

Emigracja, imigracja, akulturacja, „westernizacja” – naglące problemy psychiatrii transkulturowej współczesnego świata

Janusz Krzyżowski

Emigracja – ze względu na swą masowość, która narastała lawinowo od XX w. i nadal trwa, oraz liczne związane z tym uciążliwości, stesy i ciężkie doświadczenia, jakie przynosi zarówno jednostkom, jak i całym grupom społeczeństw – jest jednym z istotnych czynników zakłócających ich równowagę psychiczną i niweczącą szanse na stabilny dalszy rozwój. Dlatego stanowi przedmiot żywego zainteresowania psychiatrii transkulturowej. Tym bardziej, że jej następstwa, takie jak akulturacja czy „westernizacja”, pogłębiające jeszcze owe stesy, są dalszymi negatywnymi konsekwencjami owych ruchów społeczeństw i jednostki.

1. Problem emigracji

Emigracja to opuszczenie własnej ojczyzny, własnego domu. Może być ona dobrowolna lub przymusowa, każda jednak przysparza problemów adaptacyjnych, które przerastając możliwości psychiczne niektórych jednostek, powodują znaczne zaburzenia zachowania, popadanie w nałogi lub zachorowania psychiczne. Jest ona zawsze ciężkim testem na sprawdzenie możliwości adaptacyjnych jednostek lub całych rodzin. Już w 1932 r. Odegard (Odegard 1993) badał stan psychiczny Norwegów, którzy ze względów ekonomicznych opuścili kraj i osiedlili się w Minnesocie (USA). Wykazał on ponad wszelką wątpliwość, że w ciągu 40 lat Norwegowie ci częściej byli hospitalizowani niż Amerykanie mieszkający przez kilka pokoleń w tym stanie. Ponadto byli hospitalizowani częściej niż porównywalna grupa ich rodaków nie opuszczających Norwegii.

Jeszcze przed nastaniem czasu spektakularnego wzrostu zainteresowania psychiatrią transkulturową, w 1967 r. Hemsli badał zachorowalność imigrantów z Karaibów osiedlonych w Anglii (Hemsli 1967). Ustalił on, że w populacji ograniczonej wiekowo, między 15. a 54. rokiem życia, zachorowalność na choroby psychiczne wynosiła wśród imigrantów 31,9 na 10 tys. osób, podczas gdy zachorowalność wśród stałych mieszkańców Anglii wynosiła tylko 13,1 na 10 tys. mieszkańców.

Nawet emigracja z Irlandii do kraju leżącego tak blisko, jak Anglia, zwiększa szanse na zachorowanie psychiczne. Wykazali to Commander ze współpracownikami (Commander i in. 1999) w czasie badań zachorowalności na choroby psychiczne imigrantów irlandzkich w porównaniu z rdzennymi Anglikami. Przy dokładniejszej analizie statystyk okazało się jednak, że częstość zachorowania na depresje endogenne i schizofrenię w obu grupach jest podobna, a statystykę psują Irlandczykom częstsze hospitalizacje z powodu alkoholizmu.

Nikt nie ma wątpliwości, że stres związany z emigracją istnieje zawsze, a składają się na niego różnice klimatyczne, językowe, obcość najbliższego, sąsiedzkiego otoczenia, konieczność zmiany wielu tradycyjnych zachowań, a często też diety. Większość badaczy jest zdania, że najtrudniejszy dla emigranta jest pierwszy rok adaptacji w nowym środowisku. Pisał o tym Cox ze współpracownikami (Cox i in. 1981), badając cudzoziemskich studentów w Edynburgu, pisał o tym również Bastide (Bastide 1972).

Bardzo często emigrujący do nowego kraju doznaje „szoku kulturowego” (Toffler 1970). Jest niezdolny zrozumieć zastane w nowym miejscu obyczaje, tradycje i ludzi. Niekiedy odmienne zasady prawne, inne urzędy i instytucje mogą budzić zaniepokojenie oraz bezradność. Emigrujący czuje się wyalienowany i wykorzeniony ze swej dawnej kultury. Ma silne poczucie izolacji, a niekiedy odczuwa nawet prawdziwą lub wyimaginowaną wrogość otoczenia. Nostalgia za krajem, za pozostawioną rodziną przypomina żalobę za kimś bliskim, kogo się utraciło. Wszystko to jest zwiększonym stresem, często ponad miarę indywidualnej odporności i w efekcie może prowadzić do zachowań nerwicowych, psychopatycznych lub wręcz do zaburzeń psychicznych.

Niewątpliwie istotnym czynnikiem są powody emigracji. Osoby skłonne na zawsze porzucić dom rodzinny w celach wyłącznie eksploracji świata należą do rzadkości. Zazwyczaj powodem emigracji jest poważna determinacja, za którą kryją się istotne życiowe sytuacje. Rack (1988) uważa, że w ocenie sytuacji emigranta należy uwzględnić trzy czynniki: kraj jego pochodzenia i sytuację tam panującą, motywację do emigracji oraz sytuację polityczną, społeczną i ekonomiczną kraju, do którego się przesiedlił. Od wszystkich tych trzech czynników zależy adaptacja albo jej brak u emigranta, a z tym związane ewentualne jego przyszłe problemy psychiczne.

Oczywiście musimy zdawać sobie sprawę z faktu, że emigranci nie są zazwyczaj przeciętnymi ludźmi w swym kraju. Są to bowiem jednostki lub grupy skłonne do ryzykowania, mobilne, a być może niekiedy również źle zaadaptowane do swego otoczenia. Oczywiście, należy tu pominąć uchodźców politycznych, prześladowane mniejszości lub ludzi w jakikolwiek sposób w swym kraju dyskryminowanych. Wśród ludzi emigrujących ze swego kraju można bowiem wyodrębnić trzy grupy. Będą to: *ludzie szukający pracy* stałej lub okresowej, *uchodźcy* i *osadnicy*. Ci pierwsi to przeważnie ludzie o niskim statusie ekonomicznym w kraju, z którego pochodzą, zazwyczaj

młodzi i energiczni. Zachowują kontakt emocjonalny ze swą ojczyzną, zwykle powoli, ale adaptują się w nowym kraju. Uchodźcy pozostają emocjonalnie w swym kraju, nie chcą się adaptować i są zapatrzeni w przeszłość. Często rozwijają się u nich reakcje przetrwałego stresu oraz inne zaburzenia emocjonalne i psychiczne. Osadnicy adaptują się najszybciej, w pełni akceptują nowy kraj i utrzymują w nim między sobą silne więzy emocjonalne, będące spuścizną wspólnych losów.

Musimy zdawać sobie sprawę, że blisko 80% wszystkich emigrantów – uciekinierów z powodu wojen lub prześladowań – to kobiety i dzieci. Kulig (1994) uważa, że już tak znaczne zachwianie proporcji ludnościowej jest oznaką tysięcy indywidualnych tragedii, które w efekcie wiodą do różnorodnych form niemożliwości zaadaptowania się w nowym kraju, do akulturacji i marginalizacji społecznej. Podobne są spostrzeżenia Moghissi na podstawie badania samotnych irańskich kobiet i ich losów w USA.

Również w grupie młodzieży, która z matkami lub bez nich uciekła z kraju (tak jak to ma miejsce w przypadku Tybetańczyków), bardzo często pojawiają się reakcje przetrwałego stresu lub depresje reaktywne. Mghir opisał takie właśnie zaburzenia w grupie młodych uciekinierów z Afganistanu (Mghir i in. 1995). Autor uważa, że mimo częstości występowania tej patologii, zazwyczaj pozostaje ona niezdiagnozowana w nowym kraju.

Hjelde badał losy 200 młodocianych uciekinierów z Somalii, Erytrei i Wietnamu osiedlonych w Norwegii. Znaczna ich część cierpiała na emocjonalne urazy, z których utrata rodziców lub separacja z nimi była najważniejsza. Autor podkreśla, że młodociani imigranci stawiają przed służbami socjalnymi kraju osiedlania szczególne wyzwania.

Młodociani uciekinierzy z Somalii byli również badani w Kanadzie przez zespół psychiatrów pod kierunkiem Rousseau (Rousseau i Said 1998). Autorzy podkreślają przeżycie szoku kulturowego przez prawie wszystkich uciekinierów. Wymarzony, lub wręcz wyśniony, kraj po trudach podróży powitał ich różnorodnymi ograniczeniami i obowiązkami. Autorzy uważają, że brak realizacji owego snu o krainie spokoju może być początkiem destrukcyjnego, chorobowego procesu dezadaptacyjnego.

Haasen i Sardashti (2000) przedstawiali wyraźne zależności, jakie zachodzą między poziomem depresji, a przebyтым stresem u uciekinierów z Iranu, którzy znaleźli schronienie w Niemczech. Przeżycia w ojczystym kraju poprzedzające emigrację, a następnie akulturacja, czyli niemożliwość odnalezienia się w Niemczech, powodowała wyraźne zwiększenie reakcji depresyjnych u imigrantów. Szybka pomoc psychoterapeutyczna i socjalna, nauka języka to czynniki zmniejszające ryzyko akulturacji.

Następstwa przetrwałego stresu pourazowego u uciekinierów z ogarniętej wojną Bośni, którzy znaleźli schronienie w USA, badał Sposojevic ze współpracownikami. Następstwa ich tragicznych zazwyczaj losów rzutowały zdecydowanie na trudności adaptacyjne w nowym kraju, a akulturacja uwiadczała się we wszystkich aspektach ich życia.

Psycholodzy o analitycznych korzeniach widzą w lękach związanych z pozostawieniem swego kraju i swego miejsca życia analogię do lęku dziecka odseparowanego od matki. Dlatego nowy kraj, stawiający określone wymagania administracyjne, obce i nieznane, odczytywany często jako wrogi, jest postrzegany jako zła matka, odrzucająca swe dziecko. Na koniec urzędnicy, władze imigracyjne, nowi, jakoby nieprzyjaźnie nastawieni pracodawcy podświadomie mogą spełniać rolę sadystycznego ojca, który tylko wymaga, nakazuje i ewentualnie karze.

W rzeczywistości imigrant znajduje się w świecie ciągłej konkurencji, a konkurować musi z ludźmi już w danym miejscu zasiedzonymi. W tym świecie czuje się samotny i bez oparcia. Własna religia, do której często się odwołuje lub wręcz ucieka, może go jeszcze bardziej oddalać od nowej społeczności. W sprawach seksualnych jest często zdany na przypadkowe kontakty, niejednokrotnie skazany na towarzystwo kobiet o wątpliwej reputacji, które wciągają go w alkoholizm. Na rynku pracy jest zazwyczaj od początku w gorszej sytuacji, przez co może otrzymywać przeważnie prace nisko płatne i uchodzące za gorsze. Częściej również traci pracę. Mieszka w dzielnicach slamsowych, o zwiększonej przestępczości. Dlatego, jeśli nawet emigracja jest chęcią poprawy swej sytuacji materialnej, często niestety wiąże się z okresowym pogorszeniem bytu i obniżeniem statusu społecznego.

Niekiedy w celach ekonomicznych emigrują jedynie rodzice. Dzieci, aby nie stwarzały zbyt wielkiego obciążenia na starcie w nowym kraju, pozostawiane są pod opieką rodziny. Do spotkania z dziećmi dochodzi zazwyczaj po latach, kiedy dzieci osiągają wiek nastoletni, a rodzice uzyskują już określony statut materialny i obywatelstwo w kraju, do którego wyemigrowali. Takie spotkania, mimo że wzruszające, rodzą zawsze nieporozumienia. Pokazują, jak dalece rodziny się od siebie oddaliły, a ponowne ich związanie emocjonalne jest bardzo trudne. O wszystkich tych tragediach rodzin emigranckich pisze Lashley na podstawie badań imigrantów karaibskich (Lashley 2000).

2. Akulturacja a problemy psychiczne emigrantów

Wszystkie wymienione wyżej czynniki psychologiczne i socjodemograficzne mogą dawać w efekcie zwiększoną zachorowalność na choroby psychiczne. Migracja i akulturacja może być czynnikiem – stresorem precipitującym wystąpienie owych zaburzeń. Należy wspomnieć również o tym, że migracja wpływa często na zakłócenia w funkcjonowaniu rodzin imigrantów. Zazwyczaj rodziny z tradycyjnych kultur posiadają rozległe odgałęzienia, połączone więzami zależności, które mogą dawać ich członkom również poczucie oparcia w sytuacjach kryzysowych. Rodziny te jednak znacznie różnią się od małych rodzin zachodnich, a zapewnienie pomocy i konieczność utrzymania wielkiej rodziny uszczupla siły imigranta, zmusza go do nadmiernej pracy. Oddala też od możliwości zdobywania wykształcenia.

W rodzinach takich wreszcie zarysowują się – w obliczu nowych wyzwań – konflikty międzypokoleniowe. Widoczne jest to szczególnie w drugiej generacji imigrantów, zwłaszcza, kiedy dziewczęta stają w obliczu konkurencyjnych oczekiwań ze strony tradycyjnej rodziny i oczekiwań grupy rówieśniczej.

Imigranci zazwyczaj przywożą ze sobą różnorodne przekonania i koncepcje związane z poprzednią kulturą, które nie znajdują żadnego zrozumienia w nowej społeczności. Bose opisuje egzotyczną wiarę w opętanie przez złe duchy u młodych kobiet emigrantek w Bangladeszu, które znalazły schronienie w Anglii (Bose 1997). Ta wiara w opętanie przez demona w ich kraju ojczystym byłaby zrozumiałym zjawiskiem, przekonaniem podzielanym przez większość otoczenia, w Anglii jednak tylko psychiatrzy o doświadczeniu transkulturowym lub psychiatrzy imigranci z tej samej kultury mogli w pełni zrozumieć lęki pacjentek. Podobne zjawisko opisała Barnes u chińskich imigrantów w USA (Barnes 1998). W latach 60. XX w. nawet chińscy uzdrowiacze imigracyjni coraz rzadziej używają typowo chińskiego pojęcia „owładnięcia przez demony”, a zastępują je pojęciami ze słownika psychoterapeutów. Podobne zjawisko wśród wietnamskich imigrantów w Australii opisał Tupng Than. Wietnamscy uzdrowiacze imigranci w swym słownictwie coraz częściej odchodzą od eklektycznych, opartych na mitologii pojęć, a zastępują je nowocześniejszymi, zbliżonymi do tych, jakimi posługują się ich miejscowi konkurenci. O zbliżaniu się etnopsychiatrii coraz bardziej do psychoterapii piszą również we Nathan oraz Abdelhak (Nathan 1999; Abdelhak 1997).

Aby więc lepiej zrozumieć pacjentów z odległych kulturowo krajów, powstają podręczniki wyjaśniające specyfikę zwyczajów, wiary i przekonań ludzi z innych kultur. Jednym z nich jest poradnik napisany przez Sheikha i Gatrada pt. *Opieka nad pacjentem muzułmaninem* (Sheikh i Gatrada 2001). Autorzy podają wiele pouczających przykładów na pozór niezrozumiałego zachowania pacjentów, które to zachowania dopiero w konfrontacji z muzułmańskimi przekonaniem i wiarą stają się oczywiste. Jako przykład podają odmawianie stosowania znieczulenia przez niektórych muzułmanów z Nigerii. Pacjenci wierzą, że ból ma działanie „oczyszczające z uprzednich grzechów” i jest niezbędnym ludzkim doświadczeniem. Wiele zakazów i ograniczeń w badaniu oraz leczeniu kobiet muzułmańskich łatwiej zrozumieć po przeczytaniu książki. Ponadto, aby pacjenta przekonać do określonego badania lub zabiegu, trzeba często posługiwać się argumentami zaczerpniętymi z ich własnej kultury. Podobne były spostrzeżenia Okashe (1999) dotyczące muzułmańskich pacjentów leczonych w Egipcie.

Problem akulturacji lub „wykorzenia” był badany przez wielu psychiatrów na całym świecie. Harwood ze współpracownikami badał psychiatryczną zachorowalność okołoporodową w kilkusetosobowej grupie imigrantek meksykańskich w Stanach Zjednoczonych i porównywał ją ze stałymi mieszkankami kraju. Wszystkie imigrantki miały większą szansę zachoro-

wania w porównaniu z grupą kontrolną. Najgorsze rokowania co do ewentualnego zachorowania miały te imigrantki, które były samotne i nie znały języka angielskiego. Autorzy uważają, że akulturacja jest czynnikiem zdecydowanie pogarszającym stan równowagi psychicznej imigrantów.

Problemy zdrowia psychicznego meksykańskich imigrantów we Fresno (Kalifornia) badał również Acevedo (2000). Ponad tysięczna badana przez autora populacja składała się z imigrantów meksykańskich, wśród których wyodrębnione zostały dwie grupy: Meksykanów – Indian i Meksykanów europejskiego pochodzenia. Rezultatem badań autora jest stwierdzenie, że akulturacja pogarsza szanse na zachowanie zdrowia psychicznego wśród imigrantów. Wskazuje on również na konieczność uwzględniania czynnika kulturowego w opiece psychologiczno-psychiatrycznej w społecznościach o znacznym procencie ludności napływowej.

Zachorowalność na choroby psychiczne i zapadalność na nalogowe przyjmowanie benzodiazepin wśród szwedzkich imigrantów badali Bayard-Bumfield ze współpracownikami (Bayard-Bumfield i in. 2000). Badaniami objęto kilkudziesięcioletnią grupę imigrantów pod koniec lat 80. XX w. Autorzy uważają, że utrata więzi z dawnym krajem i jego kulturą (czyli akulturacja), a dalej czynniki socjoekonomiczne, takie jak: niska edukacja, samotność, niewielkie wsparcie środowiska, będące wynikiem izolacji i wreszcie niski poziom dochodów to czynniki zwiększające ryzyko zachorowania emigranta na choroby psychiczne.

W 1996 r. na zlecenie szwedzkiego Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej zbadano dwutysięczną grupę imigrantów, oceniając ich kondycję zdrowotną i sytuację życiową w nowym kraju (Sandquist 2000). Badano między innymi: status emigranta i kraj, z którego pochodził, dotychczasową ekspozycję na akty przemocy, poziom znajomości języka szwedzkiego, sytuację ekonomiczną, poziom wykształcenia, rodzaje skarg na stan zdrowia fizycznego i psychicznego. Okazało się, że Irańczycy i Chilijczycy wykazują znacznie większy poziom stresu niż Polacy. Ekspozycja na przemoc przed emigracją miała w sumie mniejsze znaczenie, niż trudności adaptacyjno-ekonomiczne po wyemigrowaniu.

Również badania Baarnhielm i Ekblad (2000) wśród tureckich emigrantek (w wieku 31–48 lat) żyjących na przedmieściach Sztokholmu wskazują na istotną rolę i konieczność wyspecjalizowanej pomocy społecznej, która działa równolegle z pomocą medyczną. Imigrantki manifestowały większość swych problemów psychicznych, nerwic i depresji jako różnorodne dolegliwości somatyczne (np. bóle jednej połowy ciała). Dopiero zrozumienie odmiennych kulturowo reakcji pacjentek, zaakceptowanie tej odmienności i pomoc w zakresie poprawy sytuacji społecznej dawało szansę na zmniejszenie liczby ich skarg oraz dolegliwości fizycznych i psychicznych. Autorzy podkreślają osamotnienie tych kobiet wynikające z tradycyjnego ukształtowania rodzin, nieznanności języka, ograniczenia w podejmowaniu pracy jako głównych czynników akulturacji, z której wynikają dalekie problemy

zdrowotne. Ekblad (Ekblad, Abazari i Eriksson 1999) badał również znaczenie i wielkość stresu emigracyjnego wśród irańskich uchodźców. Wyniki badań w tej grupie były zbliżone do poprzedniej.

Również Australia, która powoli staje się tygłem kultur, jest miejscem pojawiania się licznych prac dotyczących stanu zdrowia imigrantów. Jiroj-wong i Manderson (2001) badali częstość występowania uczucia osamotnienia i zapadania na depresję wśród tajskich kobiet – imigrantek w Brisbane. Badanie przeprowadzone było w latach 1996–1997 na grupie 139 imigrantek. Aż u 17 z nich stwierdzono występowanie objawów depresyjnych. Ponad połowa podawała częste występowanie smutku (*mai sa bai jai*), a powodem była, podobnie jak u większości imigrantek na świecie, niemożliwość porozumienia się ze środowiskiem oraz poważne trudności w uzyskaniu pracy. Brak oparcia w rozbudowanych rodzinach (co miało miejsce w Tajlandii) powodował dodatkowe poczucie zagrożenia, towarzyszące imigrantkom od początku pobytu w nowym kraju.

De la Rosa ze współpracownikami (2000) badał problem akulturacji i ujemnych następstw tego faktu w postaci zażywania narkotyków w grupach imigrantów z krajów Ameryki Łacińskiej w USA. Ocena zjawiska akulturacji jest u autorów podobna jak w badaniach szwedzkich. Hovey i King (1999) badali znaczenie akulturacji w odniesieniu do nadużywania alkoholu wśród młodzieży latynoskiego pochodzenia w okolicach San Francisco. Wyniki ich badań były zbliżone do przedstawianych uprzednio. Anderson opracował nawet specjalną skalę do badania stopnia akulturacji imigrantów i uciekinierów z krajów Azji Południowo-Wschodniej (Anderson 1993).

We współczesnym świecie ruchy ludności przyjmują niekiedy zaskakujący kierunek. Przyzwyczailiśmy się wśród rzeszy imigrantów widzieć głównie ludzi z tzw. trzeciego świata, ludzi „kolorowych” dążących za wszelką cenę do zamieszkania wśród „białych”, bogatszej społeczności. Tymczasem Hickling (1996), psychiatra z Jamajki, opisuje stan zdrowia i zachorowalność wśród białych emigrantów na wyspie zdominowanej przez populację pochodzenia afrykańskiego. W czasie jedenastoletniej obserwacji, w latach 1979–1990 porównywał on zachorowalność na zaburzenia psychiczne u białych imigrantów ze zbliżoną grupą czarnych mieszkańców Jamajki. Według autora około 35% imigrantów zgłaszało się na leczenie z powodu depresji, 27% z powodu stanów lękowych, 20% z powodu schizofrenii. Okazało się, że nie ma zasadniczych różnic w zachorowalności między imigrantami, a stałymi mieszkańcami. Ten nietypowy efekt spowodowany był prawdopodobnie faktem, że biali imigranci posiadali zazwyczaj lepsze wykształcenie niż przeciętni mieszkańcy kraju. W efekcie zajmowali od razu zazwyczaj wyższą pozycję społeczną, niż można było się spodziewać w przypadku zmiany kraju zamieszkania. Przypuszczać należy, że nie zachodziło w ich przypadku destrukcyjne działanie akulturacji, a wykształcenie pozwalało wyżej uplasować się w hierarchii społecznej, niż to zwykle spotyka większość imigrantów w pozostałych krajach.

Idee zachodniej cywilizacji, takie jak wolność jednostki do nieskrępowanego wyrażania swych przekonań, indywidualizm, liberalizm czy permisywizm, często odbiegają od tradycyjnych wzorców wyniesionych z ojczystych kultur imigrantów. Natomiast przywiezione ze sobą zakazy lub tabu mogą nie znajdować zrozumienia ani akceptacji w nowym środowisku i być niekiedy nawet powodem do drwin czy ostracyzmu.

W nowej ojczyźnie imigrant niekiedy spotyka się z nacjonalistycznymi ruchami, z hasłami, aby się „wyniósł” do poprzedniego kraju lub też ze zdecydowanym rasizmem. W wyniku tych działań cierpi często poczucie własnej wartości imigranta. Bastide (1972) przytacza statystykę wskazującą, jak często cierpienie i choroba psychiczna są wynikiem wszystkich stresów i trudności, z jakimi zetknąć się muszą imigranci. O ile wśród białej ludności USA zachorowalność była rzędu 73 osoby na 100 tys., to w imigranckich rodzinach pochodzących ze Skandynawii liczba ta wynosiła 193, w polskich 265, irlandzkich 305. Wskaźnik imigrantów przebywających w szpitalach psychiatrycznych w Ameryce jest zaś zazwyczaj dwa lub trzy razy wyższy niż w ich krajach rodzinnych. Westermeyer (1988) uważa, że imigracja zwiększa szansę zachorowania na schizofrenię, paranoję, alkoholizm i nadużywanie substancji odurzających.

Problem rasizmu różnie przedstawia się w poszczególnych krajach. Dla przykładu, Noronha (1999) badał poziom przemocy w trzech grupach ludności w aglomeracji Salvador, w prowincji Bahia, w Brazylii. Sprawdzał częstość występowania aktów przemocy w grupie Mulałów, Białych i Murzynów. Grupy były badane licznymi kwestionariuszami, a ponadto zbierano dane o poszczególnych osobach w instytucjach społecznych, policji i sądach. Okazało się, że poziom agresji i przemocy we wszystkich grupach był taki sam wewnątrz grupy, jak pomiędzy poszczególnymi grupami rasowymi. Można więc sądzić, że rasizm nie jest istotnym problemem w różnokolorowym społeczeństwie brazylijskim.

Podobnie Samoaniecy emigrujący na Hawaje, mimo że wchodzą w obręb nowej kultury z odmiennymi wymaganiami i oczekiwaniami niż w swym rodzinnym kraju, stykając się z rdzenną ludnością wysp, nie czują się tak wyobcowani jak inni emigranci, nie spotykają się też z problemem rasizmu, który występuje w krajach kulturowo odległych. Niemniej nawet oni przeżywają określone stesy, o czym pisze Hanne (1998).

Problem emigracji i migracji dotyczy również ludności Polinezji francuskiej. Rivet (1991) opisuje trudności adaptacyjne, a również problemy psychiczne wynikające z dezadaptacji w nowym miejscu, występujące wśród mieszkańców Nowej Kaledonii, wysp Wallis i mieszkańców Tahiti. Kiedyś migracja tych ludów na znacznych obszarach Pacyfiku była normalnym zjawiskiem. Obecnie pociąga za sobą problemy zbliżone do tych, jakie mają emigrujący do krajów o odmiennych kulturach.

Niekiedy problemy z akulturacją pojawiają się w obrębie jednego kraju. Ma to miejsce na Tajwanie. Ludność napływowa rasy Han, przynosząc ze

sobą nowe standardy życia i to, co nazywamy zazwyczaj „westernizacją” (w tym kontekście może to dziwnie brzmieć), wywołała kryzys kulturowy miejscowych mieszkańców wyspy, nazywanych niekiedy aborygenami. Oni również są przedstawicielami rasy żółtej, ale skolonizowali wyspę o kilka stuleci wcześniej. Chen oraz Liy w swych pracach opisują problemy psychiczne, jakie zarejestrowano u ludności tubylczej wyspy. Podobnie jak u aborygenów australijskich czy Maorysów na Nowej Zelandii, rozpowszechniony jest wśród ludności miejscowej alkoholizm, nadużywanie narkotyków w znacznie większym stopniu niż wśród ludności napływowej.

W wielokulturowej społeczności brazylijskiej od stuleci panuje większe zrozumienie odmienności rasowej, religijnej czy zwyczajowej. W nowych społecznościach, które powoli w ostatnich dziesięcioleciach stają się wielokulturowe w wyniku wzmoczonego przyjmowania licznych emigrantów, zrozumienie takie musi dopiero zostać wypracowane. Chodzi o unikanie trudnego okresu przejściowego, kiedy po tarciach dopiero dochodzi do kompromisów. Taką społecznością stają się ostatnio Australijczycy. Larson wraz z zespołem (2001) wskazują na konieczność rozwijania akceptowalnych i efektywnych strategii transkulturowych, polegających na zmniejszaniu stresów, konfliktów i liczby zachorowań psychicznych w nowych, napływowych grupach ludności. Z podobnymi problemami stykają się psychiatry angielscy. Dein i Sembhi (psychiatra i uzdrowiciel) opisali swą pomyślną współpracę z imigrantami z Azji Południowo-Wschodniej w czasie leczenia pacjentów z tego regionu. Współpraca ta okazała się korzystna dla wszystkich stron, w tym również dla pacjentów, którzy byli otoczeni „wszechstronną” opieką (Dein i Sembhi 2001).

Jednym z poważniejszych problemów niezaadaptowanych lub „wykorzenionych” imigrantów i aborygenów, nie mogących sobie znaleźć miejsca w zbyt szybko zmieniającym się świecie, jest szerząca się wśród nich plaga alkoholizmu. Duże doświadczenie z tego typu problemami ma Australia. Zjawisko owego nieprzystosowania się do nowej społeczności opisał zespół pod kierunkiem Gureje (1997). Autorzy wspominają o powstałym projekcie WHO nazywanym CAR (*Cross-Cultural Applicability Research*) – programie dotyczącym nadużywania alkoholu i narkotyków przez nieprzystosowane kulturowo jednostki. Podobne badania przeprowadzone były również przez Rissela (2000) w Newton, w Australii.

3. Przyczyn samobójstw w różnych krajach i społecznościach

Kolejnym problemem zainteresowania psychiatrii transkulturowej jest określenie liczby, rodzajów i przyczyn samobójstw w różnych krajach oraz społecznościach.

Za przykład niech posłużą prace Philipa, Liu i Zhanga (1999) dotyczące samobójstw w Chinach. Autorzy podają, że według ostatnich statystyk w Chi-

nach dokonuje się około 300 tys. samobójstw rocznie. Stanowią one obecnie jedną z najczęstszych przyczyn śmierci w tej społeczności i jednocześnie jest to jeden z najwyższych wskaźników na świecie. Jednakże zachowania te mają specyfikę różniącą je od opisywanych w innych krajach. Okazuje się, że samobójstwa kobiet są tu częstsze niż mężczyzn (odmiennie niż w innych krajach) i mieszkańcy wsi popełniają je trzy razy częściej niż mieszkańcy miast (też odmiennie niż w innych krajach). Brak danych sprzed 1987 r. nie pozwala ocenić, czy zjawisko to występuje teraz częściej niż przed rewolucją przemysłową i modernizacją z końca lat 70. XX w. Jednym z powodów może być niedostateczna opieka psychiatryczna zagrożonej depresjami ludności. Autorzy są jednak zdania, że przyczyn takiej dużej liczby samobójstw w chińskiej społeczności jest wiele, a ani model socjologiczny, ani tylko psychopatologiczny nie jest w stanie tego zjawiska wyjaśnić.

Według opracowań przeprowadzonych zgodnie ze wskazaniem WHO w sprawie rejestracji śmiertelności przez samobójstwo na świecie w latach 1955–1989, Węgry, Sri Lanka i Finlandia miały te wskaźniki najwyższe – odpowiednio 52,1, 49,6 i 37,2 (La Vecchia, Lucchini i Levi 1994). Badanie przeprowadzone było w 57 krajach, w tym 28 europejskich, 14 z Ameryki Południowej, 8 z Azji i 2 z Afryki. Najniższe wskaźniki miały kraje śródziemnomorskie (około 15). Kraje o najwyższym wskaźniku samobójstw cechowały się również najwyższym wskaźnikiem samobójstw kobiet. Autorzy uważają, że przemiany we współczesnym świecie dość szybko modyfikują poprzednie wskaźniki i w niektórych krajach o uprzednio niskim wskaźniku samobójstw, wzrasta on w ostatnich latach (Japonia).

Dokładniejsze analizy samobójstw na Sri Lance przeprowadził Mareck (1998) i starał się analizować, jakie przyczyny spowodowały, że kraj o przeciętnym uprzednio wskaźniku samobójstw przesunął się do grupy o najwyższym wskaźniku na świecie. Postępująca utrata tradycyjnych wartości, nastawienie się na osiągnięcia materialne społeczeństwa, wojna domowa – to wszystko czynniki wpływające na wzrost wskaźnika samobójstw. Tribe i De Silva (1999) wskazują na potrzebę niesienia socjalnej i psychologicznej pomocy ofiarom wojny, a szczególnie wdowom – uciekinierkom z miejsc działań wojny domowej, w celu zmniejszenia zagrożeń samobójczych.

Shiang ze współpracownikami porównywał wskaźnik samobójstw wśród ludności wiejskiej i miejskiej w Chinach, w Hongkongu, na Tajwanie i wśród Chińczyków mieszkających w USA. Okazało się, że wskaźnik ten był najwyższy wśród kobiet mieszkających na chińskiej prowincji, następnie mieszkanki wielkich chińskich miast, dalej Hongkongu, Tajwanu, a najniższy w populacji Chinek z USA. Dla mężczyzn wskaźnik również był najwyższy dla chińskiej prowincji, dalej Hongkongu i Tajwanu, Chińczyków – mieszkańców USA, a najniższy wśród Chińczyków mieszkających w dużych miastach w kraju. Autorzy uważają, że brak pomocy socjalnej dla kobiet na chińskiej prowincji, lokalne tradycje, ciężkie warunki życiowe to czynniki powodujące wzrost zagrożenia samobójstwem.

W wielokulturowej społeczności Malezji samobójstwami najbardziej zagrożeni są przedstawiciele wiejskiej społeczności hinduskiej. Według Morrisa i Maniama (2001) statystyki prowadzone od 1966 r. stale wykazują ten trend. Autorzy są przekonani, że trudności migracyjne i czynniki kulturowe powodują, iż ta grupa społeczna jest najbardziej zagrożona. Najwięcej samobójstw popełniają wśród niej kobiety, używając do tego celu środków ochrony roślin i innych toksyn.

W Japonii, według badań Takahashi i jego zespołu (Takahashi i in. 1998), w 1996 r. było 23 104 samobójstwa, co daje wskaźnik 18,4 na 100 tys. mieszkańców. Wskaźnik ten jest na poziomie tego, jaki występuje w krajach europejskich. Dla Japonii charakterystyczne są jednak samobójstwa *shibju* (zobowiązanie – pakt, w razie nie wykonania którego trzeba popełnić samobójstwo) lub *inseki-jisatsu* (samobójstwo podjęte z powodu niedopełnienia obowiązków lub popełnienia znacznego uchybienia).

Elfawal (1999) badał wpływ kultury na częstość samobójstw i ich rodzaje w Arabii Saudyjskiej. W latach 1986–1995 wskaźnik samobójstw w tym kraju wynosił 1,1 na 100 tys. mieszkańców. Stosunek mężczyzn do kobiet popełniających samobójstwo wynosił 4:5,1. Grupą wiekową najczęściej popełniającą samobójstwa byli ludzie między 30. a 39. rokiem życia. Imigranci stanowili większość popełniających samobójstwo – bo aż 70%, a wśród nich najwięcej było imigrantów (pracowników) z subkontynentu indyjskiego. Najczęstszym sposobem rozstawania się z życiem było powieszenie (63%) lub skok z wysokości (12%). Autor podkreśla, iż w ciągu ostatnich 5 lat liczba samobójstw w jego kraju wyraźnie wzrosła.

Kanadyjski zespół pod kierunkiem Kirmayera (Kirmayer i in. 1999) badał zagrożenie samobójstwami w społeczności żyjących na północy kraju Aborygenów – Eskimosów. Wiadome jest, że mieszkańcy północnych terytoriów w wieku 10–29 lat są do sześciu razy bardziej zagrożeni możliwością popełnienia samobójstwa niż odpowiadający im wiekiem mieszkańcy południowej części Kanady. W społeczności Inuitów zamieszkujących okolice zatoki Hudsona stwierdzono w czasie zbieranych wywiadów, że aż 20% młodych osób potwierdzało przebyte próby samobójcze, a 43% osób podawało istnienie u nich uprzednio myśli samobójczych. Aż 40% osób wyznało, że znało osoby, które uprzednio popełniły samobójstwa. Ustalono, że najbardziej w tej młodej grupie Inuitów na samobójstwo są narażeni mężczyźni, którzy uprzednio zażywali narkotyki, mieli przyjaciół, którzy wcześniej podejmowali takie próby i mieli rodziców z problemami alkoholowymi lub narkotykami.

Zespół Oquendo (Oquendo i in. 2001) badał w USA częstość zachorowania na depresję w skali rocznej wśród białych Amerykanów (3,6%), czarnych Amerykanów (3,5%), imigrantów z Meksyku (2,8%), Porto Rico (6,9%) i Kuby (2,5%). Wskaźnik samobójstw mężczyzn w tych badaniach był wyższy niż kobiet. Mężczyźni pochodzenia meksykańskiego i z Porto Rico mieli niższy wskaźnik niż „biali” Amerykanie. Autorzy sygnalizują konieczność

dalszych badań, aby wykazać, jakie czynniki kulturowe powodują opisywane różnice.

4. Podsumowanie

Mnogość prac poświęconych problemom tak drażliwym, jak „westernizacja”, globalizacja, wykorzenianie kulturowe całych społeczności, w aspekcie psychiatrii transkulturowej jest ogromna. Prezentowane opracowanie miało za zadanie jedynie zasygnalizowanie tych najpilniejszych problemów, a bardzo skrótowe omówienie niektórych doniesień miało być jedynie próbą przedstawienia dotychczasowych głosów w dyskusjach o tych skomplikowanych zagadnieniach.

Informacje o autorze

Dr Janusz Krzyżowski – prowadzi praktykę lekarską w Warszawie; wykłada na temat kultury Indii w PAN. E-mail: orient@krzyzowski.pl.

Bibliografia

- Abdelhak, M.A. 1997. Study of therapeutic activities in ethnopsychiatry. *Champ. Psychosom. Med. Psychoanal. Anthropol*, vol. 38.
- Acevedo, M.C. 2000. Lifetime prevalence of and risk factors for psychiatric disorders among Mexican migrant farmworkers in California. *American Journal of Public Health*, vol. 90.
- Anderson, J. 1993. An acculturation scale for Southeast Asians. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 28.
- Baarnhielm, S. i S. Ekblad. 2000. Turkish migrant women encountering health care in Stockholm: a qualitative study of somatization and illness meaning. *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 24.
- Barnes, L. 1998. The psychologizing of Chinese healing practices in the United States. *Culture, Medicine and Psychiatry*, nr 4, vol. 22.
- Bastide, R. 1972. *Socjologia chorób psychicznych*, Warszawa: PWN.
- Bayard-Bumfield, L. i in. 2000. Self-reported long-standing psychiatric illness and intake of benzodiazepines: A comparison between foreign-born and Swedish-born people. *Journal of Public Health*, nr 10.
- Bose, R. 1997. Psychiatry and the popular conception of possession among the Bangladeshis in London. *International Journal of Social Psychiatry*, nr 1, vol. 43.
- Chen, W.J. 1997. Incidence of first onset alcoholism among the Taiwanese aborigines. *Psychological Medicine*, vol. 27.
- Commander, M.J. i in. 1999. Psychiatric morbidity in people born in Ireland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 34.
- Cox, J.L. i in. 1981. Psychiatric problems and first-year examinations in overseas students at Edinburgh University. *Journal of Adolescence*, nr 4.
- De la Rosa, M. i in. 2000. The role of acculturation in the substance abuse behavior of African-American and Latino adolescents. *Journal of Psychoactive Drugs*, nr 1, vol. 32.
- Dein, S. i S. Sembhi. 2001. The use of traditional healing in South Asian psychiatric patients in the UK. Interaction between professional and folk psychiatrist. *Transcultural Psychiatry*, nr 2, vol. 38.
- Ekblad, S., Abazari, A. i N.G. Eriksson. 1999. Migration stress-related challenges associated with perceived quality of life: a qualitative analysis of Iranian refugee and Sweden patients. *Transcultural Psychiatry*, nr 3, vol. 36.

- Elfawal, M.A. 1999. Culture influence on the incidence and choice of method of suicide in Saudi Arabia. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, vol. 20.
- Gureje, O. i in. 1997. Problems related to alcohol use: a cross-cultural perspective. *Culture, Medicine and Psychiatry*, nr 21.
- Haasen, C. i H. Sardashti. 2000. Relationship between depression and psychosocial stressors among Iranian migrants. *Psychiatrische Praxis*, vol. 27.
- Hanne, J.M. 1998. Migration and acculturation among Samoans: some sources of stress and support. *Social Science and Medicine*, vol. 46.
- Hemsi, L.K. 1967. Psychiatric morbidity of West Indian immigrants. *Social Psychiatry*, nr 2.
- Hickling, F.W. 1996. Psychopathology of white mentally ill immigrants to Jamaica. *Molecular and Chemical Neuropathology*, nr 1–3, vol. 28.
- Hovey, J.D. i C.A. King. 1999. Ethnicity, alcohol and acculturation. *Social Science and Medicine*, vol. 48.
- Jirojwong, S. i L. Manderson. 2001. Feeling of sadness: Migration and subjective assessment of mental health among Thai women in Brisbane, Australia. *Transcultural Psychiatry*, nr 2, vol. 38.
- Kirmayer, L. i in. 1999. Suicide in Canadian Aboriginal population. *Transcultural Psychiatry*, Summary Report nr 1 .
- Kulig, J.C. 1994. "Those with unheard voices": the plight of a Cambodian refugee woman. *Journal of Community Health Nursing*, nr 2, vol. 11.
- La Vecchia, C., Lucchini, F. i F. Levi. 1994. Worldwide trends in suicide mortality, 1955–1989. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 90.
- Larson, A. i in. 2001. Mental health needs assessment in Australia's culturally diverse society. *Transcultural Psychiatry*, nr 3, vol. 38.
- Lashley, M. 2000. The unrecognized social stressors of migration and reunification in Caribbean families. *Transcultural Psychiatry*, nr 2, vol. 37.
- Mareck, J. 1998. Culture, gender, and suicide behavior in Sri Lanka. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 28.
- Mghir, R. i in. 1995. Depression and posttraumatic stress disorder among a community sample of adolescent and young Afghan refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, nr 1, vol. 183.
- Morris, P. i T. Maniam. 2001. Ethnicity and suicidal behaviour in Malaysia. *Transcultural Psychiatry*, nr 1, vol. 31.
- Nathan, T. 1999. Ethnopsychiatry between therapy and psychotherapy. *Psychotherapies*, vol. 19.
- Noronha, C.V. 1999. Violence, ethnic group, and skin color: A study of disparities in the metropolitan region of Salvador, Bahia, Brazil. *Pan American Journal of Public Health*, nr 5.
- Odegard, O. 1993. Emigration and insanity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, nr 2.
- Okashe, A. 1999. Mental health in the Middle East: An Egyptian perspective. *Clinical Psychology Review*, vol. 19.
- Oquendo, M. i in. 2001. Ethnic and sex differences in suicide rates relative to major depression in the United States. *American Journal of Psychiatry*, vol. 158.
- Phan, T. i D. Silove. 1999. An overview of indigenous descriptions of mental phenomena and the range of traditional healing practices among the Vietnamese. *Transcultural Psychiatry*, nr 1, vol. 36.
- Philips, M., Liu, M. i Y. Zhang. 1999. Suicide and social change in China. *Culture, Medicine and Psychiatry*, nr 1, vol. 23.
- Rack, P.H. 1988. Psychiatric, and social problems among immigrants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 344.
- Rissel, C. 2000. Social factors associated with ethnic differences in alcohol and marijuana use by Vietnamese-, Arabic- and English-speaking youths in Sydney, Australia. *Journal of Paediatrics and Child Health*, vol. 36.

- Rivet, B. 1991. Mental diseases and migration in South Pacific. *Psychologie Medicale*, vol. 23.
- Rousseu, V. i T. Said. 1998. Between myth and madness: the premigration dream of leaving among young Somali refugees. *Culture, Medicine and Psychiatry*, nr 4, vol. 22.
- Sandquist, J. 2000. Impact of ethnicity, violence and acculturation on displaced migrants. Psychological distress and psychosomatic complaints among refugees in Sweden. *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 188.
- Sheikh, A. i A.R. Gatrad. 2001. *Caring for Muslim Patients*, Oxford: Radcliff Medical Press.
- Takahashi, Y. i in. 1998. Suicide in Japan: Present state and future directions for prevention, *Transcultural Psychiatry*, nr 2, vol. 36.
- Toffler, A. 1970. *Future shock*, New York: Random House.
- Tribe, R. i P. De Silva. 1999. Psychological intervention with displaced widows in Sri Lanka. *International Review of Psychiatry*, nr 11, vol. 184.
- Westermeyer, J. 1988. National differences in psychiatric morbidity, methodological issues, scientific interpretations and social implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, nr 23, vol. 78.