

Psykiske lidingar og kulturell variasjon

Betyr historisk og kulturell variasjon i psykiske lidingar at diagnosar er relative?

TEKST

Steinar Bøyum

Simon Øverland

PUBLISERT 5. september 2014

ABSTRACT:

Mental disorder and cultural variation

Historical and cultural variations with respect to mental disorders are sometimes used to support a relativist view of diagnoses. On this view, it is not an objective matter whether someone in another culture has a certain mental disorder or not, since these disorders are culturally constructed. This view also implies that it is impossible to obtain valid epidemiological knowledge across cultures. In this article, the authors argue against this view, and claim that historical and cultural variation do not imply relativism. They do so by distinguishing different types of variation, showing in each case how the variation is compatible with an objective understanding of diagnoses. The conclusion is that it may be difficult, but not impossible in principle, to compare the extent of mental disorders across cultures.

Key words: diagnosis, mental disorder, relativism, culture, philosophy of psychiatry

Ein kan nærme seg fundamentale spørsmål om psykiske lidingar ved å reflektere over historisk og kulturell variasjon. Me treng ikkje reise langt tilbake eller langt bort for å finne slik variasjon. Dei siste tiåra har me til dømes sett ein auke i behandling av psykiske lidingar (Brofoss, Larsen & Friis, 2009). I møte med slik endring kan ein reagere ulikt. Nokre vil hevde at meir behandling speglar ein reell auke i førekomst: Det er rett og slett fleire med psykiske lidingar enn før (Torrey & Miller, 2001). Andre vil hevde at det er tilgangen på og søkinga etter behandling som har auka (Kessler et al., 2005). Men ingen av desse forklaringane stiller grunnleggjande spørsmål ved diagnosar. Dei føreset begge at me kan ha objektiv kunnskap om førekomsten av psykiske lidingar på ulike tidspunkt.

Det finst ein tredje reaksjon på historisk og kulturell variasjon, som trekkjer meir radikale konklusjonar. I dette perspektivet blir variasjon brukt til å understøtte eit *relativistisk* syn på psykiske lidingar (Fabrega, 1989). Essensen i dette synet er at slike lidingar er sosialt eller kulturelt konstruerte (Mallon, 2007): «Changing definitions and explanations of mental illness provide evidence for a cultural and social constructionist perspective» (Agbayani-Siewert et al., 1999, s. 20). Medan det reknast som eit objektivt

faktum om ein person i ein annan kultur har kreft eller ikkje, uavhengig av korleis han sjølv eller samfunnet rundt han ser på saka, så er det ikkje eit objektivt faktum om den same personen har ei viss psykisk lidning. Det kjem an på korleis kulturen han høyrer til, fortolkar tilstanden. Implikasjonen verkar å vere at det er uråd med epidemiologiske undersøkingar av psykiske lidingar på tvers av kulturar.

I det følgjande skal me rydde i omgrep og argument, og drøfte om kulturell variasjon gir grunn for relativisme om psykiske lidingar. Relativismeproblematikken er nemleg sett saman av fleire ulike filosofiske problem (Hales, 2011). Me skal ta til med å skilje ut den relevante tydinga av relativisme, før me gir døme på relativistiske syn på psykiske lidingar. Deretter skal me gå gjennom ulike former for kulturell variasjon med omsyn til psykiske lidingar. Gjennom å skilje desse frå kvarandre og behandle dei kvar for seg, argumenterer me mot dei nemnde trugsmåla mot samanlikning av psykiske lidingar over større historiske og kulturelle avstandar.

«Kan me anerkjenne kulturell variasjon utan at relativisme og konstruktivisme vert svaret?»

Me vil prøve å halde diskusjonen i eit enkelt språk. Terminologien me skal bruke, kan skildrast slik: Menneske opplever nokre mentale tilstandar som problematiske, og me kan erfare desse gjennom kjensler, tankar og åtferd. Psykiatriske diagnosar skildrar sett av kjensler, tankar og åtferd som definerer nokre slike mentale tilstandar som psykiske lidingar. Desse definisjonane angir såleis kriterium for om ein viss tilstand er uttrykk for ei viss psykisk lidning. I dagens klassifikasjonssystem er diagnosekriteria for psykiske lidingar hovudsakleg symptom, medan dei for somatiske lidingar oftare omfattar underliggjande biologiske årsaker eller markørar for lidinga. Me fokuserer ikkje på nokon spesifikk diagnose, men «depresjon» kan tene som modell for mange av argumenta.

Kulturell variasjon kan bety både historisk variasjon, det vil seie skilnader mellom ulike kulturar til ulike tider, og geografisk variasjon, det vil seie skilnader mellom ulike kulturar på same tid. Me skal for det meste sjå på historisk variasjon, men dei same argumenta gjeld også variasjon av den typen som sosialantropologien studerer. Det vesentlege er at menneske i ulike kulturar har ulike (oppfatningar av) psykiske lidingar, enten det er kulturar til andre tider eller på andre stader.

Filosofisk relativisme

Relativisme fungerer i debattar ofte som det mjuke motstykket til positivisme: eit vagt ord som ein helst nyttar om andre enn seg sjølv. Sidan det har ein etablert filosofisk bruk, skal me likevel nytte det her (Hales, 2011). Me kan skilje mellom ulike former for relativisme gjennom tre dimensjonar (Swoyer, 2014).

Den første dimensjonen angår relativismen si *rekkevidde*. Her skil ein mellom lokal og global relativisme, der lokal relativisme er avgrensa til eit bestemt kunnskapsområde,

medan global relativisme gjeld kunnskap generelt. Fokuset for denne artikkelen er ein lokal variant, nærare bestemt relativisme om psykiske lidningar.

Den andre dimensjonen angår *kva* ein reknar som relativt. Dei vanlegaste kandidatane er sanning, kunnskap og omgrep. I denne artikkelen er det visse *omgrep* som er det primære objektet for relativismen, både overordna omgrep som helse, normalitet og sjukdom, og omgrep for einskilde psykiske lidningar. Men sidan kunnskap er basert på omgrep, så vil omgrepsrelativisme ofte implisere relativisme også om kunnskap.

Den tredje dimensjonen angår kva det relative blir sagt å vere relativt *til*. Dei vanlegaste kandidatane her er individ, språk, periodar eller kulturar. I denne teksten er det kulturel relativisme som er det aktuelle, enten kulturane er samtidige eller fortidige. Me skal seinare problematisere oppfatninga om at kulturar er skarpt fråskilde, men som ein foreløpig definisjon kan me seie at «kultur» refererer til det systemet av tillærte verdiar, normer, praksisar og oppfatningar som bind eit samfunn saman (Prinz, 2007).

Me har no presisert kva type relativisme me skal vere interesserte i, nemleg det synet at omgrep for psykiske lidningar er relative til den kulturen dei høyrer heime i. Det betyr at kva ein reknar som lidningar, er avhengig av, og berre gir mening i, bestemte kulturar, og at omgrep for slike difor ikkje kan brukast utanfor desse. Ein kan tenkje på relativisme som ein respons på variasjon i omgrep og oppfatningar. I staden for å sjå variasjon som usemje, der nokon har rett og andre har feil, inneber relativisme at kvar kan ha rett ut frå sin kultur. Ein kulturelt bestemt klassifisering av åtferd, kjensler og tilstandar i normale og unormale, sunne og usunne, er ikkje meir gyldig enn ein annan, sidan kvar klassifisering er tilpassa den enkelte kulturen sine verdiar, interesser og praksisar. Ifølgje relativismen finst det difor ikkje objektive eller universelle fakta om psykiske lidningar – alle psykiske lidningar er like kulturbundne som dei såkalla «culture-bound syndromes» i DSM-IV (Bhugra et al., 2007).

Kulturel relativisme og psykiske lidningar

Kulturel relativistiske perspektiv på psykiatri har lang historie (Fabrega, 1989). Eit klassisk eksempel er Benedict (1934), som hevda at omgrep om normalitet er konstituerte av kulturelle definisjonar, og at vestlege normer difor ikkje kan generaliserast. Liknande syn finn ein i 1960-talets antipsykiatri. Dette gjeld særleg Foucault (2008), som me skal kome tilbake til, men også Szasz (1974) sitt syn på mentale lidningar som metaforar og Scheff (1999) sin merkelappteori. I denne tradisjonen, som er ført vidare i kunnskapssosiologiske studiar av psykiske lidningar (Conrad & Schneider, 1992), ser ein psykiatri som ein type sosial kontroll: symptomåtferd er djupast sett ikkje noko anna enn avvik frå sosiale normer. Objektiv sanning blir då erstatta med definisjonsmakt, og sidan diagnosar slik speglar sosiale maktstrukturar, er dei ikkje universelt gyldige.

Sjølv om kulturel relativisme gjerne går hand i hand med psykiatrikritikk, så finst det unntak. Eit eksempel er Bolton (2008), som hevdar at diagnosar ikkje involverer objektive standardar, men refererer til avvik frå sosiale normer og difor berre kan vurderast pragmatisk etter kva konsekvensar det har å handsame noko som ei lidning. I motsetnad til psykiatrikritikarar meiner Bolton at dagens DSM-diagnosar kjem godt ut i

ei slik vurdering. Det verkar likevel rimeleg å hevde at relativisme strid mot sjølve grunnlaget for DSM: «This manual assumes that its various diagnostic entities ... are universal so that the symptoms defining each diagnosis are comparable wherever and whenever they appear» (Horwitz, 2012, s. 559).

Ei anna kjelde til relativisme kjem frå historiske og tverrkulturelle studiar (Fabrega, 1995; Agbayani-Siewert et al., 1999). I denne tradisjonen støyter ein gjerne på oppfatningar om at våre vestlege psykiatriske diagnosar ikkje er universelt gyldige (Jenkins et al., 1991; Kleinman, 1986): «Psychiatric categories are bound to the context of professional Psychiatric theory and practice in the West» (Kleinman, 1977, s. 4). Liknande syn finn me hjå ein framstående norsk debattant som Tor-Johan Ekeland, som hevdar at «psykologien i hovedsak er en vestlig psykologi» (2012, s. 749). Det er også teikn på at Ekeland ikkje vil avgrense dette til psykiske lidningar: «Å karakterisere ein biologisk prosess som sjukdom inneber å veve den inn i ein kompleks vev av sosial mening. Alle diagnosar av sjukdom er difor fundamentalt sett sosiale konstruksjonar» (2003, s. 57).

Som dette sitatet viser, kjem relativisme i seinare tid ofte til uttrykk gjennom oppfatningar om at mentale lidningar er sosialt eller kulturelt konstruerte: «the most important way that mental illness can be said to be socially constructed is that it is identified and determined by social criteria » (Bowers, 1998, s. 191). Det finst også avgrensa former for konstruktivisme. Horwitz (2002) hevdar til dømes at dei fleste, men ikkje alle diagnosar er kulturelle konstruksjonar. Meir lokale konstruktivistiske teoriar har også blitt lansert, om PTSD (Young, 1995), Asperger (Molloy & Vasil, 2003) og schizofreni (Boyle 2002).

Målet vårt i det følgjande er ikkje å ta opp relativismeproblematikken i si fulle breidde, men å diskutere eit meir avgrensa spørsmål: Kan me anerkjenne kulturell variasjon utan at relativisme og konstruktivisme vert svaret? Framgangsmåten vår er å skilje mellom ulike typar kulturell variasjon i psykiske lidningar, og vurdere om nokon av dei gir grunnlag for relativisme. I praksis kan det vere vanskeleg å skilje mellom desse typane av variasjon, men prinsipielt er det viktig å halde dei frå kvarandre, sidan dei reiser forskjellige filosofiske problem og progressivt meir alvorlege utfordringar for den objektive validiteten til diagnosar.

Variasjon i førekomst

Den første typen kulturell variasjon er den me såg på i innleiinga. Gitt eit sett definisjonar av psykiatriske diagnosar kan førekomsten av psykiske lidningar variere etter kulturelle tilhøve (Schumaker, 2001). Førekomsten kan til og med variere så mykje at enkelte lidningar berre kjem til syne i enkelte samfunn. Ian Hacking (1999) hevdar at såkalla «fugue», ei form for dissosiativ lidning der ein brått la ut på månadlange reiser før ein kom til seg sjølv att og lurde på kvar ein var, oppstod i Frankrike rundt 1890 og forsvann tjue år seinare. Men i den perioden vart mange menn råka av lidinga, som i ein regelrett psykisk epidemi. I ein liknande studie har Gill Speak (1990) skildra ei utbreidd

psykisk lidning på 1500- og 1600-talet: Menneske som fekk det for seg at kroppen deira var laga av glas, og at dei difor korkje kunne sitte eller springe i frykt for å bli knuste.

Denne typen variasjon impliserer ikkje relativisme. Tvert imot. For om me ikkje kunne ha objektiv kunnskap om psykiske lidningar på tvers av kulturar, ville me ikkje ein gong visst kva som varierte, og kor mykje. Variasjon i førekomst føreset difor objektiviteten til psykiatriske diagnosar. Dessutan: Å peike på at eit visst fenomen har sosiale eller kulturelle årsaker, gjer ikkje fenomenet noko mindre objektivt. I så fall ville også somatiske diagnosar vore relative, for liknande variasjon finn me der (Kagawa-Singer et al., 2006). Det kan vere at førekomsten av psykiske lidningar er meir *sensitiv* for sosiale og kulturelle faktorar enn somatiske sjukdommar, men det er i så fall ein gradforskjell, ingen prinsipiell forskjell. Relativismen verkar difor å kvile på eit altfor skarpt skilje mellom psykiske lidningar og somatiske sjukdommar.

Variasjon i diagnosar

Meir djuptgripande variasjon får me når sjølve diagnosane forandrar seg. Her er det ikkje førekomsten av psykiske lidningar som varierer, men måten å klassifisere dei på. Dette kan vere små endringar, som til dømes høvet mellom depresjon i DSMIV og DSM-V. Det kan også vere meir omfattande endringar, som når ein forkastar ein diagnose heilt, til dømes fordi dei tilfella som den gamle diagnosen omfatta, no vert dekte av andre, med «hysteri» som mogeleg døme på dette (Scull, 2011). Talet på enkeltdiagnosar har òg auka kraftig i løpet av diagnosemanualane sin eksistens. Psykiatrien si historie rommar mange skifte av dette slaget, og det vert stadig peika på behov for omleggingar av diagnosesystema, mellom anna for å auke deira praktiske nytteverdi (Jacob, 2014).

Korleis kan ein skilje mellom variasjon i førekomst og variasjon i diagnosar? Prinsipielt er skilnaden klar. Den første typen variasjon er at ein kan observere auking eller minking *gitt* eit sett definisjonar, medan den andre typen er at sjølve definisjonane endrar seg. I den første typen endrar verda seg, medan i den andre typen er det språket som me nyttar til å skildre verda, som endrar seg. I praksis kan det vere vanskeleg å skilje mellom dei, ikkje minst sidan me til dels forstår oss sjølve gjennom språket. Ta til dømes glasmennene. Er dette ei psykisk lidning som ikkje førekjem lenger, eller blir snarare tilstanden klassifisert annleis i dag? Det kan vere vanskeleg å svare på, sidan det er eit spørsmål om grader av likskap og skilnad. Vidare kan det vere kontroversielt om me har å gjere med den eine eller andre typen endring. Horwitz og Wakefield (2007) hevdar til dømes at den tilsynelatande auken i depresjon skuldast ei problematisk endring av diagnosen, men dette er omstridd (Pies, 2008).

Trass i desse vanskane gir heller ikkje kulturell variasjon i diagnosar nokon prinsipiell grunn til å tvile på at psykiske lidningar kan vere objektive. Det er framleis eit objektivt spørsmål om det har blitt meir eller mindre av visse lidningar, så lenge ein har klart for seg kva omgrep ein nyttar. Det faktum at «public school» betyr privatskule i britisk engelsk og offentleg skule i amerikansk engelsk gjer ikkje sanninga av «This is a public school» noko mindre objektiv – me må berre vite kva språk me nyttar. Det same gjeld

diagnosar. Gitt kriteria for depresjon i DSM-IV vil denne personen ikkje gjelde som deprimert, men gitt kriteria i DSM-V vil han det. Gitt Freud si forståing av hysteri, vil denne personen vere hysterisk, men gitt vår terminologi vil personen lide av til dømes angst.

Taksonomisk forandring er ein viktig del av utviklinga innanfor dei fleste fag (Ereshefsky, 2001). Endringar i til dømes medisinsk sjukdomsklassifisering speglar, får me håpe, auka kunnskap om sjukdommane. Ei form for relativisme vil vere å nekte for at me kan skilje mellom forbetring og forandring av klassifiseringar. Det verkar likevel som ei overdriving. Me har fleire kriterium for å seie om eit taksonomisk system er betre enn eit anna, og dermed om utviklinga går framover eller ikkje. Validitet og reliabilitet er to av dei. Det er diskutert om validitet og reliabilitet verkar med eller mot kvarandre i diagnosar, til dømes om auken i reliabilitet i utviklinga av DSM har gått ut over validiteten, men nettopp slik diskusjon viser at me skil mellom forandring og forbetring i klassifisering av lidningar (Kraemer, 2014). Kanskje den viktigaste forma for epistemisk framgang er at klassifiseringane i større grad sporar kausale relasjonar (Cooper, 2005), som er eit tydeleg mål i pågåande initiativ for å betre klassifisering av psykiske lidningar (Borsboom & Cramer, 2013; van Os et al., 2013; Kendler, Zachar & Craver 2011). Poenget vårt er at slik diskusjon viser at me har måtar å skilje klassifiseringar frå kvarandre på med omsyn til epistemisk kvalitet.

Variasjon i symptom

La oss gå over til ein tredje type variasjon. Historiske og antropologiske studiar har vist at psykiske lidningar kan bli uttrykt ulikt i ulike kulturar (Brekke & Barrio, 1997; Cooper, 2007). Kulturell kontekst kan altså ikkje berre påverke korleis ein tenkjer om psykiske lidningar, men grip også inn i sjølve erfaringa av lidingane (Kleinman, 1977).

Eit mykje omdiskutert eksempel er påstanden om at ein i asiatiske land uttrykkjer depresjon primært gjennom kroppslege symptom (Kleinman, 2004; Ryder et al., 2008). Om dette verkeleg stemmer, skal me ikkje gå inn på her. Det er tilstrekkeleg for våre formål å merke seg at mange av symptoma også må vere dei same for at det skal vere nettopp *depresjon* dei uttrykkjer på ein annan måte (Horwitz, 2012). Elles ville det ikkje lenger vore tale om ulike symptom på den same lidinga. Då ville det rett og slett vore ei anna lidning, og me ville vore tilbake til den første typen variasjon. Sidan psykiske lidningar i stor grad blir definerte ut frå sine symptom, betyr det at fleire av dei same symptoma må vere til stades for at det skal kunne seiast å vere same lidning som blir uttrykt på ulik måte. Dette inneber difor ingen relativisme. Tvert imot føreset det at me kan ha objektiv kunnskap om psykiske lidningar på tvers av kulturar, sidan det føreset at me kan peike ut tilstandar som er og ikkje er den same lidinga i ulike kulturar. Biletet som er teikna opp til no, blir komplisert ved at ulike former for variasjon verkar saman. Det Hacking (1998) kallar *looping effects*, kan ein sjå som historiske vekselverknader mellom endring i førekomst, symptom og definisjon. Når ein person får ein diagnose og tek til å forstå seg sjølv i lys av diagnosen, kan ho, som følgje av den nye sjølvforståinga, forandre seg og gje lidinga andre uttrykk. Dersom dette skjer med mange nok, kan ein i

neste omgang få ei endring av dei diagnostiske kriteria, og så tek sirkelen til på ny. Slike vekselverknader gjer det i praksis vanskelegare å skilje mellom dei ulike variasjonsformene, men nettopp difor er det så viktig å halde dei ulike trådane i relativismeproblematikken frå kvarandre.

Variasjon i kategori

Ei filosofisk sett meir utfordrande form for kulturell variasjon har me når dei overordna kategoriane som psykiske lidningar blir plasserte i, endrar seg. Dei same tilstandane, altså omtrent dei same tanke-, kjensleog handlingsmønstra som me no forstår som psykiske lidningar, vart i andre kulturar ikkje forstått slik (Fabrega, 1991). Dette argumentet er særleg påverka av Michel Foucault (2008).

Foucault sitt poeng er at omgrep som 'galskap' og 'sjukdom' er historisk kontingente omgrep. I førmoderne tid vart dei gale sett på som rare, besette eller geniale, men ikkje som sjuke. Først frå og med opplysingstida, med eit nytt fornuftsomgrep (og eit nytt arbeidsliv), vart desse menneska stua saman på institusjonar og samla under nemninga «sjuk». Medisinsk kunnskap vann fram, og religiøse tolkingar vart svekte. Men dette, seier Foucault, var resultatet av ei bestemt historisk utvikling, og slik sett er våre omgrep om psykiske lidningar vilkårlege. Liknande argument finn me i sosialantropologien. Det har til dømes blitt hevda at det me reknar som symptom på depresjon blir fortolka som filosofisk innsikt mellom buddhistar på Sri Lanka (Obeyesekere, 1985).

La oss ta for gitt det som slett ikkje er opplagt, at Foucault har rett i det reint historiske poenget. Kva følgjer så av dette? Legg først merke til at eit liknande argument antakeleg kan bli gitt for somatiske sjukdomar. Kanskje folk med migrene eller magesår i visse periodar vart sette på som sytekoppar og latsabbar. Det verkar rimeleg å tru at somatiske sjukdomar er mindre historisk elastiske, særleg dei som har synlege ytre teikn, men prinsipielt er det ikkje store skilnaden. Det som me no ser som sjukdom, treng ikkje alltid å ha bli sett på slik. Så dersom me går ut frå premisen om at innsikta i den historiske karakteren til psykiske lidningar har implikasjonar for deira sanning, validitet eller objektivitet, så må ein trekkje same slutninga for somatiske sjukdomar.

Uansett er ikkje premisen haldbar. At ein tidlegare kan ha trudd at schizofrene var styrte av Gud eller Djevelen, viser i og for seg ikkje noko meir om validiteten av våre omgrep om psykiske lidningar enn tidlegare tiders astrologi gjer om vår tids astronomi. Gitt ei anna historisk utvikling hadde kanskje psykiske (og somatiske) lidningar vore behandla av prestar og heksedoktorar i staden for av legar og psykologar, men det betyr ikkje at den faktiske utviklinga ikkje var eit epistemisk (og etisk) framsteg. For å demonstrere relativisme må ein vise at denne historia ikkje *kan* innebere noko framsteg, fordi kvar kultur må vurderast ut frå sine eigne føresetnader. Tar ein dette steget, mistar ein det logiske rommet til å kritisere både fortida og samtida. I viktoriale tid meinte ein til dømes at hang til masturbasjon var ei psykisk lidning, men dei tok feil (Horwitz & Wakefield, 2007). Det var også urett å rekne homofili som ein sjukdom, slik det vart gjort inntil ganske nyleg. Meininga her er ikkje å moralisere over

fortida, men å få fram at dersom relativismen var sann, så ville me ikkje ein gong kunne felle slike dommar.

Variasjon i tyding av kriterium

Den siste typen kulturell variasjon me skal sjå på, er potensielt den mest problematiske. Dette er når tydinga av dei mentale tilstandane og uttrykka som me nyttar som diagnostiske kriterium, endrar seg, og det på ein slik måte at det ikkje lenger er klart om det dreier seg om dei same tilstandane lenger.

All psykiatrisk diagnostisering kviler på kriterium som sjølve ikkje vert definerte, men som me tek for gitt ei nokolunde felles forståing av. Dei grunnleggjande tilstandane og uttrykka som me bruker som «baseline» både for diagnostisering spesielt og for å få kunnskap om andre generelt, kan til dømes omfatte kjensler som sorg, håp og redsel. Poenget no er at desse kan ha ulik tyding i ulike kulturar, slik at kva det er å ha ulike tankar og kjensler, kan variere, og det til og med utan at me kan vite om det (Jenkins et al., 1991; Barrett, 2006; Gross, 2010). Dette gir eit djuptgripande argument for kvifor det er prinsipielt problematisk med samanlikningar på tvers av kulturar: Tydinga av grunnleggjande tankar og kjensler er kulturelt konstituert slik at me ikkje kan seie om det er dei same fenomena som manifesterer seg over store kulturelle avstandar.

Eit eksempel kan gjere dette klarare. Vanlege symptom på depresjon inkluderer skuldkjensler, håpløyse og tankar om døden. Men kva det er å kjenne seg skuldig og utan håp, og kva det vil seie å tenkje på døden, er noko ganske anna i dag enn kva det var å kjenne og tenkje desse tinga i ei tid då gudstrua gjennomsyra heile samfunnet og kvart individ. I ein slik kultur kan ein person som (tilsynelatande) oppfyller alle våre kriterium på depresjon likevel vere i ein heilt annan tilstand. Og dersom kriteria ikkje kan samanliknast på tvers av kulturar, så kan heller ikkje lidningane det. Det som kan sjå ut som den same psykiske lidinga, kan ha vore noko ganske anna, fordi lidinga var fletta inn i ein heilt annan kulturell kontekst. Denne typen variasjon er svært problematisk då han kan eksistere utan at me veit det eller kan finne det ut. I motsetnad til variasjon i diagnosar kan ein nemleg ikkje samanlikne manualar eller undersøke definisjonar. I så tilfelle verkar det å vere uråd å svare på om det dei hadde då, var det same som det me har no, og å samanlikne omfanget av til dømes depresjon mellom ulike kulturar blir då umogleg.

Dette argumentet fortener eigentleg ein lengre diskusjon. Me skal nøye oss med å gi to grunnar for kvifor det ikkje er eit så farleg trugsmål mot krysskulturelle samanlikningar som det først kan verke som.

Ludwig Wittgenstein (2001) hevda at forståing av andre menneske kviler på at me kan føresette eit visst samsvar i grunnleggjande mentale tilstandar, både i korleis ein uttrykkjer dei og kva som utløyser dei. Kor stort dette samsvaret er og må vere, er vanskeleg å seie – det vil alltid vere gråsoner. Men utan eit visst samsvar vil me ikkje ha noko grunnlag for å finne ut kva ord, uttrykk og handlingar i andre kulturar betyr. Dette tvingar relativisten ut i eit dilemma: Enten er menneska i den framande kulturen så fundamentalt forskjellige frå oss at me ikkje anar kva dei held på med, men i så fall er

det heller ikkje klart kva relevans deira åtferd har for spørsmål om psykiatriske diagnosar. Eller så er dei like nok oss til at me kan få ei forståing av kva dei seier og gjer, og i så fall kan me peike på korleis dei skil seg frå oss, og då er me tilbake til ein av dei variasjonsformene me allereie har sett på.

«Det er framleis eit objektivt spørsmål om det har blitt meir eller mindre av visse lidingar, så lenge ein har klart for seg kva omgrep ein nyttar»

Det andre motargumentet tek utgangspunkt i at omgrepsparet mogleg/umogleg er ein binær motsetnad, og at det er glidande overgangar mellom kulturar. Dei færreste vil nekte for at me kan samanlikne omfanget av psykiske lidingar mellom i år og i fjor, og mellom i fjor og for ti år sidan. Jo lenger me går tilbake i tid, di vanskelegare blir det å få solid epidemiologisk kunnskap, men det synest ikkje å vere noko bestemt punkt der det brått slår over til å bli prinsipielt umogleg. Men dersom ein hevdar det radikale synet at me ikkje *kan* ha objektiv kunnskap om omfanget av psykiske lidingar i tidlegare kulturar, så føreset ein at det finst eit slikt punkt. Då verkar det meir rimeleg å seie at det blir stadig *vanskelegare* å få slik kunnskap jo lenger bakover me går i tid, både på grunn av mangel på data og på grunn av variasjon av dei typene me har sett på, men at det ikkje er noko punkt der det blir *umogleg*.

Konklusjon

Me har prøvd å vise at kulturell variasjon i psykiske lidingar ikkje gir grunn for relativisme i høve til diagnosar. Det betyr ikkje at ein skal undervurdere omfanget og djupna av slik variasjon. Det kan vere vrient å få kunnskap om psykiske lidingar i fjerne kulturar, både fordi me har mindre data tilgjengelege, og fordi den kulturelle avstanden blir større. Desse to faktorane verkar dessutan saman: Jo mindre data ein har, di vanskelegare er det å fastslå kor stor den kulturelle avstanden eigentleg er. Men vanskeleg betyr altså ikkje umogleg. Krysskulturelle samanlikningar av dette slaget er difor ei metodologisk utfordring snarare enn eit prinsipielt problem.

Kva praktisk rolle spelar spørsmål om relativisme og konstruktivisme? Hacking (1999) hevdar at sosialkonstruktivisme i mange kontekstar har vore ein frigjerande tanke. Det minner oss om at omgrepa våre, som me så lett tek for gitte, ikkje er uunngåelege og uforanderlege, men er eit produkt av historia og samfunnet og difor kunne vore annleis. Ei slik innsikt i at omgrepa våre *kunne* vore annleis, er vidare eit vilkår for å hevde at dei *burde* vore annleis. På den måten, hevdar Hacking (1999), kan konstruktivisme leggje grunnlaget for ein kritikk innretta mot forandring. Det er difor ikkje rart at relativisme og konstruktivisme så ofte går saman med psykiatrikritikk.

Mot dette har vårt poeng vore at me kan verdsette historisk og kulturell variasjon, og dermed at omgrepa våre ikkje er uforanderlege eller uunngåelege, utan å ta steget over i

relativisme eller konstruktivisme. Me har også sett kvifor det er grunn til å tvile på Hacking si samanstilling av konstruktivisme og ei kritisk haldning. Relativisme og konstruktivisme gir oss nemleg ikkje nokon epistemisk ståstad å kritisere historiske og kulturelle omgrep frå (Horwitz & Wakefield, 2007, s. 219). Utan objektive standardar er det ikkje rom for vitskapeleg vurdering av psykiske lidingar og diagnosar.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 51, nummer 9, 2014, side 738-744

TEKST

Steinar Bøyum, Institutt for pedagogikk, Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen

Simon Øverland, Institutt for samfunnspsykologi, Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen & Avdeling for samfunn og psykisk helse, Folkehelseinstituttet

+ Vis referanser

Referansar

- Agbayani-Siewert, P., Takeuchi, D. T. & Pangan, R. W. (1999). Mental illness in a multicultural context. I C. S. Aneshensel & J. C. Phelan (red.), (s. 19-36). New York: Kluwer.
- Barrett, L. F. (2006). Are emotions natural kinds? , , 28-58.
- Benedict, R. (1934). Anthropology and the Abnormal. , , 59-80.
- Bowers, L. (1998). . London: Routledge.
- Boyle, M. (2002). ? London: Routledge.
- Brekke, J. S. & Barrio, C. (1997). Cross-Ethnic Symptom Differences in Schizophrenia. , , 305-316.
- Borsboom, D. & Cramer, A. O. J. (2013). Network Analysis: An Integrative Approach to the Structure of Psychopathology. , , 91-121.
- Brofoss, K. E., Larsen, F. & Friis, S. (2009). . Oslo: Norges forskningsråd.
- Conrad, P. & Schneider, J. W. (1992). . Philadelphia: Temple University Press.
- Cooper, R. (2005). . Dordrecht: Springer.
- Cooper, R. (2007). . Stockfield: Acumen.
- Dinesh, B., Sumathipala, A. & Siribaddana, S. (2007). Culture-bound syndromes: a re-evaluation. I B. Dinesh & K. Bhui (red.), (a. 141-156). New York: Cambridge University Press.
- Ekeland, T. J. (2003). Ein diagnose av psykiatridiagnoser. , (3), 56-64.
- Ekeland, T. J. (2012). Sjelens ingeniørkunst. Om psykologien og psykologenes selvforståelse. , , 746-752.
- Ereshefsky, M. (2001). . Cambridge: Cambridge University Press.
- Fabrega, H. (1972). The study of disease in relation to culture. , , 183-203.

- Fabrega, H. (1989). Cultural relativism and psychiatric illness. *Social Science and Medicine*, 29, 415-425.
- Fabrega, H. (1991). The culture and history of psychiatric stigma in early modern and modern Western societies. *Social Science and Medicine*, 32, 97-119.
- Fabrega, H., (1992). The role of culture in a theory of psychiatric illness. *Social Science and Medicine*, 34, 91-103.
- Fabrega, H. (1995). Cultural challenges to the psychiatric enterprise. *Social Science and Medicine*, 40, 377-383.
- Foucault, M. (2008). *Madness and Civilization*. Oslo: Gyldendal.
- Gross, D. M. (2006). *Madness and Power*. Chicago: University of Chicago Press.
- Hacking, I. (1998). *Mad as Power*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Hacking, I. (1999). *Madness and Modernity*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Hacking, I. (1999). *Madness and Power*. London: Free Association Books.
- Hales, S. D. (red.). (2011). *Handbook of Mental Health*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Horwitz, A. V. (2002). *Madness in America*. Chicago: University of Chicago Press.
- Horwitz, A. V. & Wakefield, J. C. (2007). *Loss of Mind: How Psychiatry Creates Mental Illness*. New York: Oxford University Press.
- Horwitz, A. (2012). Social constructions of mental illness. I H. Kincaid (red.), *Social Science and Medicine* (s. 559-578). Oxford: Oxford University Press.
- Jacob, P. K. S. & Patel, P. V. (2014). Classification of mental disorders: a global mental health perspective. *Social Science and Medicine*, 87, 1433-1435.
- Jenkins, J. H., Kleinman, A. & Good, B. (1991). Cross-cultural studies of depression. I J. Becker & A. Kleinman (red.), *Cross-Cultural Studies of Depression* (s. 67-99). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Publ.
- Kagawa-Singer, M. et al. (2010). Cancer, Culture, and Health Disparities. *Social Science and Medicine*, 70, 12-39.
- Kendler, K. S., Zachar, P. & Craver, C. (2010). What kinds of things are psychiatric disorders? *Social Science and Medicine*, 70, 1143-1150.
- Kessler, R. C. et al. (2005). Prevalence and Treatment of Mental Disorders, 1990 to 2003. *Social Science and Medicine*, 60, 2515-2523.
- Kleinman, A. M. (1977). Depression, somatization and the new cross-cultural psychiatry. *Social Science and Medicine*, 26, 3-10.
- Kleinman, A. (2004). Culture and depression. *Social Science and Medicine*, 58, 951-952.
- Kraemer, H. C. (2014). The Reliability of Clinical Diagnoses: State of the Art. *Social Science and Medicine*, 87, 111-130.
- Mallon, R. (2007). A Field Guide to Social Construction. *Social Science and Medicine*, 64, 93-108.
- Molloy, H. & Vasil, L. (2002). The Social Construction of Asperger Syndrome: The pathologising of difference? *Social Science and Medicine*, 54, 659-669.
- Obeyesekere, G. (1985). Depression, Buddhism and the work of culture in Sri Lanka. I A. Kleinman & B. Good (red.), *Cross-Cultural Studies of Depression* (s. 134-152). Berkeley: University of California Press.
- Os, J. et al. (2013). Beyond DSM and ICD: introducing «precision diagnosis» for psychiatry using momentary assessment technology. *Social Science and Medicine*, 77, 113-117.

- Pies, R. (2008). Major Depression After Recent Loss Is Major Depression – Until Proved Otherwise. , 2008 (December). Prinz, J. J. (2007). . Oxford: Oxford University Press.
- Ryder, A. G., Yang, J., Zhu, X., Yao, S., Yi, J., Heine, S. J., et al. (2008). The cultural shaping of depression: Somatic symptoms in China, psychological symptoms in North America? , , 300-313.
- Scheff, T. J. (1999). (3rd ed.). New York : Aldine de Gruyter.
- Schumaker, J. F. (2001). . Westport, Conn.: Praeger.
- Scull, A. (2011). . Oxford: Oxford University Press.
- Speak, G. (1990). An odd kind of melancholy: Reflections on the glass delusion in Europe (1440-1680). , , 191-206.
- Swoyer, C. (2014). Relativism. I E. N. Zalta (red.), Nedlasta 10.5.2014 frå <http://plato.stanford.edu/archives/spr2014/entries/relativism/>
- Szasz, T. (1974). . New York: Perennial.
- Torrey, E. & Miller, J. (2001). The invisible plague: the rise of mental illness from 1750 to the present. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Young, A. (1995). . Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Wittgenstein, L. (2001). . Oxford: Blackwell.