

PSYKOTERAPI SOM KULTURSAMMENSTØD

Bobby Zachariae

Artiklen søger at beskrive det terapeutiske møde mellem den vestlige terapeut og klienten med en anden kulturbaggrund som et kultursammenstød, der rummer nogle principielle modsætninger. Det er modsætninger mellem de to aktørers opfattelse af, hvad terapi, »sygdom« og »helbredelse« er. Disse modsætninger er ikke nødvendigvis eksplícitte, men derimod ofte implicitte. Hvis ikke den terapeutiske proces skal foregå bag terapeutens ryg, bør han forsøge at blive bevidst om de mulige forskelle i opfattelse. Sidste del af artiklen forsøger at give et bud på nogle mulige tilgange til den tværkulturelle terapeutiske proces, som kan tage højde for dette forhold, og artiklen forsøger generelt at vise, at ikke kun klienten, men også terapeuten og den terapeutiske proces må blive påvirket i dette kultursammenstød.

En elefant var blevet bragt ind i et mørkt rum om natten til en udstilling. Mennesker strømmede til. Da det var mørkt, kunne de besøgende ikke se elefanten, så de forsøgte at skabe sig et billede af den ved at berøre den. Da den var så stor, kunne hver besøgende kun røre en del af elefanten og beskrive ud fra det, han følte. En af de besøgende, som havde fat om et ben, beskrev den som en mægtig søjle; en anden, som rørte ved en stødtand, beskrev den som et spidst objekt; en tredje, der rørte ved øret, fastholdt, at den ikke var forskellig fra en stor vifte; mens den fjerde, som rørte ved dens ryg, udtalte, at den var flad som en sofa.

MOWLANA, MASSNAVI.

Kultursammenstødet mellem den vestlige kultur og den kulturelle baggrund, som indvandrere og flygtninge bringer med sig til vesten, foregår på mange niveauer og i mange institutioner, således også indenfor den psykoterapeutiske institution. Først og fremmest det voksne antal flygtninge, som kommer her til landet på flugt fra krig, forfølgelse, fængsling og tortur, har sat fokus på »tværkulturel psykoterapi«. Ikke fordi »gæstearbejdere« og indvandrere ikke tidligere har haft psykiske vanskeligheder, men fordi de psykiske vanskeligheder, som flygtningene præsenterer, dels er mere tydelige, og fordi de i modsætning til indvandrerne bliver modtaget af en social institution, hvis mål det er at »integrere« flygtningene i det danske samfund og løse/behandle de problemer, som behandlersystemet finder står i vejen for sine målsætninger.

Som elefanten i det mørke rum har psykoterapi hidtil unddraget sig den fuldstændige og endelige forklaring og beskrivelse, omend det ikke har

skortet på forsøg, enten ud fra forskellige teoretiske vinkler eller som »non-specific behandling« (Frank, 1974, Hougaard, 1983). De fleste teoretiske forklaringer og beskrivelser af psykotering er skabt indenfor og tager udgangspunkt i, hvad man med et upræcist udtryk kan kalde den »vestlige kulturkreds«. Hvis det i forvejen var vanskeligt at finde koncensus om, hvad »psykotering« egentlig er, bliver det ikke lettere, når der er tale om »tværkulturel psykotering«.

Med tværkulturel psykotering menes her blot et formaliseret møde mellem en person med en anden kulturel baggrund end den vestlige og en professionel, uddannet psykotering med det erklærede formål at hjælpe den første med at løse et eller flere problemer af følelsesmæssig, psykisk eller evt. psykosomatisk karakter i bred forstand.

Mine egne erfaringer med tværkulturel psykotering stammer fra en række terapeutiske forløb med iranske flygtninge siden 1986, henvist af Dansk Flygtningehjælp. Jeg har tidligere forsøgt at skitsere, hvilke overvejelser og teknikker terapi med personer fra en anden kultur ud fra min opfattelse med fordel kunne anvende (Zachariae, 1987), og der er efterhånden dukket nogen litteratur på dansk op om emnet.

Jeg vil ikke her tage udgangspunkt i de problemer, som klienterne præsenterer, og jeg vil heller ikke lægge vægten på, hvad der sker med klienten i det psykoteringsteoretiske kultursammenstød. Jeg vil derimod i det følgende præsentere nogle tanker og forestillinger om, hvorledes terapeuten og den psykoteringsteoretiske proces kan blive påvirket i dette sammenstød, idet det vil være min påstand, at ikke kun klienten, men også den »vestlige psykoteringsteoretiske institution« må gå forandret ud af processen.

Jeg vil komme ind på en række problemstillinger af relevans for den psykoteringsteoretiske proces, som efter min opfattelse ikke kan undgå at blive påvirket af det kultursammenstød, som må finde sted i den tværkulturelle psykoteringsteoretiske proces. Listen er naturligvis på ingen måde fyldestgørende, og der vil ganske givet kunne føjes flere til. Jeg vil i det følgende referere til klienter fra Iran, idet jeg går ud fra, at disse erfaringer også rummer aspekter ved den tværkulturelle terapeutiske proces generelt.

Psykotering som en vestlig institution

Uanset hvor kaotisk det psykoteringsteoretiske marked må se ud for en udenforstående, så eksisterer der nok alligevel en række mere eller mindre indarbejdede normer for, hvad »psykotering« er i vestlig forstand. Også selvom man på markedet kan vælge mellem fx. »jungiansk«, »psykoanalytisk« og »gestaltterapeutisk« orienteret psykotering. Den psykoteringsteoretiske institution rummer en række »grundelementer«, som kan siges at eksistere i enhver terapeutisk relation, omend de tillægges forskellige betydninger.

Terapeutrolle og klientrolle

I mødet mellem terapeut og klient er der to sæt opfattelser eller »rolleforventninger«, om man vil. For det første klientens forventning til, »hvad en terapeut er«, og dernæst terapeutens opfattelse, dvs. terapeutens forventning til sin egen funktion som »terapeut«. Endelig er der tale om hhv. klientens oplevelse af sin rolle og terapeutens opfattelse af klientrollen.

Enhver terapeut, med nogle års erfaring bag sig, har oparbejdet såvel en eksplicit bevidst, som en mere implicit opfattelse og fornemmelse af sin kapacitet og funktion i den terapeutiske proces. Den »humanistiske«, den gestaltorienterede og den adfærdsterapeutisk orienterede terapeut er eksempler på hver sin »prototypiske« udgave af den terapeutiske rolle: den faderligt omsorgsfulde, den konfronterende og den teknisk betonedede rolle. Den enkelte terapeut repræsenterer ofte en sammenblanding af sådanne forskellige prototyper. Trods denne forskellighed har terapeutrollerne bl.a. det fælles, at de repræsenterer en »ekspertrolle«, der på linie med andre ekspertroller repræsenterer en institutionaliseret og evt. videnskabeligt funderet vidensform.

I mødet med klienten fra en anden kultur vil denne rolle blive udfordret. Den iranske klients forventninger kan ligge langt fra det, som terapeuten sædvanligvis møder og forventer. Den iranske klient forventer således ofte, at terapeuten er »doktor«, også selvom han på forhånd har fået at vide, der er tale om en »psykolog«. Dette betyder bl.a., at klientens udgangspunkt kan være en »somatisk diskurs«¹, mens den vestlige psykoterapeutiske diskurs, måske bl.a. i kraft af den historiske distance til den medicinske psykiatri, i høj grad er ikke-somatisk.

Individopfattelse og den terapeutiske proces

Et andet element i den vestlige psykoterapi er spørgsmålet om terapeutens autoritet i fht. klienten og dennes problemer. Herunder: hvad kan terapeuten egentlig udsige, hvilken »sandhed« besidder han, og hvilken forestilling om »viden« bør der være koncensus om i den terapeutiske relation? Den terapeutiske proces afhænger af denne koncensus, og den er afgørende for hvilken relation, der kan etableres mellem terapeut og klient.

Der er udbredt koncensus om ideen om »hjælp til selvhjælp«, dvs. at den egentlige helbredelse sker ikke i kraft af et psyko-»kirurgisk« indgreb, men i kraft af en ændret adfærd, som fører til ændrede følelser (fx. adfærdsterapi), eller omvendt: ny indsigt, som udløser ændret adfærd (fx. psykoanalyse eller kognitiv terapi). Al helbredelse er principielt »selv-helbredelse«, og terapeutens funktion er at hjælpe klienten til at træffe sine egne »frie« valg og fortolkninger. Klienten er principielt et frit individ, som er i stand til at træffe egne frie valg og derigennem tage det fulde ansvar for sit eget liv, sine egne følelser og sine egne handlinger. Terapeuten kan - og skal - ikke tage ansvaret for klientens liv.

Dette aspekt svarer til en individopfattelse og en social, kulturel og øko-

nomisk historisk baggrund, som er speciel for de vestlige, industrialiserede samfund. Et udtryk for denne menneskeopfattelse kan man bl.a. finde i F. Perls såkaldte »gestaltprayer«: »I am I, and You are You, I'm not in this world to live up to your expectations, and you're not in this world to live up to mine.« (Perls, 1976). Terapeuten kan derfor ikke og bør ikke fortælle klienten, hvad denne »bør« gøre - klienten må finde sin egen »sandhed«, der er lige så god som alle mulige andre »sandheder« - så længe han ikke forbryder sig mod gestaltbønnens grundparadigme.

Den iranske klient kan have vanskeligt ved at acceptere, endsige forstå dette grundparadigme, og vanskeligt ved at indoptage det som styrende princip for den terapeutiske relation og den terapeutiske proces. For så vidt at de iranske flygtninge, uanset hvor »verdslige« de opfatter sig selv, er socialiseret i en fortrinsvis ikke-individualistisk kultur, hvor religiøst kulturelle »sandheder« eksisterer udenfor det enkelte individ, forventer de autoritative udsagn af terapeuten. Adspurgt om, hvad de vil arbejde med i terapien, dukker følgende svar som regel op: »Det må du vide, du er doktoren!« »Eksperter«, der lægger op til, at »klienten tager ansvar for sig selv«, opleves som ansvarsforflygtigende og inkompetente.

Viden og den sociale diskurs.

»Hvad der er sandt på den ene side af Pyrenæerne er falsk på den anden.«
Blaise Pascal.

Mens en dansk klient ikke har vanskeligt ved at »indse«, at viden er kompliceret og relativ på det personlige område, og at terapeuten således ikke kan pege præcist på lidelsens årsag, forholder det sig som regel anderledes for den iranske klient. Idet han ikke skelner mellem forskellige vidensformer, skelner han heller ikke mellem »naturvidenskabelige«, »subjektive« eller »normative/etiske« udsagn. Den psykoterapeutiske diskurs er udviklet i et historisk skabt vacuum mellem naturvidenskabelig objektivitet og det moralsk-religiøse felt. Grundelementer fra denne sociale diskurs eksisterer ikke blot i det terapeutiske rum, men også som elementer af befolkningens sprog, også udover de veluddannedes kreds. »Alt for Damerne«, brevkasser m.v. frembyder rigelige eksempler. Den iranske klient har kun indgående kendskab til på den ene side den objektive, naturvidenskabelige diskurs i form af den medicinske og på den anden side den autoritative, religiøse og moralsk/etiske diskurs, som repræsenteres af islam og traditionen. Klienten skal først lære den sociale diskurs som gælder for Danmark.

Den vestlige terapeut og den iranske klient har således forskellige forudsætninger for at kunne etablere et fælles udgangspunkt for den terapeutiske relation.

Sygdomsbegreber

Centralt for forståelsen af den terapeutiske proces er etableringen af et be-

greb om »patologien«, dvs. om hvad der er dynamikken bag klientens problem. For det første rummer den eller de terapeutiske modeller, som terapeuten bevidst og ubevidst benytter et begreb om »psykopatologien« i bred forstand. Desuden vil terapeuten ud fra sine egne personlige erfaringer også besidde et mere implicit personligt sygdomsbegreb. Fx. kan terapeuten gribe sig selv i at tænke, idet han lytter til en klients tale: »Gud, hvor er hun hysterisk«, ligesom terapeuten kan have personlige forudsætninger for empatisk at forstå bestemte problemer og ikke andre. Klienten vil tilsvarende have sit eget sygdomsbegreb, men som regel mangle et formaliseret begreb om sit problem.

I den tværkulturelle terapeutiske relation vil et centralt problem være at skabe et produktivt forhold mellem hhv. terapeutens og klientens sygdomsbegreber. Denne forskel vil selvfølgelig eksistere i enhver terapeutisk relation, og denne forskel udgør måske endda i nogle tilfælde grunddynamikken i den terapeutiske proces: etableringen af koncensus og fælles indsigt i problemet. De eksplicite, og sværere endnu: implicite, sygdomsbegreber hos fx. den iranske klient kan imidlertid være så forskellige fra den vestlige terapeuts, at en egentlig terapeutisk proces ikke kan etableres, hvis ikke terapeuten er i stand til at tage højde for dem.²

De iranske flygtninge kommer fra et samfund, som på mange måder er kulturelt splittet: på den ene side gennemgik Iran en forceret moderniseringsproces for visse befolkningsgrupper, på den anden side overvandt denne moderniseringsproces aldrig de grundliggende traditionelle shiitisk islamiske strukturer. I min erfaring afspejler denne dobbelthed sig i de iranske klienters sygdomsopfattelse. På den ene side forventer de at få forklaret deres problemer indenfor en videnskabelig - til tider endda »medicinsk« diskurs. På den anden side ligger de traditionelle forklaringsmodeller som en understrøm, der kun kommer frem, hvis terapeuten »tillader« denne diskurs' tilsynekomst i samtalen. De iranske klienter repræsenterer selv et »indre kultursammenstød«, som gør det vanskeligt for terapeuten at identificere klienternes implicite sygdomsbegreber.

Sundhedsbegreb

De medicinske og psykologiske sundhedsbegreber er resultatet af en specifik historisk-kulturel udvikling. (Foucault, 1975; Canguilhem, 1977; Zachariae, 1983). Som allerede nævnt har individopfattelsen en indflydelse på det psykologiske sundhedsbegreb: Individuel frihed til ansvar, selvaktualisering, evnen til frie valg etc. Sundhedsbegrebet kan variere i fht. den enkelte psykoterapeutiske model og den individuelle terapeut, men individets frihed og ansvar vil stå som centrale begreber i de fleste vestlige psykoterapier. Derudover rummer den vestlige kultur eks- og implicite sundhedsbegreber eller måske rettere »normalitetsbegreber«, som i praksis sætter sig igennem i mellemmenneskeligt samvær og i institutionernes praksis, herunder de in-

stitutioner som flygtningene specielt kommer i kontakt med og er afhængige af.

Psykiateren Sirnes har bl. a. beskrevet psykisk sundhed som: »evne til sagslighed«, »en moden samvittighed«, »selvstændighed og selvtillid«, »god arbejdssevne« og »god tilpasningsevne« (Sirnes, 1975).

Normalitetsbegrebet, som de ovenstående overskrifter kan være en indikator for, modsvarer naturligvis en specifik samfundsmæssig social, økonomisk og politisk struktur, som kan ligge langt fra den samfundsmæssige struktur, som klienten kommer fra. Patologi hos danskere vil bl. a. være bestemt af, i hvor høj grad deres adfærd, følelser og tanker stemmer overens med normalitetsbegrebet og samfundsstrukturen. Klienten fra en kultur, der er væsensforskellig fra den vestlige, risikerer at blive »patologiseret« i kraft af sin kulturelle forskellighed. Ikke mindst i så relativt samfundsafspejlende og samfundsreproducerende systemer som Dansk Flygtningehjælp og Social- og sundhedsvæsenet. Selve det at repræsentere en anden kultur bliver tendentielt »patologiseret«, og diagnosen vil kunne lyde: »integrationsvanskeligheder«. Måske vil det, der principielt svarer til »sundhed« i klientens kulturelle kontekst, være »patologi« i en dansk og omvendt: måske vil det, der anerkendes som et »sundt« adfærdsmønster af det danske behandlersystem, være at betragte som patologi i klientens egen kultur.

Et eksempel: En iransk klient, hvis svoger blev myrdet af en dansker, blev henvist, fordi han reagerede meget aggressivt og voldsomt overfor sine omgivelser og truede med hævn over morderen, da denne efter hans mening ikke havde fået en tilstrækkelig hård dom. Det aggressive mønster, som blev betragtet som »patologisk«, og som forværredes, da det ikke fik udtryksmulighed, blev af klientens familie her og i Iran betragtet som ikke alene et »normalt«, men også et påkrævet adfærdsmønster, indtil uretfærdigheden kunne blive sonet. De to normsystemer, som de to kulturer repræsenterer, kan sommetider være så inkompatible, at konflikten er uundgåelig og principielt uløselig.

Helbredelsesproces og »integration«

Forestillingerne om helbredelsesprocessen og dens karakter vil være en afspejling af de elementer, som er skitseret ovenfor: terapeutrolle, klientrolle, sygdomsbegreb, sundhedsbegreb etc. I realiteten er de enkelte elementer tæt sammenknyttet, og hvorvidt klienten vil opleve en positiv forandring vil afhænge af, om klientens og terapeutens eks- og implicitte forestillinger om terapeutrollen, klientrollen, sygdomsbegreb og sundhed vil kunne mødes på en for denne proces hensigtsmæssig måde.

Ligeledes vil det være betydningsfuldt, hvorvidt denne proces er kompatibel med den institutionelle og øvrige samfundsmæssige realitet, som klienten vender tilbage til. Der kan, jævnfør eksemplet ovenfor, meget vel være tale om problemstillinger, som af kulturelle årager er principielt »uløselige«.

Det er ofte blevet diskuteret, hvorvidt indvandrere og flygtninges indlemmelse i det danske samfund bør have karakter af hhv. »assimilation« eller »integration«, hvor det første begreb som regel kendetegner den fremmedes indoptagelse og accept af dansk kultur og sprog, mens »integration« er blevet betegnet som den fremmedes indlemmelse i det danske samfund, samtidig med hans egen kulturelle identitet fastholdes. Debatten er forholdsvist diffus og har været præget af både moralske og pragmatiske argumenter. Visse gruppers fremmedangst og bekymring for den »danske kulturs skæbne« har afspejlet sig i kravene om assimilation (for så vidt at disse grupper overhovedet kan acceptere tilstedeværelse af fremmede), mens andre både ud fra moralske og pragmatiske hensyn har talt for en integrationsproces.

Problemstillingen er kompleks, og denne artikel er ikke stedet for en længere diskussion. Problemstillingen kan imidlertid ikke undgås, for så vidt at den tværkulturelle psykoterapi er uløseligt forbundet med den. Terapeuten må være opmærksom på problemet, hvis ikke den terapeutiske proces skal »foregå bag aktørernes ryg«, med de konsekvenser det kan få. Det er min fornemmelse, at den ideelle integrationsproces er en illusion. Den fremmede kan ikke integreres i et vestligt samfundssystem og fungere ud fra en, omend bred, normalitetsramme uden at give afkald på centrale elementer i sin egen kulturelle identitet. Den psykoterapeutiske proces vil være et af de områder, hvor den ideelle integrations umulighed vil kunne vise sig. Det kan vise sig, at den fremmedes »helbredelse« i visse tilfælde vil kunne kræve, at han opgiver nogle vigtige aspekter ved sin egen kulturelle identitet. Denne »helbredelse« kan så måske involvere et tab, som kan være udgangspunkt for en ny »patologi«.

Spørgsmålet er ikke, hvorvidt terapeuten skal fungere som tilpasningsagent eller ej. Det gør han de facto. Spørgsmålet er snarere, hvorvidt det skal lykkes terapeuten at være så bevidst om dette, at han på en så respektfuld og hensigtsmæssig måde som muligt kan befinde sig i denne konflikt.

Måske afspejler denne problemstilling de samme temaer, som blev udtrykt i 60-ernes og 70-ernes »antipsykiatri«. Antipsykiatriens fortalere (se fx. Laing, 1967; og Cooper et al, 1977) argumenterede ofte for, at »behandleren« skulle indtage den udgrænsedes - den gales - position, og at normalitetsbegrebet skulle vendes på hovedet: Den »syge« er sund, det normale (samfundsstrukturen) er sygt. Denne omvendning havde både positive og negative ideologiske konsekvenser, men den var i kraft af sin absolutte karakter ikke omsættelig i en brugbar terapeutisk praksis. Antipsykiatrien forvokslede »revolution« og »terapi« (Jacoby, 1977).

Det var illusorisk at tro, at antipsykiatrien skulle kunne indoptage den udgrænsedes - den gales diskurs, for så vidt at galskabens diskurs overhovedet er andet end psykiatrikritikkens egen abstraktion. Spørgsmålet er, hvorvidt det gale univers er principielt forståeligt, eller netop karakteriseret ved sin autisme, privathed og grundliggende uforståelighed.

Parallellen til den tværkulturelle terapi har antipsykiatrien ofte selv leve-

ret. Psykiatrien beskrives som et imperialistisk overgreb. Jeg er ikke tvivl om, at det danske integrations- og behandlersystem i praksis fungerer »kultur-imperialistisk«. Jeg er heller ikke i tvivl om, at et påvirknings- og magt-frit integrationssystem er en illusion. Men graden af mulig gensidighed og graden af repression er bl.a. afhængig af, hvor eksplicit dette forhold er, dvs. hvor bevidste systemets agenter er om det, de foretager sig. Idet psykoterapeuten - uanset ansættelsesforhold og god vilje - de facto er en del af dette system, gælder dette også ham/hende.

Det vil - igen i tråd med antipsykiatrien - efter min mening være umuligt for den vestlige terapeut at identificere sig med den fremmede klients position og kultur. Andre kulturer er tendentielt »uoversættelige« og »uforståelige«. Derfor bør den tværkulturelle terapi snarere forstås som et kultursammenstød, et kultur-møde på godt og ondt. Modsætningen, uoversætteligheden og uforståeligheden kan ikke endeligt overvindes. Men den kan udnyttes i positiv forstand, hvis den anerkendes. Med et omskrevet citat: »Mulighed er at kende mulighedernes begrænsninger«.

Jeg har i det ovenstående søgt at argumentere for den tværkulturelle psykoterapeutiske proces som et uundgåeligt kultursammenstød, med de konfliktmuligheder og begrænsninger som dette indebærer generelt. Jeg har i denne forbindelse hævdet, at der eksisterer en tendentielt »uoversættelighed« mellem kulturer. Dette har jeg ikke gjort for at argumentere for umuligheden af tværkulturel terapi, men derimod for at påpege de vanskeligheder, som terapeuten vil støde ind i, og som han må forholde sig aktivt til, hvis kultursammenstødet skal blive et kulturmøde og ikke en kulturkonflikt.

I det følgende vil jeg forsøge at angive nogle aspekter ved den terapeutiske proces, som anerkender mulighedernes begrænsninger; som anerkender kulturforskellen som terapiens nødvendige udgangspunkt og derfor principielle mulighed.

Muligheder i det terapeutiske kultursammenstød

Hvis den tværkulturelle terapi skal udvikle sig til et »kulturmøde« og ikke strandes på de immanente modsætninger, som kan ligge i det terapeutiske kultursammenstød, og hvis terapien skal undgå at blive en ureflekteret proces, som blot søger at indskrive klientens problemer i sin egen diskurs, bør terapeuten lade sine egne forestillinger og modeller udfordre af de forskelle, som klienten repræsenterer med sin kulturbaggrund.

Mange psykoterapeutiske retninger søger ofte at fortolke klientens oplevelser og problemer ud fra deres egen model af, hvad der er det psykopatologiske dynamik. Psykoterapien bliver herved ofte en proces, igennem hvilken klienten internaliserer den pågældende psykoterapeutiske model som sin egen forklaringsmodel. Fx. vil den psykoanalytiske klient indholdsmæssigt få en bestemt årsagsforklaring på sine »symptomer«, som svarer til den

psykoanalytiske indsigt. Denne indsigt er ofte »effektfuld«, forsåvidt at den indirekte kan give klienten anledning til nye ændrede adfærdsformer. Igenem den psykoanalytiske model omstruktureres symptomernes betydning til en for klienten mere hensigtsmæssig sammenhæng.

Idet de traditionelle vestlige psykoterapiers effektivitet afhænger af deres modellers forklaringsværdi for det vestlige individ og dette individs hyppigste konflikter, er det langt fra sikkert, at disse eks- og implicitte forklaringsmodeller vil kunne internaliseres af en klient med en ikke-vestlig kulturbaggrund og socialisering. Idet psykoanalysen ofte opfattes som en universel forklaringsmodel, vil den blive mindre sensitiv overfor de potentielle forskelle, som er blevet skitseret i de foregående afsnit. Dette vil ikke kun være tilfældet med psykoanalysen, men også gestaltterapien, realitetsterapien etc. vil have dette problem.

System- og kommunikationsorienteret terapi (Bandler & Grinder, 1976; Watzlawick, 1978 m.fl.) tager som udgangspunkt, at hvert individ vil have sin personlige »model af verden« - sin personlige forståelse af kausale sammenhænge og derfor også sin personlige »sygdomsmodel« eller »beliefsystem«. De kommunikationsorienterede terapeutiske modeller søger principielt at tage udgangspunkt i klientens »model af verden og problemet« for derved at kunne intervenere i denne model, således at de »uhensigtsmæssige« aspekter ved modellen ændres.

En sådan opfattelse rummer forsåvidt også en implicit forklaringsmodel, men den begrænses af det pragmatiske grundprincip: Terapeuten besidder ingen principiel sandhed om klientens verdensbillede eller problem, men kan ved anvendelse af forskellige »algoritmiske« principper, fx. »reframing« (Bandler & Grinder, 1982), ofte ændre »uhensigtsmæssige« aspekter ved klientens model af verden. »Sandheden afhænger af det, der virker!« En sådan pragmatisme kan let blive offer for det »tilsyneladende« og derfor uden bevidst refleksion over »hvad der ændres til hvad« - dvs. uden eksistentiel og ideologisk interesse.

I tværkulturel sammenhæng ligger forcen imidlertid netop i, at »sandhederne« er afskrevet. Terapeuten besidder ikke sandheder, uanset at disse sandheder måske har været effektive overfor klienter med en vestlig socialisering. Den kommunikationsterapeutiske modus vivendi foreskriver, at terapeuten først og fremmest søger at sætte sig ind i klientens model af problemet. Hermed ikke sagt, at terapeuten kan placere sig neutralt udenfor den terapeutiske proces, at der ikke finder »overføring« eller »fortolkning« sted. Terapeuten bør blot anerkende, at der ikke eksisterer en sandhed, udover den »sandhed« som viser sig i effekten: en ændring. Udeblivelsen af ændring vil således heller ikke kunne fortolkes ud fra den terapeutiske model i sig selv. Ofte fortolkes udeblivelsen af ændring som klientens »modstand«, og »helbredelse« vil derfor kun kunne ske gennem klientens anerkendelse af denne modstand. Den udeblevne ændring påpeger blot overfor terapeuten, at hans udsagn og interventioner ikke er i overensstemmelse med klientens

model af problemet.

Naturligvis vil forskellige terapeutiske modeller kunne have effekt. Psychoanalytisk fortolkning, kropsterapi etc. vil alle kunne intervenere i den fremmede klients model af verden, blot er det langfra givet, at årsagen til en evt. ændring er at finde indenfor terapeuten egen forklaringsverden, og resultatet kan lige såvel udeblive. I dette tilfælde bør årsagen principielt altid være at finde hos terapeuten - aldrig hos klienten.

Hvis man vælger - for det er et valg - at tage et udgangspunkt som det beskrevne, vil den terapeutiske proces kræve, at terapeuten hele tiden er bevidst om de forskelle, som kan eksistere mellem hans og klientens model af verden, og at han oplever disse forskelle som en udfordring af hans egen forståelse og oplevelse. I det følgende vil jeg beskrive et par områder, hvor den vestlige terapeuts model af verden kan blive udfordret af mødet med den iranske klient.

Individ og kollektivitet

Man kan hævde, at al terapi drejer sig om forholdet mellem *individet og den kollektivitet*, som han er medlem af. Dette forhold vil altid generelt afspejle klientens forhold til omgivelserne - eller sagt mere alment: hans væren i verden.

I mødet mellem den vestlige terapeut og en klient med samme kulturelle baggrund vil dette forhold ikke fremtræde som væsens-forskelligt.³ I mødet mellem den danske terapeut og fx. den iranske klient vil der være tale om centrale forskelle. Disse forskelle vil være eksplicitte og tydelige på nogle områder, mens de på andre vil være skjult, også for klienten selv.

De fleste danskere vil kunne fornemme, at muslimske klienter er »forskellige fra os«, når det gælder moralbegreber og holdninger til, hvad der er acceptabel tanke og adfærd. Det kræver imidlertid en speciel lydhørhed at trænge bagved de ydre former og undgå, at vores oplevelse af klienten ikke forvanskes af de etnocentriske billeder, som vores kultur har produceret af muslimer. Danskeres ordassocationer og forestillingsbilleder af »muslimer« følger ofte bestemte skabeloner. »Voldsomhed«, »terror«, »naturlighed«, »1001 nat«, »varme«, »familiesammenhold«, »underudvikling«, »primitivitet«, »eksotisk«, »kvindeforagtende« etc. er eksempler på almindelige spontane assocationer hos danskere, som jeg har truffet på, når jeg mere systematisk har søgt efter dem.

Disse assocationer repræsenterer vore forestillinger om »orienten« og »de andre« - »de fremmede«. Disse forestillinger har deres rødder i den vestlige kulturs forhold til andre kulturer; et forhold som har været præget af kolonialisme og imperialisme af både økonomisk og kulturel art. De afspejler dels en frygt og dels en nysgerrig fascination af det »eksotiske«, hvor interessen for det eksotiske og »vilde« ofte bliver associeret med en længsel efter

»det naturlige« - den »naturlighed««, som vi oplever, vi har mistet i den »civilisatoriske proces« - en længsel som ofte er blevet beskrevet i forestillingerne om »den ædle vilde«.

Det vestlige individ er primært socialiseret til at opfatte sig selv som et frit individ, hvis moral og handlinger ikke på forhånd er fastlagt, men bør udvikles i en personlig modningsproces. Individets normer er internaliseret i form af et individuelt »Overjeg« - en indre »samvittighed« og »skyld«. I mere traditionelle samfund reguleres individernes handlinger i højere grad af forestillinger om ære og skam. »Ære og skam« afspejler, at individets forhold til omgivelserne ikke reguleres af en indre individualiseret »samvittighed«, men i højere grad af kollektive normer om »ærefuld« og »skæmmende« adfærd.⁴

I fascinationen af dette fænomen fremhæves ofte et mere »naturligt fællesskab« i familien og gruppen, som stilles overfor det vestlige individs tendentielle ensomhed og isolation. Den vestlige terapeut vil således, hvis han ikke bliver opmærksom på sine egne forestillingsbilleder, have sværere ved at få øje på sin klients forhold til omgivelser og samfund.

Et eksempel: en ung mandlig iransk klient fortæller, at han har det vanskeligt med forholdet til sin far, og med at have forladt Iran uden at have haft kontakt med ham. Han fortæller, at han var blevet uvenner med sin traditionelt religiøse far, bl.a. fordi denne altid havde straffet ham hårdt, »for at gøre ham stærk«. Et brud med forældre regnes ikke for usædvanligt i vesten, og ofte vil en terapeut kunne forestille sig det positive i et sådant brud. I et muslimsk samfund vil fordelene sandsynligvis altid være mindre end de psyko-sociale vanskeligheder, et sådant brud vil kunne medføre. Bindinger som er almindelige i muslimske (o.a. traditionelle familiesystemer) vil, såfremt de forekommer i vesten, ofte være problematiske. De forestillinger, som en vestlig terapeut kan have af »en familie« og »forældre-børn-forhold«, og som vil danne grundlag for hans empatiske forståelse af et problem, vil ikke være overensstemmende med klientens.

Det vil være ukorrekt at sige, at mens vesterlændingen er et isoleret individ, vil muslimen være et kollektivt væsen. Der er snarere tale om forskellige former for individualitet. Psykoterapi vil altid principielt skulle forholde sig til klientens individualitet. Ikke til terapeutens forestillingsbilleder.

Det at være åben overfor forskelle indebærer netop også, at disse forskelle ikke må skygge for den enkelte klients individuelle eksistens, og at forståelsen af klientens forhold til verden ikke må reduceres til en kliche - hvad enten denne kliche har positive eller negative konnotationer.

Forholdet mellem kønnene

Opfattelsen af *forholdet mellem kønnene* er et af de områder, som ofte dukker op, når forskellen mellem muslimske og vestlige kulturer diskuteres.

Umiddelbart opfatter mange danskere muslimske mænd som »kvindeforagende« og »kvindeundertrykkende« og generelt som havende et kvindesyn, som er uforeneligt med en respekt for det enkelte menneske.

Der skal såmænd ikke herske tvivl om, at muslimske mænds adfærd kan virke stødende og forkastelig på en vesterlænding. Men at en adfærd opleves sådan, implicerer ikke at oplevelsen er »sand«. Muslimske mænds adfærd overfor danske kvinder - fx. kvindelige sagsbehandlere - kan ikke nødvendigvis blot ses som et udtryk for »den muslimske mands kultur«, men må naturligvis betragtes som et produkt af interaktionen mellem de to kulturmønstre.

Et eksempel: En ung iransk mandlig klient henvises efter flere selvmordsforsøg i forbindelse med et afbrudt forhold til en 16-årig dansk pige. Han føler grundliggende, at hans ære er krænket, fordi hun slog op med ham. Han havde »åbnet sig totalt« for hende, fordi han ville gifte sig med hende og ville give hende en »lærestreg« ved at tage sit eget liv. Han følte, at danske piger var falske, og han ønskede en ærbar kvinde. Hans forestillinger om ret og moral i forholdet mellem kønnene var grundliggende inkompatible med danske forhold. Terapeuten har to muligheder: enten at forsøge at belære klienten om danske normer eller at acceptere klientens model af verden, og i behandlingen tage udgangspunkt i denne.

Terapeuten eller andre danskere, der arbejder med muslimske klienter, bør selvfølgelig ikke overtage de muslimske værdier. Men forudsætningen for en reel terapeutisk kontakt vil som regel være, at klientens udgangspunkt respekteres som et lige så »sandt« verdensbillede. Evt. moralske vurderinger vil være det samme som at afbryde kontakten, før den er etableret.

Relativisme, sandhed og realitet

En iransk mandlig klient fortæller tilsyneladende en smule forlegent, at han ikke »tror på himmel og helvede«, og at det derfor nok forekommer ham lidt svært, at han føler sig forfulgt af en dæmon, og han spørger derefter, om jeg selv tror på dæmoner.

En anden iransk mandlig klient fortæller, at han om natten havde haft en drøm: Han drømte, han kæmpede i bjergene i Kurdistan mod Khomeinistret. Han blev pludselig ramt og vidste, at han ville dø. Hans afdøde bror (dræbt af styret i Iran) kom til ham og fortalte ham, at han ikke skulle være bange for at dø, men at det ville være en vidunderlig oplevelse. Klienten ville vide, om drømmen betød, at han skulle drage afsted for at kæmpe i Iran.

Disse to eksempler illustrerer den anderledes »realitet«, som terapeuten kan møde hos iranske klienter. Mens det første eksempel efter min opfattelse viser den kulturelle splittelse mellem tradition og modernitet, som mange yngre iranere udviser, er det andet et eksempel på traditionel fortolkning af drømme, som findes i Iran. Selvom den første klient »rationelt« kan vedtage med sig selv, at »der ikke findes dæmoner«, kan han ikke undslippe den »ra-

tionalitet«, som traditionen rummer, og som er en del af hans socialisation. Den anden klient viser med sin henvendelse, at hans tvivl om, hvorvidt han skal blive i Danmark eller tage til Iran og kæmpe, kræver en afgørelse indenfor den fortolkningsramme, som den traditionelle drømme-tydning byder på.⁵

Den relativisme, som jeg ovenfor har plæderet for, indebærer ikke, at det for terapeuten er nødvendigt »at acceptere eksistensen af dæmoner«. At undgå en etnocentrisme indebærer ikke modsætningen: at vi bør acceptere den »rationalitet«, som den anden kultur repræsenterer. Repræsentanten for den anden kultur besidder ikke nødvendigvis »sandheden« om »dæmonen«.

Tværtimod kan det forholde sig således, at »dæmonens« reelle betydning indenfor den anden kulturs egne rammer og funktion kun kan forstås fra en ydre position.

Ernst Gellner (Gellner, 1981, p. 43f) beskriver et eksempel fra Marokko. Blandt berberne finder man såkaldte »igurramen« - mænd som ved at have bestemte positive personlighedstræk er udpeget af Gud til at fungere som mæglere i forskellige tvister. Ved at tillægge bestemte mænd disse træk udpeger stammen reelt, hvilke mænd der skal fungere som mæglere, men indenfor deres egen rationalitet er disse mænd ikke valgt i den forstand, man blandt berberne fx. vælger et stammeoverhoved. Kun derfor kan de fungere som troværdige, neutrale mæglere. Hvis man skal acceptere berbernes egne regler for »sandhed«, vil man ikke kunne påpege dette forhold. Antropologen må som videnskabsmand her sætte sig udenfor den anden kultur for at kunne forstå den. Ligeledes er det ikke sikkert, man kun kan besidde »sandheden om Islam« ved at være muslim. Tværtimod er det måske netop som betragter. Betragterens »sandhed« vil netop være begrænset til betragterens position som udenforstående. »Uoversætteligheden« udtrykker sig i, at fx. visse funktionelle aspekter kun vil kunne ses »udefra«, mens andre aspekter kun vil kunne identificeres »indefra«.

Sandheden er ikke statisk og stationær, men eksisterer kun i et mere eller mindre afgrænset fortolkningsrum. Det ovenstående eksempel illustrerer, hvorledes sandheden må være interessebestemt. Antropologen kan beskrive, hvorledes et fænomen tjener en funktion ved at opretholde et system, mens det samme fænomen ikke kan forstås funktionelt indenfor systemet. Antropologens model er begrundet i en interesse i at beskrive, hvorledes systemer opretholdes. Den implicite »sandhed« for antropologen er i dette tilfælde, at alle systemer vil have en iboende selvopretholdelsesdynamik.

Videnskabelige diskurser vil have en tendens til at være overgribende eller subsummerende. De har en tendens til at ordne alle fænomener under deres egen rationalitet. Bestemte adfærds- og tankemønstre vil fx. blive begrebet »funktionalistisk« og miste deres »egen sandhedsværdi«. Hvorvidt den ene synsvinkel er »mere sand« end den anden er et værdiløst spørgsmål. Et religiøst skrift kan gøres til genstand for litteraturanalyse, men mister i

samme øjeblik sin religiøse »sandhed«.

Men terapeuten er ikke antropolog! Han opgave er ikke at tilvejebringe en viden som sådan, men derimod at fungere terapeutisk. At fungere terapeutisk vil sige at tage udgangspunkt i og handle overfor den »model af verden« og den model af problemet, som klienten præsenterer. For at kunne påvirke og handle i klientens »realitet« - den realitet, som hans problem er opstået i - må terapeuten arbejde indenfor - eller delvist indenfor - den rationalitet, som den anden kultur repræsenterer.

En »sheik«, en mullah eller en anden traditionel behandler vil naturligvis netop operere indenfor den realitet, som klientens kultur repræsenterer - ligesom den vestlige psykoteraapeut opererer indenfor den realitet, som den vestlige klient accepterer som sin. I den tværkulturelle terapi er der derimod tale om sammenstødet mellem »to realiteter«.

I den tværkulturelle terapi er terapeuten derfor tvunget til en fleksibel relativisme. På den ene side vil han være tvunget til at udvise en kulturel empati for klientens »realitet« - eller »model af verden«, for at kunne forstå tilstrækkeligt til at kunne handle i fht. klientens problem. På den anden side repræsenterer han den vestlige kultur overfor klienten, og er som sådan en kulturformidler. Det vil også være sådan, at nogle af klientens problemer er opstået indenfor hans egen »realitet«, mens andre måske vil være udtryk for konflikten mellem hans egen kulturelle identitet og aspekter ved den vestlige kultur.

Hvis psykotering forudsætter, at terapeuten møder klienten i dennes forståelse af verden, hvad jeg forudsætter bør gælde for enhver psykotering, så må terapeuten være fleksibel. Det vil betyde, at han tendentielt skal kunne skifte position og sandhedskriterium, og samtidig kunne vise klienten disse skift og forskelle. Forskellene i »realitet« skal ikke overvindes, men accepteres som uundgåelige. Klienten fra den anden kultur er i et kultursammenstød, og den terapeutiske proces må tage udgangspunkt i denne konflikt. Ligeledes er terapeuten i et kultursammenstød, og han er tvunget til at afsøge og anvende forskellene, som hele tiden vil udfordre hans egen model af verden, hans opfattelse af sin rolle som terapeut, hans opfattelse af den terapeutiske proces m.v. uden herigennem at miste fornemmelsen af klienten som det unikke individ, han eller hun er - på trods af alle kulturelle forskelle.

For at beskæftige sig med tværkulturel terapi må terapeuten være villig til at stille spørgsmålstejn ved de »sandheder«, som hans kulturbestemte »realitetsofattelse« indeholder. Og hvad er »sandhed« da:

»En mobil hær af mefatorer, metonymer og antromorfismer, m.a.o. en sum af menneskelige relationer, som er blevet forstærket, omformet og udtrykt poetisk og retorisk, og som efter lang tids brug virker faste, kanoniske og obligatoriske på et folk: Sandheder er illusioner, om hvilke vi har glemt, at dette er, hvad de er; metaforer som er slidt ned og som er uden sanselig styrke; mønter som har mistet deres prægninger og kun tæller som metal - ikke længere som mønter.« (Nietzsche).

Konsekvenser for den terapeutiske metode

Hvis de ovennævnte forskelle og modsætninger tages alvorligt, må det også få konsekvenser for den terapeutiske metode og de anvendte terapeutiske »teknikker«.

Udover de vanskeligheder, som selve eksistensen af to forskellige sprog i terapien afstedkommer, vil det være ønskeligt at kunne give så meget »plads« til forskellige fortolkninger som muligt. Den terapeutiske metode bør således give plads til, at den virksomme fortolkning af, at et symptom eller en konflikt for fx. en iransk klient ikke forekommer i terapeutens model.

Uden at gå i detaljer her (se Zachariae, 1987) vil jeg hævde, at den tværkulturelle terapi her vil kunne drage nytte af sådanne teknikker, der i så høj grad som muligt udelukker nødvendigheden af terapeutens fortolkninger. Til sådanne hører bl. a. såkaldte guidede imagery-teknikker. Guided imagery kan foreslå en strukturel ramme for klienten, som ikke indebærer en indholdsmæssig fortolkning.

Et eksempel: At lade klienten visualisere sig selv i en »biograf« siddende i salen seende sig selv på lærredet i fængslet, visualiserende hvad bødlerne gør ved ham, for derefter at visualisere sig selv gribe ind i situationen, befri sig selv og gøre »alt, hvad der er nødvendigt« for, at situationen er »i orden«.

Denne ramme gør det muligt for klienten i forestillingen at »handle« i overensstemmelse med de normer og følelser, som er passende for ham, og som terapeuten ikke nødvendigvis kan have nogen forestilling om. Det muliggør desuden, at klienten kan bearbejde problemer, som han indenfor sine normer måske ikke kan tale om.

En anden teknik er anvendelsen af »den terapeutiske metafor« (Gordon, 1978). Med metaforer forstås her fortællinger, eventyr, ordsprog og aforismer, der kan fremkalde følelser og forestillinger i en kondenseret form uden at komme i direkte konflikt med klientens »realitet«. Metaforen kan udtrykke strukturer, konflikter og konfliktløsninger, som ikke kan formuleres i det rationelle, analytiske sprog. Metaforer er en måde at udtrykke en ting igennem en anden, hvor klienten selv udfylder den strukturelle ramme med sine egne interne billeder og forestillinger. En fortælling kan rumme ambivalens og forene modsætninger, som er uforenelige i det logiske sprog.

At anvende metaforer er ikke blot en måde at undgå konflikt med klientens »realitet«, men måske netop samtidig en tilnærmelse til hans realitet. Fortællingen er i ikke-vestlige kulturer - ikke mindst i mellemøsten - et almindeligt terapeutisk redskab (Peseschkian, 1982). Kontakten mellem den vestlige terapeut og den iranske klient vil måske netop være mest intens i metaforen. I metaforen vil to forskellige »realiteter« - to forskellige sæt interne forestillinger kunne mødes - og kravet til oversætteligheden være mindst. Nogle vil hævde (se Greimas, 1974), at vi i eventyret kan finde det »universelle«, og at denne universalitet bl. a. udtrykker sig i et begrænset antal grundfortællinger om menneskelig eksistens. Rigtigheden af dette vil jeg

tillade mig at tvivle på og blot konstatere, at metaforen i min erfaring kan være et virksomt terapeutisk kommunikationsredskab.

Et eksempel: Følgende jødiske historie reformulerer sorgens betydning fra negativ til positiv: Adam og Eva var blevet forvist fra Paradis, og Gud fik medlidende med dem. Gud besluttede sig til at give Adam og Eva en gave - en dyrebar perle: tåren. »Når I bliver overvældet af sorg og smerte, da skal denne tåre falde fra Jeres øjne, og Jeres byrde vil straks blive lettere at bære«. Denne fortælling kan bedre end nogen psykologisk udredning beskrive det terapeutiske i at udtrykke sin sorg og formulere sin pointe i et »sprog«, som er i overensstemmelse med den fremmede klients model af verden.

Udfordringen for den terapeut, der beskæftiger sig med tværkulturel psykotering, ligger i at lade sine egne »sandheder« komme på prøve. Dette gælder både hans teoretiske modeller og hans eget personlige »trossystem«. Udover terapeutens egne terapeutiske modeller for, hvad »terapi«, »sygdom« og »helbredelse« er, må han kunne relativere sine metamodeller - sine epistemologiske begreber: Hvordan kan vi tilegne os viden, og hvilke relativeringer må vi acceptere. Endvidere må han være parat til at anskue sine egne normer om »normalitet« og »godt og ondt« ud fra en anden synsvinkel. Måske er tværkulturel terapi blot en ekstrem pointering af, hvad »psykotering« generelt er: Et »kulturmøde« mellem forskellige modeller af verden, hvor »sandheden« altid vil befinde sig i en mellemposition mellem »sandhed« og »pragmatik«.

For afslutningsvis at vende tilbage til elefantmetaforen. I tværkulturel terapi er det ikke et spørgsmål om at fortælle klienten om den elefant, vi mener at have en viden om, men om at kunne respektere, at den »snabel, som klienten måske hævder er en »slange«, altså »er« en slange indenfor hans rationalitet, og at hans handlinger skal forstås ud fra dette forhold. Og ligeledes se i øjnene, at det elefantben, vi har fat i, måske ikke er den træstamme, vi hele tiden har troet, det var. Hvorvidt vi nogensinde vil kunne danne os et billede af hele »elefanten« er et andet spørgsmål af mere generel erkendelsesteoretisk karakter, hvis afklaring ikke er en forudsætning for at udøve psykotering.

NOTER

1. Dertil kommer, at psykiske og følelsesmæssige problemer i mellemøstlige kulturer ofte »somatiseres«. At »have ondt i hjertet« er et almindeligt udtryk for sjælekvaler. Og ofte har vedkommende faktisk ondt, set med vestlige øjne. Begrebet »somatisere« kan måske siges at være etnocentrisk, for så vidt det forudsætter oplevelsen af en adskillelse mellem det psykiske og det kropslige.
2. Den medicinske antropologi har bl. a. netop haft forskellige kulturers sygdomsbegreber som sin genstand. Blandt de mere eksotiske findes sygdomsbegreber som »onde øjne«, besættelse, hekseri og anden sort magi (se fx. Elsass & Hastrup, 1987, og Frazer, 1922, Crapanzano, 1980, Young, 1974).

3. Måske vil man generelt kunne sige, at enhver terapeutisk proces vil rumme sådanne forskelle. Indenfor en kultur vil der altid kunne være tale om »kulturelle forskelle« mellem forskellige socialgrupper, geografiske områder osv. Ud fra et sådant synspunkt implicerer enhver terapeutisk proces et »kultursammenstød«.
4. Dette er naturligvis meget forenklet. Der eksisterer mange ære og skams-begreber. Begrebet er imidlertid formålstjendtligt som beskrivelse af nogle centrale forskelle mellem »os« og »de andre« - hvor vi må acceptere, at vore begreber sjældent vil kunne beskrive »de andre« indefra, men kun set fra vores eget kulturelt-historiske udgangspunkt.
5. Både i Iran og fx. Marocco forekommer relativt faste regler for, hvorledes drømme kan tolkes. Visse drømme er forudsigelses-drømme, hvoraf nogle rummer en advarsel, som drømmeren bør rette sig efter. Andre drømme rummer påbud for drømmeren, som han bør rette sig efter. Andre drømme er kommunikation fra andre. Det kan både dreje sig om levende og afdøde. Også her gælder faste regler: Hvis en i drømmen repræsenteret person udviser sorg, afhænger fortolkningen af, om det drejer sig om en afdød eller en levende person. Hvis han er død, skal sorgen tages for pålydende. Hvis personen er levende, skal sorgen tolkes modsat: som glæde.

LITTERATUR

- ASMUSSEN, J. (1984): *Iranske Eventyr og historier*, Cafe Victor, Kbh.
- BANDLER, J. & GRINDER, R. (1976): *The Structure of Magic, I-II*, Science & Behavior Books, Palo Alto.
- CANGUILHEM, G. (1977): *Das Normale und das Pathologische*, Ullstein, Frankfurt/M - Berlin - Wien.
- COOPER, D., FOUCAULT, M., de SADE, M. u.a. (1979): *Der eingekreiste Wahnsinn*, Surkamp Verlag, Frankfurt/M.
- CRAPANZANO, V. (1980): *Tuhami. Portrait of an Moroccan*. University of Chicago Press, Chicago.
- ELSASS, P. & HASTRUP, K. (red) (1987): *Sygdomsbilleder - Medicinsk Antropologi og Psykologi*, Gyldendal, Kbh.
- FOUCAULT, M. (1975): *The Order of Things*, Vintage Books, N.Y.
- FRANK, J.D. (1974): *Healing and Persuasion*, Schocken, N.Y.
- FRAZER, J.G. (1922): *The Golden Bough - A Study in Magic and Religion*, Macmillan, London, 1971.
- GORDON, D. (1978): *Therapeutic Metaphors*, Meta Publications, Cupertino, Cal.
- GELLNER, E. (1970): Concepts and Society, i: Wilson, B.R. (ed.): *Rationality*, Oxford, Basil Blackwell, 1970.
- HOUGAARD, E. (1983): Psykoterapi som non-specifik behandling, *Psykologisk Skriftserie*, Aarhus, no. 6, vol. 8.
- JACOBY, R. (1977): *Det Sociale Hukommelsestæb*, Hans Reitzels Forlag, Kbh.
- LAING, R.D. (1967): *The Politics of Experience and The Bird of Paradise*, Penguin, Harmondsworth.
- PERLS, F. (1976): *The Gestalt Approach and Eyewitness to Therapy*, Bantam Books, N.Y.
- PESECHKIAN, N. (1986): *Oriental Stories as Tools in Psychotherapy*, Springer Verlag, Berlin.
- SIRNES, T.B. (1975): *Det Taknemmelige Sind*, Kbh. 1975.
- SHAH, A. (1981): *The Tale of the Four Dervishes and Other Sufi Tales*, Harper & Row, San Francisco.
- SHORR, J.E. (1974): *Psychotherapy through Imagery*, Intercontinental Medical Book Corporation, N.Y.

- YOUNG, A. (1974): *Why Amhara gets Kureynya: Sickness and Possession in an Ethiopian Zar cult*, *American Ethnologist*, 1974, s. 567-584.
- WATZLAWICK, P. (1978): *The Language of Change - Elements of Therapeutic Communication*, Basic Books, N. Y.
- ZACHARIAE, B. (1983): Udgrænsningens Diskurs - Hensides psykisk normalitet og patologi, *Psykologisk Skriftserie*, Aarhus, no. 9, vol. 8.
- ZACHARIAE, B. (1985): Iscenesættelser - Det terapeutiske som beherskelse af den samfundsmæssige konflikt, i: Brikner, K. & Villumsen, H. (red.): *Terapi og Filosofi*, *Philosophia*, Aarhus, 1985.
- ZACHARIAE, B. (1987): Psykotering og Kulturforskel, *Nordisk Psykologi*, (1), s. 28-42.