

Roar Belsås

## Nosotros somos muy rico en eso

En studie av medisinsk mangfold og mentale problemer på nordøstkysten av Nicaragua



Masteroppgave i sosialantropologi

Trondheim, våren 2013

Roar Belsås

# **Nosotros somos muy rico en eso**

En studie av medisinsk mangfold og mentale problemer  
på nordøstkysten av Nicaragua

Masteroppgave i Sosialantropologi  
Våren 2012

Veileder: Tord Larsen

Forsidebildet viser deler av et marked i sentrum av Puerto Cabezas. Foto: Roar Belsås

## SAMMENDRAG

I denne masteravhandlingen ser jeg nærmere på medisinsk mangfold og mentale problemer i Puerto Cabezas på nordøstkysten av Nicaragua. Fokus er på det nettverk av terapi og forklaringer Porteños benytter seg av for å skape mening rundt mentale problemer. Det kommer frem at ulike medisinske systemer og tradisjoner sameksisterer, og jeg forsøker å forklare hvordan dette er mulig når disse tradisjonene bygger på forskjellige kunnskapssystemer.

For å se nærmere på mangfoldet bruker jeg Kleinmans (1980) modell for helseomsorg, hvor helseomsorgen på et gitt sted deles inn i den private sfæren med familie og sosialt nettverk, den folkelige sfæren med tradisjonelle helbredere og den profesjonelle sfæren representert ved biomedisin. I tillegg beskriver jeg hvilke årsaksforklaringer Porteños benytter seg av for å forklare slike problemer. Dette for å skape en forståelse for det medisinske mangfoldet som finnes i Puerto. Mot slutten ser jeg på hvordan de ulike sfærene for helseomsorg (og deres tilhørende årsaksforklaringer) står i forhold til hverandre, samt gir mening for lokale aktører ved mentale problemer.

Medisinske systemer er ofte atskilt i sine forestillinger om sykdom, helse og helbredelse, men gjennom aktørenes praksis forenes de i dette lokalsamfunnet. For brukerne vil det ikke være noen motsetning ved å benytte ulike medisinske systemer i et samspill. Ved å se på hva ulike sfærer for helseomsorg, medisinske systemer og årsaksforklaringer representerer for brukerne, har det kommet frem hvordan ulike medisinske systemer fortsetter å sameksistere. Jeg argumenterer for at ulike sfærer for helseomsorg og medisinske systemer utfyller hverandre for brukerne, og slik gjør en sameksistens mulig.



## FORORD

Da er en toårig prosess av planlegging, innsamling, bearbeiding og skriving av denne masteravhandlingen over, og resultatet jeg nå sitter med har ikke vært mulig uten god hjelp fra omgivelsene rundt meg. Jeg ønsker å takke dere alle.

Først en stor takk til de som tok imot meg og hjalp meg under feltarbeidet i Nicaragua, spesielt i San Juan del Sur og Puerto Cabezas. Takk for at dere delte varme og kunnskap med meg – og lot meg ta del i livet som Nica. Jeg håper jeg ser dere snart igjen!

Jeg har stor respekt for, og står i takknemlighet til alle informanter i Puerto Cabezas. Dere ga meg de mange interessante perspektivene og empiriske beskrivelsene som hele avhandlingen bygger på. Jeg står også i stor takknemlighet til URACCAN som åpnet dørene sine for meg og ga meg tilgang til sine ressurser, og lot meg delta på seminarer og feiringer.

Jeg vil også takke dere på sosialantropologisk institutt for god hjelp igjennom masterstudiet, og en spesiell takk til min veileder Tord Larsen som har gitt meg støtte og gode råd igjennom hele prosessen. Jeg setter stor pris på de tilbakemeldinger du har kommet med underveis.

Takk også til medstudenter for tilbakemeldinger og mange timer sammen på lesesalen, men kanskje mest av alt for de morsomme pausene vi har hatt. Den amerikanske scenen, fredagsgrøt og «hårkailla»...

Og sist, men ikke minst, familie, kjæreste og venner som alltid har tro på meg og gir meg sin støtte. Jeg gleder meg til å se dere igjen!

Thomas Hylland Eriksen skriver: «Antropologien kan neppe gi svar på spørsmål om meningen med livet, men den kan iallfall minne om at det finnes mange måter å gi livet en mening på (2010:302).» Og dette er for meg noe av drivkraften i antropologien – en søken etter å lære av andre hvordan de gir livet mening. Takk antropologi for å ha beriket livet mitt, og gitt meg et større perspektiv på livet!



## **FORKORTELSER OG BEGREPSFORKLARINGER**

**CAPS** – Centro de Atención Psicosocial. Psykososialt behandlingssenter.

**FSLN** – Frente Sandinista de Liberación Nacional. Den Sandinistiske Frigjøringsfront.

**Grisi siknis** – Et kulturbundet syndrom på østkysten av Nicaragua og Honduras.

**IMTRADEC** – Instituto de Medicina Tradicional. Institutt for tradisjonell medisin ved URACCAN i Puerto Cabezas.

**MINSA** – El Ministerio de Salud. Helsedepartementet.

**Porteños** – Mennesker fra byen Puerto Cabezas, på nordøstkysten av Nicaragua.

**Problemas mentales** – Mentale problemer, forstyrrelser og ubalanse i sinnet (lokal forklaring). Alt fra lettere til alvorligere mentale lidelser. Jeg bruker også begreper som mental lidelse og mental sykdom.

**Puerto Cabezas** – En liten by på nordøstkysten av Nicaragua og lokus for feltarbeidet. Blant mange bare kalt Puerto eller Port.

**RAAN** – Region Autónoma del Atlántico Norte. Den autonome og nordlige regionen på Atlanterhavskysten.

**RAAS** – Region Autónoma del Atlántico Sur. Den autonome og sørlige regionen på Atlanterhavskysten.

**SILAIS** – Sistemas Locales de Atención Integral en Salud. Lokale systemer for en helhetlig helsebehandling.

**URACCAN** – Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense. Universitetet i de autonome regioner på den karibiske kysten av Nicaragua.





# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>SAMMENDRAG</b>	<b>iii</b>
<b>FORORD</b>	<b>v</b>
<b>FORKORTELSER OG BEGREPSFORKLARINGER</b>	<b>vii</b>
<b>INNHALDSFORTEGNELSE</b>	<b>ix</b>
<b>KAPITTEL 1 INNLEDNING</b>	<b>1</b>
Medisinsk antropologi	2
Teoretiske betraktninger	5
Medisinsk antropologi og mangfold i Latin Amerika og Karibia	10
Studiets hensikt og betydning	12
<b>KAPITTEL 2 METODISKE REFLEKSJONER</b>	<b>15</b>
Stick around and see what happens...	15
Feltarbeid: min rolle, intervju, utfordringer og etikk	15
En smakebit av medisinsk mangfold	21
<b>KAPITTEL 3 PUERTO CABEZAS EN LA COSTA CARIBE DE NICARAGUA</b>	<b>23</b>
Nicaragua: vest og øst, og sosioøkonomiske forhold	23
Etnisk mangfold – den flerkulturelle østkysten	25
Historie: revolusjon og autonomi	25
Offentlig helsevesen	27
Puerto Cabezas – mellom Sentral-Amerika og Karibia	29
Medisinsk antropologi og mangfold på nordøstkysten av Nicaragua	32

---

**KAPITTEL 4 HELSEOMSORGSSYSTEMET I PUERTO CABEZAS** **35**

Den profesjonelle sfæren: biomedisin og medikamenter	36
Den folkelige sfæren: curandero, sukia og ukuly	40
Den private sfæren: familien, sosialt nettverk og troen på Gud	46
Mellom klinikker, curanderos og familien	50

---

**KAPITTEL 5 ÅNDER, GIFT OG KOKAIN** **53**

Folks årsaksforklaringer til mentale problemer	53
Los espíritus: menneskeånder og negative ånder	54
Å forklare mentale problemer som andres verk – sjalusi og svart magi	57
Grisi siknis – et kulturbundet syndrom på østkysten av Nicaragua	61
Kristen tro og fortapelse	62
Kokain, naturkatastrofer og borgerkrig	63
Årsaksforklaringer: innenfor og utenfor kroppen	65

---

**KAPITTEL 6 MEDISINSK MANGFOLD OG MENTALE PROBLEMER** **67**

Når medikamenter, curanderos, familien og Gud utfyller hverandre	67
Medisinsk mangfold og mentale problemer blant Porteños	73

---

**KAPITTEL 7 AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER** **77**

---

**LITTERATURLISTE** **79**

# KAPITTEL 1

## INNLEDNING

Forskning fra utviklingssamfunn viser at valg av behandling ved mentale lidelser er preget av variasjon og mangfold (Incayawar 2009b). Og i denne avhandlingen, bygd på et feltarbeid fra nordøstkysten av Nicaragua, skal jeg undersøke slik variasjon og mangfold når det kommer til behandling og forklaring av mentale lidelser i byen Puerto Cabezas.

Jeg oppdaget tidlig i feltarbeidet at mangfoldet, eller sameksistensen av ulike medisinske systemer og tradisjoner, var sentralt i Puerto. På østkysten av Nicaragua er det mulig å oppsøke en lege hvis man opplever mentale problemer, men også den tradisjonelle medisinen med flere typer helbredere tilbyr løsninger på slike problemer. Sist, men ikke minst, står familie og sosialt nettverk i kjernen av nettverket av forklaringer og behandlinger folk forholder seg til. Disse observasjonene har fått meg til å stille spørsmål rundt hvordan en slik sameksistens er mulig i Puerto Cabezas, spesielt når de ulike medisinske systemene bygger på forskjellige kunnskapssystemer. Hva gjør at mentalt syke mennesker og deres pårørende finner mening i en slik sameksistens? Hvordan henger ulike sfærer for helseomsorg sammen, og skaper et medisinsk mangfold hvor ulike medisinske systemer og tradisjoner fortsetter å eksistere ved siden av hverandre? Hva opprettholder en slik sameksistens av ulike medisinske systemer og tradisjoner på nordøstkysten av Nicaragua?

På veien mot mulige svar vil jeg komme inn på hvilke typer helseomsorg som får betydning ved mentale lidelser blant Porteños, hvilke årsaksforklaringer lekfolk [heretter omtalt som folk] benytter seg av for å forklare slike problemer, samt hvordan ulike sfærer for helseomsorg står i forhold til hverandre og gir mening for lokale aktører. Mot slutten vil jeg reflektere rundt hva som gjør at en slik sameksistens av ulike medisinske systemer er mulig og hvordan dette har sine fordeler for mennesker med mentale problemer på nordøstkysten av Nicaragua.

Det kan være flere fordeler med å se det medisinske mangfoldet i forhold til mental helse og sykdom. Ved mentale sykdommer er det vanskeligere å avgrense problemene til en bestemt del av menneskekroppen og gi behandling deretter. Slik kan ulike terapiformer få større spillerom enn ved sykdommer som kreft, HIV og malaria, hvor man som regel er avhengig av biomedisinsk behandling for å overleve. Og da blir det også interessant og se på hvordan folk faktisk benytter seg av ulike behandlingsformer og medisinske systemer ved mentale problemer, og hvilken betydning det kan ha i deres kamp mot slik sykdom.

I denne innledningen vil jeg presentere sentrale begreper og teorier i forhold til avhandlingens fokus på sfærer for helseomsorg og årsaksforklaringer til sykdom som sammen utgjør et medisinsk mangfold som i dette tilfellet er preget av sameksistens. Jeg vil også se på et utvalg av tidligere forskning i medisinsk antropologi fra Latin-Amerika og Karibia, samt studiets hensikt og betydning. Og jeg starter med en kort presentasjon av medisinsk antropologi, siden et slikt tema hører til der.

## **Medisinsk antropologi**

Mental helse og sykdom som tema i sosialantropologien kan plasseres innenfor fagfeltet medisinsk antropologi, som har vokst mye de siste tiårene (Seymour-Smith 1986, Kleinman 1995, Ingstad 2007). Interessen for medisin innenfor antropologien fikk et gjennombrudd med W.H.R. Rivers bok «Medicine, Magic and Religion» som ble utgitt i 1924. Han var både lege, psykolog og antropolog, og satte fokus på medisinske tradisjoner også utenfor den biomedisinske vitenskapen (Ingstad 2007). Før feltet etablerte seg var det studier som fokuserte på det sosiale og symbolske rundt sykdom, for eksempel hekseri, som stod i sentrum. I starten fokuserte man på ikke-vestlige medisinske systemer og studiet av tro og praksiser som skiller seg fra de vi finner innenfor biomedisinen (Seymour-Smith 1986). Siden Rivers har feltet blomstret, men spesielt etter andre verdenskrig. En grunn til dette var at mange nye selvstendige stater ble opprettet på denne tiden etter hvert som koloniene begynte å frigjøre seg, og det ble behov for hjelp til å bygge opp nye helsetjenester i disse områdene. Under kolonitiden var tjenestene utviklet for koloniherrerne, derfor trengte man nå nye tjenester med fokus på hele befolkningen – på deres egne premisser. De første kursene

innenfor feltet ble gjennomført på 50- og 60-tallet. En av kursholderne var David Landy, som i 1977 redigerte en av de første lærebøkene i medisinsk antropologi (Ingstad 2007).

Medisinsk antropologi, også kalt helseantropologi, blir regnet som en biokulturell disiplin, noe som innebærer at dens fokus kommer fra både sosial- og kulturanthropologien samt medisin og naturvitenskapen. På den ene siden står aktørenes oppfatninger, praksiser og sosiale organisasjon (helsesystem) i sentrum, mens på den andre siden står teknikker og oppdagelser gjort innenfor de biologiske vitenskapene i sentrum. Det er med andre ord en tverrfaglig disiplin med mange fokusområder, men hvor kultur og de forhold man har oppvokst eller lever i alltid vil være en sentral del av studien (Helman 2007).

### **Krysskulturell psykiatri**

I grenselandet mellom psykiatri og antropologi finnes to fagområder; krysskulturell psykiatri og transkulturell psykiatri. Den sistnevnte dreier seg om hvordan biomedisinske psykiatriske diagnoser fordeler seg i ulike samfunn og kulturer. Den er opptatt av mental sykdom i form av diagnoser og deres biomedisinske behandling på tvers av kulturer. Krysskulturell psykiatri innebærer å forstå hvordan psykologiske symptomer kommer til uttrykk og blir meningsbærende i deres spesifikke kulturelle kontekst. Her er man opptatt av pasienters opplevelse av mental lidelse (Ingstad 2007). Krysskulturell psykiatri er et av hovedområdene innenfor medisinsk antropologi, og har historisk sett blitt utført av to typer forskere. Vestligorienterte psykiatere som har studert for dem ukjente mentale lidelser i ikke-vestlige samfunn og forsøkt å forklare dette ut ifra sine egne vestlige kategorier for mentale lidelser. Og på den andre siden finner vi sosial- og kulturanthropologer som har hatt som sin hovedinteresse å studere det normale og abnormale i ulike kulturer, kulturens rolle ved dannelse av personlighetsstrukturer, og kulturpåvirkning når det kommer til årsaker, uttrykk og behandling av mentale lidelser. Felles er at man har vært mer opptatt av de psykologiske, atferdsmessige og sosiokulturelle delene ved mentale sykdommer fremfor det organiske og biologiske. Man har vært interessert i hvordan kulturelle faktorer påvirker en pasients oppfatninger og atferd, innholdet av deres hallusinasjoner og forvirringer, og andres holdninger overfor de mentalt syke (Helman 2007). Det er den krysskulturelle delen som i

denne avhandlingen står i fokus, i søken etter folks årsaksforklaringer til mental sykdom, samt hvordan slik sykdom håndteres lokalt.

### **Teoretisk ståsted**

Flere tradisjoner og teoretiske retninger har kommet og gått innenfor medisinsk antropologi etter Rivers bok på 20-tallet, og i nyere tid er det spesielt to teoretiske retninger som har dominert disiplinen; den fortolkende som på mange måter kan regnes som aktørorientert og den kritiske som systemorientert. Kritisk medisinsk antropologi ser som sin hovedoppgave å påpeke ulikheter og tapere i helsespørsmål. Slike vanskelige forhold oppstår gjerne som følge av maktbruk i dominerende medisinske systemer samt i de politiske og økonomiske strukturene rundt pasientene, og disse systemene og strukturene er derfor i fokus. Kulturfortolkende teori, eller den meningssentrerte tilnærmingen i faget, vektlegger den kulturelle konstruksjonen av sykdom. I et slikt perspektiv vil kulturelt konstruerte meningsrammer være av betydning, og hvordan aktører selv erfarer og uttrykker sykdom. Den første er blitt kritisert for å overse det subjektive ved sykdom, samt å gjøre pasienter til passive og uvitende mottakere av helsetjenester fanget i et undertrykkende system. Den andre for å være for relativistisk og for å glemme det universelle ved menneskets biologi, og den større historiske og sosiale sammenhengen som individer opplever sykdom innenfor. Uansett vil de gå over i hverandre, og det har blitt argumentert for at de debattene som skapes på grunn av deres ulike fokus vil være en styrke for utviklingen av faget (Good 1994, Sarheim 1999, Baer et. al. 2003).

Jeg vil hevde at denne avhandlingen med fokus på folks årsaksforklaringer til sykdom og den mening folk skaper i et medisinsk mangfold vil være mest i tråd med den fortolkende tilnærmingen. Uansett vil jeg også presentere systemet vi befinner oss innenfor, som vil være avgjørende for folks muligheter til helsehjelp.

## **Teoretiske betraktninger**

Som et svar på sykdom danner alle samfunn medisinske systemer som består av oppfatninger og praksiser hvor målet er å fremme helse og lindre sykdom (Baer et. al. 2003). Det finnes store variasjoner både mellom og innenfor slike systemer, spesielt på tvers av ulike samfunn. Allikevel kan det være et godt redskap for å skape oversikt rundt ulike former for behandling. I denne avhandlingen vil biomedisin og tradisjonell medisin bli regnet som to slike medisinske systemer. Samtidig kan man også se de ulike medisinske systemene som deler av et større helsesystem – og dette kan vi kalle helseomsorgssystemet (Kleinman 1980). Ved å studere samfunn ved hjelp av en slik modell, der flere sider av et helsesystem blir vektlagt, oppnår man en helt annen forståelse i forhold til folks valg når det kommer til helse fremfor å legge hovedvekten på deres forhold til biomedisin. Og på denne måten kan man letter skape oversikt over hvilke behandlingsmuligheter som finnes på et gitt sted, og som er med på å skape et medisinsk mangfold. Det medisinske mangfoldet finnes inne i hodene på folk i form av ulike kilder til forklaringer som de støtter seg på når sykdom rammer, samt i samfunnet rundt oss i form av ulike mer eller mindre offisielle behandlingstilbud man kan velge blant ved sykdom (Ingstad 2007). For å gå nærmere inn i det medisinske mangfoldet i Puerto Cabezas vil deres helseomsorgssystem og årsaksforklaringer til mental sykdom bli presentert. I denne delen vil jeg på bakgrunn av dette se nærmere på hva som kjennetegner et helseomsorgssystem, samt presentere teorier rundt årsaksforklaringer til sykdom.

### **Hva er et helseomsorgssystem?**

Ifølge Arthur Kleinman, professor i psykiatri og antropologi, finnes det i de fleste samfunn i dag tre sfærer for helseomsorg; den private, den folkelige og den profesjonelle sfæren. Denne modellen har fått bred støtte og blir ofte brukt i medisinsk antropologi (Helman 2007, Ingstad 2007, Singer og Baer 2012). Til sammen utgjør disse sfærene lokale helseomsorgssystemer. Sfærene overlapper hverandre i større eller mindre grad, og betydningen av hver varierer fra kontekst til kontekst. Det er i den private sfæren, med sitt samspill mellom individet, familien, det sosiale nettverket og det lokale fellesskapet, at størstedelen av helseomsorgen utføres. I den folkelige sfæren med den tilhørende folkemedisinen finner vi behandling av ulikt slag, deriblant healing og urtemedisin. I den profesjonelle sfæren finner vi biomedisinen, men også



profesjonelt organiserte healere. Innenfor disse sfærene finnes ulike forklaringsmodeller, det vil si de oppfatningene rundt sykdom og behandling alle de involverte i et sykdomstilfelle har. Studiet av behandlerens forklaringsmodeller forteller oss noe om hvordan vedkommende forstår og behandler sykdom, mens studiet av pasientens og familiens forklaringsmodeller forteller oss noe om hvordan de gir mening til et gitt sykdomstilfelle, og hvordan de velger og vurderer ulike behandlinger. Ofte oppstår det uenighet knyttet til forståelse og oppfatning av helseproblemer, som igjen kommer av ulike kognitive og normative regler for å tolke sykdomsopplevelser. Disse reglene er ofte dypt forankret i oss og gjør det vanskelig å se sykdom og behandling slik andre ser det (Kleinman 1980). I forklaringsmodellene finner man også årsaksforklaringer og oppfatninger rundt en sykdoms opprinnelse, og slik kommer det tydelig frem hvordan helseomsorgssystemer og årsaksforklaringer til sykdom henger sammen.

### **Årsaksforklaringsmodeller til sykdom**

Folks teorier og forklaringer rundt årsakene til sykdom hjelper ofte den syke til å skape mening i hva som har hendt og hvorfor. Og ofte er disse teoriene en blanding av tradisjoner, samt oppfatninger hentet fra media, Internett og biomedisinen. Dette er med på å skape forklaringer på sykdom som er sammensatt av flere typer oppfatninger (Helman 2007), og noe jeg også vil hevde er tilfellet i Puerto Cabezas – det er et mangfold av årsaksforklaringer til sykdom slik det også er et mangfold i helseomsorgssystemet som finnes der. Og dette mangfoldet blir, som det kommer frem av avhandlingen, ofte brukt i et samspill når noen blir syke.

Teoretiske modeller for folks årsaksforklaringer til sykdom vil være et redskap for å se nærmere på hvordan sykdom blir forstått og behandlet i ulike kulturelle settinger (Garro 2000). Foster (1976) skiller mellom personalistiske og naturalistiske årsaksforklaringer i ikke-vestlige samfunn. I personalistiske system blir sykdom forårsaket av et målbevisst og aktivt inngrep fra en kilde som kan være alt fra et menneske til en åndelig kraft. I naturalistiske system har man derimot ikke et en slik oppfatning av en målbevisst og aktiv kilde. Her har man et fokus på hele kroppen og årsaker til sykdom blir i et slikt system sett på som naturlige krefter eller som ubalanse i individet eller det sosiale miljøet. En annen modell er Youngs (1976) inndeling i ytre og indre sykdomsoppfatninger. I et system basert på ytre

sykdomsoppfatninger ser man årsakene til sykdom som å oppstå utenfor den sykes kropp, spesielt i dens sosiale verden. For eksempel kan sykdommen bli forklart til å komme fra misunnelse mellom to mennesker hvor den ene har valgt å benytte seg av hekseri for å ødelegge for den andre. I motsetning vil et system basert på indre sykdomsoppfatninger være mindre opptatt av årsaksforklaringene til sykdom og heller fokusere på hendelser som oppstår og utvikler seg på innsiden av kroppen til den syke, og man legger vekt på kroppsprosesser for å forklare hvordan og hvorfor noen blir syke. Dens styrke ligger i detaljerte beskrivelser av hva som skjer inne i kroppen til en syk person, mens dens svakhet er knyttet til å overse de sosiale og psykiske hendelsene før symptomene inntraff. Det motsatte er tilfellet for ytre sykdomsoppfatninger (ibid.). Den siste og indre kategorien er forenelig med biomedisinens perspektiv, og jeg skal komme tilbake til forskjellene mellom et fokus på innenfor og utenfor kroppen når det kommer til mental sykdom i kapittel 5 og 6.

Antropologer har slik vist at forestillinger om sykdom ofte svinger mellom to ytterpunkter. Eksogene oppfatninger hvor sykdom blir regnet for å være et angrep fra en faktor eller et fenomen fra det ytre (utenfor kroppen), og endogene oppfatninger hvor sykdom har indre årsaker, og er en del av individet (innenfor kroppen) (Herzlich og Pierret 1986). Folks årsaksforklaringer til sykdom kan også plasseres i flere kategorier, som kan gå over i hverandre og kombineres, alt etter hva man legger vekt på ved sykdom. Helman (2007) knytter folks årsaksforklaringer til kategoriene innenfor individet, i naturen rundt oss, i det sosiale og i det overnaturlige. De to siste er ofte brukt i enkelte samfunn i den ikke-industrialiserte verden, og spesielt på landsbygda, mens de to første er vanligere i den vestlige industrialiserte verden. Selv om dette ikke alltid er tilfellet.

Årsaksforklaringer som hører til kategorien innenfor individet går mest på funksjonsfeil i kroppen, noen ganger knyttet til forandringer i kosthold eller atferd. Og denne måten å tenke på er spesielt vanlig i den vestlige verden hvor sykdom ofte blir oppfattet å komme av dårlig kosthold, bekledning, hygiene, livsstil, relasjoner, seksuell atferd, drikkevaner, røyking og mangel på fysisk aktivitet. Sykdom blir derfor resultatet av uaktsomhet fra individets side. Og den syke føler seg ofte selv ansvarlig for å ha forårsaket problemene, men det vil også gjelde faktorer som er utenfor den sykes kontroll som arvelige egenskaper.

Årsaksforklaringer tilknyttet naturen rundt oss ser sykdom som forårsaket av våre naturlige omgivelser, både det levende og ikke-levende. Typisk her er klimaforhold som mye kulde, varme, sollys, vind, regn, snø eller fuktighet, samt miljøgifter og forurensning. Andre «naturlige» årsaksforklaringer kan være skader forårsaket av dyr eller fugler, og infeksjoner forårsaket av mikroorganismer.

Når man beskylder andre mennesker for å stå bak sine helseproblemer blir dette sett på som årsaksforklaringer tilknyttet den sosiale verden rundt oss. Innenfor en slik type oppfatning blir sykdom, og andre former for ulykke, sett på som et resultat av mellommenneskelig ondskap, både bevisst og ubevisst. Troen på svart magi som hekseri, trolldom eller «det onde øye» kan plasseres her. Også fysiske skader påført av andre, slik som forgiftning eller sår fra slagsmål, hører til her. Man kan også skyldes på andre mennesker ved infeksjoner, som at man har blitt smittet av andres bakterier, samt ved opplevelse av stress ved for eksempel stort arbeidspres.

Fra det overnaturlige kan vi også hente årsaksforklaringer til sykdom. Her blir sykdom oppfattet å være påført av guder, ånder eller forfedre. Ved noen tilfeller må man med et slikt perspektiv ta fullt ansvar for sykdom og se den som en straff for sine handlinger påført av en gud eller forfedre, mens man i andre sammenhenger blir oppfattet som uskyldig og støttet deretter som ved besettelse av onde ånder. I slike tilfeller hjelper det lite med biomedisinsk behandling, man vektlegger gjerne erkjennelse og bønn om tilgivelse eller utdrivelse av ånder for å bli bedre. Å forklare sykdom som forårsaket av uflaks, skjebnen eller stjernene faller også inn under årsaksforklaringer basert på det overnaturlige.

Alt dette gir til sammen et mangfold av årsaksforklaringer som ofte kombineres og brukes sammen for å forklare sykdom (Helman 2007).

Slik inndeling og klassifisering av typer årsaksforklaringer gir et forenklet bilde av den virkelige verden, og har blitt kritisert for å pålegge andre kulturer et vestlig tankegods som det naturlige, overnaturlige eller magiske, men også slik som i Foster og Youngs tilfelle en form for generalisering i to polare kategorier som kan føre til at man overser de kulturelle variasjonene og mangfoldet som faktisk finnes der ute (Garro 2000). Bruken av modeller for å

beskrive og skape kunnskap rundt andres sosiale liv og oppfatninger vil jeg komme tilbake til i neste kapittel.

### **Valg av behandling i et medisinsk mangfold**

I medisinsk mangfold vil lokale aktører forholde seg forskjellig til ulike medisinske systemer og behandlingsmåter. Man kan bruke dem hver for seg, slik at ulike behandlere tar seg av hvert sitt helseproblem – og slik blir de for aktørene eksperter på hvert sitt område. Videre kan man gå fra et medisinsk system til et annet hvis man i det første systemet ikke opplevde å bli bedre. Og man kan bruke systemene samtidig, ved at ulike behandlere tar seg av forskjellige problemer for den syke ved et og samme sykdomstilfelle. Å benytte flere medisinske systemer ved behandling av sykdom vil føre til en synkretisme av ulike medisinske tradisjoner – enten i form av at behandlerne henter elementer fra hverandre eller at den syke bruker ulike behandlinger i et samspill (Pool og Geissler 2005).

Som nevnt kan ulike sfærer i et medisinsk mangfold derfor bli brukt på bakgrunn av at de er eksperter på hvert sitt område, og slik bevarer sine posisjoner blant lokale aktører. For eksempel kan sykdom som forkjølelse blir behandlet av familie og slekt, overnaturlige sykdommer som åndebesettelse av tradisjonelle helbredere og naturlige sykdommer av leger, spesielt hvis sykdommen er livstruende. Mens bruken av flere sfærer samtidig kan forklares med at ulike sfærer tar seg av hvert sitt problem ved et og samme sykdomstilfelle. En lege kan bli brukt for å behandle de fysiske symptomene, mens en tradisjonell helbreder kan brukes for å ta hånd om årsakene til problemene, for eksempel åndebesettelse.

Søken etter meningsinnhold er noe av drivkraften bak at mennesker som rammes av sykdom tar i bruk ulike erfaringer, kunnskaper og muligheter for å forsøke å mestre de utfordringer de står overfor. Denne mestringsprosessen blir på den måte, i likhet med selve sykdommen, kulturelt formet. Slik blir den mening man gir til sykdom – ens helse og sykdomsoppfatninger – sentralt for å forstå et individ og dets valg ved helsemessige utfordringer, og for at vedkommende skal kunne få best mulig virkning av behandlingen. For å gi et eksempel; hos en pasient som er overbevist om at sine mageproblemer skyldes hekseri blir det å behandle

symptomenes opprinnelse (hekseri) minst like viktig som å behandle deres umiddelbare årsak (magesmerter) skal vedkommende komme seg videre (Ingstad 2007, Helman 2007).

Jeg vil ved hjelp av begrepene og elementer fra modellene jeg nå har beskrevet, beskrive sfærene for helseomsorg og folks årsaksforklaringer til mentale problemer i kapittel 4 og 5. For deretter, i kapittel 6, å kunne drøfte det medisinske mangfoldet disse er med på å skape, og da spesielt hvordan ulike medisinske kunnskapssystemer og praksiser sameksisterer og gir mening for lokale aktører ved mentale problemer. Jeg vil nå se på et utvalg av tidligere forskning i medisinsk antropologi fra Latin-Amerika og Karibia.

## **Medisinsk antropologi og mangfold i Latin-Amerika og Karibia**

I Latin-Amerika og Karibia er bruken av biomedisin side om side med egne regionale medisinske tradisjoner et vanlig syn. Mye av forskningen innenfor medisinsk antropologi har derfor handlet om hva som gjør at pasienter velger som de gjør og hvor de helst går hvis de blir syke, betydningen av tradisjonell medisin i behandlingen av sykdom, samt samarbeidsprosjekter mellom behandlere fra ulike medisinske systemer. Også kulturbundne syndromer er kjent fra regionen, og er noe jeg skal komme tilbake til senere i avhandlingen. Jeg skal nå gå igjennom noe av denne forskningen.

### **Valg av behandling**

Orr (2012) ser på hva som gjør at man fortsetter å velge som man gjør når det kommer til medisinsk behandling. Og i følge ham er det ikke nok å forklare dette ut ifra tilgjengelighet, man må se på brukernes oppfatninger av de ulike medisinske systemene – hva den enkelte behandling betyr og representerer for brukerne. Med eksempler fra Peru ser han på en gruppe jordbrukere i Andesfjellene og hvordan de forholder seg til behandlingstilbud ved mentale lidelser. I tillegg til å vise hvordan familier og fellesskap aktivt søker hjelp for sine rammede familiemedlemmer og nære når man er rammet av mental sykdom (kollektivt ansvar), kommer det også frem at det er biomedisin og en type tradisjonelle helbredere som oftest blir tilkalt eller oppsøkt ved problemer, og den sistnevnte man gjerne fortsetter å oppsøke over tid.

Deres oppfatning av biomedisinen viste seg å være preget av et syn på behandlere som like – hvis én gjorde feil ville de andre også gjøre det, mens de tradisjonelle behandlerne ble sett på som forskjellige individer, og hver behandler man oppsøkte ble en ny mulighet (Orr 2012). Slik vil det være nyttig å reflektere rundt hva de ulike medisinske systemene faktisk representerer for brukerne for å si noe om hvorfor de velger som de gjør, men også for å si noe om hvordan det har seg at ulike medisinske systemer fortsetter å sameksistere.

Finkler (1994) ser nærmere på likheter og forskjeller mellom helbredelse gjennom det spirituelle og biomedisinen i sin studie fra Mexico, og påpeker svakheter og styrker ved begge formene for helbredelse. I det spirituelle systemet setter man fokus på pasientens sosiale relasjoner og forsøker å ordne opp i eventuelle sosiale problemer, noe biomedisinen ikke makter å gjøre på samme måte. Ofte kan de ulike medisinske systemene virke og utfylle hverandre. I Cosminsky og Scrimshaw (1980) kommer det frem at en av helbrederne i deres studie av medisinsk mangfold på en plantasje i Guatemala mente biomedisin og tradisjonell medisin utfyller hverandre, og ikke oppfattes som konkurrerende av brukerne. Én behandler tar seg av det fysiske mens den andre det åndelige ved en pasients sykdom. Dette skal jeg komme tilbake til for Puerto sin del i kapittel 6.

### **Samarbeid mellom ulike behandlere**

Koss (1980) presenterer i sin artikkel et helseprosjekt fra Puerto Rico i Karibia hvor samarbeid og kontakt mellom tradisjonelle helbredere og offentlige og mentale helsearbeidere var målet. Det skulle vise seg at behandlerne ikke bare henviste syke pasienter til hverandre, men også av og til gikk til hverandre med sine egne problemer (ibid.). Videre har det fra forskning gjort i Equador og Andesfjellene kommet frem nødvendigheten av tradisjonelle helbredere med deres lokale kunnskap og erfaring ved behandling av mentale lidelser. Og samarbeidsprosjekter mellom tradisjonelle helbredere og psykiatere var ønskelig. Det ble påpekt at det ofte er biomedisinsk helsepersonell som er skeptiske og fordomsfulle i møte med tradisjonelle former for medisin og som kan fungere som et hinder i et mulig samarbeid (Incayawar 2009a, Incayawar 2009b, Obiols-Llandrich 2009). For at et slikt samarbeid skal kunne fungere har det blitt påpekt at det kan være en fordel å forsøke å lære av hverandre fremfor og innlemme behandlere i andre medisinske systemer enn sitt eget. Slik kan man

bruke kunnskap fra og se betydningen av hverandre for pasientene, og henvise syke mennesker til hverandre hvis det skulle være behov for det (Finkler 1985).

Forsking gjort på nordøstkysten av Nicaragua, rundt helse og sameksistensen av ulike medisinske systemer, vil jeg komme tilbake til i kapittel 3. Til slutt i denne innledningen vil jeg i korte trekk se på studiets hensikt og betydning.

## **Studiets hensikt og betydning**

Mental helse ligger ikke ene og alene inne i hodene våre, men i samspillet mellom individet og omgivelsene (Ingstad 2007). Dette gjør det interessant og aktuelt å studere mental helse og sykdom i et samfunnsvitenskapelig perspektiv – i et forsøk på å beskrive dette samspillet som foregår utenfor hodene våre.

Mange av årsakene til helseproblemer ligger i de sosiale omgivelsene rundt oss (Kleinman 1986). Slik sett er studier av helse og sykdom i en spesifikk sosial og kulturell kontekst, med aktørenes egne forklaringer, sentralt for å kunne forstå hva som ligger bak sykdom, hvilken mening den tillegges og hvordan den best kan håndteres i deres kontekst.

Videre er det gjennom forståelsen av «de andre» vi kan lære om «oss selv» (Ingstad 2007), eller som Bowker og Star (1999) skriver – det er gjennom kontrast til hva det ikke er vi vet hva noe er. Det er først i møte med det som er annerledes vi ser hva som er spesielt for oss selv. Med et globalt og kulturelt mangfold når det kommer til helse- og sykdomsoppfatninger, behandling og forebygging (Ingstad 2007), har vi mye å lære av hverandre og om oss selv. Eriksen forklarer dette på en interessant måte:

Ved å studere andre samfunn, lærer vi noe vesentlig ikke bare om andre menneskers verdener, men også om oss selv. I en viss forstand går det an å si at antropologer gjør det velkjente eksotisk og det eksotiske velkjent gjennom sammenligning og bruk av komparative begreper. Derfor er sammenligninger med moderne, urbane samfunn

implisitt til stede hele veien, også når temaet er melanesisk gaveutveksling, gassiske ritualer eller nuerpolitikk (2010:4).

Slik sett er denne avhandlingen også en reise som kan bidra til refleksjon rundt hvordan mentale problemer blir håndtert i eget samfunn.

Jeg velger å avslutte dette innledningskapittelet med den norske antropologen Benedicte Ingstad og hennes refleksjoner rundt sine inntrykk fra fattige deler av verden, som også viser viktigheten av å gjøre antropologisk forskning på helse i slike områder.

[...] Mennesker er i stand til å bære svært mye og allikevel beholde sin mentale helse intakt dersom de klarer å skape en mening i tilværelsen. Når man, som jeg har gjort, vandrer rundt i de fattigste områdene på kloden for å studere sammenhengen mellom funksjonshemming og fattigdom, så blir man selvsagt i utgangspunktet overveldet av hvor dårlige kår mennesker kan leve under, og sammenlikner med vår egen velstand. Når den første bølgen av skamfullhet og skyldfølelse har lagt seg, oppdager man imidlertid, og undrer seg over, at også her lever smilende mennesker sitt hverdagsliv. De elsker, fødes og dør. De forsøker etter beste evne å holde en familie sammen, og tar vare på sine nærmestes omsorgsbehov så godt de maktet. Vi hører om dem som tyr til vold og kriminalitet for å komme ut av fattigdommen, men sjelden om de mange hverdagsheltene som bare unntaksvis gir opp. Faren ved slike refleksjoner er en idyllisering av fattigdommen samt å komme til å gi inntrykk av at folk ikke trenger de (helse)tjenestene de mangler. Det er noe jeg selvsagt på ingen måte ønsker å gjøre. De kår som store deler av jordens befolkning er tvunget til å leve under, ikke minst på grunn av andre nasjoners politiske og økonomiske maktutøvelser, må på ingen måte bagatelliseres, men bringes frem i lyset. Dette kan kanskje best gjøres i virkelighetsnære studier av enkeltmenneskers skjebner og lidelser, noe som nettopp er antropologiens styrke (Ingstad 2007:192).





## **KAPITTEL 2**

### **METODISKE REFLEKSJONER**

I dette kapittelet tar jeg et tilbakeblikk på den metoden jeg har benyttet meg av i arbeidet med denne avhandlingen. Basert på egne erfaringer etter feltarbeidet i Nicaragua og skrive- og analyseprosessen i ettertid vil jeg ta for meg sentrale tema som intervju og deltagende observasjon, min rolle i felten, informanter, språk og etikk.

#### **Stick around and see what happens...**

Den første tiden i Nicaragua la jeg ned mye tid på å lære meg spansk, samt å bli bedre kjent med et helt nytt land for min del. Jeg hadde ingen avtaler på forhånd, så mye var preget av det spontane i felten – lokalsamfunnet som skulle bli mitt lokus og sentrum for feltarbeidet fant jeg ved tilfeldigheter etter noen uker med spanskkurs og reising i landet. Denne fremgangsmåten gjorde meg fleksibel og åpen for det som møtte meg i felten, og var inspirert av et tips ifra veilederen min før avreise: «Stick around and see what happens». Jeg lot felten føre meg.

#### **Feltarbeid: min rolle, intervju, utfordringer og etikk**

Denne avhandlingen bygger på et feltarbeid gjort i Nicaragua i perioden januar til juli 2012. Resultatet av disse 6 månedene ble empirien som er grunnlaget for de beskrivelser og analyser jeg presenterer i denne avhandlingen. Metoder jeg har benyttet for å samle empiriske beskrivelser fra Puerto innebærer intervju, observasjoner hvor kroppens sanseapparat står helt sentralt, deltakelse i aktiviteter, samt føring av feltnotater. Empirien fra feltarbeidet finnes

hovedsakelig i feltnotater og lydopptak. Derfor har mye av analysearbeidet handlet om å kode feltnotater og transkribere lydopptak.

### **Min rolle i felten**

«Gringo», «Turist», «Frivillig arbeider». Beskrivelsene kan være mange, og som regel ble jeg lagt merke til fordi jeg var annerledes og skilte meg ut i språk og utseende. Fortsatt er Puerto Cabezas et sted med lite turister, og de fleste utenlandske kommer gjennom jobb og utdanning som for eksempel frivillige arbeidere. Så ved spørsmål om jeg tilhørte en av de frivillige organisasjonene i byen, var overraskelsen stor da jeg svarte at jeg ikke tilhørte en gruppe, men jobbet alene med min egen forskning, og at jeg tilhørte et universitet i Norge.

Alle utlendinger som kommer er for meg turister, studenter, forskere, arbeidere. Det hjelper masse. Vi lever bedre gjennom mennesker som kommer for å hjelpe, som investerer tid og penger. Vi er ikke skeptiske til utenlandske, vi er nysgjerrige og tar kontakt. Vi ønsker å vise vår kultur og vårt liv. Tidligere når utenlandske kom hit til kysten på besøk, var det første man gjorde å finne mat til vedkommende. «Mannen er nok sulten og tørst», sa folk. Og man kunne for eksempel komme løpende med kokos (David, 29.06.12).

En slik velkomst er nok sjeldnere i dag, men jeg opplevde som regel å bli godt tatt imot og hadde sjelden problemer med å komme i kontakt med folk. I møte med enkelte ledere og politikere var det overraskende enkelt å komme innenfor nesten uten å forklare mine intensjoner. En informant fortalte meg at vi alle ser opp til noen, som vi sammenligner oss med. Og grunnen til åpenhet i møte med meg kan være at man setter pris på dette møtet.

Jeg kan slik hevde at jeg både inntok en klovnerrolle og ekspertrolle i felten (jf. Eriksen 2010). Jeg snakket rart og gjorde grammatiske feil, så annerledes ut, og brøt uskrevene regler for hvordan ting gjøres, men opplevde samtidig å bli behandlet som en person med stor kunnskap om mental helse, med makt og muligheter til å skape bedre levekår for innbyggerne (representant for den vestlige og rike verden). Dette kan ha påvirket informanter i møte med meg og den informasjon jeg har fått fra enkelte, som har ønsket å gi meg et visst inntrykk (jf.

Goffman 1992) – for eksempel ved å skjule ting man skammer seg over eller fremheve noe som verre enn det det egentlig er i håp om økonomisk støtte. Slik har jeg også opplevd at enkelte tema har vært mer problematisk å ta del i, da enkelte holdt noen praksiser for seg selv. Dette gjaldt spesielt den tradisjonelle medisins rolle blant innbyggerne – som var omdiskutert. Enkelte hevdet at slik medisin handler om mennesker som utnytter andre økonomisk i en sårbar posisjon, mens andre igjen så det som en berikelse for samfunnet. Uansett forstod jeg etter hvert at også denne sfæren kan ha en sentral rolle ved håndtering av mentale problemer.

Selv om jeg opplevde det som enkelt å ta del i den profesjonelle sfæren, var det vanskeligere å ta del i den folkelige. Jeg tok aldri del under et behandlingsritual i tradisjonell medisin rettet mot mentale problemer, da dette virket å være privat og noe man helst ikke deler med utenforstående. Noe som i og for seg ikke er så overraskende med tanke på hvordan slik praksis i mange tilfeller har blitt fordømt av kristne misjonærer historisk sett. Dette skal jeg komme tilbake til i kapittel 4. Allikevel ga historiene meg et inntrykk av hvordan det var, som vi skal se av kapittel 4 og 5. Slik sett er mitt materiale hovedsakelig basert på folks beskrivelser av hvordan man forholder seg til den tradisjonelle medisinen, og ikke rundt hva som blir gjort i praksis under et behandlingsritual rettet mot mentale lidelser.

### **Intervju, deltagende observasjon og feltnotater**

Gjennom deltagende observasjon forsøker vi som forskere å lære fra andre mennesker om deres måte å leve på. For å forstå meningen med informanternes handlinger og det som skjer rundt dem er vi nødt til å lytte til informantene, observere hva de gjør, og delta i deres aktiviteter (Spradley 1980).

Jeg benyttet meg hovedsakelig av intervju, selv om et begrep som samtale også beskriver dette godt, da intervjuene har vært av uformell art. Jeg lot informantene styre samtalen til den grad det var mulig. Før intervjuene lagde jeg lister med stikkord og temaer som jeg ønsket å komme inn på, men ble sjeldent fulgt slavisk. I tillegg har observasjoner stått sentralt – både av det som skjedde rundt selve intervjuet, men også av situasjoner ellers. Utfordringen var å huske alle erfaringer gjort med sansene ute i felten, dette forsøkte jeg å sikre gjennom notater

jeg tok ute i felten. Jeg hadde for eksempel alltid med meg en liten notatbok hvis det skulle være noe. Under intervjuer førte jeg notater i form av stikkord, mens jeg etter feltsituasjonene trakk meg tilbake og skrev fyldigere feltnotater, som senere ble brukt i analysearbeidet (Emerson et. al. 1995). Familien jeg bodde hos la godt til rette for at jeg skulle ha gode studiemuligheter, så feltnotatene ble ofte gjort ved en skrivepult som vertsfar lagde til meg.

Deltakelsen har vært utfordrende. Jeg har hjulpet og tatt del der jeg har følt jeg har hatt noe å komme med, men ofte har det blitt med observasjon og spørsmål. Så klart har jeg vært et medmenneske der en mor har grått over sin håpløse situasjon med et barn med mentale problemer. Jeg har gitt trøstende ord og prøvd å se etter løsninger. Men for det meste har min rolle vært passiv – jeg har vært der for å lære og å ta til meg deres måte å se ting på, samt å oppleve deres situasjon på nært hold. I forhold til dette kommer min deltakelse inn, idet jeg selv har levd og følt på livet i Puerto Cabezas, i den grad det var mulig.

I tillegg til intervjuer og observasjon har jeg også fått bruke biblioteket ved URACCAN til å oppsøke litteratur. Slik oppdaget jeg lokal og internasjonal litteratur som omhandler regionen, på en annen måte enn hva som er mulig utenfor felten.

### **Informantene**

Jeg har vært i møte med mennesker innenfor hver av sfærene for helseomsorg – den private, folkelige og profesjonelle, som sammen er med på å skape medisinsk mangfold i Puerto Cabezas. Alt fra en mor med en mentalt syk sønn til direktøren ved den lokale poliklinikken. Etter arbeidet med å transkribere lydklipp, samt kode feltnotater, satt jeg til slutt igjen med 22 informanter som jeg har hentet informasjon fra og brukt i avhandlingen gjennom sitater eller som deler av beskrivelser. Alle navn på informanter er oppdiktet av hensyn til anonymitet.

For å komme i kontakt med informanter brukte jeg ofte bekjentskaper. De første jeg ble kjent med fra Puerto Cabezas var det som skulle bli min vertsmor og en kollega av henne. Vi møttes helt tilfeldig på et hostel i byen Bluefields, på sørøstkysten av Nicaragua, og jeg valgte å reise med dem opp til Puerto Cabezas. Gjennom disse to kom jeg i kontakt med flere. Selv om en slik snøballeffekt var av stor betydning, ga også mine turer på egen hånd ute i felten

meg kontakter – på alt fra handleturer til barbesøk. Uansett har kontakt for det meste blitt opprettet gjennom allerede etablerte bekjenskaper. Det er som Kawulich skriver: «The most precious gift, friendship, is what opens the doors. Once people know the researcher and her or his intent, they are more willing to share their lives» (2011:73).

### **Utfordringer med språk**

I Puerto Cabezas er det et mangfold av språk. Her finnes indianske språk, engelsk og spansk side om side, noe jeg skal komme tilbake til i neste kapittel. Siden jeg ikke hadde særlig kjennskap til spansk språk på forhånd valgte jeg å lære meg spansk i starten da dette også er det offisielle språket i Nicaragua. Det tok tid, men jeg opplevde at det gikk litt lettere to måneder ut i feltarbeidet. Da hadde jeg deltatt på et språkkurs og bodd i to familier, og jeg klarte å føre dagligdagse samtaler på spansk. Uansett, siden spansk var såpass nytt for meg, ble det viktig å benytte båndopptaker på samtykke fra informanter. Dette for å ha muligheten til å gå inn i intervjuene i ettertid og lytte til det jeg ikke forstod underveis, men også for å sikre meg at jeg ikke skulle glemme noe av det som ble sagt under intervjuene. Enkelte ganger, ved intervjuer på spansk, spurte jeg engelsktalende venner av meg om hjelp så lenge det var greit for informantene. Jeg oppdaget at en slik form for hjelp hadde sine fordeler i forhold til forståelsen mellom informant og forsker, og bidro til nye perspektiver og informasjon rundt forskningstemaet da den som hjalp ofte selv viste stor interesse for temaet og kom med egne oppfatninger. Selv om jeg benyttet meg av oversettere ved noen anledninger, har jeg for det meste gjort intervjuer på egen hånd.

Min språkforståelse har slik påvirket feltarbeidet, for som det er påpekt i Borchgrevink (2003) er det flere aspekter ved språkforståelse enn å forstå informanter gjennom intervju, det innebærer også at man forstår hva andre mennesker prater om seg imellom. Observasjoner har i disse tilfellene bidratt, og hjulpet meg til en økt forståelse.

### **Etiske betraktninger**

Ydmykhet i møte med informanter har hele veien vært sentralt. Jeg har bedt om tillatelse for å være sikker på at det har vært greit for de jeg har møtt at jeg har stilt mine spørsmål, brukt

båndopptaker, observert og tatt notater. Av og til ble dette vanskelig, spesielt hvis bekjente avtalte møter for meg, og det var jo som regel slik det fungerte. Det ble sjelden brukt mye tid på informasjon om forskningsprosjektet, som regel presenterte mine bekjentskaper meg for informanter, og like etter satt vi og pratet om sykdom. Uansett har jeg forsikret meg om at ingen har deltatt mot sin vilje. Jeg har spurt direkte under intervjuer og vært forberedt på å utsette eller avbryte hvis det skulle bli problematisk underveis. Informantene skal komme først, som Spradley (1980) skriver.

Jeg fikk et inntrykk av at folk stolte på meg, og kanskje så på meg som en mulighet for hjelp og støtte. Spesielt mennesker som selv var berørt av mentale problemer i sin familie, eller helsepersonell som følte Puerto Cabezas var forsømt av myndighetene i vest når det kom til satsing på behandling av mentale helseproblemer.

Min erfaring er at det offentlige helsevesen for det meste er uformelt i Puerto Cabezas. Folk går inn og ut av kontorene på en helt annen måte enn i Norge, og uten forvarsel. Dette opplevde jeg under et intervju med en lege og en pasient inne på legens kontor, der vi ble avbrutt av både helsepersonell og andre pasienter som hadde spørsmål til legen. En åpen og direkte framferd kjennetegner livet, noe som påpekt tidligere gjorde det lett å få informasjon og komme i kontakt med folk.

### **Fra felt til avhandling**

I arbeidet med å skrive en avhandling er det mange oversettelser som må foretas, og i mitt tilfelle gjelder det fra spansk eller engelsk til norsk, og ikke minst fra hendelser i felt og folks egne oppfatninger og utsagn til min opplevelse, tolkning og analyse av dette. Antropologiske studier er slik formet av antropologens egne tolkninger og utvalg. Antropologens bakgrunn, stil og retorikk vil være med på å farge den fortellingen man ender opp med, både gjennom forberedelsene til og gjennomføringen av feltarbeidet, samt bearbeidningen og analysen av det empiriske materialet man sitter igjen med etter endt feltarbeid. Her vil emiske og etiske begreper være sentrale. Emiske begreper og forklaringsmåter representerer tilværelsen slik den oppleves og beskrives av samfunnsmedlemmene selv. Motsatt er etiske begreper og forklaringsmåter knyttet til forskerens eget perspektiv. I en antropologisk studie vil man

derfor finne både emiske og etiske begreper gjennom empiriske beskrivelser og teoretisk analyse, i antropologens forsøk på å forstå sosiale systemer og kulturell variasjon (Eriksen 2010).

Redskaper, eller teoretiske forklaringsrammer, vil man være avhengig av for å kunne formidle noe om det samfunnet man har studert, for å kunne se likheter og forskjeller mellom menneskelige verdener. Og for å skape kunnskap om ulike former man kan gi livet mening på. Modeller og klassifiseringer er eksempler på redskaper man tar i bruk for å tenke med, de er hjelpemidler til å organisere fakta. Og det er viktig å understreke at de gir en abstrakt fremstilling av det virkelige liv, og gjenspeiler ikke en bestemt virkelighet med hensyn til tid og sted (Ingstad 2007). Siden begreper som medisinsk system og tradisjonell medisin ofte vil være generaliserende (Stoner 1986), blir det nødvendig å forklare hva slike begreper betyr for den konteksten man befinner seg i. Gjennom kapittel 4 og 5 vil mine beskrivelser gjøre det mulig å gi begrepene innhold og mening for Puerto Cabezas sin del. Tradisjonell medisin [medicina tradicional] var blant annet et begrep informantene selv brukte.

## **En smakebit av medisinsk mangfold**

Gjennom dette metodekapittelet har det kommet fram at tilfeldigheter som oppstod i felten har vært med på å forme resultatet og hva jeg endte opp med å skrive om. For mitt tilfelle førte spontanitet og åpenhet meg til Puerto Cabezas, hvor feltarbeidet jeg utførte var preget av det uformelle. Jeg har møtt mennesker i alle situasjoner og fra alle sfærer for helseomsorg, og valgte til slutt å fokusere på informasjon fra 22 informanter i tillegg til mine egne observasjoner ervervet gjennom deltakende observasjon.

Etnografier representerer aldri en kultur, skriver Clifford (1986), men er fortolkninger av aspekter ved kulturen på et gitt tidspunkt. Slik sett er dette på mange måter min fortelling om hvordan jeg opplevde livet i Puerto. Dette er også sentralt ved antropologi. Som empirisk vitenskap er antropologien opptatt av det subjektive, personlige, uformelle, spontane og nære i møte med mennesker, til forskjell fra vitenskaper preget av det objektive og formelle med klart definerte standarder for innsamling og analyse.



Jeg vil understreke at jeg har fokusert på de forklaringer jeg har møtt, og derfor vil det også være forklaringer som ikke har fått sin plass i denne avhandlingen. Det samme gjelder sfærene for helseomsorg, som det også vil være deler av som jeg ikke har fått belyst. Uansett vil avhandlingen gi en smakebit av det medisinske mangfoldet som finnes blant Porteños på nordøstkysten av Nicaragua, og hvordan folk forholder seg til et nettverk av terapi og forklaringer for å skape mening rundt mentale lidelser.

## **KAPITTEL 3**

# **PUERTO CABEZAS EN LA COSTA CARIBE DE NICARAGUA**

I dette kapitlet vil jeg presentere byen hvor jeg har gjort feltarbeid – Puerto Cabezas. Først vil jeg si litt om Nicaragua, med spesielt fokus på østkysten av landet. Jeg vil komme inn på sosioøkonomiske forhold, historie, etnisk mangfold og helsesystem. Deretter vil jeg presentere Puerto ut fra egne observasjoner, men også gjennom tidligere antropologisk forskning fra regionen. Hovedmålet med dette kapitlet er å si noe om bakgrunnen til Puerto Cabezas, slik at vi bedre kan forstå de sosiale forholdene for livet på nordøstkysten av Nicaragua.

### **Nicaragua: vest og øst, og sosioøkonomiske forhold**

Nicaragua ligger i hjertet av Sentral-Amerika (se Kart 1), og er det største landet i denne regionen med sine 130.370 kvadratkilometer. Det grenser mot Honduras i nord, Costa Rica i sør, det Karibiske hav i øst og Stillehavet i vest. Nicaragua har en befolkning på nærmere 5.8 millioner (CIA 2013), fordelt på flere etniske grupper. Man deler ofte landet inn i tre deler etter klima og terreng; øst, vest og nord/sentral. I vest er landskapet preget av lavland, vulkaner og to større innsjøer og et tørt tropisk klima, nord derimot preges av fjell og lavere temperatur, mens det i øst er lavland og savannelandskap med fuktig tropisk klima. Samtidig kan man også dele landet i øst og vest på grunn av den etniske sammensetningen av befolkning. Mens vest hovedsakelig består av mestiser finner man på østkysten mestiser, kreoler, miskitoer, sumu-mayangnas, ramas og garifunas fordelt på to regioner, RAAN og RAAS. Østkysten, som også kalles Atlanterhavskysten eller den karibiske kysten, utgjør halvparten av landets areal, mens det bare er i overkant av 12 % av befolkningen som bor der (Cuthbert og Duarte 2007). Viktige eksportartikler for landet er kaffe, kjøtt, skalldyr, tobakk

og sukker. Landet sliter med økende sosiale forskjeller og høye fattigdomstall, og er regnet for å være det fattigste i Sentral-Amerika og nest fattigste i hele Latin-Amerika og Karibia (Aburto 2004, CIA 2013). Utvinning av naturressurser som mineraler, skog og fiske er viktige inntektskilder på østkysten, som preges av høy arbeidsledighet, begrenset tilgang på helse- og utdanningstilbud og har landets høyeste rater av hiv og aids (Ranum 2012).



**Kart 1: Sentral-Amerika og Karibia**

## **Etnisk mangfold – den flerkulturelle østkysten**

Østkysten av Nicaragua, ofte kalt den karibiske kysten eller Atlanterhavskysten, er som jeg har vært inne på kjent for et mangfold av mennesker. Her bor mestiser (72.5 %), en spansktalende befolkning som er en kulturell sammenvoksing mellom indiansk og europeisk; kreoler (6.22 %), som er etterkommere etter afrikanske slaver; og flere indianske grupper – miskito (18.04 %), sumu-mayangna (2.45 %) og rama (0.32 %). I tillegg finnes det en mindre gruppe kalt garifuna (0.43 %), som er etterkommere etter afrikanske slaver og indianere som bodde på en øy utenfor kysten. Derfor finnes det i dag både indianske språk, spansk og karibisk engelsk (kreol) på østkysten av Nicaragua (Berget 2004, González og Figueroa 2012). I Puerto Cabezas er det flest mestiser, miskitoer og kreoler som holder til. I tillegg bor det enkelte nordamerikanske og kinesiske immigranter i byen, spesielt som følge av misjonsvirksomhet og handel (Feltnotat 20.02.12). Med flere etniske grupper slik side om side har det skapt et mangfold av praksiser, også når det kommer til helse.

Nylig er det skrevet en bok om det etniske mangfoldet på miskitokysten (østkysten) av Nicaragua, med utgangspunkt i Puerto Cabezas. Tidligere har litteratur om befolkningen ofte presentert de etniske gruppene som klart avgrensede grupperinger, men her blir det presentert en mer interetnisk sammensetning og samhandling, spesielt mellom den indianske befolkningen og kreolene (Pineda 2006). Puerto, som mange andre steder i Latin-Amerika og Karibia, har gjennom historien av kolonisering, handel- og misjonsvirksomhet blitt en møteplass for urbefolkninger, europeere, afrikanere og nordamerikanere. Resultatet har blitt en region preget av flere tradisjoner side om side, men også dannelsen av nye gjennom synkretisme (Pedersen og Baruffati 1985). Dette vil i tillegg gjelde folks forestillinger om helse, sykdom og helbredelse, samt deres behandlingsformer og praksis ved sykdom.

## **Historie: revolusjon og autonomi**

Nicaragua har opplevd store omveltninger i samfunnet det siste århundret, og mye har skjedd siden 70-tallet. Et diktatur som skapte enorme forskjeller på fattig og rik, en revolusjon som forsøkte å utjevne disse forskjellene, kontrarevolusjon, demokratisering og stagnasjon er flere

av hendelsene i løpet av de siste 40 årene. I forhold til helse skjedde mye på 80-tallet, da en desentralisering stod i fokus. Dette ble gjort for at alle skulle kunne ta del i helse og utviklingsarbeidet (Donahue 1986, Garfield & Williams 1989, Jørgensen 2002).

Nicaragua har en lang kolonitid bak seg, som alle land i Latin-Amerika, men det er en vesentlig forskjell på historien i vest og øst. Mens vestkysten av landet ble kolonisert av spanjolene i 1524, klarte de aldri å kolonisere østkysten. I stedet kom engelske pirater i kontakt med den indianske befolkningen i første halvdel av 1600-tallet og opprettet nære handelsforbindelser i området, fremfor et forhold preget av mord og slaveri som i så mange andre europeiske kolonier på denne tiden. Gjennom samarbeidet med engelskmennene styrket indianerne, spesielt miskitoene, sin posisjon på østkysten. I 1687 ble kongedømmet Mosquitia med egen miskitokonge opprettet med støtte fra England, og dette skulle vare frem til siste del av 1800-tallet. Med dette indirekte styre gjennom lokale grupper ble det også vanskeligere og vanskeligere for Spania å kolonisere området. Nicaragua ble frigjort fra Spania i 1821, men ble ikke egen nasjon før i 1838 da den Føderale Sentralamerikanske Republikk gikk i oppløsning. Videre, ikke før i 1894 ble østkysten innlemmet i Nicaragua etter at nicaraguanske soldater med USAs støtte invaderte byen Bluefields i sør (Bergset 2004, Arrechavala 2007, Hellinger 2011).

I 1979 opplevde Nicaragua en revolusjon, der Sandinistene (FSLN) vant over et diktatur som hadde vedvart i over 40 år styrt av familien Somoza. Det nye sosialistiske styret satte fokus på økonomi, utdanning og helse, men deres forsøk på å endre systemet ble raskt satt på prøve da motstandere (Contras) av Sandinistene satte i gang en kontrarevolusjon. Resultatet ble en borgerkrig som varte fra 1981-89, og som satte sterke spor på et land i utvikling. Til slutt måtte partene slutte fred, kontrarevolusjonen brøt opp og ved regjeringsvalg i 1990 måtte også Sandinistene se seg slått da opposisjonen tok valgseieren. Dette endret nok engang kursen for landet. I 2006 vant Sandinistene valget igjen og de sitter fortsatt med makten (Buvollen 1986, Ekern et. al. 1990, Ranum 2012, Close og Puig 2012). De sosiale endringene landet har opplevd ved å gå fra diktatur til sosialisme i 1979 og senere fri markedsøkonomi i 1990, og alle kampene man har ført gjennom disse prosessene har hatt stor innvirkning på folks liv, ikke minst i forhold til mental helse (Aburto 2004).

Etter at Sandinistene kom til makten i 1979 ønsket de mer kontakt med østkysten av landet. Blant flere innbyggere (spesielt indianerne) i øst ble dette møtt med skepsis, mange mente Sandinistene var ute etter deres naturressurser. Denne skepsisen brukte anti-sandinistene og fikk vervet flere indianere til å stå på deres side i forsøket på å stoppe sandinismen. Under borgerkrigen, i 1987, ble det vedtatt en lov om autonomi som sikret østkysten og dens befolkning regionalt selvstyre. Gjennom autonomiloven ble østkysten inndelt i de to regionene RAAN og RAAS, hvor regionene fikk mer kontroll over naturressursene i området, rettigheter til land og det ble satt et sterkere fokus på bevaring av det multikulturelle mangfoldet på østkysten. Denne autonomiloven skulle vise seg å bli avgjørende for å få slutt på krigen da den bedret forholdet mellom Sandinistene og indianerne på østkysten. Dessverre ble den ikke like godt fulgt opp i årene etter krigen da det kom et politisk maktskifte (Buvollen 1987, Berget 2004, Pineda 2006, Arrechavala 2007, Gonzáles og Figueroa 2012).

## **Offentlig helsevesen**

I Nicaragua er det et eget statlig helsedepartement, MINSAs, som er ansvarlig for å sikre helsetjenester til befolkningen. Dette departementet leverer gratis helsetjenester. I tillegg finnes det andre organ, både i offentlige og privat sektor, hvor tjenestene gis gjennom avtaler i arbeidslivet, frivillige organisasjoner eller private klinikker. Her varierer det om man betaler eller ikke. Under MINSAs har man et departement som har ansvar for de lokale helsetjenestene i offentlig sektor (SILAIS). Sammen er disse med på å tilby helsetjenester til befolkningen gjennom sykehus, poliklinikker, helsestasjoner og andre klinikker (Muiser et. al. 2011). Poliklinikkene blir drevet av MINSAs, og er et av helsetilbudene jeg har vært i kontakt med i Puerto Cabezas. I tillegg til disse tjenestene som hører til det biomedisinske systemet, finner man også et mangfold av tradisjonelle behandlere, spesielt på østkysten av Nicaragua der det etniske mangfoldet er størst. Jeg skal presentere disse nærmere i neste kapittel.

Helsetilbudet på østkysten ble lenge drevet av den protestantiske Moravakirken som ble etablert der i 1849. De tyske og nordamerikanske misjonærene satset på utbygging av utdanning og helsetjenester, og presenterte området for biomedisinen. Før dette hadde folket benyttet seg av sine egne tradisjonelle medisinske systemer (Helms 1971, Berget 2004). Med

disse tradisjonene side om side har det ført til et medisinsk mangfold på østkysten. I dag er det MINSA som driver mange av helsetjenestene, spesielt i byene, men kirkene og den tradisjonelle medisinen er fortsatt viktig i det helsefremmende arbeidet på østkysten.

For å få mer informasjon om hvilke helsemessige utfordringer man står overfor på nordøstkysten av Nicaragua fikk jeg et intervju med lederen av MINSA i Puerto Cabezas. Han arbeider ved poliklinikken i byen, og kunne fortelle at det er stor fattigdom i regionen, spesielt på bygda hvor det er flere som ikke har tilgang på vann. Økonomien kjennetegnes ved fiske, landbruk og skog, men arbeidsledigheten er høy og byr på problemer for mange familier. De største problemene i forhold til helse er høy barnedødelighet, barn under 5 år og eldre. Helseproblemer er også avhengig av årstid. I regntiden er det mest hudproblematikk, diaré og malaria. I sommertiden er det mange som sliter med respiratoriske problem på grunn av mye støv i luften. I tillegg sliter mange med stoffmisbruk i Puerto på grunn av narkotrafikken mellom Colombia og USA som går utenfor kysten av Nicaragua. Han la til slutt vekt på at man trenger mer satsing på områder som helse og utdanning (Feltnotat 01.06.12).

### **Helsetilbud med fokus på mental helse**

På 1980-tallet fikk man, med Sandinistene, som nevnt et skifte i landets helsesystem. Også i forhold til behandling av psykisk syke ble det gjort endringer. Man bedret forholdene ved landets eneste psykiatriske sykehus, som for øvrig var bygd i hovedstaden først på 1900-tallet. I tillegg startet man opp med mentale helsetjenester i lokalsamfunn, representert ved klinikker kalt CAPS, som en del av en desentralisering av helsetilbudene. Målet var å gi pasienter muligheten til å få behandling nærmere hjemmet og engasjere pasientens omgivelser til å bidra i behandlingen. Derfor ble 15 CAPS plassert rundt om i landet (ingen i Puerto Cabezas). Gjennom dette programmet har man fått bekreftet viktigheten av det lokale i behandling av mental sykdom, og samtidig det positive med gruppeaktiviteter for mentalt syke pasienter og deres pårørende. Med lokale helsetilbud blir behandlingen mer personlig og bygd på delt kunnskap, og gir en økt forståelse mellom behandler og pasient. Denne utviklingen har ikke vært enkel, og mange av reformene som ble satt i gang på 80-tallet har møtt motstand gjennom regjeringsskiftene som fulgte (Revista Envío 1987, Saraceno et. al. 1988, Byng

1993, Aburto 2004). Slik det er i dag må fortsatt innbyggerne i Puerto Cabezas reise til hovedstaden hvis de ønsker behandling ved landets psykiatri, men det gis tilbud om oppfølging ved Poliklinikken om man skulle trenge det. I neste kapittel skal jeg se nærmere på helseomsorgssystemet, og da også beskrive den folkelige og private sfæren.

## **Puerto Cabezas – mellom Sentral-Amerika og Karibia**

Jeg har aldri før tatt et rutefly så lite som dette. Vi var 12 passasjerer og to piloter i samme rom. Og for en utsikt og opplevelse denne flyturen ga meg – ikke minst i det vi kom innover byen jeg hadde hørt så mye om. Vel fremme, med magiske bilder i kofferten, var det tid for å innta gatene i Puerto Cabezas. Mange frukttrær, høye palmer, veier av jord, trehus på påler noen meter over bakken, gater fulle av taxier og små pulperías, som er en liten kiosk, på hvert gatehjørne. Dette skulle bli stedet for mitt feltarbeid. Puerto Cabezas med steikende sol, kraftig regn, mygg, løshunder, gamle skolebusser fra USA, ungdom i skoleuniform, eldre i parken med avisen Nuevo Diario, One Love av Bob Marley spilt fra en av byens mange små barer, gateselgere med alt fra mango til øredobber og jenter som fniser og ler av en norsk antropologistudent. Bienvenido a Puerto Cabezas en la Costa Caribe de Nicaragua [Velkommen til Puerto Cabezas på den karibiske kysten av Nicaragua] (Feltnotat 17.02.12).

Puerto Cabezas (se Kart 2) er en havneby på nordøstkysten av Nicaragua som ble opprettet i 1921 av et nordamerikansk tømmerfirma. Før den tid var området tynt befolket, men det var kjent som et strategisk punkt slik det lå på en odde av kysten. Dårlig jordsmonn gjordet området lite interessant for urbefolkningen, men som handelspunkt skulle det bli et viktig sentrum på nordøstkysten av landet. Miskitoene kalte det Bilwi, engelskmennene Bragman's Bluff, og på 1920-tallet ga nicaraguanske styresmakter området det spanske navnet Puerto Cabezas. I dag brukes både Bilwi og Puerto Cabezas om byen.

Tømmerfirmaet fra nord tok navnet Bragman's Bluff Lumber Company, og foruten utskipping av tømmer ble det også satt i gang bananproduksjon. Folk ble rekruttert til byen som arbeidskraft, fra inn- og utland, og skapte fort et mangfold av mennesker. Nicaraguanere fra både vest- og østkysten fikk de lavest betalte jobbene, mens svarte arbeidere fra Karibien og



USA med erfaring fra slik produksjon fra andre steder fikk bedre betalte jobber. I tillegg fikk engelsktalende innbyggere på østkysten, som kreolene, fordeler. På toppen av firmaet satt nord-amerikanere. Etter flere års intensiv tømmerhogst forlot firmaet området på 60-tallet. Med godkjenning fra styresmaktene i vest kunne denne produksjonen og utvinningen av naturressurser foregå. Og selv om det skapte utvikling og økt kontakt med omverdenen, ble konsekvensene enorme siden det ikke ble tatt hensyn til økologien. Det meste av økonomisk gevinst ble utenlandske investorer og styret i vest sittende med (Sollis 1989, Berget 2004, Pineda 2006).



*Kart 2: Nicaragua*

Puerto Cabezas er hovedsete for kommunen med samme navn som ligger i RAAN, et av fylkene i Nicaragua. I denne delen av Nicaragua er det nedbør store deler av året, men i perioden februar til mai er det solrike dager. Det er et flatt landskap preget av våt tropisk vegetasjon nærmest kysten og furusavanner lenger inne i landet (Arrechavala 2007). Byen er inndelt i 26 ulike bydeler med hver sin lokale talsmann. I følge tall fra 2005 hadde kommunen Puerto Cabezas en befolkning på 66.169 innbyggere, mens selve byen en befolkning på 37.282 innbyggere (INIDE 2008). Hovedsete for de lokale styresmaktene ligger ved rådhuset [Alcaldía], samt regionale styresmakter [Gobierno Regional] og regionalt råd [Consejo Regional].

### **Mellom Sentral-Amerika og Karibia**

Selv om Nicaragua har vært regnet som én nasjon siden 1894, er østkysten fortsatt preget av en annen historie og andre røtter enn i vest. Den ligger på mange måter mellom to regioner. Sentral-Amerika på den ene siden, og Karibia på den andre. Og i Puerto finner man impulser fra begge, spesielt uttrykt i det etniske mangfoldet som byen kjennetegnes ved. Felles for regionene er at de har blitt dominert av europeiske kolonimakter samt handelsimperialismen fra USA, noe som også preger østkysten selv om man ikke har opplevd europeisk kolonisering på samme måte. På grunn av en fortid preget av handel med engelskmenn og nordamerikanere, samt lite kontakt med vestkysten og de spansktalende områdene av landet, vil det også i dag oppleves forskjeller på øst- og vestkysten av Nicaragua. I tillegg er østkysten delvis isolert fra vestkysten gjennom en dårlig infrastruktur (Berge 2004, Cuthbert og Duarte 2007). Dårlige veier og brudd på elektrisitet og vanntilførsel gjør livet utfordrende.

### **Porteños og Costeños**

Mennesker i Puerto Cabezas omtaler seg ofte som Porteños eller Costeños. Den sistnevnte kategorien vil spille på at de kommer fra den karibiske kysten av Nicaragua, mens den førstnevnte vil gå på deres forhold til byen Puerto Cabezas. Dette markerer hvem de er og hvor de kommer fra i samhandling med andre. Jeg bruker begrepet Porteños i avhandlingen, med mindre det jeg beskriver kan relateres til én etnisk gruppe fremfor innbyggerne i sin helhet.

## Medisinsk antropologi og mangfold på nordøstkysten av Nicaragua

I sin etnografi fra et lokalsamfunn på nordøstkysten av Nicaragua kommer Helms (1971) inn på helse- og sykdomsoppfatninger blant innbyggerne. Hun beskriver i korte trekk hvordan miskitoer der benytter seg av ulike medisinske systemer ved sykdom. Både urter og piller blir brukt, men man oppsøker også klinikker og sykehus om det skulle bli nødvendig selv om avstandene er lange. Før den kristne kirken hadde sitt inntog i regionen mente man at all sykdom og død skyldtes onde ånder og deres påvirkning på deres liv. Man måtte oppsøke en sjaman for å få bukt med problemene. Med kirken ble også biomedisinen innført i regionen, og behandlingsmulighetene ble større. Selv om man fikk tilgang på medikamenter og biomedisinsk helsepersonell tok man vare på sin kunnskap om naturmedisin og benyttet seg av den i tillegg. Sykdom fikk en ny mening og ble forklart som Guds vilje eller som følge av smitte eller klimaforhold, men man avskrev fortsatt ikke åndeverdenen rundt. Og dette vil fortsatt være tilfellet for mange ved sykdom i Puerto Cabezas, som jeg skal komme tilbake til i de neste kapitlene.

Dennis (2004) hevder at de kristne misjonærene og deres fordømmelse av de tradisjonelle trosformene ikke gjorde at de forsvant (selv om de har endret seg), men heller førte til dårlig samhandling og kommunikasjon mellom lokale og utenlandske behandlere. I tillegg vil mange i dag bruke ulike medisinske systemer om hverandre alt etter hva som er mest effektivt (jf. Finkler 1994 fra Mexico), systemene oppleves ikke som motsetninger eller konkurrerende. Han viser til at enkelte helsearbeidere på sykehuset i Puerto også tror på sykdom som forårsaket av den åndelige verden. Slik lever lokale og tradisjonelle oppfatninger videre i befolkningen sammen med det innførte biomedisinske systemet.

I Appel (1977) sin studie av healere og leger i Puerto Cabezas kom det frem at hver behandler var verdifull for lokalsamfunnet, med hver sin spesifikke ekspertise. En sykepleier fortalte at healerne gjerne behandlet sykdom knyttet til forbannelser, med symptomer som hodepine, oppkast og kramper. Kroniske sykdommer, med sin tilknytning til følelsesaspektet, ble også ofte oppfattet som en forbannelse. På den andre siden gikk ofte pasienter med forkjølelse, feber, diaré eller ytre skader til sykehuset.

Et interessant poeng som kommer frem i Appel (1977) er at det ved helseproblemer av mental art så ut til at den tradisjonelle helbrederen hadde større suksess enn legen. Mange kroniske, uklare lidelser har en tung emosjonell komponent, og sammen med kjærlighetsproblemer og depresjon, var dette områder som den tradisjonelle helbrederen bidro positivt på. I kapittel 6 vil jeg komme tilbake til betydningen av hver behandler ved mentale problemer.

Dette viser en del av det medisinske mangfoldet som har eksistert, og som jeg vil hevde fortsatt eksisterer på mange måter, på østkysten av Nicaragua. Porteños benytter seg gjerne av flere behandlingsformer, både i kombinasjon og hver for seg, som det vil komme frem i de neste kapitlene.

Etter denne presentasjonen av Nicaragua, med spesielt fokus på østkysten og byen Puerto Cabezas, vil jeg nå gå over til å se nærmere på deres helseomsorgssystem, samt folks årsaksforklaringer til sine mentale problemer, før jeg mot slutten av avhandlingen vil forklare hvordan Porteños skaper mening rundt mentale lidelser i et nettverk av behandlere og forklaringer som sameksisterer, samt andre støttespillere som de forholder seg til ved sykdom. Helt til slutt vil jeg komme inn på hva som gjør at ulike medisinske systemer fortsetter å sameksistere blant Porteños.



## KAPITTEL 4

### HELSEOMSORGSSYSTEMET I PUERTO CABEZAS

Det ble et sterkt møte mellom Maria, sønnen hennes og meg. Idet jeg kom inn på den lokale poliklinikken skjønte jeg fort hvem de var. Der satt de, alenemoren Maria og sønnen hennes på 26, som tolken min hadde ønsket at jeg skulle møte. Det var tidlig på morgenen, men klinikken begynte allerede og fylles opp. Den gratisbaserte klinikken er et nødvendig og populært tilbud i byen. Som regel går det i behandling av mage-tarmproblemer, luftveisinfeksjoner, fødselskontroller, småskader, HIV- og malariatesting, hudproblemer samt tannsjekk, men også mentale problemer kan oppdages, henvises (da til hovedstaden der landets psykiatri ligger plassert) og medisineres her selv om dette ikke er like vanlig. Og det var dette jeg nå satt på poliklinikken for å studere nærmere, helseproblemer av mental art. Sønnen til Maria var rammet av schizofreni etter en overdose kokain noen år tidligere, en overdose han tok i kjærlighetssorg etter at kjæresten døde i en ulykke (Marias egen forklaring). Et narkotisk stoff det finnes mye av i byen grunnet handelsruten mellom Colombia og USA, som går like utenfor østkysten av Nicaragua. Maria var fortvilt og søkte desperat råd for hva hun kunne gjøre for gutten sin – med høye medisinpriser, hjemmebehandling, lange arbeidsdager i jobben som politi og flere barn å forsørge så hun det som svært vanskelig å strekke til. Nå håpet hun poliklinikken kunne bidra. Vi ble vist inn på direktørens kontor, og gjennom konsultasjonen fikk de tilbud om utlevering av gratis medisin hver 30. dag, samt hjemmebesøk (Feltnotat 26.06.12).

I dette kapitlet vil jeg se nærmere på helseomsorgssystemet i Puerto Cabezas. Jeg vil presentere ulike sfærer for helseomsorg på bakgrunn av psykiater og antropolog Arthur Kleinmans modell for helseomsorgssystemer. Jeg ser det som viktig å presentere de ulike sfærene som sammen utgjør helseomsorgssystemet for bedre å forstå det mangfoldet som finnes i Puerto og hvordan det henger sammen, men også for å forstå hvilke muligheter innbyggerne har for hjelp når det kommer til mentale problemer. Jeg vil reflektere rundt de ulike sfærenes rolle når det kommer til mental helse og sykdom, som også vil være et tema i

kapittel 6. Der vil fokus bli lagt spesielt på den profesjonelle og folkelige sfæren i Puerto Cabezas. I tillegg vil det, med bakgrunn i sfærene for helseomsorg som hver også inneholder sine forklaringer til sykdom, bli enklere å sette seg inn i folks årsaksforklaringer som er tema i neste kapittel. Jeg vil i dette kapittelet underbygge poengene mine med litteratur som belyser spesielt helseomsorgssystemer i Latin-Amerika, en region kjennetegnet ved bruken av ulike medisinske systemer side om side og et stort medisinsk mangfold med inspirasjon fra flere deler av verden, som jeg var inne på i kapittel 1 og kapittel 3.

Ifølge Kleinman (1980), som vi husker fra kapittel 1, finnes det i de fleste samfunn i dag tre sfærer for helseomsorg; den private, den folkelige og den profesjonelle sfæren. Hver av sfærene har sin måte å møte pasientene på, samt forklare og behandle sykdom (ibid.). Dette kan inndeles i kulturelle og sosiale aspekter. Hvor førstnevnte referer til delt kunnskap og oppfatning, mens sistnevnte går på hvordan sfærene organiseres gjennom roller og relasjoner i bestemte settinger (Landy 1977). La oss i lys av dette se nærmere på sfærene for helseomsorg i Puerto Cabezas. Den profesjonelle representert ved biomedisinen, den folkelige med tradisjonelle helbredere og til slutt den private med familien, lokalsamfunnet og kirken som viktige aktører.

## **Den profesjonelle sfæren: biomedisin og medikamenter**

Den profesjonelle sfæren består som sagt av biomedisinen, i tillegg til enkelte profesjonaliserte healere i land hvor disse er en del av det offentlige helsetilbudet (for eksempel i Kina og India). Den vestlige biomedisinen har spredd seg gjennom de siste århundrene, og dekker i dag store deler av verden. Den har blitt den dominerende form for helbredelse, og danner i de fleste land grunnlaget for den profesjonelle sfæren. Dette gjelder også i Nicaragua, som vist i forrige kapittel hvor det offentlige helsesystemet ble presentert. Uansett, vil det utover i dette kapittelet også komme frem betydningen av andre helsefremmende sfærer. Det er også viktig å påpeke at biomedisinen ikke formes likedan i alle samfunn. Den vil være påvirket av verdier og sosial struktur i det samfunnet hvor den befinner seg. Noen ser gratis eller billig helseomsorg som en grunnleggende rettighet for sine

statsborgere, eventuelt kun for de fattige og gamle, mens andre igjen kan se offentlige helsetjenester som en vare for de som har råd til det (Helman 2007).

## **Biomedisin**

Puerto Cabezas har et sykehus, og flere små klinikker fordelt på forskjellige bydeler – både private og offentlige. Det er en større offentlig poliklinikk hvor tjenestene er gratis for befolkningen. Og der er også pågangen stor. Jeg har hovedsakelig besøkt to klinikker i forbindelse med feltarbeidet – en mindre privat og poliklinikken. Her har jeg kommet i kontakt med ledelse og ansatte, og spurt spesielt hvilket tilbud man gir til mennesker med mentale problemer.

I møte med en sykepleier på poliklinikken, Carmen, fikk jeg mer informasjon rundt hva som gjøres på denne helsestasjonen:

Poliklinikken dekker hele kommunen Puerto Cabezas, mens sykehuset gjelder for hele regionen RAAN. Poliklinikken forsyner mindre klinikker ute på bygda med utstyr, og har personell med kurs i mental helse for å bistå i saker av mental art. Vi tilbyr oppfølging gjennom konsultasjoner ved poliklinikken, samt hjemmebesøk der det er nødvendig. Innleggelser er, slik det er i dag, ikke mulig i Puerto. Ved alvorlige mentale lidelser blir pasientene henvist videre til hovedstaden Managua for innleggelse og utredning i psykiatrien, men ved hjemkomst til Puerto vil også denne pasienten bli en del av det lokale tilbudet. Pasienter kommer hver 15. og hver 30. dag for å hente ut medisiner. Dette er den behandlingen som tilbys ved mentale problemer (Carmen, 20.04.12).

Hvis man har økonomiske midler kan man velge å gå til en privat klinikk i stedet. Her er pågangen mindre, men når det kommer til mentale lidelser så er det først og fremst utskrivning av medisiner man kan tilby. Imidlertid er det noen psykologer som er ansatt ved enkelte frivillige organisasjoner i byen, og disse tilbyr samtalerterapi for mennesker som måtte ønske det. Siden denne formen for behandling fortsatt er ny for mange innbyggere, er det en vanlig



forventning at slik terapi består av én time hvor man får utskrevet en resept på et medikament med helbredende virkning, som i en vanlig konsultasjon hos legen (Feltnotat 17.05.12).

### **Frivillige organisasjoner og psykologer**

I samtale med Sandra, en psykolog ved en av hjelpeorganisasjonene i byen, kom det frem at Puerto Cabezas har 5 lokale psykologer. Et fokus på det mentale er noe nytt, det var et helhetlig syn på helsen som dominerte før biomedisinen fikk sin inntreden. Dette ser man også i rollen de tradisjonelle behandlerne ofte har – som en ekspert på hele kroppen (Helman 2007). Alle psykologene jobber i ulike frivillige organisasjoner. Sandra jobber ved et herberge for kvinner og barn utsatt for vold, styrt av en frivillig organisasjon. Slike organisasjoner, med tema som rus- og voldsforebygging, er også et helsefremmende tiltak blant Portefios. Psykologene har sammen startet et fellesskap hvor de møtes og prater om utfordringer knytta til sitt fagområde.

Vi er en gruppe psykologer med ulik kulturell bakgrunn, som sammen jobber for å øke oppmerksomheten rundt mentale problemer. Med ulik bakgrunn har vi større mulighet til å nå ut til flere, men det er vanskelig. Mange er skeptiske, og mener dette kun angår de sykeste som ofte klassifiseres som gale. Derfor er det vanskelig å få med folk på informasjonsmøter. Mange forstår ikke hvorfor psykologi er viktig. Mange oppsøker ikke slike tjenester. Mange vet ikke hva en psykolog er om man spør dem på gata. Vi trenger å utdanne samfunnet, folket. Det jobber vi med. Det mentale blir ikke sett på som like viktig som det fysiske blant folk flest. I møte med legen vil pasienten legge vekt på sine fysiske plager. Mange tror ikke på samtalen. De møter opp i starten, men føler ikke det leder fram og de gir opp. «Hvorfor får jeg ikke piller?», «hvorfor må jeg gå til en slik behandler?» og «hjelper dette?» er alle vanlige spørsmål. Heldigvis får samfunnet mer og mer interesse rundt psykologi (Sandra, 26.06.12).

Her kommer Sandra inn på utfordringene med innføring av psykologtjenester på et sted som Puerto. Det blir snakk om det fokuset den fysiske helsen har, som ofte tar all oppmerksomhet. Biomedisinen har blitt kritisert for å fokusere for mye på kroppen og det fysiske ved sykdom. I mange sammenhenger blir det sosiale, kulturelle og det psykologiske oversett, og i tillegg

den kontekst man er i, som avgjør hvilken mening den individuelle pasient og de rundt tillegger sykdommen. Dette blir ofte forklart i forhold til en todeling som preger den vestlige verden mellom kropp og sinn. Denne tanken har stått sterkt helt siden Descartes' todeling av kropp og sjel på 1600-tallet, og har blitt stående som et grunnlag for biomedisinen (Scheper-Hughes og Lock 1987). Han delte mennesket inn i kroppen som skulle studeres av vitenskapen, og sinnet som skulle studeres av filosofi og religion. I nyere tid har sinnet blitt overlevert til psykiatere og atferdsvitenskapen, mens kroppen har blitt et objekt for medisinsk vitenskap og dens teknologi. I noen sammenhenger har man til og med flyttet seg bort fra individet til å konsentrere seg fullt og helt om det sykdomsrammede organ, system, cellegruppe eller andre områder innenfor kroppen (Helman 2007). Derfor kan kontakten med biomedisinen også selv ha ført til at mange i Puerto legger slik vekt på det fysiske i møte med legen.

Som jeg skal komme tilbake til i kapittel 6 benytter derimot ofte tradisjonelle helbredere seg av et holistisk perspektiv, hvor man tar for seg alle sidene ved pasientens liv. Noe som innebærer deres forhold til andre mennesker, de naturlige omgivelser og overnaturlige krefter, samt fysiske og psykiske symptomer. I mange ikke-vestlige samfunn blir helse sett på som en balanse mellom mennesker og deres sosiale, naturlige og overnaturlige omgivelser. En forstyrrelse ved noen av disse vil kunne medføre fysiske eller psykiske plager, som igjen krever behandling av en healer (Helman 2007). Slik blir omgivelsene rundt pasienten avgjørende for hans eller hennes situasjon – både i forhold til behandling, men også som mulig årsak til problemene.

### **Apotek og medikamenter**

Som sagt, for Puerto sin del, innebærer store deler av behandlingen av mentale problemer i profesjonell sfære medisiner. Imidlertid vil denne behandlingen også gå over i den private sfæren, da man kjøper medisiner for selvbehandling. Det er store forskjeller fra land til land i hva man tillater av medikamenter i fritt salg (Ingstad 2007). I Nicaragua fikk jeg erfare at det var enklere å kjøpe sterkere medikamenter enn hva som er tilfellet i Norge. I Puerto Cabezas var det flere apotek, en del private og noen offentlige, men ofte i mangel på medisiner. Helman (2007) skriver at i mange utviklingsland er det mulig å få kjøpt legemidler over disk,

men også av gateselgere eller tradisjonelle behandlere (og slik bli en del av den folkelige sfæren), og i noen tilfeller vil sykdom først og fremst bli forsøkt behandlet med legemidler. Slik vil råd og informasjon fra farmasøyter og andre ved apotek eller lignende også bli viktig i behandlingen.

På tross av sin makt og prestisje, står den vestlige biomedisinen bare for en liten del av helseomsorgen som gis i de fleste deler av verden. Og jeg skal nå se nærmere på den folkelige sfæren for helseomsorg blant Porteños.

### **Den folkelige sfæren: curandero, sukia og ukuly**

Innenfor denne sfæren finner vi individer som har spesialisert seg på helbredelse som er enten sakral eller sekulær, eller en blanding. De fleste folkehelbredere deler verdier og syn på verden med det lokalsamfunn de er en del av. I samfunn hvor sykdom og andre uhell blir oppfattet å komme av sosiale eller overnaturlige krefter er sakrale helbredere spesielt vanlig. Deres tilnærming er ofte holistisk, hvor man tar seg av alle sider ved en pasients liv, inkludert ens relasjoner til andre personer, naturen og overnaturlige krefter, i tillegg til fysiske og emosjonelle symptomer (Helman 2007). Den tradisjonelle medisinen i Latin-Amerika forsøker ofte å gjenopprette balansen mellom mennesket og dets naturlige og sosiale omgivelser (Pedersen og Baruffati 1985). Den folkelige sfæren kan inndeles i sakrale og sekulære deler, men disse overlapper som regel hverandre. Den første representerer gjerne sjamaner, mens den siste kan være urtehelbredere (Kleinman 1980).

Jeg har valgt å benytte meg av begreper som tradisjonell medisin og helbredere for å beskrive behandlere som ikke hører til i biomedisinen, dette siden informantene selv brukte dette begrepet [*medicina tradicional*]. Siden et slikt begrep ofte er generaliserende og overser variasjoner mellom ulike typer helbredere (Stoner 1986), blir det også viktig å se nærmere på den folkelige sfæren av den grunn – for å klargjøre hva som ligger i en kategori som tradisjonell medisin for Puerto sin del.

## Curandero, sukia og ukuly

På østkysten av Nicaragua finnes et mangfold av helbredere utenfor den biomedisinske tradisjon. Jeg har valgt å fokusere på helbredere jeg har blitt presentert for, samt reflektert rundt disse ved bruk av kilder om regionen.

La oss først se på noen helbredere som mange miskitoer setter sin lit til og som står spesielt sterkt på bygda i denne regionen, men som også er godt kjent blant Porteños. Jeg oppsøkte Enrique, en samfunnsengasjert mann med lang erfaring innen tradisjonell medisin på østkysten av Nicaragua, for å få bedre kjennskap rundt dette. I følgende sitat presenterer jeg noen sentrale forklaringer som han ga meg:

For oss finnes ikke bare én tradisjonell medisin. Vi har mer eller mindre fire typer. Den første mer kjente kalles ukuly, og gir en form for behandling som er mest spirituell. Denne type behandler bruker vanligvis ikke urter, helbredelsen går på energier, på velsignelse. For at denne personen skal kunne konvertere seg til ukuly må han først bli truffet av lyn. Det er ingen hvem som helst. Deretter går man gjennom en fase av koma i inntil 3 måneder før man kommer tilbake til livet og går inn i en tankeprosess. Deres sinn er totalt forandret gjennom dette, og de har blitt et renere og friskere individ. Dette er ukuly, som man kan oversette med profet. Den andre tradisjonelle medisineren er kjent som sukia, som man andre steder kaller sjaman. Vår sukia må gå gjennom en lang prosess for å konvertere seg. Man blir syk mange ganger og må gå igjennom mange vanskelige prøver. Denne personen må trekke seg vekk fra landsbyen og dra ut for å bli kjent med dyrelivet, slangen, vannet, vinden, alt som har med naturen å gjøre. Og først etter dette kan han eller henne konvertere seg til sukia. Vedkommende benytter seg av sine drømmer. En curandero, blant oss kjent som uhura, lærer fra andre personer som kjenner til effekten av medisinske planter. Disse helbrederne kommuniserer med plantene. Alle planter har liv, snakker, og trenger å gi sin aksept for å kurere. Mange ganger forsøker curanderoene å finne noen innen sin familie for å føre lærdommen videre. Og hvis vedkommende ikke finner noen, må man forsøke å finne noen i lokalsamfunnet som kan videreføre hemmelighetene til plantene. Den siste er kjent som klakisasakra [basert på språklyd]. Dette er en person

som har med fødselen å gjøre, og ofte er det en kvinne. De tar seg blant annet av mor, den nyfødte, ser til knokler og ben hos den nyfødte og hvordan og når man bør bades. For å bistå moren. Slik har vi fire forskjellige typer tradisjonelle medisinere. Vi er veldig mangfoldige når det kommer til dette [Nosotros somos muy rico en eso] (Enrique, 19.05.12).

For å ta det siste først; å være «rico» [rik, frodig, velsmakende] er noe positivt og vil i denne sammenheng gjenspeile glede og stolthet rundt den tradisjonelle medisinen som finnes i denne delen av Nicaragua. I dette sitatet vektlegges det fire typer helbredere, og jeg vil se nærmere på de tre første. Som vi ser går det på bruken av energier, drømmer og planter i helbredelse av mennesker, og det åndelige står sentralt. Behandlerne er av og til vanskelig å skille, men som vi ser av beskrivelsene over legger man vekt på måten man har blitt helbreder på for å definere hver helbreder. Enrique kommer inn på at det finnes mer eller mindre fire helbredere, og dette ser jeg som et uttrykk for det mangfoldet som finnes. Gjennom ulike kilder har jeg fått bekreftet at det er snakk om flere typer helbredere (Chiriboga 2002, Berget 2004, Conzemius 2004), spesielt som følge av det etniske mangfoldet på østkysten av Nicaragua. Selv om ikke alle har en like sentral posisjon som tidligere (Dennis 2004), er det fortsatt slik at helbredere er en viktig del av livet i Puerto. Berget (2004) skriver at det i en tid med flere kristne prester og utenlandske helsearbeidere på Atlanterhavskysten ser ut til at mange viser en økende interesse for sjamaner og urtehelsearbeidere. Og at slik kunnskap og praksis innen helse og helbredelse er viktig for deres selvforståelse og selvbylde.

Curandero er spansk og kommer fra verbet curar, som betyr «å helbrede». På bakgrunn av dette kan begrepet derfor bli brukt om enhver som hevder å ha helbredende evner. Slik også begrepet curanderismo, som er kjent fra blant annet Mexico, kan representere og stå som en samlebetegnelse for folkemedisinen som helhet. Uansett vil curanderoen ofte representere én type helbreder i den folkelige sfæren hvor vedkommende har sitt virke (Trotter og Chavira, 1981). For folk på nordøstkysten av Nicaragua representerer curanderoen en urtehelsearbeider blant flere typer tradisjonelle medisinske eksperter (Berget 2004). Ifølge Enrique er curandero den som bruker plantelivet rundt oss i sin helbredelse. Det handler om å kommunisere med planter og lytte til naturen, og kunnskapen overleveres gjennom opplæring fra generasjon til generasjon.

Som vi ser av Enriques beskrivelser må en sukia og ukuly gjennomgå store og opprivende hendelser, som fører med seg evnen til å kommunisere med ånde verdenen. Og det er blant annet gjennom drømmer helbrederne kommer i kontakt med åndene, som da gir råd rundt behandling av sykdom. Ukuly og sukia er utvalgt av og i tett kontakt med den åndelige verden, mens curandero baserer seg på empirisk erfaring for å kartlegge sykdom og finne de riktige urtene (Feltnotat 19.05.12).

Med sukia og ukuly kan vi se hvor mangfoldig tradisjonelle helbredere kan være. Sukiaen helbreder, kontrollerer og beskytter mot åndelig besettelse og magi gjort av andre, varsler værendringer og kontrollerer klimatiske fenomener, samt beskytter avlinger mot all type skade. Ukuly har evnen til å forhindre naturkatastrofer gjennom sin kontroll på vær og vind, utdrive ånder, og se inn i framtiden, og er den høyest rangerte av de to. Slik som curanderoen, benytter også ukuly og sukia urter i sin virksomhet (Feltnotat 19.05.12).

I Sentral-Amerika har miskitobegrepet sukia blitt tatt opp i lokal spansk som sjaman eller heksedoktor. På tross av dens posisjon har antall sukiaer blitt sterkt redusert etter kirkens inntreden i regionen (Dennis 2004). For som Chiriboga (2002) påpeker kan slik kontakt med ånde verdenen innebære fare for å bli beskyldt for trolldom og svart magi. Og dette ble spesielt vanlig etter kirkens inntreden, som satte slike tradisjoner i pakt med djevelen og gikk hardt ut mot de tradisjonelle behandlerne. Møtet med andre medisinske og religiøse kunnskapssystemer har ført til en synkretisme av tradisjoner, og elementer fra biomedisinen og den kristne tro har blitt akseptert og blandet seg med miskitoenes egne tradisjoner (Berget 2004). Som kristne, knytter man helbredelse til troen på Gud, som jeg skal komme tilbake til under den private sfæren senere i kapittelet.

Her kan det være på sin plass å nevne at biomedisinen heller ikke er upåvirket i møtet med andre tradisjoner. Som Whitaker (2003) påpeker er ikke biomedisinen én måte å gjøre ting på, men vil være formet av historiske og kulturelle tradisjoner i ulike settinger (ibid.). På hvert sted vil det være lokale aktører som står for biomedisinsk behandling og dette vil forme praksisen. Litt utenfor sentrum av Puerto Cabezas møtte jeg en sykepleier med ansvar for en mindre klinikk, på spansk kalt «Puesto de Salud». Hun kunne fortelle meg at hun hadde tatt kurs i tradisjonell medisin ved et av universitetene i byen, og at hun ved klinikken tar i bruk

urtemedisin om det er nødvendig (Feltnotat 13.03.12). Slik kommer det frem at også elementer fra den tradisjonelle medisinen finner veien inn på klinikkene.

For å gi et eksempel på bruken av tradisjonell medisin i forhold til mentale problemer fortalte Enrique følgende:

Jeg har opplevd en sak med en dame, som mistet sin sønn. Hun ble veldig syk i tiden etter fordi det var hennes eneste barn, og hun tenkte mye. Derfor kom en curandero og ordnet med et bad for å vaske og rense. Dette er en form for behandling våre tradisjonelle spesialister kan gi i forhold til mentale problemer. I tillegg finnes det helbredelse for slike problemer gjennom bruken av medisinske planter – for eksempel rettet mot en person som ofte er trist. Det finnes mennesker som vet nøyaktig hvordan man hjelper sinnet gjennom bruken av urter (Enrique, 19.05.12).

Bruken av urtemedisiner ved mentale problemer skal jeg også komme tilbake til under den private sfæren.

### **Tradisjonell medisin, etnisk mangfold og skepsis**

I samtalen med Enrique forklarte han kort hvordan tradisjonell medisinsk tro kan ses på i forhold til det etniske mangfoldet i Puerto. For sukia og ukuly har sin opprinnelse i regionen, og relateres til miskitoene. «Miskitoer og sumu-mayagnaer har mye felles i sine tradisjoner, og mestiser påvirker og blir påvirket av dem. Vi forstår hverandre, og deler også ideer av og til», kunne han fortelle og fortsatte; «dette gjelder også kreolene, men de har i tillegg sin tradisjon fra Afrika». Og det er det spesielle i denne regionen. Oppfatninger rundt sykdom og behandling kommer fra europeisk, indiansk og afrikansk tradisjon, som er typisk for Latin-Amerika og Karibia (Pedersen og Baruffati 1985). Conzemius (2004), som gjorde studier på den karibiske kysten av Nicaragua og Honduras mellom 1915 og 1922, beskriver fire typer sjamaner fra området; sukia, ukuly, espiritista og obía. De to første har sin opprinnelse i regionen, mens de to andre har kommet utenfra. Obía kom med etterkommere etter afrikanske slaver, og finnes spesielt blant kreolbefolkningen. Obía er blant annet kjent for sin kraft til å utføre svart magi for å ramme sine fiender, som jeg skal komme tilbake til i neste kapittel.

David er en lærer i 50-åra som jobber ved en frivillig organisasjon i Puerto Cabezas. Her er et utdrag fra en samtale med han, hvor tema var troen på tradisjonell medisin:

Majoriteten blant miskitoer tror på tradisjonelle medisin, men det er også vanlig blant sumoer og mestiser. Mestiser fra Managua kommer til Puerto for å søke hjelp hos curanderoer. Det finnes også blant kreoler, men kanskje ikke så mye blant disse her i Puerto. Det er kjent at blant garifunas står tradisjonell medisin sterkt, og mange har lært av disse. I stedet for å søke svar i tester og bruk av moderne utstyr, slik som i din del av verden, søker mange her råd hos curanderoer og følger disse. Dette gjelder mest på bygda. Her i Puerto har vi mer utstyr, men fortsatt tror og søker mange hjelp og forklaring i den tradisjonelle medisinen. I tillegg til mangel på utstyr føler mange at biomedisinen ikke hjelper dem fullstendig og ikke tar knekken på sykdommene slik curanderoen kan. Han eller henne vet mer. Tradisjonell medisin står i pakt med naturen (David, 29.06.12).

Her referer David til curanderoen når han prater om tradisjonell medisin. Dette passer også til det inntrykket jeg fikk av at curandero er den vanligste formen for helbreder. Som det kommer frem er tradisjonell medisin vanlig, og kanskje da mest i form av urter, selv om det på i Puerto er tilgang på biomedisin. Det at mange reiser helt fra vestkysten for å oppsøke tradisjonell medisin sier også noe om popularitet på tvers av de etniske gruppene, noe flere informanter påpekte.

David selv var nøye med å fastslå at han ikke tror sterkt på tradisjonelle helbredere. Og dette hørte jeg ved flere anledninger, selv om de fleste hadde benyttet seg av tradisjonell medisin en eller annen gang. David hadde selv forsøkt:

En gang tilkalte min kone og jeg en tradisjonell helbreder for å se til sønnen vår som var syk. Hun er sykepleier og jeg lærer og vi tror ikke sterkt på den tradisjonelle medisinen, men siden biomedisinen ikke hadde gitt resultater valgte vi å oppsøke en curandera. Hun tok på sønnen vår og kom etter hvert fram til hva det var. Hun ga oss



urter som skulle lege guttens problemer. For oss ble den tradisjonelle medisinen en ny mulighet (David, 29.06.12).

Slik er det både skepsis og tro på den tradisjonelle medisinen blant Porteños. Og selv blant skeptikere blir det oppfattet som en mulighet.

## **Den private sfæren: familien, sosialt nettverk og troen på Gud**

Der er i den private sfæren sykdom først blir oppdaget og hvor videre tiltak settes i gang. Det innebærer selvbehandling, råd og hjelp gitt av den sykes familie og omgangskrets, helbredelse og aktiviteter i en kirke, sekt eller selvhjelpsgruppe, samt møter med andre som har erfaring med den aktuelle sykdommen (Helman 2007). Jeg vektlegger lokalsamfunnets og kirkens betydning for behandling av mental sykdom, to temaer som ble hyppig tatt opp av informantene, samt selvmedisinering gjennom bruken av urter som er studert i regionen tidligere. Et sterkt samhold og fellesskap kan i seg selv også virke forebyggende mot lettere mentale problemer, så det er ingen tvil om at denne sfæren har stor betydning. I den private sfæren finner også mange syke en sosial støtte som er nødvendig for å komme igjennom den vanskelige tiden med sykdom. Janzen (1978) beskriver det han kaller «therapy managing group» fra Zaire [Den Demokratiske Republikken Kongo], som består av familiemedlemmer, venner og kolleger – mennesker som står rundt pasienten. De vil hente informasjon, gi moralsk støtte, fatte bestemmelser og se til at pasienten blir ivaretatt i møte med behandler.

I den private sfæren er hjemmet og husholdet med kvinner som hovedaktører sentralt, men nærmiljø og lokalsamfunn har også betydning som rådgivere eller støttepersoner (Ingstad 2007). Som nevnt i kapittel 1 er det også her størstedelen av all helseomsorg utføres.

### **Familien, sosialt nettverk og lokalsamfunnet**

Selvbehandling kan gå på bruken av urter og naturmedisin, kjerringråd, men også endringer i diett og atferd. I enkelte deler av Latin-Amerika og Asia brukes for eksempel enkelte matvarer for å motvirke «varme» eller «kalde» sykdommer og for å gjenopprette balanse i

kroppen (Helman 2007). Slik som Archetti (1986) kommer inn på i sin studie fra Equador, der marsvinet står som en viktig kilde til helse blant deler av befolkningen. Marsvinet regnes som varmt, og konsumeres derfor ved behandling av sykdommer tilknyttet kulde og situasjoner der mye energi går tapt, for eksempel ved en fødsel. Jeg vil imidlertid hevde, i likhet med Appel (1977), at denne måten å klassifisere sykdom på ikke er like utbredt på østkysten av Nicaragua med tanke på regionens historie da den aldri ble kolonisert av spanjolene, og det hevdes at denne varmt-kaldt dikotomien kom med de europeiske kolonimaktene til Latin-Amerika (Foster 1994).

Barrett (1994) har sett nærmere på bruken av urtemedisin på Atlanterhavskysten av Nicaragua. Og det viste seg at det var en bred kunnskap og interesse rundt medisinske planter i området. Til alt fra behandling av diaré og hudproblemer til angst, da ofte i form av folkesykdommer [kulturbundne syndromer] (ibid.). Dette er noe tradisjonelle helbredere har god kunnskap om, spesielt curanderoen som nevnt tidligere, men også noe folk utfører i den private sfæren i form av selvbehandling. En mestiskvinne kunne fortelle meg at hun hadde en rekke urter i hagen sin, som hun gjerne benyttet seg av ved helseproblemer og hadde kunnskap om, noe hun hevdet var vanlig blant de fleste innbyggerne. Hvis dette ikke hjalp ville hun så oppsøke profesjonell hjelp (Feltnotat 12.05.12).

På spørsmål om familiens betydning for bekjempelsen av sykdom i Puerto sa David følgende:

For oss latinamerikanere, indianske, er familien viktig. Det er en av de positive sidene i forhold til mental helse. Vi har barna i huset i 20-30-40 år. Dette er bedre enn hos dere hvor barna flytter ved 18 år. Slik er det ikke i Puerto. Vi vil ha barna hos oss, i samme hus. Familien og fellesskapet er positivt for den mentale helsen (David, 29.06.12).

Dette kom også frem i en samtale med Veronica, en eldre kreolkvinne fra Puerto. Hun kunne fortelle at man ofte hjelper hverandre hvis noen i nærheten, for eksempel i nabohuset, sliter. Da kan man stille opp å lage mat for hverandre, rett og slett bidra i det aktuelle husholdet (Feltnotat 27.06.12). Slik letter det livet til familien som er rammet av sykdom eller død, men man kan også gjøre dette for mennesker som ikke har familie. På denne måten slår

fellesskapet ring om de som sliter, og kan dermed betraktes som en type «therapy managing group» som beskrevet hos Janzen (1978). Dette vil også gjelde kirken og menigheten som tilbyr mange av innbyggerne i Puerto Cabezas et fellesskap. Kristen tro står sterkt i Nicaragua, og mange setter sin lit til Gud ved sykdom.

Slik situasjonen er i Puerto Cabezas går mye av behandlingen av mentale problemer på hjemmebehandling, med månedlig uttak av medikamenter. Familien må, som for eksempel Maria og hennes nærmeste, ta seg av sine syke familiemedlemmer hjemme. Slik blir den private sfæren av stor betydning for den syke.

### **Kirken og troen på Gud**

I Puerto Cabezas finnes mange protestantiske moravakirker og menigheter, ofte bestående av miskitoer og kreoler, samt en større katolsk kirke hvor medlemmene er blandet på tvers av de etniske gruppene, i tillegg til andre mindre kirkesamfunn. Kirken har hatt betydning på østkysten siden 1800-tallet, da først i møtet med moravakirken (Berget 2004, Dennis 2004). Det kristne engasjementet generelt i Nicaragua ser man ved oppmøte på gudstjenestene på søndager og ved flere religiøse markeringer gjennom året. Hver by, spesielt på vestkysten, har for eksempel en egen katolsk helgen som de feirer i løpet av året med storstilt markering og flere aktiviteter. Selv om den protestantiske kirken står sterkt på østkysten, har man også her markering av sine helgener. I Puerto markeres San Pedro i slutten av juni.

Som jeg var inne på i kapittel 3 er det kirken som innførte biomedisin i regionen gjennom sitt fokus på utdanning og helse, spesielt utbygging av klinikker og sykehus. Troen på Gud har siden vært sentral for mange ved sykdom. I møte med en katolsk prest, Luis, kunne han fortelle at kirken bidrar med moralsk og åndelig støtte for mennesker som sliter med sykdom, også deres pårørende. Han vektla fellesskapet som svært viktig ved mentale problemer; «Den støtten og oppfølgingen man får fra sine nærmeste er fundamental» (Luis, 18.04.12).

Jeg deltok en gang på et seminar om troen på Gud og folks tolkninger av Bibelen ved et av de lokale universitetene. Det var flere ansatte som deltok og de fleste delte erfaringer fra eget liv. Da det ble snakk om hvordan troen på Gud kan være til hjelp for oss mennesker tok en av de

kvinnelig ansatte ordet. Hun kunne med gråt i stemmen fortelle om den gangen hun fikk påvist kreft i munnhulen, og hvor dypt takknemlig hun var for at hun fortsatt var blant oss. Hun måtte reise til Managua for å motta behandling. Hun ble innlagt ved et av byens mange sykehus og gikk igjennom flere operasjoner. Ved sykehuset kom hun i kontakt med en sykepleier som tok henne med seg til katedralen i Managua for å be for henne. Når hun senere ble kreftfri var hun sikker på at dette var grunnet Guds hjelp. «Jeg er sikker på at Herren la sin kraft i hendene på legene som behandlet meg», sa kvinnen (Feltnotat 14.05.12). Noe lignende fikk jeg også høre av Veronica som hadde vært alvorlig syk. «Jeg ba til Gud hele veien, og slik ble jeg bedre. Det sa også legen. Gud står også over ham. Jeg ble behandlet med vestlig medisin [biomedisin], men takket være Gud ble jeg frisk. Jeg ber alltid når jeg er syk» (Veronica, 27.06.12).

Troen på Gud, og ikke minst bønnen, er for mange en viktig del av bekjempelsen av sykdom (Ingstad 2007). I tillegg til den hjelpen man finner i troen på en høyere og overnaturlig makt, bidrar også fellesskapet i menigheten med støtte. Slik som også andre sosiale nettverk vil ha positiv verdi for den syke og hans eller hennes pårørende.

### **Den syke som en anomali**

Problemet med den private sfæren er at den av og til kan være hemmende for pasienten. Familier kan isolere et sykt familiemedlem og holde problemene innenfor familien fremfor å dele det med noen utenfra som medisinsk personell (Helman 2007). Av og til hørte jeg historier om mennesker som hadde blitt isolert slik i Nicaragua. En sak var i media mens jeg bodde der, og jeg fikk den fortalt av informanter. Ei blind jente og hennes mentalt syke onkel hadde blitt overlatt til seg selv i et hus separat fra resten av familien. Situasjonen kom ut av kontroll og mannen drepte sin niese. Fokuset saken fikk viser imidlertid en fordømmelse, men at slike situasjoner kan oppstå i det nicaraguanske samfunnet. I Puerto blir enkelte mennesker som vandrer rundt på gata og prater med seg selv klassifisert som mentalt syke, eller gal [loco] som er et like vanlig begrep i Puerto Cabezas. Det ble fortalt historier om at disse hadde mistet kontakten med sine familier og blitt tvunget til å klare seg på egen hånd da de nærmeste ikke maktet lenger. Resultatet har blitt et liv på gata (Feltnotat 25.04.12). Dette viser hvor sårbar og avhengig man er av familien ved mentale helseproblemer.

Her kan nevnes vårt syn på innenfor og utenfor, normalitet og avvik, rent og urent. Elementer som ikke passer inn i en gitt gruppe eller mønster kalles anomalier. Det finnes mange måter å forholde seg til anomalier på. Man kan forholde seg negativt, og late som om man ikke ser eller merker dem, eller om man merker dem, kan man stille seg fordømmende. Man kan forholde seg positivt og med hensikt konfrontere anomalien og prøve å skape et nytt virkelighetsmønster som har plass for det (Douglas 1997). Mennesker som blir klassifisert som gale opplever derfor ulike reaksjoner på sin tilstedeværelse. Jeg fikk fortalt historier om folk som bidro med mat og penger til de som hadde falt utenfor, men også mennesker som var utsatt for vold og overgrep på grunn av sine problemer. Maria kunne fortelle at sønnen av og til ble invitert til å spille fotball med sine gamle venner, men at han også kunne oppleve å bli utnyttet av folk som så han som et lett offer når han var ute på gata (Feltnotat 26.06.12). Mennesker som bor på gata var dessuten utsatt for seksuelle overgrep og overfall, i følge informanter. En hjemløs kvinne ble voldtatt av en ungdomsgjeng på stranda en gang, og døde deretter av skadene (Feltnotat 26.04.12). Dette er noen eksempler på den diskriminering mange av de mentalt syke opplever i Puerto, spesielt ved alvorlige og kroniske lidelser. Slik det kommer frem her er det tydelig at lokalsamfunnet både kan virke positivt og negativt på den syke.

## **Mellom klinikker, curanderos og familien**

Gjennom dette kapittelet har vi sett hvor mentalt syke mennesker, både med alvorlige og lettere plager, kan oppsøke hjelp ved problemer. Den private og folkelige sfæren er sentral, spesielt siden den profesjonelle sfæren på dette området ofte ikke kan bidra med annet enn medisiner. Betydningen av sfærene skal vi også komme tilbake til i kapittel 6, samt hvordan sfærene står i forhold til hverandre gjennom mentalt syke mennesker.

Til slutt kan vi oppsummere hvor mennesker med mentale problemer kan finne behandling. For det første kan man henvende seg til sin faste private klinikk, eventuelt gå til den offentlige poliklinikken, samt sykehuset med sin stab av spesialister fra inn- og utland hvor det også finnes et akuttmottak. I tillegg er apoteker og medikamenter sentralt. Videre kan man benytte

seg av ulike tradisjonelle helbredere, som hevder sin kunnskap og posisjon i pakt med natur og ånde verden. De fleste brukes for sine helbredende evner, men det er kjent at de også har kunnskap om svart magi. I tillegg til den støtten man finner i den private sfæren – spesielt innad i familien og i sitt kristne nettverk ved troen på Gud, har jeg også påpekt at lokalsamfunn og familie i noen tilfeller kan virke hemmende. Det er viktig å merke seg at de ulike sfærene for helseomsorg overlapper hverandre og at et slikt skille er brukt av analytiske årsaker, for i det virkelige liv vil de fungere i et samspill som følge av syke mennesker og deres behov for støtte og terapi. Dette samspillet skal jeg komme tilbake til i kapittel 6.

I de ulike sfærene finnes også årsaksforklaringer til mentale problemer, som er tema i neste kapittel. Der vil det sosiale og åndelige stå sentralt i beskrivelsen av folks årsaksforklaringer til mental sykdom. Biomedisinen og dens fokus på indre sykdomsoppfatninger og kroppsprosesser (jf. Young 1976) har nådd østkysten av Nicaragua for lengst, men fortsatt finnes også tradisjonelle forklaringer blant Porteños.



## KAPITTEL 5

### ÅNDER, GIFT OG KOKAIN

#### *ÅRSAKSFORKLARINGER VED MENTALE PROBLEMER BLANT PORTEÑOS*

I dette kapittelet skal jeg se nærmere på årsaksforklaringer til mentale problemer blant Porteños. Etter å ha bodd i Puerto Cabezas i flere måneder har jeg både blitt fortalt og observert utfordringer mange Porteños står overfor, og som i følge informanter påvirker ens mentale helse. De problemområdene som folk oftest nevnte ved snakk om mental helse og sykdom var vold innen familien, alkohol og andre rusmidler, arbeidsledighet, ekstremvær og naturkatastrofer, fattigdom, samt borgerkrigen på 80-tallet og dens ettervirkninger. Dette er forklaringer man i et vestlig perspektiv kan kjenne seg igjen i, men det stopper ikke her. I Puerto er det også vanlig å søke årsaksforklaringer utover dette, og forsøke å finne svar på «hvorfør meg» og «hvorfør nå», når man opplever mentale problemer. I slike tilfeller finner man gjerne svar gjennom troen på Gud eller tradisjonelle behandlere. Tradisjonelle behandlere vil ofte sette problemene i et større perspektiv og knytte det til pasientens omgivelser fremfor å legge hovedvekten på hva som skjer inne i kroppen til den syke, som er fokus i biomedisinen. Dette kan knyttes til indre og ytre sykdomsoppfatninger hos Young (1976).

Forklaringer kan knyttes til det åndelige, det sosiale, naturen og individet selv, og ofte vil en forklaring kunne knyttes t til flere deler av individet og dets omgivelser på samme tid. Jeg skal først gå inn i det åndelige perspektivet på sykdom og dens opprinnelse.

#### **Folks årsaksforklaringer til mentale problemer**

Folks årsaksforklaringer til sykdom er godt forankret i kultur og hvordan man selv oppfatter sykdom. Mange forklaringer finnes i den folkelige og private sfæren, hvor man kjenner den



syke best og ofte deler helse- og sykdomsoppfatninger (Kleinman 1980). Folks årsaksforklaringer til sykdom er ofte basert på andre premisser enn det som er vanlig i et vitenskapelig perspektiv. For de det gjelder gir slike forklaringer ofte mening rundt hva som har hendt og hvorfor. Årsaksforklaringene har en tendens til å gå over i hverandre, og blir ofte påvirket av lokale tradisjoner, biomedisin, media og internett som den syke og hans eller hennes omgivelser er i kontakt med (Helman 2007). Det er ofte vanskelig å vite sikkert hva mentale problemer kommer av – hva som gjør at man sliter og hvorfor, samtidig som det er flere årsaker til et problem – fokus kan bli lagt på forandringer i kroppsprosesser som er typisk i et biomedisinsk perspektiv, men også ubalanse i ens sosiale, naturlige og åndelige omgivelser.

### **Los espíritus: menneskeånder og negative ånder**

For oss miskitoer er verden full av ånder, som vi ofte deler inn i to typer. Menneskeånder kan forstyrre og skape ubalanse mellom mennesker og deres omgivelser av ulike årsaker. I tillegg finnes negative ånder, som vi sier kommer fra fjellet, vannet, lufta. Noen er provokatører som kan skape ødeleggelse og sykdom, andre er venner og hjelper oss med å være menneske. Mange ganger når familie dør sier man at de ikke drar, for de vil alltid være i huset. De beskytter og viser seg i drømmer. Min datter døde for 14 år siden, og hver gang min kone blir syk vet hun det fordi min datter viser seg i hennes drøm og snakker med henne. Min kone er sykepleier (Enrique, 19.05.12).

Enrique forteller at blant miskitoer er verden fylt med både gode og onde ånder, som kan skape ubalanse mellom mennesket og dets omgivelser. Det er to typer ånder som kan forstyrre balansen og gjøre oss syke, menneskeånder og negative ånder. Negative ånder kommer fra naturen. Hos miskitoene har dyr, planter, vann, steiner, og alle andre deler av naturen en åndelig kraft i seg. Det finnes fire sterke åndelige skapninger i naturen som fungerer som beskyttere av ressursene innenfor sitt naturlige element fordelt på vann, skog, savanne og himmel (vind og skyer). Hvis man viser respekt og følger regler som opprettholder balansen i naturen vil man holde seg frisk, men hvis man bryter reglene (som brudd på tabuer) vil man

bli straffet med sykdom av elementets åndelige skapning. Menneskeånder som forårsaker sykdom kommer fra avdøde mennesker og er ofte rettet mot den avdødes familie, og kan komme av et ønske om gjenforening. Åndene vil gjerne komme i kontakt med menneskene, mens menneskene på sin side er avhengig av åndene for å kontrollere naturen til sin fordel samt andre mennesker. Det er i møte mellom ånd og menneske at sykdommen oppstår (Feltnotat 19.05.12).

Det blir derfor viktig å respektere naturen og de avdøde, og trå varsomt. Man kan gjennom åndenes kraft bli påført sykdom, skade og død, men også bli beskyttet, helbredet og oppnå lykke – og slik kontrollere andre mennesker til sin fordel. Det hevdes at enkelte tradisjonelle helbredere i Honduras [det lever også miskitoer på den honduranske nordøstkysten] kan hjelpe i jakten på lykke og den store kjærligheten (Feltnotat 12.05.12). Appel (1977) skriver blant annet at curanderoer og sukiaer kan fylle mennesker med kjærlighet for en bestemt person som har bedt om det.

I miskitoenes kosmologi blir fysiske og mentale sykdommer, ulykker og døden, alle resultat av åndelig besettelse eller magi. Og man må oppsøke tradisjonelle helbredere for å drive dem ut og bli frisk (Chiriboga 2002). Hvis man er syk, enten det er fysisk eller mentalt, kan man derfor søke tilbake til ånde verdenen for svar.

I dag blir ofte onde ånder og åndelige skapninger sett på som en form for demon som fanger individer og fører til sykdom. Dette kan relateres til den katolske kirke og frykten for demonbesettelse som man må utdrive gjennom eksorsisme, som er et vanlig fenomen i Latin-Amerika. Derfor kan det hevdes at dagens oppfatning er en form for synkretisme av den opprinnelige troen på ånder og katolsk tro. Religioner og medisinske systemer vil ikke forsvinne i møte med nye former for oppfatning, men vil endre seg og av og til danne helt nye former for praksis (Singer og Baer 2012).

### **Troen på ånder og kontakten med de døde**

Enrique påpeker til slutt i forrige sitat at kona er sykepleier og understreker slik at også helsepersonell kan tro på det åndelige. Det trenger med andre ord ikke være en motsetning

mellom et slikt perspektiv og det vitenskapelig for lokale aktører – det kan kombineres. Troen på en åndeverden er slik utbredt blant Porteños, spesielt miskitoer.

I møte med Carlos, en eldre miskito, ble det snakk om troen på en åndeverden og dets utvikling etter at regionen kom i kontakt med utenforstående:

Hos oss har alt ånd. Alt har liv. Det finnes et tre som kalles sisin [basert på språklyd]. Dette var tidligere hellig. I dag med alle deler av vår kultur ødelegges alt. For dette treet var veldig aktet og ingen kunne ta på det. Den som berørte treet kunne få mentale problemer. Bli gal. De utenlandske som kom ønsket å hugge alt. Folket videreførte denne informasjonen, og i alle hjem finnes disse historiene. Alle snakker om ånder, sjelen, den som døde, den som dro, den som levde, men alltid er med oss. Alt liv er av stor respekt (Carlos, 08.05.12).

At utenlandske kom og hugget alt henviser til tiden da regionen ble mål for utenlandsk industri og utvinning av ressurser, spesielt tømmer, som jeg var inne på i kapittel 3. Etter tiden med slik kontakt, også med kirken, har mye av den opprinnelige tradisjonen gått tapt, men som informanten kommer inn på har mange klart å holde på sin tro gjennom historier, og slik har kunnskap og oppfatninger blitt videreført. Dette ser vi også i det følgende eksempelet, hvor forholdet til de døde og den kommunikasjonen de døde har med oss blir tatt opp.

Vi miskitoer har en egen feiring til ære for de døde, hvert år i august. Det hele foregår annethvert år i Nicaragua og i Honduras. Denne feiringen startet som følge av den første miskito som døde av kjærlighet. Han døde for sin kone. Etter hennes død følte han hennes tilstedeværelse hele tiden. I senga, i hengekøya, på jobb. Så mannen bestemte seg for å gå inn i døden for og forenes med kona. På tur til himmelen, hvor sjelen til alle våre døde er, begynte han å lete etter kona. Når han kom frem så han henne, men da han ba om adgang fikk han nei fra gudinnen. «Du kommer før tiden.» Han tok jo sitt liv. Derfor dro han tilbake til livet på nytt for å fortelle fra hus til hus at man måtte lage en fest til ære for de døde som er på den andre siden. Fordi de alltid er i kommunikasjon med oss. Slik ble festen til ære for de døde født. Denne festen ble etter hvert slått ned på av de kristne, som mente den var i pakt med djevelen. Ting som

dette, som alltid. Høyheter, prester, tyskere, polakker, gringoer [nedsettende begrep om hvite nordamerikanere], engelskmenn, kanadiere, som kom hit. Fram til 1930 var det en forbudt praksis. Den ble prøvd og satt i gang igjen i 1974, men ikke før i 2002 var feiringen et faktum igjen. Vi er ikke redde for de døde. Våre døde er de beste allierte, de beste venner (Enrique, 19.05.12).

Her kommer en annen side ved de avdødes ånder til uttrykk – den nødvendige kontakten. For selv om disse åndene kan føre til sykdom når de kommer i kontakt med menneskene, så blir kontakten oppfattet som positiv. Vi ser også at tradisjonen med feiring til ære for de døde ble bannlyst, men i dag har kommet tilbake. Dette kommer også frem i Berget (2004) som skriver at i en tid med flere kristne prester og vestlige helsearbeidere ser ut til at indianerne holder sterkere på sine tradisjoner enn tidligere. Og som Dennis (2004) vektlegger, ser ikke miskitoene noen motsetning mellom den tradisjonelle og kristne tro og holder gjerne på begge på tross av motstand fra kirken, som jeg har påpekt tidligere.

Som det kommer frem av denne delen opererer ånder mellom mennesker, naturen og det overnaturlige og påvirker livene blant Porteños både positivt og negativt. La oss nå gå over til det som kan klassifiseres som sosiale årsaksforklaringer og svart magi (jf. Helman 2007).

### **Å forklare mentale problemer som andres verk – sjalusi og svart magi**

«Det er mange som tror at man er forhekset når man blir syk, at en annen person har benyttet seg av svart magi [magia negra] på grunn av uenighet, sjalusi, irritasjon eller hat. Dette gjelder også ved mentale problemer, når man blir gal» (Amanda, 25.04.12). Amanda, en kreolkvinne fra Puerto Cabezas som jeg ofte tok en prat med over en kopp kaffe, kunne fortelle dette når vi pratet om mentale problemer og dets opprinnelse. Etter hvert forstod jeg at tanken om slik ondskap ikke var uvanlig i Puerto. Carmen ved poliklinikken fortalte: «De fleste i Port knytter mentale problemer til something og onde ånder, for eksempel obía» (Carmen, 20.04.12). Mens David satte slik tro i forhold til biomedisinen: «I stedet for å søke svar gjennom blodprøver ser man heller etter negative og onde krefter rundt seg som kan være årsak til problemene. Noen har gjort noe ondskapsfullt» (David, 29.06.12).

Something [utt. på kreol: somethin] er et begrep som ofte blir brukt om den svarte magien blant Porteños. Selv om mange er skeptiske til troen på svart magi, er kunnskap om slik praksis utbredt (Feltnotat 12.05.12). Noe som også har blitt påpekt ved lignende studier fra andre deler av verden, blant annet kommer det frem i Segar (1997) og hennes studie om årsaksforklaringer i et lokalsamfunn i Sør-Afrika at enkelte var skeptiske til svart magi, men at det ofte ble brukt som forklaring på det som virket uforklarlig.

På østkysten av Nicaragua knyttes ofte svart magi til en form for gift. En fiende skader noen ved å grave ned giften – ofte noe man kan relatere til offeret som er preparert for å skade – i hans eller hennes vei. Dette påvirker bare den personen det er beregnet for, som går over giften og deretter blir syk (Feltnotat 19.05.12). Gift og andre former for trolldom er derfor en del av det å være miskito i dag. Ideer om gift henviser til en farlig verden med fiendtlige sosiale relasjoner, hvor man må være forsiktig, men også hardfør og sterk for å kunne takle disse truslene (Dennis 2004).

### **Hvem utfører svart magi?**

Hvis noen ønsker å ødelegge for andre kan man oppsøke tradisjonelle medisinere av den mer svarte typen. Når den syke så trenger behandling må vedkommende oppsøke curanderoer, sukiaer eller andre tradisjonelle helbredere for å bli kvitt plagene. Her kan man også, ved mistanke om slik magi, få bekreftet om problemene skyldes svart magi eller ikke (Amanda, 12.05.12).

Dette betyr at den som utøver tradisjonell medisin også kan bruke sine krefter til ondskap på bestilling fra andre. «Det sies at de som driver med svart magi er utøvere som har feilet i prosessen med å bli en tradisjonell helbreder» (Enrique, 19.05.12). Slik er det på enkelte steder mulig å be en sukia om hjelp til å forgifte andre mennesker, og gift kan bli plassert på vegen offeret benytter. For å overleve må offeret deretter oppsøke en annen tradisjonell helbreder for motgift. Det finnes både gode og onde sukiaer, og i dag ser det ut til at obía [kreol] og sukia [miskito] for mange representerer den svarte magien, samtidig som de også kan fungere som helbredere (Feltnotat 28.05.12).

Something er noe som utføres av personer med en egen magisk kraft for å straffe og hevne, og har kommet til østkysten av Nicaragua fra afroamerikansk religiøs tro og praksis (Berget 2004). Ifølge Conzemius (2004) kom troen på obía fra Afrika med slavene og fantes opprinnelig blant kreolbefolkningen. Det er en type sjaman, men kan også regnes som en ond ånd. På grunn av likheter med sukiaen var det enkelte obíaer som konverterte til sukia når de innvandret til østkysten av Nicaragua fra Jamaica og Honduras. Uansett var det obíaen som var mest fryktet blant befolkningen, på grunn av dens krefter og evne til å skape ødeleggelse, sykdommer og død blant sine fiender (ibid.). Dette gjør også at mange ikke våger å gå til angrep på sukiaen, curanderoen eller obíaen ved mistanke om svart magi, for man vet hvilken makt disse har (Feltnotat 12.05.12).

### **Hevnaksjoner**

David kunne fortelle om en mann som døde av en sykdom, og de alvorlige konsekvensene dette fikk når man senere relaterte sykdommen til bruken av gift:

En mann døde på grunn av en sykdom. Etterpå ble familien hans fortalt at det var en annen mann som stod bak og hadde drept han med gift ved hjelp av en sukia. Når så den antatt skyldige mannen kom til byen ble han drept med machete av den andre mannens pårørende (David, 29.06.12).

Som regel er den tradisjonelle helbrederen forsiktig med å navngi mennesker som står bak svart magi for å unngå hevnaksjoner (Wedel 2009), men fokuserer som tidligere påpekt heller på å gjenopprette en balanse mellom den syke og dens naturlige, sosiale og åndelige omgivelser (Pedersen og Baruffati 1985). Uansett har pårørende selv en oppfatning om hvem som står bak, og slik kan de oppsøke politiet for å anmelde saken, men uten bevis kommer de ingen vei. Og noen ender med å ta loven i egne hender (Feltnotat 12.05.12), som det kommer frem av sitatet.

Jeg observerte aldri hendelser hvor noen ble utpekt eller straffet ved mistanke om svart magi mens jeg bodde i Puerto. Jeg hørte historier om beskyldninger og drap, slik som i forrige sitat. For det er som regel slik at beskyldninger om svart magi er sjeldne. Man vil forsøke å finne

andre forklaringer først (Feltnotat 28.05.12). I Evans-Pritchards (1976) kjente etnografi fra 1930-tallet om Azandefolket i Sør-Sudan og deres tro på hekseri og magi, kommer det frem at selv om slike forklaringer finnes blant Azandene så er det ikke slik at man ved hvert tilfelle av hekseri forsøker å finne den skyldige. Det vil alltid være hekseri, og man vil alltid ha fiender, og det må man leve med. Derfor vil en azande sjelden forsøke å finne heksen (ibid.). Det blir en del av hverdagen, og for de det gjelder er det like mye en forklaring på problemene som det er en jakt på den skyldige.

### **Sosiale relasjoner og mentale problemer**

Ved sterk tro på svart magi vil man ved sykdom granske sine sosiale relasjoner og tidligere hendelser for å finne årsaker til problemene (Amanda 12.05.12).

I et slikt perspektiv kan det hevdes at sykdommen ligger i dårlige sosiale relasjoner fremfor i individet, og det blir noe man må ta tak i skal man bli helt frisk. Ingstad (2007) skriver at der hvor personalistiske forklaringer, kjennetegnet ved en målbevisst kilde som står bak problemene (jf. Foster 1976), står sterkt vil den sykes sosiale relasjoner bli pasienten fremfor først og fremst den syke selv. Dette reflekteres også i fokuset for tradisjonelle helbredere, hvor flere sider ved en pasients liv står i fokus for behandlingen – som den sykes sosiale, åndelige og naturlige omgivelser (Helman 2007).

Røttene til svart magi ser ut til å være sjalusi og misunnelse, og oppstår og utvikler seg ofte innad i familier, mellom rivaliserende familier, naboer, sjamaner osv. Slik tro er relatert til det religiøse idet det handler om troen på noe eller noen større og mektigere, men er også godt forankret i det sosiale og gir forklaring på de ulykker, tap og sykdommer som oppstår gjennom livet (Obiols-Llandrich 2009). Svart magi kan også knyttes til ulikheter i helse, velstand og lykke – som det er en bestemt mengde av rundt oss – og tanken om at de som lykkes har gjort det på bekostning av andre. De som har oppnådd suksess kan slik frykte de andre og kraften av deres sjalusi (Bowie 2006). Slik kan det hevdes at de svar og forklaringer man får, samt oppfatningen om sjalusi på grunn av ulik fordeling av goder, kan være med på å opprettholde og styrke troen på svart magi.

## **Grisi siknis – et kulturbundet syndrom på østkysten av Nicaragua**

Selv om mange i dag hevder at det er et biologisk fundament for enkelte mentale tilstander, er man også helt klar på at ulike samfunn har sine egne sosiale og kulturelle uttrykk for mental helse og sykdom. Dette kommer spesielt til syne ved kulturbundne syndromer, som er sykdommer unike for en viss gruppe mennesker, kultur eller geografisk område. I en viss forstand kan det hevdes at de fleste diagnoser, spesielt de tilknyttet det mentale, er kulturelt formet slik som kulturbundne syndromer (Helman 2007, Ingstad 2007). Jeg skal nå se nærmere på et kulturbundet syndrom fra østkysten av Nicaragua.

«Grisi siknis, et kjent mentalt og regionalt problem, ble første gang dokumentert i 1881. Og fortsatt finnes ingen forklaring» (Enrique, 19.05.12). Blant miskitoer på østkysten av Nicaragua har man helt siden slutten av 1800-tallet registrert tilfeller av grisi siknis [crazy sickness]. Ofte er det unge miskitojenter som blir rammet, og det forklares som besettelse av demoner som fører til anfall hvor de rømmer hjemmefra, river av seg klærne og har seksuell omgang med demonene. Av og til truer ofrene andre som forsøker å stoppe dem. Epidemier av grisi siknis er vanlig på østkysten av Nicaragua, og noe man har håndtert i lang tid med lokale tradisjonelle helbredere.

I slutten av april 2012 tok jeg turen til et tettsted i RAAN som tidligere samme måned hadde blitt rammet av et utbrudd av grisi siknis, for å møte noen av ungdommene som hadde vært syke. Totalt hadde 28 ungdommer blitt rammet, og i et gruppeintervju fikk jeg møte 10 av ungdommene. Det var både gutter og jenter, og det kom fram at det startet med en jente på den lokale ungdomsskolen. Deretter ble flere og flere rammet, ofte gjennom kontakt med den syke. Ungdommene kunne fortelle om en kraftig hodepine, etterfulgt av anfall og hallusinasjoner, spesielt opplevelsen av å møte en svart demon som forsøkte å drepe dem. Det ble tilkalt hjelp fra en gruppe tradisjonelle helbredere, og gjennom rituelle bad bestående hovedsakelig av såpe og urter ble ungdommene bedre. Ungdommene selv viste ikke hva det kom av og husket heller ikke mye fra selve anfallene, men alle var enige om at det var skremmende (Feltnotat, 28.04.12).



En miskitokvinne ved URACCAN hevdet at grisi siknis var et kulturelt uttrykk for ungdom i utvikling, og miskitoenes egen måte å reagere på i forhold til krav og forventninger i samfunnet rundt seg (Feltnotat 07.05.12). Lignende forklaringer har også andre forskere kommet opp med. Philip A. Dennis har studert grisi siknis, og forklarer at det er vanskelig å finne en enkel forklaring på tilstanden. Det kan virke som en reaksjon på usikkerhet rundt kvinnelig seksualitet, og som et opprør mot foreldres kontroll (Dennis 2004).

Det er tradisjonell medisin som har vist seg å være effektivt mot grisi siknis. Biomedisinen har ikke klart å stoppe anfallene for de rammede slik tradisjonelle helbredere og deres urtemedisin har (Dennis 2004). Wedel (2009) forklarer at det som regel er curanderoer som tar seg av behandlingen av grisi siknis, og vedkommende tar i bruk ulike ritualer som inneholder kristen bønn, åndelig renselse og urteterapi. Den tradisjonelle helbrederen relaterer ofte problemene til svart magi, men vil som regel ikke oppgi navnet på den eller de skyldige ettersom dette kan føre til hevnaksjoner (ibid.), som nevnt tidligere i kapittelet.

Grisi siknis er slik med på å styrke den tradisjonelle medisinen betydning og rolle på østkysten av Nicaragua, da man er avhengig av en tradisjonell helbreder for å få bukt med problemene som kan utvikle seg til epidemier. Samtidig er det klart at en slik tilstand er tilknyttet det mentale. Jeg skal komme tilbake til den rollen tradisjonelle helbredere spiller ved grisi siknis i neste kapittel.

## **Kristen tro og fortapelse**

Som jeg var inne på i forrige kapittel spiller den kristne tro en stor rolle for mange nicaraguanere. Det er vanlig å be samt sette sin lit til Gud ved problemer, som mange ser som sin beste mulighet til helbredelse og beskyttelse. Hvis man møter på problemer er det en straff fra Gud for noe man har gjort galt, eller så kan det rett og slett var hans vilje at det skulle gå slik. Videre blir det viktig å holde på troen, be for Guds tilgivelse og håpe på bedre tider, som vist i forrige kapittel hvor enkelte var overbevist om at troen på Gud var avgjørende for å bli frisk (Feltnotat 14.05.12).

I et intervju med Veronica, som vi møtte i forrige kapittel, kom det frem at mentale problemer og galskap kunne komme som følge av og ikke tro på Gud:

Vi opplever en økning i antall mennesker som går bort fra Gud, så det er ikke rart mange vandrer rundt i gatene og prater med seg selv. Det er Guds straff for slik fortapelse. I dag blir mange syke fordi de ikke tror på Gud (Veronica, 27.06.12).

Slike oppfatninger kom jeg over flere ganger, at årsakene til problemene ligger i en økt sekularisering av samfunnet. Mange var spesielt skeptiske til det livet dagens ungdom lever med mye alkohol og rus. Fra en studie blant afroamerikanere og deres syn på sykdom og helbredelse skriver Snow (1978) at sykdom kan forklares som en straff fra Gud. Sykdom blir en påminnelse og en lærepenge etter man har syndet – ikke gått i kirken, glemt og takket og bedt til Gud eller oppført seg dårlig overfor sin neste. Og gjennom anger og bønn blir man helbredet. Ingstad (2007) påpeker at Guds vilje kan bli sett på som siste instans ved forsøket på å behandle og forklare sykdom hvis de behandlinger man har prøvd ikke har gitt resultater og man heller ikke har funnet en forklaring til opprinnelsen for sine plager. Da forventes det at man slår seg til ro med sin skjebne.

## **Kokain, naturkatastrofer og borgerkrig**

Mentale problemer er for meg noe genetisk eller grunnet rusmisbruk. Problemene ligger i hjernen hvor en mental ubalanse oppstår. Det er vanlig å forbinde mentale problemer, eller det å være gal som mange her vil kalle det, med svart magi eller høyt forbruk av alkohol og andre rusmidler, fremfor at det kommer som følge av traumatiske opplevelser (Luis, 18.04.12).

Luis, en katolsk prest i Puerto Cabezas, ga meg dette svaret på spørsmål om hva mentale problemer betyr for ham. Selv plasserer han seg i et perspektiv hvor det som skjer inne i kroppen får stor betydning – som gener og narkotiske stoffer, men forteller også at det som skjer utenfor kroppen til den syke er en like vanlig oppfatning blant Porteños – som bruken av svart magi for å skade andre.

I møte med to distriktpolitikere i Puerto Cabezas med ansvar for helse ble rusmisbruk, vold i hjemmet, arbeidsledighet, borgerkrig og naturkatastrofer lagt vekt på i forhold til menneskers mentale helse og som årsaker til mentale problemer (Feltnotat 27.02.12). Dette er forklaringer knyttet til livsstil og traumatiske opplevelser, og det som skjer inne i kroppen til den syke, i naturen og i den sosiale verden rundt får stor betydning for de problemer man opplever (jf. Helman 2007). I tillegg kan man også knytte slike forklaringer til ånde verdenen, og hevde at naturkatastrofer eller arbeidsledighet er en straff fra en åndelig kraft i naturen eller Gud for brudd på tabuer eller for å leve et umoralsk liv (Feltnotat 19.05.12). Slik sett kan ulike årsaksforklaringer kombineres, og det blir sentralt hva man legger mest vekt på i en mulig årsakskjede, for å finne de svar som for en selv gir mening. Slik blir det også mulig for helsepersonell som sykepleieren nevnt tidligere i kapittelet og kombinere jobben på sykehuset med en tro på ånde verdenen.

I starten av kapittel 4 nevnte jeg Maria og hennes sønn med schizofreni. Der kom det fram at Maria forklarte sønnens problemer med en overdose av kokain. Dette er en oppfatning som var vanlig blant folk i Puerto Cabezas, for konsekvensene av rusmisbruk er godt kjent (Feltnotat 26.06.12). Utenfor østkysten av Nicaragua går handelsruten med kokain mellom Colombia og USA. Fra denne ruten har det narkotiske stoffet også funnet veien til Puerto, og dette er grunnen til at kokain har fått slik betydning blant Portefños. Dødsfall som følge av overdoser, avhengighet blant ungdom og vold er noen av problemene som har oppstått (Dennis 2003).

Nicaragua er et land utsatt for naturkatastrofer som vulkanutbrudd, jordskjelv, orkaner og flom. På Atlanterhavskysten har de vært rammet av flere orkaner de siste 40 årene (Aburto 2004). I 2007 ble Puerto Cabezas rammet av Felix. Ifølge informanter tok orkanen liv, og flere fiskere kom aldri hjem igjen. Store arealer av landskapet ble ødelagt, og mange hus måtte gi tapt. Dette førte til store problemer for befolkningen, og flere jeg kom i kontakt med fortalte om en frykt for nye orkaner. Jeg hørte ofte om barn som gjemte seg og gråt ved kraftig regn og vind, vær fenomener som er vanlige i regntiden på østkysten av Nicaragua (Feltnotat 26.04.12). Derfor blir også slike katastrofer en del av årsaksforklaringene blant Portefños, i likhet med borgerkrigen på 80-tallet som har satt sine spor i befolkningen. I møte

med en tidligere soldat kom det frem at mange unge menn ble tvunget ut i krigen. Han kunne også fortelle at det i dag er langt flere kvinner i Puerto enn menn, som en følge av tapene man opplevde under krigen (Feltnotat 18.02.12). Ifølge Close og Puig (2012) er det antatt at borgerkrigen i Nicaragua tok 30.000 menneskeliv.

## **Årsaksforklaringer: innenfor og utenfor kroppen**

Oppfatninger om straff fra ånder i naturen og de avdøde for brudd på tabuer, forbannelse gjennom svart magi og gift som et uttrykk for problemfylte sosiale relasjoner, skader av alkohol og rusmisbruk, traumer etter naturkatastrofer og borgerkrig, straff fra Gud eller rett og slett Guds vilje, står side om side som årsaksforklaringer ved mentale problemer blant Porteños. De henger sammen, og i en årsakskjede kan man kombinere flere da det for de det gjelder ikke trenger å innebære en motsetning. Det vil avhenge av hvilken forklaring hvert individ føler gir mening.

I Puerto er sosiale og åndelige årsaksforklaringer en viktig del av den private og folkelige sfæren for helseomsorg. Jeg vil hevde at slike årsaksforklaringer styrker den folkelige sfærens rolle siden det er den tradisjonelle helbrederen som ofte behandler sykdommer tilknyttet den åndelige verden og svart magi ved for eksempel grisi siknis.

I Fabrega og Silver (1973) ble sykdom relatert til en persons forhold til seg selv, sin sosiale gruppe, og sine guder blant indianere i det sørvestlige Mexico (ibid.). Dette kan også ses i mange av årsaksforklaringene som her er gitt fra østkysten av Nicaragua, hvor det ofte er forholdet til gude- og ånde verden, de sosiale omgivelser og naturen, samt en selv gjennom for eksempel rusmisbruk, vold og arbeidsledighet, som er i fokus. Årsaksforklaringer til mentale problemer blant Porteños kan slik sett knyttes til individet selv og det som skjer inne i kroppen eller fenomener utenfor kroppen i den sosiale, naturlige og åndelige verden. Slik kan sykdom bli oppfattet som innenfor individet og en del av det, eller som noe større som kommer fra omgivelsene rundt den syke og utenfor individet (Herzlich og Pierret 1986).

Jeg har i dette kapitlet vist hvordan folk selv oppfatter årsakene til mentale problemer – og at forklaringene er mangfoldige er det ingen tvil om. I neste kapittel skal jeg se på hvordan det medisinske mangfoldet, som nettverket av helseomsorg og forklaringer sammen er med på å utgjøre, gir mening blant Porteños.

## KAPITTEL 6

### MEDISINSK MANGFOLD OG MENTALE PROBLEMER

Ill people are at the centres of therapeutic *networks*, which are connected to all three sectors of the health-care system. Advice and treatment pass along the links in this network, beginning with advice from family, friends, neighbours and friends of friends, and then moving on to sacred or secular folk healers, or physicians. [...] ill people make choices, not only between different types of healer (popular, professional or folk), but also between diagnosis and advice that *makes sense* to them and those that do not (Helman 2007:107).

Gjennom kapittel 4 og 5 har jeg presentert et slikt nettverk av behandlingsalternativer og folks årsaksforklaringer (som deler av deres kunnskapssystem) til mentale lidelser blant Porteños. Det har kommet frem det medisinske mangfoldet som utspiller seg på østkysten av Nicaragua – i form av ulike medisinske systemer samt forestillinger om årsakene til problemene. I dette kapittelet skal jeg se nærmere på hvilken rolle og betydning dette mangfoldet har for mentalt syke og deres pårørende i Puerto Cabezas, for å kunne si noe om hvilken mening som skapes rundt et slikt nettverk av terapi og forklaringer for de lokale aktørene.

#### **Når medikamenter, curanderos, familien og Gud utfyller hverandre**

Mens den private sfæren bidrar med støtte til den mentalt syke, vil den folkelige og profesjonelle sfæren forsøke å definere problemet samt finne en kur, men på hver sin måte. Siden det ofte er ulik oppfatning og vektlegging av årsakene til sykdom vil deres fokus også variere. Jeg skal nå se nærmere på hva disse tre sfærene representerer for Porteños ved mentale problemer, på bakgrunn av de beskrivelsene jeg har kommet med i kapittel 4 og 5.

Som vist ved Pool og Geissler (2005) i kapittel 1 vil et medisinsk mangfold innebære bruken av medisinske systemer om hverandre og i et samspill. Og uansett om de gjennom sin praksis og oppfatning ofte er atskilt, så blir ulike medisinske systemer forent gjennom pasienter og deres pårørende. Mes andre ord; de deler pasienter (Obiols-Llandrich 2009). I Puerto la jeg fort merke til at den biomedisinske behandlingen man kunne tilby for mentale lidelser ofte var knyttet til medisiner. Utover dette var det få ressurser, så mye av ansvaret for behandling og beskyttelse ble derfor lagt til den private sfæren med familien i sentrum. Disse kan igjen finne forklaring og støtte i den folkelige sfæren. Slik vil sfærene som regel kombineres og brukes i et samspill, og får på hver sin måte betydning for den syke og hans eller hennes pårørende.

### **Gratis medisin og kontroll**

La oss gå tilbake til Maria og hennes sønn med schizofreni, som vi møtte i kapittel 4. Hun var ikke klar over hva hun kunne gjøre for sønnen og hvilken behandling som var mulig. Ved poliklinikken ble hun tilbudt gratis medisin og hjemmebesøk. Disse legemidlene var en stor lettelse for henne, da hun påpekte høye medisinerpriser før vi gikk inn til konsultasjonen. Dette var den behandling de kunne tilby, med mindre hun selv valgte å ta med seg sønnen til hovedstaden for behandling ved en psykiatrisk avdeling der. Det hadde hun gjort en gang tidligere, men det var kostbart og nå hadde de ingen midler til slik behandling. Siden hun ikke hadde økonomisk mulighet ville behandlingen derfor foregå hjemme, hvor det var hun selv og datteren som tok seg av sønnen. Uansett følte hun en stor lettelse denne dagen da hun fikk tilgang på nødvendige medisiner for sønnen. Det virket å være nytt for henne at dette var mulig, selv om sønnen hadde slitt lenge (Feltnotat 26.06.12). «Mange ganger tenker vårt folk at legene tar seg av andre typer sykdommer, og ikke mentale problemer. Behandlingen blir ikke adekvat» (Enrique, 19.05.12). Dette kan være med på å forklare hvorfor Maria ikke hadde oppdaget denne muligheten tidligere. At den ikke blir adekvat kan knyttes til at man ikke deler samme forestilling om sykdom, helbredelse og helse, som jeg skal komme tilbake til. Og er man ikke klar over at den profesjonelle sfæren kan bidra, vil man være helt avhengig av den private og folkelige sfæren.

«Symptomene kontrollerer vi med flere medikamenter», sa legen under konsultasjonen, før han gikk igjennom hvilke medisiner de kunne tilby for Maria og sønnen denne dagen (Feltnotat 26.06.12). Behandlingen er på denne måten hovedsakelig rettet mot det som skjer inne i kroppen til den syke – i et forsøk på å kontrollere symptomene. Hva som skjer rundt pasienten blir overlatt til den private sfæren med familien i sentrum. Dette kan relateres til den kunnskapen man har om kroppen på organ og cellenivå, som er biomedisinens spesialfelt (Helman 2007, Wintrob 2009). Alvorlige mentale lidelser blir slik noe man først og fremst kan kontrollere gjennom medisiner fra biomedisinens side, og det som skjer utenfor kroppen til den syke blir i hovedsak overlatt til den private sfæren.

Før jeg går inn på den private sfærens betydning ved mentale problemer, som uttrykt gjennom lokale aktører, skal jeg først gjøre det samme for den folkelige sfæren.

### **Delt kunnskapssystem**

Vi miskitoer forstår grisi siknis, men legene kommer aldri til å forstå. Denne type problem har aldri blitt løst av leger. Grisi siknis har alltid blitt håndtert av curanderoer og sukiaer. Bare de kan gripe inn fordi de kjenner til årsakene. Uten forståelse – ingen helbredelse (Carlos, 08.05.12).

Carlos hevder at uten forståelse vil man heller ikke oppnå noen helbredelse. Dette kan være med på å forklare suksessen de tradisjonelle helbrederne har ved grisi siknis; de bekrefter det åndelige aspektet rundt sykdommen som de syke opplever. Slik forståelse vil være sentral i forholdet mellom den syke og hans familie og sosiale nettverk på den ene siden og de ulike medisinske systemene på den andre. Mange opplever bedre forståelse og samsvar hos den tradisjonelle helbrederen enn hva som er tilfellet hos legen, og dette kan relateres til at man ofte deler helse- og sykdomsoppfatninger med lokale tradisjonelle helbredere. Deres forklaringer er kulturelt kjent for pasientene (Fabrega og Silver 1973, Pedersen og Baruffati 1985, Finkler 1994). Biomedisinen, som jeg var inne på i kapittel 4, er også lokal og varierer rundt om i verden, men den naturvitenskapelige tankegangen den bygger på er ikke like utbredt.



For mange i Puerto, som vist i kapittel 5, vil helse- og sykdomsoppfatninger være knyttet til troen på ånder og svart magi, og igjen noe man finner størst forståelse for blant tradisjonelle helbredere. Og betydningen av en slik felles forståelse beskriver Wintrob slik:

Whether the healing occurs in India, Canada, Brazil or the United Kingdom, China or the United States, the results are better when there is a shared understanding of the causes of the illness between treatment providers and patients, their families and community members, and when there is agreement on the cultural appropriateness of the methods of treatment provided (2009:11).

I Puerto hørte jeg av og til historier om innlagte pasienter på sykehuset som valgte å avbryte behandlingen og heller fortsette hjemme med bistand fra tradisjonelle helbredere (Feltnotat 24.04.12). Dette kan forklares i forhold til at man har forskjellig oppfatning rundt hvilken behandling som er best egnet, men også at man i den folkelige sfæren ikke finner det samme skillet mellom pasient og behandler som det man gjør i den profesjonelle sfæren – som sosial klasse, kjønn, utdanning og av og til kulturell bakgrunn. Slik er det klare roller som skiller syk og behandler (Helman 2007). Dramaet som gjerne oppstår mellom lege og pasient har Finkler (1994) beskrevet fra Mexico, hvor hun vektlegger at enkelte tradisjonelle helbredere ofte selv har opplevd sykdom eller smerte for å oppnå den posisjonen de har, som gjør at de lettere forstår hva pasienten opplever (ibid.). Å gjennomgå sykdom og smerte for å erverve helbredende evner er også vanlig blant tradisjonelle helbredere på østkysten av Nicaragua, som jeg var inne på i kapittel 4. Videre skriver Argandoña & Kiev (1972) at moderne sykehus og leger som regel tilbyr upersonlig behandling, som kan gjøre møte med biomedisinen vanskelig hvis man er vant til nærhet. Ved sykehuset blir pasienten ofte, i motsetning til hva som er tilfellet i den private og folkelige sfæren, atskilt fra familie, venner og lokalsamfunn. Og man opplever gjerne at andre ukjente er til stede som sykepleiere og assistenter. Hovedvekten blir lagt på deres fysiske sykdom, med lite henvisning til miljø hjemmefra, religion, sosiale relasjoner eller meningen man selv gir til sykdommen.

I tillegg kan det påpekes at tradisjonelle behandlere ofte har et holistisk perspektiv på helse og sykdom, hvor også omgivelsene rundt individet står i fokus for behandlingen. Som jeg var inne på i kapittel 4 forsøker man å gjenopprette en balanse mellom syke og deres sosiale,

naturlige og åndelige omgivelser da sykdom oppfattes å være en forstyrrelse i denne balansen. Dette henger sammen med årsaksforklaringer hvor sykdom først og fremst blir oppfattet å skyldes fenomener utenfor kroppen. I tråd med dette perspektivet blir også familie og sosialt nettverk tatt inn i behandlingen. Mentale lidelser blir et kollektivt problem fremfor individuelt, og familien og det sosiale nettverket er en sentral del av veien mot helbredelse (Kiev 1968, Waxler 1977).

Den tradisjonelle medisins betydning for helseomsorg har fått oppmerksomhet i Puerto. Det er opprettet et eget institutt ved et av universitetene i byen for tradisjonell medisin, IMTRADEC, som har som oppgave å sikre videreføringen av tradisjonell medisinsk kunnskap – spesielt urter (Feltnotat 20.02.12). Dette tyder på at man ser fordeler i sameksistensen av flere medisinske systemer, og man legger til rette for å beholde ulike former for medisinsk kunnskap. Som vist her kan den tradisjonelle medisinen ha flere fordeler når det kommer til mental helse. Dette går på forholdet mellom pasienten og behandleren, felles forståelse rundt sykdomsårsaker, inkludering av pasientens familie og nære relasjoner i behandlingen, og at pasienten blir sett som et hele.

### **Støtte og fellesskap**

I kapittel 4 kom det fram hvilken betydning den private sfæren med familie og sosialt nettverk har for Porteños ved mentale problemer. Mange finner mening i den støtten de får fra sine nærmeste sosiale omgivelser. I tillegg er man avhengig av denne støtten for ikke å falle utenfor. Mister man støtten fra sitt sosiale nettverk, spesielt familien, står man alene og man kan ende opp med et liv på gata. Dette ble i Puerto forklart med at enkelte familier ikke har mulighet til å forsørge syke familiemedlemmer, og pasientene må derfor klare seg på egen hånd hvis ingen andre tilbyr hjelp (Feltnotat 26.04.12).

Også ved behandling i de to andre sfærene vil familien spille en sentral rolle. Spesielt, som jeg har vært inne på, i den folkelige sfæren. Den private sfæren er derfor i sentrum av behandling av mentalt syke mennesker, og representerer det Janzen (1978) kaller «therapy managing group». Slik vil familien og det sosiale nettverket innebære en avgjørende støtte ved mentale lidelser.

Den støtten og det fellesskapet man opplever som del av kirken vil også være avgjørende. Og mange i Puerto vil oppleve troen på Gud som en viktig støtte ved sykdom, som vist i kapittel 4. Her finner man veien mot helbredelse, men også forklaring på hvorfor man er rammet av sykdom. Ved sykdom som straff fra Gud må man be om tilgivelse, og gjennom bønn vil man kunne oppnå helbredelse. Det uforklarlige ved sykdom får en mening, og man finner styrke til å kjempe seg videre. Som påpekt i kapittel 5 kan man når alt annet er prøvd også forklare problemene som Guds vilje, og det forventes at man slår seg til ro med sin skjebne (Snow 1978, Ingstad 2007).

### **Sammen utfyller de hverandre**

Slik får hver sfære for helseomsorg en rolle og betydning ved mentale problemer blant Portefños. Og sammen utfyller de hverandre for de syke og deres pårørende i kampen mot sykdom. Man kan gå til legen for å kontrollere symptomene, mens man tar turen til en tradisjonell helbreder for å rense kroppen for ånder og gjenopprette balansen mellom den syke og hans eller hennes sosiale, naturlige og åndelige omgivelser hvis man ønsker det (Pedersen og Baruffati 1985, Ingstad 2007). For er man overbevist om at onde ånder har inntatt kroppen hjelper biomedisinsk behandling mot symptomene lite hvis den ikke kombineres med behandling som tar sikte på å utdrive åndene i tillegg (Helman 2007, Ingstad 2007). Og sist men ikke minst har familien og det sosiale nettverket rundt den syke stor betydning og bidrar med støtte og fellesskap.

I Cosminsky og Scrimshaw (1980), som jeg presenterte i kapittel 1, mente en av helbrederne i deres studie fra Guatemala at biomedisinen og den tradisjonelle medisinen utfyller hverandre, og ikke oppfattes som konkurrerende (ibid.). Dette vil jeg hevde er et viktig poeng. For lokale aktører vil ikke ulike medisinske systemer oppfattes som konkurrerende eller innebære motsetning. Gjennom denne avhandlingen har det kommet frem hvordan Portefños, gjennom å kombinere ulike sfærer for helseomsorg, skaper mening rundt mentale problemer. Denne kombinasjonen representerer for enkelte en nødvendighet som ved en sterk overbevisning om at verden rundt oss er fylt med gode og onde ånder som man alltid må ta hensyn til ved sykdom – for blant annet å stå i pakt med naturen, men også en ny mulighet for helbredelse,

slik som David var inne på i kapittel 4. Slik kombineres og brukes ulike behandlingsformer i et samspill i kampen mot mentale problemer, og for å skape mening i en vanskelig tid.

## **Medisinsk mangfold og mentale problemer blant Porteños**

Som vist i dette kapitlet utfyller sfærene for helseomsorg hverandre ved mentale problemer blant Porteños, og sammen er de med på å gi mentalt syke mennesker og deres pårørende en bedre forståelse av den situasjonen man befinner seg i, samt bidrar til å skape mening – både i det som skjer innenfor og utenfor kroppen til den syke. Medikamenter, curanderos, familien og Gud blir på hver sin måte et viktig bidrag for behandlingen av mentale problemer og representerer blant annet kontroll, delt helse- og sykdomsoppfatninger, et fokus på både det som skjer innenfor og utenfor kroppen til den syke, støtte og fellesskap.

Ulike medisinske systemer virker ofte å være motsetninger og konkurrerende på bakgrunn av forskjellige kunnskapssystemer, men for syke mennesker og deres pårørende trenger det ikke være slik (Finkler 1994). Som det har kommet fram i dette kapitlet blir de ulike sfærene for helseomsorg brukt i et samspill blant Porteños. Ulike medisinske systemer blir gjort til partnere, også der det ikke eksisterer et samarbeid, gjennom pasientenes praksis og bruk av flere i et samspill (Obiols-Llandrich 2009). I sentrum av et nettverk av behandlinger og støtte står familien sammen med pasienten.

I dag er det store mangler på biomedisinsk helsepersonell rundt om i verden, få økonomiske midler, utilstrekkelig psykiatrisk helsetilbud og stor etterspørsel etter slike helsetjenester. Verdens befolkning kan ikke støtte seg til biomedisinen alene for å løse mentale helseproblemer, og det er derfor sentralt å belyse tradisjonelle helbredere sitt bidrag og betydning for den mentale helse, skriver Incayawar (2009b). Det som ofte skiller tradisjonell medisin fra biomedisin er fokuset på det åndelige i all helbredelse, samt at man vektlegger det sosiale livet rundt pasienten på lik linje med de fysiske symptomene ved sykdom (Wintrob 2009), som jeg har vært inne på i dette kapitlet. I lys av fordelene ved delt helse- og sykdomsoppfatning (forståelse) samt et fokus på den sykes sosiale, naturlige og åndelige

omgivelser, som tradisjonelle helbredere ofte tilbyr, er det meningsfylt for mange Porteños å oppsøke også slike behandlere ved mentale lidelser.

Biomedisinen har gjort store fremskritt gjennom de siste 50 årene i forståelsen av biologien bak sykdomsprosesser. Økt kunnskap på gen-, organ- og cellenivå har ført til mange nye og effektive behandlinger (Wintrob 2009). Uansett har biomedisinen blitt kritisert for å fokusere for mye på det som skjer inne i kroppen og det fysiske ved sykdom (Helman 2007) – noe som også kom til uttrykk i kapittel 4 hvor Sandra påpekte et sterkt fokus på det fysiske ved sykdom – og at man ofte overser det mentale i møte mellom lege og pasient i Puerto. Gjennom denne avhandlingen har jeg vært inne på at fokuset ofte er større i den folkelige og private sfæren. Der vil fenomener utenfor kroppen til den syke få større betydning. Og det er i dette jeg argumenterer for at sfærene utfyller hverandre. Det medisinske mangfoldet og de løsninger de sammen er med på å skape, blir avgjørende for mentalt syke mennesker og deres pårørende i Puerto Cabezas.

I den tradisjonelle medisinen, med fokus på helheten, kan kroppen oppfattes som et åpent system som binder sammen individet, samfunnet, naturen og den åndelige verden (Singer og Baer 2012). Sykdommen ligger ikke ene og alene inne i kroppen til den syke, men også i omgivelsene rundt individet, som man derfor også blir nødt til å ta seg av for å kurere problemene. Mens i biomedisinen, med fokus på det fysiske og individet i seg selv, blir kroppen på mange måter et lukket system hvor man er opptatt av det som skjer på innsiden. Sykdommen er inne i kroppen og blir en del av individet, som jeg også var inne på i kapittel 1 (jf. Herzlich og Pierret 1986). Og slike perspektiver vil påvirke, som vist gjennom avhandlingen, hvordan man tar hånd om mentale problemer. Og vil også ha betydning for aktørenes opplevelse av møte mellom behandler og pasient som jeg har vært inne på i dette kapitlet.

I Sør-Amerika, Afrika og noen regioner i Asia og Stillehavsoyene er tradisjonelle helbredere utbredt. Mange er avhengig av tradisjonell medisin for å overvinne sykdom, spesielt der ressursene for biomedisinsk behandling er begrenset. Det er kjent at pasienter og deres familier ofte bruker både tradisjonell og biomedisinsk behandling, og verdsetter begge former for terapi (Incayawar 2009b). Gjennom dette kapitlet har det kommet frem betydningen av

både den profesjonelle, folkelige og private sfæren for helseomsorg blant Porteños på nordøstkysten av Nicaragua – som sammen er med på å skape et medisinsk mangfold hvor ulike medisinske systemer fortsetter å sameksistere.



## KAPITTEL 7

### AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER

I dette kapittelet vil jeg komme med noen avsluttende og konkluderende poeng.

Medisinske systemer er ofte atskilt i sine forestillinger om sykdom, helse og helbredelse, men gjennom aktørenes praksis forenes de i Puerto Cabezas. For brukerne vil det ikke være noen motsetning ved å benytte ulike medisinske systemer i et samspill. Ved å se på hva ulike sfærer for helseomsorg, medisinske systemer og forklaringer representerer for brukerne, har det kommet frem hvordan ulike medisinske systemer fortsetter å sameksistere.

Jeg argumenterer for at de ulike sfærene for helseomsorg utfyller hverandre for lokale aktører, og bidrar på hver sin måte ved mentale lidelser. I den profesjonelle sfæren ser det ut til at det er medisiner og kontroll på symptomene som blir viktigst. Videre i den folkelige sfæren blir forståelse gjennom delt helse- og sykdomsoppfatninger, nærhet mellom pasient og behandler, samt et helhetsfokus hvor balanse mellom individet og dets sosiale, naturlige og åndelige omgivelser står i sentrum, viktig ved mentale problemer. Og sist, men ikke minst, den private sfæren hvor støtte og fellesskap gjennom familie, sosialt nettverk og troen på Gud får betydning i møte med sykdom. Og slik utfyller sfærene og de medisinske systemene hverandre, og blir en forklaring på hvordan systemene fortsetter å eksistere side om side.

I noen tilfeller representerer ulike medisinske systemer en ny mulighet på veien mot helbredelse, men kan også ta for seg forskjellige aspekter ved et og samme problem – som hva som skjer innenfor (biomedisin) og utenfor kroppen (tradisjonell medisin) til den syke. I eksemplet med grisi siknis, vil det også bety at de kan representere en ekspertise på hvert sitt område. Grisi siknis er den tradisjonelle medisinen felt for eksempel, og noe biomedisinen ikke forstår på samme måte. Slik sett ser man nytten av hvert behandlingsalternativ – enten hver for seg eller i et samspill.



Det medisinske mangfoldet forsetter slik å eksistere. Ulike medisinske systemer utfyller hverandre for brukerne, og representerer muligheter og ekspertise på ulike helseproblemer. Og dette på tross av kirkens skepsis eller at det mellom medisinske systemer kan oppstå konkurranse, eller at forestillingene om sykdom, helse og helbredelse virker å være radikalt forskjellige. Gjennom brukerne forenes de, og slik fortsetter de og eksisterer side om side, selv om det ikke foregår et samarbeid mellom systemene. En sameksistens av medisinske systemer og tradisjoner blir slik meningsfull for de lokale aktørene, og man benytter seg gjerne av flere i et samspill for å overvinne mentale problemer.

Man må være seg bevisst den rolle og betydning hver sfære for helseomsorg har for mentalt syke mennesker og deres pårørende. Og de ulike medisinske systemene må verdsette hverandres kunnskap og verdi. Slik lokale aktører ofte gjør.

Nosotros somos muy rico en eso...

## LITTERATURLISTE

- Aburto, J. T. C. (2004): *Mental Health in Nicaragua. With Special Reference to Psychological Trauma and Suicidal Behaviour*. Umeå: Print & Media.
- Appel, T. C. (1977): "The Curandero and the Sukya: Native healers in Nicaragua." *Medical Anthropology Newsletter* 8(2): 16-19.
- Archetti, E. P. (1986): "Et antropologisk perspektiv på kulturell endring og utvikling." *Internasjonal Politikk* 4-5: 35-59.
- Argandoña, M. og A. Kiev (1972): *Mental Health in the Developing World. A Case Study in Latin America*. New York: The Free Press.
- Arrechavala, J. R. (2007): *Historia de la Costa del Caribe de Nicaragua. Un enfoque regional*. Managua: Grupo Editorial Acento.
- Baer, H. A., M. Singer og I. Susser (2003): *Medical Anthropology and the World System*. Westport: Praeger.
- Barrett, B. (1994): "Medicinal Plants of Nicaragua's Atlantic Coast." *Economic Botany* 48(1): 8-20.
- Berget, T. (2004): *Den nye Jungelboka. Indianerliv i Sør- og Mellom-Amerika*. Trondheim: Tapir Akademiske forlag.
- Borchgrevink, A. (2003): "Silencing Language: Of Anthropologists and Interpreters." *Ethnography* 4(1): 95-121.
- Bowie, F. (2006): *The Anthropology of Religion. An Introduction*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Bowker, G. C. og S. L. Star (1999): *Sorting Things Out. Classification and Its Consequences*. Cambridge: The MIT Press.
- Buvollen, H. P. (1986): *Etnisk konflikt og revolusjonen i Nicaragua: den parallelle krigen på Atlanterhavskysten*. Oslo: Institutt for fredsforskning.
- Buvollen, H. P. (1987): *Autonomy as a Mechanism for Conflict Resolution. The Sandinista Policy towards Nicaragua's Ethnic Groups*. Oslo: Institutt for fredsforskning.

- Byng, R. (1993): "Primary Mental Health Care in Nicaragua." *Social Science & Medicine* 36(5): 625-629.
- Chiriboga, I. P. (2002): *Espíritus de Vida y Muerte: los Miskitu hondureños en época de guerra*. Tegucigalpa: Editorial Guaymuras.
- Clifford, J. (1986): Introduction: Partial Truths. I J. Clifford og G. E. Marcus (red.): *Writing Culture. The Poetics and Politics of Ethnography*. Berkeley: University of California Press.
- Close, D. og S. M. i Puig (2012): The Sandinistas and Nicaragua Since 1979. I D. Close, S. M. i Puig og S. A. McConnell (red.): *The Sandinistas and Nicaragua Since 1979*. Boulder: Lynne Rienner Publishers.
- Conzemius, E. (2004): *Estudio Etnográfico sobre los Indios. Mískitos y Sumus de Honduras y Nicaragua*. Managua: Fundación Vida, Colección Cultural de Centro América. [1932]
- Cosminsky, S. og M. Scrimshaw (1980): "Medical Pluralism on a Guatemalan Plantation." *Social Science & Medicine* 14B: 267-278.
- Cuthbert, N. D. W. og G. F. Duarte (2007): *Compendio Estadístico de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe de Nicaragua*. Managua: El Centro de Investigaciones y Documentación de la Costa Atlántica de Nicaragua (CIDCA-UCA).
- Dennis, P. A. (2003): "Cocaine in Miskitu Villages." *Ethnology* 42(2): 161-172.
- Dennis, P. A. (2004): *The Miskitu People of Awastara*. Austin: University of Texas Press.
- Donahue, J. M. (1986): *The Nicaraguan Revolution in Health. From Somoza to the Sandinistas*. South Hadley: Bergin & Garvey Publishers.
- Douglas, M. (1997): *Rent og urent. En analyse av forestillinger omkring urenhhet og tabu*. Oslo: Pax Forlag.
- Ekern, S., J. Bain og H. P. Melby (1990): *Fra geriljaseier til presidentvalg. Nicaragua fra revolusjonen i 1979 til valgene i 1990*. Oslo: Institutt for menneskerettigheter.
- Emerson, R. M., R. I. Fretz og L. L. Shaw (1995): *Writing Ethnographic Fieldnotes*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Eriksen, T. H. (2010): *Små steder – store spørsmål. Innføring i sosialantropologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Evans-Pritchard, E. E. (1976): *Witchcraft, Oracles, and Magic among the Azande*. Oxford: Oxford University Press.

- Fabrega Jr., H. og D. B. Silver (1973): *Illness and Shamanistic Curing in Zinacantan. An Ethnomedical Analysis*. Stanford: Stanford University Press.
- Finkler, K. (1985): *Spiritualist Healers in Mexico. Successes and Failures of Alternative Therapeutics*. South Hadley: Praeger, Bergin & Garvey Publishers.
- Finkler, K. (1994): "Sacred Healing and Biomedicine Compared." *Medical Anthropology Quarterly* 8(2): 178-197.
- Foster, G. M. (1976): "Disease Etiologies in Non-Western Medical Systems." *American Anthropologist* 78(4): 773-782.
- Foster, G. M. (1994): *Hippocrates' Latin American Legacy. Humoral Medicine in the New World*. Langhorne: Gordon and Breach.
- Garfield, R. og G. Williams (1989): *Health & Revolution. The Nicaraguan Experience*. Oxford: Oxfam.
- Garro, L. C. (2000): "Cultural Meaning, Explanations of Illness, and the Development of Comparative Frameworks." *Ethnology* 39(4): 305-334.
- Goffman, E. (1992): *Vårt rollespill til daglig. En studie i hverdagslivets dramatik*. Oslo: Pax Forlag.
- González, M. og D. Figueroa (2012): Regional Autonomy on the Caribbean Coast. I D. Close, S. M. i Puig og S. A. McConnell (red.): *The Sandinistas and Nicaragua Since 1979*. Boulder: Lynne Rienner Publishers.
- Good, B. J. (1994): *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hellinger, D. C. (2011): *Comparative Politics of Latin America. Democracy at Last?* New York: Routledge.
- Helman, C. G. (2007): *Culture, Health and Illness*. London: Hodder Arnold.
- Helms, M. W. (1971): *Asang. Adaptations to Culture Contact in a Miskito Community*. Gainesville: University of Florida Press.
- Herzlich, C. og J. Pierret (1986): Illness: From Causes to Meaning. I C. Curren og M. Stacey (red.): *Concepts of Health, Illness and Disease. A Comparative Perspective*. Leamington Spa: Berg Publishers.

- Incayawar, M. (2009a): Psychiatric Case Identification Skills of Yachactaita (Quichua Healers of the Andes). I M. Incayawar, L. Bouchard og R. Wintrob (red.): *Psychiatrists and Traditional Healers: Unwitting Partners in Global Mental Health*. Hoboken: Wiley.
- Incayawar, M. (2009b): Future Partnerships in Global Mental Health. Foreseeing the Encounter of Psychiatrists and Traditional Healers. I M. Incayawar, L. Bouchard og R. Wintrob (red.): *Psychiatrists and Traditional Healers: Unwitting Partners in Global Mental Health*. Hoboken: Wiley.
- Ingstad, B. (2007): *Medisinsk antropologi – en innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- INIDE (2008): *Puerto Cabezas en cifras*. Managua: Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE).
- Janzen, J. M. (1978): *The Quest for Therapy in Lower Zaire*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Jørgensen, W. (2002): *Lokal deltakelse i helsefremmende arbeid, muligheter eller begrensninger? En kvalitativ studie av nicaraguanske kvinners mulighet for deltagelse i et helseopplysningsprogram*. Hovedfagsoppgave i Helsevitenskap. NTNU: Institutt for Sosialt Arbeid og Helsevitenskap.
- Kawulich, B. B. (2011): “Gatekeeping: An Ongoing Adventure in Research.” *Field Methods* 23(1): 57-76.
- Kiev, A. (1968): *Curanderismo. Mexican-American Folk Psychiatry*. New York: The Free Press.
- Kleinman, A. (1980): *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A. (1986): *Social Origins of Distress and Disease. Depression, Neurasthenia, and Pain in Modern China*. New Haven: Yale University Press.
- Kleinman, A. (1995): *Writing at the Margin. Discourse between Anthropology and Medicine*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Koss, J. D. (1980): “The Therapist-Spiritist Training Project in Puerto Rico: An Experiment to Relate the Traditional Healing System to the Public Health System.” *Social Science & Medicine* 14B: 255-266.

- Landy, D. (1977): *Medical Systems in Transcultural Perspective*. I D. Landy (red.): *Culture, Disease and Healing. Studies in Medical Anthropology*. New York: Macmillan Publishing.
- Muiser, J., M. R. Sáenz og J. L. Bermúdez (2011): "Sistema de Salud de Nicaragua." *Salud Pública de México* 53(2): S233-S242.
- Obiols-Llandrich, J. (2009): *A Western Psychiatrist among the Shuar People of Ecuador. Exploring the Role of Healers in Mental Health*. I M. Incayawar, L. Bouchard og R. Wintrob (red.): *Psychiatrists and Traditional Healers: Unwitting Partners in Global Mental Health*. Hoboken: Wiley.
- Orr, D. M. R. (2012): "Patterns of Persistence amidst Medical Pluralism: Pathways toward Cure in the Southern Peruvian Andes." *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness* 31(6): 514-530.
- Pedersen, D. og V. Baruffati (1985): "Health and Traditional Medicine Cultures in Latin America and the Caribbean." *Social Science & Medicine* 21(1): 5-12.
- Pineda, B. L. (2006): *Shipwrecked Identities. Navigating Race on Nicaragua's Mosquito Coast*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press.
- Pool, R. og W. Geissler (2005): *Medical Anthropology*. Berkshire: McGraw-Hill Professional Publishing.
- Ranum, E. C. (2012): Nicaragua. I J. Loge (red.): *Latinamerikanske løsninger. Latin-Amerikaboken 2012*. Oslo: Latin-Amerikagruppene i Norge (LAG) og Solidaritet Forlag.
- Saraceno, B., F. Asioli, A. Liberati og G. Tognoni (1988): "Cooperation in Mental Health: An Italian Project in Nicaragua." *Caribbean Studies* 21(3/4): 91-100.
- Sarheim, K. (1999): *Bodies in Balance. Insights into the dynamics of medical pluralism in a Mexican village*. Hovedfagsoppgave i Sosialantropologi. NTNU: Sosialantropologisk Institutt.
- Scheper-Hughes, N. og M. M. Lock (1987): "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology." *Medical Anthropology Quarterly* 1(1): 6-41.
- Segar, J. (1997): "Hard Lives and Evil Winds: Illness Aetiology and the Search for Healing Amongst Ciskeian Villagers." *Social Science & Medicine* 44(10): 1585-1600.
- Seymour-Smith, C. (1986): *Palgrave Dictionary of Anthropology*. New York: Palgrave.

- Singer, M. og H. Baer (2012): *Introducing Medical Anthropology. A Discipline in Action*. New York: AltaMira Press.
- Snow, L. F. (1978): "Sorcerers, Saints and Charlatans: Black Folk Healers in Urban America." *Culture, Medicine and Psychiatry* 2: 69-106.
- Sollis, P. (1989): "The Atlantic Coast of Nicaragua: Development and Autonomy." *Journal of Latin American Studies* 21(3): 481-520.
- Spradley, J. P. (1980): *Participant Observation*. Belmont: Wadsworth.
- Stoner, B. P. (1986): "Understanding Medical Systems: Traditional, Modern, and Syncretic Health Care Alternatives." *Medical Anthropology Quarterly* 17(2): 44-48.
- Trotter II, R. T. og J. A. Chavira (1981): *Curanderismo. Mexican American Folk Healing*. Athens, Georgia: University of Georgia Press.
- Waxler, N. E. (1977): "Is Mental Illness Cured in Traditional Societies? A Theoretical Analysis." *Culture, Medicine and Psychiatry* 1: 233-253.
- Wedel, J. (2009): "Healing and Spirit Possession in the Caribbean." *Stockholm Review of Latin American Studies* 4: 49-60.
- Whitaker, E. D. (2003): "The Idea of Health: History, Medical Pluralism, and the Management of the Body in Emilia-Romagna, Italy." *Medical Anthropology Quarterly* 17(3): 348-375.
- Wintrob, R. (2009): Overview: Looking Toward the Future of Shared Knowledge and Healing Practices. I M. Incayawar, L. Bouchard og R. Wintrob (red.): *Psychiatrists and Traditional Healers: Unwitting Partners in Global Mental Health*. Hoboken: Wiley.
- Young, A. (1976): "Internalizing and Externalizing Medical Belief Systems: An Ethiopian Example." *Social Science & Medicine* 10: 147-156.

## Internettkilder

CIA (2013): "The World Factbook: Nicaragua." Hentet 12.04.13 fra

<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/nu.html>

Kart 1: "Sentral-Amerika og Karibia." Hentet 29.03.13 fra

[http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/5/53/CIA\\_map\\_Central\\_America\\_%26\\_Caribbean.png](http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/5/53/CIA_map_Central_America_%26_Caribbean.png)

Kart 2: "Nicaragua." Hentet 11.03.13 fra

[http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/e/e0/Nicaragua-CIA\\_WFB\\_Map.png](http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/e/e0/Nicaragua-CIA_WFB_Map.png)

Revista Envío (1987): "Mental Health Care: Towards a New Vision." Hentet 28.09.11 fra

<http://www.envio.org.ni/articulo/3616>



