

# Reflektioner om användningen av kulturformuleringen vid en psykiatrisk öppenvårdsmottagning i ett mångkulturellt område

**Kersti Gabrielsson**

Överläkare, specialist i allmänpsykiatri, verksamhetschef, Järvapsykiatrin.

E-post: kersti.gabrielsson@ptj.se.

I ett område i nordvästra Stockholm har öppenvård psykiatrin sedan snart tio år deltagit i att utveckla och använda en manual för intervju enligt kulturformuleringen i DSM-IV. Jag beskriver i den här artikeln mina erfarenheter av möten med patienter med annan kulturell bakgrund och av att samtala om kultur. Vidare ger jag några exempel och anonymiserade patientvignetter som illustrerar hur kulturformuleringen är till användning i det arbetet, för att öka förståelsen och förbättra behandlingsalliansen, för att förbättra diagnostiken och för att stödja patienter i deras rehabilitering. Uppgifter om patienter är lätt ändrade för att skydda anonymiteten.

**Abstract:** The outpatient mental health services in an area in North Western Stockholm have during almost ten years participated in the development and use of a manual for an interview according to the cultural formulation in DSM-IV. In this article I describe my experiences of encounters with patients with a different cultural background and of conversations about culture. Furthermore, I give some examples and anonymized patient vignettes illustrating how the cultural formulation is useful in that work, for increased understanding and improved treatment alliance, for improved diagnostics and support to patients in their rehabilitation.

Järvapsykiatrin i nordvästra Stockholm har som upptagningsområde stadsdelarna Spånga-Tensta och Rinkeby-Kista. Här bor 86 000 invånare varav 70 procent är invandrare i första eller andra generationen. De flesta har sina rötter i Asien och Afrika, andelen invandrare från EU-länder är lägre än i andra delar av Stockholm.

I samverkan med en av våra mottagningar utvecklade Sofie Bäärnhielm med flera på Transkulturellt Centrum för snart 10 år sedan "Kultur, kontext och psykiatrisk diagnostik", en manual för intervju enligt kulturformuleringen i DSM-IV (Bäärnhielm, Scarpinati Rosso & Patti, 2007). Självt fanns jag med i periferin i detta utvecklingsarbete.

te men såg förstås fram emot att få ett hjälpmedel i arbetet med att förstå hur mina patienters kulturella bakgrund påverkade deras psykiatriska symtombilder och hur kulturskillnader tar sig uttryck i beskrivning av psykiskt illabefinnande.

När man jobbar på en mottagning där sju av tio patienter har invandrarbakgrund innebär inte ett utländskt namn ett problem vid fördelning av ärenden. Alla läkare och behandlare har övervägande icke-svenska namn på sin patientlista, det finns inget som talar för att invandrare på våra mottagningar får mindre vård än de som har svensk bakgrund. Men får de rätt vård? Förstår vi dem rätt? Applicerar vi samma tänkande på alla, i vårt kanske missriktade bemödande om att behandla alla lika? I den här artikeln kommer jag att ge exempel och anonymiserade patientvinjetter för att illustrera mina erfarenheter av att uppmärksamma kulturella faktorer.

Järvapsykiatrins vision talar om respekt och förståelse för individens unika historia. Individens historia är påverkad av individens kulturella sammanhang. Det gäller att komma ihåg att det gäller även mig som behandlare, jag är också påverkad av kulturella faktorer och min kulturella bakgrund. Det är lätt att förstå att det finns stora kulturella skillnader mellan mig och en person från den somaliska landsbygden, men det finns stora kulturella skillnader mellan mig och många svenskar också. Den första gången jag upplevde riktigt stora kulturskillnader var när jag som ung AT-läkare kom ut på en vårdcentral

på den småländska landsbygden och träffade en gammal bonde som tungandad och värkbruten, klädd i sin finaste söndagskostym med minst 30 år på nacken, sökte hjälp för att han flera gånger svimmat vid mjölkningen av korna. Han hade inte svårt att ta till sig min bedömning av riskerna vad gällde hans liv men vi hade oerhört stora svårigheter att nå fram till en gemensam bedömning om vad som var viktigast, hans liv eller fyra kors behov av obrutna rutiner.

## Att fråga kring kulturell bakgrund

Min erfarenhet av att intervjua människor enligt kulturformuleringen har gett mig insikt i att en del kulturskillnader mellan mig och den jag intervjuar avtecknar sig som ett tydligt mönster eller som en bakgrund till personen. Men också att de viktigaste skillnaderna mellan oss inte alls syns tydligt utan är ett med patientens (och min) personlighet. Att fråga efter och försöka förstå hur en religion påverkar en människa eller hur levnadsvillkor och sedvänjor påverkar en grupp människor är förhållandevis enkelt. Om sådana saker har de flesta människor en medvetenhet. Men det finns också en kulturell påverkan som vi är omedvetna om, som bidrar till de uttryck för sjukdom som en individ presenterar och även till hur man föreställer sig att man bör bete sig för att bli frisk igen. I flera års tid har jag ordinerat promenader och lätta hushållsgöromål till en kvinna med kronisk depression och lika länge har hon låtit bli att genomföra ordinationerna med hänvisning till att hon är

för sjuk. Hon får stöd av man och barn i detta, trots att både mannen och kvinnan själv tycks förstå mitt resonemang när jag träffar dem. Man vilar sig frisk, det är en uppfattning som är så integrerad med både kvinnan och hennes familj att jag inte rör på den hur mycket vetenskaplig bevisning jag än lägger fram för motsatsen.

Frågor kring kultur är provocerande för en del personer. Det kan uppfattas som om man delar upp människor i ”vi och dom” eller som exotisering av människor från andra kulturer. Visst finns det en risk för detta, men jag har märkt att jag ofta kan komma förbi det, om jag förklarar att jag också har en kultur som påverkar mig och att jag måste vara medveten om det när jag gör mina diagnostiska bedömningar. Jag använder ofta ordet ”kulturskillnader” men sällan ordet ”kulturpåverkan”. Jag exemplifierar med potatisbullar. I Norrland kallas det palt och innehåller kornmjöl, i Småland är det kroppkakor gjorda på rå och kokt potatis, på Öland gör man kroppkakor på bara kokt potatis. Men palt och kroppkakor är fyllda med kött och lök. I Tyskland har man sin knödel som inte innehåller kött och i Italien finns det gnocchi som är gjorda på potatis. I Marocko har man maakouda och ja, kokta potatisbullar på olika sätt finns över hela världen. Skillnaden i hur de tillagas, kryddas och serveras är kulturskillnader. Huvudingrediensen och företeelsen är världsomspännande. I samtal om potatisbullar når jag de allra flesta människor. De allra flesta är ändå glada över att få berätta om sin bakgrund, sina vanor och erfarenheter.

En av mina patienter arbetar som diskare i Sverige. En gång bad jag honom berätta om hur hans liv såg ut innan han flydde till Sverige. Han berättade om sitt stora hus, sin affärsverksamhet och årliga utlandsresor. Efter det säger han alltid något om den tiden vid varje besök. Om jag inte frågar finner han en anledning att ta upp det. Det är uppenbart att han känner sig viktigare och mer värd när han kan balansera sina nuvarande omständigheter mot sin tidigare livssituation i relationen med mig som är hans läkare. Vi möts på ett mer jämställt sätt.

Många av mina patienter har skillnader i kultur som en viktig fråga i sina liv. Jag stöter ofta på människor som trots stora svårigheter i sin ackulturationsprocess hyser en stark tacksamhet mot Sverige som land. Man är tacksam för att ha blivit mottagen, man är tacksam för att man får ta del av välfärden. Andra känner sig utsatta och främmande, utstötta och som andra klassens invånare. Det blir allt vanligare bland yngre och särskilt andra generationens invandrare att de uttrycker att de stött på främlingsfientlighet och särbehandling. Kanske deras föräldrar stött på samma sak men väljer att ge uttryck åt tacksamheten när de träffar representanter för det svenska samhället. En del förmår inte alls lösa problemet med anpassning och kulturskillnader utan stannar kvar i en kultur som gällde ”därhemma” när man lämnade sitt land. Så är det ofta i grupper av arbetskraftsinvandrare, de hade inte alls tänkt att de skulle bli kvar här så länge. Hemlandets kultur förändras mer än kulturen i dessa grupper i Sverige.

”När jag är i Sverige känner jag mig som turk, men när jag är i Turkiet så känner jag mig som svensk”, uttryckte en turkisk kvinna det. En grekisk man sade ”Dom skrattar åt mig när jag pratar. Min grekiska är som på en gammal film”.

En av mina patienter bestämde när han kom till Sverige med familjen för många år sedan att man skulle ta ”sedan dit man kom” och anamma det svenska sättet att bete sig. Utom innanför hemmets fyra väggar, där skulle hemlandets ordning gälla. Det kom att innebära många små problem som fick honom att justera sina regler genom åren. Med glimten i ögat berättade han om en episod när barnen var små och ville ha en julgran med kulor och glitter. Julgranar ska stå i vardagsrummet, där gällde hemlandets regler och då ingick inte julgran. Något av barnen kom på den kompromiss som sedan fick gälla genom åren. Man klädde en julgran med kulor och glitter och ställde på balkongen. Med tiden introducerades även tomtar och halmbockar på balkongen i juletid. Större problem uppstod när hans dotter kom hem med en man som hon ville gifta sig med och begärde att fadern skulle godkänna honom enligt hemlandets sed. Han försökte vägra men dottern stod på sig. Fadern gav sitt godkännande, fast det inte var en man han skulle ha valt för sin dotter. När det sedan gick illa kände han ansvaret så tungt på sina axlar att han blev kliniskt deprimerad.

## Ändrad diagnos

Det har hänt flera gånger att en intervju enligt kulturformuleringen har fått

mig att ändra en diagnos. Oftare har jag med hjälp av kulturformuleringen fått en ökad öppenhet i samtalet och en betydligt bättre kontakt med patienten. Historien om M är ett exempel på när kulturformuleringen fick mig att avskrivna en diagnos och dessutom gav patienten en mer positiv syn på sin problembild.

M kom till Sverige i sällskap med sin mamma när han var runt 20 år gammal. De första åren gick det bra för honom. Han gick SFI och komvux och fick arbete genom en avlägsen släkting. Så förlorade han arbetet och ungefär samtidigt dog mamma. M stod ensam i livet. Han blev alltmer nedstämd och oföretagsam, det blev vårdcentral och senare psykiatrisk vård. Så småningom fick han sjukersättning med diagnoserna PTSD och depression. Han hade sedan länge kontakt med psykiatrin när jag träffade honom första gången. Jag frågade hur hans vardag såg ut men M hade inget svar. Nästa gång hade M skrivit upp sitt dagsprogram på en lapp. Det var ett fåtal punkter. Jag undrade vad han gjorde mellan punkterna. Han svarade att han tänkte på sitt liv, som det var när det var ett liv värt att leva.

Vi bestämde att träffas fler gånger för att prata om M:s liv ”när det var bra”. Med utgångspunkt ur frågeområden ur ”Kultur, kontext och psykiatrisk diagnostik” fick vi efterhand till ett samtal. Fram trädde en historia om en kvinna och en man som efter många års äktenskap äntligen fick en son. Mannen dog innan sonen var året gammal. Sonen M fick veta att fadern dog en hjältes död,

men aldrig hur det gick till. Som liten var M överbeskyddad, som tonåring var han osjälvständig. Jag kunde snart makulera diagnosen PTSD, nog fanns det svåra traumatiska händelser i samband med det krig som fick den lilla familjen att lämna hemmet men M har aldrig uppfyllt diagnoskriterierna för PTSD. Det är för mig oklart på vilka grunder diagnosen en gång sattes, kanske var frågorna ledande och M kanske fann det enklast att bejaka dem. Hans tillbakadragenhet och avståndstagande från andra människor, hans oföretagsamhet, osjälvständighet och oförmåga att upprätthålla sociala kontakter visade sig vara väl förankrade i hans personlighet. M hade accepterat diagnoserna PTSD och depression på samma sätt som han alltid accepterat det auktoriteter sagt till honom. I våra samtal upptäckte han sina personlighetsdrag. Det som störde honom var bristen på innehåll i det dagliga livet sedan han förlorat arbetet och modern dött. Sakta har han sedan fyllt på med eget valt innehåll, han läser böcker från biblioteket och har skaffat internet. Han säger att han studerar. Utifrån syns ingen skillnad i hans liv, han är lika ensam som tidigare och lika tillbakadragen. Han märks inte. Men han har beskrivit skillnaden för mig som: ”Förut var jag offer för en främmande makt – nu är jag strateg i motståndsrörelsen”.

## Öppnar möjligheter för läkning

Någon gång har kulturformuleringen öppnat möjligheter för en läkning, som i fallet med F. Jag lärde mig mycket av F. Jag tycker att jag förstod henne som

individ, men framförallt lärde jag mig mer om den subgrupp kvinnor i vårt område som har liknande bakgrund som F. Det är en rätt stor grupp och de kommer ofta till oss med diffus ångest och mycket smärta i kroppen. Nästan alltid har de hamnat utanför arbetsmarknaden och vägen tillbaka är lång och krokig.

Av remissen framkom att F kom till Sverige med föräldrar och syskon när hon just lärt sig gå. Föräldrarna kom som arbetskraft, de hade tänkt sig att stanna några år och sen återvända hem. Men så blev det inte. Nu var F i 35-årsåldern. Hon hade en bra utbildning, ett bra jobb, man och barn. Men sen några år tillbaka led hon av svår ångest, sömnsvårigheter, smärta i kroppen och depression. Hon var sjukskriven, företagshälsovård och vårdcentral hade inte lyckats minska hennes symtom och hon stod ännu långt från att gå tillbaka i arbete.

Efter att ha presenterat mig för F undrade jag vad jag kunde hjälpa henne med. F svarade med en minst fem minuter lång monolog som började med ”Du kan inte hjälpa mig med något alls. Ingen svensk kan någonsin förstå mig. Det är vår kulturs fel alltihop.” Resten minns jag inte, kanske hörde jag det inte ens. Hon smattrade fram orden som slog emot mig som en svärm hagel-skott, jag koncentrerade mig på att hålla kvar blickkontakten med henne. Till slut tystnade hon. Jag tyckte jag hörde ekan av orden studsas mot väggarna några sekunder till. ”Oj”, sade jag sen. ”Ja”, sade F. Vi släppte blickkontakten och var tysta. Jag räckte över ”Kultur,

kontext och psykiatrisk diagnostik”, till henne och uppmanade henne bläddra och läsa medan jag gick och hämtade lite vatten åt oss. Hon märkte inte när jag kom tillbaka, jag stod i dörren och såg henne vara intensivt upptagen med boken. Ibland log hon lite.

”Vi kan inte veta om jag kan hjälpa dig och förstå dig om jag inte får försöka” sade jag. ”OK”, sade hon. ”Men du måste ställa alla frågor precis som de står i boken”.

F och jag träffades tre gånger till. Vi gick igenom kulturformuleringen fråga för fråga. F tillät mig ställa följdfrågor men inte att hoppa över några frågor, omformulera dem eller ta dem i annan ordning än de står i boken. Hon sade aldrig att hon trodde att jag förstod henne, men hon sade att hon förstod sig själv bättre och hon tog emot hjälp att få en terapi som blev lyckosam. F genomförde en del förändringar i sitt liv, hon är åter i arbete och är inte i behov av psykiatrisk vård längre.

## Förstå problematiken bättre

Frågor om kultur har ibland gett mig förklaring av en symtombild som jag inte förstått och därmed också blottlagt det fokus som kan bearbetas i terapeutiska samtal. Så var det med T.

T hade begärt skilsmässa. Hans fru hade bedragit honom med en annan man. T kunde delvis förstå henne, äktenskapet hade inte varit bra på många år, han hade själv haft några korta förbindelser med andra kvinnor. Man höll

ihop för barnens skull. Ändå var T i dåligt psykiskt skick med alla tecken till djup depression och med ständig livsleda och ibland också självmordstankar. Vårdcentralsläkaren hade utan effekt behandlat med antidepressiv medicin och remittering till KBT-terapeut. Både T och hans fru var väl integrerade i det svenska samhället, de talade flytande svenska, hade bra arbeten och bodde i ett område som inte var dominerat av invandrargrupper. Deras vänkrets bestod av människor både från det egna hemlandet och från andra kulturer. T hade inga svårigheter att föreställa sig att han skulle kunna leva ensam och det var inga problem när det gällde att komma överens om vårdsnaden av barnen. T hade inte haft psykiska besvär tidigare. Varför hade han blivit så påverkad av det som hände honom?

Jag vävde in många frågor om kulturell identitet, om hans syn på kvinnor, om hans syn på psykiska besvär och hur de påverkar hans vardag i mitt anamnesupptagande. Det var när jag till sist frågade om hur andra från hans kultur kunde tänkas se på hans situation som problematiken klarnade. I hans hemland skulle hustruns otrohet vara en skam för T. För att utplåna skammen skulle T vara tvungen att ta till våldsamma metoder riktade mot hustrun och hennes släkt. Det var en fråga om heder. Skilsmässa skulle inte vara ett straff som räckte för att utplåna skammen. T sade att han inte delade detta hederstänkande. Ändå, tanken på den skam som skulle följa honom genom livet om han inte följde hederns krav på hämnd lämnade honom inte ifred

en enda minut. Än hade hustrun inte berättat för någon annan om sin otrohet, men hon hotade att göra det om han drev igenom skilsmässan som hon inte ville ha. T lämnade inte denna förklaring utan möda, han skämdes inför mig för att han inte kunde vara konsekvent, för att han inte kunde stå emot de kulturella värderingar som han trott att han lämnat bakom sig.

Varje gång jag gjort en intervju med uttalat fokus på kulturella frågor har jag häpnat över den goda kontakt det skapar mellan mig och patienten. Jag har fått ny information som jag inte haft förut och som ibland hjälpt mig på ett avgörande sätt att ge adekvat behandling. Patienterna känner sig

tagna på allvar, sedda och bekräftade. Någon gång har en intervju enligt kulturformuleringen varit den faktor som vänt en utveckling mot kronisk funktionsnedsättning till återgång i arbetslivet. ”Det fick mig att inse jag att jag är någon och att det går att förstå sig på mig”, sade en patient. En annan patient sade: ”Förut ville du inte hjälpa mig för du trodde att jag ville vara sjuk. Nu hjälper du mig för du vet att jag är sjuk och att jag vill bli frisk igen.”

## Referenser

- Bäärnhjelm, 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.

### Folkhälsoarbete

Två dimensioner utifrån ett nationellt och internationellt perspektiv

”systematiska och målinriktade hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för att åstadkomma en god och jämlik hälsa för hela befolkningen”.

*Janlert, U. Folkhälsovetenskapligt lexikon, 2000*

”den process som gör det möjligt för människor att öka kontrollen över deras hälsa och dess bestämningsfaktorer och därmed också förbättra sin hälsa”.

*Bangkok Charter for Health Promotion. 2005*

# SVENSKA SPEL



## Forskningsanslag från Svenska Spels forskningsråd

Ansökningsår 2015

Svenska Spels forskningsråd lämnar stöd till forskning om spelberoende och förebyggande åtgärder mot spelproblem. För anslagstilldelningen under 2015 har Svenska Spels forskningsråd beslutat att, med beaktande av sedvanliga krav på vetenskaplig kvalitet, i första hand prioritera forskning som berör studier av effekter av annonsering och marknadsföring på olika gruppers spelbeteende, studier av effekter av olika former av spelansvarsåtgärder och studier som fokuserar på medberoendeproblematiken, inklusive föräldra-/barnperspektivet.

Medlen avser stöd såväl till forskare de närmsta fem åren efter disputation (post doctoral period) som doktorander samt graderade forskare vid universitet och högskolor som söker projektbidrag. Medel för ett projekt medges i högst fem år.

Rådet beslutar om beviljande av anslag till inkomna ansökningar, utifrån projektets vetenskapliga kvalitet och samhällliga relevans samt forskargruppens kompetens.

Svenska Spels forskningsråd bidrar med medel till personella resurser, medel till omfattande kringkostnader i samband med projekt beviljas inte. Kringkostnader för en doktorand får maximalt omfatta 10 procent av en professorslön. Rådet beviljar inte OH-kostnader som överskrider 20 procent. Svenska Spels forskningsråd sammanträder i juni 2015 för en första genomgång av ansökningarna. Antingen fattas beslut om inkomna ansökningar i juni eller så kan rådet komma att vilja ha förtydliganden i ansökningarna. Därför kan en andra och slutgiltig bedömning komma att ske i september. Rådet vill gärna ha preciserade ansökningar som ger en tydlig bild att metoden och syftet med forskningen samt dess samhällliga relevans.

### Sista ansökningsdag är den 30 april 2015 (därefter stängs webbsystemet).

Ansökan sker digitalt här (<http://ansokan.3ddata.se/start/sp.asp>) och bör innehålla projektbeskrivning, budget och CV för huvudsökande och eventuella medsökande.

Administrationen sköts av Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Ansökningar skall lämnas via rådets webbaserade ansökningssystem. Efter att ansökan har skickats in elektroniskt, skrivs första sidan ut för underskrift av huvudsökande samt av prefekt eller motsvarande. Originalen postas så snart som möjligt till Svenska Spels forskningsråd, c/o CAN, Box 70412, 107 25 Stockholm.

#### KONTAKTPERSONER:

Vid frågor om Svenska Spels forskningsråd  
Karin Granath, 010-120 32 76, [karin.granath@svenskaspel.se](mailto:karin.granath@svenskaspel.se)

Vid frågor om ansökningssystemet  
Therese Travis, 0723-714 305, [therese.travis@can.se](mailto:therese.travis@can.se)