

# Varför medicinsk antropologi i DSM? – Om jämlik vård i ett mångkulturellt samhälle

Sofie Bäärnhielm

Överläkare, med dr, enhetschef, Transkulturellt Centrum, S:t Görans sjukhus, Stockholm.

E-post: sofie.baarnhielm@sll.se.

Antropologisk kunskap och en etnografiskt baserad intervju har inkluderats i DSM-5, en amerikansk psykiatrisk diagnoshandbok byggd på en kriteriebase-rad diagnostik. I denna artikel beskriver jag vad DSM-5 innehåller avseende kultur och psykisk sjukdom och berättar om bakgrunden till att det inkluderats. Jag diskuterar vad DSM-5:s uppmärksammande av kulturell variation kan betyda för utveckling av en jämlik psykiatrisk vård för Sveriges alltmer mångkulturella befolkning. Särskilt lyfter jag fram värdet av att ta del av patienters berättelse för att förstå deras besvär, situation och önskemål. Detta kan vara särskilt viktigt i mötet med nyanlända flyktingar och invandrare.

Anthropological knowledge and an ethnographic-based interview have been included in DSM-5, an American psychiatric diagnosis manual built on criteria-based diagnostics. In this article I describe the content of DSM-5 pertaining to culture and psychiatric illness as well as the background of its inclusion. I discuss what DSM-5's attention to cultural variation can mean for the development of more equality in psychiatric care for Sweden's increasingly multicultural population. I especially emphasize the value of listening to patients' narratives in order to understand their problems, situation and wishes. This is something that can be particularly important when encountering newly-arrived refugees and immigrants.

## Kulturell variation och jämlik vård

Menar vi allvar med talet om jämlik vård måste vi ta hänsyn till social och kulturell variation i människors villkor, syn på psykisk sjukdom och förväntningar på hjälp. Dagens Sverige är ett globaliserat men också segregerat samhälle. Beroende på bakgrund och ekonomi lever vi alltmer

åtskilda i segregerade grupper och i olika geografiska områden. Vi möter inte varandra i vardagen och lär därmed inte känna varandra eller andra människors livsvillkor och språkbruk. En situation som gör det allt viktigare att i sjukvården utveckla arbetsmodeller för att förstå patienter med olika

sociala och kulturella bakgrunder och tillhörigheter. I såväl primärvård som specialistpsykiatrisk vård behöver vi arbetsmodeller som hjälper oss att överbrygga globaliseringens och segreringens konsekvenser för kommunikation samt för bedömning och behandling av psykisk sjukdom.

Som vården är organiserad idag är bedömning och diagnostik ett centralt nav för ställningstagande till hjälpbehov och planering av behandling vid psykisk sjukdom. Redan tidigt vid diagnostik av psykiatriska sjukdomstillstånd behöver vi fundera på vad sociala och kulturella faktorer kan betyda i mötet med den enskilde patienten. En hjälp till detta är den kunskap om betydelsen av kulturella faktorer som inkluderats i den amerikanska psykiatriska diagnoshandboken DSM-5 och den kulturformuleringsintervju som nu finns bland DSM-5:s rekommenderade utredningsinstrument (APA, 2013).

## Utmaningar vid transkulturell psykiatrisk diagnostik

Transkulturell psykiatrisk diagnostik är ofta komplicerad och riskerar ibland att leda till felbedömningar, särskilt för nyanlända immigranter och flyktingar (Haasen, m.fl., 2001; Adeponle, m.fl., 2012). Felbedömningar kan leda till såväl över- som underdiagnostik av psykiska sjukdomar. Avvikande uppfattningar och bildspråk kan exempelvis tolkas som sjukdomstecken. Det kan också bli tvärtom. Signaler på psykisk sjukdom riskerar att inte noteras och med det

kan en behandlingsbar psykiatrisk sjukdom missas. Särskilt när tolkningar av symtombeskrivningar görs utan uppmärksammande av det kulturella sammanhanget finns en risk för att fel diagnos sätts (Good m.fl, 1985; Bäärnhielm och Scarpinati Rosso, 2009). Här följer några exempel på svårigheter med att identifiera och diagnostisera psykisk sjukdom:

- När lokalvårdaren Nazli sökte på vårdcentralen för trötthet, orkeslöshet och värk i axlarna ställdes inga frågor inriktade på att utforska en eventuell depression. Frågor kring detta aktualiserades först efter en omfattande somatisk utredning. För Nazlis del innebar det att behandling av den depression hon led av försenades.
- Håkan sökte under en period vid upprepade tillfällen en akutmottagning för plötslig hjärtklappning och andnöd. Den somatiska undersökningen visade inget avvikande. Två månader senare stoppades Håkan av en medresenär från att kasta sig framför en buss. Håkan hade inte beskrivit sina besvär i psykologiska termer med ord av nedstämdhet och ångest eller yppat något om självmordstankar.
- När Ammar gick på SFI (Svenska för invandrare) hade han svårt att lära sig trots en högskoleutbildning i hemlandet. Ammar var ofta trött och okoncentrerad. Plötsligt och omotiverat kunde han bli arg. Omgivningen blev rädd och drog sig undan. Personalen på SFI upplevde Ammar som omotiverad till studier och allmänt jobbig. Ammar förstod inte varför han blivit så annorlunda

mot hur han var förr. Han visste inte att den långvariga misshandel och tortyr han tidigare utsatts för kunde påverka hans hälsa. Ammar fick inte någon hjälp för posttraumatiska symtom.

## Kultur i DSM-5

Det finns ett globalt behov av att utveckla psykiatrisk diagnostik och behandling till att på ett individualiserat sätt ta hänsyn till kultur och kontextuella faktorer. I den amerikanska diagnoshandboken DSM-5 har betydelsen av kultur lyfts fram för såväl diagnostik som behandlingsplanering. I inledningen till DSM-5 finns ett särskilt avsnitt om kulturella aspekter vid psykisk sjukdom. Det förs en diskussion om hur psykiska sjukdomar definieras i relation till normer och värderingar som är kulturellt och socialt färgade. Betydelsen av kultur för tolkning och förmedlande av besvär beskrivs. I DSM-5:s definition av psykisk sjukdom påtalas vikten av att göra skillnad mellan psykisk sjukdom och ett kulturellt sanktionerat svar på stress.

För de flesta psykiatriska diagnoser finns i DSM-5 i anslutning till diagnoskriterier kommentarer om kulturellt färgad variation i symtomuttryck. Begreppen som belyser kulturella faktorerers betydelse har hämtats från medicinsk antropologi. Ett exempel är termen ”kulturella lidandebegrepp” som inkluderar olika begrepp och syftar på att uttryck för psykisk sjukdom, ohälsa och svårigheter är lokalt formade. Ett annat begrepp är ”kulturellt färgat lidandespråk” (på engelska »cultural idioms of distress«)

som används i antropologin och som syftar på kulturellt och socialt delade sätt att tala om sjukdom, lidande och besvär (Bäärnhielm, 2013).

Konkreta exempel på kulturella lidandebegrepp finns i anslutning till diagnoskriterier samt i en särskild ordlista över kulturella begrepp. I ordlistan ingår bland annat termen ”shenjing shuari” som på kinesisk mandarin-dialekt kombinerar termer från traditionell kinesisk medicin med den västerländska neurastenidiagnosen. Ett annat exempel är det japanska sjukdomsbegreppet ”taijin kyofusho” som karakteriseras av ångest för att vara påträngande i interpersonella relationer. I anslutning till diagnosen ”kroppssyndrom” (tidigare kallat somatoforma syndrom) beskrivs begreppet ”utbränd” som ett kulturellt färgat lidandespråk i delar av världen och bland vissa grupper (Bäärnhielm, 2014). Dvs. det sätt som för några känns bekvämt och vant att tala om besvär på kan med andras ögon ses som främmande och konstigt.

## Kulturformuleringsintervju

I ett särskilt kapitel om utredningsmetoder finns i DSM-5 ett förslag till en kulturformulering. Denna syftar till att på ett individuellt sätt utforska betydelsen av kultur och kontext vid psykiatrisk diagnostik. Kulturformuleringen (KF) beaktar kulturella aspekter avseende följande områden: identitet, sjukdomsförståelse och kommunikation, psykosociala stressfaktorer, sårbarhet och bemästringsförmåga vid belastning samt relationen mellan patient och kliniker.

Avslutningsvis görs en övergripande bedömning av kulturella aspekters betydelse.

För att underlätta användning av KF vid klinisk diagnostik har en intervjuguide med 16 frågor att använda i mötet med patienter inkluderats i DSM-5. Motsvarande frågor finns även att ställa till närstående. Denna s.k. kulturformuleringsintervju (KFI) är en etnografiskt baserad intervju som med öppna frågor uppmuntrar ett utforskande av betydelsen av kulturella faktorer utifrån patientens och närståendes perspektiv och den aktuella sjukdomssituationen. Frågorna inkluderar även upplevda stressfaktorer, möjligt socialt stöd, kulturell identitet, bemästringsstrategier och hjälpsökande. Med stöd av frågorna undersöks såväl belastning, sjukdomshantering som resiliens, dvs. motståndskraft vid svåra situationer. En utgångspunkt för KFI är sjukdomsberättelsens möjlighet att förmedla patientens erfarenheter och egna perspektiv. Kunskaper om berättelsens betydelse vid sjukdom har utvecklats i antropologisk och samhällsvetenskaplig forskning.

KFI är värdefull att använda i mötet med alla patienter och gärna före den mer symtominriktade diagnostiska intervjun. Särskilt användbar är KFI vid diagnostiska svårigheter, oklar svårighetsgrad, när det finns skilda uppfattningar om lämplig behandling, vid begränsad behandlingsföljsamhet och när patient och behandlare har olika kulturell och social bakgrund. För ett fördjupat utforskande finns ytterligare intervjuguides att använda vid behov

av mer information. Det finns även intervjuer som är riktade till särskilda grupper som äldre, barn och ungdomar samt flyktingar och invandrare.

Frågorna i KFI är tänkta som förslag till en strukturerad intervju. KFI är inte ett forskningsinstrument utan ett kliniskt stöd för en kulturkänslig diagnostik och behandlingsplanering. Intervjuaren har friheten att anpassa frågor och formuleringar utifrån situation och samtal med patienten. Dvs. det är inte några bindande frågor som måste följas till punkt och pricka utan förslag till viktiga områden att samtala om och exempel på hur öppna frågor kan formuleras. Med KFI:s inriktning mot den enskilde personens upplevelser, uppfattningar och situation kompletteras universella diagnoser med den individuella berättelsen. Detta underlättar för en individualiserad bedömning och behandling. Det universella sjukdomstillståndet, som t.ex. en depression, kompletteras med en individuell förståelse (för vidare läsning, se Bäärnhielm, 2014).

## Historik om inkluderingen av kultur i DSM-5

DSM-systemets stora genombrott för psykiatrisk diagnostik kom 1980 med DSM-III. Detta innebar en stor förändring av psykiatrisk diagnostik till att bli tydligt kriteriebaserad. Idén att ge diagnostiska DSM-kategorier en universell giltighet har kritiserats då den psykiatriska forskningen huvudsakligen utgår från Nordamerika och Europa (Gone och Kirmayer, 2010). Samtidigt har betydelsen av kulturella faktorer för

att tolka emotioner lyfts fram. Allmänmänskliga emotioner tolkas mot ett kulturellt och socialt färgat raster. Därmed kan liknande upplevelser ges olika förståelse och uttryck. En depression kan exempelvis av en person beskrivas i emotionellt färgade ord som känslor av nedstämdhet och skuld. En annan person kan fästa sig vid de kroppsliga komponenterna av depressionen och främst tala om trötthet, smärta och energilöshet (Bäärnhielm, 2014).

David Kupfer var ordförande i ledningsgruppen för arbetet med att revidera och utveckla DSM-IV till den nya DSM-5. Nyligen intervjuades Kupfer i Läkartidningen om förändringar som införts i DSM-5 (Agerberg, 2014). Kupfer sade då: ”En annan förändring som var given från början är att kultur- och genusfrågor får betydligt större utrymme”. Att detta idag ses som självklart och viktigt bygger på ett kliniskt behov och forskning men också på ett stort utvecklingsarbete som pågått länge bland framförallt psykiatriker och psykologer från minoritetsgrupper i Nordamerika. Betydelsen av kultur och kontext har successivt kommit att få en alltmer betydelsefull plats i DSM.

### **Förarbeten om kultur till DSM-IV**

Fjorton år efter att DSM-III lanse-rats kom en förnyad version i form av DSM-IV. I DSM-IV fanns för första gången ett uttalat intresse för kulturella faktorer. I anslutning till de psykiatriska sjukdomsgrupperna ingick korta stycken om variation som omfattade kultur, genus och ålder. Allra längst bak i det sista appendixet fanns ett förslag till en kulturformulering som följdes av

en lista över vad som då kallades för kulturbundna syndrom (APA, 2004). Detta var ett första steg mot att integrera kultur och kontext som en naturlig del av psykiatrisk diagnostik och behandlingsplanering.

DSM-IV innehöll inte bara tydliga kriterier för sjukdomar utan också en s.k. multiaxial diagnostik. Axel I avsåg s.k. kliniska syndrom, Axel II personlighetsstörning och mental retardation, Axel III somatisk sjukdom/skada, Axel IV psykosociala problem och övriga problem relaterade till livsomständigheter och Axel V global skattning av funktionsförmåga.

I förarbetena till DSM-IV fanns en idé om att lägga till en sjätte s.k. ”kulturaxel” (Mezzich, 2008). Men idén om en sjätte kulturaxel avskrevs. En förenklad kategori i form av en kulturaxel ansågs inte kunna ge en rättvisande bild av komplexiteten i vad kulturella faktorer betyder. Som ett alternativ till idén om en kulturaxel arbetades det fram ett förslag till en individuell kulturformulering. Utvecklingsarbetet gjordes av en arbetsgrupp inom NIMH (National Institute of Mental Health). Kulturformuleringens innehåll skapades utifrån en litteraturgranskning. Som stöd för klinisk användning skrevs ett antal exemplifierande fall. Men dessa publicerades aldrig i DSM-IV. En av dem som var aktiv i NIMH:s arbetsgrupp var Juan Mezzich, tidigare ordförande för World Psychiatric Association. Mezzich (2008) berättar att kulturformuleringen kom in i ett sent skede av förarbetena och konstaterar att det saknades ett tydligt stöd för klinisk användning.

Avsaknaden av tydligt kliniskt stöd för att använda kulturformuleringen ledde till att flera intervjuguider utvecklades på olika språk. Det skapades flera på engelska (Mezzich m.fl. 2009, Jadhav, 2010), två på holländska (Rohlof m.fl., 2009; Groen, 2009), en på svenska (Bäärnhielm, m.fl., 2007), vilken överstattes till norska och finska samt en på danska (Østerskov, 2011). Med en placering längst bak i DSM-IV:s sista appendix och utan ett tydligt kliniskt stöd fick kulturformuleringen i DSM-IV en begränsad klinisk användning. Däremot har kulturformuleringen använts i många utbildningar. En rad fallbeskrivningar har publicerats i framförallt tidskrifterna "Culture, Medicine and Psychiatry" och "Transcultural Psychiatry".

### **Forskning om kulturformuleringen i DSM-IV**

Forskning där kulturformuleringen i DSM-IV använts har visat att den kan bidra till en förbättrad transkulturell psykiatrisk diagnostik. En kanadensisk studie utvärderade behandlares bedömning av kulturformuleringens användbarhet. En majoritet (93 %) tyckte att den var måttligt till mycket användbar (Kirmayer m.fl., 2008). När kulturformuleringen användes vid en särskild kulturell konsultationsenhet i Kanada avskrevs psykosdiagnosen för 49 procent av de patienter som kom till enheten med en psykosdiagnos (Adeponle, m. fl., 2012). Vanliga diagnoser som istället identifierades var depression, PTSD, maladaptiva stressreaktioner och bipolära sjukdomar. Feldiagnostik framkom bland samtliga etniska grupper men var

vanligast bland nyanlända immigranter. För 5 procent av patienterna identifierades en tidigare odiagnostiserad psykossjukdom.

Schizofreniförekomst hos marockanska invandrare undersöktes i en nederländsk studie (Zandi, m.fl., 2010). När den psykiatriska diagnostiken kompletterades med ett kulturellt anpassat bedömningsinstrument fick inte fler marockaner än holländare diagnosen schizofreni. Däremot identifierades flera fall av depressionssjukdom. Dessa data är viktiga i skenet av att en rad, främst europeiska, studier visat en förhöjd förekomst av schizofreni och andra psykossjukdomar hos migranter och minoritetsgrupper (Cantor-Graae, 2007).

I en studie vid en allmänpsykiatrisk öppenvårdsmottagning i Tensta-Rinkebyområdet användes kulturformuleringen. Studien omfattade 23 nybesökspatienter med en migrationsbakgrund och en svensk intervjuguide användes. Sedan den ordinarie psykiatriska diagnostiken kompletterats med en kulturformuleringsintervju ändrades den initiala diagnosen för en majoritet av patienterna (Bäärnhielm m.fl., i tryck). Framförallt identifierades och ändrades ångestdiagnoser, däribland PTSD (som tidigare räknades in bland ångestdiagnoserna). I patienternas berättelser om livshändelser och den egna vardagen kom beskrivningar av funktionsnedsättningar, beteendeförändringar och symptom. För många av patienterna hade det varit svårt att beskriva och sätta ord på i den mer tydligt symptom-

inriktade ordinarie intervjun (Bäärnhielm och Scarpinati Rosso, 2009).

Patienterna i studien var inte vana vid ett psykologiskt eller psykiatriskt språkbruk. Vid flera av kulturformuleringsintervjuerna framkom ny information om svåra trauman och symtom på posttraumatisk stress. Det kunde handla om återkommande plötsliga minnesbilder av svåra upplevelser, mardrömmar och om hur patienter förändrat beteenden och sätt att vara i relation till familj och omgivning. I berättelser om hur livet varit, om hur och varför hon eller han lämnat sin hemtrakt kom information om svåra upplevelser. Frågor om hot, våld och övergrepp kopplades till enskilda situationer och händelser. Ett exempel på detta är i intervjun med den unga kvinnan Afaf (pseudonym) (Bäärnhielm och Scarpinati Rosso, 2009). Det var i Afafs berättelse om sin vardag som det kom tydliga beskrivningar på funktionsnedsättningar som kunde tolkas i termer av depressionssymtom. När Afaf tillfrågades om migrationen från hemlandet till Sverige och fick direkta frågor om hon varit utsatt för hot och våld berättade hon om mycket svåra traumatiska upplevelser. Följdfrågor klargjorde att Afaf led av återkommande påträngande minnesbilder av lemlästade människor och att hon ständigt försökte undvika situationer som påminde henne om tidigare trauma. På slutet av intervjun frågade hon intervjuaren varför hon ständigt tänkte på och längtade efter döden.

### **Förarbete om kultur till DSM-5**

DSM-5 publicerades i maj 2013 och

är den senaste versionen av DSM-systemet. När DSM-IV reviderades till DSM-5 skapades en särskild grupp för att arbeta med frågor som berörde genus och kultur, "Gender and Cross-Cultural Issues Study Group". En undergrupp, "DSM-5 Cross-Cultural Issues Subgroup" (DCCIS), fick i uppdrag att arbeta med frågor som berörde etnicitet, kultur och kontext. DCCIS-gruppen bestod av ett brett nätverk av internationella forskare och kliniker och arbetade med ambitionen att förbättra bedömningen av kultur vid psykiatrisk diagnostik (Lewis-Fernández, m.fl., 2014). En litteraturgranskning av forskning om Kulturformuleringsgenomfördes och resultatet ledde till en viss revidering av den Kulturformuleringsom fanns i DSM-IV och att ett förslag till en kulturformuleringsintervju (KFI) utvecklades. I sin första preliminära version bestod KFI av 14 frågor. Dessa testades i fältstudier i USA, Kanada, Peru, Nederländerna, Kenya och Indien. Resultatet från fältstudierna visade att KFI hade en avhållbarhet men ledde även till revideringar (Aggerwal, m.fl., 2013). En KFI med 16 frågor formulerades och inkluderades i DSM-5:s del III om aktuella utredningsinstrument.

DCCIS-gruppen bidrog även med DSM-5:s inledningstext om kultur, den text om kulturella lidandebegrepp som följer efter KFI samt ordlistan över kulturella lidandebegrepp i appendixet. Däremot skrevs texterna om kulturell variation i anslutning till diagnoskriterier av de olika arbetsgrupperna som arbetade fram kriterier och texter för de olika psykiatriska sjukdomstillstånden.

Detta avspeglas i ett skiftande intresse för kulturell variation för olika psykiatriska diagnoser.

## Vad kan kultur i DSM-5 betyda för svensk psykiatri?

I Sverige används idag två psykiatriska diagnossystem. WHO:s ICD-10 är det officiella diagnosystemet. DSM används ofta i utbildningar, forskning och i viss klinisk vård. De två diagnosystemen är anpassade till varandra och det går lätt att översätta diagnoser mellan dem. I ICD-10 är intresset för kulturella aspekter begränsat. För att anpassa medicinska kategorier till lokala sjukdomsuppfattningar har regionala versioner av ICD skapats i Kina, Japan, Kuba och i Latinamerika (Mezzich, m.fl., 2001). Denna modell för att geografiskt uppmärksamma kulturell variation genom olika versioner av ICD-10 ger inget stöd eller vägledning vid diagnostik i mångkulturella sammanhang i Sverige.

DSM-5:s modell för att närma sig betydelsen av kultur och kontext för den enskilde patienten kan däremot innebära ett viktigt stöd för förbättrad transkulturell psykiatrisk diagnostik i Sverige. Särskilt viktigt är detta i mötet med nyanlända flyktingar och invandrare men också i kontakt med många andra patienter. De öppna frågorna i KFI inbjuder patienter och närstående att berätta om sjukdom och besvär utifrån sitt perspektiv och med egna ord. Berättelsen ger information om händelser, upplevelser men också om vad som är viktigt för den som berättar. Berättelsen sätter in

besvär i ett kulturellt och socialt sammanhang, i en kontext.

För den som får utrymme att berätta kan besvär, upplevelser och minnesbilder fogas samman till en ny meningsfullhet. I en betraktelse över samiskt berättande belyser Coppélie Cocq (2014) berättelsens koppling till minnet. Det nordsamiska ordet för berättelser "muitausat" härstammar etymologiskt enligt Cocq från ordet "muitit" med betydelsen att komma ihåg, att minnas. I den kollektiva berättelsen förs minnen över tid och generationer. I den individuella berättelsen länkas tidigare upplevelser till nuet och till det egna meningsskapandet. Berättelsen förmedlar något av hur den som berättar förstår sina upplevelser och erfarenheter.

Från en svensk psykiatrisk horisont är det fortfarande ganska okänt att DSM-5 så tydligt lyfter fram betydelsen av kulturella och kontextuella faktorer. Likaså att DSM-5 innehåller kunskaper från antropologi, särskilt medicinsk antropologi, och att detta har getts en betydelse för psykiatrisk diagnostik och formats till en klinisk användbarhet genom KFI. Även om KFI är ett utredningsinstrument i DSM-5 kan den mycket väl användas vid diagnostik enligt ICD. KFI är ett nytt instrument som behöver utvärderas. De studier som tidigare gjorts är få och andra, om än liknande, intervjuguider har använts. KFI har ännu inte utvärderats i breda studier på stora patientgrupper.

Parallellt med implementering och implementeringsstudier behövs ut-



bildning av personal om hur KFI kan användas. Utbildning behöver omfatta kunskaper i medicinsk antropologi (Aggarwal, 2012). För att kunna närma sig en patients av erfarenheter, kultur och sammanhang färgade förståelse av psykisk sjukdom och ohälsa behöver behandlaren ha ett öppet och utforskande förhållningssätt av att inte veta. Detta är på många vis olik den traditionella psykiatriska diagnostiska situationen där behandlaren förväntas vara den medicinska experten (Bäärnhielm, 2014). Om KFI används med en förväntan på enkla, typiska kulturellt präglade uppfattningar finns en risk att skapa förenklade kulturella stereotyper.

Det behövs också en diskussion om vad som händer med psykiatriska diagnoser utanför det medicinska konsultationsrummet. Hur förstås de av den som får en diagnos, av närstående, andra i det sociala nätverket och i ett vidare socialt sammanhang? Psykiatriska diagnoser har kommit att påverka vår vardag utanför det psykiatriska behandlingsrummet. Psykiatriska diagnoser vävs samman men våra liv och blir en del av vår samtida kultur (se Svenaeus artikel i detta nummer).

De psykiatriska diagnoserna kan få olika betydelser i olika sociala och kulturella grupper. En diagnos kan tolkas som en stigmatiserande stämpling eller som en möjlighet till hjälp och socialt stöd. Det finns en risk att psykiatriska diagnoser i vissa grupper får omfatta så mycket av mänskligt lidande att de tappar sin meningsfullhet och trovärdighet. Psykiatriska diagnoser som PTSD och depression kan skymma

sikten för underliggande sociala och politiska konflikter som genererar våld och ohälsa. Sociala orättvisor och övergrepp riskerar att medikaliseras och reduceras till psykiatriska diagnostiska kategorier. Ett för snävt fokus på människors funktionsnedsättningar och psykopatologi kan begränsa såväl individens som omgivningens förmåga att se människors förmågor, kapacitet till resiliens och återhämtning.

*Sammanfattningsvis* innebär uppmärksammande av kultur och kontext i DSM-5 en viktig potential för att utveckla en bättre och mer jämlik psykiatrisk vård i vårt alltmer mångkulturella samhälle. DSM-5 har en stor betydelse för psykiatrisk forskning, diagnostik och behandling i Sverige. KFI är ett betydelsefullt nytt kliniskt redskap för att i mötet med alla patienter på ett individuellt sätt uppmärksamma betydelsen av kultur och kontextuella faktorer. Vi är alla kulturbärare och påverkas av vår miljö och samtid. Särskilt viktigt blir detta förhållningssätt i mötet med de flyktingar som idag kommer från krigets Syrien och andra konfliktområden. Klinisk implementering av KFI behöver utvärderas men också kombineras med utbildning som innefattar kunskaper från medicinsk antropologi och andra samhällsvetenskapliga områden.

## Referenser

- Adeponle, A.B., Thombs, B.D., Groleau, D., Jarvis, E. & Kirmayer, L.J. (2012). Using the Cultural Formulation to resolve uncertainty in diagnoses of psychosis among ethnoculturally diverse patients. *Psychiatric Services*, 63(2), 147-153.

## tema

- Agerberg, M. (2014). Han bär diagnosbibeln på sina axlar. *Läkartidningen*, 42(111), 1818-1821.
- Aggarwal, N.K. (2012). The Cultural Formulation: Translating Medical Anthropology into Clinical Practice. *Journal of Psychiatric Practice*, 18:73-85.
- Aggarwal N.K., Nicasio A.V., Desilva R., et al. (2013). Barriers to implementing the DSM-5 cultural formulation interview: a qualitative study. *Culture, Medicine and Psychiatry*; 37(3): 505-33.
- APA, American Psychiatric Association. (2003). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (4th ed.) Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA, American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- Bäärnhielm, S. (2013). Ökad vikt vid kultur och kontext i DSM-5 – en anpassning till det mångkulturella samhället. *Läkartidningen*;110:CEZA
- Bäärnhielm, S. (2014). *Transkulturell Psykiatri*. Lettland: Natur och Kultur.
- Bäärnhielm, S., & Scarpinati Rosso, M. (2009). The cultural formulation: a model to combine nosology and patients' life context in psychiatric diagnostic practice. *Transcultural Psychiatry*,46(3): 406-428).
- Bäärnhielm, S., Scarpinati Rosso, M. & Patti, L. (2007). *Kultur, kontext och psykiatrisk diagnostik. Manual för intervju enligt kulturformuleringen i DSM-IV*. Stockholm: Transkulturellt Centrum, Stockholms läns landsting.
- Bäärnhielm, S., Åberg Wistedt, A. & Scarpinati Rosso (i tryck). Revising psychiatric diagnostic categorization of immigrant patients after using the Cultural Formulation in DSM-IV. *Transcultural Psychiatry*.
- Cantor-Graae, E. (2007). The Contribution of Social Factors to the development of Schizophrenia: A Review of Recent Findings. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(5), 277-286.
- Cocq, C. (2014). Samiskt berättande. I *Samiskt berättande*. Västerbotten, 2.
- Gone J.P. & Kirmayer L.J. (2010). On the wisdom of considering culture and context in psychopathology. I T. Millon, R.F. Krueger, E. Simonsen E (Red). *Contemporary Directions in Psychopathology: Scientific Foundations of the DSM-V and ICD-11*. New York, Guilford, 2010, s. 72-96.
- Good, B.J., DelVecchio Good, M.J. & Moradi, R. (1985). The Interpretation of Iranian depressive illness and Dysphoric Affect. I I A. Kleinman, B. Good (Red). *Culture and Depression. Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. University of California Press: USA, (sid. 369-428).
- Groen, S. (2009) Recognizing cultural identity in mental health care: Rethinking the cultural formulation of a Somali patient. *Transcultural Psychiatry*, 46, 451-462.
- Haasen, C., Yagdiran, O., Mass, R., & Krausz, M. (2001). Schizophrenic disorders among Turkish migrants in Germany. *Psychopathology*, 34:2003-2008.
- Jadhav, S. (2010) Testing the efficacy of Cultural Formulations in acute mental health: A randomized controlled trial (UKCRN ID 5251). London: National Forensic Mental Health R&D Programme.
- Kirmayer, L.J., Thombs, B.D., Jurcik, T., Jarvis, G.E., & Guzder, J. (2008) Use of an expanded version of the DSM-IV outline for cultural formulation on a cultural consultation service. *Psychiatric Services*, 59, 683-686.

- Lewis-Fernández, R., Aggarwal, N.K., Bäärnhielm, S., Rohlof, H., Kirmayer, L.J., Weiss, M.G., Jadhav, S., Hinton, L., Alarcón, R.D., Bhugra, D., Groen, S., van Dijk, R., Qureshi, A., Collazos, F., Rousseau, C., Caballero, L., Ramos, M. & Lu, F. (2014): Culture and psychiatric evaluation: Operationalizing cultural formulation for DSM-5. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 77(2): 130-154.
- Mezzich, J. (2008). Cultural Formulation. Development and Critical Review. I JE Mezzich och G Caracci (Red.) *Cultural Formulation: A Reader for Psychiatric Diagnosis*. USA, Maryland: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Mezzich, J.E., Berganza, C.E., Ruiperez, M.A. (2001). Culture in DSM-IV, ICD-10, and evolving diagnostic systems. *The psychiatric clinics of North America*, 24(3): 407-419.
- Mezzich, J.E., Caracci, G., Fabrega, H., & Kirmayer, L.J. (2009). Cultural Formulation Guidelines. *Transcultural Psychiatry*, 46(3): 383-405.
- Østerskov, M. (2011). *Kulturel spørgeguide*. København: Videnscenter for Transkulturel Psykiatri.
- Rohlof, H., Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (2009). Use of the Cultural Formulation with refugees. *Transcultural Psychiatry*, 46, 487-505.
- Zandi, T., Havenaar, J.M., Smits, H., Limburg-Okken, A.G., van Es, H., Cahn, W., Algra, A., Kahn, & van den Brink, W. (2010). First contact incidence of psychotic disorders among native Dutch and Moroccan immigrants in the Netherlands: Influence of diagnostic bias. *Schizophrenia Research*, 119, 27-33.

## Annonsering i SMT

En annons i *Socialmedicinsk tidskrift* når många olika grupper av intresserade och medvetna läsare. Som annonsör finns det möjlighet att annonsera både i tidskriften och på hemsidan. Genom att många av prenumeranterna är bibliotek och institutioner når tidskriften ut till en avsevärt bredare läsekrets än vad som indiceras av antalet prenumeranter. Bland dessa läsare finns allmänhet, tjänstemän i kommuner och landsting, politiker, personer som arbetar inom socialtjänst, vård och omsorg, studenter och forskare vid universiteten m fl.

Annonspriserna för annons i tidskriften år 2015 följer nedan, moms och eventuella kostnader för sättning och repro tillkommer:

|                                       |         |
|---------------------------------------|---------|
| • Helsida baksida omslag 165 x 242 mm | 7000 kr |
| • Helsida insida av omslag            | 5000 kr |
| • Helsida inlaga                      | 4000 kr |
| • ½ sida                              | 3500 kr |
| • ¼ sida                              | 2000 kr |

För tryckta annonser kan 4-färg fås på omslaget mot kostnadstillägg. Normalt trycker vi inlagan i svart och omslaget i svart + dekorfärg.

För frågor om och beställning av annons i tidningen eller på hemsidan - kontakta: [redaktionen@socialmedicinsktidskrift.se](mailto:redaktionen@socialmedicinsktidskrift.se)