संस्कृती आणि अपसामान्यत्व

व्याख्या, निदान आणि संस्कृतीनिहाय उपचार

अ) संस्कृती, विकृती आणि मनोविकृतीशास्त्र

एखाद्याच्या वागण्याकडे लक्ष देणे आणि त्याला विलक्षण, विचित्र, असामान्य घोषित करणे हि बाब दररोजच्या जगण्यामध्ये सामान्य आहे. असे तेंव्हा होते जेंव्हा एखादी व्यक्ती अतिरेकी किंवा सामाजिकदृष्ट्या अस्वीकार्य, विलक्षण किंवा अगदी धाडशी मानली जाणारी अशी एखादी गोष्ट / कृती करत असते. तथापि, अशा वर्तनाला असामान्य / अपसामान्य वर्तन असे लेबलिंग करताना मानसशास्त्रज्ञ अधिक सावधानता बाळगतात.

मानसशास्त्रज्ञांनी संघर्ष करून व्यवहार्य निकष स्थापित केले, ज्याआधारे एखादे वर्तन सामान्य, असामान्य किंवा पॅथॉलॉजिकल (वैद्यकीय उपचारांची आवश्यकता असणारे) आहे किंवा नाही याविषयी निर्णय घेता येतो. असे मानले असले तरीही अनेक निकष विचारासाठी खुले आहेत. उदाहरणार्थ

१. अपसामान्यता सांख्यिकीय मानदंडातील विचलनाशी समतुल्य असू शकते. याचा अर्थ असा होतो की अपसामान्य वर्तन हे सांखिकीयदृष्ट्या अल्पप्रमाणत घडते. (निशाचर असणे ही अपसामान्य गोष्ट आहे कारण क्वचितच कोणीतरी हे करत असेल).

२. सामान्यपणाचे मूल्यांकन करण्यासाठी आणखी एक प्रमाण (मानदंड) म्हणजे व्यावसायिक किंवा सामाजिक कार्य करण्याची क्षमता असू शकते (तो अपसामान्य आहे कारण तो नोकरी मिळवू शकत नाही आणि त्याला कोणताही मित्र मिळाला नाही).

३. सांस्कृतिक घटक

अशाप्रकारे, अपसामान्य वर्तन ही कोणतीही विशिष्ट गोष्ट आहे जी एखाद्या विशिष्ट सामाजिक गटाच्या नैतिक किंवा वर्तनात्मक संहितांचे उल्लंघन करते (आपले वर्तन काही ठिकाणी सामान्य असू शकते, परंतु येथे नाही).

हे सर्व निकष उपयुक्त असले तरीही सामान्यपणे काम न करता येणारी मानसिक स्थिती, ज्यावर उपचारांची आवश्यकता असते असे वर्तन ओळखण्यासाठी ते संपूर्णपणे विश्वसनीय मार्गदर्शन करत नाहीत. वैद्यकीय उपचारांची आवश्यकता न घेता सांख्यिकीयदृष्ट्या असामान्य अशा पद्धतीने वागणे अगदी योग्य आहे. उदा. जर्मनीत शाकाहारी असणे, व्यावसायिक दृष्ट्या अकार्यक्षम (आर्थिक वाढीच्या काळात काम न करणे) किंवा सांस्कृतिकदृष्ट्या अनुचित (सौदी अरेबियामध्ये शॉर्ट घालणे) अशा पद्धतीने वागणे अगदी योग्य आहे. तरीही हे गृहित धरणे वाजवी आहे कि स्वीकार्य, समजूतदार किंवा सामान्य वर्तनाची वैशिष्ट्ये सांगण्यासाठी कोणत्याही प्रयत्नास ते वर्तन ज्या ठिकाणी घडते त्या सांस्कृतिक संदर्भांची पोचपावती आवश्यक आहे.

अपसामान्य मानसशास्त्राचा इतिहास आपल्याला शिकवतो की एखाद्या सांस्कृतिक किंवा ऐहिक संदर्भात ज्याला अपसामान्य मानले जाते ती इतरत्र अगदी मान्य असू शकते. उदाहरणार्थ, 1973 मध्ये अमेरिकेत समलैंगिक संबंधांना पॅथॉलॉजिकल मानले जाणे थांबले, तर ते चीनमध्ये कायदेशीररित्या प्रश्नचिन्ह बनलेले आहे (मत्सुमोटो आणि जुआंग, 2004). इतरत्र सांस्कृतिक संदर्भाचा प्रभावामुळे श्रवणभ्रमणे (hallucinations), तंद्री लागणे (Trance) आणि ग्लोसोलॅलिया (निरनिराळ्या भाषांमध्ये बोलणे) यासारख्या घटनांना एखाद्या परिस्थितीत पॅथॉलॉजिकल मानले जाऊ शकते. परंतु इतर ठिकाणी त्यास धार्मिक अनुभव किंवा उपचाराचा भाग म्हणून पहिले जावू शकते.

आणखी मागे जाऊन ड्रेपेटोमॅनियाचे (पलायन करणे) प्रकरण मनोविकृतीशास्त्राच्या ऐतिहासिक सापेक्षतेचे वर्णन करते. या जिज्ञासू क्लिनिकल घटनेचे वर्णन अमेरिकन फिजीशियन सॅम्युअल कार्टराइट (१८५१) यांनी केले आहे. त्याने असे मत मांडले की ज्या गुलामांना बेकायदेशीररित्या सुटण्याच्या (पलायन करण्याच्या) इच्छाशक्तीने संक्रमित केले होते त्यांना मानसिक आजार झाला होता (फर्नांडो, २००२). असे दिसते आहे की इतिहासातील काही विशिष्ट बिंदूंवर, निदानात्मक लेबलांनी असुरक्षित गटांवर (vulnerable group) नियंत्रण ठेवण्यासाठी सोयीचे आणि तात्पुरते माध्यम म्हणून काम केले आहे. हे पुन्हा विशिष्ट वेळी, विशिष्ट ठिकाणी वर्तनविषयक निकष स्थापित करण्यासाठी वापरल्या गेलेल्या मानदंडातील विचलनता दर्शविते.

ब) सार्वत्रिकतावादी / सार्वभौमत्ववादी आणि सापेक्षवाद्यांमधील वाद

संस्कृती आणि अपसामान्यत्व (विकृती) एकमेकाशी संबंधित संकल्पना असू शकतात, यथार्थपणे वर्तनाचे काही नमुने कदाचित धोकादायक, जोखीमयुक्त किंवा विकृत आहेत जे सर्व वेळी आणि सर्व ठिकाणी ठराविक / विशिष्ट प्रकारात न बसणारे मानले जाऊ शकतात.

सांस्कृतिकदृष्ट्या जागतिक पातळीवर मान्यताप्राप्त मनोरुग्णता आहे का?

या प्रश्नाचे उत्तर देण्याचे प्रयत्न जागतिक अपसामान्य मानसशास्त्र क्षेत्रातील सार्वभौमत्ववादी आणि सापेक्षवाद्यांमधील चर्चेचे मूळ बनले आहेत. सांस्कृतिक सापेक्षतेचे समर्थक आम्हाला सर्व पॅथॉलॉजीज विशिष्ट संदर्भात प्रचलित सांस्कृतिक अर्थाशी निगडित म्हणून जोडलेले पहाण्यासाठी उद्युक्त करतात. त्यांच्यासाठी सार्वत्रिक मनोविकृतिशास्त्र असे काहीही नाही. दरम्यानच्या काळात सार्वभौमतेचे समर्थक संस्कृतींमध्ये मानसशास्त्रज्ञानासारख्या सामान्य असलेल्या मूलभूत मनोविकृतिशास्त्र यंत्रणेच्या अस्तित्वाकडे पाहतात (मर्फी, 1976). या प्रत्येक दृष्टिकोनाचा संदर्भ जागतिक संदर्भात शोधल्या गेलेल्या विकारांच्या प्रकाशात शोधला जाईल.

१.२ वैश्विकतावाद, सापेक्षतावाद आणि स्किझोफ्रेनिया

स्किझोफ्रेनिया: विचारांची गडबड, विचित्र भ्रम, मतिभ्रम (सामान्यत: श्रवणविषयक), विचलित स्व जाणीव आणि वास्तविकतेचे भान गमावणे यासह मानसिक वैशिष्ट्यांचा एक नमुना (संच) . (रेबर, 1995, पृ. 690)

कीथ व इतर (१९९१) यांच्या मते औद्योगिक राष्ट्रांमधील अंदाजे 1% लोक या सिंड्रोमबाबत प्रवणता दर्शविणारे आहेत ज्याला १९११ मध्ये प्रथमच निदान झाल्यापासून स्किझोफ्रेनिया म्हणून ओळखले जाऊ लागले. परंतु ही आकडेवारी किंवा खरोखर हा सिंड्रोम किती प्रमाणात जागतिक स्तरावर लागू आहे? बर्म्युडा, ब्रिटन आणि बांगलादेशात समान लक्षणांचे सादरीकरण समान रोगनिदान करण्यास तत्पर आहे का? वरवर पाहता अधिकृत शब्दकोष (उपरोक्त) परिभाषा असूनही, 'स्किझोफ्रेनिया' हे लेबल सातत्याने विभिन्न संस्कृतीत एकसारखे लागू केले जाते की नाही याबद्दल शंका निर्माण झाली आहे. अशा प्रकारच्या शंकांमुळे, एका मोठ्या प्रमाणात क्रॉस-कल्चरल अभ्यासानुसार स्किझोफ्रेनियाच्या निदानाची आंतरराष्ट्रीय विश्वसनीयता तपासली गेली (लेफ, १९७७, जागतिक आरोग्य संघटना (WHO), १९७९).

आंतरराष्ट्रीय पायलट स्टडी ऑफ स्किझोफ्रेनिया (IPSS) चा उद्देश डायग्नोस्टिक लेबल म्हणून स्किझोफ्रेनियाच्या सांस्कृतिकदृष्ट्या सार्वत्रिक प्रमाणपत्रांची चाचणी घेणे होता. निदानाच्या वस्तुस्थिती आणि विश्वासार्हतेविषयी (विश्वसनीयता, किंवा लक्षणांच्या तुलनेत सेट्सशी संबंधित) वाढत्या चिंतेमुळे या अभ्यासास सूचित केले गेले (अभ्यास हाती घेण्यात आला) . काही लोकांचा असा दावा होता की, निदान हे नियमितपणे क्लिनिकल मुलाखतीच्या पहिल्या पाच मिनिटांच्या आधारावर केले जात होते (केंडेल, 1973). निदानाच्या विश्वासार्हतेबद्दल अजून एक शंका 'स्किझोफ्रेनिक' या लेबलच्या सांस्कृतिकदृष्ट्या परिवर्तनीय वापराच्या पुराव्यांवरून निर्माण झाली होती (जेबेंस्की व इतर 1992). एका अभ्यासानुसार UK मधील 30 रूग्णांचा चिकित्सक वृतांत यूके, डेन्मार्क, नॉर्वे आणि स्वीडनमधील मनोविकारतज्ज्ञांना दिला गेला. युरोपियन मनोचिकित्सकांनी 'स्किझोफ्रेनिया' ही संज्ञा न वापरता 'डिप्रेशन' किंवा 'अनिवार्यता विकृती' संज्ञा वापरणे पसंत केले (रॅन्स्ले, १९६८). संप्रेषण शैलीतील सांस्कृतिक भिन्नता हा घटक मानसशास्त्रज्ञांना मानसिक विकारांच्या विश्वसनीय, सांस्कृतिकदृष्ट्या सुसंगत निदानांवर येण्यास प्रतिबंधित करणारा आहे. (लेफ १९७७; पानियागुआ, १९९८).

लेफ (1977) यांनी चिकित्सक मुलाखतींच्या वास्तुनिष्ठतेवर प्रभाव टाकू शकतील असे घटक मांडले आहेत.

१. सैद्धांतिक अभिमुखता (Theoretical Orientation)

वेगवेगळ्या परंपरेतील मानसोपचारतज्ज्ञ निदानाकडे वेगळ्याप्रकारे पाहत असतात. उदाहरणार्थ, मानवतावादी मनोचिकित्स अधिक ग्राहक केंद्रित (Client Centered) असतो, तर मनोविश्लेषण अधिक विस्तृत (Prescribed) केले जाते.

२. स्थापित सिंड्रोम (Established Syndromes)

जेथे लक्षण स्थापित केलेल्या लक्षणांमध्ये (सिंड्रोम) फिट होते, त्याकडे दुर्लक्ष करण्याची शक्यता कमी असते. उलटपक्षी, दोन किंवा अधिक स्थापित सिंड्रोममध्ये बसणारा लक्षणांचा संच सिंड्रोमची वैधता धोक्यात आल्यामुळे दुर्लक्षित केला जाऊ शकतो.

३. सांस्कृतिक वारसा (Cultural Background)

समान चित्रित चिकित्सक मुलाखती पाहिल्यानंतर, यूएस मानसोपचारतज्ज्ञांनी यूके मानसोपचारतज्ज्ञांपेक्षा दुप्पट पॅथॉलॉजिकल लक्षणे ओळखली (सँडिफर व इतर, १९६९). असे दिसते की मानसोपचारतज्ज्ञ ज्या ठिकाणावरून येतो त्याठिकाणाचा निदान करण्याच्या सवयीवर परिणाम होतो.

४. सांस्कृतिक ज्ञान (Cultural Knowledge)

वेगवेगळ्या पार्श्वभूमीवरील रूग्णांशी वागताना, निदान करण्याचा प्रयत्न करताना रुग्णाच्या संस्कृतीबद्दलच्या ज्ञानाची कमतरता मानसोपचारतज्ज्ञांच्या विश्वासाला धक्का देवू शकते. उदाहरणार्थ, भ्रम हा शब्द (स्किझोफ्रेनियाचा रोगसूचक) रुग्णाच्या संस्कृतीशी न जुळणाऱ्या विश्वासांबद्दल आहे. सांस्कृतिक ज्ञान नसणारे मनोचिकित्सक विश्वासाने भ्रम ओळखू शकत नाहीत.

आंतरराष्ट्रीय पायलट स्टडी ऑफ स्किझोफ्रेनिया (IPSS) ने सिझोफ्रेनियाच्या प्रस्तावित सांस्कृतिक सार्वभौमिकतेची तपासणी कशी केली? कूपर व इतर (1972) यांनी संशोधन केले. त्यांनी लंडन आणि न्यूयॉर्कमधील रुग्णालयांमध्ये स्किझोफ्रेनियाच्या निदानाची तुलना केली. या प्रारंभिक अभ्यासात न्यूयॉर्कमधील नऊ हॉस्पिटलमध्ये नुकतेच दाखल झालेले अर्धे आणि लंडनमधील नऊ हॉस्पिटलमध्ये दाखल झालेले अर्धे असे 300 ते 400 रूग्ण संशोधक मनोचिकित्सकांनी मनोचिकित्सक लक्षणांचे मूल्यांकन करण्यासाठी प्रमाणित मुलाखतीच्या पद्धतीचा वापर करून यादृच्छिक पद्धतीने निवडले आणि त्यांची मुलाखत घेतली.

सध्यस्थितीतील मन:स्थिती परीक्षण (Present State Examination) या पद्धतीचा वापर हे सुनिश्चित करते की सर्व संशोधन मनोचिकित्सक एकसारखे निदान निकष लावत आहेत. (PSE; विंग व इतर, १९७४). या संशोधनाच्या (PSE) निदानाची तुलना त्याच रूग्णांच्या

रूग्णालयांतील त्यांच्या निदानाशी केली गेली, त्यात असे दिसून आले की लंडनच्या तुलनेत न्यूयॉर्कमध्ये ‘स्किझोफ्रेनिक’ लेबल अधिक सामान्यपणे लागू केली गेली. म्हणून असे दिसून आले की यू.एस. (US) मधील मानसोपचारतज्ञांनी स्किझोफ्रेनियाची अधिक लक्षणे समाविष्ट आहेत अशी व्याख्या वापरली. हे देखील निदर्शनास आले की त्यानंतरच्या मानकीकृत निदानाच्या उपकरणामुळे अमेरिका आणि ब्रिटन येथील व्यावसायिकांमधील फरक कमी झाला. दुसऱ्या शब्दांत, स्किझोफ्रेनियाच्या निदानासाठी एक अधिक व्यापकपणे मान्यता प्राप्त मॉडेल अधिक प्रमाणित प्रक्रिया आणि मार्गदर्शक तत्त्वांच्या वापराचे अनुसरण करीत असल्याचे दिसते.

या निष्कर्षांच्या आधारे, IPSS (WHO, 1974, 1979) ने कूपरच्या ट्रान्स अटलांटिक तुलनेची व्याप्ती विस्तृत केली. ज्यामध्ये पुढील नऊ देशांमध्ये (कोलंबिया, चेकोस्लोवाकिया, डेन्मार्क, इंग्लंड, भारत, नायजेरिया, सोव्हिएत युनियन, तैवान, यूएस) केले गेलेले स्किझोफ्रेनियाचे निदान हे स्किझोफ्रेनियाची लक्षणे असलेल्या मानसोपचारतज्ज्ञांच्या आंतरराष्ट्रीय नमुणा गटाशी तुलना करून केले गेले आहे की नाही हे पाहण्यासाठी निष्कर्षांची तुलना केली.

पीएसईचे नऊ देशांच्या मुख्य भाषांमध्ये भाषांतर केले गेले. मानक निकष वापरून लक्षणांचे मूल्यांकन केले जात आहे हे सुनिश्चित करून प्रत्येक देशातील मानसशास्त्रज्ञांना हे साधन वापरण्याचे प्रशिक्षण दिले गेले. एकंदरीत, त्यांच्या संबंधित देशांमध्ये 1202 रूग्णांची मुलाखत घेण्यात आली आणि रूग्णांचे लक्षण प्रोफाइल संकलित केले गेले. या प्रोफाइलची तुलना डब्ल्यू.एच.ओ च्या मनोचिकित्सकांनी प्रदान केलेल्या मानक निदान वर्गीकरण (PSE डेटावर आधारित) सह केली होती. प्रत्येक देशातील मानसोपचारतज्ज्ञांच्या नैदानिक सवयी स्किझोफ्रेनियासाठी डब्ल्यू.एच.ओ.च्या निदानापासून किती प्रमाणात दूर जातात?

एकूणच निष्कर्ष म्हणजे नऊ देशांमध्ये स्किझोफ्रेनिक म्हणून निदान झालेल्या रूग्णांमध्ये क्लिनिकल समानता होती. सहभागी सात देशांमध्ये (यूएस आणि यूएसएसआर वगळता) बहुतेक रुग्णांमध्ये सिझोफ्रेनिकचे निदान झाले आहे. डब्ल्यू.एच.ओ. प्रक्रियेद्वारे (यूएस व यूएसएसआर वगळता डब्ल्यूएचओ निदान आणि सात केंद्रांमधील निदान पातळी जवळपास ९६% इतकि होती) निदान झाले होते. विशेष म्हणजे, स्किझोफ्रेनियासाठी यूएस आणि यूएसएसआर निदानाची घटना इतरत्रांपेक्षा किंचित जास्त आहे (स्किझोफ्रेनियाच्या निदानाबद्दल यूएस / यूएसएसआर आणि डब्ल्यूएचओ दरम्यान पातळी 71% होती).

एकंदरीत, आयपीएसएसने असे सिद्ध केले की, विशेषत: एकाच निदान साधनासह प्रमाणित प्रशिक्षणाच्या वापरासह, बहुतेक देशांमध्ये स्किझॉइडच्या लक्षणांचे एक सामान्य भाग आहे. अक्षरशः संपूर्ण बोर्डात स्किझोफ्रेनिक म्हणून निदान झालेल्यांमध्ये सामाजिक आणि भावनिक माघार, भ्रम आणि भावनिक चापलूसपणा ही एक सामान्य गोष्ट होती. तथापि, लक्षणांमध्ये स्थानिक बदल होते. उदाहरणार्थ, नायजेरियन आणि डॅनिश स्किझोफ्रेनिक्सने अमेरिकेच्या रूग्णांपेक्षा श्रवणविषयक भ्रमांवर जास्त गुण मिळवले.

आणखी एक सांस्कृतिक विसंगती अधिक समृद्ध राष्ट्रांपेक्षा विकसनशील देशांमध्ये स्किझोइड परिस्थितीतून पुनर्प्राप्ती अधिक दर्शवते (डब्ल्यूएचओ, १९७९). विकसनशील देशांमधील रूग्णांच्या पुनर्प्राप्तीचे प्रमाण जास्त होते: भारत (27%), डेन्मार्क (2%), मॉस्को (1%) च्या तुलनेत नायजेरियाच्या 36% लोकांनी स्किझॉइड आजाराच्या सुरुवातीच्या काळात उपचाराबाबत माघार दर्शविली. कदाचित हे फरक मजबूत समुदाय आणि काही प्रांतांमध्ये विस्तारित कौटुंबिक समर्थन नेटवर्कमुळे झाले (मॅट्समोटो आणि जुआंग, 2004).

स्किझोफ्रेनिया संशोधनाची मर्यादा

1. **Cultural insensitivity of standardized instruments**

प्रमाणित उपकरणांची सांस्कृतिक असंवेदनशीलता -

आयपीएसएस (IPSS) संशोधनात पीएसईचा (PSE) वापर स्किझोफ्रेनियाच्या निदानासाठी निकष मानदंड निश्चित करणासाठी केला गेला. यामुळे सर्व मनोचिकित्सकांनी समान मार्गदर्शक तत्त्वांचे अनुसरण केले हे सुनिश्चित करण्यास मदत झाली. तथापि, विविध सांस्कृतिक सेटिंग्जमध्ये यूकेमध्ये विकसित झालेल्या पीएसई नावाच्या उपकरणाचा वापर म्हणजे या मनोविकाराशी संबंधित स्थानिक अर्थ लक्षात घेण्यास हे प्रकल्प अक्षम ठरले. नायजेरिया, कोलंबिया आणि भारतातील रुग्णांना आजारपण आणि आरोग्याबद्दल स्थानिक विचारांबद्दल संवेदनहीन नसलेल्या प्रक्रियेनुसार निदान केले जात होते. अशी प्रक्रिया असे मानते की स्किझोफ्रेनिया ही एक सार्वत्रिक संकल्पना आहे, ज्याचे पश्चिमेकडे निदान झाले आहे आणि नंतर इतर सांस्कृतींना लागू केले (फर्नांडो, 2002). हा दृष्टिकोन अर्थाच्या विविध प्रणालींनुसार मनोविकृति समजून घेता येतात याला कमी महत्व देतो.

2. ***Further evidence of differential application of the 'schizoid' label***

स्किझॉइड लेबलच्या विभेदक वापराचा पुढील पुरावा

सांस्कृतिक वैश्विकतेबद्दलचे युक्तिवाद काही प्रमाणात संशोधनातून कमी झाले आहेत जे असे दर्शवितात की काही क्षेत्रांतील चिकित्सकांकडून विशिष्ट वांशिक गटातील लोकांना स्किझोफ्रेनिक म्हणून निदान करण्याची अधिक शक्यता असते. लॉरिंग अँड पॉवेल (1988) ने असे दर्शविले की मानसशास्त्रज्ञ वेगवेगळ्या वांशिक गटांवर उपचार करताना कधीकधी निदानात्मक लेबले वेगळ्या पद्धतीने लागू करतात.

स्पष्टपणे, 'स्किझोफ्रेनिया' हा शब्द वेगवेगळ्या संस्कृतीतल्या चिकीत्सकांद्वारेद्वारे आणि वेगवेगळ्या गटाच्या रूग्णांना वेगळ्या पद्धतीने लागू केला जाऊ शकतो. स्किझोफ्रेनियासारखे विकार किंवा औदासिन्य किंवा उन्माद यासारख्या इतर विकारांना वैश्विक

घटना म्हणून समजले जाते. ते भिन्न ठिकाणी तुलनात्मक निकषांनुसार परिभाषित केले जाऊ शकतात आणि त्याचे निदान केले जाऊ शकते. ज्यांना मनोविकृतीशास्त्राच्या सांस्कृतिक सार्वभौमत्वावर शंका आहे ते केवळ विशिष्ट सांस्कृतिक संदर्भातच परिस्थिती निरीक्षण करण्यायोग्य असल्याचे दर्शवित आहेत.

Universalism, relativism and culture-boundsyndromes
वैश्विकतावाद, सापेक्षतावाद आणि संस्कृतीबध्द सिंड्रोम

जॉर्ज श्येन (George Cheyne) यांनी त्यांच्या 'द इंग्लिश मेलोडी' (१७३३) या पुस्तकात असे सुचवले की, काही विशिष्ट चिंताग्रस्त लक्षणांमुळे (हायपोक्न्ड्रियायसिस, कमी स्पिरिट्स, वाष्प) संयोजनामुळे एक विलक्षण इंग्रजी रोग झाला. हे योग्य किंवा अयोग्य असो पण, काही विशिष्ट आजार विशिष्ट सांस्कृतिक गटाशी संबंधित असावेत असे सर्वप्रथम सुचवणारे जॉर्ज श्येन (George Cheyne) होते. जसजसे वेळ गेला तसतसे ही कल्पना संक्रामक बनली. १८३३ मध्ये, मलाया (सध्या मलेशियाचा भाग) वसाहती मधील अधिकारी गिलमोर एलिस यांना मलेशियात अस्तित्वात असलेल्या परंतु इतरत्र अज्ञात आहेत अशा दोन लताह (LATAH) आणि अमोक (AMOK) चिंताग्रस्त परिस्थिती आढळल्या. नंतरही १९६७ मध्ये हाँगकाँगमध्ये कार्यरत चिनी मानसोपचारतज्ज्ञ पॉ मेंग याप (Pow Meng Yap) यांनी संस्कृती-विशिष्ट विकृती दर्शविण्यासाठी संस्कृती-बाधित सिंड्रोम (Culture-Bound Syndrome) हा शब्द तयार केला ज्याबाबत इतरत्र निदान झाले नाही किंवा गैरसमज निर्माण झाले. (**Culture-bound syndrome** A culture-specific disorder that tends to be undiagnosed or misunderstood elsewhere.)

⁎ Yap-१९६७ यांच्यामते LATAH- प्रथमतः US आणि नंतर मलाया मध्ये आढळली. जी Jumping (Jumpers of maine) नावाने ओळखली गेली. ज्यामध्ये स्वयंचलित अज्ञाधारकतेचा समावेश असल्याने विचारात सातत्याने होणारे बदल, आवाजाची नक्कल करणे (echolalia), कृतींची नक्कल कारणे (echopraxia) इत्यादी लक्षणांचा समावेश होतो. विशेषतः तरुणानमध्ये काळी प्रमाणात वयस्क व्यक्तींना मध्ये दिसून आलेला हा आजार विकृती म्हणून न विचारात घेता तऱ्हेवाईकपणा म्हणून विचारात घेतला गेला.

⁎ AMOK प्रथमतः १५ व्या शतकात विफलतेला दिली गेलेली प्रतिक्रिया म्हणून विचारात घेतली गेलेली पण १९ व्या शतकात वैद्यकीय उपचाराची आवश्यकता असलेली विकृती म्हणून गणली गेली. मलाया वसाहतीत आढळलेली नंतर पूर्व आशियायी आणि आफ्रिकेत आढळून आली. औदाशिन्य निर्माण होण्यापूर्वीचा कालखंड जो वैयक्तिक निराशेच्या काही प्रकाराद्वारे सूचित केला जातो. या नंतर ब्लेड, शस्त्रे, तोफा किंवा ग्रेनेड्सचा इत्यादी शस्त्रांचा वापर करून संताप, हिंसक वर्तनाचा उद्रेक होतो, त्यानंतर या हल्ल्यांबद्दल स्मृतिभ्रंश होतो.

ऐतिहासिकदृष्ट्या Culture-bound Syndrome (CBS) सिंड्रोम जे उत्तर अमेरिका आणि युरोपच्या बाहेरील भागात आढळतात अशा परकीय / विलक्षण रोग (EXOTIC) म्हणून संबोधले गेलेल्या लिखाणावर लक्ष केंद्रित करते. (फर्नांडो, २००२). अलीकडेच काही लेखकांनी पाश्चात्य सेटिंग्जमधूनच विकृती शोधल्या आहेत ज्या समृद्ध जीवनशैलीशी संबंधित आहेत या कारणास्तव Culture-bound Syndrome (CBS) स्थितीस पात्र ठरतात. उदाहरणार्थ, ग्राहकवादी आणि भांडवलशाही अर्थव्यवस्थांमध्ये प्रचलित जीवनशैलीशी जोडले गेलेला व्यापकपणे ओळखला जाणारा टाइप अ वर्तन नमुना ज्यामध्ये स्पर्धात्मकता, कामाशी संबंधित ताण, दबावबद्ध मुदतीचा पाठलाग (pressurized deadline-chasing) यांचा समावेश होतो. (लिटलवुड, १९९६.). 'पाश्चात्य दुर्दशा' (Western Malady) चे आणखी एक उदाहरण म्हणजे खाण्याशी संबंधित विकृती 'एनोरेक्सिया नर्वोसा' होय. जगभरात समृद्धीचा आणि ग्राहकत्वाचा प्रसार होत असला तरीही . चीन, हाँगकाँग आणि कोरिया मध्ये 'एनोरेक्सिया नर्वोसा' च्या घटना वाढताना दिसत आहेत. (गॉर्डन, २००१). मानसशास्त्र दोन सैद्धांतिक दिशानिर्देशांमधून संस्कृतीशी निगडीत सिंड्रोमकडे पाहते, जे जागतिक अपसामान्य मानसशास्त्रातील विस्तृत दिशा प्रतिबिंबित करते. सार्वत्रिकतावाद दृष्टिकोन (universalist approach) या सिंड्रोमला उत्तर अमेरिकन आणि युरोपियन आधारित (पाश्चात्य) मानसोपचारशास्त्र म्हणून पाहतो आणि बहुतेकदा त्यांचा संदर्भ घेण्यासाठी 'विदेशी' (EXOTIC) हा शब्द राखून ठेवतो.

पारंपारिकपणे पाश्चात्य चिकित्सकांद्वारे निदान केल्या गेलेल्या विकृतीच्या लक्षणांशी केली जाते तेव्हा एखादा माणूस विचारू शकेल की LATAH आणि स्किझोफ्रेनिया यामध्ये किती साम्य आहे? काटेकोरपणे सांगायचे तर, सार्वभौमत्ववादी बाह्य सिंड्रोमला स्थापित निदानात्मक चौकटीत सामावून घेण्याचा प्रयत्न करीत असल्याने, ते केवळ संस्कृतीशी संबंधित सिंड्रोमची कल्पना अल्प प्रमाणात ओळखतात. यामुळे हे मनोविकार विकारांच्या मुख्य प्रवाहातील पाश्चात्य वर्गीकरणांच्या परिशिष्टांमध्ये हे केवळ परिघीय ठरतात.

दुसरीकडे सापेक्षतावादी दृष्टिकोन संस्कृतीविशिष्ट आहे. येथे पाश्चिमात्य मनोचिकित्साच्या गढीच्या पलीकडे जागा व्यापून, पॅथॉलॉजीच्या संस्कृती-विशिष्ट, देशी श्रेणींच्या उदयाकडे लक्ष केंद्रित केले आहे. येथे सिंड्रोम त्यांच्या यजमान संस्कृतींच्या अर्थ प्रणालीमध्ये तपासले जातात आणि असे प्रश्न विचारतात की 'LATAH' या शब्दामुळे मलेशियन लोकांना काय समजते?

रिटनबॉह Ritenbaugh (१९८२) असे सूचित करतात की विशिष्ट निकषांनुसार सर्व विकार संस्कृतीशी संबंधित मानले जाऊ शकतात. दुसऱ्या शब्दांत सांगायचे तर, जगातील सर्व आजार त्यांच्या स्थानिक संदर्भात आणि त्यांच्या स्वतःच्या स्वदेशी अर्थ प्रणालीमधूनच अस्सलपणे समजले जाऊ शकतात, म्हणून प्रत्येक रोग त्याच्या विशिष्ट संस्कृतीचे एक अनन्य उत्पादन आहे.

वास्तविक, सर्व मनोरुग्ण Yap यांच्या संस्कृती-विशिष्ट (इतरत्र अनिदानात्मक किंवा गैरसमज होण्यासारखे विकार) या परिभाषेत बसतात.

रिटनबॉग (१९८२) असा युक्तिवाद करतात की एखाद्या आजारपणासाठी संस्कृतीशी संबंधित स्थितीला पात्र होण्यासाठी त्याला एक किंवा त्यापेक्षा अधिक निकष पूर्ण केले पाहिजेत. आणि केवळ एकच निकष पूर्ण करणे आवश्यक असल्याने, संस्कृतीसंदर्भातील ही मापदंड (ती स्वत: कबूल करते) खूपच सैल आहे. तरीही तिचे उद्दीष्ट संस्कृतीशी संबंधित असलेल्या आणि जे नसलेल्यांमध्ये विकृतींचे विभाजन करण्याचे नाही.

एखाद्या आजाराला (विकृती) संस्कृतीशी संबंधित मानले जावे यासाठी रिटनबॉग यांनी पुढीलपैकी एक किंवा अधिक विधाने लागू केली जावीत असे सुचविले आहे

१. लक्षणे ही केवळ त्याच्या स्वतःच्या स्वदेशी संस्कृतीतून समजली पाहिजेत.

२. ही अशी कारणे आहेत जी स्वत:च्या स्वदेशी संस्कृतीचे मूल्ये / मानके / विश्वास यांचे प्रतीक आहेत.

३. रुग्णांवर केवळ त्याच्या स्वत:च्या स्वदेशी संस्कृतीतून रोग बरे करणारे यशस्वीरित्या उपचार करतील.

मानसिक आरोग्याबद्दलचा हा सापेक्षवादी दृष्टीकोन गृहित धरतो की सिंड्रोमचा उदय ज्या संस्कृतीत होतो (फक्त 'विदेशी' नाही) त्याबद्दल सविस्तर ज्ञान देऊन सर्व सिंड्रोमचे उत्तम प्रकारे आकलन केले जाऊ शकते. जर आपण विकारांबद्दल बोलत आहोत तर हे तितकेच खरे आहे (फर्नांडो, २००२). जर आपण मलेशिया (जसे की लेताह आणि अमोक) किंवा अधिक पाश्चात्य, औद्योगिक संदर्भ (जसे की ताण किंवा लठ्ठपणा) पासून होणाऱ्या विकारांबद्दल बोलत असल्यास हे खरे ठरेल.

प्रिन्स आणि त्श्कैंग-लरोच Prince and Tcheng-Laroche (१९७७) अशा सांस्कृतिक सापेक्षतेला नाकारतात आणि असे म्हणतात की मानसशास्त्रीय विकारांचे वर्गीकरण करण्यासाठी वेगवेगळ्या संस्कृतीतून रोगांना सांस्कृतिकदृष्ट्या सार्वत्रिक, आंतरराष्ट्रीय मान्यता प्राप्त प्रणालीमध्ये एकत्रित करण्याच्या कोणत्याही प्रयत्नास अडथळा निर्माण होतो, जसे अमेरिकन सायकायट्रिक असोसिएशनच्या डायग्नोस्टिक अँड स्टॅटिस्टिकल मॅन्युअल ऑफ सायकायट्रिक डिसऑर्डर (डीएसएम). जर आम्ही सर्व रोगांना सीबीएसचा दर्जा दिला तर आम्ही असे मानतो की विदेशी आजार आणि पाश्चिमात्य मनोचिकित्सकांनी निदान केलेल्या विकारांमधील समानता शोधण्यास आम्ही अपयशी ठरु आणि आम्ही अशा प्रकारे डीएसएम सारख्या जगभरातील निदान साधनासह क्रॉस-कल्चरली सिंड्रोमची तुलना करण्याची संधी गमावून बसू. सापेक्षतावादास ते अर्थहीनतेकडे घेवून जाणारा कल असे म्हणतात. त्यांनी सीबीएस (1987,) अशी व्याख्या केलीः

“चिन्हे आणि लक्षणे (कारणांच्या कल्पना वगळता) यांचा संग्रह जो मुख्यतः त्यांच्या मनोसामाजिक वैशिष्ट्यांमुळे मर्यादित संख्येच्या संस्कृतीत प्रतिबंधित आहे.”

.   प्रिन्स आणि त्श्चेंग-लरोच (Prince and Tcheng-Laroche's) असे सूचित केले आहे की एखाद्या आजारसदृश्य स्थितीला सीबीएस (CBS) स्थितीचा दर्जा त्यांच्या कारणांवर आधारित नसावा (Eatiology), तो चिन्हे आणि लक्षणांवर (signs and symptoms) आधारित असावा. सिंड्रोम हे कसे दिसतात आणि कसे वाटतात त्यानुसार संस्कृती-बाद्धीत मानले जातात, त्याला कोणते घटक कारणीभूत आहेत यावरुन नाही. या अटकेचे मुख्य कारण असे आहे की वेगवेगळ्या संस्कृतीतले डॉक्टर सामान्यत: एखाद्या आजाराच्या चिन्हे आणि लक्षणांवर सहमत होऊ शकतात, परंतु प्रस्तावित कारण घटकांबाबत अधिक विवादास्पद असू शकतात. उदाहरणार्थ, वेगवेगळ्या प्रदेशांमधून उपचार करणाऱ्यांद्वारे समान लक्षणांच्या सेट्सना वेगवेगळ्या कारण घटकांनी संलग्न केले जाऊ शकते.

लक्षणे आणि कारणांच्या दरम्यान स्पष्टपणे सूक्ष्म संबंध आहेत. तर्कसंगतपणे, आजार सीबीएस आहे की नाही हे स्थापित करण्याचा अधिक सोपा मार्ग म्हणजे कारण घटकांविषयक तपशील वगळणे आणि मूर्त (स्पष्ट व निश्चित), निरीक्षण करण्यायोग्य चिन्हे आणि लक्षणे त्यास चिकटविणे. केवळ सांस्कृतिकदृष्ट्या वैशिष्ट्यपूर्ण चिन्हे आणि लक्षणावरून सीबीएस स्थिती प्रदान केली जाते. अशाप्रकारे, भिन्न संस्कृतीत अभ्यास करणाऱ्यांमध्ये चांगले संवाद होण्याची शक्यता जास्त आहे. प्रारंभिकपणे, सीबीएसच्या वर्गवारीत विकृतींचा समावेश करण्यासाठी आणि वगळण्यासाठी सीबीएसची व्याख्या त्याच्या कारण घटकांना वगळून करण्याचे स्पष्ट निकष निश्चित करण्याचे उद्दीष्ट ठेवले आहे. या निकषांच्या व्यावहारिक वापराचे वर्णन करण्यासाठी ते जपानमधील एक व्याधी, तैजिन-कायफू-शो (*taijin-kyofu-sho*) (टीकेएस) चे विश्लेषण करतात आणि सीबीएस स्थिती मानतात. (Figure 9.7)

तैजिन-कायफू-शो (*taijin-kyofu-sho*) (टीकेएस) सीबीएस स्थितीसाठी प्रिन्स आणि चेंग-लरोचेच्या निकषांची पूर्तता करतो का? या प्रश्नाच्या संदर्भात दोन घटकांचा विचार केला जातो. प्रथम, टीकेएस जपानमध्ये इतर संस्कृतीच्या तुलनेत अधिक प्रमाणात आढळतो, परंतु निवडलेली चिन्हे आणि लक्षणे इतर ठिकाणी आढळून आली आहेत. (बेरी अँड कोब, १९८१ (इंग्लंड); डेल कार्लो-जियानिनी आणि जियानिनी, १९७५ (इटली). तथापि, संपूर्ण सिंड्रोम (लक्षण संच) जपानच्या बाहेर दिसून आले नाही. दुसरे म्हणजे, टीकेएस पारंपारिक सोशल फोबिया (युरोप आणि उत्तर अमेरिकेत म्हणून ओळखले जाते) च्या विपरीत आहे, जसे की फोबिक्सच्या विपरीत, टीकेएस रुग्णांना त्यांच्या भीती जास्त किंवा अवास्तव असल्याचे वाटत नाही

प्रिन्स आणि तचेंग-लरोचे असे सुचवतात की त्यांच्या स्वत: च्या व्याख्येनुसार टीकेएसला सीबीएस दर्जा मिळाला पाहिजे. हे जपानच्या बाहेर दिसणाऱ्या काही विकारांसारखेच आहे, परंतु विशेषतः ते पूर्णपणे जपानीसारखे दिसते आहे. या सर्वांनी हे सिद्ध केले आहे की त्यापेक्षा अधिक कठोर असा 'केवळ लक्षण' दृष्टिकोन विशिष्ट सिंड्रोम (लक्षण संच) विशिष्ट सांस्कृतिक परिस्थितीला विशिष्ट म्हणून ओळखतो.

सार्वभौमत्ववादी आणि सापेक्षतावादी सिंड्रोम (लक्षण संच) जे पहिल्या दृष्टीक्षेपात प्रदेश-विशिष्ट दिसतात त्यावर स्पष्टपणे भिन्न प्रतिक्रिया देतात. पूर्वीच्यांनी त्यांना (पूर्वदृष्ट्या) प्रस्थापित पाश्चात्य वर्गीकरणात सामावून घेण्यास प्राधान्य दिले. नंतरच्यांनी त्याऐवजी त्यांच्या यजमान संस्कृतीच्या अर्थ प्रणालीतून (भावनिक) न्याय दिला. सार्वत्रिक दृष्टिकोन तुलना आणि वर्गीकरणासाठी आंतरराष्ट्रीय स्तरावर मान्यता असलेल्या सिस्टम विषयी मोठ्या आशा बाळगून आहे, तर सापेक्षतावादी लोक आजार व आरोग्याकडे अपश्चिमात्य दृष्टिकोनातून पाहण्यास तयार आहेत. वाढत्या प्रमाणात जगभरातील मानसोपचारतज्ज्ञ निदान करताना सांस्कृतिक घटकांच्या प्रभावाची कबुली देत आहेत. World Health Organization (WHO) आणि American Psychiatric Association (APA) दोघेही आता आपापल्या आंतरराष्ट्रीय रोगांच्या वर्गीकरणाच्या वापरामध्ये संस्कृतीचा घटक म्हणून समावेश करतात (WHO - आंतरराष्ट्रीय स्तरावरील रोगांचे वर्गीकरण). उदाहरणार्थ, डीएसएम- IV (अमेरिकन सायकायट्रिक असोसिएशन,१९९४) निदान करतेवेळी चिकित्सकांना स्वत: आणि ग्राहकांमधील सांस्कृतिक फरक ओळखण्यास प्रोत्साहित करते (पॅनिआगुआ, 1998). निदानाबाबत संस्कृतीच्या या भूमिकेचे मानसोपचार समुदायाने मोठ्या संख्येने स्वागत केले आहे (सुमितीपाला आणि सिरीबद्दाना, 2004). मनोविकृतीशास्त्राच्या परिभाषावर संस्कृतीचा प्रभाव मुख्य प्रवाहास मान्य आहे, सीबीएस आगामी काळात मनोविकृती साहित्यात वैशिष्ट्यीकृत राहील, नव्याने ओळखल्या गेलेल्या सिंड्रोमवर असे लेबल लावले जात आहे (ली, 2001).

संस्कृतीशी निगडीत सिंड्रोमचा दीर्घ आणि वैविध्यपूर्ण इतिहास संस्कृती आणि मनोविकृतीशास्त्रच्या दरम्यान असणाऱ्या अनिर्बंध दुव्याचे उदाहरण देतो. Aboud (१९९८) हा दुवा स्पष्टपणे सांगत आहे की सर्व संस्कृती स्पष्टपणे सामान्य आणि अपसामान्य वागणुकीत फरक करतात आणि त्याशिवाय सामान्य क्रॉस-सांस्कृतिक घटक अपसामान्य मानल्या गेलेल्या वर्तनांमध्ये अस्तित्वात असल्याचे दिसून येते. अपरिहार्यपणे, स्थानिक मूल्ये आणि अर्थ प्रणालींच्या सांस्कृतिक दृष्ट्या अद्वितीय प्रभावांनुसार ही लक्षणे स्वत: ला वेगळ्या प्रकारे प्रकट करतात. दुसऱ्या शब्दात सर्व अपसामान्य सिंड्रोममध्ये संस्कृतीशी संबंधित घटक आहेत.

संस्कृती-मर्यादित सिंड्रोम संशोधनाची मर्यादा

1 सार्वत्रिकतावादी आणि सापेक्षतावादी या दोन्हीही दृष्ठीकोनामध्ये काही मर्यादा आहेत. सार्वत्रिकवाद्यांमध्ये (जे त्यांच्या निदानात्मक समानतेनुसार सांस्कृतिकदृष्ट्या विविध सिंड्रोमचे वर्गीकरण करण्याचे मूल्य पाहतात) आणि सापेक्षवादी (जे सर्व रोगांना त्यांच्या स्वत: च्या संस्कृतीत विशिष्टपणे बंधनकारक मानतात) यांच्या वेगळ्या पध्दतींमधील व्यापक विवाद जागतिक मानसशास्त्रावर प्रभाव प्रतिबिंबित करतो (क्लेनमॅन, 1987). सार्वभौमवाद्यांना क्रॉस-

कल्चरल सायकोलॉजीशी जोडले गेले आहे, ज्यामध्ये संस्कृतींमध्ये सामान्य असलेल्या वर्तन आणि अनुभवाच्या पैलूंचा शोध चालू आहे. सापेक्षवादी लोक सांस्कृतिक मानसशास्त्राप्रमाणेच एक अधिक वांशिक दृष्टिकोन घेतात. येथे अद्वितीय सांस्कृतिक संदर्भात, मानसिक आजाराच्या पैलूंसह सर्व वर्तनाचे परीक्षण करण्यावर जोर देण्यात आला आहे. संस्कृतीशी संबंधित सिंड्रोमसंदर्भात चर्चेत सार्वभौमत्ववादी आणि सापेक्षवाद्यांचे प्रामाणिकपणा लक्षात घेता हे स्पष्ट झाले पाहिजे की दोन्ही बाजूंच्या नायकांना त्यांच्या सैद्धांतिक उत्पन्नाच्या मर्यादांचा सामना करावा लागतो: सार्वभौमत्ववादी नेहमीच स्थानिक स्वरूपाच्या सिंड्रोमच्या स्थानिक सूक्ष्मदर्शकावरून उदासीनता दाखवितात. अल., 1997); रोगाच्या वर्गीकरणासाठी जागतिक पातळीवर लागू होणाऱ्या या यंत्रणेच्या विकासास सापेक्षवाद्यांना मदत करण्याची शक्यता नाही.

२ सीबीएस संकल्पना म्हणजे काय?

सीबीएसच्या संकल्पनेची योग्यता किती आहे यावर वेगवेगळ्या दृष्टीकोनाद्वारे प्रश्न विचारला जातो. पाश्चात्य मनोचिकित्सा तथाकथित ‘विदेशी’ सिंड्रोम आणि प्रस्थापित परिस्थिती यांच्यातील साम्यांवर प्रकाश टाकते, अशा प्रकारे अद्वितीय किंवा विदेशी आजारांच्या विशिष्ट वर्गाच्या आवश्यकतेवर शंका निर्माण करते (याप, १९६९). उदाहरणार्थ, लताह (LATAH) ही पाश्चात्य भाषेतल्या ‘प्राथमिक भीती प्रतिक्रिये’शी तुलना केली जाऊ शकते. ‘क्रोधाच्या प्रतिक्रियेचे’ उदाहरण म्हणून अमोककडे (AMOK) पाहिले जाऊ शकते. दुसरीकडे, जे लोक असे मानतात की सर्व मनोरुग्ण त्यांच्या स्वत: च्या संदर्भातच पूर्णपणे समजण्यायोग्य आहेत त्यांच्याकडून असे ठामपणे म्हटले जाऊ शकते की संस्कृतीशी निगडीत सिंड्रोमच्या वेगळ्या श्रेणीची आवश्यकता नाही. तरीही, जर संस्कृती सर्व विकारांवर परिणाम घडविणारी म्हणून ओळखली गेली असेल तर कदाचित त्या सर्व प्रभावीपणे संस्कृतीशी संबंधित असतील (सुमितीपाला आणि सिरीबद्दाना, 2004). विलक्षण गोष्ट म्हणजे, या पुराव्यावर असे दिसून येते की पाश्चात्य मनोचिकित्सक आणि सांस्कृतिक सापेक्षवादी दोघेही एक स्वतंत्र श्रेणी म्हणून सीबीएस संकल्पना सोडण्यासाठी केस बनवू शकतात.

आतापर्यंत आम्ही शिकलो आहोत की, सांस्कृतिक संदर्भात काही संवेदनशीलता घेतल्याशिवाय मनोरुग्णशास्त्र समजले जाऊ शकत नाही. विशिष्ट वर्गात न बसणाऱ्या (Atypical) वर्तनचा उपचार देखील विविध सांस्कृतिक परंपरांना प्रतिबिंबित करतो.

३.४ संस्कृती, मानसोपचार आणि उपचार

एकाद्या ठिकाणी मानसिक स्वास्थ्य उत्तम ठेवण्यास मदत करणारी एखादी उपचार पद्धती इतर ठिकाणीही प्रभावीपणे कार्य करेल अशी अपेक्षा आपण केली पाहिजे काय?

जे चिकित्सक आणि संशोधक संस्कृती आणि आपसामान्यत्व यांच्यातील संबंध समजून घेणे स्वतःशी संबंधित आहे असे मानतात त्यांच्याशी मानसोपचाराच्या सार्वत्रिक परिणामकारकते

बद्दलचे प्रश्न संबंधित आहेत. यथार्थपणे, मानसोपचाराच्या जागतिक वापरासाठीची एक सकारात्मक गोष्ट म्हणजे त्याचा मुख्य म्हणजे युरोप आणि अमेरिकेपासून आशिया आणि अन्य विकसनशील प्रदेशांतील निर्यात दर. फ्रायडियन सायकोआनालिसिस, उदाहरणार्थ, मूळ विसाव्या शतकातील युरोपमध्ये विकसित झाला होता, आता तो चीन आणि दक्षिण-पूर्व आशियामध्ये वापरला जातो (झांग व इतर २००२). तरीही आपण हे लक्षात घेतले पाहिजे की अशा उपचारपद्धती अबाधित (unadulterated form) स्वरूपात निर्यात केल्या गेल्या नाहीत. आपण या विभागात नंतर शिकू, त्यांचा प्रभावीपणा हा त्यांच्या स्थानिक स्वदेशी सांस्कृतिक घटकांच्या समाकलनावर आणि एकत्रीकरणावर अवलंबून आहे.

मानसोपचाराच्या सांस्कृतिक वैश्विकतेचा शोध घेण्याचा आणखी एक मार्ग म्हणजे ज्यांनी सांस्कृतिक आणि वांशिकदृष्ट्या वैविध्यपूर्ण गटांमध्ये त्यांचे यश दर संपादन केले आहे त्यांच्याशी संबंधित आहे. उपचार पध्दती संस्कृतीची पर्वा न करता प्रत्येकासाठी समान रीतीने कार्य करते का? एका अमेरिकन अभ्यासाने नाही असे सुचवले, अमेरिकेतील गोऱ्या वर्णातील लोखसंख्ये तील यशाच्या तुलनेत आफ्रिकन अमेरिकन गटांमध्ये मानसोपचार पध्दती अयशस्वी असल्याचे दिसून आले (Sue व इतर, १९९४). आणखी एक अभ्यासात उघडकीस आले की, लॉस एंजेलिसमधील लॅटिनो वंशीयांनी त्यंच्या त्यांच्या समकक्ष इतर वंशीय गटांमधील लोकांपेक्षा अधिक प्रभावीपणे प्रतिसाद दिला (Sue व इतर, १९९४). भारतात आयोजित केलेल्या एका दीर्घकालीन संशोधन प्रकल्पात स्किझोफ्रेनिया असल्याचे निदान झालेल्या मद्रासमधील सहभागी व्यक्तींचा रोगामुक्ततेचा दर विकसित राष्ट्रांतील 'यूएस' रोगामुक्ततेच्या दरापेक्षा चांगला (उत्तम) होता (थारा, २००४)

असे दिसते की भिन्न सांस्कृतिक गटांमधील थेरपीच्या सापेक्ष प्रभावांवरील डेटा तुलनेने दुर्मिळ आहे (मॅट्समोटो आणि जुआंग, 2004). ते प्रतिसाद दरामध्ये सांस्कृतिक भिन्नतेचे एक सुस्पष्ट स्तर सूचित करतात. हे असे सूचित करते की संस्कृती ही उपचारांच्या परिणामकारकतेतील एक महत्वाचा घटक असू शकते. संस्कृती आणि मनसोपचारातील परिणामकारकता यातील दुवा मनोविकृती व्यावसायिकांच्या ध्यानातून सुटलेला नाही. खरंच, अमेरिकन सायकायट्रिक असोसिएशन निदान आणि उपचार या दोन्हीवरील संस्कृतीचा प्रभाव कबूल करते. २००२ पासून विविध सांस्कृतिक पार्श्वभूमीवरील ग्राहकांना थेरपी देण्याशी संबंधित असलेल्या आव्हानांवर चर्चा करण्यासाठी सदस्यांना मदत करण्यारी मार्गदर्शक तत्त्वे दिली गेली आहेत.

असे दिसते आहे की आम्ही, मानसोपचारास सर्वांना समान न्याय देणारी संस्कृतीमुक्त गोष्ट म्हणून संबोधण्यास उत्सुक आहोत. त्याऐवजी, जागतिक साधन म्हणून मानसोपचाराचा प्रभाविपणा केवळ क्लायंटची मूल्ये किंवा निवासस्थानावर अवलंबून नाही तर उपचार पध्दती ही त्या मूल्यांशी आणि विविध विश्वास प्रणालींशी किती अनुकूल आहे यावर अवलंबून असते. उदा.

विविध संदर्भांमध्ये अर्थपूर्ण असणाऱ्या अध्यात्मिक किंवा धार्मिक घटकांचा समावेश करणे. मानसोपचार पध्दती अशी रूपरेषा कशी बनवू शकते का हे विचारण्यापूर्वी पप्रथमतः आपणास मानसोपचाराच्या परिणामकारकतेवर पडणाऱ्या संस्कृतीच्या प्रभावाचा अधिक बारकाईने विचार करावयास हवा.

Factors influencing the effectiveness of psychotherapy across cultures
मानसोपचाराच्या प्रभावीतेवर परिणाम करणारे सांस्कृतिक घटक :

वेगवेगळ्या वांशिक किंवा सांस्कृतिक गटातील ग्राहकांना मानसोपचाराद्वारे किती चांगली सेवा दिली जाते यावर अनेक घटकांचा प्रभाव पडण्याची शक्यता आहे. मानसोपचाराची प्रभावीता उपचारात्मक प्रक्रियेत भाग घेणाऱ्या ग्राहक आणि चिकित्सकांद्वारे घेतलेल्या मूल्यांवर अंशतः अवलंबून असते.

१. Conceptual factors: ideas about health and illness
वैचारिक घटक: आरोग्य आणि आजारपणाबद्दल कल्पना

जेव्हा क्लायंट आणि एक उपचारकर्ता मानसिक आरोग्य आणि आजार कशामुळे तयार होते याबद्दल समान विचार करतात तेव्हा उपचार अधिक प्रभावी होण्याची शक्यता असते. बहुधा असे घडण्याची शक्यता तेंव्हाच आहे जेंव्हा उपचारकर्ता आणि क्लायंट समान सांस्कृतिक पार्श्वभूमी असणारे असतात. प्रशिक्षणादरम्यान त्यांच्यात समाविष्ट केलेल्या मूल्यांद्वारे, कदाचित एखाद्या विशिष्ट उपचारात्मक परंपरेचे पालन केल्यामुळे अपसामान्यता किंवा पॅथॉलॉजीबद्दलचा उपचार कर्त्याचा दृष्टिकोन प्रभावित होऊ शकतो. उदाहरणार्थ, ज्याची विश्वासप्रणाली आध्यात्मिक चिंतेमुळे आजारपण उद्भवते अशी आहे अशा एखाद्या सांस्कृतिक गटाच्या एखाद्या क्लायंटचा उपचार जर फ्रॉईडियन मनोविश्लेषक (दडलेल्या लैंगिक उर्जाच्या बाबतीत न्यूरोसिसचा अर्थ लावणाऱ्या युरोपियन-आधारित प्रतिमानानुसार) उपचार करत असेल तर या दोन पक्षांमध्ये समजूतदारपणा आणि सहानुभूतीचा अभाव आहे असा त्याचा अर्थ होतो. तथापि, पाश्चात्य मानसोपचारशास्त्रानुसार वैद्यकीय दृष्टिकोनातून नव्हे तर अध्यात्मिक विश्वास प्रणालीनुसार आजार संकल्पित करण्यासाठी अनेक क्षेत्रांमध्ये सांस्कृतिक मान्यता देण्यात आली आहे. उदाहरणार्थ, चिंतेचे ताओवादी स्पष्टीकरण ताओवादी धार्मिक शिकवणुकीच्या अनुषंगाने निःस्वार्थ आचरणात उपाय शोधू शकेल, (झांग व इतर २००२). त्याचप्रमाणे, इ. स. पूर्व ५००० वर्ष, भारतीय वैदिक शास्त्रांवर आधारित आयुर्वेदिक योगिक उपचार हा आजारपण आणि आरोग्यासाठी धार्मिक किंवा आध्यात्मिक दृष्टिकोन दर्शवितो (फर्नांडो, २००२). ज्या ग्राहकांच्या मूल्य प्रणालीची माहिती अध्यात्माद्वारे दिली जाते, त्यांच्यासाठीच्या सर्वात योग्य थेरपीमध्ये वैद्यकीय, वैज्ञानिक दृष्टिकोनासह कदाचित धार्मिक किंवा आध्यात्मिक वैशिष्ट्ये समाविष्ट करण्याचा प्रयत्न केला जाऊ शकतो. धर्म आधारित उपचार यंत्रणेच्या स्थानिक प्रभावीपणाची स्वीकृती वाढत आहे. आणि

जिलेक (१९९३) यांना यापैकी काही उपचारांच्या तंत्रज्ञानाच्या स्वीकृतीच्या दिशेने होणारी वाटचाल लक्षात आली आहे. युरोप आणि उत्तर अमेरिकेतील प्रॅक्टिशनर्स आता आरोग्य आणि संतुलन वाढविण्याच्या प्रयत्नात असताना एक्यूपंक्चर किंवा योगिक उपायांचा समावेश करत आहेत.

धर्म-आधारित मनोचिकित्साचे एक उल्लेखनीय (जरी अद्याप पश्चिमेकडील मुख्य प्रवाहात नसलेले) उदाहरण म्हणजे समाधी अवस्था मिळवणे (बौरगिगन, 1984). विशेष म्हणजे हा सराव मुळीत थेरपी आहे की आणखी काही पॅथॉलॉजिकल स्टेट आहे (की संकल्पना पहा) यावर काही समीक्षकांनी वादविवाद केले आहेत. हा वाद बाजूला ठेवून, यथार्थपणे उपलब्ध असलेल्या उपचारांच्या थरात धर्मावर आधारित उपचाराचा समावेश केल्याने हे स्पष्ट होते की जेथे एखादा थेरपिस्ट त्याच्या किंवा तिच्या क्लायंटकडून जो वेगळ्या सांस्कृतिक गटाचे प्रतिनिधित्व करतो, तेथे तिची किंवा तिच्या विश्वास प्रणालीची ओळख क्रॉस-कल्चरल उपचारच्या प्रभावीतेसाठी चांगली ठरते (ॲटकिन्सन, २००२).

परस्परसंबंधित घटक: क्लायंट – थेरपिस्ट इंटरफेसवर

आजारपण आणि आरोग्याबद्दल सामायिक मूल्ये कोणत्याही प्रकारे नाही प्रभावी उपचाराची हमी देत नाहीत. सामायिक विश्वास प्रणालीसह किंवा त्याशिवाय, पारस्परिक आचरण आणि संप्रेषणाचे विविध लिखित-अलिखित नियम देखील उपचार पद्धतीच्या यशावर गहन प्रभाव टाकू शकतात. आजारपण आणि आरोग्याबद्दल आपल्याकडे असलेल्या मूल्यांप्रमाणेच हे विविध लिखित-अलिखित नियम एका सांस्कृतिक गटापासून दुसऱ्या संस्कृतीत भिन्न असू शकतात. जिथे ग्राहक (क्लायंट) दुसऱ्या सांस्कृतिक गटाच्या एखाद्या उपचारकाचा सल्ला घेतो तेथे या भिन्न लिखित-अलिखित नियमांचे कौतुक नसते. उदाहरणार्थ, अरब ग्राहकांनी सल्लामसलत करताना थेट डोळ्यांशी संपर्क साधला नसल्याचे आढळले आहे आणि याचा निदान आणि उपचारांच्या यशावर विपरित परिणाम झाला आहे (अल-क्रेनावी आणि ग्रॅहम, २०००). ग्राहक आणि उपचारक यांच्यात स्थिती आणि सामर्थ्याशी संबंधित संबंधांविषयी देखील सांस्कृतिक फरक दिसून येतो. काही क्षेत्रांमध्ये एक थेरपिस्ट एक 'फिक्सर' म्हणून ओळखला जाण्याची शक्यता असते, ज्यामुळे ती उपचारात्मक प्रक्रियेचे नेतृत्व करणारी अधिकार प्राप्त व्यक्ती ठरते. उपचारकाच्या अशा सक्रियतेला अरब अमेरिकन गट अनुकूल असल्याचे आढळले आहे (अल-क्रेनावी आणि ग्रॅहम, २०००). असे सूचित केले गेले आहे की, ज्या गटांना पारंपारिकपणे त्यांच्या स्वत: च्या कुटुंबात किंवा समुदायांमध्ये बरे होण्याची सवय आहे तिथे अधिक निर्देशित उपचार पद्धतीला प्राधान्य दिले जाईल, जेणेकरून या उपायांमध्ये बाहेरील व्यावसायिक व्यक्तीची निवड शेवटचा पर्याय म्हणून केली जाईल (लिन व इतर, 1992) आपण विविध संवादाच्या शैलींबद्दल किंवा स्थितीचे भिन्न अर्थ सांगत असलो तरी हे स्पष्ट दिसते की, जो उपचारकर्ता त्यांच्या ग्राहकांशी ग्राहकांच्या स्वत: च्या परस्परसंबंधित अटींवर गुंतण्यासाठी तयार आहे तो सर्वात प्रभावी ठरतो.

भौतिक घटक: उपचार प्रवेश

थेरपीच्या क्रॉस-सांस्कृतिक परिणामकारकतेवर परिणाम घडविणाऱ्या घटकांची ही चर्चा संपविण्याआधी आपण भौतिक आणि आर्थिक घटकांचा मुख्य प्रभाव ओळखला पाहिजे. जेव्हा आपण हे वाचता तेव्हा आपण कुठेही असा, स्वत: ला विचारा की आपल्याला जवळच्या मानसोपचाराकडे जाण्यासाठी किती वेळ लागेल. या प्रश्नाची उत्तरे (अगदी मिनिटे, तास, दिवस याद्वारे मोजली जातात) मोठ्या प्रमाणात बदलू शकतात. उदाहरणार्थ, असा अंदाज आहे की इथिओपियामध्ये ग्राहक-मानसोपचारक प्रमाण अंदाजे एकास 8 दशलक्ष आहे, तर अमेरिकेत तुलनात्मक आकडेवारी 10,000 व्यक्तीमागे १ मानसोपचारक इतकी आहे जी शहरवासीयांसाठी अधिक अनुकूल आहे (हॉपर एट अल. 2007) .

स्पष्टपणे, आर्थिक समृद्धी आणि निवासस्थानाचा मनोविज्ञानाच्या प्रवेशावर प्रभाव आहे. तथापि आपण हे लक्षात ठेवले पाहिजे की व्यावसायिक उपचारात्मक सेवांमध्ये प्रवेश दर्शविणारी आकडेवारी संपूर्ण आकलन करून देत नाही. आधीच सूचित केल्याप्रमाणे, बऱ्याच क्षेत्रांमध्ये, मुख्यत्वे विकसनशील जगात, उपचार हा विस्तारित कुटुंब किंवा समुदायाचा प्रांत आहे. परिणामी, पात्रतेच्या उपचारकापासून काही मैल दूर राहत असलो तरीही उपचार हा ‘दारात’ उपलब्ध आहे. आपण आता वळलो आहोत अशा देशी उपचारांच्या प्रकारांमुळे हे घडेल आहे

स्वदेशी उपचार (Indigenous therapies)

हे आधीच सूचित केले गेले आहे, ज्या प्रथा त्या प्रदेशात प्रचलित आहेत त्या किती चांगल्या प्रकारे मूल्ये समाविष्ट करतात यावर पश्चिमेकडील मनोचिकित्साची यशस्वी निर्यात काही प्रमाणात अवलंबून असते. म्हणून जेथे युरोपियन आणि उत्तर अमेरिकन तंत्र स्थानिक अस्तित्त्वात असलेल्या स्वदेशी उपचारात्मक उपायांसह समाकलित होऊ शकतात, तेथे सकारात्मक परिणाम होण्याची शक्यता आहे. त्याचप्रमाणे, विकसनशील देशांकरिता स्वदेशी असलेल्या थेरपीसाठी जागतिक स्तरावर अधिक प्रमाणात लागू होण्याची शक्यता वाढत आहे आणि परिणामी ती पश्चिमेकडे निर्यात केली जाते. तर, विकसनशील जगात कार्यरत आणि विलीन झालेल्या उपचार पद्धतींची विस्तृत वैशिष्ट्ये कोणती आहेत?.

लिन व इतर (1992) यांनी अशा पद्धतींचे सोळा विकसनशील देशांमध्ये मेटा-विश्लेषण केल्यावर नॉन-वेस्टर्न स्वदेशी उपचार असे वैशिष्ट्यीकृतकेले आहेत

१. व्यावसायिक प्रशिक्षित तज्ञांऐवजी कौटुंबिक किंवा समुदाय नेटवर्कमधील तज्ञांचा वापर करणे.

Vishwanath M. Patil

२. वैयक्तिक कल्याण सुधारण्याऐवजी समाजातील लहरी (समाजकंटक) किंवा त्रस्त व्यक्तींच्या पुन्हा एकत्रिकरणावर लक्ष केंद्रित करणे.

३. वैज्ञानिक, वैद्यकीय घटकांसह किंवा तत्त्वांऐवजी धार्मिक किंवा अध्यात्मिक समाविष्ट करणे.

४. चर्च, घरे किंवा इतर नॉन-वैद्यकीय सांप्रदायिक जागांचा समुदाय सेटिंग्जमध्ये समावेश करणे.

हे लक्षात घेतले गेले आहे की वाढत्या प्रमाणात, जे ग्राहक आशिया आणि आफ्रिका ओलांडून आध्यात्मिक उपचारांचा सल्ला घेतात ते सोबतच वैद्यकीय सल्ला घेतात (फर्नांडो, २००२). बऱ्याच प्रदेशांमध्ये देशी उपचारांना पाश्चात्य उपचारांसाठी पर्याय मानले जात नाही पण त्यांना पूरक म्हणून मानले जाते.

थेरपी आणि संस्कृतीवरील संशोधनाची मर्यादा

१. मर्यादित नमुने

वेगवेगळ्या तात्विक परंपरा ओळखणाऱ्या ग्राहकांच्या उपचारात्मक निवडींबद्दल जाणून घेणे माहितीपूर्ण असले, तरी असे लक्षात आले आहे की एकूणच या विषयावरील संशोधनाचा मोठा भाग युरोप आणि उत्तर अमेरिका मधून आला आहे (फर्नांडो, २००२). विकसनशील जगातील सहभागींनी केलेल्या उपचारात्मक निवडींवरील अधिक संशोधनाची आम्ही वाट पाहत आहोत.

२. लपविलेल्या उपचारपद्धती

युरोप आणि उत्तर अमेरिकेच्या बाहेरील पारंपारिक उपचारपद्धती बहुतेक वेळेस धर्मावर आधारीत असतात आणि त्यांच्या पाश्चात्य भागांपेक्षा अगदी औपचारिक असतात. त्यासाठी औपचारिक प्रशिक्षण आवश्यक नसते आणि बऱ्याच बाबतीत ते घरातच घडतात. त्यांची व्यावसायिक संस्था किंवा वैद्यकीय परिषदांकडून दस्तऐवजीकरण केले जात नाही. यामुळे, त्यांचा अल्प प्रमाणात, वांशिकदृष्ट्या होणारा वापर आणि गुणात्मक संशोधनाचा अभाव यामुळे प्रभावीपणे दस्तऐवजीकरण करणे कठीण आहे. म्हणूनच देशी उपचारांच्या व्यापकतेबद्दल आपल्याकडे विश्वासार्ह परिमाणात्मक स्वकृती नसते, ज्यामुळे जागतिक पातळीवरील पालनाबद्दल आपली स्वतःची प्रशंसा मर्यादित करते. ही मर्यादा अनौपचारिक (ज्याला बहुतेकदा 'पारंपारिक' (Folk) म्हणून संबोधले जाते) उपायांच्या वापरामध्ये मूळतः दिसते.

संस्कृती आणि मानसोपचार अलीकडील घडामोडी: बहुसांस्कृतिकता, जागतिकीकरण आणि उपचार

अठराव्या शतकापासून, युरोपियन औषधाच्या जगभरातील निर्यातीतून असे दिसून आले की, वसाहतवादी आणि धार्मिक मिशनरी लोक अंधश्रद्धाळू देशी 'लोक' (folk) उपचार नव्याने पाहिल्या गेलेल्या वैज्ञानिक अंतर्दृष्टीने बदलण्याच्या मिशनवर होते. (फ्रँक आणि स्टॉलबर्ग, 2004) त्यानंतर, वैद्यकीय ज्ञानाची रहदारी आणि विकसनशील जगात उपचारात्मक पद्धतीमध्ये कोणतीही कसर सोडली गेली नाही. खरंच, आजचे फार्मास्युटिकल उद्योग आणि बायोमेडिकल संशोधक हे सुनिश्चित करतात की वैद्यकीय प्रथा पश्चिमेकडून पूर्वेकडे पसरत आहे (फ्रँक आणि स्टॉलबर्ग, 2004). तरीही अलीकडील इतिहास दुतर्फा होणारी वैद्यकीय आणि उपचारात्मक ज्ञानाची वाढती जागतिक चळवळ उघड करतो. अर्थातच हे जागतिकीकरणाकडे अधिक सामान्य कल दर्शविते (सांस्कृतिक, सामाजिक आणि आंतरराष्ट्रीय पातळीवर वैविध्यपूर्ण कल्पनांचे जागतिक एकत्रीकरण आणि सामायिकरण म्हणून परिभाषित केलेले). उदाहरणार्थ, आशियात उद्भवणाऱ्या उपचारांची वाढती निर्यात केली जाते, ज्यात चीनी ॲक्यूपंक्चर आणि भारतीय आयुर्वेदिक उपचार युरोप आणि उत्तर अमेरिकेत अधिक लोकप्रिय झाले आहेत.

अशा पारंपारिकपणे उपलब्ध असलेल्या उपचारपद्धती बऱ्याच देशांमध्ये रूग्णांना पर्याय म्हणून उपलब्ध होत आहेत. त्या निदान आणि उपचार (शारीरिक आणि मानसिक समस्यांविषयी) कल्पना देतात की ज्या पाश्चात्य मानसोपचारतज्ज्ञांना ऐतिहासिकदृष्ट्या अनुकूल असलेल्यांपेक्षा वेगळ्या आहेत (लिन व इतर, 1992). अलीकडील संशोधनात असे सूचित केले गेले आहे की, पूर्व आणि पश्चिम दरम्यानच्या उपचारांच्या क्रॉस ट्रॅफिकिंगमुळे जागतिक परिस्थिती निर्माण होते ज्यामध्ये पश्चिमी आणि पूर्वेकडील उपचार समाजात आनंदाने एकत्र राहतात. उपचारात्मक पद्धती आणि व्यापक समाज जीवन बहुसांस्कृतिकतेकडे (ज्यामध्ये विविध वंशीय आणि सांस्कृतिक गटातील लोक एकत्र राहतात) असलेल्या सामान्य प्रवृत्ती (कल) स्पष्ट करतात. उदाहरणार्थ, बऱ्याच विकसनशील देशांमध्ये स्थानिक उपचार करणारे आणि पाश्चिमात्य-प्रशिक्षित चिकित्सकांकडून एकाच वेळी सल्लामसलत घेतली जाते. (Ademuwagun et al., 1979; Weiss, 1982). तसेच, हेली आणि अस्लम (१९९०) यांना इंग्लंडमध्ये राहणारे एशियन रूग्ण नियमितपणे डॉक्टर्स तसेच हाकिम्स (भारत किंवा पाकिस्तानमध्ये प्रशिक्षण घेतलेले आयुर्वेदिक उपचार करणारे) यांच्याशी सल्लामसलत करतात. काही ग्राहकांमध्ये असा विश्वास आहे की आयुर्वेदिक उपचारांनी आजाराची मूलभूत कारणे सोडविली आहेत, पाश्चात्य उपचारांमुळे बहुतेक वेळा मूळ कारणे मानली जात नाहीत (Dein & Sembhi, 2001). ग्राहक भिन्न परंपरा पासून एकाच वेळी उपचारांचा वापर करण्यास अनुकूल आहेत ही कल्पना चांगली समर्थित आहे. फ्रँक आणि स्टॉलबर्ग (2004) यांनी जर्मनीमधील एक्यूपंक्चर आणि आयुर्वेदिक उपचारांची वाढती लोकप्रियता पाहिली. ते सुचवतात की, यातून त्यांची संकरणाची प्रक्रिया (process of hybridisation) स्पष्ट करते. दुसऱ्या शब्दांत, जेव्हा उपचार बाहेरून युरोपियन सेटिंगमध्ये प्रवेश करतात तेव्हा ते अनुकूलन प्रक्रिया करतात, युरोपियन आणि दक्षिण आशियाई घटक एकत्रितपणे संकरित थेरपी तयार

करतात. उदाहरणार्थ, जीपींना (General Practitioner) त्यांच्या निदानांमध्ये आयुर्वेदिक कल्पनांचा उपयोग आढळला, तर दक्षिण आशियाई उपचार करणाऱ्यांनी बायोमेडिकल प्रक्रियेचा समावेश केला. दोन परंपरेचे मिश्रण करण्याचे आणखी पुरावे Tovey (१९९७) कडून आले आहेत ज्यांनी आयात केलेल्या उपचारांसाठी काही युरोपियन जीपींची (General Practitioner) वाढती सहानुभूती लक्षात घेतली.

या अलीकडील पारंपारिक उपचारांमधील घडामोडींमुळे जगभरातील प्रबळ चळवळ म्हणून उभ्या असलेल्या पाश्चात्य औषधांच्या प्रतिमांना कमी महत्व मिळते. असे दिसते की पारंपारिक उपचार हा स्वदेशी आणि युरोपकडील निर्यातीसाठी पोषक होऊ शकतो. नि: संशयपणे, या उपचारांद्वारे आणि विविध प्रकारच्या विश्वासार्ह प्रणाली ज्या त्यांच्याद्वारे खंडांमध्ये ओलांडल्या आहेत अशा समुदायांची सांस्कृतिक ओळख जपण्यात महत्त्वाची भूमिका बजावतात. खरंच, पश्चिम आणि पूर्वेच्या दरम्यान बरे होण्याची हालचाल आजच्या जगातील लोकांची एकाच वेळी चळवळ प्रतिबिंबित करते. हे देखील दर्शविते की जागतिकीकरणाच्या प्रक्रियेत यशस्वी उपचार हे लोकवस्तीनुसार परिस्थितीशी जुळवून घेतात जे वैज्ञानिक आणि अध्यात्मिक अशा दोन्ही गोष्टींना महत्त्व देतात.