

PRISPEVEK ANTROPOLOGIJE H KULTURNO OBVEŠČENI PSIHIIATRIJI

Duška Knežević Hočevar¹

POVZETEK

Članek presoja okoliščine vpeljave kulturnega pristopa v ameriško psihiatrijo, natančneje v oba priročnika duševnih motenj DSM-IV in DSM-5. Zatrjuje, da je to dejanje tudi zametek uveljavljanja obravnave duševnih motenj in obolenj z vidika kulture, zato ne preseneča, da so se v razpravo in konkretna dejanja preoblikovanja priročnikov vključili strokovnjaki na področju obojega – kulture in duševnega zdravja, zlasti pa medicinski antropologi in kulturni psihiatri. Sprva prispevek pojasni razloge za vpeljavo pojmov kulturno zamejen sindrom in načrt za kulturno formulacijo v DSM-IV. Zaradi izkazanih pomanjkljivosti je podskupina za medkulturna vprašanja DSM-5 dobri dve desetletji skušala nadalje operacionalizirati kulturni pristop do take mere, da bi psihiatri lahko učinkoviteje povezali diagnozo s kulturnimi okoliščinami osebe s težavami v duševnem zdravju. S tega vidika njihov rezultat – kulturno občutljiv intervju – vključuje posodobljeno opredelitev kulture kot odprtega, dinamičnega sistema, ki ga njegovo članstvo stalno poustvarja. Prav tako je utemeljen v podmeni, da so vse duševne motnje in obolenja tudi kulturne stvaritve, vključno z njihovimi opisi v omenjenih priročnikih. Udeleženi medicinski antropologi pa so poudarili, da je individualne duševne motnje nujno gledati tudi kot manifestacijo družbenostrukturnih neenakosti, kar sporočajo skozi koncept družbenega trpljenja.

Ključne besede: načrt kulturne formulacije, kulturno zamejen sindrom, kulturno občutljiv intervju, medicinska antropologija, kulturna psihiatrija

1. Doktorica antropologije, višja znanstvena sodelavka;
ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut, Novi trg 2, 1000 Ljubljana
E-naslov: duska@zrc-sazu.si

1 UVOD

Prijavna vloga je odobrena, naslov programa obeta, kako pa začeti? Med sooblikovalke_ce programa Z večjo pismenostjo o duševnem zdravju do obvladovanja motenj razpoloženja (OMRA) smo prijaviteljice iz ZRC SAZU in Inštituta Karakter povabile tudi lokalne udeležence_ce z neposredno ali posredno izkušnjo motnje razpoloženja. Zakaj? Strinjale smo se, da utemeljitev izvajanja različnih oblik programa, zlasti mobilnih delavnic v krajih severovzhodne Slovenije, predvsem na podlagi preverjenih evidenc o zdravju po občinah NIJZ (npr. o prejemnikih zdravil zaradi duševnih motenj, bolniških odsotnosti, zadovoljstvu z življenjem) ne bo zadoščala za identifikacijo »lokalnih posebnosti« v zvezi s prepoznavo, doživljanjem in obravnavo motenj razpoloženja. V enajstih pilotnih individualnih in enem skupinskem pogovoru tako z osebami z izkušnjo motnje razpoloženja kot tistimi, ki se poklicno srečujejo z njimi, smo nagovorile in pridobile dragocena razmišljanja, sugestije in predloge o lokalno pomembnih poudarkih, ki presega jo splošne ugotovitve, kot jih zagotavlja znanstvena literatura o opismenjevanju o duševnem zdravju (npr. Jorm, 2000).

Pilotno »preverjanje terena« je dragocen lakmus premislekov o pomanjkljivi lokalni infrastrukturi v zvezi z obravnavo ljudi s težavami v duševnem zdravju, o doživljanju kulture sramu in strahu, ki praviloma preprečujeta iskanje strokovne pomoči, o protipsihiatrični klimi in o ovirah, podporah in praksah (samo) stigmatizacije zlasti v podeželskem okolju, »kjer vsak vsakega pozna« (Knežević Hočevar, 2016). Kako bi opisali svoje počutje? Kaj mislijo drugi v vašem okolju, da je vzrok težavam v duševnem zdravju? Kaj v zasebnem in širšem okolju lajša oz. stopnjuje vaše slabo počutje? Katere oblike (samo)pomoči uporabljate v vašem okolju? Kako se počutite, ko greste k zdravniku? To so samo nekatera od vprašanj, ki smo jih za lokalne sogovornice_ke priredile na podlagi kulturno občutljivega intervjuja (v nadaljevanju KOI), ki je na voljo v peti izdaji Diagnostičnega in statističnega priročnika duševnih motenj (DSM-5) Ameriškega psihiatričnega društva (APA, 2013).

Pričujoči članek presoja sprva okoliščine vpeljave kulturnega pristopa v DSM-IV s pomočjo koncepta kulturno zamejeni sindromi in čez dve desetletji KOI v DSM-5. Pri tem zatrjuje, da lahko operacionalizacijo kulture v obliki KOI gledamo tudi kot prispevek antropologije h kulturno obveščeni psihiatriji.

2 OVINEK K ANTROPOLOŠKI OBRAVNAVI DUŠEVNIH MOTENJ Z VIDIKA DRUŽBENEGA TRPLJENJA

Preden se podrobneje lotimo pregleda kar več desetletij trajajoče razprave o tem, kako psihiatrična znanost v ZDA presoja kulturo v kontekstu duševnih motenj z vidika kulturno zamejenih sindromov, si na kratko oglejmo, kako se je veda o kulturah (antropologija) lotila duševnih motenj. Poučen pregled historiatu zagotavlja nedavno delo (2017) antropologinje Nichole Khan s povednim naslovom *Duševna motnja – antropološki vpogledi*. Bralstvo izve, kako so antropologi različnih raziskovalnih usmeritev in v različnih obdobjih presojali duševne motnje, njihovo obravnavo in zdravljenje. Pri tem se seznanimo z odmevnejšimi intelektualnimi paradigmatскими preklopi antropoloških obravnav duševnih motenj, npr. od njihove presoje z vidika osredotočenosti na rase kot biološke kategorije v prvi polovici 20. stoletja, nato osredotočenosti na kulturo ljudi z duševnimi motnjami do 80. let prejšnjega stoletja, do raziskovalnih zanimanj od 90. let prejšnjega stoletja dalje, ki se osredotočajo na vprašanje, kako je duševna motnja oblikovana skozi institucionalne oblike moči in globalizacijo. Antropologi se vedno bolj ukvarjajo tudi s stopnjevano medikalizacijo psihiatrije od farmacevtske industrije in s povratkom bioloških razlag, ki praviloma podcenijo nebiološke vzroke duševnih motenj. Aktualna vrnitev k biološkim razlagam predvsem zaradi vidnega napredka v raziskavah možganov, nevroznanosti in epigenetike, po mnenju Khanove, ni enoznačna. Zlasti medicinski antropologi poudarjajo, da je cilj medicine – zdravljenje simptomov duševnih motenj – nujno umestiti v širše družbene in kulturne okoliščine, revščino in zatiralske odnose, ki utegnejo nesorazmerno izpostaviti določene skupine ljudi določenim vzorcem obolenj.

Zgleden primer je skupina medicinskih antropologov, ki je bila in je še vedno vpletena v razpravo o družbenem trpljenju (Farmer, 2009; Kleinman, 1995; Kleinman in sod., 1997; Schepher-Hughes in Lock, 1987; Young, 1995) in med drugim prevprašuje tudi v zahodni medicini (psihiatriji) še vedno uveljavljeno dediščino kolonialnih, esencialističnih predstav o »kulturah drugih« (primitivnih družbah) in »naših družbah«, ki naj bi bile neodvisne od kulture. Skupno jim je, da naslavljajo tako osebno kot kolektivno doživljanje bolečine in duševnih stisk z močno navezavo na družbene in kulturne okoliščine, ki ju pogojujejo in tudi blažijo. Izhajajo iz podmene, da so »družbene sile« vpisane v duševno in utelešeno izkustvo bolečine, obolenja in travme in da bi posamično trpljenje morali razumeti kot manifestacijo družbenostrukturnih neenakosti ali celo za-

tiranja. Pri tem so kritični do ločenih polj obravnav take problematike, čeprav se med seboj prepletajo. Travme, bolečine ali duševne motnje, ki so posledica krutosti družbenih sil, so zdravstvene problematike, zadevajo pa tudi politična in kulturna vprašanja. Avtorji poudarjajo tudi razsežnost univerzalnosti temeljev družbenega trpljenja, ki presegajo meje posamične kulture (Kleinman in sod., 1997), vendar so nekateri previdni in kljub poudarjanju univerzalnosti družbenega trpljenja zagovarjajo uporabnost koncepta kulture. Tako je Robbins (2013) prepričan, da se tvornost trpečih kot odziva na družbeno trpljenje kaže zlasti v njihovem zamišljanju »dobrega«, vrednot, moralnosti, upanja, spremembe ipd., kar je kulturno pogojeno. Hkrati avtor upravičeno opozori na izgubo kulturne razlike, če se osredotočimo na trpljenje kot univerzalni pojav (Robbins, 2013), kar je prav tisti kamen spotike, ki ga antropologi »očitajo« dekontekstualizirano zasnovanim medicinskim presojam duševnega zdravja.

3 KULTURNO ZAMEJENI SINDROMI

Kako lahko antropologi pomagajo strokovnjakom na področju duševnega zdravja, ki delajo s pripadniki političnih manjšin, marginaliziranih skupnosti ali različnih etničnih skupin? Kako lahko prispevajo k problematiki opisov duševnih motenj v psihiatričnih klasifikacijah, ki so lahko splošno uporabni ali kulturno specifični?

Ti vprašnji lahko presojamo z vidika potrebe po vključitvi koncepta kulturno zamejenega sindroma v priročnik DSM-IV (APA, 1994). Razlog za to se nanaša na v ameriški družbi stopnjevano iskanje pomoči zaradi težav v duševnem zdravju kulturno (etnično) raznolikih oseb predvsem zaradi priseljevanja, drugi razlog pa je vezan na internacionalizacijo različnih izdaj DSM-IV (Guarnaccia in Rogler, 1999).

Kulturno zamejen sindrom je izraz, ki ga je skoval psihiater Pow Ming Yap v 60. letih prejšnjega stoletja. Opazil je, da so strokovnjaki, ki so delovali v azijskih, pacifiških in t. i. plemenskih družbah, opisovali vedenjske sindrome, ki niso bili poznani v tedanji mainstreamski psihiatriji, zgolj z izrazi lokalnih jezikov. Zavzel se je, da bi take »netipične kulturno zamejene odzivne sindrome« vključili v psihiatrično nomenklaturu kot lokalne variante sicer univerzalnih kategorij psihiatričnih bolezni, ki so opisane v priročnikih DSM (Yap, 1969). Čeprav je polje kulturne psihiatrije že od 80. let prejšnjega stoletja presojalo lokalne vrednote, prepričanja, družbene strukture in skupnosti pri poteku in izidih duševnih obolenj, se je izraz kulturno zamejen sindrom zares uveljavil šele v 90. letih.

Dobesedno je naveden v Dodatku I četrte izdaje DSM-IV, njegovo opredelitev pa je posodobila skupina strokovnjakov za kulturo in duševne motnje (antropologov in kulturnih psihiatrov),² ki ga je opredelila kot »ponavljajoče, lokalno specifične vzorce odklonskega vedenja in težavnega doživljanja, ki je lahko ali tudi ne povezan s posamično DSM-IV diagnostično kategorijo« (APA, 1994: 844). Skupina je prispevala tudi slovarček opisov najbolj raziskanih 25 kulturno zamejenih sindromov.

V Dodatku I je tudi načrt za kulturno formulacijo, ki naj bi psihiatrom kot pripomoček pomagal povezati kulturni kontekst z diagnozo. S pomočjo načrta naj bi psihiatri skušali pridobiti informacije o kulturni identiteti bolnikov, o obolenjih skozi njihovo specifično kulturno izrazje, o podpornih in oviralnih dejavnikih njihovega psihosocialnega in kulturnega okolja in identificirati kulturne razlike med njimi in bolniki, ki bi utegnile vplivati na diagnozo in obravnavo.

Toda z načrtom ni bil nihče povsem zadovoljen. Poleg za nevesče psihiatre časovno zahtevnega pridobivanja kontekstualnih informacij na podlagi načrta so mainstreamski psihiatri bolj poudarjali univerzalne, nevropsihološke razsežnosti kulturno zamejenih sindromov, kulturni psihiatri in psihiatrični (medicinski) antropologi pa so se zavzemali, da bi jih morali raziskovati v lastnih zgodovinskih kontekstih, neodvisno od tega, kako sovpadajo s standardno diagnostično klasifikacijo DSM-IV. Celo Yap je že leta 1974 podvomil o veljavi nadkulturnih, univerzalnih psihiatričnih priročnikov in zatrjeval, da so ti zgodovinsko utemeljeni v izkušnjah zahodne psihiatrije (Yap, v: Guarnaccia in Rogler, 1999). Prav tako pa so antropologi opozarjali, da kulturno zamejen sindrom sporoča zamejenost in lokaliziranost kulture, ki spominja na zastarelo prakso rabe statičnega koncepta kulture, po katerem zadošča, da poznamo seznam ustaljenih (nespremenljivih) kulturnih značilnosti in vanj umestimo in že vnaprej stereotipno obravnavamo pripadnika (pacienta) določene kulture.

4 KOI

Da je kultura dinamičen (spremenljiv) sistem, ki ga njegovo članstvo stalno postvarja, je poudarila skupina mednarodnih antropologov in kulturnih psihiatrov, znana kot podskupina za medkulturna vprašanja DSM-5, ki je skušala operacionalizirati načrt za kulturno formulacijo (Lewis-Fernández in sod., 2014). To ji je uspelo s pomočjo KOI, izhajala pa je iz podmen, da so »vse oblike stisk lokalno

2. Njeno članstvo lahko najdemo med svetovalci o medkulturnih vprašanjih v Dodatku J DSM-IV.

oblikovane, vključno z motnjami [ki so opisane v glavnem besedilu] DSM« (APA, 2013: 758), da so kulture odprti, dinamični sistemi, ki se v času spreminjajo, in da so kultura, rasa in etničnost povezani z ekonomskimi neenakostmi, rasizmom in diskriminacijo, kar ima za posledico neenakosti v zdravju (APA, 2013).

S KOI naj bi psihiatri lažje obvladovali težave pri diagnosticiranju zaradi kulturnih, verskih ali socioekonomskih razlik med njimi in posamezniki, negotovosti glede neskladnosti med kulturno različnimi simptomi in diagnostičnimi merili, težave pri presoji resnosti obolenja, nestrinjanje o poteku obravnave med njimi in posamezniki ali njihovo omejeno sodelovanje oz. vztrajanje v obravnavi. Podskupina DSM-5 je bila kritična tudi do koncepta kulturno zamejenega sindroma iz DSM-IV, saj po njenem mnenju ni nagovarjal pomembnih kulturnih razlik razlag ali doživljanj duševnih težav, ampak se je bolj osredotočal na odkrivanje kulturno različnih konfiguracij simptomov, pri čemer je preveč poudarjal lokalne posebnosti pa tudi omejeno razširjenost kulturnih konceptov stisk (APA, 2013). Kot ustreznejše je predlagala koncepte *kulturni sindromi*, *kulturni idiomi stisk* in *kulturne razlage stisk ali zaznani vzroki* zanj (APA, 2013: 758; poudarki so izvirni), ki so bili tudi iztočnica za oblikovanje KOI. Tega so mednarodni strokovnjaki testirali med novembroma 2011 in 2012 na 12 klinikah v šestih državah,³ da je v končni obliki 16 vprašanj na štirih področjih⁴ z natančnimi navodili in v dveh različicah – za osebe s težavami v duševnem zdravju in njihove zastopnike – na razpolago psihiatrom v peti izdaji DSM-5 (APA, 2013: 752–757; Lewis-Fernández in sod., 2014).

Podskupina je razvila tudi 12 dodatnih modulov za razširitev KOI, če bi psihiater želel poglobiti določeno področje, in oblikovala slovarček osmih najpogosteje raziskanih kulturnih konceptov stisk, ki jih je povezala tako s podobno opisanimi zdravstvenimi stanji v drugih kulturnih kontekstih kot tudi z opisanimi duševnimi motnjami v glavnem besedilu DSM-5. Duševna motnja, ki je npr. v slovarčku opisana pod *ataque de nervois* (APA, 2013: 833) in sta jo poglobljeno raziskovala Lewis-Fernández in Aggrawal (2015) med Portoričani v Portoriku kot tudi v ZDA, je v DSM-5 prečno napotena na sorodna stanja v drugih kulturnih kontekstih (npr. *black out* na jugu ZDA) in na sorodna stanja v glavnem besedilu DSM-5, kot je panični napad. Prav nova oblika prečnega sklicevanja in KOI naj

3. Klinike so se nahajale v ZDA, Kanadi, Peruju, na Nizozemskem, v Keniji in Indiji.

4. Vsebine štirih področij ocenjevanja si sledijo v naslednjem zaporedju: 1. kulturna opredelitev – težave (vprašanja od 1 do 3), 2. kulturna zaznava vzroka, konteksta in podpore (4–10), 3. kulturni dejavniki, ki pogojujejo samoobvladovanje in preteklo iskanje pomoči (11–13), in 4. kulturni dejavniki, ki pogojujejo zdajšnje iskanje pomoči (14–16) (APA, 2013: 751).

bi pomagala psihiatrom, da ocenijo vsako obolenje v kulturnem kontekstu, da se izognejo napačnim diagnozam, pridobijo uporabne informacije, izboljšajo odnos do pacienta in učinkovitost terapije in razjasnijo kulturno epidemiologijo (APA 2013: 758–759).

5 ZAKLJUČEK

Čeprav lahko prizadevanja antropologov v kontekstu oblikovanja DSM-5 označimo za pomemben korak zagledanja težav v duševnem zdravju tudi z vidika konteksta oz. kulture, nekateri menijo, da bi kultura morala imeti še vidnejšo vlogo v psihiatričnem raziskovanju, teoriji in praksi (Kirmayer in sod., 2015; White in sod., 2017). Zlasti antropologi (Kirmayer in sod., 2015) poudarjajo, da uradna psihiatrična klasifikacija duševnih motenj in bolezni skuša opisati težave tako, da jih še vedno praviloma abstrahira iz kontekstov in jim pripiše določene vrste splošnih značilnosti in procesov, čeprav bi v zdravstveni praksi probleme morali nagovoriti in razumeti v odnosu z njihovo lokalno zgodovino in spremenljivimi konteksti. Prav z umeščanjem trpljenja in zdravljenja v lokalne in globalne svetove znanj, pomenov in vrednot lahko antropologi in drugi družboslovci bistveno prispevajo k psihiatriji. In prav spoznanje, da te okoliščine pogojujejo težavne položaje posameznikov, družin in skupnosti, razpirajo vprašanja o delovalnosti in vrednotah udeleženih v psihiatrično prakso. Samo strinjamo se lahko z avtorji uvodnika v zbornik Re-vizioniranje psihiatrije: kulturna fenomenologija, kritična nevroznanost in globalno duševno zdravje, da so »težave duševnega zdravja in obolenj preveč kompleksne in pomembne, da bi jih pustili zgolj eni disciplini« (Kirmayer in sod., 2015: 28).

Brez pretiravanja lahko zaključim, da smo izvajalke programa OMRA edina več-disciplinarna ekipa, ki jo sestavljajo psihiatrinja, psihologinja, antropologinja in sociologinja, ki se je lotila opismenjevanja o duševnem zdravju na Slovenskem ravno s pomočjo KOI z udeleženkami_c raziskave v začetni fazi oblikovanja programa. Brez njihovih dragocenih razlag motenj razpoloženja, zasebnih in lokalnih okoliščin, sugestij in predlogov o primernih oblikah njegove izvedbe, zadovoljstvo z delavnicami programa več kot 1000 udeleženk_cev verjetno ne bi bilo tako pozitivno, kot to izkazujejo evalvacije učinkovitosti programa.

Literatura

- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA: APA, 2013.
- Farmer P. On Suffering and Structural Violence. A View from Below. *Race/Ethnicity: Multidisciplinary Global Contexts* 2009; 3(1): 11–28. Dostopno na: http://www2.kobe-u.ac.jp/~alexroni/IPD%202016%20readings/IPD%202016_10/On%20suffering%20and%20structural%20violence.pdf (citirano 31. 7. 2019)
- Guarnaccia PJ, Rogler LH. Research on Culture-Bound Syndromes: New Directions. *American Journal of Psychiatry*. 1999; 156: 1322–1327.
- Jorm AF. Mental Health Literacy: Public Knowledge and Beliefs about Mental Disorders. *British Journal of Psychiatry*. 2000; 177, 396–401.
- Khan N. *Mental disorder: Anthropological insights*. Toronto: University of Toronto Press, 2017.
- Kirmayer LJ, Lemelson R, Cummings CA. Introduction. In: Kirmayer LJ, Lemelson R, Cummings CA, eds. *Re-Visioning Psychiatry: Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience, and Global Mental Health*, New York, Cambridge University Press, 2015: 1–38.
- Kleinman A. *Writing at the Margin: Discourse between Anthropology and Medicine*. Berkely: University of California Press, 1995.
- Kleinman A, Das V, Lock M. Introduction. In: Kleinman A, Das V, Lock M, eds. *Social Suffering*. Berkely, Los Angeles, London, University of California Press, 1997: IX–XXVII.
- Knežević Hočevar D. Nasilje v družinah v okoljih, kjer »vsak vsakega pozna«: nekateri pomisleki. *Socialno delo*. 2016; 55(1/2): 39–53.
- Lewis-Fernández R, Aggarwal NK, Bäärnhielm S, Rohloff H, Kirmayer LJ, Weiss MG in drugi. Culture and Psychiatric Evaluation: Operationalizing Cultural Formulation for DSM-5. *Psychiatry* 2014; 77(2): 130–154, doi: 10.1521/psyc.2014.77.2.130
- Lewis-Fernández R., Aggarwal NK. Psychiatric Classification Beyond the DSM: An Interdisciplinary Approach. In: Kirmayer LJ, Lemelson R, Cummings CA, eds. *Re-Visioning Psychiatry. Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience, and Global Mental Health*, New York, Cambridge University Press, 2015: 434–468.
- Robbins J. Beyond the Suffering Subject: Toward an Anthropology of the Good. *Journal of the Royal Anthropological Institute*. 2013; 19: 447–462.
- Scheper-Hughes N, Lock MM. The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly, New Series*. 1987; 1(1): 6–41.
- White RG, Orr DMR, Read UM, Jain S. Situating Global Mental Health: Sociocultural Perspectives. In: White RG, Orr DMR, Read UM, Jain S, eds. *The Palgrave Handbook of Sociocultural Perspectives on Global Mental Health*, London, Palgrave Macmillan, 2017: 1–27.

- Wilkinson IM, Kleinman AA. *Passion for Society: How We Think About Human Suffering. Public Anthropology*. Oakland, California: University of California Press, 2016.
- Yap PM. The Culture-Bound Reactive Syndrome. In: Caudill W, Lin T, eds. *Mental Health Research in Asia and the Pacific*, Honolulu, East West Center Press, 1969: 33–53.
- Young A. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1995.