betetzea, gure beldurrak baretzea… izaten dira motibazio nagusiak.

Adimen hori edukita eta hainbeste akats egiten badugu, zer egin daiteke lanean behintzat adimen formala erabiltzeko?

Lanean ezartzen diren hainbat protokolo, paradigma, lege eta lan egiteko erak oso lotuta daude gure galderarekin.

Arazoak konpontzean eta *erabakiak hartzean* hainbat teknika ezberdinak deskribatu dira: “Arazo-konponketaren teknika” eta “Erabakiak hartzeko teknika”. Erizaintzak adibidez, bere egiteko eraren ardatz gisa “arazo-konponketa” teknika hartu du

Zer garrantzi dute egozpenek osasun-lanean?

Txikitatik ezinezkoa zaigu egozpenak ez egitea. Mundua kontrolatzeko beharra dugu eta horregatik, zergati asko jakin nahi ditugu. Zergatiak galdetu eta erantzun egiten ditugu. Gure buruan berdin geratzen dira egiazko erantzunak edo egia ez direnak. Uste zuzen eta okerrek eragin bera dute guregan. Erantzuteko era ere ikasitakoa izaten da.

Erantzunak emateko orduan adimen formala erabiltzen dugu, baina baita ere pentsamendu magikoa eta intuitiboa. Gaixo batek pentsa dezake bere gaitza bere jokabidearen zigorra dela (pentsamendu magikoa), edo tripako mina janariaren eragina dela (pentsamendu intuitiboa). Batzuetan asmatzen dugu eta besteetan ez, halere: nork kendu usten duena gaixo bati burutik?

Beste gauza batzuen artean, besteen jokabideaz ere egozpenak egiten ditugu. Zergatik egin du horrek hori? Erantzunaren arabera, pertsona horrekiko sentimenduak izango ditugu, eta jarrera bat. Ez naiz berdin sentituko gertatu zaidan kaltea nire esku zegoen zerbaitegatik gertatu bazait (errua) edo nire esku ez zegoen zerbaitegatik gertatu bazait (tristura).

EGOZPENAK-EMOZIOAK-JARRERAK

Weiner: egozpenak → emozioa → jarrera

Ondorioa	Kontrolagarria? Nork kontrolatzen du?		Emozioa
Ona	Bai, nik		Harro
Ona	Bai, besteak		Eskerrona
Txarra	Bai, ni k		Errua
Txarra	Bai, besteak		Haserrea
Txarra	Ez	Bestearekiko	Gupida
		Nirekiko	Onartze-etsipen

Gaixotasun fisikoak/kontrolaezinak → gupida → laguntza

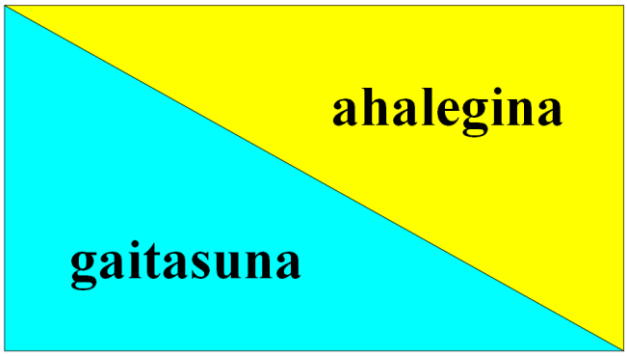
psikologikoak/kontrolagarriak → haserrea → arbuiatu

- Ikusi da jende gehienari minbiziak eta antzeko gaixotasunek gupida eragiten diotela. Pentsatzen da minbizia eta antzeko gaixotasun fisikoak ez daudela norberaren kontrolpean, eta bat gaixotzen denean errugabe den biktima gisa ikusten da, berarekiko gupida sentitzen. Gupida sentitzean, laguntzeko joera sortzen da.
- Drogamenpekotasunak eta beste gaixotasun psikologiko batzuk, ordea, norberaren kontrolpean daudela pentsatzen du jendeak, eta, norbait gaixotasun

horietan erortzen bada, biziosotzat edo arintzat jotzen da. Horrek pertsona horiekiko haserrea sentiarazten du, eta ez du laguntzeko jarrera sortzen, arbuiatzekoa baizik

Iruditzen bazait gaixorik dagoen nire aita okerrera doala, medikuek eta erizainek ez dutelako bere lana ondo egiten, haserrea sentituko dut. Ikusi da besteen jokabidea aztertzean oinarrizko egozte-akatsa egiten dugula eta oso faktore gutxi izaten ditugula kontuan:

- Oinarrizko egozte-akatsa: Besteen jokabidea aztertzerakoan haren nortasunaren ezaugarri egonkorrei egozteko joera dugu ("horrek hori egin du, gaiztoa delako").
- Besteen jokabidea aztertzerakoan, bi azalpen ikusteko joera dugu: ez da gai (gaitasuna) edo ez du nahi (ahalegina). Nire senideak okerrera egin badu, bi azalpen orokor daude: medikuak ez daki edo ez du nahi (ez da gai edo ez da ahalegindu).



Bada egoztearen beste aspektu bat, norberaren egoera emozionalarekin oso lotuta dagoena. Gertakizunen aurrean zer joera du pertsonak?

- Gertatutakoa bere buruari egoztekoa? (barruko egozte-estiloa eta kontrol-sentsazioa)
- Gertatutakoa besteei egozteko joera? (kanpoko egozte-estiloa eta kontrol-sentsazio gutxi)
- Gauza onak bere buruari egotzi eta txarrak besteei (egozte-estilo egotikoa)
- Gauza txarrak bere buruari eta onak zorteari (egozte-estilo insidiosoa)

Egozte-estiloaren arabera, sentimendu batzuk edo besteak izateko joera izango du pertsonak.

- Gaixotasunaren aurrean barruko egozte-estiloa duenak bere aldetik egin dezakeen guztia egingo du sendatzeko. Hori beti ondo etortzen da. Gaixoa kooperatzailea izaten da. Ezer egin ezin denean gogorra izan daiteke haren "borroka" ikustea, eta atseden hartzen laguntzea ondo legoke: "Ahal duzuna egin duzu, ausarta izan zara, eta orain atseden hartzeko eskubidea duzu"
- Gaixotasunaren aurrean kanpoko egozte-estiloa duenak, gauzak aldatzeko ezin dezakeela ezer egin sentitzen du, ez dagoela bere esku. Babesgabetasun-sentimendua izaten dute eta depresiorako joera. Ez du kooperatzen eta utzi egiten da. Zerbait egin dezakeenean, egitera eta kooperatzera animatzea ondo legoke.
- Egozte-estilo egotikoa. Autoestimurako ona da gauza onak norberak egindakoari egoztea, eta txarrak besteek egindakoari egoztea. Akats bat du estilo horrek: hutsetik ez da ezer ikasten eta ez da errealitatean bizi.

- Egozte-estilo insidiosoa dutenek depresiorako joera dute. Ez da harritzekoa, gauza onak zoriaren ondorio badira eta txarrak norberaren errua badira. Gaixotasuna erruduntasunarekin bizitzeko joera du.

Zertan datza laburbilduz, pentsamenduaren eta bizitza afektiboaren arteko elkarrekintza?

Esan dugu alde batetik pentsamendu zuzenduak bizitza emozionala adierazten digula (ametsetan, fantasietan, esaten ditugun gauzetan, egiten ditugun keinu eta gauzetan, haurren marrazkietan... gure bizitza afektiboa ikus daiteke, gure nahiak eta egoera emozionala). Bestalde, gure pentsamenduek egoera emozionala bermatu egiten dute: triste banago, pentsamendu tristeak ditut eta horrek triste mantentzen nau.

Bizitza emozionalak pentsamendu zuzenduan eragina duela ere ikusi dugu: nahiz eta logikoak izateko gai izan, maiz, gure nahiek eta egoera emozionalek ez digute batere laguntzen. Interesgarriak dira zentzu horretan Freudek deskribatutako lapsusak eta akatsak.

Gainera, gure usteek, pentsatzeko erak eta abar... egoera emozionalak sortu eta mantentzen dituzte. Ellis psikologoak ondo aztertu zuen hori: ikusi zuen jendeak uste irrazionalak dituela eta horren ondorioz asko sufritzen dela alferrik. Horretan oinarritzen da psikologia kognitiboan garatutako "berregituraketa kognitiboa" teknika.

Albert Ellis. Pittsburgh 1913, Manhattan 2007.
Ellis A. Razón y emoción en psicoterapia. Desclée De Brouwer, 6ª edición 2003. *Reason and Emotion In Psychotherapy*. NY: Lyle Stuart, 1962
http://www.albertellis.info

Zertan datza adimen emozionala?

Ez da nahikoa "tresna" ona edukitzea. Mundu afektiboak eragin handia du pentsamenduan. Zergatik ez da beti zoriontsuena edo arrakastatsuena pertsona adimentsuena? Adimenaz gainera, badaudelako beste gaitasun batzuk gizarte-bizitzan oso garrantzitsuak direnak: autoezagutza, autokontrola, enpatia eta horrelakoak. Pertsona batek adimen handia izan dezake, baina emozioek bahituta egon daiteke. Auto on batek, ona izan arren, olioa galtzen badu, ez da ondo ibiliko. Arazo afektiboak dituen pertsona adimentsuak, ez du probetxuz erabiliko adimena bere bizitza zuzentzeko.

*Komiki honetan **"Olioa galtzen zuen merzedesa zuen taxistaren" sindromea** irudikatzen da. Taxistak kotxe ona zuen, baina matxura txiki batekin: olioa galtzen zuen. Horrek ez zion uzten bere kotxeari etekina ateratzen. Maiz, arazo emozionalak adimen handiko pertsona bati ez diote adimena etekinez erabiltzen uzten.*

Adimen emozionalaren ezaugarriak:

- Norberaren emozio eta sentimenduak ezagutu
- Norberaren emozio eta sentimenduak maneiatu
- Norberaren emozio eta sentimenduak onartu
- Automotibazioa
- Harremanak kudeatu

David GOLEMAN.
California 1947

Goleman D. Inteligencia emocional. Kairos, Barcelona 1996

Zer dira pentsamendu konbergentea eta dibergentea?

Aipatu da, adimen formala duenak aukera guztiak kontuan hartu eta hoberena aukeratzeko gaitasuna duela. Halere, nahiz eta gaitasuna izan, gehienetan, azterketa hori egin beharrean, eskuragarri ditugun ohiko eskemak aplikatzen ditugu (pentsamendu konbergentea). Egunerokotasunean, askoz ere ekonomikoagoa eta bizkorragoa da dakiguna aplikatzea. "Arazo zaharrei konponbide zaharrak" ematen dizkiegu. Gutxitan, eskemak kontuan hartu gabe, aukera guztiak kontuan hartzen ditugu, "eroena" tarte (pentsamendu dibergentea). "Arazo zaharrei konponbide berria" ematen saiatzen gara.

Pertsona sortzaileek pentsamendu dibergentea erabiltzeko joera gehiago omen dute. Aipagarriak dira zentzu horretan Einstenek esandako hitzak:

Albert EINSTEIN

Alemania 1879-USA 1955

Ikaskuntzaren ikasgaian pentsamendu dibergentearen bi adibide azpimarratu ditugu: Paulov-ek eta Selligman-ek bere ikerketetan espero ez zutena aurkitu zutenean, esperimentua gaizki eginda zegoela pentsatu beharrean, fenomenoari azalpen berri bat eman zioten.

Diagnostikoa egiteko orduan, esperientzia handia duten klinikoek esaten dute mediku gazteek diagnostiko arraroenak pentsatzen dituztela (teoria ezagutzen dute eta kasu baten aurrean edozein diagnostikotan pentsatzen dute, ohikoena dena kontuan hartu gabe, pentsamendu dibergentea erabiliaz). Esperientzia duten medikuek, ordea, diagnostiko arruntak egiteko joera dute (esperientzian oinarrituta, ohikoena dena diagnostikatzeko joera dute, eskemak aplikatuz, pentsamendu konbergentea erabiliaz). Rozman medikuak dio maiz gertatzen diren gaixotasunetan pentsatu behar dela diagnostikatzerakoan, beste aukerak inoiz ahaztu gabe, edo, beste era batera esanda, aurrena pentsamendu konbergentea erabili, eta, ez duenean funtzionatzen, dibergentea.
Rozman C, Feliu E. Semiología y métodos de exploración en medicina. *Salvat, Barcelona 1986.*

***Ideien ekaitza**. Arazoak konpontzeko oso erabilia den talde-teknika bat "brain storming" edo "ideien ekaitza" da. Arazo bati erantzuna emateko pentsatzen jartzen garenean, konponbide batzuk bururatzen zaizkigu berehala, gehiegi pentsatu gabe (eskemen, nahien eta egoera emozionalaren eraginaz). Ez dira logikaren ondorioz etortzen. Maiz, ez dira konponbide hoberenak, eta halere aurrera egiten dugu. Huts egin dugunean ere, ez dugu konponbidea aldatu nahi. Arazoak taldean konpontzen direnean ere, konponbide batzuk hasieratik inposatzen dira besteen gainetik, nahiz eta logikoenak ez izan. Maiz, taldean sortzen diren eztabaidak, ideien eztabaida baino estatus eztabaida izaten dira. Soslai horiek ekiditeko, teknika batzuk garatu dira. Horien artean "ideien ekaitza" dago. Taldekide guztaki bururatzen zaizkien konponbide guztiak ematera gonbidatzen dira, nahiz eta hasieran ezinezkoak edo oso arraroak iruditu. Printzipioz ez da ideiarik baztertzen. Teknika hau aplikatuz ikusi da, maiz, konponbide hoberena bilera arrunt batean atera gabe geratuko zela.*

Zer dira adimen kristaldua eta jariakorra?

Adimena eta adina aztertzerakoan ikusi da gazteek eta helduek ez dituztela estrategia berdinak erabiltzen arazoei aurre egiteko. Helduek, esperientzian oinarritzeko joera dute, eta gazteek, esperientzia gutxiago dutenez, irtenbide berriak aurkitzeko joera dute. Horregatik bi adimen mota ezberdintzen dira: jariakorra edo arazo bakoitzari erantzun berria ematea eta adimen kristaldua edo esperientzian oinarrituta erantzuteko joera. Bakoitzak bere alde ona eta txarra ditu:

- Adimen kristalduari esker, arazo bakoitzaren aurrean ez da berria balitz bezala pentsatu behar. Ekonomikoagoa da. Halere, akats bat du: arazo berriei irtenbide zaharrekin erantzuteko joera. Egonkortasuna ematen du, baina ez du aurrerapenik ekartzen.
- Adimen jariakorra gehiago kostatzen da baina konponbide berriak sortzen ditu.

Badakizu zientzia-aurkikuntza garrantzitsuenak bizitzaren 3. hamarkadan dauden gazteek egiten dituztela? (Nahiz eta nobel-saria zahartzen direnean jaso).

4. Pentsamenduaren eta adimenaren garapena

Eredu asko saiatu dira adimenaren garapena azaltzen. Hemen, Piaget-ek azaldutakoa aztertuko dugu. Piaget-en ustetan, haurrak 14 urtetan egiten duen bidea, gizakiak eboluzioan zehar eginiko bidearen laburpena da. Gizon helduak adimen formala du:

- Kontzeptu abstraktuekin eragiketak egiteko gaitasuna.
- Eragiketa horiek logikoki egiteko gaitasuna.

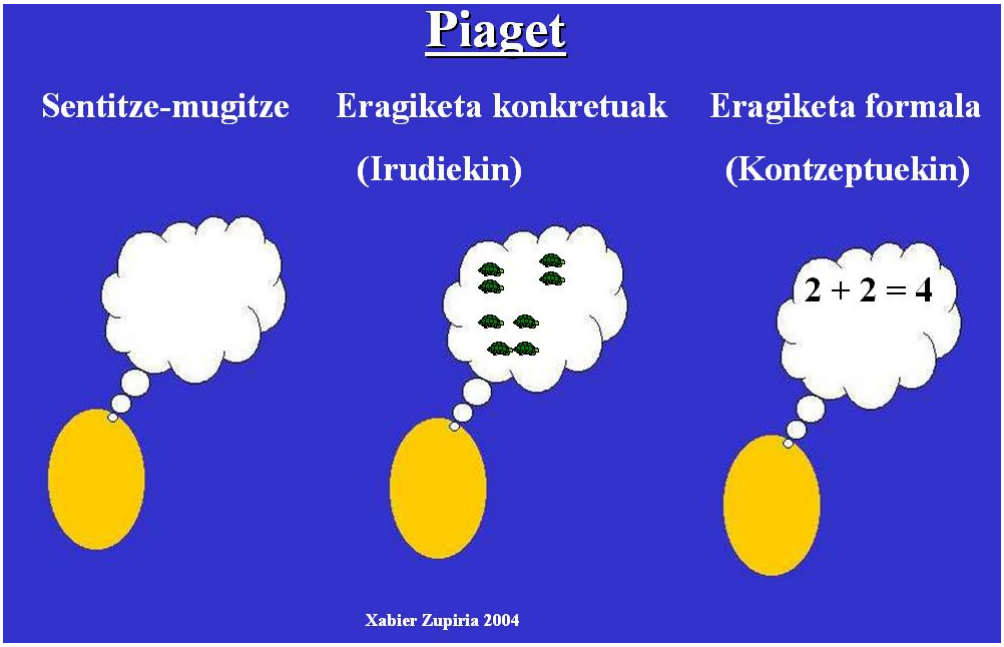
Horretara heltzeko, 14 urteko bidea egiten du haurrak, laguntzen dion ingurune batean: heziketak berez sortzen den prozesuari lagunduko lioke.

Piaget oso gizon azkarra zen. Oso gaztetik nabarmendu zen. Biologia ikasi zuen eta oso gaztetan bere etxe inguruko muskuilu bati buruzko tesina bat egin zuen. Haren kezka nagusia hauxe zen: nola ezagutzen du gizakiak? (ezagutzaren epistemologia). Hori dela eta, haurrak aztertzen hasi zen (bere hiru seme-alabak) eta oraindik garrantzi handia duen ezagutzaren garapenaren teoria deskribatu zuen. Urte asko egin zuen adimenaren garapena aztertzen. Nahiz eta psikologoa ez izan, psikologiak duen ezagutzaren garapenaren teoria garrantzitsuena garatu zuen. Urte asko bere eremua ez zen psikologian aritu ondoren, bere hasierako kezketara bueltatu zen: ezagutzaren epistemologiara. Psikologian konduktismoa indarrean eta modan zegoenean, amerikarren aurretik gero hain garrantzitsua egin den kognitibismoa garatzen ari zen gure Piaget handia. http://www.piaget.org	 **Jean William Fritz PIAGET** **1896-1980. Suizarra**

Gizakiak jaiotzetik adimena du, eta Piaget-ek adimena mundua ezagutzeko tresnatzat jotzen du. Tresna horrek, egokitzapenaz (adaptación) funtzionatzen du: errealitatera bi mekanismoren bitartez egokitzen da:

- Asimilazioz (asimilación): errealitate berria dituen eskemetara egokitzen saiatzen da (ditugun eskemetatik ezagutzen saiatzen gara).
- Moldatzeaz (acomodación): eskema zaharrak ez duenean balio, eskema berri bat sortzen da eskema zaharra moldatuz.

Piaget-ek deskribatzen dituen etapak (estadioak) hiru dira:



- Sentitze-mugitzezko estadioa. Sentitze-mugitze adimena. Erreflexuetatik abiatuta, haurrak mugitze eskema berriak sortzen ditu, eta, hautematen ikasten doan neurrian, mundua ezagutzen du. Urte batekin, gauzak nahiz eta aurrean ez egon, existitzen direla badaki (konstantzia). Horrek adierazten digu gauzek badutela ordezko bat gogoan (gogo-irudikapena). Hasieran, badira irudikapenak, badaude, baina partzialak dira. Amaren usaina, ahotsa, irudia... ez dira "ama". Hori urte batekin gertatzen da (sinboloaren sorrera). Batzuek diote 6 hilabeterekin sortzen dela sinboloa, mundu errealaren ordezko gisa. Haurrak, ezer egin aurretik, ez du pentsatzen. Arreta deitzen dionari jarraitzen dio eta berarekin jolasten du. Arretak agintzen du haren bizitzan. Horregatik handitzen dira ahotsa eta keinuak haur txikiekin aritzean, haien arreta erakartzeko.

- Eragiketa konkretuen estadioa. Haurrak 10-11 urte dituenean, badaki zerbait egin aurretik erabaki logikoak hartzen: hori bai, gauza konkretuen gainean (horregatik eskolan matematikako ariketak gauza errealekin izaten dira: 6 ardi, 5 sagar…). Eragiketa abstraktuak egiteko gai ez da oraindik. Halere, 2 urterekin irudiekin pentsatzen hasten denetik, bide luze horretan bi azpi-estadio ezberdintzen dira.

- Eragiketaurreko estadioa: 6-8 urtera arte. Hautematearen aginduetara bizi da. Ez da logikoa, hautematen duenak engainatu egiten duelako. Oraindik arreta zuzendua ez duelako bereganatu gertatzen zaio hori.

Piaget-en kontserbazioaren asmakilu klasikoa. *Bideo honetan eragiketa aurreko estadioan dauden bi haur azaltzen dira. Zabalera eta luzera ezberdina duten bi edalontzirekin jolasten da. Aurrena bi edalontzi berdinetan edari kantitate berdina botatzen da. Gero, batetik zabalagoa den edalontzi batera botatzen da edaria. Non dago edari gehiago galderari, haurrak huts egin eta luzeenean gehiago dagoela dio. Ez da jabetzen kantitatea mantentzen den zerbait dela, nahiz eta itxura aldatu. Adin horretan oraindik hautematearen menpe bizi dira, ezin dute hautematetik at pentsatu, nahiz eta kontzeptu batzuk bereganatuak izan jada.*

- Gero, 6-8 urtetik aurrera, hautematearen morrontzatik askatzen joango da. Hautematen duena, errealitatearen zati gisa ikusten hasten da, eta beraz, gogo-irudikapenekin pentsatzen hasten da.

Garai horretakoak dira haurraren jolas ezagunenak (eragiketa aurreko estadiokoak, jolas sinbolikoa, eta 8-10 urtetik aurrera, arau-jolasak). Eragiketa-aurreko azpi-estadiokoak dira orobat pentsatzeko bi era: pentsamendu magikoa eta pentsamendu intuitiboa. Ez dira pentsamendu logikoak. Pentsamendu magikoa nahian oinarritzen da. Nik nahi dudalako gertatuko da zerbait. Horretarako kutunak eta horrelakoak erabiltzen dira. Pentsatzeko era primitiboa da. Horretan oinarritzen dira sinesmen herrikoi asko, erlijio asko, kutunak eta erritu asko (hau egiten dudalako hori gertatuko da; etxeko atea ur bedeinkatuz bustiz gero, aurten zorte ona izango dugu; errezatzen badut, sendatuko naiz...). Pentsamendu intuitiboa, intuizioan oinarritzen da (korrelazio ilusorioa). Bi gertakizun deigarri aldi berean gertatzeagatik, batak bestea sortzen duela uste dugu. Batzuetan asmatzen da; besteetan ez. Gaixoak askotan intuizioan oinarrituriko azalpenak ekartzen dizkigu: batzuetan asmatzen du, besteetan ez.

Eragiketaurreko azpiestadioa (2-6/8)	**Eragiketa konkretuena (9/10-14)**
Hautematearen aginduetara	Ez
Jolas sinbolikoa	Arau-jolasak
Pentsamendu magikoa, intuitiboa	Pentsamendu logikoa

Nahiz eta pentsamendu magikoa eta intuitiboa haurtzaroko pentsamenduak izan, helduok egunero erabiltzen ditugu gai batean ezagutza eta esperientzia gutxi dugunean, edo zerbait sinetsi nahi dugunean.

Ingeniaria zen gaixo batek *uste zuen San Blaseko lepokoari esker ez zituela katarroak izaten (pentsamendu magikoa), eta bere beherako kronikoa etxebizitza berriarekin lotzen zuen, baina hesteetako minbizia zuen (pentsamendu intuitiboa). Bere lanean arrakasta handia zuen, inork pentsatzen ez zituen konponbideak maiz planteatzen zituelako (pentsamendu logikoa).*

- Azkenik, 14 urterekin kontzeptu abstraktuekin logikoki pentsatzeko gaitasuna lortzen du haurrak. Orduz geroztik, helduak bezala pentsatzen du (esperientzia gutxiagorekin, baina tresna berarekin). Autoa gidatzean gertatzen den bezala, esperientzia gutxi eta grina handia ditu nerabeak pentsamendu formalarekin. Horri Piaget-ek "nerabezaroko egozentrismoa" deitu zion: "Gauzak egitea pentsatzea bezain erraza dela uste du nerabeak".

Hortik aurrera, heldua adimen formala erabiltzeko gai da. Halere, esan bezala, ez du beti hori erabiltzen. Gaztea heltzen den neurrian, esperientzian oinarritzeko joera du (adimen kristaldua, pentsamendu konbergentea). Horrek egunerokoan arintasuna ematen du, baina ez da batere berritzailea eta arazo berrien aurrean balio ez duten irtenbide zaharrak eman ditzake. Nolabait esateko, bizitzan gertatzen den bezala, helduak egonkortasuna bilatzen du eta nagitu egiten da.

Zahartzaroan esperientzia da altxor nagusia. Gaixotasunik ez bada gaitasun kognitiboen makaltze bat besterik ez da gertatzen (zahartzaroan dena mantsotzen da). Dementzia gisako gaixotasunetan, neuronen galera handi baten ondorioz gaitasun kognitiboak ere galtzen dira.

5. Pentsamenduaren eta adimenaren psikopatologia.

Pentsamenduaren psikopatologia:

- Pentsamenduaren jarioaren nahasketak:
  - Pentsamendu bizkortua: manian. Pentsamendua bizkortua dago eta bizkor hitz egiten da. Ideia batetik bestera bizkor salto egiten da, eta, maiz, ideiek ihes egiten dute ("ideien ihesa"). Kokainak eta anfetaminek antzeko efektua sortzen dute.
  - Pentsamendu makaldua: Depresioan. Pentsamendua makaldua dago, eta hizkera ere bai.
  - Pentsamendu disgregatua: Eskizofrenian. Pentsamenduek ez dute loturarik eta ez dute ildo bat jarraitzen, zaila egiten da ulertzea eta esanahia ematea.
  - Pertseberazioa: Neurosi obsesiboan. Ideia baten inguruan behin eta berriz aritzea.
- Pentsamenduaren edukiaren nahasketak:
  - Delirioa. Zerbaiten inguruko ideia finkoz osatutako istorioa, zalantzan jartzen ez dena: gaixoak egi osoa dela uste du. Gaixoak ez du beste inolako azalpenik onartzen, nahiz eta oso istorio arraroa eta sinesgaitza izan, eta errealitateko proba gutxi izan. Eskizofrenian (autorreferentziala,

paranoikoa, mistikoa), manian (megalomaniakoa), alkoholismoan (zelotipikoa) eta depresioan (nihilista).

***Delirio paranoikoa**. 24 urteko gaixo eskizofrenikoa zen Sonia. Gurasoek ospitalean sartu zuten denekin haserre zegoelako; jada ez zen gelatik irteten eta bi alditan eraso egin zien. Erabat ziur zegoen denek bere aurka egiten zutela, horretarako adostutako plan bati jarraituz. Beren artean ezezagunak ziren pertsonak ados jarri omen ziren berari kalte egiteko. Noizbehinka mehatxuak entzuten zituen, inguruan inork ezer esan ez zuenean.*

***Delirio mistikoa**. Alberto 35 urteko gaixo eskizofrenikoa zen. Amarekin bakarrik bizi zen. Ertzainak ospitalean ingresatu zuen amari eraso egiteagatik. Berak zioen andre hura ez zela bere ama. Bera, Amabirjinaren eta Lezoko Kristo Santuaren semea zela eta zuela 4 urte jaio zela Ibaizabalen barruan, Erandio inguruan. Bere eginkizuna gizakia salbatzea zela. Jaungoikoaren ahotsa entzuten zuen aginduak emanez.*

- Ideia obsesiboak: burutik kendu ezineko ideia intrusibo eta absurdoak. Gaixoa kritikoa da ideia horiekin, zentzurik ez dutela badaki, baina ezin ditu burutik kendu. Lasaitzeko jokabide harrigarriak egiten ditu, baina bestela ez da lasaitzen. Neurosi obsesiboan ikus daitezke.

***Kutsatzearen obsesioa**. Ines 43 urteko andre bat da. Beti izan da garbia eta txukuna. Duela bi urte, kutsatzearen ideia ezin du burutik kendu. Beldur da edozer gauza ukitzean kutsatuko dela. Horregatik, eskuak maiz garbitzen ditu, maizegi. Hori dela eta, eskuak erreta ditu eta ospitalean ingresatu behar izan dute. Badaki gehiegizkoa dela, baina, ez baditu eskuak garbitzen, kutsatu dela uste du eta oso urduri jartzen da. Garbiketaren inguruan gero eta konplexuagoa den errituala dauka.*

Adimenaren psikopatologia:

Adimena neurtzeko testak erabiltzen dira. Ezagunena WAIS testa da (Wechsler Adult Intelligence Scale). Haurrentzat test horren bertsio berezia dago: WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children). Test horiei esker, pertsonak puntuazio bat lortzen du. Puntuazio hori bere adineko batezbestekoarekin erkatu eta *Adimen Koefizientea* lortzen dugu. Balio normalena, %100koa da. Adinari dagokiona baino adimen gehiago duenak 100 baino gehiago izango du eta gutxiago duenak 100 baino gutxiago.

Normala: 90-110
110 baino gehiago, gain-dohatuak
Mugan: 70-80
Atzerapen mentala: 70 baino gutxiago

Atzerapen mental mota	**Prebalentzia %**	**Adimen koefizientea**
Ahul mentala	3	50-69
Elbarria (imbécil)	0,3	30-49
Enula (Idiota)	0,03	<30

Dementzia gaitasun kognitiboen galera atzeraezinekoa da. Pertsonak, era itzulezinean, izan dituen gaitasun kognitiboak galtzen ditu. Gero eta gehiago ikusten da gure inguruan, zahar-portzentajea handitzen ari den heinean. Dementzia neurtzeko tresna ezagunena Minimentala da.

6. Neurobiologia:

Non kokatzen da pentsamendua? Adimena? Zer zirkuitu daude inplikaturik? Zer neurotrasmisore daude inplikaturik?

Beste animaliekin erkatuz, gizakien garuna:

- Proportzioan handiagoa da.
- Zimur gehiago dauzka
- Neokortexaren azalera handiagoa da eta garatuagoa dago.

Aspalditik, goi-mailako funtzioak batez ere garunaren lobulu frontalean kokatu izan dira. Halere, gaur egun kontzientzia eta pentsamendua garunaren funtzionamendu osoaren ondorio gisa ikusten dira. Neurotrasmisoreei dagokionez, ez dago bakar bat zehazki inplikaturik.

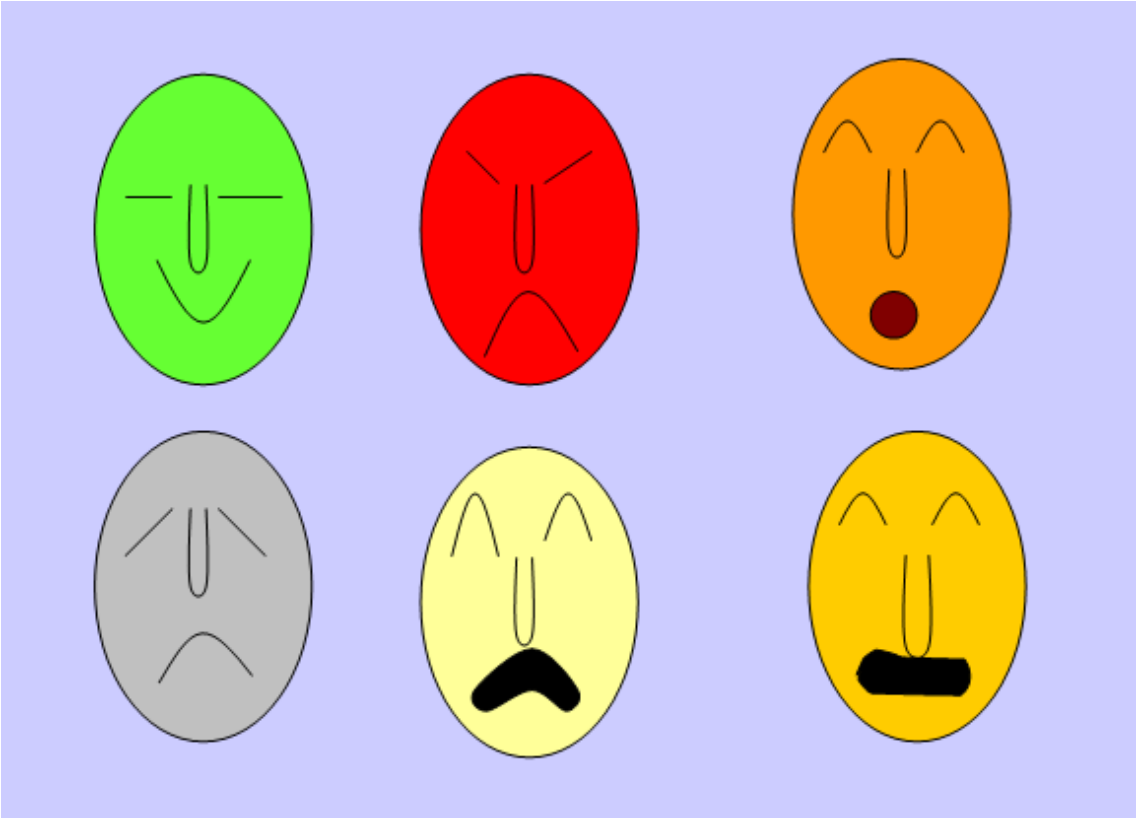
7. Bibliografia

- **Myers DG**. El pensamiento y el lenguaje. Myers DG. Psicología. 7ª edición, 384-417. *Panamericana. Buenos Aires, Madrid 2005.*
- **Myers DG**. La inteligencia. Myers DG. Psicología. 7ª edición, 418-53. *Panamericana. Buenos Aires, Madrid 2005.*
- **Davidoff LL**. Inteligencia y pruebas. Davidoff LL. Introducción a la psicología. 3ed. *Mc Graw Hill, México 1993; 7 gaia: 287-328.*
- **Davidoff LL**. Pensamiento y lenguaje. Davidoff LL. Introducción a la psicología. 3ed. *Mc Graw Hill, México 1993; 6 gaia: 251-286.*
- **Huizi P**. Adimena. Huizi P. Psikologia. Unibertsitaterako testuliburua. *UZEI, Elkar 1990; 8 gaia: 129-146.*
- **Huizi P.** Pentsamendua. Huizi P. Psikologia. Unibertsitaterako testuliburua. *UZEI, Elkar 1990; 9 gaia: 147-164.*
- **Martinez MR, Yela M**. Pensamiento e inteligencia. Mayor J, Pinillos JL. Tratado de psicología general V. *Alhambra Longman SA. Madrid 1991.*
- **Valencia JF, Echebarria A**. Kausa-egozpenaren eredu klasikoak.Valencia JF. Psikologia sozialera hurbiltzeko zenbait gai. *EHU, Bilbo 1992; 11 gaia: 187-204.*
- **Valencia JF, Echebarria A**. Kausa-egozpenaren oinarrizko prozesuak. Valencia JF. Psikologia sozialera hurbiltzeko zenbait gai. *EHU, Bilbo 1992; 12 gaia: 205-214.*
- **Zupiria X.** Pensamiento e inteligencia. Tazón P, Aseginolaza L, García-Campayo J. Ciencias psicosociales. *Masson SA. Barcelona 1996: 8 gaia: 115-128.*

Irakurtzeko:

- **Ellis A.** Razón y emoción en psicoterapia. *Desclée De Brouwer, 6ª edición 2003*
- **Goleman D**. Inteligencia emocional. *Kairos, Barcelona 1996*

6. BIZITZA AFEKTIBOA



0.Sarrera
1. Definizioak
2. Etologia eta Antropologia
3. Gizakien bizitza afektiboaren ezaugarriak
4. Garapena
5. Psikopatologia
6. Neurobiologia
7. Bibliografia

0. Sarrera:

Sentimenduak, afektuak, bizitza afektiboa: emozioak, sentimenduak, motibazioa.

Ikusi dugu gizakiok pentsatu egiten dugula, hautematen dugula eta oroitu egiten dugula. Halere, oso arraroa egingo litzaiguke bizitza, horri kolorea ematen dion zerbait gabe: sentimendurik gabe. Sentimendurik gabeko bizitza oso arraroa egingo litzaiguke, oso hotza, oso monotonoa, "robotikoa". Sentimenduek gure bizitzari gatza, azukrea, pikantea, ozpina eta mikaztasuna ematen diote. Sentimenduekin sufritu egiten dugu, eta gozatu egiten dugu; bizirik sentitzen laguntzen digute. Maiz, gustuko ez ditugun sentimenduak arbuiatzen ditugu, ohartu gabe, gustuko sentimenduak ezin direla esperimentatu kontrakorik gabe: ezin da alaitasuna izan tristura ezagutu gabe.

Eboluzioaren ikuspegitik sentimenduek biziraupenean laguntzen dute.

Zer sentitzen duzun galdera era ezberdinetan egin daiteke:

- Zer sentitzen duzu orain?
- Nola sentitzen zara azkenaldian?

Zerbait gertatu eta berehala galdetuz gero zer sentitzen den, erantzuna izan daiteke: poza, tristura, haserrea, beldurra, nazka, harridura, lotsa, errua, bekaizkeria, gorrotoa, maitasuna, arrangura, zoriona, urduritasuna, larridura… sentimenduak eta emozioak dira. Bestalde, azkenaldian galderari erantzunak egoera afektiboaz hitz egiten digu. Azkenaldian triste dabil, pozik dabil, beldurtuta dabil, larri dabil…
Depresioa duen gaixoa triste dabil, bere egoera afektiboa hori da. Halere, une oro ez dago tristetasun berarekin. Egunean zehar une ezberdinetan errua, beldurra, larritasuna, eta poza ere sentitu ditzake. Egoera afektibo zailean dagoenez, tristura sentitzeko joera du: halere, horrek ez du esan nahi une oro hori sentitzen duenik. Gertakariek, kanpoko estimuluek… erantzun afektiboak sortzen dituzte berehala.

Afektuen ezaugarri bat hauxe da: erantzun afektiboa berehalakoa da eta kontroletik kanpo egotea.

Bizitza afektiboaren gaia klasikoki "Motibazioa eta emozioa" tituluarekin landu da.

Nahia emozio gisa kontzeptualizatzen da gaur egun: nahia ekintzarako "motorra" da. Bizitzarako ezinbestekoak diren jokabide asko nahiaren bitartez bideratzen dira: jatea gosearen bidez, edatea egarriaren bidez… Halere, nahia ez da beharraren ondorioa bakarrik. Maiz, zerbait atsegina gertatzen zaigu eta errepikatzeko nahia sortzen zaigu.

Helburuak:
Osasun-profesionalari, zer gaitasun bereganatzea komeni zaio?
Mediku eta erizainek gai izan beharko luteke:

- Gizakiengan pentsamenduaren eta bizitza afektiboaren eragin-trukeaz jabetzeko.
- Erantzun afektiboak ulertzeko eta onartzeko.
- Emozioek beti irtenbidea aurkitzen dutela jabetzeko, batzuetan somatizazioaz.
- Gaixotasuna estresore dela jabetzeko.

1. Definizioak:

Euskara	Gaztelera	Frantsesa	Ingelesa
Afektibitate	Afectividad	Affectivité	Afecctivity
Emozio	Emoción	Émotion	Emotion
Sentimendu	Sentimiento	Sentiment	Feeling
Motibazio	motivación	motivation	motivation

Afektibitate:

- Emoziozko prozesu osoa; emozioei, sentimenduei, nahiari eta aldarteari dagokie. (Erizaintzako hiztegia. EHU, Bilbo,2005 (11orr)
- Nozio zabala eta ez oso argia, emozioak, pasioak, sentimenduak, larridura, tristura, poza, plazera, mina eta halako sentimendu ezberdinak biltzen dituena… Klasikoki motrizitatea, kognizioa eta afektibitatea bereizi dira… Afektu-kontzientzia da arrazoiaren erakutsien aurrean niaren ikuspuntua adierazten duena… Psikologia modernoa saiatzen da kontuan hartzen denentzat ezaguna eta ordeztezina den plazeraren, larriduraren, nahiaren eta maitasunaren esperientzia berezia. (Diccionario AKAL de psicología. Akal SA, Madrid 2004, 26 orr)

Emozio:

- Sentimendu bizi eta laburra, jarrera zein keinu bereizgarriak ezaugarri dituena. Eragin handia du organo askotan, haien funtzioa gehitu, asaldatu edota murriztu egiten baitu. (Erizaintzako hiztegia. EHU, Bilbo,2005 (66orr)
- Autore gehienentzat, egoera konplexuak dira emozioak eta ezaugarri hauek aurkezten dituzte: objektu nahiz egoera baten hautemate hobea, aldaketa fisiologiko sakonak, erakarpen nahiz ukazio-sentimendu kontzientea eta hurbiltzeko zein aldentzeko jokabidea. (Psikologia hiztegia, UZEI, Elkar, Donostia 1980, 58-59)
- Organismo baten egoera berezia, baldintza zehatzetan pizten dena (egoera emozionala), esperientzia subjektibo batekin eta gorputz eta erraien adierazpenekin batera agertzen dena. (Diccionario AKAL de psicología. Akal SA, Madrid 2004, 200 orr)

Sentimendu:

Joera baten adierazpen den afektu-egoera. Sentimenduek, normalean, ez dute emozioek bezala aldaketa fisiologiko bortitzik agertzen. Emozioak baino leunagoak eta iraunkorragoak dira eta zerikusi gutxiago dute higidurazko jokabidearekin pentsamendu eta irudimenarekin baino. (Erizaintzako hiztegia. EHU, Bilbo,2005 (255orr)

Motibazio

Portaeraren barne-eragilea; organismoaren jarduera abiarazten du, eta haren norabidea zuzentzen. (Erizaintzako hiztegia. EHU, Bilbo,2005 (161orr)

2. Etologia eta antropologia:

Ikuspegi ebolutibotik, emozioak adaptatiboak dira eta seinale-funtzioa betetzen dute. (Diccionario AKAL de psicología. Akal SA, Madrid 2004, 200 orr)

Ez da gaurko galdera ea animaliek sentitzen ote duten. Animaliek ere badituzte sentimenduak, nahiz eta agian ezberdintasunak izan sentitzeko moduan. Animaliek ere beldurra, haserrea, poza…adierazten dituzte eta badituzte ekintzara bultzatzen dituen motibazioak, nahiz eta ez izan gureen antzekoak. Eztabaidan dagoena zera da: gu bezala kontziente dira animaliak sentitzen dutenaz? Edo sentipenak bizi bakarrik egiten dituzte? Kontuan izan haurrak ere txikitan ez direla kontziente sentitzen dutenaz, gero ikasten dute.

Sentimenduak unibertsalak dira: kultura guztietan emozio eta sentimendu berdinak gertatzen dira. Ezberdintasuna batez ere emozio eta sentimendu horien adierazpenean dago. Aurpegiko keinuak berdinak dira. Halere, kultura batzuetan emozio batzuk gordetzen saiatzen dira eta besteetan beste batzuk (emozio batzuk ez daude ondo ikusiak).

3. Gizakien bizitza afektiboaren ezaugarriak:

- Emozioak, sentimenduak, egoera afektiboa, motibazioa eta nahia.
Esan bezala, iraupenak bereizten ditu horietako batzuk. Egoera afektiboek denboraldi batez hitz egiten digute eta emozioak, sentimenduak eta nahiak, berriz, une batean sentitutakoaz. Nahia bera, azken aldi honetan, emoziotzat hartzen da.

Bestalde, emozioaren eta sentimenduaren arteko ezberdintasuna batez ere iraupen eta intentsitatearen araberakoa da. Emozioak intentsuak eta oso laburrak dira: gorputzean aldaketa nabariak eragiten dituzte. Euskaraz esaten denean “hunkitu egin nau” horixe adierazten ari gara. Gorputzean nerbio-sistema sinpatikoaren aktibazioa gertatzen da (bihotz-taupadak bizkortzen dira, berotasuna sentitzen da…). Etorri bezala, bizkor joaten dira. Emozioak erreflexuetatik gertu daude. Sentimenduak, ordea, gehiago irauten du, ez da hain intentsua eta gorputzean ez da hainbeste aldaketa sumatzen. Gainera, osagarri kognitibo garrantzitsua dute.

Gaur egun oinarrizko sei emozio daudela esaten da: poza, tristura, haserrea, beldurra, harridura eta nazka. Ikasi gabeko erantzunak dira. Haurrak ikasi gabe bizitzen ditu eta adierazten ditu (aurpegiarekin ere). Badira beste emozio batzuk, horien konbinazioaren ondorio direnak: lotsa… Sentimenduen artean aipatuko ditugu: maitasuna, bekaizkeria, errua, herra, arrangura, ezina, ziurgabetasuna, bakardadea, babesgabetasuna, asperkeria, gupida, harro sentitzea….

Sarreran aipatu bezala, egoera afektiboa denboraldi bati dagokio: zein emozio da azken aldian gehien agertzen zaizuna?

- Poza
- Tristura
- Haserrea
- Beldurra

Motibazioa, definizioan esan bezala, zerbait egitera bultzatzen gaituen indarra da.

- Bizitza afektiboaren eraginak:
Funtzionamendu kognitiboan, jokabidean, zorion-bizipenean.

Ikusi dugun bezala, bizitza afektiboak eragina du gogoaren funtzionamenduan (funtzionamendu kognitiboan: oroimenean, hautematean eta pentsamenduan). Egoera afektiboak prozesu kognitiboak kutsatzen ditu.

Triste dagoen gaixoa:	**Pozik dagoen gaixoa:**	**Beldurturik dagoen gaixoa**	**Haserre dagoen gaixoa**
Oroitzapen tristeak ditu	Oroitzapen alaiak ditu	Oroitzapen beldurgarriak ditu	Oroitzapen haserrekorrak ditu
Gauzak direna baino tristeago hautematen ditu	Gauzak direna baino alaiago hautematen ditu	Gauzak direna baino beldurgarriagoak hautematen ditu	Gauzak direna baino haserrekorragoak hautematen ditu
Pentsamendu tristeak dabilzkio buruan	Pentsamendu alaiak dabilzkio buruan	Pentsamendu beldurgarriak dabilzkio buruan	Pentsamendu haserregarriak dabilzkio buruan
Funtzionamendu kognitibo horrek tristeago jartzen du (tristura areagotu egiten da)	Funtzionamendu kognitibo horrek alaiago jartzen du (alaitasuna areagotu egiten da)	Funtzionamendu kognitibo horrek gehiago beldurtzen du (beldurra areagotu egiten da)	Funtzionamendu kognitibo horrek haserreago jartzen du (haserrea areagotu egiten da)

Bestalde, ikusi dugu prozesu kognitiboek emozioak bermatu bakarrik ez dutela egiten, sortu ere egiten dituztela. Emozioak neurri handi batean, guk eginiko interpretazioen eta egozpenen ondorio dira.

Weiner B. An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review 1985; 92: 548-73*

Egozpenak era batera egiten ikasi dugu, eta ondorioz emozio batzuetarako joera dugu (baikorrak, ezkorrak, beldurtiak, haserrekorrak). Ikusi da egozpenak egiteko estiloa ikasia denez desikasi eta berrikasi daitekeela. Bizitzan zorion-bizipena oso loturik dago ugarien sentitzen dugun emozioarekin .

Azkenik, eta laburpen moduan, esan genezake prozesu kognitiboen artean eta bizitza afektiboaren artean elkarrekintza bat dagoela, bi norabideetakoa.

- Emozioen hiru osagaiak: fisiologikoa, motorra, bizipenezkoa.

Emozioak azaltzerakoan, hiru osagaiz hitz egiten da: osagai fisiologikoa, osagai motorra eta bizipenezko osagaia.

Adibidea.
Soinu ozen baten ondoren, berehala beldurra sentitzen dugu. Erreflexu baten bidez, nerbio-sistema sinpatikoa aktibatzen da eta adrenalina eta noradrenalina jariatzen dira. Horren ondorioz bihotz-taupadak eta arnasketa bizkortu egiten dira, tentsio arteriala igo egiten da, azalean basokonstrikzioa gertatzen da eta giharretan basodilatazioa, ileak tente jartzen dira eta begi-ninien midriasia izaten da. Nerbio-sistema sinpatikoaren deskarga hori eta gorputzaren erantzunak, beldurraren osagai fisiologikoak dira. Hori gertatzen den aldi berean, aurpegiarekin keinu berezia egiten dugu (beldur aurpegia) eta gorputzak ere itxura bat hartzen du (atzeraka egiten du eskuekin aurpegia babestuz). Keinu horiek emozioaren osagai motorra dira. Aldi berean, gizakiak esperientzia hori dauka, eta emozio hori sentitzen du, beldurra duela jabetzen da (emozioaren bizipena).

Osagai fisiologikoa.

Emozio guztiek osagai fisiologikoa dute. Uste denez, erantzun fisiologikoa bera dela emozio guztietan: nerbio-sistema sinpatikoarekin zerikusia du. Badirudi ezberdintasuna erantzun horren intentsitatean dagoela. Neurotrasmisoreak emozio ezberdinekin lotzeko saioak ere egin dira, emaitza onik gabe. Osagai fisiologikoaren zeregina argia da: gorputza berehala prestatzen du ekintzarako. Beldurtuz gero, gorputza berehala prestatzen da ihes egiteko edo borroka egiteko (odol gehiago giharretan eta garunean; midriasia, hobeto ikusteko; bihotz-taupaden eta arnasketaren bizkortzea, oxigenoa eta glukosa eskuragarri izateko).

Ikerketa
Bada ikerketa kurioso bat horren inguruan. Ikerketan parte hartu zuen bakoitzari adrenalina injekzio bat jarri zitzaion. Erdia banan bana gela batera sartu zen, eta beste erdia beste gela batetara. Lehenengo gelan lehendik jendea zegoen, ikertzailearekin ados jarrita, pozik zegoen jendea; bigarren gelan ikertzailearekin ados, haserre zegoen jendea. Subjektuei injekzioa jartzen zitzaien, eta zegokien gelan sartu eta bertan denbora bat egin eta gero, galdera hau egiten zitzaien: zer eragin dizu sartu dizugun drogak?. Ezetz asmatu haien erantzuna? Lehenengo gelan sartu ziren gehienek poza erantzun zuten eta bigarren gelan sartu zirenek haserrea. ***Ikerketa honetan bi ideia indartzen dira: emozioek duten osagai fisiologikoa berdintsua da eta inguruak eragina du sentitzen dugunari esanahia ematerako orduan***.

Schachter S, Singer JE. Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. Psychological Review 1962; 69: 379-99.

Osagai motorra.

Txikitatik emozioa sentitzean keinu berezi batzuk egiten ditugu aurpegiarekin eta gorputzarekin. Frogatu da ikasi gabeak direla: haurrek txikitatik egiten dituzte, inondik ikasi aurretik (Jaiotzetik itsuak direnek ere egiten dituzte). Emozioen esanahia ere ikasi gabea da: oso txikitatik haurrek ondo ulertzen dituzte helduen keinuak (irribarreen aurrean poztu egiten dira eta haserre aurpegien aurrean beldurtu egiten dira). Emozioaren alde motorrak komunikatzeko funtzioa betetzen du. Hainbat animaliatan

ere zeregin komunikatibo hori argi eta garbi ikusten da: ikasi gabe, animaliek keinuak egiten dituzte eta ulertu egiten dituzte.

Bizipena

Hirugarren osagai hau aurreko biak baino konplexuagoa da, kognitiboa da. Aurreko biak gorputzean bizitzen dira: erantzun fisiologikoa eta erantzun motorra. Hirugarren hau gogoan bizitzen da: zer sentitu duzu? sentitutakoaren kontzientziaz ari gara.
Emozioen ikertzaileek bi planteamendu egin dituzte:

- Erantzun fisiologikoa bizipenaren ondorioa da: *hori beldurgarria dela konturatzen naiz eta orduan beldurtzen naiz*
- Bizipena erantzun fisiologikoaren ondorioa da: *beldurtu egin naiz eta gero konturatu egin naiz.*

Gaur egun biak biltzen dituen ikuspuntua onartzen da.

Adibidea
Soinu ozenaren ondorioz, beldurtu egin naiz. Erreflexu bat da. Erantzun fisiologikoa eta motorra kontrolaezinak dira eta martxan jarri dira nire baimenik gabe. Beldurtu egin naizela ohartzen naiz (bizipena). Halere, ohartzen naiz ohol bat erori dela, eta horrek sortu duela soinu hori, arriskurik ez dudala beraz. Ondorioz, beldurra joan egiten da eta lasaitu egiten naiz. ***Emozioa erregulatu egin da.***
Gertatu liteke sustoaren ondoren begiratu eta beldurrak jarraitzea. Soinua entzun eta beldurtu egin naiz. Begiratzen dut eta pistola duen pertsona bat dator korrika tiroka. Egoera hori beldurgarritzat hautematen dut eta beldurraren erantzun fisiologikoak eta motorrak jarraitzen dute, eta beldurra sentitzen jarraitzen dut (beldurraren bizipenak jarraitzen du).

Emozioaren bizipena oso lotuta dago hautematearekin. Horrek ikaskuntza bat behar du aldez aurretik: sentitutakoa hauteman eta izena jarri.

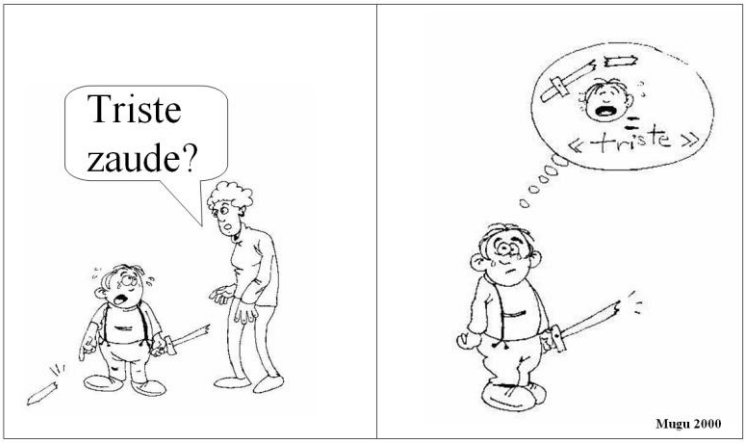
Adibidea
Gaixo bati minbizia duela esan diote. Orduz geroztik egunero haserre dago: senideekin, medikuekin, erizainekin…Edozergatik haserretzen da, oso haserrekor dago. Kanpotik ikusita edonor konturatzen da haserre dagoela. Berari lasai egoteko eskatzen diote, ulertzen dutela bere egoeran haserre egotea. Gaixoak oihu batean bera ez dagoela haserre esaten du, besteek bere egoera ez dutela kontuan hartzen eta bakean uzteko. Beldurtuta zaude? Ezetz! Triste? Ez! Zer sentitzen du gaixoak? Gaixoa beldurtuta dago, triste dago eta haserre dago.

Autoezagutzarako ariketa.
Ez duzu inoiz pentsatu zuretzat "triste egotea" deitzen diozun hori, besteentzat ere berdina ote den? Agian besteak horri beldurtuta egotea deitzen dio?

Txikitatik emozioak sentitzen ditugu gure gorputzean, eta keinuak egiten ditugu. Hori ez dugu ikasi behar, badakigu jaiotzatik. Edozer gauza hautematen ikasten dugun bezala, gure emozioak hautematen ikasten dugu. Ingurukoek gure emozioei izena jartzen diote, emozio batzuen adierazpena indartu egiten dute eta beste emozio batzuen adierazpena zigortu egiten dute. Horregatik, emozio batzuk identifikatzeko eta adierazteko arazorik ez dugu eta beste emozio batzuk konturatu gabe erreprimitu egiten ditugu: emozio horiek identifikatzea oso zaila egiten zaigu.

Emozio batzuk identifikatzen ikasten dugu gure ingurukoek emozio horri izena jarri ziotelako. Hizkuntza erabiltzen badut emozioak adierazteko, aurrena kanpoan norbaitek izendatu zituelako da. Amak edo senide zaharragoek, izena jarri zioten haurraren emozioari. Gero hitza barneratu eta emozioaren osagai kognitiboa sortu zen. Emozioak ahoskatzeko gaitasuna, beraz, aurrena familian gertatu zen eta gero guk garatu genuen. Era berean, emozioak ahoskatzeko ezintasuna familiaren ezintasuna izan daiteke. Ingurukoak nire emozioei izena jartzeko gai ez ziren izan eta nik ere ez nuen ikasi. Aurrena ez zen inguruan gertatu eta beraz guk ez genuen ikasi. Horrek azalduko luke, neurri batean, sendi

bereko kideek emozioak adierazteko duten gaitasuna antzekoa izatea, edo familia batean era batera adieraztea eta bestean beste era batera.



Adibidea
Demagun txikitatik zure inguruneak emozio batzuen adierazpena indartu egin duela (adibidez poza). Horrelako emozioen adierazpenean ez duzu arazorik: pozaren erantzun fisiologikoa eta motorra agertzen dira, poz gisa identifikatzen dituzu eta pozaren bizipena duzu. Zure pozaz hitz egiteko arazorik ez duzu. Zure poza bide guztietatik adierazten duzu eta kontziente zara: erantzun fisiologikoa, poz-keinua, pozaren bizipen kontzientea eta zure pozaz besteekin hitz egitea.

Adibidea
Bestalde, txikitatik hori ere, zure inguruan haserrearen adierazpena zigortu egin da. Haserretzen zarenean haserrearen erantzun fisiologikoa eta motorra (keinua) adierazten dituzu. Txikitatik ikasi duzunez, haserre keinua ezkutatzen saiatzen zara (nahiko arrakasta eskasarekin). Gaizki ikusia izan denez, ez duzu haserrearen bizipen kontzientea. Haserre zaude baina ez zara konturatzen. Nola eta norekin hitz egingo duzu zure haserreaz? Kasu honetan emozioa ez da bide guztietatik adierazten: bide fisiologikoz adierazten da, motorrez ez guztiz eta ez dago emozioaren bizipenik ez eta ahozko adierazpenik ere. Emozioaren adierazpena ez da osoa eta erreprimitua dago.

Osasunarentzat ezinbestekoa da gorputzak ekintza motorrarekin adieraztea emozioa. Emozioak gorputza ekintzarako prestatzen du eta ez badago ekintzarik aktibazio horrek ez du irtenbiderik. (*Coitus interruptus*). Maiz hauxe izaten da terapiaren helburu bat: gaixoak dituen emozioak identifikatu eta adieraztea.

- Emozioa beti adierazten da.

Ikusi dugu emozioak hiru osagai dituela: fisiologikoa, motorra eta bizipena. Emozioaren ibilbide naturala hauxe izango litzateke:
- martxan jartzen da (osagai fisiologiko eta motorra)
- bizipena eta kontzientzia hartzea
- deskarga: gorputza prestatua izan da fisiologikoki ekintza batzuetarako. Ez bada hori gertatzen kalteak izan daitezke osasunean.

Adibidea
Imagina ezazu orain 10.000 urte kobazuloan bizi zarela. Basotik zoaz eta urruti hartzaren orroa entzuten duzu. Bat-batean zure gorputzak beldurrarekin erantzuten du: erantzun fisiologikoa (takikardia, takipnea, midriasia, basodilatazioa giharretan, basokostrikzioa azalean…) eta beldur-aurpegia eta -keinua egiten dituzu. Beldurra sentitzen duzula jabetzen zara (bizipena). Begiratu eta hartza korrika ikusten duzu. Beldurra areagotu egiten da. Korrika hasten zara eta zuhaitz batera igotzen zara. Beldurra automatikoki jarri da martxan, gorputza jarduerarako prestatu du eta gorputzak jarduerarekin erantzun du. Zikloa itxi da, aktibazio bat egon da eta ondoren jokabide motorra (korrika egitea). Beldurrak gorputza iheserako edo borrokarako prestatzen du. Ez badago ondoren jarduerarik, aktibazio horrek kalte egin dezake gorputzean.

Adibidea:
Ez duzu asko imajinatu behar orain beste eszena honetan pentsatzeko. Praktiketan zaude eta erakusten ari zaizunak, gauzak oso zailak jartzen dizkizu. Barruan haserrea sortzen zaizu: aktibazio fisiologikoa, haserre aurpegia (nahiz eta gordetzen saiatu). Haserrearen bizipena daukazu. Ondoren, emozioaren sekuentzia normal batean, erakusten ari zaizunari erasotzea etorriko litzateke (gorputzaren aktibazio fisiologikoari irtenbidea emateko). Gaur egun, nahiz eta emozio askotaz kontziente izan, ez ditugu azkeneraino adierazten (ez dago ondo ikusia edo arazoek ekar diezazkiguke). Ondorioz, aktibazio fisiologikoak ez du irtenbiderik aurkitzen. Aktibazio fisiologikoak gorputzean kalteak sor ditzake. Badakizu nola deitzen zaion gaur fenomeno horri? Estresa.

Baliteke emozioa **ukatzea** eta pertsona emozioaz ez jabetzea. Ukatze-mekanismo hori inkontzientea izango litzateke. Subjektuak erantzun fisiologikoa eta motorra ditu, baina bizipenean ez da jabetzen bere emozioaz. Beraz, ez da konturatzen sentitzen duenaz eta ezin du adierazi: ez ahoz, ez eta jokabidearen bitartez ere (ez-ahozko kanaletatik beti ihes egiten du zerbaitek). Horrelakoetan, emozioa **erreprimitua** dagoela esaten da. Halere, emozioak beti aurkitzen du irtenbidea (oso egoskorra da). Emozioak ez duenean ahoz edo jokabidearen bitartez irtenbidea aurkitzen, gorputzean adierazten da (somatizazioa eta gaixotasun psikosomatikoak). Somatizazioa arrunta da haur txikiengan (ezin dute ahoz adierazi) edota emozioak bizitu eta adierazteko zailtasunak dituzten helduengan.

Argi dago gure emozioak eta sentimenduak adieraztea zaila gertatzen dela askotan. Arrazoiak kontzienteak edo inkontzienteak izan daitezke.

- Kontzienteak: beldurra, lotsa... Emozioak adierazteko lotsa izan dezaket, edo beldurra, eta horregatik ez ditut espresatzen.

- Inkontzienteak. Gure emozio edo sentimenduak sozialki edo kulturalki ondo ikusiak ez daudenean, ukatu egin ditzakegu. Gure inkontzienteak gu konturatu gabe gorde egiten dizkigu (errepresioa deritzo babes-mekanismo horri). Erreprimitutako emozioak eta sentimenduak indarra egiten dute kontzientziara ateratzeko. Gero eta "indar" gehiago behar da inkontzientean ezkutatuta izateko, eta horrek bizitzeko indarra kentzen du. Gainera, naiz eta gure kontzientzia ez ohartu erreprimitutakoaz, emozio eta sentimendu horiek beste irtenbide batzuk aurkitzen dituzte adierazteko (lapsusak, huts egiteak, keinuak, jokabidea, ametsak eta fantasiak). Ezagutzen ez ditugun era batean adieraziko dira, "mozorrotuta". Halere, gure jokabideetan, fantasietan, ametsetan... arreta jartzen badugu, erreprimitutako emozioak ikusten ikasiko dugu. Autoezagutza

garatzen dugun heinean, inkontziente dena kontziente bihurtuko da, eta ez du ihes egingo gu konturatu gabe.

Azken urteotan emozioak adierazteko beste zailtasun bat deskribatu da. Alexitimia da (hitzik ez emozioentzat). Pertsona horiek emozioak adierazteko zailtasuna dute, hitzik ez dutelako emozio horiei lotuta. Gaixotasun psikosomatiko gehiago ikusten da alexitimikoengan alexitimiko ez direnengan baino.

Gaixoak maiz ez ditu osasun-profesionalekiko dituen emozio eta sentimenduak adieraziko, beldurragatik. Osasun-profesionalak du boterea, eta zaila da haserrea adieraztea indar gehiago duenari.

Medikuei erizainei baino beldur gehiago. *Erizaintzako ikasleek maiz aipatzen dute ospitalean praktiketan ikusten duten zerbait: Gaixoak erizainari errieta egiten dio, baina medikuarekin ez da ausartzen.*

Autoezagutzarako ariketak:
Hurrengo emozioak adierazteko zailtasunik baduzu? Poza, Tristura, Beldurra, Haserrea, Nazka, Harridura

- Nahia eta motibazioa

Motibazioa zerbait egitera edo ez egitera bultzatzen gaituen indarra da. Motibazioaren atzean beti emozio bat dago: plazerra. Zerbait egiteko joera dut, plazerra sortzen didalako, eta horrek nahia sortzen du nigan. Nahia da motibazioa bideratzen duen emozioa. Nahia ez da beharraren espresio zuzena, plazerrarena baizik.

Gosea dudalako jaten dut. Atzean beharra dago, nahia pizten duena. Halere, maiz beharrik gabe jaten dut, plazerra sortzen didalako. Plazerra sortuko didalakoan nahia sortu zait, jatera bultzatzen nauena. Gizakiak plazerraren atzetik pasatzen du bizitza osoa. Moralak eta erlijioek galga jarri diote joera hedonista horri. Halere, gaur egungo gizarteak hedonismorako joera argi azaltzen du. Freud izan zen gizonaren motibazio nagusia plazerra lortzea dela argi adierazi zuen bat. Bere garaian atsekabe handiak ekarri zizkion hori esateak.

Gosea badugu, jatea ulertzekoa da. Egarria izatean, edatea ulertzekoa da. Nola ulertu daiteke goserik gabe jatea edo egarririk gabe edatea? Hori azaltzeko motibazioaren bi eredu deskribatu dira:

- Eredu homeostatikoa: desorekak beharra sortzen du, eta horrek sentsazio desatsegina, eta horrek nahia pìzten du, eta horrek jokabidea.

Haize falta	Disnea	nahia	Arnasa hartu
Glukosa falta odolean	Gosea		Jan
Ur falta	Egarria		Edan
Bero falta Beroa	Hotza Beroa		Berotu Freskatu
Jarduera asko	Nekea		Atsedena hartu
Lo falta	Logura		Lo egin
	Gose sexuala		Sexu-harremana

- Eredu inzentibatzailea. Ekintza baten ondorioz plazerra lortzen dut. Jokabide hori indartu egingo da baldintzapen instrumentalaren bidez. Jokabide hori sortzen duen

plazerragatik egiten dut, ez beharra dudalako. Horrek azalduko luke droga batzuk zergatik hartzen diren.

Drogamenpekotasuna. *Drogmenpekotasunean bi ereduak ikus daitezke. Hasiera batean, droga lehenengoz hartzen denean, ez dago drogaren beharrik. Drogak sortutako eragina atsegina bada, droga berriz hartzeko gogoa sor daiteke (**eredu inzentibatzailea, menpekotasun psikologikoa**). Halere, drogak oreka berria sortzen du gorputzean, eta gorputzak droga falta sumatzen du: odolean droga gutxitzen denean gorputza gaizki sentitzen da (**abstinentzia sindromea**) eta drogak bakarrik baretzen ditu sintoma horiek (**eredu homeostatikoa, menpekotasun fisikoa**). Kokainak eta antzeko drogek menpekotasun psikologiko handia sortzen dute berehala. Heroina eta antzeko drogek, berriz, menpekotasun fisiko handia sortzen dute berehala. Droga gehienen **destoxikazioa** denbora gutxian egiten da (aste betean menpekotasun fisikoaren abstinentzia-sindromea). Drogaren menpekoen **errehabilitazioa** zailagoa da (menpekotasun psikologikoa sendatzeak ahalegin eta denbora gehiago behar du).*

Esan bezala, Freud-en ikuspegitik gizonaren motibazio nagusia, plazerra lortzea da eta horrek azalduko luke azken finean gure jokabidea.

Maslow-ek gizakiaren motibazioak beharrak zirela adierazi zuen, eta behar horien hierarkia egin zuen. Behe-mailako beharrak betetzean bakarrik pentsatzen dugu goi-mailako beharretan.

Beharren zerrenda:

Azpimarratzekoak dira behar afektiboak. Horien artean daude:
- Kontaktu fisikoaren beharra.
- Beste pertsonekin harreman intimoak izatearen beharra.
- Talde bateko kide sentitzearen beharra.

Pertsonak behar afektiboak betetzen ez baditu, bakardadea eta bakartzea senti ditzake. Gaixoari bere behar afektiboak antzematen lagunduko diogu eta betetzeko aholkua eta laguntza emango diogu. Gaixoaren behar afektiboak guk beteko dizkiogu? (kontaktua, intimitatea). Osasun-profesionalaren zeregina da? Erizainek ereduekin lan egiten dute

eta agian, Virginia Henderson-ena da ezagunenetako bat. Horren arabera, erizainak gaixoari bere beharrak betetzen lagunduko dio, afektiboak barne. Horrek ez du esan nahi erizainak beteko dizkionik.

Garrantzitsuena, ordea, zera da:

- Osasun-profesionala bere behar afektiboez jabetzea. Bakoitzak bere behar afektiboak ez baditu ezagutzen proiektatu egin ditzake gaixoarengan. Bakoitzak bere behar afektiboak ez baditu behar den lekuan betetzen, gaixoarekin betetzeko arriskuan eror daiteke.
- Gaixoaren beharren hierarkia egiterakoan, gaixoaren hierarkia errespetatzea eta berea ez inposatzea.

***Ana medikua da**. Hiltzera doazen gaixoekin topo egiten duenean eskura dituen baliabide guztiak erabiltzen ditu gaixoaren bizitza luzatzeko. Behin baino gehiagotan arazoak izan ditu gaixoekin eta haien senideekin. Haiek, une bat helduta, ezer gehiago ez egiteko eskatzen dutenean Ana gaizkitu egiten da. Horrelakoetan Anak gaixoaren beharrei begiratu beharrean bere beharrei erantzuten die (ezin onartu batzuetan ezer egin gabe egotea hobe dela eta hilkorrak garela).*

Zentzu horretan oso garrantzitsua da lanbidea aukeratzearen benetako motibazioa ezagutzea. Zer behar asetzea espero dugu erizain lanean? Zer gustatuko litzaiguke jasotzea gaixoarengandik? Gure merituak aitortzea? Ikuspegi psikologiko batzuetatik, profesioaren bidez gure behar batzuek betetzea espero dugu. Benetako motibazio hori ezagutzea oso garrantzitsua da.

Erizaintzako ikasleek beren lehenengo praktiketan aipatzen dute zenbat gustatzen zaien gaixoaren esker ona. Urte asko erizain eta mediku bezala lanean dihardutenak ere gauza bera esaten dute. Batzuetan, esker on hori lortzen ez dutenean, mindu egiten dira. Osasun-profesionalak argi izan behar du soldata batengatik lan egiten duela, beste edozein profesionalek bezala. Lanbidearen berezitasunagatik, maiz, gaixoak asko eskertzen du laguntza hori. Gozatu sariaz. Halere, esker on hori ez dagoenean, ez da kontratua hautsi: gaixoak ez du esker ona emango duenik inon sinatu.

- Moldaketa eta estresa

Aldaketak beti ahalegin bat eskatzen du, egokitzeko ahalegina. Horregatik, aldaketa bat egin behar dugunean bi gauza gertatzen dira:

- Aldaketari uko egiten diogu.
- Aldaketarako prestatu egiten gara, aktibatu egiten gara (estresatu egiten gara)

***Gaixotasuna estresagarria da.** Gaixotzen garenean aldatu egin behar dugu, eta aldaketa horrek aktibatu egiten gaitu, estresatu egiten gara. Horregatik gaixotzean beti larritasuna edo urduritasuna izaten da.*

- Frustrazioa eta haserrea

Bizitzan maiz ez da gertatzen guk nahi duguna, edo gertatzen zaiguna ez da gure gustukoa. Horrelakoetan frustratu egiten gara. Frustrazioa jasaten dugunean, emozio normala tristura da. Halere, maiz, ez dugu onartzen gertatutakoa eta haserretu egiten gara. Haserretzen gara triste ez jartzeko. Horren ondorioa hauxe izan daiteke: triste ez egoteagatik haserretzeak maiz ez du ezertarako balio, azkenean beti triste jartzen zara. Zenbat eta erresistentzia gehiago jarri gertatutakoa onartzeko, haserrea handiagoa izango da, eta etsitzean, tristura ere bai. Frustrazioari tolerantzia garatzea komeni zaigu. Gauzak ez dira beti nahiko genituzkeen bezalakoak. Oroitu Ellisen laugarren uste irrazionala: *"**Denak nik nahi dudan bezala atera behar du"***.

Gaixoaren haserrea. *Gaixo bati diagnostiko txarra eman diote. Ez du onartzen. Ondorioz haserretu egiten da. Ez da arraroa erantzun hori ikustea. Osasun-profesionalentzat une zailak dira. Langileoi gaixoek beren frustrazioa berehala onartzea gustatuko litzaiguke, baina ez da horrela. izaten. Horrelako egoerak onartzen ikasi behar dugu. Gaixoak ez du inor gaizki tratatzeko eskubiderik, baina haserre egoteko eskubidea badu.*

Autoezagutzarako ariketa:
Frustrazioarekiko tolerantzia nola dabilkizu? Berri txarrak (gurasoek zerbait egiten ez ustea) onartzen dituzu edo asko haserretzen zara?

- Galera eta dolua

Zerbait galtzen dugunean (pertsona maite bat, lana, osasuna, ilusio bat…) "galdu" egin dugu eta normalena "dolua" egitea da: denboraldi batez triste egotea galdutakoagatik. Zerbait galdu dugula onartzea kostatzen zaigunean dolu-lana zaildu egiten da. Dolu-lanak hauek dira:

- Konturatu
- Negar egin
- Egoera berrira moldatu
- Galdutakoa beste maila batean jarri.

Galera onartzen ez duen gaixoa*. Juanitak 45 urte ditu. Garuneko odol-isuria izan zuen eta ondorioz ezkerraldea ezin du mugitu. Hasieran zainketa berezietan egon zen eta urtebetez errehabilitazioan. Orduz geroztik etxean dago, egun guztia eserita, triste eta denekin haserre. Edozeinek animatu nahian zerbait egiteko esaten badio, haserretu eta gupidarik ez duen esaten dio. Zazpi urte pasatu dira. Galdutakoaz konturatu da eta negarraren fasean gelditu da. Ez du bere egoera onartzen eta horregatik oso haserre dago. Dolu-lana geldirik dago. Zalantzarik ez dago Juanitari gertatutakoa onartzen zaila zaiola, dolua zaila dela.*
Aukera baduzu, ikusi "Unsaid" filma. Bertan, dolu geldituaren metafora gisa tren geltokietako bazterbideak azaltzen dira: bazterbide batean sartu den trenak ezin du aurrera egin. Ikusi ere "Born of the fourth of july", paralisia jasaten duen gaixo bati dolua egitea kostatzen zaiona ikusteko.

4. Garapena

Jaiotzatik emozioak gertatzen dira eta bizitzen dira. Hautematen ikasten den neurrian emozio horien kontzientzia ikasten da (edo ez). Mundua ezagutzen den heinean, emozioez eta sentimenduez gehiago ikasten da, bai baten emozioez, bai orokorrean. Halere, denek ez dute berdin ikasten. Animaliez edo landareez denek berdin ez dakigun bezala, emozioez eta sentimenduez denek ez dakigu berdin. Txikitatik emozioez hitz egiten ohitu denak, emozioez hitz egiteko gaitasun gehiago izango du.

5. Psikopatologia

Denok daukagu aurre egiteko gaitasun bat, muga bat duena. Estresorea oso indartsua denean, gure sistema desoreka dezake eta gaixotasun mentala ekarri.

Katastrofe baten aurrean, denok sentitzen dugu beldurra. Horrelakoetan, gainera, estres prostraumatikoaren sindromea garatzea oso arrunta da. Gaixoak egoera hura ezin du denboraldi batean burutik kendu, behin eta berriz irudi haiek burura etortzen zaizkio eta estimulu txikienaren aurrean ere beldur handiarekin erantzuten du (oso beldurti bihurtzen da). Hilabete batzuetan gauzak bere onera itzultzen dira, jasandako esperientziaren intentsitatearen eta pertsonaren historiaren arabera.

Esan bezala estresore batzuk denentzat indartsuak dira. Halere, norberaren aurre egiteko gaitasunaren arabera, estresore indartsuagoei edo ahulagoei aurre egiteko gaitasuna izango dugu. Egoera gogorrak, gogorrak dira denentzat eta ez genuke pentsatu behar ahulak garenik (nahiz eta beti prest egon indartsuago bihurtzeko). Egoera errazenekin ere ezin badugu, gogortzeko beharra dugu.

Estres kronikoaren ondorioz, normalena depresioa ikustea da. Pertsona lur-jota egoten da. Oso arrunta izaten da, bestalde, arazo psikosomatikoak izatea. Horrelakoetan, komeni da estresoreetan eta gaixoarengan eragitea.

Galera garrantzitsu baten aurrean, normalena dolua izatea da. Dolua depresioaren antzeko egoera da, galera batek eragindakoa. Zerbait galtzea gogorra da denentzat. Batzuetan galera gainditzea oso zaila egiten zaio gaixoari eta depresioa jasaten du.

6. Neurobiologia

Oinarrizko 6 emozioak: poza, tristura, beldurra, haserrea, nazka, harridura. Gizakian mimikarengatik bereizi daitezke. Emozioek sortutako erantzun fisiologiko eta hormonalak ez dira hain ezberdinak. Horregatik emozioak eragiten duen aktibazioarekin zerikusia dutela pentsatzen da, eta ez hainbeste sentitutako emozio motarekin. Ezin izan da emozio jakin bat neurotrasmisore zehatz batekin lotu. Gaur egun pentsatzen da emozioak sistema linbikotik areago doazen zirkuitu neuronalak inplikatzen dituztela. Emotibitatea, hau da, emozioen bidez erantzuteko gaitasuna, herentziaren eta garapenaren arteko elkarrekintza konplexuaren ondorioa da (batez ere haurtzaroan). Organismoaren egoera afektiboaren menpe daude funtzio integratu gehienak, prozesu kognitiboak barne. Emozioen oinarri anatomiko-funtzionala. sistema linbikoarekin lotua izan da, nahiz eta oraindik ez ondo ezagutu.(Diccionario AKAL de psicología. Akal SA, Madrid 2004, 200 orr)

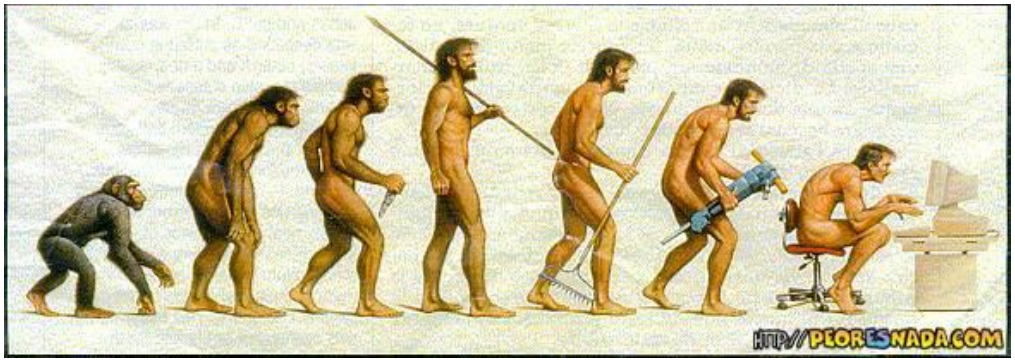
7. Bibliografia

- **Davidoff LL**. Motivación. Davidoff LL. Introducción a la psicología. 3ed. Mc Graw Hill, México 1993; 8 gaia: 329-372.
- **Davidoff LL**. Emoción y adaptación**.** Davidoff LL. Introducción a la psicología. 3ed. Mc Graw Hill, México 1993; 9 gaia: 373-425
- **Huizi P**. Motibazioa. Huizi P. Psikologia. Unibertsitaterako testuliburua. UZEI, Elkar 1990; 11 gaia: 201-220.

Sakontzeko:
- **Barriga S**. Las emociones cotidianas: de la biología a la psicología social**.** *Universidad de Sevilla. Sevilla 1996*.
- **DeCantarazo DA**. Motivación y emoción**.** *Pearson Educación. México, 2001*.
- **Evans D.** Emoción: la ciencia del sentimiento**.** *Taurus. Madrid 2002*.
- **Fernández EG, Palmero F**. Emociones y adaptación**.** *Ariel. Barcelona, 1998*.
- **Fernández EG, Palmero F**. Emociones y salud**.** *Ariel. Barcelona, 1999*.
- **Goleman D**. Inteligencia emocional**.** *Kairós. Barcelona 1999*.
- **Lazarus RS, Lazarus BN**. Pasión y razón: la comprensión de nuestras emociones**.** *Piados. Barcelona 2000.*
- **Maslow AH**. Motivación y personalidad**.** *Diaz de Santos. Madrid 1991*.
- **Palafox S, Vila J**. Motivación y emoción**.** Mayor J, Pinillos JL. Tratado de psicología general VIII. *Alhambra Longman SA. Madrid 1990.*
- **Revé J**. Motivación y emoción**.** *Mc Graw Hill. Madrid 1994*.
- **Schmidth-Altzert L**. Psicología de las emociones**.** *Herder. Barcelona 1985*

Irakurtzeko:
- **Ellis A.** Razón y emoción en psicoterapia. *Desclée De Brouwer, Bilbao 1980.*

6.1 ESTRESA



0 Sarrera

Estresa hitza ezaguna da. Gauza bera esan nahi ote du denentzat? Gai honetan gaur egun estresaren gainean dauden ikuspegi onartuenak azpimarratuko ditugu. Hasteko esango dugu estresak beti gorputzaren aktibazioa dakarrela (aktibazio autonomoa).

Berez zerbait adaptatiboa da estresa. Lehoi bat ikusi eta gorputza aktibatzea ona da, iheserako prestatzen baikaitu. Gauza asko egin behar badira denbora gutxian, ona da estresatzea, bizkorrago pentsatu eta jokatzen laguntzen baitigu. Azterketetan, aktibazio-maila bat ona da, lan gehiago egiten laguntzen digulako. Batzuek diote, estresa bizitzaren gatza dela, eta gizakiak egin dituen gauza zoragarrienak egoera horretan egin dituela.

Halere, gure gizartean, estres hitzak ez du konnotazio onik. Zergatik gertatzen da hori? Batzuek diote aktibazio hori ihes edo borroka egiteko prestatzen duena dela. Garai batean, oso egokia zen, basoan borroka edo ihes egin behar zenean. Gaur eguneko bizimoduan, ordea, aktibazio horri ez dio ekintzak segitzen. Hori dela eta, estres-egoeran bizi den jendeak ez dio irtenbiderik ematen energia horri. Horregatik, gaixotasunak sor daitezke, gaixotasun psikofisiologikoak. Horregatik ikusten da gaur gaizki.

1. Estresaren osagaiak

Kontzeptu batzuk argituko ditugu hasteko:
- Estresorea
- Estres-erantzuna
- Estresaren ondorioak

Estresorea estresa sortzeko gai den estimulua izango litzateke. Estimulu batek ez du erantzun berdina bi pertsona ezberdinengan (ez baitu esanahi bera bi pertsonentzat). Pertsona batentzat oso estresagarri izan daiteke jendearen aurrean hitz egitea; beste

batentzat, ordea, ez. Halere, egia da gauza batzuk denentzako estresagarriak direla (estresore unibertsalak).

Estres-erantzuna. Estimulua pertsona batentzat estresagarria bada, gorputzak aktibazio bat jasaten du. Aktibazio hori beldurrak sortzen duenaren antzekoa da, nahiz eta intentsitateari dagokionez aldakorra izan. Erantzuntzat hartzen dira erantzun kognitiboak eta jokabidea ere. Beraz, estres-erantzunean bereizi behar dira:
- Erantzun fisiologikoa.
- Erantzun kognitiboa.
- Jokabidezko erantzuna.

Ikuspegi horretatik, emozio batzuk estres-erantzunak dira.

Estresaren ondorioak. Estresaren ondorio gisa, gaixotasun psikofisiologikoak sor daitezke, eta orobat jokabideak eta beste emozio batzuk.

1.1 Estresoreak

Esan bezala, estresoreak estresa sor dezaketen estimuluak dira. Estimulu batzuk denentzat estresore dira, beste batzuk ordea ez. Zerbait estresore bihurtzen da pertsonarentzat duen esanahiaren arabera (esperientziaren arabera beraz).

Estresoreen sailkapen batzuk aipatuko ditugu.

Everly 1989: Biologikoak/psikosozialak; Kanpokoak/barrukoak
- Biologikoak kanpokoak: soinu ozena, tenperatura gogorrak, kirola, bizigarriak...
- Biologikoak barrukoak: mina, sintomak
- Psikosozialak kanpokoak: azterketak, bikotearekin haserretzea...
- Psikosozialak barrukoak: oroimen desatseginak, autoeraginkortasuna gutxi....

Estresore izan daitezke gauza onak eta gauza txarrak. Estresorea da lanetik botatzea, baina baita ere lanean maila igotzea. Estresorea da alarguntzea, baina baita ere ezkontzea. Zer dute guztiek? Denek moldaketa eskatzen dutela, eta moldaketa eskatzen duten estimuluak estresore dira.

Irauten duten denboraren arabera (Elliot eta Eisdorfer 1982):
- Akutuak: animalia beldurgarria, puenting, **ebakuntza**...
- Sekuentzia estresanteak: maite den norbaiten heriotza, lana galtzea...
- Kroniko-intermitenteak: gaizki konpontzen garen batekin noizbehinka topo egitea...
- Kronikoak: bikotearekin arazoak, *gaixotasun kronikoa*, lanean arazoak...

Zerk egiten du edozein estimulu estresagarri? (Labrador 1993). Estresagarri da:
- Moldaketa eskatzen badu (bikotearen heriotza, ezkontzea, lana galtzea, lan berrian hastea, gaixotasun kroniko bat izatea.
  - Estres gehiago sortuko du:
    - Moldaketa denbora luzez eskatzen badu
    - Moldaketa-beharra igurikapenetatik zenbat eta gehiago urrundu.
    - Garrantzizko zerbait gertatzeko:

- Zenbat eta denbora gutxiago falta.
- Zenbat eta probabilitate gehiago izan. Halere estresagarriagoa da zerbait gertatzeko probabilitatea erdikoa denean, horrek baitauka ziurgabetasun gehien, eta, ondorioz, ebaluazio kognitiboa ez da bukatzen.

- Egoera anbiguoak
- Gorputzaren orekaren aldaketak (egarria, gosea, mina, usain txarrak....)

Ziurgabetasuna da okerren jasaten dugun egoera. Nahiago dugu zerbait txarra gertatuko dela jakitea, gertatuko den edo ez den jakin gabe egotea baino. Horren azalpena erraza da. Zerbait txarra gertatuko dela baldin badakit, gertaerarako presta naiteke, gertatzen ez den uneak ziurrak dira, gertakariak gertatuko denaren beldurra lasaitzen du eta susto-egoerak gutxitu.

Zein dira bizitzako estres-iturri nagusiak?

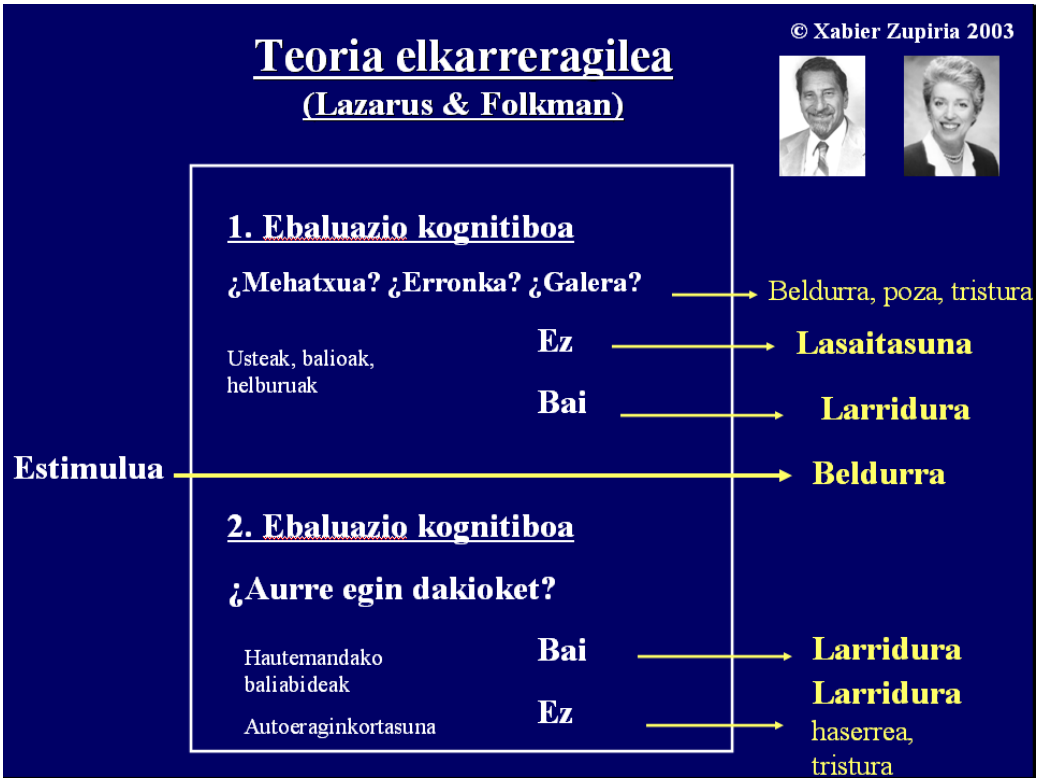
- Gertakizun gogor eta apartak (gaixotasun larria)
- Egunero gertatzen diren gertakizun arinak baina konstanteak (gaixotasun kronikoa).
- Tentsio kronikoko egoerak (gaixotasuna, harreman txarrak).

Estresoreek ez dute eragin bera pertsona batengan egoera ezberdinetan. Estimulu bati estresagarritasuna kentzen dioten baliabide asko dago:

- Barne-baliabideak: pertsonaren gaitasunak (baikortasuna, autoeraginkortasuna, kontrol-sentsazioa, arazoei aurre egiteko joera…).
- Kanpoko baliabideak: informazioa, dirua eta sare soziala (formala: familia, lagunak; informala: osasun-baliabideak eta gizarte-baliabideak).

Gauez kalean noala 6 gazte labanekin ateratzen bazaizkit, ez da berdin bakarrik joatea edo 20 laguneko koadrilan joatea.

2. Estresaren eredu interaktiboa (Lazarus eta Faulkman)



Hasiera batean ez zen kontuan izan estresore guztiek ez zutela indar estresagarri bera bi pertsona ezberdinentzat. Gero ikusi da estimulu bat gizaki batentzat estresagarri dela egiten duen ebaluazio kognitiboaren arabera (hautematea).

Estimulu baten aurrean, autore horien ikuspegitik bi eratako ebaluazio kognitibo egiten ditugu:
- Lehenengo ebaluazio kognitiboa: garrantzitsua da estimulua?
- Bigarren ebaluazio kognitiboa: aurre egin diezaioket?

Lehenengo ebaluazio kognitiboan estimulu hori niretzat garrantzitsua den edo ez ebaluatzen dut. Horren arabera era ezberdinetakoa izan daiteke:
- Neutroa.
- Estresagarria
    - Txarra: Galera, mehatxua
    - Ona: Erronka

Ebaluazio horren ondorioz erantzun ezberdinak emango dira. Niretzat neutroa bada, ez diot estimuluari erantzunik emango; galera bada, tristura edo haserrea sentituko ditut (dagozkion erantzun fisiologiko eta jokabide-erantzunarekin); mehatxua bada, beldurra sentituko dut. Batzuetan, larridura sentitzen da. Larridura beldurra bezalako emozioa da, ezberdintasun batekin: larriduran ez dakit zeri diodan beldurra. Estimulua erronkatzat hartzen bada, urduritasuna sentitzen da. Aktibazio sinpatikoa gertatzen da, baina ez dago beldurraren bizipenik (ez da beldurra sentitzen, irrika sentitzen da).

Bigarren ebaluazioan aurre egiteko gai naizen edo ez naizen aztertuko dut. Gai banaiz, aktibazio sinpatikoak jarraitu egingo du, ekintzara prestatzen bainau (larridura sentituko dut). Neure burua ez badut gai ikusten, galera gisa sentitzeko joera izango dut eta tristura izango da emozio nagusia.

Beraz, niretzat zerbait estresorea da erantzun bat eskatzen badit. Erantzuteko gai banaiz aktibazioa ekintzara bideratuko da. Ez banaiz gai ikusten, aktibazioa ez da ekintzara bideratuko.

Bi ebaluazio kognitibo horiek era automatikoan egiten dira eta hautemate prozesuaren barruan gertatzen dira. Esperientzian eta usteetan oinarrituz, gauza batzuk estresagarriagoak iruditzen zaizkigu besteak baino (lehenengo ebaluazio kognitiboa). Neurri batean, zerbait estresagarriagoa da aurre egiteko gai sentitzen ez garen neurrian (bigarren ebaluazio kognitiboa). Bi ebaluazio horiek aldi berean gertatzen dira hautemate-prozesuaren barruan. Bi ebaluazio horiengan eragin zuzena dute orain arte ikusitako kontzeptu batzuk:

- Kontrol-sentsazioa: Esaten da batek kontrol-sentsazioa duela zerbaitengan eragiteko gaitasuna duela uste dudanean. Kontrol-sentsazio gehiago izaten da ezagutza gehiagoko esparruetan. Halere, izaeraren ardatz garrantzitsua da, esparru askotan eragin duena.

- Autoeraginkortasuna: ikaskuntza sozialean ikusi zen. Antzeko kontzeptua da. Autoeraginkortasuna duten pertsonek zerbait egiteko gai direla pentsatzeko joera dute eta horrek arrakastatsuagoak egiten ditu.

Bi kontzeptu horiek oso lotuta daude norberaren historiarekin. Pertsona batek ikasi badu eragin zuzena duela gertatzen diren gauzetan eta gauzak egiteko gai dela, kontrol-sentsazio eta autoeraginkortasun handiak izango ditu. Horrek zerikusi zuzena du pertsona horren autoestimuarekin.

3. Ebaluazio kognitiboa eta emozioak.

Estimulu baten aurrean eginiko ebaluazioaren ondorioz emozio ezberdinak senti daitezke.

Estimuluaren aurrean bi erantzun mota daude:
- Erantzun automatikoa.
- Ebaluazio kognitiboaren ondorioz sortzen den erantzuna.

Erantzun automatikoa erreflexua da edo ikaskuntzaz bereganatutakoa. Estimulua kontzienteki hauteman gabe automatikoki erantzuten da.

Ebaluazio kognitiboaren ondorioz erantzun ezberdinak izan ditzakegu.
- Estimulua neutrotzat hautematen bada, gorputzak ez du erantzuten.
- Estimulua galeratzat hautematen bada, tristura edo haserrea sentitzen da.
- Estimulua erronka gisa ikusten bada, aldi berean lortu daitekeela hautematen da. Emozioak poza eta urduritasuna izango dira.
- Estimulua mehatxagarria gisa ikusten bada, beldurra sentituko da. Estimulu mehatxagarri horri aurre egin dakiokeela hautematen bada, aktibazio handia gertatzen da (beldurra edota larritasuna). Aurre egin ezin daitekeela hautematen bada, tristura sentitzen da.

Gaixotzea estimulu estresagarria da. Gaixotasun akutuek beldurra eta larridura sortzen dute. Gaixotasun kronikoek larridura eta tristura. Gaixotasunak maiz galera dakar, eta berarekin lotuta haserrea eta tristura.

4. Estres-erantzunaren alde desadaptatiboak: eritasun psikofisiologikoak.

Estresaren alde adaptatiboa zera da: estimulu mehatxagarri baten aurrean gorputza ekintzarako prestatzen da.

Estres-erantzun egokia. *Basotik noa eta hartza ikusten dut. Erantzun automatikoak beldurra sortzen dit. Ebaluazio kognitiboak ere bai. Mehatxua da eta egoera honi aurre egin diezaioket ihes eginda. Erantzun fisiologikoak gorputza iheserako prestatzen du. Erantzun kognitiboak ihes egin behar dudala esaten dit. Jokabidea: beldur aurpegia eta ihesa. Ikus dezakezun bezala, erantzun adaptatiboa da.*

Estres-erantzun desegokia*. Bikotearekin harreman txarra daukat. Egunetik egunera okerrago konpontzen gara. Zerbait egiten ikusten dudan bakoitzean, haserretu egiten naiz. Gorputza borrokarako bezala pizten zait (erantzun fisiologikoa) baina ez naiz lasaitzen. Gehiegizko aktibazio horri ez bazaio irtenbidea ematen, gorputzean ondorioak izan daitezke.*

Estres-erantzun fisiologikoaren ardatzak

Estres-erantzunean hiru ardatz fisiologiko aktibatzen dira estimulu estresagarriaren iraupenaren arabera:
- Ardatz neuronala
- Ardatz neuro-endokrinoa
- Ardatz endokrinoa

Aurrena ardatz neuronala aktibatzen da (nerbio-sistema sinpatikoa).

Estimuluak gehiago irauten badu, ardatz neuro-endokrinoa aktibatzen da. Giltzurrun gaineko guruinean muina aktibatzen da (adrenalina eta noradrenalina askatzen dira odolera).

Estimulu estresagarriak gehiago irauten badu, ardatz endokrinoa aktibatuko da (ACTH hormona jariatzen da odolera).

Izaera oso loturik dago estres-erantzunarekin eta haren iraupenarekin, oso loturik baitago ebaluazio kognitiboarekin. Aktibatutako ardatzek eragin ezberdinak dituzte gorputzean, gaixotasun psikofisologiko ezberdinak sortuz.

Ardatz neuronalaren aktibazioaren ondorioz, bihotzekoa jasan daiteke (bihotzekoa jasateko aurre-joera duenarengan noski).

Ardatz neuroendokrinoak basokonstrikzioa eragiten du, eta kolesterolemia handitzea. Jardunak jarraitzen badu (korri, borroka...) ez da ezer gertatzen. Horren ordez ez bada jokabidearekin erantzuten, gaixotasun kardiobaskularrak izateko probabilitatea areagotzen da. Hori ekiditeko era bat kirola egitea izan daiteke.

Ardatz endokrinoak kortikoideen jariaketa eragiten du. Kortikoideek inmunoeskasia eta ultzera eragiten dute.

Ikusi da ebaluazio kognitiboaren arabera, estres-erantzunak gehiago edo gutxiago irauten duela eta beraz ardatz ezberdina aktibatuko dela.

A izaera mota. *Nire burua denari aurre egiteko gai ikusteko joera badut, ardatz neuroendokrinoa aktibatuko da. Emozio ugariena larritasuna izango da. Subjektua ekintzara zuzendua dagoenez, aktibazioari jokabideak jarraitzen dio eta estimulua gainditzeko joera dago. Gaixotasun kardiobaskularrak jasateko probabilitate gehiago dute izaera hau dutenek.*

B izaera mota. *Nire burua ez badut gai ikusten ez diot aurre egingo. Aurre ez egiteak ez du arazoa kentzen. Horren ordez, hor dituzu arazoak denbora guztian mehatxu egiten. Beldurtia izango naiz eta aurre ezin eginak triste utziko nau. Emozio nagusia tristura izango da. Estres-erantzunak denbora gehiago irauten du eta batez ere ardatz endokrinoa aktibatuko da. Izaera mota hau dutenek urdaileko ultzerak eta minbizia jasateko probabilitate gehiago dute.*

5. Estresoreei aurre egiteko erak.

Orokorrean, estresoreari aurre egiteko hiru era orokor daude:
- Zuzenean aurre egin.
- Ebaluazio kognitiboa beste era batera egin (berregituraketa kognitiboa)
- Ondorio emozionalak maila toleragarrian mantendu.

Zuzenean aurre egitea da egokiena. Halere, askotan ezin da.

Maiz, mehatxua ikusten da egoera berrien aurrean. Egoera berriak erronka gisa ikusten ikastea oso komenigarria da emozio hobeak sentitzeko eta egoki aurre egiteko. Horrelakoetan, berregituraketa kognitiboaren bitartez, gauzak beste era batera hautematen ikas daiteke.

Okerrena mehatxua ikusi eta norberaren burua aurre egiteko gai ez ikustea izaten da. Maiz, pertsonak ikasi du gauza gutxi egin dezakeela arazoei aurre egiteko (Selligmanen babesgabetasun ikasia 1976). Pertsona horiek pentsatzen dute gutxi balio dutela eta ezin dutela ezer egin. Horrela, aurre egin diezaioketenari ere ez diote aurre egiten eta, beren historian arrakastak gordetzen hasi ordez, porrotak pilatzen jarraitzen dute. Horiek ere berregituraketa kognitiboaren bitartez beren ezgaitasun-pentsamenduak aldatzen ikasi beharko dute, eta pixkanaka-pixkanaka aurre egin diezaieketen egoeren aurrean jarri (entrenamendua), eta aurre egiteko beste era bat ikasten joango dira.

Cooperen ikuspegitik (1985) erronka bat dugun bakoitzean aukera berri bat dugu konfiantza berreskuratu eta autonomoagoak izateko. Egoki aurre egiteak esan nahi du egoera berrien aurrean gaiago ikusiko dugula gure burua.

Heziketan oso kontuan izan beharko genukeen zerbait da hori. Konfiantza gutxi dugun arloak landu beharko genituzke, konfiantza irabazteko (entrenamendua).

Aurre egiteko eraren beste sailkapena:

Izaera eta aurre egiteko erak.

Esan bezala, estresari aurre egiteko bi izaera mota ezberdin daude:
- A izaera mota. Aurre egitera eta ekintzara zuzendua.
- B izaera mota. Saihestera zuzendua.

Badaude, halere, aurre egiteko eran erabakigarriak diren nortasun ezaugarriak:

- Autoerreferentzia. Autoerreferentzi handia: Estres-egoeran bere gorputzeko sentsazioetan jartzen du arreta eta ez hainbeste arazo-konponketan. Horrek eraginkortasuna kentzen du.

***Autoerreferentzia handia**. Demagun jendearen aurrean hitz egin behar duela. Automatikoki urduritasuna eta izerdia etortzen zaizkio. Sentsazio horietan arreta jarriz gero, egiten ari den horretan arreta gutxiago jarriko du eta emaitza okerragoak eskuratuko ditu.*

- Autoeraginkortasuna. Lehen aipatu bezala, kontrol-sentsazioarekin lotutako ezaugarria da. Autoeraginkortasun handiko pertsonak lortzeko probabilitate gehiago du, gutxikoak baino.

- Ukatzailea. Pertsona batzuek, arazoen aurrean, ukapena erabiltzen dute babes-mekanismo gisa. Mehatxua ukatzea ez hautematea izango litzateke. Beraz, ez da emoziorik sentitzen. Egoera gogorren aurrean, hasiera batean ondo etortzen da. Halere, bizitzaren aurrean jarrera horren bidez erantzuteko joera izatea ez da batere adaptatiboa. Arazoa ez ikusteak ez sentitzea dakar (alde ona) baina horrela ez dago gainditzerik.

- Sentsazio bilatzaileak. Pertsona batzuek emozio gogorrak bilatzen dituzte, gustatzen zaizkielako (puenting...). Horiek, egoera mehatxagarriak jasateko erraztasun gehiago izaten dute.

6. Estresari aurre egiteko bideak

Esan bezala, estresa adaptatiboa da berez. Halere, gaur eguneko bizitzan ez zaio behar bezalako irtenbidea ematen eta horrek ondorio txarrak ekarriko lituzke.

Jarrera egokia hauxe izango litzateke:
- Bizitza erronkaz betea dagoela ikustea eta onartzea.
- Mehatxuaren ordez erronka ikusteko joera izatea, beti ere muga batekin.
- Aurre egin dakiokeenean aurre egin; eta ezin denean, onartu.
- Haserrea bideratu eta irtenbide fisikoa eman: jolasa, kirola...
- Estresaren alde fisiologikoa lasaitu (erlaxazioa)

Batzuek mehatxua errazegi ikusten dute (fobiak, agorafobia...). Pertsona horiek tratamendu berezia behar dute. Beldur horiek ikasiak dira. Nahiz eta oso gutxi diren baldintzapen klasikoz ikasiak, gainditzeko era bakarra aurre egitea izaten da. Nola gainditu beldurra? Beldurrari aurre eginda. Horretarako ezartze progresiboko programa bat betetzen da.

Edozein beldur irrazionalari aurre egiteko bidea hori da: aurre egitea. Profesionalok beldur irrazional asko izaten ditugu. Beldur horiek gainditzeko bidea aurre egitea da. Maiz, beldur horiek pentsamendu irrazionalez elikaturik daude. Horrelakoetan, berregituraketa kognitiboa erabiltzen da (pentsamendu irrazional horiek arrazionalagoak eta onuragarriagoak diren beste batzuez ordezkatzea).

Bibliografia:

- **Llor B, Abad MA, García M, Nieto J**. Estrés y enfermedad. Llor B, Abad MA, García M, Nieto J. Ciencias psicosociales aplicadas a la salud. *Interamericana Mc Graw Hill. Madrid 1995; 20 gaia: 195-207.*
- **Labrador FJ, Crespo M**. ¿Qué es el estrés? Labrador FJ, Crespo M. Estrés. Trastornos psicofisiológicos. *Eudema 1993. 1 gaia: 8-13.*
- **Labrador FJ, Crespo M**. Condiciones ambientales generadoras de estrés. Labrador FJ, Crespo M. Estrés. Trastornos psicofisiológicos. *Eudema 1993. 2 gaia: 14-20.*
- **Labrador FJ, Crespo M**. Aspectos personales implicados en la respuesta al estrés. Labrador FJ, Crespo M. Estrés. Trastornos psicofisiológicos. *Eudema 1993. 3 gaia: 21-42.*
- **Novel G**. La ansiedad y el estrés como componentes básicos del enfermar. Novel G, Lluch MT, Miguel MD. Enfermería psicosocial II. *Salvat S.A. Barcelona 1991. 16 gaia: 165-174.*
- **Tazón P**. La motivación en los cuidados y en el desarrollo profesional. Tazón P, Aseginolaza L, García-Campayo J. Ciencias psicosociales. *Masson SA. Barcelona 1996: 10 gaia: 149-160.*

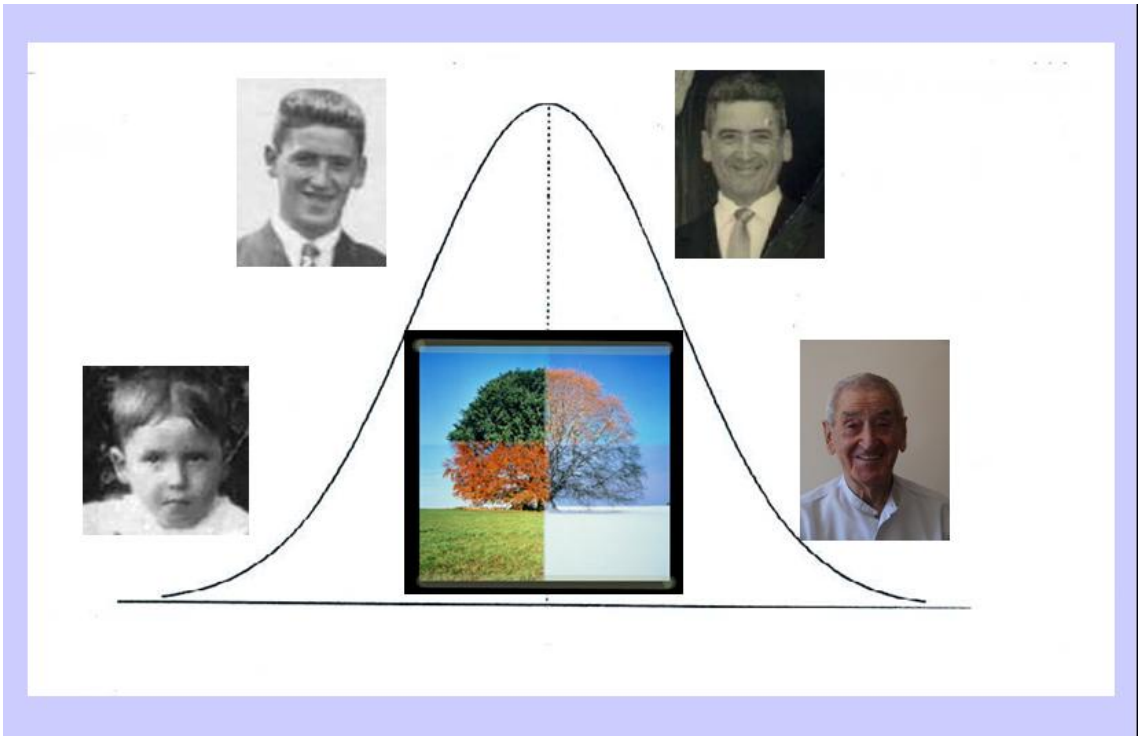
Sakontzeko:

- **Fernández M.** El estrés humano: un problema individual con solución: terapias de apoyo en la reconstrucción de una personalidad desequilibrada ante el fenómeno "estrés". *Universidad Pontificia, Salamanca 2001*.
- **GándaraJJ**. Estrés y trabajo: el síndrome del burnout**.** *Cauce editorial, Madrid 1998*.
- **Hombrados MI**. Estrés y salud**.** *Promolibro, Valencia 1997.*
- **Labrador F.J. y Crespo M.** Estrés. Trastornos psicofisiológicos**.** *Eudema. Madrid, 1993.*
- **Lazarus RS**. Estrés y procesos cognitivos**.** *Martínez Roca, Barcelona 1986.*
- **Ribera D.** Estrés laboral y salud en profesionales de enfermería: estudio empírico en la provincia de alicante**.** *Universidad de Alicante, Alicante 1993.*
- **Rodríguez J, Zurriaga R**. Estrés, enfermedad y hospitalización**.** *Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, 1997*.
- **Rowshan A**. El estrés: técnicas positivas para atenuarlo y asumir el control de tu vida. *Oniro, Barcelona 1999.*
- **Trianes MV**. Estrés en la infancia: su prevención y tratamiento. *Narcea, Madrid 1999.*
- **Valdés M** El estrés**.** *Acento, Madrid 1997.*

Irakurtzeko:

- **Lazarus RS.** Estrés y emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud. *Desclée de Brouwer, Bilbo 2000*.

7. BIZITZA-ZIKLOA



7.1. Haurtzaroa
1 Jaioberriaren ezaugarriak.
2 Garapen psikomotorra.
3 Sentitze-mugitze adimena.
4 Haurraren eta zaintzailearen artean sortzen den lotura afektiboa (atxikimendua)
5 Gogamenaren egituraketa. Freuden ikuspegia.
6 Jolasa.
7 Haurtzaroko erronkak. Eriksonen ikuspegia.

7.2. Nerabezaroa
1 Sarrera.
2 Pubertaroa/Nerabezaroa.
3 Nerabezaroan identitatea osatzen da.
4 Harreman sozialak nerabezaroan.
5 Nerabearen zailtasunak.

7.3. Helduaroa
1 Sarrera.
2 Helduaren ezaugarriak.
3 Helduaroaren etapak.
4 Eriksonen erronkak helduaroan.

7.4. Zahartzaroa
1 Sarrera.
2 Gaitasun kognitiboak zahartzaroan.
3 Zahartzaroko erronkak.

Bibliografia

Psikologia ebolutiboak gizakiaren bizitza-zikloa ikasten du. Bizitzako garai ezberdinetako ezaugarriak ezagutzea garrantzitsua da adin ezberdineko pertsonak ulertzeko, eta beraz, era egokian beharrak betetzen laguntzeko. Adibidez, helduak gehienetan estimulazio-beharra bere gisa beteko duen bitartean, jaioberriak besteen estimulazioa beharko du, zahar batzuei gertatuko zaien bezala.

Lehen, psikologia ebolutiboa eta garapenaren psikologia gauza bera ziren. Garapena haurtzaroarekin bukatzen zen eta psikologia ebolutiboak haurtzaroa bakarrik ikasten zuen. Bizitza luzatzen joan den heinean eta gizarteen egitura konplexuagoa egin den neurrian, etapa berriak sortu dira (nerabezaroa) eta lehen interes handirik ez zuten etapak (helduaroa eta zahartzaroa) interesarekin aztertzen dira, psikologia ebolutiboaren ikas-objektua zabalduz eta bizitza-ziklo osoa aztertuz ("bizitza-zikloaren" ikuspegia).

Bizitza-zikloan lau aro daude:
- haurtzaroa
- nerabezaroa
- helduaroa
- zahartzaroa.

Aurrera jarraitu aurretik ideia orokor batzuk azpimarratuko dira, gaia hobeto ulertzeko:
- Garapenaren baldintzak: heldutasun fisiologikoa+estimulazioa.
- Garapenean eragiten diotenak: herentzia+ingurua.
- Gizakia gaitasun gutxirekin jaiotzen da, oso babesgabea da eta haurtzaro luzea du.
- Bizitzako estresoreen sailkapena.

Garapenaren baldintzak.

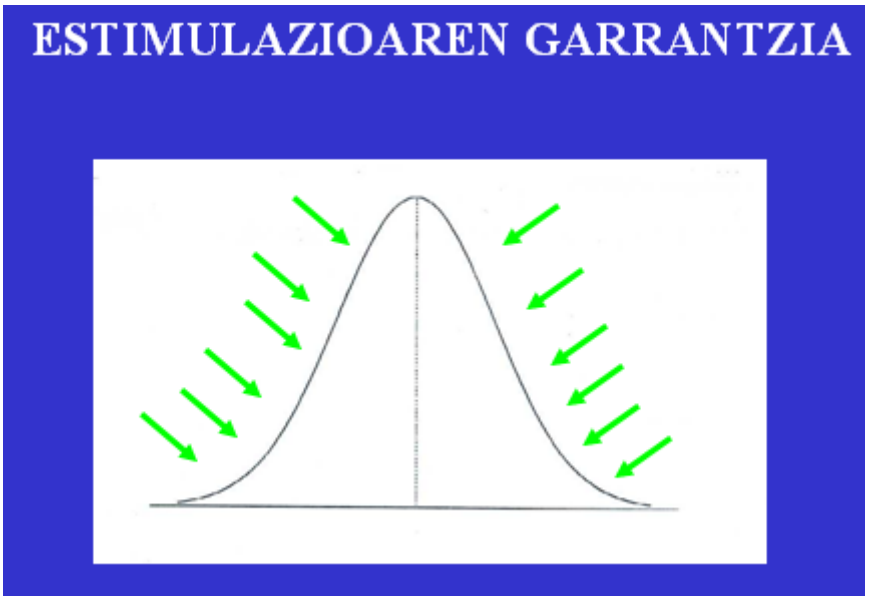
Gaitasun bat garatzeko behar-beharrezko baldintza organoen heldutasun fisiologikoa da. Horrez gainera, estimulazioa behar da eta funtzio horien erabilera, bestela gaitasun hori ez da garatzen.

Ibiltzen ikasteko. *Ibiltzen hasteko, behar-beharrezkoa da parte hartzen duten gihar eta nerbio-sistemako atalen heldutasun fisiologikoa (12 hilabeterekin). Halere, haurra ez bada ibiltzen saiatzen eta entrenatzen, gaitasuna ez da garatuko. Ibiltzen hasteko behar-beharrezkoa da heltze fisiologikoa baina baita ibiltzen ikastea ere.*

Hitz egiten ikasteko*. Hitz egiten ikasteko behar beharrezkoa da behar diren organo eta garun atalen heldutasun fisiologikoa. Halere, haurrari ez bazaio hitz egiten eta berarekin hizkuntza ez bada entrenatzen, haurrak ez du hitz egiten ikasiko. Beraz, behar-beharrezkoa da heltze fisiologikoa, baina baita hitz egiten ikastea ere. Bi urte baino lehenago ez du hitz egiten ikasiko, mintzamenaren garun-azala ez delako fisiologikoki nahikoa heldu. Hortik aurrera, ingurua estimulagarria den edo ez, lehenago garatuko du hizkuntza.*

Zahartzaroan ere estimulazioa. *Zahartzaroan gaitasunak bizkorrago galtzen dira ez badira erabiltzen. Estimulazioari esker gaitasunen narriadura mantsotu daiteke.*

Estimulazioa beraz garrantzi handikoa da bizitza-zikloan zehar: haurtzaro eta gaztaroan gaitasunak lortzeko eta hortik aurrera gaitasunen galera mantsotzeko.



Herentzia eta Ingurua elkarlanean (elkarrekintzan)

Gaitasun bat ez dugu denok berdin garatzen. Denok ez dugu berdin korri egiten edo ez dugu hizkuntza bera hitz egiten. Gaitasunaren ezaugarriak bi faktoreren menpe daudelako gertatzen da hori:

1. Herentzia: herentziak mugak jartzen ditu. Herentziak gaitasuna posible egiten du eta mugak jartzen dizkio. Muga horien barruan badira aukerak, baina sekulan ez muga horien kanpoan.

2. Ingurunea: herentziaren mugen barruan gaitasuna gehiago edo gutxiago, bizkorrago edo makalago garatzea ingurunearen menpe dago. Kasu batzuetan gaitasun horien ezaugarriak ere ingurunearen menpe geratzen dira (mintzamenean hizkuntza bat edo bestea ikastea).

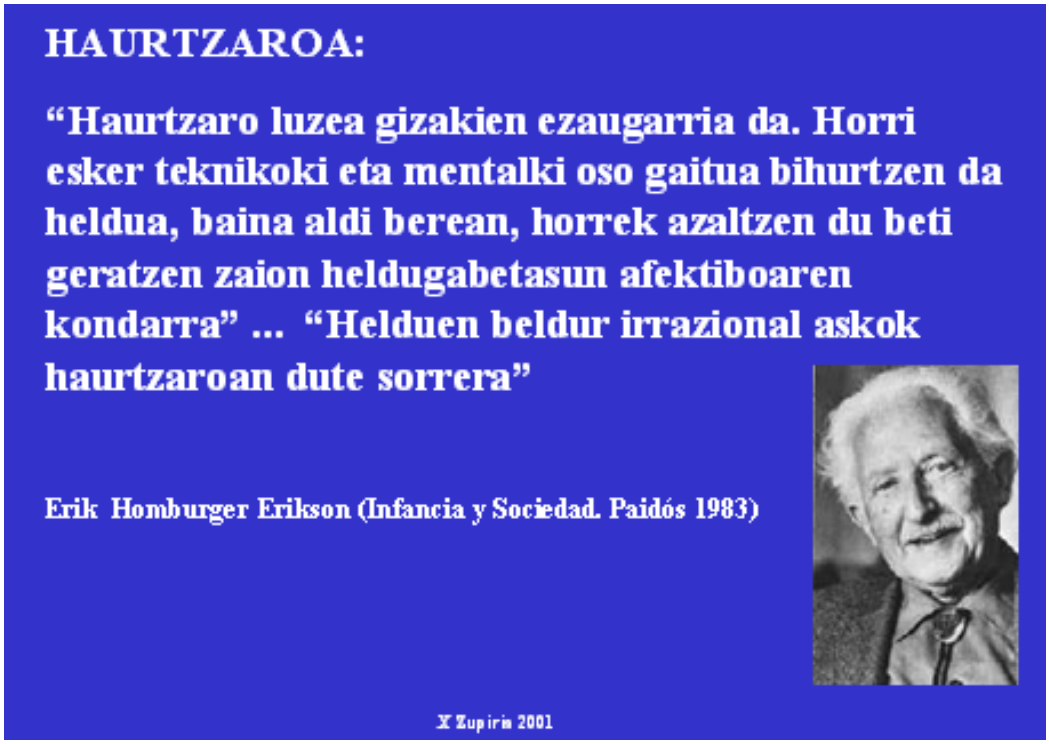
Altuera. *Geneetan pertsona batek 160 eta 170 zm tarteko neurria hartu dezakeela idatzia egon daiteke, baina 160 edo 170 neurtzea elikadura eta higienearen eta osasun-baldintzen menpe egongo da. Azken belaunaldietan semeek gurasoek baino gehiago hazi direla ikusi da. Baldintzen hobekuntzaren ondorioz, gaurko gazteak izan dezaketen neurriaren sabaian daude.*

Mintzamena eta hizkuntza. *Geneetan mintzamenaren aukera idatzita dago. Mintzamena garatzea ingurunearen menpe egongo da: estimulaziorik gabeko ingurunean, haurrak ez du mintzamenik garatuko. Gainera, nerabezaro aurretik ez badu garatzen, badirudi ez duela sekulan garatuko (genetikak 2-14 urteen artean bakarrik uzten du mintzamena garatzeko aukera hori). Muga horien barruan, lehenago edo beranduago garatu, estimulazioaren menpe egongo da. Gainera, hizkuntza bat edo bestea ikasi ingurunearen menpe egongo da. Haur gehienak bi urterekin hasten dira hitz egiten beren inguruko hizkuntza. Gure inguruan haur askok bi hizkuntza ezberdin erabiltzen hasten dira txikitatik: gaztelera eta euskara. Jaiotzetik gorrak direnak gor-mutuen hizkuntza ikasiko dute. Hizkuntza batean lorturiko aberastasuna eta gaitasuna ere ingurunearen menpe egongo da neurri handi batean. Hizkuntza guztien azpian gaitasun bat dago: mintzamena, esanahiak kode batera itzultzeko gaitasuna. Gaitasun hori da nerabezaro aurretik garatu ezean garatu gabe gera daitekeena.*

Gizakia gaitasun gutxirekin jaiotzen da, oso babesgabea da eta haurtzaro luzea du.

Gizakien jokabidea beste animaliena baino konplexuagoa da. Gizakume batek 14 urteetan ikasten duena ez du beste animaliakumek bizitza osoan ikasten. Animalia gehienak jaio eta berehala ibiltzeko gai dira, eta jakin behar dutena segituan ikasten dute. Gizakumea ordea heldugabea jaiotzen da, oso gaitasun gutxirekin, eta horrek oso babesgabe bihurtzen du, helduekiko erabateko menpe utzirik.

Hain heldugabe jaiotzea biziraupenerako zailtasun bat izan zitekeen, baina ez da horrela gizakientzat. Gizakumeen gurasoak jaioberriarekin "txoratzen" dira eta haren zainketan buru-belarri jartzen dira. Horri esker, haurtzaro luze batean gauza asko ikasten ditu gizakumeak. Helduagoa jaioko balitz nerbio-sistema ez litzateke hain malgua izango eta ezingo luke hainbeste ikasi; bukatuagoa jaioko litzake eta hainbeste gauza ikasteko malgutasun hori ez luke izango. Ikaste-prozesu hori posible izateko behar den egonkortasuna guraso eta kumeen artean sortzen den harreman estuak ematen du: haurrak gurasoekiko (zaintzaileekiko) lotura berezia sortzen du (atxikimendua) eta gurasoek haurrarekiko ere bai. Bizitzako lehen lotura garrantzitsu hori (atxikimendua), egonkortasuna ziurtatzen duen harreman estu hori, harreman-eredu ere bihurtzen da, eta harreman berezi horren ezaugarriek eragin handia du gizaki horrek egingo dituen harremanetan eta harremanetan lorturiko asebetetasunean. Horrez gainera, Erikson-ek zioen bezala, menpekotasun horrek betirako heldugabetasun afektiboaren kondarra uzten digu, eta horregatik besteen beharra dugu bizitza osoan (behar afektiboak).



Bizitzako estresoreak.

Bizitza-zikloaren ikuspegitik, gizabanakoaren garapenean eragina duten hiru faktore multzo daude:
- *Adinarekin zerikusia duten faktore normatiboak*. Adinarekin zerikusia dute eta adin bereko gehienek partekatzen dituzte. Adinaren erronkak dira: urte batekin ibiltzea, 2 urteekin hitz egitea, 3 urterekin sozializazioa, 8 urterekin pentsamendu logikoa, 14 urterekin pentsamendu formala, 12-14 urterekin pubertaroa, lana, guraso izatea, erretiroa…
- *Historiarekin zerikusia duten faktore normatiboak*: belaunaldiarekin zerikusia dutenak. Adibidez. gerran jaio den belaunaldi bat edo bakean jaio dena. Belaunaldi bateko guztiengan du eragina gertaerak.
- *Bizi-gertakizun ez normatiboak*: Belaunaldi berekoei gertatu dakieke edo ez: gurasoek txikitan abandonatzea, gaixotasun kroniko bat, langabezia, bikotearen heriotza...

Osasun-profesionalari, zer gaitasun bereganatzea komeni zaio?
Mediku eta erizainek gai izan beharko luteke:

- Bizitzako une ezberdinetako berezitasunak kontuan hartuta, pertsonen jokabidea ulertzeko
- Bizitzako adin ezberdinetako ezaugarriak kontuan hartzeko, gaixoa hobeto zaintzearren.

7.1 HAURTZAROA

Gizakumea heldugabea jaiotzen da eta haurtzaro luzeari esker, gauza asko ikasten ditu. Aldi berean, haurtzaroa mendekotasun handiko garaia da. Ezinbestekoa da bizitzaren etapa horretan ondo zainduko duten helduekin bizitzea. Zainketa egokia izango da, behar fisikoak eta afektiboak betetzen dizkiona, ziur sentiarazten dutena, ahal duen neurrian gaitasunak garatzen lagunduko diona eta pixkanaka-pixkanaka autonomia garatzen eta urruntzen uzten diona.

Gizakumea jaioberritan heldugabea eta oso menpekoa da, gaitasun gutxi ditu, baina ez pentsa gaitasunik ez duenik.

1. Jaioberriaren ezaugarriak:

- Heldugabetasuna: esan dugu, desabantaila dirudien hori abantaila dela, gizona heldua jaioko balitz ez lukeelako ikasten duen guztia ikasteko aukerarik izango.

- Zentzumenak irekita. Zentzumen guztiek ia helduarenek bezala funtzionatzen dute. Beraz, mundurako leihoak "irekita" daude hasieratik.

- Estimulu sozialekiko hautemate-lehentasuna. Arreta, estimuluen menpe dago. Gure nahigabeko arreta lortzen duten estimuluen ezaugarri berek lortzen dute haurraren arreta: estimulu intentsuak, mugimenduak eta kontrasteak batez ere. Gizakion aurpegiak, bere ezaugarriengatik (kontrasteak, begi eta ahoaren mugimenduak...) haurraren arreta lortzen dute. Gainera, ahotsarekin batera agertzen zaizkio, arreta lortzen duten ahotsak (inflexio handikoak, gehiegizkoak) eta horrek berehala lortzen du lehentasuna haurrari arreta erakartzen dioten gauzen artean: giza ahotsa eta aurpegia dira haurrek nahiago dituzten estimuluak. Horregatik, haurrek jaiotzatik estimulu sozialekiko hautemate-lehentasuna dutela esaten da.

- Oroimenak hasieratik funtzionatzen du, baina ia hutsa dago.

- Motor aldetik, ez dago erreflexua besterik. Ez dago borondatezko mugimendurik. Haurrak, pixkanaka-pixkanaka erreflexuetan oinarriturik, mugimendu eskemak garatuko ditu, borondatezko bihurtuko direnak.

- Hautematea: ia dena ezezaguna da berarentzat. Gauzekin esperientzia duen heinean mundua ezagutzen joango da zentzumenetatik sartzen zaion informazioari esker. Halere badu jaio aurretik hautemate esperientzia txiki bat, umetokian azkeneko hilabeteetan garatutakoa (amaren ahotsa adibidez).

Jaioberriaren erreflexuak.

- Xurgatze erreflexua: aho ingurua edo ezpainak ukitzen bazaizkio, xurgatzen hasiko da.
- Masaila ukituz gero, alde horretara biratzen du burua.
- Grasping: Esku-ahurra ukituz gero, indar handiz heltzen du.
- Moro: ikaratuz gero haurrak besarkada ematean egiten diren mugimenduak egiten ditu.
- Ibili.
- Herrestatu.

Erreflexu gehienak desagertu egiten dira (3-6 hilabetetan). Xurgatzearena eta graspingena garatu egiten dira.

2 Garapen psikomotorra.

Bi lege jarraitzen ditu:

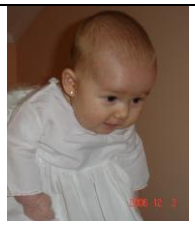
- Lege zefalo-kaudala: heldutasuna eta kontrola lortzen duten lehen muskuluak burukoak dira, eta azkenekoak hanketakoak.
- Lege hurbil-distala: gorputz-adarretan enborretik gertu dauden muskuluen kontrola lortuko da aurrena (bizkarra, aldaka) eta urrun daudenena azkena (eskuak eta oinak).

Lorpen psikomotorren egutegi bat bada: hilabeterekin begirada finkatzen du, hiru hilabeterekin buruari eusten dio, 6 hilabeterekin eseri egiten da, 9 hilabeterekin katuka egiten du, eta urte batekin ibitzen hasten da. Halere, egutegi hori ez da berdina denentzat. Batzuek lehenago lortzen dituzte, besteek geroago. Hala bada ere, egutegi horrek ondo laburbiltzen du orokorrean gertatzen dena. Egutegi horretatik gehiegi urruntzea normatik ateratzea izan daiteke: atzerapen psikomotorrak adimenaren atzerapena adieraz dezake. Horrek ez du esan nahi atzerapen psikomotor guztiek atzerapen mentala ere badutenik.

Ikusi da kanpoarekin harremanetan jartzeko bi era ezberdin erakusten dituztela haurrek hasieratik:

- *Gertukoaren esploraziora zuzendua*: gertukoa ondo esploratzen dute, eta beraz ez dute hainbeste mugitu behar. Horrela lasaiago eskuratzen dituzte ibiltzea eta antzeko lorpen psikomotorrak.

- *Espaziora zuzendutakoa*: haurrek urrutikoa esploratzeko beharra sentitzen dute eta beti alde batera eta bestera dabiltza, garapen psikomotorra (ibiltzea batez ere) bizkortuz.

				
Hilabete 1: begirada finkatu	3 hilabete: burua eutsi	6 hilabete: eseri	9 hilabete: katuka	12 hilabete: ibili

3 Sentitze-mugitze adimena.

Piaget-en ikuspegitik, haurrak 0-2 urte bitartean sentitze-mugitzeko adimena du: berehalakora zuzendua, nahi gabeko arreta, eta hautemandakoaren menpe eta baldintzapean. Haurrak aurrena erreflexuak ditu. Erreflexu horiek estimulu ezberdinetara egokitu beharko dute (ez du berdin xurgatuko amaren titia eta panpina). Erreflexu-eskemen egokitzapenaren ondorioz ekintza-eskemak sortuko dira. Ekintza-eskema horiek egokitu egingo dira errealitate ezberdinetara eta ekintza-eskema berri gehiago sortuko dira. Geroago, ekintza-eskema horiek konbinatu egingo dira eta ekintza konplexuagoen aukera irekiko du. Aurrena kasualitatez aurkituko ditu ekintza berriak, baina geroago nahita; ekintza berriak zaharren aldaketa eta konbinazioaren ondorioa izango dira.

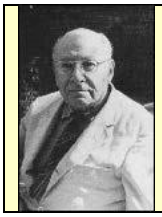
Aldi berean, estimulu sentsorial ezberdinak integratzeko gaitasuna garatuko du. Hasieran, estimulu guztiak askeak dira. Geroago, iturri ezberdinetik datorrena integratzen ikasiko du. Halere urtea arte haurrak ez du sinbolorik edukiko. Sinboloak, errealitatearen irudikapen mentalak dira. Bi urtetik aurrera errealitatean ekiteaz gainera, sinboloekin ekingo du. Sentitze-mugitze estadioaren bukaera izango da eta eragiketa konkretuen estadioaren hasiera.

4 Haurraren eta zaintzailearen artean sortzen den lotura afektiboa. (Atxikimendua)

Haurra heldugabea jaiotzen da eta menpekotasun nabaria garatzen du zaintzaileekiko. Hasieratik zaintzailearen ezaugarriak ezagunak ditu, baina 6 hilabetera arte ez du zaintzaile zehatzenganako atxikimendua garatzen: sei hilabete baino lehenago ez baitu, zaintzailea errealitate konkretu eta integratu baten gisa hautematen. Sei hilabetera arte, amaren usaina identifika dezake, haren ahotsa, haren aurpegia... Halere, 6 hilabete arte ez da bere amaz

"maiteminduko". Sei hilabete baino lehenago bere beharrak betetzen bazaizkio (janaria, kontaktua, estimulazioa...) ez du garrantzirik izango zaintzaile nagusia aldatzen bada. Halere, hiru hilabetetik aurrera nahiago du ezaguna arrotza baino. Sei hilabetetik aurrera ordea, lehentasuna agertuko du bere zaintzaile nagusienganako, eta ez du onartuko banatzea. Ospitaleratze-garaian kontuan izan behar ditugu adin hauek, eta ahal den neurrian gurasoei haurrarekin egoteko aukera eman.

Haurrak beharrezkoak ditu:
- Behar fisiologikoak betetzea.
- Estimulazio sentsoriala. Haur baten behar fisiologikoak bakarrik betetzea ez da nahikoa, estimulazio sentsoriala ere behar du. Estimulazio sentsorial eskasa jasotzen badu haurrak, atzerapena jasango du bere garapenean (atzerapen psikomotorra eta adimenaren atzerapena). Gainera, ez dugu ahaztu behar, estimulazio sentsorialaren barruan ukimenaz jasotako estimulazioa dagoela. Ikusia dugu estimulazio mota horrek beste behar bat betetzen duela: behar afektiboa (oroitu behar afektiboen artean, kontaktu fisikoa, intimitatea eta taldekidetasuna daudela). Estimulazio sentsorial ezari, depribazioa deitu zaio. Depribazioa jasaten duten haurrek, atzerapen psikomotorraz eta adimenaren atzerapen nabarmenaz gainera, nahaste afektiboak jasaten dituzte, heriotzaraino eraman ditzakeenak.



Spitz-en ikerketak**. Spitz-ek ospitalismoa deitu zuen fenomenoa deskribatu zuen haur ospitaleratu eta instituzionalizatuetan. Instituzio horietan erizain bakoitzak haur txiki asko zaintzen zituen. Jaten ematen zien eta garbiak zituen, baina ez zuen denborarik haiekin jolasteko. Horregatik estimulazio falta ikaragarria zuten (ikusmen, entzumen eta batez ere ukimenezko estimulazio-eza). Ikusi zuen haur horiek aurrena depresioa garatzen zutela. Bost hilabetera arte depresio hori itzulgarria zen. Depribazioa bost hilabetetik aurrera luzatzen bazen, ospitalismoa izeneko koadro-klinikoa gertatzen zen. Koadro hori itzulezina zen gehienetan eta oso pronostiko txarrekoa (maiz bizitza bukatzen zuen). **Argi geratu zen haurrek zainketa fisikoez gainera estimulazio sentsoriala (afektiboa tartean) behar-beharrezkoak dutela.

***Harlow-ren ikerketak**. Harlow zoologoa tximuak ikertzen ari zela ohartu zen tximukumeentzat titia hartzea bezain garrantzitsua zela kontaktu fisikoa. Gezurrezko bi ama jarri zizkien tximukumeei: bat alanbrezkoa eta biberoia zuena eta bestea trapuzkoa eta titirik gabea. Ikusi zuen tximukumeak jateko alanbrezko ama aukeratzen zuela, baina jan eta berehala trapuzko amarengana joan eta denbora luzez helduta pasatzen zuela. Ikusi zuen orobat trapuzko ama ez zuten tximuak beldurtiagoak zirela eta jokabide arraroak zituztela. Kontaktu fisikoaren beharra eta onura frogatu zituen.*

Harlow, HF. The nature of love. *American Psychologist* 1958; *13:* 573-685.

http://psychclassics.yorku.ca/Harlow/love.htm

Estimulazio sentsorialaren barruan, batez ere ikustezko eta entzutezko estimulazioa eta kontaktu fisikoa hartzen dira kontuan.

Gauzak normal badoaz, jaioberriaren eta zaintzailearen artean dinamika berezia sortzen da, zainketa- eta estimulazio-beharra ziurtatzen duena. Haurrak estimulazio etengabea behar du, eta hori berarekin "zoratuta" dagoen batek bakarrik eman diezaioke. Eta hori naturalki horrela gertatzen da. Haur txikiek zoratu egiten dituzte helduak eta batez ere zaintzaileak. Zaintzailearen "zoratze" egoera horrek haurrarekin etengabeko elkarrekintzara eramango du. Haurrak hasieratik interes handia agertzen du elkarrekintza horiekiko (estimulu sozialetarako hautemate-lehentasuna baitu) eta erantzun egingo du, keinuz, irribarrez eta

soinuz. Horrek zaintzailearengan eragina izango du: haurraren erantzuna estimulu bihurtuko da zaintzailearentzako eta elkarrekintza ziurtatuko da.

Gauzak normal badoaz, beraz, haurraren eta zaintzailearen arteko dinamikak, haurraren beharrak eta elkarrekintza ziurtatuko ditu: beraz, haurraren garapena. Halere, batzuetan, ez da horrela gertatzen:
- edo haurrak ez dielako zaintzailearen estimuluei erantzuten eta, beraz, zaintzailea zer egin ez dakiela, etsipenean erortzen delako eta haurrarekin elkarrekintza gutxitzen duelako (jaioberri goiztiarrak, jaioberri itsuak, autistak).
- edo zaintzailea ez dagoelako haurrarekin "zoratuta" (erditze ondorengo depresioa).

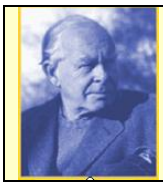
Adi erizain eta medikuak! Egoera horietan pazientzia handiz gurasoak animatzea eta laguntzea komeni da. Haur txiki bati laguntzeko bide hoberena gurasoei laguntzea da.

Gauzak horrela, haurra bere zaintzailea gauza aparte gisa ezagutzeko gai denean (4-6 hilabete) harreman berezia (lotura afektibo berezia) sortuko da, non haurrak zaintzailearen hurbiltasuna bilatzen duen. Haurra atxiki egingo zaio bere zaintzaileari: haurrak garatzen duen lotura afektibo indartsu horri atxikimendua deritzo. Biziraupenerako oso interesgarria da atxikimendua: haurrak bere gisa mugitzen hasi baino apur bat lehenago, babesa ematen dion heldu horren hurbiltasuna bilatzen baitu.

Animalia asko jaio eta berehala lotzen zaie helduei. Txitek jaiotzean mugitzen den lehenengo gauzari jarraitzen diote eta beldurtzen diren bakoitzean harengana inguratzen dira gordetzeko. Ama izaten da gehienetan, baina ez beti. Arrisku-egoeratan harengana hurbilduko dira, haren babesa lortzeko. Txitak jaiotzatik ibiltzen direnez, jaiotzatik mugitzen den lehenengo gauzari jarraitzen diote. Oroitu Konrad Lorenzen inprinting efektua.

Gizonen kasuan, haurrak zaintzaileekiko atxikimendua garatzen du. Haurrarengan berez sortzen da lotura hori sei hilabetetik aurrera, eta indar handia du. Tratu txarrak jasaten dituzten haurrek ere, atxikimendua garatzen dute zaintzaileekiko.

Bowlby-ren atxikimenduaren teoria.



John BOWLBY (1907-1990). *Psikiatra eta psikoanalista britainiarra. Haurrak ikertu zituen, banantzeak haiengan zuen eragina aztertuz. Atxikimenduaren teoria planteatu zuen. Psikoanalisiaren aurrean, haurren benetako esperientziari kasu egin zien: haur batek ez badu zaintzaileengandik zainketa egokia jasotzen, ez ditu lotura osasuntsuak egingo, eta horrek eragina izango du nortasunean.*

http://www.attachmentnetwork.org

Hiru jokabide-sistema loturik daude txikitatik: atxikimendua, beldurra eta esplorazioa. Haurrak esploratuko du beldurrik ez badu. Zaintzailearekin badago, lasai dago, eta esplora dezake mundua. Beldurra badu, esploratzeari utziko dio eta atxikimendu-jokabideak areagotuko ditu.

Atxikimendu jokabideak:

- Hurbiltasuna mantentzeko jokabideak: jarraitu, heldu, begiratu, deitu, negar egin.
- Harreman sentsoriala izateko jokabideak: musuak, besarkadak, irribarrea, keinuak.
- Banantzea ekiditeko jokabideak: protesta eta herstura

- Birtopoan atxikimendua indartzeko jokabideak: poza eta lasaitasuna

Atxikimendu-jokabideek lau helburu dituzte:

- Hurbiltasuna mantentzea
- Kontsolamendua
- Banantzea ekiditea
- Segurtasuna

Haurrak bere gurasoekin egon nahi du, haien hurbiltasuna bilatzen du, mina hartzen duenean haien kontsolamendua bilatzen du, haiengandik banatzea ekiditen du eta beldur-egoeretan haiek ematen diote segurtasuna (haiengan aurkitzen du babesa).

Kontuan izan behar da haurren beldur-jokabideak eboluzionatu egiten dutela. 8-10 hilabete inguruan negarra eta ezkutatzea dira beldur-jokabide nagusiak. 12-18 hilabetetik aurrera uzkurtasuna, arreta eta jarraikako hurbiltasuna beldur-adierazleak dira.

Haur txiki guztiek beren zaintzaileekiko hurbiltasuna bilatzen dute, hori da ezagutzen dutena, horrek ematen die segurtasuna. Harrigarria badirudi ere, tratu txarrak jasandako haurrek ere beren gurasoekiko hurbiltasuna bilatzen dute. Biziraupenerako helburua beteta dago. Halere, berdin al da gurasoek haurra zaintzeko modua haurraren garapenean? Ez, jakina ezetz.

Bowlby-k eta Ainsworth-ek ikusi zuten gehienetan guraso-haur harreman hori egokia zela. Gurasoek haurraren beharrak ongi antzematen dituzte eta betetzen dizkiote. Haurrak segurtasun-sentimendua garatzen du eta bai besteengan eta bai bere buruan konfiantza izaten ikasten du. Horrek harremanerako eta izateko era osasuntsu bat garatzen laguntzen dio. Haur horrek atxikimendu ziurra garatu duela esaten da. Halere, hori ez da beti gertatzen. Beste batzuetan, atxikimendu hori ez da ziurra eta horrek ondorio txarrak ekartzen dizkio haurrari. Atxikimendu ez-ziurraren barruan bi mota bereizi zituzten: antsietatezko-anbibalentea eta ekiditzailea. Atxikimendu antsietatezko-anbibalentean, nahiz eta gurasoekin egon, haurra ez da ziur sentitzen, gutxiago esploratzen du, amarekin ere ez delako lasai sentitzen, ama urruntzen bada oso larri jartzen da eta berriro topo egitean jokabide anbibalentea du, hertsiki heltzen dio eta errefusatu egiten du. Atxikimendu ekiditzailean, ez du inoren hurbiltasuna bilatzen eta gurasoak joatean edo etortzean ez du erantzuten; halakoak haur “erreak” dira. Azken horiek dute pronostiko okerrena.

Lehen harreman hori, munduarekiko eta norberarekiko jarrera eragiteaz gainera, hurrengo harreman estuen eredu ere bada. Ikusi da bikoteak aukeratzean atxikimendu mota errepikatzeko joera dagoela.

© Xabier Zupiria 2003

Ainsworth 1978: atxikimendu motak:

	Ziurra (65-70%)	Antsietatezko-anbibalentea (10-15%)	Ekiditzailea (10%)
Esplorazio jokabideak	Zaintzailearekin dagoenean, bestela saihestu	Gutxi	Gutxi, pasibotasuna
Banaketan	Herstura	Herstura handia	Herstura gutxi
Berriz topatzean	Erraz kontsolatzen da, poza, atxikimendu jokabideak areagotzen ditu	Zaila kontsolatzen, anbibalentzia, haserrea eta arbuiatu	Kontaktua ekidin
Ezezagunen aurrean	Atxikimendu jokabideak	Herstura handia	Ez bat, ez bestea

Erikson-en ikuspegitik, lehen urtean konfiantza edo mesfidantza garatuko dira oinarrizko-sentimendu gisa, zaintzailearekiko harremanaren ondorio gisa. Zenbateraino fidatuko den munduarekin, besteekin eta bere buruarekin, jasotako zainketen kalitatearen menpe dago. Zaintzaileak haurraren behar fisiko eta afektiboak ondo betetzen dituenean, oinarrizko konfiantza garatuko da haurrarengan. Oinarrizko konfiantza ezak edo mesfidantzak ondorio txarrak izango ditu.

Haur jaioberriak ez du bera eta bera ez denaren artean bereizten. Horretarako buruan irudikatu behar ditu errealitate horiek. Hasieran, dena nahasita dago; errealitatea ezagutzen duen neurrian gauza ezberdinak ezagutuko ditu, eta buruan "ordena" pixka bat jarriz joango da. Sei hilabeterekin, bere burua beste gauza guztiez aparte dagoela ohartuko da (bere ama ere bai), orduan maiteminduko da bere amaz edo zaintzaileaz. Oinarrizko konfiantza edo mesfidantza, beraz, egoera bereizgabe horretan gertatzen da. Horregatik, oinarrizko konfiantza edo mesfidantza garatzeak eragina izango du:
- Bere buruarengan duen konfiantzan edo mesfidantzan.
- Besteengan duen konfiantzan edo mesfidantzan.
- Munduan duen konfiantzan edo mesfidantzan.

Ikuspegi batzuetatik, haurrari ez zaio behar duen guztia eman behar. Errealitatea horrelakoa ez dela eta hasieratik pixkanaka-pixkanaka frustraziora ohitzen joan behar dugula diote. Erikson-ek argi dauka, lehenengo urtean behintzat horrek ez duela horrela izan behar. Haurraren beharrak bete behar dira sortzen zaizkion unetik.

Banantzea.

Esan dugu sei hilabetetik aurrera haurrak atxikimendu-irudiei lotzen zaizkiela. Banatzea, beraz, zaintzailearengandik banantzea da. Haurrak pertsona hori ezagutzen du eta identifikatzen du bere zaintzaile gisa, eta ezin du bera gabe egon. Banantzearen ondorioz, benetako dolua izaten du haurrak.

Banantzearen faseak: Banantzeak aurrera egiten duen ahala, haurrak portaera ezberdina agertzen du.

- Protesta fasea (lehenengo astean): Borroka aktiboa ikusten da atxikimendu-irudiak berreskuratzearren.
    - Negar ozenak eta ihes-ahaleginak.
    - Zarataren aurrean larritasunez erantzuten du.
    - Etxetik ekarritako gauzak ez ditu askatzen.
    - Jokabide erregresiboak:
        - Esfinterren kontrol-eza, hatzaren xurgatzea.
    - Larritasun zeinuak:
        - Azazkalak jaten ditu.
        - Dardara egiten du.
    - Jatearen nahasketak:
        - Janaria atzera botatzen du.
        - Oka egiten du.
    - Loaren nahasketak:
        - Amesgaiztoak.

Eskaintzen zaion laguntza erabat baztertzen du. Ama edo atxikimendu-irudia agertzen bada atxikimendu jokabideak gehitu egingo ditu eta ezezagunak gehiago arbuiatuko ditu.

- Anbibalentzia fasea (8-31 egun):
    - Samindura adierazpenek indarra galtzen dute.
    - Larritasun adierazpenak oraindik nabariak dira:
        - negar kontsolaezina, larritasuna...
    - Berdin edo okerrago:
        - Jokabide erregresiboak.
        - Jatearen nahasketak.
        - Loaren nahasketak.

Eskaintzen zaion laguntzari anbibalentziarekin erantzuten dio. Atxikimendu-irudien aurrean interesik ez balu bezala jokatzen du. Batzuetan oso kontrako joera agertzen du (haserrea). Zenbat eta luzeagoa izan banantzea eta zenbat eta gutxiago ulertu haurrak banantzearen arrazoiak, orduan eta denbora gehiago beharko da "des-atxikimendu" egoera hori gainditzeko.

- Moldaera fasea:
    - Atxikimendu-irudiak ahaztu egiten ditu.
    - Lotura afektibo berriak egiten ditu inguruko pertsonekin.

Halere gerta daiteke fase horretara iristean lotura afektibo berezi bat (edo batzuk) egiteko aukerarik ez egotea (haur instituzionalizatuak, gudetako umezurtzak...). Haur batzuk afektiboki "erreta" daudela esaten da. Harreman horiek ez dute sekulan iraun eta haurrak hotzak agertzen dira edozein harreman hasteko orduan. Horrek gehiago zailtzen ditu gauzak, zaintzaile berriek etsipenera jotzen baitute. Hori batez ere haur instituzionalizatuekin gertatzen da, beti alde batetik bestera dabiltza, etxe batetik bestera eta horrela ez dago lotura afektibo garrantzitsu bat egiteko aukerarik.

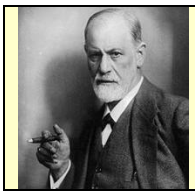
Maslow-ek beharren piramidearen bigarren mailan segurtasuna jartzen du. Helduari, lan finkoak, aurreztutakoak eta horrelakoek ematen diote segurtasuna. Haurrari, ordea, errutinak. Ikusi dugu zein garrantzitsua den lehenengo urtean oinarrizko konfiantza garatzea. Esan dugu zainketen kalitatearen araberakoa dela oinarrizko konfiantza edo

mesfidantza hori. Aurrerago ikusiko dugu, zainketen kalitatearen ezaugarri bat erregulartasuna dela. Hemen ikusten ari gara, zeinen garrantzitsua den haurrak atxikimendu-irudi finko batzuk izatea (erreferentzia afektiboak) eta haurrak banantze asko jasaten baditu afektiboki "erre" egiten dela.

Banantzearen ondorioetan eragina duten faktoreak:

Banantzeak ez du eragin bera haur ezberdinengan. Banantzearen ondorioetan eragina du:
- Haurrak 6 hilabete eta 4 urte artean izatea. Hiru hilabetera arte, haurrak ez du ezagun eta ezezagunen artean bereizten. Hiru-bost hilabete artean elkarrekintza nahiago du ezagutzen dituen pertsonekin, baina ez ditu ezezagunak arbuiatzen. Sei hilabetetik urtebetera, indar handiz atxikitzen zaie zaintzaileei eta ezezagunak arbuiatu egiten ditu. Bere lehentasuna nabaria da eta lau urtera arte atxikimendu-irudiez banantzeak nahigabea sortuko dio.
- Mutila izatea. Mutilak neskak baino zaurgarriagoak omen dira.
- Aurreko esperientzia txarra izatea:
    - Haur-zaintzaile harremana txarra izan bada (oinarrizko mesfidantza).
    - Aurreko banantzeak gaizki gainditu baditu, okerrago pasako du banantze berriaren aurrean. Bestalde, banantze laburretara ohitzen joan bada, hobeto jasango ditu banantze berriak.
- Banantzearen iraupenak (luzeagoa, okerrago).
- Haurrak banantzea ulertzea (ulertzen ez badu, okerrago).
- Leku berria ezezaguna izatea.
- Zaintzaile berriak ezagunak izatea (ezagutzen ez baditu, okerrago).
- Zainketen kalitatea (zainketa eskasa, okerrago).
- Ordezkapen-objektuak edukitzea (bere panpina badu, hobeto).

5 Gogamenaren egituraketa. Freuden ikuspegia.



Sigmund FREUD. *1856 Austria 1939 Londres. Psikoanalisiaren sortzailea. Intuizio handiko gizona. Garaiko histerien tratamenduetan gure gogoak kontzientziari gauzak ezkutatzen dizkiola ohartu zen, eta inkontzientean ezkutatutako gauza horiek gure jokabidea ulertzeko garrantzi handia dutela.*

Gogamenaren egitura.

Freud-en ikuspegitik, nortasuna haurtzaroan egituratzen da, eta, beraz, garapena haurtzarora (eta nerabezarora) mugatzen da. Helduaren gogoak hiru zati ditu: Zera, Nia eta Supernia.
- Zera guztiz inkontzientea da eta hartan bulkadak izaten dira: kontziente ez diren desio eta behar guztiak, sekula kontzientziara pasatu ez direnak edota pasatu badira erreprimituak izan direnak.
- Niak alde inkontzientea eta kontzientea ditu. Alde inkontzienteak babes-mekanismoak erabiliko ditu.
- Supernia azkenik, arau moralez osatua dago eta alde kontzientea eta inkontzientea ditu.

Gogamenaren dinamika.

Zeraren desio guztiei ezin zaie irtenbidea eman. Batzuetan errealistak ez direlako eta besteetan arau moralen kontra doazelako.

- Zeraren desioa morala bada, Niaren alde inkontzienteak kontzientziara pasatzen uzten dio eta Niaren alde kontzientea gustua ematen saiatzen da. Niaren alde inkontzientea, beraz, zaindari bat izango litzateke, kontzientziara zer pasatuko den eta zer ez erabakiko duena. Nahia errealista bada, errazago beteko da. Lortzen zailak direnek, errealitatea erakusten digute frustrazioaren bidez.
- Zeraren desioa errealista eta inmorala izan daiteke. Desioa Superniak dituen arau moralen aurka badoa, Niaren alde inkontzienteak erreprimitu egiten du. Halere, erreprimitutakoak ez dira isil-isilik geratzen. Pilatzen doazen neurrian, presioa handitu egiten da, eta orduan Niaren alde inkontzienteak irtenbidea aurkitu behar die beste babes-mekanismo batzuen bidez:
  - ***Sublimazioa*:** gaizki dagoen bulkada ondo ikusia dagoen era batera bideratzen da; adb: kirola eginez agresibitatea bideratzea.
  - ***Proiekzioa***: jasan ezin ditugun bulkadak besteengan ikusi. Adb: errazagoa da anaiak aita gorrotatzen duela ikustea norberak gorrotatzen duela ikustea baino. (zozoak beleari ipurbeltz).
  - ***Introiekzioa***: zerbait asko desio delako edo hartaz beldurtzen delako, haren ezaugarriak barneratzen dira. Era sinbolikoan bestea gureganatzeko era bat da. Adb: Asko miresten den pertsonaren ezaugarriak hartzea.
  - ***Konbertsioa***: bulkadak era sinboliko batean lortuko lukete irtenbidea gaixotasun baten bitartez. Adb: aitarenganako gorrotoa erreprimiturik zuen gaixo batek paralisi bat garatu zuen bere aita gaixotu eta zaindu behar zuen unean. Neurologikoki paralisirik ez zegoen, baina izango balu bezala zen. Gaixoak, noski, mekanismo horien berri ez zekien, eta egia zen ezin zela mugitu. Era horretan, prezio handia pagatua bazuen ere bere bulkada asebete zuen. Gaixo horiek, konbertsiozko histerikoak, ezgaitasun nabarmenak izaten dituzte eta beren ezgaitasunaren aurrean duten axola ezak harridura sortzen du.

Gogamenaren garapena.

Haur jaioberriak Zera bakarrik du eta bere desioak betetzeko ahaleginak egiten ditu. Errealitatearekin harremanean nahi den guztia ezin dela lortu ohartuko da. Era horretan Nia sortuko da, errealitateari lotuta, eta norberaren kontzientziaren ardatza. Haurren beharrak ez betetzea ez da ona, haurrak zainketak eta maitasuna behar baitu. Halere haurrari ezin zaio desio duen guztia eman. Errealitatea ez da horrelakoa eta haurra bizitzarako ondo prestatu nahi badugu, frustrazioa ere behar du.

Frustrazioa onartzen ikastea komenigarria da, gizaki moldatuagoak egiten baikaitu. Halere, errealitatearen onartze hori sekulan ez da bukatzen. Helduaroan ere, gauza asko ez dira guk nahi bezala eta horrek frustrazioa sortzen digu. Askotan ez dugu onartzen errealitatea den bezala eta agresiboki portatzen gara. Gaixo batzuek ez dizute obedituko eta gainera gogaitu egingo zaituzte. Hori onartzea zaila egingo zaizu. Beste batzuetan, zure mugak ez onartzeak ere sufriaraziko dizu. Hementxe jarriko nuke nire iritziz psikologikoki behar den lehenengo ezaugarria kalitatezko bizitza bat izateko: ahal den neurrian tokatzen zaiguna onartzea. Horrek ez du esan nahi hobetzerik ez dagoenik eta hobetze nahia txarra denik.

Geroago, Supernia sortzen da, Niaren kontura. Freud-ek Ediporen gatazkarekin azaldu zuen. Edipo mitologia grekoko pertsonaia bat zen, bere amaz maitemindu eta aita hil zuena. Freud-en iritziz, haurra 4 urterekin, beste sexuko gurasoaz maitemintzen da eta beretzako nahi du. Bere sexuko gurasoa "etsaitzat" ikusten du eta hura deuseztatzea nahi du. Sentimendu hori proiektatu egiten du, eta gurasoak min egin nahi diola sentitzen du. Orduan, sentimendu beldurgarri hori erreprimitu eta aita introiektatzen du (sinbolikoki noski). Era honetan, gurasoaren arau moral guztiak barneratzen ditu. Orain barruan dauka aita, barrenean du restrikzioa. Era horretan, zerbait egin aurretik, Superniak onespena eman beharko dio. Superniaren aurka zerbait egitean, barreneko aingerutxo horrek (superniak) gogorki zigortuko gaitu erruduntasun-sentimenduarekin.

Pertsona askoren Superni hori, gogorregia da: Ez da ohartzen gizaki hutsak garela eta muga asko daukagula. Gure muga eta ahuleziak ez ditu kontuan hartzen eta beti "izan beharko luke" aginduarekin funtzionatzen du. Baimenik gabe, exijitu eta leporatu egiten digu. Guk bihurtu beharko dugu defendatzaile "aingerutxo tirano" horren aurka, barrenean baitaukagu.
Gure mugak ezagutu eta onartzen ditugun neurrian, Superniaren eskariak bidezkoak diren edo ez aztertu behar dugu eta gehiegizkoak badira gupidaz eta maitasunaz babestu behar dugu gure burua, lagun onena babestu eta lasaituko genukeen bezala: "lasai, ez larritu. Ezin baduzu ezin duzu". Nork babestuko du bestela gure burua?. Horrek ez du nagikeriaren alde egin nahi. Gure gaitasunak ezagutu eta onartzen ditugun neurrian, zertara iritsi gintezken eta zertara ez jakingo dugu eta ahal duguna lortzen saiatuko gara. Halere, ez ahaztu gure gaitasunak ez daudela beti berdin: urduri, arduratuta edo triste gaudenean, gure gaitasunak ez dira egoerarik onenean egoten. Orduan ere gure buruari lasaitasuna ematen ikasi beharko dugu. Gure buruaz lotsatu beharrean, gure buruari gupida izaten ikastea ondo legoke, gure burua ondo tratatzen, lagun onena balitz bezala.
Beraz, niaren alde kontzientetik bi gauza egin ditzakegu gure barreneko bizitza hobetzeko:
1.- Gauzak diren bezala onartzen saiatu, aldaezinak diren neurrian behintzat. Onartu beharreko gauzen artean gure mugak eta zailtasunak daude.
2.- Gure Superni irrazionalari aurre egin gure burua babestuz, eta gure burua gupidaz eta maitasunez tratatu.

6 Jolasa.

Jolasa oso garrantzitsua da haurraren garapen psikologikorako. Gizona da gehien jolasten duen animalia eta helduaroan jolasten jarraitzen duen bakarra (ez ahaztu barruan haurra daukagula). Espezie ezberdinak aztertuz ikusi da gehiago jolasten duten espezieek:

- Adimen gehiago dutela.
- Ikasteko gaitasun gehiago dutela.
- Haurtzaro luzeagoa dutela.

Jolasean, arriskurik gabe, jakin beharreko gauzak ikasiko ditu haurrak. Jolasa ez da lanaren moduan tarteko zerbait, jolasa bere baitan helburua da. Ondorio gisa, haurrak jolasean ikasitakoa entrenatuko eta finkatuko du.

Hiru jolas bereiz ditzakegu adinaren arabera:
- 0-2 urte: **jolas motorrak**: haurrak ikasitako mugimendu berriak behin et aberriz egiten ditu.
- 2-7 urte: jolas sinbolikoa. Batez ere hau da haurraren jolasik adierazgarriena.
Jolas honetan haurrak errealitatea bere erara antzezten du. Eguneroko bizitza errealean berak egokitu behar du eta errealitatearen menpe dago. Jolasean berak menderatzen du errealitatea eta errealitatea bere nahira moldatzen du. Piaget-en iritziz, jolasa konpentsazioa da haurrarentzat: "*errealitatera moldatzen saiatu behar du egun guztia, eta ez balu jolasean lortzen duen konpentsazio hori, psikologikoki apurtu egingo litzateke haurra*". Psikoanlisiaren ikuspegitik, gauza bertsua esaten da: "*Jolasak Niaren osotasuna zaintzen du eta behar eta nahi inkontzienteei irtenbidea emateko balio du*"; hau da, jolasa haurraren inkontzienterako leiho irekia da, haurraren beldur eta nahiak ezagutzeko lagungarria den zerbait: haurra agresibo badago, jolasa agresiboa izango da (panpina joko du, gauzak puskatuko ditu, eta abar).

Gainera rolak ikasiko ditu eta helduen mundua esploratuko du. Hasiera batean, jolasten dituzten rol horiek, errealitatea baino gehiago berak hautematen duena adieraziko dute. Horregatik, rol guztiak gehiegizkoak dira. Haurrak hautematen badu bere amak beti zigorrak jartzen dizkiola, panpinaren ama dela jolasten duenean, panpinari zigorrak jarri besterik ez du egingo. Beraz besteak nola ikusten dituen adieraziko digu.

Haur txikiek jolasean helduen jokabideak imitatzeko joera dute. Irudian, Marinak (3,5 urte), gurasoak bezala ordenadorean aritzeko ordenadore bat asmatu du sukaldeko ontzi batzuekin.

Hasieran, nahiz eta lagunekin jolastu, haur bakoitzak bere fantasia jolasten du. Batzuetan ezadostasunak sor daitezke, jolasten ari diren rolak era ezberdinetara hautematen dituztelako. Orduan jolasaren bidez irtenbidea ematen saiatzen dira, edo, bestela, hizkuntzaren bidez argitzen dute. Aurrerago rolak negoziatu egiten dituzte helduen laguntzarekin.
Badirudi 2 urtetik aurrera haurrak argi eta garbi bereizten duela zer den jolasa eta zer den errealitatea.

- >7 urte: Jolasak arauak ditu. Hasieran arauek jolasa definitzen dute eta jolasten jakitea arauak ezagutzea izango da. Geroago arauak ere negozia daitezkeela ohartzen da. Era horretako jolasetarako, beharrezkoa da sozializazio-maila bat. Horrela, haurrak arauak onartzen ikasten du eta geroago arauak negoziatzen. Jolas kooperatiboak bide horretan lagungarriak dira.

Nola lagundu haurrei jolasten? ez dago ezer egin beharrik, haiek egiten dute dena. Helduaren jarrera egokia:
- Jolasa erraztea (errazten duten baldintzak jarri).
- Ez inposatu eta ez zuzendu (ez protagonismorik kendu).

7 Haurtzaroko erronkak. Erikson-en ikuspegia.

Erikson-en teoriak bizitza-ziklo osoa aztertzen du. Bere ikuspegitik, adin jakin batekin gizabanakoak ezaugarri batzuk ditu eta ingurune sozial batean bizi da. Horrek erronka bat jartzen dio. Erronka horiek taulan agertzen direnak dira. Erronka gaindituz gero, ezaugarri osasuntsu bat bereganatuko du, eta, gainditzen ez badu kontrako ezaugarria. Erronka horietan dituen harremanek lagundu egin dezakete, edo kalte egin.

Eriksonen teoriak bi gauza berri dauzka psikoanalisiak kontuan hartu ez zituenak:
1.- Garapena ez da haurtzaroan bukatzen (bizitza-zikloaren ikuspegia).
2.- Ezaugarria lortzeak ez du esan nahi galduko ez denik. Baina ez lortzeak ere ez du esan nahi lortuko ez denik. Beraz, garapena irekia dago hobekuntzarako eta itzulgarria da (ikuspegi baikorra).

KONFIANTZA-MESFIDANTZA.(0-1).

Lehenengo urtean oinarrizko konfiantza dago jokoan. Lorpen hori, zainketaren kalitatearen menpe dago.

Zer dago jokoan beraz? Zer puntutaraino izango duen konfiantza:
- Munduagan.
- Beste pertsonengan.
- Bere buruarengan: bere buruarengan izango duen konfiantza ere jokoan dago, izan ere, hasieran haurrak ez baitu beraren eta besteen artean bereizten. Sei hilabete arte ez da ohartzen bera eta besteak gauza ezberdinak direla. Sei hilabete aurretik garatutako oinarrizko konfiantzak edo mesfidantzak, beraz, bai besteengan eta bai norberarengan du eragina.

Oinarrizko konfiantza	Oinarrizko mesfidantza
- Mundua toki segurutzat hartzen du. - Jendea atsegina eta fidagarria iruditzen zaio. - Bere buruagan konfiantza dauka.	Beldurra eta sentiberatasuna. - munduaren aurrean. - besteen aurrean. Harremanetan ondorioak izango ditu

Kalitatezko zainketa	Kalitatezkoa ez den zainketa
- Beharrak sortzean ase. - Ezerosotasunak laster lasaitu. - Goxo tratatu, laztanak egin. - Berarekin jolastu. - Berarekin hitz egin.	- Zainketa irregularra. - Zainketa desegokia. - Haurra arbuiatzea.

AUTONOMIA-ZALANTZA (2-3).

Haurrak urtebetetik aurrera ibiltzen ikasi du, beste gaitasun motorren artean. Horrek askatasun handia ematen dio eta aukera berri asko irekitzen dizkio. Hori dela eta, haurrak dena bere kasa egin nahi du.

Etapa honetan autonomia-sentimendua garatzea izango da erronka. Haurrari ahal duena bere kasa egiten uztea komeni da. Haurra oraindik baldarra da eta zaintzaileen aldetik pazientzia eskatzen du.

Zer dago jokoan beraz? Zer puntutaraino duen kontrola:
- Beregan.
- Munduarengan.

Autonomia-sentimendua	Zalantza
- Bere muskuluak eta bulkadak kontrolatzen dituela (bere buruaren kontrola duela). - Inguruaren kontrola duela.	- Ez duela bere buruaren kontrolik. - Ez duela munduaren kontrolik. - Lotsa besteen aurrean.

Locus-controlis: Kontrol-sentsazioaren arabera, bi eratako pertsonak daudela esaten da:
- Locus-controlisa barruan dutela uste dutenak (kontrol-sentsazioa).

- Locus-controlisa kanpoan dagoela uste dutenak (kontrol-sentsazioa gutxi)

Lehenengoak, kontrola neurri handi batean berea dela uste dutenak dira. Halakoek erronken aurrean ahaleginak egiten dituzte, beren esku dagoela pentsatzen dutelako. Bigarrengoek, berriz, beren esku ez dagoela pentsatzen dute eta etsipenean errazago erortzen dira. Bigarren horiek errazago deprimitzen direla ikusi da, eta gaixotzean jarrera pasiboa erakusten dute, eta eboluzio okerragoak dituzte.

Autonomia garatzen laguntzen du	Ez du laguntzen
- Ahal duena egiten uztea.	- Lasai hartu ezinez, haurrari ezer egiten ez uztea eta beraren ordez dena egitea (gain-zaintzailea). - Haurraren hutsak direla eta, kritika latzak eta zakarrak egitea.

Autonomia gehiegi ere ez da ona: Ingurua gehiegi kontrolatzen duela sentitzea ez da erreala eta kaltegarria izan daiteke.

EKIMENA-ERRUDUNTASUNA (4-5).

Lau-bost urteko haurrak gaitasun asko bereganatu ditu.
- Gaitasun motor handiak dauzka.
- Pentsamendu sinbolikoa (Piaget-en eragiketa-aurreko fasea).
- Mintzaira.

Haurra oso aktiboa da eta garrantzi handia dute berarentzat bere ekintzek, jolasek, fantasiek eta galderek. Jokoan dagoen ezaugarria ekimena da. Erronka horretan zaintzaileek haurraren ekintzen aurrean duten jarrerak eragina du.

Ekimena	Erruduntasuna
Iniziatiba izatea. Norberak hasten ditu gauzak bere kabuz, besteen zain egon gabe. Egiten duena interesgarria dela pentsatzen du haurrak.	Ezaugarri hau duena blokeaturik egongo da, besteen iritziaren menpe, ezer egitera ausartu gabe. Egiten duena ez dela interesgarria eta gurasoak haserretzen dituela uste du haurrak.

Gurasoen eta hezitzaileen jarrera egokia:	Desegokia
- Askatasuna eta aukerak ematea ekintza motorretako. - Arretaz galderei erantzutea. - Haurraren jolas eta fantasiei arreta jartzea.	- Haren ekintza motorrak gaitzestea. - Haren galderak aspergarriak direla sentiaraztea. - Haren jolas eta fantasiei barre egitea. - Haren ekintzengatik gurasoek sufritzen dutela sentiaraztea (ama/aita errudungarria).

ASMAMENA-GUTXIAGOTASUNA (6-11).

Adin honetako haurra Piaget-en ikuspegitik eragiketa konkretuen estadioan egongo litzateke, beraz arrazoitzeko gaitasuna badu. Hori dela eta, gauzak nola egiten diren eta nola funtzionatzen duten asko interesatzen zaio. Etapa honetan lortu beharreko ezaugarria asmamena da. Bere ekintzei zaintzaile eta hezitzaileek egindako balioespenak eragin handia du.

Asmamena	Gutxiagotasuna
Bere gaitasunez ohartzen da eta harro sentitzen da. Horrek indarra ematen dio gauza berrietan sartzeko eta gauza berriak ikasteko.	Gaitasunik ez duela iruditzen zaio. Besteen aldean gutxiago dela iruditzen zaio. Horrek ilusio guztia kentzen dio gauza berrietan sartzeko.

Autoestimuan eragin handia du eskolan duen kokapenak.

Hezitzaileen jarrera egokia	Jarrera desegokia:
Egin nahi dituzten gauzetan: animatzea. Egindakoan: - zoriontzea eta saritzea.	- Egin nahi dituzten gauzak eragoztea: - dena hankaz gora jartzen dutelako... - ez zaintzeagatik (arriskutsua delako, geldirik txintxo-txintxo badaude hobeto). - Egindakoan: - Ez dakiela esatea. - Ez duela inoiz ikasiko. - Ez duela ezertarako balio...

- Eskolak garrantzia hartzen du garai honetan.

Garrantzitsua da haurra maila egokian jartzea:
- Ez errazegia (ez luke nahikoa estimulatuko).
- Ez zailegia (gutxiagotasuna sortuko lioke).

Irudi honetan Piaget-en garapen kongitiboa eta Erikson-en garapen psikosoziala batera ikusten dira.

7.2 NERABEZAROA

1. Sarrera

Nerabezaroa: kultura industrialaren ondorioa.

Aurreko mendera arte garapenaren teoria gehienek haurtzaroa bakarrik aztertzen zuten. Haien ustetan, haurtzaroarekin batera bukatzen zen garapena. Pertsona fisiologikoki heltzen zenetik aurrera, egonkortasuna zen nabarmenena. Joan den mendearen hasieran, berriz, ikusi zen haurtzaroaren eta helduaroaren artean bazegoela beste aro bat: nerabezaroa.

Nerabea ez da haurra, baina oraindik heldua ere ez. Nerabezaroa pubertaroarekin hasten da. Pubertaroan aldaketa fisikoak gertatzen dira. Neskek, lehenengo aldaketak 10-12 urterekin dituzte, 12-14 urterekin lehen hilekoa eta 14-16 urterekin emakume dira, ugaltzeko gaitasun osoarekin. Mutilek, lehenengo aldaketak 12-14 urterekin eta lehen isurketak 14-16 urterekin izaten dituzte, eta gizon bihurtzen dira. Bitartean, adimenak, afektibitateak eta gizarte-bizitzak aldaketak jasaten dituzte.

Antropologoek egindako azterketei esker ikusi da nerabezaroa ez dela kultura guztietan gertatzen. Horrela, bada, antzinako kulturetan haurrak aldaketa fisikoak dituenean, helduen mundura sartzen da errito batzuen bitartez. Errito horiei esker, helduen mundurako sarrera erosoagoa egiten da. Egoera berri horrek moldaera eskatzen du, baina bizitzan jasandako beste aldaketa askok eskatzen duten moldaera baino gogorragoa ez da. Hori dela eta, ikertzaile batzuen iritziz, nerabezaroa gure kultura industrialaren ondorioa besterik ez da. Kultura hau teknikoagoa egin den neurrian gehiago luzatu dira derrigorrezko ikasketak, lanbideak espezializazio gehiago eskatzen dute... azken batean helduen rolak beranduago hartzen ditu gazteak, hau da, gehiago luzatu da nerabezaroa (25-26 urte arte). Gainera langabeziak egoera hori okertu egiten du.

Gure gizarteko nerabeak pubertaroa igaro eta gero ez dira zuzenean helduaroan sartzen. Ikertzaileek diote nerabezaroa luzatuz doala, eta pubertaroa pasatu ondoren nerabe gehienek ezaugarri hauek dituztela:

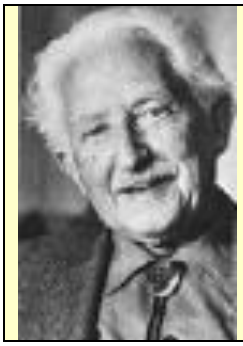
1. Helduaren gorputza.
2. Helduaren pentsamendua (Piaget-en eragiketa formaleko adimena edo pentsamendu logiko-abstrakturako gaitasuna).
3. Helduak bezala sentitzen dute (beren bizitza afektiboa etxetik kanpora ateratzen dute, beste sexuko pertsona batengana, harekin harreman berezia eta intimoa izateko).
4. Baina ez da heldua bezala bizi (sozialki ez da heldua):
   - ez da ekonomikoki askea.
   - ez ditu helduaren ardurak (lana, familia...)

Nerabezaroa beste aroak baino gatazkatsuagoa ez da.

Ikertzaile batzuen ikuspegitik, nerabeek oso gaizki pasatzen dute, errebeldeak dira, gurasoekin gaizki konpontzen dira... hitz gutxitan, nerabezaroa gatazkatsua da. Erdi topiko bihurtu diren ezaugarri horiekin ez datoz bat gaur egungo ikertzaile asko. Beren ikerketetan ikusi dute nerabe mota asko dagoela, batzuk gaizki ibiltzen direnak (11%), besteak zailtasun batzuk dituztenak (32%), eta, azkenik, gehienak (57%), zailtasunei egoki

aurre egin eta arazorik gabe nerabezaroa igarotzen dutenak (Petersen 1988). Ikuspegi honetatik, beraz, nerabezaroa aldaketa aro bat besterik ez litzateke izango, zailtasun bereziekin. Gainera zailtasun horiek ez dute zergatik bizitzako beste aroetakoak baino gogorragoak izan. Eta, azkenik, garrantzitsuena, haurtzaroan eta nerabezaroan gertatutakoek ez dute modu itzulezin batetan markatzen. Eriksonen usteetan, etapa honetako erronka edo zeregina, identitatea definitzea da. Beraz, garapena ez da nerabezaroarekin bukatzen eta ez da itzulezina. Ikuspegi horretatik aro bakoitzean zailtasun batzuk daude eta zailtasun horietara moldatzeko erak. Moldatzeko eran eragina duten faktoreak batez ere bi izango dira:

1- Ordura arteko historia ebolutiboa (ondo edo gaizki ekarria).
2- Gizarte ingurunea (laguntzaile eta ulerkorra edo gogorra).



Erik ERIKSON 1902 Alemania, 1994 USA. Erikson gazteak lanak izan zituen identitatea definitzeko. Bere ama banatu eta beste gizon batekin ezkondu zen. Familia hartan hazi zen Erik. Gaztetan artista moduan ibili zen alde batetik bestera Europatik barrena. Azkenean psikoanalisia egin zuen. Gero guda etorri zen eta Estatu Batuetara joan zen bizitzera. Han garatu zituen bere lanak. Hasieran nerabezaroan murgildu zen eta gero haurtzaroan. Geroago, bizitzan aurrean zihoala bizitza-zikloko beste etapetan jarri zuen arreta, eta zahartzaroarekin bukatu. Jardun-maila handia mantendu zuen heriotzaraino, bere bizitza-zikloaren teoria han eta hemen azalduz.

- 1968 *Identidad, Juventud y Crisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós
- 1972 *Sociedad y Adolescencia*. Buenos Aires: Editorial Paidós
- 1983 *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Horme-Paidós.
- 2000 *El ciclo vital completado*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica

2. Pubertaroa/nerabezaroa:

Heltze-prozesuan hiru aspektu bereizi behar ditugu:

- Heltze fisikoa.
- Heltze psikologikoa.
- Heltze soziala.

Heltze fisikoa gertatzen den denboraldiari pubertaroa deritzo. Heltze psikologikoa eta soziala gertatzen den denboraldiari berriz, nerabezaroa.

Helduaren ezaugarriak.

Fisikoki: helduaren gorputza, desioa eta ugaltzeko gaitasuna.

Psikologikoki: Adimenari dagokionez, Piaget-en teorian ikusi genuen bezala, pentsamenduaren maila altuena: pentsamendu arrazional abstraktua. Afektibitateari dagokionez, autonomia afektiboa (aspektu hori kontuan hartuz gero, pertsona gutxi iristen dira heldutasun afektibora).

Sozialki: Independentzia ekonomikoa eta erabakiak hartzeko askatasuna.

Pubertaroa.

Genetikoki erabakia dago noiz hasiko den pubertaroa. Une horretan hormona bat jariatzen da garunean, hipotalamoan, (GRF). Hormona horrek hipofisian FSH eta LH hormonen jariaketa estimulatzen du. Hormona horiek obulutegi eta barrabilen heltzea eragiten dute eta bertan beste hormona batzuen jariaketa:

- obulutegian estrogenoak (estradiol)
- barrabiletan androgenoak (testosterona).

Hormona horiek aldaketak eragiten dituzte:

Mutiletan:	Nesketan:
aldaketa fisikoak sexu-gosearen handitzea lehen isurketa	aldaketa fisikoak sexu-gosearen handitzea lehen hilekoa

Pubertaroa edo heltze fisikoa gizabanako guztiengan gertatzen da, gaixotasun zehatz batzuetan izan ezik. Batzuengan lehenago eta besteengan geroago. Neskengan mutilengan baino lehenago.

Mutilengan: 12,13 - 16,18 (13)
Neskengan: 10,11 - 14,16 (12)

Gizarte aurreratuetan bizitzaren baldintzen hobekuntzagatik (elikadura eta osasuna), pubertaroa bi urte aurreratu da azkeneko bi mendeetan.

Nerabezaroa.

Heltze psikologikoan bi aspektu ikus ditzakegu:

Adimenaren heltzea: gizarte aurreratuetan baldintzen hobekuntza dela-eta (elikadura, osasuna, hezkuntza) adimenaren heltzea ere zerbait aurreratu egin da. Helduaren adimena eragiketa formalarena da, pentsamendu arrazional abstraktua. Horrek nerabeari bere buruaren gainean pentsatzeko gaitasuna emango dio. Bere iragana aztertuko du, bere autokontzeptua osatuko du, eta horren inguruan geroko proiektuak eta kontzientzia eta balio moralak aukeratuko ditu. Horrek guztiak identitatea osatuko du. Nerabezaroan identitatea osatzen da eta nortasunak forma hartzen du. Identitatearen aspektu garrantzitsuena autokontzeptua da. Gainera, autobiografia lehen aldiz antolatu egiten da eta gerora begira proiektuak diseinatzen dira. Besteen ikuspegia kontuan hartzeko gai izaten hasten delako, kontzientzia morala sortzen da eta balio batzuk bereak bezala hartuko ditu (Halere, hasieran egozentrikoa da, eta gauzak berak pentsatzen dituen bezala direla uste du, eta gauzak egitea pentsatzea bezain erraza dela). Beraz, eta adimenaren garapenari eskerrak, identitatea osatzen da nerabezaroan.

Heltze afektiboa: bere gurasoenganako zuen menpekotasun afektibotik askatuz joango da eta autonomia afektiboa lortuz. Harreman afektiboak etxetik kanpora izaten hasiko da: aurrena koadrilako lagunekin, geroago adiskidetasun onak murriztu eta sakondu egingo ditu eta azkenean bikote intimoa sortuko du. Heltze afektiboa ez da kolpean gertatzen den zerbait. Haurrak gurasoekiko zuen atxikimenduak lau zutabe zituen: gurasoen hurbiltasuna bilatu, oinazean kontsolamendua bilatu, banantzeari erresistentzia jarri eta segurtasunaren oinarri izan. Nerabeak lau zutabe horiek ez ditu gurasoengandik bat-batean kentzen beste leku batean jartzeko. Haurtzarotik, gurasoez aparte beste pertsona batzuen hurbiltasuna bilatzen da, eta haiengandik banantzeko erresistentzia adierazten da (lagunekin adibidez). Halere, kontsolamendu- eta segurtasun-iturri garrantzitsuena gurasoak dira oraindik. Nerabezaroan kontsolamendua lagunengan ere bilatzen da. Ez da arraroa gauza intimoez hitz egiteko eta kontsolamendua aurkitzeko lagunen laguntza

bilatzea, gurasoena bilatu ordez. Halere, laugarren zutabeak gurasoekin lotzen ditu oraindik: gurasoak dira segurtasun-iturri nagusia eta gauzak okertzen direnean edo garrantzizko erabakietan gurasoen segurtasuna bilatzen da. Sekuentziazio horrek azaltzen du nerabeek gurasoekiko duten anbibalentzia: haien laguntza ez dute nahi, baina behar dute: beren bidea egin nahi dute, baina gurasoen onespena behar dute.

Heltze soziala: gizartean helduek betetzen dituzten rolak betetzera pasatuko da. Lana eta ardurak izango ditu, eta erabakiak bere kasa hartuko ditu. Gure gizartean asko atzeratu da hori. Nerabe asko eta asko beren gurasoekin eta gurasoen kontura bizi dira. Horrek arduratik libratzen ditu, baina askatasuna kentzen die. Horrek bi eragin garrantzitsu ditu:

1. Menpekotasun-autonomia anbibalentzia luzatu egiten da. Haurtzaroan anbibalentzia hori bizi zuen haurrak. Halere, batez ere pubertaroan hartzen du indarra. Alde batetik, gazteak askatasuna nahi du, baina bestetik bere gurasoak oraindik beharrezkoak ditu.
2. Identitatea osatzea atzeratu eta zaildu egiten da. Identitatea osatzeko oso lagungarria baita nerabeak helduen ardurak hartzea eta helduen rola jokatzea.

3. Nerabezaroan identitatea osatzen da.

Ikertzaile gehienen iritziz, nerabezaroan nortasunak forma hartzen du, identitatea osatzen da. Identitateak osagarri hauek ditu:

- Autokontzeptua.
- Biografia. Haurrak ere badu oroimena, baina nerabeak oroimen hori antolatu egiten du eta biografia osatu.
- Bizitza-proiektuak. Gerora begira proiektatu egiten du bere bizia, nahi eta desioen arabera.
- Kontzientzia morala eta balioak. Besteen ikuspegia kontuan hartzen du eta kontzientzia morala sortzen du: gainera, balioak bereganatu egiten ditu, bereak eginez.

Zer esanik ez dago hori dena posible dela adimen aldetik gaitasunik badago. Hau da, abstrakzioekin arrazionalki pentsatzen hasi bada (eragiketa formalen adimena).

Autokontzeptua da identitatearen zatirik garrantzitsuena eta gauza batzuk esango ditugu horren gainean.

Autokontzeptua.

Autokontzeptua gure buruaz ditugun "datuek" osatzen dute. Edozein kontzeptu bezala, ezagutza adieraziko digute, baina beste kontzeptu askoren aldean ezberdintasun bat du: halako kontzeptuek duten karga afektibo garrantzitsua. Gure buruaz ditugun kontzeptuak ez zaizkigu berdin. Guk geure buruaz ditugun kontzeptuak gure buruari diogun maitasuna edo estimua (autoestimua) erabakiko dute. Gure autoestimuak poza edo nahigabea emango digu eta horrek gure jokabidean eragin handia izango du. Bere burua maitatzeko gai ez denak nekez maitatuko ditu besteak. Bere burua maite ez duenari zaila irudituko zaio besteek bera maitatzea. Gainera, besteek eskainitako afektu-seinaleek ez dute inoiz aseko.

Autokontzeptuak, hiru alor dauzka:
1.- Fisikoa: Gorputzaren irudia (autoirudia).
2.- Psikologikoa: ezaugarri psikologikoen gainean dugun informazioa.
3.- Soziala: sozialki dugun estatusaren gainean informazioa.

Nahiz eta autokontzeptua batek bere buruaz duen iritzia izan, besteek eragin handia dute autokontzeptuaren sorreran. Batez ere, norberarentzat garrantzitsuak direnek (gurasoek eta lagunek).
- Haien iritziak kontuan hartuko ditu,
- Besteekin eta sozialki balioa duten ezaugarriekin erkatuko da, eta horrela bere autokontzeptua osatuko du.

Nerabeek besteen onespenaren behar izugarria dute, batez ere gurasoena, askotan kontrakoa badirudi ere. Besteen onespen eta interesak autoestimu egokia eragingo diote. Bestalde, besteen kritikak eta ezaxolak autoestimu baxua.

Autokontzeptuan edo autoestimuan eragin handia du gorputzaren autokontzeptuak (gaur egun fisikoak duen balio sozialaren eraginaz). Etapa honetan, nerabeak arreta asko jartzen du bere gorputzean. Gaur egungo ereduak gehiegizkoak dira (bai fisikoak, bai psikologikoak eta bai sozialak). Horrek norberarekin desadostasuna ekar dezake eta, beraz, autoestimu baxua izatera bultzatzen ditu nerabe asko.

Identitate motak.

Erikson-en iritziz, nerabezaroko erronka horri aurre egin eta gero, 4 identitate mota ikus daitezke nerabeengan:
1.- Identitate propioa: pertsona definitu egin da, bere balioak aukeratzen ditu eta bizitzan zer nahi duen erabakitzen du.
2.- Hipotekatutako identitatea: nahiz eta proiektu eta balioetan konprometitua egon, ez ditu berak aukeratu. Aukeraketan gurasoek edo zaintzaileek gehiegizko eragina izan dute, bakoitzak egin beharreko aukera zailduz.
3.- Identitatearen atzerapena: norberaren balioa eta proiektua erabakitzen luzatu egiten da. Gaur egun maiz ikusten da.
4.- Identitatearen difusioa: erabakirik hartu gabe geratzen den nerabea, betiko nerabe.

Gaur egun nerabe gehiago dago identitatea atzeratzen duena. Hori batez ere heltze sozialaren atzerapenagatik gertatzen da. Gainera, gaur egungo balio-krisiak eta gizartearen identitate krisiak zailagoa egiten du erabakia hartzea.

4. Harreman sozialak nerabezaroan.

- Gizarte-harremanek eragin handia dute identitatearen osatzean.
- Haurtzaroan familia da erreferentzia-talde garrantzitsuena. Nerabezaroan erreferentzia hori ahuldu egiten da. Aurrena lagun-taldeak dira eta gero bikotea. Halere, nerabeak etxeko afektu behar handia izaten jarraitzen du. Askotan gurasoen laztanak eta hitz goxoak arbuiatu egiten ditu. Egiteko era da arbuiatzen duena, ez afektua bera.

Nahiz eta gurasoek maiz pentsatu nerabeak ez dituela haien iritziak kontuan hartzen, ez da horrela izaten. Orokorrean, garrantzizko gauzetan, gurasoen gomendioak jarraitzen dituzte (gurasoek jarraitzen baitute segurtasun-iturri izaten). Bestalde, uneko desio eta beharrak lortzeko lagunen gomendioa jarraitzen dute.

Atxikimenduaren teoriaren arabera, nerabea pausoka desatxikitzen da etxetik. Gurasoei atxikita dago haurra. Hori ikusten da haien hurbiltasuna bilatzen duelako eta banantzearekin sufritzen duelako, babes gisa erabiltzen dituelako kontsolamendua bilatuz eta segurtasuna ematen diotelako. Lagunak egitean, hurbiltasuna eta lasaitzea bilatzen dute, eta banantzearekin sufritu egiten dute. Halere, segurtasunaren oinarri gurasoek jarraitzen dute izaten. Badirudi, bi urteko bikote-harremanean hasten dela segurtasun-oinarri hori gurasoengandik bikotearengana aldatzen.

Gurasoen eta nerabearen arteko gatazka ez da esan izan den bezain garrantzitsua. Halere, nolabaiteko arazoak badaude. Alde batetik, nerabeak bere autonomia indar handiz eskatzen du, bere gurasoen menpe egoten jarraitzen duen bitartean (anbibalentzia). Bere identitate berria osatzerakoan, aukera egiteko orduan, bere gurasoengandik ikasitako gauza batzuei uko egingo die eta gurasoei aurre egin beharrean aurkituko da. Gurasoen mugez ohartzen hasten da. Bestalde, gurasoek konturatuz joan beharko dute haurra hazten doan neurrian baztertu egin beharko dituztela semearengan jarritako itxaropen asko, eta berarenganako kontrola. Gainera, guraso asko bizitza-erdiko krisian aurki daitezke (45-50 urte) eta proiektu eta balio asko birplanteatzen ari daitezke.

Gurasoen ezaugarriak erabakigarriak izango dira gatazka horien konponketan. Guraso autoritarioek, semeen arbuioa besterik ez dute lortuko beren portaerarekin. Bestalde guraso demokratiko eta ulerkorrak onartuak izango dira.

Pubertaro hasieran, gurasoen eta semearen arteko komunikazioa hoztu egiten da. Gazteari iruditzen zaio gauza batzuk kontatzea alferrik dela eta azkenean obeditu egin beharko duela. Geroago, gazteak askatasuna lortzen duen neurrian, komunikazioa hobetu egingo da; halere, neurri bateraino. Azkenik, esan beharra dago, pertsona batzuek ez dutela beren gurasoenganako komunikazioa inoiz mozten.

5. Nerabezaroaren zailtasunak.

Pubertaroan aldaketa garrantzitsuak gertatzen dira eta horrek moldaketa bat eskatzen dio gazteari. Hiru dira batez ere aldaketa horiek:
1.- Gorputz-irudiaren birmoldaketa. Haurrak gorputz-irudia urteetan zehar osatuta zeukan. Pubertaroan, gorputzean gertatzen diren aldaketak hain garrantzitsuak dira, non gorputz-irudia birmoldatzea eskatzen baitu.
2.- Identitatea osatzea.
3.- Helduen mundura sartzea aldaketa garrantzitsu bat da eta moldatze bat eskatzen du.

Antzinako gizarteetan moldatze horiek erituen bitartez erosoagoak izaten ziren. Horregatik, erritu batzuen ondoren, moldatze-garai bat ere izaten da, gauzak errazten dizkiona.

Gure gizartean zailtasun gehiago sortu dira:

1.- Autoirudiarekin desadostasuna: Pubertaro eta nerabezaroan arreta handia jartzen da norberaren gorputzean eta horrek besteen iritziarekin eta besteekin eta gizarte-ereduekin erkatuz gorputzaren irudia sortzen du. Gure gizarteak edertasun-eredu batzuk dauzka, gehiegizkoak direnak, eta horrek askotan norberaren gorputza arbuiatzera bultzatzen ditu nerabeak. Horrek gorputzaren autoirudi txarra eta autokontzeptu txarra sortzen du, norberaren burua gutxi maitatzera daramana (autoestimu gutxi). Gorputzaz gainera, autoirudiaren beste arloetan ere gauza bera gertatzen da. Lanean edo harremanetan arrakasta izateak ere autoirudi ona eragiten du. Alor horietan ere gure gizarteak arrakastatsutzat dituen ereduak gehiegizkoak dira eta desadostasunak sortzen dira.

2.- Sexu-harreman helduak ezin izan. Gurasoen menpe bizi delako eta ekonomikoki askatasunik ez duelako, nerabearengandik ez da espero haurrik izatea. Urte askotan irtenbide bakarra sexu-harremanik ez izatea zen. Gaur egun, informazioaren bitartez, antisorgailu eta preserbatiboak direla eta, nerabeak sexu-harreman osoak eta kontrolatuak izan ditzakete. Beraz, badirudi gaur egun hori ez dela horrenbesterainoko arazoa. Halere, batzuen iritziz, nahiz eta jarrerak aldatu, portaerak ez dira hainbeste aldatu.

3.- Heltze sozialaren atzerapena. Honek bi ondorio garrantzitsu dakartza:
- Gurasoenganako menpekotasun-autonomia anbibalentzia luzatu egingo da.
- Identitatea osatzea atzeratu egingo da. Alde batetik, helduaren rolak eta ardurak lagundu egiten dutelako identitatea erabakitzen. Bestalde, gure gizarteak berak, identitate eta balio-krisia du, eta horrek identitatea osatzea zaildu egiten du.

Pubertaroa aurreratzeak edo atzeratzeak ondorio psikologikorik badu?

Pubertaroa aurreratzeak edo atzeratzeak ondorio psikologikoak ekar ditzake. Halere, pubertaroa aurreratzeak edo atzeratzeak baino garrantzi gehiago dauka haurraren historia ebolutiboak, heldu eta adin berekoekin harremanak eta eskolako arrakastak ala porrotak.

7.3 HELDUAROA

1.- Sarrera.

Nerabezaroa azaltzerakoan esan bada psikologia ebolutiboak ez zuela kontuan hartzen, zer esango dugu helduaroaz?. Ez da aspaldiko kontua psikologia ebolutiboan helduaroa bizitza-zikloaren etapatzat ikasten hasi dela. "Bizitza-zikloaren" korronteak (life span) bizitza osoa ikasten du eta helduaroa egonkortasun aroa dela esaten duen topikoa bukatu du. Gainera, ikuspegi optimista bat eman dio psikologia ebolutiboari, izan ere, garapena ez da haurtzaroan bukatzen eta "okertutakoak zuzendu daitezke".

Heltzeaz hitz egitean, heltze fisikoa, heltze psikologikoa eta heltze soziala aipatu ditugu. Heltze fisikoa eta psikologikoa nerabezaroan lortzen dira. Heltze sozialak ateak irekitzen ditu helduarora. Gizarte bakoitzean argi daude helduek bete beharreko rolak. Horrela, gaztea heltzen doan neurrian, rol horiei erantzuna eman beharrean aurkitzen da, helduen munduan integratzeko. Haurtzaroan eta nerabezaroan erronka garapen fisiko eta psikologikoari aurre egitea bada, helduaroko erronka, heldu moldatu eta integratu bat izateko, gizarteak onesten dituen rolei eta igurikapenei erantzuna ematea izango da.

Helduengandik espero da:
- Lana egitea (askatasun ekonomikoa)
- Bikotea egin eta haurrak izan eta heztea.
- Errealista eta arduratsua izatea

2 Helduaren ezaugarriak.

Helduaren adimena.

Helduak eragiketa formalen adimena du (pentsamendu formala edo pentsamendu arrazional abstraktua). Izan ere, aurreko etapako lorpena da: nerabezarokoa. Halere, argi dago pertsona helduek ez dutela "goi mailako" adimen hori alor guztietan erabiltzen. Batez ere, bakoitzak bere alorrean erabiltzen du, bere eguneroko eginkizunetan.

Lehen uste zen helduaroan, urteak aurrera zihoazen neurrian, adimena gutxituz zihoala. Hori eritasun neurologikoren bat dagoenean bakarrik gertatzen dela ikusi da. Bestela ez dago adimen gutxitzerik. Halere gauza bat argitu beharra dago: Bi adimen mota bereizten dira:
- kristaldutakoa.
- jariakorra.

Kristaldutakoak esperientziarekin zerikusia du. Esperientziaren poderioz adimen hori handituz doa adina aurrera doan neurrian; eguneroko arazoei sozialki era egoki batean aurre egiteko oso baliagarria da. Bestalde, adimen jariakorrak zerikusi gehiago du norberaren gaitasunarekin eta batez ere arazo abstraktu berriei aurre egiteko balio du.

Adina aurrera doan neurrian kristaldutako adimena handituz doa eta jariakorra gutxituz. Batzuen ustetan, adimen jariakorra ez da gutxitzen; baina helduek gero eta gutxiago

erabiltzen dute. Erosoagoa gertatzen zaie kristaldutakoa erabiltzea eta, ondorioz, egunetik egunera jariakorra gutxiago erabiliko dute. Ikuspegi horretatik, helduak nagituz doazela esan daiteke.

Helduaren afektibitatea.

Haurrak bere amarekin lotura afektibo gogorra sortzen du sei hilabetetik aurrera (atxikimendua). Une horretatik, afektiboki menpekoa egiten da. Heltze-prozesuan, afektuaren objektuak aldatuz doaz. Aurrena familia da, gero eskolako lagunak gehitzen dira, nerabezaroan lagunak, eta, azkenik, helduaroan, bikote intimoa. Helduek umeak izatean, haiekin ere harreman intimoa izaten dute. Heltze afektiboa dependentzia afektibotik autonomia afektibora doa. Beti norbait behar dugu gertu (behar afektiboak), Erikson-en hitzetan, haurtzaroko menpekotasun haren kondarra besterik ez da. Kondar hori handia edo txikia izan daiteke. Heldu osasuntsuak kondar txikia du eta gauza da hutsaren truke besteei laguntzeko (umeak, komunitatea). Kondar handia geratu bada ez da heldu osasuntsua izango, beti bere beharrei begira egongo da eta zaila egingo zaio besteei ezen truke laguntzea. Guraso gisa, haurrak "bere sarean" harrapa ditzake, beren bidea egiten utzi gabe.

Heltze soziala.

Esan da nerabezaroa lana lortzean bukatzen dela, lana lortzean independentzia bat lortzen delako. Helduak gainera beste bi rol ezaugarri ditu: bikote eta guraso izatea. Halere, lehen esan bezala, helduarengandik rol horiek betetzeaz gainera, jarrera eta portaera arduratsua eta errealista espero dira. Helduak gaitasuna badu lan egiteko, ezkondu eta umeak izateko. Halere, hiru zeregin horiek erronkak dira helduarentzat, eta haren bizitza asko aldatzen dute. Hiru rol horiek betetzeak edo ez betetzeak eragin psikologikoak izan ditzake.

- Lana da zalantzarik gabe helduaren rol garrantzitsuena. Gizabanakoa errealitatera gehien lotzen duena lana da. Lanak dirua, denbora nola bete, onespena eta autoestimua ematen ditu. Langabeziaren ondorio psikologiko garrantzitsuena autoestimuaren galera izaten da.
- Bikotea da, dudarik gabe, helduaroan eragin gehien duen harreman pertsonala.
- Ezkontzak aldaketak ekartzen ditu, baina batez ere seme-alabak izatea da pertsona baten bizitza gehien aldatzen duena.

N***ortasuna.***

Ez da uste zen bezain egonkorra. Bizitzara eta bete beharreko rolera moldatzean, nortasuna zerbait aldatzen da. Proiektuak, autokontzeptua eta balioak alda daitezke, baina autobiografian ez da jarraitutasunik galtzen. Eroen ezaugarri garrantzitsuena hauxe da: identitatea eten egiten dela, une batean jarraitutasuna galdu egiten dela.

Bizitza-erdiko krisia.

Ikertzaile batzuek ikusi dute 40-45 urte inguruan heldu batzuek beren bizitzaren birplanteaketa egiten dutela. Une horretan heldu askori gurasoak hiltzen zaizkio, haurrak nerabezaroan ditu, beherakada fisikoa hasten da; azken batean, denbora aurrera doala ohartzen da. Orduan, bere buruari honako gauzak esaten dizkio: denbora aurrera doa! zer

gertatu da nire proiektuekin? zer egingo dut geratzen zaidan denborarekin? Hori dela eta, berriro negoziatu eta planeatzen ditu bere proiektuak. Esan beharra dago, ikertzaile batzuen arabera, krisi hori nerabezarotik identitate-arazoak izan dituztenei bakarrik gertatzen zaiela.

"Habi hutsaren" fenomenoa.

Emakume askoren bizitza osoa umeak eta etxea izan dira. Umeak hazi eta etxetik ateratzen direnean, "habia hutsa" geratzen denean, oso gaizki pasa dezakete.

3 Helduaroaren etapak:

Helduaro goiztiarra. (17-40 urte)

Bi egoera berrietara moldatzea eskatzen zaio: lan-mundura eta familia berrira (berak sortutakora). Erikson-ek esaten du etapa honetan gazteak intimitatea bilatzen duela. Batzuen iritziz, intimitate bilatze horrek eta bakartzeari zaion beldurrak bultzako dute gaztea ezkondu eta familia bat osatzera. Ezkontzak, semeek eta lanak beraren izaera aldatuko dute, ardura garrantzitsuak hartu dituelako.

Erdiko helduaroa (40-59).

Etapa honi autorrealizazioarena deritzo. Etapa honetan lan-munduan mailarik gorena lortzen da. Gainera, klimaterioa dator eta umeak etxea uzten hasten dira (habi hutsaren fenomenoa). Aldaketa horien ondorioz zera ikusi da: bikotearekin harreman zuzenagoak izaten dira eta rol sexualak leundu egiten dira.

Helduaro berantiarra. (59-65).

Zahartzarorako trantsizio bat besterik ez litzateke izango. Batzuen iritziz, etapa hau ez dago eta aurrekotik zahartzarora pasatuko ginateke.

4. Erikson-en erronkak helduaroan

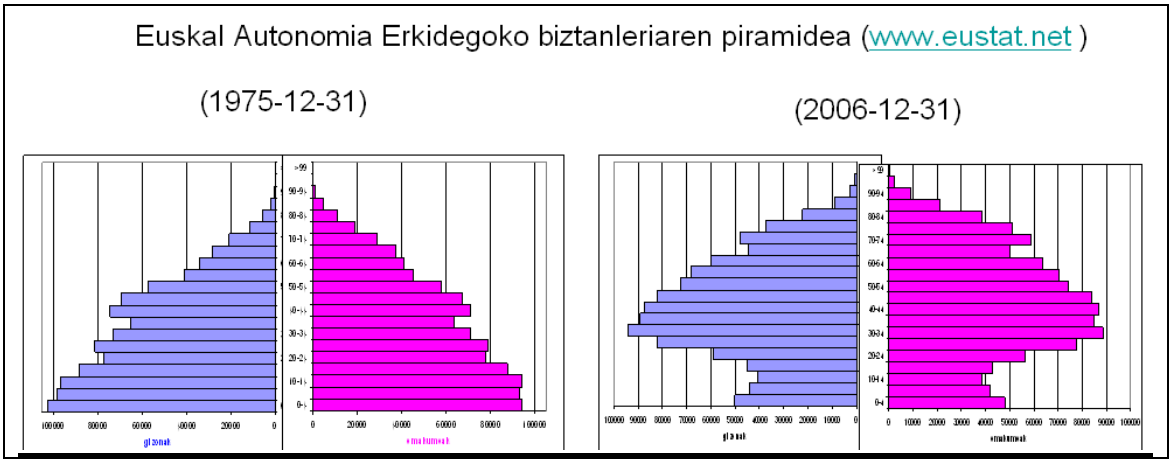
Bi erronka azaltzen ditu Erikson-ek helduaroan. Ez da ahaztu behar Erikson-en ikuspegitik garapenean zehar erronkak dauzkagula eta erronka horiek era egokian gainditzeak hobeto prestatzen gaituela erronka berriei aurre egiteko. Aurreko erronkak gaizki gainditu baditugu, zailtasun gehiago izango dugu erronka berriak gainditzeko. Halere, horrek ez du esan nahi gainditu ezin daitezkeenik; gehiago kostako da baina posible da.

- Intimitatea/bakardadea. Gaztea, identitatea osatu eta gero eta independentzia ekonomikoa lortu eta gero, helduen munduan sartzen da. Erikson-ek dio harreman intimoak egitea dela hurrengo erronka. Batez ere bikotearekin lortzen da intimitate hori, lagunekin ere lortu daiteke baina. Harreman intimoak ez lortzeak bakartzera eramaten du pertsona. (Ez ahaztu behar afektiboen artean hiru aipatzen genituela: kontaktu fisikoa, harreman intimoa eta taldekidetasuna. Beraz, intimitatea ez lortzeak behar afektibo batzuk airean utziko lituzke).

- Sortzailetasuna/estankamendua. Erdiko helduaroan gertatuko litzateke. Adin horretako pertsonak beharren aldetik aspektu gehienak betetzeko aukera izan du: segurtasun ekonomikoa, behar afektiboak (kontaktu fisikoa bikotearekin, intimitatea bikotea eta lagun minekin, taldekidetza hainbat taldeetan parte hartuz). Erikson-en iritziz, heldua fase honetan besteengana irekitzen da eta ekarpen eskuzabalak egiten dizkio gizarteari. Bere burua ondo zaindu eta gero (bere beharrak bete dituenez) eta zaintze horren zabaltze bezala, ingurua zaintzen du. Nerabeak desioen arabera munduak nola izan beharko lukeen amesten du eta askok eskuzabaltasun handia erakusten dute (gudan bizia galdu). Ezberdintasun bat legoke: nerabeak oraindik ez ditu bere beharrak bete, eta helduak bai. Humanistek aipatzen duten autorrealizazioarekin zerikusia izango luke.

Halere, heldu guztiek ez dute sortzailetasun ezaugarri hori garatzeko aukera: beren beharretan zentratuegia dute beren bizitza. Erikson-en ikuspegitik, pertsona horiek estankamenduan erortzen dira.

7.4 ZAHARTZAROA



1 Sarrera.

Goiko grafikoari begiratuz gero Euskal Autonomia Erkidegoko biztanleriak jasandako aldaketa ikus daiteke. 30 urteetan biztanleria zahartu egin da: haur gutxiago dago eta zahar gehiago. 1975. urtean zaharren ehunekoa %8,3 zen, eta 2006. urtean %18,6koa. Zahartzat 65 urte edo gehiago dituena hartzen da. Horrek esan nahi du osasun-profesionalok izango ditugun bezero gehienak zaharrak izango direla.

Zahartzaroa gaitasun fisiko eta psikikoen murrizte batekin lotzen dugu. Egia da, adina aurrera doan neurrian, gaitasun fisikoen murrizte bat dagoela eta gaitzak izateko probabilitatea areagotu egiten dela. Halere, zahartzaroan adinako ezberdintasunik ez da ikusten adin berdineko bi pertsonaren artean. Horrela, 70 urtetako zahar ezberdinak ikusi ditzakegu:
- bizitza normala egiten dutenak, oraindik lanean dabiltzanak eta adimen-gaitasunak ondo dituztenak.
- beste batzuk gaixotasun larriekin, burua ondo dutelarik.
- beste batzuk fisikoki ondo baina burua galduta.
-... eta beste batzuk hilak.

Adimena murriztuta daukan edadetu baten aurrean beti dementzia susmatu behar dugu. Dementzia, adimen-gaitasunen gutxitze bat da, eta beti eritasun fisiko baten ondorioa da, nahiz eta askotan ondo ez ezagutu nola gertatzen den (gehienetan arterioesklerosia edo Alzheimer gaixotasunaren ondorioa izaten da). Beraz, orokorrean, zahartzaroa ez dago adimen-gaitasunen murrizteari lotuta, eritasun fisikorik ez badago noski.

Zahartzaroan zergatik eritasun gehiago?

Gure kode genetikoan bukaera idatzita dago. Nahiz eta bizitza osoan oso ondo zaindu, egunen batean hil egingo gara. Halere, zaintzeak (ohitura osasuntsuak izateak: elikadura

orekatzeak, alkoholik eta tabakorik ez hartzeak, soinketa egiteak...) osasuna gordetzen du eta beraz urte gehiago eta kalitate hobekoak bizitzeko aukera ematen digu.

Zaintzea ez da zaintze fisikoa bakarrik. Gure burua zaintzea, lasaitasunez bizitzea, barre egitea, eta abar, osasungarriak direla ikusi da. Zoriontasunak osasuna ematen duela eta depresioak osasuna kentzen duela frogatu da (depresioak endokrino-sistemaren bitartez immunitate-sistema ahultzen du immunoeskasia sortuz, eta, ondorioz, infekzioak eta minbizia pairatzea errazagoa da).

Depresioa-->immunoeskasia-->gaitzak.

Bizitzako gertaera txarrei (life events) aurre ondo egiten ohitzen bagara, gure garapen pertsonala aberastu egingo da eta "indartsuagoak" egingo gara. Bestalde, aurre gaizki egiten ohitzen bagara, ahulagoak izango gara eta depresioan erortzeko arrisku gehiago izango dugu.

Zahar guztiak ez dira berdinak, gazte guztiak ez diren bezala. Zaharraren ezaugarriak lehendik dakartza. Batzuek diote izan dena handitua besterik ez dugula ikusten. Nolako bizitza izan den, halako zahartzaroa. Bizitzan zehar zaindu bazara, zahartzaroan hobeto egongo zara. Bizitzeko erronkei era egoki batean aurre egiten ikasi baduzu, zahartzaroan ere hobeto aurre egingo diezu. Bizitza osoan zu izan bazara zure bizitzaren zuzendari eta arduradun, zahartzaroan ere berdin jokatuko duzu ahal duzun neurrian. Bestalde bizitza osoan oso menpekoa izan bazara, zahartzaroan ere, menpekoa izango zara. Esaera zahar batek dion bezala, "Lehengo lepotik burua".

Zahartzaroan inoiz baino gertakizun txar gehiago gertatzen dira: erretiroa, alarguntzea, lagunen heriotza... Beraz, inoiz baino garrantzi gehiago izango du batek arazoei aurre egiteko duen erak.

Gainera, zaharren sare soziala desagertuz doa, eta, beraz, laguntza gutxiago dute.

2 Gaitasun kognitiboak zahartzaroan.

Zahar osasuntsu batek zailtasun batzuk ditu arretaren, oroimenaren eta adimenaren abiadurarekin, baina ez du zergatik adimena galdu (zahar osasuntsuaz hitz egiten ari gara, dementzia duten zaharrek galerak izaten dituzte).

Zahar normala:
- Zentzumenek, narriadura biologikoaren ondorioz, abiadura galdu dute eta hautematea zaildu egiten zaie. Beraz, estimuluek oroimenean finkatzeko arreta gehiago eskatzen dute.
- Arreta galtzen du.
- Oroimenean informazioa finkatzea gehiago kostatzen zaio:
    - arreta galdu duelako
    - zentzumenek abiadura galdu dutelako

Hori dena dela eta, epe laburreko oroimena murriztuta dago finkatzeko zailtasunak dituelako. Aspaldiko gertaerak ondo gogoratzen ditu, ondo grabatuak dituelako eta oroitzeak ez diolako inolako ahaleginik eskatzen. Epe laburreko oroimena gutxitua dago

eta adimen jariakorra murriztuta dago, baina adimen kristaldua hobeto egon daiteke, esperientzia gehiago baitauka.

3 Zahartzaroko erronkak.

Zahartzaroan, beste aro guztietan bezala, aldaketa zehatz batzuk izaten dira, pertsonari moldaera bat eskatzen diotenak. Orain arteko historia ebolutiboak zeresan handia du orain erantzuteko eran. Orain arte gaizki moldatu dena, zahartzaroan ere seguruen gaizki moldatuko da. Erronkak, fisikoak, psikologikoak edo sozialak izan daitezke, baina moldaera beti psikologikoa da.

Zahartzaroko erronkarik garrantzitsuenak hauek dira:
- Erronka fisikoak: gorputzaren zahartzea, gaitasun fisikoen murriztea, eritasunak. Horiek erronka fisikoak dira baina moldaera psikologikoa eskatzen dute. Gorputz-autokontzeptuaren moldaketa bat eta errealitatearen onartze bat eskatzen dute.
- Erronka psikologikoak: Autobiografia onartu, proiektuak egoera berrira egokitu, (bizitzaren mugak ulertu eta heriotzaren hurbiltasunaz jabetu), autokontzeptua egoera berrira moldatu. Erikson-en ikuspegitik zahartzaroko azkeneko erronka integrazioa da (Integrazioa-Etsipena).
    - Integrazioa: atzera begiratu eta harro sentitzearen ondorioa da.
    - Etsipena: atzera begiratu eta akatsak eta hanka-sartzeak besterik ikusten ez dituenean. Hartutako bidea okerra iruditzen zaio eta aldatzeko beranduegi dela ohartzen da (zahar ozpinduak).

- Erronka sozialak: orain arte betetako rol garrantzitsuak utzi egin behar ditu.
    - Erretiratu egingo da. Horrek arazo ekonomikoak ekar ditzake kasu batzuetan. Asko, denbora bete ezinean aurkitzen dira eta baliagarritasunik ez dutela uste dute. Halere, kasu horretan ere, lanarekin zuen lotura eta egoera berriei moldatzeko erraztasunak eragin handia izango dute. Batzuentzat lana aspergarria zen eta erretiroa liberazio gisa ikusten dute. Besteentzat, lana bere bizitza osoa izan da, eta, lana uztera behartzen dituztenean, oso gaizki pasatzen dute; ez dakite denbora nola bete, baliogabeak sentitzen dira.
    - Lana uzteak laneko kontaktu eta lagunak galtzea esan nahi du. Hemen ere, pertsona nolakoa den erabakigarria da. Pertsona batzuk harreman sozialak bermatu eta gehiagotu egiten dituzte. Beste batzuek ordea, beren baitan ixten dira eta bakartu egiten dira.
    - Gainera, alarguntzen doaz eta lagunak hiltzen dira. Hori beti gogorra da, baina zahartzaroan gehiago: egun batean lagun bat hiltzen zaie eta hurrengoan bestea. Berriz ere, egoera txarrei aurre egiteko ohitura erabakigarria izango da.
    - Gaur eguneko gizarteak zailtasun berriak jarri dizkie. Zaharren inguruan estereotipo txar asko dago. Horrek zaharren autoestimuan eragin handia du. Kasu askotan, gizarteak berak baztertu ditu zaharrak.

Zaharren osasuna.

- %70ak dio bere osasuna ona edo oso ona dela
- %85ak gaixotasun kronikoren bat du.
- %6ak dementzia du.

Menpekotasuna.

Adinak gora egiten duen heinean menpekotasun-tasak gora egiten du:

Adina	Menpekotasun-tasa
65-70	%10
70-75	%20
>80	%40

Depresioa.

Zaharren artean depresio tasa ez da gazteen artean baino handiagoa (%1).

%14k disforia dute (instituzionalizatutako %36k)

Lo desarauketak.

Zaharren kexa arrunta da: "lo gutxiago egiten dut". Zaharraren loa ez da helduarena bezalakoa: arinagoa da eta maiz lo-beharra gutxitu egiten da. Gainera, ez du kontuan hartzen egunean zehar egindako loa.

Bakardadea.

Zaharren %23ak bakardadea sentitzen du, eta %10ak senideen arbuioa.

Zaharren autokontzeptua eta estereotipo sozialak.

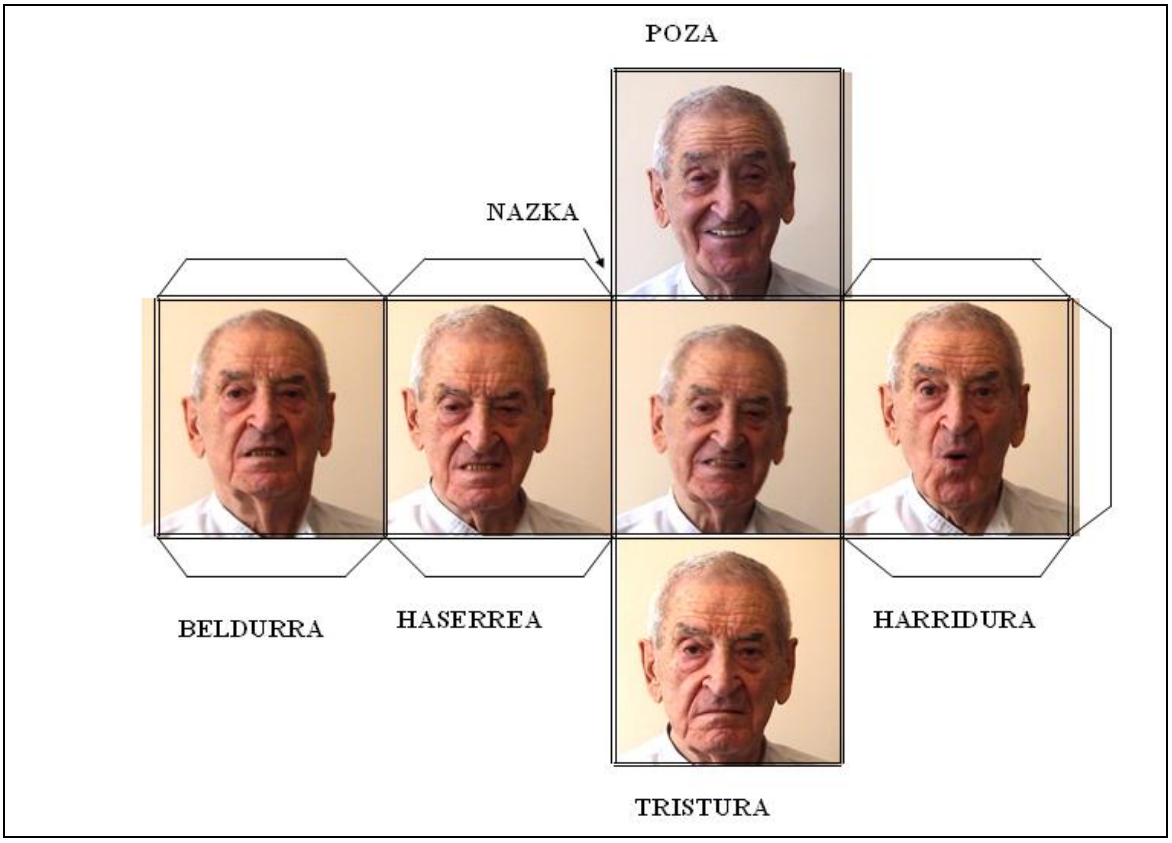
Zahartzaroaz uste asko dago kalean: batzuk egia dira, beste batzuk ordea, gezurra. Bada estereotipo bat zaharrei kalte handia egiten diena: *Zaharrak, baliogabekoak eta egoskorrak dira.*

Gure gaur egungo gizarteak edertasuna, gaztetasuna, modernotasuna eta eraginkortasuna balioesten ditu. Horrelako munduan lekurik gabe utzi dugu zaharra. Balio horiek eragin kaltegarria dute zaharrengan:

- Zaharren autokontzeptuan eta autoestimuan.
- Zaharrenganako dugun jarreran, eta beraz zaharrari emandako zainketen kalitatean. Pentsatzen badugu zaharrek ezin dutela ikasi eta ezin dutela egin, gauzak haien ordez egingo ditugu, eta haiek autonomia galduko dute. Ahal den neurrian, zaharren autonomia indartu egin behar da.

Nola hitz egin zaharrei. *Erizaintzako ikasleei arreta asko ematen die beren lehenengo praktika klinikoetan zaharrak zaintzeko moduak. Ikasle gehienek praktika ziklo bat egiten dute zahar-egoitzetan. Esaten dute zaharrei ulertuko ez balute bezala hitz egiten zaiela, eta maiz haien aurrean gauza gogorrak esaten direla. Ikasle batek kontatzen zuen praktiketan zegoela, hilzorian zegoen amona zahar bati zainketa bat egiten zion bakoitzean amonaren familiak esaten ziola: "Zertarako egiten diozu ezer? Hil egingo da eta". Ikasleak negarrari ezin eutsiz esaten zuen pena handia ematen ziola hori entzuteak eta pentsatzen zuela: "Nola sentituko da amona horrelakoak entzunda?".*

Ez ahaztu: zaharrek ere sentitzen dute!



Bibliografia.

Oinarrizkoa:

- **Sanz-Carrillo C. y García-Campayo J.**: La infancia**.** En Tazón, P, Aseguinolaza L y García-Campayo J. Ciencias Psicosociales. *Masson, Barcelona, 1996.*
- **Aseguinolaza L**. La adolescencia. En Tazón, P, Aseguinolaza L y García-Campayo J. Ciencias Psicosociales. *Masson, Barcelona, 1996*.
- **Tazón P. y Aja N**. La edad adulta. En Tazón, P, Aseguinolaza L y García-Campayo J. Ciencias Psicosociales. *Masson, Barcelona, 1996*.
- **Mayoz I**. La vejez. En Tazón, P, Aseguinolaza L y García-Campayo J. Ciencias Psicosociales. *Masson, Barcelona, 1996.*

Sakontzeko:

Orokorra

- **Arranz E**. Modelos del desarrollo psicológico humano. *UPV/EHU 1994*.
- **Carretero M., Palacios J., Marchesi A**.: Psicología Evolutiva III: Adolescencia, madurez y senectud. *Alianza editorial, Madrid, 1985*.
- **Delval**.: El desarrollo humano. *Siglo XXI, Madrid, 1994.*
- **Erikson E**: El ciclo vital completado. *Piados, Barcelona 2000.*
- **García Madruga JA, Lacasa P.** Psicología evolutiva (2 tomos). *UNED. Madrid 1990.*
- **Marchesi A, Carretero M., Palacios J.** Psicología Evolutiva I: Teorías y métodos. *Alianza editorial, Madrid, 1985.*
- **Marchesi A, Carretero M., Palacios J.** Psicología Evolutiva II: Desarrollo cognitivo y social del niño. *Alianza editorial, Madrid, 1985.*
- **Monedero C.:** Psicología evolutiva del ciclo vital. *Biblioteca Nueva, Madrid, 1986.*

Haurtzaroaz

- **Bekerman J**. El psicoanálisis ilustrado. Emecé, *Buenos Aires 1996*.
- **Bettelheim B**. Psicoanálisisde los cuentos de hadas. *Crítica, Barcelona 1995*.
- **Bowlby J**. El apego y la pérdida. *Piados, Barcelona 1998.*
- **Cartón J, Cortés MR**. El apego del niño a sus cuidadores: evaluación, antecedentes y consecuencias para el desarrollo. *Alianza, Madrid 2000.*
- **Cobos P**. El desarrollo psicomotor y sus alteraciones: manual práctico para evaluarlo y favorecerlo. *Pirámide, Madrid 1995.*
- **Costa M.** El juego y el juguete en la hospitalización infantil. *Nau Libres, Valencia 2000*.
- **Desprats-Péquignot C.** El psicoanálisis. *Alianza, Madrid 1997*.
- **Ginsburg H, Opper S**. Piaget y la teoría del desarrollo intelectual. *Dossat, Madrid 1982*.
- **Gómez Zapiain J**. Avances en sexología. *UPV, Zarauz 1997.*
- **Igerabide JK**. Bularretik mintzora (aura, ahozkotasuna eta literatura). *Erein, Donostia 2000.*
- **Lagache D**. El psicoanálisis. *Piados, Buenos Aires 1984*.
- **Martínez G.** El juego y el desarrollo infantil. *Octaedro, Barcelona 1998*.
- **Ortigosa JM, Mendez FX**. Hospitalización infantil: repercusiones psicológicas. *Biblioteca nueva, Madrid 2000.*
- **Ortiz MJ, Yarnoz S**. Teoría del apego y relaciones afectivas. *UPV, Leioa 1993*.
- **Plazaola M.** Psikoanalisia eta zenbait psicoterapia. *UEU, Bilbo 2000.*
- **Rutter M**. La deprivación materna. *Morata, Madrid 1990.*
- **Spitz R.** El primer año de vida del niño: génesis de las primeras relaciones objetales. *Agilar, Madrid 1966.*
- **Viñas A.** El primer año de vida del niño: semana a semana. *Planeta, Barcelona 1997.*

Nerabezaroaz

- **Castillo G**. El adolescente y sus retos: la aventura de hacerse mayor. *Pirámide, Madrid 1999.*
- **Goñi A**. Adolescencia y discusiones familiares. Eos, *Madrid 2000*.
- **Erikson EH**. Sociedad y adolescencia. *Siglo XXI. México 1979.*
- **Kimmel DC**. La adolescencia: una transición del desarrollo. *Ariel, Barcelona 1998*.
- **Rice FP.** Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura. *Prentice-Hall, Madrid 1999*.
- **Revenga M.** Percepción de la educación familiar y desarrollo del razonamiento moral en el adolescente. *Universidad Complutense. Madrid 2001*.

Helduaroaz

- **Colom J**. La adultez: cambios y contextos de desarrollo. *Universitat de les Illes Balears, Palma de Mallorca 2000.*
- **Erikson EH, Katchaourian HA**. La adultez. *Fondo de Cultura Económica, México 1981*.
- **Terr L.** El juego: por qué los adultos necesitan jugar. *Piados, Barcelona 2000.*

Zahartzaroaz

- **Acrich de Gutmann L, Salvarezza L**. La vejez. *Paidos, Buenos Aires 1998.*
- **Belando MR**. Vejez física y psicológica: una perspectiva para la educación permanente. *Universidad de Extremadura, Cáceres 2001.*
- **Erikson EH, Erikson R, Kivnick HQ**. Vital involvement in old age. *Norton, New York 1989*.
- **Fernández Ballesteros R.** Mitos y realidades sobre la vejez y la salud. Caja Madrid, Barcelona 1992.
- **García Pérez MC, Tous JM**. Motivación y vejez: jerarquía de necesidades y nivel de aspiración de los ancianos internos en una residencia. *Fundación la Caixa. Barcelona 1992*.
- **Izal M, Montorio I, Díaz P**. Cuando las personas mayores necesitan ayuda: Guía para cuidadores y familiares. Vol 1: Cuidarse y cuidar mejor. *Ministerio de trabajo y asuntos sociales, Madrid 1998*.

- **Izal M, Montorio I, Díaz P**. Cuando las personas mayores necesitan ayuda: Guía para cuidadores y familiares. Vol 2: Resolviendo los problemas difíciles. *Ministerio de trabajo y asuntos sociales, Madrid 1998.*
- **Montorio I, Izal M**. Intervención psicológica en la vejez: aplicaciones en el ámbito clínico de la salud. *Síntesis, Barcelona 1999*.
- **Rodriguez Moreno S., Castellano Suarez A.:** Intervención clínica y psicosocial en el anciano. *ICEPSS, Las Palmas de G.C., 1995.*
- **Salgado Alba A**.: Fundamentos prácticos de la asistencia al anciano. *Masson, Barcelona, 1995.*
- **Skinner BF, Vaughan ME.** Disfrutar la vejez. *Martínez Roca. Barcelona 1986*.
- **Yanguas J**. Intervención psicosocial en gerontología: manual práctico. *Cáritas Española, Madrid 1998.*
- **Zupiria X**. Minimental azterketa: zaharren egoera kognitiboa aztertzeko tresna erraz eta egoki bat. *Elhuyar, 1993; 19: 106-113.*

8. JARRERAK.

0.Sarrera
1. Definizioak
2. Etologia eta Antropologia
3. Giza jarreraren ezaugarriak
4. Osasun-profesionalaren oinarrizko jarrerak
5. Bibliografia

0. Sarrera

Gauzekiko, egoerekiko, pertsonekiko... **jarrera** bat dugu. Jarrera hori ezagutuz gero, neurri handi batean jokabidea asma dezakegu, edo ulertu behintzat. Ulertezinak gertatzen zaizkigun jokabide askoren atzean, horiek azaltzen dituen jarrera dago. Tabakoarekiko jarrera txarra badut, ez dut erreko; ijitoekiko jarrera txarra badut, era txarrean tratatuko ditut; zakurrekiko jarrera txarra badut, saihestu egingo ditut; nire buruarekiko jarrera txarra badut, nire burua ez dut ondo tratatuko.

Halere, jarrerak ez du guztiz jokabidea aurresaten. Maiz kontraesanak izaten dira. Inguruko presioaren eraginaz gure jarreraren kontra joka dezakegu. Horrelako egoerek gaizki sentiarazten gaituzte: koherenteak izateko beharra dugu. Hori dela eta, maiz, koherentzia mantentzearren, jarrera aldatzen dugu, edo aitzakiak jartzen ditugu.

Osasunarentzat kaltegarriak diren jokabideak aldatzeko ez da nahikoa izaten jarrera-aldaketa. Halere, lehenengo pausu gisa oso garrantzitsua da.

Osasun-profesionalok kontuan izan behar dugu hori. Gizarteko kide guztiek bezala, guk ere jarrerak ditugu, eta jarrera horiek gure jokabidean eragina dute, baita jokabide profesionalean ere.

Osasun-profesionalari, zer gaitasun bereganatzea komeni zaio?
Mediku eta erizainek gai izan beharko luteke:

- Giza jokabidean jarrerak duen garrantziaz jabetzeko.
- Jarrera-aldaketaren ondorioak eta mugak zehazteko.
- Gaixoarekiko jarrera egokia izateko.

1. Definizioak:

Jarrera: XIX. Mendearen bukaeran psikologia esperimentalak hartutako kontzeptua. Berehala psikologia sozialeko oinarrizko kontzeptu bihurtu zen. Gizabanakoak gizarte inguruko zerbaitekiko (talde soziala, arazo soziala..) duen barne-joera da, zerbait horrekiko jokabidea orientatzen duena. (Diccionario AKAL de psicología. Ediciones Akal SA. Madrid 2004, 18)

Euskara	Espainola	Frantsesa	Ingelesa
Jarrera	actitud	attitude	attitude

2. Etologia eta antropologia:

Animaliek badituzte jarrerak? Agian ez dute gizakiek bezala hiru osagaiz osaturiko jarrerarik (kognitiboa, afektiboa eta konatiboa). Osagai kognitiboa eskasagoa da eboluzio-mailan behera goazen neurrian. Halere, jokabiderako joera badute, osagai afektiboa eta konatiboa argi daude (bulkada). Dena dela, gizakiengan hain esanguratsua den gatazka kognitiborik ez dute: animaliak ez dira gaizki sentitzen beren usteen kontra jokatzeagatik.

Orain urte batzuk eginiko ikerketa batean ikusi zen kultura guztietako kideak ez direla gaizki sentitzen beren usteen eta jokabideen artean kontraesana badago. Hori mendebaldeko kulturan gehiago ikusten den fenomenoa dela. Badirudi ekialdeko kulturetan usteen eta jokabideen arteko kontraesanak onartuagoak direla.

Mendebaldeko kulturetan zatiketa bat dago: zintzoa/gaiztoa, argia/iluna, Jainkoa/deabrua, eta kideak zintzoak edo gaiztoak dira. Ekialdeko kulturan, ordea, gizabanako bakoitza onaz eta txarraz osaturik dagoela onartzen dute (yin/yang).

3. Giza jarreraren ezaugarriak

Jarrerak hiru osagai ditu: kognitiboa, afektiboa eta konatiboa.

- Kognitiboa: ideiek osaturikoa
- Afektiboa: emozioek osaturikoa
- Konatiboa: jokabide-joerak osaturikoa

Adibidea. *Zakurrei beldurra badiet, zakurren gainean ideia txarrak izango ditut, ideia horiek emozio negatiboz bustirik egongo dira oroimenean eta zakurra oroitzean edo zakur bat ikustean, emozio negatiboak etorriko zaizkit. Zakurra ikustean iheserako joera dut. Ikusten duzun bezala, zakurrekiko jarrera txarra dut eta jarreraren hiru osagaiak bat datoz: ideia txarrak, emozio negatiboak eta saihesteko joera. Horrek nire jokabidea azal dezake. Zakurra ikusten dudan bakoitzean, ihes egiten dut.*

Adibidea. *Nire buruarekiko ideia txarrak baditut (kognitiboa: autokontzeptua txarra), egin dudana aztertzean edo nire burua ispiluan ikustean emozio negatiboak pizten bazaizkit (afektiboa), eta nire buruari kritika latzak egiteko joera badut (konatiboa) nire buruarekiko jarrera txarra dudala esan dezaket (autoestimu baxua). Nire buruarekiko jarrera txarra izateak azal ditzake animu txarra (tristura) eta jokabide asko nire burua gutxi maite dudala argi uzten dutenak (janzkera utzia, ez baliorik eman egindakoari, ez onartu kritikarik, suszeptibilitate handia, depresioa).*

Adibidea. *Oso ideologia ezberdina duen pertsona batekiko ideia txarrak baditut (kognitiboa: aurreiritziak), berarekiko emozio negatiboak sortzen bazaizkit (afektiboa: beldurra, haserrea, nazka) eta berarekin ez egoteko eta ez hitz egiteko joera badut (konatiboa) jarrera txarra dudala esan dezaket. Horrek pertsona horrekiko dudan jokabidea azal dezake (ekiditen dut, kalte egiteko aukeran kalte egiten diot...)*

Erizain bati gaixo batek nazka ematen dio. *Erizain bat gaizki pasatzen ari zen gaixo batek nazka ematen ziolako. Gaixoa oso lodia zen eta bere burua oso gutxi zaintzen zuen. Gainera usaina zuen. Erizainak ez zuen gaixo hori zaindu nahi. Gaixoarekiko jarrera txarra zuen: iruditzen zitzaion utzi bat zela eta ez zuela ezer egiten bere burua zaintzeko (kognitiboa), nazka ematen zion (afektiboa) eta atzera eragiten zion (konatiboa). Jarrera horrekin lotuta zegoen bere jokabidea: gaixoa gogo-txarrez zaintzen zuen. Jarrera sendoa zen eta jokabidea koherentea. Halere, kezkatuta zegoen. Gaixo guztiak onartu eta berdin tratatu behar dituela esaten dio lanbideak, eta berak ez du hori egiten. Horrek gatazka kognitiboa sortzen dio.*

Jarreraren osagaien sendotasuna edo sendotasun eza

Orain arte ikusitako adibideetan, jarreraren hiru osagaiak norabide bera zuten, hau da, sendoak ziren. Hiru osagaiak norabide bera ez dutenean, jarrera sendoa ez dela esaten da.

Jarrera ez-sendoaren adibidea.
- Tabakoa erretzea osasunarentzat txarra dela badakit (tabakoa erretzearekiko jarreraren osagai kognitiboa erretzearen kontra).
- Tabakoa erretzeak plazerra sortzen dit (tabakoa erretzearekiko jarreraren osagai afektiboa erretzearen alde).
- Erretzeko joera dut, ohitura (tabakoa erretzearekiko jarreraren osagai konatiboa erretzearen alde).
Kasu honetan tabakoa erretzearekiko jarreraren hiru osagaiak ez dira sendoak.

Jarrerak ez du beti jokabidea ongi aurresaten

Jarrera sendoa denean, jarrera eta jokabidea bat etortzea errazagoa da, jarrera sendoa ez denean baino. Halere, hori ez da nahikoa. Horrez gainera eragina dute:

- Jokabidea gure eskutan egotea. Jokabidea zaila denean edo gure eskura ez dagoenean, ez da nahikoa jarrera sendoa izatea.
- Inguruko presioa.

Erizaintzako ikasleek beren lehenengo praktika klinikoetan asepsiaren kontuekin gaizki pasatzen dute. Asepsiaren aldeko jarrera sendoarekin joaten dira eskolatik: asepsia-neurriak ezinbestekoak dira erizain lanean (kognitiboa), atsegin dute asepsia-neurriak hartzea (afektiboa) eta horretarako joera dute eskolan jasandako entrenamenduaren ondorioz (konatiboa). Praktiketan hasten direnean, esperientzia handiko erizain askok teknika batzuk asepsia-neurririk gabe egiten dituztela ikusten dute.

Batzuetan, hiru osagaiak ez dira sendoak. Kasu horietan, jokabidea loturik dago osagai batzuekin eta ez besteekin.

Odola eman nahi dut baina ezin dut. *Demagun odola ematea ondo iruditzen zaidala niri (jarreraren osagai kognitiboa ideia positiboez osaturik dago, ondo iruditzen zait odola ematea). Halere, oso desatsegina da niretzat odola ateratzea (jarreraren alde afektiboa negatiboa da, beldurra sortzen dit). Kasu horretan ez dago sendotasunik jarreraren osagaien artean eta zailagoa egingo zait jokabidea aurresaten edo asmatzen.*

Jarreraren osagaiak sendoak direnean errazagoa da jokabidea asmatzea eta zailagoa da jarrera aldatzea. Jarreraren osagaiak sendoak ez direnean ordea, zailagoa da jokabidea aurresatea, baina errazagoa jarrera aldatzea.

Jokabide bat aldatzeko jarreraren osagaien sendotasun eza lagungarria da. *Jokabide kaltegarri bat aldatu nahi denean, lehenengo pausoa jarreraren osagaien sendotasun eza eragitea izaten da. Pertsona batek tabakoaren inguruko jarreraren hiru osagaiak sendoak baditu (ondo iruditzen zaio erretzea, gustukoa du eta joera du), lehenengo urratsa osagai kognitiboa aldatzea izaten da: tabakoaren kalteak erakustea (hori izaten da tabakoaren aurkako kanpainen helburua). Maiz, hori ere ez da nahikoa izaten. Halere, pauso hori eman gabe ez du zentzurik jokabide-aldaketa bat proposatzeak.*

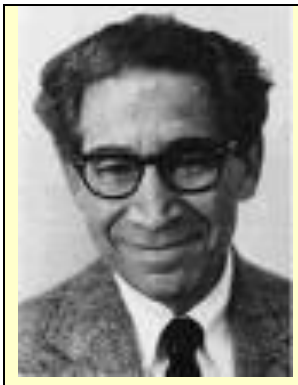
Jarreraren osagaiak sendoak direnean, beti aurresan daiteke jokabidea? Ez.

Disonantzia kognitiboa

Askotan, nahiz eta jarrera sendoa izan eta argi izan, aurka dagoen jokabidea egiten dugu. Zergatik gertatzen da hori? Ez garelako bakarrik bizi. Taldeak, inguruneak, presionatu egiten gaituelako jokabide zehatz bat egitera.

Demagun abortuaren aurka nagoela. Ez zait ondo iruditzen abortua (kognitiboa), emozio negatiboak sortzen dizkit (afektiboa) eta ez dut abortatzeko joera (edo hori uste dut behintzat). Halere, 18 urte dauzkat eta nahi gabe haurdun geratzen naiz. Baliteke inguruak bultzatua eta sentitutako beldur eta presioarengatik eta babesgabetasunagatik abortatzea. Kasu horretan jarrera argia eta sendoa zen, baina aurkako jokabidea egiten da.

Halere, horrelako egoerak ez dira eramaten errazak, disonantzia kognitiboa sortzen dutelako (koherentzia falta). Disonantzia kognitiboaren fenomenoa Festinger-ek garatu zuen. Ikusi zuen, maiz, gure jarreraren aurkako jokabideak egiten genituela. Horrelakoetan, larridura-egoera bat sortzen zela koherentzia falta zela eta (disonantzia kognitiboa). Gainera, ikusi zuen disonantzia horrek sortutako larridurak gizabanakoa bultzatzen duela, bai jokabide hori justifikatzen duen azalpen bat ematera, bai jarrera aldatzera.



Leon FESTINGER (New York 1919, 1989)

Festingerrek eginiko ikerketa batean pertsona batzuk jarri zituen gauza aspergarriak egiten. Ondoren ikertzaile laguntzaile izatea eskaini zien: beste pertsonak ariketa aspergarri horiek egiten jarri behar zituzten eta gero elkarrizketa egin. Laguntzaile berrien erdiari 20 dolar eskaini zien eta beste erdiari dolar 1. 20 dolar kobratzen zuten laguntzaileei ariketa aspergarria iruditzen zitzaien gero ere, baina ez zitzaien axola, 20 dolar kobratzen baitzuten. Dolar bat kobratzen zutenei, ordea, denborarekin ariketa ez zitzaien hain aspergarria iruditu. Zaila da aspergarria den zerbait egin eta aspergarria dela onartzea. Zaila egiten zaigu pentsatzen dugunaren kontra zerbait egitea. Horrelakoetan, edo jokabidea aldatzen dugu, edo jarrera aldatzen dugu.

Festinger L. Carlsmith JM. (1959). Cognitive consequences of forced compliance. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, *58*, 203-210.

http://psychclassics.yorku.ca/Festinger/index.htm

Askori ez zaio ondo iruditzen norbait hiltzea (kognitiboa) emozio txarrak sortzen dizkio hilketak (afektiboa) eta ez du erailtzeko joerarik (konatiboa). Halere, "arrazoi justu eta on" batengatik egin dezake, edo, egiten badu, justifikatu dezake.

Demagun, nik abortuarekiko jarrera txarra dudala. Muturreko egoera batean, abortatu egiten dut. Baliteke jokabide hori justifikatzeko hainbat arrazoi jartzea. Baliteke, gainera, hortik aurrera jarrera hori aldatzea eta ez hain gaizki iruditzea abortua. Argi dagoena zera da, inkoherentzia hori mantentzea ez dela erraza.

Azken batean, disonantzia kognitiboa eramaten zaila da eta ondorioz jarrera bera alda dezakegu. Batzuek diote gure kulturaren ondorio bat dela hori. Ekialdeko kulturetan onartuagoa dute disonantzia kognitiboa eta ez omen die guri adinako larritasunik sortzen (nahikoa argi omen dute denek alde onak eta txarrak ditugula, yin eta yang).

Jarreren jatorria. Errepresentazio sozialak. Balioak

Guk ditugun jarrera gehienak ikasiak dira, ikaskuntza sozialaren bidez; taldetik hartu ditugu, asko pentsatu gabe. Ditugun jarrera gehienak ikasiak dira, ez dira esperientzia zuzenean oinarritzen. Horregatik, maiz, esperientzia zuzena dugunean jarrerak aldatu egiten ditugu. *The doctor* filmean ongi ikusten da jarrera-aldaketa hori. Zirujau batek gaixoekiko jarrera hotza eta inpertsonala du. Gaixotu egiten da, eta hortik aurrera gaixoekiko duen jarrera aldatu egiten du.

Ikerketa askok frogatu du taldeen arteko gatazkan jarrera txarrak daudela beste taldeko kideekiko (aurreiritziak). Halere, edozein unetan bi taldeek elkarrekin lan egin behar badute, pertsonen arteko harreman zuzena hasten da eta jarrerak aldatu egiten dira.

Tajfel eta Turner-ek ikusi zuten (1970) pertsonok bi identitate ditugula: pertsonala eta soziala, eta egoeraren arabera identitate bat edo bestea egiten dela nabarmenagoa. Pertsonen arteko harremanean, bestearen ezagutzan oinarritzen da harremana, eta erakarpena pertsonala da. Taldeen arteko harremanean, ordea, identitate soziala pasatzen da lehenengo mailara, subjektua talde bateko kidetzat hartzen da, despertsonalizazioa gertatzen da, eta erakarpena soziala da. Horrek azaltzen du taldearen eraginaz bakarka egingo ez genituzkeen jokabideak egitea.

PERTSONEN ARTEKO HARREMANA	HARREMAN SOZIALA
Pertsonen arteko jokabidea	Taldeen arteko jokabidea
Erakarpen pertsonala	Erakarpen soziala
Idiosinkratikoa	Talde-kategorizazioa Despertsonalizazioa

***Ihesa duen gaixoarekiko jarrera**. Patxik jarrera txarra zuen ihesa duen gaixoarekiko. Pentsatzen zuen degenerazioaren ondorioa zela eta merezia zuela (kognitiboa), nazka ematen zion (afektiboa) eta berarekin harremanak saihesteko joera zuen (konatiboa). Jarrera txarra eta sendoa zen, ihesarekiko edozein kanpainari ez zion diru-laguntzarik ematen, eta ihesa duen gaixoa saihestu egiten zuen. Patxiren semeari ihesa diagnostikatu diote. Ondorioz, gaixotasuna ezagutzen du eta gaixoekin harremanak izaten hasten da, ezagutzen ez zuen mundu berria irekitzen zaio. Denborarekin, jarrera aldatu du.*

Jarrerak taldean ikasten ditugu, ideologia, morala eta beste gauza multzo batekin. Halere, jarrera eta ideologia ez dira egonkorrak taldearen barruan ere. Etengabe aldaketan daude.

Dugun ideia multzoa da ideologia. Ideologia osatzen duten hainbat zatiri errepresentazio sozialak deitu zaie (Moscovici). Objektu edo errealitate batekiko dugun uste multzoa besterik ez da errepresentazio soziala. Errepresentazio soziala, beraz, taldeak sortutakoa da, eta etengabe taldeak aldatzen duena. Errepresentazio sozialek taldekideek dituzten usteak eta jarrerak azaltzen dituzte. Egia da taldeak uste horiek sortu eta berraldatu egiten dituela etengabe, baina egia da, orobat, taldekide guztiak uneoro onartzera beharturik daudela; taldekide batek bere usteak nabarmenki aldatzen baditu, taldea uztera behartuta dago.

Talde-presioak pertsona bat bere jarreraren aurka jokatzera bultza dezake. Ikusi da pertsona guztiek ez dutela presioaren eragin berdina jasotzen. Ikusi da autoezagutza gehiagoko pertsonek jarrerari kasu gehiago egiten diotela eta autoezagutza gutxikoek presioari. Gure burua ezagutzeak, beraz, jarrera pertsonal bat eta berarekin ados dagoen jokabidea izaten laguntzen digu.

Taldean gureganatzen ditugu balioak ere (morala). Horren arabera balio-hierarkia ere gureganatzen dugu. Hasieran taldetik hartzen ditugu eta gero gureak egiten ditugu. Aurrerago, balio propioak garatzen ditugu. Kohler-ek garapen morala aztertu zuen. Esaten zuen garapen morala oso loturik dagoela adimenaren garapenarekin. Hasieran haurrak gauzak egiten ditu, ez moral bat duelako, baizik eta zigorren beldur (moral prekonbentzionala). Nerabezarotik aurrera, gauzak egiten dira besteen ikuspegia ere kontuan hartuz. Nik ez dut ostuko, ez zigorra jaso dezakedalako, baizik eta besteek niri hori egitea ez zaidalako gustatzen, arau batzuk izatea denentzat ona delako (moral konbentzionala). Azkenik, pertsona batzuk hortik aurrera doaz eta moral bat garatzen dute, non balio unibertsal batzuk badiren (moral postkonbentzionala). Nahiz eta niri kalte egin, badira balio batzuk defendatu behar direnak, onak direlako (Gandhi, Jesus...).

Beraz, pertsona helduok balio batzuk ditugu. Taldeak eta gizarteak eragin handia du gure balio horietan. Gizarte erlijioso batean, maitasuna, barkamena, laguntza eta halako balioak bereganatzen dituzte pertsonek eta beren hierarkia-mailan goian dituzte. Gaur egungo mendebaldeko gizartean, zoriona, gaztetasuna, edertasuna, dirua eta adimena dira balio garrantzitsuenak.

Gaixoarekin zainketa-plana egitean kontuan izan behar ditugu bere uste eta balioak. Berarekin egitea komeni da plangintza, beraren balioak eta usteak kontuan hartuz. Guk, nahiz eta ez ulertu, onartu egin beharko genituzke.

Estereotipo sozialak eta aurreiritziak.

Beste jarrera askoren artean estereotipo sozialak gureganatzen ditugu. Estereotipo sozialak ingurune kultural batean oso zabalduak dauden usteak dira. Orohar gizarte horretako talde bati lotuta daude, txarrak dira eta ez daude esperientzian oinarrituak. Gizarte horretan orokortuak daude eta eragin izugarria dute harreman sozialetan. Eragina dute harremanean eta baita estereotipoaren gai den taldekideengan ere.

Apartheid kultura zegoela (Estatu Batuetan), psikologo beltz batek ikusi zuen estereotipo sozialak oso goiz bereganatzen zituztela haurrek eta horrek eragin izugarria zuela haiek zuten autoestimuan. Haur beltzek nahiago zituzten panpina zuriak, politagoak zirelako. Panpina beltzak itsusiak iruditzen zitzaizkien eta berek panpina beltzaren antz handiagoa zutela ohartzen ziren (ikusi hautematearen gaia). Beraz, estereotipoek ez dute eragina beste taldekoek talde batekin duten harremanean bakarrik, baizik eta azken horretako kideek bere burua ikusi eta balioesteko duten joerarekin ere bai.

Gure gizartean estereotipo ugari dago harreman sozialak baldintzatzen dituztenak eta estereotipoaren gai den taldearen autohautematean eragina dutenak.

Badira estereotipoak zahartzaroaz, loditasunaz, gaixotasun batzuez... eta horrek pertsona horien autoestimuan eragin zuzena du. Gainera, talde horiekiko besteek duten jarrera baldintzatzen du.

Ikusi da gure gizartean minbizia eta antzeko gaixotasunak zorte txarrari egozten zaizkiola. Bestalde, alkoholismoa, droga-menpekotasunak, loditasuna, hiesa... norberaren jokabideari egozten zaiola; norberak bilatutako zerbait da, degenerazioaren ondorioa. Horrek eragina du gaixo horiengan, eta baita gaixo horiekiko gizarteak duen jarreran ere.

Estereotipo sozialek argi eta garbi aurreiritzi bat lotuta daramate, eta aurreiritzi horrek eragin zuzena du gure jarreran eta jokabidean (batez ere, jokabide sozialean).

Jarrera-aldaketa

Jarrera-aldaketa errazagoa da:
- Jarrera erdikoa denean. Muturreko jarrerak aldatzen zailagoak dira.
- Jarrera bakuna denean. Jarrera konplexuak aldatzea zailagoa da.
- Sendoa ez denean. Jarrera sendoa aldatzea zailagoa da.
- Behar gutxi betetzen dituenean. Aldatu beharreko jarrerak pertsonaren behar asko betetzen baditu, zailagoa izango da aldaketa.
- Garrantzi gutxikoa denean. Pertsonarentzat garrantzi handiko jarrera bada, zailagoa izango da aldatzea.
- Disonantzia kognitiboa dagoenean. Pertsona koherentea bada uste duenaren eta egiten duenaren artean, zailagoa izango da jarrera aldatzea.

Jarrera-aldaketa sortzeko eraginkorrena disonantzia kognitiboa edo sendotasunik eza eragitea da.

Osasun-munduan jarrera-aldaketa eragiteko emozio-aldaketak erabili dira gehien (beldurra sartu, jokabidea kaltegarria denean). Ikusi da, ordea, mezuak beldurra sortzen duenean ez duela nahi dena lortzen. Beldurra, neurrian denean, eraginkorra izan daiteke, baina, maila batera iristean, eraginkortasun guztia galtzen du, subjektuak ez diolako jaramonik egiten. Ikusi da, gainera, jarrera-aldaketa ez dela iraunkorra. Jarrera-aldaketak osagai kognitiboa aldatzea lortzen badu, ordea, jarrera-aldaketa iraunkorragoa dela ikusi da.

Aldagai kognitiboan aldaketa sortzeko, baldintza batzuk behar dira. Ikusi da mezuak erakarri egin behar duela. Mezua erakargarriagoa da:

- Hizkuntza arruntean bada. Mezuetan hizkuntza teknikoa erabiltzean jende askok ez du ulertzen.
- Adibide zehatzak azaltzen baditu. Eraginkorragoa da pertsona jakin bati gertatutakoa kontatzea, estatistika hotz batzuk azaltzea baino.
- Gaiaz dakien batek ematen badu. Jendeak fidagarritasun gehiago ematen dio gaiaz dakien batek emandako mezuari, gaiaz ez dakienak emandakoari baino.
- Azalpenak aldeko eta kontrako argudioak baditu. Mezu batean aldeko argudioak edo kontrako argudioak bakarrik azaltzen badira, eraginkortasun gutxiago izango du.
- Laburra bada. Mezu laburrak hobeak dira luzeak baino.
- Argia bada. Mezu argiak hobeak dira mezu korapilatsuak baino.
- Zuzena bada. Mezu zuzenak eraginkorragoak dira zeharkakoak baino.
- Ondorioak azaltzen baditu. Ez baditu ondorioak azaltzen, desenfokatua gera liteke.
- Aholku gutxi ematen dituenean.
- Mezuaz gainera, beste aukerak ematen baditu.

4. Osasun-profesionalen oinarrizko jarrerak

Osasun-profesionalak ezagutza zientifiko eta prestakuntza tekniko bat beharrezkoak ditu. Horrez gainera, ezinbestekoa da jarrera gizatiar bat izatea. Ondoren, osasun-profesionalak gaixoekin izan beharko lukeen jarrera laburbiltzen da:

- Gaixo bakoitza bakarra da (diagnostikoen etiketak).
- Gaixoak zintzoak dira (nahita behintzat ez dute gezurra esaten).
- Gaixo guztiek sendatu nahi dute.
- Gaixo bakoitzak bere gaitasunak ditu.
- Gaixoak ere arduratu behar du.
- Negoziazioa beharrezkoa da.
- Gaixo bakoitzak osasunaz dituen igurikapenak ezberdinak dira, eta errespetagarriak.
- Gaixoaren ingurunea kontuan hartu behar da.
- Gaixoa gu bezalakoxea dela ohartu.

5. Bibliografia

- **Miguel MD, Novel G.** Valores y creencias. Novel G, Lluch MT, Miguel MD. Enfermería psicosocial II. *Salvat S.A. Barcelona 1991. 3 gaia: 25-30.*
- **Miguel MD, Novel G.** Formación de actitudes y proceso de cambio. Novel G, Lluch MT, Miguel MD. Enfermería psicosocial II. *Salvat S.A. Barcelona 1991. 4 gaia: 31-38.*

Sakontzeko:

- **Bourhis RY, Leyens JP, Morales JF, Páez D**. Estereotipos, discriminación y relaciones entre grupos. *McGraw-Hill, Madrid 1996.*
- **Campbell J.** Los mitos: su impacto en el mundo actual. *Kairós, Barcelona 1994*.
- **Festinger L**. Teoría de la disonancia cognoscitiva. *Instituto de Estudios Políticos, Madrid 1975.*
- **Sánchez A, Marset P, Ramos E**. La actitud participativa en salud: entre la teoría y la práctica. *Universidad de Murcia, Murcia 1994.*
- **Sangrador JL**. Estereotipos de las nacionalidades y regiones de España. *Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid 1981*.
- **Valencia JF.** Psikologia sozialera hurbiltzeko zenbait gai. *EHU, Bilbo 1992; 8 gaia: 135-154.*

9. ROLA.

Gaixo imaginarioa: Moliére

0. Sarrera
1. Definizioak
2. Etologia eta antropologia
3. Rolaren hiru aspektuak
4. Rol-gatazka
5. Rol-tentsioa
6. Lanbidearen rola bereganatzen
7. Gaixoaren rola
8. Osasun-profesionalaren rola
9. Osasun-profesionalen gaitasunak
10. Bibliografia

0. Sarrera

Rola, antzerki batean, batek jokatzen duen papera da. Bizitzan ere, paper ezberdinak jokatzen ditugu. Horiek gure rolak dira. Rolak dimentsio askotan aztertu daitezke. Batez ere bi dimentsio bereizi nahi dira hemen:

- Dimentsio soziala.
- Talde-dimentsioa.

Gizartean, lanbideak, rol sozial instituzionalizatuak dira. Lanbidea helduen gauza da (haurrek ez dute lanbiderik). Rolek gizarte-bizitza antolatzen dute: rolari esker besteengandik zer jokabide espero den badakigu. Horrez gainera, badaude instituzionalizatutako rol gehiago: aita, ama, semea, alaba, senarra, emaztea, aitona, amona, laguna…

Taldeetan, subjektuok ez dugu funtzio bera jokatzen. Batzuk liderrak dira, besteak kritikoak, besteak konformistak, besteak lan egiten dutenak, besteak ideiak ematen dituztenak, batzuk isilak... Egia da batek ez duela beti rol bera jokatzen parte hartzen duen talde ezberdinetan, baina bai gehienetan. Rol hori oso lotuta dago nortasunarekin eta zerikusi handia du txikitatik etxean jokatu dugun rolarekin. Neurri batean, nortasuna ikasitako rola da.

Hemen batez ere rol profesionalaz hitz egingo dugu.

Halere, hasi aurretik, rolaz gauza batzuk argitu behar dira:

- Rola zereginak definituriko zerbait da.
- Rolak erlazio dialektikoa du harremanarekin: rolak harreman mota bat definitzen du eta harremanak rol berezi bat.
- Rola, elkarrekintzaren ondorioz etengabe aldatzen den zerbait da (ez da estatikoa).
- Rol batek, gehienetan, beste rola definitzen du, harremanaren beste aldean dagoenarena. Horregatik rol batek **rol-laguna** du:
  - Medikua/gaixoa
  - Erizaina/gaixoa
  - Irakaslea/Ikaslea
  - Guraso/seme-alaba

Osasun-profesionalari, zer gaitasun bereganatzea komeni zaio?
Mediku eta erizainek gai izan beharko luteke:

- Lanbideak eskatzen duen rola barneratzeko.
- Rola estilo ezberdinetan joka daitekeela jabetzeko.
- lanbidearen rolak eskatzen dituen gaitasunak kontuan hartzeko

1. Definizioak:

Rola. Elkarrekintzen munduan, gizabanakoaren mailari dagokion jokabide antolatuen eredua. (Diccionario AKAL de psicología. Ediciones Akal SA. Madrid 2004, 501)

Euskara	Espainola	Frantsesa	Ingelesa
Rola	Rol	Rôle	Role

2. Etologia eta antropologia:

Animaliek rolak ba ote dituzte? Taldean bizi diren animalien artean ere argi ikusten da antolakuntza bat badela eta bakoitzak bere rola jokatzen duela. Erleen artean, adibidez, batzuk erreginak dira eta arrautzak jartzen dituzte, besteak langileak dira eta erlategia eta eztia egiten dute, eta besteak soldadu dira. Animalien artean, orokorrean, arrek eta emeek rol ezberdinak dituzte. Adibidez, taldean bizi diren ugaztun batzuen artean, ar bat (alfa arra), dominatzailea da, lurraldea babesten du eta taldeko eme guztiak estaltzeko eskubidea du. Emeek umeak zaintzen dituzte. Beraz, taldean bizi diren animaliek antolakuntza bat izaten dute, eta horren ondorioz, rol-banaketa bat.

Gizatalde ezberdinetan rolak ikusten dira, batzuk oso antzekoak eta besteak ezberdinak. Gaur egungo munduan ikus daiteke gizonezkoen rolak eta emakumezkoenak ezberdinak izaten jarraitzen dutela: mendebaldean gizon/emakume rolak asko arindu diren bitartean, ekialdeko lurralde batzuetan rolak oso desberdinak dira oraindik. Osasun-profesionalen rola kultura guztietan ikusten da, antzinako kulturetatik (txamana) gaur egunekoetara (medikua, erizaina, psikologoa, farmazialaria, fisioterapeuta, gizarte-laguntzailea…). Rol horrek, garrantzi handia du antzinako kulturetan eta gaur egungo kulturetan, osasuna gizakiarentzat gai garrantzitsua delako. Beti ere gaixoekin lan egin dute, eta gaixoari zor zaion begirunea izan dute: gaixo dagoena egoera zailean dago eta laguntza behar du.

3. Rolaren hiru aspektuak

Rol guztiek hiru aspektu dituzte:
- Emandako rola
- Rol subjektiboa
- Rol jokatua

Emandako rola gizarteak onartzen duena da. Prototipoarekin du zerikusia. Gizartean orokortua dago zein den medikuaren rola, erizainarena, irakaslearena, suhiltzailearena, ertzainarena... Rol horrek igurikapen bat sortzen du besteengan. Besteek, rol horren arabera, igurikapen batzuk dituzte rol-jokalariaren jokabideaz. Nolabait, elkarrekintza soziala antolatzeko baliagarria da. Halere, gizartean zabalduta dagoen emandako rola eta profesionalek dutena bereizi behar ditugu: gizartean dagoena oso azalekoa da eta estereotipatua dago; profesionalek dutena, ordea, askoz ere sakonagoa da eta zehaztuagoa

dago. Ez da arraroa gizartean dagoen emandako rola bat ez etortzea profesionalek dutenarekin. Hori gerta daiteke:

- Aldaketa-uneetan. Erizainak identitate profesionala zehazten joan diren neurrian, rola definitzen eta aldatzen joan dira. Haiek profesional gisa bilatzen duten emandako rola definitzen joan diren neurrian, gizartean zabalduta dagoen emandako roletik urrundu egin dira.
- Gizarteko emandako rola oso estereotipatua dagoenean. Erizainaren rola nahikoa distortsionatua egon daiteke hainbat filmetan ikus daitekeenez.

Emandako roletik urruntzen den profesionalak rol-laguna zalantzan jartzen du.

Estereotipo sozial askok eragin zuzena dute emandako rolean eta horrek zaildu egin dezake lanbide baten garapena edo aldaketa.

Erizain rolaren aldaketa. *Erizaintza lanbidea bere rola aldatuz doa: zainketaz arduratzen den lanbidea izan nahi du. Halere, urte askotan zehar erizaina "amatxo" moduko bat edo "medikuaren laguntzailea" gisa ikusia izan da. Gizarteko igurikapen horiek kalte egin diezaiokete erizaintza lanbidearen definizioari.*

Emandako rola askotan oso estereotipatua da, normala da: pertsona batek ezin du zehatz-mehatz jakin profesio bakoitzaren rola. Haurrek, jolasen bitartez, rol horiek era estereotipatuan bereganatzen dituzte. Rol sozialen lehenengo bertsioa, beraz, haurtzaroan ikasten da jolasaren bitartez. Esan bezala, oso estereotipatua da. Horregatik, haurrek medikuetara jolasten dutenean, medikua egun guztia injekzioak jartzen dituen gizaki bat dela dirudi. Handitzean, profesio ezberdinen rolen zehaztasun gehiago bereganatzen dira.

Rol subjektiboa: nahiz eta emandako rola era batekoa izan, profesional bakoitzak era ezberdinean islatzen du rola. Pertsonen usteak eta ideologiak eragin zuzena dute rol subjektiboa definitzerakoan. Profesional guztiak ez daude guztiz ados beren rola zertan datzan. Horri esker, batzuetan, profesional askoren rol subjektiboa emandako rolarekin ados ez dagoenean, emandako rolaren aldaketa eragin dezakete.

Rol jokatua: egiten dena. Askotan nik ideia bat izan dezaket nire rolaz, baina inguruak bultzatuta aldatu egin dezaket.

Erizaintzako ikasleek praktikak hasten dituztenean, gaixoarekiko gupida eta laguntzeko jarrera izaten dute: gaixoekin hitz egiten denbora pasatzen dute, ilusioz eta alaitasunez betetzen dituzte beren betebeharrak ... Hasieratik esperientzia duten erizain askok esaten diete ez engantxatzeko gaixo guztiekin, gaixoei hainbeste kasu ez egiteko. Ikasle batzuek, nahiz eta berdin jarraitu behar dutela pentsatu (rol subjektiboa), erizainen presioagatik beste era batetara jokatzen dute (rol jokatua). Ikusiko dugun bezala, egoera horrek gaizki sentiarazten ditu.

4. Rol -gatazka

Bakoitzak rol asko jokatzen ditu aldi berean. Adibidez, pertsona bat izan daiteke:

- Erizaintza-eskolako irakasle.
- Beste fakultate batetako ikasle.
- Bikotearen senarra.
- Seme-alaben aita.
- Gurasoen seme edo alaba...

Aldi berean rol asko ditugu, baina egoera ezberdinetan batek lehentasuna hartzen du. Balio eta ikuspegien arabera rol horiek hierarkizaturik ditugu eta batek besteek baino gehiago definitzen du pertsonaren identitate soziala. Rol horri, **rol gorena** deritzo.

Sozialki nabarmenena den rola, **rol soziala** da. Gehienetan rol soziala eta rol gorena berbera dira. Horrela ez denean, rol gatazka dagoela esaten da.

Erizainen artean ugaria den rol-gatazka. *Erizain asko erizain eta ama dira aldi berean. Gehienetan "ama" da rol gorena, eta "erizaina" rol soziala. Une batzuetan, batez ere haurrak txikiak direnean, horrek gatazka garrantzitsuak sortzen ditu.*

Etxeko rolaren eta laneko rolaren arteko gatazka izaten da estres-iturri garrantzitsuenetako bat osasun-profesioetan.

Maiz, egoera batean bi rol aldi berean jokatu beharrean aurkitu daiteke osasun-profesionala, eta horrek rol-gatazka sor dezake.

Aita edo gaixoa zaindu? *Mediku batek aita larri gaixotu zenean zailtasun handiak izan zituen aitarekiko harremanean. Alde batetik, mediku gisa, era batera jokatzen zuen: aginduak ematen zituen eta errieta egiten zion esandakoak ez bazituen betetzen. Bestetik, alaba bezala, oso harreman goxoa zuen aitarekin eta txikitatik menpekotasun nabaria. Zer zen, aitaren alaba edo gaixoaren medikua?. Osasun-profesional gehienek argi dute senide eta lagun minekin zaila dela profesional gisa jokatzea. Zirujauek, adibidez, senideei ebakuntzak ez egiten saiatzen dira. Psikologoek ez lukete inoiz seniderik tratatu behar.*

The doctor filmeko protagonistak duen rol-gatazka. *The doctor filmeko protagonista zirujaua da. Ezkonduta dago eta seme bat du. Bere rol soziala zirujau izatea da eta bere rol gorena ere bai (berarentzat zirujaua izatea senarra edo aita izatea baino garrantzitsuagoa da). Gaixotzen denean, ospitale bereko zirujaua eta gaixoa da. Une horretan rol-gatazka du: ezin du aldi berean ospitale bereko mediku eta gaixo gisa jokatu, oso gogorra egiten zaio. Gaixo gisa ospitalearekin harremanean dagoenean, gaixo gisa tratatzen dute, eta ez du onartzen, bere rol gorena medikua baita. Osasun-profesionalak oso gaixo txarrak gara, asko kostatzen zaigu gaixo gaudenean gaixo-rolari lehentasuna ematea, eta horrek gure osatze-prozesuan kalte egiten digu. Filmeko protagonistak gaixo-rolari lehentasuna ematen dionean (gaixotasuna onartzen duenean eta ebakuntzak egiteari uzten dionean), gaixo rolean sartzen da eta sendabide zuzena hartzen du.*

Beste era bateko rol gatazkarik ere badago: emandako rolaren, subjektiboaren eta jokatuaren artean desadostasunak.

- Emandako rola/rol subjektiboa. Erizainak urteetan medikuaren laguntzaile-lana egin du. Halere, erizain batzuek pentsatu zuten erizainak bazuela zeregin autonomoa. Erizain horiek rol-gatazka jasan zuten. Pixkanaka-pixkanaka gatazka horri esker emandako rola aldatuz joan da eta erizainaren rola ere bai. Emandako rolaren eta rol subjektiboaren artean gatazka dagoenean bi aukera daude: indarrean dagoen emandako rola onartu edo aldaketa eragin.

Patch Adams filmeko protagonistak duen rol-gatazka. *Patch Adams filmean ikus daiteke medikuntzako ikasle batek duen rol subjektiboa ez datorrela bat fakultatean dagoen emandako rolarekin. Fakultatean espero dute ikasleak gaixoengandik urrun jartzea objetibotasuna ez galtzeko. Patch-ek uste du harremana ezinbestekoa dela mediku-lanak funtziona dezan. Ia beti, osasun-profesioetako ikasleak "doktrinatu" egiten dira, bigarren sozializazioa deritzon prozesuan. Film horretan, ikasleak jasaten duen rol-gatazkan aurrera egiteak duen kostua ondo ikusten da: garesti ateratzen da. Halere, horrelako gatazkek emandako rolen aldaketa eragiten dute, eta, beraz, rolaren eboluzioa.*

- Rol subjektiboa/rol jokatua. Demagun erizain batek argi duela zein den bere rola. Halere, lanean hasten den tokian erizainaz beste gauza bat espero da. Bere ustearen kontra, lantokian espero dena egiten du. Horrek rol-gatazka sortzen dio. Disonantzia kognitiboaren antzeko fenomeno bat gertatzen da: "Nik hau egin behar dela uste dut, baina bestea egiten bukatzen dut". Horrelakoetan, aipatu genuen bezala, disonantziak larritasuna sortzen du eta bi bide hartzen ditugu:
  - Justifikatu: ez dago denborarik...
  - Rol subjektiboa aldatu. Aukera hori zailagoa da.

The doctor filmeko protagonistak duen bigarren rol-gatazka. *The doctor filmeko protagonistak gaixotu aurretik argi du zein den zirujauaren rola: "ireki, konpondu eta itxi". Ez du rol-gatazkarik: hori uste du (rol subjektiboa) eta hori egiten du (rol jokatua). Gaixoarekin duen harremanak ez du garrantzirik zirujau ona izateko. Gaixotzean, ordea, gauzak aldatu egiten dira: gaixoarekin harreman gizatiarra izatea zein garrantzitsua den konturatzen da. Gaixoaren tokian denbora bat pasatu eta gero rol subjektiboa aldatzen du, eta rol-gatazka pairatu: zirujau-lana horrela egin beharko litzateke (rol subjektiboa), baina nik bestela egiten dut (rol jokatua). Gatazka ekiditeko, rol jokatua aldatzen du: bere zirujau-lana era gizatiarrago batean egiten hasten da.*

Erizaintzako ikasleen rol-gatazka. *Erizaintzako ikasleekin praktiken inguruko zailtasunen inguruan hitz egiteko egindako bileretan, oso maiz azaltzen da rol-gatazka. Ikasleek eskolatik daramaten ereduan, gaixoa osotasunean zaindu behar da. Praktiketan hasten direnean, gehienek ikusten dutena beste gauza bat da: gaixotasunaren aspektu fisikoei bakarrik jartzen zaio arreta. Ikasleek diote hori ez dela ikasi dutena. Erizainek esaten diete ez dagoela denborarik gaixoa bere osotasunean zaintzeko. Ingurunearen presioz, denek egiten dutena egiten bukatzen dute, baina hasieran rol-gatazka dela-eta ez dira ondo sentitzen: gaixoaren aspektu fisikoak bakarrik zaintzen ditut (rol jokatua), baina osotasunean zaindu beharko nuke (rol subjektiboa).*

5. Rol-tentsioa

Esan bezala, rola ikasia da. Azken batean, besteei begira ikasi dugu eta neurri handi batean "besteek" espero dutena betetzen dugu. "Beste" horiek rol-set-kideak dira. Txikitatik gurasoak eta irakasleak dira rol-set-kide nagusiak. Lanbide bat ikastean, irakasleak eta profesionalak dira rol-set-kideak. Erizaintzako ikasleentzat, irakasleak eta plantako erizainak dira rol-set-kideak; medikuntzako ikasleentzat, irakasleak eta praktiketako medikuak.

Batzuetan, rol-set-kide guztiek ez dute jokabide bera espero ikasleengandik. Horrek tentsioa sortzen du ikaslearengan, rol-tentsioa.

Aurreko adibidean ikasleak rol-tentsioa pairatzen du. Eskolako irakasleak gaixoa osotasunean zaintzea espero du; praktiketako erizainak beste gauza bat espero du. Bien artean jartzen dute nota. Nori obeditu?

Nola konpontzen da rol-tentsioa? Irtenbide zenbait bada:
- Rol-set-kide "hoberena" aukeratu (jakintsuena, erakargarriena…).
- Gehien zigortu dezakeen rol-set-kidea aukeratu.
- Aldi berean, denei atsegin ematea ezinezkoa dela onartu (rol-tentsioarekin bizitzen ikasi).

Zalantzarik gabe, jarrera horrek larritasuna gutxitzen du eta aukera hoberena egiten laguntzen du.

Rol-tentsioa lasaitu daiteke gure rol-eraikuntzari garrantzia kenduaz, Goffmanek (1961) "rol-distancin" gisa bataiatutako prozeduraz. Horren bidez, rol hori "bizitza osoa ez dela" jabetzen gara. Oso erabilgarria da rol berria ikasteko garaian, larritasuna gutxitzen laguntzen baitu, eta, beraz, rola hobeto ikasten.

Erizaintza eta antzeko lanbideetan, identitatea osatzen ari den lanbide batean, errazagoa da rol-tentsioa sortzea, rol-set-kideen artean rol subjektibo ezberdinak baitaude. Halere, identitatea oso definitua duten profesioek ere rol-tentsioa izaten dute, adibidez medikuntzak.

Batzuetan pentsa dezakegu ez duela merezi rola finkatzea. Eredu bakoitzak bere rola definitzen badu, zertarako rol batera egokitu? Galdera horri erantzuna eman nahian hara zer dioten Lasa eta Elorzak:

Eredu kontzeptual bati jarraitzearen garrantzia erizain-lanean:
Autonomikoki rola onartzeko:
- *Norabidea antolatzeko.*
- *Eman beharreko zainketak argi definitzeko.*

6. Lanbidearen rola bereganatzen

Lanbide guztietan prestakuntza berezia izaten da. Prestakuntza berri horri bigarren sozializazioa deitu zaio. Ikasleek duten emandako rola kaletik dakartena da, gizartean dagoena. Bigarren sozializazio horretan, lanbidea benetan nola den ikasiko dute eta rola bereganatuko dute: Zer egin behar dut? Nola egin behar dut?

Karreran gertatzen den "instrukzio" berezi hori, "doktrinatze" hori, ez da bat-batean gertatzen. Ondorengo adibidean erizaintzako karreran egin zen ikerketa bat ageri da, adibide gisa.

Davies-ek (1975) ikusi zuen erizaintzako ikaslea karreran zehar erizain-rola bereganatzeko etapa batzuetatik pasatzen dela.

- *"Hasierako inozotasuna":* Ezagutza laikoan oinarritzen da eta kristautasunaren edo humanismoaren balio altruistak nabarmentzen dira. Ikasleak tresnak lehenbailehen bereganatu nahi ditu gaixoari laguntzeko.

- "*Desadostasuna*". Ikaslea konturatzen da bere igurikapenak ez datozela bat hezitzaileek dituztenekin (rol-set-kideekin). Laguntzeko tresnak irakatsi beharrean, irakasleek erizaintzako printzipio nagusietan jartzen dute arreta. Horrek frustrazioa sor dezake eta ez dela erizaintza ikasten ari senti dezake.

- *Psyching-out* estadioa. Fase horretan arreta berezia jartzen du ikasleak tutoreak espero duen gauzetan. Azken batean, irakasleak eman behar dio "erizain" txartela, eta hark espero duena egiten ez badu, txartela lortzeko zailtasunak izan ditzake.

- *Rol simulazioa*. Tutorea imitatzen saiatzen da, tutoreak zer balioesten duen kontuan hartuz. "Rol distancing" fenomenoa askotan ikusten da etapa honetan.

- "*Erizain-kontzientzia*" (Travelbee, 1966) Erizainaren betebehar eta eskubideak bereganatu ditu, bere burua erizain gisa ikusten du eta rol-set-kideen igurikapenei erantzuten die. Ondo egina eta gaizki egina zer dagoen konturatzen hasten da eta bere lankideak irizpide horien arabera epaitzen hasten da. Orain erizainaren rola barneratu du eta bere irudikapena badauka. Orduan, bigarren sozializazioa amaitu dela pentsatzen da, erizainaren rola jokatzeko gai baita.

7. Gaixoaren rola

Gaixoaren rola zehazteko bi gauza azpimarratuko dira: zer espero da gaixoarengandik? Zertarako eskubidea du gaixoak?

Zer espero da gaixoarengandik?
- Bilatutako zerbait ez izatea gaixotasuna.
- Gaixo egon nahi ez izatea eta sendatu nahi izatea.
- Gaixotasuna legitimaturik egotea.
- Gaixotasunak jartzen dituen mugak onartzea.
- Laguntza konpetentea eta eraginkorra bilatzea.
- Sendabidean kooperatzea.

Gaixoaren eskubideak (gaixotasunaren bigarren mailako irabaziak):
- Ohiko ardurak uzteko (baja, eskolara ez joan, lana ez egin..)
- Lagundua eta zaindua izateko

Gehienetan gaixoak ondo egokitzen dira beren rolera eta horrek gauzak erraztu egiten ditu.

Gaixo gehienak ez dira nahita gaixotzen eta lehenbailehen sendatu nahi dute. Horrela ez bada, arraroa egiten zaigu osasun-profesionalei. Halere, beti izaten da ulertzen lagunduko digun azalpen bat.

Gaixotasunaren mugak onartzea eskatzen zaio gaixoari. Maiz, gaixoari zaila egiten zaio gaixotasunaren mugak onartzea; horretarako denbora eta laguntza behar izaten du. Zentzu horretan kooperazioa eskatzea ez dago gaizki. Halere, osasun-profesionalak pazientzia izan behar du eta kontuan hartu ez dela maiz hain erraza gaixotasunaren mugak onartzea.

8. Osasun-profesionalaren rola

Zer espero da osasun-profesionalarengandik?
- Jakitea
- Teknikoki nahikoa gaitasun izatea.
- Gaixo guztiak altruismoarekin eta berdintasunez tratatzea.

Eskubidea du gaixoaren intimitatean sartzeko (inoiz beharrezkoa dena baino gehiago).

Osasun-profesio bakoitzak bere rola du. Rol bakoitzak bi galdera hauei erantzungo lieke:
- Zer egin?
- Nola egin?

Osasun-profesio bakoitzak ondo zehaztuta dauka bere zeregina gaixoari begira:
- Medikuak: gaixoak duen gaixotasunaren diagnostikoa egin, tratamendua jarri, eta gaixoaren eboluzioa jarraitu.
- Erizainak: gaixoa zaindu

- Psikologoak: gaixoak psikologikoki egokitzeko dituen zailtasunak gainditzen lagundu.

Nola egin galderak estiloarekin du zerikusia. Pertsona guztiak ezberdinak gara eta estilo propioa izaten dugu. Denborarekin, bakoitzak, propioa den estiloa garatzen du. Horretarako, ezinbestekoa da praktika gogoetatsu bat lantzea: egunero, nire lanaz gogoeta eginez, nire zailtasunetatik abiatuz, nire lanbidea nire erara landuko dut.

Erizaintzako ikasleek beren praktiketan une zailenetakotzat aipatzen dute gaixoa edo senideak negarrez daudenean ez dakitela zer egin. Praktiken inguruan gertatutako kasu zailak komentatzeko ikasleekin egiten ditudan taldeetan, ikasle batek kontatzen zuen onkologikoan zegoen neska gazte bati medikuak berriz ere berri txarra eman ziola. Ikaslea gaixoaren gelara sartu zenean gaixoa negar batean zegoen. Ikasleak zerbait egin nahi zuen, baina ez zekien zer. Ikasleak esan zuen eskolako irakasleek eta praktikako erizainek odola ateratzen eta prozedurak egiten erakusten geniela, baina ez geniela erakusten horrelakoetan zer esan. Erantzun nion horrelakoetan ez dela beti zerbait egin behar. Esan nion horrelakoetan ez direla gaizki etortzen komodin batzuk, nik banituela nire komodinak, baina agian berari ez zitzaizkiola baliagarriak izango. Azpimarratu nion garrantzitsuena bakoitzak bere estiloa garatzea zela, eta horrelako egoeretarako bakoitzak bere komodinak garatzea. Komodinak eskatu zizkidan eta esan nion horrelakoetan, zer esan ez nekienean horixe esaten nuela "ez dakit zer esan", edo "zerbaitetan lagun zaitzaket?" galdetzen niola. Ikasleak esan zidan komodin horiek ez ziotela balio. Erantzun nion berak bere komodinak garatu beharko zituela, egoera horiei bere estiloarekin erantzuten ikasi. Azken batean, rolaren aspektu pertsonal hori (nola egin) bere nortasunean integratu behar zuela: izaera batzuekin estilo bat ondo doala, eta besteekin bestea. Hori ez da asteburu bateko ikastaro batean ikasten, eguneroko jardunaldi gogoetatsu luze baten ondorioa izaten da. Ikastaro batean, edo besteei kopiatuz, erantzun estereotipatuak imita daitezke, baina ez badatoz bat nire izaerarekin, ez dira benetakotzat hautemango, eta ez naute ondo sentiaraziko.

9. Osasun-profesionalen gaitasunak

Lanbidearen zereginaren arabera, gaitasun zehatz batzuk beharko dira zeregin hori betetzeko. Osasun-profesionalen prestakuntzan oso garrantzitsua da beharko dituzten gaitasunak ondo zehaztea eta ikasleei bereganatzen laguntzea. Aipatutako hiru lanbideek (medikuek, erizainek, psikologoek) behar dituzten jakintzak ez dira berdinak, behar dituzten gaitasun teknikoak ez dira berdinak, baina harreman-gaitasunak antzekoak dira.

Ondoren aipatzen dira osasun-profesionalentzat garrantzitsuak diren harreman-gaitasunak (parentesi artean gaitasuneza):

- Egiazkotasuna (itxurakeria)
- Enpatia (sentikortasunik eza)
- Baldintzarik gabe onartzea (tolerantzia, intolerantzia)
- Entzutea (ez entzutea)
- Komunikazio eraginkorra (komunikatzeko zailtasuna)
- Asertibitatea (pasibotasuna, agresibitatea)

Azpimarratzekoak dira autozainketarako gaitasunak ere, izan ere, gaixoekin lan egitea estresagarria baita:

- Emozioez jabetzea eta ahoz adieraztea (emozioak ukatzea, saihestea).
- Laguntza eskatzea, laguntza soziala erabiltzea (ez erabiltzea).
- Pazientzia izatea (inpazientzia).
- Frustrazioaren tolerantzia izatea (intolerantzia).
- Ziurgabetasunarekin eta ezinarekin lan egiten ikastea.
- Taldean lan egitea, kooperatzea (indibidualtasuna, lehiakortasuna).
- Autobehatzea.

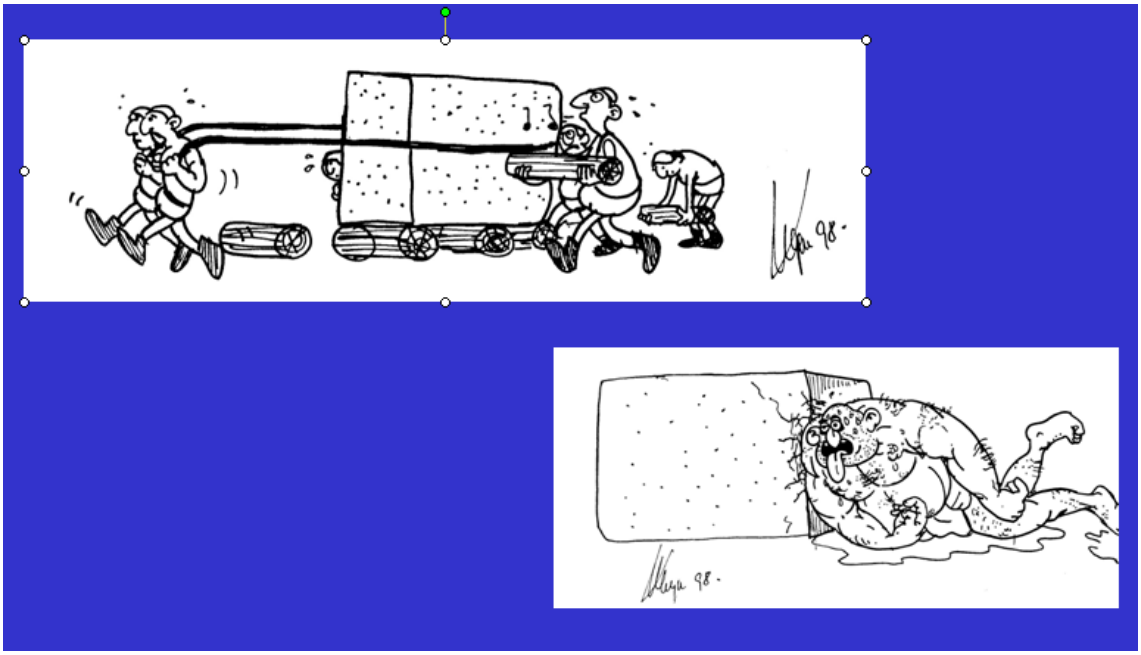
10. Bibliografia.

- **Valencia JF**. Gizakiaren eraikuntza soziala: gizabanakoa errol jokalari gisa.Valencia JF. Psikologia sozialera hurbiltzeko zenbait gai. *EHU, Bilbo 1992; 4 gaia: 69-87.*
- **Zupiria X**. Rol profesionala eta osasun-profesionalaren eta gaixoaren arteko harremana**.** Zupiria X. Osasun-profesionalaren eta gaixoaren arteko harremana. *EHU. Bilbo, 2000*

Sakontzeko:

- **Belbin M.** Roles de equipo en el trabajo**.** *Imprenta Universal, Bilbao 1995.*
- **Peplau HE**. Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. *Ediciones Científicas y Técnica, Barcelona 1990.*
- **Scheff TJ.** El rol del enfermo mental**.** *Amorrortu, Buenos Aires 1970***.**

10. TALDEAK.



0.Sarrera
1. Definizioak
2. Etologia eta Antropologia
3. Gizataldearen ezaugarriak
4. Gaixoaren taldeak
5. Osasun-taldea
6. Bibliografia

0. Sarrera

Osasun-profesionalok **taldea**n lan egiten dugu eta taldean bizi gara. Zaintzen ditugun gaixoak ere taldean bizi dira.

Gizakia taldean bizi den animalia da. Gizakiarentzat taldean bizitzea abantaila bat dela ez dago zalantzarik: espezie gisa egin dituen lorpen gehienak **talde-lana**ren ondorio izan dira. Halere, ez da abantaila bakarrik, behar bat ere bada: taldean bizi ez den gizakia gaixotu egiten da. Taldeak behar afektibo bat betetzen du, kidetasun-beharra.

Talde batean sartzen gara jaiotzatik eta taldean hazten gara (**familia**n). Taldearen babesean hazten gara eta bertan rol bat ezartzen zaigu txikitatik. Familiatik kanpo beste talde batzuetan parte hartzean, ikasitako rola jokatzeko joera dugu, dakiguna errepikatzeko joera, horregatik egiten zaigu hain zaila aldatzea.

Gaixoak famili baten barruan gaixotzen dira, eta familia izaten da laguntza nagusia. Horrez gainera, gaixoari **osasun-taldea**k laguntzen dio. Talde horien funtzionamenduak eragina du gaixoaren sendatze-prozesuan.

Osasun-taldeak ere, talde guztiek duten funtzionamendua du. Garrantzitsua da osasun-taldearen funtzionamenduan eragina duten faktoreak ezagutzea, horrek eragin garrantzitsua baitu gaixoen sendatze-prozesuan eta langileen **lan-osasun**ean.

Gai honetan talde-psikologiaren laburpen bat egingo da eta osasun-profesionalentzat garrantzitsua dena azpimarratuko da.

Osasun-profesionalari, zer gaitasun bereganatzea komeni zaio?
Mediku eta erizainek gai izan beharko luteke:

- Taldean lan egitearen abantailak ikusteko.
- Taldean lan egitearen zailtasunetaz jabetzeko.
- Talde-gatazka txarra ez dela onartzeko.
- Gaixoaren eboluzioan taldeek duten eraginaz konturatzeko.
- Taldean lan egiteko (kooperatzeko).
- Sare soziala laguntza moduan erabiltzeko.

1.Definizioak:

Taldea: gizataldea: gizaki kopurua. Taldea txikia izan daiteke, 10 pertsona ingurura arte; ertaina, 30 pertsona arte; edo handia, hortik aurrera. Tamainak eragina du funtzionamenduan: talde txikitan betetzen diren beharrak eta talde handian betetzen direnak ez dira berdinak; talde txikietako dinamika eta talde handietakoa ez da berdina. Ezaugarri asko aipatu dira gizaki kopurua taldea dela esateko. Agian, talde bat osatzearen sentimendua (taldekidetza) eta helburu komuna dira ezaugarri argienak.

Euskara	*Gaztelera*	*Frantsesa*	*Ingelesa*
Talde	Grupo	Groupe	Group

2. Etologia eta antropologia:

Animalia batzuk ez dira taldean bizi. Halere, animalia eboluzionatuenak taldean bizi dira; hori da agian talde-antolakuntzaren abantailaren frogarik argiena.

Ugaztun belarjale asko talde handietan bizi da: talde handian haragijaleengandik bestela lortuko ez luken babesa lortzen du. Lehoiak talde txikiagotan bizi dira, amonek agintzen duten taldeetan emeak eta haurrak bizi dira har agintariak babesten duen lurraldean, eta taldean egiten dute ehiza. Otsoak eta txakur basatiak ere taldean bizi dira eta taldean egiten dute ehiza, eta lehoiak baina ehiztari eraginkorragoak dira (talde-lan eraginkorragoa). Taldean bizi diren animalia horiek lurraldetasun arazoak ekiditeko bakarrik izaten dute harremana beste taldeekin, ez dute ahaidetasun-harremanik.

Gizakia ere taldean bizi da, baina beste edozein animaliak baino konplexuagoa den egitura antolatu du.
Lurraldetasunak garrantzi handia du gizakientzat; munduaren mapa politikoa ikusi besterik ez dago. Estatu burujabeak daude, eta horien barruan antolakuntza ezberdinak: komunitate autonomoak, eskualdeak, departamenduak, probintziak, eta azkenik hiriak eta auzoak. Halere, egitura ofizial horien barruan bestelako komunitateak ere bizi dira, arraza, etnia, erlijioa, ideologia eta halako ezaugarriek definitzen dituztenak. Horiek denak talde handiak dira eta identitate soziala ematen dute.
Kultura gehienetan familia da oinarrizko egitura: odolkidetasun lotura duten gizabanakoez osatuta dagoen oinarrizko taldea. Mendebaldean krisian dago familia tradizionala, baina ez familia bera. Gizakiak txikitatik kontaktu fisiko eta intimitate-beharra du, eta horrelako harreman estuak familia bezalako talde txikitan bakarrik gerta daitezke.

3. Gizataldearen ezaugarriak

Esan bezala talde handiak eta txikiak bereizten ditugu.

Talde txikia	**Talde handia**
Harreman intimoak izaten dira. Behar afektiboak betetzen dira	Azaleko harremanak Kidetasun-beharra betetzen da
Pertsonen arteko harremanak Ezagutza pertsonalean oinarrituak Erakarpen pertsonala	Harreman sozialak Ezagutza sozialean oinarrituak (aurreiritziak) Erakarpen soziala
Identitate pertsonala	Identitate soziala

Talde handien funtzionamendua oso interesgarria da talde handien gatazkak ulertu eta konpontzen saiatzeko. Mundua horrelako gatazkaz josia dago. Urteetan zehar, talde handien arteko gatazkek talde horietan zauriak uzten dituzte, eta giroa sortzen den unean, mendekua egiten da. Liderren elkarrizketak eta konponketak oso garrantzitsuak dira gatazka horiek gainditzeko. Gudek galtzaileak eta zauriak uzten dituzte, mendekuaren zain.

Ospitalea eta antzeko lantegietan, identitatea ematen duten talde handiak ere badaude: medikuak, erizainak, teknikariak, zeladoreak, garbitzaileak…Talde handi horien artean botere-borrokak egoten dira. Talde handi horien liderrak elkarrekin adostasunetara heltzea oso garrantzitsua da langileen arteko giroa hobetzeko. Hautematearen gaian aipatu zen bezala, bi eratako harremanak egiten ditugu: pertsonalak eta sozialak. Harreman sozialetan beste taldeko kideekin taldekide gisa egiten dugu harremana, beste taldearekiko ditugun aurreiritzien bitartez (medikuak erizain batekin, ez Albertok Maiderrekin). Ospitalean ezin dugu langile guztiekin harreman pertsonala izan, jende gehiegi da. Horregatik ezinbestekoa da harreman sozialen bidez harremanak izatea. Zentzu horretan, talde profesional ezberdinetako gidariek taldeen arteko harremanak hobetzen dituzten neurrian, profesio ezberdinetako kideek beren arteko harreman soziala hobea izango dute, eta **lan-giroa** hobea izango da; taldeen arteko harremana txarra den heinean, talde ezberdinetako kideen arteko harreman soziala okerragoa izango da eta lan-giroa ere bai. Horretarako garrantzitsua da kultura-aldaketa bat: kultura lehiakorretik kultura kooperatzailera pasatzea. Osasun-profesionalen artean kooperatzeak lan-giroa eta emaitzak hobetuko ditu.

Lan kooperatiboaz haurrekin eginiko ikerketa. *Udalekutan haurrak taldeka jarri zituzten. Talde bakoitzari izen bat eman zitzaion. Talde bakoitzari agindu bera eman zitzaion: txabola bat egin behar zuten eta txabola hoberenak saria izango zuen. Taldeak beraz, lehi- egoera batean jarri zituzten. Berehala taldeek beren talde-identitatea indartu zuten: izenaz gainera, janzkera eta horrelakoak. Haur bakoitzak bere taldeko-kidetasun sentimendu handia zuen, bere taldekideei ezaugarri onak egozten zizkion eta beste taldeko haurrei ezaugarri txarrak (estereotipoak), eta bere taldekoekin harreman pertsonala zuen eta beste taldeko kideekin harreman soziala. Taldeen arteko gatazkak ere sortu ziren: lekuarengatik, materialengatik (egurra) eta abar.*

Bigarren momentu batean, udalekutako antolatzaileek talde guztiak egoera kooperatibo batean jarri zituzten: denen artean eta era antolatu batean, kanpamentu osorako eraikin bat egin behar zuten. Ikusi zuten kooperazio-egoera berri horrek, haurra beste taldeko haurrekin harremana izatera behartzen zutela. Orduan, harreman pertsonalaren eraginez, estereotipoak erori egiten ziren, eta harreman horietan identitate soziala bigarren maila batera pasatzen zen. Taldeen arteko gatazka gutxitu egin zen.

Sherif M, Harvey OJ, White BJ, Hood WR, Sherif CW.. *Intergroup conflict and cooperation: The Robbers Cave experiment*(1954/1961). http://psychclassics.yorku.ca/Sherif/

Ondoren talde txikiaren ezaugarriak azpimarratuko dira, familia eta lan-taldea hobeto ulertzeko helburuarekin.

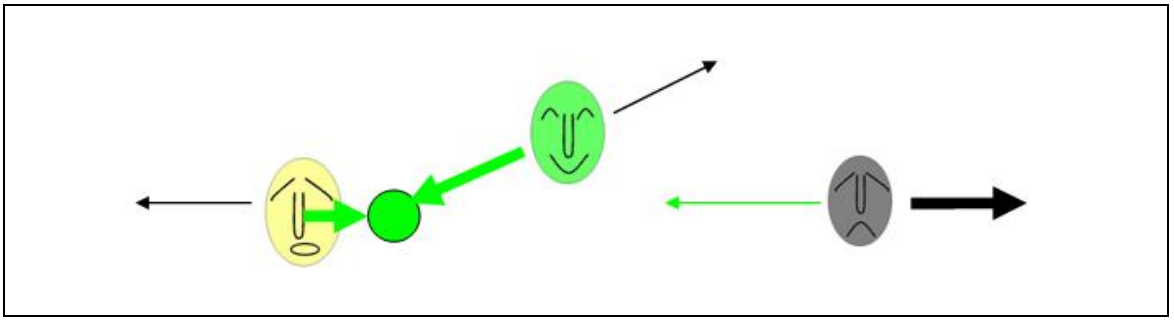
- Gizabanakoak kontrako bi indar ditu taldeari begira: bat taldea indartzen duena, zentripetoa, taldetasuna; bestea taldea ahultzen duena, zentrifugoa, indibidualtasuna.
- Taldea egituratua dago eta bertan bakoitzak bere rola du.
- Taldeak usteak eta arauak ditu eta taldekideari leialtasuna eskatzen zaio.
- Taldeak indar bat du, elkartuta mantentzen duena (kohesioa).
- Gizataldeetan gatazka arrunta da eta kudeatzean taldea helduagoa eta eraginkorragoa bihurtzen da.
- Gizataldeek ere beren bizitza-zikloa dute.
- Gizataldeak sistema irekiak dira, elkar komunikatuak eta homeostasirako joerarekin.

- Gizakiok bi indar ditugu taldeari begira: bat taldearen lotura indartzen duena (taldetasuna) eta bestea taldearen lotura ahultzen duena (indibidualtasuna).

Taldetasuna	zentripetoa	taldea behar dugu
Indibidualtasuna	zentrifugoa	indibidualtasuna mantendu nahi dugu

Horrek esan nahi du taldearekiko anbibalenteak garela: taldea behar dugu, eta aldi berean indibidualtasuna ez dugu galdu nahi. Taldekide izateko beharra dugu, eta taldeak horren truk zerbait eskatzen digu (leialtasuna). Beste gai batzuetan ikusi den bezala, taldeak era batera hautematera, pentsatzera eta jokatzera behartzen gaitu (talde-presioa).

Gizakiok talde askotan parte hartzen dugu. Bakoitzak taldean bere lekua aukeratzen du: batzuk nahiago dute beti erdian egon, beste batzuk nahiago dute bazterrean, eta beste batzuek ia kanpoan, sateliteen moduan. Taldearen erdian egoteak konpromiso gehiago eta eragin gehiago dakar, eta mugan egoteak alderantziz. Ertzean edo kanpoan egoteak indibidualtasunaren alde egiten du, baina taldetasun-sentimendua txikiagoa izaten da, eta bakardade-sentimendua handiagoa. Taldea behar dugu, eta osasuntsuena zera da: indibidualtasuna galdu gabe taldekide sentitzea. Bi muturrak kaltegarriak izango lirateke.



Taldetasun txikia, indibidualtasun handia (satelitea). *Imanol oso harroa da. Ez da inoiz lagun-talde bateko kide izan. Taldeetan artalde batean bezala sentitzen da. Berak nahi duen bezalakoa da eta taldeek nahi duen bezalakoa izaten ez diola uzten sentitzen du. Arraro xamarra da.*

***Indibidualtasun txikia, taldetasun handia: taldeak pertsona irensten du**. Joxe Marik ez daki ezetz esaten. Oso menpeko da. Taldean denekin ondo konpontzen saiatzen da, etsi behar bada ere. Nahiago du pentsatzen duena ez esan, eztabaida baino. Besteen onespenaren menpe bizi da.*

Taldearen kulturak ere garrantzi handia du:

- Talde baten kulturak, puskatzeko beldurragatik, lehia eta indibidualtasuna ez baditu onartzen, estankatu egiten da. Orduan lehia ezkutukoa izaten da, taldean gatazka izaten da, eta taldeak indar batez norabide batean ekin beharrean, indarrak alferrik galtzen dira. Imajina ezazu batel bat eta arraunlariak denak norabide ezberdinean arraunean.

- Horren ordez taldeak indibidualtasuna eta lehia taldearen alde normaltzat hartzen baditu, taldekideak motibatuagoak egongo dira, eta denek norabide berean indar batez ekingo dute, eraginkortasuna handituz.

Taldekideen indibidualtasunek tentsioa sortzen dute taldean. Tentsioa berez, ez da txarra, ez arriskutsua. Komenigarria da taldeko tentsioa arrunta dela onartzea, eta eraginkorki bideratzea. Nolabait, denek onartu beharko genuke:

- Taldekide guztiek gure interesak dituztela eta zilegi dela horrela izatea.
- Taldekide bakoitzak bere intereseko zerbaitetan etsi behar du taldearen onurarako. Etsitze hori argia eta hitzartua izatea komeni da. Zentzu horretan, taldearen kulturak eta liderrak garrantzi handia dute. Talde batek hausteko beldurrik gabe barruko tentsioak era eraikitzaile batean bideratzea taldearen heldutasun sintoma da.

***Zerua eta infernua**. Ikasleak esan zio Maisuari: Maisu, erakutsi infernua. Maisuak ate bat ireki zion eta bertan mahai borobil handi baten inguruan, 20 pertsona ikusi zituen, oso argalak, gosez hiltzen. Mahaiaren erdian, janariz betetako lapiko bat zegoen. Pertsona bakoitzak kutxara luze-luze bat zuen eta behin eta berriz janaria hartu eta jaten saiatzen zen. Kutxarak hain luzeak ziren, dena erortzen baitzitzaien. Orduan, ikasleak esan zuen: Maisu, erakutsi orain zerua. Orduan Maisuak beste ate bat ireki zuen eta bertan antzeko mahai handi baten inguruan 20 pertsona zeuden, ondo elikatuak. Kutxara luze haiekin erdiko ontzitik janaria hartu eta aurrean zegoenari jaten ematen ikasi zuten, kooperatzen ikasi zuten.*

Taldeak egitura bat du, eta taldekideek rolak jokatzen dituzte. Liderraren rola bereizten da bere eraginagatik.

Taldea antolatua dago: taldekide bakoitzak bere rola jokatzen du taldean. Rol nabarmenena liderrarena da. Liderra taldeko gidaria edo buruzagia da.

Liderra taldeak onartuen duen pertsona da, eta taldean eragin gehien duena.

Ikusi da taldeetan bi lider mota daudela: intelektuala eta emozionala. Arazo konponketetan lider intelektualaren eragina nabarmenagoa da, gehiago izaten zaio kontuan. Bestelako gauzetako, nahiago da lider emozionala, taldekideei ongi sentitzen laguntzen dielako.

Bat-batean sortzen den edozein taldetan, liderra ere bat-batean sortzen da, eta egoera ezberdinetan lidergo hori aldatu egin daiteke. Talde formaletan (lan-taldean adibidez), zuzendaria goitik jartzen da. Oso garrantzitsua da zuzendariak duen jarrera bere lidergoa mantentzeko. Halere, maiz taldeak badu bere liderra eta zuzendariari ez dio bere lider-lana egiten uzten.

Lidergo-estiloak garrantzi handia du. Frogatu da lider demokratikoa duen taldea emankorragoa dela lider autoritarioa edo liberala duena baino.

***Kurt LEWIN**. Polonia 1890, Usa 1947. Lewin-en ikerketa 1939. urtean*

3 haur talde 3 irakasle ezberdinekin egon ziren, talde bakoitza hiru irakasleekin: aurrena batekin, gero bigarrenarekin eta azkenik hirugarrenarekin. Irakasle bakoitzak era ezberdinean zuzendu zuen taldea: batek era autoritarioan, bigarrenak era liberalean eta hirugarrenak era demokratikoan.
- Lidergo autoritarioa: irakasleak erabaki guztiak hartzen zituen eta betetzera behartzen zituen, beldurra erabiliaz.
- Lidergo liberala: irakasleak ikasleei nahi zutena egiten uzten zien.
- Lidergo demokratikoa: irakasleak animatu egiten zituen ikasleak eta erabakiak hartzen laguntzen zien.

Lider autoritarioekin egin zuten gogorren lana, hori bai, begira zegoenean bakarrik; agresiboagoak ziren eta irakaslearekiko mendeko ziren. Lider liberalarekin egin zuten lan gutxien eta kalitate okerrenekoa, gainera, arau ezak kaosera eraman zituen. Lider demokratikoarekin ikusi ziren motibazio- eta sortzailetasun-maila handienak, gainera, besteen lana gehiago balioesten ikasi zuten.

Familia talde naturala da, eta bertan lidergoa gurasoena izaten da: batzuetan aitarena, besteetan amarena, kasu hoberenean partekatua, eta tamalez gutxi batzuetan, inorena ez. Familian tradizionalki rolak banatuta egon dira: aitak rol instrumentalagoa zuen (lana, gauzak egin, indar fisikoa) eta amak rol emozionalagoa (zaindu, etxean egon, azala leunagoa). Gure gaur egungo gizartean, "egoteak" garrantzia galdu du. Azpimarratu behar da amak "etxean egon" direla eta familia eutsi diotela; familiarentzat oso garrantzitsua izan da funtzio hori. Gizona biologikoki prestatua dago rol instrumentaletarako eta emakumea rol emozionaletarako. Gaur egun rol horiek biguntzen ari dira. Halere, gizakia, biologia gainditzuz, egoera berri batera moldatzen den lehenengo aldia ez da izango.

Bikoteak haurra ekartzen duenean, talde berri bat sortzen da. Une horretatik, rol-banaketa bat dago. Haur gehiago etortzen badira, rol berriak banatzen dira eta aurrekoak aldatzen dira. Edozein unetan alda daitezke rolak, baina gehienetan mantentzeko joera dute. Halere, hori familiaren ezaugarrien arabera da: familia zurrunagoetan rolak zurrunagoak dira, eta familia malguagoetan malguagoak. Urte askotan etxean rol bat jokatzera ohitua dagoenak ez da harritzekoa etxetik kanpo beste taldeetan beti jokatu duen rola jokatzea.

***Adibidea.** Demagun familia batek egunero futbolean jolasten duela. Bat atezaina da, beste batzuk defentsak, beste batzuk erdikoak, eta besteak aurrelariak. Urteak egiten dituzte bakoitzak bere postuan. Ez da harritzekoa familiakide horiek beste ekipoetan futbolera jokatzen badute dakiten postuetan aritzea. Familia horretan denei postu ezberdinak probatzeko aukera ematen bazaie, bakoitzak bere interes eta nahien arabera aukeratuko du postua. Arazoak zor daitezke bik postu bera nahi badute, baina horrelako egoerak konpontzen ikastea oso erabilgarria izango da. Batzuetan, gurasoak itsutzen dira eta haurrak aurrelaria izan behar duela argi ikusten dute, nahiz eta haurrak aurrelaria izateko ez gaitasunik ez eta nahirik izan.*

Lan-taldeetan kideen rolak aztertu dituztenek bederatzi rol bereizten dituzte, hiru zeregin nagusiri begira: zeregin kognitiboa, soziala, ekintza.

KOGNITIBOA	SOZIALA	EKINTZA
Garuna	Koordinatzailea	Bultzatzailea
Ebaluatzailea	Kohesionatzailea	Abiarazlea
Espezialista	Baliabidea	Bukatzailea

Maiz, talde batean rol batengatik bat baino gehiago lehian egoten dira, edo garrantzia duten rolei garrantzia kentzen zaie. Adibidez, ikerketa-talde batean, ideia garrantzitsuak dituenak (garunak) pentsa dezake ezen taldea baturik mantentzen laguntzen duenak (kohesionatzaileak) edo proiektuak bukatzera bultzatzen duenak (bukatzaileak) ez dutela garrantzirik, baina garrantzi handia dute, taldean giroa garrantzitsua delako eta gauzak bukatu behar direlako.

Lan-taldeen antolaketan oso garrantzitsua da esandako guztia kontuan hartzea. Taldea kontuan izan behar da liderra jartzerakoan: inposatutako liderrak onartzea asko kostatzen da. Liderrak:

- Kontuan izan behar ditu taldekideen gaitasunak eta bakoitzari hoberen egokitzen zaion lana aginduko dio.
- Kontuan izango ditu ere taldekideen beharrak eta nahiak ere.
- Lehia puntu bateraino onartuko du.
- Taldea norabide argi batean jarriko du eta argi adieraziko die taldekideei zer espero duen haiengandik

Taldeak usteak eta arauak ditu eta taldekideari leialtasuna eskatzen zaio.

Taldeak ideologia, uste eta arau batzuk ditu. Talde informaletan (familia, lagunak) ez dira esplizituak; talde formaletan (elkarteak, lan-taldeak…) asko esplizituak izaten dira, baina ez denak.

Taldekideei uste eta arauekin leiala izatea eskatzen zaie. Taldeko norbaitek ustea aldatzen badu, lehengo ustera bueltatzeko estutzen zaio. Gehiengoaren estrategia presio emozionala izaten da: arbuioa, burla edo zigorra. Norbaitek araua puskatzen badu, zigortua izaten da. Batzutan, zigorra taldetik kanpo botatzea izaten da. Gutxiengoak estrategi bakarra du gehiengoari aurre egiteko: arrazoitu eta besteengan zalantza sortu.

Zentzu horretan bada filma klasiko bat ikustea merezi duena: *Twelve angry men (Sydney Lumet, USA 1957).*

Talde zurrunak usteak ez ditu eztabaidatzen, eta ez du bere barnean ezberdintasunik onartzen. Ondorioz, talde zurrunak gutxi eboluzionatzen du. Norbaitek eztabaida sortzen badu, edo ezberdin pentsatzen badu, taldetik botatzen dute. Talde bat mehatxatua sentitzen denean, zurruntzeko joera du. Horregatik ez da estrategia egokia taldeak mehatxatzea.

Talde malguagoak, berriz, usteak eztabaidatzeko joera du eta ezberdintasunak onartzen ditu, ez du puskatzeko beldurrik. Taldearen zati normaltzat hartzen ditu eztabaida eta tentsioa. Ondorioz, talde malguak gehiago eboluzionatzen du. Taldearen malgutasuna taldearen heldutasunaren sintoma bat da.

Talde-kohesioa

Esan bezala, talde-kohesioa taldea batuta mantentzen duen indarra da. Ikusi da talde bat kohesionatua dagoenean giro hobea duela, emankorragoa dela eta kideak hobeto sentitzen direla.

Talde batean eztabaidarik ez izatea ez da kohesioaren seinale. Sektetan, adibidez, ez dago eztabaidarik, liderrari itsu jarraitzen zaio, gizabanakoak garrantzia galtzen du (indibidualtasun gutxi) eta taldea da gauzarik garrantzitsuena (taldetasuna). Nerabeen taldeek ere ezaugarri horiek dituzte: taldetasunak gizabanakoa irensten du. Nerabea identitatea eraikitzen ari da, eta indefinizio-une horretan taldeak ematen dio ez duen identitatea: denek berdin pentsatzen dute, berdin janzten dute.. Garapen osasuntsu batean, nerabeak identitatea definitzen duen heinean taldeak garrantzia galtzen du. Nerabeen taldeak gehienetan denborarekin helduz doaz. Halere, badaude denborarekin heltzen ez diren nerabe taldeak: bandak, marak... edo talde zurrunak (sektak, talde militarrak).

Beraz, talde batean denak berdin pentsatzea eta eztabaidarik ez izatea, zurruntasun-sintoma da, ez kohesio-sintoma. Talde horiek heldugabeak dira, zurrunki antolatuta egoten dira, autoritarioak dira, "ardi beltza" gogor zigortzen dute, barruko tentsioak kanpora bideratzen dituzte, eta beste taldeekiko oso erasokorrak dira. Barruko aldaketak gertatzen direnean ere indarkeria handiarekin gertatzen dira (aurreko liderrak garbituz adibidez). Horrela funtzionatzen dute bandek, eta talde militarrek (ejertzitoek barne). Talde horien puskatzeko beldurra hain handia da, zurrunki antolatzen baitira.

Benetako kohesioan ordea, taldeak dituen barne-indar guztiak kontuan hartu eta bideratzen dira:

- Taldetasun-nahia heldu eta eutsi, jendeak taldean jarraitzeko duen motibazioa bermatuz: norabide argia eta komuna, denen inplikazio eta errekonozimendua, giro ona.
- Indibidualtasunari lekua utzi eta bakoitzaren gaitasunak aprobetxatu eta indartu.

Zeregin horretan liderrak garrantzi handia du.

Talde-gatazka

Taldekideen artean interes- eta uste-ezberdintasunak arruntak direnez, ezinbestekoa da tentsioa eta gatazka egotea. Gatazka bera ez da seinale txarra. Talde helduek gatazka kudeatzen dakite eta gatazkari beldurra galdu diote.

Heldutasun gutxiko taldeek gatazka saihesteko joera dute, taldea puskatuko den beldur (gauza bera gertatzen da talde zurrunekin). Sortzen ari den talde batean, gatazka ekiditea zentzuzkoa da: taldea indartu arte, bertan dauden loturak arinak dira eta taldea egin gabe dago. Halere, taldeak bere bizitzan aurrera egiten duen heinean, gatazkei aurre egiteak heltzen lagunduko dio.

Nahiz eta taldeak gatazka saihestu, bada hainbat seinale taldean gatazka dagoela adierazten digutenak:

- Ideia bati eraso egiten zaio bukatu aurretik.
- Maiz konponbide batzuk irrealtzat jotzen dira.
- Eraso pertsonalak meheki egiten dira.
- Besteen ekarpenak aldatzen dira.
- Taldekideen artean arazo pertsonalak ikus daitezke.
- Taldeaz eta haren gaitasunez gaizki esaka aritzen da.
- Etengabe azpitaldeak sortzen dira eta elkarrizketa pribatu ugari gertatzen dira.
- Edozein erabaki atzeratu egiten da, edo bat-batean hartzen da.
- Eztabaidak abstraktuak eta teorikoak bihurtzen dira.

Gatazka kudeatzeko modu heldu eta eraikitzaileagoek ez dute gatazka ekiditen, mahai gainean jartzen dute. Gatazkari ondorengo irtenbideak eman dakizkioke:

- Gutxiengoak gehiengoaren erabakia onartzen du gutxitua sentitu gabe (kontsentimendua).
- Gutxiengoak, nahiz eta ez partekatu gehiengoaren ikuspuntua, taldearen onuragatik ituna egiten du (ituna).
- Indarrak berdintsu daudenean erdibideko zerbait hitzartzen da (konpromisoa).
- Ikuspuntu ezberdinak onartzen dira eta orekaz integratzen (integrazioa). Hoberena da. Denek sentitzen dute konponbidea propio gisa. Ahalegin handia eskatzen du baina luzarora taldearentzat hobea da eta alferrikako lanak ekiditen ditu. Talde helduetan ikusten da.

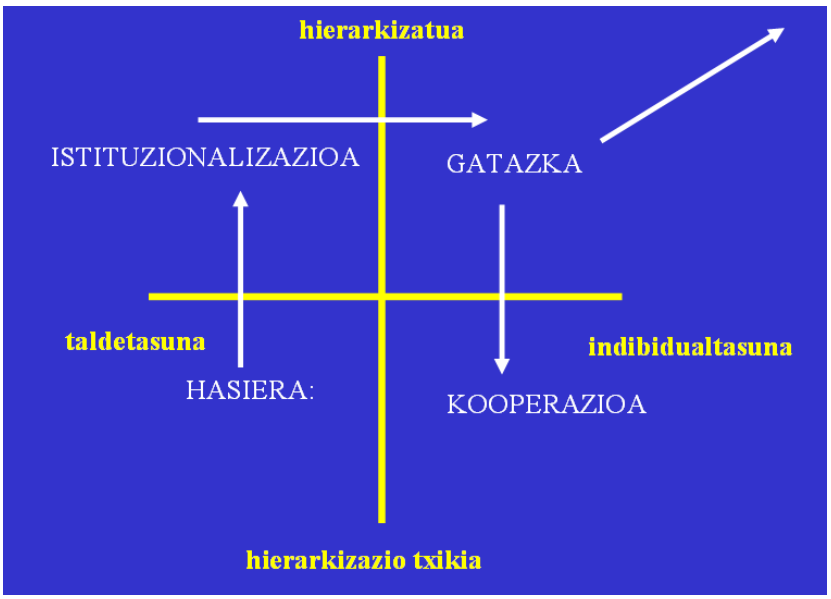
Bai familian eta bai beste edozein taldetan bi dira gatazka konponezinen antidotoak:

- Denen beharrak kontuan hartzea.
- Komunikazioa

Taldeen bizitza-zikloa

Taldeak sortu, bizi eta desagertu egiten dira. Taldearen unea ikusteko bi ardatz hartzen dira kontuan (Ayestaran eta lag. 1998):

- indibidualtasuna/taldetasuna
- hierarkia-maila



Hasieran, taldea sortzen denean, taldetasun indar handia izaten da. Kideek indibidualtasuna baztertzen dute eta taldearen onuragatik etsitzen dute. Denak maila berean daude (hierarkia gutxi) eta komunikazioa ona da denen artean.

Taldeak aurrera egiten duenean, taldea antolatu egiten da. Bakoitzak rol batzuk hartzen ditu bere izaeraren arabera (taldearen hierarkizazioa). Taldekide guztiak jada ez dira berdinak eta komunikazioa jada ez da hain ona.

Ondoren, taldekideen beharrak agertzen hasten dira. Taldearen barruan indibidualtasunak indarra hartzen du, baina taldea jada hierarkizatua dago. Une horretan sortzen da gatazka. Taldeak bi bide har ditzake:

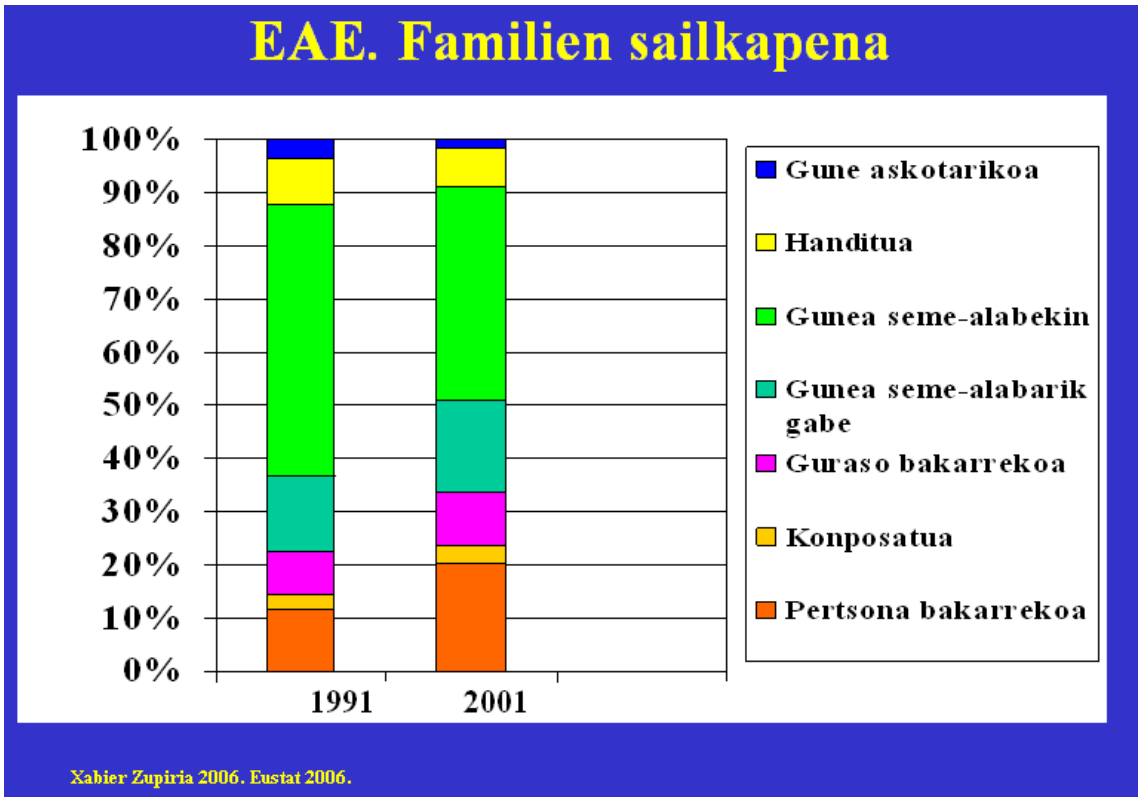
- Gatazka saihestu. Gatazka saihesten bada, ez da konpontzen. Komunikazioak okerrera egiten du eta azpitaldeak sor daitezke. Talde barruan lehiazko kultura eratu daiteke. Gatazka ez bada konpontzen, taldea puskatu daiteke.
- Gatazkari aurre egin. Heldutasun sintoma bat da. Taldeak bi indar daudela onartu eta biak bideratzen ikasiko du. Taldekideak bere behar pertsonalak betetzeko aukera izango dute (indibidualtasuna) taldearentzat ona den modu batean. Taldean kultura kooperatzailea eratuko da.

Talde batean hierarkiagatik maiz lehiatzen da, tentsio-egoerak sortuaz.

Familiak ere bizitza-ziklo bat du. Bikotearekin hasten da familia (habia jarri) eta seme-alabekin handitzen da (habia bete). Hasieran bikoteak ume txikiak izaten ditu eta lan handia izaten du bikoteak. Gero, haurrak handituz doaz eta gaztaroan joan egiten dira (habia hustu). Hori da ohizko familia baten zikloa.

Baserri-bizitzan, familia zabala gertu bizi da eta elkarrekin lotura handia dute (sendia). Hirietan, familia nuklearra da tipikoena (bikotea seme-alabekin). Halere, familia mota ezberdinak ikusten dira: gero eta ugariagoak dira guraso bakarreko familiak, seme-

alabarik gabeko bikoteak eta bakarrik bizi direnak. Euskal Autonomia Erkidegoan eginiko azken bi zentsuetan familia mota ezberdinen ehunekoak nola aldatu diren ikus daiteke:



Gero eta ugariagoak dira bakarrik bizi diren pertsonak (gehienak, bakarrik bizi diren amonak), seme-alabarik gabeko bikoteak eta guraso bakarreko familiak. Ehunekoan behera egin dute familia handituek eta seme-alabekin bizi diren bikoteek (hau da oraindik gehien ikusten den familia mota).

Taldeak sistema irekiak dira

Taldeak sistema irekiak dira:

- Oreka dinamikoan dauden sistemak. Orekan dauden sistemak, baina oreka dinamikoan: rolak banatuta daude baina etengabe negoziaketa inplizitu batean daude, oreka baten barruan. Horregatik, taldeko batek rola bat-batean aldatzen badu, sistemak bere lekura bultzatzen dio, oreka gal ez dadin. Imajina ezazu taldea txalupa batean dagoela. Norbait bere lekutik altxatzen bada, denak mugitzera behartzen ditu, txalupak oreka gal ez dezan. Horregatik taldeak zailtasun asko jartzen dizkio gizabanakoari aldatzeko, harren aldaketak besteen aldaketa dakarrelako. Familia izaten da gizabanakoaren aldaketa gehien oztopatzen duen taldea. Gaixo mentalen familietan, ikusi izan da gaixoa hobetzen denean familiak okerrera egiten duela. Nolabait, gaixoaren gaixo-rolak oreka ematen dio familiari. Gaixoak rol hori uzten badu, familiak egoera berrira egokitu behar du. Horregatik,

batzuetan, familiak, konturatu gabe, gaixoaren sendatze-prozesuari kalte egiten dio.
- Sistema irekiak. Taldeak ez dira sistema bakartuak, beste taldeekin eragin-trukean dauden sistemak baizik. Kanpoko aldaketek eragina dute taldean.

Gaixotasunak familia-sistemaren oreka hausten du. Etxeko norbait gaixotzen denean edota ospitalean dagoenean, etxeko oreka hautsi egiten da. Gaixoak egiten zituenak ez ditu egiten eta besteen esku geratzen dira betebehar horiek. Horrez gainera, gaixoari laguntzeak lan berri bat dakar familiakoentzat, maitasunez egiten dena gehienetan, baina beti ere karga bat dena. Egoera horiek eragin ezberdina dute gaixoaren arabera eta sistemak duen rol-banaketaren arabera.

***Gaixotasunak batez ere familiako kide batengan du eragina**. Ruben ospitalean dago buruan kolpe bat hartu eta gero. Bere andreak egun osoa ospitalean pasatzen du. Lehengo lanei, etxeko lanei, bere senarra zaintzea gehitu behar zaio orain. Bi semeek ez dute ia bizimodua aldatu: lehen bezala etxeko lan guztiak amak egiten ditu eta orain aitari bisita egitea gehitu behar diote bere eginkizunei. Aitaren ospitaleratzeak eragina izan du sisteman, baina batez ere amarengan.*

***One true thing** filmean, ama da gaixotzen dena. Amak darama etxea, eta, gaixotzean, beste norbaitek hartu behar ditu haren ardurak. Aita eta ama elkarrekin bizi dira, alaba zaharrena kanpoan lanean dago eta seme gazteena ikasten. Aitak erabakitzen du alabak lana uztea eta etxean ama zaintzen geratzea. Kasu honetan, amaren gaixotasunak erabat aldatzen dio bizimodua alabari, eta ezer gutxi aitari eta semeari.*

4. Gaixoaren taldeak

Edozein gaixoaren ebaluazioa egiterakoan oso garrantzitsua da bere sare soziala aztertzea. Sare soziala eduki eta erabiltzeak gaixotasunari aurre egiten laguntzen du.

Sare sozialaz hitz egitean bi sare ezberdintzen dira:

- Informala: familia, lagunak,
- Formala: osasun-sistema, laguntza elkarteak

Gaixoaren familiak eragina du gaixoaren gaixotzean, eta sendatzean. Oro har, familiak ez du gaixoaren gaixotasuna nahi eta lehenbailehen sendatzea nahi du. Halere, batzuetan, nahi kontziente horren atzean sendatzea zailtzen duten jokabideak daude. Gaixotasunak eragina du familian: familiako kide batek besteen laguntza behar du eta bere eginbeharrak besteek egin behar dituzte: krisi une bat da eta denengan du eragina.

Familia nolakoa den eta nola konpontzen den ere garrantzitsua da. Ez da arraroa saihesten diren gatazkak egotea familietan. Kide baten gaixotasuna krisi-unea da eta ezkutuan zeuden gatazkak indar handiz leher daitezke. Batzuetan, familia, laguntza baliagarria baino gehiago, estrés-iturria da.

Joxe, 90 urteko agurea, ospitalean ingresatzen dute, aldaka puskatu duelako. Urteetan, bere alaba zaharrenarekin bizi izan da, haren senar eta semearekin. Alabaren senarra hil zen eta semea ezkondu eta beste etxe batean bizi da. Gaixoak beste bi seme ditu. Gaixoaren hiru seme-alabak ez dira ondo konpontzen. Alaba zaharrena haserre dago beste biekin, beti berak zaindu dituelako gurasoak: aurrena aita eta ama eta orain aita. Aitona ospitalean dagoela esaten die bere anaiei, hemendik aurrera ezingo duela aita etxean zaindu. Erabakitzen dute zahar-egoitza batean edukitzeko erabiltzea aitonaren diruak.

Familiak garrantzia galdu duen gizarte honetan, une askotan lagunak izaten dira laguntza garrantzitsua.

Batzuen izateko moduagatik, nahiz eta laguntza horiek eskuragarri izan (familia, lagunak), ahal den neurrian baliabide horiek ez erabiltzen saiatzen dira.

Gaixoarentzat oso garrantzitsua den beste taldea osasun-taldea da. Osasun-taldea teknikoa da eta gaixotasun-egoeratik ateratzen laguntzen saiatuko da. Edozein taldeetan bezala, lehen aipatutako fenomenoak gertatzen dira. Zenbat eta helduagoa osasun-taldea, eraginkorragoa izango da gaixoaren tratamenduan, zainketan eta errekuperazioan.

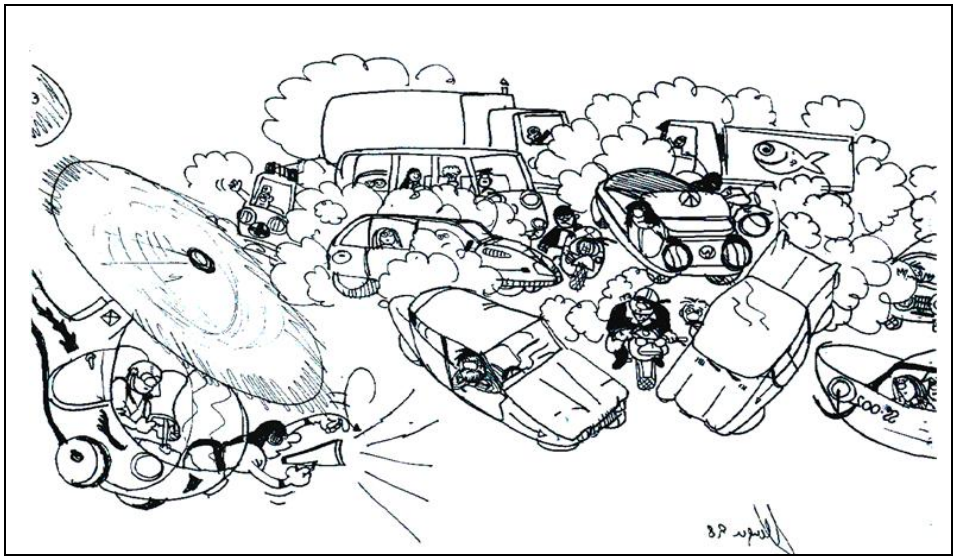
5. Osasun-taldea

Gaian zehar aipatu diren gauza asko aplika dakizkioke lan-taldeari.

Lan-taldearen edo ekipoaren ezaugarriak:

- *Talde txikia da.*
- *Talde guztietan bezala bi indar daude*: taldetasuna eta indibidualtasuna. Bi indar horiek kontuan hartzeak eta integratzeak taldeari kohesioa emango diote eta ondorioz talde indartsuagoa eta eraginkorragoa egingo dute. Nola integratu daitezke?:
    - Taldearen norabidea argi definituz. Norabidea hitzartua izatea ezinbestekoa da taldekide guztiek propiotzat sentitzeko. Osasun-profesionalen kasuan, argi dago norabidearen ardatza: gaixoaren osasuna, langileen lan-osasuna zainduz.
    - Gizabanakoen ezaugarriak eta potentzialak ezagutu eta bakoitzari ahal den etekin gehiena atera. Langile horien errekonozimendua eta sustatzeko aukerak garrantzitsuak dira bakoitzaren motibaziorako.
- *Zaila da taldekide guztiek inplikazio-maila bera izatea.* Zenbat eta inplikatuagoak egon taldekideak, kohesio gehiago izango du ekipoak; beraz, interesatzen den gauza da motibazioa. Motibazioan garrantzia dute lanak, lan-baldintzek, soldatak eta errealizatua sentitzeak. Talde-giroak ere eragina du motibazioan: talde-giro on batek lanerako alaitasuna eta motibazioa ematen ditu, eta estresari aurre egiten laguntzen du; talde-giro txarrak lagundu beharrean estres handia sortzen du.
- *Sistema irekia da*, beraz: kanpoko eta barruko aldaketek oreka aldatzen dute. Gaixoen karga handitzea izan daiteke ekipoan eragina duen kanpoko aldaketa bat; zuzendari edo taldekideen aldaketak dira ekipoan eragina duten barruko aldaketak.
- *Talde guztiek bezala bere uste eta arauak ditu*. Osasun-talde gisa bioetikaren printzipioen agindupean egongo dira: “on egin”, “ez gaitz egin”, “berdintasunez tratatu” eta “autonomia”.
- *Talde guztiek bezala bizitza bat du* eta hasieratik heldutasunaren bidean jartzea komeni da. Horretan lagungarria izango da:
    - Taldeko liderra demokratikoa izatea eta taldekideek onartua izatea. Maiz, ezarritako liderra da, baina demokratikoa bada, zaila izango da arbuiatua izatea.

- Norabide komuna eta hitzartua.
- Rol-banaketa egokia eta motibatzailea, kooperatzera zuzendua.
- Gatazkei aurre egiten ohitzea
- Zailtasunez gainezka denean, kanpoko laguntza eskatzea. Horretara dedikatzen diren profesionalak badira, talde-gainbegiraleak (taldearen dinamikan adituak). Ekipo-gainbegiradetan, aditu batek, zer gertatzen den aztertzen du kanpotik eta konponbidea bilatzen laguntzen dio taldeari. Oso garrantzitsua da gainbegiralea instituzio berekoa ez izatea, kanpotik argi ikus dezan gertatzen dena (instituziokoa bada, kutsatua dago eta ezingo du objektibotasunez ikusi). Begiraletza onartzen duen taldeak heldutasun-maila bat adierazten du: zailtasunak dituela onartzen du eta aurre egiteko laguntza eskatzen du.

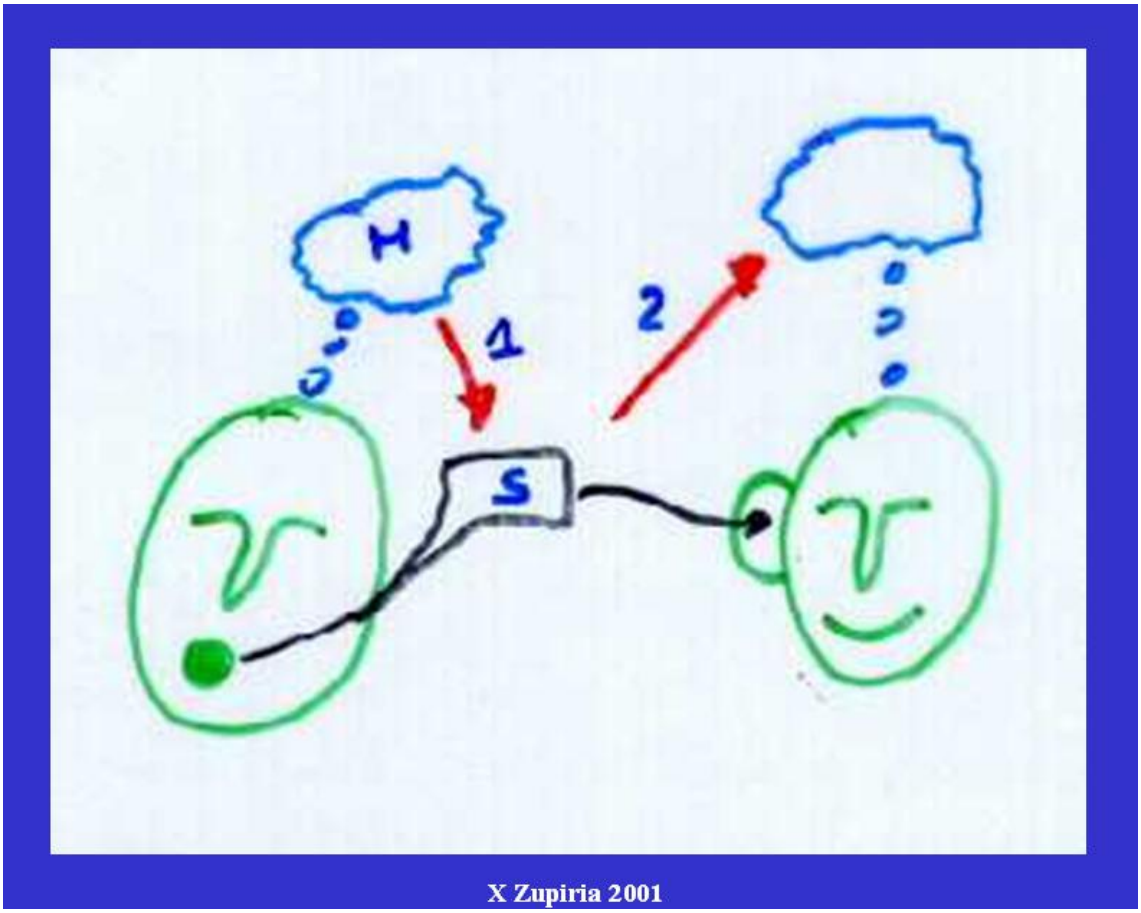


6. Bibliografia

Sakontzeko:

- **Ayestarán S.** El grupo como construcción social. *Plural, Barcelona 1996.*
- **Ayestarán S**. Taldea gizarte-eraketa gisa**.** *Euskal Herriko Unibertsitatea, Leioa 1998.*
- **García D**. El grupo: métodos y técnicas participativas. Espacio, *Buenos Aires 1997*.
- **Limón MR**. Grupos de debate para mayores: guía práctica para animadores**.** *Narcea, Madrid 2002.*
- **Ormaza S.** Grupos de apoyo a la vejez**.** *Eusko Jaurlaritza, Gastéis 1995*.
- **Peiró R.** El grupo de discusión en el entrono sanitario**.** *Institut Valencia d'estudis en Salut Publica, Valencia 1996*.
- **Tajfel H**. Grupos humanos y categorías sociales: estudios de psicología social. *Herder, Barcelona 1984.*

11. KOMUNIKAZIOA



0. Sarrera
1. Definizioak
2. Etologia eta antropologia
3. Giza komunikazioaren ezaugarriak
4. Hizkuntzaren garapena
5. Hizkuntzaren patologia
6. Osasun-profesionalen eta gaixoen arteko komunikazioa
7. Bibliografia

0. Sarrera

Osasun-profesionalak bereganatu beharko lituzken **harreman-gaitasun**en artean badira bi **komunikazioa**rekin zerikusia dutenak:

- **Aktiboki entzutea**
- **Eraginkorki komunikatzea**.

Gaixoarekin harremanean aktiboki entzuten duen osasun-profesionala hobeto konturatuko da gaixoari gertatzen zaionaz eta hobeto jabetuko da gaixoak behar duenaz. Ondorioz, argiago ikusiko du zer egin behar duen gaixoari laguntzeko. Aktiboki entzutea ez da entzutea bakarrik, gaixoaren eskakizuna argitzeko gaixoak dioenari adi entzutea da. Gaixoak esaten duen guztia garrantzitsua da, baina esaten duen guztitik laguntza profesionala emateko behar dena aukeratzen jakin behar dugu.

Gaixoari aktiboki entzuteak ere baditu beste onura batzuk: gaixoak entzun egiten zaiola sentituko du eta berarengan interesa dugula hautemango du. Horrek konfiantzaren ateak irekiko dizkigu: gaixoa epaitua izan gabe entzuna sentitzen den heinean, gugan konfiantza izango du. Osasun-profesionalok maiz konfiantza hori bilatzen dugu. Horretarako, denbora eta gaixoari aktiboki entzutea dira bideak.

Eraginkorki komunikatzea oso garrantzitsua da osasun-profesionalarentzat. Gaixoak maiz zailtasunak ditu eraginkorki komunikatzeko; horrela da! Halere, osasun-profesionalak ez badu eraginkorki komunikatzen, lehendik nahasirik zegoen gaixoa gehiago nahasi dezake; horrek ez luke gertatu behar! Osasun-profesionalaren beldur eta zailtasunek komunikazioari eraginkortasuna kentzen diote. Beste gauza batzuen artean, horregatik da hain garrantzitsua osasun-profesionalarentzat beldur eta zailtasun propioak lantzea eta komunikazio-gaitasunetan entrenatzea.

Aktiboki entzutea eta eraginkorki komunikatzea gaixoarekin harreman terapeutikoa eraikitzeko ezinbestekoak dira. Horrez gainera, osasun-taldean lan egiten ere asko laguntzen dute. Osasun-profesionalek aktiboki entzuten duten eta eraginkorki komunikatzen duten heinean talde-lana erraztu egiten dute; talde-lanerako ere gaitasun garrantzitsuak dira.

Bada beste komunikazio-gaitasun bat osasun-profesionalari lanean osasuna mantentzeko garatzea komeni zaiona: bere emozioez jabetu eta ahoz adieraztea. Osasun-profesioak hunkitzen duten lanbideak dira. Lanean sortzen diren hainbat emozio kanporatzea eta ahoz adieraztea lagungarria da osasuna mantentzeko, higiene neurri gisa.

Gai honetan ikusiko dugun bezala, komunikazioa prozesu konplexua da, eta bertan zailtasun eta interferentzia asko gerta daitezke. Osasun-profesionalak komunikazio-prozesua eta gertatzen diren zailtasunak ezagutzea komeni da, komunikazio-gaitasunak hobeto bereganatzeko. Aipatuko dena ezagutzea beharrezkoa da komunikazio-gaitasunak garatzeko, halere, ez da nahikoa. Jakiteaz gainera, komunikazio-gaitasunak entrenatu egin beharko dira.

Osasun-profesionalari zer gaitasun bereganatzea komeni zaio?
Mediku eta erizainek gai izan beharko luteke:

- Komunikazio-prozesua ulertzeko.
- Komunikazioan gertatzen diren zailtasunetaz jabetzeko.
- Norberak komunikazioan hobetu beharreko aspektuetaz jabetzeko.
- Aktiboki entzuteko
- Eraginkorki komunikatzeko
- Emozioez jabetzeko eta hitzez adierazteko

1.Definizioak:

Komunikazioa: talde-biziraupenaren eremuan, espezie bereko kideek seinaleen bidez eginiko elkarrekintza-prozesua (Diccionario AKAL de psicología. Ediciones Akal SA. Madrid 2004, 113)

Euskara	*Gaztelera*	*Frantsesa*	*Ingelesa*
Komunikazioa	Comunicación	Communication	Communication

2. Etologia eta antropologia

Animaliak komunikatzen al dira beren artean? Bai horixe!. Animalia guztiak beren artean modu askotan komunikatzen dira: arkakusoak usainaren bitarteaz, erleak hegaldi eta soinuen bitartez, ugaztun gehienak keinu eta usainen bitartez… Komunikatzeko modu hori ikasi gabea da, jaiotzatik seinale batzuk igortzeko eta ulertzeko gaitasuna du espezie-barruko izaki bakoitzak.

Gizakiak ere badu komunikatzeko ikasi gabeko gaitasun hori. Gizakiok ere ikasi gabe keinuak egiten ditugu eta ulertzen ditugu: jaiotzatik itsuak diren haurrek keinuak egiten dituzte; oso txikitatik, haurrek besteen keinuen aurrean erantzuteko gaitasuna dute; kultura ezberdineko gizakiak besteen keinuak ulertzeko gai dira. Komunikatzeko jaiotzetiko gaitasun horri, **ez-ahozko komunikazio** deritzo, unibertsala da eta munduko gizaki guztientzat bera da (irribarrearen keinua, haserrearen keinua, harriduraren keinua… berberak dira gizatalde guztietan).

Gizakiak badu ere komunikatzeko beste era garatuagoa: **ahozko komunikazioa** (**mintzamena**). Gaitasun horri esker, ideiak zeinu batez ordezkatzeko gaitasuna du: zeinu hori igorri eta ulertzeko gaitasuna du. Zeinu horiek arbitrarioak dira, kontsentsuz erabakitakoak: horregatik ez dute esanahi bera toki ezberdinetan. Talde batek partekatutako zeinu komun kopuruari hizkuntza deritzo. Jakin, jakingo duzu munduan hizkuntza asko dagoela: txinera, ingelesa, gaztelera, frantsesa, euskara... Halere, hizkuntzak dira orobat: itsuek erabiltzen duten braille-hizkuntza, gormutuek eskuko keinuen bitartez erabiltzen duten hizkuntza, burmuineko paralisia dutenek erabiltzen duten hizkuntza, itsu-gor-mutuentzat ukimenean oinarriturik garatutako hizkuntza.. (ikusi *Anne Sullivan-en miraria* filma). Hizkuntza asko dago beraz munduan, eta mota askotakoak (hitzezkoa, idatzizkoa, sinbolozkoa…), baina denen azpian ideiak zeinuetara itzultzeko gaitasuna dago (mintzamena).

3. Giza komunikazioaren ezaugarriak

- Giza komunikazioaren lehenengo axiomak dio: "Ezinezkoa da ez komunikatzea" (Watzlawick, Beavin, Jackson 1967).

- Komunikazioa prozesu bat da: subjektu batek (igorleak) beste bati (hartzailea) kode batean dagoen seinale baten bitartez kanal batetik mezua bidaltzen dio esanahia ematen dion testuinguru batean (Shanon eta Weaver-en komunikazioaren teoria matematikoa (1949).

- Gizakiak bi komunikazio mota erabiltzen ditu aldi berean: ahozkoa (ikasitako hizkuntza baten bitartez ideiak transmititzeko) eta ez-ahozkoa (ikasi gabeko keinuen bitartez egoera emozionala transmititzeko).

- Ahozko eta ez-ahozko komunikazioaren artean kongruentzia ezinbestekoa da komunikazioa eraginkorra izan dadin.

- Komunikazioa eragotzi dezaketen hainbat faktore daude: kodetze-arazoak, seinalearen arazoak (inkongruentzia, anbibalentzia, anbiguotasuna), interferentzia-arazoak, eta hautemate-ezberdintasunaren arazoak

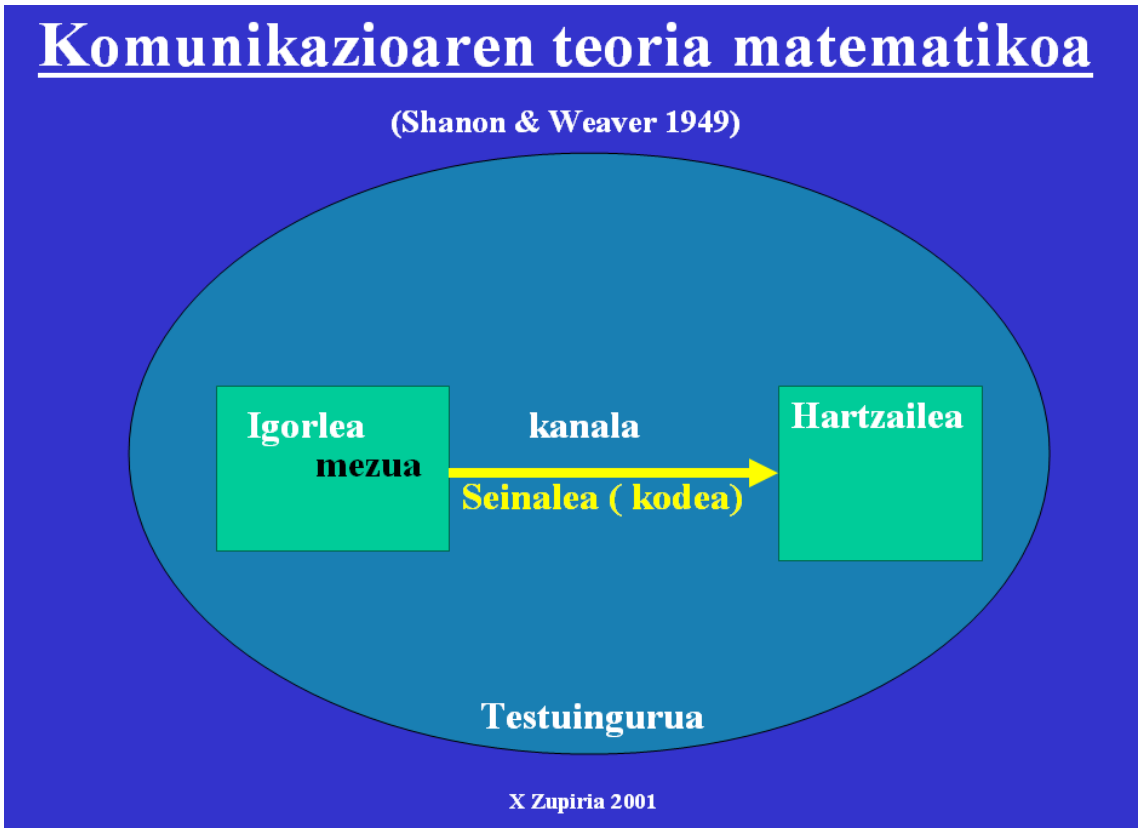
- Emozioen aireberritzea osasuntsua da. Halere, batzuetan nahita eta beste batzuetan nahi gabe, aireberritu gabe geratzen dira.

Giza komunikazioaren lehenengo axiomak dio: "Ezinezkoa da ez komunikatzea" (Watzlawick, Beavin, Jackson 1967). Nahiz eta isilik egon, une oro zerbait komunikatzen dugu. Maiz ez gara jabetzen komunikatzen dugunaz edo komunikatzen digutenaz, baina komunikazioa badago. Horrez gainera, ondorengo axioma hauek aurkeztu zituzten Watzlawick-ek eta bere lagunek:

- Edozein komunikaziotan bi eite daude: edukia (ahozko komunikazioan) eta harremana (ez-ahozko komunikazioan). Edukia beti harremanaren barruan ulertzen da (metakomunikazioa).
- Ahozko eta ez-ahozko komunikazioaren artean kongruentzia edo inkongruentzia egon daiteke.
- Bi komunikazio mota erabiltzen ditugu aldi berean: digitala (ahozkoa, sintaxi onekoa eta semantika txarrekoa) eta analogikoa (ez-ahozkoa, sintaxi txarrekoa eta semantika onekoa).
- Komunikazio guztietan, bi eratara koka gintezke: berdintasunez (komunikazio simetrikoa) edo ezberdintasunez (osagarritasunez). Kokapena edozein unetan alda daiteke.

Komunikazioa prozesu bat da: subjektu batek (igorleak) beste bati (hartzailea) kode batean dagoen seinale baten bitartez kanal batetik mezua bidaltzen dio esanahia ematen dion testuinguru batean (Shanon eta Weaver-en komunikazioaren teoria matematikoa (1949).

Shanon eta Weaver-ek garatutako *"Komunikazioen teoria matematikoaren"* eskema aztertuko dugu.



Igorleak mezua bidaltzen du. Gehienetan, aurretik mezu hori kodifikatu egin behar du. Zerbait komunikatu nahi du, eta maiz, ***kode*** batera itzuli behar du informazio hori (kodetzea).

Mezua adierazi nahi dena da. Bidaltzen dena ez da mezua bera: mezuaren ordezkari den ***seinalea*** bidaltzen da. Maiz, seinaleak mezua ondo ez duelako ordezkatzen ez da nahi zen mezua bidaltzen (edo ez delako ondo kodifikatu). Seinalea *kode* batean egoten da. Kode hori ondo ezagutu behar da bai kodifikatzeko, bai deskodetzeko ere. Seinalearen esanahia ***testuinguruak*** baldintzatua dago. Seinale berberak ez du esanahi bera testuinguru ezberdinean.

Hartzailea mezua jasotzen duena da. Ez da beti igortzaileak nahi zuen mezua heltzen (ez da ondo kodifikatu edo interferentziak izan dira) eta hartzaileak beti ere hautematen du (subjektibotasuna) eta deskodifikatu egin behar du.

Seinaleak ***kanal*** baten bidez bidaiatzen du. Kanal horretan seinaleak interferentziak izan ditzake.

Gizakiak bi komunikazio mota erabiltzen ditu aldi berean: ahozkoa (ikasitako hizkuntza baten bitartez ideiak transmititzeko) eta ez-ahozkoa (ikasi gabeko keinuen bitartez egoera emozionala transmititzeko).

Gizakiaren bizipenetan pentsamenduak eta emozioak daude: pentsamenduak hizkuntzaren bidez adierazi daitezke (ahozko komunikazioa); emozioak ahozko komunikazioaren bitartez ere adierazi daitezke, baina ez-ahozko komunikazioaren bidez zuzenean transmititzen dira.

Hizkuntzek duten ezaugarri nagusia digitalak izatea da, zeinu arbitrarioz osatutakoak. Zeinuek esanahi arbitrarioa dute, konbentzioz erabakitakoak. Horregatik dago hainbeste hizkuntza ezberdin munduan.

Beraz, pentsamenduak hizkuntzaren bidez transmititzen ditugu. Horretarako itzulpen bat beharrezkoa da (pentsamenduetatik hizkuntzara: kodetzea). Ulertzeko ere itzulpena behar da (hizkuntzatik pentsamenduetara: deskodetzea). Itzultzeko gaitasun horri mintzamena deritzo. Non kokatzen da itzultzeko gaitasun hori?
- Kodetze-gunea (Brocaren gunea).
- Deskodetze-gunea (Wernickeren gunea)

Horregatik, garuneko lesio batzuetan mintzamena galtzen da (afasia). Afasia bi eratakoa izan daiteke:
- Motorra: Brocca-gunearen lesioa. Ulertzen du, baina ezin du hitz egin.
- Sentsitiboa: Wernicke-gunearen lesioa. Ez du ulertzen baino hitz egiten du eta ulertzen zaio.

Esan bezala, emozioak ez-ahozko komunikaziotik zuzentzen dira (emozioaren osagai motorra, keinuak). Ahozko komunikazioa ikasia den bezala, hura ez da ikasia. Aurrekoa borondatezkoa den bezala, hura ez da borondatezkoa. Guk zer pentsatzen dugun gorde dezakegu eta ez da inor konturatuko. Gure sentimenduak ezkutatzea beste kontu bat da: konturatu orduko, adierazi egiten dugu ez-ahozko komunikazioaren bitartez, eta aurrean dagoena erraz konturatzen da. Egia da emozioen alde espresiboa (keinua), ezkutatzen ikasten dugula, baina ez dugu guztiz lortzen.

Ondoren laburbilduko ditugu ahozko komunikazioaren artean eta ez-ahozko komunikazioaren artean dauden ezberdintasun garrantzitsuenak:

AHOZKOA	**EZ AHOZKOA**
Digitala	Analogikoa
Inekibokoa	Ekibokoa
Arbitrarioa	Ez
Arrazionala	Afektiboa
Edukia	Harremana
Borondatezkoa	Ez

Ahozko eta ez-ahozko komunikazioaren artean kongruentzia ezinbestekoa da komunikazioa eraginkorra izan dadin.

Komunikazio argi batek ahozko komunikazioaren eta ez-ahozko komunikazioaren arteko koherentzia behar du: bi komunikazioek gauza bera adierazi behar dute. Hori gertatzen ez denean, hartzailearengan harridura sortzen da. Batzuetan, bi mezuak kontrajarriak ere izaten dira. Horrelakoetan, sinesgarritasun gehiago du ez-ahozko komunikazioak ahozko komunikazioak baino.

Gaixoari diagnostiko txarra eman diote. Orduz geroztik familiakoei errieta egiten die, erizainei gauza asko eskatzen die eta errieta egiten die. Haserre aurpegia du. Berarekin hitz eginez, esaten diot: "Jaso duzun berria jaso eta gero, ez naiz harritzen haserre egotea", eta berak oihuka erantzuten dit: "Ni ez nago haserre!" Gaixoa haserre dago?

Erizaina gelara presaka sartzen da eta gaixoari galdetzen dio: zer moduz lo egin duzu? Gaixoak, arnasa hartuz eta mantso, "ia ez dut lo egin" erantzuten dio. Erizainak buelta eman eta ate aldera bizkor doala erantzuten dio: "Beno, zu lasai, atsedena hartzen saiatu, eta, zerbait nahi baduzu, esan eta etorriko naiz". Erizaina gaixoarekin lasai egoteko prest agertu da?

Zergatik bidaltzen ditugu mezu kontrajarriak? Bi gauza gerta daitezke:

- Pentsatzen duguna adierazi nahi ez izatea. Triste nago baina ez diot inori kontatu nahi.
- Bizitzen ari garen emozioaz ez gara konturatzen. Emozioak ezagutu eta izendatzen ikasi egiten dugu. Ingurune kulturalak zein emozio adieraz daitekeen eta zein ez argi uzten digu. Gure ingurune kulturalean adibidez, emozio gehienen espresioa ez da ondo ikusten (batez ere gizonengan). Haserrea bezalako emozioak adieraztea ez dago batere ondo ikusia. Haserrea adieraztea txikitatik gaitzetsi badigute, emozio hori ezagutu eta izendatzen ez dugu ondo ikasi. Gainera, gaizki ikusia dagoelako ez dugu onartzen. Horregatik, eta errepresio inkontzientearen bitartez, emozio hori ukatu egin dezakegu. Bizi dugu, baina ez dugu guregan ikusi eta identifikatzen. Ez gara kontziente gure emozioaz: beraz, ezinezkoa da adieraztea. Bat-bateko pentsamenduak lagun gaitzake emozio hori antzematen (baita ere gure keinu eta jokabideak). Osasun-profesionalek maiz gaixoari bere emozioa identifikatu eta izendatzen lagundu beharko diogu. Horretarako ezinbestekoa da guk lan hori eginda izatea.

Komunikazioa eragotzi dezaketen hainbat faktore daude: kodetze-arazoak, seinalearen arazoak (inkongruentzia, anbibalentzia, anbiguotasuna), interferentzia-arazoak, eta hautemate-ezberdintasunaren arazoak.

Kodetze- eta deskodetze-arazoak hainbat arrazoirengatik sor daitezke:

Afasiak. Alterazio neurologikoak dira: kodetze (Brocca) eta deskodetze (Wernicke) gertatzen diren guneen lesioaren ondorio dira. Mintzamenaren gaitasuna galtzen da, itzultzeko gaitasuna bera, edozein hizkuntzara itzultzeko gaitasuna. Garuneko zirkulazio-istripuetan ikus daiteke (garuneko odol-isuriak, emboliak, tronbosiak). Garun osoaren narriadura gertatzean (dementziak) ikusten den sintoma garrantzitsua da.

Erizaintzako ikasleek oso gaizki pasatzen dute horrelako gaixoekin. Halakoekin komunikatzea oso zaila da. Gaixoak kontziente badaude, oso gaizki pasatzen dute. Ezintasun handia sentitzen da.

Kodetze- eta deskodetze-zailtasunen iturria ez da beti neurologikoa. Pentsamendu bat hizkuntza batera kodifikatzeko eta hizkuntza batetik pentsamendu batera deskodetzeko hizkuntza horretan gaitasuna izan behar da.

Gaixoen hizkuntza. *Ikasle batek kontatutakoa: gaixo zahar batek ez zuela hitz egiten esaten zuten mediku eta erizainek. Berak euskaraz hitz egin zion eta komunikatzen hasi zen. Zaharrak gazteleraz hitz egiteko gaitasunik ez zuen, eta euskaraz ez zekiten osasun-profesionalek uste zuten komunikatzeko gaitasuna galdua zuela. Gure inguruan oraindik zaharren artean gazteleraz ondo ez dakiten zaharrak daude. Haur txiki asko dago ere euskaraz gazteleraz baino gaiago dena. Gero eta atzerritar gehiago dugu gure inguruan, eta horiekin ere hizkuntza-zailtasunak izan ditzakegu. Ikusi da, halaber, gaiago den hizkuntzan hobeto adierazten direla gai sakonak. Osasun-zerbitzuetan kontuan izan behar dira osasun-profesionalek dituzten hizkuntza-gaitasunak.*

Euskaraz ez dakien bati ez diot euskaraz hitz egingo, ez baitit ulertuko. Halere, osasun-munduan bada beste hizkuntza bat osasun-profesionalok menderatzen duguna baina gaixoek menderatzen ez dutena: ***hizkuntza teknikoa***. Gaixo gehienek ez dute hizkuntza teknikoa ezagutzen eta haiek ulertuko diguten moduan hitz egin behar diegu. Maiz, osasun-profesionalok hizkuntza teknikoan babesten gara gaixoari gertatzen zaionaz argi hitz egiteko zailtasunak ditugulako. Gaixoarekin eta haren senideekin komunikazio eraginkorra izan nahi badugu, haiekin hitz egitean hizkuntza teknikoa erabat baztertu behar dugu eta ulertzen diguten moduan hitz egin (hizkuntza arruntean).

Seinale-arazoak. Seinalea argia da? Kanal ezberdinetatik datozen seinaleak koherenteak dira? Horregatik, kontuan hartuko ditugu:

- Kongruentzia ahozko eta ez-ahozko komunikazioaren artean
- Anbibalentzia: bi mezu kontrajarri.
- Anbiguotasuna: mezua ez da argia.

Seinalea argia eta kongruentea izateko beharrezkoa da sentitzen dugunaz kontziente izan eta adieraztea. Sentimendu askotaz ez gara kontziente, inkontzienteak diren mekanismoengatik (errepresioa). Halere, gure emozioez kontziente garenean, ez dugu beti argi eta garbi adierazten sentitzen duguna, beldurra edo lotsagatik. Askotan, seinaleak zarata asko darama (informaziorik ematen ez duen seinalea).

Hitz egitean, ohartu gabe ez-ahozko kanaletik ere informazioa bidaltzen dugu. Gure sentimenduez jabetzen bagara eta asertiboak bagara, zaila izango da seinaleak inkongruenteak, anbibalenteak edo anbiguoak izatea, eta komunikazioa argia eta eraginkorra izango da. Horregatik da hain garrantzitsua gure burua ezagutzea, gure beldur, behar eta emozioez jabetzea, inkontzienteki agerian jartzen direlako eta horrek gure komunikazioari eraginkortasuna kentzen diolako.

Interferentzia-arazoak. Interferentziak kanalean gertatzen diren fenomenoak dira. Seinalea igorleak kanporatu duen mezuaren ondorioa da, eta kanalean beste seinale batzuekin interferentzia jasan dezake. Hartzaileak jasotzen duena ez da igorleak bidalitakoa bakarrik. Kanalean seinaleak jasandako interferentzien ondorioz seinalea zarataz karga daiteke edo argitasuna gal dezake, edo informazio zati bat galdu egin daiteke.

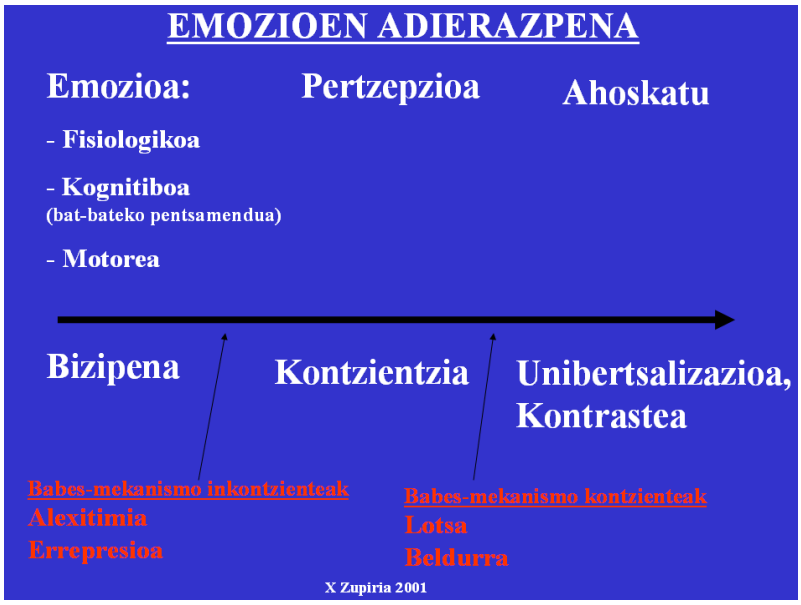
Hautemate-ezberdintasunen arazoa. Hautematearen gaian argi ikusi zen hautemate-prozesua oso subjektiboa dela: bakoitzak bere esperientziatik abiatuta eta aurkitzen den egoera emozionalak kutsatuta hautematen du. Beraz, ez da harritzekoa hartzaileak hautemandakoa igorleak esan nahi zuena ez izatea askotan.

Norberaren, bestearen eta ingurunearen hautemateak eragina du komunikazioan. Gaixoaren eta osasun-profesionalaren arteko harremanean eragina du:

- Bakoitzaren auto-hautemateak:
    - gaixoak nola hautematen du bere burua?
    - profesionalak nola hautematen du bere burua?
- Bestearen hautemateak:
    - gaixoak nola hautematen du profesionala?
    - profesionalak nola hautematen du gaixoa?.
- Nola hautematen du bakoitzak egoera?

Emozioen aireberritzea osasuntsua da. Halere, batzuetan nahita eta beste batzuetan nahi gabe, aireberritu gabe geratzen dira.

Emozioa bat-batean adierazten da ez-ahozko kanaletik (keinua, emozioaren alde motorra), eta bat-bateko erantzun fisiologikoa sortzen du, gorputza jardunerako prestatzen duena (emozioaren alde fisiologikoa). Azkenik, bizipen hori hautematen da eta emozioaren kontzientzia hartzen da. Emozio hori hauteman denean eta kontzientea egin denean, hizkuntzaren bitartez adieraz daiteke ahozko kanaletik: emozioa ahoskatzea edo emozioaz hitz egitea.



Beraz, emozioa adieraz daiteke nahigabe ez-ahozko kanaletik eta nahita ahozko kanaletik. Komenigarria da emozioa bi kanaletatik adieraztea.

Gaixoek emozio asko sentitzen dituzte: beldurra, tristura, larridura… Osasun-profesionalok gaixoari emozioak adierazteko tarte bat utzi behar diegu. Negar egiteko beharra badu, negar egiten utziko diogu. Gero, hitz egingo dugu, baina aurrena negar egiten utziko diogu (emozioaren bat-bateko adierazpena).

Negar egiten utzi ez zioten gaixoa. *Otorrino on batek agure bati laringoskopia bat egin zion afonia baten azterketaren barruan. Tumore txarra zuela ikusi zuen. Esan zion aurkitutakoa txarra zela eta ebakuntza egin behar zitzaiola eta ondorioz ahotsik gabe geratuko zela. Agurea negarrez hasi zen. Medikuak esan zion: "kontxo, ez negar egin". Medikuak ez zion gaixoari adierazpen emozionalerako tarterik utzi. Gaixoak negar egiteko beharra zuen. Gaixoaren negarrak medikuari gaizki senti arazi zion eta horregatik esan zion hori gaixoari. Medikua harremanetan prestatuagoa egon izan balitz, konturatuko zen une horretan gaixoak negar egiteko beharra zuela, eta negar egiten utziko zion, eta une horretan lagunduko zion, ezer esan gabe. Geroago, gaixoa hobeto egotean, hitz egingo zuten kezkatzen zionaz.*

Batzuetan gertatutako gauzek sortzen dituzten emozioak digeritu ezinean geratzen dira.

Praktiketako negarrak hilabetetara egin zituen ikaslea. *Erizaintzako ikasle batek kontatzen zuen bere lehenengo praktika klinikoetan harrituta geratu zela: hematologian egin zituen praktikak, gauza gogor asko ikusi zituen eta ez zen asko hunkitu. Kezkatuta geratu zen: sorgor ote naiz? Praktiketan gaixo batekin harreman berezia egin zuen. Praktikak bukatu eta gero egunkarietan eskelak ikusteko ohitura hartu zuen. Udaran, praktikak bukatu eta lau hilabetera gaixo hura hil zela ikusi zuen. Negarrez hasi zen eta hiru egunetan oso gaizki pasatu zuen. Kontatzen zuen, bere ustetan, hiru egun horietan praktiketan egin ez zuen negar guztia egin zuela, gertatu ziren gauza asko oroitu zituela eta negar asko egin zuela. Hasieran hainbeste emozio pilatu zitzaion, digestioa egitea ezinezkoa egin baitzitzaion. Hiru hilabetera, egin gabe geratu zen digestioa egin zuen.*

Emozioez hitz egiteak emozioak berpiztera eramaten gaitu. Maiz, gertatutakoaz hitz egitea komeni da, adierazi gabe geratu diren emozioak berpiztu eta adierazten direlako. Prozesu horri emozioen aireberritzea deritzo. Emozioak aireberritzea osasuntsua da: adierazi gabe geratzen diren emozioek kalte egiten dute (gaixotasun psikosomatikoak). Gaixoari maiz lan hori egiten lagundu beharko diogu, onura ekarriko baitio. Halere, horretan laguntzeko, norberaren emozioak adierazten eta ahoskatzen ohitua egon beharko du batek: bestela, egoera horietatik ihes egiteko joera izango du, larritasuna sortuko diolako. Egia da osasun-profesionalok ez gaudela oso gaituak eginkizun horretan.

Emozioak aireberritzea, adieraztea eta emozioez hitz egitea osasuntsua da, asaskatzeko balio duelako. Halere, etengabe emozioak behin eta berriz berpiztea eta adieraztea, ezer gehiago egin gabe, kaltegarria da. Horri rumiazioa deritzo, eta kaltegarria da, irtenbiderik eman gabe, etengabe aktibazio fisiologiko bat sortzen duelako. Emozioen aktibazioa eta adierazpena osasuntsua da, baldin eta gero hausnarketa bat eta kontraste bat badaude: zergatik gertatzen zait hau? Zergatik pasatzen dut hain gaizki honekin?. Gainera, besteekin emozioak partekatzeak erlatibizatzen laguntzen digu eta besteen moduko gauzak gertatzen zaizkigula konturatzeko balio digu. Lan hori egiteko ezinbestekoa da emozioaz kontziente izatea eta emozioaz hitz egitea.

Emozioez hitz egitean maiz gertatzen da gaixoak ez dakiela sentitzen duen emozioari izena jartzen. Gure eginkizuna, batzuetan, emozioari izena jartzen laguntzea izango da.

Emozioez hitz egiteko emozioaz kontziente izan behar da. Batzuetan, babes-mekanismo inkontzienteengatik (errepresioa) ez gara emozioaz kontziente. Beste batzuetan, nahiz eta emozioaz kontziente izan, ez dugu adierazi nahi (lotsa edo beldurra ematen digulako).

Praktiken inguruan hitz egiteko taldeak. *Euskal Herriko Unibertsitateko Donostiako Erizaintza-eskolan15 urtez erizaintzako ikasleekin psikologiako gaiaren barruan, talde ertainetan (15-20), bilerak egin ditugu praktiketan bizi dituzten egoera gogor edo hunkigarriez hitz egiteko. Astean behin, ikasle batek edo bik praktiketako gertakizuna kontatzen zuten beren taldean, konfidentzialtasun-arauaren barruan. Taldekideek antzeko egoerak kontatzen genituen eta gertakizun horien inguruan pentsatzen genuen eta hitz egiten genuen. Batek pentsa dezake ez duela zentzu handirik hori egiteak, baina oker legoke:*

- Alde batetik, lehenengo urtetik erizaintzako ikasleak profesionalaren bakardadea sentitzen hasten direlako. Hasieran bere lagun eta senideek interesa izaten dute gertatzen zaizkien gauzen berri izateko. Lehenengo praktika-zikloa bukatu aurretik, ikasleek esaten dute bere ingurukoek ez dutela gauza gehiago kontatzerik nahi.
- Bestalde, ikaskideekin itxura gorde behar da eta ikasleak ez dira ausartzen beren zailtasunetaz beren artean argi eta garbi hitz egiten.

Bilera horietan konfidentzialtasuna eskatzen da. Ikasleek gertakizunak kontatzen dituzte eta emozioak adierazteko aukera ematen da, bai ez-ahozko kanaletatik (negarra), bai ahozko kanaletatik (hitz egitea). Ikasleek erabilgarria dela esaten dute batez ere:

- *Asaskatzeko balio dielako (emozioen aireberritzea)*
- *Hobeto sentiarazten dielako: konturatzen dira, uste zutenaren kontra, haiek sentitutakoa besteek ere sentitu dutela, eta, ondorioz, beren zailtasunetan lagunduak sentitzen dira.*
- *Gertatutakoari izena jartzen ikasten dutelako, emozioei izena jarriz (taldeak eginkizun horretan laguntzen die).*

4. Hizkuntzaren garapena

Hizkuntza bereganatzeko une aproposa: bi urtetik aurrera eta nerabezaroa baino lehenago. Nerabezarorako ez bada hitz egiten ikasi, oso zaila da ikastea.

Etapak:
- *Soinutik hitzera* (0-18 hilabete)
  - Hilabete batekin: soinu berdintsuez ohartzen da.
  - 3 hilabete: egin ditzakeen soinuak esploratzen ditu.
  - 6-8 hilabete: zezelkatzen hasten da.
  - 16 hilabeterekin: 3 hilabetean lehenengo 10 hitzak ikasten ditu.
  - 20 hilabeterekin: 50 hitzeko hiztegia badu. Ezberdintasun handia dago hitz kopuruan.
- *Hitzetik esaldietara*
  - 18 hilabetera arte: hizkera holofrastikoa .
  - 18-30 hilabete: hitzak konbinatzen hasten da, hasieran telegrafikoki.

5. Hizkuntzaren patologia

- Afasia (lesio organikoaren ondorioa)

Afasia mota	Kaltetutako gunea	ulertzen du?	Hitz egiten du	kontziente da
Motorra	Brocca	Bai	Asko kostatzen zaio	Bai, eta desesperatu egiten da
Sentsitiboa	Wermicke	Ez	Bai	Ez da ohartzen

- Fonazioaren patologia. Mintzamenaren gaitasuna badute (kode digital batean komunikatzeko gaitasuna). Halere, ahoz hitz egiteko orduan zailtasunak dituzte.
  - Fonazio eza sentsoriala (jaiotzetik gor→ gormutua)
  - Fonazio eza motorra: entzuten du (audimutua).
  - Disartria: artikulatzeko zailtasuna.
  - Disfonia: afonia
  - Dislalia: soinu batzuk ahoskatu ezina (rr)
  - Hitz-toteltasuna

- Hizkuntzaren patologia gaixotasun psikiatrikoetan
  - Berborrea: geratu gabe hitz egitea (manian).
  - Palilalia: hitzak errepikatzea (depresioa, obsesiboak).
  - Mutismoa: gaixoak ez du hitz egiten (depresioan, dementzian, eskizofrenian, neurosi histerikoan).
  - Berbigerazioa: zentzurik gabeko zerbait errepikatzea (eskizofrenian).
  - Ekolalia: entzundakoa errepikatzea (eskizofrenian).
  - Estereotipia: zerbait desegokia errepikatzea (depresioan, dementzian, eskizofrenian).
  - Neologismoak: hitzak asmatzea, bere esanahi eta guzti (eskizofrenian).

6. Osasun-profesionalaren eta gaixoaren arteko komunikazioa

Osasun-profesionalaren eta gaixoaren arteko komunikazioak eragin zuzena du harremanean, eta horrek zereginean. Harremana eta komunikazioa osasun-profesioaren oinarri dira. Ikerketen arabera, komunikazioa loturik dago:

- Osasun-zerbitzuen kalitatearekin.
- Gaixoaren asebetetasunarekin.
- Gaixoek tratamendua betetzearekin.
- Gaixoek osasun-profesionalaren gaitasunaz duten hautematearekin.
- Gaixoaren pronostikoarekin.
- Osasun-profesionalaren bizi-kalitatearekin.

Komunikazioa eraginkorra izan dadin, beharrezkoa da bai gure eta bai gaixoaren sentimendu eta pentsamenduak:
- Behatzea
- Entzutea
- Ohartzea.

Roger-en ikuspuntutik eraginkorki entzutearen ezaugarriak dira:
- Enpatia (gaixoaren lekuan jartzea).
- Gaixoa baldintzarik gabe onartzea.
- Egiazkoa izatea (gaixoaren aurrean benetakoa izatea, itxurak egin gabe).

Erizainen eta gaixoen arteko komunikazioa aztertu duten ikerketa batzuen arabera, komunikazio horren ezaugarri nagusiak dira:

- Oinarrizko estiloa: eginbeharrean zentratua. Orokortuen dagoen estiloa eginbeharrean zentratzen da. Gaixoarengana joatean prozedurak egitea da helburua. Gaixoa ez da osotasunean ikusten, aspektu biologikoak bakarrik izaten dira kontuan. Horren ondorioz ez da tratu pertsonalizatu bat ematen eta zainketen jarraitutasuna ez da ziurtatzen.
- Gaixoaren sentimenduak ukatu egiten dira, horrela harremana "erosoagoa" da. Bere emozioez hitz egiten ez badugu ez dugu harremana estutzen, ez dizkit emozioak kutsatzen eta horrela gutxiago sufritzen dut.
- Hori posible da bat-bateko harremanean oso denbora gutxi pasatzen dutelako.
- Harremana kontrolatzen da despertsonalizatzeko:
- Gaixoak baino gehiago hitz egiten da.
- Elkarrizketan gai psikologikoak eta sozialak ekiditen dira.
- Galdera itxiak egiten dira eta elkarrizketa zuzentzen da.
- Hesi handi horiek gainditu eta gaixoak bere gauzez hitz egitea lortzen duenean, profesionalak larridura ekiditeko:
- Bidezkoak ez diren baieztapenak egiten ditu.
- Afektu gabeko erantzun arruntak ematen ditu.
- Ihes egiten du zuzenean.

Isabel EP Menzies, Nurses Under Stress. I*nternational Nursing Review 1960; 7: 9-16.*
http://www.ehu.es/xabier.zupiria/liburuak/menzies,stress.htm

Ikerketa hori ikusita, osasun-profesionalak zerbaiten beldur direla ikusten da. Gaixoari era irekian galdetzen bazaio, gaixoak erantzun dezake, eta hunkitu egin daiteke, eta haserrea adieraz dezake eta negar egin dezake. Hori egiten badu, ni kutsatu egin naiteke eta orduan gaizki pasatzen dut.

Maiz, inguruak komunikazioari trabak jartzen dizkio. Traba horien artean azpimarratzekoak dira:

- Arreta-zentroaren ezaugarri fisikoak eta antolakuntza:
  - Intimitate gutxi (gela-lagunak)
  - Profesional asko eta oso aldakorrak.

- Langile gutxi
- Profesional ezberdinen arteko komunikazio eskasa (Peitchinis 1982)
- Profesionalen presioa helburu instrumentalak lortzeko.

Maiz gaixoak ez ditu kexuak behar den lekuan egiten. Zergatik? Petchinis-ek ikusi zuen gaixoek uste zutela:

- "Langile-eskasia dago"
- "Osasun-profesionalak lanpetuegiak daude".
- "Gaixo ona izan behar dut" (gutxi eskatu, kooperatu eta independentea izan).

Hona hemen Davis-en 10 aginduak komunikazioa hobetzeko:

Komunikazioa hobetzeko hamar aginduak (Davis 1981)

1- Ixo!
2- Hitz egiten duenari eroso aurkitzen lagundu.
3- Interesa agertu (ulertu nahiaren ondorio gisa).
4- Distrakzioak kanpora (boligrafoa, paperak...)
5- Bestearen tokian jarri (enpatia)
6- Lasai, utzi bukatzen.
7- Lasaitu, bestela ez diozu ondo ulertuko eta.
8- Kritika eta eztabaidaren aurrean lasai.
9 Galdetu lasai, ulertu arte.
10- Ixo!

7. Bibliografia:

- **García-Campayo J**. Procesos de comunicación. Tazón P, Aseguinolaza L, García Campayo J. Ciencias Psicosociales. *Salvat. Barcelona 1996; 9 gaia: 131-144.*
- **Lluch MT**. Técnicas relacionales en enfermería. Novel G, Lluch MT, Miguel MD. Enfermería psicosocial II. *Salvat S.A. Barcelona 1991. 20 gaia: 205-216.*

Sakontzeko:

- **Arrieta C, Astudillo W, Muruamendiaraz A.** La comunicación en la terminalidad: V Curso de Cuidados paliativos**.** *Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, San Sebastián 1998.*
- **Artazo M, Orive P**. Comunicación sanitaria**.** *Dossat 2000, Madrid 1994.*
- **Bonnet M, Bonnet G.** La comunicación con el bebé: cómo comprender el lenguaje de los más pequeños y comunicarse con ellos. *Gedisa,Barcelona 1979*
- **Borden GA. y Stone JD**: La Comunicación Humana. El proceso de interrelación**.** *El Ateneo, Buenos Aires, 1982*
– **Borrell y Carrió F**. Manual de la Entrevista Clínica. *Doyma, Barcelona, 1989.*
- **Danzinger K**. Comunicación interpersonal**.** *El manual moderno, México 1982.*
- **Davis F.** La comunicación no verbal**.** *Alianza, Madrid 1998.*
- **Haramburu M, Plazaola M**. Komunikazioaren psikología**.** *Euskal Herriko Unibertsitatea, Bilbo 2000.*
- **Knapp ML.** La comunicación no verbal: el cuerpo y el entorno. *Paidos, Barcelona 1982.*
- **Marroquín M, Villa A.** La comunicación interpersonal: medición y estrategias para su desarrollo. *Mensajero, Bilbao 2000***.**
- **O'Brien MJ.** Comunicación y relaciones en enfermería. *El manual moderno, México 1983.*
- **Peitchinis JA.** La comunicación entre el personal sanitario y los pacientes en los servicios asistenciales**.** *Alambra, Madrid 1982.*
- **Perinat A.** La comunicación preverbal**.** *Ayesta, Barcelona 1986***.**
- **Poyatos F.** La comunicación no verbal**.** *Istmo, Madrid 1994.*
- **Tazón MP, García J, Aseginolaza L.** Relación y comunicación. *DAE, Madrid 2000.*
- **Wachtel PL.** La comunicación terapéutica: principios y práctica eficaz. *Desclée de Brouwer, Bilbao 1996.*

12. HARREMANAK.

0.Sarrera
1. Definizioa
2. Harreman motak
3. Harreman-estiloak
4. Harremanen bizitza
5. Osasun-profesionalaren harreman-gaitasunak
6. Harreman terapeutikoan sor daitezkeen zailtasun
7. Bibliografia

0. Sarrera

Gizakiok ez gara bakarrik bizi, besteekin harremanetan bizi gara. **Harremanak** dira zorion-iturri garrantzitsuena. Halere, harremanak ez dira onak bakarrik, beharrezkoak ere badira (harremanetan betetzen ditugu gure behar afektiboak: kontaktu fisikoaren beharra, intimitate-beharra eta taldekidetasun-beharra). Hain garrantzitsuak dira harremanak gure bizitzan, poz-iturri nagusia izateaz gainera, atsekabe-iturri garrantzitsuena ere bai baitira. Beraz, harremanak gizakiontzat beharrezkoak eta oso garrantzitsuak dira.

Besteekin ditugun harreman horiek zer ikusi handia dute gure izaerarekin. Neurri handi batean, nortasuna izandako harremanen ondorioa da: gure nortasuna eta harremanak egiteko modua oso loturik daude. Ez da gehiegizkoa haurrak dituen lehenengo harremanei eman zaion garrantzia, ulertzen badugu behintzat, *garrantzitsua* eta *aldaezina* ez direla gauza bera. Bizitzako lehenengo harremanak oso garrantzitsuak dira haurrarentzat harreman-eredu bihurtzen direlako. Haurrak ikasten duen bezala egiten ditu harremanak. Hortik aurrera, izaera mantentzen duten harremanak egiteko joera du, eta horrek bere izaeran bermatzen du. Haur horrek, mediku edo erizain bihurtzean, betiko moduan egingo ditu harremanak. Osasun-profesionalen lana harremanetan oinarritzen da: gaixoarekin harremana, gaixoen senideekin harremana eta lankideekin harremana. Hori oso kontuan izan behar da osasun-profesionalen formazioan. Bakoitzak izaera bat du, baina harreman-gaitasun batzuk garatzea ezinbestekoa izango da profesionala bilakatzeko: bestearen lekuan jartzeko gaitasuna, egiazkoa izatekoa eta asertiboa izatekoa.

Harreman guztietan elkarren arteko truke bat gertatzen da. Nik eman egiten dut eta jaso egiten dut. Euskaraz hitza oso egokia da: har-eman. Harremanean jaso egin behar da asebetea sentitzeko: denok zerbait espero dugu harremanetan. Harreman asko eta asko norbaiten igurikapenak bete ez direlako joaten dira pikutara. Esan dugu osasun-profesionalen lana harremanean oinarritzen dela: osasun-profesionalaren eta gaixoaren arteko harremana sendatze-prozesuaren oinarrian dago. Halere, osasun-profesionalak harreman horretan soldataz eta errespetuaz gainera ezin du ezer gehiago espero: esker ona eta errekonozimendua jasotzen baditu hobe, baina hori ez dago kontratuan. Osasun-profesionalak, mundu guztiak bezala, behar afektiboak ditu eta horiek lanetik kanpo betetzen ikasi beharko du.

Gai honetan, harreman mota ezberdinak azalduko dira eta osasun-profesionalaren eta gaixoaren arteko harremana kokatuko da.

Osasun-profesionalari, zer gaitasun bereganatzea komeni zaio?
Mediku eta erizainek gai izan beharko luteke:

- Gaixoarekiko harremana bere tokian kokatzeko.
- Gaixoaren tokian jartzeko.
- Gaixoa den bezala onartzeko.
- Egiazkoak izateko.
- Asertiboak izateko.
- Bere behar afektiboak betetzeko.

1.Definizioa

Harremana: Pertsonen edo pertsona-multzoen artean gertatzen den truke, komunikazio edo eragin-trukea. *(Harluxet hiztegi entziklopedikoa http://www1.euskadi.net/harluxet/indice_e.htm)*

Euskara	*Gaztelera*	*Frantsesa*	*Ingelesa*
Harremana	Relación	Relation	Relationship

2. Harreman motak.

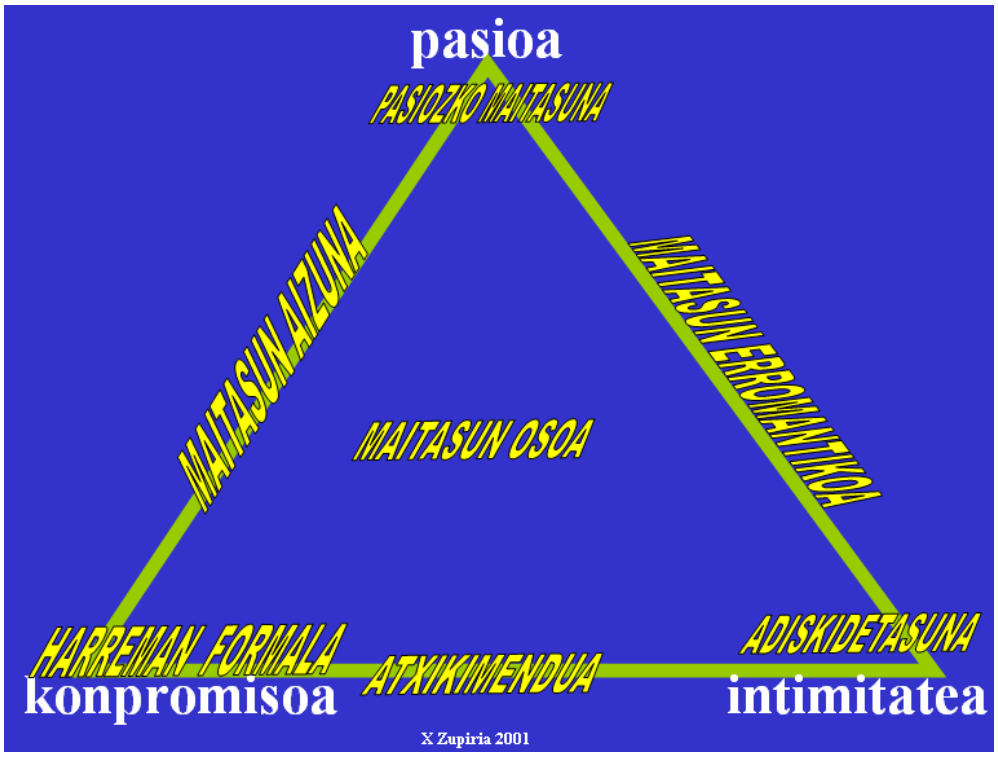
Osasun-profesionalaren eta gaixoaren arteko harremana kokatzeko ezinbestekoa da harreman mota ezberdinak aztertzea.

Harreman sakona / azalekoa.
Hizkuntza arruntean jendeak egiten duen sailkapena da. Harremanaren sakontasunaren ardatza hartuz gero, edozein harreman bertan koka dezakegu. Intimitatearen arabera, harreman batzuk azalekoagoak dira eta beste batzuk sakonagoak; zenbat eta intimoagoa izan komunikazioa, sakonagoa da harremana. Horren arabera, ondoren aipatzen diren solasen gaiak harremanaren sakontasuna adierazten dute (azaletik sakonera):
- Kanpoko gauzez hitz egiten dugu: eguraldia, hiria…
- Besteez hitz egiten dugu (ezezagunak, jende ezaguna).
- Besteez hitz egiten dugu (ezagunak)
- Nik neure sentimenduez hitz egiten dut eta zuk zeureez.
- Gure harremanaz hitz egiten dugu (hau izango litzateke harreman sakonen adierazlea).

Harreman pertsonala/harreman soziala
Aurreko gaietan azalduta dago ezberdintasuna. Harreman sozialean, beste taldeko kide batekin egiten dut harremana, erakarpen sozialaren eta aurreiritzi sozialen menpe (adibidez, mediku batek ezagutzen ez duen erizain batekin ospitalean). Pertsonen arteko harremana ezagutza pertsonalean oinarritzen da eta erakarpen pertsonalaren menpe dago. Zalantzarik ez dago, osasun-profesionalaren eta gaixoaren arteko harremanak pertsonala izan behar duela.

Harremanen hirukia
Sexologoek bikoteen harreman ezberdinak kokatzeko irudian azaltzen den hirukia marraztu zuten. Haien ustetan, bikote-harremanek hiru osagai dituzte: pasioa, intimitatea eta konpromisoa. Bikote ezberdinek hiru osagaiak proportzio ezberdinetan dituzte, eta horren arabera, maitasun ezberdinak definitu zituzten:
- Pasiozko maitasuna: pasioa bakarrik du (gau bateko *rollo*a).
- Adiskidetasuna: intimitatea bakarrik du, ez pasiorik, ez eta konpromisorik (lagun batzuk).

- Harreman formala: konpromisoa bakarrik, ez pasiorik ez intimitaterik (komenientziako ezkontza batzuk).
- Maitasun erromantikoa: pasioan eta intimitatean oinarritutako harremana, konpromisorik gabea (bikote askoren hasiera).
- Atxikimendua: intimitatean eta konpromisoan oinarritutako harremana, pasiorik gabea (lagun asko).
- Maitasun aizuna: pasioan eta konpromisoan oinarritutako harremana, intimitaterik gabea (intimitaterik gabeko bikote batzuk).
- Maitasun osoa: pasioa, intimitatea eta konpromisoa dituen harremana (bikote asko).



Nahiz eta hasiera batean bikote-harremanak kokatzeko sortua izan, piramide honek edozein harreman kokatzeko balio digu.

Harreman profesionala.

Aurreko eskemetatik abiatuz, harreman profesionala non koka daiteke?

- Ez da azaleko harremana, baina ezta sakona ere. Hemen distantziaren arazoa sortzen da. Zein da distantzia egokia, zein da sakontasun egokia? Ez da erraza erantzutea. Agian itzultzaileek erabiltzen duten esaera hau egokia litzateke : *"Behar bezain gertu, ahal bezain urrun"*

- *Behar bezain gertu:* osasun-profesionalaren eta gaixoaren artean badago arau inplizitu bat: gaixoaren intimitatean behar adina sartuko da osasun-profesionala. Behar adina esan nahi du, gaixoari laguntzeko beharrezkoa den adina. Halere, inplizitua da ere beste araua:

osasun-profesionalaren intimitatean ez dira sartuko. Harremana asimetrikoa da, eta osasun-profesionala gaixoaren zerbitzura dago.

Txistea. Neska eder bat medikuarengana doa eta eztarriko mina duela esaten dio. Medikuak orduan: Kendu arropa guztia eta etzan ohetxoan.

Osasun-profesionalak kontu izan behar du egoera horretan tentatuko dituen hiru deabrutxoekin: boterearena, jakin-minarena, autoterapiarena.

***Boterearen deabrutxoa**. Gaixoak laguntza behar du eta profesionalari laguntza eskatzen dio. Horrek profesionala botere-egoera batean jartzen du. Gaixoak botere hori ematen dio bere gaixotasuna sendatzen laguntzeko. Osasun-profesionala tentatua izan daiteke botere hori beste gauza batzuetako erabiltzeko.*

***Kuriositatearen deabrutxoa**. Gaixoak profesionalari intimitate asko kontatzen dizkio eta gorputza ere erakusten dio: bestela inola ere erakutsiko eta kontatuko ez lizkiokeen gauzak erakutsi eta kontatzen dizkio. Txistean agertzen den bezala, osasun-profesionala tentatua izan daiteke behar ez dituen gauzak ikustera edo jakitera. Zenbat bider galdetzen zaizkio gauzak gaixoari edo familiari, edo begiratzen dira historia klinikoak, jakin-mina asetzeko bakarrik!*

***Autoterapiaren deabrutxoa**. Harreman terapeutikoa eraikitzen da gaixoaren zerbitzura. Maiz, gaixo batzuei laguntzea edo haiekin egotea mesedegarria izaten da osasun-profesionalentzat. Horrelakoetan osasun-profesionala tentatua izan daiteke gaixo horrekin egotea bilatzera, ez gaixoarengan pentsatuz, baizik eta bere buruagan pentsatuz.*

Halere, gaixoaren intimitatean sartzeak ere kostu bat du osasun-profesionalentzat. Gaixoarekin hitz egitean, eta bere lekuan jartzean, intimatu egiten da. Batzuetan, "behar bezain gertu" nahiko gertu da eta osasun-profesionalak ere sufritu egin dezake. Ez sufritzeko, osasun-profesional batzuk distantzia handitzen dute, eta gaixoarengandik urrunegi jartzen dira, ez dira "behar bezain gertu" jartzen. Horrek ez die beren lana ondo egiten uzten, eta gaixoak gaizki sentitzen dira. Kasu horietan esaten da:

- Osasun-profesionalek sentsibilitate falta dutela
- Lana errutina bat bihurtu dutela, pertsonekin lan egiten dutela ahaztu (errutinaz lan egitea)
- Gaixoen sentimenduei ez dietela garrantzirik ematen (gutxiestea)

- *Ahal bezain urrun*. Ez da zertan sartu, beharrezkoak ez diren intimitateetan. Osasun-profesionalak jakin behar du noiz sartu eta noiz ez sartu gehiago. Gainera, distantzia bat mantentzea beti ona da, objektibotasuna ematen baitu. Bere larruan jartzeko behar adina sakonduko dugu (enpatia) baina nahastera heldu gabe (sinpatia).

Osasun-profesional batzuk zailtasunak adierazten dituzte ahal bezain urrun kokatzeko. Horrelakoetan ere komeni ez diren gauzak gertatzen dira:

- GAININPLIKAZIOA: behar adina distantzia ez mantentzea eta gaixoaren egoera gertuegitik bizitzea. Batzuetan, beste harreman batzuen itxura har dezake (PATERNALISMOA, MATERNALISMOA: profesionala ez da aita edo ama, teknikoa baizik).

- KONNIBENTZIA: maiz, tekniko gisa nahi ez dituen gauzak esan beharko dizkiogu gaixoari bere onerako. Haren haserrea ez jasatearren "kolegak" gisa jokatzeko tentazioa izan dezakegu, eta haren prozesuari kalte egin.

- INBASIOA: Gaixoaren gauzetan behar baino gehiago sartzea.

- Harreman pertsonala da argi eta garbi; ez da harreman soziala. Osasun-profesionalok talde sozial bat osatzen dugu eta gaixoek bestea. Ez da arraroa ospitaleko giroan talde bateko kideek beste taldeko kideekin harreman sozialak izatea (erizainak/gaixoekin, medikuak/gaixoekin...). Horrek kalte egin diezaioke gaixoari.

Ez ezagutzean, "hautemate sozialaren" legeak jarraituko ditugu nahi gabe (lehenengo irudia eta nortasunaren teoria inplizituen aplikazioa). Pertsonalki ez ezagutzean, berehala talde batean sartzea ateratzen zaigu, eta talde horren estereotipo sozial guztiak aplikatuko dizkiogu. Zentzu horretan kontuz ibili behar dugu eta onartu: "Ez dugu ezagutzen" "giza-legez eta atseginez tratatuko dugu".

Bestalde, harreman pertsonala egitean, beste zailtasun batzuk sortzen dira. Kasu horretan, gure inkontzienteak tranpak egin dizkigu. Beti proiekzioa gertatzen da zailtasun horien atzean (bestearengan bereak ez diren gauzak ikusi proiektatu eta gero). Ez badugu ezagutzen, nola liteke batzuetan berehala asko gustatzea edo gutxi gustatzea?

- Maiz transferentzia gertatzen da (Beste leku batean jarri: "amona balitz bezala" "aitona balitz bezala" "ama balitz bezala" "aita balitz bezala" "anaia balitz bezala"...). Transferentzia dela eta, beste bat balitz bezala hartu dugu (agian zerbait oroitarazi digu, eta berarekin lotutako jarrerak, emozioak... aktibatu zaizkigu). Horregatik, bat-batean asko gustatzen zaigu, edo ezin dugu jasan, edo beldurra ematen digu...

***Unsaid**. Transferentzia egitea zer den ondo ikusi nahi baduzu, ikusi unsaid filmea. Bertan, terapeutak gaztea tratatzen duenean, "bere semea balitz bezala tratatzen du", nahastu egiten da. Transferentzia egin du.*

- Beste batzuetan proiekzio hutsa gertatzen da: nire buruan jasan ezin dudan zerbait, eta erreprimitua dagoena, bestearengan proiektatu egiten dut eta ezin dut beste hori jasan. Berehala ikusten dugu bestearengan geure buruan ikusi ezin dugun hori (jasangaitza egiten zaigulako). (*Zozoak beleari ipurbeltz).*

- Harreman formala da, baina intimitatea ere badago. Intimitate-maila egokia da komenigarriena: ez formalegia, ez eta intimoegia ere. Osasun-profesionalaren eginkizunak ezarriko du neurri handi batean maila hori: psikiatra edo psikologo batek harreman intimoagoa ezarri beharko du zirujau batek baino.

3. Harreman-estiloak.

Oro har, lau harreman-estilo bereizten dira (batez ere harreman profesionalen ikuspegitik dira garrantzitsuak):
- Asertiboa.
- Manipulatzailea.
- Agresiboa
- Pasiboa.

Estilo horiek eguneroko harreman sozialetan ere gertatzen dira, eta, harreman profesionalean bezala, batzuk besteak baino desiragarriagoak dira.

Harreman pasiboa:
- Benetako sentimendu eta pentsamenduak ez ditu agertzen.
- Itxuran besteen ikuspuntuak onartzen ditu.
- Sumisio eta auto-erru espresio asko erabiltzen ditu.
- Bere buruari balioa kentzeko joera du.
- Besteei arrazoia ematen die, arazoak ez izatearren, nahiz eta ez ados egon.
- Ados ez egon arren, lan eta ideiak onartzen ditu, haserrekortasuna eta arrengura pilatuz.
- Kexuak beti lekuz kanpo, denboraz kanpo eta ez dagokionari.

Harreman agresiboa:
- Besteen sentimenduei errespeturik ez diena.
- Exijentziekin jokatzen du.
- Besteak mehatxatu, beldurtu eta salatu egiten ditu.
- Besteei iritzia ematen ez die uzten (etengabe mozten ari da)
- Pertsonalki erasotzeko joera du.
- Besteen izenean erabakiak hartzen ditu baimenik gabe eta horretaz jabetuz.
- Estutu egiten du eta iritzi baliagarri bakarra berea dela uste du.

Harreman manipulatzailea:
- Helburuak lortzearren, benetako pentsamendu eta sentimenduak mozorrotu egiten ditu.
- Gezurretako entzulea: entzuten balego bezala egiten du, baina etengabe mozten eta besteen parte-hartzea ekiditen aritzen da.
- Iritziak ez ditu argi eta garbi azaltzen:
    - Bestea nahastu egiten du.
    - Beti badu irtenbidea.
- Asko eta bizkor hitz egiten du.
    - Besteak nahastu egiten ditu eta nahi duen bidetik eramaten ditu.
- Maiz kontraesanak ditu.
- Gaian sartu aurretik, dibagatzen aritzen da.
- Adulazioa eta gorapenak adierazi, umildu nahi denean.

Harreman asertiboa:
- Norberak bere eskubideak defendatzen ditu eta besteenak errespetatzen ditu.
- Pentsamendu eta sentimenduak argi eta garbi azaltzen ditu (positiboak nahiz negatiboak)
- Lehentasunak eta gustuak argi eta garbi azaltzen ditu.
- Besteen pentsamendu eta sentimenduak onartzen ditu.
- Elkarrekintzan feedback positiboak larritu gabe onartzen ditu.
- Desadostasunak adierazten ditu bere iritzia azalduz.

- Ez ulertzean, azalpenak eskatzen ditu.
- Ezetza eman behar denean, eman egiten du.

Zalantzarik ez dago bai pertsonalki eta profesionalki estilo asertiboa dela egokiena. Agian profesio batzuetan ez da hain garrantzitsua asertiboa izatea, baina osasun-profesioetan bai. Bestela, bat kargatuz doa, eta behar ez den lekuan eta behar ez den moduan deskargatzen da, ez dago gustura eta beldurti jokatzen du. Harreman-estiloa beste gauza asko bezala ikasia da eta beraz des-ikasi eta berrikasi daiteke. Asertibitatea lantzeko ikastaroak egiten dira, eta laguntza-liburuak badaude.

Estilo asertiboa egokiena arrazoi askorengatik da, hona hemen batzuk:
- Komunikazioa argia delako, eta beraz ez dago nahasmenerako aukerarik. Argi eta garbi adierazten dira iritziak eta emozioak (komunikazio eraginkorra).
- Esandakoak eta adierazitakoak norberari lasaitasuna eta autoestimua ematen diolako.

4. Harremanen bizitza.

Harremanen hasieratik igurikapenak daude: zerbait espero dugu.

Erakargarritasunak hasten ditu harreman gehienak. Harreman sozialen hasieran erakargarritasun soziala dago: talde berekoa izatea, pentsaera berdintsukoa, giro berdintsukoa… Kasu guztietan, eta horien gainetik, sozialki balio handia duten ezaugarriek erakartzen gaituzte (batzuk, hala nola edertasuna, talde sozial guztietan gertatzen dira: beste batzuk, ordea, talde batzuetan balioesten dira, baina beste batzuetan ez).

Harreman pertsonalen kasuan, erakargarritasun pertsonalak funtzionatzen du. Harreman pertsonala gerta dadin, ez da nahikoa erakargarritasun soziala. Halere, erakargarritasun pertsonalean ere, erakargarriagoak dira sozialki balioa duten ezaugarriak (edertasuna, ospea, alaitasuna...). Maiz, nahi duguna ikusten dugu bestearengan (maitemintzean adibidez).

Harreman pertsonalak harreman intimo bihurtzeko (bikotea, lagunak) ez da nahikoa erakargarritasuna. Horrez gainera, beste faktore batzuk deskribatu dira:
- Berdintasuna: ideologia, ohiturak, proiektuak eta horrelakoak.
- Izaera-osagarritasuna (aktibo/pasibo, dominatzaile/esaneko...)
- Hurbiltasun fisikoa

Aipatu bezala, bikote harreman idealak hiru osagai izango lituzke neurrian nahastuak (intimitatea, konpromisoa eta pasioa), eta adiskidetasunak bi (intimitatea eta konpromisoa).

Harremanek igurikapenak edo beharrak mantentzen diren bitartean irauten dute. Maiz, ezinezkoa egiten zaigu harreman batzuetan zenbait pertsonak zer lortzen duen ulertzea. Nahiz eta agerian ez ikusi, zerbait lortuko dute, edo bestela "bahituta" daude (exijentzia sozialengatik, beldurragatik...).

Harremanen bukaera gehienak igurikapenak ez betetzeagatik gertatzen dira. Arrazoiak ezberdinak izan daitezke:

- Igurikapenak neurriz kanpokoak izatea: nerabeengan oso sarri gertatzen da. Bestea batek nahi duen bezalakoa imajinatzen du, bere beharrek eskatzen duten bezalakoa; den bezalakoa ez. Errealitatea ezagutuz joatean igurikapenak ez dira betetzen eta harremanak zentzua galtzen du. Igurikapenak desegokiak zirela ez onartzeak bestearekin haserretzera eraman gaitzake (errealitatea onartu nahi ez izatea). Nahiz eta galdutako harremana erreala ez izan, galera bat gertatzen da, eta dolua eskatzen du.

- Engainatua izatea. Besteak ez den bezalakoa dela sinistarazi digu. Gero ezagutzen dugu, eta ez dira gure igurikapenak betetzen.

Esan bezala,, batzuetan zenbait harreman motatan bahituta aurkitu gintezke:

- Arau sozialen eraginez bikotea apurtzera ez ausartzea (zer esango dute? ez dago ondo bikotea banatzea!...)

- Harremanak era batera egiten ikasi dugu eta ez dakigu beste era batera egiten.

Ematen ikasi duena. *Demagun pertsona batek txikitatik ematen ikasi duela: arreta eta maitasun bera lortzeko, besteek baino gehiago eman behar zuen. Bizitza osoa asko ematera ohitu da, gutxi lortzeko. Nahi gabe, egunerokoan, jasotzera ohituta dauden pertsonekin lotzen da (osagarritasuna). Halere, urteak pasatu ahala, jasotzeko beharra ere sentitzen du eta harremanetan eskatu egiten du. Maiz erantzuten zaio: "Asko eskatzen duzu", "Zuk asko eman duzu, nahi duzulako, nik ez dizut eskatu", "Gehiegi espero duzu". Tamalez, bitxiak ez dira zaborrean aurkitzen.*

Azkenik, harreman bat era traumatikoan bukatu daiteke:
- Utzi egiten gaituztelako.
- Bestea hil egin delako.

Bietan galera erreala da eta dolua eskatzen du. Ez onartzeak dolu patologikoa sor dezake. Dolu patologikoa ez da bestea hiltzen denean bakarrik gertatzen. Bat uzten dutenean ere gerta daiteke dolu patologikoa. Bai kasu batean eta bai bestean, argi dago: ez du harreman berri bat egiteko gaitasunik (engantxatuta geratu da jadanik ezinezkoa den harreman batean: hilda dagoelako edo besteak ez duelako nahi). Galdutakoa beste maila batean jarri beharko du bizirik jarraitzeko eta harreman berriak egiteko (dolu-lana egin beharko du).

Osasun-profesionalaren eta gaixoaren arteko harremanak ere bizitza bat du. Hasiera gaixoaren laguntza profesionalaren beharrak bultzatzen du. Beharraren arabera, laburragoa edo luzeagoa izango da harremana. Harremana denboran luzatzen den heinean, intimoagoa egingo da. Laguntza profesionala bukatzen denean bukatuko da harreman profesionala. Beste harreman guztiak bezala, batzuetan gaizki bukatzen da harremana, norbaiten igurikapenak bete ez direlako (gaixoaren igurikapenak gehienetan). Gero eta gehiago, harremana gatazkatsua izan denean, gaixo batzuek salaketak jartzen dizkiete osasun-profesionalei. Osasun-profesionalek, denek bezala, huts egiten dute. Ikerketa batzuen arabera, hutsegite horien ondoren hutsegitea onartzen denean eta barkamena eskatzen denean, gauzek ez dute okerrera egiten.

5. Osasun-profesionalaren harreman-gaitasunak.

Rolaren gaian aztertu zen:

- Rolak zeregin bat definitzen duela, eta osasun-profesio bakoitzak bere zeregina duela.

- Osasun-profesio bakoitzak jakite bat eta teknika bat dituela, profesio bakoitzarentzat zehatzak direnak, eta zereginak zehazten dituztenak.

- Osasun-profesio guztiek harreman-gaitasun berdintsuak eskatzen dituela.

Osasun-profesionalaren eta gaixoaren artean egiten den harremana berezia da. Bertan asimetria bat dago: gaixoa profesionalarengana doa laguntza teknikoaren bila. Harreman hori nolakoa den erabakigarria da gaixoaren eboluzioan. Frogatu da harremana bera terapeutikoa edo iatrogenikoa izan daitekeela. Zalantzarik ez dago guk planteatzen dugun harreman profesionalak ezinbestean terapeutikoa izan behar lukeela.

***Rogers** psikologo humanistak ikerketa argigarria egin zuen. Psikologiako hiru eskola nagusiak (psikoanalisia, konduktismoa eta humanismoa) lehian zeuden garaian, psikologo bat arrakastatsu egiten zuten ezaugarriak aztertu zituen. Hiru eskoletako psikologo arrakastatsuak aztertu zituen eta hainbat ezaugarri neurtu zizkien. Konturatu zen psikoterapia mota bat edo bestea egiteak ez zuela arrakasta aurresaten. Horren ordez, ikusi zuen terapeutaren hiru gaitasunek aurresaten zutela arrakasta: egiazkoa izatea, gaixoa baldintzarik gabe onartzea eta gaixoaren lekuan jartzea.*

- ***Egiazkotasuna:*** Harreman terapeutikoaren oinarri garrantzitsuena. Hemen ez du balio antzerkia egiteak. Gaixoarengana hurbiltzea interesarekin, bere larruan jarriz, den bezala onartuaz... ez bada benetan egiten den gauza, igarri egiten da eta ez du ezertarako balio. Egiazkoa agertzeko, ezinbestekoa da bakoitzak bere burua ezagutu eta den bezala onartzea.

- ***Gaixoa den bezala onartzea***. Gaixo guztiek hori espero dute gugandik: den bezala onartzea, bere ahultasun eta miseria guztiekin. Osasun-profesional guztioi hori erakusten

zaigu: gaixoa den bezala onartu behar dugula. Esan beharra dago batzuetan oso zaila dela. Azpimarratu beharra dago zein garrantzitsua den lortzea eta bide horretan ere ezinbestekoa dela bakoitzak bere burua ezagutzea eta onartzea. Bestea den bezala onartzea ez da toleratzea; gehiago da. Ardatz batean jarriko bagenitu, mutur batean intolerantzia legoke eta bestean den bezala onartzea. Bide horretan, aipatu bezala, zailtasunak izan daitezke: estereotipo sozialak, eta onartzen ez ditugun gure akatsak proiektatzea. Gauza batzuk onartzea oso zaila egingo zaigu. Nola onartu bestea horrelakoetan? (Nola onartu beste bat hiltzen duen pertsona? Neronek ere egin dezakedan zerbait dela onartuz). Osasun-profesionalok dugun beldur garrantzitsua izaten da "Bestea onartzeko gai ez izatea", profesional gisa hori eskatzen zaigu eta.

- ***Enpatia***. Bestearen larruan jartzea. Batzuetan zaila egiten zaigu (goian aipatutako gauzengatik). Nola ez, hemen ere bidea norberaren burua ezagutzea eta onartzea da.

Besteen igurikapenak antzematea harremanetarako oso gaitasun positiboa da. Bereizi behar dira:
- Besteen igurikapenak antzematea (sentsibilitatea).
- Proiekzioa.

Bi kasuetan, nik ez dakit zein den bestearen igurikapena. Lehenengo kasuan datu batzuk direla medio antzematen dut zer nahi duen. Intuizioarekin du zerikusia, eta ez-ahozko komunikazioarekin ahozko komunikazioarekin baino gehiago.

Bigarren kasuan, ordea, nik ez dakit zer nahi duen berak, eta nire nahiak proiektatzen ditut berarengan. Uste dut badakiela zer nahi duen, baina uste dudan hori nik nahi dudana da, ez berak nahi duena. Asma dezaket, baina gehienetan huts egingo dut. Hau gertatzen da nire nahi bat erreprimitzen dudanean (errepresioa beti inkontzientea da). Nire nahia erreprimitu eta bestea ikustean proiektatu egiten dut nire nahia eta berari egozten diot nahia.

Bi maila bereizi behar dira igurikapenak antzemateko gaitasunean:
- Arau sozialak eta kulturalak hautemateko gaitasuna (sentsibilitate soziala).
- Bestearen igurikapenak hautemateko gaitasuna. Norberaren perspektiba galdu gabe, bestearen egoera afektiboarekin enpatizatzeko gaitasuna edo "bestearen larruan jartzeko gaitasuna" (pertsonen arteko sentsibilitatea).

Bestearen igurikapenak antzemateko gaitasuna areagotzen dute (sentsibilitatea):
* Adimenak (behatutakoa-->harreman logikoak).
* Heldutasuna afektiboak (emozioek ez dute argi hautematen uzten)
* Jarrera eta portaera konplexuak ulertzeko gaitasuna.
* Anbiguotasunarekiko tolerantziak (hautemate estereotipatuak saihestuz)

Lau horien faltan, errazagoa da proiekzioa gertatzea. Proiekzioa ez da txarra bestearentzat bakarrik, norberarentzat ere txarra da, ez baitu norberak nahi duena ezagutzen uzten.

Sentsibilitatea gutxitzen duten egoerak ere badira, eta oso kontuan izan behar dira:
- Harremana sendoa denean.
- Nekea dagoenean.
- Tentsio emozionalarekin gaudenean.

Aipatutako guztiak ikasitako jarrera eta gaitasunak dira (edo ikasi ez duenarentzat ikasi gabeak). Gure inguruan gertatzen dena ikasi dugu. Gure inguruan autentikoa bazen jendea autentikoak izaten ikasi dugu; besteak onartzen bazituzten, guk ere hori ikasi dugu; enpatizatzen bazen hori ikasi dugu; entzuten bazen, entzuten ikasi dugu; eraginkorki komunikatzen bazen, eraginkorki komunikatzen ikasi dugu; asertiboak baziren, gu ere asertiboak izango gara.

Aurreko guztia lortzeko ezinbestekoak diren pausoak:
1. Auto-ezagutza garatzea.
2. Rola ezagutzea.
3. Gaitasun batzuk garatzea.
4. Entrenatzea.

Good Will Hunting filmean ongi ikusten da terapia-eskola bera baino garrantzitsuagoa direla terapeutak dituen gaitasun batzuk.
Good Will Hunting, Gus Van Sant, USA 1997. http://www.ehu.es/xabier.zupiria/filmeak/Good%20Will%20Hunting.htm

6. Harreman terapeutikoan sor daitezkeen zailtasunak.

Hemen aipatuko ditugunak edozein harremanetan gertatuko dira. Osasun-profesionalaren eta gaixoaren arteko harremanean oso garrantzitsuak direlako azalduko dira.

- ***Gaixoak erregresioa egin du.*** Ez da arraroa. Gaixo-rolak berak erregresiorako gonbidapena egiten du: "zu lasai, guk zainduko zaitugu". Gaixoei erregresio-maila bat onartzea ondo dago. Arazoa izan daiteke gaixoa egoera horretan eroso sentitzea eta hortik atera nahi ez izatea. Ez ahaztu gure helburuetako bat ahal den guztietan gaixoaren autonomia bultzatzea dela, ez menpekotasuna indartzea. Haurren kasuan, erregresioak deigarriak izaten dira (adibidez, pixa egiten dute).

- ***Gaixoak transferentzia egin du.*** Ez da arraroa. Maiz, osasun-profesionalak eta gaixoak ez dute elkar ezagutzen. Horrelakoetan, ez da arraroa ezaguna dugun norbaiten antza hartzea, eta, ondorioz, harekin lotutako erregistro afektiboak eta jarrerak martxan jartzea. Gaixoak hori egitean transferentzia egin duela esaten dugu; osasun-profesionalak egiten duenean, kontratransferentzia. Gaixoak transferentzia positiboa egiten badu (emozio eta jarrera onak), ez dio gehiegi axola (halere, batzuetan, deseroso sentiarazten dute osasun-profesionala); transferentzia negatiboa egiten badu (jarrera eta emozio negatiboak) harremana asko zaildu daiteke.

- ***Menpekotasun gehiegi.*** Gaixoari menpekotasuna gustatzen bazaio gertatzen da. Gaixoa menpekotasun horretatik ateratzen saiatzen garenean, erresistentzia egingo du. Ondorioz, haserretu egiten da, edo gu manipulatzen saiatzen da. Era guztietara, harremana deserosoa bihurtzen da.

- ***Gaixoa haserre dago gurekin*** Bere igurikapenak ez ditugulako betetzen edo bere frustrazioaren erantzule egiten gaituelako (proiekzioa, desplazamendua). Horrelakoetan, haren frustrazioa eta haserrea onartzen ikasi behar dugu. Halere, muga batekin: nahiz eta

frustratua eta haserre egon, eta guk ulertu, gaixoak horregatik ez du eskubiderik guri errespetua galtzeko edo guri eraso egiteko.

- ***Manipulazioa.*** Gaixo batzuek nahi dutena lortzeko estilo agresiboa erabiltzen dute eta beste batzuek manipulatzailea. Bigarren horien sarean ez erortzea zaila gerta daiteke maiz.

Harreman terapeutikoan kaltegarriak diren autohautemateak (Rojí 1987)

- Gaitasun profesionalarekin zerikusia dutenak:
    - Bere burua ezgai ikustea.
    - Arrakastari beldurra/ Porrotari beldurra.
- Boterearekin zerikusia dutenak:
    - Inpotentzia
    - Kontrola
    - Pasibitatea
    - Menpekotasuna
- Intimitatearekin zerikusia dutenak: onartze edo arbuiatze gogorregiak.

7. Bibliografia:

- **Zupiria X**. Osasun-profesionalaren eta gaixoaren arteko harremana. Euskal Herriko Unibertsitatea, Bilbo 2000. http://www.ehu.es/xabier.zupiria/liburuak/harremana.htm

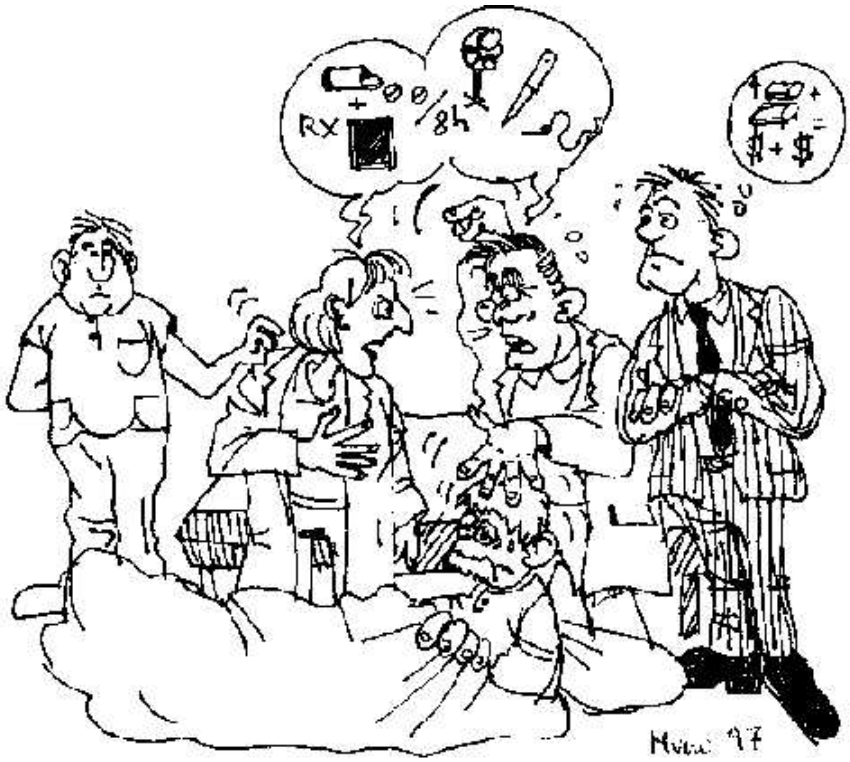
Sakontzeko:

- **Cibanal L, Arce MC**. La relación enfermera-paciente. *Universidad de Alicante, Alicante 1991*.
- **Chalifour J**. La relación de ayuda en cuidados de Enfermería. Una perspectiva holística y humanista. *SG editores. Barcelona1994.*
- **Cibanal L**.: Interrelación del profesional de Enfermería con el paciente. *Doyma, Barcelona, 1991*.
- **Laín Entralgo P**. La relación médico-enfermo: historia y teoría. *Alianza, Madrid 1983*.
- **Giordani B.** La relación de ayuda: de Rogers a Carkhuff. *Desclée de Brouwer, Bilbao 1997.*
- **Glass L.** Relaciones tóxicas: 10 maneras de tratar con las personas que te complican la vida. *Paidos, Barcelona 1997.*
- **Marroquín M**. La relación de ayuda e Robert R Carkhuff. *Mensajero, Bilbao 1991*.
- **Ovejero A**. Las relaciones humanas: psicología social teórica y aplicada. *Biblioteca Nueva, Madrid 1998.*
- **Peplau HE**. Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. *Ediciones Científicas y Técnica, Barcelona 1990.*
- **Strayer J, Eisenberg N**. La empatía y su desarrollo. *Desclée de Brower, Bilbo 1992*.
- **Tazón MP, García J, Aseginolaza L**. Relación y comunicación. *DAE, Madrid 2000.*
- **Yarnoz S.** Las relaciones interpersonales. *Euskal Herriko Unibertsitatea, Leioa 1993.*

Asertibitatea lantzeko:

- **Castanyer O.** La asertividad, expresión de una sana autoestima. *Desclée de Brouwer. Bilbo, 1996.*
- **Fensterheim H.** No diga sí cuando quiere decir no. *Grijalbo, Barcelona 1993.*
- **Smith MJ.** Cuando digo no me siento culpable. *Grijalbo, Barcelona 2000*.

13.GAIXOAREN PSIKOLOGIA.



0.Sarrera
1. Definizioak
2. Etologia eta antropologia
3. Gaixotze-prozesuaren psikologia.
4. Prozesu terapeutikoa
5. Mina
6. Ospitaleratzea
7. Gaixo kirurgikoa
8. Zainketa bereziak
9. Gaixotasun kronikoak
10. Heriotza
11. Gaixoaren ebaluazio psikosoziala
12. Bibliografia

0. Sarrera.

Gaixoa, pazientea, bezeroa… Gure rol-lagunari zein izen jarri eztabaidatzen dugu osasun-profesionalok. Gaur egun, badirudi bezeroa dela izenaren lehia irabazten ari dena. Egia da gure zeregina handituz joan dela: ez dugu gaixoa sendatzen, zaintzen edo egokitzen laguntzen bakarrik, lan prebentiboa ere egiten dugu. Halere, gure lanaren zati handiena gaixoekin egiten dugu. Gaixoa, beldurtzen eta kezkatzen duen osasun-arazo batekin hurbiltzen zaigu eta laguntza berezia eskatzen digu. Gauza gutxi dago gizakientzat osasuna baino garrantzitsuagoa. Osasuna galtzean, babesgabetasuna eta beldurra sentitzen du gizakiak. Beraz, pertsonarentzat zaila eta garrantzitsua den egoera batean hurbiltzen zaigu laguntza bila.

Gaixo egoteagatik prozesu psikologikoak ez dira aldatzen, berdinak dira. Halere, gaixo egotea estresagarria den heinean, galera dakarren heinean eta krisi unea den heinean, oso kontuan izan behar ditugu prozesu horiek, gaixoaren erantzunak hobeto ulertzeko.

Gai honetan, gaixoaren erantzun psikologiko arruntak azpimarratuko ditugu, osasun-profesionalari eguneroko lanean antzematen lagun diezaion. Gaixotasunean eta antzeko egoera zailetan, gaixoaren larritasuna, haserrea eta tristura kutsatu egin daitezke. Horrelakoetan, osasun-profesionalak gaizki pasatzen du eta ihes egiteko edo gaixoa gainetik kentzeko (psikologoarena bidaltzeko) tentazioa izan dezake. Osasun-profesionalari gaixoaren erantzun arruntak onartzea eta egoera horiekin ohitzea komeni zaio.

Sendatze-prozesuan ahalegin handiak egiten dituzte gaixoek, senideek eta osasun-profesionalek. Halere, batzuetan emaitzak ez dira onak izaten. Azpian, ikusten ez diren indarrak egoten dira osatze-prozesua kaltetzen dutenak. Ikusten ez diren oztopo kaltegarri horiek antzematen ikastea komeni zaio osasun-profesionalari, alferrik lana ez egiteko.

Osasun-profesionalari, zer gaitasun bereganatzea komeni zaio?
Mediku eta erizainek gai izan beharko luteke:

- Gaixoaren erantzun psikologiko arruntak antzemateko eta onartzeko.
- Osatze-prozesuan laguntzen duten eta kalte egiten duten faktoreak antzemateko
- Gaixoaren ebaluazio psikosoziala egiteko

1.Definizioak

Osasuna: Ongizate fisikoa, psikologikoa eta soziala (WHO/OMS).

Gaixotasuna: Osasun-galera (Diccionario terminológico de ciencias médicas. Salvat, Barcelona 1989, 362 orr).

Gaixoa: Gaixotasuna duena (Diccionario terminológico de ciencias médicas. Salvat, Barcelona 1989, 373 orr).

Euskara	*Gaztelera*	*Frantsesa*	*Ingelesa*
Osasuna	Salud	Salut	Health
Gaixotasuna / Eritasuna	Enfermedad	Maladie	disease
Gaixoa / Eria	Enfermo	Malade	Ill

2. Etologia eta antropologia

Garatuenak diren animalietan, kumeen zainketa ohikoa da. Halere, heldu gaixoak zaintzea oso jokabide arraroa da animalien artean. Salbuespen gisa, ikusi da izurdeek gaixo dagoenari bidaiatzen laguntzen diotela txandaka.

Gizakiengan ere, gaixoen zainketa ez da kultura guztietan ikusten den jokabidea. Kultura atzeratuagoetan, nomadak ziren kulturetan, gaixoak karga handia ziren taldearentzat eta alde batera uzten ziren. Amerikako indioen kasuan eta eskimalen kasuan, gaixoak eta zaharrak karga bihurtzen zirenean, taldea uzten zuten eta hiltzera baztertzen ziren. Halere, kultura gehienek, nomada izateari utzi eta abeltzaintzan eta nekazaritzan sartu zirenetik (iraultza neolitikoa), gaixoak zaindu egin dituzte. Nolabait, ziurtasun puntu bat lortu den arte ez da posible izan gaixoez arduratzea. Gainera, kultura guztietan gaixoen zainketara dedikatu diren lanbideak garatu dira, eta kultura guztietan garrantzi handiko lanbideak izan dira: izan ere, osasunaren gaia beti izan da garrantzitsua gizakiarentzat.

3. Gaixotze-prozesuaren psikologia.

Gaixotzean, gizakiongan fenomeno psikologiko nabarmenak gertatzen dira. Ezinbestekoa da osasun-profesionalok horiek ezagutzea, gaixoaren jokabidea hobeto ulertu eta haren lekuan hobeto jartzeko.

3.1 Gaixotze-prozesuaren etapak.

Hasi aurretik, gaixotze-prozesuaren etapak ikusiko ditugu. Schumann-ek honako etapa hauek adierazi zituen:

- Sintomen agertzea.
- Gaixo-rolaren onartzea.
- Gaixo-rolaren legitimazioa
- Osasun-taldearekin harremana. Hitzarmen terapeutikoa.
- Osatzea, errehabilitazioa.

Gaixoa osasun-profesionalarengana joan denerako bizipen batzuk izan ditu. Aurrena sintoma agertu da.

Sintoma gauza subjektiboa da. Gaixoak sentsazio batzuk ditu eta horiek hautematen ditu. Hautematearen gaian argitu zen bi pertsonek ez dutela berdin hautematen sentsazio bera, bakoitzak bere historiatik, nortasunetik eta egoera emozionaletik hautematen duelako.

Horrek azaltzen du antzeko lesioa duten bi gaixok gaixotasuna hain ezberdin bizitzea. Biek min bera izango balute ere, eta hori inoiz ezin da jakin, biek ez lukete berdin hautemango, ez lukete berdin sufrituko, ez lukete oinazea berdin adieraziko.

- Batzuek ez diote garrantzirik emango sentsazio garrantzitsu bati, eta
- besteek garrantzirik gabeko sentsazioari garrantzi gehiegi emango diote.

Lehenengoak, nahiz eta gaitza larria izan, ez dira gaixoaren paperean jarriko. Baliteke medikuarengana joaten direnerako zer eginik ez egotea.

Sintomari kasurik egiten ez zaionean. *30 urteko neska. Hilekoa beti irregularra izan du. Azken aldian, galera handi samarrak ditu, baina ez dio garrantzirik ematen. Egun batean, lanean, konortea galdu eta erori egiten da. Larrialdietara eramaten dute. Bertan, esplorazioa egin eta umetokian mioma bat aurkitzen diote. Umetokia kendu egiten diote. Neska horrek ez zion garrantzirik eman izan zituen sentsazio eta zeinuei. Ez zuen gaixoaren rola hartu, ez zion inori aipatu eta ez zuen laguntza profesionala eskatu.*

Bigarrengoek kontsultak betetzen dituzte, osasun-profesionalen etsipenerako. Edozein sentsazio arrunt larritasun handiz bizi dute. Gaixo sentitzen dira eta ingurukoek gaixo-rola onartzen diete. Gero osasun-profesionalarengana joaten dira, gaixo-rolaren legitimazioaren bila. Hor hasten da arazoa gaixo horientzat. Osasun-profesionalek ez dute ezer aurkitzen eta ez diote legitimaziorik ematen. Legitimazioaren atzetik mediku batetik bestera joaten dira. Gehienetan psikiatra edo psikologoarenean bukatzen dute.

Aipatu beharra dago gaixo horiek, beste guztiek bezala, legitimazioaren eskubidea dutela. Arazoa zera da, gaixotasun fisikoak ez direla eta mediku eta erizain gehienentzat ulergaitzak direla. Lesio fisikorik aurkitzen ez dutenez, ez dute ulertzen zer gertatzen zaion gaixoari.

Txistea. *Egunero bezala amona batzuk anbulatorioan zeuden bere txandaren zain. Batek galdetzen du:*
- *Gaur ez da Maria etorri?*
- *Ez, gaizki sentitzen omen zen- erantzuten dio beste batek.*

Jarraitu aurretik, sintoma batzuk azaltzen dituzten arrazoi neurologiko batzuk azpimarratuko ditugu.

Hartzaile sentsorialetatik nerbioak ateratzen dira nerbio-sistema zentral aldera. Buruko 12 pareak zuzenean garunera eta beste guztiak bizkarrezurreko muinetik barrena. Bidean, nerbioak, bizkarrezurreko muina, edo garuneko bideren batek konpresioa jasaten badu, sintomak izan ditzake gaixoak, estimulu sentsorialik gabeko hautemateak (haluzinazioak). Bizkarrezurreko disko baten herniak, hanketan mina eragiten du. Garuneko tumore batek haluzinazioak ere sor ditzake (ez dagoen zerbait ikusi, esan ez den zerbait entzun, ez dagoen usain bat usaindu...). Garun-azalean elektrikoki kilikatuz gero, pertsonok oroitzapenak berbizitzen ditugu. Jakingo duzue jakin, gaixo eskizofrenikoek esan ez diren ahotsak entzuten dituztela. Zergatik ez ba, zirkuitu baten kitzikapena gertatu bada?

Gorputz-atal mamutuaren fenomenoa. *Benetan deigarria izaten dira besoa moztu dioten batek izaten dituen hautemateak. Jadanik ez duen besoan, mina, inurriak eta horrelakoak hautematen ditu. Osasun-profesionalontzat ulergaitza egin daiteke hasiera batean. Nola liteke ez dagoen atal batek min egitea? Oroitu behar dugu atala ez dela egongo, baina ataletik ateratzen ziren nerbio-bideak ia osorik daudela garun-azaleraino*

Beraz, ezin dugu ahaztu lesio organikorik gabe sentsazioak eta hautemateak gerta daitezkeela.

Gainera, beste gauza bat argi izan behar dugu osasun-profesionalok: gaixoak sufritzen duela badio, sinetsi egin behar zaio. Baliteke guk ez ulertzea, baliteke lelokeria iruditzea, baliteke gaixotasun fisikorik ez aurkitzea... baina gaixoak sufritzen duela badio, sufritzen duelako da.

3.2 Gaixotasun motak.

Bide horretan, Tizonek gaixotasunen sailkapen interesgarria egiten du. Horretarako hiru irizpide hartzen ditu kontuan:
- Gaixotasuna sufritzen ote den: gaixoak sufritzen duen edo ez duen sufritzen (gaixotasun batzuk ez dute sintomarik ematen, eta bestelako analisietan diagnostikatzen dira).
- Gaixotasuna adierazia den: gaixoak laguntza profesionala eskatu duen.
- Gaixotasuna tipifikatua dagoen: medikuek ezagutzen duten eta izena jarri dioten.

Irizpide horiekin, gaixotasun mota zenbait defini daitezke:
- Sufritua, adierazia, tipifikatua: **gaixotasun tipikoa**.

- Sufritua, adierazia, tipifikatugabea: profesionalen buruhaustea eta gaixoaren etsipena.
- Sufritua, adierazigabea, tipifikatua: **ezkutatutako gaixotasuna.**
- Sufritua, adierazigabea, tipifikatugabea:
- Sufritugabea, adierazia, tipifikatua: arraroa.
- Sufritugabea, adierazia, tipifikatugabea: **simulatzailea.**
- Sufritugabea, adierazigabea, tipifikatua: **gaixotasun mutua**.
- Sufritugabea, adierazigabea, tipifikatugabea: **ez da ezer**

Gaixotasun fisiko tipikoa **sufritua, adierazia eta tipifikatua** da. Gaixoak sentsazio berriak ditu, eta kezka eragiten diote. Etxekoei esan, eta kezkatu egiten dira haiek ere. Gaixo-rola hartu, eta osasun-profesionalarengana joaten da legitimazio eske. Osasun-profesionalak ez du arazorik gaixotasuna diagnostikatu (etiketa jarri) eta tratamendua aholkatzeko.

Gaixotasun sufritua, adierazia, tipifikatua. *Pertsona bat beherakoarekin hasten da (sufritua). Hasieran, ez dio garrantzirik ematen. Bi aste igaro eta gero, etxekoei komentatu eta larritzen hasten da. Biharamunean, medikuarengana joaten da (adierazia). Medikuak proba batzuk egin eta hestean tumorea aurkitzen eta diagnostikatzen dio (tipifikatua).*

Osasun-profesionalek, mediku eta erizainek gehienbat, ez dute arazorik gaixotasun horiekin. Ondo moldatzen dira. Ezagutzen dituzte eta diagnostikoaren orduan ez dute zailtasunik izaten. Gainera, kasu bakoitzean aholkatu eta egin behar dena badakite.

Gaixotasun **sufritua, adierazigabea, tipifikatua (ezkutatutakoa):**

Gaixotasun sufritua, adierazigabea, tipifikatua. *Gaixoak beherakoarekin darama urte bete (sufritua). Inoiz ez dio garrantzi gehiegirik eman, ez dio inori esan eta noski ez da osasun-profesionalengana hurbildu (adierazigabea). Bi urteetara, konplikazio nabariak izaten hasten da eta larrialdietara joaten da (hemen adierazia bihurtzen da). Hesteetako minbizia aurkitzen diote (tipifikatua). Ez dago zer eginik. Tumoreak beherakoa sortzen zuen. Gaixoa ohartu zen, baina ez zion inori esan eta ez zuen laguntza eskatu. Ez zion garrantzirik eman sintomari.*

Horrelako kasuak ez dira arraroak. Gaixoa sentsazioez eta zeinuez jabetzen da, baina ez die garrantzirik ematen. Beste batzuetan, beldurra dela eta, ukatu egiten dute.

Gaixotasun sufritua, adierazigabea, tipifikatua. *Ginekologiako zerbitzuan 50 urteko emakumea ingresatu dute. Bular batek bularreko minbizi aurreratuaren sintomak ditu: laranja azalaren larrua, larruko uzkurtzeak eta mantxa moreak. Gaixoak dio aspaldi konturatu zela bularrean zerbait zuela (sufritua), beldurra ematen ziola medikuarengana joateak, eta horregatik ez zela joan (adierazigabea). Ezkongabea zen eta ez zion inori esan. Denbora aurrera joan ahala, gero eta okerrago ikusten zuela eta, azkenean medikuarengana joatera behartu zuen bere burua*

Ez da arraroa bularreko automiaketa edo urteroko ginekologiako azterketa egin nahi ez duten emakumeak aurkitzea. Ematen duten arrazoia izaten da: "Eta zerbait aurkitzen badidate? Utzi!, Utzi!"

Gaixotasun **sufritugabea, adierazigabea eta tipifikatua (mutua)**:

Sufritugabea, adierazigabea, tipifikatua (mutua). *Urteroko errebisioan ginekologoak tumorea aurkitzen dio neska bati bularrean (tipifikatua). Aurretik ez zuen inolako sintomarik sentitu (sufritugabea).*

Errebisioetan, oraindik sintomarik eman ez duten tumoreak aurkitzen dira. Tumore askok hasieran ez dute sintomarik ematen. Osakidetzak martxan jarri zuenetik bularreko minbiziaren aurkako kanpaina, 55 urte baino gehiagoko emakumeentzako prebentzio-kanpainan, sintomarik gabeko emakumeak ingresatzen dituzte ospitaleetan, bularrean tumore goiztiarra aurkitu eta gero.

Osasun-profesionalen buruhausteak gaixotasun tipifikatugabeekin hasten dira.

Gaixotasun **sufritugabea, adierazia eta tipifikatugabea**, simulazioa da. Ez dago gaixotasunik. "Gaixoak" gaixo-papera egiten du, zerbaitetarako interesa duelako (segurua kobratzeko, edo baja hartzeko, adibidez). Itxuragileak ez du gaixotasunik sufritzen eta denbora asko galarazten dio osasun-profesionalari.

Gaixotasuna sufritua, adierazia eta tipifikatugabea. Osasun-profesionalei lan handia ematen die. Gaixotasun hauek osasun-munduak dituen mugak adierazten dizkigute. Ez dugu dena ezagutzen, eta gaixoaren oinazearen zergatia ez dugu asmatzen. Osasun-profesionalek gaizki pasatzen dute, eta gaixoek zer esanik ez. Horrelakoetan, osasun-profesionalek zer egin ez dakitenean, itxuragiletzat hartzen dituzte gaixoak, edo psikologo nahiz psikiatrarengana bidaltzen dituzte (gaixo psikosomatikoak).

Mediku eta erizainek ez dute dena jakin behar. Horregatik, horrelako gaixotasunak agertzean, deribatzen jakin behar dute.

Michael BALINT (1896-1970).

Balint psikiatra ingelesak bilerak egin zituen familia-mediku talde batekin, horrelako gaixoekin zer egin zitekeen aztertzeko. Esaten zuen osasun-profesional haiek medikazioaz gainera, "medikua" medikazioa ematen jakin behar zutela dosi egokian. Gaixoari entzun eta ulertu, ulertezinak egiten zitzaizkion sintomak gaixoarekin batera ulertzeko. Esaten zuen noiz hasi eta noiz bukatu jakin behar zuela medikuak.

Emozioak gorputzean bizi ditugu (emozioaren alde fisiologikoa). Horregatik, ez da arraroa gaixo horiek larridura sintoma fisiko huts gisa bizi izatea, gorputzean baitituzte sentsazio bakarrak. Ez dituzte beldurra identifikatzen laguntzen dieten pentsamenduak. Haur txikia beldur denean beldurra dela ez dakien bezala (ez baita izendatua izan), larri dabilen helduak ere ez daki zeren beldur den. Osasun-profesionalaren zeregin bat horixe izan daiteke: gaixoa lasaitu eta dituen beldurrei izena jartzen laguntzea.

Argi dago gaixo mota horrek emozioaren alde begetatiboa bakarrik duela agerian. Emozio batzuk bizi ditu, besteok sintoma fisikoak bizitzen ditugun bezala. Gaixo zaila gertatzen da. Adierazpen klinikoak azalduko dituen lesiorik ez dago, baina berak sintoma fisiko nabariak hautematen ditu. Zaila egiten zaio gertatzen zaiona arazo psikologikoa izan daitekeela pentsatzea. Nola izango da psikologikoa, gorputzean hain argi bizi ditut-eta sintomak?

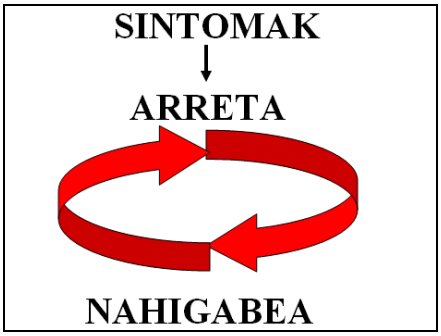
Gaixo psikosomatikoak dira gaur egun osasun-munduak duen erronka handienetarikoa. Osasun-profesionalok ezina sentitzen dugu eta ahal dugun neurrian gainetik kentzen ditugu gaixo horiek. Zalantzarik gabe, osasun-profesionaloi, ez dakigunaren aurrean lasaitasunez erantzuten ikastea komeni zaigu. Jarrera horrek gaixoarekin harreman egokia eraikitzen lagunduko digu eta lasaitu egingo ditu.

3.3 Gaixotasunaren eragin kognitiboak

Kognizio-mailan aldaketa nagusia arretan gertatzen da. Nahitako arreta mantentzeko gaitasuna galtzen da, arreta gaixotasunean jarrita dagoelako (sasiaprosexia). Gaixoek **sasiaprosexia** izaten dute. Arreta beren baitan jarria dute, beren sintometan. Ingurukoei gehiegizkoa iruditzen zaie, eta aholku bat ematen diete: ez jarri hainbeste arreta zure

sintometan eta zure egoeran, distraitu. Denok dakigu mina daukagunean distraitzea lortzen badugu, minak min gutxiago egiten duela; min berarekin gutxiago sufritzen dugula. Halere, ez da hain erraza, gaixo gehienek ez baitute lortzen distraitzea, eta askok nahiko lukete.

Gaixotasunak arreta guztia jaten du, sintomak deigarri gertatzen dira gaixoarentzat. Zaila da horrela distraitzea. Aldi berean, horrek gurpil zoro batean sartzen du gaixoa: gero eta arreta gehiago, gero eta sufrimendu gehiago.



Egoera horretan, beldurra edota larridura sentitzen da. Horrek oroitzapen beldurgarriak ekartzen dizkigu gogora. Aldi berean, kanpoko munduan arreta, irudikapen horiekin bat datozen gauzetan jartzen da. Gauza anbiguoak, uneko tonalitatea hartzen dute, eta beldurgarritzat hautematen dira. Gorputz-sentsazio eta -zeinuak normalean baino beldurgarriagoak hautematen dira. Burutazioak ere antzekoak izaten dira, beldurgarriak: gaixotasuna, heriotza... arrazionaltasuna galtzen da.

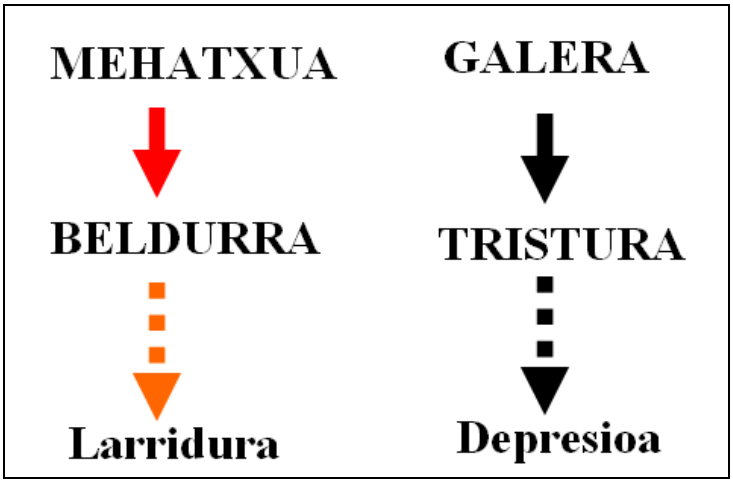
Azken batean, aparatu kognitibo guztia beldurrak kutsatua dago, eta, irudian agertzen den bezala, gurpil zoroaren moduan bermatu eta indartu egiten da egoera afektiboa. Egoera afektiboak prozesu kognitiboak kutsatzen ditu eta prozesu kognitiboek (oroimena, hautematea, pentsamendua) egoera afektiboa mantentzen dute.

Azpimarratzekoa da gaixoak duen denboraren hautematea eta osasun-profesionalak duena ez doazela erritmo berean. Gaixoak diagnostiko-denborak oso luzeak bizi ditu. Diagnostikoaren zain dagoen gaixoarentzat denbora oso mantso pasatzen da: horren zain dago egun guztia, eta denbora luzea egiten da. Osasun-profesionalarentzat, ordea, denbora oso bizkor doa: lanean denbora askoz ere lehenago pasatzen da. Hautemate-ezberdintasun horrek gatazkak sortzen ditu: gaixoak pentsatzen du ez zaiola kasurik egiten eta profesionalak pentsatzen du gaixoak ez duela pazientziarik. Gaixoak proben emaitzen zain astebete egin badu, denbora asko da berarentzat, batez ere ingresaturik badago. Osasun-profesionalarentzat, ordea, aste hori airean joan da.

Oso kontuan izan behar dugu osasun-profesionalok aipatutakoa. Maiz, gaixoak oso pazientzia gutxi duela irudituko zaigu, gauzak handitu egiten dituela. Kontuan badaukagu haren denbora askoz ere mantsoago doala, ulertuko dugu haren ezinegona, eta ez gara haserretuko. Kontuan hartzen badugu haren prozesu kognitiboak egoerak kutsaturik daudela, errazagoa egingo zaigu nola sentitzen den ulertzea.

3.4 Gaixotasunaren eragin afektiboak.

Afektiboki, gaixotasunak bi eratako emozioak sortzen ditu: beldurra eta tristura.



Gaixotasuna mehatxutzat bizitzen bada, erantzuna beldurra eta larridura izaten dira.

Bestalde, gaixotasuna galeratzat bizitzen bada, tristura ekartzen du eta batzuetan depresioa. Maiz, galera ez dugu onartzen eta haserretu egiten gara.

Beraz, gaixotasunari ematen zaion esanahiak erabakitzen du neurri batean zein izango den emozio nagusia. Gaixoek esanahi ezberdinak ematen dizkiote gaixotasunari (Lipowsky):
- ***Gaixotasuna erronka gisa***. Gaixotasunean erronka ikusten duenak laguntza eskatzeko joera izango du, sendatze-prozesuan parte hartuko du eta informazioa bilatuko du. Estresa sentituko du, baina emozioak ez dira negatiboak izango.
- ***Gaixotasuna mehatxu gisa***. Gaixoak beldurra, larridura eta haserrea biziko ditu. Emozioak saihestea bilatuko du, arazoari aurre egin beharrean.
- ***Gaixotasuna aterpe gisa.*** Gaixo batzuek gaixotasunean aterpea bilatuko dute eguneroko ardurak saihestearren. Behar afektibo handia duten gaixoak dira.
- ***Gaixotasuna irabazi gisa.*** Gaixo egoteak bigarren mailako irabaziak ekartzen ditu. Gaixo batzuek egoera erabili dezakete nahi dituzten gauzak lortzeko (manipulazioa).
- ***Gaixotasuna zigor gisa***. Gaixo batzuk gaixotasuna zigor gisa etorri zaiela pentsatzen dute, ez dutelako zuzen jokatu. Beren ekintzen ordainean onartzen dute gaixotasuna.

Bestalde, gaixotasun askotan biak batera gertatzen dira: galera gertatzen da eta mehatxutzat bizi da. Beraz, oso arruntak dira beldurra eta tristura gaixoarengan.

Gaixotasun akutuak batez ere beldurrarekin bizitzen dira. Gaixotasun kronikoak, bestalde, galeratzat.

Emozio horiez gainera, beste emozio batzuk bizitzen ditu gaixoak eta oso lotuak daude egiten dituen egozpenekin. Weiner-ek dio orokorrean bi gauzek erabakitzen dutela sortutako emozioa:
- Ondorioa ona edo txarra den.

- Kausa kontrolagarria zen edo ez.
Ondorio ona, eta nire kontrolpean dauden gauzengatik: h**arro**.
Ondorio ona, besteen kontrolpean dauden gauzengatik: **esker ona**.
Ondorio txarra, nire kontrolpean dauden gauzengatik: **errua**.
Ondorio txarra, beste baten kontrolpean dauden gauzengatik: **haserrea.**

Ez da arraroa errua eta haserrea gaixo dauden pertsonengan. Gaixoa errudun senti daiteke gaixotasuna bere burua gutxi zaintzeari egozten badio. Gaixoa osasun-profesionalekin haserre egon daiteke, bera osatzeko egin behar dutena ez dutela egiten pentsatzen duelako. Bai erruak eta bai haserreak, egoera berria ez onartzearekin zerikusia dute.

Ez da arraroa gaixotasunak sortzen dizkigun emozioen aurrean babes-mekanismoak martxan jartzea, emozio horiek jasangaitzak egiten zaizkigulako.

Babes-mekanismoak

Freudek, psikoanalisiaren asmatzaileak, ikusi zuen gure kontzientziatik kanpo gauza asko genituela buruan sartuak. Gertakizun eta nahi asko gordeta genituela baina kontzientziatik kanpo. Gogamena hiru zatitan banatu zuen:
- Inkontzientea.
- Prekontzientea.
- Kontzientea.

Inkontzientean gordeak ditugu larridura sortzen diguten nahi eta oroitzapenak. Batzuk inoiz kontziente izandakoak, besteak beti inkontzienteak izan direnak. Gorderik daude edo galaraziak direlako edo guretzat oso mingarri direlako. Mingarria dena kontzientziatik kanpo gordetzea babes-mekanismoen gauza da. Babes-mekanismoak aldi berean inkontzienteak dira. Hori ondo ulertu behar da. Babes-mekanismoak erabiltzen ditugu mingarria denetik gure burua zaintzeko, baina inkontzienteki egiten dugu. Maiz "horrek ez du enteratu nahi zer gertatzen zaion" esaten dugu. Egia da ez duela nahi, baina nahi hori inkontzientea da. Ez da konturatzen, ezin duelako, eta ez nahi ez duelako.

Babes-mekanismoen artean errepresioa da garrantzitsuena. Errepresioari esker, galarazia edo mingarria inkontzientean gordetzen da. Larridura ekiditeko, nahi edo oroitzapen mingarriak inkontzientean gordetzen ditu errepresioak. Halere, nahi eta oroitzapen horiek indarra egiten dute inkontzientetik ateratzeko. Normalean bide bat baino gehiago hartzen dituzte ateratzeko:
- Ametsak.
- Fantasiak.
- Hutsak, lapsusak
- Jokabideak
- Erresistentziak

Horrez gainera, badira beste babes-mekanismo batzuk irtenbidea ematen diotenak nahi eta oroitzapen horiei, kontzientziatik pasa gabe. Horiei esker, inkontzientean dagoena atera daiteke. Komeni da ateratzea, errepresioak energia asko gastatzen baitu. Asko erreprimitu behar bada, energia gehiegi erabiltzen da horretan eta beste gauzak egiteko indarrik gabe geratzen da pertsona.

Errepresioaz gainera, garrantzitsuak dira beste babes-mekanismo hauek:

-Desplazamendua: erreprimitutako nahi eta afektuak jatorrizko objektuei loturik azaldu beharrean, beste objektu batzuei loturik agertzen dira. Ametsetan, fantasietan eta abar, mozorroturik agertzen dira benetako nahi eta afektuak.
- *Proiekzioa*: Gure buruan ikusi ezin duguna besteengan ikusten dugu. Gurea erreprimitu egin dugu eta, proiektatu eta gero, bestearengan ikusten dugu. Esaera batzuek ondo adierazten dute fenomeno hori: "*Zozoak beleari ipurbeltz*".
- Razionalizazioa: Jokabidearen benetako arrazoiak ezkutatzeagatik, mila azalpen ematean datza. Nahia jokabideak bete du, baina benetako arrazoiak gordeta jarraitzen du gaixoarentzat.
- Ukapena: Oso erabilia da. Emozioa edo nahia ukatzean datza. Gaixoari berri txarra ematen diotenean, askotan ezin du bat-batean digeritu. Horrelakoetan, babes-mekanismo hau martxan jartzen da. Hasieran oso lagungarria da, bat-batean ezin delako onartu. Halere, gehiegi luzatzen bada, ez dio gaixoari bere arazoari aurre egiten utziko. Denbora luzez ukatzeak ez du uzten errealitatera egokitzen.

Ukapena*. Gaixoari diagnostiko txarra ematen zaionean, oso arrunta da ukapena egitea. Ukapenak aringarri gisa jokatzen du oso gogorra den zerbaiti aurre egiteko. Gaixoak badaki esan diotena, baina jakingo ez balu bezala jokatzen du.* ***The doctor*** *eta* ***Philadelphia*** *filmetan ondo ikusten da gaixoek egiten duten ukapena: gaixotasuna dutela, beren eguneroko bizitzarekin jarraitzen dute, ezer gertatuko ez balitz bezala.*

- *Sublimazioa*: Sublimazioa da dudarik gabe babes-mekanismo helduena. Bertan, sozialki ondo ikusia dagoen ekintza baten bitartez, sozialki gaizki ikusia dagoena egiten da. Gizakiok ditugun arazo psikologiko asko, gaizki ikusiak dauden gauzak nahi ditugulako gertatzen dira. Gaizki daudenez, erreprimitu egiten ditugu eta barrutik bultzaka egoten dira asetzeko. Profesio asko nahi debekatuak asetzeko aukeratzen dira, profesionalki egitea onartua baitago. Jendeari labanarekin zauriak egitea ez dago onartua, baina zirujaua izatea bai.

Gaixotasun akutuak eta larridura.

Gaixotasun akutuak bat-batean azaltzen dira, gehienetan indar handiz, eta gaixoaren ongizatea mehatxatu egiten dute. Emozio nabarmenena beldurra izaten da. Larrialdiak, kirurgiak, zainketa bereziek... gaixoarengan (eta senideengan) beldurra sortzen dute.

Ikusi da, gaixoarekin prozeduraz, protokoloaz eta azaltzen diren sintoma normalez hitz egiteak lasaitu egiten duela gaixoa. Kirurgian azalpen horiek emateak gaixoen eboluzio hobeak iragartzen ditu.

Larridura buru-nahaste gehienetan agertzen den sintoma da. Objekturik gabeko beldurra da. Gehienetan beldur inkontzientea da.

Larridura ere estres-erantzunaren ondorio bat da. Estres-erantzunak gorputza iheserako edo borrokarako prestatzen du. Gaurko gizartean ditugun erronka gehienek ez dute ihes edo borroka-jokabiderik eskatzen. Halere, erronkaren aurrean, gizakion gorputzak lehen bezala erantzuten du: ihes edo borrokarako gorputza prestatzen duen erantzun begetatiboarekin. Erantzun hori larridura da. Lehengo erantzun motorrak ez dira martxan jartzen, eta, horregatik, erantzun begetatibo horiek maiz gertatzen badira (estres kronikoa), gaixotasun psikofisiologikoak agertzen dira.

Gaixotasunak ia beti larridura sortzen du. Larriduraren iturria zalantza honetan aurkitu daiteke: gaindituko dut egoera hau, edo ez? Nabaria da gaixotasun akutuetan, baina baita kronikoetan ere.

Gaixotasun kroniko batzuk, agerraldika, okerrera eboluzionatzen dute. Horietan, agerraldi bakoitzak gero eta okerrago uzten du gaixoa. Edozein unean azaldu daiteke beste agerraldi bat, ez dago jakiterik noiz. Horrek gaixoa ziurgabetasun-egoera batean dauka beti, eta larridura sortzen dio. Gainera, horrelako gaixotasunetan, estres kronikoak agerraldi berriak eragiten dituela ikusi da. Gehien komeni zaiena lasai egotea da. Baina, nola egon lasai hurrengo agerraldia edozein unetan azaldu badaiteke?

Dudarik gabe ziurgabetasun-egoerak dira estresagarrienak. Gertatuko da edo ez da gertatuko? Zalantzak etengabeko ebaluazio batean sartzen gaitu, larridura sortuz.

Galera, dolua, tristura eta depresioa.

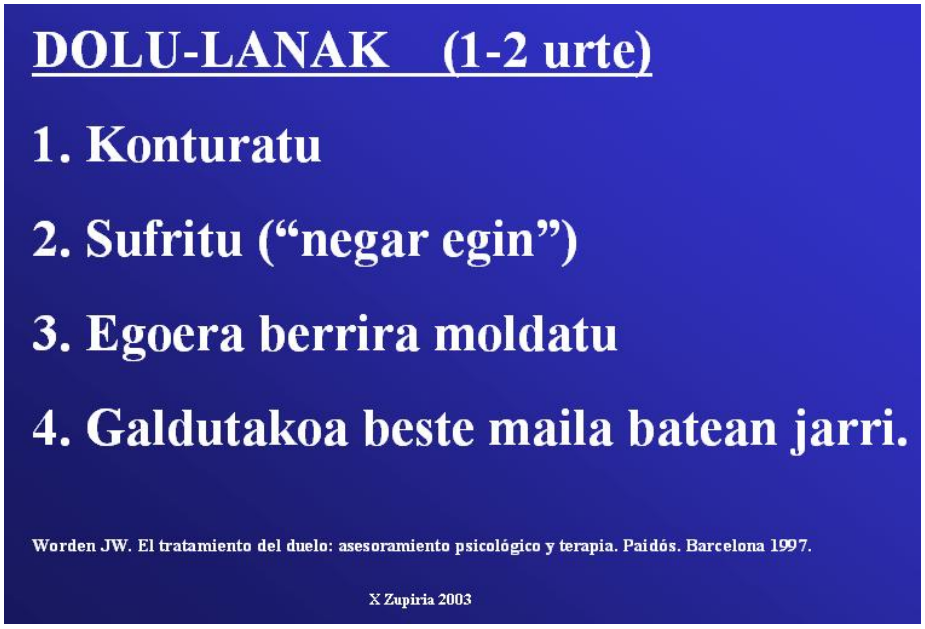
Galera guztiek beharrezkoa dute asimilazio- eta berregokitze-epe bat. Dolua galeraren ondoren gertatzen den prozesua da, galdutakoa onartzean eta egoera berrira moldatzean bukatzen dena. Denengan ez du berdin irauten eta ez da berdin adierazten. Tristura da epe horretan emozio nagusia.

Galera izan dadin, ez da edukitako zerbait galdu behar. Maiz, espero zen zerbait galtzen da, ilusio bat, igurikapen bat. Galera gisa har ditzakegu:
- Maite dugun norbaiten heriotza.
- Harreman baten bukaera.
- Osasun-galera.
- Gorputz atalen baten galera.
- Funtzio baten galera (ibiltzea, hitz egitea...)
- Estatus-galera.
- Igurikapenak ez betetzea.

Zerbait galdutakoan, normala da triste egotea. Zenbat eta handiagoa izan galera, orduan eta handiagoa eta iraunkorragoa tristura. Halere, denboraldi baten ondoren, berriz moldatzen gara egunerokora.

Galerak tristura dakar, eta galera onartzean bakarrik da posible egoera berrira moldatzea, galdutakoan jarrita zegoen afektua kendu eta beste toki batzuetan jartzea. Orduan, dolua egin dela esaten dugu. Halere, batzuk geldirik geratzen dira dolu-prozesuan. Normala da

maite dugun norbait hil eta urtebete triste egotea. Normala ez dena da hamar urte deprimitua egotea. Gauza bera esan liteke gorputz atal baten galeraren aurrean edo osasun-galeraren aurrean.



Worden-en ikuspegitik, dolu-lanak irudian agertzen diren zereginak ditu. Lehenengo lana galeraz konturatzea da. Galeraz konturatzen ez bagara (ukatzen dugulako, arrazionalizatzen dugulako...), ez da posible dolu-lanetan hastea. Dolua egiteko, ezinbestekoa da galeraz konturatzea. Bigarren lana galdutakoagatik "negar egitea" da. Galerak sufrimendu bat dakar, frustrazio bat. Emozio horiek sentitzea da normalena. Hirugarren eta laugarren lana egoera horretatik atera eta egoera berrira moldatzea izango dira. Azkenik, dolua bukatutzat emango dugu, galdutakoa beste maila batean jartzen dugunean eta han jarrita genituen afektuak beste gauzetan jartzen ditugunean. Lan horiek ez egiteak dolua konplikatu dezake. Bere garaian egin ez den doluak faktura pasatzen du.

Egindako dolua. *Neska gazte alai batek, udan uretara buruz jauzi egin, eta harkaitz batekin lepoa puskatu zuen. Paralitiko geratu zen. Lehenengo hilabetetan ez zuen alaitasuna galdu. Bisita asko jaso zituen eta ez zen benetan konturatzen gertatu zitzaionaz. Hilabete batzuetara, etxera bueltatu zen eta bizitza berriari aurre egiten hasi behar izan zuen. Orduan konturatu zen benetan gertatu zitzaionaz. Urtebete oso triste igaro zuen, negar asko egin zuen. Handik bi urtera, bizitza berrira moldatzen ari zen. Kasu honetan, dolu normal bat ikusten dugu. Gaixoak galera onartzen du bere gogortasunean, pixkanaka.*

Dolu konplikatua. *Emakume bat bere senarra eta ama zaharrarekin bizi zen. Hilabete batean, ama eta senarra hil zitzaizkion. Amaren heriotza ez zen hain ezustekoa izan; senarrarena bai ordea. Handik zortzi hilabetera ikusi genuen. Oso aktibo zegoen. Gertatutakoa kontatzerakoan, harritu gintuen hain ondo eta osorik ikusteak. Berak zioen ondo zegoela, baina ez ziola barkatuko medikuari. Medikuaren errua izan zela senarraren heriotza. Salatu egin zuen eta epaiketetan zebilen. Amorru handia zuen eta gorroto handia medikuarekiko. Handik bost urtera, berdin zebilen oraindik. Epaiak gora eta behera, errekurtsoak hemendik eta handik. Bost urtean ez zen ezer aldatu bere bizitzan, estankaturik geratu izan balitz bezala. Bere bizitza osoa medikuaren kontrako borroka bat bilakatu zen. Dolua ez egiteagatik, bost urte galdu zituen; egoera berria ez onartzeagatik, ezin izan zuen bizitza birmoldatu; ozpinduta zegoen, haserrez betea. Handik 5 urtera deprimiturik zegoen, oso zahartuta. Ez zuen gehiago egoera hura gainditu. Kasu hau dolu patologikoaren kasua da. Konturatu zen gertatutakoaz, baina, ez sufritzeagatik, amaigabeko borroka batean sartu zen. Ez ahaztu hori egiten duenak ez duela nahita egiten, inkontzienteki baizik.*

Nahia ez betetzeak frustrazioa dakar, eta frustrazioak tristura. Triste ez egoteagatik, edo frustrazioa ez onartzeagatik, haserrean sartzen bagara, haserreari lotuta geratzeko arriskua dugu. Haserre gaude triste ez egoteagatik, eta bide horrek, azkenean, depresiora garamatza, indarrak amaitu direnean. Triste ez egoteagatik, depresioa ereiten dugu.

***Drakulak dolu patologikoa du**. Coppolaren **Drakula** filma, Bram Stoker idazlearen nobela hoberen jasotzen duen filma da (Drakularen pelikula asko egin dira). Banpiroen elezaharrak ugariak ziren Europako ekialdean, eta Drakul konde bat ere izan zen, etsaiekin oso sadikoa zelako ezaguna egin zena. Filmean ikusten da kondeak gurutzadetara joan behar duela asko maite duen andrea etxean utzita. Han dela, andreari senarra hil den berria heltzen zaio eta bere burua hiltzen du. Kondea itzultzean eta gertatutakoaz konturatzean, Jainkoarekin haserretzen da eta mendeak pasatzen ditu gaiztakerian, jendeari odola xurgatzen (dolu patologikoan dagoenak lagundu nahi dion ondokoari indar guztiak jaten dizkio). Bere andrea oroitarazten dion neska batez maitemintzen denean bakarrik izango da gai berriz maitatzeko (galdutakoa beste maila batean jarri eta egoera berrira moldatu).*

Gaixo asko ikusiko dugu galerari aurre egiten eta aurre egin ezinik, triste eta haserre, batzuetan deprimiturik, gaixotzean zerbait galtzen baita: osasuna. Osasunaz gainera, maiz estatusa galtzen da; beste batzuetan, funtzioen galera edo gorputz atal batzuen galera. Beldurra eta larriduraz gainera, galera gertatzen da. Gaixo batzuek dolu asko egin behar izaten dute, eta horrelakoetan ez da erraza buelta ematea.

***Born on the fourth of july** filmean protagonista dolu mordo bati aurre egin beharrean. Dolu horiei aurre nola egiten dien ongi ikusten da filmean. Ikusten laguntzeko, begiratu helbide honetan:*
http://www.ehu.es/xabier.zupiria/filmeak/Born%20on%20the%20fourth%20of%20july.pdf

Kontzeptu hauek agian lagunduko digute gaixoa eta egoera hobeto ulertzen: gaixoari, zulo batean sartzeko arriskua dagoela eta zulo horretan sartzeak bizitzen ez jarraitzea esan nahi duela ikusten lagundu beharko genioke; gaizki pasatzeak berriz hasteko aukera emango diola. Baina, horretarako, profesionalok prest egon behar dugu bere frustrazioa eta oinazeari eusteko.

***Gaixoak normal erantzuten duenean.** Ginekologiako zerbitzuan astebete ingresatua egon eta gero, etxera zihoan egunean, tumorea zuela eta bueltan etorri beharko zuela esan zioten gaixoari. Psikologoari deitu zioten, oso gaizki zegoelako. Psikologoak bisita egin eta gero, esan zien mediku eta erizainei gaixoak izandako erantzuna normala izan zela. Agian mediku eta erizainak ez ziren gai sentitzen gaixoaren oinazeari aurre egiteko, eta horregatik eskatu zuten laguntza. Gaixoak ez zuen laguntza berezirik behar. Berri txar bati zegokion tristurarekin erantzun zion.*

Elizabeth Kubler-Röss psikiatrak lan asko egin zuen hiltzen ari zen jendearekin. Bizia da gal daitekeen gehiena. Ikusi zuen hiltzera doazen gaixo guztiek ez dutela beren egoera onartzen, eta onartze-bide horretan hainbat etapa deskribatu zituen: ukapena, haserrea, negoziazioa, depresioa eta onartzea.

Dolu prozesu batean, normala da errua, beldurra edota haserrea sentitzea, depresio gisako sintomak izatea, sintoma somatikoak izatea, pentsamendu autozigortzaileak izatea, arreta galdutakotik arreta aldentzeko zailtasuna izatea eta laguntzen gaituztenaganako menpekotasuna agertzea.

Galdutakoa ukatzeak, ekiditeak edo gutxitzeak, ez du batere laguntzen dolu-prozesuan.

Dolu-prozesu bat okertzen ari denaren seinale dira:

- Hiperaktibitatea
- Osasun-arazoak
- Nor bere burua bakartzea eta azaleko harreman berriak egitea, doluarekin lotutako harremanekin haserre bizia mantenduaz.
- Etsaitasuna maneiatzeko portaera zurruna.
- Depresio aztoratua (haserrekortasuna).

Galeraren unean laguntza handitu egiten da. Denborarekin, laguntza horiek desagertzen doaz eta ondorioz dolua luzatu egiten da. Horregatik, oso lagungarriak dira dolu-taldeak.

3.5 Gaixotasuna krisi-une gisa.

Gaixotasunak moldatze-ahalegin handiak eskatzen dizkio gaixoari eta haren sendiari. Horregatik, krisi-unetzat har daiteke. Eskakizun berri asko egiten zaizkie bai gaixoari eta bai senideei, eta horiek dituzten puntu ahulak agerian jar daitezke.

Gaixotasun gehienak estimulu estresagarritzat jo ditzakegu. Estresagarriagoa izango da:
- Moldatze gehiago eskatzen duen neurrian.
- Aurre egiteko denbora gutxiago duen neurrian.
- Aurre egiteko baliabide gutxiago dituen neurrian (gaitasun pertsonalak, dirua, laguntza soziala...)
- Pronostikoan ziurgabetasun handiagoa den neurrian.

Gaixotasun-uneak gaixoen eta sendien ahuleziak lantzeko erabili daitezke. Ordura arte ahulezia horiek hor zeuden. Halere, motibaziorik ez zegoen aldatzeko; bestela, aldatuko zuten. Gaixotasunak, egoera lehertzera eramaten badu, laguntza eskatuko dute eta interbentziorako une egokia izan daiteke.

Krisian lehertzen diren gauzak. *Onkologiako psikologiako kontsulta batera minbizia zuen gaixoa bere andrearekin etorri zen. Laguntza andreak eskatzen zuen, senarra haserrekor zegoela eta. Andrearekin bakarka, jakin genuen gizonak ez zekiela ezer, baina denbora gutxi geratzen zitzaiola. Berehala, negarrez lehertu zen. Bakarrik sentitzen zen eta ezin zuen gehiago. Berria 14 urteko bere alabarekin bakarrik partekatu zuen. Bizitza osoan laguntza gutxi izan zuela eta gaztetik bere amak ardura gehiegi eman ziola zioen. Senarraren gaitzak andre horren egoera lehertu egin zuen: inoiz izan ez zuen laguntza behar zuen. Ikusi genuen amak berari egin ziona errepikatzen ari zela alabarekin: 14 urteko alabarengan bakarrik bermatzen zen egoera gogor horretan. Alaba gazteari lagundu beharrean, laguntza eskatzen zion. Historiak errepikatzeko itxura zuen. Gaixoarekin ez zegoen lan asko egiteko. Ez zekien berria, baina susmatzen zuen. Ahal zuen neurrian aurre egiten ari zitzaion bere bukaerari. Sendia, ordea, urte zail batzuen aurrean aurkitzen zen. Andrea gaztea zen, eta bizia berregiteko eskubidearekin. Alabak 14 urte zituen, eta amaren bizitzan korapilatua geratzeko arriskuan zegoen. Une ezin hobea zen hura sendi harekin lana egin eta osasuna sortzeko.*

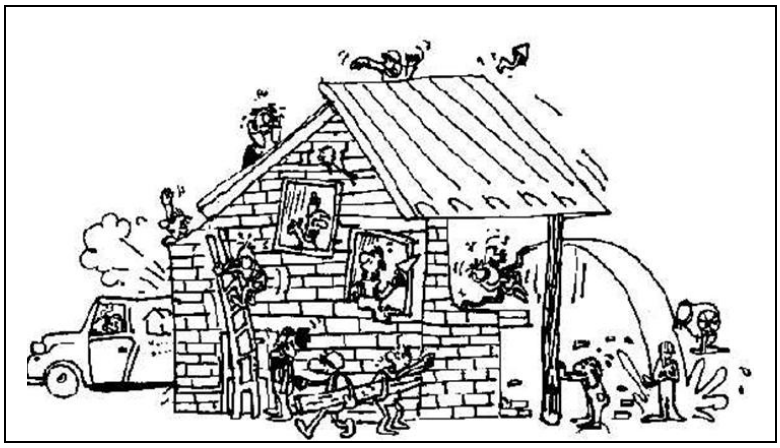
4. Prozesu terapeutikoa

Gaixoa osasun-profesionalengana joaten denean, bere kasa konpondu ezin duen osasun-arazoa duelako izaten da (edo hori uste duelako behintzat). Laguntza bila doa. Batzuetan bera ez da gaixotasunaz jabetzen eta senideek eramaten dute.

Guda modukoa planteatzen da. Bertan, irabazi beharreko etsaia gaixotasuna da, eta horri aurre egiteko daudenak: gaixoa, senideak eta osasun-profesionalak. **Osatze-prozesua**ri prozesu terapeutikoa deritzo.

Gaixotasunari aurre egiten diotenen taldean denak beharrezkoak dira. Ezinbestekoa da gaixoak osasun-profesionalekin harreman egokia eraikitzea eta osasun-profesionalek koordinazioz lan egitea. Osatze-prozesuaren arrakasta edo porrota, maila hauetan eraikitzen diren harremanekin oso loturik dago. Gaixoarekin eta senideekin harreman ona eta osasun-profesionalen arteko harreman ona.

Osasun-profesionalen arteko harremanak egokia behar du izan. Zenbat ahalegin pikutara koordinazio faltagatik! Zer-nolako ezinegona eta beldurra sortzen dituen gaixoengan osasun-profesionalen arteko deskoordinazioak! Maiz, deskoordinazioaren azpian osasun-profesionalen arteko harreman-zailtasunak daude: norberaren gaitasunak zalantzan jartzearen beldurra, lehia, bekaizkeria...



Ezin ahaztu senideek duten garrantziaz. Gaixoak senideekin duen harremanak garrantzi handia hartuko du. Osasun-profesionalek senideekin egindako harremanak ere garrantzi handia hartzen du: harreman horren menpe egon daiteke senideen laguntza edo boikota. Senideak izan daitezke laguntzailerik hoberenak edo etsairik handienak. Osasun-profesionalek haiekin egindako harremana erabakigarria izan daiteke senideek hartuko duten jarreran.

Gudaren metafora honetan etsai nagusia falta zaigu: erresistentzia. Etsai ezkutua da gehienetan, onen bandoan dagoena, mozorroturik. Horrek indartsuagoak egiten ditu erresistentziak. Erresistentziek boikota egiten dute aipaturiko harremanen eta egoera aldatzeko martxan jarri nahi ditugun ekintzen kontra.

***Aldatzeko erresistentzia**. Gaixo batek duen eritasunak elikadurarekin eta tabakoarekin harremana du. Eritasunaren diagnostikoa egin ondoren, tratamendu-urratsak eskaintzen zaizkio. Beste gauza batzuen artean, elikadura aldatzea eta erretzeari uztea aholkatzen zaio. Ez da batere erraza horrelako azturak aldatzea. Proposatzen zaion aldaketa ez da txantxetakoa. Ohituraren indarra ezin dugu ahaztu. Aldaketarako erresistentzia dago. Ez da arraroa, etxerakoan, gaixoak haserrearekin erantzutea "txorakeriak", "ziur berak ere erretzen duela" eta horrelako esaldiak esanez. Aurreikusten duen porrota justifikatzeko aitzakiak dira. Gaixoa nolabait konturatzen da, aholkatzen zaiona ez dela erraza. Ziurrenik, aurretik inoiz ahalegindu da jokabide horiek aldatzen, eta huts egin du. Badaki, kontzienteki konturatzen ez bada ere, barruko indar batzuk jokabide horiek mantentzera bultzatzen dutela.*

Tratamenduak ohitura eta azturen aldaketa eskatzen duen bakoitzean, tratamenduarekiko erresistentzia izango da. Gure jokabide guztiak mantentzen badira, jokabide horien alde egiten duten indarrak daudelako da.

***Aldatzeko erresistentzia.** Gaixo batek alkohol gehiegi edaten du. Haren jokabideetako bat da. Badaki, jakin, gehiegi edateak kalte egiten duela. Halere, ezezagunak eta ezkutuak badira ere, edatera bultzatzen duten indarrek ez edatera bultzatzen duten indarrek baino indar gehiago dute berarengan. Oso arrunta da hori jokabide baten ondorio onak berehalakoak direnean eta txarrak luzarora gertatzen direnean (droga-menpekotasunak, elikadura desegokia...) Jokabidearen alde dagoen indar-oreka hori kolokan jartzen da gaixotasuna agertzen denean. Osasunez dagoen bitartean arrunta da jokabide auto-suntsitzaile horien razionalizazioa ("ondo pasatzen dut" "zerbaitez hil behar" "dagoenean bonbon, eta bestela hor konpon"...) Aldatu ezinaren aitzakiak besterik ez dira. Gainera, gaixo horren inguruan esaera eta aitzakia horiek indartu egiten dira. Taldeak sortu eta indartu egiten ditu aitzaki horiek. Gaixotasuna agertzean jokabidea aldatzeko motibazioa oso handia izaten da eta ez da arraroa elikadura aldatu eta erretzeari uztea. Halere, egoera egonkortzean, berrerortzeak ugariak izaten dira. Egunerokora itzultzean, indarren orekak berriz ere, jokabide txarraren alde egiten du (betiko elikadura eta erretzea). Ikusi da destoxikazio-prozesuak ez direla droga-menpekotasunen tratamenduaren atalik zailena. Zailena egunerokora itzultzean errehabilitazioa eta berrerortzerik ez gertatzea izaten da. Aldatzeko erresistentzia hor dago: gaixoak barruan jokabidearen aldeko indarrak dituelako eta inguruak ere jokabide horiek indartu egiten dituelako.*

***Aldatzeko erresistentzia.** Gaixo bat psikologoarengana doa, oso goibel dagoelako. Erraz deprimitzen da. Bilerak aurrera doazela, errudun sentitzeko joera nabaritzen zaio. Ez du huts-egiterik onartzen eta besteen onespenaren bila dabil beti. Ez du onartzen inori huts egiterik ezta ere besteen kritikarik. Denen onespena beharko balu bezala jokatzen du (lan zaila hori!). Lan handia hartzen du besteak pozik edukitzeko. Halere, besteen esker ona eskasa dela iruditzen zaio eta berak besteengatik egiten duena besteek beregatik egiten dutenaren gainetik dagoela iruditzen zaio. Horrekin oso minduta dago. Gaixo horri besteen onespenaren menpekotasunetik ateratzea komeni zaio. Ez da erraza! Horrela jokatzen ohituta dago eta ez du ezagutzen jokatzeko beste erarik. Beste era batera jokatzen hastea estresagarri da. Badaki betiko moduan jokatzen, ezaguna egiten zaio. Beste era batera jokatzen ez daki, ikasi egin beharko du.*

Nahiago dugu ezagun egiten zaiguna, nahiz eta okerragoa izan, hobea den berri ezezaguna baino. Berria denari beldur diogu, ezezaguna baita guretzat. Horrek azaltzen du, neurri batean, aldaketarako dugun erresistentzia. Ezaguna denak lasaitu egiten gaitu, berriak beldurtu. Aldatu nahiko genuke denok, baina aldatu gabe. Azken batean, behartuta gaudenean bakarrik aldatzen gara.

Halere, tratamenduarekiko erresistentziak ez datoz gaixoarengandik bakarrik. Osasun-profesionalek eta senideek ere tratamenduari erresistentzia jartzen diote maiz. Askotan erresistentziak instituzionalak izaten dira eta besteetan sozialak.

Senideen erresistentziak. *Aurretik jarri dugun adibidearekin jarraituz, psikologoarengana joan denarekin, kontuan izan behar dugun gauza bat zera da: gaixoa harreman-sare batean bizi da. Bere izaera eta harremanak egiteko era aldatzen badu, bere ingurukoak aldaketari erresistentzia jarriko diote. Oreka bat dago ordura arte. Oreka horretan, denak nahiko eroso daude, gaixoa kenduta. Baten aldaketak beste guztien aldaketa eragingo du. Batez ere ongi daudenak jarriko diote erresistentzia aldaketari. Sinesgaitza badirudi ere, maiz, gaixoaren aldaketari erresistentzia gehien egiten diotenak senideak dira. Osasun mentalaren arloan gauza kuriosoa gertatzen da maiz: gaixoa hobetzen den neurrian, senideek okerrera egiten dute. Gure adibideko gaixoak aldatu nahi badu, egiten dituen lan asko alde batera utziko ditu. Besteak pozik edukitzeko egiten zituenak egiteari utziko dio. Horrekin, besteek pribilegio asko galduko dituzte eta galera horri erresistentzia jarriko diote, eta gaixoa lehengo jokabidera bihurtzera bultzako dute (zer arraro dagoen! zer berekoi bihurtu den!...).*

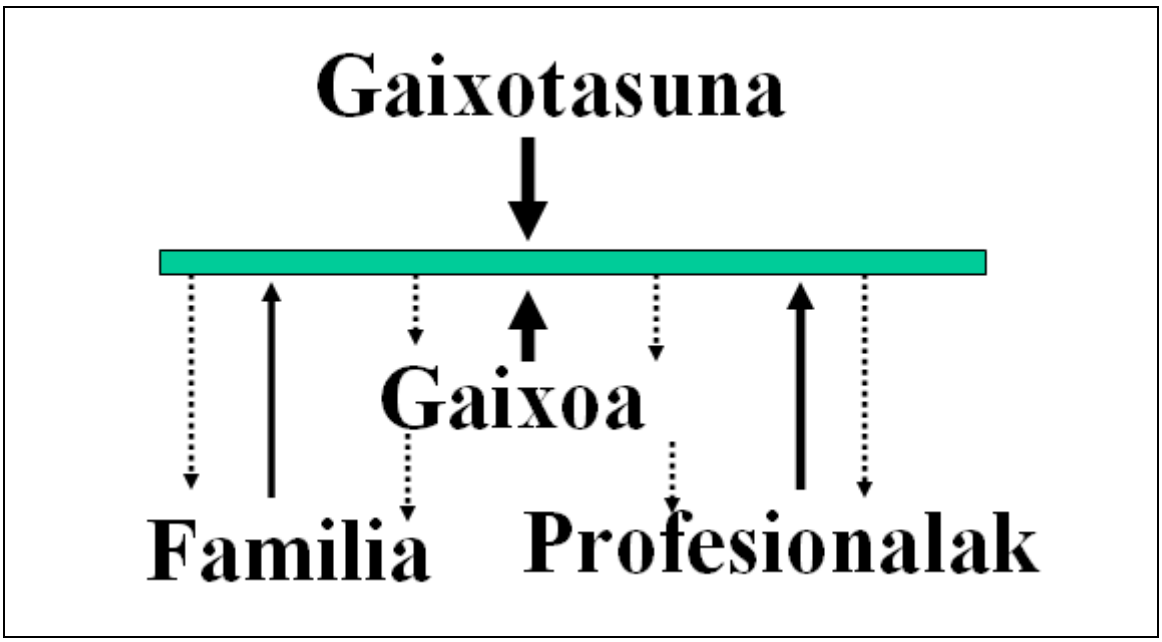
Horregatik, gaixoaz gainera, gaixoaren inguruneak ere kontra egiten dio gaixoaren aldaketari. Hori oso kontuan izan behar dugu gaixoaren aldaketa proposatzen dugun bakoitzean (ohitura eta azturen aldaketak, pertsonen arteko harremanen aldaketa...).

Osasun-munduak argi du gaixoaren parte-hartze aktiboa onuragarria dela osatze-prozesuan; gaixoak aktiboki arduratu behar duela ahal duen neurrian; osasun-profesionalok gaixoaren autonomia eragin behar dugula. Halere, ospitalera edo kontsultara horrelako gaixo bat etortzean, profesionalok ez dugu gogoko. Galdezka hasten dira, zalantzak planteatzen dizkigute... ez dira erosoak guretzat. Nahiago ditugu gaixo isil eta esanekoak. Gaixo autonomo horien kasuan, osasun-profesionalen erresistentziek kaltetu dezakete osatze-prozesua.

Osasun-instituzioak nahikoa zurrunak dira. Maiz, gaixoarentzat hoberena dena ez da kontuan hartzen. Beldurra zaio kontrola galtzeari. Horregatik, instituzioaren arauek indar handia hartzen dute, osasun-profesionaloi lasaitasuna ematen digutelako eta instituzioak kontrola mantentzen duelako. Instituzioaren erresistentziak dira maiz osatze-prozesuari kalte egiten diotenak.

Antipsikiatriak adierazi zuen psikiatrikoak gaixo psikiatrikoa kronifikatu egiten zutela (Ikusi *One flew over the cuckoo's nest* filma), gaixo psikiatrikoaren tratamendua komunitatean egin behar zela. Ondorioz, psikiatria komunitarioa sortu zen: gaixo psikiatrikoa ez da psikiatrikoan sartuko betiko, tratamendu ospitalekoa eta anbulatorioa jasoko ditu, eta ahal den neurrian bergizarteratzea bilatuko dugu. Gizarteak erresistentzia du horrelako neurrien aurrean. Eromenak beldurra ematen du. Ez ditugu eroak gure ondoan nahi. Hobe ikusi ere ez baditugu egiten. Mendeetan zehar gaixotasun estigmatizatuak baztertu egin dira. Gaixo horiek baztertuak izan dira eta beren osatze-prozesua zailagoa izan da. Gaixotasun batzuekiko estereotipo sozialak baztertu egiten ditu gaixo horiek eta beren osatze-prozesua zailagoa gertatzen da.

Azken batean, eta laburtuz, guda horretan bi talde daude: osatze-prozesuaren alde daudenak eta kontra daudenak. Erresistentzia batzuk osatze-prozesuaren alde egiten duen taldearen barruan daude, baina indarra beste aldera eginez (osatze-prozesuaren kontra).



Taldea	Osatze-prozesuaren alde egiten dute	Osatze-prozesuaren kontra egiten dute
Gaixotasunaren aurka	Gaixoa Gaixoaren senideak Osasun-profesionalak	Erresistentziak: - Gaixoarenak - Senideenak - Profesionalenak - Instituzionalak - Sozialak
Gaixotasuna		Gaixotasuna

4.1 Erresistentziak

Erresistentzia hitza oso erabilia da psikologian eta aldaketari aurre egiten dion indartzat ulertzen da. Psikoanalisiak asko landutako kontzeptua da. Gaixoa ez bada aldatzen, aldatzen uzten ez dioten indar batzuk daudelako da. Psikoanalisiak batez ere erresistentzia inkontzienteak landu zituen. Halere, guk, kontzienteak ere aipatuko ditugu.

Erresistentzien ezaugarri garrantzitsuenetako bat hauxe da: osatze-prozesuaren alde daudenek egiten dute erresistentzia, konturatu gabe, eta maiz ez dira kontuan izaten halakoak. Guda batean barruko etsaiek bezala, gaixotasunaren aurkako ahaleginak barrutik ezeztatzen dituztenak izango lirateke. Horregatik dira indartsuagoak eta beldurgarriagoak.

Esan bezala, erresistentziak kontzienteak edo inkontzienteak izan daitezke.

Erresistentzia kontzienteei aurre egitea errazagoa da: agerian daude. Kontrolatzen eta lantzen errazagoak dira. Guda bateko disidenteak izango lirateke (kontra daude baina ezagutzen dira).

Ebakuntzari beldurra. *Gaixo batek ebakuntzaren beharra du. Beldurra dela eta, berak ez du ebakuntzarik nahi. Kasu horretan erresistentzia kontzientea da. Berarekin hitz egiten badugu, lasaitzen badugu eta ohartarazten badugu horixe dela komeni zaiona, erresistentzia hori ahuldu egingo da.*

Erresistentzia inkontzienteak, bestalde, traidoreak eta konspiratzaileak bezalakoak dira: ezkutuan daude, alde baleude bezala, baina barrendik prozesuari boikot eginez. Etsaia etxean dago, eta ez dugu ezagutzen. Psikoanalisiak sakon ikasi ditu halakoak: indar inkontzienteak dira, osatze-prozesuari boikot egiten diotenak, eta, aldi berean, beste nahi inkontziente bati erantzuten diotenak. Harritzekoa bada ere, osatze-prozesuari boikot egiten dion indar inkontzienteak aldi berean subjektuaren beste nahi inkontziente bat betetzen du.

Gaixo histerikoek gaixotasun larri baten bidez beste nahi bati irtenbidea ematen diote. *Kasu horietan, deigarriena gaixoek gaixotasunarekiko adierazten duten axolagabekeria izaten da ("belle indifférence"). Gaixo batek bere aitarekiko gorroto inkontzientea zuen. Bere aitarekin bizi zen eta, gainera, aita gaixo zegoenez, aita zaindu beharrean zen. Bere aitarekiko gorrotoa inkontzientea zen, kontzienteki onartzea ezinezkoa zelako: "Alaba onak, aita maitatu behar du". Horregatik, erreprimitua izan zen sentimendu hori eta inkontzientean gordea. Gatazka larria zen eta sentipen inkontzienteak indarra egiten zuen inkontzientetik ateratzeko (beti gertatu ohi den bezala). Neska horren gogoak, babes-mekanismoak martxan jarri zituen (inkontzienteak noski) tentsio horri irtenbidea emateko. Erabili zuen babes-mekanismoa konbertsioa izan zen. Konbertsioaren bidez, gogoak irtenbidea ematen dio tentsio psikologikoari sintoma fisiko baten bidez. Neska mugitu ezinik geratu zen, paralisiarekin. Neurologoek ez zuten lesiorik aurkitu, eta, hipnosia egiten ziotenean, gaixoak mugikortasuna berreskuratzen zuen. Psikoanalisiaren bidez nahi inkontzientea azaleratu zuenean, sintomak desagertu egin ziren.*

Histeria gaixotasun mentala da. Bertan, gatazka psikologiko inkontzienteak irtenbidea aurkitzen du sintoma fisiko baten bidez. Nahiz eta fisikoki oso mugatua utzi gaixoa, nolabaiteko ordaina lortzen du sintomari esker. Gaixo horietan, nabariak dira:
- Ez dago lesio organikorik.
- “Belle Indifférence” (axolagabekeria). Harrigarria gertatzen da gaixoak, hain mugatuta egonik azaltzen duen axolagabekeria. Gaixotasunari ez dagokio hain hunkipen gutxi. Inkontzientea aztertuz bakarrik uler daiteke hori: gaixoarentzat oso garrantzitsua den nahia asetzea lortzen du sintoma horrek.

Ez da arraroa gaixotasuna sufrimendu gutxirekin bizitzen duten gaixoak ikustea. Deigarria gertatzen da, duten gaitza izan eta animoz ondo ikustea. Kasu batzuetan, menpekotasun-beharrak betetzen zaizkiolako azaldu daiteke: gaixo egoteak pribilegio batzuk ematen

dizkio, zaindua izatekoa adibidez. Estatus horrek menpekotasun-beharra asetzen laguntzen dio gaixoari.

Esan dugu erresistentziak osatze-prozesuaren alde daudenen barruan aurkitzen direla. Beraz, talde horretako edozeinengan egon daitezke. Esan bezala, erresistentziak izan daitezke:
- Gaixoarenak.
- Gaixoaren senideenak.
- Osasun-profesionalenak.
- Instituzioarenak.
- Sozialak.

Hemen lehenengo hirurak bakarrik aztertuko dira.

Gaixoaren erresistentziak

Gaixoaren erresistentziak batez ere bi eratakoak izan daitezke:

- Aldatzea zaila delako.
- Aldatzeak bigarren mailako irabazien galera dakarrelako.

Aldatzea zaila da. Inertziak betiko moduan jarraitzera bultzatzen gaitu. Aldaketak ahalegin handia eskatzen du. Gainera, aldaketak ezaguna baztertu eta ezezagunean murgiltzea eskatzen digu, horrek sortzen duen beldurrarekin. Aldatzeko zailtasun horri nagikeria ere deitzen zaio.

***Ezagutzen garenari atxikitzen gatzaizkio**. Oso egunerokoa den adibide batekin hasi gintezke. Teknologia berriek aldaketa garrantzitsuak ekartzen dituzte. Ordenagailuekin hasi ginen, ia beharturik. Programa bat ikasten dugunean, harekin bakarrik ibili nahi dugu. Programa hobeak badaudela esaten digute. Guk geurearekin jarraitu nahi dugu, ezagutzen dugulako. Behartuta gaudenean bakarrik ikasten dugu programa berria.*

Gure izaera ere, neurri batean, programa bat da, ondo ikasi dugun programa, ezagun egiten zaiguna. Gure jokatzeko era, harremanak egiteko era, hartzen dugun papera... ikasitako programak dira. Harremanetan atzetik banoa, besteek nahi dutena egiten badut, ez banaiz ausartzen nahi dudana agertzera... hori ikasi dudalako da. Halere, aldatzearen abantailak aztertu eta aldatzea erabakitzen badut, inertziak, berriaren beldurrak, eta ezagunaren lasaitasunak aldaketa zailagoa jarriko didate. Nolabait, aldaketari erresistentzia jartzen ari naiz.

Jokabideak mantentzen badira, irabazi batzuk dituztelako da, nahiz eta argiak eta kontzienteak ez izan. Aldaketak irabazi horien galera ekarriko du.

Edozein aztura edo ohituraren atzean, hori mantentzen duten indarrak daude. Nahiz eta askotan ez kontzienteak izan, osasunaren etsai garrantzitsuenek haien alde egiten duten indarrak dituzte. Ondoren agertzen dira ohitura txar batzuk:
- Tabakoa erretzea.
- Alkohola edatea.
- Gantzak jatea.
- Kirol gutxi egitea.

Ohitura txar horien atzean, mantentzen dituzten indarrak aurkituko ditugu beti.

Jokabide neurotikoak gaixoarentzat irabazi bat dakarrelako mantentzen dira. Nolabait, nahi inkontziente bat asetzen dute; adibidez, arreta-beharra.

Azken batean, behartuta gaudenean bakarrik aldatzen gara, eta, aldaketak beti ahalegin handia eskatzen du.

Medikuek agindutako osabidea betetzeko zailtasun handiena, jokabide-aldaketek duten zailtasuna da. Medikuek jokabide- eta ohitura-aldaketak agintzen dituzte, aldaketak duen zailtasuna kontuan hartu gabe. Ez da arraroa, horrelakoetan, gaixoaren porrotaren aurrean errietak ikustea: *"Esan nizun ba ez erretzeko!" "Akabatu nahi baduzu, aurrera!"*. Medikuaren ezina besterik ez dute agertzen egoera horiek. Gakoa ohituren aldaketak duen zailtasuna kontuan hartzean datza.

Erizaintzan antzeko zerbait gertatzen da. Ez da arraroa erizaina gaixoari errietan ikustea. Virginia Hendersonen ereduak ondo azpimarratzen du gaixoaren zailtasunak direla haren buruaren zainketa autonomoa eragozten dutenak. *"Gaixoak ez baditu bere beharrak era autonomoan betetzen, hiru izan daitezke arrazoiak: ez daki, ez du borondaterik, edo ez du indarrik "*. Agian, pazientzia gehiago izaten ikasi behar dugu osasun-profesionalok. Gaixoak ez badu jokabidea aldatzen, ez da nahi ez duelako, ezin duelako baizik.

Psikologoak ohituagoak daude erresistentziak kontuan izatera. Izan ere, terapia-eskola batzuentzat, terapian zeregin nagusia gaixoari bere erresistentziez jabearaztea da, konturatu eta aldatzeko lehenengo pausu gisa.

Gaixoaren senideen erresistentziak

Gaixoaren senideek gaixoaren aldaketei erresistentzia jartzen diete, batez ere haiengan eragina duenean. Hori gaixotasun mentalekin gertatzen da gehienbat. Gaixoaren aldaketak haren harremanen aldaketa dakar. Beraz, senide eta lagunak, zeharka bada ere, eragina jasaten dute. Ez da arraroa terapia-prozesu baten ondoren senideen kexu hauek entzutea: *"Aldatu egin da", "ze arraro dagoen", "burua jan diote"...*

Etxekoandre batek aldatzeko dituen zailtasunak. *Ana etxekoandre tipikoa da, etxea, senarra eta semeak zaindu besterik egiten ez duena. Atsekabez beterik dago, eta depresioa tratatzera psikologoarengana doa. Ohartzen da bere bizitza osoa besteak zaintzen egin duela, bere bizitza propioa ukatuz. Egiten duena ez dela aintzat hartzen eta ez diotela laguntzen dio. Halere, ez du laguntzarik onartzen. Dena gaizki egiten dute besteek. Berak azkarrago eta hobeto egiten ditu etxeko lanak. Besteek zerbait egiten duten bakoitzean, dena zikintzen dute. Alde batetik kexu da ez diotelako laguntzen, eta bestetik, ez dio inori laguntzen uzten. Arropa edonon uzten dutelako kexu da. Bera atzetik ibiltzen da arropa jasoz eta errieta eginez. Inork ez du serio hartzen eta etsita dago. Inor aldatuko den itxaropena galdu du. Nahiz eta errieta egin, inor ez da aldatzen. Etxeko bizitzaz kanpo, beste bizitza bat eraikitzeko beharra sentitzen du. Hemendik aurrera etxeko lanak banatu egingo dira; bakoitzak bere gauzen ardura hartu beharko du; ez dio inori arropa lurretik gehiago jasoko eta ez dio inori ohea inoiz gehiago egingo. Ez dago zalantzarik aldaketa asko kostako zaiola, betikoa aterako zaio. Oraingoan laguntza handia du ordea: terapia. Nola uste duzue erantzungo diotela senideek aldaketa horri?*
Amak fitxa bat mugitu du: gainetik zama kendu du. Zama hori denen artean hartu beharko da. Beraz, denak aldatzera behartuta daude. Aldaketa horrekin amak irabazi egingo du, baina besteen kontura. Besteek, beraz, aldaketari erresistentzia jarriko diote, kontzienteki eta inkontzienteki. Familia-sistemak Ana lehengo paperera buelta dadin presionatuko du.

Aldaketa zaila da. Hori gutxi balitz, gaixoaren erresistentziak eta ingurukoen erresistentziak erantsi behar zaizkio. Maiz, gaixoaren inguruko erresistentziak dira gaixoari aldatzen uzten ez diotenak. Pertsonaren inguruak ez du aldaketa onartzen. Halere, nire irakasle batek zioen bezala, *"Denok dugu aldatzeko eskubide"*.

Gaixotasun fisiko askok, gaixoaren jokabidearen aldaketa eskatzen dute. Batzuetan, bizilekuaren aldaketa eskatzen dute. Senideen laguntza izaten da laguntzarik handiena. Era berean, senideen erresistentzia izan daiteke etsairik handiena.

Osasun-profesionalaren erresistentziak

Zentzugabekeria dirudi osasun-profesionalak osatze-prozesuaren aurrean erresistentziak izatea. Gehienetan, erresistentzia inkontzienteak dira, osasun-profesionalaren behar inkontziente bat betetzen dutenak.

Ezin da ahaztu osasun-profesionalak ez daudela lanean beren beharrak betetzeko, gaixoari laguntzeko baizik. Beraz, oso garrantzitsua izango da osasun-profesionalak bere barrua aztertu eta behar inkontziente horietaz jabetzea.

Tizonek aipatzen du osasun-profesionalen igurikapen nagusia gaixoari laguntzea dela, eta beldur handiena huts egitea edo kalte egitea. Igurikapen eta beldur horien azpian laguntzeko nahia dago. Esaten digu, halaber, igurikapen horiek indar gehiegi hartzen badute, ahalguztiduntasunean edo paternalismoan jauzi gintezkeela. Bestalde, huts egiteko edo min egiteko beldurrak ukatzen baditugu insentsibilizazioan jauzi gintezkeela. Harremanean, bi mutur horien adierazleak dira: gaininplikazioa/insentsibilizazioa.

Osatze-prozesuan ezinbestekoa da gaixoak bere autonomia garatzea. Horrek esan nahi du osasun-profesionalak "garrantzia" galduko duela. Harreman paternalistarekin, osasun-profesionalak behar bat betetzen du: besteek mirestua izatearen beharra (nartzisismoa). Osasun-profesionala ez bada horretaz jabetzen, gerta liteke konturatu gabe gaixoaren osatze-prozesuari erresistentzia jartzea.

Ospitaleak eta osasun-zentroak osasun-profesionalen ikuspuntutik eginak daude, haiek lana erosoago egiteko. Berez ondo dago gauzak horrela antolatzea. Batzuetan ikusi da, ordea, gauzak beste era batera antolatzea egokiagoa dela gaixoaren ikuspegitik. Horrelakoetan, zaila izaten da aldaketa, osasun-profesionalek erresistentzia jartzen dutelako.

Erditze-gelak osasun-profesionalengan pentsatuz eginak daude. *Frogatu da oso garrantzitsua dela erditzerakoan ama mugitzea eta ariketak egitea. Horrez gainera, erditzeko postura hoberena zutik eta belaunak tolesturik dela. Jaio eta gero, oso garrantzitsua da amak haurra besotan edukitzea eta titia eskaintzea. Oraindik gure ospitaleetan osasun-langilearen erosotasuna garrantzitsuago da eta andreak oheraturik egoten dira dilatazioan, erditzean ere bai, eta haurra jaio eta berehala haurra beste gela batera eramaten da amarekin kontaktua moztuta.*

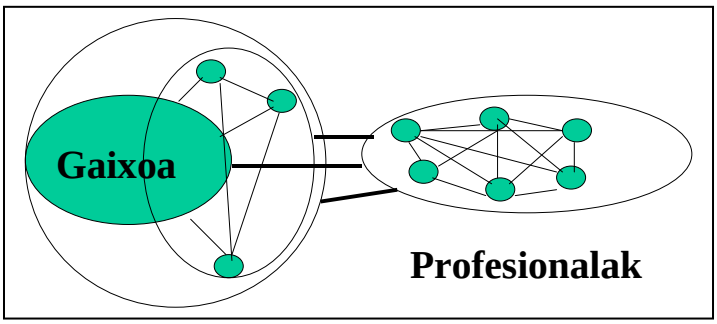
4.2 Harremanak eta prozesu terapeutikoa

Irudikatu dugun guda horretan, onak eta txarrak dauden guda horretan, harreman asko daude jokoan, eta harreman horien kalitatea oso garrantzitsua da osatze-prozesuan. Harremanak onak direnean, osatze-prozesuaren aliatu garrantzitsu dira. Bestalde, harreman txarrak prozesu terapeutikoaren etsai indartsuak izango dira.

Harreman garrantzitsuena gaixo/osasun-profesionala harremana da, osatze-prozesuaren oinarri. Horregatik harreman terapeutikoaz eta harreman iatrogenikoaz hitz egiten dugu. Harreman terapeutikoa osatze-prozesuan laguntzen duena da. Harreman iatrogenikoa, berriz, osatze-prozesuan lagundu beharrean kalte egiten duena da.

Osatze-prozesuan oso garrantzitsuak dira ondorengo harremanak ere:
- Osasun-profesionalen artekoak.
- Gaixo/gaixoaren senideen artekoak.
- Osasun-profesional/gaixoaren senideen artekoak.

Irudian agertzen zaigun bezala, osasun-profesionalen ekintza koordinatua oso garrantzitsua da. Komenigarria da osasun-profesionalek osotasun batean harremana izatea gaixoarekin, gaixoaren senideekin eta gaixo/senide sistemarekin.



Osasun-profesionalen arteko harremana

Osasun-profesionalen ekintza koordinatu eta komunak, diseinaturiko ekintza terapeutikoen eraginkortasuna areagotuko du.

Gaixotasun batzuk tratatzea hain da gogorra eta zaila, talde lana ezinbestekoa gertatzen baita. Hori gaixotasun mentalekin gertatzen da batez ere; hain da zaila egin beharrekoa, denen arteko talde-lana eskatzen baitu. Halere, ezin dugu pentsatu osasun mentalean bakarrik denik hain zaila eta gogorra eginkizuna. Ohitura-aldaketa edo osasun-sustatzea planteatu nahi den guztietan, beste osasun-profesional batzuen lana ere ezinbestekoa izango da: psikologoak jokabide-aldaketak egiteko eta pedagogoak heziketa-planak garatzeko. Inoren ahalegina ez dago soberan. Ekintzak, gainera, elkarlanaren ondorio badira hobe.

Zalantzarik ez dago, aldaketa guztietan bezala, erresistentziak agertuko direla osasun-munduan lan egiteko era aldatzeko. Medikuek osasun-munduan indar handia dute. Elkarlanak boterearen murrizte bat dakar, eta horregatik egiten dio erresistentzia medikuen munduak aldaketa horiei. Erresistentzia instituzionalaren adibidea izango litzateke hori.

Talde-lanak ondorio nabariak ditu. Nola mugitu harri zahar bat batek bakarrik? Gainera, taldekide sentitzean behar afektiboak ere betetzen ditugu lanean. Halere, talde-lanak ere baditu bere zailtasunak: harreman-zailtasunak. Taldeak lotua mantentzeko indarra behar du, baina aldi berean gizabanakoaren behar indibidualak kontuan hartu behar ditu. Helburu

komuna izango da, talde osoaren onurarako. Halere, gizabanakoen beharrak betetzen uztea ere komeni da.

Azken batean, talde guztietan kontrako bi indar egongo dira:
- Bat, taldea lotuta mantentzeko joera duena (talde-kohesioa).
- Bestea, taldea puskatzeko joera duena (indibidualtasuna)

Azpian, gizakien bi behar aurkitzen dira:
- Taldekide sentitzea (taldetasuna).
- Garapen pertsonala (gizabanakotasuna).

Taldearen gakoa bi beharrei aldi berean erantzuten jakitean datza. Horretarako ezinbestekoak dira:
- Helburu komunak.
- Lehia onartua egotea.
- Behar indibidualentzako lekua. Kideek behar indibidualak espresatzeko lekua.
- Komunikazio zuzena.

Azken batean, funtzionamendu demokratikoa eta gauza horiek onartu eta bideratuko dituen liderra.

Osasun-lanbideetan, hasieratik daude azpitaldeak: lanbide bakoitzak azpitalde bat osatzen du. Hasieratik erresistentziak ager daitezke elkarrekin lan egiteko. Erresistentzia horien azpian, beldurra izaten da nabaria, norberaren lana zalantzan jarria izatearen beldurra. Beldur horiek beste taldearekiko aurreiritziz jantziak egoten dira: *"Psikologoek ez dakite ezer" "Erizainek ez dute ezer egiten" "Medikuek dena dakitela uste dute" "Psikologoak eroturik daude" "Psikologoen lelokeriak dira horiek"...*

Osasun-profesionalok ez dakigu taldean lan egiten; ikasi egin beharko dugu. Horretarako aurrena denen beharra ikusi beharko dugu eta bakoitzak argi izan beharko du zein den bere zeregina (rol profesionala).

Talde-lan koordinatuak saihestuko ditu:
- Gaixoen gaizki ulertze asko.
- Gaixoen urduritasuna.
- Ahaleginak alferrik egitea.
- Lanean erretzea.

Gaixoaren eta senideen arteko harremana

Gaixoaren sendia osatze-prozesuan dagoen laguntzarik garrantzitsuena da, baina batzuetan etsaia ere bihur daiteke.

Gehienontzat, gaixotzean, familia izaten da laguntza-iturri nagusia. Gauza jakina da laguntza duten gaixoak lehenago sendatzen direla.

Kasu batzuetan laguntza hori ez da izaten: gaixoak seniderik ez duelako, urruti bizi direlako edo senideek ezer jakin nahi ez dutelako.

***Bakarrik zegoen gaixoa**. Minbizia zuen emakume bat ingresaturik zegoen Donostian. Alarguna zen eta alaba bakarra Alemanian zegoen lan egiten. Ingresaturik zegoela, osasun-profesionalek senideez galdetu zuten. Alabari deitu zitzaion. Alaba etorri zen, baina berehala bueltatu behar zuen lana ezin zuelako utzi. Horrelako egoera zailak ikusten dira. Gaixoak ez du laguntza-iturririk: ez seniderik, ez lagunik... oso bakarrik dago. Horrelako gaixoek asko hunkitzen dituzte erizaintzako ikasleak.*

Gehienetan, gaixoarekin senideak egoten dira eta laguntza-iturri nagusia izaten dira. Gainera, laguntzeko interesa izaten dute. Gehienetan, gaixo bat etxean edukitzeak lan gehiago dakar. Alde batetik, hark egiten zuen lana besteek egin behar dutelako; bestetik, gaixoak berak lan gehiago ematen duelako. Beste gauza batzuen artean, horregatik desio dute senideek gaixoa sendatzea, egunerokora bueltatzeko.

***Dementzia duen aita zaindu duen alaba.** Mariak 10 urte egin ditu dementzia zuen aita zaintzen. Asko nekatu da denbora horretan. Azken urteetan, aita ohean mugitu gabe zegoen, ez zuen inor ezagutzen eta gaua oihuka pasatzen zuen. Mariak aita hiltzea hobe zela pentsatu du, alde batetik aita gaizki zegoelako, eta bestetik Mariak berak atseden hartzeko.*

Halere, hori ere gaixo jartzen denak jokatzen duen rolaren menpe dago. Haurrak gaixo jartzen badira, lehenbailehen sendatzeko nahia orokorra da, beste gauza batzuen artean denentzako lan gehiago delako. Gure inguruan oraindik zama handiena emakumeentzat izaten da. Horregatik, senide guztiak benetako gainzama hartzen dute ama gaixotzen denean. Berak egiten dituen lanak besteen esku geratzen dira eta etxea nahikoa aldrebes egoten da.

***Ama gaixotzen denean**. Andre bat Donostiako ginekologia-zerbitzuan ingresaturik zegoen bularreko tumore bat zela eta. Berarekin senarra zegoen. Bisitan geundela, eskuko telefonoan dei bat izan zuen. Alaba zen, hogei urtekoa, babarrunak beratzen eduki zituela eta orain zer egin behar zuen galdezka. Ama konturatzen zen etxean bera gabe gaizki moldatzen zirela eta arduratua zebilen. Aholkatu genion oraingoan besterik ez bazen ere bere buruagan pentsatzeko. Ahal zuen neurrian lasaitzeko, besteak konponduko zirela, ikasiko zutela. Halere, emakumea benetan lasaituko zuena dei horiek ez jasotzea izango zen. Alabak horretaz jabetu gabe deitzen zion. Deiaren mezu ezkutua hauxe zen "Ama, zatoz lehenbailehen etxera!"*

Beste batzuetan, gaixo jartzen dena lan asko ematen duen gaixoa bada, ospitaleratzea atseden-unea izan daiteke etxekoentzat. Alzheimer duen gaixo bat, hiltzen ari den gaixo bat... Horrelakoetan, ez da arraroa senideak ospitaleratzea ahalik eta gehien luzatu nahi izatea.

Osasun-profesionalok gauza harrigarriak ikusten ditugu. Gaixoak senideekin harreman txarrak dituenean, zerbait nabaritzen da.

***Etxekoek gaixoa etxera ez bueltatzea nahiago dutenean.** Behin gizon bat ingresaturik zegoen. Mundu guztiak bezala zituen bisitak. Haien artean, andrea eta seme-alabak. Etxe hartan hobeto bizi ziren gizona ingresatu zutenetik. Etxeko guztiak gaizki tratatzen zituen. Bera etxean egoten ez zenean lasaiago zeuden. Maiz, kontzienteki edo inkontzienteki, aitaren heriotza ere nahi zuten. Aitaren egoera larriak aztoratu egin zituen. Alde batetik, desio zutena betetzen ari zen, eta, bestetik, errudun sentitzen ziren. Berek gaixotu al zuten aita? (pentsamendu magikoa). Anbibalentzia handiarekin bizi zuten aitaren ingresoa: aita sendatzea nahi zuten, baina, bestalde, aita etxera ez itzultzea nahi zuten*

Gaixotasun mentalak dituztenekin bizitzea ez da erraza, batez ere eskizofrenikoekin. Senideek nahiago dute psikiatrikoan ingresaturik egotea, lasaiago bizi dira. Hobeto dagoenean, etxera bidaltzen dute, eta bakea bukatzen da.

"Gaixoarentzat hobea da" eta horrelakoen atzean harreman gatazkatsuak egon daitezke, eta gaixoa gainetik kentzeko nahia.

Ematen diren aholku terapeutikoak betetzeko orduan, gaixoaren senideen laguntza erabakigarria izan daiteke. Demagun etxeko bati gantzak, zigarroak edo alkohola uzteko aholkatu diotela. Etxekoek egin dezaketen laguntza handiena berek ere dieta bera jarraitzea da. Kasu horietan, denentzat komenigarria izango da, eta gaixoari asko lagunduko dio ingurunearen aldaketak. Gehienetan *"bera dago gaixo, gu ez"* esaerarekin gaixoa bakartu egiten da, eta lagundu beharrean, zail jartzen zaizkio gauzak. Maiz, azpian, harreman-zailtasunak daude.

Aitari dieta berriarekin lagundu. *Aitari kolesterol eta gantz saturatu gutxiko dieta aholkatu diote. Hortik aurrera, bi janari mota egiten dira: bat aitarentzat eta bestea beste guztientzat, aita baitago gaixo. Osasun komunitarioaren aldetik, elikadura-aldaketa denei datorkie ondo. Etxeko baten gaixotasunak etxe horretako ohitura txar bat agerian jarri du. Askoz ere arrakastatsuagoa izango litzateke elikadura-aldaketa sendi osoarentzat planteatzea. Gaixoari, urrutira joan gabe, horrelako erabakiak asko lagunduko lioke aldaketan. Ez dio ezer laguntzen gustatzen ez zaiona jateak, ondokoak gustuko gauzak jaten dituzten bitartean Ez da arraroa mendeku-jokabideak ikustea. Kontrolatzailea eta autoritarioa zen aita kontrolatua izatera pasatzen da janariaren bidez. Harreman-borroka dago jokabide horien atzean. Batzuetan, elikadura-aldaketa lortzeko, bakarrik jaten hasten da. Aita agintaria mahaitik botatzea lortu dute.*

Osasun-profesionalaren eta gaixoaren senideen arteko harremana.

Argi geratu da senideek jokatzen duten paperaren garrantzia. Kontzienteki lagundu egin nahiko dute, baina inkontzienteki baliteke erresistentziak izatea. Osasun-profesionalen eginkizunetako bat gaixoaren sendiari duten garrantziaz jabetzen laguntzea da. Horretarako sendiarekin ere harremanean egon beharko da eta dagokien protagonismoa eman.

Zentzu horretan, osasun-profesionalen erresistentzia bat oso nabaria da. Badirudi, osasun-profesionaloi gaixoen senideak galarazi egiten digutela. Senideak beti galdezka eta eskatzen dauden horiek dira. Ez dugu denborarik haiekin egoteko. Gainera, haiekin gauden bakoitzean, beren beldur eta ezina kutsatzen digute. Gaixoarekin bakarrik, ospitalean, beste profesional batzuen laguntzarekin, erabat kontrolatzen dugun giroan, gaixoaren senideak bakarrik izaten dira aurre egiteko gai direnak.

Hasteko, denbora gehiago dedikatu beharko genieke. Bestetik, baliabide garrantzitsua direla jabetu daitezela eta baliabide hori era terapeutikoan erabiltzen ikastea komeni zaigu. Horrek aldaketa kulturala eskatzen du. Horretarako, osasun-profesionalak apur bat lasaitu eta gaixoaren sendia baliabide gisa ikusten ikasi behar dugu, eta ez etsai gisa. Etxeetara joaten diren mediku eta erizainak aspaldi konturatu dira horretaz: gaixoaren senideak maiz beldurtuta daude, eta ez dakite nola lagundu gaixoari. Gauzak azaltzen zaizkienean, senideek oso ongi zaintzen dituzte gaixoak, eta, ondorioz, bai gaixoak eta bai senideek poz handia sentitzen dute (maite zaituenak zaindu zaitu, maite duzuna zaindu duzu).

5. Mina

Mina sintoma bat da; barruko sentsazio baten hautematea. Beraz, haluzinazioekin gertatzen den bezala, sentsaziorik gabeko mina izan daiteke (min psikogenoa, min irudikatua). Gainera, nahiz eta lesio berdina izan eta min berdina sortu, bi pertsona ezberdinek ez dute berdin hautemango min hori, ez dute berdin sufrituko min horrekin, eta ez dute berdin adieraziko min hori.

Eboluzioan zehar, ona da mina. Minik ez duen animaliak ez luke mina saihestuko, eta berehala suntsituko litzateke. Minari esker, guretzat arriskutsuak diren gauza asko saihesten ditugu. Gizaki gehienok mina ez dugu gogoko eta saihestu egiten dugu.

Mina sintoma gisa lagungarria da osasun-laguntza bilatzeko, eta hainbat gaitz garaiz harrapatu eta sendatzeko. Halere, gaixotasun batzuetan, ezin da ezer egin eta minak hor jarraitzen du, gaixoaren bizitza-kalitatea okertuz. Minak "zentzu ebolutiboa" galdu du, eta, horrelakoetan, mina bera da tratamenduaren helburu bakarra.

Bi min mota bereizten dira: min akutua eta min kronikoa:

Min akutua	Min kronikoa
Lesioa sendatzean desagertzen da	Ez da joaten eta 6 hilabete baino gehiago irauten du
Tratamenduari ongi erantzuten dio	Tratamenduari ez dio ondo erantzuten
Larridurarekin bizi da	Tristurarekin bizi da. Gaixoak etsipena, ezina eta zentzugabekeria sentitzen ditu, eta depresioa ez da arraroa.

Gaur egun minaren tratamendurako gauza asko dago. Minbizia duten gaixoen tratamenduan, mina kentzen duten botikek garrantzi handia dute. Morfikoak erabiltzen dira mina kontrolatu ezin denean. Ondorioz, gaixoek kontzientzia galtzen dute eta arnas-sistema makaldu egiten da. Gaixoa ahul dagoenean, heriotza bizkortu dezake (eutanasia pasiboa). Gaixo batzuek nahiago dute kontzientzia ez galdu eta minarekin egon.

Minaren gurpil zoroak:

- Minak larridura sortzen du, eta larridurak minaren hautematea areagotzen du (minean arreta jartzen da eta minak min gehiago egiten du). Horregatik, lasaigarriek minaren oinazea gutxitzen dute.
- Mina lehuntzeko, gaixoek geldirik egoteko joera dute. Aktibitate ezak mina areagotzen du.

Mina adierazten ikasi egin dugu. Ikusi da kultura batzuetan minaren adierazpenak gorde egiten direla eta beste batzuetan handiagotu egiten direla. Pertsona batek min-adierazpen gehiago izateagatik ez du esan nahi min gehiago duenik.

6. Ospitaleratzea

Gaixo bat ospitaleratzean, beldurra da emozio nagusia. Gaixoak pentsatzen du: *"Zerbait larria izan behar dut, bestela ez nintzateke hemen egongo*". Bestalde, ospitalean egoteak ere lasaitu egiten du: *"Zerbait egin badaiteke, hemen egingo didate".*

Ospitaleratzeak ere baditu beste ezaugarri batzuk:

- Arau eta errutinetara egokitzea eskatzen dio gaixoari: jatorduak, bisiten orduak…
- Intimitate-galera. Gaixoaren gelara edozein langile sartzen da edozein unetan. Gainera, maiz, gaixoaren atsedena kaltetzen da.
- Errutinizazioa eta gutxiestea. Bertan dauden langileak ohituta daude ospitaleko girora eta gaixoarentzat hain garrantzitsua eta beldurgarri dena langileentzat kasu bat gehiago besterik ez da. Osasun-profesionalaren ezaugarriak erabakigarriak dira, baina ospitaleko giroak despertsonalizazioa eragiten du. Gaixoa egoera larri batean egonda, ez zaizkio aspektu psikologikoak kontuan hartzen.

7. Gaixo kirurgikoa

Gaixo kirurgikoek beldur ezberdinak izaten dituzte kirurgiaren arabera. Batzuetan, gorputz-irudiaren aldaketari beldurra izango diote, edota pronostikoari. Halere, gaixo kirurgiko gehienek beldur bertsuak dituzte:

- Anestesiari eta berriz ez esnatzeari, hau da, ebakuntzan hiltzeari.
- Minari.
- Ebakuntzan esnatzeari
- Ebakuntza ondorengoari.

Beldur horiek larridura sortzen diete. Ikusi da gaixoarekin beraren beldurrez lasai hitz egiteak lasaitu egiten duela. Ikusi da, orobat, ebakuntza hasi aurretik eta ondoren arrunta dena aldez aurretik azaltzeak lasaitu egiten dituela.

Donostian eginiko ikerketa bat. *Kirurgiarako programaturik zegoen gaixo talde bati zirujauak, lasai-lasai eta banan-banan, ebakuntza eta ondoren itxaron zitezkeen sintoma arruntenak azaldu zizkien. Beste gaixo talde bati ez zitzaion inolako azalpenik eman. Lehenengo taldekoak lehenago joan ziren etxera eta ospitalean egon ziren bitartean analgesiko gutxiago eskatu zituzten.*

8. Zainketa bereziak

Gaixoaren egoera oso larria denean, zainketa bereziak behar izaten ditu. *Zainketa Bereziko Unitatean* ingresatzen da eta bertan konstante guztiak estuki begiratzen dira. Gaixoa tuboz eta kablez inguraturik dago eta monitore asko daude. Azpimarratzeko ezaugarriak:

- Gaixoa kontziente badago, beldur handia izaten du, eta babesgabetasun- sentimendua.
- Gaixoak intimitatea erabat galtzen du: biluzik, jende ezezagunez inguratua, gela ireki batzuetan…
- Despertsonalizazio-egoera erabatekoa da: tuboz zulatua, makinei konektatua…
- Bakardadea handia da. Egoeragatik, bisitak laburrak eta egunean bi bakarrik izaten dira.
- Denbora-desorientazioa: egunez eta gauez argiak piztuta daude.

Ez da arraroa unitate horietan ingresaturik dauden gaixoek UZI sindrometzat bataiatua izan dena jasatea:

- Kontzientzia-aldaketak: nahasmena, desorientazioa (espaziala eta denborazkoa).
- Hautematearen nahasketak: haluzinazioak, sasihaluzinazioak.
- Pentsamenduaren nahasketak: delirioa.
- Jokabide-aldaketak
- Nahasketa afektiboak: depresioa.

Gaixo horiekin hitz egitea oso garrantzitsua da beren bakardadetik ateratzeko eta lasaitzeko.

Zerbitzu berezi horretan egoteko beharrik ez dagoenean, gaixo horien egoera egonkortu delako, plantara eramaten dituzte. Gaixoek eta senideek larritasun handiarekin bizitzen dute une hori: plantan, ez dira hain kontrolatuak egoten. Paradoxikoa badirudi ere, *Zerbitzu Berezietako Unitatean* seguruago sentitzen dira, eta plantan dauden lehenengo egunetan urduri sentitzen dira. Erizainak kontuan izan behar du erantzun arrunta dela eta gaixoa lasaitzen saiatuko da.

9. Gaixotasun kronikoak.

Eritasun kronikoak ez du gaixoaren bizimodua bakarrik aldatzen. Maiz, senideen bizitza ere aldatzen du. Ez da arraroa, gupidagatik, senide eta lagunek hartzen duten jarrera ulerkorrak kalte egitea, bai gaixoari eta bai haiei. Senideen akatsik nabarmenen artean daude:

- Gaixoa gehiegi zaindu eta barkatu
- Gaixoarekin harreman estua saihestu
- Gaixoa sozialki baztertu

Gaixo kronikoak dolu-lana egin behar du. Ez da arraroa gaixo kronikoa dolu patologikoan bahituta egotea. Ezaugarri batzuek argi ikusarazten digute noiz gainditu duen gaixo kronikoak bere egoera:

- Ezinezko itxaropenak baztertu dituenean
- Itxaropen falta suntsikorra baztertu duenean
- Egoera berrira moldatu denean, oraindik dituen ahalmenak landuz.

***Pilarrek 55 urte ditu**. Orain 5 urte garuneko odol-isuria izan zuen. Hilabete Zainketa Berezien Unitatean egon zen. Gero 3 hilabete ospitalean ingresaturik egin zituen, egunero errehabilitazioa egiten zuelarik. Ondoren etxera bidali zuten, eta errehabilitaziora anbulantzian joaten zen astean behin. Ezkerraldea mugitu ezinik geratu zen, eta errehabilitazio saioetan ibiltzen berrikasi zuen. Gero alta eman zioten, eta, orduz geroztik etxean dago, egun osoa aulki eroso batean eserita, telebista ikusten. Triste eta haserre dago. Edozein animatu nahian hasten bada, haserretu egiten da, eta bere egoera ez dutela ulertzen esaten du. Senideak penatuta daude eta ez da inor ausartzen ezer esatera. Inork ez du gaitzaz berarekin hitz egiten eta beraren erantzunaren beldur dira. Ondorioz, gero eta bakartuago eta ozpinduago dago.*

10. Heriotza

Heriotza gai garrantzitsua da gizakiontzat. Oso animalia gutxi dago bere heriotzaz kontzientea dena. Badirudi txinpantzeek heriotzaren aurrean jarrera berezia dutela. Halere, denen gainetik, gizakia da heriotzaren kontzientzia duena. Haurtzaroan hasten da heriotzarekiko beldurra, eta bizitzan zehar kontzientzia dagoen bitartean, lagun duen beldurra da. Kultura guztietan gai zentrala da. Kultura ezberdinetan erlijio ezberdinak daude, baina heriotza ardatza da denetan: denetan heriotzaren ondoren zer datorren esaten da eta heriotzaren inguruko erituak egiten dira.

Gure gizartean, erlijio katolikoak eragin handia izan du eta heriotza betiko bizitzarako atea da. Heriotza oso present egon da bizitzan, eta, lehen, haurrek umetatik besteen heriotza ikusten zuten beila eta hiletetan. 1970. hamarkadatik aurrera, gure gizartea erlijiotik aldenduz joan da eta heriotzari bizkarra eman dio: hildakoak ez dira bisitatu eta ikusten. Ondorioz, belaunaldi berriek heriotzarekin kontaktu gutxiago izan dute. Hamar urteetan erizaintzako ikasleekin eginiko ikerketa batean ikusi dut ikasleen %40ak ez duela inoiz hildakorik ikusi eskolan sartu aurretik, eta haien lehenengo praktika-zikloan %60ak lehenengo aldiz ikusten du hildakoa. (http://www.ehu.es/xabier.zupiria/erizaintzako_ikasleak_eta_heriot.htm) .

Heriotza bat-batean etor daiteke eta gaixoa (edo osasuntsu dagoena) ez da ohartzen. Besteetan, ordea, gaixotasun luzeen ondoren dator. Horrelakoetan, gaixoak aurrez aurre begiratzen dio heriotzari eta erantzun ezberdinak ematen ditu.

Elisabeth Kübler Ross-ek hainbat gaixori hiltzen lagundu zion eta ikusi zuen heriotzaren aurrean gizakiok antzeko erantzunak ematen ditugula, eta honako ibilbide hau proposatu zuen:

- **Ukapena**: *"Hau ez zait niri gertatzen ari"*
- **Haserrea**: *"Zergatik niri?"*
- **Negoziazioa**: *"Alabaren ezteietara helduko banintz..."*
- **Depresioa**: *"Hau zoritxarra!"*
- **Onartzea**: *"Zer egingo diogu ba..."*

Denak ez dira azken etapara heltzen edo ez dituzte etapak ordena horretan egiten. Batzuetan, etapa horietan aurrera eta atzera egin dezakegu.

Elisabeth Kübler Ross Zurich, Suiza:1926-7-8 Scottsdale, Arizona: 2004-8-24	Kübler Ross gazteak gauza gogorrak ikusi zituen bigarren mundu-gerran. Suizatik Ameriketara joan zen eta bertan psikiatra gisa lanean aritu zen. Hiltzen ari ziren gaixoekin asko egon zen eta horren inguruan oso ezagunak egin diren lanak idatzi zituen. - *On Death & Dying*, (Simon & Schuster/Touchstone), 1969 - *The Wheel of Life*, (Simon & Schuster/Scribner),1997. Autobiografia. Fundazioa: http://www.ekrfoundation.org/index.html

Maiz, hiltzen ari den gaixoari egia gordetzen zaio (isiltasunaren azpilana). Horrelakoetan, osasun-profesionala egoera zailetan aurkitu daiteke. Alde batetik, egia jakin nahi duen gaixoa egon daiteke (egia jakiteko eskubide osoa duena), eta bestetik, gaixoaren senideak, inola ere gaixoak egia jakiterik nahi ez dutenak.

Erizaintzako lehenengo urteko ikasle bat bere lehenengo praktika klinikoetan ospitalean zebilela, ospitalean ingresatuta zegoen gizon bati diagnostiko txarra egin zioten. Gizona bakarrik bizi zen eta ez zuen familiarik. Inork ez zion gaixoari ezer esan. Gaixoak ikaslea bakarrik zegoela hauxe galdetu zion: zerbait txarra aurkitu didate ezta? Ikaslea zer esan jakin gabe geratu zen. Buruan zalantza hau zebilkien: Jakitea merezi du, hemen inork ez dio esan nahi, nik ez nioke esan behar, medikuak esan beharko lioke". Gaixoak orduan esan zion: "Quien calla otorga, no?". Ikasleak, orduan, buruarekin baietz egin zion. Gaixoak ikasleari asko eskertu zion egia, berarekin bakarrik hitz egin baitzuen hainbeste interesatzen zitzaion gauza hartaz. Ikasleak zalantzak zituen: "Ondo jokatu dut?". Beste erizainekin komentatzea erabaki zuen. Erizainak ez ziren ados jarri. Batzuen ustetan, ez zuen ondo jokatu, informazio hori ematea ez zen beraren lana; besteen ustetan, ordea, ondo jokatu zuen, ausarta izan zen.

Gaixo terminalekin lan egiten duten askok kontatzen dute hilzorian dauden gaixo askori joatea kostatzen zaiela, gertukoak ez diotelako joaten uzten. Rogers psikologoak kontatzen zuen bere andrearekin hori gertatzen zitzaiola. Andrea hilzorian zegoen, eta bera han zegoen berarekin gau eta egun, andrearen heriotza onartu ezinean. Sentitu zuen bere andrea oso nekatuta zegoela eta berak ez ziola atseden hartzen uzten. Egun batean, negarrez hauxe esan zion: *"Nik asko maite zaitut eta beti nire ondoan nahi zintuzket. Halere, nekatua ikusten zaitut, ezinean. Atsedena merezi duzu. Bihotzez, joateko baimena ematen dizut".* Hurrengo egunean, andrea hil egin zen.

11. Gaixoaren ebaluazio psikosoziala

Ez da ez medikuaren ez erizainaren lana gaixoaren ebaluazio psikologikoa eta soziala egitea. Halere, gauza batzuk ebaluatzen jakitea oso garrantzitsua da gaixoaren egoeraz jabetzeko, haren lekuan jartzeko eta zentzuzko zeregina diseinatzeko. Gaixoa egoera berri, mehatxagarri edo kaltegarri baten aurrean dago, aurre egiteko bere ezaugarri eta baliabideekin, eta hori kontuan izan gabe zaila da haren erantzunak ulertzea.

Ez da arraroa osasun-profesionalak gaixoaren erantzuna desegokitzat hartzea eta laguntza psikologikoa edo psikiatrikoa eskatzea, nahiz eta gaixoaren jokabidea normala izan. Diagnostikoak zerbait txarra adierazten duenean, gaixoak larriduraz erantzutea da normalena. Ez da zilegi erantzun hori desegokitzat hartzea eta gaixoa deribatzea: egoera hori jasatea dagokio osasun-profesionalari. Diagnostikoak zerbait txarra adierazten duenean, normalena hasieran ez sinestea eta gero haserretzea edo triste jartzea da. Osasun-profesionalok gaizki pasatzen dugu gaixoa gaizki ikustean. Gustatuko litzaiguke aipatutako egoera horietara berehala eta sufritu gabe egokitzea gaixoa, baina hori ez da gertatzen. Hori dena jakin eta kontuan hartzea komeni zaigu.

Donostiako Erizaintza Eskolan hautazko irakasgai batean film komertzial batzuk ikusi eta gaixoaren ebaluazio psikosoziala egiten dugu. Hemen, hori egiteko erabiltzen dugun eskema azalduko da. Film zehatzen ebaluazioa ikusi nahi baduzu, web orri honetara sartu: http://www.ehu.es/xabier.zupiria/OSASUN-LANAREN_PSIKOLOGIA_ZINEAN.htm Kapitulu honen bukaeran, bi kasu kliniko azaltzen dira eta ebaluazio psikosoziala egiten da.

Ikuspegi homeostatikoa

Gaixotzean, oreka galtzen dugu. Oreka berreskuratzeko ahalegin bat egiten dugu. Ahalegin horretan zerikusia dute desorekaren ezaugarriek eta aurre egiteko ditugun eta erabiltzen ditugun baliabideek (batek familia, dirua eta lagunak izan ditzake, eta erabili ez).

Gertakizunaren ebaluazioa

Garrantzi handia du gertakariari emandako esanahiak. Sentitzen badut gertatzen zaidana ez dela hain gogorra eta erraz aurre egingo diodala, gutxiago larrituko naiz. Lazarus eta Folkmanen estresaren teoria intreraktiboaren arabera, horixe aztertzen dugu berehala: mehatxagarria da? aurre egin diezaioket?. Horren arabera, alai, urduri edo eta triste jarriko gara.

Kontuan izan behar da eginiko ebaluazio horretan baliabideen hautemateak eragina duela.

Aurre egiteko baliabideak:

- Pertsonalak: adimena, borondatea, indarra, baikortasuna, arazoei aurre egiteko joera, kemena
- Istrumentalak: dirua
- Sozialak:
    - Informalak: familia, lagunak
    - Formalak: osasun-zerbitzuak, gaixoen elkarteak, eliza

Kontuan izan baliabideak ebaluatzean baliabideak izatea baino garrantzitsuagoa dela baliabide horiek erabiltzeko jarrera. Batek dirua, senideak eta lagunak izan ditzake, eta horrelako uneetan erabili ez. Osasun-baliabideak hor daude, eta batzuek ez dituzte erabiltzen. Gauza jakina da osasun-profesionalok osasun-baliabideak eskurago ditugula eta beste biztanleek baino gehiago erabiltzen ditugula, salbuespen batekin: osasun mentaleko baliabideak ere eskurago ditugu, baina biztanleria orokorrak baino gutxiago erabiltzen ditugu behar ditugunean (gaixotasun mentalak beste edozein gaixotasun bezalakoak direla biztanleria mentalizatzen ahalegintzen gara, baina badirudi guk geuk ez dugula hori sinesten.)

Gaixoak eginiko ebaluazioa ikusita eta erabilgarriak dituen eta erabiltzeko prest dagoen baliabideak ikusita, haren erantzunak hobeto ulertuko ditugu eta errazago toleratuko ditugu.

Gaixotze-prozesua, egokitzea eta dolu-lanak

Kontuan hartu behar da egokitze-saiatze horretan une ezberdinak daudela. Gaixotzea eta egokitzea prozesu bat da, ez da bat-batean gertatzen den zerbait. Horregatik komeni da gaixotzearen etapak ezagutzea, galerari aurre eginez zeharkatzen duten bidea ezagutzea eta egoera berrira moldatzeko egin beharreko lanak ezagutzea.

1. Adibidea

Maria, 72 urte. *Neurokirurgiako zerbitzuan ingresatu dute bizkarrezurrean duen metastasi batek min handia ematen diolako. Metastasi hori kentzea da asmo bakarra, mina arintzeko, duen minbiziak ez baitu tratamendurik. Hasieratik du Mariak bere egoeraren berri.*

Ingresatze-unetik erizainek gaixo berezitzat hartzen dute. Tinbrea askotan jotzen du. Gelara sartzean, minaz kexatzen da. Esaten zaio tratamendua baduela, eta oraindik ez zaiola tokatzen. Erdi negarrez, "ezin dut gehiago, ezin dut gehiago" esaten du. Gaixoak larridura handia adierazten du eta gelara sartzen den edozeini berehala kutsatzen dio larritasun hori. Erizainak larridura sentitzen hasi dira: tinbrea entzutean ez du inork joan nahi. Mina kentzeko botiken eta lasaigarrien dosia igo egiten zaio.

Biko gela batean dago. Beste gaixoa kexatu egin da. Gelakidea Maria baino zaharragoa da eta nahiko gaizki dago bera ere (garuneko tumore bat kendu diote). Halere, lehenengo egunetik Mariak, bere kexuak eta beharrak direla eta, beste gaixoari ez dio lo egiten eta atseden hartzen uzten. Hori gutxi balitz, tinbrea jo beharrean, gaixoari eskatzen dizkio gauzak. Mariak aiurri gogorra du eta berehala gailendu zaio gelakideari. Hori dela eta, bakarkako gela batean jartzen dute.

Bakarkako gelan dagoenetik, tinbrea gehiago jotzen du, oso maiz. Erizainak tinbrea entzun orduko urduri jartzen dira. Ez du inork joan nahi. Sartzean, beti gauza bera esaten du: "Ezin didazue ezer eman? Mina dut! Ezin dut gehiago! Ezin dut gehiago!". Nola edo hala, gelatik irteten saiatzean, gaixoak erdi negarrez eta larritasun handiz "ez joan!, ez joan!" esaten du. Erizainek neurozirujauari ebakuntza lehenbailehen egiteko eskatzen diote.

Ebakuntza egin eta gero, gauzak ez dira hobetzen. Gaixoak min handia duela dio. Neurozirujauek ez dute ulertzen. Kexuak eta larritasuna areagotu egiten dira. Erreserborio baten bidez morfina jartzen diote, mina duen bakoitzean berak bertan dosi bat hartzeko. Halere, larritasun handiarekin jarraitzen du. Behin eta berriz deitzen du, joaten den erizainari ez dio ihes egiten uzten, eta larritasun handiz esaten dio "ez joan, ez joan". Plantako erizainak oso urduri daude eta ez dakite zer egin.

Maria ezkongabea da eta bakarrik bizi zen. Goi-mailako ikasketak ditu eta banku batean goi-mailako kargua izan du. Diagnostikoaren garaitik daki zein den bere egoera eta borroka egiteari ez dio utzi. Gaixotu, eta luxuzko zaharrentzako pisu batean egin du azken urtea. Minarekin ezinean hasi zenean, pisukoek ospitalean ingresatu zuten. Pisukoek diote jenio handia duela eta denekin haserre dagoela sartu zenetik. Familiarik ez dauka eta bisitan Minbiziaren Aurkako Elkarteko bolondresak bakarrik etortzen zaizkio. Horiek ere ez ditu ondo tratatzen, gauza asko eskatzen dizkie eta nekatzen hasiak dira.

Gaixoaren ebaluazio psikosoziala.

Zer gaixotasun mota du?

Minbizia.
Fisikoa, kronikoa, kasu honetan terminala.
Sufritua, adierazia eta tipifikatua.

Gaixotze-prozesuaren zein etapa pasatu ditu eta zein etapatan dago?
Gaixoak sintomak agertu zitzaizkionean (sintomen agertzea) laguntza medikoa eskatu zuen eta gaixoaren paperean jarri zen (gaixo-rola onartzea); medikuek diagnostikoa jarri zioten (gaixo-rola legitimatu) eta osasun-taldearekin harremanean dago orduz geroztik.

Elisabeth Kübler Rossen zein etapa egin ditu? Zein etapa ez du egin? Zein etapatan dago?
Hasieratik haserre-fasean dago.
Ez du ukatu, ez du negoziatu, ez da deprimitu, eta ez du onartu.

Zer galera ditu?
Osasuna
Estatusa
Bizia

Zer estresagarri ditu?
Mina
Bakardadea
Osasun-galera
Estatus-galera
Heriotzari beldurra

Baliabideak (gorriz, kaltegarriak)
- Barrukoak:
    - Adimena
    - Borondatea
    - Indarra, ausardia
    - Autoeraginkortasuna, Kontrol-sentsazioa
    - Aurre egiteko estilo aktiboa, lehiakorra
    - Ezkorra
    - Zurruna, autoritarioa
- Kanpokoak:
    - Dirua
    - Sare soziala:
        - Formala:
            - Familiarik ez
            - Bikoterik ez
            - Lagunik ez
        - Informala:
            - Osasun-zerbitzuak
            - Zaharren pisuko langileak.
            - Minbiziaren Aurkako Elkarteko bolondresak

Estresagarrien, dolu-lanen eta baliabideen ebaluazio osoa.
Estresagarri asko pilatu zaizkio, aurre egiteko gogorrak eta zailak. Horretarako denbora gutxi du eta barne-baliabideak eta dirua izan arren, izaera zurrunak eta sare sozial informala ez izateak ez diote batere laguntzen.
Bere bizitzaren bukaeran, seguruenik bere bizitzan zehar bezala aurkitzen da Maria: zurrun eta bakarrik. Aurre egiteko baliabide asko izan arren, estresagarri asko eta gogorrak ditu, dolu asko dauka egiteko, denbora gutxi eta, gainera, izaera zurruna eta

bakardade handia. Sare sozial informala aurre egiten laguntzeko baliabidea da. Bakardadeak ez du esan nahi baliabide bat gutxiago bakarrik: bakardadea estresagarria ere bada, harremanak izatea behar afektibo bat baita.

Ez da harritzekoa Maria oso larri sentitzea eta beti norbait gelan egon nahi izatea: ezinean, beldurtua eta bakarrik aurkitzen da. Ez da harritzekoa, orobat, bere larritasuna kutsatu eta osasun-profesionalei berarekin egotea kostatzea. Beraren izateko erak jendea erakarri beharrean uxatu egiten du, gupida sentiarazi beharrean arbuiatzera gonbidatzen du. Ez da kasu erraza. Ikasi nahi duenarentzat, kasu egokia da: kasu zailetatik ikasten da gehien.

Oharra

Kasu hau erizain-ikasle gisa praktikatan bizitu nuen gogorrena izan zen. Gogorrena gaixoaren ikuspegitik, gogorrena bertako langileen ikuspegitik eta baita nire ikuspegitik ere. Larritasuna eta ezina izan ziren bertan jabe egin ziren sentimenduak. Nire aldetik beste zailtasun bat bizitu nuen. Psikologoa nintzen jada eta nahiz eta erizaintzako ikasle gisa praktikatan egon, erizainak ezinean zebiltzanean gainbegiraleak esan zidan: "Ez al zara psikologoa? Joan zaitez zu". Sentitu nuen "patata beroa" niri pasatzen zidatela eta mirari bat espero zutela. Nik erantzun nion ni han ez nengoela "psikologo" gisa, erizain-ikasle gisa baizik. Psikologoak, beste edozein lanbidek bezala, lan egiteko baldintza batzuk behar ditu: psikologo gisa kontratua (ni erizain-ikasle bezala nengoen), psikologo-lana egiteko tartea (ez esan zidaten bezala, hemen zaudela aprobetxatuz egin iezaiozu terapia bat), denbora bat (ez da bat-batean egiten den miraria). Nire erizain-ikasle eginkizunean zentratu nintzen eta ikusi nuen zer sentitzen nuen: larridura eta ezina, eta, erizain eta mediku guztiek bezala, gela hartatik ihes egiteko gogoa. Garai hartan astean behin Minbiziaren Aurkako Elkarteko psikologoekin biltzen nintzen astean behin Donostiako Ospitalean, lanean aurkitzen genituen kasu zailak aztertzeko. Kasu hau eraman nuen eta eztabaidatu genuen. Lan hau proposatu nion neure buruari: gaixoarekin egunero nire erizain-ikasle eginkizunak egiterakoan, denbora lasai hartuko nuen, ihes egiteko gogoa sartzean aulki batean eseri, lasaitu eta berarekin pixka batean geratuko nintzen. Hori egiten hasi nintzen. Maria pixka bat harritu egin zen. Ez nuen ihes egiten eta ez zidan "ez joan" esaten. Behin eta berriz mina zuela esaten zidan eta ezin zuela gehiago. Nik entzun egiten nion eta mina non zuen galdetzen nion. Horrelako galderak ez zitzaizkion gustatzen. Behin belaunean mina zuela esan zidan. Nik pentsatu nuen: "Noiztik ez du inork ukitu andre hau?". Orduan eskuarekin belaunean masaje bat eman nion. Harriturik geratu zen. Gero, lasaiago, joateko eskatu zidan. Ez pentsa egoera aldatu zenik. Maria oso zaila izan zen nik ikusi nuen azken uneraino, praktikak bukatu eta han jarraitzen baitzuen. Ez dut ezer gehiago jakin berataz.

2. Adibidea

***Bixentek 89 urte ditu**. Urte bat pasa du etxean minbizia zuela eta ezin zela sendatu esan ziotenetik (6 hilabeteko bizi-itxaropena eman zioten). Ezkongabea den seme batekin bizi da. Hegoamerikarra (kolonbiarra) den andre goxo bat dute astean zehar beraiekin bizitzen. Oso harreman ona eta goxoa du semearekin eta zaintzailearekin. Asteburuetan beste lau semeak joaten zaizkio txandaka asteburua pasatzera. Seme horiekin ere harreman ona du eta anai guztiak ondo konpontzen dira. Bost biloba ditu. Bixente alargun geratu zen bost semeak nerabeak zirela. Semeak ezkondu arte aitaren etxean bizi izan dira.*

Orain urtebete arte, egun osoa antolatua zuen. Bere lanak egiten zituen eta egunero irteten zen. Orduan, eztula egitean txistuarekin batera odola botatzen hasi zen. Probak egin eta biriketan minbizia aurkitu zioten, metastasiekin. Medikuak informazioa medikua zen semeari eman zion. Aholkua izan zen etxera eramatea eta osasun-zentroko medikuak zaintzea. Esan zion larrialdiren bat izanez gero ospitalera eramateko. Seme guztiak elkarrekin bildu, eta erabaki zuten aitak eskatzen zuen informazio guztia ematea, 6 hilabeteko pronostikoa izan ezik. Bixentek galdetu zuen gaixotasuna txarra zen eta baietz esan zitzaion. Ez zuen ezer gehiago galdetu. Zer moduz galdetzen zitzaionean, "hementxe, egon egin behar" erantzuten zuen. Osasun-zentruko medikuak astero bisita egiten zion, eta erizainek egunero kura egiten zioten lepoan ireki zitzaion zulo batean.

Bixente pixkanaka-pixkanaka itzaltzen eta ahultzen joan zen. Batzuetan, bazirudien ezin zela okerrago egon, baina hurrengoan okerrago zegoen. Mina ondo kontrolatu zitzaion. Batzuetan, burua pixka bat joaten zitzaion, baina botika egokitu eta minik gabe kontziente egotea lortu zen. Lo ondo egiten zuen. Triste egon zen. Oso goxo egon zen eta zaindua izateaz gozatu zuen. Asko eskertzen zuen denen laguntza: laguntzailearena, medikuarena, erizainena, semeena… Halere, gogorra egiten zitzaion egoera, dena galtzea: bizitza uztea, maite zituenak galtzea… Fededuna zen eta igandero apaizak egiten zion bisita ere eskertzen zuen. Duintasun handiarekin eraman zituen azken uneak, baina animorik ez zuen berreskuratu. Ez zegoen deprimitua, lasai zegoen, baina etsita, animorik gabe. Gero eta gauza gutxiago zituen, gero eta gutxiago interesatzen zitzaizkion lehendik hainbeste interesatzen zitzaizkion gauzak: politika, ekonomia… Gutxi hitz egiten zuen baina besteei entzuten gustura egoten zen (aurretik asko hitz egiten zuen eta tertuliak gustatzen zitzaizkion).

Azken hilabetean, bere baitan itxiagoa dago. Gutxiago hitz egiten du eta "joan balitz" bezala jokatzen du.

Ikasketa asko ez zituen izan baina negozio-gizona bilakatu zen eta negozioak ondo joan zitzaizkion. Ez du diru-arazorik. Gizon argia, borondatezkoa, ausarta, arazoei aurre egiten ohitua, iniziatiba handikoa eta lehiakorra, baikorra.

Gaixoaren ebaluazio psikosoziala.

Zer gaixotasun mota du?

Minbizia.

Fisikoa, kronikoa, kasu honetan terminala.

Sufritua, adierazia eta tipifikatua.

Gaixotze-prozesuaren zein etapa pasatu ditu eta zein etapatan dago?
Gaixoak, sintomak agertu zitzaizkionean (sintomen agertzea), laguntza medikoa eskatu zuen eta gaixoaren paperean jarri zen (gaixo-rola onartzea), medikuek diagnostikoa jarri zioten (gaixo-rola legitimatu) eta osasun-taldearekin harremanean dago orduz geroztik.

Elisabeth Kübler Rossen zein etapak egin ditu? Zein etapa ez du egin? Zein etapatan dago.
Hasieratik triste, batzuetan agian deprimitua, baina gertatzen zitzaiona onartu zuen.

Zer galera ditu?
Osasuna
Bizia

Zer estresagarri ditu?
Mina
Osasun-galera
Heriotzari beldurra

Baliabideak
- Barrukoak:
    - Adimena
    - Borondatea. Endekapen fisikoak aurrera egin ahala, etsipena.
    - Indarra, ausardia Endekapen fisikoak aurrera egin ahala, etsipena.
    - Autoeraginkortasuna, Kontrol-sentsazioa Endekapen fisikoak aurrera egin ahala, etsipena.
    - Aurre egiteko estilo aktiboa, lehiakorra Endekapen fisikoak aurrera egin ahala, etsipena.
    - Onespena. Bazirudien adinagatik-edo prest zegoela bukaerarako.
- Kanpokoak:
    - Dirua
    - Sare soziala:
        - Formala:
            - Semeak eta bilobak
            - Bikoterik ez, baina zaintzailea (emakume kolonbiar goxoa)
            -
        - Informala:
            - Osasun-zerbitzuak: medikua eta erizainak
            - Elizako apaizak

Estresagarrien, dolu-lanen eta baliabideen ebaluazio osoa.
Estresagarri gogorrak pilatu zaizkio Bixenteri bere bizitzaren bukaeran, aurre egiteko gogorrak eta zailak direnak (gaixotasuna, mina, heriotza). Horretarako prest eta nahiko baliabiderekin dago: baliabide pertsonalak eta babestu eta zaintzen duen sare soziala.
Ez da erraza heriotzari aurrez aurre begiratu eta azken bidea egitea, eta ez zen erraza izan Bixenterentzat ere. Halere, ondo prestatua eta babestua zegoen. Une gogorrak izan ziren, baina gizatasunez eta bakez beteak, ahaztezinak. Hunkigarria izan zen niretzat hain ahul eta argal ohean ikusi eta azken erronkari duintasun handiz aurre nola egin zion ikustea; oso ausarta iruditu zitzaidan. Eskertu nahi diot azken bidaia horretan erakutsitakoa, hitzik gabeko erakutsi garrantzitsua.

12. Bibliografia

- **Lluch MT, Novel G, Royo MD**. La enfermedad y la hospitalización. Novel G, Lluch MT, Miguel MD. Enfermería psicosocial II. *Salvat SA. Barcelona 1991. 15gaia: 157-164.*
- **Novel G**. Aspectos psicológicos del dolor. Novel G, Lluch MT, Miguel MD. Enfermería psicosocial II. *Salvat SA. Barcelona 1991. 17gaia: 175-184.*
- **Novel G, Lluch MT**. Aspectos psicosociales del paciente quirúrgico. Novel G, Lluch MT, Miguel MD. Enfermería psicosocial II. *Salvat SA. Barcelona 1991. 22gaia: 227-232.*
- **Novel G, Lluch MT.** El paciente ingresado en una unidad de cuidados especiales. Novel G, Lluch MT, Miguel MD. Enfermería psicosocial II. *Salvat SA. Barcelona 1991. 23gaia: 233-238.*
- **Novel G, Lluch MT**. Las pérdidas y el proceso de duelo. Novel G, Lluch MT, Miguel MD. Enfermería psicosocial II. *Salvat SA. Barcelona 1991. 18gaia: 185-192.*
- **Novel G, Lluch MT, Rourera A**. Aspectos psicosociales del paciente crónico. Novel G, Lluch MT, Miguel MD. Enfermería psicosocial II. *Salvat SA. Barcelona 1991. 24gaia: 239-246.*
- **Novel G, Lluch MT, Olive ME**. Aspectos psicosociales del paciente terminal. Novel G, Lluch MT, Miguel MD. Enfermería psicosocial II. *Salvat SA. Barcelona 1991. 25gaia: 247-258.*

Sakontzeko:

- **Astudillo W, Mendinueta C**. Nola lagundu fase terminalean dauden gaixoei? ¿Cómo ayudar a una persona enferma en fase terminal? *Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, Donostia 2001.*
- **Balint M**. El médico, el paciente y la enfermedad**.** *Libros básicos, Buenos Aires 1986*.
- **Cabodevilla I.** Vivir y morir conscientemente**.** *Desclée de Brouwer. Bilbao 1999*.
- **Célerier MC, Oresve C, Juniaud-Gouitaa F.** El encuentro con el enfermo**.** *Síntesis 2001.*
- **Comelles JM, Martínez A**. Enfermedad, cultura y sociedad: un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina**.** *Eudema, Madrid 1993.*
- **Costa M**. El juego y el juguete en la hospitalización infantil. *Nau Libres, Valencia 2000.*
- **Daufi L**. La enfermedad hoy**.** *Salvat, Barcelona 1994.*
- **Florez JA**. Enfermedad de Alzheimer: aspectos psicosociales. *Edika Med, Barcelona 1996.*
- **Grao E**. El cáncer y yo**.** *Claret, Barcelona 2000*.
- **Kubler Ross E**. Sobre la muerte y los moribundos. *Grijalbo, Barcelona,1989*.
- **Kübler-Ross E**. Vivir hasta despedirnos. *Luciernaga. Barcelona 1991.*
- **Lipkin G, Cohen R.** Cuidados de Enfermería en pacientes con conductas especiales. *Doyma, Barcelona, 1989*.
- **López R**. Enfermedad de Alzheimer y demencias afines: necesidades detectadas. *Gobierno Vasco, Vitoria 1999*.
- **Mardarás Platas E**. Psicoprofilaxis quirúrgica. La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas. *Rol, Barcelona, 1980.*
- **McCaffery M, Beebe A**. Dolor: manual clínico para la práctica de enfermería**.** *Salvat, Barcelona 1992*.
- **Mohillo W, Caldwell P.** La enfermedad de Alzheimer: una guía práctica para cuidadores y familiares**.** *Paidos, Barcelona 2002*
- **Ortigosa JM, Méndez FX**. Hospitalización infantil**.** *Biblioteca Nueva, Madrid 2000.*
- **Penzo W**. Psicología Médica**.** *Salvat, Barcelona, 1990*.
- **Penzo W**. El dolor crónico: aspectos psicológicos**.** *Martínez Roca, Barcelona 1989*.
- **Rodríguez J, Zurriaga R.** Estrés, enfermedad y hospitalización. *Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada 1997.*
- **Sahler O.J.Z**. El niño y la muerte. *Ciencias de la Enfermería. Alhambra, Madrid, 1982*.
- **Seguín CA**. La enfermedad, el enfermo y el médico**.** *Pirámide, Madrid 1982*.
- **Suarez M**. Diagnóstico: cáncer. Mi lucha por la vida**.** *Galaxia Gutenberg. Círculo de lectores. Barcelona 2000*.
- **Tizón JL**. Componentes psicológicos de la práctica médica**.** *Doyma. Barcelona 1988.*
- **Yubero MJ, Arranz E**. La hospitalización en la primera infancia: efectos en la adaptación socio-afectiva y cognitiva, un estudio observacional**.** *UPV: tesis, Leioa 1995*.
- **Valdés**. El niño ante el hospital: programa para reducir la ansiedad hospitalaria**.** *Univ Oviedo 1995.*
- **Vallejo-Nágera JA. La puerta de la esperanza.** *Planeta 1990*.
- **Wilber K**. Gracia y coraje: Curación y espiritualidad en la vida y en la muerte de Treya Killem Wilber**.** *Gaia ediciones. Barcelona 1995.*
- **Woods RT**. La enfermedad de Alzheimer: enfrentarse a al muerte en vida**.** Instituto *Nacional de Servicios Sociales, Madrid 1991.*
- **Worden JW.** El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. *Paidos, Barcelona 1997.*