

Osasun mentala: Gaixotu dugun mundu baten sintoma gara

Sarrera

Testu honetan, begirada politiko komun bat eraiki eta partekatu nahi izan dugu, osasun mentala-
ren ikusezintasun historikoa ordezkatzera etorri eta nagusitzen ari den diskurtsoaren alternatiba
izan nahi duena. Osasun mentala ez da jada ikusezina, baina ez zaigu gustatzen nola ari den
ikusarazten.

Buru-osasuna bere kaxa beltz historikotik ateratzeko saiakera, neurri handi batean, diagnostikoei
eta medikazioari buruzko datuen erabilera oinarritua da. Horrek ikusgai egiten du, baina halako
moldez, non areagotu egiten baitu arazoa bera: medikalizazio handiagoa, baliabide gutxiago for-
matu horretatik kanpo, ondoezaren jatorri soziala arakutzen duten galderen inguruko isiltasunaren
betikotzea. Esan daiteke osasun mentalaren inguruko diskurtso publikoa halako hipertrofia bat
jasaten ari dela, batez ere pandemiak geroztik; diskurtso jakin bat ari dela indartzen, medikalizatu
eta indibidualizatu egiten duena arazoa eta, batez ere, konponbidea.

Testuinguru horretan, hauexek dira testu honen helburuak:

1. Sufrimendua eragiten duten faktoreak aztertzea eta salatzea, sufrimendu hori politizatuz. Uste
dugu arrazoi sendoak ditugula hori egiteko.
2. Errealitate horri modu kolektiboan aurre egitea, horretarako ditugun bideak arakatzuz. Uste
dugu erantzun kolektiboak eraikitzeke unea dela, erantzukizun indibidual eta kolektiboak har-
tzekeoa.

Ez dugu uste “lehen hobeto eta orain okerrago” gaudenik; lehen ere egongo ziren noski beste
sufrimendu batzuk. “Aberatsek ere negar egiten dutela” ere ez dugu gogorarazi nahi; ziur gaude
lurreko beste leku batzuetan sufrimendu handiagoa dagoela muturreko gabezia eta indarkeriak
direla eta. Iparralde espoliatzailearen parte den munduko toki jakin honetan gaur egun dagoen
sufrimenduaz hitz egitea, horixe da gure xedea. Ezagutzen duguna aztertuko dugu, uste baitugu
oso lotuta dagoela proiektu modernizatzailearen hipokresiarekin. Sufrimenduak proiektu moderni-
zatzailearen ispilua dira, haren porrotaren sintoma.

Errealitate horri heltzean, elefante bat ontzi-denda batean bezala sartuko gara beharbada zenbait alorretan. Saiatuko gara esaten duguna zaintzen, baina sentitzen dugu inor mintzen badugu.

Eduki dugun zalantzetako bat honako hau izan da: buru-osasunaz hitz egin behar dugu, ala osasunaz oro har? Azken batean, arazoetako bat horixe da, hain zuzen: buruaren eta gorputzaren artean egiten den bereizketa, biak bat diren arren. Ezin dugu osasun mentalaz behar bezala hitz egin osasun orokorra kontuan hartu gabe.

Lan hau egiteko, ezinbestekoa izan zaigu OPIKen (Osasunaren Gizarte Determinatzaileei eta Aldaketa Demografikoari buruzko EHUko ikerketa-taldearen) eta Olatz Barrenetxea psikologo klinikoaren laguntza, baita beste hainbat pertsonarena ere. Halere, amaierako hitz eta planteamen-
duak gure ardura dira guztiz.

Azkenik, adierazi behar dugu osasun-sistemaren funtzionamenduari buruzko datu kuantitatibo eta kualitatiboak Hego Euskal Herrira mugatzen direla; etorkizunean Ipar Euskal Herriari dagoz-
kion estatistikak lortzeko ahaleginean jarraituko dugu, lurralde honen nazio-aitortzarekin lotutako
erronka baita. Nolanahi ere, uste dugu lan honetan jaso ditugun hausnarketak Euskal Herri oso-
rako egokiak direla.

1. Datuetatik harago²¹

1.1. Datuek erakusten digutena

Begiratzen dugun lekura begiratzen dugula, ondorioak argia dirudi: osasun mentaleko arazoak (hala izendatzen dira ofizialki, eufemismo argi hori erabiliz gaixotasun mentalaz ez hitz egiteko) pil-pilean daude. Datuek erakusten digute 2011 eta 2022 artean bikoiztu egin dela halako arazoak dituzten pertsonen kopurua, eta Hego Euskal Herrian hirutik bati eragiten diotela: mila pertsonako 338ri (mila emakumeko 369ri eta mila gizoneko 307ri). Helduengan agertzen diren arazo ohikoe-
nak antsietatearekin, loarekin eta depresioarekin lotutako nahasmenduak dira. Hogeita bost urte-
tik beherakoen artean, antsietate-arazoak, ikasteko zailtasunak eta Arreta Gabeziaren Hiperakti-
bitate Nahasmendua (AGHN). Utziguzue parentesi bat egiten: oso litekeena da hau irakurtzen ari
zaretenok erraz ulertzea zer esan nahi duten hitz potolo horiek... Ezagutza hori ez da ausazkoa,
eta hori argudiatzen ahaleginduko gara testu honetan.

21 Besterik adierazi ezean, dokumentu honetan ageri diren datu kuantitatiboak OPIKek emandakoak dira. Era berean, bi iturri hauetatik datoz: RAE-CMBD (osasun-jarduera espezializatuaren erregistroa) eta BDCAP (lehen arretako datu klinikoaren datu-basea), biak ere Espainiako Osasun Ministerioaren Osasun Sistema Nazionalaren baitakoak.

Era berean, psikofarmakoen kontsumoa ikaragarri altua da. 2022An, Espainiako Estatuan mila pertsonako 223 ari ziren medikuaren aginduz psikofarmako²² bat hartzen. Hemen, generoen arteko desberdintasuna askoz nabarmenagoa da: mila emakumeko 284, eta mila gizoneko 159. Beste hitz batzuetan esanda: emakumeak* medikatuago daude. Kontsumo hori asko ari da hazten gazteengan, eta igoera horretan eragin nabarmena dute determinatzaile sozialek: generoa (handiagoa nesengan), familiaren jatorria (handiagoa familia migratzaileetan; eta, horren barruan, handiagoa nesengan) eta maila sozioekonomikoa (zenbat eta txikiagoa, probabilitate handiagoa).

Datuek erakusten digutenez, arazo handi bat dugu jendarte moduan. Eta arazo hori jorratu nahi dugu testu honetan. Gehiago sakondu aurretik, ordea, funtsezkotzat jotzen dugun beste kontu bat ere aipatu nahi genuke: konponbideak ez du funtzionatzen. Gero eta diagnostiko eta medikazio gehiago dago, eta diagnostikoek gorantz jarraitzen dute. Horrek galdera asko jartzen dizkigu mahai gainean. Arazoaren irtenbideari buruzkoak ez ezik, arazoari berari buruzkoak ere bai.

Ukaezina da sufrimendu handia dagoela; egonezin handia eragiten diguten tentsio kolektibo asko bizi ditugu. Antsietateak, depresioak... arazo sozial eta kolektibo batzuk jartzen dituzte agerian. Zeintzuk? Arazo horietako batzuk, era berean, sufrimenduaren kontzientzia handiagoa dugulako ikusten ditugu. Nolako kontzientzia dugu sufrimenduaren inguruan, eta zer tresna ditugu sufrimendu horri begiratzeko?

Azkenik, sufrimendutzat jotzen diren beste arazo batzuk lexiko-aldaketa bati zor zaizkio: orain medikuntza-lexiko berri bat geureganatu dugu. Horrek badakar arrisku bat, ezinegona kudeatzeko beste modu bat hartzera eraman baikaitzake, guztiz oinarritzen dena medikalizazioaren normalizazioan eta terapia indibidual eta indibidualizatzaile merkantilizatuetan, zeinek ardurez gabetzen baikaituzte eta irtenbide bizkorrak bilatzera bultzatzen. Normalizazio horrek, galdera horiek guztiak eragozteaz gain, desahaldundu egiten gaitu: galdu egiten dugu sufrimenduari beste estrategia batzuekin (baliabide eta sare kolektibo edo komunitarioekin) erantzuteko gaitasuna.

1.2. Hainbat galdera datuetatik harago

Testu honetan argudiatzen saiatuko garen moduan, arazoa ez da zenbat diagnostiko egiten diren (eta ondorioz zenbat botika preskribatzen diren). Arazoak hiru dira, eta elkarri lotuta daude. Lehena, sufrimendu- eta ondoez-maila altua, tentsio kolektibo handien emaitza. Bigarrena, sufrimenduaren patologizazio eta medikalizazioa, ustelkeria farmazeutiko handiko osasun-sistema prekarizatu eta pribatizatu baten esparruan. Hirugarrena, osasunaren egungo ulerkeria, horren gainean oinarritzen baita ez soilik osasun-sistema, baizik eta baita munduan egoteko dugun modua ere.

22 Hemen sartzen ditugu antipsikotikoak, antsiolitikoak, hipnotikoak eta lasaigarriak, antidepresiboak eta psikoestimulatzaileak.

Arazo hirukoitz hori airean ez baizik bizitza zehatzetan kokatzearen, hartu dezagun tarte bat kezka berezia eragiten diguten bi egoera aztertzeko: emakumeen* antsietatea eta depresioa; eta nerabe eta gazteen egoera.

1.2.1. EMAKUMEEN* DEPRESIOAREN GAINDIAGNOSTIKOA

2011 eta 2023 artean, emakumeen* depresioaren diagnostikoa ia hirukoiztu egin da Hego Euskal Herrian. Genero-desberdintasun handiak daude antsietatearen eta depresioaren diagnostikoan, bai eta psikofarmakoen preskripzioan ere (sintomatologia berarekin, emakumei* botika gehiago errezetatzen zaizkie)²³. Zer dago horren atzean?

Genero-desberdintasun material eta sinbolikoek sufrimendu-maila handiagoak eragiten dituzte emakumeengan*. Gizonengan, lan-kontuak izan ohi dira osasun mentaleko arazoak sortzen dituzten arrazoi nagusiak; emakumeengan, ordea, egunerokotasunari lotutako hamaika kontu izaten dira, tartean baita lana ere: zaintza-gainkarga, hainbat alorretan bikaintasuna lortzeko espektatibak, exigentzia estetikoak...

Beste elementu aipagarri bat hauxe da: emakumeek* sarriago jotzen dute osasun-arretara barneratuago dauzkatelako zaurgarritasuna eta zaintzak. Erreparo gutxiago dute laguntza eskatzeko. Gizonak, aldiz, gutxiago joaten dira, gehiago kostatzen zaielako hauskortasuna onartzea, baina baita lehen arreta neurri batean inguru afektiboko emakumeengandik* jasotzen dutelako ere.

Depresio-diagnostikoa bera ere ezaugarri femeninoetara lerratuta dago. Osasun mental txartzat jotzen dena erlazionatuago dago emakumeekin*, eta hori sufrimenduaren ulerkera sozial jakin baten ondorio da. Depresioa negarrarekin lotzen da, eta ez beste jarrera disruptibo batzuekin (ondoezaren aurrean, gizonak beste era batera jokatu ohi dute; esaterako, substantziak kontsumituz). Osasun mentalari lotutako arazoen definizioan bertan, bada genero-alborapen bat: feminitatearekin lotutako ezaugarriak patologizatu egiten dira (emozionaltasuna, pasibotasuna, lasaitasuna), eta maskulinitatearekin lotutakoak, berriz, normalizatu (arrazionaltasuna, indarra). Maskulinitateak ezkutatu egiten ditu sufrimenduaren sintomak; beste hitz batzuetan esanda, sufrimenduaren ukazioaren gainean eraikitzen da. Azkenik, osasun-arretan nagusi diren androzentrismoak eta genero-alborapenak ere eragin handia dute desberdintasun hauetan.

Faktore horiek guztiak aldi berean aztertuta, argi ikusten da emakumeen* antsietatea eta depresioa gaindiagnostikatuta daudela, eta botiken kontsumoa ere biziki altua dela haiengan. Emakumeek* osasun-sistemarekiko eta botikekiko menpekotasun gero eta handiagoa dute eguneroko kontuei aurre egiteko orduan.

23 Depresioa (nahasmendu depresiboa eta/edo psikosi afektiboa) sufritzen zuten emakumeen* kopurua 24.345etik 74.342era igaro zen 2011 eta 2023 artean. Gizonen kasuan, 8.773tik 32.149ra. Antsietateak jotako emakumeak, berriz, 133.972 ziren 2011n eta 265.824, aldiz, 2023an. Gizonak, 61.084 eta 138.499, hurrenez hurren.

1.2.2. NERABEEN ETA GAZTEEN OSASUN MENTALA

Gazteen eta nerabeen osasun mentala kezka-iturri handia da, eta ertz askokoa. Ikus ditzagun horietako batzuk.

Genero-desberdintasunei dagokienez, AGHN kasuak eta portaera-nahasmenduak ohikoagoak dira beti mutilengan. Depresioaren eta antsietatearen kasua desberdina da: hamabi urtetik behera, ez dago genero-desberdintasunik (eta arazo horiek ez dira ia agertu ere egiten). Baina, hamabi urtetik aurrea, joera-aldaketa argi bat gertatzen da, eta diagnostikoa nabarmen handiagoa izaten da neskengan. Diagnostikoa izan nahiz ez, argi dago sufrimendu psikikoa neskengan metatzen dela.

Kontuan hartzekoak dira honako hauek: garai honetan, genero-ereduek askoz indar handiagoa hartzen dute; era bateko edo besteko indarkeriak jasateko arrisku handiagoa dago (abusuzko edo mendekotasunezko lehenengo harreman sexual eta afektiboak); exigentziak ere ugaritu egin ohi dira hainbat alorretan (norberarena eta kanpokoena, akademikoa, estetikoa...).

Galderak sortzen dituen beste alderdi bat haziera-moduan egon den aldaketa da. Nahiz eta metodo autoritarioagoetatik onberagoetaranzko eredu-aldaketak onura ukaezinak izan ditzakeen, aldi berean zailtasun handiagoak ekar ditzake muga osasungarriak ezartzeko orduan. Gainera, segurtasun ezaren pertzepzioa zabaltzen ari da, eta baliteke horren ondorioz hainbat pertsonak autonomia nabarmen galtzea, bereziki neskek.

Azpimarratu nahi dugun azken elementu bat: aipatu dugun moduan, badirudi psikofarmakoen kontsumoa asko ari dela hazten gazteen artean. Horren atzean egon litekeen sufrimendu-maillak sortzen digun kezkaz gain, bada erne jartzen gaituen beste kontu bat ere: pilulak kontsumitzea sozializazio-modu bihurtzen ari ote da? Sozializazioak, osasun mentalarekin lotutako gaietan, medikalizazioaren normalizazioarekin batera, eragin al dezake kontsumo hori talde-identitatea eraikitzeke modu bihurtzea?

1.3. Egun dagoen mina itzela da

Datuek adierazten duten, gairakimentsiona dezaketen eta estaltzen dutenaren artean, badago komunean oinarritzko esentzia bat, eta hori sufrimendua da, hain zuzen ere. Dударik gabe, sufrimendu horren tonalitateak eta intentsitateak oso desberdinak dira, eta min horrek hartzen dituen formak ere oso anitzak dira. Are gehiago, haietariko batzuk pertsonak muturreko egoeretara eramaten ari direla ukaezina da. Baina komunean muin bera dute: mina. Horrenbestez, hau da egungo argazkiak azaltzen duen sintomatologia: psikofarmakoen kontsumoa, depresio eta antsietatearen diagnostikoen portzentajeak, laguntza profesionalaren eskaeraren gorakada edota gure egunerokotasunean naturalizaturik daukagun ezinegon iraunkor hori, besteak beste, sufrimendu horren adierazle desberdinak dira.

Dokumentu honen funtsa sufrimenduaren esanahian bete-betean murgiltzea da. Abiapuntu gisa, argi dugu instalaturik dagoen sufrimenduaren patologizatzeko eta indibidualizatzeko dinamika honek ezkutatu eta barreiatu egiten dituela sistemaren egiturazko gabeziak eta hutsegiteak, baita ar-dura indibidualak eta kolektiboak ere. Gaiari bere sakontasunean heldu nahi diogu, egun dagoen min itzel horren arrazoiak eta kausak arakatuz eta, horrekin batera, egoera horri ekiteko ikuskera, helduleku eta baliabide berriak eskainiz. Edozein kasutan, egoerari aurre egiteko garaia da, eta azterketa honek ahalduntze kolektibo eta pertsonaletik abiatuko den bide horretan aurrera egiteko tresna bat izan nahi du.

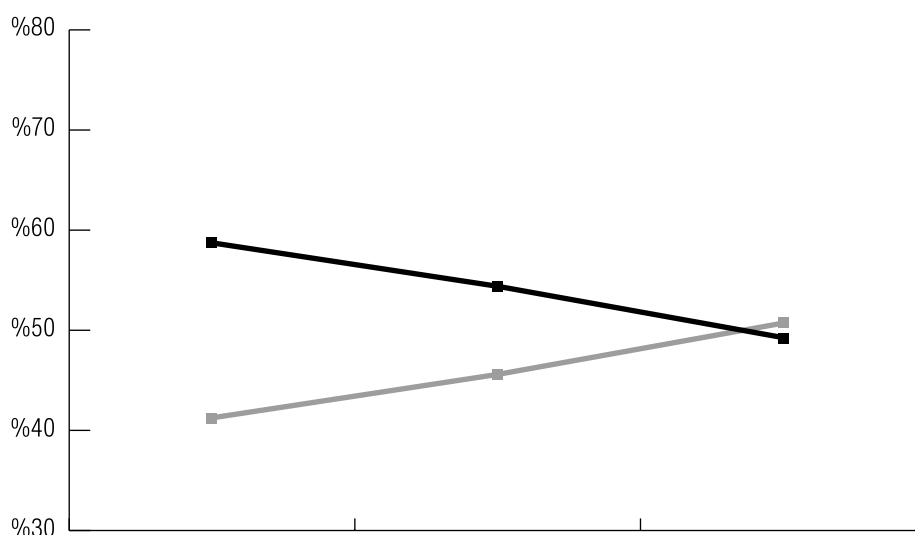
2. Osasun mentala, osasun-sistema eta osasunaren ulerkera mendebaldarra

2.1. Gaurko osasun-sisteman osasun mentalari eskaintzen zaion arreta

Lehen arreta da ondoez emozionalaren osasun-arretara heltzeko sarbidea. Hara iristen diren kasuen ugaritasuna kudeatzea ezinezkoa da, izugarria baita arreta-maila honek bizi duen prekarie-tatea: hainbat sektorek zuzenean salatu duten moduan, “desegituratze” bat ari da sufritzen. Lehen arretara jotzen duten pertsona asko maila horretan geratzen dira. Aurrerago argudiatuko dugun moduan, hori ez litzateke arazo baldin eta kalitatezko arreta eskaintzerik balego. Arazoa zera da, botikak errezetatzeaz gain akonpainamendu eta segimendu egokirik ezin egin izatea baliabideak gainezka daudelako.

Lehen arretan trabatuta geratzen direnekin batera, badira beste batzuk osasun-sistemeekin ha-rremanetan jartzera ere iristen ez direnak. Izan daiteke haien egonezinak ez direlako sartzen osasungintzan erabiltzen diren parametro biomedikoetan. Edota egonezina naturalizatu egiten delako eta/edo egonezin horren erantzun indibidualizatu eta medikalizatua naturalizatu egiten delako. Onartu egiten al dugu ez dela problematikoa gaizki egotea, edo lo egiteko kontsulta pri-batuan errezetatutako lorazepam bat hartzea? Erantzun indibidualizatu hori biziki merkantilizatuta dago, eta gero eta terapia gehiago dago parametro biomedikoen barruan eta horietatik kanpo. Osasun-sistematik kanpo erantzuteko gaitasuna, beraz, sakonki baldintzatzen du klase sozialak. Baita generoak ere, grafiko honetan ikus daitekeen bezala:

Osasun mentala, generoka, HEH, 2022



	Medikaturako pertsonak	Osasun mentaleko arazoak dituztenak	Arreta espezializatuan daudenak
—■— Emakumeak	58,8%	54,4%	49,2%
—■— Gizonak	41,2%	45,6%	50,8%

Iturria: Geuk egina, RAE-CMBD erregistroaren eta BDCAP datu-basearen datuetatik abiatuta.

Osasun-sistemara itzuliz: lehen arretatik, arreta espezializatura bideratzen dira larriagotzat edo bilakaera zailekotzat jotzen diren egoeran daudenak. Arazoa haxe da: askotan ez direla larritasun-irizpidetzat jotzen asko sufritzea edota funtzionaltasuna murriztuta edukitzea, eta jarrera-parametro normatiboetatik aldentzen direnak soilik bideratzen direla arreta espezializatura. Izan daitezke, edo ez, gehien sufritzen duten pertsonak. Baina, dudarik gabe, sozialki deserosoak gertatzen direnak dira.

Osasun-zerbitzu espezializatuek osoko arretan funtsezko garrantzia duten gizarte-zerbitzu edo beste zerbitzu batzuekin koordinatuta egin behar dute lan. Printzipioz buru-osasuneko arreta gihatzen duen eta aldarrikapen eta aldaketa historikoen ondorio den ikusmolde psikosozialari erantzuten dio koordinazio horrek.

Duela hainbat urte, osasunaren eta medikuntza komunitarioaren ikuspegi psikosozial batekin bat etorritik, itxi egin ziren izendapen okerreztar deitzen ziren egoitzak, eta osasun mentala osasun-sistemaren barruan kokatu zen. Eta, aldaketa horretan, berebiziko garrantzia izan zuten gizarte-zerbitzuek. Testuinguru hartan, larrialdi-unitate espezializatuak eta erietxe orokorretan ospitaleratzeko unitateak ireki ziren, eta zerbitzu-sare bat sortu, besteak beste osasun mentaleko zentroak eta bitarteko unitateak, esaterako eguneko ospitaleak. Gainera, hainbat neurri ere hartu

izan dira epe luzeko unitateetako lekuak gutxitzeko, horien ordeaz pixkanaka bestelako egiturak ezarri, esaterako miniegoitzak eta pisuak. Halere, neurri horiek ez dira inolaz ere nahikoa psikiatria komunitariorantzko bidea deitu nahi izan zaion adar horretan. Bide horrek asko du oraindik ibiltzeko, eta gaur egun ikaragarri prekarizatuta dago.

Azpimarratzekoa da, era berean, osasun mentaleko zerbitzuen asistentzia-praktikan tratamendu biologizista bat inposatzen dela askotan. Alegia, kasu guztiak tratatzen dira disfuntzioen kausak biologikoak balira bezala eta, ondorioz, soil-soilik parametro biomedikoetako arreta behar balute bezala, aintzat hartu gabe egunerokotasuneko gorabeherak, kontu materialak edo bestelako faktoreak. Kasu batzuetan disfuntzioen kausa biologikoa izan litekeela onartuta ere (eztabaidagarria), gutxitan egiaztatu izan da halako kausarik, eta, hala ere, tratamendua berdina da kasu guztietan.

Horrekin guztiarekin batera, koordinazio-arazo handiak daude osasun publikoko zerbitzuen eta gizarte-zerbitzuen edo bestelako agenteen artean, administrazio-sektore desberdinetakoak direlako (EAEren kasuan, Osakidetza, aldundiak, udal zerbitzuak eta abar), eta, ondorioz, oso konplikatu da akonpainamendu egoki bat eskaintzeko beharrezkoa den arreta multidiziplinarioa antolatzea. Azkenik, bai osasun-zerbitzuak, bai gizarte-zerbitzuak, prekarizazio- eta pribatizazio-maila altuak sufritzen ari dira.

Horren guztiaren ondorioz, profesionalak baldintza jasanezinetan ari dira lanean. Ez dago denborarik, ez dago inolaz ere denborarik, pertsona baten bilakaera ikusteko hurrengo hitzordua gizalegezko epe batean jartzeko. Baina estresa lan-agendako arazotzat jotzen da, eta ez arazo sistemikotzat. Egoera honek ez dio soilik osasun-alorrari eragiten, baizik eta baita hezkuntza-maila guztietako irakasleei ere, adinekoen egoitzetako langileei... Sufritzen dutenak bizi diren espazio guztietan ardurak dituztenengana iristen da estresa. Eta, jakina, familiaraino heltzen da azkenean (eta, haien barruan, emakumeenganaino), eta askotan horixe izaten da zailtasun handiko arazoak konpondu behar izaten diren azken eremua.

Emakumeen depresioaren gaindiagnostikoa salatu dugu gorago. Praxi txarra ote da kontua? Deskribatzen ari garen testuinguruan, ulertzen dugu askotan profesionalek ez dutela praxi txarra espresuki gauzatzen: lanez gainezka egoten dira, askotan ez dakite zer egin aurrean dauzkaten arazoak konpontzeko (osasuna ulertzeko modu mendealdarrak ez duelako horretarako tresnarik ematen, ikusiko dugun moduan), eta presio soziala jartzen die testuinguruak (sarritan baita ondoezik dauden pertsonak berek ere) irtenbide bizkorrak aurkitu ditzaten. Testuinguru horretan... egiten dakiten gauza bakarra egiten dute: errezetatu. Beste batzuetan, badute beste zerbait egiteko jakintza eta borondatea, baina, besterik gabe, ezinezkoa da.

Prekarizazio- eta pribatizazio-maila ikaragarri altuen eta ikuspuntu biomedikoen nagusitasunaren ondorioz, psikiatriaren eta gizarte-zerbitzuen praktikan oso ohikoa da buru-osasuneko arazoak dituzten pertsonen aurkako indarkeria, pertsona horiek berek ozen salatu izan dutenez. Indarke-

ria dago, halaber, botikek izan ditzaketen ondorioen inguruko desinformazio orokortuan, besteak beste botika horiek sor ditzaketen dependentziei dagokienez. Gainmedikazioa eskuz esku doa enpresa farmazeutikoen botere izugarriarekin. Ustelkeria farmazeutikoa oso maila altuetan dago, eta osasun-sistema baldintzatzen du. Osasun mentala negozio handi bilakatu da.

Laburbilduz, gaur egun osasun mentala kudeatzeko baliatzen den modua, ustelkeria farmazeutikoari lotutako prekarizazio- eta pribatizazio-testuinguru honetan, berez (ez teorian) biomedikoa den ikusmolde batek gidatzen du, eta horrek gaindiagnostikoak eta gainmedikazioak ekartzen ditu, diagnostikatuta eta/edo medikatuta dauden pertsona askoren aurkako eguneroko indarkeria, profesionalentzako lan-baldintza (eta bizi-baldintza) jasanezinak, sostengurik jasotzen ez duen edo jaso ahal izateko ordaindu behar duen populazioaren hazkunde esponentziala eta ondoezaren arrazoi sozialen inguruko eztabaidaren itxiera.

2.2. Gure osasun-sistemaren oinarriak

Arestian aipatu dugun moduan, gertatzen ari dena ulertzeko, gure osasun-sistemaren oinarriak ulertu behar ditugu. Egungo osasun-sistemaren parametroak eta oro har gure osasunari buruzko kontzeptualizazioa biomedikuntzan oinarritzen dira; eta era berean, biomedikuntza Mendebaldeak gorputza eta osasuna ulertzeko duen paradigman kokatzen da.

2.2.1. BIOMEDIKUNTZA

Biomedikuntza XVIII. Mendearen amaieran sortu zen, Zientziako epistemologiaren parametroetan kokaturik, hain zuzen ere. Instituzioen eta boterearen aurrean, biomedikuntzaren sorrerak jauzi kualitatibo bat ekarri zuen garai hartako osasunaren inguruko bestelako jakintzentzat: esperientzian oinarritutako medikuntzatik metodo zientifikoan oinarritutako medikuntzara.

Garai hartan, gorputzaren gaineko bestelako ezagutzak zituzten horiek (emakumeak) biomedikuntzaren sortze-prozesutik kanpo geratu ziren, debekatu egin baitzen haien parte-hartzea. Horrek bi ondorio nagusi ekarri zituen: batetik, emakume horien guztien jakintzaren genealogia galtzea; bestetik, medikuntzaren jakintza berriaren sorreran emakumeen beharrak aintzat ez hartzea eta, ondorioz, haiek medikuntzaren arretatik kanpo geratzea. Hau da, emakumeok medikuntza ofizialaren parametroetatik kanpo geratu ginen.

Metodo zientifikoan oinarritutako medikuntza eraginkorra da osasun-arazo batzuei aurre egiteko, dudarik gabe. Batez ere, larriak diren osasun arazoak, bukaera eta amaiera argia dutenak, organo zehatzetan kokaturik dauden edota etiologia oso definitua duten gaixotasunak eta teknologia sanitarioaren interbentzioa erabakigarria den osasun-arazoak tratatzeko. Baina espezializazioan eta biologian sustraitutako medikuntza-eredu horrek ez du buru-osasunean arretarik ahalbidetzen. Beste era batean esanda, osasun mentalak ez du enkajitzen biomedikuntzaren ereduak. Gabezia horri buru egiteko, psikiatria da sortzen den azken espezialitatea, XIX. Mendearen bu-

kaeran, biomedikuntzaren parametro berdinetan eta eredu bera mimetizatuz: gaixotasunen jatorri biologikoetan arreta jarritz.

Horrenbestez, egungo osasun-sistema, generoaren ikuskeraren gabezia erroturik egoteaz gain, buru-osasunari arreta jartzeko ezintasunean oinarritzen da. Eredu honentzat osasunaren eta buru-osasunaren arteko banaketa logikoa da; banaketa horri esker manten daitekeelako gorputzaren arretan oinarritutako biomedikuntzaren eredua bera.

Dena den, medikuntzaren marko horren agorpena agerian gelditzen da beste parametro batzuetan kokatzen diren gaixotasunen aurrean. Esate baterako, jatorri organikorik ez duten arazo psikosomatikoekin: biomedikuntzak horien aurrean duen ezintasunaren ondorioz, profesionalen artean etsipena eta medikalizaziorako joera nagusitzen dira.

Guk dioguna da osasuna eta buru-osasuna zatiezinak direla: osasuna da bizitza oinarritzeko oreka, kalitate eta goxotasunarekin bizitzea ahalbidetzen duena. Argi dago buru-osasuna ezinbesteko pieza dela norberaren osasunaren orekan.

2.2.2. GORPUTZARI ETA OSASUNARI BEGIRATZEKO IKUSPUNTU MENDEBALDARRA

Biomedikuntzaren muinak agerian uzten du osasuna eta osasungintza kontzeptualizatzeko modu propio batean oinarritzen dela eta, bide batez, haren jarduerak kontzeptualizazio hori elikatu eta sustatu duela. Horrenbestez, gure iruditegi kolektiboan osasunari buruz dugun ikuskera eta ulerkera eraikuntza sozial bat da, argi eta garbi. Horrek esan nahi du barneraturik daukagun osasunaren zentzu bital eta praktikoa ez dela neutroa, are gutxiago naturala.

Zer esan nahi dugu horrekin? Gizarte bakoitzak bere oinarrian ezarritako paradigmaren ezaugarriak islatzen dituela. Paradigmari buruz ari garenean, jendarte bakoitzak mundua ezagutzeko, antzemateko eta aipatzeko erabiltzen duen kosmo-ikuskeraz ari gara, hau da, errealitateari buruz egiten duen berezko interpretazioaz. Eta, dudarik gabe, osasunaren esanahia kosmo-ikuskeraren horretan kokatu beharra dugu.

Egun Mendebaldean gure sistema sostengatzen duen paradigma ofiziala krisian eta desegiten egon arren, haren ezaugarriek gure bizitza eta bizimodua norabidetzen dituzte oraindik, eta sinetsarazten digute horien gaineko sinesmenak propioak direla. Honako hauek dira gure osasun-sistema ofizialean eta osasunaren begiradan eragiten duten parametroak:

Ikuspegi mekanizistaren eskutik gorputza eta buruaren artean ezarritako dikotomia eta, horren baitan, arrazoimenari esleitzen zaion balio nagusia, gorputza pertsonaren atal mekaniko gisa irudikatuz.

Maxima horrek osasuna interpretatzeko moduan eragiteaz gain, bizitza bizitzeko eran eragiten du. Burua eta gorputzaren artean ezartzen den harreman hierarkiko horrek buruan bizitzera era-

maten gaitu gehienetan, eta ez gorputzean. Horren ondorioz, gorputzarekiko dugun deskonexioa erabatekoa da, eta berarekiko dugun ikuspegi instrumentalista oso naturalizaturik daukagu. Hau da, gure gorputza makina hutsa izango balitz bezala tratatzen dugu: ez diogu entzuten, ez dugu sentitzen eta ez diogu hitz egiten.

Oro har gizakiok gorputzarekin ezartzen dugun harremana oso urrunekoa da. Eta pertzepzio hori paradoxikoa da: hain zuzen ere, gorputza bera da gure esentzia, gure existentzia eta gure presentzia ahalbidetzen dituen. Berarekiko eratu dugun begirada oso biologizista da, batetik; bestetik, oso materialista, utilitarista eta merkantilista. Kapitalismoak azken hori indartu du bereziki. Eta horri guztiari mandatu heteropatriarkala gehitzen zaio, emakumeoi gorputzarekiko exigentzia estetikoa ezartzen diguna eta horren ondorioz emakumeok gure gorputzarekin borroka permanente batean bizitzera kondenatzen gaituena.

Horrenbestez, norbere osasunaren begirada egiturazko defizit horretan oinarritzen da: gure espazio fisikoaren edo gure etxearen ezjakintasunean eta batzuetan mespretxuan. Eta, noski, abiapuntu horrek ez digu ahalbidetzen benetan gure osasunaren erantzuleak eta subjektu aktiboak izatea. Kontrakoa, osasunarekiko izaten dugun jarrera oso pasiboa da.

Osasunaren ikuskeraz gain, gorputzarekiko ikuspegi mekanizista da osasun-sistemaren oinarrietako bat, eta, horregatik, egungo medikuntzan gailentzen den ikuspegia biologizista da. Horrek hainbat ondorio ditu. Batetik, eredu espezialistan oinarritzea eta osasuna modu integralean aintzat ez hartzea. Beraz, ukaezina da gorputzaren organoen eta sistemen arabera diseekzioak zehaztasun-maila handia ekartzen duela, baina horien arteko interdependentziaren ikuspegiaren galera ere ekartzen du. Abiapuntu horretan oinarritzen da osasun fisikoaren eta mentalaren artean egiten den bereizketa. Eta ikuspegi mekanizista horrek osasun mentalaren gaineko interbentzioa zailtzen du, besteak beste, jatorri organikorik gabeko arazo psikosomatikoak agertzen direlako.

Bestetik, osasuna izatea gaixotasunik ez izatearekin identifikatzen da. Alde horretatik, gaixotasunen trataerari jartzen zaio arreta, eta ez hainbeste pertsonari, eta ezartzen diren interbentzioek eta tratamenduek gaixotasunak gainditzea dute helburu. Horrekin batera, aplikatzen den diagnostikoak kausa-efektuaren logika linealari erantzuten dio, alboratuz gorputzak duen konplexutasuna eta pertsona bakoitzaren idiosinkrasia. Gaixotasunaren inguruko fokalizazioak ekartzen du prebentzioa lehentasuna ez izatea edo haren lanketa oso mugatua izatea.

Gure gorputzaren eta existentziaren mugen ukazioa. Maxima horrek bat egiten du gure zaugarritasunaren ezeztapenarekin eta heriotzaren inguruan ezarritako tabuarekin.

Ikuspegi mekanizistak eta utilitaristak gure gorputzaren mugak aintzat ez hartzea eramaten gaituzte. Alde horretatik, heriotza modu natural batean hartu eta gure bizitzaren zikloaren beste fase bat balitz bezala ulertu beharrean, hura ukatzeak beldurraren mamua sostengatzen eta elikatzen du. Horrekin batera, kapitalismoak ezartzen duen muin produktibistak joera hori sakontzen du.

Gure inkontzientean hilezkortasunaren sinesmenean murgilduta bizi gara, eta gure gorputzarekiko mantentzen dugun erlazioa exigentziaren terminoetan kokatzen dugu. Orokorrean oso gutxi zaintzen eta mimatzen dugu gure gorputza; are gehiago, heriotzaren beldurraren mamuak baldintzatu eta desitxuratu egiten du berarekiko harreman naturala.

Egungo medikuntzaren eredia Zientzietako epistemologian kokatzeak ekarritako zientifismoaren nagusitasuna.

Zientziaren gainean eraturiko nagusitasunak eta monopolioak zientifismoa bultzatu du, metodo zientifikoari objektibizazio-printzipioa eta izaera unibertsala eta neutrala esleituz. Zientifismo horren ondorioz, errealitatearen inguruko azterketa oso mekanizista da, noranzko bakarrekia eta kausa-efektuaren legean ardaztua. Horretaz gain, ikusmolde teknozientifiko horren begirada gailentzen da, bestelako jakintzak gutxietsiz estatus zientifikorik ez dutelako. Eta horrek medikuntzaren eremuan eragin du: gure herriko osasun praktiken inguruko jakintza tradizionalari ez zaio bere ekarpenaren balioa aitortu.

Patriarkatuan oinarritutako medikuntza.

Medikuntzaren ikuspegi mekanizistak gizonaren gorputza du abiapuntu, eta osasun-sistemaren arkitektura gizonaren begirada eta beharretatik eraiki da. Horretaz gain, ikuspegi biomedikoak bultzatutako amatasunaren kontzeptualizazioa eta interbentzioa gaixotasunaren kategoriarekin parekatu dira.

Kapitalismoak bultzatutako medikuntzaren merkantilizazioa.

Kapitalismoak bete-betean baldintzatzen eta norabidetzen du praktika biomediko hori, interes ekonomikoak lehenetsiz eta osasuna negozio huts bilakatuz, haren merkantilizazio- eta pribatizazio-prozesua hauspotuz.

2.2.3. EGUNGO OSASUN SISTEMAREN EREDUA GAINDITU BEHARRA

Dudarik gabe, begi bistakoak dira egungo osasun-sistemaren ereduak medikuntzaren unibertsioan ezarritako onurak, aurkikuntzak eta aurrerapenak, eta ukaezina da horrek eragina izan duela, neurri batean, Mendebaldeko jendartearen bizi-kalitatean. Arestian aipaturiko ezaugarri horiek (zientziaren inplikazioa, metodo zientifikoa, espezializazioa edota gaixotasunei aurre egiteko eraginkortasuna) osasuna bermatzeko prozesuaren arrakastarako ezinbesteko oinarriak izan dira. Baina osasun mentalaren inguruan zabalduko kezkek eta premiek, eredu honen topeak agerian uzteaz gain, haren egiturazko gabeziak eta ezintasunak islatzen dituzte. Eta horrek eredu birpentsatzera eta osasunaren gaineko begirada holistikoa berrosatzera garamatza.

3. Ezinegonaren jatorri sozialak

3.1. Gaixotu dugun mundu baten sintoma gara

Osasun mentalaren jatorrizko kasuistikan arrazoi sozialak azaltzen dira arrazoi nagusi gisa. Gai horri buruz buruturiko ikerketetan, ezinegonaren jatorri soziala oso partekatuta eta barneratuta dagoen irizpide eta hausnarketa da. Baina, jatorri sozialaren esanahia arakatzean, bestelako aldagai batzuk agertzen dira: errealitatean erabat elkarloturik dauden eta gure gizarte-ehunaren muinean eragiten duten osagaiak dira.

Hausnarketa horri heltzeko, ebidentzia batekin hastea abiapuntu ezin hobea iruditu zaigu: gaixotu dugun mundu baten sintoma garela, hain zuzen ere. Gu gaixorik gaude, gu gaixotzen gara, guk sufritzen dugu, guk sentitzen dugun mina itzela da. Hori guztia krisian dagoen mundu baten testuinguruan ari da hedatzen. Eta testuinguruari erreparatzeak eta gure begirada gure zilborretik harago altxatzeak panoramaren bestelako ikuskera bat eskaintzen digu. Mundua ez dago krisian kasualitatez, mundua guk jarri dugu krisian. Beraz, guk gaixotu dugu mundua, eta, paradoxikoki, pairatzen ari garena munduaren gaixotasunaren sintoma da.

Azterketa honen funtsa ez da soilik egoera ulertzeko gakoak eskaintzea. Gertatzen ari denaren marko erreferentziala elaboratzeaz gain, eraldatzeko abiapuntua irudikatzea dugu helburu. Alde horretatik, gaixotu dugun mundu baten sintoma garela aitortzeak dagokigun tokian kokatzen gaitu, apaltasunez eta zintzotasunez; eta, bide batez, mundua bertan egoteko bestelako jarrera batetik eraikitzea ahalbidetzen du.

3.2. Prekarietate materiala

Sufrimenduaren jatorri sozialean arakatzeko, begi bistakoa da baldintza material eskasetan bizitzeak, hau da, biziraupen materiala kolokan izateak, eragin zuzena duela norberaren osasunean. Baldintza falta horrek edonor gaixotzen du. Baina, prekarietate materiala esaten dugunean, ez diegu solik arreta jartzen mutur bateko egoerei. Prekarietate materialaren eskutik egun zabaltzen eta normalizatzen ari den erregimena bizitzaren prekarizazioa da, eta egoera horrek, orainean ezegonkortasun permanentea ezartzeaz gain, etorkizuneko bizi-proiektua eraikitzeke ezintasuna dakar. Noski, horrek guztiak barne-tentsio bat sortzen du gure barruan, eta beldurra, urduritasuna eta estresa elikatzen ditu. Horrenbestez, prekarizazioan oinarritutako bizimoduak nekez ahalbidetu dezake bizitza osasuntsu bat. Prekarietateak gure osasunean, gure orekan eta gure aldar-te-egoeran eragiten du, dudarik gabe. Eta eragin horren ondorioz sortzen diren ezinegonak eta sufrimenduak bete-betean baldintzatzen dute osasun mentala.

Alde horretatik, osasun mentalaren diagnostikoek arazo indibidualei esleitzen dizkieten abizen emozionalak, askotan, arazo materialak eta kolektiboak dira, jendarte honen gabezia estruktu-

ralek eta bidegabeeko portaerek sorturiko ondorioak, hain zuzen ere. Beste era batean esanda, langabezia pairatzeari antsietatea esaten zaio, edota zaintzaren gainkarga depresio gisa diagnostikatzen da.

Baina, osasun mentalaren mozorroarekin, sistemak bere aurpegia zuritu eta pertsonarengan kokatzen du ardura osoa: bere prekarietateak ateratzeko ardura, batetik, eta prekarietatearen ondoriozko gaixotasunari aurre egiteko ardura, bestetik.

3.3. Gure jendartearen bestelako korapiloak: tentsio kolektiboak

Bizitzaren prekarizazioaz gain, egungo eredu sozialak bestelako korapiloak barne hartzen ditu, eta horiek bete-betean eragiten dute gure bizimoduan, gure sozializazio-prozesuan, gure arteko harremanen ezaugarritzean eta errealitatea antzemateko moduan, besteak beste. Eta horiek guztiek baldintzatu egiten dituzte gure oreka emozionala eta bizitzako erronkei aurre egiteko gaitasuna.

3.3.1. ESPEKTATIBAK, DISOZIAZIOA, FRUSTRAZIOA ETA NORBERE EMOZIOAK KUDEATZEKO GAITASUNIK EZA

Honako hauek dira gure bizi-eredua ezaugarritzen duten osagaiak: lekuz kanpoko espektatibak, disoziazioa, frustrazioa eta geure buruaz eta geure emozioez ez arduratzeko joera, besteak beste. Sistemak transmititzen duen errealitatea dikotomikoa da, batetik, suntsitze prozesu batean murgilduta dagoen mundua, arriskuz beteriko mundua; eta, bestetik, mundu magikoa, dena lor daiteken mundu perfektua: arrakasta, edertasuna, zoriontasuna eta betiereko gaztetasuna. Bizitzaren digitalizazioak erabat dimentsionatu du dikotomia horren irudikapena, eta hirukoiztu egin ditu haren efektuaren ondorioak. Horrenbestez, errealitatearen bi mutur horien artean kokatzen da egun gure bizitzaren erreferentzia. Horrekin batera, sistemak, bere bidegabekeria eta haren ondorio sozialak ezkutatu nahian, norberaren ardurapean kokatzen ditu bakoitzaren ongizatea eta arrakasta, eta horrek sustatu eta elikatu egiten du bi muturreko egoera horren bizipenaren pertsonalizazioa.

Egoera horrek disoziazio permanente batean bizitzera garamatza, benetako errealitatearen eta fikziozkoaren artean sorrarazten den disoziazioan, hain zuzen ere. Batetik, saltzen dizkiguten espektatiben esklabu bizi gara, eta, ez badugu lortzen espektatiba horiek betetzea, gure ardura eta ezintasunengatik dela sinetsarazten digute. Beraz, beti lehiakorak, ederrak, azkarrak, arrakastatsuak eta, noski, zoriontsuak bizitzera kondenaturik gaude. Emakumeoi biderkatu egiten zaigu hori guztia, eta, gainera, zaintzailerik onenak izan gaitezen espero da. Baina, bestetik, ideal horretara ailegatzeko ezintasunaren aurrean aurkitzen garenean, apurtu egiten gara, eromenaren sententzia nagusitzen da gure baitan, baita bestelako sentimenduak ere: erruduntasuna, frustrazioa eta porrota, besteak beste.

Lekuz kanpoko espektatiben eta benetako errealitatearen arteko talkak pertsonengan sortzen duen nahasmenduak eta hori kudeatzeko ezintasunak gure osasunean eta oreka emozionalean ekartzen dituzten ondorioak, oso larriak bilakatu dira. Sistemak ezarritako sinesmenak oso barneraturik dauzkagu, eta, norbere identitatearen berezko ezaugarriak moldatzen eta hori guztia emozionalki kudeatzen ahalegintzean, umezurtz eta ezigauza sentitzen gara. Eta ailegatu nahiaren eta ailegatu beharraren arteko dialektikaren zurrumbilo horretan galtzen gara.

Sistemari ez zaio interesatzen bere baitan pertsona ahaldunduak izatea, eta, oro har, pertsonak joko horretan erortzen gara, kanpora begirako proiektzioaren mende biziz eta ardurak kanpoan kokatuz. Eta bizitzan zehar norberaren emozioez arduratzen, sufrimendua maneiatzen eta mina igarotzen ikasteak ahaldunduz gaituela argi dago.

Esandako guztiak zer motatako isla du buru-gaixotasunen markoan? Espektatiben eta benetako errealitatearen arteko talkaren kudeaketa horrek izugarritzko sufrimendua sortzen du, depresioaren eta antsietatearen aurpegiak dituen min existentziala. Eta, gainera, oso ohikoa da egoera hori ezkutatzea eta normaltasun faltsu baten irudia proiektatzea.

3.3.2. BAKARDADEA, DESLOTURA ETA DESHUMANIZAZIOA

Indibidualismoa sistemaren eta kapitalismoaren ezaugarria izan da betidanik. Baina gure jendartean erroturik dauden desloturak eta isolamenduak bestelako irismen bat dute. Bakardadeaz ari garenean, ez gara bakardade existentzialaz ari; izan ere, bakardade existentzial hori norbere ahaldundze-prozesua lantzeko ezinbesteko tresna da. Gu bestelako bakardadeaz ari gara, gure izaera sozialak ekartzen duen komunitate baten partaide izateko sentimendua eta zentzua ukatzen dituenaz. Beraz, bakardade horrek bestelako tonalitate eta dimentsio batzuk ditu. Eta, ziur aski, gure bizitzaren digitalizazioak eragin zuzen eta sakona du ezartzen eta hedatzen ari den bizitzaren esentziarekiko deskonexio horretan.

Nahiz eta pertsonen inguraturik egon, deslotura sozialaren sentsazioa oso instalaturik dago gure jendartean. Pantailaren aurrean bizitzeak hustu du aurrez aurreko hartu-emanek barnebiltzen dituzten partekatzea, berotasuna, konplizitatea, goxotasuna, naturaltasuna..., eta nigandik harago gu baten sortzeko aukera, talde baten partaide izateko sentsazioa, alegia. Alde horretatik, harremanak digitalizatzeko joerak erlazioen kontsumoa ekarri du, eta harreman horiek azalekoak dira, konpromisorik gabekoak eta epe laburreko zurrumbiloan murgilduak.

Beste aldetik, bizitza pantaila bilakatzeak norbere proiektzio permanentea ekartzen du, kanpora begira kokaturik egotea eta ekintzen dinamikan murgiltzea. Nartzisismo horrek eta ekiten bizitzeak bestelako deslotura bat ezartzen dute, isolamenduaren sentsazioa elikatuz eta, era berean, arestian aipatu dugun ezinbesteko bakardade existentzialari uko eginez.

Sare sozialetik harago, gure bizi-ereduan instalaturik daukagun gene lehiakorrak eta metaketaren espirituak ere indibidualismoa sustatzen dute; azken finean, gainontzeko guztiak lehiakideen ka-

tegorian ezartzen dira, eta joera horrek ez du komunitatearen eta gure arteko interdependentzia-ren kontzientzia garatzea ahalbidetzen.

Edozein modutan, argi dago egungo bakardadearen esanahiak zerikusi handia duela egun hedatzen ari den hutsune existentzialarekin. Eta horrek eragin zuzena du gure osasunean eta orekan.

3.3.3. INDARKERIAREN HEDATZEA (SEXU-ABUSUAK)

Osasun mentalari ikuspuntu feminista batetik begiratzeak emakumeen* sufrimenduaren eta indarkeria matxistaren arteko harremanaz hitz egitera garamatza. Esan dezakegu indarkeria matxista jasatea genero-sozializazioaren berezko parte dela emakumeentzat*; alegia, emakumeen* identitatea, neurri batean, bizitako indarkeria matxistaren esperientzien eta diskurtsoen subjektibazioaren edo kudeaketaren arabera eraikitzen da.

Emakumeok* barneratzen ditugun indarkeria matxistari eta indarkeria sexualari buruzko kontakizun eta diskurtsoen helburua gure askatasunak mugatzea da, eta gure jokabidea bezatzea. Diskurtso eta kontakizun horiek beldur kolektibo bat hedarazten dute emakumeengan*, eta beldur horrek mekanismo automugatzaileak sortzera garamatza, eta etengabe alerta-egoeran bizitzeko mekanismoak garatzera: ez gara libreki ibiltzen ezaugarri jakin batzuk dituzten lekuetan, gauez beldurra diogu edozein itzali, ateak giltzaz ixten ditugu norbaitek erasoko ote digun beldurrez, beldur izaten gara norbait gure gelan leihotik sartu eta eraso egingo digulakoan, sexu-erasoen inguruko amesgaizto errepikariak...

Esan genezake emakumeok*, geure bizitzan indarkeria matxista modu larriagoan edo arinagoan bizi izanda ere, diziplinamendu-diskurtso patriarkalek eragindako trauma kolektibo bat partekatzen dugula. Gainera, indarkeria matxista eta sexualari dagokionez, kontakizun patriarkalen bidez geureganatu egiten dugu halako erasoak jasan izanaren erantzukizuna, erruaren, lotsaren eta isiltasunaren mekanismoen bitartez. Horregatik, sexu-erasoren bat jasan dutenen kasuan, sufrimendu mentala nabarmen larriagotuko da mekanismo horien bitartez.

Bestalde, kontakizun eta diskurtso horiekin batera, kontuan hartzekoa da emakumeek* bizi eta jasan dugun indarkeria ikaragarri altua dela. Espainiako berdintasun Ministerioak 2019an egindako Emakumearen aurkako Indarkeriari buruzko Makroinkestaren arabera, 16 urtetik gorako bost emakumetik batek sexu-indarkeria motaren bat jasan du (% 20,4k).

Azkenik, aipamen berezia merezi du haurren aurkako sexu-indarkeriak (bost haurretatik batek sexu-indarkeria sufritzen du Europan). Indarkeria mota hori ezkutatua eta isildua izan da historikoki, horrek dakarren sufrimendu guztiarekin²⁴. Haurren aurkako sexu-indarkeria indarkeria

24 Europako Kontseiluaren datuak, Human Rights Channel, <https://tinyurl.com/2bfgq422>.

matxista mota bat da, batez ere familia-eremuan gertatzen dena eta batez ere neskei eragiten diena (erasoak jasan dituzten haurren % 70 neskek dira). Indarkeria mota honek ikaragarritzko eragina du erasoak jasan dituzten nesken nortasunaren eraikuntzan, oso adin txikietan gertatzen baita (6 eta 12 urte artean), urtetan iraun baitezake eta neskentzat oinarritzko atxikimendu-irudi diren gizonak gauzatzen baitute (erasotzaile gehienak aita edo aitonak izan ohi dira). Haurren kontrako sexu-indarkeriak sufrimendu ikaragarria eragiten du, eta sintomatologia oso konplexua (amnesia, disoziazioa eta bestelako nahasmendu edo minak), zeina askotan patologizatu egiten baita, eta ikuspegi feministarik gabe lantzen; hortaz, estali egiten da haren jatorria, eta horrek eragotzi egiten du sufrimendu hori guztia indarkeria matxisten esparruan eta, ondorioz, emakumeen* menderatze- eta diziplinamendu-mekanismo patriarkalen barruan ulertzea.

Errealitate honek guztiak galdera hau eginarazten digu: Zenbat indarkeria matxista dago emakumeen* erotasunaren atzean ezkutatuta eta isilarazita? Beste ikerketa batzuek erakusten dute buru-nahasmendu larri deiturikoak pairatzen dituzten emakumeengan* handiagoa dela indarkeria matxistaren proportzioa (% 70erainokoa). Berriz ere, galdera hau datorkigu burura: Zer da lehenagokoa, nahasmendua eta horren ondoriozko indarkeria patologizatzailea, ala sufritutako indarkeria matxista?

3.3.4. ZIURGABETASUNA: ORTZI-MUGA FALTA ETA ORAINIK EZ

Ziurgabetasuna da Mendebaldeko egungo errealitatea deskribatzen duen oinarritzko ezaugarrietako bat. Eta gako hau ere funtsezkoa izan daiteke ulertzeko egun pairatzen dugun ezinegona eta mina. Bereziki, gazte-mailan ziurgabetasunaren eskutik etorkizun faltaren sentsazioa ezartzen da, eta sentsazio horrek askotariko dimentsioak ditu. Batetik, egunerokotasunari lotuta dagoena, hau da, bizi-proiektu erreal bat artikulatzeko ezintasuna. Bestetik, etorkizunean bizi-proiekturik eraikitze ezintasun horrekin lotuta, ortzi-muga irudikatzeko eta marrazteko tresna eta aukerarik ere ez izatea; irtenbiderik gabeko sentsazioa, beraz. Eta, bukatzeko, plano existentzialean, munduarekiko bisio apokaliptikoa, dena bukatzen ari delako pertzepzioa, alegia, segurtasun ezaren eta helduleku faltaren pertzepzioa.

Ziurgabetasuna, ziur asko, orain arte Mendebaldean erroturik zegoen kontrolaren sentsazioak dimentsionatu du, eta lan finkoa izatearen ametsa izan da kontrol horren irudikapenik argiena. Baina, lan finkoaren figuraren desagerpenarekin batera, paradigma-krisi batean murgilduta bizi gara, eta orain arte gure bizitza pentsatzeko eta egituratzeko baliatu ditugun parametroak kolokan daude; beraz, ziurgabetasunak gainditu egiten du dimentsio materiala bera.

Horrek guztiak ekartzen dituen desorientazio existentzialak eta heldulekurik ez izatearen pertzepzioak eragina dute ez soilik etorkizunaren ikuskeran, baizik eta bizitza orainean bizitzeko eran. Etorkizun faltarekiko panikoa eta orainarekiko beldurra dira ziurgabetasunaren bi aurpegiak, eta horiek gure osasunean eta orekan izan dezaketen eragina ezin da gutxietsi. Sentsazio horiek pertsonengan sortzen duten gogo-aldarte horrek gaixotzea ahalbidetzen du.

3.4. Gazteria, gure gizartearen ispilu

Egun, nerabeen eta gazteen artean bereziki, osasun mentalaren inguruko kezka eta alarma gorria piztu da. Eta hori ez da gertatzen kasualitatez. Hausnarketa honen abiapuntu gisa gaixorik dagoen mundu baten sintoma garela baieztatzen genuen, gure ardura ere azpimarratu nahi genuelako. Era berean, egungo gazteriak gure jendartearen sintomatologia irudikatzen duela baieztatzen dugu. Gazteria gure jendartearen proiektzioaren ispilu argia da, eta, horrenbestez, haiek islatzen dituzten gaixotasunek gure testuinguru sozialaren gabeziak seinalatzen dituzte.

Analisi honetan aipaturiko hainbat korapilok gazteengan duten eragina oso nabarmena da, haien sozializazio-prozesuan funtsezko gakoak izan direlako. Bakardadea, isolamendua, hutsune existentziala, espektatibekiko obsesioa, frustrazioa, indarkeria eta eraso sexualak, lehiakortasuna, ortzi-muga falta... Noski, horien bizipena eta barneratze prozesuaren intentsitatea eta formak agian desberdinak izan dira, baina funtsean komunak dira. Esate baterako, oso esanguratsua da egun nerabe- eta gazte-mailan batez besteko notarekiko obsesioa; sistemaren presioaz gain, joera horretan haien arteko lehiakortasuna eta espektatiben eragina erabatekoak dira. Beraz, sortu dugun testuinguru sozial horretan ez da kasualitatea, eta berriro errepikatzen dugu, haien artean osasun mentaleko arazoak garatu izana.

Ziur aski, azterketa honetan erreparatu ez diegun bestelako aldagai batzuek ere badute eraginik gazteriarren egoeran: besteak beste, gurasoen gehiegizko babesa, nerabeen artean gaixotasun mentalaren inguruan identitate propioak artikulatzeko tentazioa, aspektu batzuen aurrean nerabeek duten autonomia falta...

Edozein kasutan, haiek dira gure gizartearen produktu sozialak, eta horretaz kontziente izateak egoera eraldatzeko abiapuntua eraikitzea eta baliabide berriak martxan jartzera garamatza.

4. Ortzi-mugak

Aipatu dugu gai hau pil-pilean dagoela: sufrimendua ikaragarria da. Baina ikusi dugu, era berean, arazo hau modu patologizatzaile eta medikalizatuan izendatzeak maldan behera bultza gaitzakeela. Lehenengo urrats ezinbestekoa ezinegonaren arrazoi kolektiboak izendatzea da, porrot sistemiko baten baitan kokatzea. Baina bigarren urratsa erantzun kolektiboak eraikitzea da. Eta lehenbailehen egin beharreko urratsa da. Gure mina huts egin duen proiektu zibilizatzaile baten parte delako kontzientzia izateak, inolako heldulekurik ez dugula ikusteak, are bizkorrago jaurti gaitzake malda horretan behera.

Heldulekuak behar ditugu lehenbailehen; ondoezari aurre egiteko modu berriak, egoki uztartuko dituztenak tresna instituzionalen erabilera, batetik, eta itxaropenezko ortzi-muga komunen eta

sendaketa-espazio kolektiboen eraikuntza, bestetik. Gaur egun daukagunetik haragoko errealitate bat irudikatu behar dugu, gaur daukagunetik onena erabiliz.

4.1. Osasun-sistemaren aurrean egiten ditugun aldarrikapenak

Buru-osasuneko arretan, osasun-sistema aktore nagusi bat da, eta horregatik indartu egin behar dela uste dugu, eta aldi berean ikuspegi-aldaketa sakon bat bultzatu, ikuskera psikosozial, multidimentsional eta komunitario baterantz. Bi eraldaketa hauek eskuz esku doaz: ez da desiragarria baliabide gehiago lortzea baldin eta horrek indarkeria eta medikalizazio gehiago badakar eta egiturazko arazoak isilarazten baditu. Baina ikuspegia ere ezin da aldatu baliabide gehiago ez bada: go: profesional bat ezin da errezetaz harago joan ezin badu hitzordurik eman egoki deritzon.

Osasun-arretak ez ditu gaixotasunak artatzen, pertsonak baizik. Norbait sufritzen ari denean eta laguntza eskatzen duenean, lagundu egin behar zaio, baina beharrezkoa den neurrian, haren egoerara egokituz eta akonpainamendua eskainiz. Ikuspegi-aldaketa horretan oinarrituko den osasun mental batek lehen arreta izan behar du bizkarrezur eta sostengu nagusi. Galbahe egokia erabili behar litzateke hor; baina, horretarako, beharrezkoa da maila horretan gizarte-langile eta psikologoekin koordinatuta lan egitea. Eredu biomedikoan oinarritzen ez diren terapiak ere eskain litezke, gaur egun osasun-sistematik kanpoko merkatuan baino eskuratu ezin direnak. Zerbitzu espezializatuak (psikiatria) bigarren urrats moduan baliatu beharko lirateke, benetan beharrezkoa den kasuetan soilik. Hor indartu behar dira zerbitzu horiek, eta modu ez burokratizatuan funtzionarazi, ongi koordinatuta eta ikuspegi-aldaketa horretan oinarrituko den praktika batez.

Hori guztia lortzeko, premiazkoa da osasun-sistema osoa murgilduta dagoen prekarizazio- eta pribatizazio-prozesu guztia iraultzea; bereziki, lehen arreta behar bezala sendotuz. Baliabideak ugaritzeak, batez ere, langile kopurua ugaritzea esan nahi du (profesional bakoitzeko paziente-ratioak murriztea). Osasuna oro har, eta osasun mentala bereziki, pertsonen arteko harremana da, neurri handi batean. Eta osasun-eskubideak unibertsala izan behar du praktikan, teoritik harago. Eta doako eta kalitatezko baldintzetan eskaini behar da, eta euskaraz artatua izateko eskubidea bermatuz.

Aipamen berezia behar du ustelkeria farmazeutikoaren kontrako borrokak, gaur egun osasungintza pribatua eta publikoa zeharkatzen baititu. Eta, borroka horrekin batera, posible litzateke, eta beharrezkoa, industria farmazeutiko publiko bat sortzea.

Gainera, sufrimendua artatzeko eskura dauzkagun tresna instituzionalak erabiltzeak (ikuspegi-aldaketa horretan oinarrituta) ez du osasun-sistemara mugatu behar. Erantzun osoko eta transbertsal bat behar da. Lantegi eta ikastetxe guztietan esparatrapua duen botika-kutxa bat dagoen bezala, leku publikoetan desfibriladoreak dauden bezala, halaxe sortu behar dira osasun mentala artatzeko egiturak hainbat eta hainbat espaziotan: hezkuntza-sisteman, lan-eremuetan, zaintza-

-zerbitzuetan... Horrek, beste behin ere, langile gehiago izatea eta ikuspegia aldatzea esan nahi du. Espazio komunitarioak eratzea ere ezinbestekoa da, ezinegon emozionala guztion kontu gisa tratatzen baita halakoetan. Puntu hau aurrerago sakonduko dugu.

Ikuspegia aldatzea eta erantzunaren alorrean ardura hartzea espazio guztiei dagokien arren, azpimarra berezia jartzen dugu osasungintzan lan egiten dutenengan, haien begirada aldatzeak eragin handia izan baitezake medikuntzaren alorretik harago. Gainera, nahiko erraza da bide horretan aurrera egingo duten ekimenak abiaraztea. Horregatik, oso garrantzitsua da osasungintza-ko langileei zuzendutako trebakuntza-ikastaroak martxan jartzea eta/edo indartzea, osasunaren ikuspegi psikosozial, multidimentsional eta komunitario batean aurrera egiteko balio dezaten eta ikuspuntu feminista bat garatzen lagundu dezaten.

EAEko testuinguruan, bada beste faktore bat proposamen hauek egiteko une hau baliatzera garatzen: osasungintza-ereduaren inguruko eztabaida pil-pilean dago (akordio berri bat lortzeko dira hainbat alderdi), eta zuzeneko partaideez haragoko gizarte-sektore zabaletara ari da iristen.

4.2. Deiak feminismoari

Egonezin emozionalak, ziur aski, modu transbertsalean zeharkatu behar du feminismoa. Baina hemen hiru kontu azpimarratu nahi ditugu: zaintzak, indarkeriak eta psikofobia. Lehen bi gaiak oso landuta daude, baina beharbada ez da behar beste garatu edo adierazi osasun mentalarekin duten lotura. Azkena, alor berria da askorentzat.

4.2.1. OSASUN MENTALAREN ETA ZAJNTZEN ARTEKO LOTURAK LANTZEA

Ondoeza politizatu nahi badugu, zaintzen eta osasunaren (eta zehazki, zaintzen eta osasun mentalaren) arteko zubiak sendotu behar ditugu. Bi alor horietan, feminismoa egiten ari den hausnarketa eta proposamenak oso aberatsak dira, baina ez dira beti gurutzatzen.

Arreta handiagoa jarri behar zaio sufrimendu emozionalaren alorrean familiek betetzen duten zereginari, gaur egun haiek estaltzen baitituzte osasungintzak alor horretan dituen hutsuneak. Familiak diogunean, emakumeen* zaintza ikusezinduez ari gara. Zaintzen funtsezko parte da gaur eguneroko terapia. Hemendik, genero-desberdintasunen berreraikuntza-prozesuak ikus ditzakegu. Gizonen osasun mentalaz arduratzea emakumeek* egiten dituzten zaintza ikusezinen parte da. Gizonengan, oso ohikoa da emakume* bat izatea (maiz bikotekidea, baina beste batzuetan arreba, laguna...) osasun-arretara edo terapiara jotzera bultzatzen dituen. Baina hori ingurune afektiboko emakumeek* sufrimenduaren aurrean eskaintzen duten lehen arreta-maila horren ondoren gertatzen da.

Zer da zaintzea? Zer da osasuna? Komeni da bi galdera horiek aldi berean egitea. Zaintzak ongi-zate multidimentsionalaren berreraikuntza gisa ulertuz, eta osasuna oreka multidimentsional gisa ulertuz, zaintzea, nolabait, osasuna bere osotasunean berreraikitzea eta hartzea da. Baliteke ikusmolde hori ez etortzea bat zaintzak ulertzeko beste modu eztabaidatu batzuekin. Horien artean dago, esaterako, bizitza independentearen aldeko mugimenduak egiten duen kritika, zaintzak kontrolerako eta kontentziorako erabiltzearen inguruan. Hausnarketa horiek ez dira ezerezean oinarritzen; aitzitik, borondate onenarekin bada ere problematikoak izan daitezkeen zaintza-moduak ikusarazten laguntzen digute. OPIK ikerketa-taldean, esaterako, jakin nahi izan dute nola transmititzen den osasun mentalaren kudeaketaren ikasketa (zein neurritan dauden lotuta gurasoen eta seme-alaben psikofarmakoen kontsumoa). Ondorioztatu dute aitengandik alabengana ez dagoela transmisio esanguratsurik. Aitengandik semeenganako eta amengandik semeenganako transmisioa ere ez da oso esanguratsua. Amengandik alabenganakoa, ordea, nahiko handia da; harreman horretan, zaintzen narratiba batekin lotuta dago psikofarmakoen kontsumoa.

Zaintzea osasuna berreraikitzea da, baina osasun hori ez dugu ulertzen egun Mendebaldean nagusi den ikuspegiaren arabera: osasuna, guretzat, ez da % 100ean bikaina den egoera bat, gaixotasunari guztiz kontrajarria. Aitzitik, osasunaren ulerkera zikliko bat sustatu nahi dugu, amai-kortasunaren eta mugen onarpenetik abiatzen dena. Eta, horretarako, zaintzen inguruko hausnarketa feministez berrelika gaitezke: haien arabera, zaurgarritasunaz eta heriotzaz arduratzen den bizi-jarrera da zaintza. Zaurgarritasunaren ideiatik, apustu politiko indartsu bat sortzen da interdependentzia aitortzearen alde, eta interdependentzia hori elkarrekikotasunetik eta elkarrekin-ko zaintzatik kudeatzen ikastearen alde. Era berean, osasunak ere ardura indibiduala eta ardura partekatua izan behar du aldi berean, aurrerago gogoraraziko dugun moduan.

4.2.2. OSASUN MENTALAREN ETA INDARKERIAREN ARTEKO LOTURA SAKONAGO LANTZEA

Emakumeen* aurkako indarkeria matxista eta sexuala ikusezin bihurtzeko eta isilarazteko mekanismo historiko bat emakumeok* erotzat jotzea izan da gure sufrimendua eta ezinegona adierazi izan ditugunean. Ez dago histeriaren kontzeptua denboran zehar aztertzea besterik: hasi antzinako Greziatik, non uste baitzen umetokia mugitu egiten zela emakumeen gorputzean eta horrek hainbat sintoma eragiten zizkiela; eta XIX. mendeko psikoanalisiara arte, non histeriaren jatorria emakumeen fantasia sexualen errepresioarekin lotzen baitzen, zeina, Edipo konplexuaren bidez, neskabilen aitarenganako fantasia eta sentimendu anibalenteekin lotzen baitzen.

Hortaz, premiakoa da emakumeen* erotasuna politizatzea: nor gara eroak? Edo beste era batera esanda: zer indarkeria salatzen dituzte emakumeek* beren erotasunaren bidez? Beharrezkoa da erotasun antipatriarkal argia duten subjektibitate horiek besarkatu eta sostengatuko dituzten estrategia kolektiboak eraikitzea, eta gaixotu gaituzten eta mundua gaixotzen duten indarkeriak izendatzea eta salatzea.

Estrategia horrek munta handiagoa du haurren aurkako eta bereziki nesken aurkako sexu-indarkeriaren kasuan: lehenbailehen ikusarazi behar dira haurtzaroan sexu-indarkeria bizi izan duten emakumeen* kopuru ikaragarriak, indarkeria mota horrek eragiten dituen kalteak eta ordena patriarkalean betetzen duen funtzio soziala. Neskak eredu patriarkalean sozializatzeko eta diziplinatzeko mekanismo bat da haurren aurkako sexu-indarkeria, emakumeen* gorputzez eta sexualitateaz jabetzeko modu kolektibo bat. Gainera, ikuspegi horrek begirada eta kritika feministaren erdigunean jartzen du berriro instituzio patriarkalean patriarkalena: familia. Zabaldu eta sakondu egin behar da neskek eta emakumeek* familia barruan jasan behar izaten duten indarkeria matxista, eta birdimentsionatu egin behar da indarkeria horrek egungo gizarte-egituretan daukan eragina; horrela, azkenik, argi geratuko da zer indarkeria salatzen dituen emakumeen* erotasunak, eta aitortza eta erreparazio feminista helburu duten prozesu kolektiboak jarri ahal izango dira martxan, erasotzaileen inpunitatea errotik erauzteko.

4.2.3. FEMINISMO EROA ETA CUERDISMOA

Osasun mentala gero eta leku handiagoa ari da hartzen eztabaida publikoan, baina eztabaida hori osasungintzak sufrimendu mental arinekotzat jotzen dituen egoeretara mugatzen da, eta baliteke horren eraginez sufrimendu mental larria deiturikoa ikusezin bihurtzeko beste modu bat sortzea. Erotasunaren estigmatizazio historikoari eta hark eragindako indarkeria-modu askotarikoei, indarkeria epistemikoaren forma berri hau gehituko litzaieke orain. Beldur gara testu honek ez ote dion mesede egingo ikusezintasun horri. Horregatik, azpimarratu nahi dugu premiazko zeregina dela feminismoa, oro har, mugimendu erora hurbiltzea. Beste hitz batzuetan esanda, beharrezkoa da feminismo osoak ikasbidetzat hartzea bere ertzetako bat: feminismo eroa²⁵.

Mugimendu eroak badu beste izendapen bat ere: Lehen Pertsonan Osasun Mentalaren Aldeko Batzordea izeneko mugimendua. “Esperientziadun adituek” eta “psikiatriatik bizirik irten diren pertsonak” osatzen dute, haien hitzetan. Mugimendu honek ahalegin berezia egiten du osasun mentaleko zerbitzuak erabiltzen dituzten eta zituzten pertsona psikiatrizatuen egoera ikusarazteko. Pertsona horiek kolektibo zapaldu gisa definituz, ozen salatzen ditu psi espazioetan (psikologiko, psikoterapeutiko eta psikiatrikoetan) gertatzen diren indarkeria mota askotarikoak. Cuerdismoa menderakuntza-sistematzat jotzen da, eta subjektu politiko ero baten eraikuntza planteatzen da. Hortik, osasun mentaleko bitartekoetatik kanpo garatuko den autogestio baten alde egiten da, baita sistema horren barruan sufritutako indarkeriei modu kolektiboan aurre egitearen alde ere.

Martxan jartzen dira, halaber, zaintza-sareak eratzekeo estrategiak (esaterako, krisi-egoeretarako akonpainamenduaren inguruko aurretiazko borondateak), interdependentziaren eguneroko bizi-penetik teorizatu eta praktikatuak. Ondoez psikiko sakonari aurre egiteko proposamen bat eskain-

25 Lokapedia blogean, hurbilpen gisa balio dezaketen hainbat eta hainbat baliabide daude. Gomendatzekoak dira, halaber, Tina Minkowitzen *Reimaginar el apoyo en crisis. Matriz, hoja de ruta y políticas liburua* (2023, Lilith's Warrior Press) eta Laura Martín López-Andradek emandako “Escuchar el malestar. Apuntes sobre salud mental” ikastaroko grabazioak (2022, CCCB).

tzeaz gain, feminismo eroak irekitasun-dei bat egiten dio feminismo osoari, behingoz berrazter dezan haren parte handi baten oinarri izan den cuerdismoa. Ezin diogu uko egin eztabaida eta azterketa honetan sartzeari, asko baitugu ikasteko.

4.3. Osasun-burujabetza eta buru-ardura

Epe labur eta erdirako neurriak, gakoak eta tresnak eskaintzeaz edota eskaintzen saiatzeaz gain, funtsezkoa iruditzen zitzaigun sufrimendu horren irismen estrategikoaren aurrean dimentsio bereko erantzuna artikulatzea. Egiturazko arazoari, irtenbidea egiturazko terminoetan ezartzea, alegia. Egoera eraldatzeari begira, marraz ditzagun ortzi-muga baten oinarritzko parametroak.

Alde horretatik, mina eta sufrimenduari aurre egiteko zentzu eta praktika kolektibo bat ehuntzea, artikulatzea eta egituratzea da abiapuntu estrategikoa. Osasunaren zentzu kolektiboaren arkitektura erroetatik eraiki behar dugu. Mina eta sufrimendua modu indibidualean pairatu arren, haren esentzia kolektiboa da, haren jatorria soziala delako eta, modu batez, guztiok partekatzen dugulako.

Zentzu komunitario horretatik abiatuz, sistemak gure bizitzan zorientasuna bilatzeko saltzen digun ongizate materialaren eta metaketaren ipuinaren aurrean, ahalduntze indibidual eta kolektiboa ahalbidetuko digun bidean sinesten dugu. Alde horretatik, guk osasunaren jabe izan nahi dugu, bere dimentsio kolektiboan eta baita plano pertsonalean ere. Orain arte gai honekiko oro har izan dugun paper pasiboa gainditu, eta norberak subjektu aktibo bilakatu nahi dugu, osasunaren gainerako kontzeptualizazio neutro eta naturala gaindituz eta norbere osasunaren ardura eta erantzukizuna bereganatuz.

Horrenbestez, uler dezagun osasun-burujabetza bere osotasunean: ahalduntze-prozesua ardaztuko duen, ardurak eta erantzukizunak zentzu eraikitzaile batean sustatuko dituen eta erru- eta frustrazio-sentimenduak alboratuko dituen osasun-burujabetzaren filosofia. Gure bizitza bizitzeko modua eraldatzen lagunduko diguna.

4.3.1. GORPUTZA ETA OSASUNA ULERTZEKO BEGIRADA BERRIA: OSASUN-SISTEMAREN ERDIGUNEAN PERTSONAK ETA EZ GAIXOTASUNAK JARTZEN DITUENA

Sufrimenduari aurre egiteko zentzu komunitario hori sustatzeko, eta era berean osasunaren gaia- ren aurrean ahalduntze pertsonal eta kolektiboari ekiteko, ezinbestekoa da egun barneraturik dugun gorputzaren eta osasunaren ikuskera ulertzea. Zertarako? Ikuskera hori deseraiki eta bestelako kontzeptualizazio eta praktika berri bat eraikitzeko.

Alde horretatik, osasuna ikuspuntu integral eta multidimentsional batetik kokatu eta sentitu behar dugu. Horretarako, hasteko, naturalizaturik dugun gorputzaren eta buruaren arteko dikotomia hori

eta horien artean eratu dugun erlazio hierarkikoa gainditu behar ditugu. Gorputza da gure esen-
tziari bere presentzia bermatzen diona, eta gu gorputzean zein buruan bizi gara. Gorputza ez
da gure tresna, baizik eta gure etxea. Neurologiak jada frogatu du gorputza eta buruaren arteko
konexioa, eta konexio horren simetria. Beraz, gorputza, burua eta bihotza dira gure presentziaren
hiru adierazleak, eta horien arteko dialektikan oinarritzen da gure existentzia.

Abiapuntu horrek eramaten gaitu osasuna oreka gisa ulertzera. Gaizki ez egotea edo gaixotasu-
nik ez izatea baino zerbait gehiago da osasuna. Osasuna energia eta bizitasuna izatea ere bada,
baina, sakonean, oreka da osasunaren ardatza. Eta oreka hori galtzen dugunean suertatzen dira
gaixotasunak. Baina, noski, osasuna ez da beti ehunean ehun egotea. Alde horretatik, ditugun
mitoak eta proiektu modernizatzailerak gure gorputzaren gainean eraiki dituzten espektatibak des-
muntatu behar ditugu: gure limiteak onartuz, gure zaurgarritasunak aintzat hartuz eta gure zikloak
errespetatuz. Eta garen moduan maitatuz.

Osasuna izateko gaixorik egotea ere ezinbestekoa da. Gaixotasuna osasunaren prozesuaren
baitan kokatu beharreko elementua da. Noizbehinka sukarra izatea edota “katarro” bat izatea
ezinbestekoa da gure osasunerako. Eta, batzuetan, tristea egotea ere normala da. Ezin diegu
emozioei ihes egin, eta, oreka berreskuratzeko, emozio horietatik pasatzea funtsezkoa da. Egun
batzuetan, psikologorenera jotzen dugu triste gaudelako. Ziur aski, jarrera horrek osasunaren in-
guruan eraikitako espektatibei erantzuten die, makinak garela pentsatzen dugulako eta, ondorioz,
emozioei uko egiten diegulako.

Begirada berri horren egituraketak osasun-sistemaren abiapuntuaren parametroen aldaketa ekar-
tzen du. Gaixotasunei begirada psikosozialetik eta gorputzetik aurre egin behar zaie. Batetik, gure
osasunean eta gaixotasunean hainbat faktorek eragiten dute: biofisikoeak, testuingurukoak, sozia-
lek, emozionalek, harremanek... Horiek guztiak kontuan hartu behar dira gaixotasunaren jatorria
ulertzeko eta, batez ere, beharrezko interbentzioa bideratzeko. Eta, bestetik, zergatik gorputzetik?
Min emozionalak gorputzean kokatzen direlako. Horregatik, norbere sendotze prozesua begirada
multidimentsionaletik eraiki behar da, eta zaintzak ikuspegi integrala barneratu behar du. Behar
dugun osasun-sistemak pertsonak jarri behar ditu erdigunean, eta ez gaixotasunak.

4.3.2. ERANTZUKIZUN PARTEKATUAK

Sufrimendua politizatu nahi genuen haren izaera sozial, sistemiko eta kolektiboa agerian utzi nahi
genuelako. Baina gai honetan guri dagokigun alderdiaz ere aritu nahi genuen. Gu ere sistema
horren parte garen heinean, gutako bakoitzak eragiteko dugun gaitasuna ukaezina da. Beraz,
norbere arduraz eta dugun ardura kolektiboaz kontziente izatea ezinbesteko ariketa da eraldatze-
-prozesu horretan. Sistemaren aurkako diskurtso horretatik harago joatea planteatzen dugu, eta
guk geuk aldaketarako giltza bilakatzea. Eta horrek eskatzen du bakoitzari dagokion erantzukizu-
na hartzea.

Zertaz ari gara geure erantzukizunaz jabetzeaz ari garenean? Geure gorputza sentitzeaz, entzuteaz, goxo tratatzeaz, eta ez makina bat bezala; geure emozioak onartzeaz, igarotzeaz eta askatzeaz; geure gabeziak eta joerak lantzeaz; geure oreka zaintzen saiatzeaz... Geure buruarekiko eta gorputzarekiko ardura hartzea ezinbesteko abiapuntua da. Norberak taldean, kolektiboan eta komunitatean duen inpaktuaz kontziente izatea oso inportantea da, eta baita inpaktu horrekiko arduraz jokatzeko ere. Geure arteko interdependentziaz ari garenean, dimentsio hori ere integratu behar dugu. Geure arteko erlazioetan geure proiektzioak, geure landu gabeko emozioak, ezintasunak eta frustrazioak azaltzen dira. Eta ez dugu hau planteatzen geure burua zigortzeko edota erru-sentimendua elikatzeko, ezta pentsatu ere. Espazio osasuntsuak izan nahi baditugu, bakoitzak bere orekaren ardura hartzea ezinbesteko abiapuntua da. Eta, era berean, ariketa hori oso askatzailea da.

Osasuna konpromiso politiko gisa uler dezakegu? Agian bai, agian ardura politiko baten gisa ulertu behar dugu sozialki ere ondo eragiteko. Komunitatearen taupadak norberaren taupaden arteko sinergiaren ondorio dira. Gu osasuntsu hori sortzeko, norberarengandik hasi behar da. Hori guztia planteatzen dugu geure ahalduztze prozesuari begira, benetan geure bizitzaren protagonistak izan nahi dugulako.

4.3.3. GURE ONGIZATEA BULTZATZEN DUTEN TRESNEN SORRERA

Arestian aipatzen genuen sufrimenduari aurre egiteko zentzu eta praktika kolektibo eta komunitarioa ehundu eta artikulatu behar genuela. Zentzu kolektiboari gorputz teorikoa eman diogu: batetik, osasunaren eta gorputzaren inguruko begirada berria eraikitzeke parametroak planteatuz; norbere buruaren eta gorputzaren jabe izateko ardura pertsonal eta kolektiboaren garrantzia azpimarratuz. Baina minari ekiteko filosofia kolektibo horrek bere irudikapen propioak behar ditu. Horrenbestez, filosofia kolektibo hori gauzatuko duten tresna, egitura, ekimen eta espazioak behar ditugu, mina sentitzen eta sufritzen dugunean babestuko eta sendotzen lagunduko digutenak.

Taldean sufrimenduaz aritzea eta partekatze-prozesua bera oso lagungarriak izan daitezke, eta, zentzu komun horretatik, elkarrekin, enpatiarekin, maitasunarekin, aurreiritzirik gabe, epaitu gabe, eskuzabaltasunarekin, bestelako abiapuntu bat eraiki daiteke minari aurre egiteko; eta, are gehiago, bizitzarekiko eta orainarekiko ilusioa eta itxaropena berpizteko. Eta, neurri txikiagoan edo handiagoan, guztiok dugu horren beharra.

Beraz, gure egitura emozional propioak eraiki behar ditugu, geure osasunaz, geure gorputzez, geure emozioez... aritzeko eta lotsagatik isiltzen dugun horretaz aritzeko. Gu horren sorrera eta egituraketa sufrimendu horren aurkako ezinbesteko txertoa dela konbentziturik gaude.

Eta zentzu kolektiboaren esentziaren filosofian oinarriturik, bestelako begiraden, hausnarketan eta dimentsioen aurrean jarrera irekia mantentzea oso interesgarria izan daiteke. Aukera berriak esploratzeko unea da. Baina beti modu komunitarioan integratzeko eta eraikitzeke: antzinako

jakintzen berreskurapena, arimaren eta espiritualismoaren kontzeptuan oinarritzen diren ezagutzak, edo bestelakoak... Kontua da sufrimenduari aurre egiteko palanka kolektiboa gero eta eraginkorrago bilakatzea.