

DEPRESSION – ET GLOBALT PROBLEM

Sara Korngut

Depression er en af de mest udbredte psykiske lidelser i den vestlige verden og er derfor blevet et omfattende samfundsmæssigt problem. Desuden har den øgede globalisering og migration i verden medført, at mennesker fra både vestlige og ikke-vestlige kulturer nu lever tæt sammen. En sådan sammenfletning af kulturelle verdener er en udfordring for både diagnosticering og behandling af depression i et multikulturelt perspektiv. Artiklen integrerer forskellige perspektiver på depression, særligt med fokus på kulturens rolle, og argumenterer for vigtigheden af et tværfagligt perspektiv i forhold til en bedre forståelse af lidelsen. Først undersøges vestlige forklaringsmodeller for depression i psykologiske teorier. Disse teorier er baseret på vestlige antagelser om menneskets og verdens natur, og artiklen udforsker derfor disse antagelser nærmere. Kulturens rolle i det diagnostiske system DSM uddybes, og nogle væsentlige temaer beskrives for at argumentere for nødvendigheden af en tværfaglig forståelsesramme. Dernæst anvendes det tværfaglige perspektiv til at se på behandling af etniske minoriteter i vestlige lande. Artiklen diskuterer nogle væsentlige problemer ved brugen af traditionel psykoterapi og fordele ved såkaldt multikulturel psykoterapi, når det gælder etniske minoriteter. I artiklen præsenteres således et bredt og tværfagligt perspektiv på depression både i forhold til diagnosticering og behandling.

1. Indledning

Depression er en af de mest udbredte psykiske lidelser i den vestlige verden. Ifølge den amerikanske psykologforening, APA, er der hvert år 17 millioner voksne amerikanere, der oplever en depression (www.apa.org), og et stort europæisk forskningsprojekt har vist, at depression også er meget udbredt i mange europæiske lande (se Ayuso-Mateos et al., 2001). Vender vi blikket mod Danmark, kan man læse, at op mod 500.000 danskere på et tidspunkt i deres liv vil få en svær depression, og endnu flere vil opleve mildere depressionsformer (www.netdoktor.dk).

Sara Korngut er cand.psych. med speciale i kulturpsykologi og tidligere forskningsassistent ved Centre for Multi-Ethnic Trauma Research (MET), Københavns Universitet.

Samfundsmæssigt er depression et stort problem i kraft af nedsat arbejdsevne og eventuel indlæggelse (Kleinman & Cohen, 2001). Man kan nærmest tale om en »epidemi« af depression i den vestlige verden, hvor stadig flere lider af depression på et tidspunkt i deres liv (Üstün & Chatterji, 2001). Forskning har vist, at sociokulturelle faktorer kan have stor indflydelse på oplevelsen og behandlingen af psykopatologi (se for eksempel Lewis-Fernandez & Kleinman, 1994 og Mirdal, 2001b). Mennesker i andre dele af verden kan opfatte sygdomsprocessen forskelligt fra vores vestlige forståelsesmåde. Desuden har den øgede globalisering og migration i verden medført, at mennesker fra både vestlige og ikke-vestlige kulturer nu ofte lever tæt sammen, og deres kulturelle verdener bliver i højere grad flettet sammen. I en sådan tværkulturel kontekst kan man stille spørgsmålet, om depression er en gyldig diagnose globalt set? Og hvordan kan kulturel diversitet integreres i vor forståelse af depression? Inspireret af sådanne spørgsmål vil artiklen fokusere på menneskers oplevelse af depression, samt behandlingen af lidelsen i et globalt perspektiv.

2. Depressionsdiagnosen

I ICD-10 (WHO, International Classification Manual of Diseases, 10th edition) hører diagnosen depression under det *affektive spektrum*. Dette spektrum omfatter tilstande, der er »karakteriseret ved, at et menneskes stemningsleje afviger i en begrænset periode fra det for personen habituelle eller for de kroniske affektive forstyrrelses vedkommende langvarigt falder uden for rammerne af almindelige forskydninger af grundstemningen«. (Hemmingsen et al., 2000, s.407). Det *depressive syndrom* er karakteriseret ved, at der er en *afgrænset* episode (eller flere episoder), hvor man oplever depressive symptomer. Syndromerne inddeles i *let, moderat og svær* grad ud fra antallet af symptomer, der er til stede.

ICD-10 klassificeringen af en depressiv episode ser således ud (efter Hemmingsen et al., 2000):

A. Varighed af depressiv episode mindst 2 uger. Ingen organisk lidelse.

B. Mindst 2 af følgende depressive kernesymptomer:

1. Nedtrykthed
 2. Nedsat lyst og interesse
 3. Nedsat energi eller øget trætheden
-

 C. Depressive ledsagesymptomer:

1. Nedsat selvtillid
 2. Selvbefrejdelse eller skyldfølelse
 3. Tanker om død eller selvmord
 4. Tænke- eller koncentrationsbesvær
 5. Agitation eller hæmning
 6. Søvnforstyrrelser
 7. Appetit- eller vægtændring
-

Let depression: A + mindst 2 B + mindst 2 C

Moderat depression: A + mindst 2 B + mindst 4 C

Svær depression: A + B + mindst 5 C

Ved melankoli: + mindst 4 af følgende:

1. Nedsat lyst eller interesser
 2. Svækket emotionel reaktivitet
 3. Tidlig morgenvågning
 4. Morgenforværring
 5. Hæmning eller irritation
 6. Nedsat appetit
 7. Vægttab
 8. Nedsat libido.
-

Det *forsænkede stemningsleje* er depressionens kernesymptom. Det er karakteristisk, at patienten er nedtrykt og har nedsat energi, og den kroniske træthed kan også medføre muskelsmerter såsom hovedpine. Endvidere er der *negativt tankeindhold*, som også er karakteristisk for den episodiske depression. Disse negative tanker gælder både den nuværende situation, fremtiden og fortiden, og i de sværeste tilfælde vil personen bebrejde sig selv ting, der ligger langt tilbage i tiden. *Angst* er også et ofte set symptom i forbindelse med depressive episoder, og er ofte fremtrædende ved de milde depressionsformer. *Psykomotorisk hæmning* forekommer ofte, og personen kan klage over langsomme bevægelser og tankegang. Koncentrationsevnen er ofte svækket, og hukommelsen kan også påvirkes negativt. Fysiske/biologiske symptomer såsom søvnforstyrrelser, appetitløshed og vægttab ses ofte hos depressive patienter, ligesom en ændret døgnrytme og nedsat libido (Hemmingsen et al., 2000).

Det amerikanske diagnosystem DSM-IV er opdelt i 5 forskellige *akser*, som hver repræsenterer forskellige dimensioner af psykisk sygdom. Depression i DSM-IV hører under affektive lidelser (mood disorders) i Axis I: Clinical disorders. Symptomer på depression ifølge DSM-IV klassifikationssystemet er (APA, 1994, min oversættelse):

Emotionelle symptomer:

Nedtrykthed

Nedsat stemningsleje

Anhedoni (nedsat interesse for og tilfredsstillelse ved sædvanlige aktiviteter)

Irritabilitet

Fysiologiske og adfærdsmæssige symptomer

Søvnforstyrrelser

Appetitforstyrrelser

Psykomotorisk hæmning eller agitation

Katatoni

Træthed og tab af energi

Kognitive symptomer

Nedsat koncentrationsevne og opmærksomhed

Ubeslutsomhed

Nedsat selvværd eller skyldfølelse

Håbløshed

Selvmordstanker

Hallucinationer med deprimerende temaer

For at diagnosen depression stilles, skal symptomerne 1) påvirke personen negativt (for eksempel socialt eller arbejdsmæssigt), 2) ikke kunne forklares med misbrug eller medicinering, og 3) ikke kunne forklares med en sorgreaktion (APA, 1994).

Da det meste af forskningen i depression refererer til DSM-IV, og diagnoserne i de to klassificeringssystemer er næsten identiske, vil jeg her efter tage udgangspunkt i diagnosen fra DSM-IV. I det følgende gives nogle eksempler på vestlige, psykologiske teorier om depression.

3. Vestlige teorier om depression – psykodynamiske, kognitive og psykosociale modeller

Psykodynamiske teorier fokuserer på, hvordan oplevelser i barndommen kan have indflydelse på, om man udvikler depression. Freud (1917, i Busch et al., 2004) så depression som et udtryk for aggression mod andre, der er blevet vendt indad – *Freud's introjected hostility theory of depression*. Han forestillede sig, at hvis man har oplevet et tidligt tab af en person eller en persons tillid (enten reelt eller i éns fantasi), og følelserne for denne person var ambivalente, kan dette udløse en depression. Den deprimerede person identificerer sig med den mistede person for at fastholde en relation til denne, og internaliserer nogle af personens egenskaber. Hvis følelserne for personen imidlertid er ambivalente, bliver vreden – der oprindeligt var

rettet udad mod den anden person – rettet mod de nye egenskaber, som man nu selv har tilegnet sig. Dette udmønter sig så i depression. Sådanne tidlige psykodynamiske forestillinger om depression fokuserede således på en *eksternaliseret vrede* eller modvilje, som på grund af fortrængning eller identifikation bliver *rettet mod selvet*.

Nyere psykodynamiske teorier fokuserer mere på depression som et resultat af problemer med at *regulere tilliden til sig selv og aggression*. For eksempel taler Jacobson (1954, 1971, 1975, i Busch et al. 2004) om, at manglende omsorg fra forældrene samt mangel på følelsesmæssig forståelse kan medføre, at barnets selvtillid svækkes, hvilket igen fører til aggression mod forældrene og skyldfølelse. Denne aggression bliver så rettet mod selvet som en slags forsvarsmekanisme for at beskytte omsorgspersonen, og for at forhindre selvet i fjendtlige impulser mod omverdenen. Disse senere teorier om depression fra et psykodynamisk perspektiv fokuserer således mere på, hvorledes en persons selvtillid eller selvværd bliver svækket på grund af tidlige svigt i barndommen.

Fælles for den psykodynamiske indgangsvinkel er, at depression ses som forårsaget af *sårbarhed i personens selvfølelse*. Årsagen til denne sårbarhed kan så enten ses som svigt eller sårbar selvtillid. Da disse teorier fokuserer på intrapsykeiske faktorer, drejer psykodynamisk terapi sig om at opnå indsigt i tidlige svigt eller traumer og fokuserer på at analysere tidlige relationer (Busch et al. 2004).

Den kognitive model er udviklet af Aaron Beck (1967, i Beck et al., 1979). De grundlæggende præmisser i modellen er de følgende tre koncepter: *den negative kognitive triade, kognitive skemaer, og fejlagtig bearbejdning af information*.

Den negative kognitive triade hentyder til personens depressive tankegang omkring sig selv, verden og fremtiden. Disse negative tanker medfører, at personen ser sig selv som utilstrækkelig eller mindreværdig, at oplevelser fortolkes negativt (og forstærker dermed hans negative billede af sig selv), og at personen forventer, at hans vanskeligheder vil fortsætte ud i fremtiden. Dette skaber en ond cirkel, hvor såkaldte *negative skemaer* bliver opretholdt.

Ifølge den kognitive model ser vi verden gennem bestemte kognitive »skemaer«, som vi har opbygget igennem livet via vore oplevelser. Disse skemaer former således vores opfattelse af verden, og hvis disse skemaer er negative, kan det føre til en depressiv tankegang. Disse forekommer helt automatisk, og personen opfatter dem som sandheder. På den måde er de dysfunktionelle negative skemaer med til at forvrænge personens opfattelse af verden og skaber den negative triade.

Den sidste af de tre grundpræmisser er den fejlagtige bearbejdning af information, som indebærer, at personen tolker alle oplevelser, så de opretholder hans negative opfattelse af sig selv, verden og fremtiden. De tre grundpræmisser opretholder således personens depression – og kognitiv

terapi forsøger at nedbryde disse negative tankemønstre og erstatte dem med nye. Til dette formål bruges både kognitive og mere adfærdsmæssige teknikker.

De adfærdsmæssige teknikker er for eksempel udfyldelse af et ugentligt aktivitetskema for at aktivere klienten eller forskellige trin hen imod at udføre en bestemt opgave, som klienten opfatter som svær. De kognitive teknikker går ud på, at personen skal lære at monitorere sine negative tanker og se en sammenhæng mellem sine negative tanker og emotioner og adfærd. Klienten når derved frem til en større forståelse af, hvordan de automatiske negative skemaer påvirker hans følelser. Derved kan de dysfunktionelle skemaer ændres, og depressionen kan aftage.

De to teorier ovenfor inddrager ikke i nævneværdig grad sociokulturelle faktorer til at forklare udviklingen af depression. Et eksempel på en teori, som inddrager sociale faktorer, er Brown & Harris (1978), der taler om depression som en type *generaliseret hjælpeløshedsfølelse*. De opstiller biologiske, psykologiske og sociale faktorer, som kan gøre et menneske sårbar over for effekten af stressfulde livsbegivenheder. Sådanne begivenheder kan for eksempel være tab eller svigt og medfører derfor, at man føler håbløshed og opgiveness. Modellen er baseret delvist på psykologen Seligmans teori om indlært hjælpeløshed; dvs. at mennesker bliver påvirket negativt og kan udvikle depression, hvis de ikke har *kontrol* over situationer i deres liv (Seligman, 1975, i Nolen-Hoeksema, 2001). I Brown & Harris' model transformeres håbløshed i specifikke situationer til en *generel* følelse af pessimisme – og derved transformeres sociale stressorer til psykologiske problemer, altså depression. Dette er et eksempel på, hvorledes depression kan anskues i et makroperspektiv, som et resultat af et *samspil* mellem individuelle og sociale faktorer og ikke noget, der foregår intrapsykisk.

Fælles for alle de nævnte teorier er, at de er baseret på *vestlige* forklaringsmodeller og verdensopfattelse.

4. Depression og vestlig menneskeopfattelse

Menneskers opfattelse af psykopatologi og oplevelsen af denne er konstrueret ud fra forskellige antagelser om, hvad det vil sige at være menneske. Sådanne antagelser er derfor væsentlige for vores forståelse af depression.

Et vigtigt koncept i vestlig psykologi er selvbegrebet. I en vestlig kontekst bliver selvet set som *frit og kontekstafhængigt* – selvet besidder unikke karakteristika, der er gyldige uafhængigt af tid og sted (Landrine, 1995). Derfor kan man beskrive det vestlige selvbegreb som *referentielt*: man kan omtale det (referere til det), fordi det eksisterer i sig selv.

Selvet bliver betragtet som *autonomt* og defineres ud fra sin særegenhed (Landrine, 1995). Derfor bliver selvet betragtet som en »fri agent«, der kan gøre, hvad det vil. Selvet bliver anset for at være ansvarligt for menneskets

adfærd. En af grundantagelserne i psykodynamiske teorier om depression er netop, at psyken er opdelt i en bevidst og en ubevidst »del«, og at man via terapi kan opnå indsigt i og dermed få adgang til ubevidste »områder« af sit mentale liv.

Selvet bliver i vestlige kulturer opfattet som et *objekt* – noget, der er adskilt fra »ikke-selv«, og skal kontrolleres, erobres og »tages af«. Selvet bliver på denne måde betragtet som en selvstændig enhed, der er unik og enestående, og klart adskilt fra andre selver. En vigtig pointe er, at sociale relationer betragtes som *sekundære* i forhold til selvet (Landrine, 1995). Selvet eksisterer i sig selv og er i stand til at indgå i relationer med andre. På denne måde er mennesket i Vesten løsrevet fra relationer i lokalsamfundet, familien og det omgivende samfund, og eksisterer isoleret som en individuel enhed.

I den kognitive model ser vi disse grundantagelser omkring individualitet: som individ har man evnen til at kunne ændre sine tankemønstre på en sådan måde, at depressionen afhjælpes. Man tager ikke klientens sociale, kulturelle, samfundsmæssige eller familiemæssige relationer i betragtning – løsningen på problemet ligger inde i individet selv. Derfor kan individet lære at regulere sine dysfunktionelle tankemønstre til mere sunde og realistiske forestillinger om verden. Også i de psykodynamiske teorier kan vi se denne individualismetankegang: depression ses som et intrapsykisk problem, der kan løses gennem individuel terapi og selvindsigt. Herved ignoreres de større sociale, samfundsmæssige og kulturelle relationer og kontekster, som klienten er indlejret i.

I den kognitive model opfattes mennesket som *rationelt* tænkende. Kernen i teorien er, at det er negative tankemønstre og tankeindhold som opretholder den depressive tilstand – og det er disse tankemønstre (og deraf udspringende adfærd), som skal ændres for at komme ud af tilstanden. Mennesket ses på denne måde som rationelt: man kan via konkrete teknikker ændre den måde, man tænker på, og derved kan man afhjælpe sin egen situation.

Mennesket er desuden i stand til, via en ændring af tanker, at udøve *kontrol* over sit »indre«, emotionelle liv. Som førnævnt er depression i diagnosesystemerne klassificeret som en affektiv lidelse – dvs. en lidelse, der har med emotioner at gøre. Ifølge en kognitiv teori er man imidlertid i stand til, via en mere »rationel« påvirkning af tankemønstre, at påvirke denne emotionelle tilstand. Her ser vi også den vestlige ide om dualisme – dette er måske ikke tilfældet andre steder i verden, hvor menneskets rationelle og irrationelle sider, emotioner og tanker, hænger mere sammen i deres forestilling om, hvad et menneske er. Kulturen spiller derfor en vigtig rolle for, hvordan depression opleves.

5. Hvad karakteriserer kultur?

Kultur kan beskrives som et sæt kontrolmekanismer til styring af menneskelig adfærd (Geertz, 1973). Sådanne kontrolmekanismer inkluderer kulturelle symboler og artefakter, som medvirker til de kulturelle værdier, der omgiver os. Kultur er altså nogle fælles grundværdier, som en gruppe af mennesker er fælles om. Kulturelle grundværdier bevirker også, at de enkelte kulturer kan adskilles fra hinanden (Kottak, 2000). Rosaldo (1984) definerer kultur som ikke kun bestående af de her nævnte aspekter, men også som konstrueret af menneskers praksisser. Ifølge dette syn bliver kulturen altså til gennem menneskers handlinger og praksisser, hvorigennem symboler og artefakter anvendes. Endvidere definerer Angel & Williams (2000) kultur som et til stadighed foranderligt sæt af kognitive *muligheder* for mennesket. For at forstå, hvordan mennesker reagerer på sygdomssymptomer, er det derfor nødvendigt at forstå deres kulturelt baserede skemaer eller meningssystemer – det er disse, der er basis for, hvordan sygdom kategoriseres og forstås. Eksempler på depression i ikke-vestlige kulturer viser, hvordan kulturen kan skabe forskellige sygdomsoplevelser.

6. Depression i ikke-vestlige kulturer

Tværkulturelle undersøgelser af depression har helt overordnet vist, at svær depression forekommer oftere blandt *kvinder* og i *byområder* (Kleinman, 1988). Desuden kan man se effekten af vestlig indflydelse på ikke-vestlige kulturer: undersøgelser viser, at der nu oftere findes depression i Afrika og andre ikke-vestlige kulturer end tidligere. Dette viser, at forskningsmetoderne muligvis er blevet bedre og mere kulturspecifikke, men også at vestlige diagnosekategorier i højere grad har vundet indpas i ikke-vestlige kulturer: i Kina var depression for eksempel aldrig blevet rapporteret før 1981, mens det nu er en oftere rapporteret lidelse (Kleinman, 1988). Således kan man både se effekten af vestlig indflydelse og modernisering i forhold til forekomsten af depression i ikke-vestlige kulturer.

Man har også fundet flere *risikofaktorer* for udviklingen af depression: for eksempel viste en stor undersøgelse, at forekomsten af depression var større blandt immigranter og kvinder – især fattige kvinder – i USA end andre samfundsgrupper (Brown & Harris, 1978). Økonomiske og politiske faktorer påvirker udviklingen af depression og andre psykiske sygdomme, og derfor er det vigtigt også at undersøge lidelsen i et makroperspektiv. *Sociale forandringer* i samfundet såsom migration og socialpolitik kan for eksempel have indflydelse på, hvilke grupper der vil have øget risiko for at udvikle depression.

Neurasteni i Kina

Kleinman (1988) beskriver kvinden Mrs. Lin fra Kina for at illustrere, hvordan både oplevelsen og diagnosticeringen af depression er kulturelt afhængige. Kvinden udtrykker symptomer som svimmelhed, træthed, svaghed og en ringende lyd i ørerne. Da hun bliver spurgt, om hun føler sig deprimeret, svarer hun ja til, at hun er »ulykkelig«. En videre udforskning af hendes symptomer viser, at hun også har søvnbesvær, mangel på appetit og energi, angst og en følelse af, at hun lige så godt kunne være død. Mrs. Lin oplever, sine symptomer som tegn på »neurasteni«, hvilket også er den diagnose, hun får af psykiateren. Dette er en officiel diagnose i Kina, som anses for værende fysiologisk og karakteriseret ved førnævnte symptomer. For en vestlig psykiater møder kvinden de officielle kriterier for svær depression. For kinesiske psykiatere ses depressionen imidlertid som en *manifestation* af den *fysiologiske* sygdom neurasteni. De depressive symptomer bliver på denne måde fortolket inden for en bestemt kulturel kontekst, og diagnosen er ligeledes formet af kulturen. Kleinman (1988) forklarer denne specifikke fortolkning i Kina med, at det i denne kultur er socialt uacceptabelt at blive diagnosticeret med en psykisk lidelse. Derfor bliver de psykologiske symptomer på denne måde italesat som en fysisk lidelse – og derved overholdes de sociale spilleregler i samfundet.

Oplevelsen af depression i Sri Lanka

Obyesekere (1985) taler om depression i Sri Lanka. Sri Lanka er et buddhistisk samfund, og derfor bliver depression ikke opfattet som hverken som sygdom eller lidelse, men faktisk som en *ønskværdig* emotionel tilstand. Buddhister har en grundantagelse om, at denne verden er fuld af lidelse – livet her er midlertidigt, og man er nødt til at befinde sig i den i en given periode, hvilket medfører en vis grad af lidelse. I Vesten ville vi kalde dette for en depressiv tilstand – men for buddhisterne har disse følelser en anden betydning, nemlig at de accepterer livets betingelser og lever med dem. I Sri Lanka bliver disse »depressive symptomer« altså ikke betragtet som symptomer på nogen sygdom eller lidelse, men får en anden mening, som ikke har med psykisk sygdom at gøre.

Tyrkiske kvinder i Danmark

Mirdal (2001a) omtaler et studium af tyrkiske kvinder i Danmark, og deres livsforhold. Kvinderne havde store psykiske og sociale problemer, og den metafor, de brugte til at omtale deres tilstand var »sikinti« – ifølge Mirdal betyder »siki« stram eller snæver, dvs. ordet blev brugt for at angive en følelse af snæverhed, at være ked af det. Mange af de symptomer, som kvinderne omtalte som »sikinti«, var meget lig dem, vi kender fra det vestlige depressionsbegreb. Imidlertid taler Mirdal også om det kulturelle

aspekt ved »sikinti«: Der er mange underforståede ting ved »sikinti« i den subkultur, kvinderne tilhører: man går for eksempel kun til lægen, hvis man har sorg og bekymringer – det ligger i ordet »sikinti« – ellers ville man ikke have brug for en læge. Mirdal (2001a) omtaler derfor »sikinti« som en *sociomatisk* reaktion, hvor symptomerne har en underforstået mening inden for kulturen.

Ifalukfolket og depression

Et sidste interessant eksempel på kulturel variation i depressiv symptomatologi og oplevelse er af Ifaluk-folket (Lutz, 1985). I denne kultur er der ikke en grundlæggende antagelse om, at man kan »finde ind« til sine emotioner. Ifalukfolkets psykosociale virkelighed er således en anden end den vestlige, hvor vi antager, at vi kan opnå dybere indsigt i vort følelsesliv og derved komme tættere på en årsag til psykisk lidelse. Således ses depressive symptomer i Ifaluk-kulturen ikke som symptomer, den enkelte har, men som noget *interpersonelt*. I vores samfund bliver depression set som noget, der foregår inden i den enkelte person: det er personen, der har nedsat stemningsleje, selvmordstanker eller angst. Hos Ifalukfolket derimod bliver den depressive emotionelle tilstand set som noget, der foregår *mellem* mennesker: det er ikke normalt at være alene, og depression bliver »kureret« ved, at man tilrådes at have mere social kontakt med andre mennesker.

Disse beskrivelser af den kulturelle variation i depressionens symptomer illustrerer, hvorledes kulturel forskellighed indvirker på forståelsen af psykiske lidelser, og hvordan mennesker i ikke-vestlige kulturer kan have en anden menneskeopfattelse end i vesten.

7. Depression og menneskeopfattelse i ikke-vestlige kulturer

I mange ikke-vestlige kulturer bliver selvet ikke betragtet som en uafhængig enhed, men som skabt ud fra sociale kontekster og relationer. En sådan opfattelse af selvet kan derfor siges at være mere relationel eller kollektivistisk end selvet i den vestlige kulturkreds. Begrebet *det indeksielle selv* kan bruges om denne menneskeopfattelse, idet selvet her ses som indplaceret (»indexed«) i forhold til af social interaktion (Landrine, 1995). Derfor har selvet *ingen konstante karaktertræk*, man kan referere til. En sådan menneskeopfattelse har konsekvenser i praksis, idet mennesker fra sådanne kulturer ikke nødvendigvis kan »fortælle om sig selv« på samme måde, som vi ville gøre det i Vesten – ofte vil de for eksempel referere til dem selv i en bestemt *situation*.

Et eksempel på selvforståelsen i en ikke-vestlig kultur er antropologen Kondos (1990) arbejde i Japan. Hun oplevede, at japanerne havde en helt anden måde at forstå dem selv på, end hun kendte fra Vesten. Det japanske

sprogbrug medfører, at man som menneske ikke kan se sig selv som en fuldstændig afgrænset enhed, men hele tiden må se sig selv som en del af et større hele og som konstant indgående i gensidige forhold til andre. Det japanske ord for »jeg« veksler hele tiden sammen med de vekslende sociale relationer, og på denne måde indgår selvet konstant i en større sammenhæng. Dette medfører igen, at den vestlige forestilling om et »autonomt individ« ikke fungerer i Japan, idet et individ rent sprogligt ikke kan eksistere uden sit forhold til andre. Forholdet til det kollektive samfund sættes således højere end den enkeltes behov eller ønsker.

Vi kan derfor se, hvorledes en mere relationel opfattelse af mennesket og verden kan spille ind i sygdomsoplevelsen. Når en kinesisk klient bliver diagnosticeret med neurasteni, dvs. en fysisk lidelse, der er socialt accepteret, kan det have meget at gøre med, at mennesket skal underlægge sig samfundets normer for, hvad der er »normalt«. Sygdomsoplevelsen, som vi i Vesten ville omtale som depression, bliver derfor omtalt som værende fysisk betinget – derved bevares det harmoniske forhold mellem individet og dets omgivelser.

Sociale roller spiller også en essentiel rolle for mennesker i kollektivistiske kulturer (Landrine, 1995). Selvet fungerer som en *social rolle*, hvor personens rolle i samfundet ikke anses som selvvalgt, men som en naturligt givent position i den kulturelle kontekst. Derfor kan en person fra for eksempel den kinesiske kultur opfatte det som en enorm krise, hvis han mister sit job, idet han derved helt har mistet sin rolle i samfundet og sin sædvanlige placering i familien.

Hos Ifalukfolket ses netop betydningen af disse sociale roller og social relationer generelt: her er der ingen basal antagelse om, at man individuelt kan få indsigt i sit eget følelsesliv, og individet eksisterer i kraft af sin sociale position. Derfor bliver sociale relationer også væsentlige, når nedtrykthed skal behandles i denne kultur, idet det er samværet med andre, der kan afhjælpe de »depressive« symptomer.

Videre inkluderer mange ikke-vestlige begreber om selvet andre mennesker eller overnaturlige væsener, og sådanne overnaturlige elementer vil ofte blive opfattet som styrende i forhold til menneskets adfærd. Således er det ikke selvet, der har kontrollen – denne er placeret uden for mennesket selv. I eksemplet med de tyrkiske kvinder i Danmark kan det nævnes, at der i forbindelse med begrebet »sikinti« også hersker en antagelse om, at ånder, eller »jinner« hænger tæt sammen med sygdom, og de ses som medvirkende til udviklingen af en lidelse (Mirdal, 2001b). Således kan personer fra de mere kollektivistiske kulturer have tendens til at overlade ansvaret for deres handlinger til for eksempel familiemedlemmer eller »ånder«. Det er vigtigt at være opmærksom på dette ved intervention med etniske minoriteter.

8. Væsentlige temaer i debatten om depressionens natur

Man kan tale om to forskellige perspektiver på depression: den ene antager, at det er en universel lidelse, som kan »påvirkes« af kulturelle faktorer, og den anden, at det er en lidelse, som konstrueres af det kulturelle meningssystem. Mirdal (2001b) ser det syn på psykisk sygdom, som er fremherskende i DSM-IV, som den ene side i et par af modsatrettede antagelser omkring psykisk sygdom. På den ene side har vi den »klassiske«, biomedicinske model, hvor roden til psykopatologi antages at befinde sig i hjernen eller i kroppens biokemi. På den anden side har vi en mere kulturelrelativistisk holdning til psykisk sygdom, hvor kulturen ses som et konstituerende element i en persons tilblivelse, og dermed i opståen af psykisk sygdom. Her ses relationen mellem kultur og mennesket som en konstant vekselvirkning.

I den biomedicinske model ses kulturen som en »faktor«, der kan påvirke psykiske lidelser, men det underliggende problem antages at være det samme overalt i verden. I det biomedicinske paradigme bliver kulturens rolle derfor set som *epiphenomenal*: den er en »ydre« faktor, der påvirker lidelsens biologiske basis, og har ikke en konstruerende rolle for, hvorledes lidelsen udmønter sig (Elsass, 2003; Kleinman, 1988). På den anden side har vi et argument for, at et kulturelt meningssystem er *konstruktivt* (Castillo, 1997; Kleinman, 1980, 1988): vi konstruerer vor egen virkelighed baseret på det kulturelle meningssystem, vi befinder os inden for, og sociokulturelle forhold er ikke sekundære til hverken biologiske eller psykologiske aspekter. Depression kan være associeret med mange forskellige *typer* af lidelser: emotionelle symptomer, såsom nedsat humør og angst, er symptomer, som gør sig gældende i mange forskellige former for psykologisk dysfunktion, og ikke kun i diagnosen depression. Selv om det er en universel egenskab at vi kan opleve nedsat stemningsleje, er dette ikke nødvendigvis tegn på den kliniske diagnose depression. Kulturen bliver på denne måde konstruerende for diagnosen (Kleinman & Good, 1985).

Der kan være stor forskel på den sygdom, som lægen eller psykiateren diagnosticerer hos patienten ud fra sygdomsbeskrivelsen (*disease*), og den lidelse, som patienten subjektivt oplever (*illness*). *Disease* henviser til behandlerens diagnose, og denne er altid taget ud fra det paradigme, inden for hvilket den pågældende behandler er uddannet (Castillo, 1997). Således vil en psykiater være uddannet til at diagnosticere »sygdomme i hjernen«, hvorimod en psykoanalytiker vil se efter psykodynamiske aspekter, og en ikke-vestlig healer kunne diagnosticere en patient som værende besat af ånder. Alle disse diagnoser kunne kaldes *disease*. *Illness* henviser til personens egen *oplevelse* af at være syg – dette inkluderer både oplevelsen af symptomer, lidelse, søgen efter hjælp, bivirkninger af behandling, eventuel social stigmatisering etc. (Kleinman 1988, i Castillo, 1997).

Et problem ved denne opdeling er, at *illness*-oplevelsen generelt betragtes som *vag og omskiftelig*, hvorimod man har tendens til at betragte *disease*-

opfattelsen som *velafgrænset og konsistent* – som den »egentlige« sygdom (Elsass, 2003). Således kan man sige, at den professionelle diagnosticering af depression bliver betragtet som mere »virkelig« end den enkelte persons subjektive oplevelse. Dette kan også komme til at betyde, at man for eksempel kommer til at behandle klienter med en anden etnisk baggrund som værende depressive, fordi deres symptomer passer ind i vores vestlige kategori, uden at klienten selv godtager behandlingen, fordi personen ikke nødvendigvis »føler« i overensstemmelse med denne diagnosticering.

Opdelingen i disease og illness kan således være en brugbar og anvendelig beskrivelse af den forskel, der kan være i behandlerens/klientens opfattelse af depression, men samtidig skal vi passe på med at se denne opdeling som to reelt adskilte »dele« af en psykisk sygdom.

9. Udtryk for depression

Et vigtigt begreb i forhold til depression i en global kontekst er såkaldte *idioms of distress* – de måder, hvorpå en person udtrykker sine symptomer (Kleinman, 1988). Disse kan være både psykologiske og fysiologiske, alt efter, hvad der er accepteret i den pågældende kultur.

Som nævnt tidligere har mennesker i ikke-vestlige lande oftere tendens til at mærke fysiske end psykologiske symptomer på depression. I psykiatrien omtales dette oftest som såkaldt *somatisering*, dvs. et kropsligt udtryk for symptomer, der egentlig er psykologiske.

Lewis-Fernandez og Kleinman (1994) taler om somatisering som udspringende af den vestlige antagelse om krop-psyke dualisme, når man *enten* ser psykopatologi som organiske sygdomme, der opleves som psykiske problemer, *eller* psykiske problemer, der »somatiseres«. Andre kulturer kan være mere holistiske og ser sygdom som en samlet krop-psyke-oplevelse.

MacLachlan (2006) har en vigtig pointe i forhold til diskussionen om forskellige udtryksformer: hvorfor ikke blot anerkende for eksempel neura-steni som en *særlig* diagnose på lige fod med vores? MacLachlan pointerer her, at det må være vigtigere at behandle folk for den lidelse, de *gennemgår*, og ikke for, hvad man antager, er den bagvedliggende årsag. Man bør tage klientens kulturelle forestillinger i betragtning og behandle dem efter, hvilke symptomer de lider under – ikke efter hvad den formodede bagvedliggende årsag er. Derfor er det lige så »reelt« at udvise fysiske symptomer som fysiske.

Som det nu må fremgå, har det også et etisk aspekt, hvis vi antager, at vores vestlige kategorier giver universelt mere mening end andre kulturelle kategorier: hvis vi har den antagelse, markerer vi uforvarende en etnocentrisme i forhold til andre kulturer, og denne tankegang kan udmønte sig i, at vi kan komme til at behandle andre folkeslag som underlegne. »Somatisering« antyder en sygdomsårsag af psykologisk art, ikke nødvendigvis

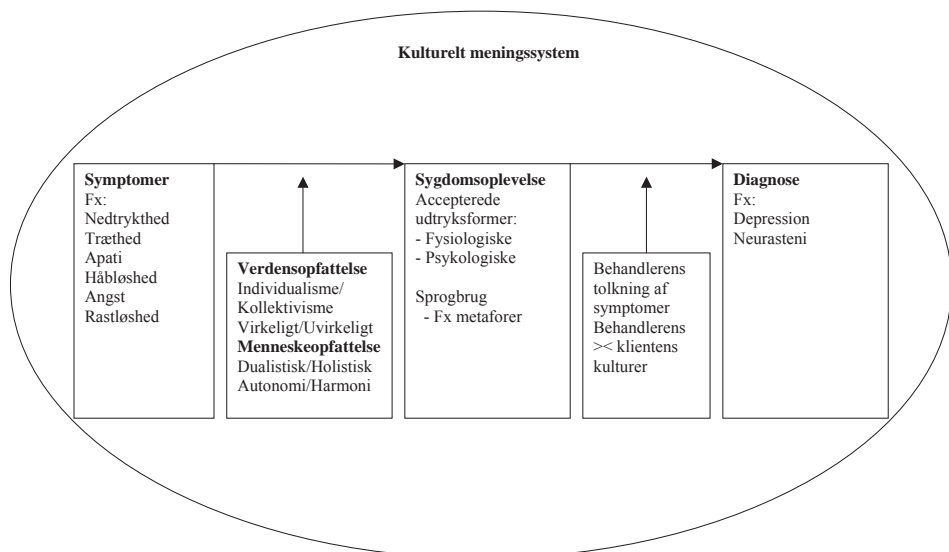
fordi man finder psykologiske afvigelser, men fordi man ikke kan forklare den fysiologiske årsag (Mirdal, 2001a). Imidlertid er der som sagt nogle kulturer, hvor det er mere normalt at udtrykke *psykiske* aspekter ved sygdomsprocesser, mens det i andre kulturer er mere normalt og acceptabelt at udtrykke de *somatiske* aspekter – og andre kulturers forklaringsmodeller er lige så gyldige som vores.

10. En holistisk og tværfaglig forståelse af depression

Kultur er noget, der skabes aktivt af mennesker i interaktion (Angel & Williams, 2000). Kultur bliver derfor vigtig som *grundlaget* for menneskers motivation, livssyn og adfærd. En vigtig pointe er, at man skal være varsom med at betragte kulturelle grupper som *homogene*, og undlade at stereotypisere mennesker, blot fordi de tilhører en bestemt gruppe. Samtidig er der i vores tidsalder, pga. den øgede globalisering, nærmest ikke længere nogen kulturelle grupper, som lever i total isolation. Folkelige forståelser af psykisk sygdom eksisterer derfor side om side med vestlige forståelser, og disse forståelser påvirker hinanden *gensidigt* (Angel & Williams, 2000). Depression er derfor ikke en »naturlig« kategori, der eksisterer som biologisk eller psykologisk fænomen uafhængigt af praksis. Det er også vigtigt at overveje, at man ikke nødvendigvis befinder sig i en enkelt kultur, men ofte i en *blanding* af forskellige kulturer. Derfor kan den samme person, som søger hjælp for symptomer hos en folke-healer fra sin egen kulturelle gruppe, samtidig søge hjælp hos sin læge, eller gå til psykolog (Elsass, 2003). Man må derfor anskue kulturen som *konstruerende* for depression, samt se på forskellige kulturelle meningssystemer som *interagerende*. Modellen neden for viser de forskellige elementer, man må tage i betragtning, når man ser depression i en global sammenhæng.

11. Kulturens rolle i psykoterapi for depression

Som førnævnt er depression ikke kun et problem, idet lidelsen psykisk påvirker mange mennesker, men også i mere samfundsøkonomisk forstand, da lidelsen koster mange penge i forhold til medicinsk behandling, indlæggelser etc. *Psykoterapi* for depression er derfor gavnlig globalt set, idet en psykoterapeutisk indsats ikke kræver de samme økonomiske ressourcer som medicinske tiltag (Kleinman, 1988). Imidlertid er psykoterapi en vestlig from for behandling – et *kulturspecifikt healing-system* (Kleinman, 1988). Der er bestemte elementer ved vestlig psykoterapi, der adskiller sig markant fra folkelige behandlingsmetoder i ikke-vestlige kulturer (Kleinman, 1988).



Figur 1 – Vigtige dimensioner, der gør sig gældende, fra personen mærker symptomerne, til diagnosen stilles. Alt dette foregår inden for et bestemt kulturelt meningssystem, inden for hvilket den pågældende diagnose giver mening.

For det første er psykoterapi blevet *institutionaliseret*. Det vil sige, at psykoterapi i vestlige lande foregår i en privat klinik eller på et hospital, hvori- mod et behandlingsritual i mange andre kulturkredse vil finde sted inden for »klientens« private sfære, og under overværelse af familien. For det andet fokuserer vestlig terapi på en *dyadisk* relation mellem klient og behandler, hvor kun de to personer er til stede og udvikler et særligt klient-behandlerforhold (Jørgensen, 2001). I andre kulturer vil man ofte inddrage hele familien i healingsprocessen. For det tredje er vestlig terapi *adskilt* fra klientens hverdag: man går ind i et »terapeutisk rum«, hvor alt er tilladt, behandleren har tavshedspligt, og man har en afgrænset tidsperiode til rådighed. Dette er også et ukendt fænomen i andre kulturer, hvor folkelige behandlinger af psykiske lidelser oftest finder sted som del af hverdagslivet, som ritualer eller seancer (Kleinman, 1988). Slutteligt er der i vestlig psykoterapi en antagelse om, at forholdet mellem behandleren og klienten skal være *lige*. Dette ses meget tydeligt i kognitiv terapi, hvor klienten og behandleren indgår en aftale om, at klienten skal tage aktivt del i sin egen psykoterapeutiske proces (Beck et al., 1979). Et sådant forhold mellem behandler og klient ses ikke i ikke-vestlige kulturer, hvor for eksempel shamaner eller andre, der bliver set som havende helbredende kræfter, bliver betragtet som autoriteter (Kleinman, 1988).

Således ser vi, hvordan vestlig psykoterapi kan skabe særlige udfordringer i mødet med mennesker fra ikke-vestlige kulturer.

Et af problemerne ved at anvende traditionelle former for vestlig psykoterapi med etniske minoriteter kan være, at disse terapiformer, som tidligere belyst, er baseret på en vestlig antagelse om individualisme. Psykodynamiske terapiformer, for eksempel, vil have tendens til at fokusere på en øget *indsigt* hos klienten, hvor vedkommende bliver bevidst om, hvad der har bidraget til udviklingen af depressionen (Busch et al., 2004). I andre kulturer ses mennesket ikke nødvendigvis som et autonomt individ, der eksisterer uafhængigt af dets sociale relationer. Som førnævnt er man i mange asiatiske kulturer meget præget af familierelationen – og sådanne sociale relationer og ritualer står over individet og dets velbefindende. Et problem i denne forbindelse kan derfor være, at en manglende evne til at opnå indsigt hos klienten blive misfortolket af terapeuten (Landrine, 1995). For eksempel kan personer fra kollektivistiske kulturer have tendens til at overlade ansvaret til familiemedlemmer, i stedet for at påtage sig et aktivt ansvar for deres egen terapeutiske proces. Dette må tages i betragtning i terapeutisk sammenhæng, idet det fejlagtigt kunne ses som tegn på psykisk forstyrrelse (Landrine, 1995). Dette kunne blive et problem i forhold til kognitiv terapi, hvor klienten forventes at bidrage aktivt til processen (Beck et al., 1979).

Som tidligere nævnt spiller *sociale roller* også en meget stor rolle for klienter fra ikke-vestlige kulturer (Landrine, 1995). I terapi med etniske minoriteter vil det dermed være ufornuftigt at fokusere på en sådan klients »egentlige« selv, som ligger uden for hans rolle – for ham vil en sådan identifikation ikke eksistere som en mulighed. I forhold til depression kan dette især være vigtigt, idet klienter kan være udsat for en højere risiko for at udvikle depression eller selvmordstanker, hvis behandleren ikke tager det sociale tab seriøst.

Et tredje problem er, at traditionel vestlig psykoterapi ikke anerkender overnaturlige begreber. Som nævnt spiller det overnaturlige en stor rolle i andre kulturer, og personer fra sådanne kulturer vil muligvis omtale, at »andre har inspireret dem til at gå i terapi«. Disse »andre« kan være ånder eller afdøde slægtninge, uden at terapeuten har nogen ide om, hvad klienten mener. Således må behandleren besidde en stor grad af åbenhed over for, at afdøde personer eller ånder kan være lige så virkelige for klienten som den materielle verden, og derfor må inddrages i terapien. Derfor må behandleren nødvendigvis må stræbe efter at intervenere *inden for* klientens kulturelle system.

12. Multikulturel kompetence

Der er blevet udviklet forskellige teorier om såkaldt *multikulturel psykoterapi* og *multikulturelle kompetencer* i forhold til psykologisk intervention

(Lee & Ramirez, 2000). Begrebet multikulturel kompetence dækker over de aspekter, det er vigtigt for behandleren at være opmærksom på i forhold til klientens kultur. Problemet er desværre stadigvæk, at selvom multikulturelle kompetencer er blevet foreslået og implementeret af mange psykologer og organisationer, så har man endnu ikke accepteret disse retningslinjer som *etiske standarder* for psykologisk behandling. Behandlerens grad af viden om og følsomhed over for klientens kultur er derfor vigtig i arbejdet med etniske minoriteter.

De kompetencer, som det er vigtigt for behandleren at besidde i arbejdet med etniske minoriteter, er: en bevidsthed om *egne antagelser* og værdier, *respekt* for andres værdier, og *udvikling* af kulturelt velegnede interventioner (Sue et al. 1982, i Cuellar & Paniagua, 2000). Desuden er en vigtig kulturel kompetence *supervision* (Leong & Wagner, 1994, i Cuellar & Paniagua, 2000). Herigennem opnår psykologer større kulturel viden, og kan blive bevidste om deres egne værdier og antagelser. Desuden er *kulturel viden* og *kulturel følsomhed* vigtige aspekter (Tseng & Streltzer, 2004). Terapeuten må altså besidde en viden om andre kulturer og integrere dette i terapien. Multikulturel kompetence skaber større lighed i det terapeutiske rum, og også på et mere samfundsmæssigt niveau (Singla, 2001).

Et eksempel på, hvorledes psykodynamisk terapi kan bruges på en multikulturelt kompetent måde, er en case præsenteret af Streit et al. (1998). Den omtalte klient er en midaldrende kvinde fra Marokko. Kvinden havde en hård opvækst med vold i hjemmet og opbrud i familien, og den første depressive og angstprægede periode opstod i skoletiden, da hun var omkring 14 år. Hun havde i mange år et forhold til en mand – men fordi han havde en anden social status (noget, der er meget væsentligt i den kulturelle kontekst), kunne de ikke blive gift. Kvinden blev meget skuffet, da faderen giftede sig med en ny kvinde, og blev på det tidspunkt igen depressiv. Hun mistede også sit job, og den depressive episode eskalerede. Efter lang tid fandt hun et nyt job, hvor hun blev udstationeret i Canada. Hun immigrerede senere hertil og søgte derefter hjælp for sin lidelse.

Ved evalueringen af kvinden klagede hun over symptomer som dårlig koncentration, nedsat søvn og problemer med interpersonelle relationer. Hun udtrykte også følelser af kronisk tristhed, og havde manglende interesse, nedsat appetit, vægtændring, selvmordstanker, skyldfølelse, lavt selvværd og angst. Disse symptomer havde været til stede i cirka et år, da klienten søgte hjælp. Således matchede hun DSM-IV kriterierne for svær depression.

Da kommunikation med kvinden var meget svær og usammenhængende, brugte man en særlig terapeutisk metode, kaldet *etnopsykoanalytisk* terapi. Her kan klienten udtrykke sig på sit modersmål, og behandlerne har kendskab til traditionelle forklaringsmodeller for psykiske problemer. I den indledende gruppeterapi refererede man for eksempel ofte til klienternes oprindelige kultur via ordsprog og metaforer, for at kunne genetablere deres eget

kulturelle univers. I den senere individuelle terapi arbejdede man sig, stadig i en psykodynamisk forståelsesramme, gennem kvindens psykologiske konflikter med sin familie, hvilket hjalp meget på de depressive symptomer. Et af de vigtigste aspekter, der blev integreret i kvindens terapeutiske forløb, var hendes kulturelle forklaringsmodeller. I Mellemøsten bliver depressive symptomer ofte forklaret ved, at man er blevet »fanget af en ånd«, en *jinn* (Mirdal, 2001a). Dette indebærer, at man i terapien måtte se ud over den vestlige skelnen mellem virkelighed og ikke-virkelighed: for en marokkaner er disse to sider af samme sag (Landrine, 1995). Derudover bliver lidelse i Marokko generelt betragtet som en social og ikke en individuel begivenhed – klienten er således integreret i en *forhandlingsproces* med medlemmer af sin kulturelle gruppe om, hvordan lidelsen skal italesættes og forklares. Dette gjorde, at kvinden opfattede en *jinn* som en intervererende kraft, der havde givet hende negative symptomer – og derfor måtte man integrere sådanne forklaringsmodeller i et terapeutisk forløb.

I dette tilfælde hjalp terapien kvinden med at forstå sine vanskeligheder i tidligere og nuværende relationer via en integration af hendes egen oplevelse og opfattelse af sine depressive symptomer. Således viser denne case en høj grad af kulturel kompetence fra behandlernes side.

Mange ikke-vestlige kulturer går ud fra et holistisk perspektiv, hvor depression ofte ses som manifesteret i form af fysiske symptomer. Endvidere er for eksempel fantasi og metaforer noget, som accepteres på lige fod med virkeligheden for mange ikke-vestlige kulturer, og symptomer bliver ofte beskrevet i metaforisk sprog. Derfor kan man med sådanne klienter inkorporere deres metaforiske, imaginære univers i terapien for at opnå bedst mulige resultater – såkaldt metaforterapi (Dwairy, 1997).

Et eksempel på en sådan intervention er, at man spørger direkte ind til de metaforer, klienten bruger – og som måske kan virke meget fremmede for terapeuten. Man kan bede personen forklare metaforerne og spørge, hvordan de ser ud, for at danne sig et klarere billede af deres betydning. For eksempel ville det være meget nyttigt med for eksempel en tyrkisk kvinde at spørge ind til, hvad hun mener med ordet »sikinti« (Mirdal, 2001a), og inddrage denne beskrivelse aktivt. Ved at »tale med« på metaforerne kan man derved møde klienten på dennes eget kulturelle grundlag.

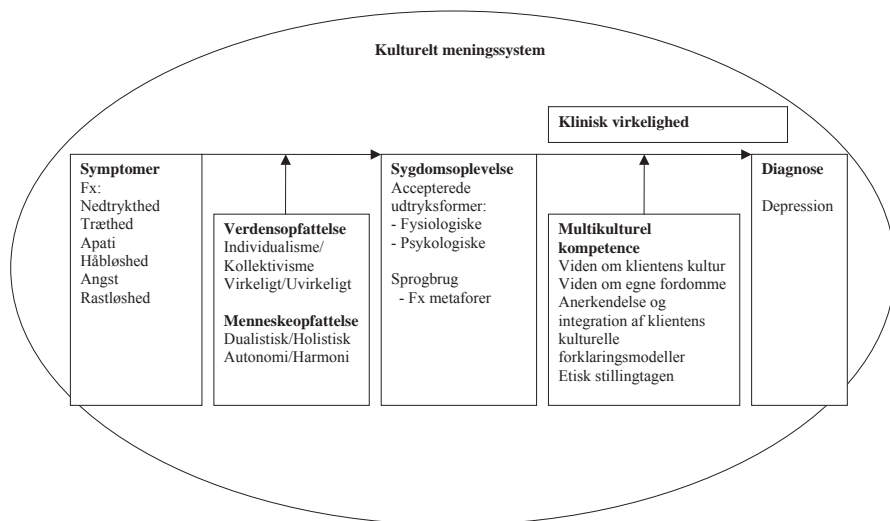
Et andet eksempel er at få klienten til at *tegne* sine forestillinger, da dette kan bidrage til en bedre dialog. Hvis klienten beskriver sine symptomer med metaforer fra sin egen kultur, kan dette være svært for behandleren at forstå, og her kan tegninger være en god teknik til at forklare betydninger. For eksempel kan hovedpine blive beskrevet som »en tung sten i hovedet«, etc. At kunne tegne sine symptomer, og derved føle en vis form for »kontrol« over dem, kan være medvirkende til at afhjælpe lidelsen (Dwairy, 1997).

På denne måde ser vi, hvordan depression bliver italesat i et socialt rum, hvor behandleren og klienten hver især spiller en rolle. Det kan derfor være

brugbart at se den terapeutiske kontekst som en konkret *klinisk virkelighed*, hvori terapien udspiller sig.

13. Depressionsdiagnosen i en klinisk virkelighed

De ovenstående cases viser, at det er vigtigt at anskue depression i et perspektiv, hvor kulturens konstruktive rolle fremhæves. Kleinman (1980) taler om forskellige »virkelighedsniveauer«, som man kan skelne imellem, når man diskuterer lidelse og sygdom. Der er en *psykologisk virkelighed* (personens indre verden), en *biologisk virkelighed* (organismers og menneskers funktioner) og en *fysisk virkelighed* (materielle strukturer i den yder verden). Desuden har vi så den *sociale virkelighed*, som er den sociokulturelle forståelsesramme, vi lever i, og som kan forbinde den biologiske, psykologiske og fysiske virkelighed til vores oplevelse af verden. I forhold til sygdom har Kleinman udformet et nyt begreb: den *kliniske virkelighed*. Denne defineres således: »[...] the socially constituted contexts that influence illness and clinical care, which I shall describe as consisting principally of social and symbolic reality, but relating as well to psychobiological and physical realities.« (Kleinman, 1980, s. 41). Vi kan bruge begrebet om en klinisk virkelighed til at placere både oplevelsen af lidelsen og diagnosticeringen som en *proces*, der finder sted i et socialt rum: den kliniske praksis, hvor både klient og behandler spiller en rolle.



Figur 2 – Diagnosen skabes inden for en klinisk virkelighed, hvor multikulturel kompetence spiller en vigtig rolle. Ovenstående figur skal ses som et eksempel på, når en person med anden etnisk baggrund søger behandling i en vestlig kultur.

Hvis patienten og behandleren kommer fra samme kulturelle menings-system, er der ofte ikke særlige problemer forbundet med konstruktionen af diagnosen. Problemet kan opstå, hvis parterne kommer fra forskellige kulturer og i fællesskab skal definere udgangspunktet og diagnosen for patientens lidelse. I foranstående illustration (figur 2) er begreberne multi-kulturel kompetence og klinisk virkelighed forsøgt inddraget i den tidligere viste model.

14. En integrativ praksis for psykologisk intervention for depression

James og Prilleltensky (2002) har ud fra et communitypsykologisk perspektiv foreslået, at for at kunne give en kulturel følsom behandling skal man have kendskab til de filosofiske, kontekstuelle og oplevelsesmæssige overvejelser, som er vigtige for den gruppe, man arbejder med. Disse dimensioner repræsenterer en balance imellem filosofiske overvejelser og klientens reelle oplevelse, samt mellem forståelse af klienten og selve interventionen.

De *filosofiske* overvejelser består i at opnå kendskab til, hvad der er et godt liv og et godt menneske for en klient, der ikke kommer fra samme kulturkreds som behandleren. Disse antagelser har konsekvenser for interventionen: for eksempel kan en klient have den antagelse, at en »god« person ikke vil modsætte sig en ekspert, og derfor vil personen ikke fortælle terapeuten, hvis terapien ikke er virksom. Via sådanne filosofiske overvejelser kan man opnå større *viden* om klientgruppens værdier, og hvad der styrer deres adfærd – dvs. større multikulturel kompetence. Dette medfører, at psykologen for eksempel må opnå et kendskab til klientens religiøse tilhørsforhold, og hvad dette indebærer. Hvis man har dette kendskab, kan man benytte sig af det i forhold til interventionen, og man vil have lettere ved at opnå fortrolighed og måske bedre resultater.

Kontekstuelle overvejelser har at gøre med de livsbetingelser, som klienten lever under. Derfor bør psykologen stræbe efter at forstå de sociale, økonomiske og politiske forhold, der er gældende i et bestemt samfund eller en bestemt gruppe, idet man derved vil opnå viden om normer for adfærd (James & Prilleltensky, 2002). Dette kan for eksempel være sociale og kulturelle normer, såsom andre måder at diagnosticere eller navngive psykiske lidelser på. Her bliver den tidligere diskussion omkring somatisering relevant: der kan være tale om mere fysiske eller psykologiske udtryk for lidelse, som er accepterede i den pågældende kultur (Kleinman, 1988). Der kan også være religiøse normer, som for eksempel at der er en vis *mening* associeret med lidelse. Slutteligt kan der være moralske normer, som for eksempel at det »gode« menneske er assertivt og autonomt, eller mere relationelt og kollektivistisk. Samtidig skal man også se kritisk på sin egen kulturelle kontekst, så man kan se grundantagelserne bag forskellige

interventionsformer.

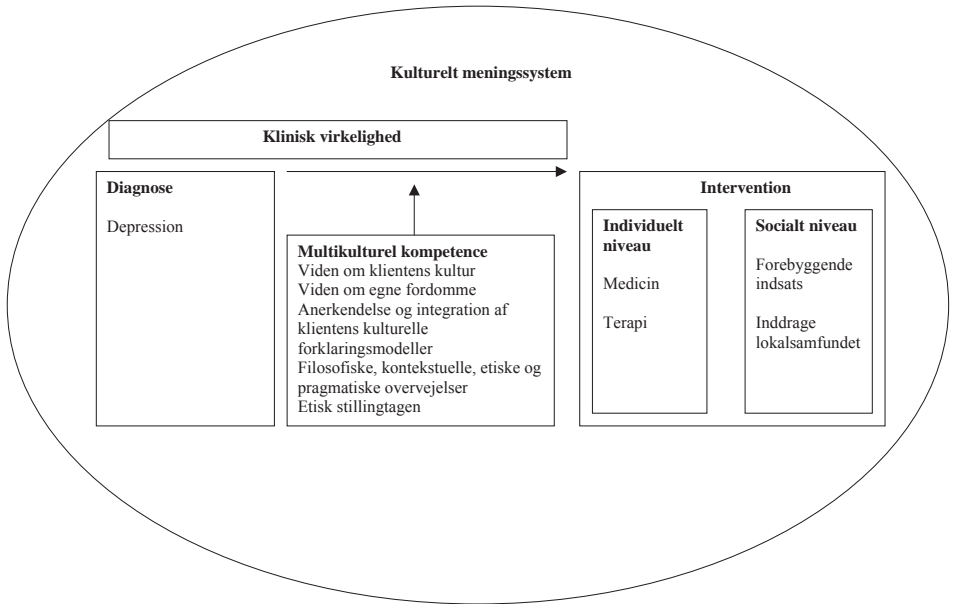
Her bliver det igen vigtigt at tænke på, at en sådan kulturel sensitivitet i behandlingen ikke må komme til at *stereotypisere* klienten. Som førnævnt skal klienten naturligvis behandles først og fremmest som et individ med en lidelse – men et kendskab til de normer og holdninger, der eksisterer i klientens kulturelle gruppe er nødvendig for at opnå den bedste behandling.

De *oplevelsesmæssige* overvejelser drejer sig om at lytte til den enkelte klient og *forstå* vedkommendes oplevelse af sin egen situation. Det er vigtigt at fokusere på, at man har med personer, og ikke stereotyper, at gøre. Sådanne oplevelsesmæssige aspekter kan give os viden om, hvad man kan gøre for at forbedre psykisk sundhed for mennesker fra samme samfundsgruppe som klienten. De oplevelsesmæssige overvejelser er også vigtige i forhold til intervention. Selvom en vestligt uddannet psykolog ikke selv tror på klientens antagelser om, hvor depressionen stammer fra, kan disse være ligeså virkelige for klienten som den materielle virkelighed. Det er derfor vigtigt at *italesætte* depression på en sådan måde i terapien, at klienten kan forstå det ud fra sin egen referenceramme (fx Dwairy, 1997).

Slutteligt handler de *pragmatiske* overvejelser om, hvad man *reelt* kan gøre for at forandre en situation til det bedre på et samfundsmæssigt niveau. Intervention begrænser sig ikke til terapi, men kan også involvere intervention på socialt niveau. De pragmatiske overvejelser er naturligvis baserede på det førnævnte kendskab til klientens kultur og oplevelse af de depressive symptomer – psykologens samlede bedømmelse af disse bliver derfor afgørende for, hvad der kan gøres.

Ud fra community perspektivet kan interventionen også være mere social af natur. Her kunne man forestille sig, at man kunne afhjælpe en forhøjet forekomst af depression hos en bestemt gruppe i samfundet ved at udvikle strategier for lokalsamfundet – dette kunne i vestlige kulturer være forebyggende arbejde såsom stress-reduktion på arbejdspladser, oplysningskampanjer og andet, der kan forebygge depression. Ved at medtage pragmatiske overvejelser kan man udvikle *strategier* til at forbedre folks liv, både på et individuelt og et mere socialt niveau.

Psykologiens rolle i behandlingen af depression er derfor todelt: der kan både gøres en indsats for den *enkelte* klient gennem terapi, hvor den kulturelle baggrund skal tages i betragtning, og der skal gøres en mere *social indsats* for at undgå, at for eksempel minoritetsgrupper får en større risiko for depression. Nedenstående illustration viser, hvorledes behandlingen af depression, skabt i den kliniske virkelighed, influeres af behandlerens grad af multikulturel kompetence. De førnævnte overvejelser omkring klientens kultur er også inddraget.



Figur 3 – Filosofiske, kontekstuelle, etiske og pragmatiske overvejelser indgår i den multikulturelle kompetence, og denne fører til intervention på to niveauer.

15. Udfordringer ved multikulturel psykoterapi

Slutteligt er det også nødvendigt at pointere nogle væsentlige problematikker i forhold til behandling af depression globalt set.

For det første er det ikke nødvendigvis altid sådan, at klienter med en minoritetsbaggrund har en psykologisk problematik, hvor deres kultur eller etnicitet spiller en væsentlig rolle. Psykologen skal ikke se klienten som medlem af en bestemt gruppe med stereotype træk, men i stedet bestræbe sig på at se personen som individ. Ellers risikerer man at lægge sine egne kulturelle antagelser ned over klienten (Negy, 2000).

For det andet bliver fremmedartede kulturer og samfund ofte fremstillet som om, de overhovedet ikke besidder negative aspekter. Det er vigtigt at indse, at alle kulturelle meningssystemer kan indebære ting, der strider imod gældende etiske standarder. Det kan for eksempel være etisk *uforsvarligt* at acceptere klientens kulturelle grundlag. Dette kunne være i tilfælde såsom vold i familien eller kvindelig omskærelse, som strider imod vestlige begreber om fundamentale menneskerettigheder. Som psykolog er der derfor hele tiden en balance, hvor man også må overveje etiske problemstillinger.

For det tredje har mange studier vist, at socioøkonomisk status er meget bedre til at forudsige, hvornår psykiske lidelser vil forekomme, end etnicitet eller kultur – og derfor bør man også overveje, om klientens depression snarere kunne have noget at gøre med for eksempel stress på grund af *fattigdom* eller *arbejdsløshed*, end at de tilhører en minoritet (Negy, 2000).

Man skal således passe på med ikke gøre andre kulturelle grupper eller værdier for eksotiske til at kunne passe ind vores forståelse, og forsøge at forstå andre forklaringsmodeller, så disse kan integreres i en virksom intervention. Psykoterapi kan derfor være meget relevant for andre kulturelle grupper, så længe vi er bevidste om at tilpasse interventionen til den enkelte klient.

Depression er en kompliceret lidelse, og diagnosticering, sygdomsoplevelse og udtryksformer varierer i høj grad kulturelt. For at opnå en mere effektiv behandling af lidelsen globalt set må man som behandler derfor inddrage klientens kulturelle univers og være åben over for anderledes forklaringsmodeller. Via en større grad af multikulturel kompetence og kulturel følsomhed kan vi på denne måde blive bedre til at forebygge og behandle en lidelse, der er meget udbredt og har mange menneskelige og samfundsmæssige omkostninger.

REFERENCER

BØGER OG ARTIKLER

- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed. (DSM-IV)*, American Psychiatric Association, USA.
- ANGEL, R.J. & WILLIAMS, K. (2000): *Cultural Models of Health and Illness*. I Cuéllar, I. & Paniagua, F.A. (ed.): *Handbook of Multicultural Mental Health. Assessment and Treatment of Diverse Populations*. Academic Press, USA.
- AYUSO-MATEOS et al. (2001): *Depressive disorders in Europe: Prevalence figures from the ODIN study*, British Journal of Psychiatry, 179 (4): 308-316, England.
- BECK, A.T. et al. (1979): *Cognitive Therapy of Depression*, The Guilford Press, USA.
- BROWN, G.W. & HARRIS, T. (1978): *Social Origins of Depression. A Study of Psychiatric Disorder in Women*, Tavistock, England.
- BUSCH, F.N. et al. (2004): *Psychodynamic Treatment of Depression*, American Psychiatric Publishing, USA.
- CASTILLO, R.J. (1997): *Culture and Mental Illness. A Client-Centered Approach*. Brooks/Cole Publishing Company, USA.
- CUÉLLAR, I. & PANIAGUA, F.A. (ed.) (2000): *Handbook of Multicultural Mental Health. Assessment and Treatment of Diverse Populations*. Academic Press, USA.
- DWAIRY, M. (1997): A Biopsychosocial Model of Metaphor Therapy with Holistic Cultures, *Clinical Psychology Review* 7:719-732, USA.
- ELSASS, P. (2003): *Håndbog i kulturpsykologi. Et fag på tværs*, Gyldendal, Danmark.
- GEERTZ, C. (1973): *The Interpretation of Cultures*, Fontana Press, London.
- HEMMINGSSEN, R. et al. (2000): *Klinisk Psykiatri*, Munksgaard, Danmark.
- JAMES, S. & PRILLELTENSKY, I. (2002): *Cultural diversity and mental health. Towards integrative practice*, Clinical Psychology Review 22:1133-1154, USA.

- JØRGENSEN, C.R. (2001): *Psykoteraapiens kulturelle grund*. I Karpatschhof, B. et al. (ed.): *Psyke & Logos*, 1:22, Danmark.
- KARPATSCHOF, B. et al. (ed.) (2001): *Psyke & Logos*, 1:22, Danmark.
- KLEINMAN, A. (1980): *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press, USA.
- KLEINMAN, A. (1988): *Rethinking Psychiatry. From Cultural Category to Personal Experience*, The Free Press, USA.
- KLEINMAN, A. & GOOD, B. (ed.) (1985): *Culture and Depression. Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*, University of California Press, England.
- KLEINMAN, A. & GOOD, B. (1985): Culture and Depression. I Kleinman, A. & Good, B. (ed.): *Culture and Depression. Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*, University of California Press, England.
- KLEINMAN, A. & COHEN, A. (2001): *A global view of depression from an anthropological perspective*. I Dawson, A. & Tylee, A. (ed.): *Depression: Social and economic timebomb*, BMJ Books (for WHO), England.
- KONDO, D. (1996): *Crafting Selves: Power, Gender and Discourses of Identity in a Japanese Workplace*, University of Chicago Press, USA, 1990. I Stevens, R. (ed.): *Understanding the Self*, Sage, England.
- KOTTAK, C.P. (2002): *Anthropology. The Exploration of Human Diversity*, McGraw-Hill, USA.
- LANDRINE, H. (1995): *Clinical Implications of Cultural Differences: The Referential versus the Indexial Self*. I *The Culture and Psychology Reader*, New York University Press, USA.
- LEE, R.M. & RAMIREZ, M. (2000): *The History, Current Status, and Future of Multicultural Psychotherapy*. I Cuéllar, I. & Paniagua, F.A. (ed.): *Handbook of Multicultural Mental Health. Assessment and Treatment of Diverse Populations*. Academic Press, USA.
- LEWIS-FERNANDEZ, R. & KLEINMAN, A. (1994): Culture, Personality, and Psychopathology, *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 1, APA, USA.
- LUTZ, C. (1985): Depression and the Translation of Emotional Worlds. I Kleinman, A. & Good, B. (ed.): *Culture and Depression. Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*, University of California Press, England.
- MACLACHLAN, M. (2006): *Culture and Health. A Critical Perspective Towards Global Health*, John Wiley & Sons, England.
- MIRDAL, G. (2001a): Om oplevelsen af andres lidelser. I Karpatschhof, B. et al. (ed.): *Psyke & Logos*, 1:22, Dansk psykologisk Forlag, Danmark.
- MIRDAL, G. (2001b): Diagnostiser i tværkulturel sammenhæng. I Karpatschhof, B. et al. (ed.): *Psyke & Logos*, 1:22, Dansk psykologisk Forlag, Danmark.
- NEGY, C. (2000): *Limitations of the Multicultural Approach to Psychotherapy with Diverse Clients*. I Cuéllar, I., Paniagua, F.A. (ed.): *Handbook of Multicultural Mental Health. Assessment and Treatment of Diverse Populations*. Academic Press, USA.
- NOLEN-HOEKSEMA, S. (2001): *Abnormal Psychology*, McGraw-Hill, USA.
- OBEYESEKERE, G. (1985): Depression, Buddhism, and the Work of Culture in Sri Lanka. I Kleinman, A. & Good, B. (red.): *Culture and Depression. Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*, University of California Press, England.
- ROSALDO, M.Z. (1984): Toward an anthropology of self and feeling. I Shweder, R. A. & LeVine, R. A. (ed.): *Culture Theory. Essays on Mind, Self, and Emotion*, Cambridge University Press, England.

- SINGLA, R. (2001): Psykosocial intervention – etniske minoriteter og ligestilling. I Karpatschof, B. et al. (ed.): *Psyke & Logos*, 1:22, Dansk psykologisk Forlag, Danmark.
- STEVENS, R. (red.) (1996): *Understanding the Self*, Sage, England.
- STREIT, U. et al. (1998): Clinical Case Study. A Moroccan Woman Suffering from Depression: Migration as an Attempt to Escape Sorcellerie, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 22:445-463, Holland.
- TSENG, W. & STRELTZER, J. (2004): *Cultural Competence in Clinical Psychiatry*, American Psychiatric Publishing, USA.
- ÜSTÜN, T.B. & CHATTERJI, S. (2001): Global burden of depressive disorders and future projections. I Dawson, A. & Tylee, A. (ed.): *Depression: Social and economic timebomb*, BMJ Books (for WHO), England.

INTERNETSIDER:

www.apa.org (01.02.2008)

www.netdokter.dk (01.02.2008)