

OM OPLEVELSEN AF DE ANDRES LIDELSER¹ Tiltrædelsesforelæsning

Gretty M. Mirdal

Titlen på dette omskrevne foredrag er inspireret af Franz Froms klassiske værk, »Om oplevelsen af andres adfærd«, hvori From bemærker, at vi er tilbøjelige til at give andre mennesker skylden, når vi ikke forstår dem, eller når deres adfærd ikke svarer til vore forventninger. Denne iagttagelse sættes i relation til vurderingen af psykopatologi i den transkulturelle kliniske praksis, og mere specifikt i relation til anvendelsen af det internationale diagnostiske system, DSM-IV. Den implicitte ethnocentriske slagside af denne og lignende diagnosteringsmetoder diskuteres i lyset af forfatterens eget arbejde med indvandrere og flygtninge i Danmark.

»De andre«

»Om oplevelsen af **de** andres lidelser« er en omskrivning af titlen på afdøde prof. Franz Froms doktorafhandling fra 1953, »Om oplevelsen af **andres** adfærd«. Froms ærinde dengang, var at belyse, hvordan det går til, når vi oplever andres handlinger; hvordan vi tillægger andre mennesker hensigter og egenskaber, og hvordan vores egen indstilling og sindstilstand påvirker disse forløb. Vi er til stadighed på en eller anden måde parat eller indstillet (*eingestellt*) til at modtage indtryk, og hvad vi ser i et givet øjeblik er resultatet af en kombination mellem denne indstilling og den påvirkning, der rammer vores sanser.

Vores modtageapparat er indstillet på, at folk gør, som de før har gjort, og som andre gør. Når den adfærd, vi oplever hos andre, svarer til vores forventninger, forstår vi dem, dvs. at vi oplever en mening med det, de siger, og det de gør. Men det hænder, at folk bærer sig ad på en måde, der ikke svarer til vores forudsigelser om, hvordan de skulle optræde. Og når vi ikke forstår en anden, er det ikke ualmindeligt at give den anden skyl-

1 Denne artikel er en gengivelse af forfatterens forelæsning ved sin tiltrædelse som Forskningsprofessor i Transkulturel Klinisk Psykologi ved Københavns Universitet, d.13.9. 2000.

den. Vi oplever i så fald ikke, at vi selv mangler forudsætningerne for at få mening i den andens adfærd men tillægger ham ansvaret, oplever ham som sær eller underlig. »For vi er« med Froms ord »tilbøjelige til at opleve vore egne leveformer som naturlige, som udtryk for «den menneskelige natur« (Ibid. s. 166), og vi betragter afvigelser fra vor egen gruppes adfærdsmåder som afvigelser fra det normale menneskelige«. Det samme kan siges at gælde holdningen til mennesker fra andre nationer og etniske grupper. Dem som vi kalder »de andre«. Jo fjernere de står fra os, desto større er sandsynligheden for at opleve deres adfærd som meningsløs, naturstridig og unormal. Hvad der er normal og unormal adfærd falder jo under den kliniske psykologis og psykiatriens domæne, og vi psykologer får oftere og oftere til opgave, at vurdere og behandle mennesker af anden etnisk baggrund end den danske.

Transkulturel klinisk psykologi: en udvidelse af faggrænserne

En af de mest anvendte lærebøger i klinisk psykologi, Hersen, Kazdin og Bellacks (1991) »Clinical psychology Handbook« starter med følgende erklæring: »Clinical psychologists are becoming involved in anything and everything that involves human behavior in its normal and abnormal forms. It is this fact that makes it particularly difficult to predict the future directions of clinical training. The field has no bounds«, (Ibid. s. 4). Bogen er fra 1991, og mindre end 10 år efter er vi allerede ved at udvide feltets grænser med en ny gren: transkulturel klinisk psykologi.

Denne udvidelse af den kliniske psykologis genstandsområde bunder hverken i imperialistiske tendenser eller i dramatiske paradigmeændringer vedr. normalitet, sundhed og sygdom. Det er ikke fordi opfattelsen af mentale sygdomme eller deres behandling har ændret sig radikalt. Der er efter min mening snarere tale om, at arbejdsopgaver og problemstillinger, som tidligere ikke ansås for relevante for kliniske psykologer, efterhånden viser sig at kunne undersøges eller behandles ved hjælp af klinisk psykologiske metoder. Med henblik på at tilegne sig den nødvendige viden indenfor disse nye områder, henter man viden fra fagområder, der nødvendigvis ligger udenfor ens egne snævre faggrænser. Tværkulturel psykologi er et eksempel herpå. Der opstår et behov for klinisk psykologiske interventioner i forhold til indvandrere og flygtninge samtidig med, at de kulturelle faktorerers rolle for følelser, tanker og handlinger bliver synliggjort af forskning i mange forskellige discipliner fx socialpsykologi, neuropsykologi, psykofarmakologi og psykiatri. Denne viden forandrer vores kliniske praksis, hvilket igen genererer data og hypoteser til videre forskning. Det jeg har sat mig for med denne forelæsning i dag, er at give en beskrivelse af nogle af disse problemstillinger, samtidig med at jeg forsøger at belyse den historiske baggrund for den transkulturelle kliniske psykologis opståen.

Med rødder i Europa og Nordamerika

Som videnskab og profession er psykiatri og psykologi skabt i Europa og Nordamerika. Den viden, som ligger til grund for psykologien og psykiatriens teorier, de data, der udgør grundlaget for deres forskning, selve begrebet psyke – stammer fra den nordlige og vestlige del af kloden. De ikke-vestlige folkeslags reaktionsmønstre har ikke haft speciel interesse under den kliniske psykologis og psykiatriens udvikling. De indgår næsten ikke i de ældre lærebøger, ej heller i de bøger, der er blevet brugt herhjemme siden indførelsen af faget klinisk psykologi på universitetet. Igenem de seneste 30 år er der blevet undervist i faget på baggrund af lærebøger baseret på de forskellige udgaver af DSM, det amerikanske psykiatriske selskabs sygdomsklassifikation. DSM står for Diagnostic Statistical Manual. Det er et system, der danner grundlag for diagnosticering og dermed behandling af mentale sygdomme overalt i verden. Årgang efter årgang er psykologistuderende på dette universitet gået op til eksamen efter dette system, og de fortsætter med at gøre det (Mirdal, 2000).

Denne amerikanske klassifikation har aldrig været populær her i landet. Alligevel har den haft en meget stor indflydelse, ikke kun fordi den – som sagt – bliver brugt i de allerfleste engelsksprogede lærebøger, men også fordi den er grundlaget for mange af de måleinstrumenter (tests og skalarer), vi bruger i forskning, og for ca. 3/4 af de tidsskrifter vi læser og publicerer i. Det er f.eks. uhyre svært, at få antaget artikler i internationalt anerkendte tidsskrifter, hvis man ikke sætter sin forskning i relation til denne diagnostiske kategorisering. Hvorom alting er, må man sige, at de forskellige udgaver af DSM både har præget opfattelsen af psykopatologi og har afspejlet den vestlige verdens skiftende syn på psykisk sygdom i den sidste halvdel af vort århundrede. Det er ikke nødvendigt her at komme ind på diagnostikkens eller DSMs tilblivelseshistorie. Meget kort fortalt, findes der fire udgaver af DSM, den første udkom i 1952, den seneste i 1994. I de første tre udgaver, omtales eventuelle kulturelle forskelle i psykiske lidelser og sygdomme slet ikke. Det kan derfor betragtes som et fremskridt, at begrebet kultur er kommet med i DSM-IV fra 1994.

Kulturbegrebet i DSM-IV

Det er en voluminøs bog på 900 sider. Bagerst i bogens sidste appendix, findes der nu seks sider om de kulturelle faktorerets betydning for psykiatriske diagnoser. Den første del af dette bilag, består af en liste over de såkaldte kultur-bundne-syndromer (culture-bound-syndromes), dvs. psykiatriske lidelser, som forekommer i visse fjerne kulturer, f.eks. *amok*, som vi kender fra det danske udtryk »at gå amok«, eller *zar*, som er en form for dæmonisk besættelse. Før i tiden kaldtes disse symptombilleder for »Ra-

re, unclassifiable collective and exotic psychotic syndromes« (se f.eks. Arietis American Handbook of Psychiatry, 1959). Her er listen over culture-bound-syndromer fra DSM-IV.

Tabel 1: Kulturbundne syndromer ifølge DSM-IV

amok	nervios
ataque de nervios	pibloktoq
bilis/colera/muina	qi-gong psychotic reaction
bouffée délirante	rootwork
brain fag	sangue dormido
dhat	shenjing shuairo
falling-out/blacking out	(neurasthenia)
ghost sickness	shenkui
hwa-byung	shin-byung
koro	spell
latah	susto
lokura	taijin kyofusho
mal de ojo	zar

Den indbefatter 24 navne, og som man kan se, er der en overvægt af japanske, kinesiske og latin-amerikanske lidelser, sandsynligvis fordi de eksperter, der blev brugt som konsulenter under tilblivelsen af bogen, havde mest kendskab til disse kulturer. Der har tilsyneladende ikke været nogen konsulenter fra Mellemøsten. Jeg tør vove at påstå, at hvis vi, de tilstedeværende, der stammer fra denne del af verden, mødes over et glas efter forelæsningsen, ville vi på stående fod og uden videre kunne supplere denne liste med en halv snes nye syndromer. Så vilkårlig er listen.

Det er ikke kun det tilfældige ved de udvalgte psykiatriske tilstande, der er problematisk. Ikke kun den lemfældighed, hvormed hele det kulturelle område bliver behandlet i modsætning til den videnskabelige omhu, der udvises i resten af bogen, der er oprørende. Det er også betoningen af det eksotiske og fremmedartede, og den underforståede antagelse, at disse sygdomme ikke er rigtige, ikke er reelle. Dette i modsætning til de øvrige sygdomskategorier, som menes at være objektive, naturgivne og som andre naturvidenskabelige fænomener forholdsvis upåvirkelige af kulturelle forhold. Det er som om kultur kun spiller en rolle, når de andre opfører sig mærkeligt og bliver syge, ikke når vi selv gør det. Kultur inddrages som forklaring når Fatima klager over åndenød eller når Mustafa opfører sig som en psykopat, men sjældent når Yvonne er deprimeret eller Jeppe drikker. Der taler vi snarere om biologiske eller psykosociale årsager. Kultur er en kategori, der inddrages som baggrundsfaktor, når det gælder de andres lidelser, sjældent når det gælder vore egne sygdomme.

For retfærdighedens skyld må det nævnes, at der *har* været kritiske røster indenfor psykiatri og klinisk psykologi imod denne eklatante euro-amerikanske slagside. For eksempel blev der nedsat et udvalg i starten af 90'erne, netop med henblik på en kulturel revision af DSM-IV: Coordinating Group for the Task force on Culture. Udvalget kom med et omfattende forslag på 7 hovedrevisioner. Et af de væsentligste diskussionspunkter var netop brugen af begrebet culture-bound syndrom, som ingen var begejstret for. Men skulle denne kategori absolut være med, så mente de, at den vestlige verdens kulturbetingede syndromer såsom anorexi, kronisk træthed og visse former for identitetsforstyrrelser også måtte figurere på listen. Men dette forslag blev ikke accepteret af redaktionen. Derudover ønskede arbejdsgruppen at tilføje en lille bemærkning i tilknytning til nogle af oplysningerne, der var baserede på nordamerikanske tilstande f.eks. antisocial adfærd: 3% hos mænd og 1% hos kvinder, og hvor man vitterligt ikke vidste, hvordan tingene forholdt sig i resten af verden. Kulturudvalget bad om, at der en gang imellem, indførtes en lille parentes i tilknytning til nogle af oplysningerne med noget i retning af, at de gjaldt in the US and Canada. Heller ikke det blev imødekommet. Fernandez og Kleinman, begge professorer ved Harvard og begge medlemmer af udvalget, var uforstående og oprørte. Den engelske psykiater Littlewood var rasende og mente, at der skulle stå advarsler på ryggen af DSM-IV ligesom på cigaretpakker, med betegnelsen: farligt for mennesker udenfor den vestlige verden (Kirmayer, 1998).

Man står tilbage med en undren. Hvorfor en så stor modstand imod tilsyneladende rimelige ændringer? Hvorfor har udgivelseskomiteen af en international sygdomsklassifikation, en gruppe videnskabsmænd, ikke været interesseret i en kulturel validering af deres arbejde? Hvorfor har man ikke tillagt de kulturelle data lige så stor vægt som de andre informationskilder? Det kan lyde som om jeg er ude på at beklukke redaktionskomiteens videnskabelige hæderlighed. Det er ikke tilfældet. Jeg mener i hvertfald ikke, at svarene ligger i karrieremæssige eller økonomiske interesser, men at de snarere må søges i faglige uenigheder. Der er ingen tvivl om, at det for komiteen har været magtpåliggende at betone de mentale afvigelsers biologiske og dermed universale karakter, og at nedtone tegn på diversitet og forskelle. Det hænger sammen med bestræbelser på at basere psykiatrien på biologisk grundlag, at remedikalisere den efter mange års stærk psykoanalytisk påvirkning. Der er tale om et skift fra et humanistisk til et naturvidenskabeligt syn, i dette tilfælde et skift fra Freuds psykodynamiske og udviklings-psykologiske model til Kraepelin's medicinske model. Der er en modsætning imellem forskellige verdenssyn, forskellige måder at tilegne sig viden på, måske endda forskellige vurderinger af, hvad viden i det hele taget er for noget.

Arven fra Kraeplin og Freud

Et par ord om de to mænd, der har haft størst betydning for moderne klinisk psykologi og psykiatri: Kraeplin og Freud, især med hensyn til det tværkulturelle. De blev født samme år, 1856, og begge var interesseret i relationen mellem kultur og psykopatologi på hver sin måde. Kraeplin var på jagt efter »invarianterne«, det der ikke varierer i de psykiske sygdomme, altså det universelle, det almengyldige og lovmæssighederne. I 1904 foretog han en lang rejse til Java og Malaysia, for der at indsamle materiale til sin klassifikation, stort set på samme måde som botanikeren Linnée drog ud i verden for at studere plantearter. Kraeplin skulle endda have sagt, at det i medicin er en fordel ikke at kunne patientens sprog, så bliver man ikke forstyrret i sine iagttagelser. Hans formål med rejsen var at checke, om hans nosologi over mentale sygdomme havde universel gyldighed. Han ledte efter ligheder, og selvfølgelig fandt han dem (Nathan, 1986).

Freud var også optaget af kulturens betydning for mental sygdom, men det, der var interessant for ham, var afdækningen af ligheder mellem det han så i sin praksis og »de primitives« tabuer, magiske ritualer og myter. For eksempel er bogen Totem og Tabu et studium over sådanne overensstemmelser. Bogens arbejdstitel var faktisk »konkordancer«. Ifølge Nathan, skrev Freud i et brev til Karl Abraham d.2.10.1912, »jeg er i fuld gang med mit arbejde på konkordancerne« (Værkets oprindelige titel »Imago: Über einige Übereinstimmungen«). Det, der optog Freud mest, var dynamikken bag udviklingen af neuroser, specielt lighederne mellem børns, neurotikerens og de primitives måder at fungere på. Set i retrospekt er etnocentriciteten eklatant, men sådan var synet på »de andre« dengang. Freuds kilder var etnologiske postulater om, at kulturer udvikler sig fra barbari mod civilisation, en udvikling, der mentes at afspejle menneskets udvikling fra barn til voksen. Ergo var de primitive barbarer ligesom børn, og da neuroser og psykososer repræsenterede regressioner mod mere barnlige aspekter af personens psykiske liv, måtte man nødvendigvis finde ligheder mellem de primitives og de sindslidendes forestillingsverden.

Så meget for den transkulturelle klinisk psykologiske kulturarv. Jeg vil nu tilbage til spørgsmålet om, hvad der udgør en sygdom. Det kan i første omgang forekomme lidt fjernt fra dagens emne, men spørgsmålet er uhyre vigtig, når man står foran en person af fremmed baggrund og skal kunne bedømme, om den adfærd, man er vidne til, er tegn på sygdom eller ej.

Hvad er en sygdom?

Med skiftet til en mere medicinsk og naturvidenskabelig sygdomsmodel i psykiatri og klinisk psykologi, forøges kravene om større præcision og mere reliabilitet i diagnosticerings-processen. Objektivitet kræver opera-

tionaliserbare klare definitioner af begreber og symptomer. Og det siger sig selv, at jo mindre enhederne er, jo mere præcist kan man definere dem. Af hensyn til præcision og reliabilitet udvikler man meget små klasser af diagnoser, der hver udgør en særskilt sygdom. Der var f.eks. 60 sygdomskategorier i den første udgave af DSM i 1952, tallet steg til 230 i de mellemliggende år. Implicit i denne fremgangsmåde ligger ideen, at hver eneste af disse kategorier er en entitet med egne veldefinerede grænser, på linie med de traditionelle medicinske sygdomme. I princippet er skizofreni og bulimi, ifølge denne tankegang, sygdomme af samme beskaffenhed som mæslinger og tuberkulose (Millon, 1991). Problemet er, at de fleste psykiske lidelser ikke er veldefinerede medicinske sygdomme. Der findes ikke blodprøver, der kan måle graden af en tvangspræget personlighedsforstyrrelse eller en depression. Mæslinger er mæslinger, uanset om det er japanske eller nigerianske børn, der bliver smittet. Men om depression i Japan er den samme sygdom som depression i Nigeria er et tvivlsomt spørgsmål (Kleinman, 1988).

Det vil jeg komme tilbage til.

Hvad er så en objektiv og reel sygdom, og hvad er en subjektiv og ikke lige så reel lidelse; og hvordan påvirker denne vestlige konstruktion af sygdomsbegreber vores oplevelse af andre folkefærders lidelser? Distinktionen mellem sygdom og lidelse er efterhånden udbredt (nogle vil sige fortærsket) i medicinsk antropologi og sundhedspsykologi. Sygdom (disease på engelsk) defineres som objektive ændringer i biologiske organer og funktioner, det, der kan konstateres og diagnosticeres af en læge. Lidelse (illness på engelsk) refererer derimod til patientens subjektive oplevelse af at være syg, uanset om der foreligger objektive beviser herfor eller ej. (Eisenberg, 1977, Kleinmann, 1982). Oftest er der overensstemmelse mellem sygdom og lidelse, som når patienten har ondt i halsen, og lægen konstaterer en betændelse. Men undertiden kan lægen finde en sygdom selv om patienten ikke mærker noget, som når mistænkelige celler bliver opdaget under en rutinemæssig gynækologisk undersøgelse. I sådanne tilfælde er der tale om en sygdom uden lidelse. Endelig hænder også det modsatte, at patienten føler sig syg, har smerter eller på anden måde mærker, at han ikke er rask, men hvor lægen ikke kan finde en årsag til generne.

Der er med andre ord en lidelse, men set fra lægens synspunkt, er der ingen sygdom. Denne sidste form for uoverensstemmelse, mellem læge og patient, fører ofte til en psykiatrisk diagnose, nemlig somatiseringsforstyrrelse. Somatisering antyder som sagt, at patientens klager ikke falder ind under en kendt medicinsk sygdom. Derfra slutter man, at årsagen må være af psykisk art, ikke fordi man finder psykiske afvigelser hos personen, men fordi man ikke kan forstå og forklare den fysiske årsag til lidelsen. Det er underforstået, at der må ligge en psykisk umodenhed til grund for lidelsen. Af samme grund diagnosticeres kvinder oftere somatiseringstilfælde end mænd, selv når de udviser præcis de samme sympto-

mer. Der har ligeledes været en udbredt opfattelse i psykologi, psykiatri og antropologisk medicin, at patienter fra ikke-vestlige lande har en større tilbøjelighed til at somatisere, dvs. til at udtrykke psykiske problemer som kropslige symptomer. Det er et emne, som jeg har beskæftiget mig med i mange år, og som er centralt i tværkulturel klinisk psykologi og også i den forskning, som jeg har planlagt i de kommende år, derfor vil jeg dvæle lidt ved det (Mirdal 1990, Mirdal, 1999).

Da jeg i 1980 lavede en undersøgelse om de herboende tyrkiske kvinders livsforhold i samarbejde med Fatma Duran Kücüküildiz fandt jeg, at 92% af kvinderne i projektet følte, at de var syge. 70 af de 76 kvinder som vi talte med, i deres eget hjem på deres eget sprog udbrød spontant: »Jeg har det ikke godt, jeg er syg.«. Det var lige efter bogen. Her var nogle kvinder fra ikke-vestlige kulturer. De havde enorme psykiske og sociale problemer, de tilhørte samfundets absolutte laveste lag, og de havde alverdens somatiske klager. Hvad var mere nærliggende end at forestille sig, at disse klager var psykisk betingede, at kvinderne ikke var rigtig syge men bare lidende af en somatiseringsforstyrrelse? Sådan blev det også betragtet: Mama-mia syndrom, mediterreanean syndrom eller fremmedarbejder sygdom, var nogle af de diagnoser der blev anvendt i den forbindelse. Jeg opponerede imod disse diagnoser dengang, ikke af politisk korrekthed men fordi jeg synes, de var videnskabeligt set uholdbare og misvisende, at de førte til fejlagtige behandlinger, og at de ikke passede med det jeg så (Mirdal, 1984a, Mirdal, 1984b).

For det første havde disse kvinder haft et stort antal graviditeter, aborter og fødsler, en opvækst under meget ringe medicinske og hygiejniske forhold, og de udførte hårdt og belastende fysisk arbejde i et dårligt arbejdsmiljø. Der var således rigeligt med »gyldige« dvs. fysiske grunde til deres somatiske problemer. For det andet antyder ordet somatisering, at personen har nogle psykiske problemer, der bliver udtrykt kropsligt, enten fordi problemerne er ubevidste, eller fordi personen ikke er i stand til at sætte ord på sine følelser (det, der med andre ord hedder alexitymi). Dette passede ikke sammen med resultaterne fra min undersøgelse. De kvinder, jeg talte med, var klar over de psykiske og sociale aspekter af deres problemer. Intet tydede på manglende ord for følelser eller manglende evne til at sætte de psykiske belastninger i relation til de fysiske reaktioner, selv om det selvfølgelig skete med vendinger, ord og billeder, der stammede fra det hjørne af verden, som de nu kom fra. Over halvdelen af dem gav udtryk for, at de havde fornemmelser af angst og nedtrykthed. Mange udviste tegn på let depression.

Det er nu sådan, at angst og depression altid ledsages af kropslige symptomer. Hvis der overhovedet eksisterer lovmæssigheder inden for vort felt, er det at sjæl og legeme hænger sammen, og at man ikke kan være ked af det i sindet og jublende glad i kroppen og omvendt. Og det gælder ikke kun følelser, også tanker og forestillinger ledsages af kropslige

reaktioner. I nogle kulturer som de vestlige, hæfter man sig mere ved de psykiske aspekter af denne proces, i andre kulturer fokuserer man mere på de somatiske aspekter. Hvis man mener, at de andre somatiserer, er det så ikke rimeligt at vende blikket indad og spørge, om det ikke er os, der psykologiserer? At angst og depression ledsages af somatiske symptomer er normalt rundt omkring i verden – det er ikke noget, der skal sættes psykiatrisk diagnose på (se f.eks. Robbins, Young, Kirmayer, 1997).

Følelsernes »sociosomatik«

Depressioners forskellige fremtrædelsesmåder i forskellige kulturer, er et af de drilske spørgsmål i tværkulturel klinisk arbejde. Er depression den samme lidelse, hvis den et sted giver sig udslag i fysiske symptomer, mens det et andet sted fortrinsvis udtrykkes som hjælpeløshed, modløshed og nedtrykthed?² Vi kan nævne et eksempel fra vores undersøgelse. Det bilde, den metafor som de tyrkiske kvinder brugte til at betegne deres tilstand var »*sikinti*« (fra *siki* = stram, altså snæverhed i betydning angst snæverhed/at være ked af det). De *fysiske* komponenter af *sikinti* var fornemmelser af snæverhed og stramhed: »ring om hovedet, knude i halsen, forsnævring af hjertet, stramning af lungerne« o.l. De *følelsesmæssige* korrelater af den kropslige stramning, var følelser som angst, sorg, bekymring, tungsind, irritabilitet, sårbarhed, overdreven følsomhed, pirrelighed, o.l. *Sikinti*begrebet havde et tredje aspekt udover det fysiske og det psykiske, nemlig det *kulturelle*. Ordet kommunikerer nemlig en tilstand, som er åbenlys for alle de personer, der taler det tyrkiske sprog. Det er indlysende for alle, at *sikinti* tærer på krop og sjæl, at man bliver sårbar over for alle mulige fysiske sygdomme, når man er *sikilmis*, at *sikinti* kan forstyrre hjertets gang og mavens virksomhed (Mirdal, 1985).

Således ligger det i luften, når man går til læge, at man er dér fordi man har stor sorg eller bekymringer i ens liv. Ellers var man ikke blevet syg, eller i hvert fald ikke taget til lægen. Hvad der udløser en henvendelse til læge er i øvrigt et vigtigt spørgsmål i sundhedsp psykologi. Den tyrkiske forståelse af *sikinti*, som jeg lige har nævnt, er i tråd med iagttagelser, der antyder, at det ikke nødvendigvis er fysiske symptomer, der forårsager, at man går til læge. Det, der udløser et lægebesøg er, at man i perioder, hvor man er psykisk presset, er mindre udholdende og mere ængstelig og derfor søger hjælp for ens fysiske gener (hvoraf nogle kan være forbundet med stress). De samme fysiske gener i perioder, hvor man psykisk er mere robust, udløser ikke nødvendigvis et besøg hos lægen. *Sikinti* er, i tråd

2 Dette spørgsmål behandles i en anden artikel af samme forfatter i dette nummer af Psyke & Logos, s. 50-59.

med disse iagttagelser, en »sociosomatisk« reaktion, hvor symptomerne taler deres tydelige lidelsessprog.

Jeg har nu, 20 år efter, forsøgt at kontakte de samme 76 kvinder som indgik i ovennævnte undersøgelse i 1980-81. Det er lykkedes mig, med hjælp fra Fatma Duran, at komme til at tale med 45 af dem (Det er et kedeligt men acceptabel frafald, som skyldes dødsfald, hjemrejse, vanskeligheder med at opspore nogle af personerne, og enkelte afslag). Jeg er igang med at analysere disse data, og vil bl.a. undersøge, hvordan 20 års samliv med det primære og sekundære sundhedssystem i Danmark, har ændret kvindernes sygdomsopfattelse og det somatiske/psykiske udtryk for angst og depression. En af de iøjenfaldende ændringer er, at *sikinti* i efterundersøgelsen optræder meget mindre som forklaring på sygdom og lidelse. *Sikinti* har åbenbart vejet pladsen for stress. I en tid, hvor der bliver skrevet så meget om mislykket integration, er der i hvert fald et område her, hvor integrationen tilsyneladende er lykkedes og hvor tyrkiske kvinder har tillagt sig danske normer, men det halter lidt med dialekten! På tyrkisk kan man nemlig ikke udtale konsonanterne s og t sammen. Det er ligesom på spansk. Spaniere kan f.eks. ikke sige stress, de siger *e-stress*. Tyrkere siger *s-i-tress*. Jeg er igang med at undersøge, om disse to metaforer, den henh. østlige og vestlige måde at udtrykke, at man er ked af det på, disse to *sikinti*, giver anledning til forskellige former for psykosomatisk desorganisation. Min hypotese er, at det er tilfældet.

Resultater fra nyere kognitiv- og neurovidenskabelig forskning tyder på, at de ord vi bruger, er med til at skabe den virkelighed vi oplever. Sproget modulerer også kroppens reaktioner på ydre påvirkninger og på organismens måde at tackle stress på. Ord er retningsgivende. Selv om stress, *sikinti*, angst og depression er overlappende størrelser, hentyder de til forskellige årsagsforklaringer og forskellige handlemuligheder. Til ordet stress hører således bestemte fornemmelser, tanker og billeder af ens selv i forhold til noget, der er dansk og erfaringsfjernt. Til ordet *sikinti* hører måske de samme kropsfornemmelser, men ledsaget af billeder af ens selv i forhold til noget der er tyrkisk og erfaringsnært. Mit udgangspunkt er, at det ikke kun er de kognitive og lingvistiske elementer af erkendelsen, som bliver formet af kulturen, men at alle organismens fysiologiske og neurokemiske elementer bliver berørt, når individet tilpasser sig en given kulturel omgivelse. Sådanne komplicerede sammenhænge mellem krop, psyke og sprog i sundhed og sygdom er noget af det, jeg agter at fokusere på, indenfor rammerne af det forskningsprofessorat, som jeg tiltræder i dag. Til det formål vil jeg forsøge at etablere udvekslinger med kliniske psykologer, som arbejder med klienter, der stammer fra mange forskellige kulturer. Jeg har allerede et samarbejde med to tværkulturelle behandlingscentre i København, Cepar og Oasis. Praktisk arbejdende kliniske psykologer er i besiddelse af store mængder data, som de i deres travle hverdag ikke altid har mulighed for at bearbejde og systematisere. Jeg håber igen-

nem dette forskningsprofessorat, at kunne skabe bedre forbindelseslinier mellem universitetet og kollegerne, der arbejder udenfor murene.

Lidt om transkulturel behandling

Der er to hovedområder i klinisk psykologi: diagnostik og behandling. Jeg har hidtil fortrinsvis fokuseret på det diagnostiske. Inden vi forlader det, vil jeg gerne mindes Lise Østergaard, som var den første professor i Klinisk Psykologi, og den der etablerede Institut for Klinisk Psykologi. Hun var min første lærer i Danmark og senere blev hun en nær ven. »Diagnoser«, plejede Lise Østergaard at sige, »er psykologens arbejdshypoteser, og ikke egenskaber hos patienten« (Østergaard, 1992). Det er ord, der om muligt har endnu større betydning i tværkulturelt arbejde.

Jeg vil afslutningsvis sige nogle få ord om tværkulturel behandling. Spørgsmålet er kort og godt: Er det meningsfyldt at tilbyde psykologisk behandling til mennesker, der stammer fra en kultur, man ikke kender? Den førende franske specialist i etnopsykiatri Tobie Nathans svar er et entydigt nej (1994). Den væsentligste hindring ligger i sproget, siger Nathan. Opfattelsen af mentale lidelser er meget tæt forbundet med sproget og dets rigdom af vendinger vedrørende forstyrrelser af sindet. På arabisk f.eks. findes der omtrent 20 forskellige ord, der betegner det at være besat af ånder eller djinner³. For eksempel indgår *djin* i ordet *mecnun*, som betyder både forelsket og sindsforstyrret. At tænke på sindsbevægelser og forstyrrelser på arabisk indebærer, at man automatisk »med-tænker« djinner og ånder, hvilket selvfølgelig ikke lader sig gøre på dansk. Dels er det umuligt i oversættelse at gengive den måde, hvorpå djinnerne er indlejret i kroppen og i sproget, og dels er patienterne utilbøjelige til at tale med os professionelle om disse emner. Arabisk-talende patienter er ikke mere ufølsomme, end at de kan mærke, at vi psykologer og psykiatere i vesten har et noget anstrengt forhold til ånder. Det giver derfor ingen mening at tale om sådanne forklaringsmodeller med psykologen og lægen, lige som man heller ikke så gerne fortæller om formodninger om at være ramt af det onde øje eller andre forbandelser.

Til denne indvending vil skeptikere overfor tværkulturel psykoterapi tilføje, at næsten alle former for professionel vestlig psykoterapi er baseret på en kulturel ideologi, som sigter mod individets opnåelse af autonomi og frigørelse fra snærende bånd. Psykoterapi er også et tidsbegrænset foretagende, og terapiens mål er afslutningen af forholdet til terapeuten. På den måde er den terapeutiske relation en parallel til en vestlig og individualistisk psykologisk udviklingsmodel, hvor overgangen fra pubertet

3 Djinner er over- og/eller underjordiske væsner, som man i vesten kender mest fra Eventyrer fra 1001 nat.

til voksenalderen involverer separation og afkald på tætte bånd til ens oprindelige familie. Men mange steder i verden forventer folk at forblive en del af deres familie og lokale netværk hele livet igennem. Ligeledes forventer de, at de tætte relationer de opretter i voksenalderen, også skal være langvarige og forpligtende. Det gælder venskaber, men det gælder også relationer til hjælpere og behandlere. Det er svært at forstå de tidsmæssige grænser, der er forudsætninger i psykoterapi. Både, at det er en relation, der startes med henblik på, at den skal afsluttes, og at den person, som man nu åbner sig over for og fortæller om sit livs mest intime, måske mest smertefulde oplevelser, pludselig ser på sit ur og siger, »Tiden er gået, vi skal til at afrunde nu. Vi ses næste uge på samme tidspunkt«. Det er da, udefra set, en besynderlig måde at behandle andre mennesker på.

En af den tværkulturelle psykologis fortjenester er, at den tvinger os til engang imellem at iagttag os selv udefra. Til tider må mennesker, der stammer fra pre-freudianske samfund synes, at vi psykologer er mærkelige, og at vore hypoteser og teorier i bekymrende grad afspejler vort eget snævre verdenssyn. Vi skal kunne bruge denne undren som udfordring og inspiration til kritiske revisioner af vore antagelser og behandlingsmetoder. For til syvende og sidst, er formålet med vort arbejde at lette lidelse og forbedre menneskers livsvilkår. At efterleve dette formål, nødvendigvis gør en opmærksomhed på kulturens rolle i alle led i psykologarbejdet, fra tilblivelsen af de »redskaber« som vi bruger i forskning og klinik, fra designet og oversættelsen af tests og spørgeskemaer, til de teorier og hypoteser, som ligger til grund for forskning og behandling, og til forsker-informant og klient-behandler forholdet.

REFERENCER

- ARIETTI, S. (1959): *American Handbook of Psychiatry*. New York: Basic Books.
- DSM-IV. American Psychiatric Association. *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington D.C.: American Psychiatric Association, (1994).
- EISENBERG, L. (1977): Disease and illness. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 1, (s. 9-23).
- FROM, F. (1953): *Om oplevelsen af andres adfærd*. København.
- HERSEN, M., KAZDIN, A.E., & BELLACK, A.S. (1991): *The clinical psychology handbook*. N.Y.: Pergamon.
- KIRMAYER, L.J. (1998): Editorial: the fate of culture in DSM-IV. *Transcultural Psychiatry*. 35, (s. 339-342).
- KLEINMANN, A. (1982): *The social origins of distress and disease. Current anthropology*. New Haven: Yale University Press.
- KLEINMANN, A. (1988): *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal experience*. New York: Free.
- MEZZICH, J.E., KLEINMAN, A., FABREGA, H., PARRON, D.L. (1999): The place of culture in DSM-IV. *J. Nerv. Ment. Dis.* 187, (s. 457-64).
- MILLON, T. (1991): Classification in psychopathology: Rationale, alternatives, and standards. IN: *Journal of Abnormal Psychology*. 100, (s. 245-261).

- MIRDAL, G.M. (1984a): Den psykosociale og kulturelle baggrund for tyrkiske kvinders somatiske klager. *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*, 62, (s. 587-598).
- MIRDAL, G.M. (1984b): Stress and distress in migration: Problems and resources of Turkish women in Denmark. *International Migration Review*, 18, (s. 984-1003).
- MIRDAL, G.M. (1999): Mellem sundhed og sygdom: refleksioner over somatisering. *Psyke & Logos*, 20, (s. 60-74).
- MIRDAL, G.M. (2000): Psykopatologibegrebet: en dekonstruktion. IN: Elsass, P. og Lunn, S. *Dansk Klinisk Psykologi igennem 30 år*. Dansk Psykologisk Forlag.
- NATHAN, T. (1986): *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris: Dunod.
- NATHAN, T (1994): *L'influence qui guerit*. Editions Odile Jacob.
- ROBBINS, J.M., KIRMAYER L.J., & HEMAMI, S. (1997): Latent variable model of functional somatic distress. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 185, (s. 606-615).
- ØSTERGAARD, L. (1992): Testteori og metode. IN: Østergaard, L. (ed.), *Undersøgelsesmetoder i klinisk psykologi*. København: Munksgaard.