

Elkarrizketa sexologikoa: ezaugarriak, diagnostikorako eredua eta deribaziorako prozedura

Itziar Alonso-Arbiol* eta Maite Azanza**

*** EHUko Psikologia Fakultateko irakaslea**

**** Psikologoa-sexologoa eta psikoterapeuta praktika pribatuan**

Artikulu honetan arazo sexualen diagnostikorako elkarrizketaren proposamena egiten da. Edozein elkarrizketak dituen ezaugarriak deskribatu ondoren, lehen kontsultako elkarrizketa sexologiko diagnostikoak izan behar dituen ezaugarriak azaltzen dira hemen. Harreman terapeutikoaren garrantziaz ohartarazteaz gain, elkarrizketa diagnostiko honek izan behar dituen sei aldiak garatzen dira bertan: agurretik, informazioaren itzulera eta arazoaren planteamenduaren aurkezpena. Bere berezitasuna ez delako, profesionalak esku-hartzea gauzatu ezin duenean, deribaziorako proposamena ere egiten dugu bertan.

In this article, we present an interview proposal for the diagnosis of sexual disorders. After describing the features all interviews share, here we present the elements of the diagnostic interview for sexual problems as it should be addressed in the first session. Along with the highlighting of the importance of the therapeutic relationships, we develop the six phases that this diagnostic interview comprises, from greeting to information devolution and presentation of approach of the problem. We also offer a model of the derivation process when the professional is not qualified to deliver a therapeutic intervention.

1. Sarrera

Osasun sexuala ezaugarri biologikoak nahiz psikosozialak barne hartzen dituen ikuspuntu integral batetik ulertu behar da. Azaleratzen diren arazo sexualak ezaugarri horien arteko elkarrekintzaren garapenaren arabera egongo dira, prozesua beti banakakoa izango dela ulertuz. Beraz, arazo sexualen esku-hartzeak pertsonalizatua izan behar du, hau da, bezero bakoitzak azaltzen duen problematika sexuala desagertuko bada, bere ezaugarri biografiko guztiak kontuan hartu beharko ditugu.

Arazo sexual ezberdinak ebaluatzeko, hasierako diagnostiko bat egiteko eta ondoren dagokion tratamendua ezartzeko, klinikoak tresna ezberdinak ditu (Carrobles, 1988). Ebaluazio-tresna horiek honakoak dira: elkarrizketak, protokoloak, autoinformeak, autoerregistroak, behaketak, etab. (Carrobles eta Sanz Yaque, 1988). Lehen aipatu dugun ikuspuntu integratzailetik, ebaluazio-bide horietatik elkarrizketa azpimarra daiteke, diagnostikorako lehenengo hurbilpena modu osatuan egitea ahalbidetzen duelako. Gauzak horrela, eta ebaluazioaren hurrengo faseetan zehar, elkarrizketak beste tresna osagarriak erabiltzeko bidea irekiko digu diagnostiko zehatzago bat lortzeko.

Ebaluazioko elkarrizketa kontsulta sexologikoan informazioa biltzeko eta arazoaren ebaluazioa egiteko oinarrizko tresna eta teknika denez gero, sexu-arazoaren identifikazioa baimenduko digun elkarrizketa-eredu bat izatea beharrezkoa iruditzen zaigu. Zentzu horretan, artikulua honetako helburuak hauexek dira:

- a. Arazo sexualen diagnostikorako elkarrizketaren proposamen zehatz bat egitea.
- b. Lehen kontsultako elkarrizketa sexologiko diagnostikoak izan behar dituen ezaugarriak deskribatzea.
- c. Elkarrizketa diagnostikoak izan behar dituen sei aldiak jorratzea.
- d. Profesionalak arazo sexualak tratatzeko formazioa eta esperientzia nahikoa ez duenean, haientzako deribaziorako proposamena egitea.

2. Elkarrizketa: kontzeptua eta ezaugarriak

Elkarrizketa da praktika klinikoan onarpen handiena duen ebaluazio-tresna, eta, halaber, osasun-profesionalen artean diagnostikorako gehien erabiltzen dena. Elkarrizketaren definizioa egitean, zenbait ezaugarri aipatzen dira hizketaldi arruntetik ezberdintzeko. Besteak beste, azpimarra daiteke ebaluazioko elkarrizketak helburu zehatz bat duela, eta elkarrizketa klinikoaren kasuan, helburu horretaz baliatuko da psikoterapeuta bere ebaluazio-estrategia diseinatzeko. Zentrala den elementu horretaz gain, badira elkarrizketa definitzen duten beste ezaugarri batzuk (Fernández Ballesteros, 1994), ondoren azalduko ditugunak.

Alde batetik, elkarrizketa garatzeko beharrezkoak izaten dira bi elementu: 1) elkarrizketatzailea eta elkarrizketatua egotea (gutxienez bi pertsona); eta 2) elkarrizketatzailearen eta elkarrizketatuaren arteko komunikabide sinboliko baten ezarpena. Elkarrekintza-marko honek bezeroaren zailtasunak behatzeko egoera ezin hobea eskaintzen digu. Beste alde batetik, bada elkarrizketa teknikaren

beste elementu multzo bereizgarri bat: lehenago aipaturiko elkarrizketatzaileak ezarritako helburuek eta rol desberdinen esleipenak (elkarrizketatzailearena eta elkarrizketatuarena) emango diote elkarrizketatzaileari une oro egoeraren kontrola izatea. Elkarrizketaren bi ezaugarri horiek —helburuak eta kontrola—, pertsona arteko harreman asimetriko bat ezartzeko oinarriak dira eta elkarrizketa eraginkorra izatea errazten dute, helburuen lorpenera eramaten gaituzten neurrian.

2.1. Elkarrizketaren abantailak beste ebaluazio-metodoekin alderatuta

Elkarrizketaren definiziorako azaldiriko elementuez gain, beste ebaluazio-metodoekiko konparaziotik eratortzen diren eta abantaila garbia dakarten beste batzuk ere aipa daitezke.

Elkarrizketaren eta testaren arteko ezberdintasunari dagokionez, esan dezakegu testak kuantifika daitekeen informazioa jasotzen duten metodo estandarizatuak direla, eta ondorioz, emaitzak erreferentzia-talde normatiboekiko konparaziotik ulertzen dira (Fernández Ballesteros, 1994). Elkarrizketan, ordea, ebaluatua-
gandik jasotzen ditugun datuek ez dute zentzua hartzen soilik besteekin alderatuz, baizik eta ebaluatua-
ren testuinguruan ulertzen ditugu berarentzat duten esanahira hurbiltzea baimenduz.

Bestetik, elkarrizketaren bidez, eta bere gaitasun enpatikoa baliatuz, elkarrizketatzaileak informazioa modu egokian eskuratzeko ezinbestekoa den konfiantzazko giro bat garatuko du (*rapport*). Elkarrizketatzailearen jarrera aktibo horrek egiten du elkarrizketa baliabide paregabea izatea beste ebaluazio- eta diagnostiko-tekniken aldean.

Behaketarako eskaintzen duen gaitasuna da elkarrizketaren beste abantaila handietako bat. Elkarrizketatzaileak behatzeko duen gaitasuna martxan jarriko du ahalik eta ahozko eta ez-ahozko informazio gehien eskuratzeko, eta geroago horrek xehetasun guztiak analizatzen lagunduko dio. Era berean, elkarrizketatuak egin ditzakeen behaketek bi partaideen arteko harremana hobetuko dute, elkarrizketatua-
ren beraren kolaborazioa ere areagotuz eta helburuen lorpenera erraztuz.

Elkarrizketaren beste bereizgarri garrantzitsuetako bat hau da: beste teknikekin ebaluatzea ezinezkoa egiten duten pertsona ezinduak edo zailtasunak dituzten pertsonak ebaluatzea ahalbidetzen du. Zenbaitetan ebaluatzailea aritzen da paper eta arkatzezko tekniken (testen, autoinformeen...) argibideak ondo ulertzen ez dituzten pertsonekin edota, ahoz azaldiriko argibideak emanda ere, ariketa egitea ezinezkoa egiten zaienekin. Elkarrizketak, ordea, pertsona horiek ebaluatzea posible egiten du.

Azkenik, beste abantaila garrantzitsu bat da elkarrizketak eskaintzen duen malgutasuna (Fernández Ballesteros, 1994). Elkarrizketatzailea elkarrizketatua-
ren ezaugarrietara egokitu daiteke: atzera egin, argibideak eskatu, sakondu, seinalatu, zehaztu, erlazionatu, etab. Testean komunikazioa norabide bakarrekoa den bitartean, elkarrizketan bi partaideen elkarrekintza bi norabideetan gertatzen da. Horrela, elkarrizketatzaileak eginiko galderen erantzunak hurrengo galderak zeintzuk izango diren baldintzatuko dute. Ondorioz, elkarrizketaren malgutasunak,

eta kasu bakoitzaren berezitasunen arabera, erabakiak hartzea ahalbidetzen du garrantzitsuak iruditzen zaizkigun datu horiek jasotzeko.

Elkarrizketaren ezaugarri nagusiak deskribatu ondoren, eta zenbait autorek (Bornstein eta Bornstein, 1988; Minuchin, 1984; Sluzki, 1975; Wilson, Spence eta Kavanagh, 1995) eginiko ekarpenak osatuz, problematika sexualaren diagnostikorako erabiltzen den elkarrizketa-eredu bat deskribatuko dugu. Sexu-arazoak gehienetan bikotearen testuinguruan azaleratzen direnez, bikote-harremanaren dinamikak kontuan hartzea eskatzen digu halaberharrez (Bueno, 1985; Neuburger, 1997; Willi, 1978).

3. Lehen elkarrizketa sexologikoa: eredu baten aurkezpena

Hasierako elkarrizketa sexologiko honek garrantzi izugarria du (Stierlin, 1981), elkarrizketaren garapenaren arabera baitago tratamendua posible izatea ala ez. Beraz, elkarrizketa osoan zehar adi egon beharko dugu esku-hartze terapeutikoa ahalbidetzen duten oinarrizko helburuei jarraitzeko.

Lehen elkarrizketak *harreman terapeutikoa* ezartzeko oinarrizko funtzioa betetzen du, alegia, bezeroak eta terapeutak enpatizatzea. Lehen elkarrizketaren helburu nagusia bien arteko hasierako loturak sortzea da, eta helburu hori elkarrizketa guztian zehar presente egongo da.

3.1. Harreman terapeutikoaren finkapena

Harreman terapeutikoa ezartzeko, beharrezkoa da honako ezaugarri hauek kontuan hartzea: bezeroaren barne-herstura maila, konponbideari buruzko igurikapenak, bezeroaren eskaeraren eta arazoari buruzko informazioaren bilketa, eta hipotesi diagnostikoen elaborazioa.

3.1.1. Bezeroaren barne-herstura maila

Bezeroak bere zailtasun sexualak azaltzen dituenean, gehienetan kezkatuak eta urduri egoten da. Kezka arazo beragatik da gehienbat, eta arazoaren izaera sexualagatik eta sortzen dizkion lotsa- eta intimitate-sentimenduengatik. Barne-herstura maila garrantzitsu batekin joan ohi da kontsultara eta, beraz, lehen elkarrizketa honetan bere kezkek modu egokian jasoak, onartuak eta errespetatuak direla antzeman behar du bere barne-herstura hori jaisteko.

3.1.2. Konponbideari buruzko igurikapenak

Gure kontsultatik irtetean, bezeroak barne-herstura gutxiago izatea eta, aldi berean, konponbiderako igurikapenak izatea lortu behar dugu. Gehiegizko barne-herstura lan terapeutikoa oztokatzen du; ondorioz, gure lehen helburua barne-herstura jaitea izango da. Hala ere, lan egiteko beharrezkoa da barne-herstura maila minimo bat, bezeroak bere arazoaren kontzientzia eta berau konpontzeko motibazioa mantentzea. Ezinbestekoa da bezeroak arazo bat duela onartzea eta hori konpontzeko irtenbide bat badagoela onartzea. Hortaz, gakoa honetan datza: bezeroak arazo konpongarri baten aurrean dagoela onartzean, eta profesionalak bezeroari konponbidea bezeroaren beraren baliabide propioak martxan jarri lor daitekeela ikusaraztean.

Bezeroak ikusi behar du terapeuta arazoak konpontzen dakien profesionala dela, baina pentsatu gabe ahalguztiduna den eta ezaugarri magikoak dituen pertsona dela. Horren orde, bezeroak irtenbide bat topatzeko bere baliabide guztiak martxan jartzen lagunduko dion profesional bat gisa ikusi behar du terapeuta; hau da, lan terapeutikoa pertsonala eta transferiezin da. Mezu horrek argi gelditu behar du, baina ez dio bezeroari zerbait negatiboa delako sententzia utzi behar, guztiz aurkakoa baizik: irtenbide bat dago eta bezeroarengan berarengan dago. Beraz, aldaketarako ilusioa eta bere buruarengan konfiantza piztuko dira, bere arazoak ez daudelako ezezaguna den “beste norbaiten” eskuetan. Horrek guztiak bezeroak bere desioak eta indarrak jartzea dakar terapeutarekin batera lan egiteko.

3.1.3. Bezeroaren eskaeraren eta arazoari buruzko informazioaren bilketa

Lehendabiziko elkarrizketek lehen aldaketarako igurikapenak sortzen laguntzen dute. Terapeutak bezeroaren baliabideak eta erlazioaren ezaugarri positiboak zeintzuk diren jakin beharko du. Bezeroa arazoak azaltzeko dator kontsultara, hau da, ezaugarri negatiboak azaltzera. Eta terapeutak, alderdi negatibo horiek jasoko dituen arren, aldi berean arreta handiz jokatu du alderdi positiboak ere jaso eta azpimarratzeko, azken horiek bezeroak arazoa konpontzeko duen gaitasunaren berri ematen baitigute. Horretarako, garrantzitsua da terapeuta erlaxatuta egotea eta segurtasunez jokatzeko.

3.1.4. Hipotesi diagnostikoen elaborazioa

Terapeutak lehenengo saioan argi izan behar du zeintzuk diren bere helburuak. Lehenik, arazoaren berri emango dion informazioa jasoko du eta lanean hasteko lehenengo hipotesi diagnostikoak sortuko ditu. Oso garrantzitsua da lehenengo elkarrizketan terapeuta neutro mantentzea, hots, loturarik edo aliantzarik ez sortzea bikoteko edozein kiderekin —kasuaren ezaugarriengatik lehenengo elkarrizketa honetan estrategia moduan erabiltzea komeni zaiola ikusten ez badu, behintzat—. Oro har, aliantza goiztiar hauek arriskutsuak izan daitezke, batetik, dakarten datu faltagatik, eta bestetik, terapiaren garapena zailduko duten akatsak egitera eramanez baitezakete.

3.2. Lehen elkarrizketa baten garapena

Behin harreman terapeutikoa nola finkatzen den azalduta, lehen elkarrizketa sexual baten eredu, *Azanza Protokolo Sexuala* (APS) aurkeztuko dugu (ikus 1. irudia). Elkarrizketa erdi egituratu honen iraupena 60 eta 90 minutu artekoa da. Ereduaren garapena hobeto ulertzeko, ondoren azaltzen ditugun sei fasetan banandu dugu.

HARRERA	0. Agura
	1. Kontsultatzearen arrazoia
	2. Izen-abizenak
	3. Adina
	4. Lanbidea
DATU PERTSONALAK	5. Egoera zibila (ezkondua bada, ezkontza-data apuniatuko dugu; kontsultaren data apuniatu anamnesia)
	6. Bikotekiderik al daukan momentu honetan (Bai/Ez): a) Bikotekidearen adina; b) Bikotekidearen lanbidea
	7. Helbidea
	8. Telefonoa(k)
	9. Seme-alabak (kopurua, sexua eta adina)
DERIBAZIOA	10. Norik egin duen deribazioa
ARAZOAREN EGOERA ETA SAIATURIKO KONPONBIDEAK	11. Norik izan duen kontsultara etortzeko ideia (bikotekidea badauka, presente egon edo ez)
	12. Zerk bultzatu duen etortzeko erabakia hartzea
	13. Zergatik datozen orain eta ez lehenago
	14. Saiaturiko konponbideak (laguntza profesionalik gabe edota laguntza horrekin)
	15. Nola eragiten dion arazoak (bakoitzari)
	16. Patologia medikuak (diabetea, testosterona, nahaste zirkulatorioak, hilerokoa...)
	17. Operazio kirurgikoak
	18. Farnakoak
	19. Tabakoa (Bai/Ez, maiztasuna)
	20. Alkohola (Bai/Ez, maiztasuna)
HISTORIA MEDIKOA	21. Arazoa azaldu zeneko momentu baten xehetasunak
	22. Oraingo erlazio sexualak (zenbat aldiz, non, noiz, nola, iniziatiba, desioa, kitzikapena, orgasmoa, antsorkuntza)
	23. Lehenengo harreman sexualak (nola, noiz, antsorkuntza, beste zirkunstantzia garrantzitsu batzuk)
	24. Bezeroa gizezkoak bada, erekzioaz galdetzea interesatu ahal zaigu: erekzio maila, bikotekide ezberdinak, egoera, posizioa, masturbazioa, goizeko eta gaueko erekzioak
	25. Bezeroa gizezkoak bada, zein egoeratan ez da erekzioaren arazoa gertatzen
BIKOTEAREN HISTORIA	26. Bikotearen historia (lehenengo irteerak, lehenengo harreman sexualak, lehenengo zailtasun sexualak, ezkongaialdia, ezkontza, bizkidetzako lehenengo urteak, arazoagatik kezkatuak egon diren azken bolada)
	27. Egun arrunt bat nola igerotzen duiten (zenbat denbora elkarrekin, eguneko zein orduetan eta zein aktibitate egiten dituzten batera, inplikaturiko hirugarren pertsonak, edozein harreman sexual nola gertatzen den)
ALDAKETARAKO IGURIKAPENAK	28. Tratamenduarekin lortu nahi diren aldaketak
ESKU-HARTZEAREN PLANTEAMENDUA	29. Hitzarmen terapeutikoa
	30. Lan-programa
ITXIERA	31. Hurrengo saiorako geratu eta agurra

1. irudia. Azanza Protokolo Sexuala (APS)

3.2.1. Lehen fasea: agurra eta kontsultaren zergatia

Terapeutak egingo dituen lehenengo azalpenak saioaren helburuari eta planari dagokien informazioa eskaintzera zuzenduko dira. Agurraren osteko lehenengo galdera kontsultaren zergatiaren inguruan izango da eta pazienteei nahi dutena azaltzen utziko zaie. Horrek informazio ugari eskainiko digu: arazoari buruz; arazoaren aurreko jarrerari, hautemateari, eta balorazioari buruz; eta bikotekideen arteko interakzioari buruz. Bezeroak oso inhibituak dauden kasuetan, komeni izaten da arazoaz hitz egitea errazten duten galdera itxiagoak erabiltzea. Une oro arretatsu egon behar dugu pazientearen komunikatzeko estiloa ezagutzeko, bai maila digitalean bai analogikoan ere; hau da, kontuan izango ditugu komunikazioaren ahozko zein ez-ahozko ezaugarriak. Adierazten dizkigun edukiez gain, arreta handiz behatuko ditugu gorputz-adierazpenak: gorputz-jarrera, begiradak, ahots-tonuak, erabiltzen duten hiztegia, etab.

3.2.2. Bigarren fasea: datu pertsonalen, deribazio-datuen eta aurretiko konpontze-saiakeren bilketa

Bezeroaren eskaera behin jaso dugula, bere arazoa zein den ulertu dugula adieraziko diogu informazio laburtua emanez. Horren ostean, eta sarrera txiki bat eginez, hurrengo datu pertsonalak jasoko ditugu (ikus 1. irudia): izen-abizenak, adina, lanbidea, egoera zibila, kontsulta-data, erlazioaren hasiera-data, bizikidetzaren hasiera-data, helbidea, kontakturako telefonoa, bikotekideari buruzko datuak, seme-alaba kopurua, seme-alaben adina eta sexua, etab

Datuok eskuratu ondoren, deribazioari buruz galdetuko zaio, nork eman dion profesionalaren izena eta telefonoa, alegia. Gero, arazoa kontsultatzearen ideia norena izan den edo inizatiba nork hartu duen aztertuko dugu, eta zerk motibatu duen bezeroa orain kontsultatzera eta ez beste momentu batean —adibidez, gertaera garrantzitsu bat izan liteke— ere galdetuko dugu.

Fase hau lehenago saiatu diren konponbideen azterketarekin amaituko da. Gauzak horrela, interesatzen zaigu jakitea zein konponbide saiatu diren, zein momentutan jazo diren eta zeintzuk izan diren emaitzak. Lehenagotik beste profesional batzuekin eginiko lanak ezagutzeak akatsak zeintzuk izan diren jakitea ahalbidetzen digu, eta horrela emaitza onik ekarri ez duten saioak errepikatzea saihets dezakegu. Batzuetan teknika bera berriro balia dezakegu, eta kasu horretan errepikapenaren zergatia argi azaldu beharko litzaioke bezeroari. Puntu honetan gelditzea merezi du, pazienteak teknika batzuen errepikapenaren arrazoa oso ondo ulertu behar du eta. Horretarako, aurreko saiakeretan presente egon ez ziren —eta oraingoan badauden— ezaugarrien garrantzia argitu behar dugu; horrela pazienteak ez du tratamendua hasteko motibazioa galduko.

Edozein kasutan, azkeneko elementu hori elkarrizketaren amaieran landuko dugu, lanerako planteamenduz hitz egingo denean, hain zuzen ere. Elkarrizketaren une honetan, beste profesional(ar)ekin zer eta nola landu zuten jakitea interesatuko zaigu nagusiki, eginiko guztia ezagutzeko eta, ondorioz, lanerako plan berria diseinatu ahal izateko.

Hurrengo fasera iragan baino lehen, ezin dugu ahaztu arazoak nola eragiten dion galdetzea. Bikote baten kasuan, kide bakoitzari nola eragiten dion galdetzeaz gain, bakoitzaren iritziz, arazoak besteari nola eragiten dion galdetuko zaie. Horrela, duten hautemateaz, bakoitzaren bizipen subjektiboaz, bakoitzarentzat arazoak duen garrantziaz eta beraien bizitzan duen balioaz hitz egingo digute. Arazoa zein den jakitea ez ezik, bakoitzarentzat duen esanahia jakitea ere garrantzitsua da. Azken finean, terapeutak, arazoak bezeroarentzat duen garrantzi horrekin egin behar du lan, eta bezeroari dakarkion sufrimenduaz kontzientziatu behar du. Ezingo dugu bezeroaren arazoa gutxietsi, bestela pazienteak ez baita ulertua sentituko eta ez da prest agertuko tratamendua hasteko. Bezeroak arazoa benetan dena baino larriagozat hartzen duenean, terapeutak errealitatean kokatu beharko du bezeroa, arazoa normalizatuz baina betiere bezeroa ulertuz.

3.2.3. Hirugarren fasea: historia medikoa

Ondoren, bezeroaren historia medikoa jasoko dugu: gaixotasunak, interbentzio kirurgikoak, hartzen ari den farmakoak, alkoholik edo tabakorik kontsumitzen duen ala ez, eta aurrekari familiarrak. Behin datu hauek jasota, arazoaren zehaztasunei buruzko galderekin jarraituko dugu, hau da, sintometan oinarrituko gara: maiztasuna, non, noiz, nola, inizatiba, desio maila, kitzikapen maila, asetasun maila, orgasmoa, etab. Erabiltzen dituen edo erabili dituen metodo antisorgailuei buruz eta masturbazio-jokaerari buruz ere galdetuko zaio.

Bezeroa gizonezkoa bada, baloratu egin beharko dugu ea interesatzen zaigun beste gai batzuen inguruan sakontzea: erekzio edo zutitze maila, gaueko eta eguneko zutitzeak, gaueko poluzioak, nahiz eta horiek ez izan kontsultara etortzeko zergatiak.

3.2.4. Laugarren fasea: bikote-harremanaren historia

Historia medikoaren inguruko datuak jaso ostean, hurrengo fasera pasatuko gara: bikotearen harremanaren historiaren inguruko informazioa jasoko dugu. Bikotearen historia ezagutzeak harremanaren garapena eta egun dituzten arazoak hobeto ulertzea ahalbidetzen digu. Azterketa psikologikoaren helburu nagusi diren gai zehatzak hauexek dira: lehenengo elkartzek, lehenengo erlazio sexualak, lehenengo zailtasun sexualak, ezkongaialdia, ezkontza eta lehen bizikidetzaturteak, arazoak kezkatzen egon diren azken bolada, etab. Kide bakoitzaren historia pertsonala eta historia familiarra ezagutzea ere oso interesgarria da, baina gehienetan ezinezkoa egingo zaigu hau guztia lehen elkarriketa batean eskuratzea.

Bukatzeko, pertsona horren edo bikote horren oraingo egoera sakonki aztertzerazuzendu beharko ginatke, eta horretarako egun arrunt bat nola igarotzen duten azaltzea eskatuko genioke bikoteari. Datu garrantzitsuak dira honako hauek: batera igarotzen duten denbora, eguneko zein ordu igarotzen duten eta zein aktibitate egiten duten elkarrekin, hirugarren pertsonen inplikazioak, nolakoa den momentu sexual bat, etab.

3.2.5. Bosgarren fasea: tratamenduarekin lortu nahi diren aldaketen zehaztapena

Orain arte aipatutako datu hauek guztiak bildu eta gero, eta bezeroa erosoago sentitzen denean, terapeutak arazoaren konponbidea topatzeko motibazioa jasoko duen azken galdera klabeak egingo ditu, bezeroak arazoaren konponbideari buruz duen ideia argituko duen bitartean. Azkeneko galdera multzo hau bezeroak berak tratamenduarekin zer lortu nahi duen jakiteko egingo dugu, hau da, zein aldaketa nahi duen, zein izango litzatekeen konponbidea, terapeutak nola lagundu dezakeen, etab. Galdera hauekin bezeroaren desioak eta tratamendu-igurikapenak zehaztea ez ezik, bera inplikatzera eta motibatzea ere lortzen dugu; horrela tratamenduaren parte aktiboa dela sentituko du eta arazoaren konponbidean erantzukizuna hartuko du.

3.2.6. Seigarren fasea: informazioaren itzulera eta arazoaren planteamenduaren aurkezpena

Elkarrizketaren azkeneko aldia pazienteei informazioa itzultzean datza, arazoa zein den eta berak nahi duen konponbidea lortzeko bidea zein den zehaztuko da. Modu horretara, bezeroari ikusaraziko diogu arazoaren muina ulertu dugula eta markatutako helburura zuzenduta egongo dela gure lanerako proposamena. Orduan, lan-proposamena eta hitzarmena edo enkoadraketa terapeutikoa zeintzuk diren azalduko zaie. Enkoadraketa terapeutiko horretan, tratamendua hasiko den eguna eta ordua, saioaren iraupena, gutxi gorabeherako saio kopurua, saio bakoitzaren ordutegia, ordaintzeko modua, saio bakoitzeko ordaindu beharrekoa, eta nola ordaindu behar duen azalduko zaio. Halaber, sekretu profesionala eta tratamenduaren arau praktikoa gogoraraziko zaizkio.

3.3. Deribaziorako elkarrizketa diagnostiko laburra

Aurreko atalean deskribaturikoa arazo edo zailtasun sexuarekin lan terapeutikoa egin behar duten profesionalen zuzendurik dago. Uste dugu, ordea, oinarrikoa dela beste testuinguru batzuetan garatzen den elkarrizketa diagnostikoa ere azaltzea. Testuinguru horietan lan egiten duten profesionalen arazoaren tratamendua eraman behar ez badute ere, askotan, arazo horien deribazioaren arduradunak izango dira, eta beraz, elkarrizketa diagnostiko egoki bat egin beharko dute. Horrela, hasierako diagnostiko honek funtzio bikoitza betetzen du: alde batetik, kliniko ez-espezializatuari deribazio arin bat egiteko aukera ematen dio, eta bestetik, lehenengo erantzun bat ematen zaio bezeroari bere eskaera edo behararen inguruan. Testuinguru oso ezberdinetan, izaera sexuarekin arazoak jasoko dituzten osasun-profesionalen (lehen atentzioko medikuei, erizainei, terapeuta okupazionalen, etab.) zuzenduriko elkarrizketa labur bati buruz ari gara. Profesional horiek, ordea, ez dute arazo horiekin testuinguru horietan terapeutikoki lan egingo.

Gure proposamena elkarrizketa diagnostiko simple bat da, erraz aplikatu daitekeena —sexologian formazio berezirik izan gabe edozein profesionalen egin lezakeen elkarrizketa—, eta aurretiko diagnostiko orientatzaile bat errazten duena profesional espezialista batengana bideratu edo deribazioa egin ahal izateko.

Elkarrizketa diagnostiko labur honen ereduak gehienetan kontsultatzen diren edozein arazo sexualetarako balio duten galderak barne hartzen ditu (ikus 1. taula). Lehenengo galdera egitea ez litzateke beharrezkoa bezero berak azalduko bailuke, kontsultaren zergatia deitu ohi diogunari egingo lioke erreferentzia.

Diagnostikorako galderak

1. Zerk ekarri zaitu kontsultara?
 2. Zeri egozten diozu arazoa?
 3. Datu pertsonalak: adina, egoera zibila, lanbidea, harremanaren iraupena.
 4. Noiztik duzu arazoa? Noiz gertatzen zaizu? Nola gertatzen da? Non gertatzen zaizu? Norekin gertatzen zaizu?
 5. Noiz ez da gertatzen?
 6. Zein gaixotasun garrantzitsu izan duzu? Eta zure familiako kideek?
 7. Medikuek aginduriko botikarik hartu al duzu aspaldian edo hartzen ari zara orain?
 8. Hartzen al duzu normalean alkoholik edo medikuek agindu ez dizun beste edozein substantziarik (antidepresiborik, anfetaminarik, kokainarik...)?
-

1. taula. Deribaziorako elkarrizketa diagnostiko laburra.

Ondoren, pazienteak berak arazoari buruz egiten dituen atribuzioak aztertuko ditugu, hots, zeri egozten dion edo zerekin erlazionatzen duen. Informazio hau jaso ondoren, bere arazoa enkoardatzeko datu pertsonal batzuk eskatuko zaizkio (adina, egoera zibila, lanbidea, eta —beharrezkoa izanez gero— harremanaren iraupena).

Horren ostean, arazoaren inguruko zirkunstantzietan oinarrituko gara hurrengo galderak eginez: a) noiztik? (betidanik gertatu da? —lehen mailakoa—; edo bolada batez ondo funtzionatu ondoren, bat-batean arazoa agertu zen? —bigarren mailakoa—); b) noiz gertatzen da?; c) non gertatzen zaio?; d) norekin gertatzen zaio? (adibidez: ohiko bikotekidearekin bai baina noizean behingoekin ez —edo alderantziz—, edo pertsona guztiekin). Galdera hauen erantzunek arazoa hobeto ezagutzea ahalbidetzeaz gain, etiologia organikoaren/psikogenikoaren bereizketa egiteko aukera emango digute, arazoa kasu guztietan edo soilik batzuetan azaltzen den.

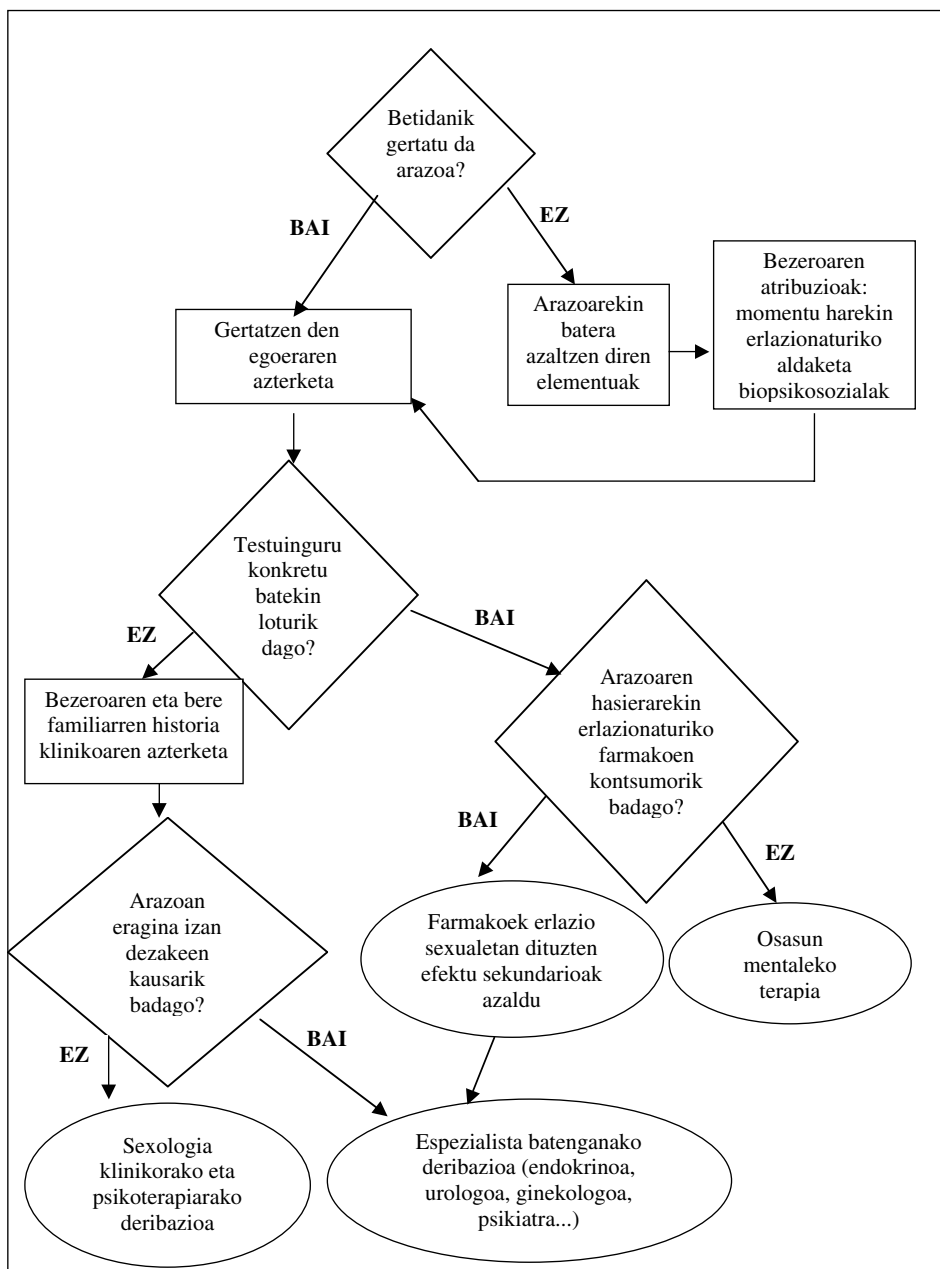
Beste puntu garrantzitsu bat salbuespenen inguruko informazioa eskuratzea da, hots, arazoa noiz ez den gertatzen. Galdera hau aurrekoen osagarria da, eta oso baliagarria da lagunduko baitigu etiologia mota zehazten eta arazoa nola mantentzen den ezagutzen. Galdera honen bidez arazoa testuinguru baten menpe dagoen ala ez ezagutuko dugu. Kasu gehienetan zailtasun sexualak jatorri psiko-soziala du, eta beraz, sexologo kliniko batengana edo psikoterapeuta batengana bideratuko dugu. Ez da ahaztu behar, ordea, gaixotasun edo farmako batekin erlazionatuta egon daitekeela.

Ondoren, bezeroak edo bere familiako kideren batek gaixotasun garrantzitsuak dituen ala ez arakatuko dugu. Elkarrizketa egiten ari dena familiako medikua bada, horrek jada historia mediko osoa izan dezake. Horrela ez balitz, eta informazioa osatzea beharrezkoa balitz, ezinbestekoa izango litzateke hurrengo arloen inguruan informazioa eskuratzea: bezeroaren historia klinikoa (bereziki, infekzioak, diabetesa, hipertentsioa, nahaste neurologikoak), operazio kirurgikoak (ginekologikoak edo urologikoak), obstetria-historia eta historia psikiatrikoa (bereziki barneherstura eta depresio-nahasteak).

Azkenik, galdera arrunt multzo honekin amaitzeko farmakoen kontsumoaren eta substantzien gehiegizko kontsumoaren inguruko azterketa sakona egingo dugu. Arazo sexualen deribaziorako diagnostikoaren eskema 2. irudian ikus daiteke.

Bestalde, esku artean dugun arazo motaren arabera, beharrezkoa izango da aurretik aipaturiko galdera arrunten osagarriak diren beste zenbait galdera egitea. Galdera hauek arazoaren jatorria bereizten lagunduko digute, eta ondorioz, arazoa profesional egokiarengana bideratzen ere bai. Hortaz, galdera osagarri batzuk aurkeztuko ditugu erekzio-disfuntziorako, aneialuziorako, eta eiakulazio berankorrerako. Beste arazo guztiak (baginismoa, desio-nahasteak, etab.) aipaturiko galdera arrunten barruan daudela uste dugu. Bezeroak erekzio-arazoak dituela esaten badu, gaueko edota eguneko erekzioak dituen (eta gaztea bada, gaueko poluzioei buruz ere galdetuko diogu), eta masturbazioarekin erekzioa lortzen duen galdetuko diogu. Galdera hauei negatiboki erantzungo balie, kausa organiko bat egon daitekeela esan genezake eta urologoarengana bideratzea komeniko litzateke. Ereizioaren oztopo mailari buruz ere galdetuko diogu, hau da, ea koitoa oztopatu, erraztu edo ezinezkoa bihurtzen duen eta ea isurketa gertatzen den.

Pazientea isurketa faltaz kexatzen bada, diagnostiko kliniko argia egiteaz arduratu beharko gara, kanpo-adierazpenari erreparatuz erraz nahas daitezkeen bi egoera gerta baitaitezke. Bakoitzak, ordea, ondorio ezberdinak ditu deribaziorako eta beraz, kontuz ibili beharko dugu. Gerta daiteke inolaz ere isurketa ez gertatzea, edo alderantziz, isurketa barrualderantz gertatzea. Puntu honetan funtsezkoa da gernu-analisia egitea ea espermarik dagoen jakiteko. Gernuan esperma aurkituko balitz, atzeranzko isurketa baten aurrean geundeke eta, ondorioz, beharrezkoa izango litzateke bezeroa urologia-zerbitzura bideratzea. Analiak negatiboak izanez gero, aneialuzioaren koadro kliniko baten aurrean egongo ginateke, eta kasu honetan deribazioa sexologo edo psikoterapeuta batengana egin beharko litzateke.



2. irudia. Arazo sexualen deribazioarako diagnostiko orokorraren eskema

4. Ondorioak

Izaera sexualeko zailtasunen edota patologia sexualen ebaluazioa egiteko hainbat metodo erabil daitezke. Hala ere, elkarrizketa da gehien erabiltzen den eta onartuen dagoen ebaluazio-teknika arlo honetan, beste ebaluazio-tresnekin konparatuz abantaila garrantzitsuak aurkezten baititu (bi norabideko komunikazioa, harreman enpatikoaren finkapena, malgutasuna, ezaugarri oso ezberdinetako populazioen arazoak ebaluatzeko posibilitatea). Elementu hauek paregabeko tresna bihurtzen dute elkarrizketa arazo sexualak aztertzeko, eta elementu horiei elkarrizketak ebaluazioa eta tratamendua lotzeko eskaintzen duen aukera gehitu behar zaie.

Hasierako helburutzat ebaluazioa badugu ere, elkarrizketak helburu terapeutiko bat ere badu. Diagnostiko bat lortzeko helburuarekin arakatzen ari garenean, aldi berean tratamendua hasteko bidea ari gara jorratzen, gure bezeroak tratamendua beharrezkoa balu. Bezeroarekin lan terapeutikoa egiten ari garenean, ez dago inolako interesik (terapiari begira) ebaluazioaren eta tratamenduaren arteko mugak zorrotz bereizteko, eta lan terapeutiko hori hobetuko da elkarrizketa sexualak eskaintzen duen jarraitutasunari esker.

Artikulu honetan elkarrizketa sexualaren ezaugarriak agertu ditugu eta lan egiteko geure eredia garatu dugu, deribaziorako elkarrizketa diagnostiko labur baten adibidea aurkezteaz gain. Horri dagokionez, egoki deritzogu hurrengo ezaugarri orokorrak azpimarratzeari, ebaluazio sexualaren planteamenduaren gakoa horietan dagoela uste baitugu eta, beraz, esku-hartzearen arrakastan eragingo baitute:

Bezeroaren eskaera modu egokian jaso behar da. Horretarako arreta berezia eskainiko diogu bezeroak kontaktzen digunari: zeintzuk diren bere zailtasunak eta gure laguntzarekin zer espero duen. Garrantzitsua da aldaketarako duen motibazioa gertutik jarraitzea, hala nola lan terapeutikoa norantz zuzendu nahi duen ikustea. Horren atzean egongo da bezeroaren igurikapenen arabera egiten den helburuen negoziazioaren funtsa. Gure esku-hartzearekin lortuko duguna neurri handi batean bezeroak egiten digun eskaera konkretuaren arabera egongo da. Klinikoaren esku eskaera berbideratzeko aukera baldin badago (azken finean bera baita osasun-egoeren eta patologia sexualen eta prozesu terapeutikoaren aditua), ezin dugu ahaztu aldaketa batzuk bezeroaren laguntzarekin soilik lortuko direla, eta bezeroaren bizipen propioaren eta erlazioetarako duen filosofiaren arabera egingo direla.

Lehenengo saio honetan, terapeutak bere *pertsona arteko trebetasunak eta gaitasun taktikoak jarri beharko ditu martxan harreman terapeutiko egokia lortzeko* eta horrela, bezeroak tratamendua onartzea eta aurrera eramateko prest egotea lortuko du. Oso garrantzitsua da terapeutak bere buruarengan konfiantza edukitzea, eta horretarako konpetentea eta eraginkorra izatea. Trebetasun taktikoei dagokienez, klinikoak jokaeraren kontrola izan beharko du, eta erreflexu azkarrekin eta erantzun bizkorrekin jokatu beharko du. Bestalde, bere mintzaira zaindu beharko du, adierazpen laburrak, zehatzak eta esanguratsuak eginez.

Klinikoaren jarrera lehenengo elkarrizketan (eta ondorengoetan) oso garrantzitsua da. Esan dugu lehenengo helburua harreman terapeutikoa finkatzea izango dela. Harreman hori konfiantzazko giro batean garatuko da, eta jarrera enpatikoa eta hartzailera eskatzen du klinikoaren aldetik, pazienteari hitz egiten utziz eta laguntza eskainiz hitz egokiak aurkitzen ez dituenen. Zailtasunak gutxiesten ez dituen edo bezeroaren sinesmenekin kritikoa ez den jarrera irekia eta ez erruduntzailea izan beharko du; jarrera profesionala eta aldi berean informazioaren itzulera gertutasuna adierazten duena, esku-hartzerako egokia den mailaraino barne-herstura jaitziz, eta bezeroen mintzaira mailara egokitzen den erregistroa erabiliz.

Azkenik, klinikoak *tratu beharreko arazoan eragina izan dezaketen edozein faktorearen aurrean arreta jarri beharko du eta adi jokatu beharko du*. Ez dugu ahaztu behar patologia sexualak izaera dimentsioanitza markatua duela, bere adierazpenetan eta etiologia-aniztasunean nabarmenki ikusten den bezala. Horregatik, aurkitzen ditugun arazo sexualen oinarrian egon daitezkeen arlo ezberdinei (arlotan biologikoari, psikologikoari edo sozialari) arreta berezia jarriko diegu, beste profesional batzuekin lan eginez eta, egoerak hala eskatzen badu, deribazioa erabiliz.

Bibliografia

- Bornstein, P. H. eta Bornstein, M. T. (1988): *Terapia de pareja: enfoque conductual sistémico*, Pirámide, Madril.
- Bueno, M. (1985): *Relaciones de pareja: principales modelos teóricos*, Desclée de Brouwer, Bilbao.
- Carrobes, J. A. I. (1988): "Evaluación de las disfunciones sexuales", in R. Fernández Ballesteros eta J. A. I. Carrobes (arg.), *Evaluación conductual*, 4. arg., Pirámide, Madril, 490-523.
- Carrobes, J. A. I. eta Sanz Yaque, A. (1988): *Terapia sexual*, Fundación Universidad-Empresa, Madril.
- Fernández Ballesteros, R. (1994): *Introducción a la evaluación psicológica*, 2. arg. (berrinprimaketa), Pirámide, Madril.
- Minuchin, S. (1984): *Técnicas en terapia familiar*, Gedisa, Buenos Aires.
- Neuburger, R. (1997): *Nuevas parejas*, Paidós, Buenos Aires.
- Sluzki, C. (arg.) (1975): *Psicopatología y Psicoterapia de pareja*, Nueva Visión, Buenos Aires.
- Stierlin, H. (1981): *La primera entrevista en terapia familiar*, Gedisa, Bartzelona.
- Wilson, P. H.; Spence, S. H. eta Kavanagh, D. J. (1995): *Técnicas de entrevista clínica*, Martínez Roca, Bartzelona.
- Willi, J. (1978): *La pareja humana: relación y conflicto*, Morata, Madril.

