

Kulturelt perspektiv på psykiske symptomer

av Tore Sørli



Kulturmøter i psykiatrien

Kultur kan beskrives som summen av de erfaringene vi tilegner oss gjennom oppvekst i et nærmere definert fellesskap og som kommer til uttrykk gjennom språk, tro, levemåter og kunnskaps- og behandlings-tradisjoner. Mennesker med samme kulturbakgrunn vil i varierende grad identifisere seg med denne. Mens begrepet orienteringskunnskap henviser til gruppebasert kunnskap om ulike kulturer, henviser begrepet kultursensitivitet til evnen til å forstå den betydningen en hendelse eller en situasjon har for en bestemt person med en bestemt kulturbakgrunn. Antropologen Arthur Kleinman beskriver klinikerens oppgave på følgende måte: «The clinician, as an anthropologist of sorts, can empathize with the lived experience of the patient's illness, and try to understand the illness as the patient understands, feels, perceives, and responds to it» (Kleinman & Benson, 2006). Mangelfull kultursensitivitet kommer hyppig til uttrykk i stereotype forestillinger om at alle mennesker

med en bestemt kulturbakgrunn er mer eller mindre like. Orienteringskunnskap er viktig, men kan misbrukes til å definere enkeltmennesker og er derfor ingen tilstrekkelig forutsetning for kultursensitivitet.

Det kan være vanskelig å være seg bevisst sitt eget kulturelle ståsted, men desto lettere å karakterisere andres. Kultur er noe vi ofte først blir oppmerksomme på i møtet med kulturer som er annerledes enn vår egen. Vår egen kulturelle selverkjennelse og selvfølelse vil da avgjøre hvorvidt vi kan anerkjenne eller kommer til å avvise eller nedvurdere de sidene ved den fremmede kulturen som vi kommer i kontakt med. På samme måte som vi kan ha vanskelig for å anerkjenne de sidene ved andres person, situasjon eller problematikk som minner oss om det vi selv sliter med, kan vi tilsvarende også være blinde for eller ta avstand fra sidene ved andre kulturer som minner oss om det vi selv savner, ikke ser eller vil se i vår egen.

Kulturbegrepet angår ikke bare folkegrupper, men også organisasjoner

og fagfellesskap. Helsetjenesten er en arena for kulturkollisjoner, dels på grunn av forskjeller mellom behandlerkultur og de kulturene pasientene er bærere av med de forventningene disse er forbundet med, men også fordi ulike kulturelle fortolkningsreferanser for sykdom og helse blir aktivert og mobilisert ved psykiske lidelser og kriser. Den asymmetri som implisitt ligger i forholdet mellom hjelper og profesjonell tjenesteyter blir forsterket ved økende hjelpeløshet hos den som søker hjelp og av mangelfull kultursensitivitet hos hjelperen. Jo større hjelpeløshet og forvirring pasienten opplever, jo større vil hans eller hennes tilpasningsorientering kunne bli, og jo større kulturforskjeller som eksisterer mellom pasientenes kulturelle tilhørighet og de profesjonene som er satt til å fortolke dem, desto større er behovet for en grunnleggende kultursensitiv orientering i disse profesjonene. Dette vil lett føre til at skolemedisinens utøvere tar definisjonsmakten over hva som skal være normgivende i problemforståelse og behandling med de skadelige konsekvensene dette kan få for kontakt, samarbeid og godt begrunnede behandlingstiltak.

Tradisjonelle og alternative behandlingsformer benyttes parallelt med skolemedisinen, men kunnskapen om bruken av disse behandlingsformene og deres helsemessige betydning er

liten. Psykiatriske sykehuspasienter rapporterer i liten grad slik bruk til sine skolemedisinske behandlere, ofte fordi de ikke regner med at det vil bli godtatt (Sørli & Nergaard, 2005). Dermed kan deler av den kulturelle bakgrunnen for den enkeltes situasjon og problemer også bli fortiet med negative konsekvenser for pasientenes opplevelse av å bli sett og forstått. Dette er noe av årsaken til at metaanalyser har vist at språk og kulturtilpassede behandlingstilbud har bedre resultater enn standardiserte skolemedisinske tiltak for alle pasientkategorier (Griner & Smith, 2006; Smith, 2010). Smith (2010) har foretatt en nyttig inndeling i ulike typer kulturell tilpasning: a) språk, b) etnisitet (match), c) metaforer, symboler, ordspråk, historier o.l., d) verdier og holdninger, e) målsettinger i terapien, f) behandlingsmetoder og g) hensyntaken til sosioøkonomisk og historisk kontekst. Jo flere typer tilpasning vi gjør, desto bedre effekt har tilbudet (Smith, 2010).

Psykotiske symptomer i ulike kulturelle kontekster

Kultur kan påvirke psykisk helse på flere måter:

- Definerer normalitet og anormalitet i et bestemt samfunn.
- Definerer forskjeller mellom anormalitet og psykisk lidelse.
- Påvirker uttrykk for og forståelse

av psykiske lidelser.

- Påvirker forekomst og forløp ved psykiske lidelser.
- Påvirker hjelpesøkende adferd og folkelig og profesjonell behandling av psykiske lidelser.

Begrepet «kulturbundet syndrom» henviser til sammenhengende tegn og symptomer som ved «Amok», «Koro» og «Arktisk hysteri» som kun forekommer i spesielle kulturer (Hughes, 1985). Anorexia nervosa er tilsvarende beskrevet som et vestlig kulturbundet syndrom (Prince, 1983). Ved alle disse tilstandene antas det at kultur mer har en symptomutformende (patoplastisk) enn en direkte årsaksmessig (patogen) betydning.

Flere nyere studier har vist både inter- og intraetnisk variabilitet i fenomenologi, forekomst og klinisk forståelse av psykotiske symptomer. I en journalbasert amerikansk studie av afroamerikanere, latin-amerikanere og hvite pasienter som var innlagt for psykotiske lidelser, fremviste hvite pasienter størst grad av grandiositet i sine vrangforestillinger, afroamerikanerne rapporterte mest generalisert paranoia og forfølgelsesforestillinger, mens latin-amerikanernes synshallusinasjoner var sterkest farget av religiøsitet, og at deres hørselshallusinasjoner var av mer kommanderende karakter (Yamada et al., 2006). Etnisitet, fødested, migrasjon, generasjons-

tilhørighet og type kulturell tilpasning kan bidra til å forklare variasjonen i psykotiske symptomer mellom kulturer (Vega et al., 2008). Forekomst av psykotiske symptomer er for eksempel påvist høyest blant emigranter fra utviklingsland og fra land der befolkningen overveiende er av afrikansk opprinnelse (Dutta et al., 2007). Varierende eksponering for traumatiske hendelser, spiller også inn. I en australsk befolkningsstudie var økende grad av eksponering for traumatiske hendelser uten ledsagende posttraumatisk stress syndrom (PTSD) signifikant forbundet med vrangforestillinger. Ledsagende PTSD forsterket denne sammenhengen ytterligere (Scott et al., 2007). Komparative studier fra Nederland og Tyskland har vist at ulike belastende miljøfaktorer, inklusive traumatiske opplevelser, kan ha additivt forsterkende effekt på eksisterende psykotiske symptomer og behov for behandling (Cognard et al., 2007). Det har vært spekulert om denne sammenhengen mellom eksponering for traumer og psykotiske fenomener kan henge sammen med at begge er forbundet med dissosiasjon.

I 1967 iverksatte WHO flere studier for og utforske symptomatologi og forløp ved schizofreni og relaterte lidelser. Siden da har forskningssentra i 19 ulike industrialiserte og utviklingsland bidratt til studiene. Allerede etter en oppfølgingsstid på fra to til fem år viste

funnene entydig at personer som var diagnostisert med schizofreni og beslektede lidelser i industrialiserte land (Europa og USA) hadde et dårligere forløp enn personer i utviklingsland i Afrika, Asia og Latin Amerika (Jablensky et al., 1992). Senere forskning på denne kohorten har konsistent dokumentert at personer som var diagnostisert med schizofreni har et klart gunstigere langtidsforløp i utviklingsland enn i de industrialiserte (Hopper & Wanderling, 2000). Dette er omtalt som det viktigste funnet innen krysskulturell forskning på mental helse. Dersom vi ser bort fra utvalget fra Hong Kong, består utviklingslandene i denne studien hovedsakelig av kohorter fra India. Hvilke trekk ved indisk kultur og tradisjon kan da tenkes å ha innvirket på de observerte forskjellene i sykdomsforløp? Familien og kollektivet står langt sterkere i østlige enn i våre mer individorienterte vestlige kulturer. Hopper og Wanderling (2000) fremhever betydningen av det sterke engasjementet de indiske familier viste i alle faser av sykdomsutvikling og behandling både med hensyn til ivaretagelse av den sykes grunnleggende behov, for omsorgsfull inklusjon i fellesskapet, for stimulering og for etterlevelse av foreskrevet medisinsk behandling. De antyder også at varighet av ubehandlet psykose med ledsagende tilbaketrekning og avviksrelatert

stigmatisering som vanligvis anses som en negativ prognostisk faktor, kan ha slått mindre negativt ut i denne kulturen. De antyder også at «expressed emotion» som jo er en godt dokumentert risikofaktor for tilbakefall ved schizofreni, kan være mindre fremtredende under disse kulturelle forholdene. Disse sammenhengene må studeres nærmere.

De refererte sammenhengene mellom kultur og psykotiske tilstander kan forstås ut fra en stress-sårbarhetsmodell der latent disposisjon for psykotiske opplevelsesformer først kommer til uttrykk som manifeste psykotiske symptomer eller lidelse når summen av stressbelastning når et bestemt kritisk nivå. Denne forståelsesmodellen gjenfinnes i den pågående debatten om hvorvidt de psykotiske lidelsene representerer ulike grader av en enkelt psykoseopplevelsesrelatert dimensjon eller om det dreier seg om adskilte kliniske tilstandsbilder. Studier i Europa og USA indikerer at det foreligger en «psykose-disponerende fenotype» som kan affisere rundt 12–18 % av befolkningen, og at disse har en kognitiv fungering som disponerer dem for psykoselignende sanseopplevelser. Belastende stress-sårbarhetsinteraksjon kan da antas å trigge psykotisk symptomatologi med ledsagende funksjonstap og utvikling av psykotiske lidelser

(Allardyce et al., 2007; Dutta et al., 2007; Johns & van Os, 2001).

Det fremgår av det som er beskrevet ovenfor at det er helt maktpåliggende å møte den hjelpesøkende alvorlig psykisk lidende pasienten med en helhetlig tilnærming der forståelse av vedkommendes personlige, kontekstuelle og kulturelle bakgrunn er like viktig som informasjon om symptomer og funksjon.

Hvordan kan vi kvalitetssikre diagnostikken ved psykotiske tilstander?

Psykiatriske problemer er hyppigere feildiagnostisert hos etniske minoriteter, immigranter og flyktning-grupper enn blant majoritetsbefolkningen. Feil diagnose kan skyldes klinikerens mangelfulle evne til å identifisere en eksisterende lidelse (underdiagnostisering), identifikasjon av en ikke eksisterende lidelse (overdiagnostisering) eller de forveksler den psykiske lidelsen med en annen, som oftest somatisk, tilstand (forveksling av tilstander). Overdiagnostisering kan skje når adferd som er normal i aktuelle kulturer blir feiltolket som uttrykk for psykopatologi, mens det å normalisere patologi kan resultere i underdiagnostisering.

Etter initiativ av World Psychiatric Association (WPA) har det i de

senere årene vært et forsterket fokus på kulturformulering i henhold til DSM-IV fra 1994 og som innebærer kartlegging av følgende forhold (Mezzich & Kirmayer, 1999):

Kulturelle forklaringer på individets sykdom og plager – uttrykksformer og mening

- Migrasjon og akkulturasjon.
- Individets kulturelle identitet.
- Kulturelle faktorerers betydning for psykososialt miljø og funksjonsnivå.
- Kulturelle faktorerers innvirkning på forholdet mellom den enkelte og behandleren.
- Behandlerens egen refleksjon over møtet med den enkelte.

En rekke studier har vist forskjeller i psykiatrisk diagnostisering av personer med sammenlignbar klinisk profil med ulik kulturell bakgrunn. I en canadisk studie så forskerne på grad av rediagnostisering hos personer med etnisk minoritets- eller emigrantbakgrunn henvist fra primær- eller andre deler av spesialisthelsetjenesten med ulike psykiatriske problemer til nærmere utredning ved en kulturell konsultasjonsenhet der de systematisk benyttet kulturformulering i henhold til DSM-IV. Halvparten av de pasientene som var henvist med psykoseproblematikk ble rediagnostisert som ikke-psykotiske, mens

bare 5 % av dem som ved henvisning var vurdert som ikke-psykotiske ble rediagnostisert som psykotiske. Særlig viste det seg at PTSD og tilpasningslidelse var blitt feildiagnostisert som psykotiske tilstander (Adeponle et al., 2012).

En annen måte på å oppnå den ønskede integrasjonen av unik informasjon om personen (ideografisk perspektiv) og informasjon om symptomer og tegn som kan knyttes opp mot gruppebaserte diagnostiske kategorier (nomotetisk perspektiv) er Person Sentrert Integrativ Diagnose (PID), som også er anbefalt av WPA og WHO (Mezzich & Salloum, 2007). Tilnærmingen er utformet for best mulig å kunne være for personen (pasienten) med utgangspunkt i dennes bakgrunn (også kulturelle), livssituasjon og helse- og livsmål og med vedkommende som samarbeidspartner hvor makt og ansvar deles bevisst. PID kombinerer standardisert multiaksial og personifiserte ideografiske formuleringer. Diagnosen blir tentativt formulert som beskrivelsen av de positive og negative helseaspektene i personens livssituasjon. I et interaktivt samspill mellom kliniker, pasienten og dennes familie søker klinkerne gjennom denne tilnærmingen å anvende kategoriske, dimensjonale og narrativt deskriptive tilnærminger. Disse perspektivene

kan i stor grad ivaretas i psyko-terapeutisk praksis og gjennom en velfungerende primærhelsetjeneste der helhet og kontinuitet vektlegges.

Kulturkompetansens betydning for behandlingsallianse og behandlingsresultat

Alliansens betydning for behandling-utbyttet er godt dokumentert gjennom 50 års forskning (Lambert & Bergin, 1994). I en studie ved Universitets-sykehuset i Nord-Norge ble samiske og norske pasienter innlagt i psykiatriske sykehusavdelinger sammenlignet med hensyn til behandlingstilbud, bruk av tradisjonelle hjelpere, behandlingstilfredshet og behandlingssallianse. Pasientenes kulturelle tilhørighet ble vurdert i kontakten med samiske prosjektmedarbeiderne ved utskrivning fra sykehuset. I praksis var det pasientens stabile og selvdefinerte kulturelle tilhørighet som ble lagt til grunn. En «norsk» sammenligningsgruppe utvalgt av pasienter som var innlagt på de samme avdelingene i det samme tidsrommet ble etablert. Gruppelighet med hensyn til kjønn, alder, diagnose og sykdommens varighet ble sikret.

De samiske pasientene rapporterte at de i liten grad fikk det samisk-språklige behandlingstilbudet som de ønsket, deres kontakt med tradisjonelle hjelpere var stor, men

ble i liten grad registrert og tatt hensyn til av deres individualbehandlere. Samiske pasienter rapporterer dårligere kontakt, behandlingsallianse, informasjonsformidling og generell tilfredshet med behandlingen enn de norske. De norske terapeutene vurderer derimot sin kontakt og allianse med de samiske pasientene som like god som med de norske.

Vi kan anta at den påviste relasjonelle svikten i forholdet mellom de samiske pasientene og deres individualbehandlere først og fremst hang sammen med den samiske pasientens tilpasning til sine behandleres norske språk og kulturbakgrunn med en tilsvarende undertrykking og underrapportering av sin egen samiske bakgrunn. Denne «indirekte fornorskningen» som finner sted i pasientenes møte med norsk psykiatri, kan antas å medføre vesentlige negative konsekvenser for samarbeid og behandlingsutbytte både på kort og lang sikt (Sørli & Nergård, 2005). En naturalistisk studie blant psykiatriske pasienter i en nord-norsk multietnisk kontekst viste at etnisitet hos klient og terapeut synes å være assosiert med behandlingsallianse (Møllersen et al., 2005), og at en etnokulturell matching mellom pasient og terapeut er assosiert med større symptomatisk bedring i behandlinger av moderat lengde. Vi kan videre anta at lignende tilpasninger i stor grad også finner

sted i møtet mellom psykiatrien og mennesker fra alle kulturer, men også i vanlige nordmenns møte med psykiatrien siden kulturforskjellene også kan være store mellom nordmenn.

I løpet av den 16 måneder lange prosjektperioden i den overnevnte studien fra Universitetssykehuset i Nord-Norge ble det påvist en gldelig bedring i personalets evne til å gjenkjenne den samiske pasienten og deres egen utilstrekkelighetsfølelse i møtet med dem. Med stor turnover bant de ansatte og uten systematiske tiltak for å bedre og opprettholde personalets kulturpsykiatriske kompetanse, var det liten grunn til å tro at denne effekten ville vedvare etter prosjektets avslutning.

Trekk ved psykiatrien og helse-tjenesten som vanskeliggjør ivaretagelsen av kulturperspektivet

Dagens diagnostikk er fenomenologisk orientert med fokus på sykdoms-symptomer og adferd som i tillegg er definert på et vestlig kulturelt grunnlag. Det er imidlertid dokumentert svak diagnostisk overlapping mellom de «internasjonale» diagnosesystemene som er brukt allment på tvers av kulturer («etic perspective») og diagnose-systemer som er utviklet på den enkelte kulturens premisser («emic perspective») (Steel et al., 2009).

Den allmenne (universalistiske) posisjonen eksemplifisert gjennom DSM-IV forutsetter at psykiske lidelser stort sett uttrykker seg gjennom de samme tegnene og symptomene på tvers av kulturer. Den relativistiske posisjonen fremhever derimot at individets utvikling og biologiske fremtoning i betydelig grad er formet av kulturen, og at det derfor er et behov for å integrere kultur i det diagnostiske systemet. Ifølge relativistene ekskluderer DSM viktige kulturelle symptomer og syndromer som er unike for spesifikke kulturelle settinger. De hevder at det derfor gjøres kategorifeil som igjen resulterer i en tilsynelatende for stor homogenitet i ulike forstyrrelser på tvers av kulturer (Kleinman & Kleinman, 1991). Det sentrale premisset for dette synspunktet er at kulturer former definisjoner av normalitet og patologi, fenomenologien ved ulike forstyrrelser inklusive det antall symptomer og den symptomvarigheten som er nødvendig for funksjonssvikt samt deres forløp og behandlingsrespons (Lewis-Fernandez & Kleinman, 1995). Relativistene anerkjenner ikke universalistenes indre dysfunksjonskriterium og fremhever at eksterne og kulturelle faktorer kan utforme og bestemme symptomer ved psykiatriske forstyrrelser også der det ikke er noen intern dysfunksjon.

Den kombinerte posisjonen fremhever at noen forstyrrelser, som autisme, schizofreni og manisk depressiv sinnslidelse, mest sannsynlig er universelle i alle kulturer fordi de i alt overveiende grad antas å være basert på nevralt patologi. Andre mer vanlige tilstander, selv om de måtte dele et biologisk eller genetisk grunnlag, antas i større grad å være utformet av sosial kontekst, kulturelle normer og utviklingsmessig stadium.

Det er et problem at diagnostikken ikke i større grad innbefatter kulturell bakgrunn, personlige livsmål, ressurser, livskvalitet og funksjon som på mange måter er viktigere for den enkelte enn art, styrke, mengde og varighet av symptomer og problemadferd. Mens livskvalitet og funksjon står i en sterk kontekstuell sammenheng, pretenderer sykdomsdiagnoser å være varige og kontekstovergripende.

Det at mange klinikere ofte ikke stiller diagnosen før dette må gjøres av hensyn til epikrise eller av hensyn til rapportering til helseforetak eller norsk pasientregister tilsier også opplevde begrensninger ved eksisterende diagnostiske systemer.

Den diagnostiske taksonomi som blir anvendt har også en sterk sosialiserende innvirkning på holdninger, tenkning og praksis innenfor psykiatrien. Bruk av diagnostiske

systemer vies stor oppmerksomhet både i daglig praksis og i opplærings-sammenheng og blir uvilkårlig et sentralt skjema for den enkelte diagnostikerens persepsjoner og fortolkninger. Spesielt der tid og rom for kontakt og samarbeid med den enkelte pasienten er begrenset, slik som i akuttpsykiatrien, kan dette være markant. Der klinikerne i klinisk praksis har bedre tid til samtaler med pasienten og systematisk kartlegging og dokumentasjon av de sidene ved vedkommendes liv og situasjon som ikke blir fanget opp av diagnosesystemet, blir balansen mellom det allmenne (nomotetiske) og det unike for hver enkelt person (ideografiske) bedre. Fagligheten blir forsterket på de områdene der den blir praktisert.

Det er også knyttet utfordringer til hvordan vi utøver vår diagnostiske praksis. Diagnosen kan i enkelte tilfeller bli brukt som en representant for pasienten mer enn som et verktøy til å utvikle forståelsen og pasienten kan føle seg ekskludert, fremmedgjort og stigmatisert. Selektiv oppmerksomhet og fortolkning kan produsere selvpoppfyllende profetier og ensidig diagnostisk fokusering kan forstyrre interaksjonen med pasienten og fungere som et forsvar mot diagnostikerens egne følelser og sårbarhet. Den nomotetiske informasjonen kan også bli for sterkt vektlagt i utformingen av behan-

dlingsplanen der kunnskap om det unike ved hver enkelt pasient er helt avgjørende. Det er et innebygget motsetningsforhold mellom troen på gyldigheten av det allmenne og det unike ved hver enkelts situasjon og kulturelle forutsetninger.

Ellers har psykiatrien en rekke øvrige trekk som kan bidra til at kulturperspektivet kommer i bakgrunnen:

- Stort effektivitetspress.
- Korte behandlingsperioder som fremmer bruk av behandlingsformer med rask virkning og vektlegging av disse i opplæring.
- Sviktende samarbeidsforhold, der inngående kjennskap til den enkelte og dennes bakgrunn og hjelp til selvhjelp ofte blir lidende.
- Diskontinuitet i behandling og samarbeid.
- Kvantitative produksjonsmål.
- Troen på «evidensbaserte» behandlingsformer som allmenngyldige.
- Et ensidig biomedisinsk behandlingsparadigme.

Parallele skolemedisinske og tradisjonelle hjelpetilbud

Siden legevitenenskapens morgen har det eksistert parallelle skolemedisinske og tradisjonelle hjelpetilbud med forankring i den til enhver tids gjeldende «vitenskapelig psykiatri» og i tradisjonelle folkelige oppfatninger

av uvanlige psykiske fenomener. Mens psykiatriske pasienter hyppig benytter seg av begge typer hjelpe-tilbud, har utveksling og samarbeid mellom disse tradisjonene nærmest vært ikke-eksisterende. Særlig store utfordringer oppstår når psykiatriens utøvere skal møte, forstå og hjelpe til ved fenomener som står i en stedlig kulturell sammenheng som de er lite kjent med. Diagnostiske kriterier kan da bli misbrukt til å sykeliggjøre fenomener som i en bestemt kulturell sammenheng blir oppfattet som normale.

I et ph.d.-prosjekt ved Universitetet i Tromsø ble det foretatt en kartlegging av psykiatriske pasienters bruk av tradisjonelle og komplementære og tradisjonelle behandlingsformer (CAM) i samiske og flerkulturelle områder i Nord-Troms og Finnmark. I spørreundersøkelsen som ble besvart av 186 psykiatriske pasienter, oppga to tredjedeler av de samiske pasienter å ha brukt tradisjonelle og CAM-metoder, en andel som var signifikant høyere enn i den norske gruppen. Utover å være et uttrykk for hvor viktig tradisjonell helbredelse i den samiske og til dels den nordnorske kulturen er, fant vi også at bruken var nært relatert til spiritualitet og religiøsitet. Mange av pasientene oppga at deres bruk var grunnet i et behov for behandlinger med en helhetlig tilnærming, og flertallet ønsket en integrering av slike behandlingstilnærminger innen

psykiatrien. Kartleggingen inkluderte intervjuer med erfarne behandlere innen psykiatrien som selv kom fra regionen. Her kom det også frem at et samarbeid med tradisjonelle hjelpere i noen tilfeller allerede eksisterer på et uformelt nivå ved at enkelte behandlere understøtter deres pasienters bruk av helbredere, og ser på det som en komplementær tilnærming til deres egen terapi. Derimot var flere av behandlerne tilbakeholdne til forsøk med formell integrering av tradisjonell helbredelse innen psykiatri hovedsakelig på grunn de store forskjellene mellom psykiatrien og tradisjonell og CAM-behandling. Som en behandler sa: «Veien bør gå gjennom pasienten» (Sexton & Sørlie, 2008, 2009). Å vise forsiktighet med formell integrasjon av tradisjonelle behandlingsformer har vært et tema også i den transkulturelle litteraturen fra andre områder (Dole, 2004). Det kan synes som om den mest hensiktsmessige måten å tilnærme seg pasientenes bruk av CAM og tradisjonell medisin i den nåværende situasjonen på, kan være å vise større åpenhet for denne bruken og ta en eventuell kontakt eller få til et samarbeid dersom pasienten selv tar initiativ til det.

Fremskritt

Som hjelpere må vi bruke våre egne følelser og reaksjoner som virkemiddel både til å forstå pasientens

kulturelle og personlige ståsted.
Den hjelpen vi yter skal være:

- For personen (med utgangspunkt i hans/hennes bakgrunn (også kulturelle), livssituasjon, helse- og livsmål).
- Med personen (pasienten som samarbeidspartner) som innebærer bevisst deling av makt og ansvar.
- Øvrige tiltak som kan iverksettes i klinikken.
- Systematisk bruk av kulturformulering i møtet med hver pasient.
- Kulturkompetanse må oppøves hos personalet.
 - (a) Kulturkunnskap.
 - (b) Kulturanalytisk evne.
- Språkkompetanse og bruk av tolk.
- Samarbeide med tradisjonelle hjelpere.
- Kontinuerlig forskning og skoling.

For å kunne møte et menneske med en annen kulturbakgrunn enn den vi selv har, må vi være oss bevisst vårt eget ståsted. Etnosentriske og antroposentriske fortolkninger der vi på vegne av vår egen tradisjon og person tiltar oss definisjonsmakten over den andre, skjer fort i en travel hverdag, særlig der det er vanskelig å forstå problematikken som ved psykotiske tilstander. Våre pasienter strekker seg som regel langt for å tilpasse seg våre behov med en tilsvarende underkommunisering av sine egne.

Tore Sørli
Professor dr.med.
tore.sorlie@unn.no



Referanser:

Adeponle, A. B., Thombs, B. D. & Groleau, D., Jarvis, E. & Kirmayer, L. (2012). Using the cultural formulation to resolve uncertainty in diagnoses of psychosis among ethnoculturally diverse patients. *Psychiatric Services*, 63(2), 147-153

Allardyce, J., Gaebel, W., Zielasec, J. & vanOs, J. (2007). Deconstruction psychosis conference february 2006: The validity of schizophrenia and alternative approaches to the classification of psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 33(4), 863-867

Cougnard, A., marcelis, M., Myin-Germeys, I., De Graaf, R., Vollebergh, W., Krabbendam, L., van Os, J. (2007). Does normal developmental expression of psychosis combinewith environmentalrisk to cause persistence of psychosis? A

- psychosis proneness-persistence model. *Psychological Medicine*, 37(4), 513-527
- Dole, C. (2004). In the Shadows of Medicine and Modernity: Medical Integration and Secular Histories of Religious Healing in Turkey. *Culture, medicine and Psychiatry*, 28(3), 255-280
- Dutta, R., Green, T., Addington, J., McKenzie, K., Phillips, M. & Murray, R. M. (2007). Biological, life course and cross-cultural studies all point toward the value of dimensional and developmental ratings in the classifications of psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 33(4), 868-876
- Griner, D. & Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health interventions; A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 43(4), 531-548
- Hopper, K. & Wanderling, J. (2000). Revisiting the developed versus developing country distinction in course and outcome in schizophrenia: results from ISoS, the WHO Collaborative Follow-up Project. *Schizophrenia Bulletin*, 26(4), 835-846
- Hughes, C. (1985). Culture-bound or construct-bound? The syndromes of DSM-III. Simon & C. Hughes (red.), *The Culture-bound syndromes: folk illness of psychiatric and anthropological interest* (s.3-24). Dordrecht, Nederland: Reidel
- Jablensky, A., Sartorius, N., Ernberg, G., Anker, M. (1992). Schizophrenia: Manifestations, incidence, and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychological Medicine*. Monograph Supplement 20. New York, NY: Cambridge University Press.
- Johns, L. C. & vanOs, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychological Review*, 21(8), 1125-1141
- Kleinman, A. & Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *Public Library of Science-Medicine*, 3(10), 1673-1676
- Kleinman, A. & Kleinman, J. (1991). Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of international experience. *Cultural Medical Psychiatry*, 15(3), 275-301
- Lambert, M. J. & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. *Handbook of psychotherapy and behavior change* (s. 143-189). 4. utg. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Lewis-Fernandez, R. & Kleinman, A. (1995). Cultural Psychiatry. Theoretical, clinical, and research issues. *Psychiatric Clinics of north America*, 18(3), 433-448
- Mezzich, J. E. & Kirmayer, L. J. (1999). The Place of Culture in DSM-IV. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(8), 457

- Mezzich, J. E. & Salloum, I. M. (2007). Towards innovative international classification and diagnostic systems: ICD-II and person-centered integrative diagnosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, s. 1-5
- Møllersen, S., Sexton, H. C., Holte, A. (2005). Ethnic variations in the initial phase of mental health treatment: A study of saami and non-saami clients and therapist in northern Norway. *Scandinavian Journal of Psychology*, 46(5), 447-457
- Prince, R. (1983). Is anorexia nervosa a cultural-bound syndrome? *Transcultural psychiatry*, 20(nr), 299-300
- Scott, J., Chant, D., Andrews, G., McGrath, J. (2007). Association between taruma exposure and delusional experiences in a large community-based sample. *British Journal of Psychiatry*. 190(4), 339-343
- Sexton, R. H. & Sørli, T. (2008). Use of traditional healing among Sámi psychiatric patients in the north of Norway. *International Journal of Circumpolar Health*, 67(1), 137-148
- Sexton, R. H. & Sørli, T. (2009). Should traditional healing be integrated within the mental health services in Sami areas in Northern Norway? Patient views and related factors. *International Journal of Circumpolar Health*, 68(5), 488-497
- Smith, T. B., Rodriguez, M. B. & Bernal, G. (2010). Culture. *Journal of Clinical Psychology: In session*, 67(2), 166-175
- Steel, Z., Silove, D., Gao, N. M., Phan, T. T. (2009). International and indigenous diagnoses of mental disorder among Vietnamese living in Vietnam and Australia. *British Journal of Psychiatry*, 194(4), 326-333
- Sørli, T. & Nergaard, J. I. (2005). Treatment satisfaction and recovery in saami and Norwegian patients following psychiatric hospital treatment. *Transcultural Psychiatry*, 42(2), 295-316
- Vega, W. A. & Lewis-Fernandez, R. (2008). Ethnicity and variability of psychotic symptoms. *Current Psychiatry Reports*, 10(3), 223-228
- Yamada, A. M., Barrio, C., Morrison, S. W., Sewell, D. & Jeste, D. V. (2006). Cross-ethnic evaluation of psychotic symptom content in hospitalized middle-aged and other adults. *General Hospital Psychiatry*, 28(2), 161-168



MENING OG MESTRING

VED PSYKOSELIDELSER

FRANK OTERHOLT OG
GUNNAR BROX HAUGEN
(RED.)

UNIVERSITETSFORLAGET