

till motstånd mot läkarnas anspråk att, trots begränsade kunskaper, få diktera villkoren [3-5].

Många sjuka människors berättigade intressen kränks verkligen på ett oacceptabelt sätt genom tillämpningen av det vetenskapligt primitiva begreppet somatisering. Det krävs mycket starka skäl för att äventyra allmänhetens förtroende genom att fortsätta på den vägen.

Finns andra aktörer i bakgrunden?

Det är kanske dags att fråga sig vad vi håller på med, och varför? Handlar det bara om vår egen ovillighet att erkänna faktisk okunskap, eller finns det också utomstående aktörer någonstans i bakgrunden? Det är ju lätt att föreställa sig det stora värdet för elektrisk och elektronisk industri av att de flesta läkare än så länge inte tar elöverkänslighet på allvar, för att nämna ett exempel.

I USA finns en mer illusionsfri syn på sådana saker, och en vanlig uppfattning är att den som har stora ekonomiska resurser har goda möjligheter att påverka den vetenskapliga opinionen i olika frågor. Det handlar verkligen inte bara om tobaksindustrin. De kemiska och farmaceutiska industriernas inflytande debatteras intensivt, också i vissa av de stora medicinska tidskrifterna. Även om problemet är oangenämt är det bättre att möta det med öppna ögon.

Referenser

1. Taylor GJ. From paralysis to fatigue: a history of psychosomatic illness in the modern era by Edward Shorter. New York: Free Press, 1992 [Review]. *Psychosom Med* 1993;55:88-9. Excerpts at <http://ds.dial.pipex.com/comcare/ME/shorter.html>
2. Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Ann Intern Med* 1999;130:910-21.
3. Clark C, Buchwald D, MacIntyre A, Sharpe M, Wessely S. Chronic fatigue syndrome: a step towards agreement. *Lancet* 2002;359:97-8.
4. Eaton L. Chronic fatigue report delayed as row breaks out over content [News]. *BMJ* 2002; 324:7.
5. Eaton L. Recognising chronic fatigue is key to improving outcomes [News]. *BMJ* 2002;324: 131.

Någonting kom inte med!

Att samhället är mångkulturellt påverkar vården

Det är bra att Läkartidningen tar upp att det saknas en pusselbit kring bedömning av patienter med somatisering (51-52/01, sidorna 5852-73). Men vi tycker att det är lite förvånande att författarna diskuterar ämnet utan att ta hänsyn till att Sverige utvecklats till ett mångkulturellt samhälle och att detta präglar vården. Vi behöver utforska och lyfta fram kulturella faktorerens betydelse för kommunikation, sjukdomsförlopp, vård och behandling. Detta är av betydelse i mötet med patienten som använder kroppen för att kommunicera psykisk ohälsa och sociala problem. Det kan handla om att patienten somatiserar.

SOLVIG EKBLAD

enhetschef vid Institutet för psykosocial medicin (IPM), docent och adjungerad universitetslektor i transkulturell psykologi vid Karolinska institutet, Neurotec-institutionen, sektionen för psykiatri, Huddinge universitetssjukhus
Solvig.Ekblad@ipm.ki.se

SOFIE BÄÄRNHIEM

fil lic, doktorand vid Karolinska institutet, Neurotec-institutionen, sektionen för psykiatri, Huddinge universitetssjukhus, överläkare vid Transkulturellt centrum, Bromma

TÖRES THEORELL

föreståndare vid Institutet för psykosocial medicin (IPM), professor i psykosocial miljömedicin, särskilt arbetsmedicin vid Karolinska institutet

II Två av författarna nämner i förbigående kultur och kommunikation av symptom. Lars-Gunnar Gunnarsson beskriver hur kulturella förhållanden ger legitimitet åt hur oro och stress kan/får kommuniceras. Ulla Maria Anderberg tar upp att kulturella faktorer kan påverka symptomen.

Definitioner

Somatisering är ett begrepp med olika betydelser och används ofta mångtydigt [1]. Vi håller oss här till Malmquists definition: »ett begrepp som innebär att existentiella påfrestningar tar sig uttryck i somatiska symptom som inte kan visas bero på organisk sjukdom«.

Begreppet somatisering implicerar att en individs problem manifesterar sig kroppsligt. Två olika scenarier, ett i vid mening »psykosomatiskt« och ett i vid mening »psykiatriskt«, är möjliga:

1.) *Det »psykosomatiska«*: De besvär med kroppsliga symptom som patienten rapporterar har sin orsak i psykiska eller

psykosociala problem. a) Dessa framkallar fysiologiska reaktioner som i sin tur (särskilt om reaktionerna blir långvariga) resulterar i kroppsliga »objektivt påvisbara sjukdomar«. b) Man kan också tänka sig att patientens kroppsliga symptom har rent fysiska orsaker men att han/hon av psykiska eller psykosociala skäl har svårare än andra att leva med symptomet. Det senare alternativet är inte aktuellt i somatiseringsdiskussionen även om gränsen ofta är svår att definiera. I båda dessa varianter tänker man sig att patienten verkligen har kroppsliga förändringar.

2.) *Det »psykiatriska«*: Enligt detta scenario föreställer man sig ofta att patienten upplever ett kroppsligt symptom eller en kroppslig förändring som i objektiv mening inte finns. Detta betraktelsesätt är vanligare i psykiatri än i psykosomatiken, även om gränsen mellan dessa discipliner är mycket vag.

Orsakskedjorna

Ofta är den tänkta »psykosomatiska« orsakskedjan enligt 1a) motsatsen till hypokondri; patienten har gått för länge med sitt problem utan att göra något åt det eller därför att ingen hjälp funnits (som ju ofta är fallet för flyktingarna). Till slut har de fysiologiska reaktionerna resulterat i kroppsliga förändringar som är objektivt påvisbara.

Den »psykiatriska« orsakskedjan (som ju i extremfallet innebär att någon objektivt påvisbar kroppslig sjukdom inte finns) ligger däremot nära hypokondri. Risk för förväxling finns förstås och detta är ett stort problem för den psykosomatiska medicinen. I lekmannaföreställningarna om psykosomatik dominerar uppfattningen att psykosomatiska sjukdomar helt enkelt beror på hypokondri.

Hos vårdpersonal som inte funderat

så mycket över dessa saker är det också vanligt att man blandar ihop begreppen somatisering, psykosomatisk och hypokondrisk. Denna sammanblandning är särskilt farlig för människor som kommer från andra länder. Om man inte behärskar svenska språket på ett bra sätt och försöker beskriva ett kroppsligt symtom på vårdcentralen blir man gärna avfärdad som hypokondriker eller till och med simulant.

Det är också i det sammanhanget som begreppet somatisering – om det används på ett slarvigt sätt – kan skada människor särskilt svårt. Vi skulle därför föredra att man beskrev patientens situation på ett kliniskt konstruktivt sätt istället för att sätta »somatiseringsstämpelein« på honom eller henne.

Patientens föreställningar om vården

I dagens mångkulturella vård kan en patient som inte känner till det svenska sjukvårdssystemet lätt tro att det är för kroppsliga besvär som man kan få hjälp i vården. Utifrån patientens erfarenheter kan det vara mer kulturellt och socialt accepterat att uttrycka psykisk ohälsa och sociala problem med kroppen än med ord.

Sjukdom som metafor för mening

Kroppsliga besvär kan användas som metaforer för mening. Metaforer kan vara kulturellt färgade och betydelsen inte alltid delas av patient och behandlare. Basala språksvårigheter mellan patient och behandlare kan bidra till att såväl patient som behandlare fokuserar på kroppsliga besvär. Att en patient bedöms somatisera kan sammanhålla med behandlaren. Om det kulturella avståndet är stort kan det ibland vara enklare för behandlaren att tolka patienten utifrån en kroppslig referensram än en emotionell [2].

Kulturella faktorer i diagnostiken

För utredning, bedömning och behandling av somatisering är det av vikt med en diagnostik som beaktar kulturella faktorer. Som vägledning för god transkulturell diagnostik poängteras behovet av att undersöka patientens kulturella identitet, kulturella förklaringar till besvären, kulturella faktorer i den psykosociala omgivningen och i funktionsförmågan i relation till den egna gruppen samt kulturella element i relationen mellan individ och kliniker.

Ett än så länge tämligen okänt och outnyttjat hjälpmedel vid transkulturell diagnostik är det utkast, »Outline for cultural formulation«, som finns i DSM-IV appendix [3].

Det finns en stor spännvidd i hur människan kan kommunicera ohälsa.

I dagens mångkulturella vård kan en patient som inte känner till det svenska sjukvårdssystemet lätt tro att det är för kroppsliga besvär som man kan få hjälp i vården. Utifrån patientens erfarenheter kan det vara mer kulturellt och socialt accepterat att uttrycka psykisk ohälsa och sociala problem med kroppen än med ord.

Samtidigt som det finns gemensamma symtom över kulturgränser, kan symtom och uttryckssätt formas av olika kulturella och medicinska traditioner. Uttryckssätt och kommunikation av ohälsa och sjukdom kan ha olika sociala acceptans och laddning.

Individen och gruppen

Samtidigt som gruppers traditioner och normer har betydelse för den enskilda individen kan variationen inom gruppen vara minst lika stor som den mellan grupper. Varje möte blir individuellt och kulturella faktorer betydelse behöver belysas och utredas för såväl den enskilda individen som i relation till behandlaren. Här ges ett exempel från en kvalitativ studie.

Sofie Bäärnhjelm har i sin licavhandling [4] intervjuat åtta svenskfödda och tio turkiskfödda kvinnor som bedömts uttrycka psykisk ohälsa eller sociala problem med kroppsliga symtom, somatisering, samt sökt medicinsk hjälp för detta. Resultaten visar vikten av att utforska hur patienten själv förstår och skapar mening av sin sjukdom.

Ett verksamt sätt att få ta del av detta är att lyssna på dennes egen sjukdomsberättelse. I berättelsen kan patienten förmedla besvär och bekymmer utifrån sitt eget perspektiv. Bäärnhjelms avhandling visade att de intervjuade patienterna använde flera parallella vård-

strategier. Tillit, förtroende och förståelse var centrala begrepp för patienterna.

Asylsökande och nyanlända flyktingar

I mötet med en mångkulturell befolkning behöver vi anpassa vårt vårdutbud till de lokala förutsättningarna och befolkningssammansättningen. Två grupper av patienter löper idag en särskild risk för att missförstås: asylsökande och nyanlända flyktingar. För dem kan vårdens sätt att fungera vara oklart. Uppdelningen i somatisk och psykiatrisk vård och socialtjänst kan vara svårförståelig. Erfarenheter från hemlandets vård kan se annorlunda ut. Familjen kan ha sin egen syn och lösning som kan stå i konflikt med patientens egen bedömning.

De oskrivna sociala koderna i vårt samhälle kan för den asylsökande inte bara vara obegripliga utan även tolkas fel. Konsekvensen blir att det är svårt att hitta rätt i systemet, med bristande tillit till sjukvården som följd.

Parallella brister i diagnostisk bedömning och splittring i bemötandet kan resultera i stora ekonomiska kostnader för samhället och ett onödigt lidande för individen. Det är troligt att vårdkontakter som präglas av brister i ömsesidig förståelse och tillit samt tidsbrist kan bidra till en process som innebär att en patient somatiserar sina emotionella besvär istället för att försöka klä dem i ord.

Referenser

1. Parker G, Gladstone G, Chee KT. Depression in the planet's largest ethnic group: The Chinese. *Am J Psychiatry* 2001;158:857-64.
2. Littlewood R, Lipsedge M. Aliens and alienists. *Ethnic minorities and psychiatry*. London: Routledge; 1993.
3. American Psychiatric Association. *DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4th ed). Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
4. Bäärnhjelm S. *Clinical encounters with different illness realities. Qualitative studies of somatization and illness meaning among Swedish and Turkish-born patients encountering local health care services in Western Stockholm* [dissertation]. Stockholm: Karolinska institutet; 2000.