

## DIAGNOSER I TVÆRKULTUREL SAMMENHÆNG

Gretty M. Mirdal

*Kulturbegrebet bruges på to forskellige måder i klinisk psykologi og psykiatri. I den ene retning betragtes kultur som et konstituerende element i organismen, her indgår kulturelle faktorer på linie med organiske faktorer i forståelsen af psykopatologiske fænomener. I den anden retning inddrages kulturbegrebet kun i tilfælde, hvor de organiske årsager er uklare og ukendte, og hvor det kulturelle nærmest bliver set som en modpol til det biologiske. Det såkaldte kulturbundne syndrom »ataque de nervios« (anfald af nerver) bruges i denne artikel som illustration på sidstnævnte retning. En række tilsyneladende universale reaktioner på psykosociale belastninger mystificeres ved, at man bevarer den spanske betegnelse for noget så udbredt som »dårlige nerver«. En betegnelse, der også bruges for lignende tilstande i mange andre sprog, fx. engelsk, fransk, dansk, italiensk, tysk, tyrkisk, arabisk og kurdisk. Den overdrevne opmærksomhed på det kulturspecifikke resulterer ofte i en tilsløring af væsentlige universale samspil mellem emotion, kognition og fysiologi. Artiklen slutter med et forslag til relevante spørgsmål ved tværkulturelle diagnostiske interviews.*

**Modsetsningsfulde antagelser**

Der hersker i moderne psykiatri og psykologi forskelligartede, endda modsatrettede grundantagelser vedrørende psykiske lidelsers årsager og beskaffenhed. Disse antagelser påvirker opfattelsen af emnet »diagnoser i tværkulturel sammenhæng«, i en grad, der gør det umuligt at beskæftige sig generelt med dette tema, uden at specificere ståsted og teoretisk retning. Jeg vil i det følgende forsøge at konkretisere hvad disse overvejelser indebærer, og hvad de betyder for det konkrete kliniske arbejde.

Er mentale sygdomme ens i forskellige kulturer? Er depression i Grønland den samme sygdom som depression i Danmark, i Pakistan og i England? Hvis depressioner viser sig på forskellig måde i forskellige kulturer, er det så alligevel den samme sygdom, eller er der tale om forskellige sygdomme? Hvad betyder dette for tværkulturelt diagnosticerings- og behandlingsarbejde? Bagved disse spørgsmål ligger der problemer, som gæl-

der for mange andre områder af psykologien og psykiatrien end det tværkulturelle – spørgsmål som for eksempel:

- om psykopatologi betragtes som hjernesygdom eller som sindssygdom;
- om patologiens ætiologi ses som fortrinsvis biologisk eller psykosocial;
- om psykopatologiske symptomer anses som naturgivne eller konstruerede fænomener;
- og om »kultur« opfattes som et konstituerende element for personligheden eller som én blandt mange andre faktorer.

Bagved disse spørgsmål ligger der problemer, som gælder for mange andre områder af psykologien og psykiatrien end det tværkulturelle, men dilemmaerne bliver endnu mere synlige, når den kulturelle dimension føjes til. Blandt andet derfor er kulturpsykologien i de seneste år blevet et forum for tværfaglige og metateoretiske diskussioner af relevans for hele det psykologiske fagområde. Interessen er skiftet fra den tidligere »*cross cultural psychology*«, som fokuserede på sammenlignende undersøgelser af bestemte træk, færdigheder eller lidelser i forskellige kulturer, til »*cultural psychology*«, hvor fokus er på, hvordan sociale og kulturelle forhold indgår i selve dannelsen af hele personen, inklusiv kroppen og hjernen. Kultur bliver dermed et konstituerende element i personens tilblivelse. Kultur skaber mennesker, og mennesker skaber kultur i en konstant vekselvirkning. Kultur og sprog bliver dermed »kropsliggjort« (*embodied*), og måden hvorpå dette foregår har været genstand for forskning og teori-dannelse i almen psykologi og kognitiv videnskab i de senere år (se f.eks. Lakoff & Johnson, 1984; Kitayama & Rose, 1994; Nuñez & Freeman, 2000; og Henningsen & Kirmayer, 2000).

Der findes næppe forskere i disse brede fagområder, der ikke tror på et samspil mellem natur og kultur, eller mellem arv og miljø. Ingen biologisk psykiater vil benægte de sociale forholds indflydelse på skizofreniens udvikling, og ingen social konstruktivist vil betvivle biologiens rolle i en psykoses opståen. Alligevel tales der med to tunger – gennem to forskellige »diskurser«, nemlig den naturvidenskabelige og den social konstruktivistiske, som farver opfattelsen af emnet. Jeg vil i det følgende forsøge at illustrere disse forskelle.

### **Kulturens placering i de verdensomspændende diagnostiske systemer**

De nuværende internationale diagnostiske klassifikationer, International Classification of Diseases (ICD), som udgives af Verdens Sundhedsorganisationen og Diagnostic Statistical Manual (DSM), det Amerikanske Psykiatriske Selskabs diagnostiske system hviler begge på en medicinsk sygdomsopfattelse vedr. »sygdomsenheder«, (se Mirdal, side 39 i dette bind). Disse klassifikationer er i princippet ateoretiske og hviler på den så-

kaldte »bio-psycho-social approach«, som har været dominerende i angelsaksisk psykologi og psykiatri i de seneste årtier, en rummelig og »sympatisk«, men egentlig intetsigende, snusfornuftig og meget lidet forpligtende referenceramme.

Diagnostiske kategorier har igennem den sidste halvdel af det 20. århundrede undergået gennemgribende ændringer både med hensyn til de overordnede klasseinddelinger (f.eks. er hele klassen af sygdomme, som tidligere kaldtes neuroser nu udgået) og i forhold til de enkelte diagnoser (f.eks. eksisterer »psykosomatiske sygdomme« og »minimal brain damage« ikke længere, til gengæld finder man nu diagnoser som »post-traumatic syndrom« og »attention deficit disorder«, der var ukendt for 40 år siden) (se Mirdal, 2000 for en analyse af psykopatologibegrebet i de successive udgaver af DSM fra DSM-I til DSM-IV).

På trods af disse ændringer, som kunne tyde på, at psykiatriske diagnoser ikke nødvendigvis betegner »objektive fænomener« i naturvidenskabelig forstand, og at deres afgrænsning skifter gennem tiderne, er sygdomsklassifikationernes grundantagelse stadig, at disse diagnoser er universelle og almengyldige.

Dertil kommer, at selve psykiatriens sprog er universelt. Kvaliteten af psykiatriundervisningen kan selvsagt svinge fra universitet til universitet, men overalt på kloden undervises vordende psykiatere i det samme stof på basis af de samme diagnostiske systemer. Derfor ligner de psykiatribøger, der udgives i Tyrkiet (senest grundbogen i psykiatri Gülec og Köroglu, 1998) til forveksling de nyeste af slagsen i USA eller Danmark. 97% af de tyrkiske psykiatere, som deltog i en undersøgelse i 1994, sagde, at de brugte Diagnostic Statistical Manual (Kortan, 2000) og de psykiatere fra 12 forskellige lande, som deltog i tilblivelsen af Danas (2000) »Handbook of cross-cultural and multicultural assessment«, udviser en forbløffende overensstemmelse i deres vurderinger, takket være deres fælles referenceramme.

Denne enighed kunne betragtes som en bekræftelse på, at psykiske lidelser har universel karakter, at deres grundlag er biologisk og at kulturens bidrag hertil er forholdsvis ringe. Det er den herskende opfattelse i den ovenfor nævnte »naturvidenskabelige diskurs«. Omvendt kunne man argumentere, at den udbredte anvendelse af een og samme klassifikations-system i øst og vest blot udtrykker psykiatriens »state of the art«, dvs. den fase i fagets udvikling, som psykiatrien er nået til ved årtusindeskiftet. Her genkender man den konstruktivistiske diskurs: DSM-IV afspejler tidens ånd, kategorierne er blevet til på grundlag af den viden og de fagpolitiske overvejelser, der var herskende i den periode og det sted (USAs »midwest«), og dens udbredelse skyldes den amerikanske psykiatri/psykologis førende position overalt i verdens psykiatri.

Det siger næsten sig selv, at den lægevidenskabeligt orienterede diskurs i sidste ende fører til en inddeling af sygdomme i to kategorier: Nogle, der er biologisk betingede, objektive og reelle, og andre, der er kulturskabte,

mere eller mindre indbildte og i hvert fald subjektive. Det er denne inddeling, der er basis for i den efterhånden fortærskede skelnen mellem sygdom og lidelse, illness og disease, som blev introduceret af Eisenberg i 1977. Som det forsøgt argumenteret i tidligere sammenhæng (Mirdal, s. 42 i dette bind) er inddelingen af DSM-IV i egentlige universelle sygdomsdiagnoser på den ene side, og kultur-bundne lidelsesdiagnoser på den anden side, et udslag af en sådan tankegang (listen over de af DSM-IV anerkendte culture-bound syndroms er gengivet på s. 40).

### Kultur set som et eksotisk og fremmedartet element

De to termer, *culture-bound syndrom* og *idioms of distress* bruges i det store og hele som synonym i den tværkulturelle litteratur (se f.eks. López & Guarnaccia, 2000). Lad os her tage *ataque de nervios* som eksempel.

*Ataque de nervios* defineres som et *culture-bound syndrom*, der er særlig udbredt blandt Latinamerikanere, både i deres hjemlande og når de lever i eksil, og det er en af de mest udforskede kulturbundne diagnoser. Den bogstavelige oversættelse af betegnelsen er »nerveanfald«, og de mest fremtrædende symptomer er sitren, gråd, ukontrollable skrig, aggressive udfald og overfusionser, og til tider besvimelse og dissociative symptomer. Den mest udbredte følelse er tab af kontrol, og de fleste episoder optræder i tilknytning til belastende livssituationer såsom skilsmisser, alvorlig sygdom i familien, ulykker og modgang. Tilstanden er mest almindelig i de lavere sociale lag og hos kvinder indtil 45 års alderen, hvorefter kønsforskellen forsvinder (Guarnaccia, 1997).

Forekomsten af »*ataque de nervios*« viste sig at være 16% til 23% i et par større populationsundersøgelser (Lopez & Guarnaccia, 2000) og den optræder, som forventet, i tilknytning til en række andre psykiske forstyrrelser, specielt angst og depression. Liebowitz et al. (1994) fandt for eksempel, at den måde, hvorpå anfaldene forløb var afhængig af om personen i forvejen var ængstelig eller deprimeret. »*Ataque de nervios*« er således en meget omfattende, dårligt afgrænset diagnose, der strækker sig fra alvorlig sindssygdom, gennem depression og angsttilstande, til overdreven følsomhed og irritabilitet.

Man kan derfor spørge sig, hvorfor denne spanske folkelige betegnelse for en forholdsvis almindelig og hyppig negativ følelsesstilstand af ubestemmelig art fastholdes, på trods af, at den uden besvær kunne oversættes til engelsk som *bad nerves*, der også udtrykker psykisk ubalance af varierende grad. Det er i øvrigt tankevækkende, at psykisk ubalance og svigtende selvbeherskelse også sættes i forbindelse med »nerver« på mange andre sprog end engelsk og spansk, eksempelvis på fransk: »*les nerfs*«; på tyrkisk og kurdisk: »*sinir*«; på dansk: »*dårlige nerver*«; på tysk: »*die Nerven*« og på arabisk: »*asab*«.

Hvis *ataque de nervios* medtages som en diagnose i DSM-IV, hvorfor indgår »*bad nerves*« så ikke? En del af svaret er tendensen til at fremstille det kulturelle til noget fremmedartet, mystisk og eksotisk, som antropologer og psykiatere undersøger dybtgående hos »fremmede« folkeslag. Begrebet »kultur«, i psykiatrisk sammenhæng, kommer således til at stå for eksotiske folkeslag, etniske grupper eller bliver endda brugt som betegnelse for kulturgeografiske områder, snarere end at betyde sociale forhold, trossystemer eller værdier.

## Sprog og lidelsesudtryk

Kritikken mod brugen af det originale sprog i betegnelser over lidelsesudtryk (*ataques, dhat, amok*, osv.), skyldes ikke en ignorering af sprogets betydning i emotioner. Der er en rig tradition i lingvistik for at studere emotioner i relation til kultur, en tradition, hvor sprog og kultur antages at påvirke hinanden og medvirke i følelsernes tilblivelse. Denne forskning, som kan betegnes som kognitiv lingvistik, fokuserer på, hvordan og i hvilken udstrækning mennesker i forskellige kulturer oplever de samme eller forskellige følelser blandt andet på grund af lingvistiske forskelle (Palmer & Occhi, 1999). Inden for det lingvistiske felt har man i en anden retning også studeret, hvordan følelsesudtryk i et sprog, pragmatisk hænger sammen med sociale og interpersonelle forhold (Duranti, 1997). Min kritik af de såkaldte kulturbundne syndromer, går netop på, at disse aspekter af lingvistisk forskning tilsidesættes i de diagnostiske systemer, og at kulturbegrebet bliver brugt til at »eksotisere« og mystificere følelsesmæssige tilstande i stedet for at klargøre samspillet mellem kultur, sprog og emotion.

Som bemærket af Kövecses & Palmer (1999), må udtryk for følelser på den ene side nødvendigvis være *universelle*, eftersom de afspejler oplevelsen af fysiologiske ændringer i kroppen under emotionelle tilstande, og disse fysiologiske reaktioner er universelle og kendetegner mennesket som art. På den anden side må følelser som ovenfor nævnt også være *kulturspecifikke*, eftersom kulturelle forhold påvirker kroppens og hjernens funktionsmåde. Mennesker fra forskellige kulturer udviser forskellige reaktioner på den samme påvirkning på trods af fælles biologiske karakteristika. Følelsesmæssige reaktioners betydning er således lige så meget knyttet til den kontekst de forekommer i, som til den påvirkning, der udløser dem, og den organisme, der bliver påvirket.

Dette dilemma, udgør kernen af debatten mellem universalisme og relativisme, og essentialisme og konstruktivisme. For Shweder (1991), der tilhører den sidst nævnte retning, giver adfærd kun mening, hvis man kender den særskilte betydning, som en særskilt situation har for en særskilt person. Den flinke og hyggelige fyr, der er snakkesalig sammen med kam-

meraterne, er ikke nødvendigvis hyggelig og snakkesalig med sin kone. I sidste ende betyder dette, at forudsigelsesmulighederne bliver ekstremt begrænsede; ført til sin yderste konsekvens fører denne tankegang til, at det kun er muligt at forudsige andres adfærd i forbindelse med nogle bestemte situationer, inden for en given kontekst og tidsrum, hvilket sætter spørgsmålstegn ved en stor del af vort fags, psykologiens, berettigelse og *raison d'être*.

Overført til vort tema, psykopatologi, står den konstruktivistiske position således ved første øjekast som diametralt modsat »essentialiseringen« af mental sygdom, hvor psykisk patologi, ligesom fysiske sygdomme, betragtes som entiteter, der stort set er upåvirkelige af kulturelle faktorer. Ifølge den konstruktivistiske tankegang har psykiatriske diagnoser, som nævnt, ikke nogen selvstændig realitet. De er skabt af den vestlige kulturhistorie og er dermed en konstruktion, der ikke nødvendigvis er gyldig i andre samfund. Tværtimod antager man, at der nødvendigvis altid vil være en stor variation i beskaffenheden af følelses- og adfærdsmæssige forstyrrelser fra kultur til kultur (Kirmayer, 1994).

### **Samspelet mellem det almene og det kulturspecifikke**

Risikoen ved denne tankegang er, at man kan komme til at synke ned i en total relativisme, hvor man betvivler, at man overhovedet ved noget og bliver handlingslammet!

Der er imidlertid, i psykiatrisk og klinisk psykologisk forskning, overbevisende data, der tyder på, at visse psykiske reaktioner og afvigelser forekommer overalt på jorden. Der findes alvorlige mentale forstyrrelser i de allerfleste samfund, og disse anerkendes som afvigelser uanset, hvor de forekommer. Der kan selvfølgelig være forskellige fortolkninger af årsagerne til disse afvigelser, forskellige måder at forholde sig til dem og behandle dem på, men det er muligt at identificere almenmenneskelige reaktioner på tværs af kulturer. Der er heller ingen grund til at betvivle, at stressreaktionens psykofysiologi har universel karakter, selv om mennesker fra forskellige kulturer kommer ud for forskelligartede stressorer, og vurderer og tackler disse belastninger forskelligt.

Man må også passe på, at en overdreven kulturrelativisme ikke kommer til at tildække det faktum, at undertrykkelse og fattigdom medfører psykiske problemer, og endda meget sammenlignelige problemer uanset, hvor i verden de forekommer. For eksempel har Desjarlais et al 's (1996) *World Mental Health Report* vist, at i fattige lande i Afrika, Latin Amerika og Asien, udgør psykisk sygdom (psykoser, såvel som adfærdsforstyrrelser, depressioner, stofmisbrug og selvmord) en belastning (udregnet som »*disability adjusted life years*«), der er større end den der skyldes tuberkulose, kræft og hjerte-kar lidelser. For kvinders vedkommende er psy-

kisk sygdom på verdensplan forbundet med sult, hårdt og farligt arbejde samt vold indenfor familien.

### **Kulturel følsomhed i diagnosticeringsprocessen**

Formålet med kulturpsykologisk forskning er at fremme vor forståelse af både universelle og kultur-specifikke processer og af den måde, de spiller sammen på. I denne henseende udgør klinikken et laboratorium for iagttagelser af samspillet mellem individ og kultur. En åben, fordomsfri og lyttende indstilling under en klinisk samtale giver mulighed for på én og samme tid, at indsamle diagnostisk relevante informationer og viden om symptomernes kulturelle betydning. Når det er sagt, udgør spørgsmålet, om det overhovedet er muligt at etablere et fælles forståelsesgrundlag imellem klient og behandler på tværs af forskellige kulturer, stadig et stort problem.

Den amerikanske psykologforening har i 1993 udgivet »Guidelines for providers of psychological services to ethnic, linguistic, and culturally diverse populations«<sup>1</sup>, og der findes en række artikler og vejledninger i relation til risici for racisme i psykologisk/psykiatrisk behandling, (Fernando, 1991). Derudover er der, siden Carstairs i 1961 skrev sin klassiske artikel: »Cross-cultural psychiatric interviewing«, udgivet en række mere eller mindre standardiserede interviewguides og anvisninger om »de rigtige spørgsmål« eller »den rigtige måde« at føre kliniske samtaler med patienter af anden etnisk/kulturel baggrund end terapeuten, (f.eks. Comas-Diaz & Griffith, 1988; Sue & Sue, 1987, 1990; van der Veer, 1992; Kareem & Littlewood, 1992; Pedersen, Draguns, and Lonner, 1996; Tseng, 1999, m.fl.). En uddybning af dette tema lader sig ikke gøre inden for rammerne af nærværende artikel, her vil jeg blot nøjes med en enkelt kritisk bemærkning vedrørende anvendelsen af specificerede fremgangsmåder og standardiserede interviewguides i tværkulturel diagnosticering.

Anvisninger om, hvordan man omgås »kinesiske klienter« eller »sydamerikanske patienter« hviler på generaliseringer, som risikerer at lede psykologens opmærksomhed bort fra individet og hen imod en eller anden gruppe, som klienten menes at tilhøre. Ofte forestiller man sig at denne gruppe er homogen, hvad der selvfølgelig ikke er tilfældet. Jeg er således på grund af min tyrkiske baggrund, ofte blevet spurgt om vejledning med hensyn til diagnosticering og behandling af tyrkiske patienter, ud fra en forventning om, at der må være »nogle bestemte ting man kan og ikke kan med tyrkere«. Det problematiske ved sådanne generaliseringer springer tydeligere i øjnene, hvis man erstatter ordene »kinesisk«, »sydamerikansk«

---

1 (se: <http://www.apa.org/pi/guide.html>)

eller »tyrkisk« med kulturer, der ligger tættere på os selv, som for eksempel »jyder«, »københavnere« eller »ufaglærte arbejdere«.

Det væsentlige i et diagnostisk interview er at opnå gyldige informationer, der kan føre frem til en effektiv behandling. Jeg mener ikke, at man kan udarbejde standardiserede spørgsmål, der direkte vil kunne ramme det kulturspecifikke hos den klient, man sidder over for. Derimod mener jeg, at man burde gøre sig umage for så vidt muligt at tage hensyn til alle klienters – danske som udenlandske – kulturelle baggrund, og jeg tror, at dette gøres bedst ved at man sætter sig ind i klientens egen forståelse af sin egen situation og sine egne symptomer. Derfor er det klientens selvforståelse og verdensbillede, der står i centrum og danner grundlag for den følgende tabel over de spørgsmål, som jeg anser for relevante ved tværkulturelle diagnostiske interviews.

### *Relevante spørgsmål ved tværkulturelle diagnostiske interviews*

#### **Fakta vedr. klientens gener og klager**

Hvilke gener har du?

Hvornår startede de?

Hvordan startede de? Har du oplevet sådanne gener før?

Hvad har du foretaget dig indtil nu for at formindske generne?

Er du tidligere blevet undersøgt for denne lidelse? Hvor? Af hvem?

Hvad har man sagt, at du fejler? Hvilken diagnose har du fået?

Hvilken behandling har man anbefalet?

Har du fulgt denne behandling?

Hvis nej, hvorfor ikke?

#### **Klientens subjektive forståelse og personlige forklaringer**

Hvornår har du det værst? Hvad forværrer din tilstand?

Hvornår har du det bedst? Hvad forbedrer din tilstand?

Hvad mener du selv, er årsagen/årsagerne til din sygdom?

Hvad ville man kalde det du fejler på dit modersmål?

#### **Klientens forestillinger om undersøgelses- og behandlingsforløbet**

Er der nogen i din familie, der har eller har haft samme gener?

Kender du andre, der har de samme gener/en lignende sygdom?

Hvordan har forløbet af deres sygdom været?

Hvilken behandling har de fået?

Hvad har hjulpet dem? Hvad har ikke hjulpet?

Har du nogle forestillinger om hvilken slags undersøgelse og behandling du kunne ønske dig at få her?

Hvordan tror du, at det du fejler ville blive behandlet, hvis du gik til læge i dit hjemland?

#### **Klientens psykosociale verden**

Kan du sætte starten af generne i forbindelse med en bestemt hændelse eller situation?

(fortsættes)



Mener du, at din sygdom har noget med stress at gøre?  
 Hvilke former for belastninger føler du, at du er udsat for lige nu?  
 Fornemmer du, at stress påvirker de gener du har? I så fald, hvordan?

Gretty M. Mirdal – 26/1/2001

## BIBLIOGRAFI

- CARSTAIRS, G.M. (1961): Cross-cultural psychiatric interviewing. IN: B. Kaplan. (Ed.) *Studying personality cross-culturally*. New York: Harper & Row.
- COMAS-DIAZ, L. & GRIFFITH, E.H. (1988). *Clinical guidelines in cross-cultural mental health*. New York: John Wiley.
- DANAS, R.H. (2000): *Handbook of Cross-Cultural and multicultural personality assessment*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- DESJARLAIS, R., EISENBERG, L. GOOD, B., KLEINMAN, A. (1996): *World Mental Health: Problems and priorities in low-income countries*. Oxford: Oxford University Press.
- DURANTI, A. (1997): *Linguistic anthropology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- EISENBERG, L. (1997): Disease and illness. *Culture, Medicine, and Psychiatry* (1, 9-23)
- FERNANDO, S. (1991): *Mental health, race and culture*. London: Macmillan.
- GUARNACCIA, P.J. (1997): A cross-cultural perspective on anxiety disorders. IN: S. Friedman (ed.) *Cultural Issues in the Treatment of Anxiety*. N.Y.: Guilford.
- GÜLEC, C. & KÖROGLU, E. (1998): *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler yayin birliđi.
- HENNINGSEN, P. & KIRMAYER, L.J. (2000): Mind beyond the net: implications of cognitive neuroscience for cultural psychiatry. *Transcultural psychiatry* (37, 467-494).
- KAREEM, J. & LITTLEWOOD, R. (1992): *Intercultural therapy: themes, interpretations and practice*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- KIRMAYER, L. (1995): The place of culture in psychiatric diagnosis. IN: Borgå, P., Bäärnhielm, S., Ekblad, S. (Eds.): *Pykiatri: Föredrag från en konferens*. Stockholm: Statens Institut för psykosocial miljömedicin.
- KIRMAYER, L & WAKEFIELD, J.C. (1994): Is the concept of mental disorder culturally relative? IN: S.A. Kirk & S.D. Einbinder (eds.): *Controversial issues in mental health*. Needham Heights, Mass.: Allyn and Bacon.
- KITAYAMA, S., MARKUS, H.R. (1994): *Emotion and culture: Empirical studies of mutual influence*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- KORTAN, G., YELKEN, G., AKSARAY, G., KAPTANOGLU, C., SEBER, G., EROL, A. (2000): Attitudes of Turkish psychiatrists towards DSM-III-R. *Nord. J. Psychiatry*, (54, 265-268).
- KÖVECSSES, Z & PALMER, G.B. (1999): Language and emotion concepts: What experientialists and social constructionists have in common. IN: Palmer, G.B. & Occhi, D.J. (Eds.) *Languages of sentiments*. Amsterdam: John Benjamins Publ. Co.
- LAKOFF, G & JOHNSON, M. (1980): *Metaphors we live by*. Chicago: The university of Chicago Press.
- LEVY, R. (1984): »Emotion, knowing and culture«. IN A. Schweder and R. A. LeVine (eds): *Culture Theory: Essays on Mind, self and emotion*. Cambridge: Cambridge University Press.
- LIEBOWITZ, M.R., SALMAN, E., JUSINO, C.M., GARFINKEL, R. (1994) Ataque de nervios and panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, (151, 871-875)

- LOPEZ, S.R. & GUARNACCIA, P.J. (2000): Cultural psychopathology: uncovering the social world of mental illness. *Annual review of psychology*, (51, 571-598).
- MIRDAL, G.M. (2000): Begrebet psykopatologi: En dekonstruktion. IN: P.Elsass & S. Lunn (eds.) *Psykologi i Forvandling*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- MIRDAL, G.M. (2001): Om oplevelsen af de andres lidelser. *Psyke og Logos*, nr. 1.
- NUNEZ, R.& FREEMAN, W. (2000) *Reclaiming cognition: The primacy of action, intention and emotion*. Thorverton, England: Imprint Academic.
- PALMER, G.B. & OCCHI, D.J. (1999): Linguistic anthropology and emotional experience. IN: Palmer, G.B. & Occhi, D.J. (Eds.) *Languages of sentiments*. Amsterdam: John Benjamins Publ. Co.
- PEDERSEN, P.B., DRAGUNS, J.G. & LONNER, W.J. (1996): *Counseling across cultures*. Thousand Oaks, CA.: Sage.
- ROSALDO, R. (1993): *Culture and Truth: The remaking of social analysis*. Boston, Beacon press.
- SHWEDER, R.A. (1991): *Thinking through cultures: Expeditions in cultural psychology*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- SUE, D. & SUE, S. (1987): Cultural factors in the clinical assessment of Asian American. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (55, 479-487).
- SUE, D & SUE, S. (1990): *Counseling the culturally different*. New York: John Wiley
- TSENG, W.-S. (1999): Culture and psychotherapy: review and practical guidelines. *Transcultural psychiatry*. (36, 131-179)
- VAN DER VEER, G. (1992): *Counselling and therapy with refugees*. New York: Wiley.