

# Hvorfor våre behandlingsmodeller virker eller ikke virker

– Psykiatri på tvers av kulturens

Ole M. Hetta



Hetta O M. Hvorfor våre behandlingsmodeller virker eller ikke virker – Psykiatri på tvers av kulturens. Nord Psykiatr Tidsskr 1986;40:25-32. Oslo: ISSN 0029-1455.

This article addresses the issue of why our mental health models work or do not work in dealing with patients who have a different cultural background from the therapists. The Western world view, our values, linear time conception and adherence to scientific thinking are described together with how these attitudes shape our ways of dealing with patients. A different world view is then described quoting examples from Sami culture in Scandinavia, from the lives of native Americans and from traditional tribal societies in Africa. In this alternative world view, the importance of religious beliefs, extended family relationships, different ways of conceptualizing health and disease, an ecologic mind and a circular/cyclic time conception are considered as being of utmost importance for the healing process. People who have grown up in traditional societies are particularly vulnerable in the massive encounter with the western/international culture and often become "losers" with subsequent higher prevalence of certain illnesses. It is necessary for Western trained health professionals to take a more sympathetic view to other cultural backgrounds. In Scandinavia the relevance of this issue is particularly important in relation to the Sami people and foreign immigrants, and therapists should be aware of the principles of cross-cultural communication. □ *Mental health model, Traditional Society, Time Concept, World View.*

Dr. Ole M. Hetta, NCAINORAD, P.O. Box 192, Sanibawanga, Tanzania. Akseptert: 27.06.85

## Innledning

I all menneskelig omgang er våre holdninger, våre tanker og vår tale preget av hvilket grunnsyn eller hvilke verdinormer vi representerer. Det er derfor viktig at vi er oss bevisst at verden ikke kan sees på med briller med fargeløse glass, vi har alle våre egne kulturelle glass som vi ser alt som vi omgir oss med.

For helsepersonell er det viktig å være klar over at måten vi oppfatter helse og sykdom på, dvs. hvilken model, «paradigm» vi har om helse/sykdom vil være avgjørende for våre tanker, holdninger og handlinger når det gjelder diagnostikk og behandling av pasienter.

## Vestlig verdensoppfatning

Den helsemodell som dominerer i vestlig medisin, både i undervisning og i praksis, karakteriseres av årsak – virkning – virkningen som vi har arvet fra Descartes og Newton. Som frukt av letingen etter den endelige årsak, har vi opplevet splittingen av mennesket i kropp og sjel (psyche og soma) (1), og samtidig en neglisjering ju til dels fornektning, av menneskets egenskaper som sosialt og åndelig vesen. Individet har blitt fremhevet løst fra sin sosiale og familiære sammenheng. Parallelt har vi utviklet en intoleranse for oppfatninger og oppførsel som ikke passer inn i vårt system, et konformitetspress som har gjort oss fattigere som mennesker.

Det totale skillet mellom psykiatrien og somatikken som oppsto i forrige århundret

har vært fremherskende inntil nylig. Mistenkeliggjøringen av hverandre og kompetansestriden mellom psykiatere og somatisk orienterte leger samt fornektingen av menneskets åndelige behov, har resultert i den sektortenkningen som moderne vestlig medisin nå er havnet i. Nå behandler man ikke mennesker lenger, men organer og problemer. Presten skal ta seg av det religiøse i mennesket, cardiologen av hjertet, ortope-

den av hofterne, psykiateren av angst og sosisjonen av ekteskapsproblemene osv. Ja, egentlig er det enda verre p.g.a. all spesialiseringen, og det er *h*i som våger å ta ansvaret for å behandle en person, et menneske.

På fig 1 har jeg forsøkt å illustrere hvordan menneskets helse oppfattes i vår kulturtrets.

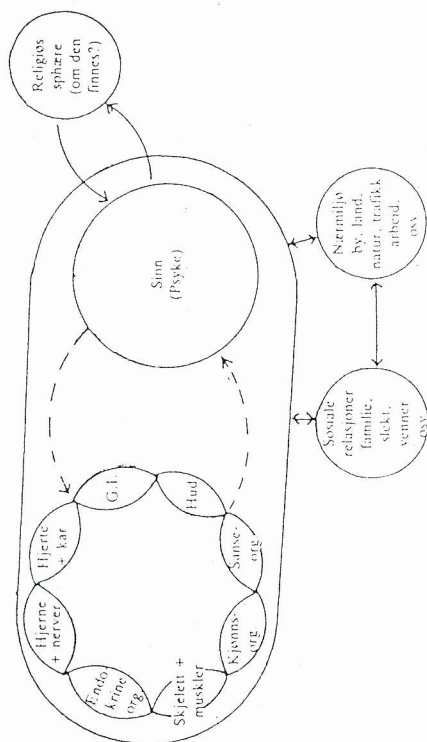


Fig 1 a. Mennesket og dets relasjoner.

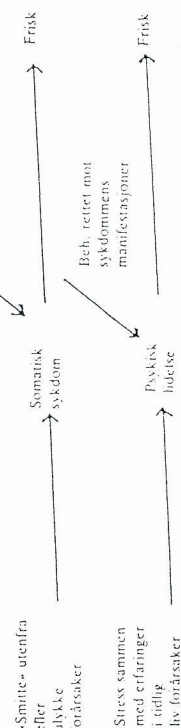


Fig 1 b. Sykdom, årsaksforhold og behandling.

I vestlig kulturtrets er sykdom betraktet som et privat anliggende, ja nærmest som en hemmelighet som ikke skal røpes for selv nære venner eller nærmeste familie. Å være syk er mindreverdiggjøring – det er stigmatiserende i vårt samfunn hvor vellykke og produktivitet er bærende idealer. Å være mentalt syk er sett som enda verre – mislykket, ikke-istand til å løse sine egne vansker. Tauskhet, løftet blant helsepersonell er med på å bidra til at sykdom forblir en privat affære, og vi skal se siden hvordan dette er med og fritar samfunnet og ikke minst nærmiljøet for ansvaret og dermed øker presset på pasienter – «blame the victim».

I psykiatrisk behandling har en konsentrert seg om å behandle den individuelle pasienten uten å ta hensyn til at hans/hennes relasjoner til heim og familie, skole/arbeidssituasjon, sosiale kontakter kan være helt avgjørende for sykdomsutvikling og behandling. Man har konsentrert seg om tidligere hendelser og opplevelser og hvordan forhold i barndom kan ha bidratt til sykdommen, men samtidig innrettet terapien på individet, fjernet fra familien og sosiale kontakter, – ofte innlagt på en lukket avdeling. Selv i dag er den individrettede behandling både medikamentelt og psykoterapeutisk det vanlige mønsteret. (2)

Når det gjelder tiden er vår vestlige tankegang såkalt fremtidsrettet. Det gjelder å planlegge for fremtiden, lære av tidligere feil for å oppnå suksess i fremtiden. I diagnostikken konsentrerer man seg om «hva som har skjedd tidligere», mens i behandlingen konsentrerer man seg om fremtiden – om hvordan vi som helsearbeidere skal gjøre våre pasienter friske, arbeidsføre, produktive snarest mulig, tilpasset og velsmurt til å passe inn i samfunnsmaskineriet. Vi glem-

mer at sykdommen representerer en nåtid for mennesket, en presens periode som er viktig. Hele vår tenkning preges av at vi tenker at tiden beveger seg langs en rett linje – en lineær tidsakse hvor fremtiden teller mest. Sykdomsperioden som nåtid skal forkortes mest mulig, pasienten må oppmuntres til å se fremover. Kanskje kan det være noe rosenrødt lenger framme. Et uartikulert budskap som vi dermed formidler til pasienten er: Din nåtid er «vond»- lidelsesfull, glem den, kom deg ovenpå. Dette er et falskt budskap og spesielt for pasienter med kroniske lidelser kan dette forsterke vanskene. Helsepersonellets holdninger og forventninger passer ikke til pasientens virkelighet. (Se fig. 2).

I vestlig medisinsk tenkning er vi oppfostret med forventninger og ønsket om å påvise, identifisere årsaken til en sykdom eller funksjonsforstyrrelse, dvs. vi forutsetter at det alltid finnes en årsaksvirkning kjede (3). Det er mulig at det alltid finnes en årsak, skjønt av og til kan man jo lure, men det er i alle fall svært ofte at vi ikke kan påvise eller verifisere en slik årsaksvirkning mekanisme. Det er mulig en skulle heller være noe mer ydmyk og si at årsaksvirkning tenkningen er bare en av flere måter å betrakte tilværelsen på. Svært mange pasienter er ofte mer interessert i *hvorfor* forskjellige ting skjer, mens vestlig medisin ikke bekjefter seg med dette såkalt filosofiske eksistensielle spørsmålet. Fra en naturvitenskapelig synsvinkel er det mer viktig og relevant å forklare *hvordan*. Som helsepersonell, leger og andre er vi ikke *bare* vitenskapsmenn og derfor er spørsmålet *hvorfor* påtrengende.

En av støttepiarene i vår vestlige kultur har vært ønsket/kravet om å kontrollere/



Fig. 2. Lineær tidsoppfattning.

beherske naturen. Ved planlegging og utnyttning av kunnskaper og ressurser har en oppnådd å redusere mulighetene for uforutsatte hendinger eller problemer i vår del av verden, kanskje med unntak av trusselen om atom- eller økologisk katastrofe. Å beherske sykdommer eller truende atypisk adferd er en del av vårt kontrollinstinkt. I gleden over de store landvinninger i å kontrollere «det onde» må vi ikke glemme at vårt kontrollapparat har vært misbrukt og kanskje misbrukes fortsatt ved å «fjerne» fra samfunnet personer som har en devierende adferd, men uten at de representerer noen trussel for noen. Budskapet fra boken «1984» er aktuelt også i vårt samfunn.

I våre forsøk på å være vitenskapelige og rasjonelle glemmer vi ofte at den vitenskapelige anskuelsesmodellen er kun brukbar til å belyse en begrenset del av tilværelsen. Det finnes en rekke fenomener som naturvitenskapen ikke kan uttale seg om dersom den fortsatt vil være tro mot sine idealer. Filosofiske, religiøse og åndelige aspekter ved tilværelsen kan ikke beskrives med naturvitenskapelige metoder, og derfor er trosaspektene og de eksistensielle spørsmål knyttet til menneskelivet heller lite aktert innen vestlig medisinsk tradisjon. Det sørgelige er at mange med naturvitenskapen som våpen prøver å avføre, ja til og med benekte viktigheten av filosofiske og åndelige realiteter i behandlingen av pasientene.

### En annerledes verdensoppfatning

Når pasienter som har en annerledes kultur- og bakgrunn, annerledes verdinormer, forskjellig verdensanskuelse og forskjellig oppfatning av helse/sykdom og annerledes tidsperspektiv behandles av vestlig utdannet helsepersonell med de beskrevne holdninger og oppfatninger, oppstår det lett konflikter og problemer. Pasient og terapeut forstår ikke hverandre. Usikkerhet og frustrasjoner skaper mistenksomhet, mangel på samarbeid

mellom pasient og terapeut, ja til og med fiendskap. Den slags usikkerhet er gjensidig og munner ofte ut i en bedømmelse av motpartens kultur som er både misforstått og rasistisk. La oss se på en del av de forskjellene i verdensanskuelse, synet på sykdom/helse og tid som eksisterer innen den vestlige kulturkrets og den som finnes blant en del naturfolk eller i samfunn som ikke er nevneverdig påvirket av vestlige verdinormer og tankegang. Jeg vil hente en del eksempler fra samisk tradisjon, fra indianerkulturer fra Nord-Amerika og fra afrikanske stammesamfunn. Det er selvsagt store forskjeller mellom de tre nevnte kulturgrupper, men for vårt formål vil en kunne finne mange innbyrdes fellestrekk som illustrerer forskjellen til vestlig (internasjonal) kultur. Jeg vil også understreke at slett ikke alle samer, indianere eller afrikanere deler disse oppfatningene; ikke desto mindre er det klart at de som ikke er utdannet etter vestlig mønster eller på andre måter er sterkt influert av vestlig måte å leve på, holder disse verdinormer i høvd og tilpasser livet sitt i stor grad i forhold til dem.

Blant de fleste naturfolk er slektsskapbåndene, følelsen av å tilhøre i en sosial sammenheng, i en storfamilie, i en slekt, i en stamme, mye sterkere enn i vestlig kultur hvor individet alene er satt i høysetet. Derfor er det svært viktig å opprettholde et harmonisk forhold til slekten (4). Man har klare forpliktelser i forhold til slektninger – økonomisk, men ikke minst sosialt. Sykdom er derfor ikke et privat anliggende, men angår hele storfamilien eller hele slekten, og hele familien vil være rede til å delta i en helbredelsesprosess – å gjenskape en ny harmoni (5). Derfor er det også blant mange naturfolk vanlig å oppfatte disharmoni innen familien og slekten som årsak til ulykker eller sykdom. Vi har ofte hatt en tendens til å avleie dette som overtro, men det er ikke noen prinsipiell forskjell på dette og den gryende oppmerksomhet innen vestlig medisin over hvor viktige psykososiale forhold er i utviklingen av sykdommen. Innen psykiatrien har man vært opptatt av dette en stund

nå, men nyere epidemiologiske undersøkelser har kastet nytt lys over hvor viktig slike hendelser som giftermål, tap av nære pårørende, skifte av arbeid, flytting til nytt bosted har for utvikling av kreft og hjerte-kar-sykdommer.

Å være frisk i naturfolks øyne vil si å være i harmoni med de sosiale miljømessige og intrapersonelle krefter. (6,7) Denne måten å betrakte helse og sykdom på baserer seg ikke på årsak-virkning tenkning, og sykdom oppleves derfor som en tilstand av disharmoni, noe er ute av likevekt. «Energi-strømmen», livskraften fra det ytre miljø gjennom menneskets indre er avbrutt, forstyrret. (Kinesisk måte å uttrykke hva harmoni/disharmoni innebærer) (8). Denne betraktningssmåten innebærer en klarere økologisk tankegang om naturen og bruk av naturressurser enn det som er vanlig i vestlig tankegang. Målet er å være i balanse med seg selv. Utbytting og ukritisk utnyttelse av naturressursene skader denne balansen og tillates derfor ikke. Den animistiske oppfatningen om at steiner, trær og elver har sjel og er hellige har vært vanlig i naturfolks religiøse tro. (9, 10). I dette verdensbilde er det derfor helt naturlig at mennesket har ånd og at menneskets åndelige behov må ivaretas like naturlig som de fysiske. Mennesket er et vesen underlagt Gud (Skaperguden, Den store ånd osv.) og har evnen til å kommunisere med Gud. I helbredelsesremonier er derfor det religiøse aspektet svært viktig, men det er ikke adskilt fra de aspekter som angår den fysiske eller mentale helse. Mennesket behandles som et menneske, ikke organer, heller ikke sjel, legeme og ånd, men som et levende vesen nøyte tilknytning og integrert i den sosiale virkelighet det lever i. (11, 12). Drømmer, intuisjon og opplevelser/erfaringer som ikke kan registreres med våre fem fysiske sanser er akseptert som reelle manifestasjoner av universet. (9).

Tiden er ikke betraktet som en lineær funksjon som løper fra en, men heller en ressurs til å bruke og fylles med mening. Når

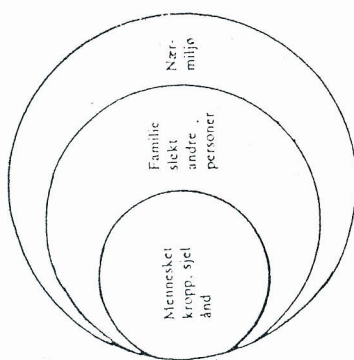


Fig. 3 a. Mennesket og dets relasjoner, slik naturfolk ser det.

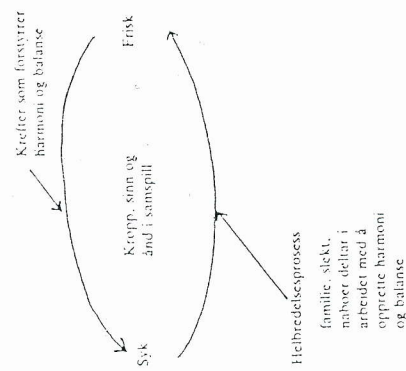


Fig. 3 b. Sykdom, årsaksforhold, behandling.

sammen angir tiden det tar å tilbakelegge en viss strekning som «en eller flere kaffekok», så er det nettopp dette tidsbegrepet som kommer til uttrykk. Det samme er tilfelle med uttrykket «vi kommer i morgen eller kanskje neste uke» eller «African time» hvor man ikke måler tiden, men fyller den med innhold. Det er nåtiden, presens, hva

jeg fyller min tid med som er viktig, fremtiden ligger foran og blir viktig først når den blir nåtid. Se fig. 4.

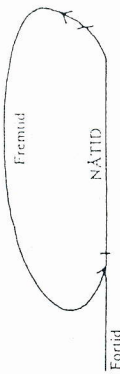


Fig. 4 Syklisk/sirkulær tidoppfatning

Tiden oppleves sykklisk eller sirkulær hvor fortid, nåtid og fremtid kommer igjen og forener seg i presens. For naturfolkene er det årstidssyklusen med forskjellige sesonger som følger etter hverandre og gjentar seg årlig som bestemmer hvordan man opplever tiden (7, 8). Det er den samme betraktningssåten som ligger til grunn for afrikanske stammefolks oppfatning av at den døde fortsetter å være tilstede som realitet i stammen inntil alle som husker ham/henne og har vært sammen med vedkommende mens han/hun levde også er borte. Når shans navn ikke lenger lever, da er han borte for godt. Se fig. 2 som illustrerer en del av paradigmen hos naturfolk.

Når man oppdager disse fundamentale forskjeller i verdensanskuelse, er det forståelig at kommunikasjonsproblemer er vanlig (13). Disse kommunikasjonsvanskene er ikke enestående innen helsesamfundet, men eksisterer innen utdanning, ressurstnyttelse og økologi, økonomi, teknologi, boeingsmønstre, språkbruk, jordbruk osv. (14). Innen alle disse områder kan man oppdage følgende polariteter:

Harmoni versus Styrke  
Samexistens versus Kontroll  
Samarbeid versus Konkurranse  
Livskraft versus Årsak/Virkning  
Felleskap versus Individualitet  
Storfamilie versus Kjernefamilie  
Åndelig versus Materiell  
Naturen er hellig versus Ressursene må utnyttes

Deltakelse versus Beskryttelse  
Avhengig av individuelt verdivalg og ytre omstendigheter vil individer og samfunn operere mer eller mindre på den ene eller den andre av sidene av hvert av begreppsparene.

## Å leve i to kulturer

Det er vanskelig å leve med en fot i hver av to såpass forskjellige verdener, men det er slik mange mennesker har det. Det er ikke rart at spesielle helseproblemer oppstår i befolkninger som blir fanget opp av bølge av kulturkollisjoner. Spesielt vanskelig er dette når vestlig kultur blir *runder* på folk med andre kulturer i forsøket på å avslisere dem, og folk i denne prosessen blir tvunget til å forandre livsstil. Dette har skjedd i stor utstrekning i Nord-Amerika hvor indianere ble utsatt for en «vangssivilisering» som var svært ondartet. På Grønland er eskimoene offer for det samme. I Afrika skjer det i dag ved at regjeringer trer utviklingen over hodet på lokal- og stammesamfunn fortore en stamme kan følge med. I Skandinavia har vi heller ikke vært fri for denne prosessen. Førmorskingsbestrebelsene fra 1950 og 1960-årene har satt sine spor på oss som gikk på skole på den tiden, og selv i dag er det verdinormer eller livsstiler enn den som flertallet sverger til. Innvandrerne til Norge opplever nok denne prosessen som med sitt rette navn må kalles konformitetstvang svært sterkt. I denne prosessen skjer det vesentlige og dyptgripende forandringer og ofte ufrivillig. Naturfolkene mister sine fundamentale rettigheter og verdier slikt som rett til vann og land, sosiale strukturer går tapt og tradisjonell livsstil og ervervsveie etableres. I Nord-Amerika og i enkelte afrikanske stammesamfunn har de innfølte kommet spesielt dårlig ut av denne prosessen. Indianerne mistet sitt land og livsgrunnlag til den hvite mann uten å få del i de goder det nye samfunnet skulle gi. Selv i dag

har indianerne generelt mye dårligere utdanning, dårligere boliger, dårligere helse-tjenester og dårligere økonomi enn gjennomsnittsammerikaneren og er stadig tapere i konkurranse samfunnet. Dette fenomenet er jo slett ikke ukjent i vårt land heller i forholdet mellom samer og nordmenn.

Når mennesker ikke behersker de krav nye samfunnsystemer stiller og samtidig deres stolthet som folk har blitt knekket slik at de til en viss grad bevisst eller ubevisst har vendt ryggen til sin egen kultur og bakgrunn, da oppstår det frustrasjoner og stress. Alkoholisme, selvmord, depresjoner, vold, ungdomskriminalitet, stoffbruk, aggresjon, fedme og diabetes kan alle sees på som symptomer på en dypere konflikt som er tilstede og som skyldes historiske og politiske forhold.

Når man i vestlig medisinsk praksis isolerer pasientene fra de sosiokulturelle realitetene og behandler individet adskilt fra familien og samfunnet, føles det for pasientene fra minoritetskulturer enda sterkere som at skylda legges på pasienten mens han i virkeligheten er et offer for krefter han ikke er herre over selv.

## Konklusjon

Som vestlig utdannete helsearbeidere bør vi være forsiklige og ydmyke i møte med pasienter med annen kulturbakgrunn. Vi må respektere at de har en forskjellig kulturarv fra vår og at deres verdensanskuelse ofte er forskjellig fra vår. Selv om man bruker de samme ord og kanskje snakker samme språk, er det slett ikke sikkert at man legger det samme begrepsinnhold i uttrykkene. For å kunne hjelpe og fungere som terapeut er det nødvendig å sette seg inn i pasientenes verdensanskuelse og verdinormer, og kunne betrakte dem som likeverdige med våre. Vi må også vite og forstå grunnen til at visse folk grupper som indianere i Nord-Amerika eller eskimoer på Grønland har større hyppighet av mentale lidelser enn den stedlige hvite befolkning, og være villig til å endre strukturelle, organisasjonsmessige og poli-

tiske forhold for å bedre helsen. I vårt land er dette spesielt viktig i forhold til samer og innvandrere. Felles verdensanskuelse mellom terapeut og pasient er en forutsetning for at en vellykket helbredelse skal finne sted.

Kanskje er det nettopp mangelen på kommunikasjon over kulturforskjellene som har vært årsak til at så mange samiske pasienter med mentale problemer ikke har profittert noe særlig fra den tradisjonelle psykiatriske lære fra naturmedisinere og naturhelbredere i behandlingsformen i vårt land. Vi trenger å at innlevelse og varme fra terapeuten, villighet til å lytte, snakke sammen og gi omsorg er helt nødvendige elementer i enhver helbredelsesprosess.

## Litteratur

- Howells J G. (Ed.). World history of psychiatry. New York Brunner/Mazel, 1975. (pp. VII-XVIII)
- Howells J G. (Ed.). World history of psychiatry. Ch. 8 - Scandinavia and Finland
- Howells J G, Atineave L. (Eds.) World history of psychiatry. Ch. 19 - USA emigrants in their own homeland - family
- Therapy with American Indian and Alaska native populations from «Ethnicity and family therapy» - Guilford Press 1982
- American Medicine. (-This World- USA April 5, 1981)
- Deere P. Traditional medicine and mental health from issues and perspectives in native American mental health ed. by Dr. Len Duhal - School of Public Health, University of California, Berkeley, 1980
- Cross P. Overview of major American mental health issues (Samme kilde som 6)
- John S M. African religions & philosophy, London, Ibadan, Nairobi, Heinemann, 1969
- Clarke F. An Indian physician's perception of traditional healing. (Presented at the 10th Annual Meeting of the Association of American Indian Physicians - Aug. 1980)
- Berry T. The vision quest of the American Indian (unpublished)
- Beletov G. Vision quest: A native American perspective on health care (unpublished)
- Bergman R L. Navajo medicine and psychoanalysis. -Human Behaviour - USA July 1979