



**Sofie Bäärnhelm • Marco Scarpinati Rosso • Laszlo Pattyi**

Oversatt og bearbeidet til norsk av Emine Kale og Kirsti Jareg

# Kultur, kontekst og psykopatologi

Manual for diagnostisk intervju basert på  
kulturformuleringen fra DSM-IV

---

**Sofie Bäärnhielm • Marco Scarpinati Rosso • Laszlo Pattyi**

Oversatt og bearbeidet til norsk av Emine Kale og Kirsti Jareg

# Kultur, kontekst og psykopatologi

Manual for diagnostisk intervju basert på  
kulturformuleringen fra DSM- IV

Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) i samarbeid med  
Norsk psykiatrisk forening og Norsk Psykologforening

---

© NAKMI – Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse 2010  
ISBN: 978-82-92564-07-3

Design og produksjon: 07 Gruppen AS  
Oslo 2010

Oversatt og bearbeidet til norsk av Emine Kale og Kirsti Jareg  
Utgitt av Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse i samarbeid  
med Norsk psykiatrisk forening og Norsk Psykologforening  
Utgitt med støtte fra Helsedirektoratet

1. Opplag: 9500

Originaltittel: *Kultur, kontekst og psykiatrisk diagnostik, Manual för intervju enligt kulturformuleringen i DSM-IV*. Stockholm 2007.

Forfattere: Sofie Bäärnhielm, Marco Scarpinati Rosso og Laszlo Patty  
Utgiver svensk utgave: Transkulturelt Centrum, Stockholm läns landsting  
Spånga psykiatriske mottagning, Norra Stockholms psykiatri  
2. utgave

Alle henvendelser kan rettes til:  
NAKMI  
Bygg 37 A  
Oslo universitetssykehus, HF, avd. Ullevål  
0407 Oslo  
Tlf: 23 01 60 60  
Faks: 23 01 60 61

post@nakmi.no  
www.nakmi.no

# Innhold

<b>Forord til den norske utgaven</b> .....	6
Oversetternes ord .....	7
<b>Introduksjon</b> .....	8
<b>Hvordan ble denne manualen til?</b> .....	9
<b>Kultur, kontekst og psykopatologi</b> .....	11
<b>Kulturformuleringen i DSM-IV</b> .....	13
<b>Rammeverk for kulturformulering</b> .....	13
Personens kulturelle identitet .....	14
Kulturelle forklaringer på sykdom .....	14
Kulturelle faktorer relatert til psykososialt miljø og funksjonsnivå .....	15
Kulturelle faktorer i relasjonen mellom pasient og kliniker .....	15
Overordnet kulturell vurdering med hensyn til diagnostikk og behandling .....	15
Migrasjon og akkulturasjon – et ekstra avsnitt i kulturformuleringen .....	15
<b>Kulturelle perspektiver i DSM-IV</b> .....	16
<b>Når kan kulturformuleringen brukes?</b> .....	18
<b>Det etnografisk inspirerte intervjuet</b> .....	19
<b>Kulturformulering – forslag til spørsmål</b> .....	23
■ <b>Kulturell identitet</b> .....	25
Forslag til spørsmål for å utforske pasientens kulturelle identitet: .....	28

<b>■ Kulturelle forklaringer på sykdom – uttrykk og meningskaping</b>	31
Forslag til spørsmål for å utforske uttrykk og meningskaping: .....	34
<b>■ Betydningen av kulturelle faktorer for psykososiale omgivelser og funksjonsnivå</b> .....	37
Forslag til spørsmål for å utforske kulturelle faktorer relatert til psykososialt miljø og funksjonsnivå: .....	40
<b>■ Migrasjon og akkulturasjon</b> .....	42
Forslag til spørsmål for å utforske pasientens migrasjonshistorie og akkulturasjonssituasjon: .....	44
<b>■ Kulturelle faktorer i relasjonen mellom individ og kliniker</b> .....	47
Forslag til spørsmål for å utforske betydningen av kulturelle faktorer i relasjonen mellom pasient og kliniker: .....	49
Til slutt vurderer klinikerer hvordan han/hun selv synes at intervjuet har vært .....	50
Forslag til spørsmål en kan reflektere over: .....	50
<b>■ Overordnet vurdering av diagnostikk og behandling</b> .....	52
<b>Praktiske råd til klinikerer</b> .....	55
<b>Praktiske forhold rundt intervjuet</b> .....	56
Arbeidsallianse .....	56
Intervju med tolk .....	57
For hvem? .....	57
Når og av hvem? .....	57
Intervjuteknikk .....	58
Planlegging av intervjuet .....	58

<b>Ulike faser i intervjuet</b> .....	59
Innledningsfase .....	59
Intervjufasen .....	59
Avslutningsfase .....	59
<b>Referanser</b> .....	61
<b>Appendix</b> .....	67
<b>Sammendrag: Kulturformulering – forslag til spørsmål</b> .....	67
■ Forslag til spørsmål for å utforske pasientens kulturelle identitet. ....	68
■ Forslag til spørsmål for å utforske uttrykk og meningsskapning. ....	70
■ Forslag til spørsmål for å utforske kulturelle faktorer relatert til psykososialt miljø og funksjonsnivå .....	72
■ Forslag til spørsmål for å utforske pasientens migrasjonshistorie og akkulturasjonssituasjon. ....	74
■ Forslag til spørsmål for å utforske betydningen av kulturelle faktorer i relasjonen mellom pasient og kliniker .....	76
Til slutt vurderer intervjueren hvordan han/hun selv synes at intervjuet har vært .....	77

## Forord til den norske utgaven

Oversettelsen av denne manualen har vært en prioritert oppgave for NAKMI og det norske fagmiljøet innen transkulturell psykologi og psykiatri. Det har lenge vært et behov for en manual som omhandler transkulturell diagnostikk innen psykiatri og psykologi på en konkret måte. Dette er et arbeid som har pågått lenge i en internasjonal sammenheng, og som blant annet har nedfelt seg i form av denne publikasjonen. Transkulturell diagnostikk er et felt som er i kontinuerlig utvikling, og det vil forhåpentligvis komme nye og reviderte utgaver i de nærmeste årene. Det vil ikke minst være aktuelt i forbindelse med de kommende revisjonene av diagnosesystemene i løpet av de neste fem årene (ICD-11 og DSM-V).

Med denne manualen har medarbeidere i det psykiske helsevernet i Norge fått et nyttig verktøy som jeg håper blir hyppig brukt. Den vil kunne bidra til å høyne det faglige nivået på dette området, ikke bare for fagfolk med spesiell interesse for transkulturell psykologi og psykiatri, men også for annet helsepersonell. Den vil særlig komme til nytte når behandleren har lite kjennskap til pasientens sosiokulturelle bakgrunn, eller utfordres av en opplevd kulturell distanse. Manualen må ikke nødvendigvis følges systematisk i alle kliniske møter hvor pasient og behandler opplever å ha ulik kulturell bakgrunn, men må sees på som et hjelpemiddel som kan brukes fleksibelt.

Vi er takknemlige overfor våre nordamerikanske og svenske kolleger som har gjennomført det arbeidet oversettelsen bygger på, samt overfor Emine Kale og Kirsti Jareg som tok på seg oppgaven med å oversette manualen.

Edvard Hauff  
*professor i transkulturell psykiatri*  
*Universitetet i Oslo*

## Øversetternes ord

I den norske øversettelsen har vi gjort noen tilpasninger, hovedsakelig når det gjelder strukturen i den første delen av manualen. Denne øversettelsen er basert på den siste versjonen av manualen fra 2009, som ble utgitt innenfor rammen av utviklingsprosjektet «Bedre behandling av psykiske plager hos borgere fra den tredje verden i Stockholm», som delfinansieres av EUs integrasjonsfond.

Vi vil benytte anledningen til å takke klinisk sosionom Gudrun Nordmo ved RVTS Øst som har kvalitetssikret øversettelsen. Vi vil også takke klinikere som har sett på spørsmålene og vurdert relevansen av manualen i norsk sammenheng. Vi tenker da spesielt på psykologene Judith van der Veele, Lovise A. Krogstad og Sigmund Elgarøy. Den sistnevnte har også bidratt med refleksjoner om relevansen når det gjelder samiske klienter. Videre takker vi overlege Sofie Bäärnhielm og Marco Scarpinati Rosso ved Transculturellt Centrum for et flott samarbeid.

Vi opplever på ingen måte at manualen er ferdiglaget en gang for alle. Vi håper at dette kan inspirere klinikere til å utforme flere og bedre versjoner av manualen, slik at den blir best mulig tilpasset det mangfoldet vi møter i klinikken.

Emine Kale

Kirsti Jareg



## Introduksjon

Denne manualen skal hjelpe klinikere som skal gjøre en psykiatrisk utredning, til å utforske den enkelte pasients sykdomsoppfatning og hans/hennes sosiale og kulturelle kontekst. Manualen baserer seg på forslaget til en kulturformulering i diagnosesystemet DSM-IV (APA, 2000). Den retter seg mot leger, psykologer og annet helsepersonell som vurderer og diagnostiserer psykisk sykdom og lidelser i flerkulturelle behandlingsmiljøer, og kan også brukes i undervisningssammenheng.

Manualen ble utviklet av Transkulturellt Centrum, Stockholms läns landsting og Spånga psykiatriske mottagning, Norra Stockholms psykiatri. Transkulturellt Centrum er et kunnskapssenter for transkulturell psykiatri og asylsøker- og flyktninghelse. Spånga psykiatriske mottagning gir et psykiatrisk tilbud til befolkningen i de flerkulturelle drabantbyene Rinkeby, Tensta og Hjulsta i den vestre delen av Stockholm. Finansieringen skjedde gjennom Nasjonal psykiatrisamordning 69/2005, samt ALF medisin Dnr 0508-1391 og Dnr LS 0601-0082. Prosjektet ble godkjent av den regionale etiske komiteen i oktober 2004, Dnr 04-760/4.

Følgende personer ved Spånga psykiatriske mottagning har vært med i arbeidsgruppen: psykologene Ewa Harris, Marie Ljunggren og Ann-Marie Svedstedt, samt sekretærene Werona Seitaneva og Camilla Löwengrip. Utviklingsarbeidet har vært mulig takket være aktiv støtte fra virksomhetssjef professor Anna Åberg Wistedt ved Norra Stockholms psykiatri og enhetssjef Kersti Gabrielsson ved Spånga psykiatriske mottagning.

Vi retter en varm takk til alle pasienter ved Spånga psykiatriske mottagning som deltok i prosjektet. Likeså vil vi takke professor Laurance Kirmayer, McGill University i Montreal, Canada, for god støtte i utviklingen av manualen, og professor Juan Mezzich, New York University, USA, for støtte og synspunkter. Videre retter vi en stor takk til dosent Bo Runeson, Karolinska Institutet, for metodologiske synspunkter på kartleggingen, og dr. Jörgen Herlofson for

hjelp til oversettelsen av kulturformuleringene fra engelsk til svensk. Avslutningsvis vil vi uttrykke vår takknemlighet til professor Nora Ahlberg, NAKMI (Nasjonal Kompetanseenhet for Minoritetshelse) Oslo, med dr Per Borgå, FoU-enheten, Danderyds sykehus, med dr Leena Maria Johansson, Centrum för allmänmedisin og sykehusprest Hans Gentzel, St. Görans sykehus, for verdifulle synspunkter på en tidligere tekst.

Sofie Bäärnhielm

Marco Scarpinati Rosso

Laszlo Pattyi

*Stockholm, mai 2007*

## Hvordan ble denne manualen til?

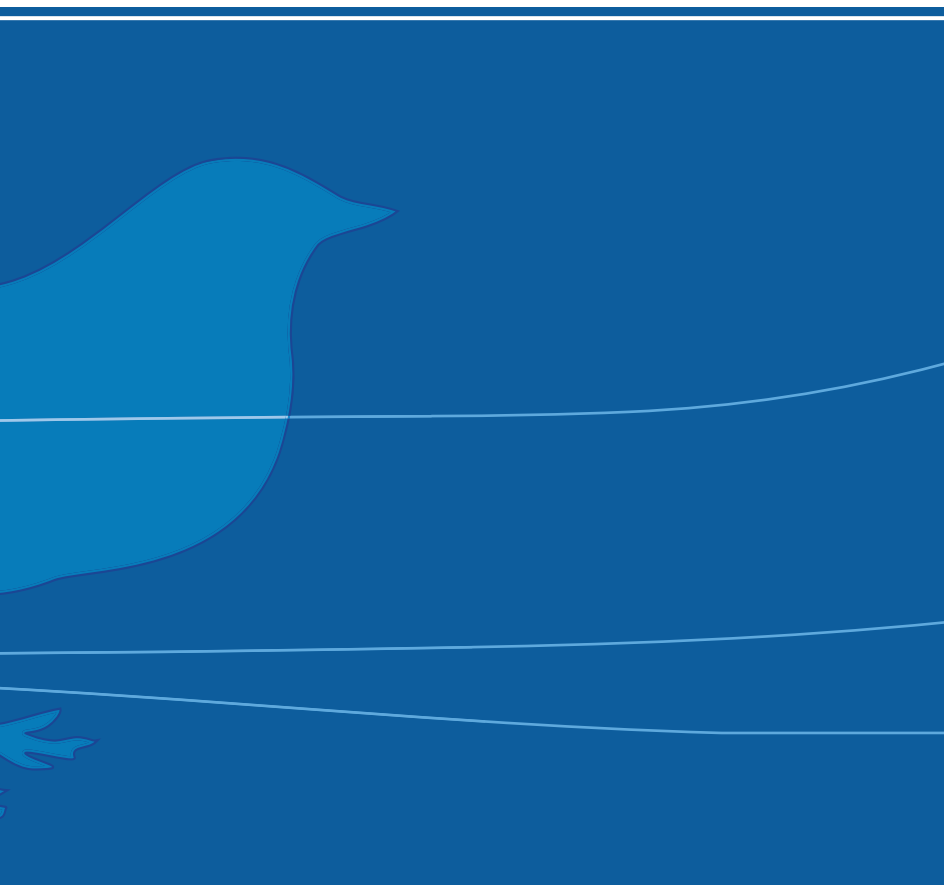
Det har tatt to og et halvt år å lage denne manualen. Vi begynte med å formulere spørsmål for å intervju pasienter om deres sosio-kulturelle kontekst og sykdomsforståelse ut fra forslaget til kulturformulering i DSM-IV. Sammen med medarbeidere i prosjektgruppen ved Spånga psykiatriske mottagning tilpasset vi spørsmålene til nye pasienter som kom til avdelingen. Pasientene ble informert om at deltakelse i prosjektet var frivillig, at de kunne avbryte intervjuet, og at dette ikke ville ha konsekvenser for behandlingen.

Ut fra de erfaringene vi gjorde under intervjuene, har spørsmålene vært under kontinuerlig vurdering, de har blitt revidert og tilpasset på nytt, først innenfor rammen av en forstudie og siden som et utviklings- og forskningsprosjekt. 30 pasienter ble intervjuet, hvorav 23 var deltakere i det aktuelle prosjektet. Pasientene kom fra følgende land: Irak, Tyrkia, Bosnia-Herzegovina, Iran, Peru, Syria, Libanon, Bangladesh og Etiopia. Flere etniske grupper var

representert. Manualen inneholder også noen sitater fra pasientintervjuene.

I prosessen med å formulere spørsmål som er begripelige og meningsfulle for både pasient og kliniker, har vi forsøkt å gjøre spørsmålene stadig mer konkrete. Spørsmålene har i økende grad fokusert på pasienters aktuelle livssituasjon og hverdag, samt tanker omkring den pågående sykdomsepisoden. Det har fungert bra å kombinere åpne spørsmål med mer strukturerte spørsmål. Ut fra pasientenes fortellinger har vi formulert oppfølgingsspørsmål for å utforske de ulike områdene i kulturformuleringen og pasienters aktuelle plager og problem. Vi har ofte måttet tilpasse spørsmålene til den enkelte pasients språk og historie.

# Kultur, kontekst og psykopatologi



Sykdom oppleves alltid i en spesifikk kulturell, sosial og historisk sammenheng. Universelle psykopatologiske fenomener oppleves og tolkes ut fra kulturelt fargede referanserammer og teoretiske antakelser. Følelser og opplevelser kan gis forskjellige betydninger og uttrykkes med ulike ord og uttrykk. Kultur er et begrep med mange definisjoner. Når antropolog Hannerz (1983) analyserer kulturbegrepet, fokuserer han på idéplanet, på hvordan en skaper mening, og definerer kulturbegrepet som «*en felles forståelse som vi mennesker gjør tilgjengelig gjennom å kommunisere med hverandre på ulike måter*» (s. 15). Det er vår evne til å skape og bruke symboler som gjør at vi mennesker kan bygge en felles forståelse. Hannerz (1992) relaterer kultur til mening, den mening mennesker skaper og påvirkes av, og til noe som deles kollektivt.

Etnologen Spradley (1979) sammenlikner kultur med et interaktivt kognitivt kart som vi tolker hendelsene i vår omverden i lys av. Hylland Eriksen (2004) peker på det problematiske ved å trekke grenser mellom kulturer, siden vår verden myldrer av blandede kulturelle former og transnasjonale forbindelser. Kleinman (1996) betoner at kultur skapes gjennom interaksjoner i hverdagen og deles av flere, som familier, arbeidsplasser, nettverk eller større samfunn. Kleinman (1988) mener at vår måte å uttrykke sykdom på både er spesifikk ut fra en kulturell referanseverden, og er delt ut fra felles menneskelige vilkår. Kulturen er som et filter som sykdom, plager, funksjonsnedsetting og behandling oppleves og forstås gjennom. Det kulturelle filteret påvirker i sin tur hvordan psykopatologi formes, uttrykkes og kommuniseres. Kultur blir ut fra et slikt synspunkt et dynamisk begrep som relaterer seg til hvordan mennesker skaper mening i hverdagen.

Mennesker opplever sykdom og helse i en sammenheng, i en kontekst. Hylland Eriksen (2004) bruker begrepet kontekst i den betydning at alle fenomener må forstås ut fra deres dynamiske relasjon til andre fenomener. Kunnskap om pasientens situasjon og kontekst gir et bilde av hvordan sykdom og plager oppleves i livsverdenen til pasienten.

## Kulturformuleringen i DSM-IV

Kulturformuleringen er ment å være en hjelp til klinikerer for å vurdere og rapportere betydningen av personens kulturelle kontekst på en systematisk måte.

Rammeverket til kulturformuleringen i DSM-IV omfatter:

- kulturell identitet
- kulturbetingede forklaringer på sykdom
- kulturelle faktorer relatert til psykososialt miljø og funksjonsnivå
- kulturelle faktorer i relasjonen mellom pasient og kliniker
- en generell kulturell vurdering med henblikk på diagnostikk og behandling

Det opprinnelige, amerikanske vedlegget *Outline for Cultural Formulation and Glossary of Culture-Bound Syndromes* består av to deler. Den første delen inneholder et rammeverk for kulturformulering. Det er kun denne delen som er oversatt til norsk. Den opprinnelige engelske versjonen er utgitt av American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition, Text Revision*, Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000, s. 897–898 (Vedlegg 1).

## Rammeverk for kulturformulering<sup>1</sup>

Dette rammeverket for kulturformulering har til hensikt å utfylle den multiaksiale diagnostiske vurderingen, og det skal være et hjelpemiddel til å møte eventuelle vanskeligheter med å tilpasse DSM-IVs kriterier til et flerkulturelt miljø. Kulturformuleringen skal bidra til at klinikerer får en systematisk oversikt over individets

---

1) De følgende 7 avsnittene er en direkte oversettelse av den første delen av vedlegget til kulturformulering i DSM-IV-TR, s. 897–898. Disse er gjengitt med tillatelse fra American Psychiatric Association.

kulturelle bakgrunn, den kulturelle kontekstens betydning for den enkeltes uttrykk, vurdering av symptomer og dysfunksjon samt hvilken betydning kulturelle forskjeller mellom klinikeren og individet kan ha for relasjonen mellom dem.

Som det påpekes i innledningen til denne håndboken [s. xxxiii i DSM-IV], er det viktig at klinikeren tar hensyn til individets etniske og kulturelle kontekst i vurdering av hver DSM-IV-akse. I tillegg gir den foreslåtte kulturformuleringen nedenfor en mulighet til systematisk å beskrive individets kulturelle og sosiale referansegruppe og på hvilken måte den kulturelle konteksten har relevans for den kliniske behandlingen. Klinikeren kan i en fortellende form gi et sammendrag av hvert av de følgende områdene:

### ■ Personens kulturelle identitet

Angi personens etniske eller kulturelle referansegrupper. Noter i hvilken grad innvandrere og etniske minoriteter (når det er aktuelt) deltar i henholdsvis opprinnelseskulturen og i vertslandets kultur. Noter også språkkunnskaper, hvilke språk som brukes, samt hvilket språk som foretrekkes (angi også flerspråklighet).

### ■ Kulturelle forklaringer på sykdom

En bør være oppmerksom på følgende: På hvilken måte uttrykker personen symptomer eller behov for sosial støtte (for eksempel «nerver», åndebesettelse, somatiske plager, uforklarlige uhell), hvor problematisk opplever personen at symptomene er, og hvilken betydning har de i relasjon til normer i hans eller hennes referansegruppe? Hvilke lokale sykdomskategorier bruker familien og vedkommendes sosiale omgivelser for å identifisere den aktuelle tilstanden [...], hvilke opplevde årsaker eller forklaringsmodeller bruker personen og referansegruppen for å forklare sykdommen, og til slutt - hva er vedkommendes nåværende og tidligere preferanser for og erfaringer med medisinsk og folkemedisinsk behandling?

### ■ **Kulturelle faktorer relatert til psykososialt miljø og funksjonsnivå**

Noter kulturelt relevante fortolkninger av sosiale stressfaktorer, tilgjengelig sosial støtte, samt funksjonsnivå og funksjonsnedsetting. Dette inkluderer stressfaktorer i det lokale sosiale miljøet, samt religionens og slektingers betydning som kilde til nyttig informasjon og emosjonell og praktisk støtte.

### ■ **Kulturelle faktorer i relasjonen mellom pasient og kliniker**

Angi forskjeller i kulturell og sosial status mellom personen og klinikeren og de problemene som disse forskjellene kan forårsake for diagnostikk og behandling (for eksempel vanskeligheter med å kommunisere på vedkommendes morsmål, vanskeligheter med å utforske symptomer eller forstå symptomenes kulturelle betydning, problemer med å skape en adekvat relasjon eller et adekvat fortrolighetsnivå og problemer med å vurdere om atferden er normal eller patologisk).

### ■ **Overordnet kulturell vurdering med hensyn til diagnostikk og behandling**

Kulturformuleringen avsluttes med en overordnet diskusjon om hvordan det å være oppmerksom på kulturelle faktorer, påvirker en allsidig diagnostikk og behandling.

### ■ **Migrasjon og akkulturasjon – et ekstra avsnitt i kulturformuleringen**

De foregående avsnittene i kulturformuleringen er som nevnt hentet fra DSM-IV-TR, og utforsker spesifikke områder som skal beskrives utførlig i denne manualen. I tillegg til disse har den svenske manualen laget et avsnitt som handler om *migrasjon og akkulturasjon*, med tilhørende spørsmål om dette temaet. Begrepet akkulturasjon



handler om den kulturelle forandringen som oppstår i kontakten mellom to kulturelle grupper (Berry og Kim, 1988). Bakgrunnen for dette tilleggsavsnittet er at det i Skandinavia finnes mange pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn som nylig har migrert, og som befinner seg i en akkulturasjonssituasjon. Mange er også flyktninger som har opplevd trusler og vold i form av krigsopplevelser, tortur eller andre former for overgrep. Avsnittet inkluderer derfor i tillegg spørsmål om trusler og vold.

## Kulturelle perspektiver i DSM-IV

Det diagnostiske systemet DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders, Fourth Edition) har ambisjoner om å kunne brukes i ulike kulturelle sammenhenger. I innledningen til DSM-IVs lærebok (APA, 2000) påpekes det at sykdom og forløp av flere typer psykiatriske tilstander påvirkes av kulturelle og etniske faktorer.

I læreboken finnes det tre typer informasjon om kulturelle aspekter ved diagnostikk:

- kulturelle variasjoner i hvordan pasienten presenterer symptomer (se kapitlet om sykdomstilstander)
- en beskrivelse av kulturspesifikke psykiatriske tilstander (cultural-bound syndroms)
- et forslag til kulturformuleringsspørsmål

Kommentarene om kulturelle variasjoner i hvordan pasienten uttrykker psykopatologi, er ofte koblet til alders- og kjønnsrelaterede faktorer. Noen eksempler fra teksten i DSM-IV følger her:

I introduksjonsteksten til kapitlet om schizofreni og øvrige psykotiske sykdommer påpekes det at klinikerer bør ta hensyn til pasientens kulturelle kontekst. I visse kulturer kan for eksempel syns- og hørselshallusinasjoner være normale, religiøse opplevelser.

Videre står det at det kreves sensitivitet for forskjeller i hvordan emosjoner, øyekontakt og kroppsspråk uttrykkes når en skal klassifisere affekter (s. 306–308). Her henvises det til fakta fra USA og Storbritannia som viser at klinikerne kan ha en tendens til overdiagnostisere schizofreni på bekostning av bipolar lidelse i visse minoritetsgrupper (s. 385).

Teksten om depresjon beskriver hvordan kommunikasjon av depresjon påvirkes av kulturelle faktorer. I visse kulturelle kontekster formidles depresjon først og fremst gjennom kroppslige begreper – ikke som skyld og skam – men for eksempel som «nerver», hodepine, svakhet, tretthet, «ubalanse» eller «hjerterproblemer» (s. 353–354).

I kapittelet om personlighetsforstyrrelser betones viktigheten av ikke å blande disse sammen med integrasjonsproblemer (s. 687–688). Patologi må ikke sammenblandes med vaner, tradisjoner, religion eller politiske overbevisninger som skiller seg fra de majoritetsbefolkningen har. Betydningen av å ta hensyn til en persons etniske, kulturelle og sosiale bakgrunn understrekes. Verdien av at klinikerne skaffer seg informasjon fra personer som kjenner til pasientens kulturelle kontekst, framheves også.

DSM-IV-systemet kritiseres fra flere hold. Et kritisk synspunkt er at det ikke er meningsfullt å benytte seg av et vestlig diagnose-system utenfor Vesten eller i møte med flyktninger og minoritetsgrupper. Kleinman (1977) har brukt begrepet «category fallacy», som viser til problemet med å bruke psykiatriske diagnoser utenfor den kulturelle sfæren der diagnosene er skapt. Systematisk bruk av kulturformuleringene i flerkulturelle behandlingsmiljøer kan bidra til tydeliggjøre DSM-systemets begrensninger ved transkulturell diagnostikk. I utviklingen av det diagnostiske systemet fra ICD-10 til ICD-11 pågår det en diskusjon om å supplere diagnostiske kategorier med en multiaksial modell som inkluderer en vurdering av hvordan personen forstår sine problemer, altså en opplevelsedimensjon i vurderingen (IGDA Workgroup, 2003; Mezzich og Salloum, 2007)

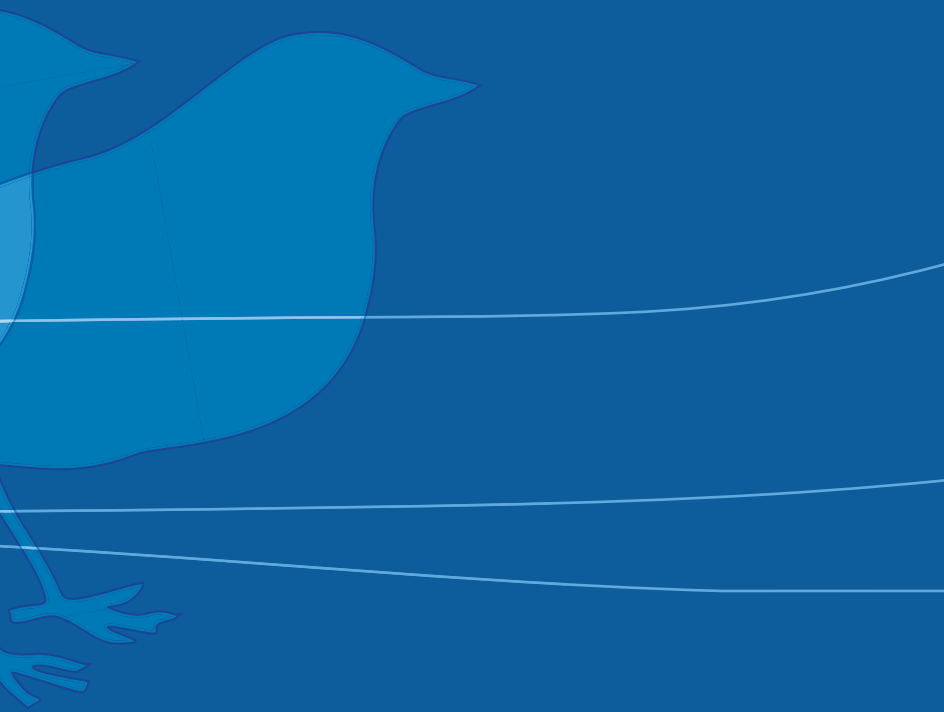
## Når kan kulturformuleringen brukes?

Med denne manualen vil vi gi støtte til, og veiledning i, å intervju pasienter om kultur, etnisitet, identitet, sosial kontekst, migrasjon samt opplevelser og oppfatninger omkring sykdom. Meningen er at manualen skal brukes på en fleksibel måte som tar hensyn til pasientens tilstand og forutsetninger, samt intervjuerens kunnskaper.

Kulturformuleringsmanualen er et hjelpemiddel i psykiatrisk og psykologisk utredning når behandleren mener at sosiokulturelle faktorer har betydning for klinikerens mulighet til å

- gjøre en korrekt nosologisk kategorisering
- forstå pasientens sykdomsoppfatning og sosiokulturelle kontekst
- skape en fortrolig behandlingsallianse
- utforme en felles behandlingsplan

# Det etnografisk inspirerte intervjuet



«Jeg vil forstå verden fra ditt perspektiv. Jeg vil vite det du vet, på den måten du vet det.»

(Spradley, 1997:34)

Kulturformuleringen har blitt beskrevet som en form for «mini-etnografiske» beskrivelser (Lewis-Fernandez, 1996). Etnografi er en antropologisk arbeidsmetode som forsøker å beskrive livet i et lokalsamfunn på et bestemt sted (Kleinman, 2006). Etnografien betoner betydningen av å sette seg inn i hvordan andre lever i sine lokale verdener, og ambivalensen som mennesker kan kjenne når de lever mellom forskjellige verdener (Kleinman, 2006). Etnografien understreker betydningen av å forsøke å forstå den andres perspektiv (Geertz, 1983). Etnologen Spradley (1997) betoner forskjellen mellom å betrakte mennesker som aktører, framfor kun som informanter. Tradisjonelt har antropologer ofte reist til fremmede land, lært seg nye språk og på en systematisk måte beskrevet lokale, sosiale mønstre.

Det finnes ulike former for etnografiske arbeidsmetoder. Felles for alle er interessen for de lokale sosiale og kulturelle forholdene og det å se «den andre» ut fra sitt eget perspektiv. Etnografiske intervjuer karakteriseres av en interesse for å utforske hvordan mennesker selv tolker sine erfaringer (Sherman Heyl, 2001).

En kliniker kan, på samme måte som en antropolog, interessere seg for hvordan pasienten forstår, føler, opplever og forholder seg til sin sykdom (Kleinman, 2006). Et klinisk intervju som kulturformuleringsintervjuet kan beskrives som et «etnografisk inspirert intervju». Pasienter kan sjelden svare på abstrakte spørsmål om identitet og kultur, og ofte er heller ikke spørsmål om etnisitet meningsfulle. Kunnskap om kultur og identitet får klinikerens ved å stille spørsmål om pasientens erfaringsverden og tanker og om hvordan sykdom, symptomer og ubehag opplever og fortolkes. Åpne spørsmål oppmuntrer pasienten til å gi informasjon på en beskri-

vende måte. Oppfølgingsspørsmål gir mulighet til å utforske områder og situasjoner som er av betydning.

Klinikeren tolker og forstår pasientens sykdomsfortellinger ut fra sin profesjonelle og personlige referanseramme. For å få hjelp med å tolke beskrivelsen som pasienten gir, kan klinikeren henvende seg til andre kunnskapskilder, for eksempel pasientens pårørende og venner og såkalte linkworkers/kulturtolker.<sup>2</sup> I tillegg kan klinikeren oppsøke skriftlige kilder som fag- eller skjønnlitteratur. Hvis en skal benytte seg av linkworkers/kulturtolker, må dette alltid skje i samsvar med taushetsplikten, slik at pasienten forblir anonym. Klinikeren, eller en annen i teamet, kan ta kontakt med såkalte linkworkers eller kulturtolker i lokalmiljøet, der rammen for samtalen er gjensidig utvikling. Disse kildene kan gi verdi-full informasjon og kunnskap om pasientens lokale miljø.

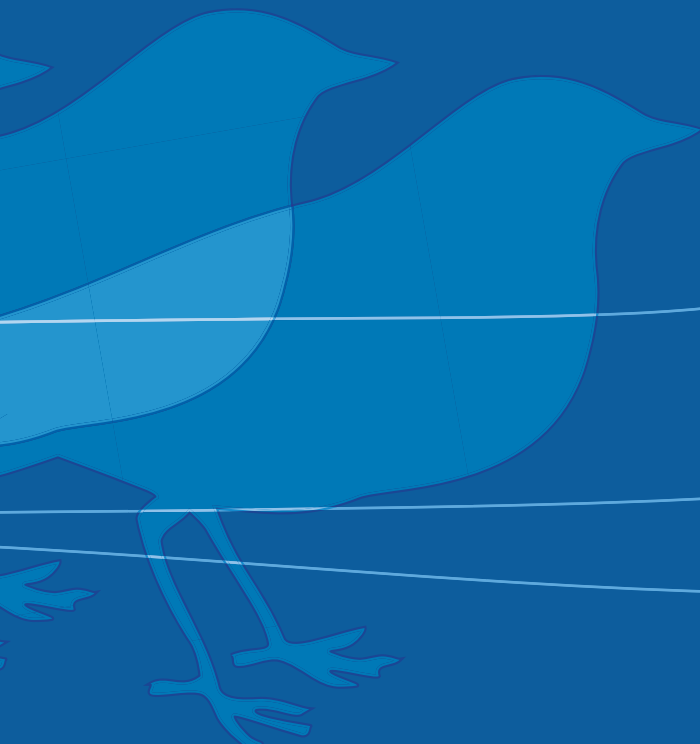
Selv om det etnografisk inspirerte intervjuet er en kilde til kunnskap om pasientens situasjon, er klinikeren verken antropolog eller etnolog. Klinikeren er ikke bare åpent nysgjerrig, men har også til hensikt å vurdere eventuell sykdom og gi behandling. Denne doble posisjonen hvor en har vilje til å forstå så vel pasienten som hans/hennes sykdom, er beskrevet i pasientsentrert allmennmedisinsk praksis (Levenstein mfl., 1986). Her betones viktigheten av at klinikeren setter seg inn i pasientens verden og ser sykdommen med hans/hennes øyne. Viljen til å forstå pasienten ut fra dennes perspektiv, tilfører informasjon og kunnskap som gjør det lettere å nå fram til en felles forståelse og behandlingsplan.

---

2) Linkworkers eller linkarbeidere har ulike betegnelser i Norge: naturlige hjelpere, kulturtolker, minoritetsrådgivere, kulturveiledere osv. og refererer til brobyggerarbeid som utføres av lønnede eller frivillige personer i minoritetsmiljøer som har god kjennskap til både minoritetsmiljøet(er) og storsamfunnet.



# Kulturformulering – forslag til spørgsmål







## ■ Kulturell identitet

«Personens kulturelle identitet. Angi personens etniske eller kulturelle referansegrupper. Noter i hvilken grad innvandrere og etniske minoriteter (når det er aktuelt) deltar i henholdsvis opprinnelseskulturen og i vertslan-landets kultur. Noter også språkkunnskaper, hvilke språk som brukes, samt hvilket språk som foretrekkes (angi også flerspråklighet).» (DSM-IV 2000:897)

**Intervjuer:** «Hvilken kulturell bakgrunn har du?»

**Pasient:** «Hva mener du? Mener du min familie? Vi tilhører den syrisk-ortodokse kirken.»

32-årig syrisk kvinne fra Syria

Det første avsnittet i kulturformuleringsmanualen belyser pasientens opplevelse av identitet og kulturell tilhørighet. For migranter handler det også om deltakelse både i den nye kulturen og i opprinnelseskulturen. Avsnittet om «migrasjon og akkulturasjon», som omtales senere, utfyller dette avsnittet.

Å interessere seg for pasientens identitet er å engasjere seg i pasientens opplevelse av seg selv og i hvordan omgivelsene relaterer seg til dette selvbildet. Identitet handler om hvordan vi identifiserer oss i forhold til personer rundt oss. Iblant brukes identitet som en kategori relatert til utseende, ytre egenskaper, språk eller geografisk opprinnelse. Dette speiler omgivelsenes behov for å kategorisere den «andre», eller den som er annerledes. En persons opplevelse av identitet er ikke en fast gitt egenskap, men står i relasjon til omgivelsene. Den forandres med tiden og endrer seg med konteksten personen befinner seg i. Hva personer opplever som viktig, kan variere.

Etnisk gruppetilhørighet kan i visse situasjoner være viktig for en del pasienter, men ikke for andre. Begrepet etnisitet har mange definisjoner og betydninger. Tseng (2001) definerer etnisk gruppe som en identifiserbar gruppe med en eller annen form for felles historisk bakgrunn. Direkte spørsmål om etnisitet er ikke alltid meningsfullt for pasienten. Begrepet kulturell identitet belyser at relasjoner til andre og til grupper er videre og mer komplekse enn etnisitet alene. For den som tilhører en minoritetsgruppe, er opplevelsen av diskriminering, utestenging, særbehandling og tilhørighet til majoritetskulturen betydningsfull med tanke på både identitet, psykisk helse og behandlingsstrategier. I tillegg er pasientens opplevelse av nye muligheter viktig.

Migrasjon innebærer oppbrudd, flytting, omstilling og akkulturasjon til et nytt samfunn. Akkulturasjon innebærer en forandring på gruppenivå, men innebærer også en mulighet for at individet endrer sin identitet (Berry og Kim, 1988). Dette kan skje på forskjellige måter for ulike individer, for eksempel ved at personen gir opp sin tidligere identitet til fordel for den nye (assimilasjon). En forandring kan også innebære at den gamle identiteten integreres med den nye, eller at identiteten knyttes opp mot å være utenfor og marginalisert (både av storsamfunnet og av egen gruppe). Det er først og fremst «marginalisering» som innebærer en potensielt stressende situasjon, ifølge Berry og Kim (1988). Kunnskaper om pasientens akkulturasjonsprosess gir klinikerer et bilde av pasientens livsvilkår, kulturelle identitet, belastningsfaktorer og utviklingsmuligheter.

I dette avsnittet om kulturell identitet omtales pasientens «referansegruppe». Med referansegruppe menes den gruppen av mennesker som er viktig for pasienten. Hvilken gruppe dette er, kan endre seg. Det kan være familie og venner, eller at en inngår i et kulturelt, etnisk, religiøst, politisk eller sosialt felleskap. En manglende referansegruppe kan på den annen side tyde på en ensom tilværelse. Klinikerer bør kartlegge hvordan dette ser ut for den enkelte pasient. Referansegruppen har betydning både som støtte

for pasienten og som en mulig samarbeidspartner ved vurdering og behandling. Personer fra referansegruppen kan, forutsatt at pasienten aksepterer det, og at en ivaretar taushetsplikten, bidra med viktig informasjon om pasienten og hans/hennes livsverden.

Språket er også en del av individets kulturelle identitet, og kan fungere som en markør for gruppetilhørighet og forandring av tilhørighet. En interesse for pasientens språkkunnskaper og språkkinnlæring kan stimulere han/henne til å fortelle om seg selv i relasjon til omgivelsene, om hvordan forholdene har forandret seg over tid, og om migrasjonsprosessen. Informasjon om pasientens språkkunnskaper og språkbruk kan gi et bilde av kommunikasjonsmuligheter, begrensninger og potensial.

Å vite noe om pasientens kulturelle identitet har betydning for å forstå hvem pasienten er, og hvordan selvbildet ser ut. En får også kunnskap om hans/hennes relasjon til omverdenen og til sykdom og plager. Gjennom denne forståelsen kan klinikerer og pasienten lettere formulere en gjennomførbar og realistisk behandlingsplan. Spørsmål som omhandler identitet, kan noen ganger oppleves som personlige og følsomme, og må derfor stilles med respekt for pasientens integritet. De må ofte stilles et stykke ut i intervjuet, etter at en allianse er skapt. Da kan en også relatere spørsmålene til det pasienten har fortalt, og til de ordene hun/han bruker. De spørsmålene vi formulerer, bør tilpasses pasienten og intervjusituasjonen.

## Forslag til spørsmål for å utforske pasientens kulturelle identitet:

- Finnes det en gruppe, eller flere grupper, som er viktige for deg? Jeg tenker for eksempel på en nasjonal, etnisk, kulturell, religiøs, sosial eller annen gruppe (gi eksempler ved behov).
- Tenker du på deg selv som ... (... gi et eksempel på en etnisk gruppe, for eksempel «kurdisk»)?  
(Eksemplifiser ut fra avgitt svar.)
- Tenker du på deg selv som norsk?
- Hvordan tror du andre ser på deg?  
(Hvis det er behov for det, gi eksempler ut fra svaret som er avgitt.)
- Hva betyr gruppen ... for deg? (... Bruk den samme benevnelsen på gruppetilhørighet som pasienten bruker, ved flere typer gruppetilhørighet – spør om samtlige.)
- Kan du tilhøre flere grupper ...? (Hvis det er aktuelt.)
  - *Hvilke problemer skaper det?*
  - *Hvilke muligheter skaper det?*
- Har din opplevelse av å høre til en særskilt gruppe ... forandret seg over tid?
  - *Hva har dette betydning for deg? (Hvis det er aktuelt.)*
  - *Er det noe du savner?*
  - *Er det noe som har gitt deg nye muligheter?*
- Hvordan oppfattes din familie og gruppe ... av andre i dine omgivelser?

- Har du opplevd noen ubehageligheter, kommet i vanskeligheter eller blitt urettferdig behandlet på grunn av din gruppetilhørighet?
- Finnes det én eller flere grupper som er viktige for din familie? Jeg tenker for eksempel på en nasjonal, etnisk, kulturell, religiøs, sosial eller annen gruppe (gi eksempler ved behov).
- Hva betyr denne ... gruppen for din familie? (... Bruk den samme benevnningen på gruppetilhørighet som pasienten bruker, ved flere typer gruppetilhørighet – spør om samtlige).
- Hvordan fungerer det å høre til flere ... grupper for din familie? (Hvis det er aktuelt.)
- Hvilke språk kan du?
- Hvilket språk foretrekker du å bruke?
- I hvilke situasjoner bruker du de forskjellige språkene? Hjemme, sammen med familien, på arbeid, i kontakt med helsevesenet?
- Når lærte du de ulike språkene?
- Hvilket språk drømmer du på?



## ■ Kulturelle forklaringer på sykdom – uttrykk og meningskaping

«Kulturelle forklaringer på sykdom: En bør være oppmerksom på følgende: På hvilken måte uttrykker personen symptomer eller behov for sosial støtte (for eksempel nerver, onde ånder, somatiske plager, uforklarlige uhell), hvor problematisk opplever personen at symptomene er, og hvilken betydning har de i relasjon til normer i hans eller hennes referansegruppe? Hvilke lokale sykdomskategorier bruker familien og vedkommendes sosiale omgivelser for å identifisere den aktuelle tilstanden [...], hvilke opplevde årsaker eller forklaringsmodeller bruker personen og referansegruppen for å forklare sykdommen, og hvilke aktuelle ressurser foretrekker han/ hun å benytte seg av for å få hjelp og til slutt – hva er hans/hennes tidligere erfaringer med medisinsk og folkemedisinsk behandling». (DSM-IV, 2000:897–898)

«Jeg kan ikke lese, jeg kan ikke konsentrere meg, jeg kan ikke sove. Jeg er urolig. Mange ganger kommer det anfall. Da må jeg ut på balkongen for å få luft. Jeg kan ikke arbeide. Jeg er alltid trøtt. Jeg har hele tiden uro i tankene, dårlige tanker. Jeg tenker for mye.»

(32-årig mann, kurder fra Tyrkia)

Avsnittet om kulturelle forklaringer på sykdom er sentralt og viser til hvor viktig det er å forsøke å forstå uttrykksmåten og sykdomsoppfatningen til hver enkelt pasient. Menneskers måte å uttrykke sykdom, lidelse og dårlig helse på påvirkes av tradisjoner, utdanning og de sosiokulturelle referanserammene. Måten å kommunisere behovet for støtte og hjelp på kan endre seg over tid.



På hvilken måte en vurderer grensene for normalitet og hva som oppleves som et problem, kan være ulikt både hos individer og hos grupper. Sykdom kan få ulike forklaringer og betydninger. Forventninger til hjelp og behandling kan også variere. En pasient må aldri bli tillagt en oppfatning ut fra kultur eller etnisitet. Behandleren må forsøke å finne ut hva den enkelte pasient forsøker å kommunisere, og hvilken betydning og mening han/hun gir sine plager og sin situasjon. Betydningen av ord og metaforer kan ikke alltid tas for gitt, men må undersøkes nærmere.

I teksten til kulturformuleringen i DSM-IV understrekes det hvor vesentlig det er å utforske på hvilken måte pasienten forklarer sine symptomer. I denne manualen har vi et bredere perspektiv enn kun forklaringsmodeller. Årsaker og forklaringsmodeller når det gjelder plager og sykdom, er viktige for en del pasienter, men ikke for alle. Pasienters sykdomsoppfatninger kan være fragmenterte og inneholde ulike, og iblant tilsynelatende motsetningsfylte, aspekter. Prosessen med å skape mening av en sykdom kan skje på en variert og mangefasettert måte (Bäärnhielm, 2003, 2004, 2006; Bäärnhielm og Ekblad 2008).

Måten dette skjer på, påvirker pasientens opplevelse av symptom og plager (Kleinman, 1991). I sin tur påvirker dette den menings-skapende kommunikasjonen, forventninger og samarbeid under behandlingen. Av og til kan pasienter gi sine plager helt andre betydninger og forklaringer enn de behandleren gir. De kan for eksempel forklare plager med skjebnen, straff, unaturlige fenomener, demoner, det onde øyet eller djinner. Djinner er en type ånder en finner innen Koranens univers (Esposito, 1998). Antropologen Good (1997) beskriver hvordan mennesker og djinner i store deler av den muslimske verden samhandler i hverdagen. Djinner kan forårsake sykdom og har betydning for behandling.

Mange pasienter vil fortelle om sin sykdomsoppfatning, mens andre kan være uklare med hensyn til hvordan de ser på eller tenker om sine plager. Noen pasienter kan være i tvil om de vil fortelle om sine oppfatninger, fordi de er bekymret for at deres tanker

skal behandles på en nedlatende måte, som uakseptable eller som ren uvitenhet. Behandlere må nærme seg pasientens perspektiv med interesse og respektere at pasienten velger tidspunktet for å fortelle om slike tanker. Spørsmål om pasientens perspektiv må ofte utgå fra pasientens aktuelle plager og situasjon. Abstrakte og generelle spørsmål kan være vanskelige å svare på.

Direkte spørsmål om årsaker og forklaringer på plagene kan iblant gi mye informasjon, men kan for noen pasienter være vanskelige å svare på. Det kan være hensiktsmessig å notere hvilke ord pasienten bruker, fordi dette kan øke forståelsen for hennes/hans opplevelser og tanker. Beskrivelsene kan variere fra at pasienten presenterer spesifikke uttrykk, kroppslige symptomer eller sosiale forhold, til at pasienten ikke ser ut til å ha ord som passer godt nok for å beskrive sine plager. For den som ikke har norsk som morsmål, kan det være viktig å få bruke uttrykk fra ens eget språk. En annen ledetråd kan være å spørre om pasienten kjenner til andre i sine omgivelser som har de samme plagene. Det er av og til lettere å begynne å prate om andre enn om seg selv. Spørsmål om hvordan pasienten og pårørende har søkt hjelp, samt forventninger til tjenestene, kan gi informasjon om pasientens tanker omkring sykdom og behandling. Interessen for pasientens perspektiv må derfor ofte følges opp senere i samtalen med oppfølgingsspørsmål relatert til spesifikke situasjoner og hendelser.

Pasienter kan bruke, eller kan ønske å bruke, andre behandlingstilbud enn tilbudene ved sykehuset. Det kan dreie seg om alternativ behandling eller ulike former for folkemedisin, det vil si behandling innen andre medisinske tradisjoner (Bäärnhielm mfl., 2007). Folkemedisin kan dreie seg om alt fra andre medisinske systemer, som ayurveda, til visse tradisjoner som for eksempel amuletter med legende kraft, spesielle ritualer eller legemidler, eller å gå til lekmann (Bäärnhielm og Ekblad, 2000). Informasjon om hva slags behandling pasienten foretrekker, gir innblikk i hvordan hun/han skaper mening, og betyr mye for å kunne lage en felles behandlingsplan.

## Forslag til spørsmål for å utforske uttrykk og meningsskaping:

- Hva slags plager har du?
- Hvor alvorlige synes du plagene dine er?
- Hvilke ord pleier du å bruke når du snakker om dine plager til din familie, dine pårørende eller venner?  
Fortell meg det gjerne på ditt morsmål.
- Kjenner du noen som har hatt liknende plager?
- Hva tror du kan være årsaken til dine plager?
- Hvilken hjelp og behandling ønsker du?
- Hva slags hjelp og behandling har du søkt før?
- Hvis du hadde bodd i ditt opprinnelsesland/hjemland, hvilken type hjelp og behandling hadde du søkt da?  
(Hvis det er aktuelt.)
- Hva sier din familie, dine pårørende eller dine omgivelser ... om dine plager?
- Hvor alvorlige synes de ... at dine plager er?  
(... Referer til de personene det henvises til.)
- Hvilke ord bruker de ... om dine plager?  
(Si gjerne ordene på ditt eget språk.)

- Hva tror de ... kan være årsaken til dine plager?
- Hva slags hjelp og behandling synes de ... at du skal søke?
- En kan søke hjelp for plager på ulike måter.  
Har du prøvd andre måter enn det norske helsesystemet?  
(Referer gjerne til eksempler fra folkemedisin, alternativ  
behandling, alternativ medisin eller behandling fra  
opprinnelseslandet eller Norge som kan være aktuelle for  
pasienten.)



## ■ Betydningen av kulturelle faktorer for psykososiale omgivelser og funksjonsnivå

«Kulturelle faktorer relatert til psykososialt miljø og funksjonsnivå. Noter kulturelt relevante tolkninger av sosiale stressfaktorer, tilgjengelig sosial støtte, samt funksjonsnivå og funksjonsnedsetting. Dette inkluderer stress i det lokale sosiale miljøet, samt religionens og pårørendes betydning som kilde til nyttig informasjon og emosjonell og praktisk støtte.» (DSM-IV, 2000:898)

**Intervjuer:** «Hva slags plager har du?»

**Pasient:** «Jeg er trøtt. Jeg er trøtt nesten hele tiden. Jeg har vært trøtt lenge, men det ble verre etter skilsmissen. Da begynte jeg å kjenne meg urolig, trøtt og kunne ikke sove eller spise . . . Jeg gjør det jeg må, hjemme. Jeg gjør det sakte og langsomt, og må hele tiden tvinge meg selv.»

Kvinne i 30-årene fra Irak

Avsnittet fokuserer på pasientens plager relatert til hans/hennes psykososiale miljø, og funksjonsnivået sett fra pasientens perspektiv. Pasientens beskrivelse av hvordan han/hun opplever sykdom og plager i hverdagen, kan gi behandleren et bilde av funksjonsnivå og eventuell funksjonsnedsettelse. Hverdagsbeskrivelsen gir behandleren muligheten til å stille oppfølgningsspørsmål om stress, belastninger i lokalmiljøet og om pasientens mulighet til å få råd, støtte og hjelp. Verken belastende eller støttende faktorer kan tas for gitt. Hva som oppleves som belastning og stress, kan være individuelt, sosialt og kulturelt betinget.

I visse kulturelle tradisjoner tolkes psykisk sykdom først og fremst gjennom sosiale begreper og som forstyrrede relasjoner. Forstyrrelser i sinnsstemning, affekter og angst kan tolkes i sosiale og moralske termer og ikke som psykiske plager (Kirmayer, 2001). De sosiale omgivelsene påvirker opplevelsen av følelser (Leff, 1973). Ut fra østafrikanske erfaringer beskriver Borgå (1996) hvordan psykisk sykdom tolkes som forstyrrelser i relasjoner, og at hensikten med behandlingen er å rette opp det som er galt i relasjonene. I en diskusjon om depresjon sett fra et antropologisk perspektiv, peker Kleinman (1991) på at de samme fysiologiske fenomenene kan oppleves ulikt fordi den psykologiske fortolkningsprosessen interagerer med meningssystemer og sosiale relasjoner.

Når pasienter er uvante med psykologiske og psykiatriske begreper, eller bruker emosjonelle termer som er ukjente for klinikeren, kan hverdagsbeskrivelser av plager og konsekvenser av plager gjøre det lettere for klinikeren å vurdere eventuell psykopatologi og alvorlighetsgrad. Det å lytte og ta imot pasientens historie er en flerdimensjonal prosess. Det å ta imot innebærer at behandleren «oversetter» og tolker pasientens beskrivelse av plagene ut ifra sin teoretiske referanseramme. Oversettelse mellom ulike meningssystemer er et viktig hjelpemiddel for å vurdere en eventuell forekomst av psykopatologi og alvorlighetsgrad.

Pasientens hverdagsbeskrivelse gir viktig informasjon om faktiske forhold, og ut fra dette kan klinikeren formulere oppfølgings-spørsmål som tar sikte på å bedømme eventuelle symptomer. Fortellinger fra hverdagen gir også informasjon om symptomenes betydning for pasienten, både kulturelt sett og som en del av sosiale relasjoner og kommunikasjon. Informasjon fra familie og pårørende kan gi viktig kunnskap om pasientens situasjon, plager, funksjonsnivå og mulighet til å få hjelp, samtidig som den også gir et bilde av hvordan mennesker i pasientens omgivelser bedømmer normalitet og avvikende atferd.

---

Muligheter til å få hjelp, og problemløsning, kan variere. Løsningen på problemene finnes ofte i pasientens lokale omgivelser og livssituasjon. Det er viktig å utforske hva slags sosialt nettverk som finnes rundt pasienten, og hvilken betydning det har. Selv et lite nettverk kan være en betydningsfull ressurs. Kunnskaper om støttende faktorer og mulige strategier til forandring kan bidra til å skape en individuelt tilpasset behandlingsplan.



## Forslag til spørsmål for å utforske kulturelle faktorer relatert til psykososialt miljø og funksjonsnivå:

- På hvilken måte påvirker plagene din hverdag?  
(Gi eksempler på hverdagsaktiviteter hvis det er behov for det.)
- På hvilken måte påvirker plagene din kontakt med andre?  
(Som for eksempel familie, venner, arbeidskamerater.)
- På hvilken måte påvirker plagene dine muligheter til å være aktiv?
- På hvilken måte påvirker plagene dine muligheter til å ta vare på hjemmet ditt / gjøre husarbeid?
- På hvilken måte påvirker plagene dine muligheter til å arbeide/studere?
- Finnes det noe i din hverdag som bidrar til, eller har bidratt til, plagene dine?
  - *Hva påvirker eller har påvirket deg?*  
*Hvis det er aktuelt: På hvilken måte har du blitt påvirket?*
- Finnes det én eller flere personer som du stoler på, og som du kan snakke med når det gjelder plagene dine og situasjonen din?
- Kan du snakke om plagene dine med familien din og dine pårørende? Er det noen vanskeligheter knyttet til å gjøre dette?

- Hva slags hjelp trenger du i hverdagen din?
- På hvilken måte forteller du andre at du trenger hjelp?
- Hvem kan du få råd, støtte eller hjelp fra i hverdagen?
- Hvilke råd, hvilken støtte eller hvilken hjelp kan du få i hverdagen?
- Har du en tro, eller tilhører du et trossamfunn (forsamling, religiøs gruppe) som er til hjelp og støtte for deg?
- Hva slags råd, støtte og hjelp får du?  
(Hvis det er aktuelt.)

## ■ Migrasjon og akkulturasjon

«Ja visst, jeg har hodepine og vondt i ryggen. Men det er ingenting sammenliknet med min ensomhet. Du kan ikke forstå hva det vil si å miste alle venner og all kontakt med sin historie.»

46 år gammel kurdisk mann fra Irak

Til de opprinnelige avsnittene om kulturformulering har vi lagt til to avsnitt om migrasjon og akkulturasjon (Bäärnhielm, 2008). Dette avsnittet tangerer kapittelet om kulturell identitet. Migrasjon er en stor forandringsprosess for individet og en belastende og stressende faktor (Roth, 2006). Migrasjon er også en kjent risikofaktor for schizofreni (Cantor-Grae mfl. 2003; Cantor-Grae og Seltén, 2005). Det finnes flere hypoteser om hva mekanismene er. En hypotese er at det å være «sosialt mislykket» («social defeat») over lang tid kan øke risikoen for schizofreni. Sosial mislykkethet og stress kan være medvirkende til at pasienter med migrasjonsbakgrunn sykner hen i en psykose (Zalkowska, 2003).

Migrasjon er ikke bare en plutselig forandring, men innebærer en serie hendelser og tilpasning til ulike stressorer (Westermeyer, 1989; Watters, 2001; Bhurga, 2004; Achotegui, 2005). På hvilken måte akkulturasjonsprosessen forløper, avhenger av en rekke faktorer som motivasjon, etnisitet, alder, kjønn m.m. (Comas-Diaz og Greene, 1994; Canino og Spurllock, 1994; Sakaue, 1992). Samtidig som migrasjon kan være stressinduserende, er det en svært heterogen prosess. Alle har ikke de samme erfaringene før migrasjon, og møter heller ikke de samme etter. Behandleren må derfor også være oppmerksom på pasientens mestringsstrategier og styrke (Bhurga, 2004).

Mange flyktninger har erfaringer med traumer og krig fra hjemlandet eller flukten. Traumatiserte flyktninger forteller ikke alltid

spontant om hva de har opplevd, ikke engang til helsepersonell (Norström, 2004). Iblant er det vanskelig for en kliniker å ta imot og tolke en pasients fortellinger om traumer, tap og migrasjon. Pasienter kan beskrive vold, ondskap, sosialt kaos og undertrykkelse – iblant dreier dette seg om opplevelser som er bortenfor behandlerens erfaringsverden. Graden av fantasi og evnen til å kunne leve seg inn situasjoner kan begrense behandlerens mulighet til å sette seg inn i pasientens erfaringer og lidelse (Kirmayer, 2003).

Sveaas (2000) har vist hvor betydningsfull den psykososiale sammenhengen er for traumatiserte pasienter som lever i eksil. Regelmessige aktiviteter og nærhet til familien har betydning for symptomnivået hos traumatiserte flyktninger. Al-Saffar (2003) peker på at individets mestring av potensielt traumatiske erfaringer er avhengig av opplevd sosial støtte i omgivelsene. Hun poengterer også hvor betydningsfull interaksjonen mellom individet og samfunnet er for den enkeltes mulighet til å mestre potensielt traumatiserende erfaringer der det er en risiko for å utvikle posttraumatisk stresslidelse. Al-Saffar beskriver også hvordan kulturen utsettes for ødeleggelse i konfliktherjede områder og på denne måten minsker sin funksjon som en beskyttende faktor. Al-Saffar sammenlikner dette med eksilsituasjonen.

En psykiatrisk vurdering av en pasient som har migrert, må inkludere en fortelling/nedtegning av den enkeltes migrasjonshistorie (Lee, 1990). Dette er viktig for å forstå pasientens livssituasjon i hjemlandet, opprinnelsesfamiliens sosiale status og sosiale nettverk, årsaken til flukten og eventuelle traumatiske erfaringer. Betydningen av å ha mistet viktige relasjoner til slektninger og venner må få særskilt oppmerksomhet. Konkrete spørsmål, som å spørre om reiser til hjemtraktene, kan gi informasjon om akkulturasjonsprosessen. Pasientens fortelling om migrasjon og akkulturasjon kan gi klinikerens informasjon som er nødvendig for at hun/han skal kunne gi en individuelt tilpasset behandling og plan framover.

## Forslag til spørsmål for å utforske pasientens migrasjonshistorie og akkulturasjonssituasjon:

- Hvor i ... kommer du fra?
- Hvorfor forlot du hjemlandet ...?  
(... Bruk det stedsnavnet som pasienten bruker.)
- På hvilken måte kom du til Norge?  
(Still oppfølgingsspørsmål om migrasjonen og en eventuell flukt. Respekter pasientens grenser med hensyn til hva vedkommende ønsker å fortelle.)
- Hva var grunnen til at du flyttet akkurat til Norge?
- På hvilken måte har livet ditt blitt påvirket av å flytte til Norge?  
(Still oppfølgingsspørsmål om livet i opprinnelseslandet, om for eksempel arbeid, boligforhold, sosioøkonomisk status.)
- Hva forlot du da du flyttet til Norge?
- Hvilke viktige personer forlot du?
- Hvilken kontakt har du med hjemlandet ...?
- Hvilken kontakt har du med familie og venner som fortsatt bor der?
- Besøker du ditt hjemland?
- Hva slags nye relasjoner har du fått i Norge?

- Hva slags nye muligheter har du fått i Norge?  
(Still oppfølgingsspørsmål om arbeid, utdanning, bolig og andre aktuelle forhold.)
- På hvilken måte har familien din blitt påvirket av flyttingen?
- Har flyttingen til Norge påvirket din helse?  
(Still oppfølgingsspørsmål om hvordan pasienten tenker.)
  - *På hvilken måte?*
- Ble du utsatt for trusler eller vold i ditt hjemland ...?
- Ble du utsatt for trusler eller vold på vei til Norge?
  - *På hvilken måte har dette påvirket deg? (Hvis det er aktuelt.)*
- Har du vært utsatt for trusler eller vold i Norge?
  - *På hvilken måte har dette påvirket deg?*
- Ble dine pårørende utsatt for trusler eller vold i deres hjemland ...?
- Ble dine pårørende utsatt for trusler eller vold på vei til Norge?
- Har dine pårørende vært utsatt for trusler eller vold i Norge?
  - *På hvilken måte har dette påvirket dine pårørende? (Hvis det er aktuelt.)*
  - *På hvilken måte har dette påvirket deg?*
- Tenker du ofte på hjemtraktene ... og på fortiden?
- Hva slags forventninger og forhåpninger har du til framtiden?



## ■ Kulturelle faktorer i relasjonen mellom individ og kliniker

«Angi forskjeller i kulturell og sosial status mellom personen og klinikeren og de problemene som disse forskjellene kan forårsake for diagnostikk og behandling (for eksempel vanskeligheter med å kommunisere på vedkommendes morsmål, vanskeligheter med å utforske symptomer eller forstå symptomenes kulturelle betydning, problemer med å skape en adekvat relasjon eller et adekvat fortrolighetsnivå og problemer med å vurdere om atferden er normal eller patologisk).» (DSM-IV, 2000:898)

«Unnskyld meg doktor, men jeg forstår ikke. Jeg var hos fastlegen og fortalte ham om mine ryggmerter. Han trodde ikke på meg og sendte meg til en psykiater. Nå når jeg prater med en psykiater spør du om mine ryggmerter.»

Kvinne i 50-årene fra Tyrkia

Avsnittet har til hensikt å vurdere og reflektere over hvilken betydning sosiokulturelle faktorer har for relasjonen mellom pasient og kliniker i den aktuelle diagnostiske situasjonen. Behandleren må gi seg tid til å undre seg og reflektere over relasjonen, og på hvilken måte den påvirker den kliniske vurderingen. Språket er sentralt for kommunikasjonen. Språk, språkforståelse og på hvilken måte tolkingen fungerer, har betydning for både kommunikasjonen og relasjonen. Synet på hva som er et passende fortrolighetsnivå, kan variere og påvirker hvor bekvemme behandleren og pasienten kjenner seg, og hva det er mulig å snakke om.

Den kognitive forståelsen av den diagnostiske vurderingssituasjonen har betydning for relasjonen. Pasientens forståelse påvirkes av hvor godt hun/han kjenner helsesystemet, og av informasjonen



som har blitt gitt i forbindelse med vurderingen og intervjuet. Hvis ikke pasienten forstår situasjonen, er det vanskelig å gjennomføre et meningsfullt intervju. Relasjonen påvirkes også av følelser og reaksjoner som vekkes hos både pasienten og behandleren.

Comas-Diaz og Jacobson (1991) beskriver hvordan kulturelle og etniske faktorer påvirker følelsesmessige reaksjoner hos både terapeut og pasient i psykoterapi. Reaksjonene kan for eksempel pendle fra overkompensasjon og overdreven vennlighet til mistenksomhet med mer eller mindre skjult fiendtlighet. Reaksjonene kan sette sitt preg på relasjonen. Comas-Diaz og Jacobson peker på at en overdreven mistenksomhet og overdreven fokus på forskjeller i etnisitet kan hindre en arbeidsallianse i å fungere. Både pasienten og behandleren kan gjemme seg bak en holdning om at «du kan aldri forstå meg».

Ahlberg (2000) beskriver hvilken betydning faktorer som kjønn, hierarkier og sosial etikette har for relasjonen i psykoterapi med traumatiserte, kvinnelige, kurdiske flyktninger. Disse faktorene påvirker også klinikerens og pasientens i de diagnostiske vurderingssituasjonene. Det å reflektere over egne følelser og reaksjoner kan gjøre det lettere å forstå ens egen rolle. En saklig utforskning av pasientens perspektiv, kultur og sammenheng kan bidra til å skape en god relasjon.

Avslutningsvis bør behandleren reflektere over og vurdere om hun/han kan forstå pasienten, og hvilken mulighet hun/han har til å sette seg inn i pasientens perspektiv og situasjon. Behandleren bør også tenke på hvilken måte dette påvirker muligheten til å formulere en riktig diagnose, og bedømme grensen mellom normalitet og patologi. Behandleren bør også tenke over om vurderingen er begripelig og meningsfull for pasienten, og hvordan de sammen kan lage en behandlingsplan. Det at klinikerens har en aktiv reflekterende måte å forholde seg til relasjonen på, kan tilføre kunnskaper om den diagnostiske prosessen og bidra til en god relasjon.

Nedenfor er det forslag til spørsmål en kan stille pasienten for å høre hvordan hun/han opplever intervjuet, og forslag til spørsmål som klinikerens kan tenke på for sin egen del.

## **Forslag til spørsmål for å utforske betydningen av kulturelle faktorer i relasjonen mellom pasient og kliniker:**

- Hvordan synes du det har vært å beskrive plagene dine og situasjonen din for meg i dag?
- Hva har det betydd for deg å kunne / ikke kunne bruke ditt morsmål når du snakker med meg?
- Hvordan synes du det har fungert å bruke tolk under samtalen vår? (Hvis det er aktuelt.)
- Ønsker du at vi bruker tolk i samtalene?
- Hva synes du om de spørsmålene jeg har stilt?
- Er det noe viktig som du ønsket å si noe om, men som vi ikke fikk snakket om?
- Hva har vært lett å forklare?
- Hvor godt tror du jeg forstår dine plager og din situasjon?
- Hvor godt tror du andre på avdelingen forstår dine plager og din situasjon?

**Til slutt vurderer klinikeren hvordan han/hun selv synes at intervjuet har vært.**

**Forslag til spørsmål en kan reflektere over:**

- Hvordan har relasjonen til pasienten vært?
- Hva har forvansket, respektivt bidratt til, en god relasjon?
- Hvordan har kommunikasjonen vært?
- Hva har forvansket, respektivt bidratt til, en god kommunikasjon?
- Hvordan har språket fungert under samtalen?
  - *Hva har det betydd at dere ikke har hatt det samme morsmålet? (Hvis det er aktuelt.)*
  - *Hvilken betydning har det hatt at dere har brukt tolk?*
  - *Hvilken betydning har det hatt at dere ikke har brukt tolk?*
  - *Hadde behandleren bruk for tolk?*
- Hvordan har du opplevd fortroligheten i samtalen?
- Hva har forvansket, respektivt bidratt til, et adekvat fortrolighetsnivå?
- Hvordan bedømmer du muligheten til å forstå pasientens plager?
- Hva har forvansket, respektivt bidratt til, forståelse for pasienten?

- Hvordan bedømmer du muligheten til å forstå pasientens livssituasjon og sosiale sammenheng?
  - *Hva har forvansket, respektivt bidratt til, forståelse?*
- Hvordan bedømmer du muligheten til å forstå pasientens selvbilde og forventninger til avdelingen?
  - *Hva har forvansket, respektivt bidratt til, forståelse?*
- Hva slags følelser og reaksjoner har pasienten vekket i deg?
- Hvordan har du håndtert dine følelser og reaksjoner?
- Hvordan bedømmer du din mulighet til å avgjøre hva som er normalt og patologisk når det gjelder pasientens plager?
- Hvor pålitelig mener du din diagnostikk er?
  - *Med hensyn til kategoriseringen (akse I og akse II)?*
  - *Med hensyn til øvrige DSM-IV-akser?*
- Hvordan bedømmer du dine muligheter til å foreslå en adekvat behandling?
- Hvordan ser du på dine muligheter til å gjøre din diagnostiske vurdering forståelig for pasienten?
- På hvilken måte tror du at din egen og pasientens etniske, sosiale og kulturelle tilhørighet har hatt betydning i møtet deres?
- Har du andre aktuelle refleksjoner?

## ■ Overordnet vurdering av diagnostikk og behandling

«Overordnet kulturell vurdering med hensyn til diagnostikk og behandling. Kulturformuleringen avsluttes med en overordnet diskusjon om hvordan det å være oppmerksom på kulturelle faktorer, påvirker en allsidig diagnostikk og behandling.» (DSM-IV, 2000:898)

Til slutt må det gjøres en oppsummering med en overordnet vurdering av hvilken betydning sosiokulturelle faktorer har hatt for diagnostikk og behandling. Dette kan også beskrives som at klinikerens oversetter pasientens historie til sitt profesjonelle språk ut fra sin teoretiske referanseramme. Oppsummeringen springer ut fra intervjuet med pasienten og fra øvrig relevant informasjon som har blitt samlet inn.

Oppsummeringen skrives i en fortellende form og kan være et utfyllende dokument til den øvrige journalføringen. På hvilken måte vurderingen skrives, må tilpasses lokale retningslinjer for journalføring. Oppsummeringen bør inkludere de ulike områdene som har blitt utforsket i kulturformuleringen, og andre viktige områder som har kommet fram under intervjuet. Ut fra de ulike avsnittene i kulturformuleringsmanualen kan klinikerens vurdere hva kulturelle faktorer og den sosiale sammenhengen betyr for pasientens sykdom og livssituasjon, samt for nosologisk kategorisering og behandling. Pasientens perspektiv skal være med i behandlingsplanleggingen.<sup>3</sup>

La gjerne den oppsummerende vurderingen inneholde informasjon om detaljer (etnografiske data) fra pasientens sykdomshistorie. Etnografiske data gjør det lettere for leseren å skape seg en forstå-

---

3) Jf. pasientrettighetsloven

---

else av, og et bilde av, pasientens situasjon. En parallell er den måten skjønnlitteraturens detaljrike beskrivelser skaper bilder i tankene våre.

Oppsummeringen bør kommentere aktuelle vanskeligheter, men også pasientens styrke, ressurser og muligheter til å få støtte.

Vær åpen om uklarheter, vurderingsproblemer og overveielser som er gjort underveis. Diskuter gjerne den oppsummerte vurderingen med pasienten. Et eksempel på hvordan en slik oppsummering kan skrives, er laget av Bäärnhielm og Scarpinati Rosso (2009).



# Praktiske råd til klinikeren





## Praktiske forhold rundt intervjuet

### Arbeidsallianse

En forutsetning for et bra intervju er at pasienten forstår hensikten med selve intervjusituasjonen, får tillit til klinikerens og kan kjenne seg trygg og respektert. Kvaliteten på intervjuet påvirkes av arbeidsalliansen mellom klinikerens og pasientens. Psykoterapiforskningen viser hvor viktig relasjonelle faktorer er for å få et godt terapeutisk resultat (Lambert og Barley, 2002). Norcross (2002) beskriver en rekke betydningsfulle variabler som potensielt sett bidrar til en positiv relasjon og effektiv terapi, for så vel samtalebehandling som for farmakologisk behandling: allianse, kontekst, empati, enighet om behandlingens mål, samarbeid, overensstemmelse, feedback og motoverføring (behandlerens følelsesreaksjoner). Selv om det kan være problematisk å oversette resultater fra psykoterapiforskningen til psykiatrisk diagnostisering, så viser forskningen hvor viktig det er å skape en god arbeidsallianse og en positiv relasjon. Johansson (2006) peker på betydningen av terapeutisk allianse som den mest avgjørende faktoren for pasientens opplevelse av god psykiatrisk behandling.

Den interpersonlige prosessen i intervjusituasjonen kan grovt sett deles opp i to dimensjoner, en kognitiv og en emosjonell. Den kognitive dimensjonen handler om hvilke fakta som utforskes, målet med intervjuet og hva som må gjøres for å nå målet. Den andre dimensjonen handler om relasjonen og den emosjonelle kontakten. I den inngår opplevelsen av å være «inne» eller «ute» i relasjonen til klinikerens. Pasienten må ha en passende grad av involvering og engasjement under intervjuet, slik at hun/han kan delta på en fri måte. Pasienten må ikke kjenne seg dominert av intervjueren på en slik måte at det innskrenker hennes/hans frihet til å svare fritt. Pasientens svar påvirkes av den underliggende følelsen av å være akseptert. Pasientens ikke-verbale kommunikasjon som kroppsholdning, toneleie m.m. kan gi ledetråder om hvordan hun/han opplever intervjusituasjonen.

## Intervju med tolk

Intervjuer må ofte gjennomføres med tolk. Klinikeren er ansvarlig for at både pasienten og tolken er innforståtte med intervjuets hensikt, arbeidsform og hvordan tolkingen foregår. Pasienten må informeres om tolkens taushetsplikt. I kognitiv psykologi peker Grabos og Hagström (2006) på viktigheten av kontinuitet i hvilken tolk som benyttes, og at tolkene sosialiseres i arbeidsmetoden, det vil si at spillereglene og rammene i situasjonen blir tydeliggjort. Både pasienten og klinikeren må kjenne seg trygge på tolken og forstå hvordan hun/han arbeider. Dette betyr spesielt mye siden tolken oversetter ord for følelser, som for eksempel uro og redsel.

Kale (2006) peker på hvor vesentlig det er at pasienten får informasjon om tolkereglene, og om hvordan tolken arbeider, så vedkommende vet hva hun/han kan forvente seg. Det oppleves av og til tidkrevende å bruke tolk – men det gir også rom for ettertanke.

## For hvem?

I det kliniske arbeidet er det hensiktsmessig å bruke manualen overfor pasienter der det ut fra henvisningen, og fra den første kontakten, framgår at sosiokulturelle aspekter er av betydning for diagnostikk og behandling.

## Når og av hvem?

Gjennomfør gjerne kulturformuleringsintervjuet så tidlig som mulig i den diagnostiske vurderingsprosessen, helst under et av de første besøkene. Intervjuet kan utføres av klinikeren som gjør den diagnostiske vurderingen. Det kan også brukes som et ledd i et teamarbeid der flere personer inngår i det diagnostiske arbeidet. Intervjuet skal aldri brukes som det eneste grunnlaget for diagnostikk, men som et tillegg til det øvrige diagnostiske arbeidet.

## Intervjuteknikk

Vi foreslår en semistrukturert intervjuteknikk, det vil si at det finnes en grunnleggende struktur samtidig som den tillater fleksibilitet. Mange spørsmål er åpne og gir pasienten rom for fritt å besvare og assosiere til spørsmålene. Intervjueren har mulighet til å omformulere spørsmålene og forandre rekkefølgen, samt å følge opp interessante områder. På denne måten unngår en rigiditet, samtidig som manualen hjelper intervjueren med å beholde strukturen i intervjuet, og ikke miste fokus. Den semistrukturerte formen muliggjør en systematisk og fleksibel datainnsamling.

## Planlegging av intervjuet

Forbered alltid intervjuet, planlegg tiden, tenk på at samtaler med tolk alltid tar lengre tid enn samtaler uten tolk. Vær vennlig og saklig når du beskriver målsettingen med intervjuet. Det er viktig at pasienten er innforstått med hvordan intervjuet er lagt opp. Forsøk å lage en arbeidsallianse der pasienten kjenner seg fri til å reflektere rundt spørsmålene. Respekter grensene for hva hun/han vil snakke om, og vær forberedt på å komme tilbake til følsomme temaer senere. Fortell om taushetsplikten.

Når intervjueren viser engasjement, interesse og respekt, skapes det lettere en god allianse. En grunnleggende tone av respektfull, profesjonell nysgjerrighet kan bidra til at intervjuet flyter lett. Ha hele tiden i mente at målet med samtalen er å forstå og forbedre pasientens psykiske helse. Intervjuet kan rent praktisk deles inn i en innledningsfase, en intervjufase og en avslutningsfase (Kirmayer og Mezziech, i trykk).

## Ulike faser i intervjuet

### Innledningsfase

Forklar innledningsvis hensikten med intervjuet for både pasienten og tolken, og forklar hvordan det skal gjennomføres. Forsøk å skape en avslappet intervjusituasjon, og gi oppmerksomhet til de problemene som pasienten søker hjelp for og er urolig for. Tenk på sosiale og kulturelle formaliteter og skikker når det gjelder kleskoder, hvordan dere hilser på hverandre, avstand og eventuell fysisk berøring. Vær oppmerksom på begrensninger i kommunikasjonen som har med språk å gjøre. Vær rundhåndet når det gjelder å bruke tolk.

### Intervjufasen

Spørsmålene som er foreslått i manualen, er tenkt å være en støtte og fungere som utgangspunkter. Disse kan omformuleres etter behov. Undersøk særlig nøye de spørsmålsstillingene som er relevante for den kliniske forståelsen. Still oppfølgingsspørsmål ut fra pasientens beskrivelser av sine plager og problemer, og bruk gjerne hennes/hans terminologi. Gå på en sensitiv måte gjennom de ulike delene i kulturformuleringsmanualen. Forsøk med varsom hånd å gjennomføre intervjuene på en spontan måte ved å «følge» pasienten gjennom spørsmålene. Vær oppmerksom på hvilken måte pasienten formulerer symptomer og uro. La pasienten få uttrykke seg åpent og bidra til forståelsen av sine plager og problemer i så stor grad som mulig.

### Avslutningsfase

Fyll avslutningsvis igjen hull og løse tråder fra intervjuet, og kontroller hvordan du tolker og vurderer situasjonen, gjerne sammen med pasienten. Oppsummer hvert avsnitt i manualen. På den måten får du en bekreftelse på om du har oppfattet henne/ham på

riktig måte. Spør også pasienten om hun/han har mer informasjon eller uoppklarte spørsmål. Når intervjuet avsluttes, bør du forklare og forsøke å oppnå en felles overenskomst omkring neste steg i vurderingen og behandlingen. Formuler gjerne din takknemlighet overfor pasienten med hensyn til at hun/han har formidlet kunnskap som du ikke tidligere kjente til.

Det er ønskelig med tilbakemeldinger på manualen. Disse kan sendes til:  
Emine Kale ([emine.kale@nakmi.no](mailto:emine.kale@nakmi.no)) eller Kirsti Jareg ([kirsti.jareg@nakmi.no](mailto:kirsti.jareg@nakmi.no)).

# Referanser



- Achotegui, J. (2005).** Emigration in hard condition: the immigrant syndrome with chronic and multiple stress. *Vertex*, 16, 105-13.
- Ahlberg, N. (2000).** «No five fingers are alike». *What Exiled Kurdish Women in*
- Al-Saffar, S. (2003).** *Trauma, ethnicity and posttraumatic stress disorder in outpatient psychiatry*. Ph.d.-avhandling. Section of Psychiatry, Neurotec Department, Karolinska Institutet, Stockholm.
- American Psychiatric Association. (2000).** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, Fourth Edition, Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Berry J.W. & Kim U. (1988).** Acculturation and mental health. I P.R. Dasen, J.W. Berry & N. Sartorius (Red.), *Health and Cross-Cultural Psychology towards Application* (s. 207–235). London: Sage Publication.
- Bhurga, D. (2004).** Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 243–258.
- Borgå, P. (1996).** Psykopatologi utifrån ett kulturellt perspektiv. I P. Borgå, S. Bäärnhielm & S. Ekblad (Red.), *Kulturell psykiatri. Föredrag från en konferens* (s. 63–72). Stockholm: CPFU.
- Bäärnhielm, S. (2003).** *Clinical encounters with different illness realities. Qualitative studies of illness meaning and restructuring of illness meaning among two cultural groups of female patients in a multicultural area of Stockholm*. Doktorsavhandling. Division of Psychiatry, Neurotec Department, Karolinska Institutet, Stockholm. [www.ki.se](http://www.ki.se)
- Bäärnhielm, S. (2004).** Restructuring illness meaning through the clinical encounter: a process of disruption and coherence. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28, 41–65.
- Bäärnhielm, S. (2006).** När det händer sådana saker, blir man förvirrad ... *Tidsskrift för Forskning i Sygdom og Samfund*, 5, 67–80.
- Bäärnhielm, S. (2007).** Möten i den mångkulturella vården. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation, samtal och bemötande i vården* (s. 270–298). Lund: Studentlitteratur.
- Bäärnhielm, S. & Ekblad, S. (2000).** Turkish Migrant Women Encountering Health Care in Stockholm. A Qualitative Study of Somatization and Illness Meaning. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 24 (4), 431–52.
- Bäärnhielm, S. & Ekblad, S. (2008).** Introducing a Psychological Agenda for Understanding Somatic Symptoms – An Area of Conflict for Clinicians in Relation to Patients in a Multicultural Community. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 32, 386–405.
- Bäärnhielm, S., Löfvander, M. & Håkansson, B. (2007).** *Transkulturell medicin* (s. 942–952). Sundbyberg: Apoteket AB, Läkemedelsboken.

- Bäärnhjelm, S. & Scarpinati Rosso, M. (2009).** The Cultural Formulation – a Model to Combine Nosology and Patients' Life Context in Psychiatric Diagnostic practice. *Transcultural Psychiatry*, 46 (3), 406–428.
- Canino, I. & Spurlock, J. (1994).** *Culturally Diverse Children and Adolescents*. Guildford: New York.
- Cantor-Grae, E., Pedersen, C.B., McNeil, T.F. & Mortensen, B. (2003).** Migration as a risk factor for schizophrenia: a Danish population-based cohort study. *British Journal of Psychiatry*, 182, 117–122.
- Cantor-Grae, E. & Selten, J.P. (2005).** Schizophrenia and Migration: a meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry*, 162, 12–24.
- Comas-Díaz, L. & Greene, B. (1994).** *Women of Color*. Guildford: New York.
- Comas-Díaz, L. & Jacobsen F. (1991).** Ethnocultural transference and counter-transference in the therapeutic dyad. *Am J Orthopsychiatry*, 61 (3), 392–402.
- Esposito, L.J. (1998).** *Islam. Den raka vägen*. Lund: Studentlitteratur.
- Geertz, C. (1983).** *Local Knowledge: Further Essays in Interpretative Anthropology*. New York: Basic Books.
- Good, B. J. (1997).** The meanings of symptoms: A cultural hermeneutic model for clinical practice. I. L. Eisenberg & A. Kleinman (Red.), *The Relevance of Social Science for Medicine*. Dordrecht: Reidel Publishing Company.
- Grabos, M. & Hagström, M. (2006).** *Psykoterapi med tolk: möjligheter – svårigheter*. Legitimationsgrundande utbildning i Kognitiv Psykoterapi. Svensk Institut för Kognitiv Psykoterapi.
- Hannerz, U. (1983).** *Over grenser. Studier i dagens socialantropologi*. Lund: Liber forlag.
- Hannerz, U. (1992).** *Cultural Complexity. Studies in the Social Organization of Meaning*. New York: Columbia University Press.
- Hylland Eriksen, T. (2004).** *What is Anthropology?* England: Pluto Press.
- Johansson, H. (2006).** *Therapeutic alliance in general psychiatric care*. Doktorsavhandling. Department of Psychology, Lund University and Division of psychiatry, Lund University Hospital.
- International Guidelines for Diagnosis Assessment Workgroup, WPA. (2003).** IGDA. Introduction. *British Journal of Psychiatry*, 182 (suppl. 45), 37–39.
- Kale, E. (2006).** «Vi tar det vi har». Om bruk av tolk i helsevesenet i Oslo. En spørreskjemaundersøkelse. *NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse* 2/2006.
- Kirmayer, L.J. (2001).** Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (suppl. 13), 22–30.
- Kirmayer, L.J. (2003).** Failures of imagination: the refugee's narrative. *Psychiatry, Anthropology & Medicine*, 10 (2), 167–185.



- Kirmayer, L.J. & Minas, H. (2000).** The future of Cultural Psychiatry: an international perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 438–446.
- Kleinman, A. (1977).** Depression, somatization, and the «new cross-cultural psychiatry». *Social Science and Medicine*, 11, 3–10.
- Kleinman, A. (1988).** *Illness narratives. Suffering, healing and the human condition*. USA: Basic Books.
- Kleinman, A. (1991).** «Preface, part II: What is depression». I.J. Becker & A. Kleinman (Red.), *Psychosocial aspects of depression* (s. vii–xvii). London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Kleinman, A. (1996).** «How is Culture important for DSM-IV?» I.J. Mezzich, A. Kleinman, H. Fabrega & D. Parron (Red.), *Culture & Psychiatric Diagnosis. A DSM-IV Perspective* (s. 15–25). Washington: American Psychiatric Press.
- 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.
- Lambert, M.J. & Barley, D.E. (2002).** Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. I.J.C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationship that works: Therapist contributions and responsiveness to patients* (s. 17–32). New York: Oxford University Press.
- Lee, E. (1990).** Assessment and treatment of Chinese-American immigrant families. I.G. Saba, B. Karrere & K. Hardy (Red.), *Minorities and Family Therapy* (s.191–209). New York: Haworth.
- Leff, J. (1973).** Culture and the differentiation of emotional states. *British Journal of Psychiatry*, 123, 299–306.
- Levenstein, J.H., McCracken, E.C., McWhinney, I.R., Stewart, M.A. & Brown, J.B. (1986).** The Patient centred clinical method. A model for the doctor-patient interaction. *Family Practice*, 13 (1), 24–30.
- Lewis-Fernández, R. (1996).** Cultural formulation of psychiatric diagnosis. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 20 (2), 132–144.
- Mezzich, J.E., Caracci, G., Fabrega, H. Jr. & Kirmayer, L.J. (2009).** Cultural Formulation Guidelines. *Transcultural Psychiatry*, 46 (3).
- Mezzich, J.E. & Salloum, I.M. (2007).** Towards innovative international classification and diagnostic systems: ICD-11 and person-centred integrative diagnosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Jul;116 (1), 1–5.
- Norcross, J.C. (2002).** *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (s. 3–16). New York: Oxford University Press.
- Norström, E. (2004).** *I väntan på asyl. Retorik och praktik i svensk flyktingpolitik*. Umeå: Boréa forlag.
- Roth, G. (2006).** *A perspective study of mental health among mass-evacuated Kosovo Albanians*. Doktorsavhandling. Karolinska Institutet, Department of Clinical Neuroscience, Stockholm.

- Sherman Heyl, B. (2001).** Ethnographic Interviewing. I P. Atkinson, A. Coffey., S. Delamont, J. Lofland & L. Lofland (Red.), *Handbook of Ethnography* (s. 369–383). London: Sage Publication.
- Spradley, J.P. (1997).** *The ethnographic interview*. Florida: Harcourt Brace Jovaovich College Publishers.
- Sakauye, K. (1992).** The elderly Asian patient. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 85–104.
- Sveaas, N. (2000).** *Restructuring meaning after uprooting and violence. Psychosocial interventions in refugee receiving and in post-conflict societies.* Institute of Psychology, Faculty of Social Sciences, University of Oslo.
- Tseng, W.-S. (2001).** *Handbook of Cultural Psychiatry*. San Diego: Academic Press.
- Watters, C. (2001).** Emerging paradigm in the mental health care of refugees. *Social Science & Medicine*, 52, 709–1718.
- Westermeyer, J. (1989).** Orientation to migration and migrants. I J. Westermeyer (Red.), *Psychiatric Care of Migrants: a Clinical Guide*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Zolkowska, K., Cantor-Grae, E. & McNeil, T. (2003).** Increased rates of psychosis among immigrants to Sweden: is migration a risk factor for psychosis? *Psychological Medicine*, 31, 669–678.



# Appendiks

**Sammendrag: Kulturformulering  
– forslag til spørsmål**



## Forslag til spørsmål for å utforske pasientens kulturelle identitet:

- Finnes det en gruppe, eller flere grupper, som er viktige for deg? Jeg tenker for eksempel på en nasjonal, etnisk, kulturell, religiøs, sosial eller annen gruppe (gi eksempler ved behov).
- Tenker du på deg selv som ... (... gi et eksempel på en etnisk gruppe, for eksempel «kurdisk»)?  
(Eksemplifiser ut fra avgitt svar.)
- Tenker du på deg selv som norsk?
- Hvordan tror du andre ser på deg?  
(Hvis det er behov for det, gi eksempler ut fra svaret som er avgitt.)
- Hva betyr gruppen ... for deg? (... Bruk den samme benevnelsen på gruppetilhørighet som pasienten bruker, ved flere typer gruppetilhørighet – spør om samtlige.)
- Kan du tilhøre flere grupper ...? (Hvis det er aktuelt.)
  - *Hvilke problemer skaper det?*
  - *Hvilke muligheter skaper det?*
- Har din opplevelse av å høre til en særskilt gruppe ... forandret seg over tid?
  - *Hva har dette betydning for deg? (Hvis det er aktuelt.)*
  - *Er det noe du savner?*
  - *Er det noe som har gitt deg nye muligheter?*
- Hvordan oppfattes din familie og gruppe ... av andre i dine omgivelser?

- Har du opplevd noen ubehageligheter, kommet i vanskeligheter eller blitt urettferdig behandlet på grunn av din gruppetilhørighet?
- Finnes det én eller flere grupper som er viktige for din familie? Jeg tenker for eksempel på en nasjonal, etnisk, kulturell, religiøs, sosial eller annen gruppe (gi eksempler ved behov).
- Hva betyr denne ... gruppen for din familie? (... Bruk den samme benevnningen på gruppetilhørighet som pasienten bruker, ved flere typer gruppetilhørighet – spør om samtlige).
- Hvordan fungerer det å høre til flere ... grupper for din familie? (Hvis det er aktuelt.)
- Hvilke språk kan du?
- Hvilket språk foretrekker du å bruke?
- I hvilke situasjoner bruker du de forskjellige språkene? Hjemme, sammen med familien, på arbeid, i kontakt med helsevesenet?
- Når lærte du de ulike språkene?
- Hvilket språk drømmer du på?

## Forslag til spørsmål for å utforske uttrykk og meningsskaping:

- Hva slags plager har du?
- Hvor alvorlige synes du plagene dine er?
- Hvilke ord pleier du å bruke når du snakker om dine plager til din familie, dine pårørende eller venner?  
Fortell meg det gjerne på ditt morsmål.
- Kjenner du noen som har hatt liknende plager?
- Hva tror du kan være årsaken til dine plager?
- Hvilken hjelp og behandling ønsker du?
- Hva slags hjelp og behandling har du søkt før?
- Hvis du hadde bodd i ditt opprinnelsesland/hjemland, hvilken type hjelp og behandling hadde du søkt da?  
(Hvis det er aktuelt.)
- Hva sier din familie, dine pårørende eller dine omgivelser ... om dine plager?
- Hvor alvorlige synes de ... at dine plager er?  
(... Referer til de personene det henvises til.)
- Hvilke ord bruker de ... om dine plager?  
(Si gjerne ordene på ditt eget språk.)

- Hva tror de ... kan være årsaken til dine plager?
- Hva slags hjelp og behandling synes de ... at du skal søke?
- En kan søke hjelp for plager på ulike måter.  
Har du prøvd andre måter enn det norske helsesystemet?  
(Referer gjerne til eksempler fra folkemedisin, alternativ  
behandling, alternativ medisin eller behandling fra  
opprinnelseslandet eller Norge som kan være aktuelle for  
pasienten.)



## Forslag til spørsmål for å utforske kulturelle faktorer relatert til psykososialt miljø og funksjonsnivå:

- På hvilken måte påvirker plagene din hverdag?  
(Gi eksempler på hverdagsaktiviteter hvis det er behov for det.)
- På hvilken måte påvirker plagene din kontakt med andre?  
(Som for eksempel familie, venner, arbeidskamerater.)
- På hvilken måte påvirker plagene dine muligheter til å være aktiv?
- På hvilken måte påvirker plagene dine muligheter til å ta vare på hjemmet ditt / gjøre husarbeid?
- På hvilken måte påvirker plagene dine muligheter til å arbeide/studere?
- Finnes det noe i din hverdag som bidrar til, eller har bidratt til, plagene dine?
  - *Hva påvirker eller har påvirket deg?*  
*Hvis det er aktuelt: På hvilken måte har du blitt påvirket?*
- Finnes det én eller flere personer som du stoler på, og som du kan snakke med når det gjelder plagene dine og situasjonen din?
- Kan du snakke om plagene dine med familien din og dine pårørende? Er det noen vanskeligheter knyttet til å gjøre dette?

- 
- Hva slags hjelp trenger du i hverdagen din?
  - På hvilken måte forteller du andre at du trenger hjelp?
  - Hvem kan du få råd, støtte eller hjelp fra i hverdagen?
  - Hvilke råd, hvilken støtte eller hvilken hjelp kan du få i hverdagen?
  - Har du en tro, eller tilhører du et trossamfunn (forsamling, religiøs gruppe) som er til hjelp og støtte for deg?
  - Hva slags råd, støtte og hjelp får du?  
(Hvis det er aktuelt.)

## Forslag til spørsmål for å utforske pasientens migrasjonshistorie og akkulturasjonssituasjon:

- Hvor i ... kommer du fra?
- Hvorfor forlot du hjemlandet ...?  
(... Bruk det stedsnavnet som pasienten bruker.)
- På hvilken måte kom du til Norge?  
(Still oppfølgingsspørsmål om migrasjonen og en eventuell flukt. Respekter pasientens grenser med hensyn til hva vedkommende ønsker å fortelle.)
- Hva var grunnen til at du flyttet akkurat til Norge?
- På hvilken måte har livet ditt blitt påvirket av å flytte til Norge?  
(Still oppfølgingsspørsmål om livet i opprinnelseslandet, om for eksempel arbeid, boligforhold, sosioøkonomisk status.)
- Hva forlot du da du flyttet til Norge?
- Hvilke viktige personer forlot du?
- Hvilken kontakt har du med hjemlandet ...?
- Hvilken kontakt har du med familie og venner som fortsatt bor der?
- Besøker du ditt hjemland?
- Hva slags nye relasjoner har du fått i Norge?

- Hva slags nye muligheter har du fått i Norge?  
(Still oppfølgingsspørsmål om arbeid, utdanning, bolig og andre aktuelle forhold.)
- På hvilken måte har familien din blitt påvirket av flyttingen?
- Har flyttingen til Norge påvirket din helse?  
(Still oppfølgingsspørsmål om hvordan pasienten tenker.)
  - *På hvilken måte?*
- Ble du utsatt for trusler eller vold i ditt hjemland ...?
- Ble du utsatt for trusler eller vold på vei til Norge?
  - *På hvilken måte har dette påvirket deg? (Hvis det er aktuelt.)*
- Har du vært utsatt for trusler eller vold i Norge?
  - *På hvilken måte har dette påvirket deg?*
- Ble dine pårørende utsatt for trusler eller vold i deres hjemland ...?
- Ble dine pårørende utsatt for trusler eller vold på vei til Norge?
- Har dine pårørende vært utsatt for trusler eller vold i Norge?
  - *På hvilken måte har dette påvirket dine pårørende? (Hvis det er aktuelt.)*
  - *På hvilken måte har dette påvirket deg?*
- Tenker du ofte på hjemtraktene ... og på fortiden?
- Hva slags forventninger og forhåpninger har du til framtiden?

### **Forslag til spørsmål for å utforske betydningen av kulturelle faktorer i relasjonen mellom pasient og kliniker:**

- Hvordan synes du det har vært å beskrive plagene dine og situasjonen din for meg i dag?
- Hva har det betydd for deg å kunne / ikke kunne bruke ditt morsmål når du snakker med meg?
- Hvordan synes du det har fungert å bruke tolk under samtalen vår? (Hvis det er aktuelt.)
- Ønsker du at vi bruker tolk i samtalerne?
- Hva synes du om de spørsmålene jeg har stilt?
- Er det noe viktig som du ønsket å si noe om, men som vi ikke fikk snakket om?
- Hva har vært lett å forklare?
- Hvor godt tror du jeg forstår dine plager og din situasjon?
- Hvor godt tror du andre på avdelingen forstår dine plager og din situasjon?

Til slutt vurderer klinikerer hvordan han/hun selv synes at intervjuet har vært.

Forslag til spørsmål en kan reflektere over:

- Hvordan har relasjonen til pasienten vært?
- Hva har forvansket, respektivt bidratt til, en god relasjon?
- Hvordan har kommunikasjonen vært?
- Hva har forvansket, respektivt bidratt til, en god kommunikasjon?
- Hvordan har språket fungert under samtalen?
  - *Hva har det betydd at dere ikke har hatt det samme morsmålet? (Hvis det er aktuelt.)*
  - *Hvilken betydning har det hatt at dere har brukt tolk?*
  - *Hvilken betydning har det hatt at dere ikke har brukt tolk?*
  - *Hadde behandleren bruk for tolk?*
- Hvordan har du opplevd fortroligheten i samtalen?
- Hva har forvansket, respektivt bidratt til, et adekvat fortrolighetsnivå?
- Hvordan bedømmer du muligheten til å forstå pasientens plager?
- Hva har forvansket, respektivt bidratt til, forståelse for pasienten?

- Hvordan bedømmer du muligheten til å forstå pasientens livssituasjon og sosiale sammenheng?
  - *Hva har forvansket, respektivt bidratt til, forståelse?*
  
- Hvordan bedømmer du muligheten til å forstå pasientens selvbylde og forventninger til avdelingen?
  - *Hva har forvansket, respektivt bidratt til, forståelse?*
  
- Hva slags følelser og reaksjoner har pasienten vekket i deg?
  
- Hvordan har du håndtert dine følelser og reaksjoner?
  
- Hvordan bedømmer du din mulighet til å avgjøre hva som er normalt og patologisk når det gjelder pasientens plager?
  
- Hvor pålitelig mener du din diagnostikk er?
  - *Med hensyn til kategoriseringen (akse I og akse II)?*
  - *Med hensyn til øvrige DSM-IV-akser?*
  
- Hvordan bedømmer du dine muligheter til å foreslå en adekvat behandling?
  
- Hvordan ser du på dine muligheter til å gjøre din diagnostiske vurdering forståelig for pasienten?
  
- På hvilken måte tror du at din egen og pasientens etniske, sosiale og kulturelle tilhørighet har hatt betydning i møtet deres?
  
- Har du andre aktuelle refleksjoner?

Med denne manualen ønsker vi å tilby et redskap til klinikere som skal gjøre en psykiatrisk eller psykologisk utredning i flerkulturelle behandlingsmiljøer. Manualen baserer seg på rammeverket til kulturformuleringen i diagnosesystemet DSM-IV og skal støtte klinikere i å utforske den enkelte pasients sykdomsoppfatning utifra hans/hennes sosiale og kulturelle kontekst. Kulturformuleringen er opprinnelig tenkt å anvendes som et supplement til DSM-IV's øvrige akser, men vi mener den kan også brukes som supplement til ICD-10. Vårt håp er at manualen bidrar til en bedre forståelse og god arbeidsallianse i det kliniske arbeidet.