

The cultural interview

Til Videnscenterets internationale symposium blev der sat fokus på dilemmaer knyttet til diagnosticering på tværs af kulturer. Indlæg fra Danmark, Holland og USA bragte forskellige perspektiver på et emne, som fylder mere og mere i det psykiatriske landskab.

Af Clea Jerlang

Kan man diagnosticere alle patienter ud fra samme diagnostiske kriterier, selvom de er fra forskellige kulturer? Hvilken rolle spiller kultur for sygdomsopfattelse, forløb og behandling, og hvordan forholder man sig til lokale sygdomsfænomener som fx kajakangst i Grønland eller akut leverangreb i Frankrig?

Rigshospitalets auditorium var fyldt op, da Videnscenter for Transkulturel Psykiatri den 14. november stillede skarpt på emnet, transkulturel diagnostik. Leder af Videnscenteret, overlæge Marianne Kastrup, indledte dagen med at byde velkommen til de fremmødte.

- Vores målsætning er hvert år at afholde et symposium, som indeholder både forskningsaspekter samt internationale aspekter. Ligesom sidste år har vi derfor inviteret både udenlandske og danske oplægsholdere. I år har vi valgt at sætte fokus på transkulturel diagnostik, idet der i behandlingsregi er stor diskussion omkring, om man er tilstrækkelig god til at diagnosticere samt fordele og ulemper ved klassifikation, sagde Kastrup og tilføjede:

- Videnscenteret har selv udviklet transkulturelle kliniske retningslinjer med Marianne Østerskov som hovedankermann. Vi håber også, at dagen kan give nogle perspektiver og refleksioner i forhold til dette arbejde.

Erfaringer fra Holland

I år var det internationale aspekt repræsenteret ved hollænderen Hans Rohlof, M.D. samt film fra USA.

Rohlof arbejder på et center for traumatiserede flygtninge i Holland, hvor de i tværfaglige teams behandler traumatiserede patienter. På centeret har de 27 sengepladser og 40 pladser i dagklinikken. Derudover har de to enheder til de 5900 ambulante besøg, de får årligt. Patienterne kommer fra mere end 50 forskellige lande.

At arbejde med patienter fra så vidt forskellige baggrunde gav Rohlof og behandlingsgruppen et ønske om at få en større viden om patienternes kultur. De udviklede derfor et såkaldt 'kulturelt interview'. Interviewet har til formål at indfange central kulturel viden og herigennem skabe en større forståelse af den enkelte patient og dermed en bredere og mere nuanceret platform for diagnosticering og behandling.

- Motivationen for behandlingsgruppen var at finde ud af, hvordan man får mere dybdegående information om kulturelle aspekter i forhold til patienten. Man har brug for megen information omkring patientens kulturelle identitet. Patienterne har meget forskellig forståelse af sygdom og forskellige sygdomsoplevelser- og udtryk. Eksempelvis er nogle patienter meget diskrete i deres sygdomsudtryk, fx i Skandinavien, hvor man i Afrika er meget mere udtrykfuld, fortalte Rohlof.

En kulturel dimension i DSM-IV

Det 'kulturelle interview' er bl.a. inspireret af det arbejde, det amerikanske diagnosesystem DSM, har foretaget, da de i 1991 nedsatte en komité, som skulle diskutere og tage stilling til tværkulturelle faktorer i forhold til psykisk sygdom og diagnosticering.

DSM udgør, ifølge Rohlof, en radikal afvigelse fra den kontekstuelle, meningscentrerede diagnose. Her klassificeres i forhold til syndromer – dvs. operationaliserede kriterier. Da DSM-III udkom i 1980, var der ingen information at hente om kulturens eventuelle indflydelse på syndromer, men i den reviderede udgave, DSM-III-R, blev der tilføjet to paragraffer om kultur i introduktionen. Ikke alle komiteens anbefalinger blev fulgt, men en kulturel dimension blev tilføjet udgivelsen af DSM-IV i 1994.

Den teoretiske baggrund for det kulturelle interview

Men hvilke elementer er vigtige at fokusere på, når man ønsker at opnå en kulturel viden om patienten? Rohlof fortalte, at det kulturelle interview er baseret på et teoretisk fundament, hvor fokus er lagt på følgende aspekter:

- betydningen af den socio-kulturelle kontekst.
- sygdomsoplevelsers kulturelle særpræg (udfra tanken at alle har deres egen sygdomsoplevelse. Dette er sandt for alle kliniske møder – ikke bare de tværkulturelle).
- kultur som dynamisk og heterogen – i konstant udvikling.
- kompleksiteten i 'kulturelle identiteter' (hvad er den enkeltes kulturelle identitet/hvad kendetegner personens kulturelle identitet)
- interaktionen mellem den individuelle og kollektive forståelse af sygdom (hvad tænker du selv omkring sygdommen, og hvad tænker du omkring sygdommen, når du er i en gruppe/del af gruppen).
- lokale nosologier og sygdomsudtryk. Sygdommens alvor, stigmatisering, etiologi, søgen efter hjælp/hvor man søger efter hjælp.
- klinisk etnografi (lokale sygdomme - fx 'akut leverkrise' – en sygdom, som har særlig udbredelse i Frankrig).
- forklaringsmodel (hvordan forstår henholdsvis patient og behandler sygdommen. Når forståelsen er ens, er det lig med succes; hvis forskelle i forståelsen har man et problem).
- narrative indfaldsvinkler/indgange til lidelse.

Rohlof og behandlingsgruppem ønskede ligeledes, at den kulturelle formulering blev baseret på en forståelse af, at:

- sociale interaktionsprocesser bidrager til sygdom (baseret på antagelsen om, at sygdom indeholder social interaktion; der er en besked/mening i sygdommen til terapeuten/lægen).

- sygdom 'mellem' og ikke kun 'indeni' mennesker.
- 'sociale' og ikke kun naturlige årsager til sygdom.
- Psykiatri har sin egen kultur (fx vestlig psykiatri; du skal være aktiv og samarbejdende som patient, ellers er du en 'dårlig' patient).
- Diagnoser skal sige noget om reliabilitet. Diagnoser er et *udgangspunkt* for behandling.

Den kulturelle formulering

På baggrund af det kulturelle interview skriver Rohlof og behandlingsgruppen en kulturel formulering om patienten.

- Alt i alt kan man sige, at den kulturelle formulering er en form for forkortet udgave af, hvad kulturen bidrager til eller hvilken betydning, kulturen har i forhold til den enkelte patient, sagde Rohlof.

Den kulturelle formulering skal indeholde:

- a) den enkelte patients kulturelle identitet.*
- b) kulturel forklaring på patientens sygdom.*
- c) kulturelle faktorer relateret til patientens psykosociale miljø og funktionsniveau*
- d) kulturelle elementer i relationen mellem den enkelte patient og behandleren.*

a) Kulturel identitet.

- hvad er patientens etniske eller kulturelle referencegruppe
- patientens involvering i sin hjemlandskultur samt værtslandets kultur.
- sprogevner, anvendelse og præferencer (inklusiv multilingualism).

b) Kulturel forklaring på patientens sygdom.

- idioms of distress
- symptomernes mening og sværhedsgrad
- årsager eller forklaringsmodeller (hvordan beskriver du sygdommen? Hvordan forklarer patienten sygdommen?).
- præferencer og tidligere oplevelser/erfaringer med professionelle behandlere samt andre behandlingskilder.

c) Psykosociale faktorer og funktionsniveau

- stressfaktorer
- støtte
- funktionsniveau
- disability og handicap
- herunder også religionen og familienetværkets betydning i forhold til at udøve følelsesmæssig, instrumentel og informativ støtte.

d) Relationen mellem patient og behandler

- forskelle i kultur og social status
- resulterende problemer i forhold til diagnosticering og behandling.

Det er vigtigt at se på forskelle i både kultur samt social status. I det hele taget skal man altid se på forskellene mellem en selv og patienten eller forstå, at man kommer forskellige steder fra – i den forstand er al psykiatri transkulturel, pointerede Rohlof.

Diskussion/spørgsmål fra salen

Efter Rohlof havde indviet tilhørerne i overvejelserne bag det kulturelle interview samt de konkrete elementer i interviewet, blev der åbnet op for spørgsmål fra salen. Marianne Kastrup lagde ud:

- Hvorfor tror du, vi har så megen modstand mod at implementere kulturelle aspekter i vores kliniske praksis, spurgte hun.

- Måske er det, fordi vi har så lidt tid til rådighed, svarede Rohlof. Der er aldrig tid nok til assessment proceduren. Man har 45 min. og endnu mindre, hvis der skal en tolk med som formidler. Det bliver derfor nemmere at tage noget fra ICD-10 eller DSM-IV end at konstruere en hel historie om patienten.

- Det har nok også en betydning, at det er den biomedicinske diagnosemodel, som dominerer. Vi er kun optaget af akse 1 og ser ikke på de psykosociale stressfaktorer og kulturelle faktorer. Måske fordi vi ikke er trænet i det, sagde Rohlof.

Fordele ved det kulturelle interview

En tilhører fra salen ville gerne vide, på hvilken måde Rohlof oplever at have gavn af interviewet.

- Hvordan hjælper interviewet dig bedst? Hjælper det dig primært i forhold til diagnosticering eller i forhold til behandling?

- Interviewet hjælper mig især i forhold til behandling. Det giver et godt indblik i og forståelse af, hvordan man bedst varetager behandling af den enkelte patient. Fx får jeg en viden om, hvordan er det i patientens kultur? Hvilken forklaringsmodel benytter man? At spørge patienten om disse aspekter, hjælper tillige med indgangen til behandling, idet det skaber en forståelse og kontakt mellem behandler og patient, fortalte Rohlof.

Intimitet på tværs af kulturer

En anden tilhører ville gerne vide, hvordan man taler med en person fra anden kultur om intime/personlige ting som fx kvinde om voldtægt. Tilhørernes egen erfaring var, at det faktisk godt kunne lade sig gøre at skabe en intimitet på tværs af kulturer. En erfaring, Rohlof kunne nikke genkendende til.

- Det er en general opfattelse, at man ikke kan opnå intimitet patient og behandler imellem, når man er fra forskellige kulturer. Men måske er det en gammel forestilling, som i hvert fald ikke altid holder stik. Nogle gange vælger de netop dig – en person som er fjernt fra dem - til at være intime med. Det kan være lettere med en fremmed. Måske også fordi rollen som behandler både involverer distance og intimitet, sagde han

Distance mellem patient og behandler

- Men når det så er sagt, er det andre gange meget svært at nå fælles forståelse. Der kan være uoverensstemmelse mellem sygdomsforståelser. Fx havde jeg en ung patient, hvor lægen mente, han var skizofren, mens familien var af den opfattelse, at han var blevet besat af en ond ånd.

Måske er det vigtigt at sige; du har denne opfattelse, og min opfattelse er denne; hvis du gør dine ritualer, gør jeg mine – giver medicin etc. Det er vigtigt ikke at afvise patientens oplevelse eller deres ritualer, pointerede Rohlof.

Hertil kommenterede Marianne Kastrup, at det ofte er behandleren og ikke patienten, som har det svært med, at patienten benytter sig af flere forskellige 'metoder'.

- Ofte er det ikke svært for patienten at bruge flere behandlere – det er derimod behandleren, som kan have svært ved at acceptere, at patienten både ser alternative behandlere og behandlere fra det etablerede system, sagde hun.

En kvinde fra salen tilstøttede sig Rohlofs råd om ikke at afvise patientens indfaldsvinkel og forståelse af sygdom og behandling.

- Det kan være en god idé at spørge patienten; hvordan ser du det? Eller hvordan gør de det i din familie og i dit hjemland. Så kan man sige; "Jeg forstår det meste af, hvad du siger, men ikke det hele. Med min træning er min oplevelse at.....Kan du bruge det?"

Såvel blandt Rohlof og symposiets deltagere var der enighed om, at det er vigtigt, at psykiatrisk personale får en større forståelse for de sammenhænge mellem kultur og sygdom, som bl.a. det kulturelle interview peger på. Men hvordan sikrer man sådanne kulturelle kompetencer?

Et bud fra salen var, at man må udveksle viden og erfaring gennem fx videnscentrets temadage og symposier, men at det, set i fremtidsperspektiv, vil være optimalt, hvis det kulturelle aspekt bliver integreret i uddannelserne for psykiatriens forskellige faggrupper. Dette vil skabe de bedste forudsætninger for såvel patienterne som behandlerne.

Artikel på baggrund af Videnscenter for Transkulturel Psykiatri symposium på Rigshospitalet den 14. november 2006 "Dilemmaer i transkulturel diagnostik" og især på baggrund af indlægget "The cultural interview" af Hans Rohlof.