



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea



Zuzenbide Fakultatea
Facultad de Derecho

ONARPEN ETA KONPROMISOZKO TERAPIAN OINARRITURIKO ESKU- HARTZEA ESPETXEETAN:

**BURU-NAHASTE LARRIAK JASATEN DITUZTEN
PERTSONEN OSATZE PERTSONALA ETA
BIRGIZARTERATZEA LORTZERA ZUZENDUTAKO
EREDU BATEN PROPOSAMENA**

**Gradu amaierako lana
Kriminologiako gradua
2018/2019 ikasturtea**

Egilea:

Leire Araiztegi Navarro

Zuzendaria:

Eduarne Maiz Aldalur

AURKIBIDEA

| | |
|--|----|
| 1. SARRERA..... | 8 |
| 2. OSASUN MENTALA ETA BURU-NAHASTEAK..... | 10 |
| 2.1 Osasun mentala..... | 10 |
| 2.2 Buru-nahasteak | 11 |
| 2.2.1 Buru-nahaste larriak | 13 |
| 3. BURU-NAHASTE LARRIAK ETA DELINKUENTZIA | 15 |
| 3.1 Buru-nahaste eta delinkuentziaren arteko erlazioa: mitoak gainditzen | 15 |
| 3.1 Espetxe-biztanleria: Espainia..... | 17 |
| 3.1.1 Espetxe-biztanleriaren ezaugarriak eta profila | 17 |
| 3.1.2 Buru-nahasteen prebalentzia espetxean | 18 |
| 4. BURU-NAHASTEAK JASATEN DITUZTEN ETA ASKATASUNIK GABE DAUDEN PERTSONEN EGOERA ESPAINIAN | 20 |
| 4.1 Espainiar espetxe-sistema | 20 |
| 4.1.1 Eremu juridikoa | 20 |
| 4.1.2 Espetxe tratamendua | 22 |
| 4.2 Buru-nahasteak jasaten dituzten pertsonen Espainiar espetxe-sistemak emandako erantzuna | 22 |
| 4.2.1 Segurtasun-neurriak..... | 22 |
| 4.2.1.1 Segurtasun-neurriak ezartzea | 23 |
| 4.2.1.2 Segurtasun-neurriak betetzeko lekuak | 26 |
| 4.2.2 Buru-nahasteak jasaten dituzten pertsonak espetxe zigorra betetzea | 29 |
| 4.3 Programak | 30 |
| 5. HIRUGARREN BELAUNALDIKO TERAPIAK | 30 |
| 5.1 Lehen belaunaldiko terapiak | 31 |
| 5.2 Bigarren belaunaldiko terapiak..... | 34 |
| 5.3 Hirugarren belaunaldiko terapiak | 36 |
| 5.3.1 Psikoterapia analitiko funtzionala | 37 |

| | |
|--|----|
| 5.3.2 Jokabide dialektikoaren terapia | 38 |
| 5.3.3 Bikote terapia integrala..... | 38 |
| 5.3.4 <i>Mindfulness</i> -a | 38 |
| 5.3.5 Onarpen eta Konpromisozko Terapia (OKT) | 39 |
| 5.4 Hirugarren belaunaldiko terapien eraginkortasuna buru-nahaste larrien kasuan | 41 |
| 5.4.1 Ausazko entsegu kontrolatua: Onarpen eta Konpromisozko Terapia (OKT) eta buru-nahaste psikotikoak..... | 41 |
| 5.4.2 Esku-hartzeen konparaketa: OKT eta <i>mindfulness</i> buru-nahaste larrien kasuetan | 44 |
| 6. BURU-NAHASTEAK JASATEN DITUZTEN PERTSONENTZAKO ESPETXE-TRATAMENDU PROGRAMEN AZTERKETA | 48 |
| 6.1 Espainian..... | 48 |
| 6.2 Nazioartean | 51 |
| 6.3 Ondorioak | 52 |
| 7. ONARPEN ETA KONPROMISOZKO TERAPIAN OINARRITURIKO ESKU-HARTZE BATEN PROPOSAMENA | 52 |
| 7.1 Metodologia | 53 |
| 7.1.1 Helburuak..... | 53 |
| 7.1.3 Parte hartzaileak | 54 |
| 7.1.3 Prozedura..... | 54 |
| 7.1.4 Neurketa tresnak | 55 |
| 7.1.5 Esku-hartzea | 56 |
| 8. ONDORIOAK | 69 |
| 9. BIBLIOGRAFIA | 71 |
| 10. ERANSKINAK | 80 |
| 11. LABURPEN EXEKUTIBOA | 93 |

ESKERRAK

Nire esker ona lan hau burutzeko emandako laguntzagatik zuzendari lanak egin dituen Edurne Maiz Aldalur irakasleari, bai eta Arrasateko Aita Menni ospitaleari, bertan egoteko aukera eman eta lan hau egiteko inspirazio gisa jardun izanagatik.

Ezin ahaztu, nire familia eta lagunak.

LABURPENA

Lan honen bidez hirugarren belaunaldiko terapien erabilera aditzera eman nahi da buru-nahaste larriak jasaten dituen espetxe-biztanleriaren artean. Hain zuzen, Onarpen eta Konpromisozko Terapian (OKT) oinarrituriko esku-hartze bat proposatzen da pertsona hauen osatze pertsonala lortu eta birgizarteratzea errazte aldera. Horretarako, lanaren lehenengo zatian Espainiar espetxe-sistemak buru-nahasteak jasaten dituen espetxe-biztanleriari ematen dien erantzun-bideak aztertzen dira. Bigarren atalaren bidez, hirugarren belaunaldiko terapien nondik norakoak azalduko dira, bereziki OKT. Era berean, arlo honetan eskaini ditzaketen alderdirik esanguratsuenak ere identifikatzen dira. Hala, terapia mota hauetan oinarrituriko esku-hartze bat proposatzea posible izan da.

Hitz gakoak: buru-nahaste larriak, hirugarren belaunaldiko terapiak, espetxea, onarpen eta konpromisozko terapia (OKT), osatze pertsonala.

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo impulsar la tercera generación de las terapias conductuales entre la población penitenciaria que padece trastornos mentales graves. En concreto, se va a procurar mostrar el posible favorecimiento de mejora personal y reinserción social a través de una intervención basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Para ello, la primera parte del trabajo consiste en la revisión de las tareas que el sistema penitenciario español ha de ejercer en estos casos, tanto durante su estancia en prisión, como al llegar el momento de la libertad. En la segunda parte, se han analizado las terapias conductuales de tercera generación para el tratamiento psicológico, haciendo especial hincapié en ACT, y se han tratado de identificar los aspectos que resultan más beneficiosos a la hora de trabajar con este colectivo. De este modo, ha sido posible diseñar un programa de intervención basado en este tipo de terapias.

Palabras clave: trastorno mental grave (TMG), terapias de tercera generación (TTG), prisión, terapia de aceptación y compromiso (ACT), empoderamiento.

ABSTRACT

The present study's aim is to promote the use of the third-generation therapies amongst population of inmates with severe mental disorders. In particular, to show the possible

benefits in personal growth and social reinsertion of an intervention based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Therefore, the first part gathers the work that the Spanish prison system must do in these cases, during their time imprisoned, as well as once they are released from it. The second part reviews third generation behavioral therapies, with a special emphasis in ACT. Also, tries to identify the aspects that would be more beneficial towards the treatment of this particular population. This way it has been possible to develop an intervention program based on this group of therapies.

Key words: severe mental disorders, third-generation therapies, mentally ill offenders, prison, acceptance and commitment therapy (ACT), personal growth.

1. SARRERA

Gradu Amaierako Lan hau egiteko arrazoia Aita Menni ospitaleko Lege Psikiatria Unitatean egindako ibilbidea izan da. 2018/2019 ikasturtea nire azken ikasturtea izanik, Nahitaezko Praktikak bertan egiteko eskaera egin nuen eta onartua izan nintzen. Unitateak buru-nahaste larriagatik zigorraren ordeztasun-neurriak betetzera bideratu dituzten pertsonak jasotzen ditu, bai eta, epaiketa aurretik, kautelazko neurri gisa, testuinguru terapeutiko batean askatasunaz gabetzea erabakitzen diren kasuak ere. Segurtasun eta zaintza bereziak behar dituzten kasuetara mugatzen da Unitatea, baina eskainitako arreta asistentziala da. Horrelakorik ez da Espainiako Espetxe Zuzendaritzapeko sarean.

Hasiera batetik, delitugileak birgizarteratzeko tratamenduak jorrazteko interesa nuen eta Aita Mennik ahalbideraturiko ikuspegia oinarri hartuta, birgizarteratzea lortzera zuzendutako esku-hartzea buru-nahasteak jasaten dituen espetxe-biztanleriarekin bateratzea aukera paregabea zen. Hortaz, Gradu Amaierako Lan honek Nahitaezko Praktiketara du oinarria.

Hori horrela, lan honen helburu nagusia buru-nahaste larriak jasaten dituzten eta askatasunik gabe dauden pertsonentzat esku-hartze bat garatzea izango da, hauen osatze pertsonala lortu eta birgizarteratzea errazte aldera. Esku-hartzea hirugarren belaunaldiko terapietan oinarritzen da, Onarpen eta Konpromisoetako Terapiari (OKT) hain zuzen. Horretarako, ezinbestekoa izan da OKT-ak arlo honetan eskaini ditzakeen alderdi esanguratsuenak identifikatzea, bai eta parte-hartzaileen bizitzaren norabidea bideratu ahal izateko teknika, jardura eta ariketak azaltzea.

Lanaren lehenengo atala buru-nahasteak dituzten eta askatasunik gabe dauden pertsonen egoeraren azterketari dagokio. Bertan Espainiar espetxe-sistemak arlo honetan dituen baliabide eta erantzun bideetan sakonduko da. Azken urteotan espetxe-biztanleriaren artean buru-nahasteak dituen preso kopuruak gora egin du eta datu kezagarriak adierazi dituzte ikerketek. Hori dela eta, horri aurre egiteko jardura-ildoan nondik norakoak azalduko dira, espetxe-zentro bereziei aipamen garrantzitsu bat egingo zaie eta egozgarritasun prozesuaren inguruan ere zenbait kontu azalduko dira.

Bigarren atala hirugarren belaunaldiko terapiari buruzkoa izango da. Zenbait ikerketa aztertu ostean Onarpen eta Konpromisoetako Terapiaren alderdi esanguratsuenak identifikatu dira, ondoren esku-hartzean barneratu ahal izateko.

Hala, lanaren azken zatian buru-nahaste larriak jasaten dituzten eta askatasunik gabe dauden pertsonentzako esku-hartzea proposatzen da, espetxeek arlo honetan gaur

egun dituzten gabezia eta hutsuneei erantzun bat emateko pertsona hauen osatze pertsonala landu eta birgizarteratzea errazteko osagai, teknika eta ariketa bilduko dituen.

2. OSASUN MENTALA ETA BURU-NAHASTEAK

2.1 Osasun mentala

Osasun mentalari begirada zabala egitekotan egokiena litzateke Osasunaren Mundu Erakundeak (OME aurrerantzean) dioena aintzat hartzea. Bere lehenengo ekarpenak 1946an du jatorria, New Yorken egin zen Osasun arloko Nazioarteko Biltzarrean osasuna definitu zuenean. Haren hitzetan, “osasuna, ongizate fisikoa, mentala eta sozialaren egoera erabatekoa da eta ez bakarrik gaixotasun eza” (OME, 2006, or. 1). Definizio hau 1948an sartu zen indarrean eta orduz geroztik ez da aldatu; OMEren Konstituzioaren hitzaurreari dagokio oraindik ere.

Definizio aurrerakoia da, ez baita soilik alderdi somatiko-psikologikoan zentratzen (eredu biomedikoa); horrez gain, bestelako eremuak ere hartzen ditu osasunaren berezko zati gisa (Zuazagoitia, 2019). Hain zuzen, osasun mentalaren inguruan ondorengo ideiak ondoriozta daitezke (OME, 2004):

- Osasun mentala osasun orokorraren berezko zati da, osasun fisiko eta sozialaren pareko.
- Osasun mentala gaixotasun eza baino zerbait gehiago da, ongizatea eskatzen baitu.
- Osasun mentala, fisikoa eta sozialaren artean erlazio estua dago.

Osasuna eta gaixotasuna ez dira kontrajarritako bi kontzeptu, *kontinuum* batean kokatu daitezke eta (Vergara, 2007). Osasuna, gaixotasun eza baino zerbait gehiago da; osasuna faktore biologiko, ekonomiko, sozial, politiko eta naturalen elkarreragin orekatuaren ondorioz sorturiko egoera baita (Macaya, Pihan eta Vicente, 2018). Are gehiago, osasuna eta gaixotasuna aldi berean eman daitezke; soilik osasuna gaixotasun ezaren ikuspegitik ulertzen bada baztertzen baitu batak bestea. Hori horrela, buru-nahasterik ez jasateak ez du zertan adierazten osasun mental orekatu bat izatea, eta alderantziz, buru-nahasteren bat pairatzea ez da eragozpen itxuraz osasun mental ona edukitzeko.

Definizio horretatik abiatuta OMEk osasun mentalak osasunean duen eragina azpimarratu nahi izan du “osasun mentalik gabe ez dago osasunaz hitz egiterik” lelopean (OME, 2004, or. 14). Ikuspegi honek hainbat erakunde eta elkarteren babesa jaso du, besteak beste, Panamerikako Osasun Erakundea, Europar Batasuneko lehen Ministroen Kontseilua, Osasun Mentalaren Munduko Federazioa eta Erresuma Batuko Psikiatria Eskola. Osasun mentala ezin da bere kabuz bakarrik existitu; osasun orokorrak osasun mentalean eragin dezake, bai eta alderantziz ere, osasun mentalak osasun

orokorrean aldaketak sor ditzake. Hori dela eta, alderdi fisiko, sozial eta mentala elkarrekiko interdependenteak dira.

Bere garrantzia dela eta, OMEk honela definitzen du osasun mentala: “ongizate egoera bat, zeinetan norbanakoa bere gaitasunen kontziente den, bizitzako ohiko tentsioak gainditu ditzakeen, modu produktibo eta emankorrean lan egin dezakeen eta komunitatean laguntzeko eta ekarpenak egiteko gai den” (OME, 2004, or. 12). Hau da, oreka mentalak ahalbidetzen dio pertsonari gaitasun kognitibo, afektibo eta sozialak aprobetxatzea, estresari modu eraginkorrago batean aurre egitea, lan emankorrago bat gauzatzea eta gizartearentzat ekarpen positiboa egitea.

Osasun mentalaren ikuspegi honek osasun mental positiboaz (OMP) ezagutzen dena ahalbidetzen du. Osasun mental positiboak osasun mentala zaintzeko eta babesteko norbanakoak dituen baliabide afektibo, kognitibo eta sozialei egiten die erreferentzia (Muñoz, Restrepo eta Cardona, 2016). Horrela, pertsona bat psikologikoki osasuntsu dagoen edo ez identifikatzeko, besteak beste, honako adierazleak kontuan hartzen ditu (Lluch, 1999; Muñoz et al., 2016; Vázquez et al., 2009): (a) autoestima egokia; (b) ongizate emozionala; (d) etengabeko garapen pertsonala; (e) ingurugiroari eta berak ezartzen dituen eskaerei egokitze eraginkorra; (f) autonomia maila egokia; (g) errealitatearen pertzepzio zuzena; (h) pertsona arteko erlazio egokiak; eta (i) egoera zailei aurre egiteko estrategia egokiak.

Osasun mental positiboaren kontzeptuak, gainera, terapia egiteko moduan berrikuntzak dakartza, arazoa (sintomak, esaterako) kontrolatu eta aldatu ordez, hots, eredu biomedikoaren aldean, esku-hartze eremu zabalagoa ahalbidetzen baitute zerrendatu berri ditugun adierazleek (Vázquez et al., 2009).

2.2 Buru-nahasteak

Buru-nahasteak gaixotasun mentalak bezala ere ezagutzen dira. Gaixotasun terminoa horren hedatua dagoen arren, profesionalak zalantzan jartzen dute, alde batetik, ustez dagokion eredu medikua nagusitzea dakarrelako, eta beste alde batetik, termino horrek baduelako nolabaiteko kutsu baztertzaila.

Literaturan adostasun handiena lortu duen definizioaren arabera, gaixotasuna gorputzaren atal batean edo gehiagotan ematen den egoera fisiologikoaren aldaketa edo alterazioa litzateke, orokorrean zergati edo etiologia ezaguna duena, berezki ezagutzen dituen zeinu eta sintomen bitartez adierazten dena eta gutxi gorabehera aurreikus daitekeen eboluzioa duena (McKeown, 1988). Buru-nahasteen kasuan, ordea, etiologia zehaztugabea izan ohi da (ez baita organikoa soilik) eta ez dago sintoma eta zeinu

berezkoak dituen nahasterik. Izan ere, buru-nahaste bati etiologia biologikoa aurkitzen zaionean (epilepsia, esaterako) buru-nahasteen kategoria barruan sailkatzeari utzi eta beste sailkapen baten parte izatera pasatzen da (epilepsiaren kasua neurologia barruan). Bestalde, subjektu batek aurkez dezakeen sintomatologiarentzat buru-nahaste bat baino gehiago diagnostikatzeko aukera dago, sintomatologia horren da zabala eta anitza (Barukel eta Stolkiner, 2018). Zentzu honetan, nazioarteko erreferentzia nagusiek (Ameriketako Psikiatria Elkarte eta OME) gaixotasun mentala erabiltzea saihesten dute eta, horren ordez, buru-nahaste terminoa lehenesten dute.

Buru-nahasteen sailkapen sistema nagusiek buru-nahaste kontzeptuaren hurbilpen bat ematen digute. Gaur egun erabiltzen diren buru-nahasteen sailkapen sistema nagusiak bi dira: Amerikako Psikiatria Elkartearen (APA) DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) 5. bertsioa eta Osasunaren Mundu Erakundearen (OME) CIE (*Clasificación Internacional de Enfermedades*) 10. bertsioa.

DSM-5ak berariaz azpimarratzen du ezinezkoa dela buru-nahaste guztien berezitasunak bilduko dituen definizio bat proposatzea. Hala ere, saiakera bat egiten du: “buru-nahastea esangura klinikoa duen egoera kognitibo, afektibo zein jokabide eredu bat da, prozesu psikologiko, biologiko eta garapenezkoan disfuntzio baten manifestazioa eragiten duena” (APA, 2013, or. 5). Bestalde, CIE-10ak dio buru-nahastea “klinikoki ezagutu daitezkeen sintoma eta jokaeren multzoa dela, gehienetan ondoezari lotuta, eta funtzionamendu pertsonalean eragiten duena” (OME, 2006, or. 23).

DSMa 1952. urtetik darama indarrean baina azken bertsioa (5.a) duela gutxiko gauza da; 2013an argitaratu baitzen. Aurreko bertsioen aldean, DSM-5ak ardatzik gabeko sailkapen baten alde egiten du. Horretarako, diagnostikoak berregituratu dira (DSM-IV-TR-ko I, II eta III ardatzak) 22 eremu asketan, batik bat buru-nahasteak etiologiaren arabera sailkatzeko ebidentzia zientifikoa ahula delako (Blashfield et al, 2014). Lehen bertsiotik, gainera, buru-nahasteak bereizteko kategoriak biderkatu egin dira; hasierako 106 diagnostikoen aldean DSM-5ak egun 300 kategoria baino gehiago aurreikusten ditu.

CIE lehenengo bertsioa 1909. urtean argitaratu zen Nazio Batuen eskutik. 1948an bereganatu zituen OMEk CIE osatzeko eginkizunak eta eskumen aldaketa horrekin batera historian lehenengo aldiz buru-nahasteak sartu zituen osasunarekin erlazionatutako gaixotasun eta arazoeren sailkapenen eskuliburuaren 6. Bertsioan (Haranburu, Balluerka, Gorostiaga eta Guerra, 2014). Azken bertsioa (10.a) 1992koa da eta nahasteak 3 ardatzetan sailkatzen ditu. Lehenengoa diagnostiko klinikoei dagokio, bigarrena ezintasunei eta hirugarrena, aldiz, ingurumen faktore eta faktore zirkunstantzialei. Guztira 280 kategoria sailkatzen ditu, 78 eremu nagusitan taldekatuta.

Duela gutxi 11. bertsioaren azken proiektua argitaratu dute. DSM-5aren norabidea jarraitzen omen du, hau da, ardatzik gabeko sailkapen baten alde egin du, baina 2022 arte ez da indarrean sartuko (OME, 2018).

Hau guztia kontuan izanda, begi bistakoa da oraindik ere eredu medikoa nagusitzen dela eta “nahaste” terminoa “gaixotasun” hitzak inplikatzeko dituen ondorio negatiboak baztertzeko erabiltzen dugula. Dena den, diagnostiko kategorietatik haratago, nahaste hitza gaixotasunaren aldean kontzeptu zabalagoa da, kausa ezberdinak (organikoaz gain) eta funtzionamenduan ezintasuna eskatzen baitu. Hala, diagnostiko psikiatrikoak ez du zertan gaixotasun diagnostikoarekin bat egin (Caballero, 2007). Hori dela eta, lan honetan zehar buru-nahaste terminoa erabiltzea erabaki da.

2.2.1 Buru-nahaste larriak

Hainbat modutara defini daiteke buru-nahaste larria, baina adostasun handiena lortu duen definizioa 1987an AEBko Buruko osasunaren Institutu Nazionalak (ingelesez *National Institute of Mental Health*, NIMH) proposaturikoa da. NIMH-en arabera buru-nahaste larriak jasaten dituzten pertsonak iraunaldi luzeko aldakuntza psikikoak aurkezten dituzte, gizarte mailan ezintasuna dakartzatenak, eta hargatik tratamendu psikiatrikoa jaso behar izaten dute (NIMH, 1987). Hori dela eta, buru-nahaste larria dagoela baloratzeko nahasteak honako hiru dimentsio edo alderdiak barne hartu behar ditu (Guías de práctica clínica en el SNS, 2009): (a) diagnostiko klinikoa; (b) nahastearen iraupena (kronikotasuna); eta (d) eragindako pertsonak gizartean, familian eta lan arloan duen ezintasuna. Hona hemen alderdi bakoitzaren berezitasunak:

- Diagnostiko klinikoa: buru-nahaste larrien barruan diagnostikatutako kategoria guztiak psikotikotzat jotzen dira, zentzu zabalean, eta horregatik, aldakuntza psikotikoak (izaera organikoa dutenak kanpo) eta zenbait nortasun nahaste barne hartzen ditu (sintoma psikotikoak eta jokabideko nahasmendu larriak dituztenak). Zehatzagoak izateko, buru-nahasteen erreferentziazko sailkapen sistemek (APA, 2013; OME, 1992) jasotzen dituzten ondorengo kuadro klinikokoak kontsideratzen dira buru-nahaste larriak:
 - Nahaste eskizofrenikoak (295.x / F20.x)
 - Nahaste eskizotipikoa (301.22 / F21)
 - Nahaste delirante iraunkorra (297.1 / F22)
 - Nahaste delirante induzitua (298.8 / F24)
 - Nahaste eskizoafektiboa (295.70 / F25)
 - Beste nahaste psikotiko ez organikoak (298.8 / F28 eta 298.9 / F29)

- Nahaste bipolarra (296.x / F31.x)
- Nahaste depresibo larria (sintoma psikotikoekin) (296.24 / F32.3)
- Nahaste depresibo errepikari larria (296.33 / F33.2)
- Nahaste obsesibo konpultsiboa (300.3 / F42)
- Nortasun paranoidearen nahastea (301.0 / F60.0)
- Nortasun eskizoidearen nahastea (301.20 / F60.1)

Sintoma positibo eta negatiboak agertzeaz gain, harremantzeko gaitasuna larriki azalduta egon ohi da eta testuingururako egokia ez den portaera edo afektibitate desegoki larria ere erakusten da. Horrek guztiak errealitatearen pertzepzio desegituratua eragiten du.

- Nahastearen iraupena: nahastea 2 urte edo gehiagoz garatzea eskatzen da, edo azken 6 hilabetetan funtzionamenduaren narriadura mailakakoa eta nabarmena jasatea (rol sozialak uztea eta kronikoa bihurtzeko arriskua), nahiz eta sintomak arindu.

Irizpide hau da guztietatik ahulena, betetzen den edo ez erabakitzerako orduan zailtasunak aurkitzen dituzte profesionalak eta. Zentzu honetan, NIMH-ek (1987) beste bi irizpide proposatzen ditu lana errazteko asmoz:

- Tratamendu ambulatorioa baino larriagoa den tratamendu psikiatrikoa jaso izana bizitzan behin behintzat.
- Ospitaleratzea ez den beste bizitegi-laguntza iraunkorra jaso izana, eta hark indibiduoaren bizitza nabarmen eten izana.

Irizpide honekin kronikoak diren buru-nahasteak baztertu nahi dira, dementziak, esaterako, bai eta denbora laburrean sintomatologia larria aurkez dezaketen kasuak ere, hauen garapena laburra baita pronostiko bat egiteko.

- Ezintasuna aurkeztea: funtzionamendu pertsonala, lanekoa, soziala eta familiakoan eragina geroz eta larriagoa izatea, eta horrek zailtasun funtzionalak sortzea bizitzako jarduera garrantzitsuetan; ondoren adieraziko diren irizpideak etengabe edo noizean behin agertzen badira:

- Langabezia edo enplegu babestua edo lagundua, trebetasunak argiro mugatuak edukitzea edo lan-historia eskasa.
- Ospitaletik kanpo mantentzeko diru publikoaren beharra eta laguntza hori lortzeko babesaren behar izatea.
- Gizarte-laguntza pertsonaleko sistemak ezartzeko edo mantentzeko zailtasunak.

- Eguneroko bizitzako trebetasunetan laguntzaren beharra, hala nola, higieanean, elikagaiak prestatzean edo kudeaketa ekonomikoa egitean.
- Gizarte-portaera desegokia, laguntza psikiatrikoa edo sistema judizialaren laguntza behar duena.

Aktibitate Globalaren Ebaluazioaren eskala (ingelesez Global Assessment of Functioning Scale, GAF) ere erabili daiteke buru-nahasteak funtzionamendu pertsonalean, lanekoan, sozialean eta familiakoan eragindako ezintasuna neurtzeko. 50 baino gutxiagoko puntuazioak ezintasun larria adierazten du; 50 eta 70 bitartekoak, aldiz, ezintasun arina.

Beraz, buru-nahaste larriek barne hartzen dituzte funtzionamendu pertsonala, lanekoa, soziala eta familiakoan ezintasun larria eragiten duten bi urtez edo gehiagoz garaturiko buru-nahaste psikotikoak. Hori horrela, lan honetan zehar buru-nahaste larriaz hitz egitean hiru alderdi hauek betetzen dituzten nahasteez ariko gara.

3. BURU-NAHASTE LARRIAK ETA DELINKUENTZIA

3.1 Buru-nahaste eta delinkuentziaren arteko erlazioa: mitoak gainditzen

Gizarteak buru-nahasteak jasaten dituzten pertsonen bat-bateko portaera (aurreikus ezinak) bortitz eta arriskutsuak esleitzeko joera bat dauka (Esbec eta Echeburúa, 2016; Sue, Sue eta Sue, 2010). Hori horrela, buru-nahasteak eta delinkuentziaren arteko harremana azken hamarkadetakako ikerketa zientifikoaren objektua izan da.

Zenbait ikerketek buru-nahastea eta delituaren artean erlazioa aurkitzen dute. Estatu Batuetan Swanson et al. (2006) autoreek egindako ikerketan %6ko aldea adierazi dute biztanleria orokorra eta eskizofrenia jasaten dituzten pertsonen bortizkeria mailari dagokionez. Hau da, biztanleria orokorraren aldean buru-nahasteak jasaten dituzten pertsonen bortizkeria maila altuagoa omen da (%8koa %2aren aldean). Gainera, portaera bortitzak aurkezteko arrisku hori (eta hortaz, delituak gauzatzekoa ere) areagotu egiten da toxikoen kontsumoarekin bat egiten badu buru-nahasteak. Era berean, Elbogen eta Johnsonek (2009) adierazi dute biolentziaren presentzia 10 aldiz altuagoa dela buru-nahasteak substantzien kontsumoarekin bat egiten duenean buru-nahastea bere horretan baino.

Ilido beretik, European egindako ikerketek antzerako emaitzak azpimarratu dituzte. Eskandinavian egindako ikerketek adierazi dute buru-nahaste larriak jasaten dituzten pertsonen bortizkeria maila %6 eta 10 aldiz altuagoa dela biztanleria orokorraren aldean (Eronen, Hakola eta Tiihonen, 1996). Hori gutxi balitz, Finlandiako espetxeetan heriotza

gauzatzeagatik preso dagoen biztanleria eskizofrenikoaren %40ak ezaugarri psikopatikoak aurkezten dituela aurkitu dute (Laajasalo et al., 2011). Aposlopoulos et al. (2018) autoreen arabera, erlazio estua dago delitu bortitzengatik inputatuak izan diren pertsona eta diagnostiko psikotikoen artean, hain zuzen, %45,5eko erlazioa aurkitu dute delitu bortitz eta nahaste eskizoidearen artean, eta %50ekoa, berriz, nahaste eskizotipikoarekin.

Bestalde, Peterson, Skeem, Kennealy, Bray eta Zvonkovic-ek (2014) Minneapolisen (AEB) egindako ikerketa batean ondorioztatu dute ehuneko oso gutxi batek gauzatzen dituela delituak buru-nahasteak bultzatuta. 143 presori dagozkien 429 delituetatik %7,5ak dauka buru-nahastearekin erlazioa, eta buru-nahaste psikotikoen kasuan, %4ak. Hori dela eta, autore hauen esanetan, buru-nahasteak jasaten dituzten pertsonak egindako delituen arrazoia ez da buru-nahastea bere horretan, faktore ezberdinen eragina baizik.

Zentzu honetan, Arbach eta Pueyo-rekin bat etorriz (2007), ondorengo ondoriozta daiteke:

- a) Delitu bortitzen kopuru altu bat buru-nahasteak dituzten pertsonen dagozkie.
- b) Buru-nahasteak pairatzen dituen biztanleriak ez dauka biztanleria orokorra baino probabilitate handiagoa delituak burutzeko.
- d) Buru-nahastea izatea ez da delituak gauzatzeko arrisku faktore zuzena.

Hau horrela, zenbait autorek buru-nahasteak bere horretan deliturako joera bermatzen ez duela eta, buru-nahastearekin bat deliturako joera eragin dezaketen faktoreak identifikatu dituzte (Echeburúa eta Loinaz, 2011; Elbogen eta Johnson, 2009), besteak beste:

- Toxikoen kontsumoa
- Egoera marginalak: banatzeak, langabezia, familia desegituratua eta biktimizazioa
- Biolentziaren aurrekariak: guraso delitugileak, gazte delinkuentzia, tratatu txarrak eta erasoak, besteak beste
- Gaixotasuna ez onartzea
- Tratamendurik ez jarraitzea

Beraz, ezin da esan buru-nahaste eta delinkuentziaren artean erlazio zuzena dagoenik. Haren ordez, autoreek bazterkeria eta espetze arteko harremana azpimarratzen dute; buru-nahasteek askotan ingurunera egokitzeko zailtasunak dakartzatelako, eta portaera

desegokitzaille horiek delituzko portaera bihurtzeko aukera handia baita (Sanz, Gómez-Pintado, Ruiz, Pozuelo eta Arroyo, 2014).

3.1 Espetxe-biztanleria: Espainia

3.1.1 Espetxe-biztanleriaren ezaugarriak eta profila

Espetxeetako Idazkaritza Orokorrak argitaratutako azken datuen arabera, 2019ko apirilari dagozkionak, Espainiako espetxeetako biztanleria 59.310 pertsonakoa da (SGIP, 2019). Horietatik 54.769 gizonezkoak (%92,34) dira eta 4.541 emakumezkoak (%7,66); 9.036 (%15,23) behin-behineko espetxe-zigorra betetzen dihardutenak eta 48.919 (%82,48), berriz, kondenatuak. Kondenatuen artean 941 pertsona lehen graduan sailkaturik daude, 36.023 bigarren graduan eta 8.125 hirugarrenean. Espetxe-biztanleriaren %0,9a, 585 pertsona alegia, espetxe zigorraren ordean segurtasun-neurriak betetzen ari dira.

Espetxe-biztanleriaren %27,76 (16.486 pertsona) atzerritarrak dira. Hauetatik 15.202 gizonezkoak eta 1.284 emakumezkoak. Adinari dagokionez, espetxe-biztanleriaren ia erdia gutxi gorabehera 41 eta 60 adin tarteko pertsonak dira (23.192), 31 eta 40 urte bitarteko pertsonako adin-tarteak jarraitua (18.730).

Gauzaturiko delitu motarik ohikoena ondarearen eta ordena sozioekonomikoaren aurkako delituak dira (%39,92) eta ondoren osasun publikoaren aurkakoak (%17,97). Jarraian, genero indarkeriaren aurkako delituak (%9,44), giza hilketa eta bere formak (%7,45) eta askatasun sexualaren aurkako delituak (%6,83).

Espetxe-biztanleria, batik bat, testuinguru deprimituetan bizi izan diren pertsonak osatzen dute (familia desegituratuak, pobrezia...). Ikasketa maila eta lan kualifikazio eskasa izan ohi dute. Hain zuzen, ehuneko oso altu bat analfabetoa da eta beste kopuru handi batek lehen mailako ikasketak ere ez ditu; ondorioz, gaitasun sozial desegokiak aurkeztu ohi dituzte (SGIP, 2014).

Egoera psikologikoa ere bada espetxe-biztanleria aztertzerako orduan kontuan izateko adierazgarri garrantzitsu bat. Zentzu honetan, Altamiranok (2013) espetxe-biztanleriaren profilarik baitan ikuspegi psikologikoa barneratu du, honako hauek izanik barneratuen ezaugarri psikologiko bereizgarrienak:

- Gertaera traumatiko ugari bizi izan ohi dituzte iraganean.
- Droga eta alkohol kontsumo arazo larriak izan ohi dituzte, maiz menpekotasun nahastearekin bat egiten dutena.
- Buru-nahaste tasa oso altuak aurkezten dituzte biztanleria orokorraren aldean.

Espainiako espetxeetako biztanleriaren profil nagusia, beraz, honakoa da: gizonak (%92, 34 emakumeen %7,66 aldean), 41 eta 60 urte bitartekoak eta gizarte-bazterkeria egoeretatik datozenak (arazoak dituzten familiak, ikasketarik eta lan-kualifikaziorik gabeak, osasun fisiko eta mentala kaltetuak...).

3.1.2 Buru-nahasteen prebalentzia espetxean

OMEren arabera, mendebaldeko gizarteetan buru-nahasteen eragina zazpi aldiz altuagoa da espetxeetako biztanleriarengan, biztanleria orokorrarengan baino. Era berean, nazioarteko ikerketak bat datoz espetxeetan buru-nahasteak jasateko probabilitatea hiru eta hamar aldiz altuagoa dela biztanleria orokorraren aldean (Butler et al., 2006; Salize, Drebing eta Kief, 2007; Stall, 2013; Torrey et al., 2014). Herrialdearen, ikerketaren eta buru-nahaste motaren arabera emaitza ezberdinak aurki ditzakegu, baina funtsean, guztiek, espetxe-biztanleriarengan buru-nahasteak jasateko probabilitate altuagoa adierazten dute.

Espainian antzerako datuak lortu dira buru-nahasteak jasaten dituzten espetxeratuengaineko ikerketetan. Jarraian aurkezten dira (ikus Taula 1) modu labur batean arlo honetan Espainian egindako zenbait ikerketa.

Taula 1

Espainiar espetxe-biztanleriarengan egindako ikerketa nagusien garapen eta emaitzen laburpena

| Erreferentzia | Tresnak | Lagina | Emaitzak |
|----------------------|----------------------------------|---|---|
| SGIP (1998) | Inkesta Historia klinikoak | Estatuko Administrazio Orokorraren lurraldeko espetxe-biztanleria (Alacante eta Sevillako zentro psikiatrikoak barne) | Nahaste psikiatrikoak dira ohikoenak (%4,8) bestelako buru-nahasteen aldean (%3,5) |
| Íñigo et al. (1999) | Galdetegia Historia klinikoak | Alacanteko Fontcalent espetxe zentro psikiatrikoan barneraturiko 267 preso | Nahaste psikiatrikoak dira ohikoenak (%74,5), ondoren nortasun nahasteak eta azkenik substantzien kontsumoaren ondoriozko nahasteak |
| Martínez (2000) | Historia klinikoak | Asturiaseko Villabona espetxe erizaintza moduluan barneraturiko 34 preso | %41,2ak buru-nahasteren bat aurkezten du. Psikosia da ohikoena (%36), ondoren depresioa (%29), atzerapen mentalak (%14), menpekotasun nahasteak (%14) eta nortasun nahasteak (%7) |

| | | | |
|---|--|---|---|
| SGIP (2006) | Inkesta Historia klinikoak | Estatuko Administrazio Orokorren lurraldeko espetxe-biztanleria (Alacante eta Sevillako zentro psikiatrikoak barne) | Buru-nahasteen prebalentzia %49,6koa da Buru-nahaste larrien definizioan barneraturikoak %25,6 |
| Vicens, et al. (2011) PRECA azterlana | DSM-IV I. ardatzeko nahasteekin egiteko elkarrizketa kliniko erdi egituratua (First et al., 1999) | Madril, Katalunia eta Aragoi erkidegoetako espetxeetan zehar barneraturiko 707 preso | Buru-nahasteen eragina presoan artean 5 aldiz altuagoa da 10 presotik 4k (%41,2) buru-nahasteren bat aurkezten du eta 10 presotik 8k (%84,4) buru- nahasteren bat jasan dute beren bizitzan zehar |
| FAISEM (2012) | PRECA azterlanean erabilitako metodologia berdina | Sevilla eta Granadako espetxeetan zehar barneraturiko 474 pertsonek | %25,8ak buru-nahasteren bat aurkezten du eta %82ak buru-nahasteren bat jasan du bizitzan zehar |
| Marín- Basallote eta Navarro- Repiso (2012) | Kontsulta psikiatrikoen orriak | Cadizeko Santa Maria I, II eta III espetxeetan barneraturiko 128 preso | Buru-nahaste larriaren prebalentzia %46,1ekoa da Gainontzeko buru- nahasteena, berriz, %35,2koa |
| Arnau-Peiró, et al. (2012) | 2009-2011 urte bitarteko kontsulta psikiatrikoen orriak Elkarrizketa kliniko erdi egituratua Historial klinikoa | Castellóko I eta II eta Balentziako II espetxeetan barneraturiko 786 pertsonek | Antsietate nahastea da ohikoena %59,2ak nortasun nahasteak dauzka Patologia duala %17,8k aurkezten dute |
| SGIP (2016) ESDIP azterlana | Elkarrizketa pertsonek | Estatuko Administrazio Orokorren lurraldeko espetxe-biztanleria | %27,9ak tratamendu medikoa jasotzen du %15,7ak, berriz, osasun mentala hobetzeko jarduerak egiten ditu |

Iturria: Zabala (2016), egokitua

Zigor Erakundeetako Zuzendaritza Nagusiak 2007ko ekainean argitara eman zuen txostenaren arabera (SGIP, 2006), Espainiako espetxeetan preso dagoen biztanleriaren ia erdiak (%49,6) buru-nahasteren bat aurkezten du. Hau da, 10 pertsonatik 5ek. Substantzien kontsumoaren nahastea da ohikoena (%24), ondoren nahaste afektiboak (%12,8), nortasun nahasteak (%9,4) eta psikotikoak (%3,4).

Era berean, Espainiako Espetxeetako Buruko Gaixotasunen Prebalentziari buruzko txostenak (Vicens et al., 2011), Espainian espetxeetako buru-nahasteen prebalentziari buruz egindako hedatuenak, berriaz azpimarratzen du patologia psikiatrikoaren prebalentzia Espainiako presoan artean 5 aldiz altuagoa dela gainerako biztanleriaren aldean: 10 presotik 4k (%41,2) buru-nahasteren bat aurkezten du. Horien artean

antsietate nahastea da ohikoena (%23,3), ondoren substantzien kontsumoaren ondoriozko nahastea (%17,5), nahaste afektiboa (%14,9) eta nahaste psikotikoa (%4,2).

Azpitarratzekoa ere bada, aldi berean, Espainiako espetxeetako presoek osasun eta drogei buruzko azterlanak (SGIP, 2016) antzerako datuak aurkitu dituela: espetxe-biztanleriaren %27,9ak (10 pertsonatik 3k) tratamendu psikiatrikoa jasotzen du.

4. BURU-NAHASTEAK JASATEN DITUZTEN ETA ASKATASUNIK GABE DAUDEN PERTSONEN EGOERA ESPAINIAN

4.1 Espainiar espetxe-sistema

Espetxe-sistema zigor askatasun gabetzaileak ez ezik, gizartearentzako lanak betearazteaz arduratzen den sistema edo instituzioen multzoa da. Espainiako espetxe-sistema espetxe-zuzenbideak arautzen du.

4.1.1 Eremu juridikoa

Espainiar espetxe-sistemaren aplikazio eremua aztertzeko, barne arauetz gain, indarrean dauden nazioarteko espetxe zigorraren betearazpenari eta espetxe antolakuntzari buruzko hitzarmen, arau eta gomendioak aintzat hartzea ezinbestekoa da.

Nazioarteko araudiaren artean, 1948ko Giza Eskubideen Aldarrikapen Unibertsala, Europako Espetxe Arauei buruzko Europar Kontseiluko Ministroen Batzordearen REC (2006) 2. Gomendioa, Espetxeratuen Tratamenduari Buruzko Gutxieneko Arauak, gaur egun Nelson Mandela Arauak deritzenak (1957), Eskubide Zibil eta Politikoen Nazioarteko Ituna (1966), Torturaren eta beste tratatu txar, anker edota lotsarazleen aurkako hitzarmena (1984) eta Diskriminazio mota guztiak ekiditeko nazioarteko hitzarmena (1965) dira, besteak beste, Espainiar espetxe-sistemak errespetatu beharreko arau eta gomendioak (Altamirano, 2013).

Barne araudiari dagokionez, Espainiar Konstituzioko 25.2 artikulua, irailaren 26ko 1/1979 Espetxeen Lege Organiko Orokorra (ELOO aurrerantzean) eta Espetxe Erregelamendua (EE aurrerantzean) onartzen duen otsailaren 9ko 190/1996 Errege Dekretua dira espetxe-zuzenbidean dauden legerik oinarritzkoenak. Hala ere, bestelako izaera duten hainbat lege eta instrukziok ere eragina daukate espetxe-sisteman: ekainaren 17ko 840/2011 Errege Dekretua, gizartearentzat lan egiteko eta espetxeko lokalizazio iraunkorreko zigorraren eta hainbat segurtasun neurriren betearazpenerako zein zigor askatasun-gabetzaileak eteteko eta zigorrak ordezkatzeko baldintzei buruzkoa; azaroaren 23ko 1/1995 Lege Organikoa, Zigor Kodeari buruzkoa (ZK

aurrerantzean); Botere Judizialaren uztailak 1eko 6/1985 Lege Organikoa (BJLO), Prozedura Kriminalaren Legea; eta Espetxeetako Zuzendaritzak argitaratutako zenbait instrukzio eta zirkular, besteak beste.

1978ko Espainiar Konstituzioko 25. 2 artikulua birgizarteratze printzipioa arautzen du, ondorengo hitzetan: “zigor askatasun gabetzaileek eta segurtasun neurriek berreztea eta gizartean birsartzea dute helburu, eta ezin daitezke lan bortxatuak izan. Norbaiti espetxe zigorra ezarri bazaio eta hori betetzen ari bada, kapitulu honetako oinarritzko eskubideak izango ditu; ez, ordea, kondena-epaiaren edukiagatik, zigorraren esanguragatik eta espetxe legeriagatik berariaz mugatuta dituenak. Edonola ere, espetxeratuak lan ordaindua izateko eskubidea du, bai eta Gizarte Segurantzaren onurak izango ditu, bai eta kulturaz gozatzeko eta bere nortasuna oso-osorik garatzeko eskubideak ere”. Ondorioz, pertsona preso orok bizitzarako, osasun fisikorako eta osasunaren babeserako eskubidea dauka.

1/1979 Espetxeen Lege Organiko Orokorrek espetxe-sistemaren ardatz nagusiak finkatzen ditu: oinarriak, betearazpenaren indibidualizazioa eta birgizarteratzea lortzeko tratamendua.

Oinarriari dagokionez, lehen artikulua dio espetxeek zigor eta segurtasun neurri askatasun-gabetzaileak betetzen ari diren pertsonen berreziketa eta birgizarteratzea, bai eta behin-behineko presoek eta atxilotuen kasuan, atxikipena eta zaintza helburu dituela. Era berean, zentroek, bai barneratuei zein zigorra azkentzen duten pertsoneri, arreta asistentziala eta laguntza bermatzeko betebeharra ere daukate. Ildo berdinetik, 3. artikulua dio espetxeen erakundeak pertsona presoek oinarritzko eskubideak bermatu behar dituela bere jarduerara garatzean.

Betearazpenaren indibidualizazioa 72. artikuluan arautzen da. Espetxeak izaera zientifikoa eta indibidualizatua izan behar du, alde batetik, askotariko metodo zientifikoak oinarri izan behar ditu, hala nola, osasun arlokoak, psikologikoak, soziologikoak eta psikiatrikoak; eta bestetik, norbanakoaren ezaugarriak, beharrak eta gabeziak ere kontuan izan behar ditu.

Birgizarteratzea lortzeko tratamenduari aipamenak artikulua ezberdinetan aurki ditzakegu. Horien artean, 26.a, lanerako eskubidea jasotzen duena eta 55.a, hezkuntza formakuntzari buruzkoa.

190/1996 Errege Dekretuaren bidez Espetxe Erregelamendua arautzen da. Espetxe Erregelamendua Espetxeen Lege Organiko Orokorra garatzen du.

4.1.2 Espetxe tratamendua

ELOOk espetxe tratamenduaren ezaugarri eta printzipioak jasotzen ditu III. Tituluan zehar (59. artikulua eta hurrengoak). Bertan jasotakoaren arabera, presoen berreziketa eta birgizarteratzea lortzera zuzendutako jarduera multzoa da espetxe tratamendua, eta jarduera horiek garatzeko eta betetzeko orduan honakoak aintzat hartzea ezinbestekoa izango da:

- a) Espetxe-tratamendua indibidualizatua izan behar da, bakoitzaren ezaugarri eta beharren arabera
- b) Konplexua ere, hainbat metodo zientifiko erabiliko dira tratamendua garatzeko eta (osasun arlokoak, psikologikoak, soziologikoak eta psikiatrikoak)
- d) Programaturikoa, jarraikakoa eta dinamikoa ere behar du izan
- e) Tratamendua beti borondatezkoa izango da, ezin da inposatu
- f) Giza eskubideak, duintasuna eta autonomia errespetatu behar ditu
- g) Barneratuen parte-hartzeari dagokionez, jarduerak bere espetxe tratamendurako interesa sustatu behar dute
- h) Tratamendua terapeutikoa, psikopedagogikoa edo psikoterapia bidezkoa izan daiteke, bai eta lan eta formakuntza jarduera bidezkoa ere
- i) Talde teknikoko kideak izango dira espetxe tratamenduaren programazio eta betearazpenaren arduradunak

4.2 Buru-nahasteak jasaten dituzten pertsonen Espainiar espetxe-sistemak emandako erantzuna

4.2.1 Segurtasun-neurriak

Segurtasun-neurriak (ZK 95. artikulua eta hurrengoak) nahimenezko ahalmenak edo ahalmen kognitiboak deuseztatuta edo murriztuta jardun duten pertsonen egindako delituari erantzuteko ordenamendu juridikoak xedatzen dituen ondorio juridikoak dira. Hauen funtsa arriskutsutasun kriminala da (etorkizunean delituak egiteko aukerak) eta ondorioz, segurtasun neurrien helburua arriskutsutasuna murriztera bideraturiko tratamendu berezia ahalbidetzea da, etorkizunean delituak errepikatzea ekiditeko (Sanz, 2003). Segurtasun-neurria, beraz, zigorraren osagarri gisa jarduten duen ondorio juridikoa da. Eta zigorrekin gertatzen den bezala, alde aurretik legean jasotako delituen bat gauzatu behar da, eta ondoren, eskubideen mugaketa bat ematen da. Baina bi ondorio juridikoen funtsa ezberdina da; zigorra erruduntasunean oinarritzen da, eta segurtasun-neurria, berriz, arriskutsutasunean (Sanz, 2003).

Segurtasun-neurrien larritasun eta iraupenari dagokionez, zigorrekin ez bezala, ez da legean zehazten. Haren ordeztu, Zigor Kodeak hauek ezartzeko zenbait arau arautzen ditu. Alde batetik, ezingo da segurtasun-neurri askatasun gabetzailerik ezarri gauzaturiko deliturako askatasun gabetzailea ez den zigorra aurreikusten bada (ZK 95.2 art.). Eta bestetik, segurtasun neurriaren iraupena ezingo da gauzaturiko delituarentzat legeak aurreikusitako zigorra baino larriagoa (luzeagoa) izan (ZK 101, 102, 103 eta 104 art.).

Zigor Kodeko 96. artikulua segurtasun-neurriak bi multzotan sailkatzen ditu: askatasun gabetzaileak direnak (zentro psikiatrikoetan barneratzea, mendekotasuna gainditzeko zentroetan barneratzea eta heziketa bereziko zentroetan barneratzea) eta askatasunaz gabetzen ez dutenak (desgaikuntza profesionala, Espainian legez bizi ez diren atzeritarrak naziotik kanporatzea, zaintzapeko askatasuna, familia-zaintza, gidatzeko bai eta armak eduki eta eramateko eskubideaz gabetzea). Neurri askatasun gabetzaileak barneratzei dagokie, eta gure ordenamenduak aurreikusten dituen hiru barneratzeek izaera zuzentzailea daukate; lehenengo biak barneratze terapeutikoak dira eta hirugarrena, aldiz, hezitzailea. Askatasunaz gabetzen ez duten neurriek, berriz, ez dute norbanakoaren askatasunean eragiten, bai, ordea, bestelako eskubideak gabetzen dituzte.

4.2.1.1 Segurtasun-neurriak ezartzea

Segurtasun-neurriak ezartzeko aukera egongo da baldin eta (a) alde aurretik delitua gauzatu bada, (b) egotzezinezko kausak direla eta erantzukizun penala salbuetsi bada eta (d) etorkizunean delituak egiteko aukera antzematen bada (arriskutsutasun kriminala) (ZK 95. art.). Era berean, segurtasun-neurria aplikatzea posible izango da egozgarritasuna erabat eraginda ez dagoenean; hau da, erdi egozgarrien kasuetan (ZK 104. art.).

Hori horrela, segurtasun-neurriak hiru subjektu ezberdinei aplika dakieke: egozgarriak, egotzezinak eta erdi egozgarriak direnei.

Pertsona egozgarriak egindako delituarengatik errudunak eta erantzuleak dira eta ondorioz, egindakoagatik dagokien zigorra bete beharko dute. Egitateen unean nahimenezko ahalmenak edo ahalmen kognitiboak deuseztatu edo murriztuko dituen inguruabarrak (anomalia, nahaste psikikoa, erabateko intoxikazioa, abstinentzia sindromea eta errealitatearen kontzientzia nahasia) eragin gabe jardun duen oro egozgarritzat joko da (Esbec, 2015). Kasu batzuetan, ordea, posible izango da askatasunaz gabetzen ez duten segurtasun-neurriak ezartzea, baldin eta subjektua arriskutsua kontsideratzen bada inguruabar pertsonal eta egitatezkoak direla eta.

Egotzezinak diren pertsonen kasuan, zigorraren ordean segurtasun-neurriak ezartzen dira. Hauen funtsa arriskutsutasun kriminala da eta egitateen unean nahimenezko ahalmenak edo ahalmen kognitiboak deuseztatuta jardun duela frogatu behar da norbanakoa egotzezin kontsideratzeko. Segurtasun-neurri askatasun gabetzailea ezarriko da gauzaturiko deliturako askatasun gabetzailea den zigorra (espetxe zigorra) aurreikusten bada, eta beharrezkoa den kasuetan, askatasunaz gabetzen ez duten bestelako neurriak aplikatzeko aukera ere izango du epaileak. Zigor Kodeko 101, 102 eta 103 artikuluek diotena aintzat hartuta ezarriko dira segurtasun-neurriak:

- Zigor Kodeko 20.1 artikuluko inguruabarrak betetzen dituen osasun tratamendua zein hezkuntza berezia jasotzeko zentroetako batean barneratuko da (dagokion zigorra askatasun gabetzailea baldin bada), edota 96.3 artikuluan aurreikusten diren askatasun gabetzaileak ez diren neurriren bat ezarriko zaio.
- Zigor Kodeko 20.2 artikuluko inguruabarrak betetzen dituen mendekotasuna gainditzeko zentro batean barneratuko da (dagokion zigorra askatasun gabetzailea baldin bada), edota 96.3 artikuluan aurreikusten diren askatasun gabetzaileak ez diren neurriren bat ezarriko zaio.
- Zigor Kodeko 20.3 artikuluko inguruabarrak betetzen dituen hezkuntza berezia jasotzeko zentro batean barneratuko da (dagokion zigorra askatasun gabetzailea baldin bada), edota 96.3 artikuluan aurreikusten diren askatasun gabetzaileak ez diren neurriren bat ezarriko zaio.

Aldiz, pertsonak ahalmenak modu larrian eraginda baina ez erabat deuseztatuta jardun duela frogatzen bada, egozgarritasuna salbuesle oso modura aplikatu ordean, salbuesle ez oso modura ezarriko da (ZK 21.1 art.). Kasu hauetan pertsona erdi egozgarriez ari gara. Honek esan nahi du inguruabar salbuesleak arindutako espetxe zigorrak gain segurtasun-neurria ere ezarri ahal dela. Horrela dio ZK 104. artikulua: "1. Salbuesle osatugabearen kasuetan, kasuan kasuko zigorrak gain, 101, 102 eta 103. artikuluetako neurriak ezarri ahal izango ditu epaile edo auzitegiak, baldin eta salbuesle osatugabearen kasu horiek 20. artikuluko 1, 2 eta 3. zenbakiekin loturik badaude. Dena den, barnealdiko neurria ezartzeko, epaian ezarritako zigorrak zigor askatasun-gabetzailea izan behar du, eta neurri horrek ezin izango du iraun Kodeak delituari ezartzen dion zigorrak baino gehiago. Neurria ezartzeko, 99. artikuluan xedatutakoa hartuko da kontuan". ZK 99. artikulua dio lehenengo une batean segurtasun-neurria ezarriko dela eta ondoren zigorra; segurtasun-neurria eta zigorra tartekatzen dituen sistemari bikarioritza sistema deritza.

Hau guztia kontuan izanda, Espainiar sistemak buru-nahasteren bat jasaten duten inputatuei segurtasun-neurri askatasun gabetzaileak ezartzeko bi egoera aurreikusten ditu: bata, epai irmoan segurtasun-neurria ezartzea erabakitzen deneko kasua, eta bestea, epai irmoa eman ondoren buru-nahaste bat antzematen den kasuetako etetearen ondorioz ezartzen den segurtasun-neurria.

Epai irmoan segurtasun-neurria ezartzea erabakitzen deneko kasua (egotzezintasuna)

Segurtasun-neurria delitu baten egileari aplika dakioken ondorioa litzateke, inputatu ezin izateko kausa bat edo modu arinduan inputatu ahal izateko kausa bat antzematen denean. Hau da, segurtasun-neurria ZK 20.1, 20.2 eta 20.3 artikuluen (egotzezinezko kausak: anomalia edo nahaste psikiko larriagatik, erabateko intoxikazioagatik edo abstinenzia sindromeagatik, eta errealitatearen kontzientzia erabat nahasia edukitzeagatik) eta 21.1 artikularen (salbuesle ez osoaren aringarria) kasuan baino ezingo da aplikatu. Kasu hauetan delitugilea ez da erruduna izango, egindako delitua eta haren ondorio juridikoak ulertzeko ahalmenak deuseztatuak edo murriztuak dituela ulertzen delako. Ondorioz, erantzukizun penala salbuetsiko zaio (erdi egozgarrien kasuan partzialki) eta haren ordezkari segurtasun neurria aplikatuko da.

Epai irmoa eman ondoren buru-nahaste bat antzematen den kasuetako etetea

ZK 60. artikulua aipamen berezia egiten dio egoera honi. Honakoa dio: “1. Epai irmoa eman eta gero, zigortuari buru-nahaste iraunkor eta larria antzematen zaionean eta, horren ondorioz, zigorraren esanahia ulertu ezin duenean, espetxe-zaintzako epaileak zigor askatasun-gabetzailearen betearazpena eten egingo du, eta beharrezko osasun laguntza jasotzea bermatuko dio. Horretarako, kode honetan xedatutako segurtasun-neurri askatasun-gabetzaile bat ezartzeko aukera ere izango du, baina neurri hori ezin izango da inola ere ordezkari zigorra baino luzeagoa izan”. Artikulu honen aplikazioa zigorraren esanahia ulertzeko gaitasuna deuseztatzen duen buru-nahaste larri baten agerpenean oinarritzen da, baina buru-nahaste guztiek ez daukate zigorraren ulermenean eragiteko ahalmen berdina eta errealitatean artikulu honen aplikazioa oso urria da. Edozein modutan, honako kasuan segurtasun-neurriaren funtsa ez da arriskutsutasun kriminala izango, osasun laguntza egoki bat bermatzea baizik (Ararteko, 2014).

Hirugarren egoera bat ere aipatuko dugu, zentro terapeutikoetan barneratzea kautela neurri gisa. Segurtasun-neurri bat izan ez arren bere betearazpena segurtasun-neurriak betetzen ari diren pertsonekin batera exekuta daiteke. Kautela neurriak epai irmoa eman aurretik hartzen diren neurriak dira. Epaileak kautelazko neurri terapeutiko bat ezartzea erabaki dezake buru-nahastea jasaten duen edo jasan dezakeela uste duen pertsona

bat askatasunaz gabetzea beharrezkoa dela ikusten duenean, honako arrazoiak bultzatuta (Delegación Territorial de Sanidad de Gipuzkoa, 2013):

- Balorazio eta diagnostiko psikologikoa egiteko, eta ondoren egozgarritasunaren inguruan erabakiak hartu ahal izateko.
- Arriskutsutasunean oinarrituta, beste delituren bat egitea ekiditeko, buru-nahasteari dagokion tratamendua jasotzen ari dela ziurtatzeko.

4.2.1.2 Segurtasun-neurriak betetzeko lekuak

Zigor Kodeak ez du arautzen zein erakunde, establezimendu edo egoitzatan bete behar diren neurri askatasun-gabetzaileak. Bestalde, ekainaren 17ko 840/2011 Errege dekretuaren 20. artikulua dio segurtasun-neurriak herri-administrazio eskudunen zentro egokietan, publiko edo itunduetan beteko direla.

Publikoen artean espetxeak zein erkidego-sareko zentroak aurki ditzakegu. Ildo honetatik, ELOOK eta EEK establezimendu bereziak sortzera behartzen dute espetxe-administrazioa. Hain zuzen, ELOOKo 7. artikuluko c) atalak espetxe zentro bereziak aurreikusten ditu, eta aurrerago, 11. artikulua, hiru zentro mota bereizten ditu, hiruretan izaera asistentziala nagusi izanik: zentro ospitalarioak, psikiatrikoak eta birgaitze sozialekoak. Hala ere, praktikan zentro berezi hauetatik Estatuko Administrazio Orokorraren lurralde osoan bi espetxe zentro psikiatriko besterik ez daude: bata, Sevillan, eta bestea, Alacanten. Aldiz, zentro ospitalario eta birgaitze sozialekoak deritzenak ez dira abian jarri. Bestalde, EEko 183. artikulua espetxe zentro psikiatriko eta espetxe-unitate psikiatrikoak bereizten ditu. EEko espetxe zentro psikiatrikoak eta ELOOKo zentro psikiatrikoak gauza bera dira; antolakuntza propioa duten entitate arkitektoniko, administratibo eta funtzionalak, hain zuzen. Espetxe-unitate psikiatrikoak deritzenak, aldiz, balio anitzeko establezimenduetan kokatuko lirartekeenak, espetxe-administrazioak ez ditu abian jarri (Cerezo eta Díaz, 2016).

Itundu edo pribatuei dagokionez, Kataluniako eta Gipuzkoako Aita Menni ospitaleko ereduak dira esanguratsuenak.

Espetxe zentro psikiatrikoak

Espetxe zentro psikiatrikoak, osorik, bere horretan, establezimendu psikiatrikoak dira eta Estatuko Administrazio Orokorraren lurralde osoan zehar koka daitezke, gainontzeko espetxeekin batera; gaur egun bi besterik ez badaude ere.

Zentro bereziak kontsideratzen dira izaera asistentziala gailentzen delako. Ondorioz, ez da gradutan sailkatutako tratamendua aplikatzen. Hauen helburua, lehen une batean,

barneratuen egonkortasun psikologikoa lortu eta arriskutsutasun kriminala arintzea da, ondoren birgizarteratze prozesua landu ahal izateko. Horretarako, birgaitze programa orokor bat izango dute barneratuek, laguntza psikiatriko eta psikologikoa, terapia okupazionala, hezkuntza formakuntza, kirola egiteko aukera eta irteera terapeutikoak ahalbidetzen dituen; bai eta tratamendu indibidualizatuago bat ere. Programa hori garatu eta egikaritzeaz diziplina anitzeko taldea arduratuko da (SGIP, 2014).

Segurtasun-neurria betetzera kondenatuak izan diren pertsonak barneratuko dira hemen (egotzezinezko kausen ondorioz), bai eta epaiketaren zain dagoela aldakuntza psikologiko baten zantzuak erakusten dituen subjektua (kautelazko neurri gisa) eta kondenatua izan eta espetxe-zigorra betetzen dagoela buru-nahaste iraunkor eta larria antzematen zaion hori ere (ZK 60. artikulua bidez) (EE 184. art.).

Alacanteko espetxe zentro psikiatrikoa 1984an ireki zen. Espetxe orokorren aldean espetxe eredugarria izan zen, hainbat arrazoik bultzatua: (a) zigorra erregimen terapeutikoan betearazteko lehen espetxea izan zen, (b) irteera terapeutikoak deritzenak abian jarri zituen eta (d) profesional ezberdinek osaturiko - diziplina anitzeko - taldea garatu zuen (SGIP, 2011). Extremadura, Kanariar Irlak, Andaluzia, Ceuta eta Melilla eta Kataluniako erkidegoak izan ezik, Estatuko Administrazio Orokorraren gainontzeko lurralde osoko biztanleriari erantzuna ematen dio, bai eta Espainia osoko emakume biztanleria osoari ere. Guztira 371 ohe ditu (Cerezo eta Díaz, 2016).

Sevillako espetxe zentro psikiatrikoak 1990eko ekainean zabaldu zituen ateak eta Alacanteko zentroaren antolakuntza eta funtzionamendu berbera jarraitzen ditu. Andaluzia, Ceuta eta Melilla, Extremadura eta Kanariar Irlako gizonezko biztanleriak bakarrik dauka bertan barneratzeko aukera. Guztira 158 ohe ditu (SGIP, 2011).

Dena den, bi espetxe psikiatriko ez dira nahikoa presoek arlo honetan dituzten beharrezko erantzuteko. Argi ikus daiteke Espetxe Administrazioako Idazkaritza Orokorrak espetxe zentro psikiatrikoen azterketari buruz 2011an argitaratu zuen txostenean (SGIP, 2011) espetxe-administrazioak arlo honetan baliabiderik ez daukala. Besteak beste, bi espetxeetan beharrezkoa baino pertsona gehiago aurki ditzakegu; 2011ko datuen arabera, Alacanten espetxe biztanleria %105ekoa zen (389 pertsona, 18 gehiago) eta Sevillan %117koa (184 pertsona, 26 gehiago).

Espetxe unitate psikiatrikoak (Kataluniako eredua)

Kataluniak 1985. urtean espetxe-sistema kudeatzeko eskumena bereganatu zuen, eta gaur egun oraindik ere Katalunia da eskumen hori duen erkidego bakarra. Hala, Kataluniak bere lurraldean dauden zentroak kudeatzeko berezko sistema

administratiboa dauka, irailaren 5eko 329/2006 Dekretua, Katalunian zigorrak betearazteko antolakuntza eta funtzionamenduari buruzko Erregelamendua arautzen duena oinarri izanda. 5. artikulua establezimendu berezien artean zentro, unitate edo departamendu psikiatrikoak izendatzen ditu.

Hala, buru-nahasteak dituzten pertsonen askatasunaz gabetzeko hiru espetxe unitate eredugarri jarri ditu abian, espetxe unitate psikiatrikoak deritzenak. Brians 1, Brians 2 eta Quatre Camins espetxe zentroyen barruan kokatzen dira unitate hauek hain zuzen (Cerezo eta Díaz, 2016). Unitate hauetan buru-nahasteak jasaten dituen espetxe-biztanleriak osasun arreta espezializatu eta egokiago bat du eskuragarri.

Lege Psikiatria Unitatea (Aita Menni ospitaleko eredu)

2011ko ekainaren 24ko 894/2011 Errege Dekretuaren bidez, Estatuko Administrazioetik espetxeetako osasunaren alorreko funtzioak eta zerbitzuak Euskal Autonomia Erkidegora eskualdatzeari buruzkoak, espetxeen legedian ezarritako osasun-laguntzako eginkizunak Euskal Autonomia Erkidegora eskualdatzea erabaki zen, beren lurralde eremu barruan eta bertan kokatzen diren espetxeetarako.

Lege Psikiatria Unitatea 2013. urtetik Arrasateko Aita Menni ospitale barruan kokatzen da (Gipuzkoa). Justizia eta osasun sailaren arteko elkarlanaren emaitza da. Hala, alde batetik, Gipuzkoako Audientzia Probintziala eta Donostiako zigor arloko 4. Epaitegia, eta bestetik, Aita Menniko Ahizpa Ospitalarioak eta Gipuzkoako osasun mentaleko sarea dira honen sortzaileak (Delegación Territorial de Sanidad de Gipuzkoa, 2013).

Bertan, buru-nahaste larriagatik espetxe zigorraren ordeztasun-neurria betetzera bideratu dituzten pertsonak barneratzen dira, bai eta epaiketa aurretik epaileak kautelazko neurri gisa testuinguru terapeutiko batean askatasunaz gabetzea erabakitzen dituen kasuak ere. Gaur egun 20 ohe ditu.

Izaera asistentziala gailentzen da. Diziiplina anitzeko talde batek lan egiten du barneratuen egunerokotasunean jarduerak egiten, bai eta osasun laguntza espezializatu bat ematen. Diziiplina anitzeko taldea psikiatra, psikologo, gizarte langilea eta erizainez osatzen da. Hauek dira hain zuzen egunerokotasuneko ekintzak garatzen eta egikaritzeaz arduratzen direnak.

Espetxe zentro eta unitatea psikiatrikoetan ez bezala, ez dago segurtasun zaindaririk. Hala ere, Unitateak segurtasun-neurri oso zorrotzak ditu. Besteak beste, 24 orduz Unitateko txoko guztiak kontrolatzen dituen 99 kamera ditu, iluntasunean ere grabatzeko kapazak direnak.

Eredu aitzindaria dugu Lege Psikiatria Unitatea, horrelakorik ez da Espainiako Espetxe Zuzendaritzapeko sarean eta.

4.2.2 Buru-nahasteak jasaten dituzten pertsonak espetxe zigorra betetzea

Buru-nahastea jasaten duen pertsona bat espetxera iristeko hiru arrazoi ezberdin daude (Pérez, 2004): (a) ez da buru-nahastea antzeman; (b) buru-nahastea aitortzen da, baina ez da egotzezin kausatzat jotzen; eta (d) buru-nahastea epai irmoa eman ondoren (espetxean) garatzen da.

1. Buru-nahastea antzematen ez den kasua

Sarritan ez da igartzen inputatutako pertsonak buru-nahasteren bat daukanik. Batzuetan komunitatearen arazoa izan daiteke, eta beste askotan sistema judizialarena. Buru-nahasteak ez antzemateko zergatien artean, besteak beste, aipagarrienak honakoak dira (Ararteko, 2014; Rodríguez, 2017): (a) ez da jakiten inputatuak gaixotasun bat duenik, ez baitu jakinarazi edo egoera hori ezkutatu egin duelako; (b) gizarte-bazterketako egoeretatik datoz, eta ez daukate haien buruko osasunaren benetako egoera agerian utzi edo baieztatu dezakeen familia edo gizarte-laguntzarik defentsaren alde egiteko; (d) komunitateko osasun-sareak ez dauka baliabiderik kasu guztiei erantzuna emateko eta sarritan osasun mentalaren esku-hartzea ez da egokia izaten; (e) polizia-esparruan ez dago atxilotetaren ostean jarduteko prestakuntza edo protokolo egokirik (atestatua, inputazioa, epaiketa azkarra eta epaia); (f) fase judizialak azkar bideratzen dira, eta ezin da inputatuaren egoera pertsonala ebaluatu; eta (g) eragile juridikoek (abokatuak, fiskalek, epaileek) ez daukate gaitasun espezifikorik (juridikoaz gain) haren buruko osasuna ebaluatzeko garrantzitsuak izan litezkeen pertsonaren egitateak eta inguruabarrak antzemateko.

2. Buru-nahastea aitortzen da baina ez dira egotzezin kausak ezartzeko baldintza guztiak betetzen

Segurtasun-neurriak, espetxe zigorraren ordezkotako neurri gisa aplikatzerakoan eta buru-nahasteren bat jasaten duten pertsonari ezartzeko, ezinbestekoa da egozgarritasunean eragina daukaten inguruabarrak antzemateko prozesua arrakastatsua izatea. Izan ere, pertsonak jasaten duen buru-nahastearen ondorioz nahimenezko ahalmenak edo ahalmen kognitiboak deuseztatuta jardun duela, bai eta bere ondorio juridikoak ulertzeko gaitasuna murriztuta dituela egiaztatzen bada prozesu judizialean, eta beraz, erantzukizun penala erabat salbuesten duten inguruabarren bat gertatzen denean (ZK 20.1, 20.2 eta 20.3 artikulua) soilik ezarriko dira segurtasun-neurriak.

Gerta liteke epai-emaileak inputatuaren buru-nahastea antzeman bai baina egozgarritasuna epaitzerako orduan buru-nahasteak inputatu ezin izateko kausak betetzen ez dituela ondorioztatzea. Hau da, ez da frogatzen buru-nahasteak delitua egiteko une zehatzean pertsonaren ahalmen kognitibo eta nahimenezkoak eragin dituenik, edo buru-nahasteak ez dauka erantzukizun kriminala salbuesteko eskatzen diren baldintzak betetzeko adina eragin.

Beraz, bi kasu horietan subjektuari buru-nahastea aitortzen bazaio ere, egindako delituagatik erruduna eta egozgarria izango da, eta ondorioz, zigorra espetxean bete beharko du.

3. Buru-nahastea epai irmoa eman ondoren garatzen da

Espetxeak izan ditzakeen ondorio negatiboen artean espetxea buru-nahasteak garatzeko testuinguru arriskutsua dela esan ohi da. Isolamendua, intimitate falta, bigilantzia jarraitua, inposaturiko errutina eta norabide baliotsuen bat-bateko aldaketak, besteak beste, norbanakoaren alderdi afektiboan eragin dezakete. Zentzu honetan, espetxeratze prozesuak alderdi afektiboa hiru mailatan eragin dezake (Pereira, Arce eta Novo, 2016). Lehenengo une batean askatasunaz gabetzen duen zentro batean barneratzeari erantzun bezala jokabide heldugabea eta ezegonkorra garatzen da. Egokitapena lortu ez duenak, bigarren une batean jokabide desegokitzailak garatuko ditu, hala nola, jokabide bortitzak edo antsietate nahastearekin lotutako pasarteak. Eta buru-nahastea egonkortzeraino (hirugarren maila) iritsiko da esku-hartze egokirik ez badago.

4.3 Programak

Buru-nahasteek espetxeetako biztanleriaren artean duten prebalentzia ikusita, 2009an espetxe-administrazioak Espetxeetan Buruko Gaixoei Arreta Integrala Emateko esparru Programa (PAIEM) garatu zuen arlo honetan arazoak dituzten presoek erantzun integral bat emateko. Aurreragoko atalean (6.ean, hain zuzen) aztertuko da sakontasunean PAIEM delako programa.

5. HIRUGARREN BELAUNALDIKO TERAPIAK

Hirugarren belaunaldiko terapiak (HBT aurrerantzean) Steven Hayes-ek (2004a) portaeraren psikologiaren baitan aurki daitezkeen terapia mota berrienak izendatzeko erabili duen kontzeptua da. Hirugarren belaunaldi batez hitz egin ahal izateko ezinbestean aldeztu aurretik beste bi belaunaldi egon behar izan dira. Lehenengo belaunaldia baldintzapen teorien eremuan kokatzen da, eta bigarrena, terapia kognitibo konduktualarengan. Hirugarren belaunaldiko terapiak, berriz, portaeraren psikologiaren

oinarriak berreskuratzen dituzte, bai eta psikologia humanistiko-existenzialaren norabideko zenbait printzipio bereganatu ere.

Hirugarren belaunaldiko terapien zentzua eta garrantzia ulertzeko beharrezkoa izango da lehen eta bigarren belaunaldien testuingurua ezagutzea, terapia motak aztertzea eta hauen mugak identifikatzea ere. Jarraian azalduko dira hiru belaunaldien nondik norakoak.

5.1 Lehen belaunaldiko terapiak

Terapia konduktualen lehen belaunaldia 50. hamarkadan kokatzen da. Aldaketa handiak eragin zituen garaiko psikologian, XIX. mendetik indarrean zeraman psikologia eredu psikoanalista baliogabetzen zuelako nolabait. Izan ere, lehen belaunaldiko terapiak konduktismoan dute oinarria, eta hain zuzen ere, konduktismoa da eredu terapeutikorik zientifikoena (Pérez, 2006). Konduktistentzat psikologia erabat objektiboa (zientifikoa) izan behar zuen; ondorioz, Freuden eredu psikoanalitikoa, hots, kontzientziaren ikerkuntza, denbora galtzea zen. Eta objektiboa zena behagarria zena zen: izakien portaera eta erantzunak. Horrela, psikologiaren objektua gertaera pribatuak izatetik portaera izatera iritsi zen (Nuñez eta Tobón, 2005).

Zentzu honetan, ikaskuntzari buruzko ikuspegi teorikoak sortzen dira, besteak beste, Pavlov (1927), konduktismoaren aitzindaria; Watson (1913), konduktismoaren teorizatzailea, Skinner (1975), konduktismo erradikalaren aitzindaria; eta Thorndike (1911), saiakuntza errorearen ikertzailearen eskutik. Eta ikaskuntzaren psikologia barruan bi paradigma nagusi bereizten dira: alde batetik, baldintzapen klasikoa eta bestetik, baldintzapen operantea.

Konduktismoak Ivan Pavloviengandik eragin handia jaso zuen, Pavlovek berak jakin gabe. Pavlov-ek (1927) animaliak erantzun bat emateko baldintzatuak izan zitezkeela frogatu zuen txakurraren esperimentuaren bidez:

Gose zegoen txakur batek berehala ikasi zuen seinale batek, hala nola, kanpai-hots baten soinuak, janaria datorrela adierazten duela (ikusi Taula 2). Horretarako, janariari estimulu baldintzatugabea (SBg) deitu zion, estimulu honek inolako entrenamendurik gabe listu jariaketa eragiteko gaitasuna zeukalako. Janariak eragiten duen erantzunari, listu jariaketari, alegia, erantzun baldintzatugabea (EBg) esaten zaio. Kanpaiaren soinuari estimulu neutroa (SN) deitu zion, soinuak listu jariaketa eragiteko gaitasuna janariarekin batera behin eta berriro azaltzearen menpe zegoelako. Eta soinuak (estimulu baldintzatua, SB) entrenamenduaren ondoren eragiten duen erantzunari erantzun baldintzatua (EB) deritzo.

Taula 2

Baldintzapen klasikoa

| Fasea | Estimulu eta erantzunak |
|---------------------------|---|
| Baldintzapena baino lehen | Janaria (SBg) → listu jariaketa (EBg) Kanpaiaren soinua (SN) → listu jariaketarik ez (EBg) |
| Baldintzapena | Kanpaiaren soinua (SN) + janaria (SBg) → listu jariaketa (EBg) |
| Baldintzapena eta gero | Kanpaiaren soinua (SB) → listu jariaketa (EB) |

Idea honetatik, mugimendu berri bat, konduktismo izenekoa, garatu zen. Konduktistek prozesu mentalak objetiboki ikastea ezinezkoa zela pentsatzen zuten, portaera behatzea eta neurtzea ez bezala. Horrela, baldintzapen psikologia, estimulu-erantzuna (S-E) deitutakoa, hasi zen psikologiari forma ematen, eta hortik aurrera, konduktisten hurbiltzea kanpoko estimuluen aurreko erantzunetan zentratu zen, egoera mentala eta prozesuak alde batera utziz (Nuñez eta Tobón, 2005).

Pavloven aurkikuntzek bultzatuta garatu zuen Watsonek bere teoria. Haren ustez, bizitzako edozein unetan gertatzen diren jokabide aldaketak ikaskuntzaren ondorio dira (Watson, 1913). Hala, bere interesa portaera inguruneko estimuluen eraginez moldatzen zela frogatzean zetzan. Eta hori guztia frogatzeko, baldintzapen klasikoaren prozedura esperimentalak erabili zituen (Pellón, 2013).

Bi hauen ekarpenek baldintzapen klasikoaren paradigma osatzen dute. Skinner eta Thorndiken ikerkuntzek, aldiz, baldintzapen operantea deritzona ahalbidetu zuten.

Skinner konduktismoaren jarraitzailea izan zen. Bere aburuz, portaera ez zegoen alde aurreko estimulu batez moldaturik, baizik eta portaerak izan ditzaketen ondorioez. Hau da, baldintzapen operantean baldintzapena alderantziz gertatzen omen da, erantzuna-estimulua (E-S) norabidean (Pérez, 2006). Horregatik, jokabide batek izan ditzakeen ondorio positibo zein negatiboen garrantzia azpimarratu nahi izan zuen (Skinner, 1975):

Portaeraren ondorioa atsegina bada, subjektuak portaera bera errepikatuko du ondorio bera lortzeko. Ondorioa desatsegina bada, ordea, indibiduoak ez du portaera

Irudia 2. Kutxa beltza. Ikuspegi kognitiboa

Terapia kognitiboaren arabera, pentsamenduek emozioak sorrarazten dituzte. Modu honetan, pentsamendu positiboek emozio positiboak sortzen dituzte. Era berean, pentsamendu distortsionatuek sentrazio negatiboak eragiten dituzte. Pentsamendu distortsionatua errealitatea zehazki deskribatzen ez duen pentsamendua da. Beraz, garrantzitsua da pertsonaren ikuspuntua edo interpretazioa kontuan hartzea, horrek emozio jakin bat eta portaera jakin bat izatera bultzatzen baitu (Ozamiz eta Guillen, 2015). Beste hitzetan esanda, portaeraren kausa pentsamendua bada, pentsamendu hori aldatu beharko da portaera aldatzea nahi badugu. Hori dela eta, bigarren belaunaldi honetako terapien helburua gaitasun kognitiboak hobetu eta emozioak kontrolatzen erakustean datza, subjektuek beren jokabideak zuzendu ahal izateko.

Testuinguru honetan Ellis-en jokabide-terapia emotibo arrazionala (1957, 1962) eta Beck-en terapia kognitibo-konduktuala (1970, 1979) dira garrantzitsuak.

Ellis-en jokabide-terapia emotibo arrazionalaren metodoaren helburua pentsamenduen irrazionaltasunak aurkitzea zetzan, eta hala, eskema mental distortsionatuen ondorio diren emozio mingarri eta neurritz kanpokoak sendatzea. Berak proposaturiko ereduaren arabera (Ellis, 1962) ez dira estimuluak (gertaerak) emozioak eta portaerak eragiten dituztenak, baizik eta estimulu horiek interpretatzeko modua (pentsamendua). Hori dela eta, eskema mentalak aldatzeko gai izanez gero, pentsamendu irrazionalak arrazional bihurtzeko gai ere izango gara, eta hauek (pentsamendu arrazionalak) jokatzeko eta sentitzeko era berriak ahalbidetuko dituzte. Hau da, eredu honen bidez subjektuak bere pentsamendu irrazionalak ordezkatu ditzake egokiago eta arrazionalagoak diren beste batzuegatik, bere zailtasun emozionalak eta jokabidezkoak gaindituz.

Beck-en terapia kognitiboak arrakasta handia izan zuen bereziki depresio eta antsietatearen eremuan (Beck et al., 1979). Bere ekarpenik handiena distortsio kognitiboak identifikatzea izan zen. Eskema mentalek indibiduoaren izateko eta ekiteko modua baldintzatzen badute, eskema mental distortsionatuek jokabide disfuntzionala eragin dezakete. Hau da, bere buruari, munduari zein etorkizunari buruzko pentsamendu negatiboak sortzen dituen pertsona batek bizitza normal bat eramateko zailtasunak izango ditu (Beck, 1970). Pentsamendu negatibo, distortsionatu edo irrazional horiei aurre egiteko modu bakarra pentsamendu horiek aldatzea izango da, beraz. Terapia kognitiboak pentsamendu mingarri horiei egingo die aurre, subjektuak hauek baztertu eta bizitzari aurre egiteko modu positiboagoak ikas ditzan. Horretarako, berregituratze kognitiboaren teknika erabiltzen da, non subjektuak distortsio kognitiboak antzeman

behar dituen, ondoren, hauek desegituratu eta pentsamendu egokiagoak berreraikitzeke.

Perspektiba aldaketa honekin terapia konduktuala terapia kognitibo konduktual bilakatzen da. Hori dela eta, zentzu hertsian bigarren belaunaldiko terapia hauei terapia kognitibo konduktualak deritze.

Bigarren belaunaldiko terapiak lehen belaunaldikoen hutsuneak gainditu badituzte ere, eta arazo berri askori aurre egiteko eraginkorrak izan badira ere, ez dute arazo guztiak gainditzetik lortu. Batik bat, ez dagoelako argi eraginkortasunak ikaskuntza printzipioetan edo kognizioan duen oinarria. Izan ere, terapia kognitibo konduktualak lehen belaunaldiko terapien prozedura berbera erabiltzen duten heinean ("lehen-mailako aldaketa") zaila da ezaugarri kognitiboek modu autonomoan daukaten eraginkortasun maila zehaztea (Mañas, 2007).

Hau guztia dela eta, arazoei aurre egiteko helburu eta printzipio ezberdinak jarraituko zituzten terapietikiko interesa pizten da, hirugarren belaunaldi bati ateak irekiz.

5.3 Hirugarren belaunaldiko terapiak

Hirugarren belaunaldi gisa ezagutzen den terapien garaia 1990. urte inguruan kokatzen da, eta berorrek psikologia klinikoaren ikuspegian aldaketak datoz.

Gaur egun psikologia medikuntza ereduan oinarritzen da. Hau da, psikologiarentzat buru-nahasteak pertsonaren gabezien ondorio dira, eta nahasteari aurre egitea lortuko da gabezia edo galera horiek landuz gero. Hau da hain zuzen ere bigarren belaunaldiko terapien funtsa, eta aldi berean, hirugarren belaunaldi bati ateak ireki izanaren arrazoia ere. Izan ere, iraultza kognitiboarekin terapia konduktualak bere hastapenetan zeukan testuinguruarekiko kutsua galtzen du. Hori dela eta, hirugarren belaunaldiko terapiak patologien desmedikalizazioaren norabidean errotzen dira (Álvarez, 2006).

Ordura arteko bi belaunaldietako terapien helburua portaerak eta pentsamenduen interpretazioak aldatzea eta kontrolatzea bazen, hirugarren belaunaldiko terapiak psikopatologiak tratatzeko alternatiba ezberdinak eskaintzen ditu, helburuei, ebaluazioari, analisi funtzionalari eta tratamenduari dagokionez. Horrela, hirugarren belaunaldi honen planteamendua ondorengoa da: sintomak kontrolatu eta aldatu beharrean subjektuak gertaera pribatuen onarpena eta bizitzaren norabidea zuzentzea eskatzen da (Álvarez, 2006). Patologia ez da gabezia baten ondorio, pertsona bakoitzaren erreferentziazko testuinguruan ematen den jokabide disfuntzionala baizik.

Hain zuzen ere, hiru belaunaldiek psikologia konduktualaren printzipioak partekatzen dituzte, baina jarraian azaltzen diren aspektuetan ezberdintzen da azken belaunaldia aurreko bi belaunaldiekiko (Hayes, 2004a): (a) lehen-mailako aldaketa deritzon terapia egiteko modua alboratzen dute; (b) testuinguruari garrantzia handiagoa ematen diote arazoa ulertzerako orduan; (d) ez da arazo zehatza bakarrik lantzen, baizik eta arazoa eragin dezaketen bestelako alderdiak ere lantzen dira; (e) ariketa esperimetalagoak erabiltzen dituzte; eta (f) onarpena, baloreak, prozesu dialektikoa, Ni-a, “hemen eta oraina” eta terapeuta eta pazientearen arteko erlazioa bezalako aspektuetan berebiziko arreta jartzen da.

Hirugarren belaunaldia osatzen duten terapia motak ondorengoak dira:

- a) Psikoterapia analitiko funtzionala
- b) Jokabide dialektikoaren terapia
- c) Bikote terapia integrala
- d) *Mindfulness*-a
- e) Onarpen eta konpromisozko terapia

Jarraian terapia mota bakoitza azalduko da labur-labur.

5.3.1 Psikoterapia analitiko funtzionala

Psikoterapia analitiko funtzionala Kohlenberg eta Tsai (2007) psikologoek eskutik datorkigu. Terapia kognitibo konduktualaren bidez zenbait subjektuk asko hobetzen zutela ikusi zuten, hau da, errekupeazioa terapian finkatutako helburuetatik haratago ematen zen. Hain zuzen, hobekuntza hori parte-hartzaile eta terapeuta artean erlazio estu bat garatu zuten parte-hartzaileetan besterik ez zen ematen (Kohlenberg et al., 2005). Horrela sortzen da psikoterapia analitiko funtzionala.

Portaeraren psikologiaren barruko terapia mota bat da, terapeuta eta bezeroaren arteko harremanean arreta jartzen duena terapia saioetan aurkezten diren ikasteko aukerak guztiz aprobetxatu ahal izateko. Errefortzuen erabilerak garrantzia handia izango du, saiotik saiora jokabide berriak ikasteko motorra izango baita.

Terapia honen helburua egoera terapeutiko eta subjektuaren eguneroko bizitzaren arteko baliokidetasun funtzionala lortzea da. Hau da, saioetan zehar subjektuak ikasitako portaerak bizitzako egoeretara orokor ditzen lortu nahi da (Kohlenberg et al., 2005).

5.3.2 Jokabide dialektikoaren terapia

Marsha Linehan (1993) psikiatrak garatu zuen jokabide dialektikoaren terapia mugako nortasun nahastea osotasunean landuko zuen terapia bat sortzeko asmoz.

Mugako nortasun nahastearen ezaugarriak adierazgarriena emozioak kudeatzeko orduan zailtasunak adieraztea da. Subjektuak emozioak kontrolatu eta egonkortzeko egiten dituen saiakeren ondorioz, oraindik ere patroi ezegonkorragoak aurkezten ditu, jokabideari dagokionez, alderdi pertsonal, kognitibo eta identitatearen pertzepzioari dagokionez ere. Honen aurrean, jokabide dialektikoaren terapiak, terapia konduktualaren kutsua galdu gabe, portaera desegokitzailleak aldatu eta bizitzeko mesedegarriagoak izango diren portaerak garatzea du helburu. Horrez gain, subjektuaren onarpen eta konpromisoa ere bilatzen du terapia honek. Izan ere, onarpena da aldaketarako estrategia eta gaitasunak lantzen hasteko oinarria.

Bi elementu hauen interakzio edo orekari dagokio terapiaren termino edo elementu dialektikoa: subjektuak zailtasunak dituela onartzen badu eta hori hobetzeko gaitasunak ikasten baditu bere pentsatzeko eta sentitzeko erak malguagoak izatera irits daitezke (Gempeler, 2008).

5.3.3 Bikote terapia integrala

Bikote terapia integrala bikote terapia konduktual tradizionalaren garapen bat da. Baina terapia konduktual tradizionalaren aldean, arazoari aurre egiteaz gain bestearen portaera onartzean ere arreta jartzen du. Hau da, norberaren jarrerak aldatzera zuzendutako terapia bat da, eta ez bikotearena (Gaspar, 2006).

Aldaketa horiek dira hain zuzen ere bikote terapia integrala hirugarren belaunaldiko terapia mota bihurtzen dutena (Hayes, 2004b).

5.3.4 Mindfulness-a

Mindfulness ingelesetik datorkigun hitza da, eta euskaraz atentzio eta kontzientzia osoa edukitzea esan nahi du. Budismoan du jatorria, baina ikuspegi zientifikoan ez da 70. hamarkada arte aplikatu; Jon Kabat-Zinn (2009) medikuari zor diogu *mindfulness*-aren erabilera psikoterapian.

Mindfulness hitzak hainbat erabilera ditu: kontzeptu/ideia bezala, teknika gisa eta prozesu mental modura hitz egiteko erabiltzen baita (Germer, Siegel eta Fulton, 2013). *Mindfulness*-ak ideia bezala momentuan gertatzen ari den horretan (gertaera pribatuak, gorputzeko sentazio, jarduera...) arreta jartzea eskatzen du, iragan zein etorkizunean pentsatu gabe, pentsamenduak negatibo edo positibotzat jo gabe. Besterik gabe,

esperientzian arreta jartzea litzateke, bizipenak epaitu gabe onartzea, alegia (Kabat-Zinn, 2003). *Mindfulness*-a, gainera, beste terapia mota askoren teknika edo osagai ere bada; esaterako, Onarpen eta Konpromisoazko Terapian asko erabiltzen den ariketa bat da (Vallejo, 2006). Prozesu mental gisa, adi egoteko modu berezi bat da *mindfulness*-a, orain eta hemen gertatzen diren esperientzietan arreta mantentzeko buruko gaitasun berriak lantzea eskatzen baitu (Siegel, 2010).

Atentzio eta kontzientzia osoa edukitzea ikuspegi psikologiko batetik kontzientziaz presente egotea da, une bakoitzean agertzen diren pentsamendu, emozio, gorputz-sentsazio eta inguruneari adi egotea, eta hauek epaitu eta kontrolatzen saiatu ordez jarrera ireki eta adeitsuaz onartzea. Teknika hau lantzeko prozesurik ohikoena meditazioa da, erlaxazio eta gorputz-sentsazioei zuzendutako ariketekin batera. Arnasketa ere bada *mindfulness*-a lantzeko modua, atentzioa arnasketa prozesuan jartzea eskatzen baita kontzientzia presentea garatzeko (Vallejo, 2006).

Ondorengoak dira *mindfulness*-aren ezaugarri edo osagai garrantzitsuenak (Germer, Siegel eta Fulton, 2013):

- Ez kontzeptuala. Ez du prozesu kognitiboekin loturarik, kontzientzia intuitiboa baita.
- Hizkuntza berbalik gabekoa. Ez dago hizkuntza berbalaren beharrik, esperientziazko egoerak dira helburu eta.
- Orain eta hemen. Une bakoitzean gertatzen ari den esperientzian arreta jartzea eskatzen du.
- Nahita egindakoa. Burua iraganera edo etorkizunera joaten bada orainak eskatzen digun horretara zuzenduko da arreta fokua.
- Esperientziala. Esperientzia emozional eta sentsoriala dauka helburu.
- Askea. Kontzientzia osoz bizitako esperientzia oro askatasun esperientzia bat da.

5.3.5 Onarpen eta Konpromisoazko Terapia (OKT)

Hirugarren belaunaldiko terapien barruan Onarpen eta Konpromisoazko Terapia (OKT aurrerantzean) dugu guztietatik arrakastatsuenak, alde batetik, profesionalen esanetan, osatuena delako eta bestetik, emaitza oso onak erakutsi dituelako arlo ezberdinetan. Giza kognizio eta mintzairaren testuinguru erlazionalean oinarritutako psikoterapia esperientzial, konduktual eta kognitiboa da. Kognizio eta hizkuntza berbalaren artean sortzen diren sare edo kateei izugarritzko garrantzia ematen dio. Arazoaren formari baino testuinguruari erreparatzen dio, testuinguru landuz gero arazoa arazo ez izatera irits

daiteke eta funtzionaltasuna ez luke gehiago oztopatuko (Hayes, 2004a). Hala, hori oinarri izanda, terapia honek subjektuak berak aurkez dezakeen sintomatologiatik haratago (pertsona bezala) balio duena ikusi eta onartzea du helburu. Hain zuzen ere, onarpen eta konpromisozko terapiaren ekarpen esanguratsuenak ondorengoak dira (Redondo, 2016):

- Bizitza filosofia berri bat: norbere egoera psikologikoa onartu (negatiboa, irrazionala edo psikotikoa bada ere) eta horrekin bizitzen ikasi behar da. Ezin gara zoriontsuak izan beti; bizitzaren baldintzetako bat sufrimendua jasan eta egoera gogorrek bizi behar ditugula onartzea da.
- Ikuspuntu kultural berri bat: subjektibitatea eta auto ezagutzaren pertzepzioa kulturalki finkatutako hizkuntzaren bitartez eraikitzen da. Pentsamendu irrazional edo negatibo bat buruko funtzio gisa aztertu ezker, bere funtzioa betetzen ari den pentsamendu bat besterik ez da izango; pentsamendu hori negatibo zein irrazional bihurtzen duena gizarteak emandako zentzua izango da. Beraz, arazoari zentzua edo testuingurua aldatuz gero arazoa autosuntsigarria izateari utziko dio.
- Ikuspegi psikopatologiko ezberdin bat: ekidite esperientziala, elkartze kognitiboa, baloreen ahultzea eta jokabide ez eraginkorretan arreta jartzen duen psikopatologiari buruzko perspektiba bat eskaintzen du.
- Berrikuntza terapeutikoa: subjektuaren balioetan oinarritutako helburuak lortzera bideraturiko terapia bat da eta horretarako pertsonarentzat garrantzitsua den alderdietan jartzen da arreta. Helburua subjektuarentzat desatseginak diren pentsamendu, emozio eta jokabideak onartu eta horiekin bizitzen ikastea izango da.

Terapia egiteko modu berri honen helburua arazoari malgutasunez aurre egitea da, hau da, pentsamendu, emozio eta jokabide negatibo edo irrazionalen aurrean onarpen jarrera bat hartzea, norbere balioekin bat egingo duena, eta ez sintomatologia kontrolatzea (Luciano eta Valdivia, 2006).

Hain zuzen, ondorengoak dira malgutasun psikologikoa eragiteko OKT-ren osagai bereizgarrienak (Hayes, 2004a):

1. Onarpena
2. Hemen eta oraina
3. Balioak
4. Defusio kognitiboa edo gertaera pribatuekiko distantzia hartzea

5. Norbere pentsamendu, sentimendu eta jokabideak pertsonaren osotasunetik desberdintzen ikastea
6. Konpromisoa

Hau guztia lortzeko metafora, paradoxa eta ariketa esperientzialak erabiltzen dira. Estrategia diskurtsibo hauek hizkuntza aldetik azaldu daitezkeen gaizki ulertuak ekiditeko eta terapeutak subjektuaren pertzepzio eta esperientziak ez baldintzatzeko asmotan erabiltzen dira (Luciano eta Valdivia, 2006). Izan ere, parte-hartzaileek gertaera pribatuak beren helburu eta balioen arabera modu egokian identifikatzen, onartzen eta erantzuten ikastea nahi da.

5.4 Hirugarren belaunaldiko terapien eraginkortasuna buru-nahaste larrien kasuan

Eredu kognitibo konduktuala egun psikologian dagoen eredurik eraginkorrena da eta arazo askori aurre egiteko gai dela frogatu izan da. Bere aplikazio eremua oso zabala da, denbora laburrean gauzatu daitezke, bakarka zein taldean, eta testuinguru ezberdinetarako baliagarria da (ospitalea, espetxeak, etab.) (Ruiz, Díaz eta Villalobos, 2012). Hauen barruan, badirudi hirugarren belaunaldiko terapiak etorkizuna izan badutela. Izan ere, ez dute instalazio edo testuinguru berezirik behar terapiak aurrera eramateko; gela huts bat nahikoa da. Laburrak ere izan daitezke, 8 aste nahikoa baitira hirugarren belaunaldiko terapietan oinarrituriko esku-hartzeak arrakastasunez gauzatzeko. Eta gainera, hauen inguruko formakuntza egokia jaso duen osasun-arloko profesionala izan daiteke terapia mota hauen arduradun (Moreno, 2012).

Hirugarren belaunaldiko terapien artean Onarpen eta Konpromisozko Terapia (OKT) dugu osatuena, nolabait bere belaunaldiko terapien osagai garrantzitsuenak biltzen dituelako: norbere balioei ematen dio garrantzia eta *mindfulness* ariketak ere erabiltzen ditu. Hori dela eta, jarraian bi ikerketa aztertu dira OKT-ak buru-nahaste larrien kasuan eskaini ditzakeen teknika eraginkorrak identifikatze aldera.

5.4.1 Ausazko entsegu kontrolatua: Onarpen eta Konpromisozko Terapia (OKT) eta buru-nahaste psikotikoak

Ikerketa honen bidez Bach eta Hayes (2002) psikologoek onarpen eta konpromisozko terapiaren eragina aztertzea dute helburu sintomatologia psikotiko positiboa aurkezten duten pertsonen kasuan, bereziki, sintomatologiaren sinesgarritasuna eta sintomek eragindako jokabide irrazional edo desegokitzailak murrizterako orduan izan dezakeen inpaktua epe luzera neurtzeko; hots, berrospitalizazio mailari dagokionez.

Horretarako, Nevada estatuko (EEUU) osasun mentaleko zentroan barneraturiko 80 pertsonako lagina bi taldeetan banatzen da (40 parte-hartzaile talde bakoitzeko); bata, ohiko tratamendua (TAU) jarraituko du, eta besteak, ohiko tratamenduaz gain, onarpen eta konpromisozko terapian oinarrituriko 4 saio jasoko ditu (OKT). Ohiko tratamendua (TAU) tratamendu medikoa (farmakologikoa) eta errehabilitazio psikosozialaren bidezko esku-hartzea izango da. Onarpen eta konpromisozko terapiak (OKT), aldiz, ohiko tratamenduaz gain, OKT-n oinarrituriko 40-45 minutuko 4 saio izango ditu. Onarpen eta konpromisozko terapiaren helburu nagusia parte-hartzaileek gertaera pribatu desatseginekin harremanetan bizitzen ikastea da, horiei aurre egin baino. Hau da, sintomak epaitu eta erantzun bat eman ordez, sintomak bere horretan agertzen uztea. Horretarako, OKT-n berezko osagaiak erabili dira, ariketa esperientzialak eta metaforak. Horien artean:

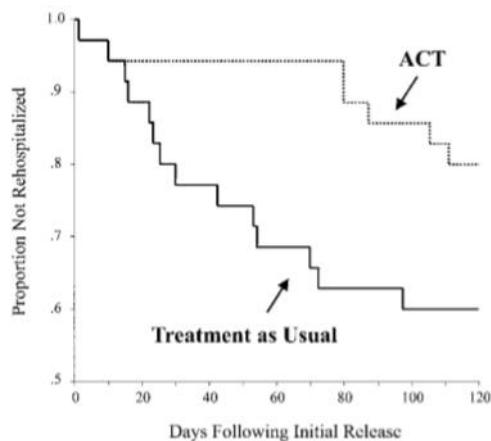
- Ordura arte sintomatologia psikotikoa gainditzeko erabili dituzten estrategien ordez gertaera pribatuak egoten uzteko (*dejarlos estar*) “burua pasiora ateratzeko” (*el ejercicio de llevar la mente a pasear*) metafora
- Sintomak bizitzarako oztopo badira ere horiekin bizitza egitea aurre egitea baino eraginkorragoa dela ohartzeko poligrafoaren metafora

Neurketak esku-hartzearen aurretik, esku-hartzearen amaieran eta esku-hartzea amaitu eta 4 hilabetetara egin dira ondorengo eremuei dagokienez:

- Berrospitalizazio tasa/probabilitatea
- Sintomatologiaren maiztasuna
- Sintomek eragindako egonezin maila
- Sintomekiko sinesgarritasuna
- Tratamendu farmakologikoarekiko atxikimendua

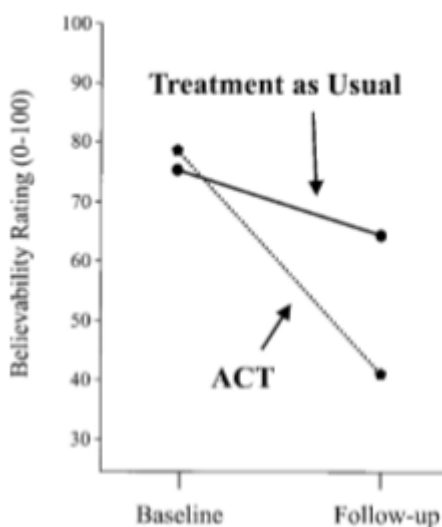
Ondorengo emaitzak lortu dira:

Berrospitalizazioari dagokionez, OKT taldeko pertsonen %20a eta TAU taldeko pertsonen %40a esku-hartzearen ondorengo 4 hilabeteetan zehar barneratuak izan dira. Datuek adierazten dute OKT taldea eraginkorragoa izan dela. Gainera, OKT taldeko pertsonak ospitaletik kanpo 22 egun gehiago irauten dute 4 hilabete horietan zehar. Ikus dezagun (Bach eta Hayes, 2002):



Irudia 3. OKT eta TAU taldeetako parte-hartzaileen artean ospitaletik kanpo iraun duten pertsonen eguneroko ehunekoak 4 hilabetetan zehar (Bach eta Hayes, 2002)

Aurkako norantzan, OKT taldeko pertsonak sintomen maiztasun altuagoa adierazi dute esku-hartzearen hasierako datuen aldean. Bach eta Hayes-ek (2002) ondorioztatu dute sintoma gehiago identifikatze horrek onarpenarekin zerikusia duela. Era berean, sintomak onartzearen (aurre egin orde) ondorioz, sintomak eragindako egonezin eta sufrimendu maila murriztu da bi taldeetan; alegia, ez da OKT-n berariaz azpimarratzeko emaitzarik esanguratsuenak. Sinesgarritasuna, bai ordea. Izan ere, OKT taldean %38an murrizten da, eta TAU taldean, berriz, %11,8. Honek esan nahi du sintomen sinesgarritasun baxuak paper garrantzitsu bat jokatu duela OKT-ak erakutsi duen eraginkortasunean:



Irudia 4. Sintomen sinesgarritasun maila (Bach eta Hayes, 2002)

Tratamendu farmakologikoaren atxikimenduari dagokionez, ez dira emaitza esanguratsuak lortu bi taldeen artean. Bi kasuetan tratamenduaren atxikimenduak behera egin du nabariki esku-hartzea amaitu eta 4 hilabeteteetan zehar (%40 eta %50ean).

Hau guztia kontuan izanda, ikerketa honen bidez ikusi da OKT tratamenduak berrospitalizazioa murriztea lortzen duela, baina emaitza hori ezin da tratamendu farmakologikoarekin lotu, ezta egonezin maila murriztuari, ez sintomen maiztasun baxuarekin ere. Bach eta Hayes-ek (2002) ondorioztatu zuten bezala, OKT-ak bestelako terapiak ez daukaten osagai garrantzitsu bat dauka, onarpenarena. Gertaera pribatuak arriskutsutzat nabaritzen ez direnean, egiazko edo gezurrezkoak diren epaitzen ez direnean, hauen edukia objektiboki aztertu daiteke eta berorrek sinetsgarritasuna edo pisua galtzen dute gertaera pribatuek, aurre egite estrategien beharrik izan gabe.

5.4.2 Esku-hartzeen konparaketa: OKT eta *mindfulness* buru-nahaste larrien kasuetan

Bach eta Hayesen aurreko ikerketan oinarrituta, Salgadok (2016) buru-nahaste larriak pairatzen dituzten 36 pertsona hiru esku-hartze ezberdinetan barneratzea erabakitzen du; bata, onarpen eta konpromisozko terapian (ACT), bestea, *mindfulness*-ean (MIND), eta, azkena, ohiko tratamenduan (TAU). Helburua terapia berri hauek buru-nahaste larrien kasuan, eta bereziki ondorengo hiru eremuetan, bai epe motzera eta bai luzera eraginkorrak diren neurtzea da:

- Malgutasun psikologikoa / ekidite esperientziala, *Acceptance and Action Questionnaire-II* (AAQ-II) bidez (Bond et al., 2011).
- Sintomatologia psikopatologikoaren maila (depresioa, antsietatea, ideia paranoideak eta psikosia) SA-45 galdetegiaren bidez (Davison et al., 1997)
- Helburuetara zuzendutako ekintza baliotsu kopurua (jardueren autoerregistro eta langileek betetako informeen bidez)

Horretarako, esku-hartzearen aurretik, esku-hartzearen amaieran eta esku-hartzea amaitu eta 5 eta 8 hilabetetara egin dira neurketak.

Parte-hartzaileak Valladolideko (Espainia) hiriko osasun mentaleko 3 zentro pribatuei dagozkie. Barneratze irizpideei dagokionez, buru-nahaste larriak identifikatzeko erabiltzen diren bi alderdi kontuan izan dira: buru-nahastearen iraupena eta buru-nahasteak eragindako ezintasuna. Hau da, nahastea 2 urte edo gehiagoz diagnostikatuta izatea edo tratamendua jasotzea (dementzia eta adimen urritasun diagnostikoak izan ezik) eta hargatik *Global Assessment of Functioning* (GAF) eskalaren

bidez 40 baino gehiagoko puntuazioa adierazten duen ezintasuna aurkeztea hainbat eremutan. Baldintza horiek betetzen dituztenen artean ekidite esperientzial esanguratsua aurkeztu duten pertsonengana mugatu da lagina, *Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ-II) (Bond et al., 2011) galdetegian 48 baino gehiagoko puntuazioa lortu edota lehen elkarrizketan jasotakoaren arabera gertaera pribatuak erregulatzeko zailtasun larriak aurkeztu dituzten horietara. Hala, lagina 20 eta 80 urte bitarteko 36 pertsonakoa da, 16 emakume eta 20 gizonez osaturikoa. Batez beste 5 urte baino gehiago daramate osasun zentroan barneratuta (68,92 hilabete) eta kategoria diagnostiko gehienak eskizofrenia, nahaste bipolar, zehaztugabeko psikosia, nahaste depresibo iraunkorra, nahaste somatoformea, nahaste eskizoafektiboa eta nortasun nahastei dagozkie. 36 pertsona hauen esleipena egiteko diagnostiko kategoriak kontuan izan dira, banaketa orekatu bat bermatzeko.

Ohiko tratamendua (TAU) tratamendu medikoa (farmakologikoa) jaso eta errehabilitazio psikosozialeko taldeetan parte hartzeari dagokio, psikohezkuntza, gaitasun sozialak eta terapia okupazionala, besteak beste. Ohiko tratamendua buru-nahasteen kasuan egiten den tratamendurik oinarritzkoena da, eta berau oinarri izanda garatzen dira OKT eta MIND esku-hartzeak. Bi tratamenduak astean behin ordu eta erdiko saio bakarretan egituratzen dira, 7 astez, eta ondoren, errefortzuzko beste 3 saio, 7. saiotik 2, 6 eta 12 asteetara.

OKT taldean 7 saioetako 2 indibidualki gauzatu dira eta gainontzeko 5ak talde terapia egiteko ahalbidetu dira. Saio indibidualen xedea balioak landu eta talde terapia egiteko testuinguru egoki bat sortzea izan da. Onarpen eta konpromisozko terapiaren berariazko ondorengo osagaiak erabili dira OKT esku-hartzean zehar:

- Etsipen sortzaileko esperientzia
- Balioak identifikatu eta zehaztu
- Metafora eta ariketa esperientzialen erabilera
- Gertaera pribatuekiko distantzia hartzeko ariketak
- “Ni testuingurua” bultzatzen duten ariketak

Mindfulness esku-hartzeko (MIND) 7 saioak taldeetan gauzatzen dira, norbere balioekin lotutako osagairik ez duelako. Erabilitako teknika edo osagaiak ondorengoak dira:

- Arnasketan arreta jarri
- Gorputz esperientziak “Hatha Yoga” ariketen bidez
- Postura, arnasketa, soinu eta pentsamenduen *mindfulness*-a
- Gorputz eskanerra

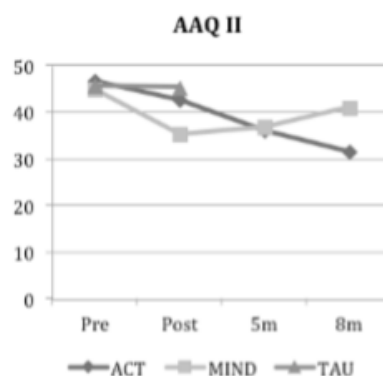
Ondorengo emaitzak aurkitu dituzte:

Malgutasun psikologikoari dagokionez (irudia 5), OKT taldeak lortu ditu emaitza hobetoak denboran zehar patroi psikologikoa malgutzera lortu delako. MIND taldeak epe motzean emaitza hobetoak erakutsi dituen arren (post-testean) denborarekin malgutasun psikologikoak berriz ere gora egiten duela ikusi da.

Balioetara zuzendutako ekintza eta jardura kopuruak gora egiten du OKT eta MIND taldeetan (irudia 6). Epe luzera, aldiz, OKT eraginkorragoa dela dirudi.

Sintomatologiari dagokionez (irudia 7), depresioak, antsietateak, ideia paranoideak eta psikosiak behera egin dute OKT esku-hartzearekin; *mindfulness*-arekin, ordea, ez dira horrelako emaitzak lortu. Antsietatea murrizteko orduan adierazi ditu emaitza hobetoak, baina ez da inondik inora esanguratsua izan.

Orokorrean OKT-ak *mindfulness*-a baino emaitza hobetoak eman ditu. Onarpen eta konpromisozko terapiak balioei emandako arreta ezinbestekoa da emaitza horiek lortzeko. Gainera, OKT-ak *mindfulness* teknikak barneratu ditzake bere saioetan. Horregatik, onarpen eta konpromisozko terapia buru-nahasteak dituzten pertsonen erantzuna emateko esku-hartze motarik osatuena dela esan dezakegu.



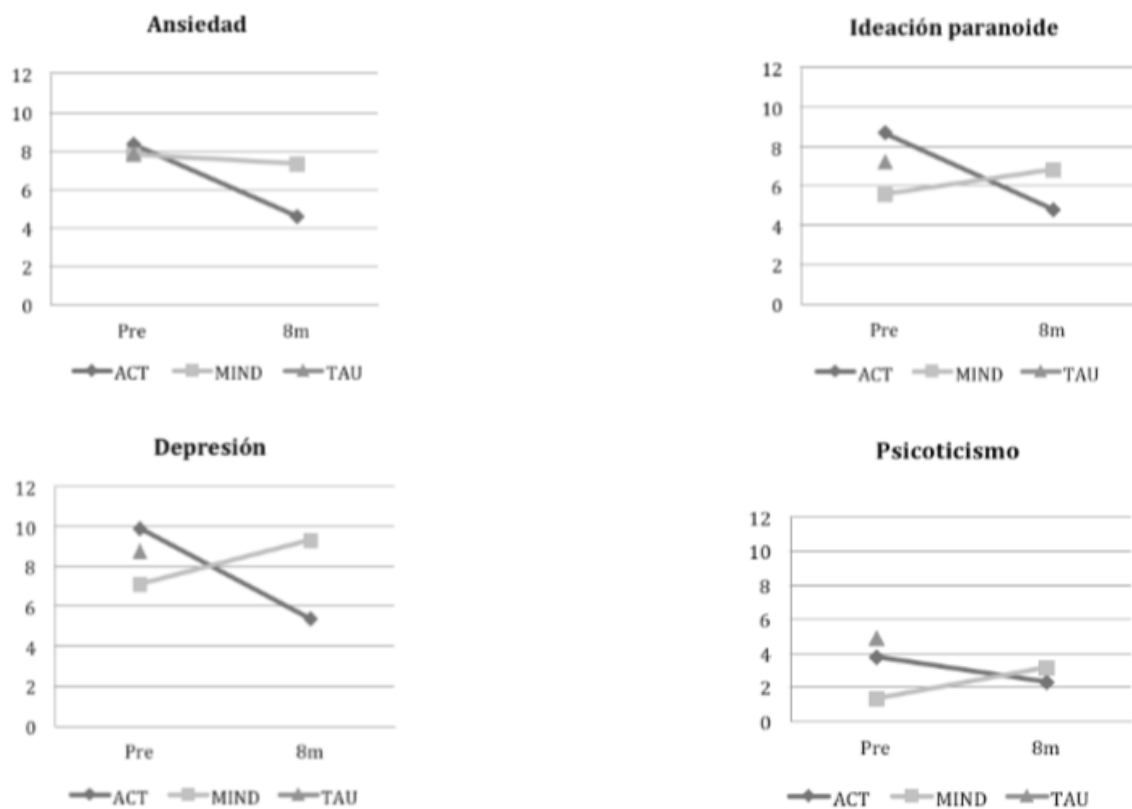
Irudia 5. Malgutasun psikologikoa (Salgado, 2016, or. 87)

Oharra. Erantzunak Likert eskala baten 1 (inoiz ez) eta 7 (beti) bitarteko balioen bidez balioesten dira. Guztira 10 eta 70 bitarteko puntuazioak lor daitezke; zenbat eta puntuazio altuagoa orduan eta ekidite esperientzial handiagoa aurkeztuko du subjektuak, eta aldi berean, hortaz, malgutasun psikologiko gutxiago.



Irudia 6. Balioetara zuzendutako jarduera kopurua (Salgado, 2016, or. 87-88)

Oharra. AAc = auto erregistroetatik lortutako informazioa eta IAc = zentroko langileek betetako txostenetatik eskuratutako informazioa



Irudia 7. Sintomatologia psikopatologikoa (Salgado, 2016, or. 88)

6. BURU-NAHASTEAK JASATEN DITUZTEN PERTSONENTZAKO ESPETXE-TRATAMENDU PROGRAMEN AZTERKETA

6.1 Espainian

Espetxe-biztanleriaren artean buru-nahasteak jasaten dituzten pertsonen tasa altuagatik kezkatuta, espetxe-administrazioak PAIEM izeneko programa garatu zuen (SGIP, 2009), espetxeetan dauden pertsonen arlo honetan dituzten beharrezkoak (terapeutikoak eta birgaitzekoak) erantzuteko asmoz. 2009tik aurrera Estatuko Administrazio Orokorreko Lurraldeetako espetxeetan gauzatzen da. 2014an programaren funtzionamenduari buruzko azterketa sakon bat egin zen eta azterketa horretarako emaitzak kontuan izanda gaur egun PAIEM programa eguneratuago bat dago indarrean.

Programak buru-nahasteak dituzten pertsonentzako arreta espezializatu eta indibidualizatu garatzeko jarraibideak jasotzen ditu, terapia bidezko tratamenduan arreta berezia jarrita. Protokoloak berariaz azpimarratzen du espetxea ez dela buru-nahastei erantzuna emateko baliabide egokiena eta espetxeak ez duela pertsona horientzat baliabide asistentzial bat bihurtzeko asmorik. Horren ordez, buru-nahasteen arloan dagozkion eskumenak egikaritze aldera, buru-nahaste kasuak antzeman, kasuan kasurako esku-hartze programa bat garatu eta gizarteratzea errazteko osasun-arreta egoki bat bermatuko dituela zin egin du. Ildo honetatik, PAIEMek buru-nahasteren bat jasaten duten presoentzako esku-hartze programa diseinatzen du.

Esku-hartzea buru-nahasteak jasaten dituzten pertsonentzako birgizarteratzea lortzera zuzenduta egoteaz gain, arreta terapeutikoa eskaintzea du helburu. Helburu orokor hori ondorengo hiru jarduera-ildotan garatuko da:

1. Osasun mentala egonkortzera bideraturiko arreta eskainiko da. Horretarako, buru-nahasteen kasuak antzeman, diagnostikoa egin eta beharrezkoa den kasuetan tratamendu medikoa (farmakologikoa) bideratuko da.
2. Banakako errehabilitazio programa psikosozial bat garatu eta betearazteaz arduratuko da, zentroko jarduera orokorretan eta horrelako presoentzako berariaz diseinatutakoetan parte hartzea aurreikusten duena.
3. Gizarteratzea errazteko baliabideak landuko dira. Horretarako, familia-inguruko jarduerak areagotu eta lurraldeko/kanpoko osasun-sareko baliabide soziosanitario egokiak bilatuko dira tratamenduaren jarraikortasuna bermatze aldera.

Hiru helburu hauekin buru-nahastea jasaten duten pertsonen egonkortasun mentala berreskuratzea, buru-nahasteak pertsonari jartzen dizkion oztopoak (pentsamendu eta

emozio irrazionalak eta jokabide desadaptatiboak) gainditzea eta kanpoan tratamendua jarraikortasunez mantentzea lortzea nahi da, beraz. Bigarren fasea izango da lan honetako iker objektua, bertan aurreikusten baitira esku-hartze terapeutikoa osatzen duten jarduerak.

Buru-nahaste potentzialki desgaitzaile bat jasaten duten pertsonen autonomia eta bizikaltatea mantentzera eta sustatzera, baita pertsona horiek testuinguru jakin batean integratzera ere, zuzendutako diziplinarteko praktika bat da errehabilitazio psikosoziala. Errehabilitazio psikosozialaren xedea osatze pertsonala da, hau da, giza izaeraz gozatzeko moduko egoera bat ezartzean datza. Berritze pertsonaleko prozesu aktibo bat dakar, norberak zehazten duena eta babes profesionalak eta komunitarioak baliatzen dituena. Hori dela eta, norbanakoaren beharizan kliniko eta farmakologikoak kontuan izanda garatuko da errehabilitazio programa. Horretarako, norbanakoaren trebetasun eta ezintasunak neurtzen dira, eta ebaluazio horretan oinarrituta helburuak eta helburu horiek lortzeko jarduerak finkatuko dira. Jardueren artean, alde batetik, zentroko jarduera orokorrak ezartzeko aukera dago, espetxe-biztanleria osoarentzat aurreikusten direnak (hezitzaileak, terapeutikoak, lanbide eta kirol jarduerak, etab.) eta bestetik, buru-nahasteak jasaten dituzten presoentzako berariaz diseinaturikoak (autokontrola, autoestima, gaitasun sozialak, psikomotrizitatea, etab. lantzeko jarduerak). Espetxeetan egiten diren jarduerak ondorengo multzoetan taldekatu daitezke (SGIP, 2017):

- Autonomia eta funtzionamendu psikosoziala hobetzeko jarduerak
- Kultura, aisialdi eta denbora librerako jarduerak
- Animalien bidezko terapia
- Formakuntza jarduerak
- Lanbide jarduerak

Autonomia eta funtzionamendu psikosoziala hobetzeko jarduerak

Indibiduoak funtzionamendu sozial eta psikikoan aurkezten dituen ezintasunak konpentsatzea dute helburu. Eragindako alderdi horietan aurkitzen dira egokitzapen gaitasun edo trebetasunak, hala nola, norbere zaintza, autonomia pertsonala, autokontrola, besteekin erlazionatzeko gaitasunak eta funtzio kognitiboak. Hemen barruan jarduera mota ezberdinak aurki ditzakegu:

- Psikohezkuntza: errehabilitazio programako jarduerarik oinarritzkoena da. Barneratuari jasaten duen buru-nahastearen inguruan informazioa eskaintzen da, buru-nahastearen inguruan kontzientzia-maila bat izan dezan eta

aurkezten dituen ezintasun eta gabeziak ulertuta bizitza hobeko bat izatea helburu duena. Horretarako, norbanakoaren gaitasunak lantzen dira.

- Gabezia kognitiboak lantzea: indibiduoaren prozesu kognitibo oinarrikoenak lantzen dira, esaterako, arreta/atentzioa eta memoria, funtzionamendu sozial egokiago bat lortzeko asmoz.
- Droga kontsumoan berrerortzea ekiditea: buru-nahaste larriak dituzten pertsonen kasuan oso garrantzitsua da. Aurreko ataletan ikusi duguna kontuan izanda populazio honen %75ak sustantzia kontsumoekin arazoak aurkezten ditu.
- Gaitasun sozialak: erlazio sozial egokiak izatera zuzenduriko gaitasunak landu eta tresnak eskaintzen dira. Subjektua bere kabuz erlazio egokiak egiteko gai izatea prestatzen da erlazio hauetatik onurak izan ditzan (dirua, lagunak, etxebizitza, familia...) eta hauetaz disfrutatzeko gai izan dadin (lagunen konpainia mirestu, erlazio intimoetatik gozatu, afektibitatea erakutsi...).
- Eguneroko bizitzan egin beharreko jarduerak: autozaintza, autonomia eta independentzia gaitasunekin lotutako eremuak lantzen dira. Helburua garbiketa pertsonala (garbiketa, janskera...), bizi ohitura egokiak (loaldia, elikadura, osasuna...), etxeko lanak (garbiketa, antolaketa, sukaldaritza...), maneiu soziala (diruaren kudeaketa, komunikabide bide eta sare sozialen erabilera, garraio publikoa...), bide-hezkuntza eta tramite burokratikoak, besteak beste, bultzatzea da.
- Estresari aurre egiteko estrategiak eta autokontrola: subjektua egoera zailei aurre egiteko entrenatzen da, bai eta antsietate, beldur, haserre eta tristura bezalako emozioen aurrean burua ez galtzen ikastea.
- Psikomotrizitatea: objektu, espazio, norbere burua eta besteekiko erlazioak sortzeko gaitasuna hobetzen du.

Kultura, aisialdi eta denbora librerako jarduerak

Buru-nahaste larrien sintomatologia murrizten dute, autoestima hobetu, gaitasun sozialak ere hobetzen dira, pertsona arteko harremanak lantzen dituzte eta emozio eta ideiak adieraztea ahalbidetzen dute, bai eta taldeko parte hartzea.

Animalien bidezko terapia

Eskizofreniaren sintomatologia negatiboa murrizten dute eta emozio zein sentimenduz gozatzeko ezintasuna, enpatiarik eza eta motibazio falta eragiten duten buru-nahaste larrien sintomatologia ere.

Formakuntza jarduerak

Kognizioa hobetzea ahalbidetzen dute, balio kulturalak eskuratzeko baliagarriak dira eta denbora librean kudeatzeko eta gaitasun sozialak eskuratzeko ere garrantzitsuak dira.

Lanbide jarduerak

Autonomiari dagokion gaitasunak hobetzea ahalbidetzen dute, bai eta gizartean integrazioa, autoestima pertsonala eta gaitasun sozialei buruzkoak ere.

Jarduera guzti hauen artean erabakitzen da subjektuarentzat egokiena edo egokienak izango direnak eta ondorengo pausoa, betearazpenaz arduratu eta jarraikortasun bat egitea izango da.

2014an funtzionamenduari buruzko azterketaren lehen emaitzak argitaratu ziren (Abad, et al., 2013). Zentro hauetako diziplina anitzeko taldeari zuzendutako galdeketa baten bidez egin zen ebaluazioa eta jasotako datuek emaitza positiboak adierazten zituzten. Hala ere, ebaluazioa zalantzan jar dezaketen zenbait aspektu aurki ditzakegu.

Hasteko, programaren ebaluazioa ez da eraginkortasunean oinarritzen, diziplina anitzeko taldea osatzen duten profesionalen ajetasun mailan baizik. 34. galderan horrela irakur daiteke: “¿qué grado de satisfacción entre 1 y 5 tiene de su propia participación en el programa PAIEM?” Profesionalak programaren funtzionamenduari buruzko baldin badaude programak benetan emaitza onak ematen dituela ondorioztatu genezake, baina ez al litzateke objektiboago izango programan parte hartu ez duen profesional talde batek gauzatutako balu ebaluazioa?

Bigarrenik, programaren helburuetako bat buru-nahasteak jasaten dituzten pertsonen bizi-kalitatea hobetzea da. Hala ere, programan parte hartzen duten presoak espetxe zentro orokorretan gauzatzen dira (programan parte hartzen duen presoen %80a); kasurik hoberenetan erizaintzan aurkitzen dira (%0,3).

Azkenik, presoek familia kontaktu eskasa daukatela ikusi da, jakinda familia laguntza/babesa ezinbestekoa dela buru-nahastea egonkortzeko eta birgizarteratze arrakastatsu bat lortzeko. Telefono bidezko deiak izan dira familia-inguruko jarduerak gauzatzeko modurik ohikoena (%79). Bestalde, 68 zentroetatik %17,7an ez da familiekin jarduerarik gauzatu.

6.2 Nazioartean

Beste herrialdeetan egindako bilaketan harira, Europa mailan Danimarka eta Erresuma Batua dira aipagarrienak arlo honetan, buru-nahasteak jasaten dituzten pertsonentzako programa bereziak abian dituzten herrialde bakarrak baitira. Gai horietakoak, buru-

nahasteak jasaten dituzten presoak tratamendu medikora eta espetxeetako jarduera orokorretara bideratzeko jarraibideak besterik ez dituzte garatzen eta.

Danimarkan buru-nahasteak dituzten presoekin egiten den esku-hartzea profesionala eta parte-hartzailearen arteko elkarrizketa indibidualetan mamitzen da. Hau da, presoak egunero elkartzen dira diziplina anitzeko taldeko profesionaletako batekin (Salize, Drebing eta Kief, 2007).

Erresuma Batuan CARE izeneko programa da aipagarria, nortasun nahasteekin erabilia dena. Izenaren hizkiek ingelesezko *Choices, Actions, Relationships and Emotions* hitzei egiten die erreferentzia (euskaraz: erabakiak, ekintzak, harremanak eta emozioak). Emakumeei zuzendutako programa bat da, zeinetan motibazio eta konpromisoa, arazoekiko kontzientzia, emozioen erregulazioa, aurre egiteko estrategia eta gaitasunak eta egokitzapena lantzerako bideraturiko 30 saio egiten diren (National Offender Management Service, 2015).

6.3 Ondorioak

Nazio Batuak, OMEk eta Europako Ministroen Kontseiluak, besteak beste, espetxeetan buru-nahasteak dituzten pertsonen erantzuna emateko jarraibide eta gomendioak argitaratu badituzte ere gaur egun espetxe-biztanleria honekin egiten den tratamendua farmakologikoa bakarrik izan ohi da. Ez dago ez Espainia, ez Europa ezta Nazioarteko espetxeetan buru-nahasteak jasaten dituzten pertsonentzako berariaz garaturiko esku-hartze psikologikorik.

7. ONARPEN ETA KONPROMISOZKO TERAPIAN OINARRITURIKO ESKU-HARTZE BATEN PROPOSAMENA

Buru-nahasteak jasaten dituzten delitugileentzako tratamendua hiru eremutan bideratu daiteke (Völlm, et al., 2018): bata, espetxean; bigarrena, espetxe zentro psikiatriko berezietan; eta azkena, komunitatean, epai judizialak aginduta zigorraren ordean edota kondena amaitu ondoren laguntza jasotzeko osasun zentroetan. Beraz, espetxe-sistemak buru-nahaste bat jasaten duen eta legearekin arazoak izan dituen pertsona lurraldeko osasun arreta zentroetan barneratzeko aukera dauka, edo bestalde, askatasun gabetzailea den zigor (espetxea) edo neurri bat (espetxe zentro psikiatrikoak) bete behar duela erabakitzen bada, espetxe-administrazioa indibiduoaren beharretara egokitzen den tratamendu bat garatu eta betearazteaz arduratu beharko da. Edozein modutan, buru-nahasteak jasaten dituzten inputatu kopuru handiena espetxe orokorretan barneratzen dela argi ikusi da.

Gaur egun buru-nahasteak dituzten pertsonekin lan egiteko tratamendu medikoaz gain, ikusi ditugun esku-hartzeek (Danimarka eta Erresuma Batua) terapia kognitibo konduktuala dute oinarri. Hala ere, espetxe gehiengotan ez da horrelakorik egiten eta buru-nahasteak dituen espetxe-biztanleria gora egiten ari da. Egoera honi aurre egiteko hirugarren belaunaldiko terapien erabilera irtenbide arrakastatsu bat izan daiteke, laburrak direlako, ez dagoelako instalazio eta material askoren beharrik eta formakuntza jaso duen osasun-arloko profesionalak egin baitezake (Moreno, 2012). Hori gutxi balitz, OKT eta buru-nahaste larrien kasuan aztertu ditugun ikerketek emaitza oso onak adierazi dituzte, bai epe motzera eta luzera.

Hau guztia kontuan izanda, Onarpen eta Konpromiso Terapian (OKT) oinarrituriko ondorengo programa proposatzen da buru-nahaste larriak dituzten pertsonak espetxe-zigorra betetzen duten kasuetarako.

7.1 Metodologia

7.1.1 Helburuak

❖ Helburu orokorra

Onarpen eta konpromisozko tratamendu psikologiko honen bidez espetxe barruan buru-nahaste larriak jasaten dituzten pertsonen osatze-pertsonala eskuratzea nahi da, bai eta hauen birgizarteratzea erraztea ere.

❖ Helburu zehatzak

Horretarako, jarraian zerrendatuko diren helburu zehatzagoak lortzea ezinbestekoa izango da:

- Ekidite esperientziala murriztu
- Gaitasun sozialak sustatu
- Norbere balioak ezagutu eta balioetan oinarrituriko ekintzak adostu
- Buru-nahastearekin bizitzekin ikasi
- Malgutasun psikologikoa eragin
- Arazoekiko kontzientzia izan
- Gertaera pribatuak aldatu ordeztan onartzen ikasi
- Tratamendu farmakologikoarekiko atxikimendua lortu
- Ardura eta erantzukizuna sustatu

7.1.3 Parte hartzaileak

Esku-hartzea espetxe-zigorra betetzen ari diren pertsona guztietatik buru-nahaste larriak jasaten dituzten horiengana mugatuko da. Buru-nahaste larriak identifikatzeko literaturan adostasun handiena lortu duen definizioaren (NIMH, 1987) 3 irizpideetatik 2 hartuko dira kontuan: diagnostikoa eta ezintasuna. Hau da, esku-hartzean parte hartzeko aukera egongo da baldin eta presoari kategoria psikotikoetako buru-nahasteren bat diagnostikatu bazaio eta buru-nahaste horrek bizitzako jarduera garrantzitsuetan (eremu pertsonal, lanekoa, soziala eta familiakoan) zailtasun funtzional larriak eragiten badizkio, Aktibitate Globalaren Funtzionamenduaren eskalan (GAF) oinarrituta. Nahastearen iraupenari dagokionez, ez da gutxieneko iraupen zehatzik eskatuko. Haren ordeaz, parte-hartzaileak tratamendu farmakologikoa jasotzen egotea eskatuko da, egonkortasunaren seinale.

Barneratze irizpideak, hortaz, ondorengoak ditugu:

- Espetxe-zigorra betetzen egotea
- PAIEM protokoloan barneratuta egotea
- Buru-nahaste larriaren diagnostikoa izatea
- Aktibitate Globalaren eskalaren bidez ezintasun larria aurkeztea (50 baino gutxiagoko puntuazioa)
- Ekidite esperientziala aurkeztea
- Tratamendu farmakologikoa jasotzen egotea
- Hizkuntza ulertzea
- Parte-hartzea borondatezkoa izatea
- Saio guztietara agertzeko aukera izatea

Baztertze irizpideak, aldiz, bakarra:

- Nahastearen kontzientzia falta (*insight* eza), *Insight*-a ebaluatzeko eskalaren bidez neurtua, SUMD (Amador, et al., 1993) espainiar bertsioa (Ruiz et al., 2008) (ikusi 1. eranskina).

7.1.3 Prozedura

2009. urtetik espetxeetan Buruko Gaixoei Arreta Integrala Emateko Programa (PAIEM) abian dagoela ikusita, esku-hartzea berariaz protokolo honen barruan betearazteko garatu da. Hori dela eta, PAIEM-eko diziplina anitzeko taldearen esku utziko da kasuak aztertzea (barneratze irizpideak betetzen dituzten edo ez ziurtatzeko ebaluazio

psikologikoak egitea: GAF, AAQ-II, SA-45) eta parte-hartzaileak Onarpen eta Konpromisoazko Terapiara (OKT) bideratzea.

Esku-hartzeak astean behin egingo diren 16 saio izango ditu. Saio bakoitza 90 minutukoa izango da. Hasierako lau saioak banakoak izango dira eta gainontzeko saioak taldean gauzatuko dira. Taldeak 10 pertsona ingurukoak izango dira. Talde banaketa uneko beharren arabera egingo da, baina ahal den neurrian diagnostiko bera duten pertsonen taldeak osatuko dira eta buru-nahastearen iraupena ere kontuan hartzea gomendagarria da taldeak egiteko unean, ez baita berdina 10 urtez buru-nahastea bizi duen pertsona bat edo diagnostikoa lehen aldiz duela gutxi jaso duen pertsona baten kasua.

Esku-hartzea amaitu ostean 3 hilabetero jarraipen saio indibidualak egitea komenigarria litzateke parte-hartzaile guztiekin. Ezinezkoa balitz, errefortzu saioak hobera egiten ez duten parte-hartzaileekin bakarrik egingo dira. Hau da, PAIEM barruan diziplina anitzeko taldeari buru-nahasteak dituzten pertsonen jarraikortasuna egitea dagokionez, berau izango da arduradun subjektuen egunerokotasunean terapian lorturiko emaitzak mantentzen diren edo ez antzemateko, eta parte-hartzaile bakoitzaren garapen horren arabera, errefortzu saioak egitea edo ez erabakiko da.

Hori dela eta, emaitza eraginkorrak lortzeko garrantzitsua izango da testuinguru egoki bat sortzea. Horretarako, ezinbestekoa izango da saioak dinamikoak izatea, parte-hartzaileen interesa eta motibazioa sustatzera zuzenduta egotea eta elkarrekin errespetuz jokatzeko.

Esku-hartzearen arduradunak buru-nahasteak dituzten pertsonekin lan egin dezaketean bi profesional izango dira, baina horretarako aldeztu aurretik OKT inguruko formakuntza bat jaso beharko dute. Batek esku-hartzea gidatuko du, eta besteak laguntzaile modura jardungo du; psikologoa esku-hartzearen gidari eta kriminologoa laguntzaile, esaterako.

7.1.4 Neurketa tresnak

Esku-hartzearen eraginkortasuna neurtu ahal izateko taldearen ezaugarrietara moldatuko diren tresnak edo teknikak erabiliko dira: behaketa, galdetegi eta auto erregistroak, batik bat. Esku-hartzearen hasieran (saio indibidualetan), bukaeran (16. astean) eta espetxetik irten aurreko azken jarraipen saioan neurtuko dira honako eremuak ondorengo tresnen bidez:

- Ezintasuna: Aktibitate Globalaren Eskala edo GAF, espainiar biztanleriara egokitua (Martínez, 2004). Buru-nahasteak funtzionamendu pertsonalean, lanekoan, sozialean eta familiakoan eragindako ezintasuna neurtzen du. 0 eta

100 bitarteko puntuazioak barneratzen ditu, 0=osasuna eta 100=nahastearen seinale izanik. 50 baino gutxiagoko puntuazioak ezintasun larria adierazten du; 50 eta 70 bitartekoak, aldiz, ezintasun arina (ikusi 2. eranskina).

- Ekidite esperientziala: Onarpen eta Akzioen II. Galdetegia edo AAQ-II, espainiar biztanleriara egokitua (Ruiz et al., 2013). Tresna honen bidez ekidite esperientziala eta onarpen psikologikoa neurtzen dira. Erantzunak Likert eskala baten 1 (inoiz ez) eta 7 (beti egia) bitarteko balioen bidez balioesten dira. Guztira 10 eta 70 bitarteko puntuazioak lor daitezke; zenbat eta puntuazio altuagoa orduan eta ekidite esperientzial handiagoa aurkeztuko du subjektuak, eta era berean, malgutasun psikologiko gutxiago (ikusi 3. eranskina).
- Sintomatologia: 45 Galdetegia edo SA-45, espainiar biztanleriara egokitua (Sandín et al., 2008). 45 itemen bidez sintoma psikopatologikoak neurtzen ditu. SCL-90 galdetegiaren bertsio laburra da. 9 eskala ditu (depresioa, etsaitasuna, sentsibiltate interpersonala, somatizazioa, antsietatea, psikosia, obsesio-konpulsiboak, fobia eta ideia paranoideen buruzkoak), 5 item eskala bakoitzeko. Erantzunak Likert eskala batean 1 (inoiz ez) eta 4 (askotan/ia beti) bitarteko balioen bidez balioesten dira (ikusi 4. eranskina).
- Balioekiko trinkotasuna: Ondoeza eta Akzio Baliotsuen erregistroa (Hayes et al., 1999), gaztelaniara itzulia (Wilson eta Luciano, 2002). Parte-hartzailearen egonezin maila eta egonezin horri aurre egiteko egindako saiakerak neurtzea du helburu. Itemak Likert eskala batean 0 eta 10 bitarteko balioen bidez erantzun behar dira, 0=kontrol saiakerarik ez eta 10=saiakera asko izanik (ikusi 5. eranskina).

7.1.5 Esku-hartzea

❖ Saio indibidualak

Saio indibidualen helburua esku-hartzearen eraginkortasuna neurtu ahal izateko oinarri bat finkatzea eta taldekako saioak prestatzea izango da. Horretarako, hainbat galdetegi gauzatuko dira, analisi funtzionala egingo da, parte-hartzaileen helburuak eta balioak ezagutuko dira eta esku-hartzearekiko kontratu terapeutiko bat sinatuko da.

Banakako saioen laburpen bat jasotzen du 4. taulak, landutako blokeari, saio bakoitzaren helburuei eta jorratuko diren ariketa eta teknikei dagokienez. Ondoren, saio bakoitzaren garapena azalduko da.

Taula 4

Banakako saioen laburpena

| Blokea | Saioak | Helburuak | Ariketak/teknikak |
|----------------------------|---------------|--|---|
| Rapport | 1 | Konfiantzazko giroa sortu Barneratze irizpideak betetzen dituela ziurtatu | Galdetegiak: GAF, AAQ-II eta SA-45 |
| | 2 | Parte-hartzea sustatu | - |
| Analisi funtzionala | 3 | Hipotesi funtzionalak zehaztu Arazoekiko kontzientzia eragin | Analisi funtzionalaren taula Ondoeza eta akzio baliotsuen auto-erregistroa |
| | 4 | Terapiaren helburuak adostu Esku-hartzearekiko konpromisoa bultzatu | Kontratu terapeutikoa eta parte-hartzeko baimena |

- Lehenengo saioa: parte-hartzailea eta profesionalak (psikologoa eta kriminologoa) elkartuko dira aurreneko aldiz. Konfiantzazko giro egoki bat sortze aldera, norbere buruak aurkeztuko dituzte, esku-hartzearen helburuak azalduko dira eta saioen dinamikaz ere hitz egingo da. Jarraian, aktibitate globalari (GAF), onarpen eta akzioen (AAQ-II) eta sintomatologiari buruzko (SA-45) galdeketak gauzatuko dira, alde batetik, parte-hartzaileak barneratze irizpideak betetzen dituen ziurtatzeko, eta bestetik, esku-hartzearen eraginkortasuna neurtu ahal izateko oinarri bat finkatzeko. Ondoren, saioaren azken zatian, hausnarketa ariketa bat proposatuko da: *zergatik uste duzu hemen zaudela? Esku-hartzea lagungarria izango dela uste al duzu? Bai/ez, zergatik? Zertan?* motako galderak luzatuko zaizkio parte-hartzaileari.
- Bigarren saioa: aurreko saioan hitz egindakoa gogora ekarriko da modu labur batean eta zalantzak argitzeko denbora tarte bat ere egongo da. Ondoren, parte-hartzaileari buru-nahastearen inguruan hitz egiteko aukera emango zaio. Jarraian, psikohezkuntza saio txiki bat egingo da, gutxienez buru-nahastearen prebalentziari buruzko datuak eskaintzen dituen (bere kasua munduan bakarra ez dela helaraztea garrantzitsua da) eta kronikotasuna lantzen duena (kronikotasun ez du zertan osatze pertsonala lortzeko oztopo izan), bai eta hobekuntzak lortzera bideraturiko tratamendu ezberdinak aipatzen dituen. Ildo honetatik, saioaren azken atalean onarpen eta konpromisozko terapiak eskaini ditzakeen onuretan sakonduko da.
- Hirugarren saioa: parte-hartzaileak nahastearekin duen esperientzia sakontasunean ezagutzera zuzendutako saioa dugu. Horretarako, alde batetik,

analisi funtzionalaz baliatuko da, eta bestetik, ondoeza eta akzio baliotsuen erregistroa erabiliko da (Hayes et al., 1999).

Analisi funtzionalak parte-hartzailearen emozio, pentsamendu eta portaera arazotsuak identifikatzea ahalbidetzen du. Gutxienez 10 identifikatzea eskatuko da eta profesionalak honako taula bete beharko du:

Taula 5

Analisi funtzionala

| Egoera | Pentsamendua | Emozioa / Sentimendua | Jokaera | Ondorioa |
|--------|--------------|-----------------------|---------|----------|
|--------|--------------|-----------------------|---------|----------|

Jarraian, analisi funtzionalean aztertutako egoera arazotsuek parte-hartzailearengan eragindako ondoez maila aztertzeko eta horien aurrean egin litezkeen akzio baliotsuen auto-erregistro fitxa betetzea proposatuko da (Hayes et al., 1999) (ikusi 5. eranskina). Horrela, arazoak gainditzeko erabilitako estrategiak aztertuko dira eta horien eraginkortasunaren inguruan hitz egingo da. Honekin parte-hartzaileak arazoekiko kontzientzia izatea lortu nahi da, eremu sozialean, lanekoan eta familian eragiten dituen oztopoak identifikatuz. Honako galderak erabiltzeko aukera egongo dira: *zer nolako eragina dauka arazo horrek bizitzako arlo ezberdinetan? Orain arte erabilitako estrategiak eraginkorrak izan al dira?*

Saioa bukatzeko, ondoez eta akzio baliotsuen erregistro fitxa egunerokotasunean betetzeko gonbidapena luzatuko zaie esku-hartzean zehar egin beharreko etxerako lan bezala.

- Laugarren saioa: azkeneko banakako saioan norbanakoaren balioak garrantzia hartuko dute. Aurreko saioetan landutakoa oinarri izanik parte-hartzaileak bere balioetara zuzendutako helburuak zehaztu beharko ditu. Horretarako, profesionalak galdera batzuk egin ahalko dizkio: *zer da esku-hartze honekin lortzea espero duzuna? Zein eremu hobetzea gustatuko litzaizuke? Nolakoa izango da zure bizitza esku-hartzea amaitzean? Eta espetxetik kanpo? Lan egitea nahi duzu? Familia osatzea?...* Galdera hauen bidez jasotako erantzunetatik hainbat helburu finkatuko dira. Honen helburua da “aldaketarako” motibazioa eragitea eta parte-hartzaileak esku-hartzearekiko konpromiso delakoa hartzea. Hain zuzen, balio pertsonalak beharrezko osagai/elementua dira onarpen eta konpromisozko terapian oinarrituriko tratamendu psikologikoa

aurrera eramateko. Hori dela eta, banakako saioei amaiera emateko ordura arte landutakoa laburbilduko da, esku-hartzearen dinamika eta araudia azalduko zaio berriz ere eta esku-hartzean parte hartzeko kontratua irakurri eta sinatu beharko da esku-hartzearekiko ardura eta erantzukizuna sustatze aldera. Parte-hartzaileak ez sinatzea erabaki dezake eta hala izanez gero, esku-hartzea bertan behera utzi beharko du (espetxe-tratamendua borondatezkoa dela ezin dugu ahaztu). Baina sinatuz gero, saio guztietara agertzeko ardura eta konpromisoa hartzen duela gogoraraziko zaio eta horrek taldearentzako duen garrantzia ere azpimarratuko da.

Banakako lau saioetan landutakoarekin talde terapia egiteko oinarria finkatzea lortzen da.

❖ Taldekako saioak

Taldekako saioen helburua esku-hartzeak finkaturiko helburuak lortzeaz gain, parte-hartzaileen gaitasun sozialak sustatzea, parte-hartze aktiboa bultzatzea eta balio pertsonalaren pertzepzioa hobetzea ere bada.

Jarraian saioak gauzatu ahal izateko fitxa teknikoak aurkezten dira.

| |
|---|
| 5. saiorako fitxa tekniko |
| ETSIPEN SORTZAILEA I Norabide baliotsuak ezagutzen |
| <p>Helburuak:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Talde terapiaren balioa ezagutu ➤ Norberarentzat garrantzitsua eta baliotsua dena ezagutu ➤ Egindako ekintzak ibilbide baliotsuetara zuzenduta dauden zalantzan jarri |
| <p>Materiala eta ariketak:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Papera, boligrafoa, arkatza eta ezabatzekoa ➤ Metaforak: Lorategia (ikusi 6. eranskina) |
| <p>Egitura:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Agurra (aurkezpenak) eta sarrera (esku-hartzearen helburuak gogora ekarri eta saioaren egitura azaldu) – Lorategiaren metafora: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nola dago zuen lorategia? ➤ Landareek zaintza egokia jasotzen dutela uste al duzue? ➤ Landare guztiak berdin ureztatzen al dituzue? |

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Zerk uste duzue oztopatzen zaituztela landareak zaintzetik? ➤ Zer esango lukete landare emankorrek zaindu dituen lorazainaren inguruan? – Gertaera pribatuak kontrolatzeko saiakerak arazo bezala aurkeztu: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ba al dago belar gaiztorik zuen lorategietan? ➤ Zer egiten duzue belar gaiztoekin topo egitean? ➤ Zenbat denbora eskaintzen diozue hauen zainketari? – Saioa amaitu aurretik azken ariketa bat: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aukera izanez gero, zein bizitza mota aukeratuko zenuke? – Agurra |
| <p>Oharra:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Garrantzitsua izango da parte-hartzaileei gogoraraztea erabateko askatasunez adieraz ditzaketela ideiak taldean. Ez dute epaituak izateko beldurrik izan behar, ideia guztiak baliozkoak dira eta. |

| |
|--|
| <p>6. saiorako fitxa teknikoa</p> |
| <p>ETSIPEN SORTZAILEA II</p> <p>Etsipen sortzailearen esperientzian murgiltzen</p> |
| <p>Helburuak:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Benetako arazoa gertaera pribatuen aurrean jokatzeko aukeratzen den modua dela ikustera iritsi, eta ez gertaera pribatuak edota sintomak bere horretan ➤ Gertaera pribatuen eta sintomen kontrol saiakerak helburuak lortzeko oztopo bezala identifikatu |
| <p>Materiala eta ariketak:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Papera, boligrafoa, arkatza eta ezabatzekoa ➤ Metaforak: Gizona zuloan (ikusi 7. eranskina) eta baserritarra eta astoa (Wilson eta Luciano, 2002, or. 126) ➤ Analisi funtzionala |
| <p>Egitura:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Agurra (astea zer moduz joan den galdetu) eta sarrera (aurreko astean egindakoa gogora ekarri eta saioaren egitura azaldu) – Jokabide arazotsuen analisi funtzionala: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hipotesi funtzionalak zehaztu ➤ Begiak itxi eta ekidite esperientzia batean murgildu ➤ Nola sentitu zarete? |

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Zer lortu nahi zenuten? ➤ Zer egin duzue horretarako? Balio izan dizute? – Etsipen sortzailea lantzeko metafora bat: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Gizona zuloan – Gaurko etsipena biharko aldaketaren motorra izan daiteke: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Baserritarra eta astoa – Bi saioen laburpena – Agurra |
| <p>Oharra:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Parte-hartzaileak arazoan aurrean erantzuteko beste alternatiba batzuk bilatzeko beharraz ohartzen direnean bukatuko da etsipen sortzailearen blokea. |

| |
|--|
| 7. saiorako fitxa teknikoa |
| KONTROL SAIAKERAK DIRA ARAZO I Kontrol teknikak oztupo gisa identifikatzen |
| <p>Helburuak:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Gizarteak bultzatzen dituen kontrol teknikak epe motzera bai baina luzera eraginkorrak ez direla ikusi ➤ Kontrol saiakerak konponbidea baino arazo direla ohartu |
| <p>Materiala eta ariketak:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Papera, boligrafoa, arkatza eta ezabatzekoa ➤ Metaforak: Munstroarekiko borroka eta poligrafoa (Wilson eta Luciano, 2002, or. 182,185) ➤ <i>Mindfulness</i> teknikak: bost zentzumenak |
| <p>Egitura:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Agurra (astea zer moduz joan den galdetu ikusi) eta sarrera (etsipen sortzailearen fasea guztiz itxi aurretik gogora ekarri eta saioaren egitura azaldu) – Zenbat denbora igarotzen dugu gure emozio, pentsamendu eta sentimenduak kontrolatzen? <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lorategiaren metaforako belar gaiztoen ariketa gogora ekarri: belar gaiztoei zenbat eta arreta gehiago eskaini orduan eta belar gaizto gehiago haziko da ➤ Munstroarekiko borroka metafora: <i>role-playing</i> bidez |

- Gizarteak inposatutako kontrol egoerak aztertu:
 - Egoera horiek zerrendatu
 - Epe motzera eta luzera eragiten dituzten ondorioak identifikatu
- Kontrol saiakerek arazoa areagotzen dute:
 - Poligrafoaren metafora
- *Mindfulness* ariketa bat: bost zentzumenak
- Agurra

8. saiorako fitxa teknikoa

KONTROL SAIAKERAK DIRA ARAZO II **Alternatiba berriak bilatzen: onarpena**

Helburuak:

- Erregelak jarraitu eta funtzionaltasunaren arteko ezberdintasunak ikusi
- Gertaera pribatuak kontrolatzeari utzi hauek aldatu nahi izan gabe (onarpena)

Materiala eta ariketak:

- Papera, boligrafoa, arkatza eta ezabatzekoa
- Metaforak: Gonbidatu ez desiratua (ikusi 8. eranskina)
- Ariketak: Bizitzako erregelak (ikusi 9. eranskina)

Egitura:

- Agurra (astea zer moduz joan den galdetu) eta sarrera (azken saioa gogora ekarri eta saioaren egitura azaldu)
- Bizitzako erregelen ariketa:
 - Erregelak identifikatu
 - Erregela horiek dituzten muga funtzionalen inguruan eztabaidatu
- Gonbidatu ez desiratuaren metafora:
 - Gonbidatu desiratua kanpoan utzi ordez, beste zerbait egin dezakegula uste al duzue?
 - Pentsatu al duzu barruan uztea? Zer gertatuko litzateke?
 - Zer deritzozue gonbidatu ez desiratuarekin batera festan egoten ikasten baldin badugu hemen?
- Agurra

Oharra:

- Kontrol saiakerak arazotzat ikusita, aurre egitearen ordean onarpenaren alde egingo dute parte-hartzaileek. Arazoen aurrean beste modu batean jokatzeari aukeratuko dute.

9. saiorako fitxa teknikoa

BALIOAK I **Norabide baliotsuak argitzen**

Helburuak:

- Balioetan oinarrituriko bizitzaren garrantzia ulertu
- Norbere balioak argitu bizitzako eremu ezberdinetan (familia, lan arloa...)
- Balioetara zuzendutako ekintzen trinkotasuna baloratu (*la consistencia con sus acciones*)

Materiala eta ariketak:

- Papera, boligrafoa, arkatza eta ezabatzekoa
- Galdetegiak: Balioen narrazioaren galdetegia; balioen estimuaren galdetegia; balioen garrantzia eta trinkotasunari buruzko galdetegia; eta, balioen eguneroko erregistroa (ikusi 10. eranskina)
- Metaforak: Hileta (Wilson eta Luciano, 2002, or. 174)

Egitura:

- Agurra (astea zer moduz joan den galdetu) eta sarrera (kontrol saiakerak arazoa dira fasea guztiz itxi aurretik gogora ekarri eta saioaren egitura azaldu)
- Balioak akzio/ekintza bezala ulertzea, sentimendu, emozio edo helburuen ordean. Zoriontsu izatea ez da balio bat, helburu bat baizik; balioak zerbait lortzera zuzendutako ekintzak dira:
 - Zoriontsu izateko → familia zaindu, lagunak gertu mantendu, lana bilatu...
- Balioak argitzeko zenbait ariketa lagungarri:
 - Hiletaren metafora
 - Balioen narrazioaren galdetegia
- Zenbat denbora eskaintzen diogu ibilbide baliotsuei?
 - Balioen estimuaren galdetegia
 - Balioen garrantzia eta trinkotasunari buruzko galdetegia
- Etxerako lanak:
 - Balioen eguneroko erregistroa (esku-hartze osoan zehar egiteko)
- Agurra

| |
|--|
| 10. saiorako fitxa teknikoa |
| BALIOAK II Norabide baliotsuak finkatzen |
| <p>Helburuak:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Norabide baliotsuak zehaztu eta horiekin lortu nahi diren helburuak finkatu ➤ Ibilbide baliotsuetan agertu daitezkeen oztopoak onartu ➤ Balio pertsonalaren pertzepzioa lortu |
| <p>Materiala eta ariketak:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Papera, boligrafoa, arkatza eta ezabatzekoa ➤ Metaforak: Burua pasiora atera (Wilson eta Luciano, 2002, or. 215) eta autobusa eta bidaiariak (ikus 11. eranskina) ➤ Galdetegiak: Helburu, ekintza eta oztopoen galdetegia (ikus 12. eranskina) |
| <p>Egitura:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Agurra (astea zer moduz joan den galdetu) eta sarrera (aurreko saioa gogora ekarri eta saioaren egitura azaldu) – Aurreko saioan zerrendaturiko balioetara zuzendutako ekintzak zehaztu eta horiekin lortu nahi diren helburuak finkatu: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Helburu, ekintza eta oztopoen galdetegia – Oztopoak onartu hauen inpaktua gutxitze aldera: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Burua pasiora atera metafora ➤ Autobusa eta bidaiarien metafora – Balioak presente izateko ariketa praktiko bat: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nire ametsak egia bihurtzetik hurbilago al nago gaur? Egunean behin gutxienez helburuak lortzetik hurbilago kokatuko zaituen ekintza baliotsuren bat gauzatu. Saiotik kanpo egunero beraien buruari galdera hau egitea proposatuko da. – Agurra |

| |
|--|
| 11. saiorako fitxa teknikoa |
| GERTAERA PRIBATUEKIKO DISTANTZIA HARTZEN I Hizkuntzaren funtzioak desaktibatzen |
| <p>Helburuak:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hizkuntzaren indarra ezagutu |

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hitzen balioa gutxitu ➤ Hitzen eta funtzioen arteko lotura bereiztu |
| <p>Materiala eta ariketak:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Papera, boligrafoa, arkatza eta ezabatzekoa ➤ Metaforak: Eserleku bila (Wilson eta Luciano, 2002, or. 222) ➤ Ariketak: Limoiaren ariketa (Wilson eta Luciano, 2002, or. 186) eta hitzen errepikapena (ikusi 13. eranskina) |
| <p>Egitura:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Agurra (astea zer moduz joan den galdetu) eta sarrera (balioen fasea guztiz itxi aurretik gogora ekarri eta saioaren egitura azaldu) – Hizkuntzaren funtzioen indarra ezagutu: kontrol saiakerak hizkuntzak baldintzaturiko jokaerak izan ohi dira, lehen pertsonan bizitako esperientzien ordeztan <ul style="list-style-type: none"> ➤ Limoiaren ariketa – Hitzen balioa gutxitzeko hainbat ariketa: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hitzak behin eta berriz errepikatu balioa galdu arte: hitzen errepikapena ➤ Limoiaren ariketa errepikatu limoi hitza behin eta berriz errepikatu ostean ➤ Sentsazioak taldean eztabaidatu – Eserleku bila metafora – Agurra |

| |
|--|
| <p>12. saiorako fitxa teknikoa</p> |
| <p>GERTAERA PRIBATUEKIKO DISTANTZIA HARTZEN II Hizkuntzaren deslitalizazio bidez onarpena lortzen</p> |
| <p>Helburuak:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Gertaera pribatuak egia absolututzat jo ordez funtzionaltasunaren arabera aztertzen ikasi ➤ Norbere buruari buruzko pertzepzioak helburuak lortzeko oztopo izan daitezkeela ohartu ➤ Funtzio berbalekin bat egiten eta disoziatzen ikasi (<i>aprender a asociarse y disociarse</i>) |
| <p>Materiala eta ariketak:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Papera, boligrafoa, arkatza eta ezabatzekoa |

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Metaforak: Gertaera pribatu desatseginak gordetzeko leku bila (Wilson eta Luciano, 2002) ➤ Mindfulness teknikak: pentsamendu onartezinak |
| <p>Egitura:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Agurra (astea zer moduz joan den galdetu) eta sarrera (azken saioa gogora ekarri eta saioaren egitura azaldu) – Gertaera pribatuak egia ez dutela izan behar azaldu: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Buru-nahastearen inguruko pentsamendu, sentimendu, emozio eta sentsazioak modu honetan birformulatu: <i>zapuztuta nago</i> → <i>zapuztuta egotearen pentsamendua daukat</i> – Gertaera pribatu desatseginak gordetzeko leku bila metafora <ul style="list-style-type: none"> ➤ Praktikan jarri: gertaera pribatu desatseginak paper zati batean idatzi eta poltsikoan gorde – <i>Mindfulness</i> ariketa: pentsamendu onartezinak – Agurra |

| |
|---|
| 13. saiorako fitxa teknikoa |
| GERTAERA PRIBATUEKIKO DISTANTZIA HARTZEN III Ni testuingurua ni edukiari kontrajarria |
| <p>Helburuak:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ni testuinguru eta ni edukia ezberdindu ➤ Pentsamendu, emozio eta sentimenduak objektiboki aztertzen ikasi ➤ Ni behatzailea garatu |
| <p>Materiala eta ariketak:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Papera, boligrafoa, arkatza eta ezabatzekoa ➤ Metaforak: Xake taularen metafora (ikusi 14. eranskina) ➤ Ariketak: Auto-behaketa |
| <p>Egitura:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Agurra (astea zer moduz joan den galdetu) eta sarrera (aurreko bi saioak gogora ekarri eta saioaren egitura azaldu) – Xake taularen metafora: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Non kokatuko zenuke zure burua adibide honetan? ➤ Zure buruaren aurka borrokatzen al duzu? – Norbanakoa bere pentsamendu, sentimendu eta emozioak baino gehiago da: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ariketa auto-behatzailea |

- Hiru saioen laburpena
- Agurra

14. saiorako fitxa teknikoa

IDENTITATEA ETA KONTZIENTZIA OSOA

Orain eta hemen

Helburuak:

- Emozioekin bat datozen erreakzio fisiologikoak ezagutu (taupadak, arnas estua, izerdia, gihar tentsioa, sabeleko mina...)
- Orain eta hemen egoteko gaitasunak sustatu

Materiala eta ariketak:

- Musika, papera, boligrafoa, arkatza eta ezabatzekoa
- *Mindfulness* teknikak: Arnasketa kontzientea eta gorputz eskanerra
- Ariketak: Auto-behaketa

Egitura:

- Agurra (astea zer moduz joan den galdetu) eta sarrera (gertaera pribatuekiko distantzia hartzen fasea guztiz itxi aurretik gogora ekarri eta saioaren egitura azaldu)
- *Mindfulness* ariketa: arnasketa kontzientea
- Erreakzio fisiologikoak sakonago ezagutzeko zenbait ariketa:
 - Begiak itxita musika entzun: zein sentazio bizi dituzu? Nola deskribatuko zenituzke? Atsegin edo desatseginak izan al dira? Gorputzeko zein ataletan sentitu dituzu sentazio horiek?
 - *Mindfulness* ariketa: gorputz eskanerra
- Gertaera pribatu desatseginen aurrean auto-behaketa bultzatu
- Bizipenak taldean partekatu
- Agurra

15. saiorako fitxa teknikoa

PREST EGOTEA ETA KONPROMISOA I

Onarpena

Helburuak:

- Gertaera pribatuei aurre egiteari uko egin

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Gertaera pribatuen aurrean erantzuteko modua erabakitzen ikasi ➤ Onarpenaren balioa ezagutu |
| <p>Materiala eta ariketak:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Papera, boligrafoa, arkatza eta ezabatzekoa ➤ Metaforak: Bidaia eta atea irekitzeko giltzak (Wilson eta Luciano, 2002) |
| <p>Egitura:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Agurra (astea zer moduz joan den galdetu) eta sarrera (kontzientzia osoaren fasea guztiz itxi aurretik gogora ekarri eta saioaren egitura azaldu) – Bidaiaren metafora – Atea irekitzen dituen giltzen metafora – Hausnarketa ariketa bat: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Gonbidatu ez desiratuarekin batera festan egoten ikasi al dugu? ➤ Taldean partekatu bakoitzaren ikuspegia – Agurra |

| |
|---|
| <p>Taula 12: 16. saiorako fitxa teknikoa</p> |
| <p>PREST EGOTEA ETA KONPROMISOA II</p> <p>Norabide baliotsuekiko konpromisoa hartzen</p> |
| <p>Helburuak:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Epe motzera eta luzera lortu nahi diren helburuak zehaztu ➤ Helburuetara zuzendutako ekintza baliotsuak adostu ➤ Helburuak lortzeko ekintza baliotsuekiko konpromisoa hartu |
| <p>Materiala eta ariketak:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Papera, boligrafoa, arkatza eta ezabatzekoa ➤ Metaforak: Autobuseko bidaiariak eta lorategia ➤ Galdetegiak: Eguneroko balioen erregistroa, ondoez maila eta akzio baliotsuak, AAQ-II, GAF eta SA-45 |
| <p>Egitura:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Agurra (astea zer moduz joan den galdetu) eta sarrera (aurreko saioa gogora ekarri eta saioaren egitura azaldu) – Esku-hartzean zehar betetzen joan diren balioen erregistroa taldean partekatu – Balioen erregistroan oinarrituta epe motzera eta luzera lortu nahi diren helburuak idatzi <ul style="list-style-type: none"> ➤ Autobuseko bidaiarien metafora gogora ekarri: bidaiariak identifikatu (gertaera pribatuak) eta helmugak erabaki (helburu eta balioak) |

- Lorategiaren metafora errepikatu: belar gaiztoei (gertaera pribatuak) eskainitako denbora landare onak hazteko (balioak) oztopo dira
- Galdetegiak: AAQ-II, GAF, SA-45 eta egonezin maila eta akzio baliotsuak
- Esku-hartzearen laburpena
- Agurra

8. ONDORIOAK

Onarpen eta Konpromisozko Terapian (OKT) oinarrituriko esku-hartzearekin hirugarren belaunaldiko terapien alderdirik esanguratsuenak aditzera eman nahi izan dira. Hauen eraginkortasuna frogatu izan da zenbait ikerketen bidez, ez bakarrik buru-nahasteen sintomatologia murrizteko orduan, baizik eta parte-hartzaileen bizitzari esanahia eta norabidea emateko ere baliotsuak direla ikusi da. Hori da hain zuzen lan honen bidez islatu nahi izan dena.

Gaur egun buru-nahasteak dituzten pertsonak etiketatzeko joera ukaezina da, ez bakarrik gizarteak, psikologiak ere hala egiten du, nahi gabe bada ere. Norbaiti buru-nahaste kategoria esleitzen zaionean pertsona bezala dituen ezaugarri, gaitasun, zaletasun eta abar. Zalantzan jartzen zaizkio eta etiketa berri horren ezaugarriak jarri. Gizarteak buru-nahastea duen pertsona gaixotzat jotzen dueneana gizartetik baztertzen du, eta osasun-sareak (eta psikologiak, hortaz) diagnostikoari dagokion tratamendu farmakologikora bideratuko du. Buru-nahastea jasaten duen pertsona espetxean baldin badago, berriz, bazterkeria eta narriadura maila mailak are handiagoak izango dira.

Gaur egun Espainiar espetxeko egoera hori da. Espetxearen ondorio negatiboekin batera buru-nahasteak dituzten preso kopuruak gora egiten du, baina ez dauka baliabiderik arlo honetan erantzun integral bat eskaintzeko. PAIEM programa eraginkorra da buru-nahaste kasuak antzemateko orduan, baina buru-nahasteari egokituriko errehabilitazio programa indibidualizatua garatzen porrot egiten du, ez baita oraindik garatu hauen beharrak asetuko dituen esku-hartzerik. Arazo berdina dago beste herrialdeetan ere.

Egoera honen aurrean hirugarren belaunaldiko terapiak, eta bereziki, OKT-a alternatiba ezberdin baina oso eraginkorra dela ikusi dugu. Bach eta Hayes-ek (2002) proposaturiko esku-hartzearen bidez sintomatologiak sortutako egonezina murriztea eta malgutasun psikologikoa eragitea lortzen da lau saiotan besterik ez. Salgadoren ikerketak (2016) ere norabide berdina adierazten du. Terapia egiteko modu berri honek tratamendu psikologikoa ahalbidetzeaz gain, subjektuaren bizitzaren norabidea finkatzea ere

ahalbidetzen du, berorrenzat garrantzitsua den horretan lanketak egitea eta hala, norbanakoaren balio pertsonalaren pertzepzioa garatzen da.

9. BIBLIOGRAFIA

Erreferentziak

- Abad, A., Arroyo, J. M., Gómez, P., López, J. M., Pozuelo, F., Ruiz, A., . . . Vela, E. (2013). *Evaluación del funcionamiento y resultados obtenidos por el programa de atención integral al enfermo mental (PAIEM) (2009-2013)*.
- Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A., Flaum, M. M., Endicott, J., eta Gorman, J. M. (1993). Assessment of insight in psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 150(6), 873-879.
- Apostolopoulos, A., Michopoulos, I., Zachos, I., Rizos, E., Tzeferakos, G., Manthou, V., . . . Douzenis, A. (2018). Association of Schizoid and Schizotypal. *Annals of General Psychiatry*, 17-35.
- Ararteko. (2014). *Askatasunik gabe dauden pertsonen buruko osasunari EAEn emandako arreta soziosanitarioa*. Vitoria-Gasteiz: Ararteko.
http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1_3339_1.pdf
helbidetik eskuratua
- Arbach, K., eta Pueyo, A. A. (2007). Valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales con el HCR-20. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 174-186.
- Arnau-Peiró, F., García-Guerrero, J., Herrero-Matías, A., Castellano-Cervera, J. C., Vera-Remartínez, E. J., Jorge-Vidal, V., eta Iranzo-Tatay, C. (2012). Descripción de la consulta psiquiátrica en centros penitenciarios de la Comunidad Valenciana. *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, 14(2), 50-61.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202012000200003 helbidetik eskuratua
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
<http://blancopeck.net/DSM-V%20Espanol.pdf> helbidetik eskuratua
- Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2002). *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
<https://www.aen.es/docs/ctecnicos6.pdf> helbidetik eskuratua
- Bach, P., eta Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychothich patients: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1129-1139.

- Barukel, A., eta Stolkiner, A. (2018). El problema del diagnóstico en salud mental: clasificaciones y noción de enfermedad. *Saúde debate*, 42(118), 646-655.
- Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy: nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1(2), 184-200.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., eta Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Blashfield, R. K., Keeley, J. W., Flanagan, E. H., eta Miles, S. R. (2014). The cycle of classification: DSM-I through DSM-5. *Annual review of clinical psychology*, 10, 25-51.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., . . . Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688.
- Butler, T., Andrews, G., Allnutt, S., Sakashita, C., Smith, N. E., eta Basson, J. (2006). Mental disorders in Australian prisoners: a comparison with a community sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(3), 272-276. doi:10.1080/j.1440-1614.2006.01785.x
- Caballero, L. (2007). Conceptos de enfermedad mental. Clasificación. Trastornos clínicos y de la personalidad. Problemas psicosociales. Bases etiopatogénicas de los trastornos mentales. *Medicine: programa de formación médica continuada acreditado*, 9(84), 5389-5395.
- Cerezo, A., eta Díaz, D. (2016). El enfermo mental en el medio penitenciario español. *International E-Journal of Criminal Sciences*, 2(10), 1-24.
- Davison, M. L., Bershady, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M. E., eta Kane, R. L. (1997). Development of a Brief, Multidimensional, Self-Report Instrument for Treatment Outcomes Assessment in Psychiatric Settings: Preliminary Findings. *Assessment*, 4(3), 259-276.
- Delegación Territorial de Sanidad de Gipuzkoa. (2013). *Pautas de actuación del sistema judicial y sanitario en el ámbito de la salud mental*. Donostia-San Sebastián: Barne txostena-argitaratu gabea.
- Echeburúa, E., eta Loinaz, I. (2011). Violencia y trastornos mentales. P. García, M. Bethencourt, E. Sola, A. Martín, eta E. Armas (Eds.) en, *Violencia y psicología*

comunitaria. Aspectos psicosociales, clínicos y legales (or. 1-22). Granada: Comares.

- Elbogen, E. B., eta Johnson, S. C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 66, 152-161.
- Ellis, A. (1957). Rational psychotherapy and individual psychology. *Journal of Individual Psychology*, 13(1), 38-44.
- Ellis, A. E. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Oxford, England: Lyle Stuart.
- Eronen, M., Hakola, P., eta Tiihonen, J. (1996). Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 53, 497-501.
- Esbec, E. (2015). *La imputabilidad de los trastornos mentales*.
- Esbec, E., eta Echeburúa, E. (2016). Violencia y esquizofrenia: un análisis clínico-forense. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26, 70-79.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., eta Williams, J. B. (1999). *Guía del Usuario para la entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM- IV. SCID I*. Barcelona: Masson.
- Gaspar, R. M. (2006). Terapia integral de pareja. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 5, 273-286.
- Gempeler, J. (2008). Terapia conductual dialéctica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37, 136-148.
- Germer, C. K., Siegel, R. D., eta Fulton, P. R. (2013). *Mindfulness and psychotherapy (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
- Guías de práctica clínica en el SNS. (2009). *Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación .
- Haranburu, M., Balluerka, N., Gorostiaga, A., eta Guerra, J. (2014). *Psikopatología*. Bilbo: UEU.
- Hayes, S. C. (2004a). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies. Mindfulness, acceptance, and relationship. S. C. Hayes, V. M.

- Follette, eta M. M. Linehan en, *Expanding the cognitive-behavioral tradition. Mindfulness and acceptance* (or. 1-29). New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C. (2004b). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., eta Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: and experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Herrera, R. (2000). Salud mental y prisiones. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2(3), 138-140.
- Íñigo, C., Pérez-Cárceles, M. D., Osuna, E., Cabrero, E., eta Luna, A. (1999). Perfil clínico y delictivo de los enfermos ingresados en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 1(2), 25-31.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based Interventions in context: past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
doi:10.1093/clipsy/bpg016
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. UK: Hachette Books.
- Kohlenberg, R. J., eta Tsai, M. (2007). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. Boston: Springer.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Ferro, R., Valero, L., Fernández, A., eta Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia analítico-funcional y terapia de aceptación y compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), 349-371.
- Laajasalo, T., Salenios, S., Lindberg, N., Repo-Tiihonen, E., eta Hakkanen-Nyholm, H. (2011). Psychopathic traits in Finnish homicide offenders with schizophrenia. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34(5), 324-330.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford press.
- Lluch, M. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*. Barcelona: Universidad de Barcelona.

- Luciano, M., eta Valdivia, M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Macaya, X. C., Pihan, R., eta Vicente, B. (2018). Evolución del constructo de salud mental desde lo multidisciplinario. *Humanidades Médicas*, 18(2), 215-232.
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: la tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología*(40), 26-34.
- Marín-Basallote, N., eta Navarro-Repiso, C. (2012). Estudio de prevalencia de trastorno mental grave (TMG) en los centros penitenciarios de Puerto I, II y III del Puerto de Santa María (Cádiz): nuevas estrategias en la asistencia psiquiátrica en las prisiones. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14(3), 80-85. http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v14n3/02_original1.pdf helbidetik eskuratua
- Martínez, A. (2000). Perfil patológico del interno ingresado en la enfermería de un centro penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2(2), 41-47.
- Martínez, Ó. (2004). *Psiquiatría en la comunidad y neurolépticos de acción prolongada*. Bilbao: OME-AEN. Colección Prometeo. <http://www.ome-aen.org/OMEDITORIAL/2004/Pdfs/EscalaEEAG.pdf> helbidetik eskuratua
- Mateo, E. J. (2004). *La medida de seguridad de internamiento psiquiátrico. Su ejecución y control*. Madrid: Editoriales de Derecho Reunidas.
- McKeown, T. (1988). *The origins of human disease*. Oxford: Basil Blackwell.
- Moreno, A. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena / mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12(1), 1-17.
- Muñoz, C. O., Restrepo, D., eta Cardona, D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 39(3), 166-173.
- National Institute of Mental Health. (1987). *Towards a model for a comprehensive community based mental health system*. Washington DC: NIMH.
- National Offender Management Service. (2015). *The Offender Personality Disorder Pathway Strategy 2015*. England: NHS.
- Nuñez, A. C., eta Tobón, S. (2005). *Terapia cognitivo-conductual. El modelo procesual de la salud mental como camino para la integración, la investigación y la clínica*. Madrid: Universidad de Manizales.

- Osasunaren Mundu Erakundea. (1992). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: OMS.
- Osasunaren Mundu Erakundea. (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging. Summary Report*. . Geneva: OME.
https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf helbidetik eskuratua
- Osasunaren Mundu Erakundea. (2006). *Constitución de la OMS*.
https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf helbidetik eskuratua
- Osasunaren Mundu Erakundea. (2006). *Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación*. Ginebra: OME.
- Osasunaren Mundu Erakundea. (2018). *La Organización Mundial de la Salud (OMS) publica hoy su nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)*.
[https://www.who.int/es/news-room/detail/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11)) helbidetik eskuratua
- Ozamiz, N., eta Guillen, V. (2015). *Pentsamendu irrazionalen tratamendua*. Euskal Herriko Unibertsitatea.
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes: an investigation of the physiological activity of the cerebral cortex. Translated and edited by G. V. Anrep*. London: Oxford University Press.
- Pellón, R. (2013). Watson, Skinner y algunas disputas dentro del conductismo. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(2), 389-399.
- Pereira, A., Arce, R., eta Novo, M. (2016). Evaluación del papel de la prisionización en la adaptación y afrontamiento en penados. A. Andrés-Pueyo, F. Fariña, M. Novo, eta D. Seijo en, *Avances en psicología jurídica y forense* (or. 153-161). Santiago de Compostela: Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense.
- Pérez, E. (2004). ¿Psiquiatría penitenciaria? *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 6(3), 97-101.
- Pérez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *eduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 5(2), 159-172.

- Peterson, J. K., Skeem, J., Kennealy, P., Bray, B., eta Zvonkovic, A. (2014). How often and how consistently do symptoms directly precede criminal behavior among offenders with mental illness? *Law and Human Behavior*, 38(5), 439-449.
- Redondo, S. (2016). *Manual para el tratamiento psicológico de los delincuentes*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Rodríguez, R. M. (2017). *Excluidos e internados: La problemática de las personas con discapacidad en Centros Penitenciarios*. Madrid: Fundación ONCE.
- Ruiz, A. I., Pousa, E., Duñó, R., Crosas, J. M., Cuppa, S., eta García-Ribera, C. (2008). Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(2), 111-119.
- Ruiz, F. J., Langer, Á. I., Luciano, C., Cangas, A. J., eta Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: the Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema*, 25(1), 123-129.
- Ruiz, M. Á., Díaz, M. I., eta Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Uned. Desclée.
- Salgado, C. F. (2016). Comparación de dos protocolos de intervención basados en la terapia de aceptación y compromiso y entrenamiento en mindfulness en personas con trastorno mental crónico. *Análisis y modificación de conducta*, 42(165-166), 75-98.
- Salize, H. J., Drebing, H., eta Kief, C. (2007). *Mentally disordered persons in European prison systems - needs, programmes and outcome (EUPRIS)*. Central Institute of Mental Health. helbidetik eskuratua
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A., eta Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290-296.
- Sanz, Á. J. (2003). *Las medidas de corrección y de seguridad en el derecho penal*. Valladolid: Lex Nova.
- Sanz, J., Gómez-Pintado, P., Ruiz, A., Pozuelo, F., eta Arroyo, J. M. (2014). Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en las prisiones españolas (PAIEM). Valoración tras cuatro años de funcionamiento. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 16(3), 91-101.

- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (1998). *Estudio transversal sobre sanidad penitenciaria*. Madrid: Ministerio del Interior - Subdirección General de Instituciones Penitenciarias .
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2006). *Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario*. Madrid: Ministerio del Interior - Subdirección General de Sanidad Penitenciaria.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2009). *Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios (PAIEM)*.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2011). *Hospitales psiquiátricos dependientes de la administración penitenciaria: propuesta de acción*.
http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/bEpidemiologicos/PROPUESTA_DE_ACCIION_HOSPITALES_PSIQUIATRICOS_PENITENCIARIOS.pdf helbidetik eskuratua
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2014). *El sistema penitenciario español*. Madrid: Ministerio del Interior-Secretaría General Técnica.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2016). *Encuesta sobre salud y consumo de drogas en internados en instituciones penitenciarias (ESDIP)*. Madrid: Ministerio de sanidad - Servicios sociales e igualdad .
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2017). *Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en centros penitenciarios. Equipos y actividades 2017*.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2019.eko ekainak 18). *Secretaría General de Instituciones Penitenciarias*.
<http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/documentos/estadisticas.html?r=m&adm=TES&am=2019&mm=4&tm=GENE&tm2=GENE> helbidetik eskuratua
- Siegel, D. J. (2010). *Cerebro y mindfulness*. Barcelona: Paidós.
- Skinner, B. F. (1975). The shaping of phylogenic behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 24(1), 117-120. doi:10.1901/jeab.1975.24-117
- Stall, N. (2013). Imprisoning the mentally ill. *Canadian Medical Association Journal*, 185(3), 201-202.

- Sue, D., Sue, D. W., eta Sue, S. (2010). *Psicopatología: comprendiendo la conducta anormal*. Mexico: Cengage Learning.
- Swanson, J. W., Swariz, M. S., Van Dorn, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenheck, R. A., . . . Lieberman, J. A. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 63, 490-499.
- Thorndike, E. L. (1911). *Animal intelligence: Experimental studies*. New York: The MacMillan Company.
- Torrey, E. F., Zdanowicz, M. T., Kennard, A. D., Lamb, H. R., Eslinger, D. F., Biasotti, M. C., eta Fuller, D. A. (2014). *The treatment of persons with mental illness in prisons and jails: a state survey*.
- Vallejo, M. Á. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 92-99.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J., eta Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 5, 15-28.
- Vergara, M. d. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 41-50.
- Vicens, E., Tort, V., Dueñas, R. M., Muro, Á., Pérez-Arnau, F., Arroyo, J. M., . . . Sarda, P. (2011). The prevalence of mental disorders. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21(5), 321-332. doi:10.1002/cbm.815
- Völlm, B. A., Clarke, M., Tort, V., Seppänen, A. O., Gosek, P., Heitzman, J., eta Bulten, E. (2018). European Psychiatric Association (EPA) guidance on forensic psychiatry: evidence based assessment and treatment of mentally disordered offenders. *European Psychiatry*, 51, 58-73.
- Watson, J. B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*, 20(2), 158-177. doi:10.1037/0033-295x.101.2.195.
- Wilson, K. G., eta Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Zabala, M. C. (2016). *Prevalencia de trastornos mentales en prisión: análisis de la relación con delitos y reincidencia*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Zuazagoitia, J. (2019). Nork definitzen ditu gaixotasunak? *Osagaiz*, 3(1), 53-58.

10. ERANSKINAK

1. Eranskina

Insight-a ebaluatzeko eskalaren, SUMD (Amador et al., 1993), espainiar bertsioa (Ruiz et al., 2008)

4.6. Escala de Evaluación del Insight (Scale Unawareness of Mental Disorders, SUMD)

| | |
|---|---|
| 1. Conciencia de poseer un trastorno | 0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia |
| 2. Conciencia sobre los efectos de la medicación | 0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia |
| 3. Conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental | 0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia |
| Puntuación total de los 3 ítems: _____ | |
| 4a. Conciencia de poseer alucinaciones | 4b. Atribución de las alucinaciones a la enfermedad |
| 0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia | 0. Ítem no relevante 1. Atribución 2. 3. Atribución intermedia 4. 5. No hay atribución |
| 5a. Conciencia de poseer delirios | 5b. Atribución de los delirios a la enfermedad |
| 0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia | 0. Ítem no relevante 1. Atribución 2. 3. Atribución intermedia 4. 5. No hay atribución |
| 6a. Conciencia de poseer trastornos del pensamiento | 6b. Atribución de los trastornos del pensamiento a la enfermedad |
| 0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia | 0. Ítem no relevante 1. Atribución 2. 3. Atribución intermedia 4. 5. No hay atribución |
| 7a. Conciencia de poseer embotamiento afectivo | 7b. Atribución del embotamiento afectivo a la enfermedad |
| 0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia | 0. Ítem no relevante 1. Atribución 2. 3. Atribución intermedia 4. 5. No hay atribución |
| 8a. Conciencia de poseer anhedonia | 8b. Atribución de la anhedonia a la enfermedad |
| 0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia | 0. Ítem no relevante 1. Atribución 2. 3. Atribución intermedia 4. 5. No hay atribución |
| 9a. Conciencia de poseer asociabilidad | 9b. Atribución de la asociabilidad a la enfermedad |
| 0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia | 0. Ítem no relevante 1. Atribución 2. 3. Atribución intermedia 4. 5. No hay atribución |

Ezintasuna neurtzeko Aktibitate Globalaren Eskala edo GAF, espainiar biztanleriara egokitua (Martínez, 2004)

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético continuo (1-100) de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales). La evaluación es del funcionamiento de la persona durante los últimos 12 meses.

Código. Nota: Utilizar los códigos intermedios cuando resulte apropiado, p. ej., 45, 68, 72.)

| | |
|-----------|--|
| 100 91 | Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, la persona evaluada nunca parece superada por los problemas de su vida, es valorada por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas. |
| 90 81 | Síntomas ausentes o mínimos (p. ej. ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, el sujeto evaluado se muestra interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia). |
| 80 71 | Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej. dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej. descenso temporal del rendimiento escolar). |
| 70 61 | Algunos síntomas leves (p. ej. humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej. hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas. |
| 60 51 | Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos/as, conflictos con compañeros/as de trabajo o de escuela). |
| 50 41 | Síntomas graves (p. ej. ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p. ej. sin amigos/as, incapaz de mantenerse en un empleo). |
| 40 31 | Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej. el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej. una persona adulta depresiva evita a sus amistades, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un/a niño/a golpea frecuentemente a niños/as más pequeños/as, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela). |
| 30 21 | La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej. a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos/as). |
| 20 11 | Algún peligro de causar lesiones a otras personas o a sí mismo/a (p. ej. intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento/a; excitación maniaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej. con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej. muy incoherente o mudo). |
| 10 1 | Peligro persistente de lesionar gravemente a otras personas o a sí mismo/a (p. ej. violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte. |
| 0 | Información inadecuada. |

Onarpen eta Akzioen II. Galdetegia edo AAQ-II, espainiar biztanleriara egokitua (Ruiz et al., 2013)

| <i>Table 1</i> Spanish translation of the AAQ-II original items | | | | | | | |
|--|-------------------------|---------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|-------------------|--|
| Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED. Use la siguiente escala para hacer su elección | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Nunca es verdad | Muy raramente es verdad | Raramente es verdad | A veces es verdad | Frecuentemente es verdad | Casi siempre es verdad | Siempre es verdad | |
| 1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría | | | | | | | |
| 2. Tengo miedo de mis sentimientos | | | | | | | |
| 3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos | | | | | | | |
| 4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena | | | | | | | |
| 5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida | | | | | | | |
| 6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo | | | | | | | |
| 7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir | | | | | | | |

**Sintomak neurtzeko 45 Galdetegia edo SA-45, espainiar biztanleriara egokitua
(Sandín et al., 2008)**

| <i>Anexo I</i> SA-45 | | | | | |
|---|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|----------------------|---|
| <p>Lea atestamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre en alguna ocasión. Indique cuánto ha experimentado cada uno de ellos durante los últimos 7 días (incluido el día de hoy) rodeando con un círculo el número que corresponda. Para ello tenga en cuenta la siguiente valoración:</p> | | | | | |
| | 0 <i>Nada en absoluto</i> | 1 <i>Un poco presente</i> | 2 <i>Modera- damente</i> | 3 <i>Bastante</i> | 4 <i>Mucho o ex- cesivamente</i> |
| 1. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Creer que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Sentir miedo en los espacios abiertos o en la calle | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Oír voces que otras personas no oyen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Tener miedo de repente y sin razón | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Miedo a salir de casa solo/a | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Sentirse solo/a | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Sentirse triste | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. No sentir interés por las cosas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Sentirse nervioso o con mucha ansiedad | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Creer que los demás se dan cuenta de sus pensamientos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Sentirse inferior a los demás | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Dolores musculares | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Tener dificultades para tomar decisiones | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Sentir miedo a viajar en autobús, metro o tren | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Sentir calor o frío de repente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Tener que evitar ciertos lugares o situaciones porque le dan miedo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Que se le quede la mente en blanco | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Tener dificultades para concentrarse | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Sentirse preocupado/a, tenso/a o agitado/a | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. Pesadez en los brazos o en las piernas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Tener pensamientos que no son suyos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. Tener ganas de romper algo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. Sentirse muy cobibido/a entre otras personas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Sentir miedo o ansiedad entre mucha gente (en el cine, supermercado, etc.) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. Ataques de temor o pánico | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. Tener discusiones frecuentes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41. Sentirse inquieto/a o intranquilo/a | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42. La sensación de ser un/a inútil o no valer nada | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43. Gritar o tirar cosas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si los dejara | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45. La idea de que debería ser castigado/a por sus pecados | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <p>Clave de corrección:</p> <p>Hostilidad: 7, 34, 35, 39, 43; Somatización: 18, 23, 26, 29, 31; Depresión: 9, 10, 11, 27, 42; Obsesión-compulsión: 16, 20, 21, 25, 28; Ansiedad: 6, 12, 30, 38, 41; Sensibilidad interpersonal: 14, 15, 17, 32, 36; Ansiedad fóbica: 3, 8, 22, 24, 37; Ideación paranoide: 2, 5, 19, 40, 44; Psicoticismo: 1, 4, 13, 33, 45</p> | | | | | |

Ondoeza eta Akzio Baliotsuen erregistroa (Hayes et al., 1999), gaztelaniara itzulia (Wilson eta Luciano, 2002)

Al final de cada día o semana valore las siguientes dimensiones:

- Presencia e intensidad del malestar (indicar lo que corresponda a cada cliente, por ejemplo: ansiedad, tristeza, preocupación) o De 1 (apenas frecuente) a 10 (muy frecuente) = o De 1 (poca intensidad) a 10 (máxima intensidad) =

- ¿Cuánto esfuerzo ha empleado para eliminar el malestar? o De 1 (ningún esfuerzo) a 10 (mucho esfuerzo) =

- Valore hasta qué punto ha sido fiel en lo que ha hecho con lo que le importa en los distintos ámbitos de su vida (valorar globalmente o por áreas importantes) o De 1 (nada fiel) a 10 (muy fiel a lo que me importa) =

- Si tuviera que hacer una valoración del día pensando en el significado que tienen las acciones acometidas este día (u otro período) para lo que es realmente importante en su vida ¿cuál sería su valor? o De 1 (nada valioso para lo que me importa) a 10 (muy valioso) =

Lorategiaren metafora

(Wilson eta Luciano, 2002)

“Imajina dezagun lorategi bat daukagula. Guk bakarrik zaintzen dugu, gu geu garelako lorategi honetako lorezaina. Loreek gure bizitzako gauzak irudikatzen dituzte; ondo behatzen badugu, lorategian ditugun loreak ikus ditzakegu: ikastolarenak, familiarenak, lagunena, zaletasunena, egunero gertatzen zaizkigun egoerenak, gure gorputzarenak eta gure pentsamendu, emozio eta oroitzapenenak.

Gure lorategia irudikatzen dugunean, galdera asko planteatu ditzakegu: **Lore guztiak berdin zainduta al daude? Zeintzuk dira gutxien zainduta daudenak eta atentzio gehien behar**

dutenak? Gure lorategiko lore-kopurua egokia al da guretzako? Lore gehiegi baldin baditugu, ezinezkoa izango da behar duten denbora guztia eskaintzea, eta gutxi baditugu eta batzuk zimeldu egiten badira, lorategi pobre bat edukiko dugu.

Lorategia irudikatzen jarraitzen dugu... Loreez gain, guk geuk landatutako haziak ere badaude. Hazi hauek gure bizitzako xedeak dira; **zergatik erabaki ditugu hazi hauek eta ez beste batzuk? Baliteke bizilagunaren antzeko lorategi bat nahi dugulako izatea, edo inguratzen gaituzten pertsonen behin eta berriz iradoki digutelako, edo guk nahi ditugulako hazi horietatik jaioko diren loreak. Zein izango da gure kasua?**

Lorategi batean, loreek bere denbora behar dute hazteko. Lorezain asko urduri jartzen dira eta hazi gehiago landatzen hasten dira, ikusteko landatuta zeudenak baina azkarrago hazten diren. Baina hauek ere denbora behar dute lore bihurtzeko; eta lorezain hauek, urduri jartzeagatik, hazi asko landatu dituzten baina oraindik lorerik atera ez den lorategi batekin bukatuko dute, ez dituztelako lore hauek pazientziaz zaindu eta mimatu. **Eta gu, pazientzia daukaten lorezainak al gara?**

Lorezain askok, hazi bat landatzen dutenean, hortik jaioko den lorea zehatz-mehatz nolakoa izango den imajinatzen dute. Eta lorea lortzen dutenean eta bere forma edo kolorea edo daukan hosto-kopurua ez dela imajinatu zutena bezalakoa, lore okerra aukeratu zutela edo beren lana gaizki egin dutela pentsatzen dute. Aldiz, beste lorezainek, egoera berdinean bere lorea behatu eta naturaren sorpresa txiki haietaz gozatu egiten dute. **Eta gu, haserretu egiten edo ezkor bihurtzen gara ere zerbait espero dugun bezala ateratzen ez denean?**

Gure lorategian belar txarrak ere badaude. Hauek gure beldurrak, gure ziurtasun-eza emozionalak, gure zalantzak, eta abar irudikatzen dituzte. Lorezain batzuek beren denbora guztia belar txar hauek ateratzera dedikatzen dute, loreak zaindu ordez; zenbat eta gehiago dedikatu belar txarrak etengabe ateratzera gainontzeko lorategiari jaramonik egin gabe, orduan eta okerrago daude lorezain hauen loreak. Baina lorategi guztiek dituzte belar txarrak; horrela izango ez balitz, hain artifiziala izango litzateke, irreal dela pentsatuko genukeela. **Zertara dedikatzen dugu gure denbora, belar txarrak ateratzera ala gure loreak ureztatzen?**

7. Eranskina

Gizona zuloan metafora

(Wilson eta Luciano, 2002)

“Gizon bat menditik zihoan begiak bendatuta eta eskuan erreminta poltsa bat zeramatzala. Gizonari esan zitzaion bere zeregina menditik begiak bendatuta zituen

bitartean korrika ibiltzea zela. Honek ez zekien mendi hartan zulo handi eta sakonak zeudela, beraz korrika hasi eta zulo horietako batean jauzi zen. Zuloan zegoen bitartean bertako paretak ukitzen hasi eta ezin zuela kanpora irten konturatu zen, eta ez zegoela beste irtenbiderik. Eskuetan zeraman erreminta poltsan begiratu zuen zulotik irteten lagunduko zion zerbaiten bila, eta pala bat aurkitu zuen. Hori zen gizon hark zuen guztia, pala bat. Beraz, bere zereginean hasi zen, baina berehala konturatu zen ez zela zulotik irteten. Palarekin gero eta azkarrago hasi zen zulatzen, baina zuloan jarraitzen zuen. Palada handiekin zein txikiekin saiatu zen, lurra gertu nahiz urrutira botatzen... baina zuloan jarraitzen zuen. Esfortzu eta lan guzti hori egin eta zuloa gero eta handiagoa egitea izan zen lortu zuen gauza bakarra. Orduan ohartu zen palarekin zulatzea ez zela irtenbidea, alderantziz, modu horretan zuloak handiagoak egiten direla ikusi zuen. Honela, gizonak ikusi zuen zulatzen jarraitzen lortzen zuen bakarra bertan gehiago hondoratzea zela.”

8. Eranskina

Gonbidatu ez desiratuaren metafora

(Wilson eta Luciano, 2002)

“Imajinatu leku berri batetara iristen zarela bizitzera eta ongietorri moduan, zure bizitzako festa ospatu nahi duzula zure etxean. Hain pozik zaude, jende GUZTIA gonbidatzen duzula festara eta herrian zehar festa jakitera emateko kartelak ipini dituzu. Egun handia iristen da eta festako detaile txiki guztiak kontutan hartzen dituzu; janaria, edaria, musika eta etxea oso polit hornitzen duzu. Arratsaldeko 17etan puntuan txirrina jo eta lehen gonbidatuak iristen hasten dira. Pixkanaka jende gehiago iristen da eta oso kontentu zaude denak zure lagunak direlako eta oso giro polita sortu delako. Arratsaldeko 18k direnean, eta inor gehiago espero ez duzunean, txirrinak jotzen du berriro. Zure bizilaguna da, hain denbora gutxian hor bizitzen izanda ere batere gogoko ez duzun bizilagun hori. Baina kartelak ipini dituzu denak gonbidatuak daudela esanez, beraz, zer gertatu daiteke orduan?. Gauzak horrela, denbora guztian bere jokabidea behatzen zaude, zure gonbidatuekin atsegina izatea nahi duzu, baina ez zaude gustura eta momentu jakin batean, besotik heldu eta etxetik kanpora ateratzen duzu. Zer gertatu daiteke? Ba, ez dela errenditzen eta berriro sartu nahi duela festara...zer egin dezakezu sar ez dadin? Atea heldu adibidez...baino zu baino indartsuagoa da eta berriro sartzen da etxera. Berriro, besotik heldu eta kanpora ateratzen duzu eta zu atean jartzen zara atea helduz eta altzariak jartzen dituzu atearen kontra sartu ez dadin. Zu hor

zaude atea heltzen zure gonbidatuak lorategian dauden bitartean, hizketan, jaten, barre egiten...eta zu? Non zaude?

Gonbidatu ez desiratua kanpoan utzi ordez, beste zerbait egin dezakezula uste duzu? Pentsatu al duzu barruan uztea? Zer gertatuko litzateke? Zer egin beharko genuke gonbidatu ez desiratuarekin borrokatzeari utzi beharko bagenu? Nahiz eta oso desatsegina den jakin...zer iruditzen zaizu gonbidatu ez desiratuarekin batera festan egoten ikasten baldin badugu hemen?"

9. Eranskina

Bizitzako erregelak ariketa

Las reglas del juego

Cada uno de nosotros usa ciertas reglas básicas acerca de "qué es la vida" para guiar nuestro funcionamiento. Aunque estas reglas son mayormente arbitrarias, tendemos a verlas como una absoluta verdad. Expresiones como "sin dolor no hay gloria", "persevera y triunfarás", tienen un impacto profundo en cómo nos vemos a nosotros y a la vida misma. En este ejercicio, por favor, emplea un buen tiempo en "ubicar" las reglas más básicas (quizá en la forma de dichos o expresiones) con las que operas en cada una de las áreas especificadas.

1. Reglas acerca de las relaciones con los demás (por ejemplo, confianza, lealtad, competencia)
2. Reglas acerca de sentirse mal internamente
3. Reglas acerca de superar obstáculos en la vida
4. Reglas acerca de la justicia en la vida
5. Reglas sobre tu relación contigo mismo/a

Balioen narrazioaren galdetegia

(Hayes et al., 1999, or. 226)

Generar una narración breve en cada área sobre la base de la discusión del trabajo llevado a cabo por el cliente respecto a lo que valora. Si algún área no es aplicable en un cliente, simplemente se deja en blanco. Después de haber narrado las direcciones valiosas, volver sobre ellas a fin de perfilarlas con el cliente. Continuar este proceso, al tiempo que se cuida que el cliente no ofrezca respuestas de tipo *pliance* * hasta que terapeuta y cliente lleguen a una frase breve con la que el cliente esté de acuerdo en que resume sus valores para un área dada.

| Área | Narración de la dirección valiosa |
|----------------------------|-----------------------------------|
| Relaciones íntimas/parejas | |
| Relaciones familiares | |
| Relaciones sociales | |
| Trabajo | |
| Educación y formación | |
| Ocio | |
| Espiritualidad | |
| Ciudadanía | |
| Salud/bienestar físico | |

Balioen estimuaren galdetegia

(Hayes et al., 1999, or. 226)

Lea las narraciones de los valores generadas por su terapeuta y usted. Luego estime la importancia que cada área tiene para usted en una escala de 1 (muy importante) a 10 (poco importante). Estime también el grado de satisfacción con que ha vivido en cada una de las áreas durante el pasado mes, en una escala de 1 (mucho satisfacción) a 10 (poca satisfacción). Finalmente, ponga por orden las direcciones valiosas de acuerdo con la importancia que tienen para usted, indicando con un 1 la dirección que más importancia tenga para usted, o sea, la primera, luego la segunda, y así sucesivamente.

| Área | Narración de la dirección valiosa | Importancia 1-10 | Satisfacción 1-10 | Orden |
|----------------------------|-----------------------------------|------------------|-------------------|-------|
| Relaciones íntimas/parejas | | | | |
| Relaciones familiares | | | | |
| Relaciones sociales | | | | |
| Trabajo | | | | |
| Educación y formación | | | | |
| Ocio | | | | |
| Espiritualidad | | | | |
| Ciudadanía | | | | |
| Salud/bienestar físico | | | | |

Balioen garrantzia eta trinkotasunari buruzko galdetegia

IMPORTANCIA

A continuación se presentan varias áreas o ámbitos de la vida que son importantes para algunas personas. En este punto, nuestro interés es conocer tu calidad de vida en cada una de estas áreas. Uno de los aspectos que se refieren a la calidad de vida es la importancia que uno le da a las diferentes áreas de la vida.

Marca la importancia de cada área en una escala del 1 al 10 rodeando con un círculo. *1* significa que esa área no es nada importante para ti y *10* significa que ese ámbito de tu vida es muy importante. Conviene que sepas que estas áreas no son importantes para todo el mundo y además que el valor que cada persona da a estas áreas es algo muy personal. Lo importante es que lo valores en función de la importancia que para ti personalmente tenga cada una de ellas.

| Áreas | Nada importante | | | | | | | | | Extremadamente importante |
|--|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------------------|
| 10. Familia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 11. Esposo/a, pareja, relaciones íntimas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 12. Cuidado de los hijos/as | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 13. Amigos, vida social | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 14. Trabajo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 15. Educación/ formación | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 16. Ocio / diversión | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 17. Espiritualidad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 18. Ciudadanía | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 19. Cuidado físico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

CONSISTENCIA

Ahora nos gustaría que estimaras el grado en el que has sido consistente con cada uno de tus valores. No te estamos preguntando sobre cómo te gustaría idealmente haberte comportado en cada área. Ni tampoco te estamos preguntando lo que otros piensan de vos. Todos lo hacen mejor en unas áreas que en otras. Queremos saber cómo crees que lo has estado haciendo durante la semana pasada. Marca usando una escala de 1 a 10, rodeando con un círculo, donde *1* significa que tus acciones han sido completamente inconsistentes con tus valores y *10* significa que tus acciones han sido completamente consistentes con tus valores.

| Áreas | Nada importante | | | | | | | | | Extremadamente importante |
|---|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------------------|
| 1. Familia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 2. Esposo/a, pareja, relaciones íntimas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 3. Cuidado de los hijos/as | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 4. Amigos, vida social | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 5. Trabajo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 6. Educación/ formación | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 7. Ocio / diversión | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 8. Espiritualidad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 9. Ciudadanía | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 10. Cuidado físico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Balioen eguneroko erregistroa

Registro Diario

Fecha:.....

Comienzo del día

Este día, ¿qué valor te gustaría poner en juego?

¿Qué acción o acciones concretas querías realizar para poner este valor en juego?

¿Qué pensamientos y sentimientos surgen que podrían ser barreras para esta acción o acciones?

¿Estás dispuesto a convivir hoy con los pensamientos y sentimientos que surjan como resultado de tu acción comprometida?

| |
|-----------|
| Si |
| No |

→ ¡Avanzá y experimentá esta jornada!

→ Retrocedé, elegí una acción valorada distinta, y repetí el ejercicio.

Puntuación al final del día

Durante este día, he actuado consistentemente con mi dirección valorada:

| | | | | |
|-----------------------|--------------|--------------------|---------------|------------|
| 1 Nada en absoluto | 2 Un poco | 3 Moderadamente | 4 Bastante | 5 Mucho |
|-----------------------|--------------|--------------------|---------------|------------|

Autobusa eta bidaiarien metafora

(Hayes et al., 1999)

“Imajinatu ezazu bidaiari asko dituen autobus baten gidaria zarela. Bidaiari hauek pentsamendu, sentimendu eta oroitzapenak dira. Autobusak soilik sarrerako ate bakar bat dauka, sarrerarako bakarrik, eta bidaiari batzuk oso desatseginak eta itxura arriskutsukoak dira.

Gidatzen ari zaren bitartean bidaiari batzuk mehatxuka hasten zaizkizu nora joan, zer egin, nola... aginduz, gainera, isekan ari zaizkizu: “Gidari txarra zara”, “Inork ez zaitu maite”, etab. esanez. Zu oso gaizki sentitzen zarenez esaten dizuen guztia egiten duzu hauek ixildu eta lasai gidatzen uzteko. Egun batzuetan jada nekatu egiten zara haien mehatxuez eta autobusetik bota nahi dituzu, baina ez duzu lortzen eta eztabaidan hasten zara bidaiariei aurre eginez.

Konturatu gabe, eztabaidarekin hastean egin duzun lehenengo gauza autobusa gelditzea izan da, gidatzeari utzi diozu eta orain ez zoaz inorantz. Gainera, bidaiariak oso indartsuak dira eta zuk ezin dituzu autobusetik jaitsi. Beraz, etsita, zeure eserlekura bueltatzen zara eta haiek esaten dizuten tokitik gidatzen duzu lasaitu daitezenez.

Honela, zu gaizki ez sentitzeko eta bidaiariek ez gogaitzeko hauek esaten dizuten guztia egiten hasten zara. Agintzen dizutena gero eta azkarrago egiten duzu, bidaiariak zeure bistatik galtzeko berehala. Segituan, ia konturatu gabe, bidaiariek ez dizute agindurik eman beharko, zeuk lehenago egingo duzu hauek ez haserretu eta mehatxurik ez jasotzeko.

Berehala konturatuko zara zeure erabakiak justifikatzen hasiko zarela jada bidaiariak autobusean ez daudela pentsatzera iritsiz, autobusa dagoen bide posible bakarretik eramaten ari zarela konbentzituruta. Bidaiari hauen boterea “Esaten dizuguna egiten ez baduzu agertu eta gaizki sentiaraziko zaitugu” bezalako mehatxuetan oinarritzen da, baina hori da dena. Egia da bidaiari, pentsamendu eta sentimendu desatsegin hauek agertzean min asko egin dezaketela iruditzen zaizula, eta horregatik onartzen duzu hauek ematen dizuten tratua, lasai utzi eta bistatik galtzeko.

Baina bidaiariak kontrolatzen saiatzearekin, autobusaren norabidea galdu duzu. Bidaiariek ez dute azeleratzailea, bolantea edota freno maneiatzen. Zu zara gidaria. Ez iezaiezu utzi bidaiariei zure orde z erabakiak hartzen.”

Helburu, ekintza eta oztopoen galdetegia

(Hayes et al., 1999, or. 227)

Formulario de Metas, Acciones y Barreras (Hayes et al., 1999, p. 227)

Dado el listado de direcciones valiosas, ahora se trata de trabajar con el cliente para generar objetivos (eventos realistas) y acciones (pasos concretos que el cliente pueda dar) que manifiesten dichos valores. Luego, preguntando y por ejercicios, se identifican los eventos psicológicos que se interponen entre el cliente y su movimiento en dirección a sus valores. Si el cliente presenta eventos o hechos públicos como barreras, se reformulan en términos de objetivos y se sitúan en recorridos valiosos (las áreas pueden variar de las planteadas originalmente). Entonces volver sobre las acciones y las barreras relevantes para esos objetivos de la misma forma.

| Área | Dirección valiosa | Objetivos | Acciones | Barreras |
|----------------------------|-------------------|-----------|----------|----------|
| Parejas/relaciones íntimas | | | | |
| Relaciones familiares | | | | |
| Relaciones sociales | | | | |
| Trabajo | | | | |
| Educación y formación | | | | |
| Ocio | | | | |
| Espiritualidad | | | | |
| Ciudadanía | | | | |
| Salud/bienestar físico | | | | |

Hitzen errepikapena

Ariketa hau Titchener-en (1916) erabili zuen lehen aldiz “*Jamón, Jamón*” izeneko ariketa sortuz. Hau egiteko, lehendabizi hitz bat aukeratuko da, kasu honetan, pazienteak gustuko duen elikagai batena, eta honen propietate fisiko guztiak aztertuko dira (Esate baterako, txokolatea: marroia, gozoa, gogorra, goxoa...). Ondoren, terapeuta eta pazienteak hitza behin eta berriz eta azkar errepikatuko dute 30 segunduz. Honela, aukeratutako hitzak bere zentzua galduko du soinu soil bat izatera pasatuz.

Ondoren, terapeutak pazienteari berdina egiteko eskatuko dio baina kasu honetan pazienteak alde batera utzi nahi duen pentsamendu edo kezka desatsegin batekin (Adib.: “*Galtzailea*”, “*Koldarra*”, “*Gaiztoa*”). Ikerketek erakutsi dute klinikoki esanguratsua den pentsamendu bat aukeratu ezker, pentsamendu horren sinesgarritasuna murrizten dela ondoezarekin batera (Masuda, Hayes Sackett eta Twohig, 2004; Masuda, et al., 2009).

Xake taularen metafora

(Hayes et al., 1999)

“Imajina ezazu fitxa zuri eta beltzak dituen xake taula bat non partida bat ari den jokutzen. Fitxa zuriak pentsamendu atseginak dira, pentsatzea gustatzen zaizkizun gauzak. Fitxa beltzak berriz, zeure bizitzatik botatzen saiatzen zaren pentsamendu eta emozio desatseginak dira. Zein izango zinateke zu partida honetan?”

Normalean, pertsonen erantzuna fitxa zuriak direla izan ohi da, beraz, honela jarraitu dezake terapeutak:

“Eta fitxa zuriak izango ez bazina, zein izango zinateke? Behar bada fitxa beltz zein zuriak dituen taula zara, zeuk, pertsona guztiok bezala, alderdi zuri (pentsamendu eta emozio atseginak) eta beltzak (pentsamendu eta emozio desatseginak) baitituzu. Orain arte, fitxa zuriek irabaztean oinarritu da partida osoa baina joko hau ez da eraginkorra izan eta behar bada onura baina kalte gehiago ekarri dizkizu. Beste joko posible bat taula bera baliotsua izan daitekeen norabide baterantz mugitzea izan daiteke, zein doan irabazten kontuan izan gabe. Fitxa beltzak irabazten doazenean behar bada zailagoa izango zaizu taula mugitzea; baina ez ezinezkoa.”

11. LABURPEN EXEKUTIBOA

Lan honen bidez hirugarren belaunaldiko terapien erabilera aditzera eman nahi da buru-nahaste larriak jasaten dituen espetxe-biztanleriaren artean. Hain zuzen, Onarpen eta Konpromisozko Terapian (OKT) oinarrituriko esku-hartze bat proposatzen da pertsona hauen osatze pertsonala lortu eta birgizarteratzea errazte aldera.

Gaur egun mendebaldeko gizarteetan buru-nahasteen eragina zazpi aldiz altuagoa da espetxeetako biztanleriarengan, biztanleria orokorrarengan baino. Espainian ere datu kezagarriak aurkitu dira: 10 presotatik 4k buru-nahaste larriak aurkezten dituzte, eta 10 presotatik 8k bizitzan zehar buru-nahasteren bat jasan du (Vicens et al., 2011).

Horrek ez du esan nahi buru-nahastea jasaten duten pertsona gehiengoak deliturako joera duenik. Azken hamarkadetako ikerketa zientifikoaren objektua izan da buru-nahasteak eta delinkuentziaren arteko harremana eta zenbait ikerketek buru-nahasteak jasaten dituen biztanleriak, biztanleria orokorraren aldean bortizkeria maila altuagoa dutela adierazten badute ere (Eronen, Hakola eta Tiihonen, 1996; Swanson et al., 2006) autore gehienak bat datoz buru-nahaste eta delinkuentziaren artean erlazio zuzenik ez dagoela (Arbach eta Pueyo, 2007; Peterson et al., 2014). Haren ordez, bazterkeria (pobrezia, toxikoen kontsumoa, osasun arreta egokirik ez izatea...) eta espetxe arteko harremana azpimarratzen dute; buru-nahasteek askotan ingurunera egokitzeko zailtasunak dakartzatelako, eta portaera desegokitzaille horiek delituzko portaera bihurtzeko aukera handia baita (Sanz, Gómez-Pintado, Ruiz, Pozuelo eta Arroyo, 2014).

Gaur egun espetxeen egoera gordina abiapuntutzat hartuta, Espainiar-espetxe sistemak arlo honetan dituen eskumenak aztertu dira. Buru-nahastea duen pertsona batek askatasun gabetzailea den zigorra bete behar badu espetxe-sistemak bi aukera ditu: askatasun-gabetzailea den zigorra espetxean betetzea erabaki dezake edo segurtasun-neurria aplikatu eta barneratze terapeutiko bat eskatu dezake.

Segurtasun-neurriak (ZK 95. artikulua eta hurrengoak) nahimenezko ahalmenak edo ahalmen kognitiboak deuseztatuta edo murriztuta jardun duten pertsonak egindako delituari erantzuteko ordenamendu juridikoak xedatzen dituen ondorio juridikoak dira. Espainiar sistemak buru-nahasteren bat jasaten duten inputatuei segurtasun-neurri askatasun gabetzaileak ezartzeko bi egoera aurreikusten ditu: bata, epai irmoan segurtasun-neurria ezartzea erabakitzen deneko kasua (egotzezinezko kausak), eta bestea, epai irmoa eman ondoren buru-nahaste bat antzematen den kasuetako etetearen ondorioz ezartzen den segurtasun-neurria (ZK 60. art.).

Segurtasun-neurriak betetzeko lekuak publikoak edo itunduak izan daitezke. Publikoen artean espetxe-administrazioak espetxe zentro psikiatrikoak eta espetxe-unitate psikiatrikoak bereizten ditu, azken hauek abian jarri ez badira ere. Espetxe zentro psikiatrikoak, aldiz, Estatuko Administrazio Orokorraren lurralde osoan bi besterik ez daude; bata, Sevillan, eta bestea, Alacanten. Itunduei dagokienez, Kataluniako eredia eta Aita Menni ospitaleko Lege Psikiatria Unitatea dira aipagarrienak.

Edozein modutan, praktikan segurtasun-neurriak gutxitan aplikatzen dira, alde batetik, egozgarritasuna epaitzeko prozesua konplexua delako, eta bestetik, segurtasun-neurriak betetzeko lekuak gainezka daudelako.

Espetxe-biztanleriaren artean buru-nahasteak jasaten dituzten pertsonen tasa altuagatik kezkatuta, espetxe-administrazioak PAIEM izeneko programa garatu zuen (SGIP, 2009), espetxeetan dauden pertsonen arlo honetan dituzten beharrezkoak (terapeutikoak eta birgaitzekoak) erantzuteko asmoz. Lehenengo une batean buru-nahaste kasuak antzematea du helburu, diagnostikoa egin eta beharrezkoa den tratamendu medikoa bideratuko da. Bigarren helburua banakako errehabilitazio psikosozialeko programa bat garatu eta betearaztea izango da, zentroko jarduera orokorretan eta horrelako pertsonentzako berariaz diseinatutakoaren parte-hartzea aurreikusten duena. Azkenik, birgizartratzea erraztea du helburu.

Abian jarri eta lau urtera funtzionamenduari buruzko azterketa bat egin zen eta 2014an argitaratu zituzten lehen emaitzak (Abad, et al., 2013). Jasotako datuek emaitza positiboak adierazten zituzten. Hala ere, ebaluazioa zalantzan jar dezaketen zenbait aspektu aurkitu dira.

Nazioartean ez dira buru-nahasteak jasaten dituen espetxe-biztanleriarendako berariazko jarduera edo programarik aurkitu. Danimarkan oinarri kognitibo konduktuala duten elkarrizketak mantentzen dira egunero askatasunik gabe dauden eta buru-nahasteak dituzten pertsonekin eta Erresuma Batuan nortasun nahasteak dituzten presoentzako CARE (*Choices, Actions, Relationships and Emotions*) izeneko programa garatu da, izenak dioen bezala, erabakiak, ekintzak, harremanak eta emozioak lantze aldera. Dena den, herrialde guztietan tratamendu farmakologikoa izan ohi da buru-nahasteak dituzten pertsonen jasotzen duten tratamendu programa bakarra, nahiz eta Nazio Batuak, Osasunaren Mundu Erakundeak eta Europako Ministroen Batzordeak, besteak beste, espetxeetan buru-nahasteak dituzten pertsonen erantzun integral bat emateko jarraibide eta gomendioak argitaratzen dituzten.

Hau horrela, tratamendu farmakologikoa eta terapia kognitibo konduktualaren ikuspegi ezberdin bat oinarri duen esku-hartze baten beharra dago. Hirugarren belaunaldiko

terapiak biztanleria honekin lan egiteko aukera egokiak izan daitezke, laburrak direlako, ez dagoelako instalazio eta material askoren beharrik eta formakuntza jaso duen osasun-arloko profesional baten bidez (psikologoa) gauzatu baitaiteke (Moreno, 2012).

Hirugarren belaunaldiko terapiak Steven Hayes-ek (2004a) portaeraren psikologiaren baitan aurki daitezkeen terapia mota berrienak izendatzeko erabili duen kontzeptua da. Hirugarren belaunaldi batez hitz egin ahal izateko ezinbestean aldeztu aurretik beste bi belaunaldi egon behar izan dira. Lehenengo belaunaldia baldintzapen teorien eremuan kokatzen da, eta bigarrena, terapia kognitibo konduktualarengan. Hirugarren belaunaldiko terapiak, berriz, portaeraren psikologiaren oinarriak berreskuratzen dituzte, bai eta psikologia humanistiko-existentzialaren norabideko zenbait printzipio bereganatu ere. Aurreko bi belaunaldietako terapien helburua portaerak eta pentsamenduen interpretazioak aldatzea eta kontrolatzea bazen, hirugarren belaunaldiko terapiak psikopatologiak tratatzeko alternatiba ezberdinak eskaintzen ditu, helburuei, ebaluazioari, analisi funtzionalari eta tratamenduari dagokionez. Horrela, hirugarren belaunaldi honen planteamendua ondorengoa da: sintomak kontrolatu eta aldatu beharrean subjektuak gertaera pribatuak (pentsamenduak, emozioak, sentsazioak...) onarpena eta bizitzaren norabidea balioetan oinarritzea eskatzen da (Álvarez, 2006). Hirugarren belaunaldia osatzen duten terapia motak Psikoterapia Analitiko Funtzionala, Jokabide Dialektikoaren Terapia, Bikote Terapia Integrala, *Mindfulness*-a eta Onarpen eta Konpromisoetako Terapia ditugu.

Orain artekoa oinarritzat hartuta, lanaren azken zatian buru-nahaste larriak jasaten dituzten eta askatasunik gabe dauden pertsonen osatze pertsonala eta birgizarteratzea lortzera zuzendutako OKT-an oinarrituriko esku-hartze bat proposatzen da. 2009. urtetik espesxeetan Buruko Gaixoei Arreta Integrala Emateko Programa (PAIEM) abian dagoela ikusita, esku-hartzea berriaz protokolo honen barruan betearazteko garatu da. Esku-hartzea, beraz, espesxe-zigorra betetzen ari diren pertsona guztietatik buru-nahaste larriak jasaten dituzten horien mugatuko da. Buru-nahaste larriak kontsideratzen ditugu kategoria psikotikoetako nahasteak eta bizitzako jardura garrantzitsuetan (eremu pertsonal, lanekoa, soziala eta familiakoan) zailtasun funtzional larriak eragiten dituztenak, Aktibitate Globalaren (GAF) oinarrituta. Bestalde, programan parte hartzeko baztertze irizpidea izango da nahastearen inguruan kontzientziarik ez izatea.

PAIEM barruko diziplina anitzeko taldea izango da barneratze irizpideak betetzen dituzten edo ez detektatzeaz arduratuko direnak eta hortaz, parte-hartzaileak OKT-ra bideratuko dutenak. Taldeak 10 pertsona ingurukoak izango dira. Talde banaketa uneko beharren arabera egingo da, baina ahal den neurrian diagnostiko bera duten pertsonen

taldeak osatuko dira eta buru-nahastearen iraupena ere kontuan hartzea gomendagarria da taldeak egiteko unean, ez baita berdina 10 urtez buru-nahastea bizi duen pertsona bat edo diagnostikoa lehen aldiz duela gutxi jaso duen pertsona baten kasua.

Esku-hartzeak 16 saio izango ditu guztira, eta 60 minutuko saio bakarra gauzatuko da astean behin. Hasierako lau saioak banakoak izango dira eta gainontzeko saioak taldean gauzatuko dira. Esku-hartzearen arduradunak diziplina ezberdinetako bi profesional izango dira, psikologo eta kriminologo bat. Hauek aldeaz aurretik onarpen eta konpromisozko terapian formakuntza bat jasotzea ezinbestekoa izango da.

Esku-hartzearen hasieran (saio indibidualetan), bukaeran (16. astean) eta espetxetik irten aurreko azken jarraipen saioan neurtuko dira ondorengo eremuak, esku-hartzearen eraginkortasuna aztertu ahal izateko: ezintasuna, ekidite esperientziala, sintomatologia eta balioekiko trinkotasuna

Saio indibidualei dagokionez, hauen helburua norbanakoen balioak identifikatu eta hauetara zuzendutako helburu eta jarduerak zehaztea izango da, taldeko saioak prestatze aldera. Guztira 4 izango dira eta hauetan hainbat galdetegi gauzatuko dira, analisi funtzionalaz baliatuko gara, parte-hartzaileen helburuak eta balioak ezagutzen hasiko da eta esku-hartzearekiko kontratu terapeutiko bat sinatuko da konpromiso bezala. Esku-hartzearen eraginkortasuna neurtu ahal izateko oinarri bat finkatzeko ezinbestekoak dira saio indibidualak.

Taldekako saioak esku-hartzearen helburu nagusia lortzera zuzenduta egoteaz gain, parte-hartzaileekin erlazionatzera, parte-hartze aktiboa bultzatzera eta balio pertsonalaren pertzepzioa hobetzera ere zuzendurik daude. Guztira 12 saio dira, honako 6 bloketan taldekatuta: etsipen sortzailea, kontrol saiakerak dira arazo, balioak, gertaera pribatuekiko distantzia hartzen, identitatea eta kontzientzia osoa eta azkena, prest egotea eta konpromisoa.

Amaitzeko, terapia egiteko modu berri honek tratamendu psikologikoa ahalbidetzez gain, subjektuaren bizitzako balioen norabidea finkatzea ere ahalbidetzen du, berarentzat garrantzitsua den horretan lanketak egitea eta hala, norbanakoaren balio pertsonalaren pertzepzioa garatzen da.