

Tło kulturowe a zaburzenia i choroby psychiczne

Magdalena Sławińska

Jednym z ważniejszych zagadnień przy omawianiu zdrowia psychicznego jest pojęcie normy i choroby. Trudno rozważać tę kwestię bez odniesienia do konkretnej kultury. Zachowanie postrzegane jest jako odbiegające od normy w ramach danego społeczeństwa i norm w nim funkcjonujących. Kultura wpływa na sposób, w jaki osoba mówi o emocjach, trudnościach zdrowia psychicznego czy o chorobie oraz w jaki sposób ich doświadcza. Często stany przeżywane przez kogoś nie mogą być wyjaśnione bez odwołania się do kontekstu społecznego czy kulturowego, o czym przekonamy się w dalszej części tego artykułu.

Obiektywność choroby psychicznej

Z czym się kojarzy choroba psychiczna? Często z diagnozą, leczeniem, farmakologią, czyli z medycyną (psychiatrią). Ale czy jest związana tylko z nią? Czy można obok siebie na takich samych zasadach umieścić zapalenie płuc, nowotwór oraz chorobę psychiczną? Amerykański psychiatra Thomas Szasz zwraca uwagę, że kategorie psychiatryczne mogą w nas wywołać wrażenie, że mówimy o obiektywnej dziedzinie medycyny, przez co nie dostrzegamy bardzo ważnego wymiaru tego zagadnienia. Otóż wszystkie oceny psychicznego funkcjonowania człowieka dotyczą tak naprawdę jego zachowania, mają wydźwięk wartościujący, ukryty pod przykrywką obiektywnego języka nauki. O tym, czy dane zachowanie zostanie uznane za nienormalne, decydują zasady społeczne. To one definiują zakres tego, co jest dopuszczalne. Tak więc bez społecznej i kulturowej perspektywy trudno o pełną analizę chorób i zaburzeń psychicznych.

Dążenie psychiatrów do uniwersalnych klasyfikacji

Czy w takim razie definiowanie kryteriów „normy” i „choroby” w ścisłym odniesieniu do kultury i panujących norm społecznych byłoby najlepszym rozwiązaniem? Niejasne i nieokreślone kryteria mogłyby prowadzić do wielu nadużyć czy nadinterpretacji, a w konsekwencji nawet zagrażać członkom danej społeczności. Dla przykładu – zachowania niekontrolowane, gwałtowne i niebezpieczne są niemal powszechnie uznawane za przejaw zaburzeń psy-

chicznych. Gdybyśmy próbowali określić je jako normę w jakiejś społeczności powołując się na względy kulturowe, uznalibyśmy tym samym sytuację zagrożenia ludzkiego życia i zdrowia za sytuację standardową. Tak więc zrozumiałe wydaje się dążenie psychiatrów do stworzenia uniwersalnej klasyfikacji zaburzeń. Trzeba jednak pamiętać, że bez uwzględnienia tła kulturowego nie można zobaczyć całego obrazu stanu zdrowia i statusu danego zachowania. Jak czynniki kulturowe mogą wpływać na zdrowie psychiczne?

Wiele zaburzeń psychicznych ma charakter uniwersalny – pojawiają się w wielu kulturach. Trzeba jednak pamiętać, że biologia człowieka nie działa w próżni. Wymogi kulturowe modyfikują ludzkie działania i mogą być źródłem stresu. Jako przykład można podać społeczeństwo opresyjne, w którym często stosuje się kary – w takiej sytuacji jest wielce prawdopodobne, że człowiek będzie przeżywał dużo stresu, co uczyni go bardziej podatnym na zaburzenia niż osobę funkcjonującą w społeczeństwie oferującym nagrody i wsparcie społeczne. Takie warunki społeczno-kulturowe, kiedy wielu sytuacjom towarzyszy lęk, np. wojny, głód, klęski żywiołowe, prześladowania czy zbiorowe przesiedlenia, mogą być szczególnie brzemienne w skutkach dla dzieci i uczynić je podatnymi na problemy psychiczne. Dlatego też warto pamiętać o zapewnieniu profesjonalnej pomocy psychologicznej i wsparcia dla grup, które ucierpiały w wyniku wyżej wymienionych sytuacji. Wsparcie finansowe w takiej sytuacji jest najczęściej niewystarczające i nie odpowiada całości potrzeb danej grupy.

Depresja – czy wszędzie znaczy to samo?

Zaburzenia nastroju, wśród nich depresja, istnieją dość długo w świadomości społeczeństw Zachodu – już Hipokrates w V w. opisywał objawy melancholii. Bardzo często, w zachodnim świecie, jest ona indywidualną reakcją na stres i towarzyszy jej silne poczucie winy. Czy wszędzie ma identyczne objawy o podobnym nasileniu?

W latach sześćdziesiątych przeprowadzono badania objawów depresji w trzydziestu krajach (Murphy, Wittkower i Chance, 1964). W dwudziestu z nich zaobserwowano obniżony nastrój, jego wahania, bezsenność oraz brak zainteresowania otoczeniem. W dziewięciu innych, które w większości nie należały do kultury zachodniej, objawy miały najczęściej charakter somatyczny – pojawiała się zmęczenie, jadłowstręt czy obniżone libido. Badania powtórzono po dwudziestu latach i uzyskano identyczne wyniki. Skąd takie różnice?

Rzadkie poczucie winy można spróbować wyjaśnić odwołując się do międzykulturowych różnic w sposobie interpretowania swoich uczuć. Niektórzy badacze sugerują, że kulturach

innych niż zachodnia, jednostka ma tendencję do obciążania winą innych, zamiast siebie. Może to mieć związek z orientacją na jednostkę (indywidualizm) lub na grupę (kolektywizm) w danym społeczeństwie. Kultura zachodnia kładzie silny nacisk na indywidualizm i odpowiedzialność jednostki za swoje czyny. Z kolei w kulturach kolektywistycznych, np. azjatyckich, człowiek przypisuje sukcesy i porażki nie tylko sobie, ale też grupom, do których należy, np. rodzinie lub współpracownikom. Tak więc cierpiący na depresję Chińczycy będą mieli mniejsze poczucie winy i nie tak niską samoocenę jak Amerykanie w analogicznej sytuacji. Podobnie australijscy Aborygeni – obce jest im poczucie winy i samooskarżanie się, rzadko wśród nich zdarzają się samobójstwa. Badacze wiążą to z charakterystycznym dla tej kultury lękiem przed śmiercią oraz ze zdecydowanymi działaniami skierowanymi na wroga w sytuacji zagrożenia. Bardziej prawdopodobne jest, że Aborygeni skierują swoją wrogość przeciwko innym osobom niż przeciwko samemu sobie w próbie samobójstwa.

Przykład Afryki i Papui Nowej-Gwinei

Również w Afryce można zaobserwować zupełnie różne od zachodnich tendencje w występowaniu zaburzeń nastroju. Podczas gdy w Stanach Zjednoczonych depresja zdarza się często, a zaburzenia maniakalne zdecydowanie rzadziej, to w Afryce można zaobserwować odwrotną tendencję. Jeden z badaczy, Carothers, wyjaśniał to właśnie przez nieprzypisywanie sobie porażek. Prowadzone przez niego w latach pięćdziesiątych obserwacje mieszkańców Kenii pokazały, że każdy członek społeczności był z znacznym stopniem zdeterminowany przez grupę, co osłabiało jego poczucie odpowiedzialności i zakres dokonywanych wyborów. Jednocześnie, stawiał sobie cele łatwe do osiągnięcia, przez co minimalizował ryzyko porażki i stresów z nią związanych. Żyjąc w trudnych warunkach naturalnych, mieszkańcy Kenii byli przygotowani na pojawienie się takich sytuacji, w których nic nie mogli zmienić. Tak więc konsekwentnie odpowiedzialność za nieszczęścia spadała na okoliczności zewnętrzne. Pozwalało to na utrzymanie samooceny na zadowalającym poziomie. Trzeba jednak zaznaczyć, że omówiony proces dotyczy tylko tradycyjnych społeczności afrykańskich, a nie tych, które są pod ogromnym wpływem Zachodu. Im większy wpływ cywilizacji zachodniej, tym większe podobieństwo także w aspekcie zapadalności na określone choroby psychiczne.

Inną grupą kulturową, którą zbadał Schieffelin, jest lud Kaluli mieszkający w tropikalnych lasach Papui – Nowej Gwinei. W procesie socjalizacji, zarówno mężczyźni jak i kobiety, uczeni byli, żeby nie tłumić swoich emocji. Okazywanie gniewu lub smutku pełniło okre-

ślona funkcję: było narzędziem dochodzenia swoich praw w grupie bądź przerzucania odpowiedzialności za to, co ich spotkało, na inną osobę. Tutaj podobnie jak w afrykańskich tradycyjnych kulturach, wina za własne porażki nie była przypisywana sobie. Uzewnętrznianie emocji sprawiało, że depresja, rozumiana jako skierowanie agresji do wewnątrz, pojawiała się rzadko. W języku Kaluli nie występowało nawet samo słowo „depresja”. Tak więc pojawienie się depresji rozumianej na sposób zachodni jest bardzo mało prawdopodobne. Wśród członków ludu Kaluli mogłaby ona mieć objawy somatyczne, takie jak ból głowy, niski poziom energii, trudności żołądkowe czy ból w różnych częściach ciała. Prawdopodobieństwo ich wystąpienia wzrastałoby w sytuacjach, w których wyrażanie negatywnych emocji i dochodzenie swoich racji uznane zostałyby za nieuzasadnione i niedopuszczalne.

Przekonanie kulturowe u podstaw zaburzeń psychicznych

W konkretnych społecznościach pojawiają się zespoły zaburzeń czy objawów, które mają ścisły związek z daną kulturą. W Japonii, głównie na wsiach, można się spotkać z *kitsunetsuki*. Osoby dotknięte tym zaburzeniem wierzą, że zostały opętane przez lisy i ich twarze przybiorą lisią maskę. Zjawisko to dotyczy czasem całych rodzin, które lokalna społeczność może skazać nawet na wygnanie.

Z kolei wśród indiańskich myśliwych Algonquin, można zaobserwować *windigo* – reakcję strachu, w czasie której zaczynają oni odczuwać lęk i wzburzenie na myśl, że ktoś ich zaczarował. Towarzyszy temu strach, że potwór o nienasyconym apatycie na ludzkie ciało może przemienić daną osobę w kanibala.

Natomiast w Indonezji i Malezji wśród kobiet w średnim wieku pojawia się *latah* – nadwrażliwość na bodźce wywołujące nagłe przerażenie. Kobieta wtedy uporczywie powtarza słowa (echolalia) i czynności wykonywane przez inne osoby (echopraksja), może też wpaść w trans.

***Taijin kyofusho i koro* – kulturowe zaburzenia lękowe**

Interesującą formą zaburzenia lękowego ukształtowanego przez normy kulturowe jest *taijin kyofusho* występujące w Japonii. Osobie dotkniętej nim towarzyszy lęk przed sytuacjami społecznymi oraz związkami z innymi ludźmi, co przypomina nieco zachodnią fobię społeczną. Istnieje jednak wyraźna różnica – ludzie dotknięci przez *taijin kyofusho* boją się jed-

nej rzeczy – rumieńca na twarzy lub kontaktu wzrokowego, który mógłby urazić rozmówcę i sprawić, że poczułby się niezręcznie. Ten lęk przed urażeniem innych prowadzi do unikania kontaktów towarzyskich. Wymienione wyżej objawy mają silny związek z japońskimi normami kulturowymi, zgodnie z którymi ludzie nawiązujący otwarty kontakt wzrokowy uważani są często za mało wrażliwych i agresywnych. Dzieci uczą się, żeby w trakcie rozmowy nie patrzyły drugiej osobie w oczy, co mogłoby ją urazić, ale w okolice szyi. Tak więc w kontaktach społecznych obecna jest silna koncentracja uwagi na reakcjach innych na swoje zachowanie, co pociąga za sobą potrzebę kontroli postawy ciała czy ekspresji mimicznej. W takich warunkach nawet najmniejsza niezręczność w rozmowie może się przerodzić w towarzyską, a nawet moralną, klęskę.

Z kolei wśród młodych mężczyzn mieszkających w południowych Chinach zdarza się zaburzenie lękowe o nazwie *koro*. Mężczyźni zaczynają towarzyszyć lęk, że jego penis się kurczy i chowa w jamie brzusznej, co może go ostatecznie doprowadzić do śmierci. Większość epizodów *koro* zdarza się w nocy i przejawia się, poza lękiem, poczuciem zbliżającej się śmierci, kołataniem serca, a czasem mrowieniem w okolicy genitaliów. Pojawia się potrzeba przyglądania się swoim genitaliom i dotykania ich, żeby upewnić się co do ich istnienia i wielkości. Istnienie tego lęku związane jest z kulturowym przekonaniem na temat istnienia dwóch energii życiowych *yang* – reprezentującej pierwiastek męski oraz *yin* – pierwiastek żeński, które dla utrzymania zdrowia powinny znajdować się w stanie równowagi. Masturbacje i polucje nocne postrzegane są jako niebezpieczna dla zdrowia utrata *yang*. Tak więc u podstaw zespołu *koro* leżą nie tylko lęki związane z seksualnością, ale też przekonania kulturowe.

Zależność od kultury czy uniwersalność?

Czy istnieje satysfakcjonująca i ostateczna odpowiedź na pytanie o obiektywność bądź zależność od kultury chorób i zaburzeń psychicznych? Wśród teoretyków i praktyków znajdują się zwolennicy zarówno podejścia uniwersalistycznego jak i relatywistycznego oraz tacy, którzy próbują pogodzić te dwie perspektywy. Wszyscy jednak zgadzają się co do tego, że tło kulturowe danej osoby ma wpływ na jej każde doświadczenie choroby, od struktury językowej, za pomocą której ją komunikuje, do treści halucynacji czy lęków. To samo zaburzenie może przejawiać się na odmienne sposoby w różnych kulturach, co nie wyklucza, że u jego podstaw leżą te same mechanizmy, takie jak lęk o deformację własnego ciała (*koro*) czy lęk w sytuacjach społecznych (*taijin kyofusho*).

W zglobalizowanym świecie, gdzie przedstawiciele różnych kultur mogą się swobodnie przemieszczać i zmieniać miejsce zamieszkania, potrzeba spojrzenia na stan zdrowia psychicznego danej osoby z uwzględnieniem czynników kulturowych wydaje się szczególnie ważna. Tak więc proces diagnozy, leczenia, terapii czy też zapewnienia wsparcia społecznego powinien obejmować nie tylko stronę fizyczną czy fizjologiczną danego zaburzenia, ale człowieka jako całość, także z uwzględnieniem kultury, z której się wywodzi.

Bibliografia:

- Bhugra D., *Severe mental illness cross cultures* [w:] „Acta Psychiatrica Scand” 2006: 113, s. 17-23.
- Bhui K., Dinos S., *Health beliefs and Culture* [w:] „Dis Manage Health Outcomes” 2008: 16 (6), s. 411-419.
- Canino G., Alegria M., *Psychiatric diagnosis – is it universal or relative to culture?*[w:] „Journal of Child Psychology and Psychiatry” 2008: 49(3), s. 237-250.
- Carson R.C., Butcher J.N. i Mineka S., *Psychologia zaburzeń*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
- Price W. F., Crapo R. H., *Psychologia w badaniach międzykulturowych*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.