

Psyisk hälsa ur ett medicinskt antropologiskt perspektiv

Psyisk ohälsa och kultur

– erfarenheter och epidemiologi

Per Borgå

Den psykiatriska professionen har i sin strävan att nå ett jämbördigt förhållande till andra medicinska specialiteter betonat de psykiatriska diagnosernas universalitet. Därmed har den tappat fokus på det som är specifikt för psykiatrin; dess beroende av levnadsbetingelser, mänskligt samspel och därmed av kulturen. Geografiska skillnader kan belysa sådana relationer. Påvisbara skillnader kan gälla psykologiska-psykiatriska uttryckssätt, prevalens och utfall. Statistiska metoder för att påvisa skillnader behöver dock kompletteras med ett förstående inifrånperspektiv.

Författaren har varit verksam i biståndsarbete och psykiatriskt utvecklingsarbete såväl internationellt som i Sverige. Han är psykiater och med.dr, knuten till Karolinska Institutet, Institutionen för kliniska vetenskaper, Danderyds sjukhus.

Kontakt: per.porga@ki.se

Erfarenheter från en psykiatrisk klinik i Tanzania

I slutet av 70-talet arbetade jag som ung läkare några år på ett litet sjukhus i Tanzania på sydsluttningen av Kilimanjaro. Eftersom sjukhuset nyligen öppnat en psykiatrisk klinik, såg jag en möjlighet att förena mitt intresse

för psykiatri med mitt intresse för att arbeta i Tanzania. Jag hade ambitionen att lära mig swahili flytande. Trots det hittade jag varken ord för schizofreni eller depression på det nya språket. Däremot fanns – liksom i alla kulturer (har jag senare förstätt)

– ett ord för galenskap. På swahili var det ”kichaa”. Det finns ett behov att särskilja det avvikande och att dra gränsen för normalt, som förefaller vara universell. Att saker och ting ibland kunde vara ”tvärtom” i Tanzania blev jag varse, när personalens iver att snabbt få fram en bil inte var framkallad av behovet att få in en skadad eller svårt sjuk patient till sjukhuset, utan av att få hem en dödssjuk patient från vårdavdelningen så att han fick dö i sitt eget hem, i kretsen av de sina. Men i bedömningen av vem som var kichaa, skilde sig inte min och personalens syn. När någon blev psykotisk signalerades detta efter givna normer eller snarare tydliga brott mot de givna normerna. I Kilimanjaregionen där familjernas ekonomi var beroende av kaffeodlingen var ett sådant brott att ge sig på och hugga ned kaffebuskar. Ett annat tydligt normbrott kunde vara att klä av sig naken på torget där man kunde ses av alla människor.

Min diagnos blev ofta akut, reaktiv psykos eller möjligen schizofreni eller mani. När kliniken öppnade innebar det att man kunde lägga in patienter som tidigare tagits om hand på polistationen och i värsta fall vidaretransporterats till mentalsjukhuset mitt i landet eller till fängelse. Vården hade därmed – föreföll det mig – tagit ett inte oväsentligt kliv i humanitär riktning. Omfattningen av de traditionella medicinska insatser, som fanns parallellt med västerländsk vård, skulle jag först småningom bli varse under de fyra år jag arbetade i Tanzania och under de studieresor jag gjorde därefter.

Depression var ett begrepp som inte innefattades i kichaa och som inte

självklart täcktes av något annat kulturellt förankrat begrepp. Inte desto mindre fanns patienter som uppfyllde de kliniska symptomen på depression. Detta var en tid då inte minst den nationella kommittén för swahili arbetade hårt för att integrera landet i en mer västerländsk kontext, men med bevarande av en nationell stolthet över ursprungskulturen. President Julius Nyerere hade vid denna tidpunkt redan översatt verk av Shakespeare till swahili, så att hitta lämpliga termer för psykiatriska uttryck föreföll som överkomliga svårigheter. Vi föreslog ”sorge-sjukdom” för depression. För ordet psykiatri hade redan introducerats begreppet ”ugonjwa wa akili” eller förståndets/hjärnans sjukdom fast ”ugonjwa wa nafsi” – sinnets/själens/identitetens sjukdom – också prövades. Akut psykotiska patienter lades oftast in på den lilla kliniken med vardera 15 sängar på den manliga och 15 sängar på den kvinnliga avdelningen. En socialarbetare gjorde sitt bästa att få en familjehistoria och i hans lilla rum kunde ibland 10 – 15 anhöriga trängas. Närhelst det var möjligt behandlade vi i öppen vård eftersom trycket var stort på de trettio sängarna från ett upptagningsområde på närmare 1 miljon människor!

Från den närmaste trakten kom också människor som sökt sjukhuset för mer somatiskt präglade symptom. På polikliniken som var öppen 24 timmar och varje dygn hade omkring 1000 besök satt ett antal Medical assistants (korttidsutbildade läkare) och dagtid ofta en läkare. När man inte hittade en rimlig somatisk orsak till patienternas besvär sändes dessa till

psykiatriska polikliniken. Efter att ha prövat på att tjänstgöra på den allmänna polikliniken introducerade jag den screening-triad som – i avsaknad av andra somatiska symptom – motiverade att patienten skickades till psykiatriska kliniken: yrsel, tryck eller smärta i bröstet och sömnsvärigheter. Den här gruppen av sjukdomar hade namnet oro-sjukdomar. Förutom medicinska undersökningar, för att utesluta organiska orsaker, placerades dessa patienter i avslappnings- och samtalsgrupper, som oftast leddes av sköterskepersonal. De kvinnliga grupperna hade störst framgång medan de manliga grupperna hade större besvär att handskas med den sociala skiktning som fanns i grupperna, vilket resulterade i en mindre öppen atmosfär.

Oro-sjukdomar av ofta ganska malign karaktär kunde man finna bland de secondary school-elever som studerade på någon av de internatskolor som fanns i staden. Inför tentamensperioderna steg ångesten och många kunde inte koncentrera sig eller ens fokusera så att de kunde läsa texten i boken framför sig. Jag har senare sett detta syndrom beskrivet i DSM-manualerna under kulturspecifika syndrom som "brain-fag" (American Psychiatric Association). Dessa plågade ungdomar samlade jag i en samtalsgrupp och förstod småningom mer av deras problematik. De kom från olika platser i Tanzania och hade i regel gått sin sjuåriga primärskoleutbildning i en byskola. Nu var de för första gången utanför hemmet på en främmande ort, i en skola som byggts efter engelsk förebild med ofta myck-

et stränga regler. Ofta var det till hjälp för dem att se att andra hade samma problem som de själva och att få hjälp att se sambandet mellan symptom och yttre händelser. En del av dem som inte blev bättre i samtalsgrupperna ansökte om att få permission för att få återvända hem för traditionell behandling. Jag brukade tillstyrka denna begäran med ett brev till rektor. Ofta återkom ynglingen efter några veckor i ett betydligt bättre skick.

Mer dramatiska insjuknanden kunde också förekomma som när ett tåg av elever i skoluniformer under stöj och stim kom bärande på en kamrat som var förlamad i benen. Detta skedde så ofta att personalen snart visste att dessa tåg skulle dirigeras ned till det lilla huset där den psykiatriska öppenvårdsmottagningen var inrymd. Nu vidtog en behandling där vissa saker borde iakttas. Dels gällde det att avlägsna auditoriet som alltså kördes ut efter att placerat den lame på en brits i mitt rum. Dels gällde det att inte bli för imponerad av symptomen. Således fortsatte jag ofta att plocka ordning på mina papper eller fortsätta det skrivarbete jag hade. Efter en stund brukade det höras en försynt hostning från britsen och jag flyttade upp en stol till huvudändan och satte mig. Nu var tidpunkten då jag med samtal skulle försöka förstå något om vilka påfrestningar den unge patienten (det var i regel en han) hade varit utsatt för, och återförsäkra honom att han hade ett stöd hos mig och skulle få komma tillbaka flera gånger för samtal. Slutligen erbjöd jag honom att, om han ville, återfå rörligheten i benen. Eftersom han tackade ja till detta kunde jag

ge någon lämplig injektion och efter ytterligare några minuter kunde han förena sig gående med sina klasskamrater. Tvärtemot vad jag i början väntade mottogs förvandlingsnumret inte med förtjusning av auditoriet, som säkert hade föredragit ett längre avbrott från de påfrestande studierna.

I den tidiga etnografiska litteraturen från Afrika brukade påstås att självmord inte förekom. Detta får nog tillskrivas den skam, ibland också religiösa fördömlse, som i de flesta kulturer följer på självmord och att man därför lyckades hålla nyfikna besökare ovetande om vad som skedde. Tyvärr var självmordsförsök och självmord inte alls ovanliga. Ofta följde själva tillvägagångssättet kulturellt fastlagda mönster. Vanligt bland stammen wachagga i den kaffeodlande Kili-manjaroregionen var att man drack DDT. En annan ganska stor stam, wahehe, kring staden Iringa i inlandet har gjort sig känd för att man tar livet av sig genom hängning. De med wahehe besläktade wakinga som bor längre västerut och odlar vete (som skördas med skäror) begår suicid genom att skära halsen av sig. När jag i slutet av 80-talet besökte Dar-es-Salaam grasserade bland unga från välbärgade familjer en formlig epidemi av självmord bland unga. De hade ofta konflikter med sina föräldrar som ville hålla dem borta från utbudet av västerländskt liv i form av disco etc, konflikter som ibland blev så akuta att de unga tog sitt liv med hjälp av klokokintabletter.

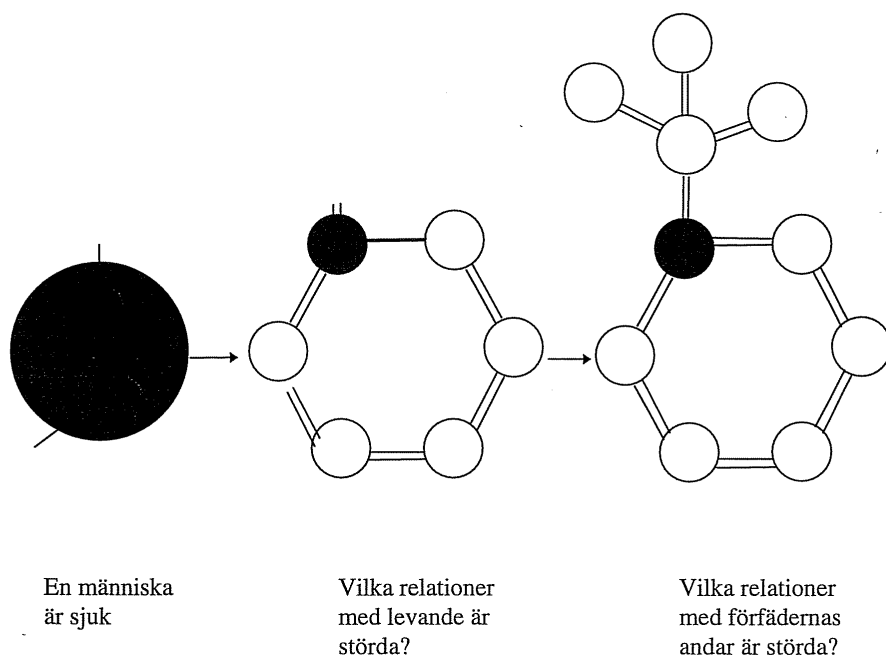
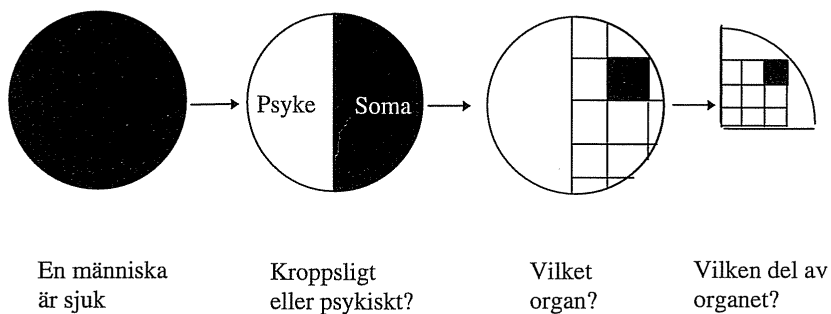
Traditionell behandling

Småningom började jag förstå att ganska många av de patienter som jag själv behandlade parallellt också genomgick en annan behandling hos en traditionell mganga ("medicinman").

Lisbet Sachs har i sin bok *Onda ögat* eller bakterier beskrivit sjukvårdssystemets olika sektorer; vad man gör i den personliga sfären, vilken hjälp man tar av folklig medicin och i vilken utsträckning man utnyttjar "den vetenskapliga sektorn" (Sachs sid.20-22). Ofta är detta aktiviteter som pågår i kontinuitet eller simultant. De kan också bistå den sjuke och hans anhöriga att bringa klarhet i olika frågeställningar: Hur är jag sjuk? och Varför är jag sjuk? Medan "hur" visserligen kan ge vägledning för behandling är frågan "varför" den mer ultimativa som riktar sig mot livets existentiella sidor, som varför sjukdom och död drabbar och drabbar just mig just nu.

Jag har tidigare i *Socialmedicinsk tidskrift* (Borgå 1983) och på andra ställen kontrasterat det västerländska mikroperspektivet på sjukdom mot ett afrikanskt makroperspektiv (se fig. 1). Någon klar åtskillnad mellan psykiska och somatiska sjukdomar görs för det mesta inte. I stället är omständigheterna vid insjuknandet och familjens inbördes relationer och relationer till förfädernas andar av betydelse för förståelsen. Eftersom sjukdom upplevs som mindre individuell och ofta är ett tecken på störda relationer med nu levande och döda är behandlingen också gruppens angelägenhet i större utsträckning än i t.ex. Sverige. Det gäller inte bara att ta hand om den sjuke, men också under-

Västerländskt och afrikansk sjukdomssyn



(Borgå, 1982).

söka sin och familjens möjliga roll i de störda relationerna. Det innebär att man kommer samman för att hitta en gemensam förståelse och förklaring till det inträffade och för att upprätta relationerna med de avlidna. Detta kan ske helt i den personliga sektorn, men det är också möjligt att man tar hjälp av en mganga för att få hjälp och vägledning. Ingenting hindrar att man samtidigt tar hand om den sjuke med hjälp av västerländsk medicin.

Den rituella behandlingen är stadiindelad och dess olika steg är kända åtminstone för flertalet av de medverkande. Behandlingen har en inbyggd förväntan; sjukdom går till hälsa. De personer som står den sjuke närmast samverkar, de hittar en gemensam förklaring, de återupprättar sina egna relationer och relationerna med de avlidna, de ger stöd till varandra och till den sjuke, de får tillfälle till känsloutlevelse i sång och dans och de får tid att bearbeta. Även en skeptiker till folklig medicin måste medge att – om inte annat – förefaller detta att vara ett optimalt sätt att förvalta placeboeffekter och samtidigt stärka nätverket, båda faktorer som har betydelse för tillfrisknandet.

Sjukdomsuppfattning

När man diskuterar sjukdomsuppfattning och orsakerna till sjukdom finns sannolikt olika svar på olika nivåer. En forskning i Uganda har utgått från fallvinjetter av olika subtyper av depression enligt DSM-systemet (American Psychiatric Association), som diskuterats i olika fokusgrupper (Okello). Deltagarna har ofta landat i förklaringar som att sjukdomen förorsakats

av ”att tänka för mycket”, något som jag kan känna igen från Tanzania som en förklaring för psykiska sjukdomar generellt. Risken är uppenbarligen att man med dessa enkla förklaringar blandar ihop orsak och verkan. Är grubblandet en orsak till eller en följd av sjukdomen? Också inom de mer avancerade delarna av västerländsk psykiatri återfinns samma svårighet, t.ex. i diskussionen om vidgade hjärnventriklar vid schizofreni. Att ställa den här typen av frågor om etiologi ger sannolikt olika svar beroende på kontexten; är man samlad i en föreläsningssal på ett sjukhus blir svaren annorlunda än om man befinner sig på en mgangas mottagning.

En svårighet kan också vara att det är stora skillnader mellan vad människor säger och hur de agerar. Det sistnämnda kan avslöja åtskilligt om föreställningsvärden och är själva basen för socialantropologernas forskningsfält.

Slutligen kan det också vara ett problem om man som forskare accepterar DSM-systemet som ”golden standard”, och tar för givet att det är det bästa vi för tillfället har för att beskriva ett tillstånd. Man tänker sig att de olika diagnoserna på något sätt korresponderar med en översättning i en annan kultur. Därigenom tillhandahåller man inte det material, t ex rörande relationer, som i det aktuella sjukdomsfallet hade fått deltagarna att tänka i andra banor än den symptombeskrivning som tillhandahållits.

De västerländska diagnoserna – fransett ett fåtal tillstånd där etiologin är klarlagd – är knappast mer ”vetenskapliga” än många mer folkliga föreställningar om psykisk sjukdom

och galenskap. Operationaliseringen av vissa sjukdomar, som framförallt drivits långt i DSM-systemet, tycks ge en skaplig överensstämmelse om vad man menar med olika begrepp, åtminstone så länge västerländska psykiatrer diagnostiserar västerländska patienter. Reliabiliteten i diagnos-sättningen förefaller alltså någorlunda god. När man rör sig över kulturgränser måste man dock fråga sig: Vad blir validiteten när man använder ett begrepp som inte förekommer i en viss kultursfär? Skrapar man litet på ytan förstår man att överensstämmelsen också inom samma kultur kan vara skenbar. I en genomgång som jag gjorde för Socialstyrelsen (Borgå 1997) ställde vi frågan "Vad är psykisk sjukdom, störning, ohälsa och

psykiskt friskt?" till Socialstyrelsens vetenskapliga råd. Svaren från de de vetenskapliga råden speglade inte på någon större samsyn vad gäller dessa grundläggande begrepp.

Inte desto mindre finns ett intresse att göra jämförelser mellan olika kulturer och för sådana jämförelser behöver man söka gemensamma definitioner när det är möjligt. Biologiskt grundade psykiatriska tillstånd anses ha en mindre kulturell variabilitet än de som är mer "funktionellt" betingade. De organiska psykoserna skulle därmed se ganska likartade ut över hela världen, medan funktionella psykosor och ångesttillstånd har en mer varierad framtoning (Marsella). Ganska högt i denna pyramid anses schizofreni ligga (se fig.2).

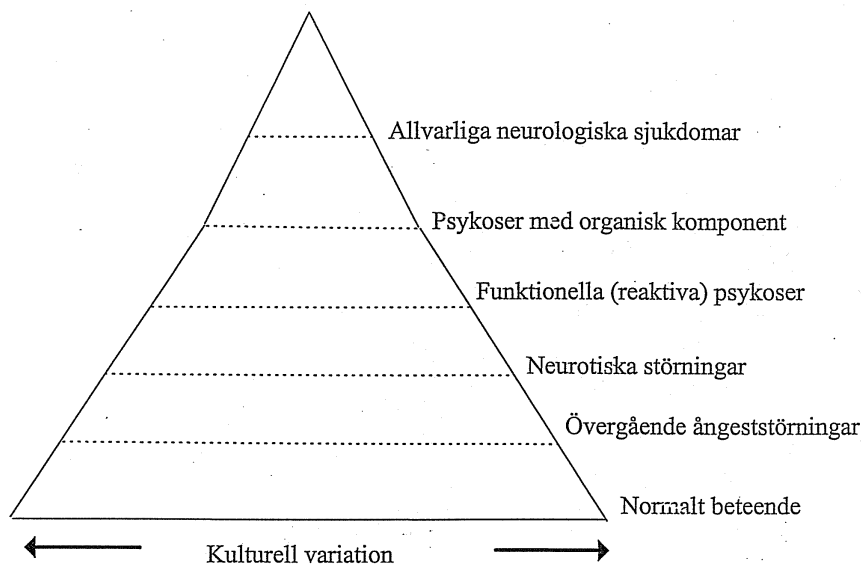


Fig 2. Symptomvariation från " normalt " beteende till organiskt-neurologiska tillstånd. Längden på triangelns bas är ett mått på den kulturellt betingade beteendevariationen. Tillstånd med organisk etiologi är relativt sett mindre påverkbara av kulturella faktorer än t ex neurotiska störningar. (Från Marsella, 1988)

Psykiatrins universella anspråk och epidemiologiska undersökningar

Under psykiatrins framväxt som självständig medicinsk disciplin har från den psykiatriska professionens sida funnits en vilja att betona likheterna med övriga medicinska specialiteter. Denna vilja har ibland styrts mer av behovet att få acceptans och erkännande från dessa än utifrån vetenskapligt underbyggda argument. Den har inneburit att psykiatrins särart, som den del av medicinen där kulturella förhållanden sannolikt spelar störst roll både för förståelse (diagnostik) och behandling, förblivit ganska förbisedd. Psykiatriska störningars universalitet och likartade prevalens har betonats, medan skillnader från västerlandet i psykiatriska uttryckssätt redovisats som exotiska avvikelser från normen – ”kulturspecifika syndrom” (American Psychiatric Association). Det grundläggande etnocentriska synsättet i denna tankestruktur hade förtjänat mer kritik.

Den diagnos som mer än någon annan fått illustrera de globala likheterna i psykiatriska uttryckssätt har varit schizofreni. Längre har påståtts att schizofreni uppträder med likartad prevalens över hela jordklotet. För att bevara denna psykiatriska vandringssågen har den psykiatriska professionen systematiskt fått bortse från rapporter som visat stora prevalensskillnader mellan olika befolkningsgrupper (Torrey, 1987). Av svårförståeliga skäl har påståendet också använts som argument för att schizofreni bör ses som en sjukdom med biologisk-genetisk etiologi. En naturlig fråga vore

då: Vilken annan biologiskt-genetiskt betingad sjukdom uppträder med likartad prevalens i världens olika miljöer? Sådana exempel torde vara ytterligt sällsynta!

WHO med sitt globala uppdrag var ganska tidigt intresserad av att göra en kartläggning av schizofreni i olika världsdelar (WHO, 1973). Den internationella forskargrupp som på tidigt 70-tal engagerades för denna internationella multicenterstudie hade ganska genomgående synsättet att undersökningen skulle bekräfta de likheter man ansåg sig känna till. Initialt ansträngde man sig också ganska mycket för att nå detta resultat (Kleinman, sid.12-52). När de första resultaten pekade mot väsentliga insidensskillnader snävades de diagnostiska kriterierna in till att utgöra ”schizophrenia core symptoms” vilka väsentligen överensstämde med Schneiders mycket stränga definition. Med detta upplägg lyckades man påvisa en någorlunda likartad prevalens vid de olika undersökta centra. Att man i denna process vid vissa centra fick utesluta upp till 70 procent av den ursprungligen definierade psykotiska populationen fäste man mindre avseende vid. Att likheterna kunde vara en artefakt av att man systematiskt uteslöt olikheterna diskuterades inte.

Likväl kunde man inte bortse från de markanta skillnader i utfall som visade sig vid uppföljningsstudien några år senare (WHO, 1979). Samtliga tre centra som låg i vad man då kallade utvecklingsländer hade bättre utfall såväl med avseende på sjukdomstid, symptomens grad, tid i slutenvård och socialt handikapp. Det center som i

dessa avseenden hade allra bäst utfall låg i Ibadan, Nigeria.

Effekter av migration

Med denna bakgrund kan de följande fynden te sig svårförståeliga. Under 80-talet kom rapporter om ökad prevalens av psykos bland svarta västindier and afrikaner i Storbritannien (Littlewood & Lipsedge 1981). Under 90-talet kom liknande rapporter om ökad prevalens av schizofreni bland dessa grupper följda av rapporter om ett sämre utfall för afrikanska och västindiska patienter med schizofreni, likaså från Storbritannien (Littlewood & Lipsedge 1992) och andra europeiska länder. Dessa fynd har åtminstone delvis kunnat förklaras utifrån att dessa grupper visats få en sämre vård inom psykiatri i Storbritannien och andra västländer, med åtföljande motstånd till hjälpsökande inom psykiatri och högre grad av tvångsinläggningar (Oluwatayo). En annan tänkbar förklaring skulle kunna vara att människor från en utpräglad gruppkultur har ett skydd från denna kultur, men samtidigt blir mer sårbara när de möter en utpräglad individkultur. Undersökningar från Danmark och Sverige visar att migration i sig är en riskfaktor för schizofreni (Cantor-Grae et al, 2003, Cantor-Grae et al, 2005) . Att även tiden efter migration innehåller belastningsfaktorer som ibland ytterligare förvärrar den psykiska hälsan har visats i relation till traumatiserade flyktingpopulationer i Norge (Lie). Den omfattande urbanisering med migration inom länderna, som nu äger rum i de fattigaste delarna av världen, medför sannolikt

stora belastningar med ökad psykisk ohälsa som följd. Detta är mindre studerat men tilldrar sig WHO:s intresse.

Referenser

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of diagnostic disorders, DSM-IV. American Psychiatric Press, Washington, 1994
- Borgå P. Traditionell medicin kontra västerländsk psykologi och psykiatri. Erfarenheter från Tanzania. Socialmedicinsk Tidskrift 1983;7:395-402.
- Borgå P. Vad är psykisk sjukdom, störning, ohälsa och psykiskt friskt? Socialstyrelsen frågar de vetenskapliga råden. Socialstyrelsen - Psykiatriuppföljningen Rapport 1997:20.
- Cantor-Grae E, Pedersen CB, McNeil TF, Mortensen PB. Migration as a risk factor for schizophrenia, a Danish population-based cohort study. British Journal of psychiatry 2003;182:117-122.
- Cantor-Grae E, Zolkowska K, McNeil TF. Increased risk of psychotic disorder among immigrants in Malmö: a 3-year first-contact study. Psychological Medicine, 2005; 35:1155-1163.
- Kleinman A. Rethinking psychiatry. From cultural category to personal experience. The Free Press, New York, 1988.
- Lie B. A 3-year follow-up study of psychosocial functioning and general symptoms in settled refugees. Acta Psychiatrica Scandinavica 2002;106:415-425
- Littlewood R, Lipsedge M. Acute psychotic reactions in Caribbean-born patients. Psychol Med 1981; 11:308-318.
- Littlewood R, Lipsedge M. Schizophrenia among Afro-Caribbeans (letter; comment). Br J Psychiatry 1992;160:710-711.
- Marsella A J. Cross-cultural research on severe mental disorders, issues and findings. Acta Psychiatrica Scandinavica (supp 344) 78:2-22
- Sachs L. Onda ögat eller bakterier. Turkiska invandrarkvinnors möte med svensk sjukvård. LiberTryck Stockholm, 1983.
- Torrey EF. Prevalence studies in schizophrenia. Br J Psychiatry 1987;150:598-608
- Okello E.S. Cultural explanatory models of depression in Uganda. Avhandling, Karolinska Institutet 2006.
- WHO. The international pilot study of schizophrenia. Geneva, WHO, 1973.
- WHO. Schizophrenia, an international follow-up study. London, John Wiley & Son, 1979.

Summary in English

Mental disorders and culture – experience and epidemiology.

In order to achieve recognition from other specialities of medicine, psychiatrists have emphasised the universality of psychiatric diagnoses. Thereby, they have lost focus of what is specific for psychiatry: its dependence on living conditions, human interaction and thus culture. Geographical differences may shed light on such relations. Variations may include psychiatric modes of expression, prevalence and outcome. In addition to statistical methods to demonstrate such differences we need experience based understanding of cultures.

Key words: Cultural psychiatry, epidemiology, schizophrenia, explanatory models, medical anthropology