

Samspelet mellan filosofi, teori och klinisk praktik i kulturellt medveten psykiatri

Valerie DeMarinis

Ph.D., Rådgivande forskningsprofessor i mental hälsa, Psykiatriska avdelningen för barn och unga Sørlandet Hospital HF, Kristiansand, Norge; Professor i religionspsykologi och kulturell psykologi, Uppsala Universitetet, Uppsala, Sweden. E-post: valerie.demarinis@teol.uu.se.

Denna artikel har två syften. Det första är att beskriva en arbetsmodell för en kulturellt medveten psykiatri. Det andra syftet är att illustrera denna modell genom en mindre fallstudie. I den första delen presenteras en av de övergripande utmaningarna för kulturell psykiatri: bristen på koppling mellan teori och klinisk praxis. Mezzich och Caraccis upplaga av *Cultural formulation* (2008) analyserar några av de underliggande omständigheter och den förvirring som kommer av de infallsvinklar till kultur och kulturell information som återfinns i DSM-IV. Sedan uppmärksammas vikten av en tydlig och operativ vårdfilosofi inom psykiatri vad gäller hur kultur och kulturell information kan bidra till teori och praktik. En arbetsmodell för detta presenteras. I del två illustreras modellen med en kortfattad fallstudie från en barn- och ungdomspsykiatrisk öppenvårdsklinik i södra Norge. Kulturell kunskap förstås utifrån ett meningsskapande perspektiv som ser existentiell mening som nödvändigt för att förstå kulturella konstruktioner av hälsa och sjukdom. Betydelsen av en vårdfilosofi för att förstå och genomföra ett flerdimensionellt, kulturellt medvetet psykiatriskt program belyses.

The article has a twofold purpose. First, to provide a working model for culturally-informed psychiatry. Second, to illustrate this model through a brief case study. In Part I, one of the overarching challenges for cultural psychiatry is presented: the disconnection between theory and clinical practice. The volume by Mezzich and Caracci: *Cultural formulation* (2008) analyzes some of the underlying concerns and confusions raised by the ways in which an approach to culture and cultural information was managed in the DSM-IV. Attention then focuses on the importance of a clear and operational philosophy of mental health care with reference to how culture and cultural information inform theory and practice. A working model is provided. In Part II, the model is illustrated through a brief case example from an outpatient psychiatry context for children and adolescents in southern Norway. Cultural knowledge is understood from a meaning-making perspective that views existential meaning as central for understanding cultural constructions of health and illness. The importance of the philosophy of care in relation to understanding and implementing a multi-dimensional, culturally-informed mental health programme is highlighted.

Del 1¹ Att förena teori och praktik – en kulturell utmaning

Alla som arbetar med eller forskar om frågor om kultur och psykiatri kan till viss del känna igen sig i den iakttagelse som kulturpsykiatern Roland Littlewood gör när han intervjuas av Simon Dein i *World Cultural Psychiatry Research Reviews* allra första utgåva (Dein, 2006). Littlewood fokuserar där på skillnaderna mellan den kulturellt intresserade psykiatri i Europa och Nordamerika, och beklagar att teorin och den kliniska organisationen och praktiken inte hänger ihop, vilket får konsekvenser för patienter oavsett om de tillhör en etnisk majoritet eller en minoritet. "Här [i Europa] är vi tyvärr mindre intresserade av teorin, och det publiceras mycket få vetenskapliga artiklar i ämnet transkulturell psykiatri, till skillnad från i Nordamerika, där den teoretiska positionen är starkare (även om den ganska ofta står långt från den kliniska verkligheten)" (Dein, 2006, s. 58).

Det är sannolikt att tro att klyftan mellan teori och praktik inte är ett ovanligt fenomen. Detta kan därför betraktas som en central kulturell utmaning. Syftet med denna artikel är tvådelat. Det första syftet är att argumentera och ge en arbetsmodell för vikten av att ha en grundläggande vårdfilosofi i psykiatri, och för att uppmärksamma kulturens betydelse. Det andra syftet är att genom en mindre fallstudie från ett kliniskt sammanhang i södra Norge il-

lustrera hur denna modell kan fungera i praktiken.

Kultur och psykiatri

En arbetsdefinition av kultur av kulturpsykologen Marsella (2005) innefattar inlärd beteenden och meningar, som överförs socialt i olika livssituationer, och som syftar till såväl individuell som kollektiv anpassning. Kulturer kan vara övergående eller varaktiga (t ex etnisk-kulturella livsstilar), och är alltid dynamiska, det vill säga de är ständigt i förändring. Kultur har inre uttryck med värderingar, trosföreställningar, attityder, axiom, inriktningar, epistemologier, medvetandenivåer, perceptioner, förväntningar och personligheter. Kulturen även har yttre uttryck med artefakter, roller, institutioner och sociala strukturer. Kulturer skapar och konstruerar våra verkligheter då de bidrar till våra världsbilder, uppfattningar och inriktningar och därav följer idéer, moraluppfattningar och preferenser (Marsella, 2005, s. 657). Kulturpsykiatri är ett speciellt område inom psykiatri som huvudsakligen fokuserar på kulturella aspekter av mänskliga beteenden, psykisk hälsa, psykopatologi och behandling (se t ex Tseng, 2001). Kultur uttrycks i majoritets- och minoritetssamhällen över hela världen. De enskilda uttrycken pekar på den universella verkligheten att alla har en eller flera kulturella kontexter genom vilka mening skapas. Kulturella aspekter av mänskliga beteenden behöver förstås ur ett livscykelerspektiv. Det finns kulturella influenser på stress och sjukdomstillstånd, så väl som på salu-

¹Denna text bygger på en kommande artikel i *World Cultural Psychiatry Research Review*, (se DeMarinis et al., 2011). Tillstånd har givits för användning av information i detta kapitel.

togena beteenden. Dessa influenser är en del av den sociokulturella information som behövs för behandlare och som kan vara relevant för olika typer av psykopatologi, kliniska bedömningar och praktik.

Denna syn på kultur delas dock inte av alla i psykiatrin. I boken *Cultural formulation: A reader for psychiatric diagnosis* (2008) beskriver Mezzich och Caracci hur synen på kultur och kulturella aspekter på diagnostik utvecklats inom psykiatrin fram till den slutliga framställningen i *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (fjärde upplagan.; DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994). Deras beskrivning ger även en värdefull grund för att förstå den sociala och politiska process - som i sig har en dimension av kultur - som ledde till utarbetandet av själva DSM.

I analysen blir två saker tydliga. För det första, att bara en begränsad del av det vetenskapliga arbetet som utfördes av arbetsgruppen för kultur och diagnostik, togs med i DSM-IV. För det andra, att urvalet och redigeringen, som gjordes utanför arbetsgruppens kontroll, resulterade i en slutprodukt som i hög grad tolkar kulturbegreppet som något som tillhör ”de andra” och ofta som en exotisk manifestation av en störning, eller som en manifestation av väldigt ovanliga sjukdomar. Resultatet är att kultur definitivt inte ses som en gemensam kärna i analysen och inte heller som grundläggande för all psykisk ohälsa utan också för all psykisk motståndskraft. Att man t ex placerat det väldigt användbara utkastet ”*Outline for*

Cultural Formulation” som den nionde bilagan har lett till att denna värdefulla information har gått förlorad i åtminstone den svenska versionen av MINI-D IV.

Den centrala kulturella utmaning som behandlas i *Cultural Formulation* fångas, på åtminstone en viktig nivå, kortfattat och korrekt av Collins i hans recension: ”Kulturkrockar frodas på denna resa mot psykiatriska diagnoser och formuleringar. De centrala konflikterna återfinns emellertid inte mellan nationalstater eller raser utan mellan olika stammar inom själva psykiatrin. Mezzich och Caracci förtjänar stor beundran för att de frivilligt beger sig in på territorier där vanligtvis biologiska determinister och nosologiska formaler jagar” (Collins, 2009, s. 16).

Dessa kulturella krockar kan inte, i varje fall inte så som de presenteras av den psykiatriska ”stammen” i Mezzichs och Caraccis bok, sägas bestå av två helt motsatta positioner. Det är kanske mer korrekt att säga att den kulturella psykiatrins stam väcker kritiska frågor om flera grundläggande lärosatser i psykiatrisk diagnostik, särskilt när diagnoserna ses som universella, kategoriserbara former som överallt har samma biologiska orsaker, samma symptom och fordrar samma behandling. Mezzich och Caracci vill behålla fokus på mer traditionella frågor inom psykiatrin, men ifrågasätter den absoluta tilltron till den biologiska determinismen. Den biologiska bedömningen behöver vara i dialog med kulturella bedömningar som ger en mer holistisk, kulturell formulering, vilket gör

det möjligt att ställa mer korrekta diagnoser. Genom att tillhandahålla viktig information om miljö-, sociala- och utvecklingsfaktorer, liksom om konstitutionella predispositioner, kan diagnos- och behandlingsprocesserna bli bättre underbyggda och planerade för alla patienter/klienter.

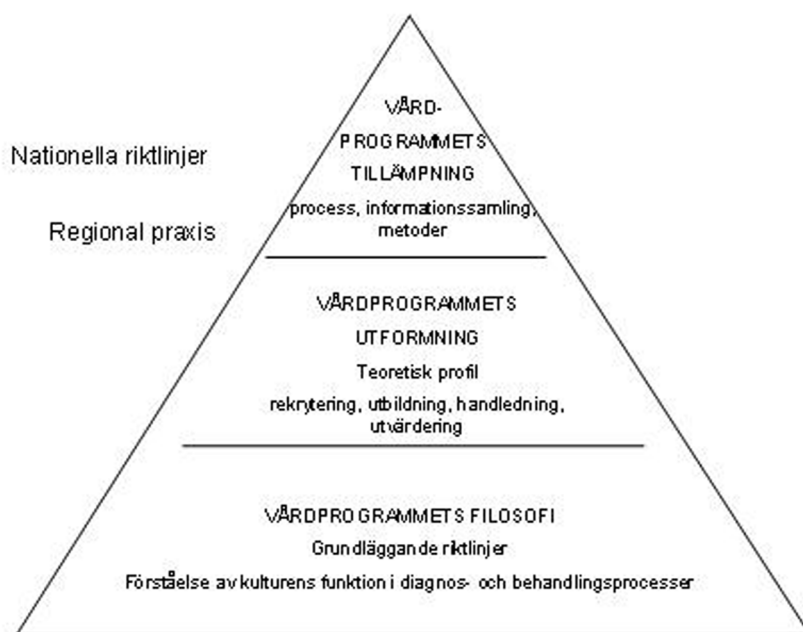
Vikten av en tydlig och operativ filosofi för ett kulturellt medvetet vårdprogram

Metaforen om den psykiatriska stammen visar att varje psykiatrisk verksamhet behöver en medvetenhet om vilken vårdfilosofi den baserar sig på. Synen på kulturbegreppet och dess funktion spelar en avgörande roll i en sådan filosofi.

Erfarenheter från min forskning och

mitt kliniska arbete i palliativ vård och i hospice-sammanhang med patienter och familjer som kommer från såväl majoritets- som minoritetskulturer har lett till skapande av en arbetsmodell. Arbetsmodellen har fokus på en förståelsen av nivåerna av samspel och ansvarsutkrävande inom en hälsovårds-kontext. Figur 1 visar på en version av arbetsmodellen för hur vårdfilosofin samspelar med programmets utformning och tillämpning i den kliniska praktiken (DeMarinis, 1997).

Runt pyramidmodellen återfinns de nationella riktlinjerna liksom regional praxis. Dessa är nödvändiga för att förstå en hälsovårdsorganisation då de beskriver den organisatoriska hälsovårdskulturen. När en förändring börjar ske på dessa nivåer, kommer även den specifika organisationen, t ex ett



Figur 1. Arbetsmodell för ett kulturellt medvetet vårdprogram

psykiatriskt center eller avdelning, att behöva förändras och anpassa sig.

Modellen visar tydligt att den viktigaste och mest fundamentala nivån är den vårdfilosofiska utgångspunkten. Det är här som de grundläggande riktlinjerna etableras, vilka fokuseras både på hur sjukdom och hälsa definieras och förstås. Om det inte finns en förståelse av kulturella dimensionerna vad gäller såväl sjukdom som hälsa på denna nivå blir det i praktiken omöjligt att bygga ett konsistent kulturellt medvetet vårdprogram.

Detta betyder inte att en enda kulturell tolkning som förtingligar den kulturella upplevelsen ska genomdrivas. Det betyder istället att det finns en fundamental förståelse för att tillgång till en persons kulturella uttryck är grundläggande information för diagnos- och behandlingsprocessen. Genom denna typ av information fördjupas förståelsen för personens risk- och skyddsfaktorer. När denna modell tillämpas på frågor om kultur och kulturkunskap i psykiatriska sammanhang, spelar skillnaden i vårdfilosofi en avgörande roll. Om kulturens roll behandlas som grundläggande inom psykiatrin, kan det bli en vägledande princip även på de andra nivåerna av modellen.

Den kommer då att påverka diagnos- och behandlingsprocesserna som återfinns i det teoretiska ramverket, vårdprogrammets utformning, i mitten av modellen. Den nivån utvecklas i interaktion mellan olika teoretiska traditioner, som baseras på forskningserfarenheter, evidensbaserade resultat och

klinisk kunskap. Men den grundläggande teoretiska utgångspunkten som bygger på vårdfilosofin förblir ändå konsekvent.

På samma sätt får vårdfilosofin genomslag för metod och praktik. Det för oss tillbaka till Littlewoods ursprungliga iakttagelse om att kliniska verksamheter måste integrera den kulturella psykiatrins teori och praktik. För att det ska ske är den filosofiska nivån möjligtvis viktigast att fokusera på.

Vikten av, och konsekvenserna av, att integrera och interagera mellan de tre nivåerna i modellen för kulturell psykiatri kan illustreras genom en kort fallstudie från en psykiatrisk klinik i södra Norge.

Del 2

Fallstudie från Norge

Under 2008 blev författaren tillfrågad om ett planerat forskningsprojekt om hur man använder kulturell och existentiell information i den terapeutiska processen, både utifrån behandlingsteamets och patientens perspektiv, i en barn- och ungdomspsykiatrisk öppenvårdsverksamhet i södra Norge. Under arbetet som rådgivande professor inom olika forskningsprojekt inom området har det blivit alltmer uppenbart för mig, att detta sammanhang skulle kunna illustrera och ge bättre förståelse för hur kulturell information och analys fungerar i ett psykiatriskt sammanhang där man reflekterar kring kultur. Den kliniska kontexten är intressant på flera sätt, och inte minst eftersom patientgruppen - även om den inklude-

rar personer med annan kulturell och etnisk bakgrund - till största del utgörs av etniska norrmän. Det kan noteras att frågan om det behövs en kulturell analys och kulturell psykiatrisk förståelse i forskning och kliniskt arbete med personer från majoritetskulturen är under utveckling i Norden (DeMarinis et al, 2009, DeMarinis, 2008).

Den nationella nivån

Det är värt att notera att vikten av kultur och av kulturell förståelse har stått i fokus i den psykiatriska vården i Norge under de senaste två årtiondena. Några exempel kan nämnas här. Folketinget har i proposition nr 63 om en Optrappingsplan för psykiatrin 1999-2006 gett följande mandat till psykiatrin: En person med psykiska problem ska inte bara betraktas som en patient utan som en hel person med kropp, sinne och själ. Det är nödvändigt att beakta andliga och kulturella behov och inte bara de biologiska och sociala behoven. Psykiatriska störningar berör grundläggande existentiella frågor, och därför ska patientens behov vara utgångspunkten för all behandling. Behoven ska stå i centrum och ligga till grund för all sjukvårds organisering, praktik och styrning. Det är en särskild utmaning att utforma vården på ett sätt som även möter de etniska minoriteternas behov (St. prp. nr. 63, 1997-98).

I den norska nationella strategiplanen för barns och ungdomars psykiska hälsa uppmärksammas att:

”Kunnskap og kompetanse har stor betydning for hvordan barn og unge blir ivarettatt. Det innebærer at forskning og utdanning må ta utgangspunkt

i barn og unges behov og favne bredden i barn og unges liv. (...) En av de største utfordringene i dag er å få styrket en kultur i tjenesteapparatet som med respekt for barn og unge tar utgangspunkt i deres liv og opplevelser” (Helsedepartementet, 2003). Inom det Norska forskningsrådets forskningsprogram om psykisk hälsa (2006-2010) läggs ett speciellt fokus på sociala och kulturella faktors betydelse för den psykiska hälsan (<http://www.forskningsrådet.no>).

En analys av vad i dessa nationella dokument som är centralt i den psykiatriska vårdfilosofin (som den grundläggande i modellen i Figur 1 illustrerar) visar på följande faktorer: fokus på patienternas rättigheter, patientens deltagande, integrerad vård som innefattar en existentiell dimension, familj/gruppspektivet, och den centrala betydelsen av att förstå patientens kulturella kontext.

Den regionala nivån

Avdelningen för barn och ungdomars psykiska hälsa [Avdeling for barn og ungdoms psykiske helse, (ABUP)] är en del av det lokala sjukhuset, Sørlandet Sykehus, Helseforetak, SSHF. Denna avdelning i södra Norge har vårdenheter i Flekkefjord, Farsund, Mandal, Kristiansand och Arendal och även en uppsökande verksamhet. Vård ges till barn och ungdomar under 18 år och till deras familjer. Avdelningen har runt 120 anställda med yrken inom psykiatrin och närliggande specialiteter.

I strategidokumentet för Sørlandet Sykehus beskrivs trygghet som en central

del av sjukhusets vision. Som en del av sjukhuset återspeglar ABUP sjukhusets grundläggande värderingar som uttrycks nedan:

”Kjerneverdiene i SSHFs verdigrunnlag er respekt, tilgjengelighet og faglig dyktighet. Helseforetakets hovedmål er et samlet sykehustilbud for hele Sørlandet, med god tilgjengelighet av spesialisthelsetjenester med høy kvalitet. Kvaliteten skal styrkes gjennom kontinuerlig fokus på kultur, kompetanse, ledelse, kvalitet og sikkerhet, samhandling og ressursutnyttelse. [...] I et framtidsperspektiv forventer man en utvikling fram mot 2025 med utfordringene med utgangspunkt i etnisitet, traumatisering og kultur hos blant annet flyktninger og asylsøkere. Dette representerer en risiko for utvikling av psykiske lidelser, og kunnskap om dette er en forutsetning for forebygging, behandling og integrering” (Strategiplan 2009-2013, 2009).

Kulturen i det kliniska sammanhanget

Barnpsykiatern Karl Erik Karlsen är administrativ och akademisk chef på avdelningen sedan 1995. Han har haft ett stort inflytande på avdelningens profil med dess betoning på kulturen som en utgångspunkt. Kulturella bedömningar och kulturella aktiviteter förs in i det terapeutiska sammanhanget för att finna ett sätt att arbeta med den unga patienten (och familjen) och hjälpa henne/honom att hitta sin egen röst. I en intervju förklarar han hur han ser på vilken kunskap som är nödvändig och som behöver integreras

i psykiatrin:

”Og så er det som jeg har vært inne på at en skal tenke kanskje litt ekstremt mye på salutogenetiske faktorer, på empowerment, på mestringperspektiver, fordi vi har så lang historie på patogenetisk tenkning. Den skal selvsagt være der, vi kan ikke skylle barnet ut med badevannet. Vi må ha den kunnskapen også, vi må kunne systematisk lete etter feil, men bevegelsen går fra feilfinning til mestring. I tillegg tror jeg på en veldig bred tilnærming til faget og at kunnskapen om hva det vil si å være barn og ungdom anno 2009/10 hentes ikke kun fra medisin og psykologi, men like mye fra sosiologi, samfunnsvitenskap, filosofi, litteraturvitenskap osv. Det er nokså grunnfestet tenkning jeg har. Fordi vi lever ikke i en isolert øy, vi er nødt til å skjønne hvilke påvirkningskilder vi blir påvirket av.”

Att utforska den kulturella kontext och omgivning som barnen och ungdomarna lever i är grundläggande för att kunna identifiera ”egne ressurser i nettverket eller miljöt som kan aktiveras der og da og som kanskje innebærer at en ikke trenger noen særlig bistand fra andrelinjetjenesten. Så det er også en metode da i møte med nye henvisninger eller pasienter/klienter.” Avdelningens fokus, noterar Karlsen, är kultur, kunskap och hälsa. Den är dynamisk och dess utveckling behöver fortgående justeras och uppdateras för att kunna implementeras i verksamheten.

Karlsens intresse av och stöd till pågående forskningsprojekt för att utforska kulturellt och existentiellt material i

den terapeutiske processen kan forstås utifrån ett meningsskapande perspektiv där existentiell information ”er helt essensielle elementer i et menneskeliv. Og derfor er det også interessant for oss som fag og som avdeling å drive med.... Og jeg tror det er veldig viktig. Jeg tror vi har for lenge... vi har jo hatt en slags merkelig redsel for å blande religiøse aspekter inn i terapi-sammenhenger. Det kan man skjønne her (på Sørlandet) i et pietistisk område som har vært preget av pietisme og puritanisme. Og hvor mye av galskapen og den alvorlige sinnssykdommen har hatt religiøse konnotasjoner, på en måte...Men det er jo bare... det er ikke slik at religiøsitet fører til galskap. Sammenhengene er jo åpenbare at når man grubler på ting, vil sånne ting som eksistens og gud og slike ting spille inn og være der som sentrale ingredienser. Men det vil det jo være i nesten ethvert menneskes liv fordi meningssammenhengene og potensielt spirituelle dimensjoner alltid vil være der. Derfor er det helt naturlig å skulle undersøke det både hos klienter og hos behandlere.”

Förhållningssättet till existentiell information i den här kliniska kontexten är, precis som i vissa kliniska sammanhang i Sverige (DeMarinis & Jacobson, 2009), inte formad av någon särskild religiös tradition eller andligt uttryck. Den betraktas snarare som en typ av information som är central för att förstå en patients sätt att skapa mening, och är på detta sätt en speciellt värdefull form av kulturell information. Det faktum att denna del av Norge har varit en av de mest religiösa, och att detta på vissa sätt formar både

en förståelse för såväl som en misstänksamhet till religiositet, är också av intresse (se exempelvis Repstad, 2009). Fastän inte alla människor är religiösa på ett traditionellt sätt, har alla människor ett eller flera sätt att skapa mening. Varje människa har existentiell information som uttrycker kärnan av vad som är mest meningsfullt i hans/hennes meningsskapande. Vikten av denna information inom den terapeutiske processen varierar från fall till fall. Den kan vara av betydelse när man ska identifiera dysfunktionella områden såväl som det som är fungerande och ger motståndskraft.

I ABUPs egna status- och strategidokument om utvecklingen av en satsning på kultur och psykisk hälsa, är de kulturella uttryckens betydelse för den psykiska hälsan tydliga:

”ABUP har i lengre tid fokusert på sammenhenger mellom psykisk helse og kunst/kultur. Vi mottar rundt 1700 nye henvisninger på barn og unge årlig og har ansvar for spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern til alle barn og unge på Agder. Vårt utgangspunkt er at utviklingsproblematikk og psykiske vansker er mangefasettert og har mange årsakssammenhenger. Dette mener vi må møtes gjennom et vidt psykisk helse perspektiv, som fordrer samfunnsengasjement og lokalbasert nettverksarbeid for å endre samspill og livsvilkår i de sammenhenger hvor barn og unge lever. Vi har som en sentral premiss i dette arbeidet benyttet kultur som virkemiddel for å utforske psykisk helse relaterte temaer, gi økt innsikt, fremme livskraft og for å skape gode

opplevelser. ABUP har genom detta oppnådd en posisjon som spydspiss i å utvikle psykisk helse feltet og i å påvirke utdannings –og forskningsfeltet innen kulturbasert psykisk helsearbeid” (Strategidokument ABUP, 2011).

Ett av de strategiska forskningsprosjekten som pågår på klinikken handler om att undersöka hur behandlingspersonalen förstår mening i ett vidare begrepp, hur de har tillgång till och använder kulturell, existentiell och meningsskapande information i arbetet med patienterna.

Det är också intressant att notera att det planeras en parallell studie runt samma ämne med de unga patienter som kommer till klinikken.

En av de viktigaste anledningarna till denna studie är att klinikken behöver bestämma hur den på bästa sätt ska få tillgång till och använda den kulturella informationen. För tilfallet finns det inte någon enad strategi eller kulturellt instrument. Hur och om detta ska utvecklas, samt hur den eventuelle strukturen kommer att se ut, kommer att bli en del av studiens rekommendationer.

Nivåer av kulturell medvetenhet

Att kultur är det centrale fokuset är uppenbart i den pågående studien med behandlingspersonal som intervjuas om den kulturelle og eksistensielle informasjonen i terapiprosessen. En første analyse av de semistrukturerede intervjuerne har gitt en rik og kompleks oppsettning eksempel på kulturelle

levant informasjon som samlas på ulike kontekstnivåer og som er betydelsefull for å identifisere og ta opp psykiske problem i klinikken.

I varje intervju har vissa teman återkommit og varit tydlige når det gjelder forståelsen og differentieringen av den kulturelle påvirkning som sker på ulike nivåer. Når det gjelder den sociale og politiske anvendelsen av ordet finns det en medvetenhet om globale förändringar, spesielt i relation till migrationsströmmar og de utmaningar og möjligheter som Norge utsätts for når det gjelder flyktinginvandring og viktigen av å finne kulturelle resurser i denne prosessen. Kunnskapen om nasjonale psykiatriske retningslinjer og diskursen relaterte till majoritets- og minoritetskulturer og mental helse er omfattende. På regional nivå var grupppedlemmene også medvetne om de historiske og nuværende mønstrene av religion og den pågående förändringen där en mer sekulariserte majoritetskultur og mer religiøse minoritetskulturer samexisterer.

På den kliniske nivåen har tre overgripende teman framkommit. For det første, det finns en medvetenhet om klinikens kultur både som en effekt av gjennomføringen av nasjonale og regionale retningslinjer og regler, og som en enskild organisation som forstår kultur som en del av kjerne av den kliniske prosessen. For det andre, kulturell medvetenhet og informasjon anvendes i diagnostik og behandlingsplanering, med en forståelse av kultur som en overgripende kontekst for beteende, såvel som av dess særskilte uttrykk i ulike

konstformer. För det tredje, det finns ett genomgående erkännande och förståelse av existentiell information och behovet av att få tillgång till det som kan hjälpa klienten och familjen att få ordning på livet.

Det är intressant att notera att dessa kontextuella nivåer och konstruktioner väl återspeglar hur komplext det är att förstå och försöka använda begreppet ”kultur” i Marsellas definition.

Analysen av behandlingspersonalens intervju material har identifierat följande teman när det gäller den aktuella kliniska kontexten:

1. Tydlig vårdfilosofi för att forma den kliniska processen.
2. Vårdfilosofin och dess salutogena fokus är centrala i teamets diskussioner och beslutsfattande.
3. Fördjupad uppskattning av mångfalden av kulturella uttryck och förståelse för familjernas sjukdoms- och hälsobegrepp (det gäller såväl i minoritetskulturer som i de olika variationerna av majoritetskulturen). Fallstudieanalyser visar att skapandet av ett terapeutiskt utrymme för att arbeta med kulturell och existentiell information både skapar en tryggare plats för barnen/ungdomarna och för familjerna. Detta ger nödvändig information för behandlingsprocessen.
4. Behov av mer analytiska verktyg för att djupare och mer konsekvent kunna arbeta med kulturell och existentiell information.
5. Det är nödvändigt att personalgruppen uppmuntras att utforska sina egna kulturella sätt att skapa

mening, både som yrkespersoner med olika kompetenser och som enskilda personer.

6. Det är nödvändigt att personalen uppmuntras att förstå sina egna existentiella frågor och behov.
7. En stark känsla av uppmuntran, egenmakt (empowerment) och respekt på arbetsplatsen.
8. Denna typ av klinisk kontext och arbetsätt kräver ett tydligt engagemang, men belöningarna är många, både för den behandlande personalen, men än viktigare, också för brukarna.

Förutom denna studie och den parallella studien riktad mot klinikens klienter, finns det ett flertal andra aktiviteter som är inriktade på kultur och psykisk hälsa vid kliniken utöver de gruppmöten som sker varje vecka. Dessa inkluderar bland annat: ett koordinerat nätverk av forskningsstudier på kliniken och sjukhuset och öppna seminarier, ett tv-program om psykisk hälsa tillgänglig för hela samhället, ett skolfokuserat kompetensprogram utvecklat för förebyggande och tidiga ingripanden relaterade till mental hälsa, specialinriktade föreläsningar om minoritetskulturer och kulturella uttryck för sjukdom tillsammans med kurser och aktiviteter om användandet av konst i den terapeutiska kontexten.

Att behandlingsteamets medlemmar är införstådda med vårdfilosofin gör det möjligt att ha ett framgångsrikt och integrerat vårdprogram. Att denna filosofi uppfattas av dem som använder vården är den viktigaste poängen. Från den pågående forskningsstudien om

kulturell och existentiell information i en terapeutisk kontext, finns följande utdrag från en intervju med en 17 årig patient som fångar hur vårdfilosofin upplevs:

Hva gjorde det med forholdet mellom deg og behandler at du fikk ta opp sånne spørsmål?

”Eksistensielle spørsmål jeg stilte meg selv og ... hun hadde noe kunnskap om Bibelen og den troa jeg trodde på. Det hjalp jo når jeg spurte om ting, ikke sant? Men selvfølgelig, en kan ikke forvente det at en terapeut kan Koranen ut og inn eller Bibelen ut og inn eller sånne ting... Jeg tror det gjorde ganske mye på grunn av at de problemene jeg hadde var jo veldig åndelige da... så visst jeg visste at jeg ikke kunne prate om sånne ting med henne, så hadde ikke jeg blitt så god som jeg er den dag i dag....”

Du sa noe om å spørre etter det religiøse eller åndelige... tror du alle ville likt at en behandler gjorde det?

”Det er sikkert noen som ville reagert på det, men det kan jo være en nødvendighet også... for hvis en terapeut eller psykolog kunne hjelpe innen det åndelige og, så jo mer du sier... du spør jo bare for å hjelpe... så kan du selvfølgelig begynne med et spørsmål: ’Er det greit at jeg spør deg om et personlig spørsmål? Til å begynne med, så jeg vet hva jeg kan begynne å hjelpe deg med?’ Eller et eller annet sånn som en idé.”

För att sammanfatta denna mindre fallstudie är det viktigt att notera att denna kliniska verksamhet inte kan antas

vara representativ för andra liknande norska verksamheter. Vid tidpunkten för denna publicering känner författaren inte till någon annan norsk klinik med denna typ av kulturbaserad filosofi och vårdprogram. Denna kliniska verksamhet tjänar emellertid ändå som en levande illustration av kulturella sammanhang, och visar på vårdfilosofins betydelse för att förstå och implementera ett multidimensionellt kulturbaserat psykiatriskt vårdprogram.

Tack

Författaren vill uttrycka sin djupa tacksamhet till klinikkens chef Karl Eric Karlsen, forskningsavdelningens chef Dagfinn Ulland, alla gruppledare och patienter kopplade till Avdeling for barn og ungdoms psykiske helse, (ABUP) på Sørlandet Sykehus HF i Norge som gått med på att delta i det pågående forskningsprojektet relaterat till förståelsen av hur kulturell och existentiell information används i den terapeutiska processen/terapin. Förberedelsen av denna artikel har delvis finansierats av det multidisciplinära forskningsprojektet Impact of Religion: Challenges for Society, Law and Democracy, grundat som en Centre of Excellence vid Uppsala Universitet och finansierat av det Svenska Vetenskapsrådet 2008-2018.

Referenser

- Alarcón, R D. (2009) Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. *World Psychiatry* 8(3): 131–139
- Collins, P. (2009) Culture Clashes Between Psychiatric Tribes: A review of *Cultural Formulation: A Reader for Psychiatric Diagnosis* by Juan A. Mezzich and Giovanni Caracci (Eds.) *Psychology International* 20/3: 16-17

- Dein S. (2006) Interview with Roland Littlewood on 5th December. *World Cultural Psychiatry Research Review* 1: 57-59
- DeMarinis, V. (2008) The Impact of post-modernization on existential health in Sweden: Psychology of religion's function in existential public health analysis *Archive for the Psychology of Religion* 30: 57-74
- DeMarinis, V. (1997) *Trærkulturell vård i livets slutskede: Att möta äldre personer med invandrabakgrund* [Cross-cultural palliative care for elderly immigrants]. Stockholm, Studentlitteratur
- DeMarinis, V. & Jacobsson, L. (2009) *European Refugee Fund, Technical Evaluation Report of 'Projekt Horizont' at the Unit for Transcultural Psychiatry, Uppsala University Hospital*. Stockholm, European Refugee Fund Papers
- DeMarinis V, Scheffel-Birath C, Hansagi H. (2009) Cultural Analysis as a Perspective for Gender-Informed Alcohol Treatment Research in a Swedish Context. *Alcohol and Alcoholism*. 44(6):615-619
- DeMarinis, V., Ulland, D., Karlsen, KE (forthcoming 2011) Philosophy's role for guiding theory and practice in clinical contexts grounded in a cultural psychiatry focus: A case study illustration from southern Norway. *World Cultural Psychiatry Research Review*
- Helsedepartementet. (2003) *Sammen om psykisk helse; regjeringens strategiplan for barn og unges psykisk helse*. Oslo, Helsedepartementet
- Marsella A. (2005) Culture and conflict: Understanding, negotiating, and reconciling conflicting constructions of reality. *International Journal of Intercultural Relations* 29: 651-673
- Mezzich, J. E. & Caracci, G. [Eds]. (2008) *Cultural formulation: A reader for psychiatric diagnosis*. Lanham, MD, Jason Aronson
- Repstad, P. (2009) A softer God and a more positive anthropology: Changes in a religiously strick region in Norway. *Religion* 39:126-131
- Strategidokument ABUP (2011) "Kultur, kunnskap og helse": Status og strategier for satsning på kultur og psykisk helse, for Sørlandet sykehus HF. Kristiansand, Sørlandet sykehus HF
- Strategiplan 2009-2013. (2009) Kristiansand, Sørlandet sykehus HF St.prp. nr. 63. *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998, 1997-98*
- Tseng, W-S. (2001) *Handbook of cultural psychiatry*. San Diego, CA: Academic Press