

«The anthropology of depression(s)»

Bacheloroppgave - sosialantropologi

Navn: Elida Ravin Dahl

Emnekode: SANT2900

Semester: VÅR 2023

Antall ord: 5773

Bacheloroppgaven følger den norske versjonen av The Publication Manual of the American Psychological Association, Seventh Edition.

For en stund tilbake diskuterte jeg og kompis oppsalgene i media om økt depresjon i forbindelse med pandemien. Han er Albaner og mente ganske bastant at *«dere nordmenn er svake og blir deprimert av alt»*, videre fortsetter han: *«Kan dere ikke bare ta dere sammen?»*. På dette tidspunktet studerte jeg siste året på bachelor i psykologi, og hadde en over gjennomsnittlig interesse for temaet. Det han sa fikk meg til å undre; jeg visste at depresjon er en lidelse forankret i biokjemiske og psykologiske prosesser, og at det ikke bare er å «ta seg sammen» eller er forankret i en personlig «svakhet». Samtidig visste jeg også at måten depresjon manifesteres på er påvirket av sosiale omgivelser. Denne samtalen ledet til mitt interesseområde for denne bacheloroppgaven; Er det slik at depresjon forstås ulikt i ulike kulturer? I så fall: Hvorfor er det slik? I min søken etter svar kom jeg over den banebrytende artikkelsamlingen «Culture and depression» av Kleinman og Good (1985). Det viste seg at kulturens innvirkning på depresjon hadde vært et interesseområde innen både psykologien, psykiatrien og antropologien siden 1980-tallet.

Etter hvert som jeg leste meg opp på temaet oppdaget jeg at mye av litteraturen som omhandler relasjonen mellom kultur og depresjon er dominert av epidemiologiske undersøkelser– lignende den litteraturen jeg hadde blitt presentert for på psykologistudiet. Disse studiene er opptatt av forekomsten av depressiv lidelse og undersøker prevalensen av symptomer slik de er definert av vestlige baserte diagnosekriterier i andre samfunn og kulturer. En rekke antropologer har lenge pekt på denne praksisen som etnosentrisk, og problematisert antagelsen om vestlige psykiatriske kategorier kan benyttes universelt (Kleinman, 1977; Lutz, 1985; Kleinman & Good, 1985; Kleinman, 1988; Obeyesekere, 1985; Lee et al. 2007). Lee og kollegaer (2007) påpeker blant annet at slike skjevheter leder til at *depresjonens fenomenologi*, altså den levde erfaring, er mye bedre kjent i vestlige samfunn enn den er i ikke-vestlige deler av verden, til tross for at disse utgjør nesten 90% av verdensbefolkningen.

I lys av dette, og min egen kompetanse, kom jeg fram til at antropologien har noen veldig viktige bidrag i å forstå depresjon på tvers av kulturelle kontekster. Å undersøke depresjon i andre deler av verden krever mer enn å bare finne semantisk ekvivalens; det krever å avdekke hvordan depresjon oppleves, uttrykkes og gis mening i ulike kulturelle kontekster. Dette ledet til disse problemstillingene; *Hvordan kan antropologer bidra med å forstå depresjon i ulike kulturelle kontekster? Hvor universell er sykdomskategorien «depresjon»? For å besvare disse spørsmålene vil jeg i førsteomgang redegjøre for hva depresjon er, og noen konseptuelle utfordringer ved depresjon. Deretter vil jeg ta for meg hvordan depresjon forstås innen det biomedisinske paradigmet på den ene siden, og innen*

antropologifaget på den andre siden. Videre vil jeg ta for meg noen sentrale antropologiske bidrag til forståelsen av depresjon; nemlig utforskningen av *lokale former for lidelse* og *den fenomenologiske erfaringen av sykdom*. I siste del av oppgaven vil jeg gå mer inn på etnosentrismen i psykiatriske kategorier og utforske den universelle gyldigheten til vestlige psykiatriske definisjonen av «depresjon». Dette vil gjøres gjennom å sammenligne den vestlige forståelsen av depresjon opp mot empiriske eksempler som illustrerer forståelsen av depressive tilstander i ikke-vestlige samfunn, nærmere bestemt; *depresjonens fenomenologi*. Avslutningsvis vil jeg ta for meg et siste antropologisk bidrag til forståelsen av depresjon som en «sosial lidelse», og hvordan denne forståelsen kan bidra til å forklare den globale forekomsten av depressiv lidelse.

Avklaringer: Gjennomgående i teksten vil jeg benytte begrepene «vestlige kulturer» og «ikke-vestlige kulturer». Førstnevnte refererer hovedsakelig til nordamerikanske og vesteuropeiske samfunn, mens sistnevnte viser til resterende verdenssamfunn. Dette skillet er imidlertid ytterst generaliserende, og benyttes kun av praktiske årsaker. Det er viktig å bemerke seg at det forekommer signifikante forskjeller både innad og mellom disse to kulturelle samfunnskategoriene.

Depresjon - emosjon eller sykdom

Depresjon har de siste tiårene fått oppmerksomhet som et økende verdensomspennende helseproblem, og nådde særlig sitt topp-punkt som et internasjonalt problem i lys av covid-pandemien. Ifølge Verdens Helse Organisasjon er depresjon en av de vanligste psykiske helsetilstandene og en ledende årsak til den totale globale sykdomsbyrden. I 2019 ble det anslått at omkring 280 millioner mennesker i verden lider av depressiv lidelse (WHO, 2023). Innen psykologien klassifiseres depresjon som en psykisk lidelse preget av nedsatt stemningsleie med en kombinasjon av karakteristiske *affektive* (gledeløshet, tristhet, skyldfølelse, håpløshet, redusert selvtillit og selvfølelse), *kognitive* (svakket oppmerksomhet og konsentrasjon) og *vegetative* (redusert søvn og appetitt) symptomer som leder til kvalitative forandringer i en persons adferd, tanker og følelser (Nysæter & Wlavig, 2016).

I forordet til den banebrytende artikkelsamlingen «Culture and Depression» (1985) argumenterer antropolog og psykiater Arthur Kleinman og antropologen Byron Good for at det er viktig å skille mellom depresjon som (normale) *emosjonelle tilstander*, slik som sorg etter tap av noen i nær relasjon, og depresjon som en *sykdomstilstand*. Begrepet «depresjon» refererer både til *dysforiske affekter* slik som tristhet, håpløshet, ulykkelighet, mangel på glede

av ting i verden og sosiale relasjoner (Kleinman & Good, 1985, s. 3). Depresjon refererer også til en *psykopatologi* som kan ha en langvarig negativ innvirkning på både personlig velvære og samfunnsmessig funksjonalitet for den lidende. På denne måten uttrykker konseptet «depresjon» to karakteristiske tilstander i en person; den ene normal, og den andre patologisk. Dette skillet er imidlertid problematisk; Hvor går skillet mellom normal dysfori og patologisk depresjon? Hvordan bestemmes unormal dysfori i andre samfunn? Jeg vil nå ta en titt på hvordan forskere innen det krysskulturelle studiet av depresjon har tilnærmet seg dette forholdet.

Det krysskulturelle studiet av depresjon: universalisme versus relativisme

Depresjon som et psykologisk fenomen ble beskrevet allerede av de gamle grekerne, og har en relativt stabil historie i europeisk tenking (Jackson, 1985). Imidlertid er det vist at depresjon, både dens betydning, opplevelse og uttrykkelse varierer på tvers av samfunn og kulturer (Jenkins et al. 1991; Kirmayer, 2001). I lys av dette har antropologer, psykiatere og psykologer lenge interessert seg for kulturens innvirkning på depresjon. Fagpersoner innenfor disse forskningstradisjonene har imidlertid forholdt seg til og undersøkt depresjon på forskjellige måter. Mens tilhengere av det biomedisinske paradigmet hovedsakelig har undersøkt depresjon som en affektiv lidelse, har antropologer på sin side hovedsakelig fokusert på depresjon som en affekt.

I «The anthropology of emotions» (1986) viser Catherine Lutz og Geoffrey White til hvordan det krysskulturelle studiet av emosjoner ofte er preget av epistemologiske spenninger mellom psykiatriske *universalistiske-positivistiske* tilnærminger og antropologiske *relativistiske-fortolkende* tilnærminger. Den første anser emosjoner som et materielt (biologisk) fenomen med universell gyldighet. Kunnskap om emosjoners virkelighet er dermed lett tilgjengelig gjennom objektive metoder. På sin side anser den relativistisk-fortolkende tradisjonen emosjoner som sosiale og kulturelle konstruksjoner. Kunnskap om emosjoner konstrueres og kommuniseres i relasjonen mellom mennesker, og er dermed bare tilgjengelig gjennom fortolkning av de betydningene og opplevelsene som tillegges emosjoner (Lutz & White, 1986). Lignende spenninger finner vi i det krysskulturelle studiet av depresjon. Slike forskjeller er forankret i nettopp de ulike forståelsene av emosjoner, men også ulike forståelser av sykdom. Antropologer, særlig medisinske antropologer, anser hovedsakelig sykdom som sosialt, kulturelt og historisk konstruert (Jansen, 2015).

Fagpersoner innen det biomedisinske paradigmet tenderer på sin side å anse sykdom som biologiske og universelle aspekter ved den menneskelige tilværelse.

Dette leder til to forskjellige måter å forstå og utforske relasjonen mellom kultur og depresjon. Psykiatere og psykologer anser hovedsakelig depresjon som en universell lidelse forårsaket av en av en kompleks interaksjon mellom biologiske og psykologiske prosesser. Dette hviler på evidens for at neurotransmittere og genetisk sårbarhet er involvert i depressiv lidelse. Dessuten har lidelsen forutsigbare responser på medisinsk behandling (Nysæter & Wlavig, 2016). I det krysskulturelle studiet av depresjon har fagpersoner innen disse tradisjonene hovedsakelig vært interessert i hvordan depressiv lidelse fordeler seg i ulike samfunn og kulturer, og benyttet en *epidemiologisk metodologi*. Dette innebærer en oversettelse av symptomer, slik de er beskrevet av diagnosemanualene «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» (DSM) og «International Classification of Diseases» (ICD), forså og søke etter prevalens for de på tvers av kulturer (Dein, 2016). Disse diagnosemanualene, slik som mange andre psykologiske kategorier og teorier, er imidlertid hovedsakelig basert på vesteuropeiske og nordamerikanske samfunn. På denne måten overses ikke-vestlige symptomer, uttrykksformer, opplevelser og betydninger av depressive tilstander (Lee et al. 2007; Kitanaka & Ecks, 2021).

Antropologer tenderer på sin side å stille seg kritisk til biologiske og universelle antagelser som anser sykdomskategorier og symptomer som de samme på tvers av verden (Ecks, 2016). For antropologen er som nevnt både dysforiske affekter (slik som andre emosjoner) og sykdomsopplevelser sosialt og kulturelt konstruert. *Kultur* refererer i sin videste forstand til det nettverket av mening mennesker spinner rundt seg (Geertz, 1973). En rekke antropologer har i lys av dette problematisert oppfatningen om at vestlig baserte diagnosekriterier, som bygger på vestlige kulturelle konsepter om emosjoner og sykdom, kan oversettes til andre språk for å bestemme hvem som er psykisksyk i et annet samfunn (Kleinman, 1977; Lutz, 1985; Kleinman & Good, 1985; Kleinman, 1988; Obeyesekere, 1985; Lee et al. 2007).

Selv om antropologer tenderer å anse virkeligheten som sosialt og kulturelt konstruert forkastes ikke det biologiske fundamentet til fordel for konstruktivistiske forståelser av depresjon. Faktisk anerkjenner de aller fleste at depresjon har en psykobiologisk forankring som gjør at dens forekomst kan undersøkes på tvers av kulturer (Ingstad, 2007). Kleinman & Good (1985) argumenterer imidlertid for at biologiske aspektene ikke kan adskilles fra meningsinnholdet som legges i symptomene. Depresjon er verken en personlig opplevelse av biologiske prosesser eller kulturelt konstituerte fenomener uten fysiologiske betingelser. I lys

av dette påpeker Kleinman og Good (1985) for at det er viktig å forstå relasjonen mellom dysforisk affekt og depressiv lidelse. Hvorvidt dysforiske affekter blir ansett som normale emosjoner eller som en psykopatologisk tilstand avhenger av kulturelle forhold som avgjør hvilke følelser og adferder som anses som normalt og hva som anses som avvik. Depresjon må derfor ses på som formet av kulturen gjennom oversettelse av personlig lidelse til kulturelle meningssystemer og sosiale strukturer (Kleinman & Good, 1985).

For å undersøke relasjonen mellom kultur og depresjon benytter antropologer derfor *etnografiske metoder*. Etnografi omhandler i sin videste forstand å avdekke, tolke og oversette *mening* (Kleinman & Good, 1985. s. 9). Gjennom eksempelvis fenomenologiske, kognitive eller sosiolingvistiske analyser forsøker antropologen å avdekke hvordan depresjon oppleves, forstås og uttrykkes i ulike kulturelle grupper. En slik tilnærming til depresjon befinner seg innen «den fortolkende vendingen» (eng. the interpretive turn) (Geertz, 1973) i faget, og innebærer en undersøkelse av hvordan depresjonen «gis mening» gjennom analyser av kulturelle meningssystemer og diskurs (verbal og ikke-verbal kommunikasjon).

Lokale former for lidelse

Selv om det i dag er en generell enighet om at depresjon har et biologisk fundament var imidlertid forekomsten av depresjon i deler av den ikke-vestlige verden fram 1990-tallet lav (Kitanaka & Ecks, 2021). Både psykiatere og antropologer stilte spørsmål ved om diagnosen i realiteten er et *kulturbundet syndrom* spesifikt for vestlige samfunn. For å forklare den relativt lave forekomsten av depresjon antok noen psykiatere at depresjon er en vestlig sykdom som reflekterer et mer modent og introspektivt vestlig selv, og at mangelen på depresjon blant ikke-vestlige var et tegn på deres umodenhet og mangel på innsikt (Littlewood & Dein, 2000). Det relative fraværet av depresjon blant ikke-vestlige ble dermed forklart i form av deres påståtte manglende evne til å gjenkjenne psykiske plager, som i stedet ble uttrykt som kroppslige symptomer (White, 1982; Kleinman & Good, 1985).

For å anerkjenne at mennesker i forskjellige deler av verden kan uttrykke og oppleve psykososial lidelse på kulturelt ulike måter enn det som er definert av det psykiatriske begrepet depresjon begynte antropologer på 1980-tallet å benytte *idiomer for lidelse* (eng. idioms of distress) (Nichter 1981; Kitanaka & Ecks, 2021). Dette konseptet er nyttig fordi det ikke forutsetter en undersøkelse av depresjon som en sykdomstilstand, men innebærer snarere å studere den kulturelle konstruksjonen av emosjonell lidelse (eng. distress) i ikke-vestlige kulturer, slik som langvarig sorg, følelser av håpløshet og tristhet. Idiommer for lidelse viser til

ulike måter å uttrykke depressive symptomer og kulturelle forestillinger om årsak til lidelse og måter å forstå den på. Depressive tilstander blir dermed forstått som lokale former for lidelse som reflekterer en underliggende kulturell stil for uttrykkelse og artikulering av emosjoner (*ethos*) som gjennomsyrrer alle deler av deres verdenssyn (Dein, 2016). Depresjon blir dermed forstått, ikke som et kulturbundet syndrom, men snarere som en kultur-spesifikk tilstand forankret i kulturelle konseptualiseringer av dysfori (Kleinman & Good, 1985).

Blant antropologer som har undersøkt lokale former for lidelse, det vil si de kulturelle konseptualiseringene av emosjonell lidelse, finner vi blant annet Gananath Obeyesekere (1985), Edward Schieffelin (1985) og Kleinman (1986). Obeyesekere (1985) utforsker den buddhistiske forståelsen av depresjon i Sri Lanka og viser til hvordan buddhistisk tro og praksis gir en kontekstuell ramme for å forstå og håndtere lidelse. Ytterligere påpeker han at emosjonell lidelse må ses på som formet av lokale tradisjoner, og problematiserer den vestlige forståelsen av depresjon som en universell psykobiologisk forankret lidelse (Obeyesekere, 1985). Gjennom sitt arbeid blant Kaluli-folket i Papua New Guinea, argumenterer Schieffelin (1985) på lignende måte at emosjoner er sosiale og kulturelt formede opplevelser og lokalisert i det han omtaler som det «sosiale felt». På denne måten må også depresjon forstås som et sosialt fenomen (Schieffelin, 1985). Kleinman (1986) har hatt et fokusområde på hvordan depresjon forstås i Kina, og argumenterer på sin side at depressive tilstander må ses i relasjon med det samfunnet individer leder i. Sammen viser de til hvordan lokale systemer for emosjoner påvirker hvordan depressive tilstander gis mening, oppleves og uttrykkes. Jeg vil utdype disse bidragene i mer detalj senere.

Den fenomenologiske erfaringen av sykdom

Det å forstå depresjon som lokale former for lidelse minner mye om den fenomenologiske tilnærmingen til sykdom man finner innenfor medisinsk antropologi, særlig den *fortolkende medisinske antropologien*. Medisinsk antropologi er en fagretning innenfor sosialantropologi som fokuserer på de kulturelle dimensjonene ved helse, sykdom og medisin, og hvordan helse og sykdom forklares, erfares og behandles på et lokalt plan (Jansen, 2015). Fortolkende medisinsk antropologi ble satt på kartet av Arthur Kleinman på 1970-tallet. Retningen undersøker folks egne erfaringer og fortolkninger av sykdom gjennom deres sykdomsfortellinger. Kleinman (1973) viser til hvordan opplevelsen av sykdom ikke alltid stemmer overens med slik sykdommen defineres av medisinske kunnskapstradisjoner, og viser til distinksjon mellom «disease» som diagnose og «illness» som erfaring av egen

sykdom. For å forstå hvordan folk gir mening til og opplever sykdom ble kroppen, slik den beskrives av fenomenologien, et viktig element. Fenomenologien mener at virkeligheten om et objekt eksisterer i kraft med at vi kan erfare og sanse dem. Den antropologiske fenomenologien stiller seg slik sett i motsats til en positivistisk tradisjon i psykiatrien som anser objekters virkeligheter som å eksistere uavhengig av menneskelig erfaring og sansing av dem (Jansen, 2015).

En kjent bidragsyter innen den fenomenologiske tilnærmingen er Thomas Csordas (1990;1994) og hans begrep om *kroppsliggjøring* (eng. embodiment). Dette beskriver hvordan kultur på en og samme tid er integrert i kroppen og skapes av kroppen. Kroppen består av levde erfaringer som gis mening til av kulturen. Kroppsliggjøringen av disse erfaringene gjør at kultur blir en integrert del av oss, mens disse erfaringene samtidig påvirker hvordan vi forholder oss til omverden. Kroppen er på denne måten både utgangspunktet for og resultatet av kultur (Csordas, 1990). Csordas (1994) påpeker ytterligere at gjennom å tolke folks erfaringer og opplevelser av sykdom får vi et innblikk i hvordan mennesker konstruerer sin livsverden. På lignende måte argumenterer Kleinman & Good (1985) for at det å undersøke hvordan det oppleves å være dysforisk i et annet samfunn leder oss rett til analyser om hvordan det er å være en person i fundamentalt forskjellige verdener.

Depresjonens etnosentrisme

Som nevnt har en rekke antropologer stilt seg kritisk til antagelsen om at vestlige sykdomskategorier kan benyttes universelt, og argumenterer for at dette er en etnosentrisk praksis. I lys av dette påpeker Kleinman & Good (1985) at også psykiatriske kategorier er kulturelle, slik som andre deler av vårt verdenssyn. Blant tidlige kritikere av psykiatrisk etnosentrisme finner vi antropologen Catherine Lutz (1985). I sin kontroversielle artikkel hevder hun at den psykiatriske forståelsen av depresjon hviler vestlige *etnopsykologiske* og *etnomedisinske* systemer. Etnopsykologi refererer til en kulturell gruppes forståelse av emosjoner, kropp, sinn og selvet (Dein, 2016, s. 3), mens etnomedisin refererer til en kulturell gruppes medisinske oppfatninger og forestillinger om sykdom (Ingstad, 2007, s. 18).

I lys av dette påpeker hun at psykiatriske teorier om depresjons natur i reflekterer teorier om emosjoners natur. Slik jeg har vist til tidligere har det biomedisinske tradisjonen forstått både emosjoner og depressiv lidelse som hovedsakelig psykobiologiske fenomener. Dette, hevder Lutz (1985), er forankret i tause epistemologiske skiller mellom kropp-sinn, følelse-tanke. Disse implisitte etnopsykologiske posisjonene integrert i vestlig psykiatrisk

praksis leder til en konseptualisering av depresjon som en indre (biologisk) tilstand lokalisert i sinnet. Med andre ord blir depresjon forstått som utledet fra *intrapsykiske aspekter* i vestlig psykiatrisk praksis. Lutz (1985) argumenterer videre at etnosentrisme i psykiatriske kategorier bare kan motvirkes dersom vi undersøker de emiske (innføde) definisjonene av sorg og de sosialt organiserte responsene på dette. Etnografiske beretninger er dermed det første steget på veien til å anerkjenne at vestlige psykiatriske konsepter er kulturelle.

Jeg vil nå vise til noen empiriske eksempler, hentet både fra antropologer og kryss-kulturelle psykologer og psykiatere som viser til hvordan dysforiske affekter og symptomer forstås, uttrykkes og oppleves på tvers av ulike samfunn og kulturelle kontekster. Jeg vil også vise til hvordan depresjon forstås i lys av kulturelle konseptualiseringer av emosjoner, kroppen, sinnet, selvet. Gjennomløpende vil jeg også påpeke hvordan disse forståelsene skiller seg fra den vestlige psykiatriske definisjonen av depresjon.

Depresjonens fenomenologi: Dens forståelse, opplevelse og uttrykk

Normal dysfori eller patologisk depresjon?

Som nevnt refererer konseptet depresjon til to tilstander ved en person; den ene normal og den andre patologisk, og hvorvidt dysforiske affekter blir ansett som normale emosjoner eller som en psykopatologisk tilstand avhenger av kulturelle forhold som avgjør hvilke følelser og adferder som anses som normalt og hva som anses som avvik. *Abnormalitet* blir ofte forklart som «negative definisjoner» av kulturelle verdier, normer og forventninger knyttet til en persons adferd, holdninger og handlinger (Lutz, 1985, s. 68). På samme måte refererer *psykopatologi* til avvik fra kulturelle og statistiske normer (Hagen & Kennair, 2016, s. 15). Så, for å komme tilbake til to av mine innledende spørsmål; Hvor går skillet mellom normal dysfori og patologisk depresjon? Hvordan bestemmes unormal dysfori i andre samfunn? For å forstå dette er det sentralt å forstå hvordan dysforiske affekter, slik som andre emosjoner, forstås, uttrykkes og oppleves i ulike kulturelle kontekster. Kultur er som nevnt det nettverket av mening folk spinner rundt seg (Geertz, 1973). På denne måten kan kulturer forstås som *ideasjonelle systemer*, altså systemer av ideer, forestillinger, kategorier, symboler og verdier som organiserer den måten vi tolker, reflekterer og uttrykker oss på og som gir logisk mening til våre erfaringer og liv (Keesing, 1974).

Ytterligere organiserer kultur forståelsen og tolkningen av bestemte sosiale hendelser, og den kulturelle konteksten avgjør hvilke emosjoner som uttrykkes og hvordan de skal uttrykkes. Slike emosjonelle framvisningsregler er innlemmet i et hvert kulturelt medlem

gjennom sosialiseringprosesser (jfr. den fenomenologiske kroppen). Kulturelle framvisningsregler for emosjoner kan dermed ses på som spesialiserte emosjonelle vokabular (Dein, 2016). Slik Erving Goffman (1992) fremstilte i sin innflytelsesrike dramaturgiske modell er en persons opptreden i spesifikke sosiale kontekster i tråd med kulturelle normer og forventninger knyttet til den bestemte situasjonen. Hvordan emosjoner gis mening og uttrykkes er dermed alltid definert i kulturelt-spesifikke termer. Det å undersøke hvorvidt depresjon forstås som en sykdomstilstand i ulike kulturer innebærer dermed å undersøke hvorvidt dysforiske affekter, måten de uttrykkes og oppleves, blir ansett som upassende i bestemte sosiale og kulturelle kontekster.

Selv om sorg anses som et universelt og biologisk menneskelig fenomen uavhengig av kulturer, vil imidlertid dens form og betydning variere på tvers av kulturelle kontekster (Averill, 1968; Rosenblatt, 1988). I en kryss-kulturell studie gjennomført av Rosenblatt et al. (1976) oppdaget de at sorg har noen kulturelle likheter; nesten alle kulturer sørger etter tap av noen i nær relasjon, og nesten alle kulturer har en oppfatning om at den avdøde på en eller annen måte fortsetter etter døden. Imidlertid varierer kulturer i hvordan tap defineres og hva som anses som passende uttrykksformer av sorg. Hvorvidt sorg etter tap av noen i en nær relasjon normaliseres eller sykkeliggjøres er avhengig av kulturelle konseptualiseringer av tap, og passende responser på tap. Levy (1973) viser eksempelvis til en situasjon hvor en tahi-mann blir sett gråtende ved graven til sin avdøde kone. Av de lokale blir dette fortolket som tretthet eller sykdom, heller enn at det emosjonaliseres som sorg. Durà-Vilà et al. (2013) påpeker på sin side at spanjoler anser det å sørge etter tap av et familiemedlem som en naturlig respons, ikke forankret i sykdom eller tretthet. Mens noen kulturer verdsetter full og dramatisk uttrykkelse av sorg ved tap av noen i nær relasjon, vil medlemmer av andre kulturelle grupper glatte over slike følelser. For balinesere blir for eksempel følelsen av sorg etter tap av noen i nær relasjon blir sett på som helsefarlig (Wikan, 1990). De gjenlevende og deres sosiale omgivelser gjør dermed sitt ytterste for å respondere på situasjonen med smilende ansikter, glede og latter. Dette er i tråd med balinesernes verdier om å ikke vise følelser og generelt møte verden med et smilende ansikt for å bevare et indre rent og raffinert selv. For sjiamuslimer i Egypt er det imidlertid vanlig å fult ut praktisere sorg gjennom dramatisk gråt og fortvilelse (Wikan, 1990).

Hvilken betydning dysforiske affekter har i ulike samfunn vil kunne variere på tvers av kulturer. I store deler av deler av den vestlige verden anses positive emosjoner som ønskelige og verdifulle, mens negative emosjoner anses som uønskelige (Bellah et al. 2007). Fordi kjernesymptomet på depresjon defineres som en tilstand av senket stemningsleie

argumenterer Lutz (1985) for at definisjonen av depresjon er integrert i vestlige kulturelle antagelser om at det å føle godt om seg selv er den normale måten å være på. Fraværet av lykke blir dermed sett på patologisk. Videre påpeker hun at kulturelle holdninger om at lykke er noe som må etterstrebtes kan forklare den høye prevalensen av depresjon blant den vestlige befolkningen (Lutz, 1985). I mange andre samfunn og kulturelle kontekster er imidlertid sorg og dysforiske affekter ofte knyttet til indre dybde og verdighet, ikke patologi (Good, Good & Moradi, 1985). Antropologen Gananath Obeyesekere (1985) viser eksempelvis til hvordan depressive tilstander blir evaluert som positivt blant buddhister i Sri Lanka. I buddhistisk tro betraktes det å ta glede av ting i verden som roten til all lidelse. En forsettlig dysfori blir dermed første steget på veien til frelse (nirvana). Obeyesekere (1985) trekker frem eksempler på meditasjonspraksis, *sil*, der følelser av tristhet og sorg står i sentrum. Formålet med meditasjon på slike følelser er å anerkjenne at verden er full av lidelse og forkaste egen kroppslig verdi. Dette ligner på den mangelen på selvfølelse psykiateren beskriver som symptom på depresjon. Han gir også et case-eksempel der en srilankisk mann, som psykiatere ville ha diagnostisert med depresjon, i buddhistisk kontekst blir æret for å ha oppnådd opplysning på grunn av hans erkjennelse av verden som fylt av lidelse. På denne måten blir dysforiske affekter transformert gjennom det Obeyesekere omtaler som «the work of culture» til offentlig akseptable narrativer og symboler. Buddhistisk ideologi fungerer dermed som en buffer mot depresjon ved å gi en strukturert offentlig form til uorganisert privat lidelse. I lys av dette argumenterer Obeyesekere (1985) for at den psykiatriske definisjonen av depresjon er «fritt flytende» og mangler forankring i en sosial ideologi, noe som fører til medisinsk merking som sykdom.

En kulturelt forståelig depresjon:

Ytterligere påvirker kulturell kunnskap om normalitet og avvik hvordan dysforiske affekter og symptomer presenteres og forstås av omgivelsene. Chentsova-Dutton et al. (2014) viser til dette gjennom det de omtaler som *normative og avvikende kulturelle skripter*. Normative kulturelle skript refererer til måtene individer innenfor en gitt kulturell gruppe oppfatter, tenker, føler og oppfører seg på måter som oppfattes som normale og anses som normative av andre. Avvikende kulturelle skript omfatter måter individer i visse kulturelle grupper avviker fra disse normene. Imidlertid gjør de det på måter som er kulturelt forståelige. Mens de beskriver uvanlige og uønskede tilstander, oppfatninger, tanker, følelser og atferd, opprettholder de en viss grad av fortrolighet for de som lever i dette kulturelle miljøet. De

indikerer at personens opplevelse er unormal samtidig som de hjelper individet og de rundt dem til å forstå opplevelsen (Chentsova-Dutton et al. 2014).

Kulturelle skripter for lidelse (jfr. idiomer for lidelse) lar individer fokusere på visse affektive eller somatiske endringer til fordel for andre, og gir mulighet for kommunikasjon og forståelse av disse endringene. I sitt arbeid blant psykiatriske pasienter i Kina beskriver eksempelvis Kleinman (1986) hvordan fysiske lidelser nedfeller seg hos pasienter der depresjon ville blitt benyttet som en psykiatrisk diagnose. Han påpeker at psykiske symptomer blir ansett som stigmatiserende i det kinesiske samfunnet, dermed blir somatiske plager uttrykt for å få medlidenhet, omsorg og forståelse. Imidlertid kommuniserer ikke bare individet lidelsen som somatisk, følelsen oppleves også som kroppslig; tristheten sitter i brystet og føles i ansiktsuttrykket. På denne måten blir følelsen både en del av kroppens eksistens og dens kommunikasjon med andre (Kleinman, 1986).

Intrapyskisk versus interpersonlig: Emosjoner, kropp-sinn, følelse-tanke og selvet.

Som nevnt hevder Lutz (1985) at forståelsen av depresjon i vestlig psykiatri blir forstått som utledet fra intrapsykiske aspekter. På samme måte påpeker Lewis-Fernandez et al. (1994) og Miresco og Kirmayer (2006) at dagens forståelse av depresjon og den generelle vestlige psykiatriske praksisen er forankret i en kropp-sinn-dualisme, der kropp og sinn betraktes som separate enheter. Imidlertid skiller ikke alle samfunn mellom kropp og sinn. Faktisk anser flertallet av ikke-vestlige kulturer kropp og sinn som en helhet, uadskillelige og gjensidig konstituerte (Dein, 2016). Ved å undersøke lokale former for lidelse har det blitt oppdaget at i store deler av den ikke-vestlige verden blir kroppslige symptomer rapportert som former for psykososial lidelse, heller enn psykiske symptomer (Kitanaka & Ecks, 2021). Dette utfordrer den vestlige psykiatriske oppfatningen av depresjon som en «sinnssykdom», og det blir stilt spørsmål om rapportering av psykiske symptomer i realiteten bare tilhører den vestlige befolkning (Dein, 2016; Kitanaka & Ecks, 2021). I mange deler av verden, inkludert etniske minoriteter i USA, er skillet mellom det mentale (psykiske) og det somatiske (fysiske) langt fra åpenbart (Kirmayer et al. 1994). I Kina skiller man for eksempel ikke mellom psykiske lidelser og kroppslige sykdommer (Kleinman, 1986). Affektive og kognitive symptomer nedtones vanligvis til fordel for somatiske symptomer slik som kroppssmerter, svakhet, kronisk tretthet, søvnløshet og hjertekrampe (Kleinman, 1982; Lee et al., 2007; Ryder & Chentsova-Dutton, 2012).

Heller ikke alle samfunn betrakter tanker som separert fra følelser. I Unni Wikans (1990) studie fra Bali viser hun eksempelvis til hvordan balineserne føler med tankene sine og

tenker med følelsene sine. De har heller ingen konsept om det ubevisste. På denne måten blir følelser lokalisert i det ytre og kontrollerbare, heller enn det indre og ukontrollerbare; «*Laughter makes happiness, it takes sadness out*’ and *‘if you only think good thoughts, it is impossible to feel sad*» (Wikan, 1990, s. 148). Ytterligere blir den intrapsyiske forståelsen av depresjon problematisert når man undersøker kulturer der emosjoner blir forstått som utledet av *interpersonlige* (mellommenneskelige) aspekter. Blant Ifaluk-folket i Mikronesia blir eksempel ikke det å sørge etter tap av noen i en nær relasjon ansett som et intrapsykisk problem, men snarere som et problem forårsaket av det uerstattelige tapte forholdet til en annen (Lutz, 1985).

I tråd med dette viser den krysskulturelle psykiateren Laurence Kirmayer (2007) at den psykiatriske forståelsen av depresjon er påvirket av kulturelle konseptualiseringer av selvet. Kirmayer (2007) hevder at diagnosemanualen DSM reflekterer vestlige kulturelle verdier om individuell autonomi som verdsetter personlige valg, mål og preferanser. En slik individualistisk orientering er vanlig i store deler av vesteuropeiske og nordamerikanske samfunn. Denne forståelsen av selvet, i kombinasjon med en kropp-sinn dualisme, leder til at depresjon blir forstått som utledet av indre forstyrrelser, kjennetegnet av intrapsyiske symptomer (psykologiske og biologiske), mens interpersonlige (sosiale/mellommenneskelige) symptomer blir oversett. I kontrast tenderer mennesker som har en kollektivistisk selvkonseptualisering å vektlegge mellommenneskelige forpliktelser, sosial harmoni og gruppeorientert adferd. Depresjon blir i slike kulturer dermed ofte tilskrevet interpersonlige problemer (Dein, 2016). Ytterligere foreslår Chiao og Blazinsky (2010) at kollektivistiske kulturer, på grunn av sin gruppeorienterte atferd, kan fungere som en buffer mot depresjon ved å gi genetisk sårbare individer en implisitt sosial støtte (Chiao & Blazinsky, 2010).

Blant antropologer som har studert emosjoner som interpersonlige fenomener, finner vi Edward Schieffelin (1985). I løpet av sitt opphold blant Kaluli-folket i Papua New Guinea beskriver han hvordan dysforiske affekter uttrykkes for å sikre sosial gjensidighet. Til tross for at depresjon ikke eksisterte som et begrep blant Kaluli-folket, og tilstanden var sjelden, viste det seg at sinne og sorg var viktige emosjoner som ble utspilt i forbindelse med dødsfall-ritualer. Disse ritualene skaper et rom der den sørgende kan uttrykke sine reaksjoner og få allmenn støtte i form av sympati og materiell kompensasjon for tapet de har lidd. Schieffelin (1985) påpeker at disse sosiale strukturene beskytter Kaluli-folket mot depresjon. På bakgrunn av dette argumenterte han for at emosjoner ikke bare er lokalisert i individets indre, men har også en strukturell komponent som er ekstern for individet og som befinner seg innenfor det han omtaler som «det sosiale felt» (Schieffelin, 1985).

Depresjon: En sosial og global lidelse

I boken «Social Origins of Distress and Disease» presenterer Kleinman (1986) et argument som utfordrer den tradisjonelle oppfatningen av depresjon som en rent individuell, psykobiologisk dysfunksjon. Selv om lidelsen kan sies å være universell i den forstand at den eksisterer blant de fleste menneskelige populasjoner hevder han at det er nyttig er å undersøke lidelsen som et resultat av samspillet mellom mennesker og det samfunnet de lever i. Med sin sterke posisjon innen fortolkende medisinsk antropologi understreker han at depresjon ikke bare reflekterer en persons forhold til omgivelsene, men også samfunnets innvirkning på individet. For å komme tilbake til hans illustrasjoner om kroppslige opplevelser av depressive tilstander i Kina; pasientene opplever og uttrykker depresjon som fysisk forankret snarere en psykisk. Dette er i tråd med kulturell stigmatisering av psykiske symptomer. Imidlertid forklarer Kleinman (1985) at dette kan forklares gjennom måten depresjon har blitt forstått i tradisjonell kinesisk medisin og politiske forhold der kulturrevolusjonen ledet til en sensur av psykiatriske symptomer. Ved å undersøke forholdet mellom depresjon og samfunnet, får vi ifølge Kleinman en «symbolsk bro» som forbinder mennesker med det samfunnet de lever i. På denne måten blir depresjon ikke bare betraktet som en individuell tilstand, men som en sosial forstyrrelse der de sosiale omgivelsene både er forankret i individets lidelse og samtidig blir påvirket av disse lidelsene (Kleinman, 1986). Denne måten å tilnærme seg depresjon på har ledet til at en rekke medisinske antropologer har foreslått å se på psykisk sykdom som *sosiale lidelser* (eng. social sufflering). Dette konseptet gir en analytisk innfallsvinkel til å studere samspillet mellom sosiale, kulturelle og politiske forhold i skapelsen av lidelse i et globalt perspektiv (Ingstad, 2007).

I kjølvannet av den globale økningen av depresjon på 1990-tallet begynte antropologer å undersøke hvordan depresjon blir konstruert på steder hvor det tidligere ikke eksisterte som en diagnose (Kitanaka & Ecks, 2021). Gjennom å forstå depresjon som en gjennomgående sosial lidelse, påvirket av sosiale og politiske forhold, har noen antropologer argumentert for at den globale økningen av depresjon er et produkt av en voksende innflytelse fra den globale farmasøytiske industrien, endringer i diagnostiske kriterier og medisineringspraksis (Kitanaka & Ecks, 2021). Ethan Watters (2010) har blant annet argumentert for at den vestlige måten å oppfatte og behandle psykisk sykdom på raskt og hensynsløst har blitt verdensomspennende og peker på hvordan fagfolk innen mental helse og farmasøytiske selskaper har fremskyndet spredningen av noen vestlige lidelser, slik som depresjon. Flere antropologer har understreket

at en slik globalisering av psykiatriske ideer kan føre til at lokale idiomer for lidelse slettes eller endres, og lede til en homogenisert forståelse av depresjon (Kitanaka & Ecks, 2021).

Konklusjon

I lys av det jeg nå har illustrert vil jeg nå forsøke å besvare mine innledende problemstillinger: *Hvordan kan antropologer bidra til å forstå fenomenet depresjon? Hvor universell er sykdomskategorien depresjon?* Antropologiske bidrag er sentrale for å forstå hvordan depresjon gis mening i ulike kulturelle kontekster. Ved å benytte etnografiske metoder kan antropologer undersøke hvordan emosjonell lidelse konstrueres, og hvordan disse lokale formene for lidelse er forankret i kulturelle meningssystemer og sosiale strukturer. Obeyesekere (1985) har vist hvordan lokale tradisjoner, slik som buddhisme, former opplevelsen og betydningen av depressive tilstander. Schieffelin (1985) viser på sin side at dysforiske affekter er integrert i lokale systemer for emosjoner, depresjon må dermed ses om et gjennomgående sosialt fenomen (Schieffelin, 1985). På lignende måter viser Kleinman (1986) til hvordan depressiv lidelse i ikke bare må forstås som en psykobiologisk forstyrrelse. Den må også forstås som en sosial lidelse som sier noe om de samfunnsmessige forholdene en person lever i. Ytterligere har antropologer, gjennom å tilnærme seg depresjon som en sosial lidelse, gitt mulige forklaringer på den globale forekomsten av depresjon.

Når det gjelder spørsmålet om hvorvidt sykdomskategorien «depresjon» er universell vil jeg stille meg sammen med de tidlige antropologiske kritikerne. Empirien illustrerer kulturell variasjon av både depressiv emosjon og sykdomsopplevelse. Dysforiske affekter oppleves, uttrykkes og gis mening på fundamentalt forskjellige måter i ulike sosiale og kulturelle kontekster. Mens vestlige samfunn tenderer å anse depressive tilstander som forankret i det indre og mentale, tenderer ikke-vestlige kulturer å anse depresjon som forankret i det mellommenneskelige. Samtidig rapporterer vestlige kulturer typisk psykiske symptomer, mens ikke-vestlige kulturer, slik som Kina, tenderer å både uttrykke og oppleve depressive tilstander gjennom fysiske termer. Dette peker på at forståelsen av depresjon som både emosjon og sykdom er gjennomgående sosiale og kulturelle begrep.

På samme måte er den psykiatriske konseptualiseringen av depresjon basert på vestlige forståelser av emosjoner og sykdom, forankret i epidemiologiske skiller som ikke lett kan overføres til andre kulturer og samfunn. Det å studere depresjon på tvers av kulturelle kontekster utgjør dermed i bunn og grunn et oversettelsesproblem. Det å oversette kulturelle termer er ikke bare en prosess der man gir mening til ulike ord i ulike språk. Oversettelse

innebærer også en avansert forståelse av ulike kulturelle verdener. Psykologisk praksis som undervurderer viktigheten av å oversette kulturelle termer til andre kulturer må dermed stilles spørsmål med. Selv om tilstanden har en biologisk forankring vil ikke dens betydning som sykdom være universell. Det å benytte en psykiatrisk definisjon av depresjon i krysskulturelle studier blir det samme som å pålegge disse samfunnene et vestlig konstruert konsept. I lys av dette vil jeg argumentere for at det er behov for et bedre tverrkulturelt samarbeid mellom antropologer, psykologer og psykiatere i det krysskulturelle studiet av depresjon. Vi må begynne med etnografisk kartlegging av de lokale måtene emosjonell lidelse blir konstruert, inkludert emiske definisjoner av emosjon og sykdom, før vi kan gjøre spesifikke sammenligninger av symptomer på tvers av kulturer og samfunn.

Referanseliste:

- Averill, J. R. (1968). Grief: Its nature and significance. *Psychological Bulletin*, 70(6, Pt.1), 721–748. <https://doi.org/10.1037/h0026824>
- Bellah, R. N., Madsen, R., Sullivan, W. M., Swidler, A., & Tipton, S. M. (2007). *Habits of the heart, with a new preface: individualism and commitment in American life*. University of California Press.
- Chentsova-Dutton, Y. E., Ryder, A. G., & Tsai, J. (2014). Understanding depression across cultural contexts. I I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Red.), *Handbook of depression* (s. 337–354). The Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2014-10695-018>
- Chiao, J. Y., & Blizinsky, K. D. (2010). Culture–gene coevolution of individualism–collectivism and the serotonin transporter gene. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*, 277(1681), 529-537. <https://doi.org/10.1098/rspb.2009.1650>
- Csordas, T. J. (1990). Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *Ethos*, 18(1), 5-47. <http://www.jstor.org/stable/640395>
- Csordas, Thomas J. (Red.). (1994). *Bodyment and Experience: The Existential Ground of Nature and Self*. Cambridge University Press.
- Dein, S. (2016). Depression: ethno psychological themes. *Anthropol Open J*, 1(1), 3-10. <http://dx.doi.org/10.17140/ANTPOJ-1-102>
- Durà-Vilà, G., Littlewood, R., & Leavey, G. (2013). Depression and the medicalization of sadness: Conceptualization and recommended help-seeking. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(2), 165-175. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0020764011430037>
- Ecks, S. (2016). Ethnographic critiques of global mental health. *Transcultural Psychiatry* 53, 804-8.
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures*. Basic Books.
- Goffman, E. (1992). Innlending. *Vårt rollespill til daglig*, (s. 11-23). Pax.
- Good, B., Good, M. & Moradi, R. (1985). 12. The Interpretation of Iranian Depressive Illness and Dysphoric Affect. I A. Kleinman & B. Good (Red.), *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder* (s. 369-428). University of California Press.
- Hagen, R. & Kennair, L. E. O. (Red.). (2016). *Psykiske lidelser*. Gyldendal.
- Ingstad, B. (2007). *Medisinsk antropologi - En innføring*. Fagbokforlaget.

- Jackson, S. (1985). 1. Acedia the Sin and Its Relationship to Sorrow and Melancholia. I A. Kleinman & B. Good (Red.), *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder* (s. 43-62). University of California Press. <https://doi.org/10.1525/9780520340923-004>
- Jansen, K. A. (2015). Ut over "illness" og "disease": en faghistorisk introduksjon til medisinsk antropologi. *Kulturella perspektiv-Svensk etnologisk tidskrift*, 24(1), 70-80.
- Jenkins, J. H., Kleinman, A. & Good, B. J. (1991). Cross-cultural studies of depression. I J. Becker & A. Kleinman (Red.), *Psychosocial aspects of depression* (s. 67–99). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Keesing, R. M. (1974). Theories of culture. *Annual review of anthropology*, 3(1), 73-97. (34 s.) <http://www.jstor.org/stable/2949283>
- Kirmayer, L. J. (2001). Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *Journal of clinical psychiatry*, 62, 22-30. https://www.psychiatrist.com/wp-content/uploads/2021/02/12281_cultural-variations-clinical-presentation-depression.pdf
- Kirmayer, L. J. (2007). Psychotherapy and the cultural concept of the person. *Transcultural psychiatry*, 44(2), 232-257. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1363461506070794>
- Kirmayer, L. J., Young, A., & Robbins, J. M. (1994). Symptom attribution in cultural perspective. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 39(10), 584-595. <https://doi.org/10.1177/070674379403901002>
- Kitanaka, J. & Ecks, S. (2021). Depression. I F. Stein (Red.) *The Open Encyclopedia of Anthropology*. <http://doi.org/10.29164/21depression>.
- Kleinman, A. & Good, B. (Red.). (1985). *Culture and depression: Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. University of California Press.
- Kleinman, A. (1973). Medicine's symbolic reality: on a central problem in the philosophy of medicine. *Inquiry*, 16(1-4), 206-213. <https://doi.org/10.1080/00201747308601685>
- Kleinman, A. (1977). Depression, somatization and the "new cross-cultural psychiatry." *Social Science & Medicine*, 11(1), 3-9. [https://doi.org/10.1016/0037-7856\(77\)90138-X](https://doi.org/10.1016/0037-7856(77)90138-X)
- Kleinman, A. (1982). Neurasthenia and depression: A study of somatization and culture in China. *Culture, Medicine and Psychiatry* 6, 117–190. <https://doi.org/10.1007/BF00051427>

- Kleinman, A. (1986). *Social origins of distress and disease: depression, neurasthenia, and pain in modern China*. Yale University Press.
- Kleinman, A. (1988). *Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience*. Free Press.
- Lee, D. T., Kleinman, J., & Kleinman, A. (2007). Rethinking depression: an ethnographic study of the experiences of depression among Chinese. *Harvard Review of Psychiatry*, 15(1), 1-8.
- Levy, R. I. (1973). *Tahitians: mind and experience in the Society Islands*. University of Chicago Press.
- Lewis-Fernández, R., & Kleinman, A. (1994). Culture, personality, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 67–71. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.103.1.67>
- Littlewood, R., & Dein, S. (Ed.). (2000). *Cultural psychiatry and medical anthropology: an introduction and reader*. Bloomsbury Publishing.
- Lutz, C. (1985). 2. Depression and the Translation of Emotional Worlds. I A. Kleinman & B. Good (Ed.), *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder* (s. 63-100). University of California Press.
- Lutz, C., & White, G. M. (1986). The anthropology of emotions. *Annual review of anthropology*, 15(1), 405-436. <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.an.15.100186.002201>
- Miresco, M. J., & Kirmayer, L. J. (2006). The persistence of mind-brain dualism in psychiatric reasoning about clinical scenarios. *American Journal of Psychiatry*, 163(5), 913-918. <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ajp.2006.163.5.913>
- Nichter, M. (1981). Idioms of distress: alternatives in the expression of psychosocial distress: a case study from South India. *Culture, Medicine and Psychiatry* 5, 379–408. <https://doi.org/10.1007/BF00054782>
- Nysæter, T. E. & Wlavig, H. (2016). Stemningslidelser. I R. Hagen & L. E. O. Kennair (Ed.), *Psykiske lidelser* (s. 122-139). Gyldendal.
- Obeyesekere, G. (1985). 4. Depression, Buddhism, and the Work of Culture in Sri Lanka. I A. Kleinman & B. Good (Ed.), *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder* (s. 134-152). University of California Press.
- Rosenblatt, P. C. (1988). Grief: The social context of private feelings. *Journal of Social Issues*, 44(3), 67-78. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511664076.008>

- Rosenblatt, P. C., Walsh, R. P., & Jackson, D. A. (1976). *Grief and mourning in cross-cultural perspective*. Human Relations Area Files Press.
- Ryder, A. G., & Chentsova-Dutton, Y. E. (2012). Depression in cultural context: “Chinese somatization,” revisited. *Psychiatric Clinics of North America*, 35(1), 15–36.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.11.006>
- Schieffelin, E. (1985). 3. The Cultural Analysis of Depressive Affect: An Example from New Guinea. I A. Kleinman & B. Good (Red.), *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder* (s. 101-133). University of California Press.
- Watters, E. (2010). *Crazy like us: The globalization of the American psyche*. Simon and Schuster.
- White, G. M. (1982). The role of cultural explanations in ‘somatization’ and ‘psychologization’. *Social Science & Medicine*, 16(16), 1519-1530.
[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(82\)90067-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(82)90067-3)
- WHO: World Health Organisation (2023). *Depression*. Hentet 21.02.2023 fra:
http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/
- Wikan, U. (1990). *Managing turbulent hearts: A Balinese formula for living*. University of Chicago Press.