

# Kultur og psykisk helse

Tore Sørli



*Tore Sørli er psykiater og overlege dr.med. Ved Universitetssykehuset i Nord-Norge . Han er en av gründerne i SEPREP.*

## Kultur og helse

Der finnes ikke entydige definisjoner av kultur, men kultur kan beskrives som summen av erfaringer og kunnskaper vi tilegner oss gjennom å vokse opp i et spesifikt fellesskap. Kultur representerer også levemåter vi assosierer med en gruppe mennesker og tillærte forskjeller i livssyn og kunnskap.

Kulturelle faktorer kan påvirke forekomst av psykiske lidelser og deres etiologi og forløp, symptomutforming og sykdomsuttrykk, sykdomsopplevelse og symptomfortolkning, stigma, mestring og hjelp-søkende adferd, behandlingstilfredshet og behandlingseffekt (Hwang et al., 2008). I de fleste miljøer eksisterer det komplementære og alternative behandlingstradisjoner side om side med den offentlige helsetjenesten. Kunnskap

om bruken av disse behandlingsformene og deres helsemessige betydning er liten.

Det kan være vanskelig å være seg bevisst sitt eget kulturelt ståsted, men desto lettere å karakterisere andres. Kultur er noe vi stort sett ikke er oss bevisst, men først blir oppmerksomme på i møtet med kulturer som er annerledes. Vår egen kulturelle selverkjennelse og selvfølelse vil da kunne bli avgjørende for 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 sider 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 sider ved andre kulturer som minner oss om det vi ikke erkjenner eller anerkjenner i vår egen.

## Kulturmøter i psykiatrien

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 kulturer pasientene er bærere av, men også fordi ulike kulturelle fortolkningsreferanser for sykdom og helse aktiveres og mobiliseres ved psykisk sykdom og kriser. Det er også kulturelle forskjeller innad i den etnisk norske befolkningen som kan påvirke utvikling og behandling av psykiske lidelser. Den autoritet psykiatrien har og bli tillagt som tjenesteyter ved psykiske problemer innebærer asymmetri i forholdet til den hjelpsøkende som uvilkårlig innebærer at psykiatrien innehar definisjonsmakten over hva som skal være normgivende i undersøkelses og behandlingssituasjonen. Dette stiller store krav til behandlerens kulturelle selverkjennelse og evne til å møte og forstå pasienten på dennes premisser. Et annet forhold som i sterk grad kan forsterke behandlerkulturens definisjonsmakt er den tilpasningsorientering som pasientens hjelpeløse situasjon ofte medfører. Jo større hjelpeløshet og forvirring pasienten opplever jo større vil hans eller hennes tilpasningsorientering kunne bli.

Antropologen Arthur Kleinman gir klinikerer følgende utfordring:

“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).

Jo større kulturforskjeller som eksisterer mellom ulike kulturformer og de profesjoner som er satt til å fortolke dem, dess større er behovet for en grunnleggende kultursensitiv orientering i disse profesjonene.

### **Kultur og behandlingsallianse**

Alliansens betydning for behandlingsutbyttet er godt dokumentert gjennom 50 års forskning (Lambert & Bergin, 1994). I en studie ved Universitetssykehuset i Nord Norge ble samiske og norske pasienter sammenlignet med hensyn til behandlingstilbud, bruk av tradisjonelle hjelpere, behandlingstilfredshet og behandlingsallianse. Pasientenes kulturelle tilhørighet ble vurdert i kontakten med samiske prosjektmedarbeiderne ved utskrivning fra sykehuset. I praksis var det pasientens stabile selvdefinerte kulturelle tilhørighet som ble lagt til grunn.

En “norsk” sammenligningsgruppe utvalgt av pasienter innlagt på de samme avdelingene i det samme tidsrom ble etablert. Pasientene i samisk og norsk gruppe var sammenlignbare med hensyn til kjønn, alder, diagnose og sykdommens varighet.

Et spørreskjema med spørsmål om personalets kunnskaper om samisk kultur og språk, selvevaluerte ferdigheter og begrensninger i rollen som hjelpere for samiske pasienter, ble fylt ut at alt behandlingspersonale ved prosjektets oppstart og avslutning.

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. Behandlingspersonalet rapporterte at de i løpet av prosjektperioden var blitt mer oppmerksomme på de samiske pasientene og sine egne følelser og begrensninger i møtet med dem.

Man kan anta at den påviste relasjonelle svikten i forholdet mellom de samiske pasienter og deres individualbehandlere først og fremst sammen med den samiske pasientens tilpasning til sine behandleres norske språk - og kulturbakgrunn med

en tilsvarende undertrykking og underreportering av egen samiske bakgrunn. Denne "indirekte forforskningen" 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 nylig foretatt naturalistisk studie blant psykiatriske pasienter i en nordnorsk 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, også i vanlige nordmenns møte med psykiatrien hvor kulturforskjellene kan være store mellom nordmenn.

I løpet av den 16 måneder lange prosjektperioden ble det påvist en gledelig bedring i personalets evne til å gjenkjenne den samiske pasient og sine egne utilstrekkelighetsfølelser 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 iva-retakelsen av kulturperspektivet**

Dagens diagnostikk er fenomenologisk orientert med fokus på sykdomssymptomer og adferd som er definert på et vestlig kulturelt grunnlag. Det er imidlertid dokumentert svak diagnostisk overlapp mellom "internasjonale" diagnose-systemene som er brukt allment på tvers av kulturer (etic perspektiv) og diagnosesystemer som er utviklet på den enkelte kulturens premisser (emic perspektiv) (Steel et al., 2009).

Den allmenne eller universalistiske posisjonen eksemplifisert gjennom DSM-IV tilsier at psykiske forstyrrelser er forårsaket av indre forstyrrelser. Imidlertid antas det at disse kan være fremprovosert av eksponering for negative omgivelser noe som kan illustreres gjennom stress-sårbarhetsmodellen. Således underkjenner ikke universalist posisjonen at risiko eller beskyttelsesfaktorer kan påvirke forstyrrelsens manifestasjoner. DSM-IV har imidlertid ikke formelt inkludert sosiale eller kulturelle faktorer som eksklusjonskriterier ved noen forstyrrelser.

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 system. I følge 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 premiss for dette synspunktet er at kulturer former definisjoner av normalitet og patologi, inklusive det antall symptomer og den symptomvarighet som er nødvendig for funksjonssvikt, fenomenologien ved ulike forstyrrelser og 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 hvor det ikke er noen intern dysfunksjon.

Den kombinerte posisjonen fremhever at noen forstyrrelser så som autisme, schizofreni og manisk depressiv sinnslidelse, mest sannsynlig er universelle i alle kulturer fordi de

i alt overveiende grad er basert på nevralt patologi. Andre mer vanlige tilstander, selv om de måtte dele et biologisk eller genetisk substrat, 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 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 anvendes 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 opplæringssammenheng og blir uvilkårlig et sentralt skjema for den enkelte diagnos-

tikers persepsjoner og fortolkninger. Spesielt der hvor tid og rom for kontakt og samarbeid med den enkelte pasient er begrenset – så som i akuttpsykiatrien, kan dette være markant. Det hvor man 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 fanges opp av diagnosesystemet, blir ballanseringen mellom det allmenne (nomotetiske) og det unike for hver enkelt person (ideografiske) bedre. Fagligheten forsterkes på de områder 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 redskap til å utvikle forståelsen og pasienten kan føle seg ekskludert, fremmedgjort og stigmatisert. Selektiv oppmerksomhet og fortolkning kan produsere selvoppfyllende 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 behandlingsplanen hvor kunnskap om det unike ved hver enkelt pasient er helt avgjørende. Det er et innebyg-

get 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 blir ofte lidende
- Diskontinuitet i behandling og samarbeid
- Kvantitative produksjonsmål
- Troen på "evidensbaserte" behandlingsformer som allmenngyldige
- Et ensidig biomedisinsk behandlingsparadigme

### **Parallele skolemedisinske og tradisjonelle hjelpetilbud**

Siden legevitenskapens morgen har det eksistert parallelle skolemedisinske og tradisjonelle hjelpetilbud med forankring i den til en hver tids gjeldende "vitenskapelig psykiatri" og i tradisjonelle folkelige oppfatninger av uvanlige psykiske feno-

mener. Mens psykiatriske pasienter hyppig benytter seg av begge typer hjelpetilbud, har utveksling og samarbeid mellom disse tradisjoner nærmest vært ikke-eksisterende. Særlig store utfordringer oppstår når psykiatriens utøvere skal møte, forstå og hjelpe til ved fenomener som står i en stedlige 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 PhD 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 besvart av 186 psykiatriske pasienter, oppgav 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 viktigheten av tradisjonell helbredelse i den samiske og til dels den nordnorske kulturen, 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 behand-

linger med en helhetlig tilnærming, og flertallet ønsket en integrering av slike behandlingstilnæringer 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 forskjeller mellom psykiatrien og tradisjonell og CAM behandling. Som en behandler sa, "veien bør gå gjennom pasienten" (Sexton & Sørli, 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 nåværende situasjon kan være å vise større åpenhet for denne bruken og en eventuell kontakt eller samarbeid eller dersom pasienten selv tar initiativ.

### **Fremskritt**

Etter initiativ av World Psychiatric Association har det de senere år 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 faktorer betydning for psykososialt miljø og funksjonsnivå
- Kulturelle faktorer innvirkning på forholdet mellom den enkelte og behandleren
- Behandlerens egen refleksjon over møtet med den enkelte

Et forsøk på å oppnå den ønskede ideografiske og nomotetiske integrasjonen er gjennom bruk av Person Sentrert Integrativ Diagnose (PID) som også er anbefalt av WPA og WHO (Mezzich & Salloum, 2007). PID kombinerer standardisert multiaksial og personifiserte ideografiske formuleringer. Diagnosen blir tentativt formulert som beskrivelsen av de positive og negative helseaspekter i personens livssituasjon. I et interaktivt samspill mellom kliniker, pasient og dennes familie søker man gjennom

denne tilnærmingen å anvende kategoriske, dimensjonale og narrativt deskriptive tilnærminger. Det har vært hevdet at disse perspektivene i stor grad kan ivaretas i psykoterapeutisk praksis og gjennom en vel-fungerende primærhelsetjeneste. Tilnærmingen er utformet for å ivareta følgende hensyn:

- Av personen (pasienten)
- Ved personen (klinikere som fremstår som personer)

Betydningen av bruk av egne følelser og reaksjoner som virkemiddel til å forstå pasientens ståsted, leve et liv i overensstemmelse med egne behov og forebygging av utbrenthet

- For personen (med utgangspunkt i hans/hennes helse- og livsmål)
- Med personen (pasienten som protagonist) 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

hjelper

- Kontinuerlig forskning og skole-ring
- Avdelingene må lage forpliktende langsiktige planer med tilhørende budsjett for utvikling av sin kompetanse på disse områdene.

For å kunne møte et menneske med en annen kulturbakgrunn enn den en selv har, må en være seg bevisst sitt eget ståsted. Etnosentriske og antroposentriske fortolkninger hvor vi tiltar oss definisjonsmakten over den andre, skjer fort i en travel hverdag. Våre pasienter strekker seg som regel langt for å tilpasse seg våre behov med en tilsvarende underkommunisering av sine egne.

#### **Litteratur**

Alarcón et al. Beyond the Funhouse Mirrors. In D.J. Kupfer, M.B. First, & D.A. Regier (Eds.). A Research Agenda for DSM-V (pp. 219-281). Washington, DC: American Psychiatric Association 2002.

Dole C. In the Shadows of Medicine and Modernity: Medical Integration and Secular Histories of Religious Healing in Turkey." Culture, Medicine and Psychiatry 2004; 28(3): 255-280.

Hwang W-C, Myers HF, et al. A conceptual paradigm for understanding culture's impact on mental health: The cultural influences on mental health (CIMH) model. Clinical Psychological Review 2008; 28: 211-227.

Kleinman A & Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *Public Library of Science-Medicine*, 3(10), 1673- 1676, 2006.

Lambert MJ & Bergin AE. "The effectiveness of psychotherapy." *Handbook of psychotherapy and behaviour change* 4: 143-189, 1994.

Mezzich JE, Kirmayer LJ, et al. "The Place of Culture in DSM-IV." *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1999; 187(8): 457.

Mezzich JE & Salloum IM: Towards innovative international classification and diagnostic systems: ICD-II and person-centered integrative diagnosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2007; 116: 1-5.

Møllersen S, Sexton HC, et al. "Ethnic variations in the initial phase of mental health treatment: A study of Sami and non-Sami clients and therapists in northern Norway." *Scandinavian Journal of Psychology* 2005; 46(5): 447-457.

Steel Z et al. International and indigenous diagnoses of mental disorder among Vietnamese living in Vietnam and Australia. *British Journal of Psychiatry* 2009; 194: 326-33.

Sexton RH & Sørli T.: Should traditional healing be integrated within the mental health services in Sami areas of Northern Norway? Patient views and related factors. *International Journal of Circumpolar Health* 2009; 68(5): 488-97.

Sexton R & Sørli T.: Use of traditional healing among Sámi psychiatric patients in the north of Norway. *International Journal of Circumpolar Health* 2008; 67 (1): 137-48.

Sørli T & Nergaard JI. Treatment satisfaction and recovery in Saami and Norwegian patients following psychiatric hospital treatment. *Transcultural Psychiatry* 2005; 42(2): 295-316.