

Ångest kan inte direktöversättas

Diagnostik och behandling av ångestsjukdom i mångkulturella vårdmiljöer

SOFIE BÄÄRNHIELM, överläkare, landsting
med dr, enhetschef, Transkulturellt centrum, Stockholms läns
sofie.baarnhielm@sll.se

»Jag har ont överallt.« (På somaliska »Waa laygu dhanyahay«. Det finns ingen direktöversättning till svenska, men meningen kan även översättas »jag är sjuk överallt«, eller »hela kroppen är sjuk«).
»Jag kan inte sova om nätterna.«

Så presenterar Hibo sin ångest och oro. Hibo är 40 år, kommer från Somalia och har nyligen fått uppehållstillstånd i Sverige efter två år som asylsökande. Hennes make och tre döttrar är kvar i flyktingläger i norra Kenya.

Ångestsjukdomar förekommer över hela världen [1]. Det finns skillnader i förekomst och symtom [2] som delvis kan förklaras av svårigheter med ekvivalens i mätinstrument [3]. Det finns också svårigheter med diagnostik av ångestsjukdomar hos minoritetsgrupper [4], vilket kan leda till att behandlingsbara sjukdomar inte identifieras eller att patienter inte får den hjälp de behöver. Skillnader i diagnostik av olika ångestsjukdomar mellan olika etniska grupper framkom i en epidemiologisk studie i USA [5].

Somatisk eller psykologisk symtomtolkning

Ångest har både kognitiva, somatiska, känslomässiga och beteenderelaterade komponenter [6]. Då ångestsjukdomar omfattar både emotionella och somatiska symtom kan människor skilja sig åt i vad de uppmärksammar och rapporterar till andra. Sociala och kulturella traditioner påverkar vilka komponenter i ångestrelaterade tillstånd som främst uppmärksammas och vad man söker hjälp för i sjukvården. Gränsen för vad som betraktas som sjukt eller normalt kan förläggas olika. När patienter framför allt noterar och rapporterar de somatiska reaktionerna, och inte de kognitiva eller emotionella, finns en risk att ångestsjukdomar inte identifieras och diagnostiseras.

Kulturen ger oss en sorts lexikon för att uttrycka känslor [2]. Hjärtbesvär, huvudvärk, yrsel, svimningar och domningar kan vara ett sätt att förmedla ångest och emotionella besvär [7]. Många människor är dock ovana vid att använda psykiatriska termer för ångest och emotionella besvär.

Dr Sadik Hajinur, hälsokommunikatör i Stockholms läns landsting, har arbetat som läkare i Somalia och Sudan. Där sökte patienter sjukvården för kroppsliga besvär. Emotionella problem beskrevs utifrån konsekvenser, beskrivningar av problem i livet eller i termer av oro och rädsla. »Djinner« (jor-

diska väsen, en sorts andar som finns i koranens universum [8]) ansågs orsaka oro och oklar rädsla. Besvären tolkades inte som en psykisk sjukdom. Till skillnad från människor är djinner inte skapade av jord utan av eld. De kan anta synlig form och kan liksom människor vara både onda och goda, och kan både synda och frälsa. För att få hjälp med problem och för att bli av med besvärliga djinner vände sig människor vid behov till en religiös ledare, en sheikh.

Universella upplevelser formas mot kulturella referensramar till symtom som är meningsfulla i sitt sammanhang [9]. Medicinhistorikern Shorter [10] beskriver att vid psykosomatisk sjukdom har människor vid en viss tidpunkt, i ett visst sammanhang, tillgång till en kulturellt färgad »symtompool«. Just då ter sig vissa symtom meningsfulla, men inte vid andra tillfällen. Symtom som uppträder vid exempelvis hysteri kan både öka och minska i popularitet med tiden och i olika sociala sammanhang. I mångkulturella miljöer möter sjukvården patienter med många olika symtompooler.

Språkets betydelse för tolkning av ångestsymtom

Ångestbesvär kan benämnas på många olika sätt. Ordet ångest har sitt ursprung i det indoeuropeiska språkets »angh« som betyder åtsittande, smärtsamt förträngd, smärtfylld [6]. Ord som betecknar nedstämdhet, ångest och andra emotioner kan inte utan vidare översättas mellan språk [11]. Språk kan ha olika ord, uttryck eller längre beskrivningar för att förmedla känslor av oro och rädsla. Översättningar kräver kortare eller längre förklaringar [12].

Språket kan i sig ha betydelse för tolkning av ångestsymtom [13]. Språket ger den verbala tolkningsramen för upplevelsen. Det finns språk där ordet ångest saknas eller där det inte ingår i vardagsspråket. I en dansk studie beskrev kvinnor födda i Turkiet emotionella besvär främst i termer av fysiska besvär, men de använde även begreppet »sikinti« [13]. Det betyder trångt eller betryckt [14], och är ett ord med såväl kroppslig som emotionell laddning. I en holländsk studie [14] uttryckte kvinnor av turkiskt ursprung sin psykiska ohälsa främst med kroppsliga symtom men också i termer av sikinti och »bunalım«, med motsvarande betydelse. Ångest verbaliserades även i termer av rädsla och att vara irriterad.

Lokala sjukdomskategorier

Begreppet ångest används för att beteckna en grupp ospecifika, obehagliga symtom som liknar upplevelser av och reaktioner på skräck och fruktan [6]. Indelning i olika syndrom i DSM-IV baseras på symtom och inte bakomliggande mekanismer [6]. Kategoriseringen förändras med tiden och med ny kunskap. Först 1980 infördes exempelvis paniksyndrom som en självständig diagnostisk kategori i DSM-III [1].

Ångest och nedstämdhet tolkas i många samhällen inte som psykiska sjukdomar utan som sociala eller moraliska problem

SAMMANFATTAT

Ångestsjukdomar förekommer över hela världen, men uttryck, förståelse och förväntan på hjälp varierar.

Hur psykiatriska symtom formas och uttrycks påverkas av kultur och sammanhang.

Ord för ångest och andra emotioner kan inte alltid direktöversättas.

Vid diagnostik och behandling av ångestsjukdomar i mångkulturella vårdmiljöer behöver därför hänsyn tas till den kulturella variationen i symtombild, kommunikation, social situation och förväntningar på hjälp.

»Kulturen ger oss en sorts lexikon för att uttrycka känslor ...«

»Universella upplevelser formas mot kulturella referensramar till symtom som är meningsfulla i sitt sammanhang...«

[2]. I en aktuell översiktsartikel av internationell forskning om kulturella faktorer betydelse vid ångestsjukdomar (PTSD ingick inte) framkom problem med matchning mellan DSM-kriterier och lokala uttryck för vissa ångestsjukdomar [3]. Det engelska begreppet »idioms of distress« (»lidande-språk«) refererar till att språkliga uttryck för ohälsa kan vara mer komplicerade än olika ord. Betydelsen hos ett visst språkligt uttrycks sätt hänger samman med symboler, kontextuell förståelse, mening i förhållande till lokala stressfaktorer, socialt acceptabla uttryck och vad de skapar för reaktion hos omgivningen [15]. Det tillkommer hela tiden forskning om olika språkliga uttryck för lidande.

Lokala uttrycksformer för ångest kan se annorlunda ut än de kriterier som finns i våra befintliga diagnostiska kategorier [3]. Panikattacker och andra uttryck för ångest kan formas på olika sätt eftersom förståelse för hur kroppen fungerar kan variera [3]. Detta har exemplifierats av forskning från Sydostasien. Tillstånd som liknar panikattacker uttrycks på landsbygden i Kambodja och Vietnam som vindrelaterade attacker [3]. I Kambodja är de kopplade till kulturellt färgade sätt att betrakta traumaorsakade tillstånd och uppfyller nästan alltid kriterierna för panikattacker [16]. Ett annat lokalt exempel är sjukdomskategorin »ataque de nervios« som beskrivits i Karibien, men också i latinamerikanska länder och hos grupper i USA. Symtom som ofta kopplas till ataque de nervios är förlust av kontroll, okontrollerade skrik, gråtattacker, skakningar, värme i bröstet som stiger mot huvudet, samt verbal eller fysisk aggressivitet. Ibland förekommer svimningar och suicidala handlingar. Ataque de nervios förekommer ofta i samband med stressfyllda familjesituationer. Det är vanligt att personen efteråt har en minneslucka för händelsen och snabbt återgår till sin vanliga funktionsförmåga.

I DSM-IV anses ataque de nervios likna panikattacker men skiljer sig genom att rädslan uteblir. Attackerna kan förekomma i ett spektrum från att individen inte har en psykisk sjukdom till ångest, förstämningssyndrom och somatoforma sjukdomar. Studier har visat att när attackerna drabbar människor med latinamerikansk bakgrund i USA är det ofta tecken på social och psykiatrisk sårbarhet [17].

DSM-IV och kulturell variation

I inledningen till DSM-IV konstateras att flera psykiatriska tillstånd påverkas av kulturella och etniska faktorer avseende uttryck och sjukdomsförlopp. Till kapitlen om olika sjukdomsgrupper finns avsnitt som diskuterar kulturell variation och variation vad gäller genus och ålder i symtombilder. När det gäller bedömning av ångestsjukdomar lyfts bland annat följande fram i DSM-IV:

- Vid bedömning av generaliserat ångestsyndrom finns stora kulturella skillnader i hur ångest kan förmedlas. I vissa kulturella sammanhang uttrycks ångest främst genom kroppsliga symtom, och i andra genom kognitiva symtom. Vikten av att beakta det kulturella sammanhanget vid bedömning av graden av oro poängteras.
- Även innehålllet i specifika fobier (som till exempel rädsla för flygresor, höjder, djur, sprutor, åsynen av blod) kan variera kulturellt. Bedömning av rädsla för magi och andar problematiseras; dessutom betonas vikten av kunskap om individens kulturella referensram.

- Vad gäller social fobi konstateras att nedsättning av funktionsförmågan kliniskt sett skiljer sig åt mellan olika kulturer på grund av sociala krav.
- Vid tvångssyndrom är det viktigt att inte blanda ihop kulturella, sociala eller religiösa ritualer med tvångshandlingar. Här pekas på vikten av att känna till hur individens socio-kulturella referensgrupp ser ut för att kunna särskilja ritualer från tvång.
- Paniksyndrom och panikattacker kan i vissa kulturella och etniska grupper ha sin grund i en stark rädsla för trolldom och magi.

I DSM-IV appendix I finns en lista på så kallade kulturbundna syndrom (culture-bound syndromes). Listan innehåller lokalt förekommande tillstånd med lokala namn (exempelvis ataque de nervios, zar, susto, shin-byung) som inte är direkt kopplade till diagnostiska DSM-kategorier. Idén att benämna vissa tillstånd som kulturbundna har kritiserats [18] eftersom det snarare handlar om olika uttrycksvägar och orsaksförklaringar. Flera av de kulturbundna tillstånden anses ha en koppling till paniksyndrom, till exempel ataque de nervios.

Flyktingar särskilt utsatt riskgrupp

Flyktingar är en särskilt utsatt riskgrupp för psykiska sjukdomar, däribland ångestsjukdomar. Migration är i sig en kravfylld förändring med uppbrott, förlust och nyomställning. Flyktingar lever ofta under svåra och stressfyllda situationer före, under och efter flykt. Många har varit utsatta för våld, hot och övergrepp. Traumatiska händelser kan leda till utveckling av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) men också till andra allvarliga psykiska tillstånd som depression, fobi, personlighetsstörning och paniktillstånd [19]. En studie av självrapporterad ångest, sömnsvårigheter och svår smärta hos turkiskfödda migranter och en grupp svenskfödda som gjordes utifrån data från ULF (Undersökning av levnadsförhållanden) visar en högre risk för ångest, sömnsvårigheter och smärta för de turkiskfödda [20].

Hänsyn till kultur vid diagnostik av ångestsjukdomar

Som stöd för att beakta betydelsen av kultur och kontext vid psykiatrisk diagnostik finns i DSM-IV:s appendix I ett förslag till en så kallad kulturformulering [4]. Det är en personinriktad (idiografisk) och etnografiskt baserad intervju inriktad på att ta del av patientens eget perspektiv på sjukdom och besvär. Kulturformuleringen kan användas som ett komplement till den multiaxiala diagnostiken och bidra till en förbättrad förståelse av patientens symtombeskrivningar. Den kan leda till en individualiserad behandlingsplan som tar hänsyn till patientens sjukdomssyn och förväntningar.

För att underlätta den praktiska användningen av kulturformuleringen har riktlinjer och manualer utvecklats, en på svenska [21]. (Se vidare »Regionalt vårdprogram för ångestsjukdomar« från Stockholms läns landsting [22].) I samband med revideringen av DSM-IV till DSM-5 pågår ett internationellt arbete med att ta fram en kort patientcenterad intervju som utgår från kulturformuleringen, och som kan användas rutinmässigt vid klinisk psykiatrisk diagnostik.

Behandling i mångkulturella vårdmiljöer

Vid behandling av ångestsjukdomar hos patienter i mångkulturella vårdmiljöer gäller samma evidensbaserade riktlinjer som i andra behandlingssituationer. Såväl vid psykologisk behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT) som vid läkemedelsbehandling är det viktigt att patienten får en tydlig information om diagnos och behandling. För patienter som inte är vana vid

»Stödåtgärder för den som befinner sig i en utsatt livssituation kan minska den generella ångestnivån.«

termer som ångest blir det särskilt viktigt att tänka på hur återkopplingen av diagnosen ska bli meningsfull. Kunskap om patientens sjukdomssyn och sätt att benämna ångestsymtom gör det lättare att göra bedömning och behandlingsförslag begrip- ligo. Exempelvis riskerar en ångestdiagnos att tolkas som att man är »galen« eller mot en religiös bakgrund har »bristande tro«. En studie om sjukdomsuppfattning hos en grupp turkisk- födda kvinnor i Stockholm som led av somatiseringsymtom visar att många tolkade läkarens besked om ångest som en all- varlig och stigmatiserande psykisk sjukdom, medan en grupp svenskfödda kvinnor använde begreppet ångest i vardagsprå- ket [23].

En del patienter vänder sig till aktörer utanför sjukvården för att få hjälp. Det kan exempelvis handla om folkliga läke- män (som en hodja), religiösa ledare (exempelvis en sheikh) eller utövare av alternativ medicin. Kunskap om patientens hjälpsökande gör det lättare att skapa samförstånd kring be- handlingstrategin. Dialog mellan lokala vårdenheter och re- ligiösa ledare eller läkemän kan bidra till kunskap, öppna för samverkan med sjukvården och ge stöd till behandlingar.

I mångkulturella vårdmiljöer är kunskap om patientens

psykosociala situation viktig. Stödåtgärder för den som befin- ner sig i en utsatt livssituation kan minska den generella ång- estnivån. För att få till stånd en god behandlingsallians är ofta familj och anhöriga viktiga. De kan fungera som ett stöd när de är införstådda med hur läkaren ser på patientens problem, och förstår hur behandlingen fungerar. Information om diag- nos och behandling på det egna modersmålet är värdefull både för patient och anhöriga och kan bidra till ökad behand- lingsföljsamhet.

För många människor är tröskeln till att söka psykiatrisk hjälp hög. I en del samhällen ses psykisk sjukdom som mycket skamlig och stigmatiserande. Särskilt svårt att hitta rätt i sjukvården är det för den som är nyanländ flykting och som har dålig kunskap i svenska språket och om hur sjukvården i Sverige fungerar. Hälsokommunikatörer är en ny yrkesgrupp som etablerats i flera landsting. De informerar nyanlända flyktingar på deras språk om hur reaktioner på migrations- stress kan te sig, om olika sjukdomstillstånd och om hur sjuk- vården i Sverige fungerar. Denna typ av brobyggande upplys- ningsarbete kan underlätta för individer att söka och ta emot hjälp i sjukvården.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ *Hälsokommunikatör Haibe Hussein har varit behjälplig med fallpresentation och översättning mellan somaliska och svenska.*

REFERENSER

- Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al. The cross-national epidemiology of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54:305-9.
- Kirmayer LJ. Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 Suppl 13:22-8.
- Lewis-Fernández R, Hinton DE, Laria AJ, et al. Culture and the anxiety disorders: recommendations for DSM-V. *Depress Anxiety*. 2010;27(2):212-29.
- American psychiatric association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed). Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2003.
- von Knorring L, Andersson H, Lichtenstein P, et al. Vanliga folk- sjukdomar som debuterar tidigt i livet. *Läkartidningen*. 2011;(108): 787-91.
- Bäärnhielm S, Ekblad S. Turkish migrant women encountering health care in stockholm. A qualitative study of somatization and illness meaning. *Cult Med Psychiatry*. 2000;24(4):431-52.
- Horwitz AV. *Creating mental illness*. Chicago: The University of Chicago Press; 2002.
- Shorter E. *From paralysis to fatigue. A history of psychosomatic illness in the modern era*. New York: The Free Press; 1993.
- Åsberg M, Mårtensson B. För- stämningssyndrom. I: Herlofson J, Ekselius L, Lundh LG, et al, redak- törer. *Psykiatri*. Lund: Student- litteratur; 2009.
- Westermeyer J, Janka A. Language, culture and psychopathology: conceptual and methodological issues. *Transcult Psychiatry*. 1997;34(3):291-311.
- Borra R. Depressive Turkish women in the Netherlands: a clinical challenge. A qualitative study. *Transcult Psychiatry*. 2011; 48(5):660-74.
- Nichter M. Idioms of distress: Al- ternatives in the expression of psy- chosocial distress: a case study from south India. *Cult Med Psy- chiatry*. 1981;5(4):379-408.
- Hinton DE, Pich V, Marques L, et al. Khyâl attacks: a key idiom of distress among traumatized cam- bodia refugees. *Cult Med Psychia- try*. 2010;34(2):244-78.
- Guarnaccia P, Lewis-Fernández R, Martínez Pincay I, et al. Ataque de nervios as a marker of social and psychiatric vulnerability: Results from the NLAAS. *Int J Soc Psychiatry*. 2010;56(3):298-309.
- Alarcón RD, Bell CC, Kirmayer LJ, et al. Beyond the funhouse mir- rors: Research agenda on culture and psychiatric diagnosis. In: Kupfer DJ, First MB, Regier DA (red). *A research agenda for DSM- V*. Washington: American Psychi- atric Press; 2002.
- Foa EB, Keane TM, Friedman MJ. *Guidelines for treatment of PTSD*. *J Trauma Stress*. 2000;13(4): 539-88.
- Steiner KH, Johansson SE, Sund- quist J, et al. Self-reported anxie- ty, sleeping problems and pain among Turkish-born immigrants in Sweden. *Ethn Health*. 2007; 12(4):363-79.
- Bäärnhielm S, Scarpinati Rosso M, Patty L. Kultur, kontext och psy- kiatriska diagnostik. Manual för intervju enligt kulturformulering- en i DSM-IV. Stockholm: Trans- kulturellt centrum, Stockholms läns landsting; 2007.
- Regionalt vårdprogram för ångest- sjukdomar. Stockholms läns landsting; 2011.
- Bäärnhielm S. Restructuring ill- ness meaning through the clinical encounter: a process of disruption and coherence. *Cult med Psychia- try*. 2004;28:41-65.

36 nummer per år

Ring vår annonsavdelning, 08-790 35 30, och boka utrymme i *Läkartidningen*

Utmanande saklig

Läkartidningen