

Etnisitet og behandling

– kulturelle utfordringer



Espen Freng
Sosialantropolog



Espen Jodnes Freng

Etnisitet og behandling

Et prosjekt med fokus på tilrettelegging og tilpassning av behandling for pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn

Blå Kors Senter

”Om mine venner eller familie fikk vite at jeg spiller med penger, ville de slutte å hilse på meg. Hva har jeg igjen da?”

(Anonym pasient med minoritetsbakgrunn)

Utgitt: 2008
Copyright: Blå Kors Senter
Postadresse: Storgata 38, 0182 Oslo
Tlf. sentralbord: 22 99 49 00
E-mail: post@bks.no
Webside: www.bks.no

Forord

En av de største utfordringene det Norske multikulturelle samfunnet vil møte i årene som kommer er å sikre at våre nye landsmenn får del i det helse og behandlingstilbudet som finnes. Selv om alle i teorien har samme rett til helsehjelp er det langt igjen før alle får det i praksis. Manglende kunnskap og språkforståelse, og ikke minst kulturelle forskjeller gjør terskelen inn til behandlingstilbudene alt for høy for mange.

Blå Kors Senter opplevde at mange av de som søkte hjelp for sitt pengespillproblem og hadde en annen kulturell bakgrunn enn norsk/nordisk alt for ofte ikke fullførte den planlagte behandlingen. Resultatet ble at problemet vedvarte og vedkommende som hadde vært hos oss hadde hatt et møte som bidro til å øke skepsisen til helsevesenet generelt. Vi ønsket å gå offensivt til verks for å finne gode løsninger. Vi ville vite hva vi gjorde feil og hva vi kunne gjøre bedre.

Da Sosial og Helsedirektoratet i 2006 lyste ut midler til tiltak for å bekjempe pengespillproblematikk var vi så heldige å få midler til et prosjekt som skulle finne ut mer om hvorfor personer med fremmedetnisk bakgrunn ikke møtte opp til behandling eller ofte avbrøt behandlingen for tidlig. Nå har det snart gått to år siden vi startet opp arbeidet og det er med stor glede og stolthet at vi legger fram rapporten.

Rapporten bør være interessant lesing for alle som arbeider i helsevesenet og som møter pasienter med annen kulturell bakgrunn enn norsk. Resultatene vi har kommet fram til, og rådene som gis er like gyldige om pasienten er i rusomsorgen, i psykiatrien eller i behov av somatisk behandling.

Rapporten har blitt til først og fremst gjennom Espen Frengs tålmodige og systematiske arbeid. Materialet han har gått gjennom i form av journaler og pasientopplysninger var stor og omfattende. Hans engasjement i arbeidet har vært uvurderlig. Jeg vil også rette en takk til Astri Nymark som bidro sterkt i den første delen av prosjektperioden. Rapporten kunne heller ikke blitt til uten at engasjerte behandlere ved Blå Kors Senter hadde bidratt med råd og informasjon, og ikke minst med utprøving av rapportens anbefalinger. Tilbakemeldingen fra behandlerne er at å bruke rapportens anbefalinger gir gode resultater.

Oslo 07.08.2008

Magnar Lie
Direktør Blå Kors Øst AS

Innhold

Sammendrag	6
Innledning	9
Kapittel 1: Bakgrunn	11
Hva gjør jeg galt?	12
Tilpasset metode.....	12
Kapittel 2: Organisering	14
Innvandrerstatistikk	15
Kapittel 3: Muligheter	17
Virksomme faktorer i behandling	18
Betydningen av kulturell kunnskap.....	18
Kulturell forståelse tilstrekkelig?	20
Sammendrag	20
Kapittel 4: Teorier	21
Grunntanker innen kulturelle forskjeller/likheter.....	21
Forskjeller og likheter:	23
Sosial status:.....	24
Identiteter:	25
Kulturelle modeller:	26
Sammendrag	28
Kapittel 5: Betydningen av terapeutens bakgrunn	30
Henvisningsårsak	31
Dialogen	31
Fokuset	32
Somatisk lidelse.....	32
Hjelpeløshet.....	32
Identitet.....	33
Praktiske oppgaver	33
Involvering	33
Kontekst	33
Skam.....	34
Diskriminering	34
Kulturell angst og identifisering.....	34
Forestillinger	35
Holdning til Dropout	35
Sammendrag	35
Kapittel 6: Kulturelle utfordringer i møte med minoritetspasienter	36
Etnosentrisme og symptomfokus	36
Tolkning av symptomer	37
Kan terapeuten oppfattes som diskriminerende?	37
Betydningen av integreringsnivå.....	39
Sammendrag.....	39
Kapittel 7: Kulturelle fenomener i terapi	41
Kollektive utfordringer:.....	41
Økonomiske plikter.....	41
Følelser/tanker	42
Skam / tabu.....	43
Tillit.....	43
Religiøse utfordringer	43

<i>Åndsdimensjon</i>	43
<i>Psykosomatikk</i>	44
Vestlig modell for samtale	44
<i>Forventninger</i>	44
<i>Skjemaer/kartlegging</i>	45
<i>Samtaleterapi</i>	45
<i>Navn</i>	46
<i>Tolk</i>	46
<i>Begrepsforvirring</i>	46
Migrasjonsbelastninger	47
<i>Hverdagsdiskriminering</i>	47
<i>Minoritetsfølelse</i>	47
<i>Tilhørighetsfølelse</i>	48
<i>Integreringsnivå</i>	48
<i>Ensomhet og isolasjon</i>	48
Sammendrag	49
Kapittel 8: Relasjonsmodellen	50
Forberedelse	50
Underveis i timen:	51
Avslutning av timen (de siste 10 minutter):	51
Det første møte:	52
Det andre møte:	52
Kapittel 9: Resultat og konklusjon	54
Vedlegg 1	55
Vedlegg 2	56
Litteratur	58

Sammendrag

Pasienter med minoritetsbakgrunn er en raskt økende pasientkategori i det norske helsevesenet, men både pasienter og behandlere opplever store problemer i å nyttiggjøre seg behandlingstilbudet. Denne rapporten tar for seg utfordringer behandlere møter med minoritetspasienter, og er et resultat av et prosjekt som viser at man kan øke sannsynligheten for gode resultater med enkle justeringer av behandlingsopplegget.

Den høye andelen innvandrere i Norge innebærer at vi som arbeider i behandlingsapparatet møter kulturforskjeller på mange arenaer, og tradisjonell kunnskap og tradisjonelle behandlingsformer blir utfordret. Mangel på kunnskap om hverandre preger både hjelpeapparatet og minoritetspasientene.

Siden behandling for spillavhengighet begynte ved Blå Kors Senter i 2000, har ansatte erfart at det var vanskeligere å hjelpe pasienter med minoritetsbakgrunn, og registrerte over tid at dropout prosenten var betydelig høyere i denne pasientgruppen. Mens 63 prosent av våre ”norske” pasienter fullførte behandlingen, var tallet blant etniske minoriteter 38 prosent. I enkelte etniske grupper var dropout-andelen på hele 100 prosent. I tillegg til at vi ikke klarte å gi denne pasientgruppen den nødvendige helsehjelpen, skapte det følelse av utilstrekkelighet blant behandlere som opplevde at de selv gjorde ting galt.

En grundig kartlegging blant etnisk norske og ikke etnisk norske behandlere i Oslo og 24 distriktpsikiatriske sentre avdekket en rekke svakheter og ulikheter. Det kom raskt frem at behandlere med minoritetsbakgrunn ikke opplevde dropout som et vanlig problem, de var mindre fiksert på den konkrete henvisningsårsaken, gikk lengre i å innta en advokatrolle, og berørte områder mange etnisk norske behandlere ikke gjør. De fleste etnisk norske behandlere uttrykte større grad av frustrasjon og fortvilelse over sine møter med minoritetspasienter. Det ble åpenbart at en kartlegging av hva behandlere i de to kategoriene gjør, kunne føre til utviklingen av et verktøy ansatte i helsevesenet kan benytte i sitt møte med minoritetspasienter.

I tillegg ble det sentralt å undersøke om minoritetspasienter generelt har noen fellestrekk som skiller seg fra den etnisk norske pasienten. Vi intervjuet ca 45 personer med

minoritetsbakgrunn om dette, både pasienter, pårørende og ”mannen i gata”, og kartla systematisk både kjente og ukjente utfordringer: manglende systemtillit, vektlegging av åndsdimensjon, psykosomatikk, forpliktelser til slekten, betydningen av skam og tabuer, pasientens opplevelse av diskriminering, ulike forventinger til hjelpeapparatet, ulik symptomtolkning, med mer. Her skiller flertallet av minoritetspasienter seg fra den gjennomsnittlige, etnisk norske pasient, og stiller krav til behandlere om å endre sin tilnæringsmetode i møte med minoritetspasienter.

Etter å ha systematisert informasjonen fra behandlere og pasienter, startet behandlere ved Blå Kors Senter utprøvingen av vesentlige momenter ved behandlingstilbudet for minoritetspasienter. Disse momentene ble gjennom behandlernes erfaringer kontinuerlig justert og forbedret. I prosessen ble det tydelig at selve relasjonsbyggingen mellom behandler og pasient er langt viktigere enn hvilken skolemetode behandler benyttet.

Metoden som presenteres i denne rapporten vektlegger utviklingen av relasjonen mellom pasient og behandler. Det går først og fremst på å anerkjenne ulikheter mellom behandler og pasient, og viktigheten av å bygge en god relasjon før man kartlegger det problemet pasienten er henvist for. Det er av avgjørende betydning å vise nysgjerrighet og øke behandlerens kunnskap om pasientens kulturelle bakgrunn før selve henvisningsårsaken bringes opp. Spørrelyst fungerer godt som en brobygger mellom pasient og behandler. Det utvikler tillit, og det blir enklere å enes om felles mål.

Et annet viktig element er å kartlegge pasientens kunnskap om behandling, samt holdninger og forventninger til behandlingen. Behandlere i helseapparatet har i stor grad undervurdert betydningen av enkelte minoritetspasienters mangel på kunnskap om behandlingen. I tillegg til at deres forståelse av situasjonen ofte tilhører en annen forklaringskategori enn behandleren sin.

Et tredje element er graden av involvering. Man lykkes bedre i behandlingen om man går lengre i å hjelpe pasienten med praktiske problemer, somatiske plager, forhold til sosialkontoret, NAV osv. I tillegg til denne involveringen er det betydningsfullt at behandleren gir av seg selv, deler erfaringer fra eget liv, for å skape større medmenneskelighet og større likeverd i behandlingssituasjonen.

Metoden har vært i bruk i om lag ett år, og i denne perioden er dropout - andelen betydelig redusert. Tallmaterialet er foreløpig beskjedent, men så langt er andelen minoritetspasienter som ikke fullfører behandlingsopplegg redusert fra 56 prosent til 29 prosent. Tilbakemeldingene fra behandlere er at modellen og rapportens anbefalinger gir gode resultater. Ikke bare erfarer vi at pasienter med minoritetsbakgrunn oftere følger opp behandling, men det virker også som at relasjonen mellom pasient og behandler er bedre. Noe som igjen resulterer i at hjelperen står bedre stilt til å hjelpe dem som trenger det mest.

Minoritetsbefolkningen i Norge øker raskt, og andelen minoriteter i pasientgrupper øker enda raskere. Våre erfaringer viser at det er nødvendig å utfordre vår tradisjonelle måte å tenke pasient – behandler på. Vi må tillate at vi også må endre oss for å kunne hjelpe de som trenger det mest. Utfordringen ligger ikke bare i innvandrernes integrering, men også i at helsevesenet må endre seg i takt med samfunnsutviklingen.

Innledning

I følge Hjelpelinjen for spilleavhengige¹ er en spilleavhengig en person som ikke har kontroll over sitt pengespill, noe som kan føre til personlige, økonomiske og sosiale problemer. Spilleavhengighet rammer ikke bare den som spiller, men også hele familiens situasjon. Det dreier seg ikke bare om å spille bort store summer, men like mye å spille for mer penger enn man har råd til å tape. Ofte prøver personer som har tapt penger å ta igjen det tapte ved å satse mer, noe som i de aller fleste tilfeller bare forsterker problemene.

Norsk tipping² viser til en undersøkelse i 2005 at den typiske spilleavhengig var en enslig, arbeidsløs ung mann med lav inntekt og utdanning, men som gjerne gikk på skole eller studerte. Innvandrere i populasjonen var da på ca 20 % i Oslo. En ny undersøkelse i 2007 viste at mange av de samme særtrekkene gikk igjen, men bildet av den typiske problemspilleren var blitt mer diffust. Kjønnforskjellene var mindre, den geografiske spredningen var større, inntektsforskjellene var mindre, spredningen i alder var større, og gifte/samboende utgjorde et større innslag.

En faktor som ikke blir lagt nok vekt på er den etniske fordelingen. Tall fra Blå Kors Senter viser at rundt 32 % av de pasienter som kom til behandling for spillavhengighet hadde minoritetsbakgrunn. Dette indikerer at minoritetsbefolkningen er høyt representert blant personer med spillavhengighet i Norge. I Oslo utgjør innvandrere i 2008 25 %³ av den totale befolkningen noe som betyr at kunnskap om kulturelle forskjeller i behandling bør bli tatt hensyn til i terapi. Ut fra de resultater prosjektet har funnet, er det tydelig at det er store begrensninger i metodene som benyttes av behandlere i møte med minoritetspasienter.

Denne rapporten har en sosialantropologisk vinkling, og knytter tanken om kulturelle forskjeller opp mot terapi, og minoritetspasientens møte med behandlingssystemet. Selve rapporten er lagt opp slik at leseren først får et innblikk i hvorfor prosjektet startet, for deretter å presentere observerte forskjeller mellom norske og ikke - norske behandlere. Faktorer som skiller minoritetspasienter fra norske pasienter blir også sentralt i forhold til hva behandlere bør legge vekt på i møte med minoritetspasienter. Etter å ha presentert teorier og funn, avslutter rapporten med en modell som kan være et hjelpemiddel når man skal drive terapi

¹ www.hjelpelinjen.no

² www.spillevett.no

³ Juli 2008

med mennesker med minoritetsbakgrunn. Modell kan også benyttes i møte med etnisk norske pasienter. Behandlere ved Blå Kors Senter benyttet denne modellen over ett år, og resultatet viser at det er fruktbart å øke sin bevissthet om kulturforskjeller i terapi. Modellen gir behandlere og andre et innblikk i hvordan en god relasjon med minoritetspasienter kan etableres.

Mange av pasientene som omtales i rapporten kan være traumatiserte på grunn av migrasjonsprosessen, krig, vitne til brutaliteten, eller lignende. Rapporten vil ikke ta for seg traumebehandling. Graden av norsk – kunnskap varierte mellom pasientene og funnene som presenteres kan ikke generaliseres opp mot alle minoriteter, eller etnisk norske. Funnene presenteres som yterpunkter og rapportens mål er å gi behandlere et verktøy som kan benyttes i møte med pasienter med en annen kulturell bakgrunn (enn seg selv).

Kapittel 1:

Bakgrunn

Siden 2000 har Blå Kors Senter AS (BKS) hatt et behandlingstilbud til personer med pengespillproblemer. Vår erfaring er at pasienter med minoritetsbakgrunn avbryter behandlingen hyppigere enn etnisk norske. De som avbryter eller ikke møter til behandling blir kategorisert som ”dropout”. Dropout pasienter er i denne rapporten pasienter som bryter samarbeid med behandler/terapeut uten å informere om dette. Et eksempel er at pasienten aldri dukker opp til første time, eller at han/hun avbryter en pågående behandling uten at terapeuten får vite hvorfor pasienten avbryter behandlingen.

I perioden 01/01–02 til 01/03–05 fikk BKS 743 henvisninger relatert til spillproblemer. I overkant av 32 % av disse hadde en annen etnisk bakgrunn enn norsk. Hovedsakelig var dette personer med bakgrunn fra afrikanske og asiatiske land, men også land som Chile og tidligere Jugoslavia var representert⁴.

Prosjektets utgangspunkt var at andelen som blir henvist til behandling og ikke kommer, eller kommer, men avbryter behandlingen, var mye høyere blant etniske minoriteter enn hos etnisk norske. Denne påstanden var basert på terapeuters egenerfaring, og ikke konkrete tall. Derfor ble et av prosjektets første steg å undersøke denne hypotesen. Dersom hypotesen skulle vise seg å være korrekt, var prosjektets overordnede mål å redusere antall dropout primært blant etniske minoriteter ved å forsøke å inkludere bevissthet om kulturelle tilpasninger i behandling, altså en behandlingsmetode som i større grad tar utgangspunkt i den enkelte pasients kulturelle bakgrunn.

Etter gjennomgang av nærmere 700 journaler fra 2002 til 2006, ble hypotesen behandlerne ved BKS hadde, bekreftet. Den totale oversikten viste at personer med etnisk minoritetsbakgrunn avslutter behandling uten å informere behandler om dette oftere enn etnisk norske. Følgende tall ble funnet og viser at det er en differanse på 21 % mellom etnisk norske personer og personer med etnisk minoritetsbakgrunn⁵:

⁴ Se vedlegg 1 for detaljert oversikt presenteres bakerst.

⁵ Se vedlegg 1 for detaljert oversikt presenteres bakerst.

	Dropout	Fullført	I behandling	Totalt antall personer
Etnisk minoritet	56%	38%	6%	222
”Norsk”	35%	63%	2%	462
Totalt antall personer	296	377	24	684

Hva gjør jeg galt?

Tidlig i prosjektet ble det gjennomført samtaler med terapeutene i BKS om temaet etnisitet, behandling og dropout. Mange ga uttrykk for en opplevelse av avmakt og frustrasjon over at mange pasienter droppet ut av behandling. Flere av behandlerne fortalte at de underveis i dialog med pasienter opplevde at samtalen var av god kvalitet, men at pasienten ikke kom tilbake til avtalt time og lot aldri høre fra seg igjen. Pasienten på sin side hadde også i følge flere terapeuter gitt uttrykk for entusiasme og engasjement i forhold til neste time, men kom altså ikke tilbake. Den frustrasjon som kom til uttrykk resulterte ofte i en avmaktsfølelse hos terapeuten og en terapeutisk undring over ”hva gjør jeg galt?”. Spørsmål som ”er det min tilnærming, min behandlingsmetode eller er det meg?” var typiske spørsmål flere behandlere stilte seg selv.

Tilpasset metode

De dominerende behandlingsmetoder benyttet blant terapeuter i dag tar utgangspunkt i og blir definert innenfor vestlig tanke, ideologi og teori. I all hovedsak befinner disse behandlingstilbud seg innenfor psykodynamisk tilnærming, kognitiv terapi, ofte supplert med elementer fra løsningsfokustert terapi (Berg & Briggs, 2002), familierapi og endringsfokustert rådgivning. Samtlige av disse metodene har sitt utspring i en vestlig tankegang, sykdomsforståelse og behandlingsfilosofi. En hypotese som tidlig meldte seg var derfor at de metoder terapeuter benytter ikke er godt nok tilpasset ikke-vestlige pasienter. Dette var utgangspunktet for prosjektet, og denne rapporten vil fokusere på mulige årsaker til dette, og ut i fra disse årsakene lage en metode som er bedre tilpasset minoriteter. Det må presiseres at det er individuelle forskjeller mellom terapeuter, og alle benytter ikke samme strategi i behandling.

Etnisitet og kulturbegrepet er mye diskutert og er et komplekst fenomen. Når vi i denne rapporten refererer til etnisk minoritetsgruppe er det sett i forhold til etnisk norsk majoritetsgruppe. Det etniske vil bli forstått som den etniske og kulturelle bakgrunn en selv og ens forfedre har.

Kapittel 2:

Organisering

Det første trinnet i organiseringen av prosjektet var å legge en strategi for å best mulig kvalitetssikre metoden og rapporten. Prosjektet ble delt inn i tre arbeidsfaser. Disse var:

Fase 1: Innhenting av kunnskap og utarbeidelse av et behandlingsopplegg

Fase 2: Utprøving av behandlingsmetode

Fase 3: Implementering og formidling

Fase 1: Innhente eksisterende artikler/litteratur knyttet til problemstillingen, intervju og kartlegge kompetanse hos relevante informanter og erfaringer fra andre institusjoner, systematisere innhentet kunnskap, og deretter å lage en behandlingsmodell basert på denne informasjonen. Det ble også foretatt en kartlegging/systematisering av aktuelt journalmateriale ved Blå Kors Senter. Dette innebar kartlegging av pasientenes etniske tilhørighet, og i hvilken grad de har fulgt opp henvendelsen eller behandlingen. Vi valgte å se bort fra kjønnsforskjeller i denne sammenhengen. Videre ble det brukt mye tid på å sette seg inn i hva som finnes av erfaring med etniske minoriteter, psykiske lidelser og deres møte med behandlingsapparatet. Kunnskapen ble deretter benyttet i utviklingen av en behandlingsmetode tilpasset pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn.

Fase 2: Utprøving av behandlingsmetoden basert på resultatene i fase 1. I den prosessen ble behandlere ved Blå Kors Senter involvert. Et sentralt punkt var å velge en formidlingsmetode slik at terapeutene med enkle grep kunne gjennomføre de foreslåtte strategier uten for store endringer i eksisterende praksis. Det var en kontinuerlig dialog med behandlerne under utprøvingen av metoden slik at utfordringer og problemstillinger kunne diskuteres.

Fase 3: Formidle behandlingsmetoden til andre instanser eller personer som kan benytte funnene i sitt møte med minoriteter. Intensjonen er at dette skjer ved å distribuere rapporten og/eller gjennom andre formidlingsmetoder.

Statistikken fra BKS viste at etniske minoriteter har 21 % høyere dropout prosent enn hva majoriteten har. Derfor var det relevant å undersøke om dette også gjaldt andre behandlingseenheter i Norge. Det ble derfor distribuerte ut spørreskjema vedrørende etnisitet og behandling til 40 Distriktpsikiatriske Sentra i Norge⁶. Svarprosenten var på 60 prosent (24 av 40 spørreskjema ble besvart og returnert) og hovedkonklusjonen bekreftet at Blå Kors Senter ikke var alene om å anerkjenne mangel på kunnskap vedrørende behandling av etniske minoriteter. I besvarelsene fra spørreskjemaene var følgende punkter og kommentarer gjengangere⁷:

- Etniske minoriteter klager ofte på somatiske plager
- Tolkeproblemer
- Mistillit til systemet
- Forventning om at terapeuten skal løse problemet.
- Avtaler blir ansett som mindre viktig blant etniske minoriteter
- Mangel på kulturforståelse
- Problemer/spørsmål om trygdeytelser, bolig m.m.
- Andre forventninger til behandling

Disse punktene var sentrale i den delen av prosjektet hvor intervjuer og samtaler med informanter ble gjennomført. Før disse samtalene ble gjennomført, var det ønskelig å kartlegge om det fantes noen relevante prosjekter knyttet til etnokulturelle problemstillinger og behandling. Det var også relevant å få oversikt over innvandrersituasjonen i Norge vedrørende populasjon og utvikling.

Innvandrerstatistikk

For å gi en oversikt over innvanderpopulasjonen nå og i et historisk perspektiv, er det innhentet informasjon fra SSB⁸. Denne informasjonen forteller at antall innvandrere i 1865 var på 1,2 prosent (Norges befolkning var på 1,7 millioner). Videre registrert utvikling var fra 1920 hvor 2,8 % av Norges befolkning på 2,6 millioner var innvandrere. I 1950 var 1,4% av Norges befolkning på 3,3 millioner innvandrere, og i juni 2008 var totalt 460 000, eller 9,7 % av befolkningen i Norge innvandrere. I 2008 utgjør innvandrere 25 % av Oslos befolkning. I forhold til første og andregenerasjons innvandrere er antallet som er født i utlandet 381 000,

⁶ Vedlegg 2 er en kopi av spørreskjema som ble sendt til DPS'ene.

⁷ Enkelte DPS'r skrev at de ikke har noen med etnisk minoritetsbakgrunn i sin pasientgruppe.

⁸ <http://www.ssb.no/emner/00/00/10/innvandring/>

mens etterkommere av disse utgjør 79 000. Afrika, Asia, Øst-Europa og Sør- og Mellom-Amerika utgjør halvparten av førstegenerasjonsinnvandrene.

Kapittel 3:

Muligheter

I søket etter informasjon rettet mot etnokulturelle problemstillinger vedrørende pengespillavhengighet, var det lite materiale å oppdrive. Det ble funnet mye litteratur som omhandlet spillavhengighet og behandling i vestlig kultur. Resultatet av en slik teoretisk generalisering kan bli at en overfører metoder og teorier mellom etniske og kulturelle grupper⁹. Det finnes mye litteratur vedrørende psykiske lidelser i et kulturelt perspektiv, men informasjon om relasjonen ”pengespill og etnisitet” var vanskelig å oppdrive. Mesteparten av informasjonen vedrørende minoritetsutfordringer, rettet seg mot andre psykiske lidelser som schizofreni, depresjon, flyktningshistorikk og traumatisering.

Skriftlig informasjon om etniske minoritetsgrupper og avhengighetsbehandling var også vanskelig å oppdrive. Under konferanser og seminarer ble etnisitet og behandling oftest vurdert ut i fra et generalisert vestlig perspektiv, men det ble funnet unntak. For eksempel ble det i Ontario¹⁰ (2002) startet et prosjekt som ønsket å fokusere på og fordype seg i forståelsen av hvordan spilleproblemer utvikles, blir ansett, og hvordan kvaliteten på behandlingen av spilleavhengige kan bedres ut i fra et kulturelt perspektiv. Dette prosjektets utgangspunkt var at det ble sett på som en nødvendighet å stenge gapet mellom det vestlige perspektivet på spillavhengighet, og litteraturen som generaliseres til alle etniske grupper og kulturer. Resultatet fra Ontario er at flere prosjekter fra samme område har tatt noen viktige skritt i retning av en bedre forståelse av hvordan man kan se, forebygge og behandle spilleproblemer i ulike etnokulturelle samfunn.

I Norge kom Rådet for Psykisk Helse ut med rapporten ”Psykisk helse i et flerkulturelt samfunn” i 2007. Denne rapporten illustrerer at det er mange behov som bør kartlegges vedrørende psykisk helse blant etniske minoriteter og om de eksisterende behandlingstilbud er tilpasset denne gruppen.

⁹ Dette er også funn Namrata og Oei publiserte i *Clinical Psychology Review* 2002.

¹⁰ Understadning Problem Gambling in Ethnocultural Communities: Taking the First Step. Brown, Keren

Virksomme faktorer i behandling

Det som også var aktuelt var tanker og teorier rettet mot hvilke faktorer som er virksomme i terapi. Psykoterapiforskere som Scott D. Miller et. al¹¹ konkretiserer hvilke enkeltfaktorer som virker og hvilken prosentmessig effekt de forskjellige elementer har i en terapeutisk kontekst. De deler inn i følgende fire kategorier etter hvor stor innvirkningen de forskjellige elementer har på terapiens utfall. Disse er:

- 40 % Ekstraterapeutiske faktorer (hendelser utenfor terapirommet)
- 30 % Terapeut – pasientrelasjon
- 15 % Pasientens tro, håp og forventning
- 15 % Modell / teknikk behandler benytter

Meta-analytisk forskning¹² viser også til hva de mener har størst innvirkning på terapi. De viser til at i 87 % av de tilfeller pasienter opplever bedring, er det ikke noen klar forklaring på hvorfor dette har skjedd. De resterende 13 % mener de kan fordeles på følgende måte: pasient - terapeut alliansen (60 %), placebofaktorer (30 %), og den terapeutiske teknikken og metode behandler benytter (8 %). Det som er tydelig er at både Miller et. al og meta-analytisk forskning mener det er faktorer terapeuten ikke har kontroll over som har størst effekt på pasientens utvikling. Relasjonen mellom pasient og terapeut synes å være det viktigste i forhold til de elementer terapeuten kan påvirke. utfordringen blir da hvordan en god relasjon kan bygges.

Betydningen av kulturell kunnskap

Spørsmål som ble stilt i begynnelsen av prosjektet var mange. Finnes det for eksempel behandlingsmetoder som er bedre tilpasset personer med etnisk minoritetsbakgrunn? Er det er mulig å konkretisere en behandlingsmetode tilpasset alle minoritetsgrupper? Er det metodiske fellesnevnerne en behandler bør gi spesiell oppmerksomhet? Dette var typiske spørsmål vi ønsket å se nærmere på.

I informasjonsinnsamlingen blant behandlere ble forskjeller mellom etniske grupper ofte diskutert, men det var sjelden etniske forskjeller mellom pasienter var systematisert inn i en

¹¹ www.talkingcure.com

¹² Wampold, B. *The Great Psychotherapy Debate*. New York: Lawrence Erlbaum

behandlingsmetode. De fleste av behandlerne var etnisk norske. Det ble derfor sentralt å kontakte behandlere som selv hadde minoritetsbakgrunn, og kartlegge om det da ble benyttet andre behandlingsstrategier enn det som hovedsakelig blir benyttet av etnisk norske behandlere. Det som kom frem under intervjuene med behandlere med minoritetsbakgrunn tydet på at behandlernes kulturelle og etniske kunnskap om pasienten var et verktøy behandleren kunne benytte i terapi. For eksempel ble det under samtale med flere terapeuter i New Zealand tydelig at de kombinerte kunnskap om pasientens kulturelle bakgrunn med kognitive og narrative metoder¹³.

I New Zealand er etniske grupper som Maorier, Asiater og mennesker fra The Pacific noen av gruppene som blir anset som minoriteter. Disse gruppene hadde utdannede terapeuter med etnisk minoritetsbakgrunn og dermed bedre kjennskap til pasientens kulturelle koder og verdier. Ved hjelp av narrativ metode benyttet de seg av pasientens etniske historie og brukte denne kunnskapen i behandlingen. Dersom pasienten for eksempel hadde voldsproblemer lyttet de til pasientens egen voldshistorie og fortellingen om eget liv, noe som ifølge narrativ metode kan hjelpe personen til å få en alternativ oppfatning om seg selv. En oppfatning som det er mulig å arbeide videre med. Terapeuten med kunnskap om pasientens etniske bakgrunn forklarte og presenterte Maorienenes koloniseringshistorie for pasienten, og skapte dermed en alternativ historie for pasienten. Problemet ble eksternalisert, plassert hos det Maoriske forsvar mot koloniseringen, og en forståelse av eget voldsbruk oppstod. Pasienten fikk en ny oppfatning av seg selv og sin historie gjennom at terapeutene var i besittelse av kunnskap om pasientens etniske historie og kulturelle verdier. Denne kunnskapen ble kombinert med narrativ behandling og hadde i følge behandlerne en meget god effekt i forhold til ønsket endring. Med det formålet om å endre pasienten, brakte de ikke bare inn den subjektive historien, men også den kollektive og skapte dermed rom for endring. Det må i denne sammenhengen presiseres at terapeuter ikke fokuserte på koloniseringshistorien i behandlingen av spilleavhengighet.

Faktumet at spillemaskiner var strategisk plassert i områder hvor resurssvake grupper oppholdt seg, deriblant Maorier, var et element behandlerne fokuserte på i behandlingen. Intensjonen var da å få pasienten til å innse at hele det Maoriske folket ble ansett som en gruppe spillmarkedet enkelt kunne tjene penger på, og deretter få pasienten til å endre atferd som kunne avbekrefte denne holdningen.

¹³ Se for eksempel White, Michael (2006)

Kulturell forståelse tilstrekkelig?

Under en konferanse i Oslo holdt en psykolog med somalisk bakgrunn et foredrag om psykisk helse blant somaliere. I forhold til dropout fortalte psykologen en historie fra Mogadishu hvor en lokal pasient var til behandling. Pasienten fortalte om sine problemer, avtalte en ny time, men kom aldri tilbake til avtalt time. Ved en tilfeldighet møtte psykologen på pasienten noen uker senere og benyttet da anledningen til å spørre om hvorfor han ikke kom til avtalt time. Pasientens svar var da: "Men jeg var ikke syk den dagen!". Med andre ord er det ikke alltid behandlerens kulturelle kunnskap er tilstrekkelig for å unngå dropout.

Under samtaler med enkelte informanter ble jeg fortalt at Imamer er en ressurs som kan benyttes for å redusere pengespill blant muslimer. Ved å presentere disse påstandene til muslimske pasienter ble jeg fortalt at å oppsøke moskeer er vanskelig for en med et spilleproblem. Årsaken er i følge dem at islamsk tro ikke tillater pengespill, og skammen som knyttes opp mot deres avhengighet gjør at det sitter langt inne for mange å oppsøke imamer. Det er altså ikke alltid tilstrekkelig å ha kulturell kunnskap, men likeså sentralt hvilken person pasienten møter.

Sammendrag

Å ha kunnskap om pasientens kulturelle bakgrunn er ofte nyttig i behandling, men ikke alltid tilstrekkelig. Det er svært vanskelig å finne terapeuter fra alle etniske grupper i Norge, men det er mulig å øke behandlerens individuelle kunnskap om pasientens etniske og kulturelle opphav. Denne kunnskapen kan benyttes som et verktøy til å bygge en god relasjon til pasienten og felles forståelse kan etableres. En god relasjon mellom pasient og behandler som i følge flere teoretiske retninger er det som er mest effektivt i terapi.

Kapittel 4:

Teorier

For å få til felles forståelse i kommunikasjonsprosessen, trengs et visst innblikk i hverandres kulturelle bakgrunn. Verdier, holdninger, forståelse av sykdom/lidelse og kommunikasjonsform er kulturelt betinget, og kan medføre feiltolkning av et budskap mellom mennesker med forskjellig etnisk bakgrunn. En utfordring i terapi er bruken av terapeutens kulturelt betinget måte å tolke og forstå symptomer og tegn på lidelse. Behandlere forventes å ta utgangspunkt i pasientens problemforståelse og kan ved mangel på felles kulturell bakgrunn stå i fare for å benytte referanser som ikke er samkjørt med pasientens opplevelse. Vi begår da det en kan betegne som *kategorisk behandlingsfeil* som innebærer at symptomer tolkes og plasseres innenfor et kulturelt konstruert diagnose-system som er tilpasset egen kultur. En atferd vi tolker som psykotisk kan være uttrykk for noe annet enn psykose i andre etniske grupper. For eksempel at en er besatt av en ånd.

I vår søken etter å bedre våre terapeutiske tilnæringsmetoder i møte med mennesker med annen etnisk bakgrunn enn norsk, må følgende begreper forklares: kultur, identitet og kulturelle modeller. Disse begrepene vil fungere som verktøy i forsøket på å redusere dropout prosenten blant etniske minoriteter ved at de kan øke vår forståelse av forskjeller.

Grunntanker innen kulturelle forskjeller/likheter

Kultur kan bli forstått som et system bestående av en kollektiv forståelse av symboler og mening. Ikke noe man fysisk kan berøre, ikke synlig i seg selv, men fortsatt noe vi kan observere. Bestående av ideer, verdier, regler, kommunikasjonsform og normer er kultur noe mennesker overtar fra én generasjon, og viderefører til den neste. I relasjon til dette prosjektet er det nyttig å forstå kultur som *det som muliggjør kommunikasjon*¹⁴; altså er kultur de tankemønstre, vaner/uvaner og erfaringer som mennesker har felles og som gjør at vi forstår hverandre¹⁵. Ut i fra denne forståelsen av kulturbegrepet er det fruktbart å se på de utfordringer som oppstår når behandler møter pasient, og når kultur møter kultur.

¹⁴ Hylland Eriksen, Thomas (1997). Flerkulturell forståelse. Side 44

¹⁵ Hylland Eriksen, Thomas (1993). Kulturterrorismen.

Assosiasjoner vi ofte får er at mennesker i en viss grad *styres* av sin kultur. De som bor i landet kan ofte ha et behov for å skille seg fra etniske minoritetsgrupper og motsatt, og i det henseendet en tendens til å tenke på seg selv som innehaver av en monokultur. Vi oppfatter oss som like. Denne oppfattelsen som igjen er en del av årsaken til at vi generaliserer mellom kulturer og bringer med oss tanken om likhet og forskjeller inn i behandlingssituasjoner. Bevisstheten om individuelle forskjeller vil være tilstedeværende, men individets kulturelle bakgrunn må i større grad bli tatt hensyn til i dag enn tidligere pga det stadig økende antall minoriteter i Norge. Den subjektive og universelle tankegangen blir i stigende grad utfordret og kulturelle forskjeller mellom oss kommer frem i flere og flere kontekster, og tvinger frem en bevissthet om forskjeller. Mangel på oppmerksomhet rundt slike forskjeller kan skape usikkerhet hos pasienten. Dersom behandler overser de kulturelle ulikheter, kan det skape forvirring og kommunikasjonsproblemer. Det er derfor viktig at forskjellene blir satt ord på. Dette gjelder også i tilfeller hvor en etnisk avstand mellom partene ikke er tydelig, fordi det er også er kulturelle forskjeller innenfor rammene av et majoritetssamfunn.

Kultur kan bli ansett som lært¹⁶, og implisitt forsterke mangel på felles forståelse mellom mennesker. Avhengig av hva en har lært, kan det føre til mangel på et felles referanser som igjen kan resultere i misforståelser. Formidling av kulturelt innhold mellom personer og grupper medfører ofte justeringer ved at kulturelle koder læres og deretter benyttes i interaksjonen mellom to eller flere parter. I den sammenhengen er det sentralt at selv om vi kan endre vår forståelse ved å tilpasse oss hverandre, opprettholdes ofte de grunnleggende verdier. Eksempler på slike verdier kan være søken etter anerkjennelse, kjærlighet eller verdier knyttet til religion.

Det er viktig for partene i en behandlingssituasjon å ha en felles grunnforståelse. Pasientens forståelse av et budskap avhenger av hans/hennes tolkning av de koder behandler benytter. På samme måte er behandlerens forståelse av pasientens budskap avhengig av behandlerens tolkning av samtalen. Betydningen av språk, symboler og tegn er kulturelt betinget og dermed er det store muligheter for misforståelser når personer med forskjellig kulturell bakgrunn og referanse kommuniserer. Ut fra denne kulturkommunikative problemstillingen får vi en forståelse av hvordan en terapeutisk kontekst kan bli svekket gjennom en ubevisst etnosentrisk holdning fra en av partene. For eksempel ved at behandler kan snakke om tanker som forårsaker en atferd, mens pasienten kan forklare atferden ved å eksternalisere den.

¹⁶ Hylland Eriksen, (1997) side 56-57

Samtidig som kulturforskjeller er sentralt, er det og viktig å huske at det finnes felles nøytrale verdier og sosiale former. Vi lever med hverandre, mottar samme informasjon gjennom medier og lignende, og distansen mellom kulturer er kortere enn tidligere. Folk som tidligere hadde lite eller ingen kontakt med hverandre har nå en nærmere forbindelse. Kulturelle justeringer trer i kraft, og behandlingsformer endres for å følge den kulturelle og individuelle utvikling. Like så sentralt er det å begrense terapeutens kulturellevistiske holdning og ha i mente at ikke alt kan forklares ut i fra kulturforskjeller. Bevisstheten om av vi som mennesker også er forskjellige må bevares slik at ikke alt forklares i lys av kultur. Et eksempel på dette kan være tilfeller hvor behandler unnlater å snakke om oppdragervold¹⁷ med en far eller mor fordi ”det er slik de oppdrar barn i deres kultur”.

I behandlingshenseende er det lett å forstå at klienter griper til velkjente og trygge tradisjoner når man føler at man ikke mestrer en ny type situasjon. Ut i fra flere etniske minoritetsgruppers tradisjonelle verdisystem kan det være vanskelig å erkjenne for seg selv og innrømme ovenfor andre at en har avhengighetsproblemer. Dette gjelder også etnisk norske, men for personer med minoritetsbakgrunn kan verdier innen for eksempel religion eller slektskap ha en mer betydningsfull rolle i vanskelige situasjoner. For eksempel når en person er forpliktet til å respektere og ære sine forfedre. En form for ære som kommer til uttrykk gjennom å vise en betingelsesløs troskap til slektens verdier og levemåte. Å svikte dem, ved for eksempel å spille (gamble) bort penger, kan være ensbetydende med forræderi¹⁸.

Forskjeller og likheter:

Dette prosjektet fokuserer også på å oppdage fellestrekk gjennom å studere forskjeller. Da både forskjeller mellom pasienter med forskjellig kulturell bakgrunn, og forskjeller mellom terapeuter. I forsøket på å kartlegge forskjeller kan det være nyttig å fokusere på likheter, gjenkjennelse og fremmedhet mellom personer med forskjellig kulturell bakgrunn. For å kunne gjennomføre en terapeutisk situasjon på en god måte, må også fellesnevnerne kartlegges. Dette prosjektet vil forsøke å øke vår forståelse av pasienter med minoritetsbakgrunn ved å påpeke forskjeller, men også likheter. Dersom det lykkes å kartlegge likheter og forskjeller har vi en større mulighet til å bedre samspillet mellom behandler og klient, og dermed forhåpentligvis redusere dropout andelen.

¹⁷ For eksempel å straffe barnet fysisk når ungen gjør noe galt.

¹⁸ Hylland Eriksen, T. (1997) Flerkulturell forståelse side 56

Sosial status:

En nordmanns forhold til sosial identitet og sosiale regler står i kontrast til kulturtradisjoner hvor enkeltmenneskets lojalitet i større grad er knyttet til sosiale grupper¹⁹. Sosial ære ved å vise respekt for sin kultur, religion og slekt kan virke å spille en større rolle blant flere etniske minoritetsgrupper enn for etnisk norske. Denne uttrykte sosiale ære kan også bli en viktigere del av en persons identitet når en tilhører et minoritetssamfunn fordi en blir mer synlig her.

Mer eller mindre alle samfunn i verden har ulike etniske grupper, altså grupper som har forskjellig opprinnelse og betrakter seg selv som kulturelt forskjellig. Hva som gir sosial status og velbehag er kulturelt betinget. Blant etniske norske kan for eksempel familiær bakgrunn og økonomisk situasjon være utslagsgivende, mens for flere etniske minoriteter er deres tilhørighet til deres klan og de verdier som følger, viktigst. Individets selvoppfattelse er sterkt beslektet med kultur og etnisitet.

Tanken om at et individ ikke har så mange føringer fra det miljøet en har vokst opp i, skiller seg fra det å oppfatte enkeltpersoner som et produkt av sine sosiale relasjoner. For eksempel kan personer tilhørende et kastesystem se på mennesket som en kreasjon av sine sosiale rammer, til sin kaste, hvor mennesker fra andre kulturer kan se på enkeltmenneske som et frittstående individ med åpning til å velge tilhørighet. Slike forskjellige holdninger og forestillinger kan få konsekvenser i terapi for eksempel ved at pasienten har en helt konkret forståelse av egne sosiale begrensinger. Det tradisjonelle, pakistanske menneskesynet innebærer for eksempel større individuelle forpliktelser overfor sin familie, mens det vestlige mennesket har en sterkere tendens til å definere seg selv og andre i kraft av individuelle rettigheter.

Det er også kulturelle forskjeller på hvordan individet knytter seg selv opp mot resten av verden. Vi i vesten har en tendens til å tenke dualistisk, mens flere etniske minoriteter tenker homogent. I dette ligger det at vesten hovedsakelig deler mennesket inn i kropp og sjel, hvorav den homogene filosofien ikke skiller disse. I situasjoner hvor en ikke skiller mellom kropp og sjel, kan enkeltmennesket betraktes som en helhet og forklare individuelle lidelser ut i fra en ubalanse mellom meg og mine forfedre/ånder. I relasjon til avhengighetsproblematikk kan en benytte kulturelle forklaringsmodeller som igjen kan føre til at terapeuten kan ha vanskeligheter med å se de individuelle og sosiale konsekvensene avhengighet kan ha for en

¹⁹ Hylland Eriksen (1997)

med minoritetsbakgrunn. En persons spillavhengighet kan sees på som svært skadelig for familiens sosiale relasjoner og sosial ære, i tillegg til å svikte sine forfedre og eksisterende slekt. Individets kulturelle bakgrunn og verdier kan være en veiviser til hvor avhengighetsproblemet oppleves som tyngst belastende. Slike forskjeller mellom sosiale og individuelle verdier kan bidra til å forklare hvorfor konsekvensene av å være avhengig både er individuelt og kulturelt forskjellig. Dette fordi enkelte kan forklare og forstå sin avhengighet ved å eksterialisere problemet, legge ansvare utenfor seg selv.

Identiteter:

Hvilken del av vår identitet vi uttrykker er kontekstavhengig. Alle fungerende fellesskap etablerer en metaforisk mur omkring seg selv slik at ikke alle kan delta. For at noen skal være innenfor med sine likheter, må også noen være utenfor med sine ulikheter. Den kulturelle identiteten blir utfordret når nye eksterne inntrykk daglig oppleves og nye kulturelle modeller etableres. Mennesker emigrerer, immigrerer, flytter og tar del i nye kulturer. I disse prosessene ivaretar, forsterker og etablerer mennesket nye identitetsmarkører for egen kollektiv tilhørighet. De former for identitet som er viktig å bemerke i relasjon til problemstillingen ”dropout” er *ren identitet*, *bindestreksidentitet*, og *kreolsk identitet*²⁰ fordi de kan knyttes opp mot klientens integreringsnivå og dermed påvirke det terapeutiske samspillet.

Ren identitet: Bygger på en kontrast til andre grupper. Personen fremstår som et autentisk menneske med krav på en fast og udiskuterbar gruppetilhørighet. Dette innebærer for eksempel at en person er fast bestemt på hvilke regler og normer som er gjeldende, og dermed hva som skaper orden og tilfredshet. I slike situasjoner kan terapi bli vanskelig dersom terapeut og pasient har forskjellig etnisk tilhørighet og kultur. Pasient og terapeut vil sannsynligvis kommunisere innenfor forskjellige tolkningsrammer, og gjensidig forståelse kan utebli dersom en ikke er oppmerksom på dette fenomenet, og sannsynligheten for dropout øker.

Bindestreksidentitetene forsøker å bygge bro mellom to atskilte kategorier; for eksempel pakistansk-norsk eller norsk-amerikansk. Flere etniske minoritetssamfunn beskriver sin identitet på denne måten. De har sitt morsmål og kanskje sine barndomsminner fra sitt hjemland eller fra et etnisk ensartet miljø i det nye landet, men samtidig har de tilpasset seg et

²⁰ Hylland Eriksen (1997)

nytt samfunn. De lever eritreisk innenfor husets fire vegger, men så snart de går ut på den offentlige arenaen begynner de norske, kulturelle normene å gjelde. Bindestreksidentiteter forutsetter imidlertid at det er tydelig forskjell mellom de to kulturer det er snakk om. I slike situasjoner kan klient og terapeut ha en gjensidig forståelse i den terapeutiske konteksten, men overførbarheten til den andre kulturen er vanskelig. *Bindestreksterapi* er behandlingssituasjoner hvor klienten og terapeut benytter felles kulturell forståelse av et fenomen, og hvor intensjonen er å gjøre dette overførbart til pasientens andre kulturelle tilhørighet. utfordringen blir å kartlegge og gripe tak i kulturelle og individuelle fenomener som lar seg overføre mellom kulturene.

Kreolsk: Skiller seg fra de to andre ved at det ikke er noen klart skille mellom kulturell tilhørighet. De anerkjenner ikke eksistensen av rene og atskilte kulturer. Det er en blanding som er nådd et nivå hvor det ikke lenger er mulig å operere med bindestreker og grenser. I behandlingssituasjoner kan utfordringen være å kartlegge hvilken forståelse pasienten har av budskapene som formidles. utfordringen blir vanskelig også fordi personer med denne formen for identitet ofte snakker og forstår majoritetens språk, og gir uttrykk for å inneha samme forståelsesrammer²¹.

Kulturelle modeller²²:

De endringene i livsstil, arbeidsliv og sosiale relasjoner mange innvandrere opplever, kan bidra til at enkelte verdier blir viktigere enn andre i forskjellige sosiale kontekster. Kulturendringer kan ha en sterk innvirkning på mennesker og de kulturelle modeller kan justeres i forhold til sitt innhold og verdi.

Kulturelle modeller består av offentlige, kulturelle egenskaper og av individers mentale konstruksjoner. Med andre ord er kulturelle modeller både på utsiden og innsiden av mennesker. Mennesker handler innenfor slike kulturelt skapte skjema betegnet som kulturelle modeller. Kulturelle modeller skapes i interaksjonen mellom personer og sosiale miljøer, og åpner for en forståelse for hvordan et samfunn stadig kan skifte form og innhold og dermed endringer i våre holdninger og atferd. Kulturelle modeller er relevant i forhold til klienters integrerings nivå og behandling fordi modellene er del av en kollektiv og personlig helhet. Hva som betegnes og defineres som et problem er ikke nødvendigvis *kun* ett individuelt

²¹ Det har blitt diskutert av flere behandlere om terapisisituasjonen kan skape uro og angst som gjør at pasienten lettere "faller tilbake til" de verdiene og normene han/hun først har tilegnet seg.

²² Shore, Bradd (1996)

problem, men er ofte knyttet til personens kulturelle tilhørighet: ”Jeg har problemer fordi jeg ikke oppfører meg i tråd med den kulturen jeg føler er en del av meg”, er et utsagn fra en afrikansk informant. Atferd i konkrete situasjoner uttrykker kollektiv tilhørighet, men er også en del av individets identitet. Personlige problemer kan altså ikke sees på som uavhengig av individets kulturelle tilhørighet. Definisjonen av et problem som avhengighet kan oppstå i samspillet mellom personens atferd og hans/hennes kulturelle tilhørighet. Dette også fordi selve begrepet avhengighet er et kulturelt konstruert begrep.

Konvensjonelle modeller er den formen for kulturell modell som er mest sentralt i forsøket på å belyse dropout problematikken. Konvensjonelle modeller er programmer som regulerer vår atferd i spesifikke situasjoner. De er ikke skapt av individet selv, men er noe mennesket har innprentet som en responsmekanisme. Modellen baserer seg på eksterne og interne kilder, og innvirkningen på terapeutiske situasjoner blir tydelig fordi konteksten kan relateres opp mot personlige verdier og hvordan en responderer atferdsmessig når en opplever brudd på kulturelle verdier. Disse konvensjonelle modellene er delte kognitive ressurser i ens eget samfunn, og overført fra generasjon til generasjon. I terapeutiske situasjoner er det avgjørende om behandler og klient har samme innhold i de konvensjonelle modeller som tilhører den konkrete kontekst. Den spesifikke situasjonen en terapeutisk konsultasjon er, har sitt forutbestemte atferdsmønster som blant annet skaper forventninger. Innholdet og forståelsen av en terapeutisk kontekst er kulturelt forskjellig, noe som igjen forklarer at en har forskjellige forventninger til hva som skal skje. En ikke ukjent utfordringen kan være at en pasient har en forventning om at en enkel pille eller lignende skal fjerne hans problemer, og mangler forståelse for samtale som et hjelpemiddel.

Hjernen genererer kontinuerlig modeller, og de modeller vi handler etter er basert på erfaring. Om mennesker ikke klarer å tilpasse egne verdier etter andres kulturelle modeller, kan disse justeres. Når vi integreres i nye kulturelle settinger, er det ikke alltid personen mestrer å tilpasse sine verdier innenfor de dominerende modeller i det nye samfunnet. Individet kan derfor konstruere nye modeller for å tilpasse sin egen atferd til de nye situasjoner. Utfordringen oppstår i situasjoner hvor en ikke har et definert atferdsmønster, som for eksempel i tilfeller hvor en møter en terapeut for første gang. Modellene kan kollidere, den antatte samkjøringen uteblir og kommunikasjonen feiler. Nye felles modeller må etableres slik at pasient og klient tilpasser seg hverandre. For eksempel ved å utvikle og knytte sykdomsforståelsen til samme kategori.

Når vi benytter gamle eller nyetablerte modeller, gir det en forståelse av egen og andres atferd. Alt fra menneskers emosjoner, atferd, tolkning og uttrykksformer organiseres av modeller som igjen påvirker vår relasjon til hverandre. Når teoriene om kulturelle modeller blir relatert opp mot avhengighet og dropout problematikk, er det i et forsøk på å belyse hvordan forskjellige kulturelle modeller kan innvirke på relasjoner som oppstår mellom behandler og klient. Kan en benytte de eksisterende kulturelle modeller med forskjellig innhold, eller er det mulig å etablere felles kulturelle modeller for å øke sannsynligheten for felles forståelse?

I forhold til innvandring og tidligere generasjoners kulturelle modeller kan mange som befinner seg i multietniske samfunn føle at de mister sine røtter. Terapeutiske situasjoner kan forsterke dette ved å bekrefte for individet at han/hun stadig har mindre til felles med sine forfedre. Vedrørende spilleavhengighet er det ikke nødvendigvis slik at atferden spriker fra akseptable kulturelle verdier, men behandlingsformen/samtaletema tilpasses ikke personens referanser. Dette gjør at årsaken og konsekvensene av spillavhengigheten kan kategoriseres inn under andre eksisterende modeller. For eksempel kan dette innebære at enkelte kan relatere avhengigheten opp mot trosformer, men andre knytter det opp til kognitiv svikt eller lignende. For å kvalitetssikre interaksjonen som oppstår i terapi mellom personer med forskjellig kulturell bakgrunn, bør felles modeller utvikles og samkjøres slik at terapeut og klient refererer til det samme i den kommunikative prosessen. Hvilke faktorer en da kan rette spesiell oppmerksomhet mot blir presentert senere i rapporten.

Sammendrag

I et forsøk på å finne årsaken til dropout differansen mellom etnisk norske og ikke-etnisk norske, er en grunnforståelse av begrepet kultur og individets relasjon til kulturen sentralt. En vellykket kommunikasjonsprosess avhenger av felles forståelse og kunnskap om hverandres kommunikasjonsplattform. Dersom to forskjellige verdisystemer er gjeldende i en terapeutisk situasjon, eller at en knytter forskjellige kulturelle modeller opp mot et avhengighetsproblem, økes utfordringen med tanke på å kommunisere ut i fra samme referansepunkt. Gjensidig forståelse kan bli utfordret, og mangel på forståelse og referansepunkt svekker kvaliteten på relasjonen. Konsekvensen er en økende sannsynlighet for dropout.

Klientens grad av integrering spiller en avgjørende rolle for felles forståelse i en kommunikasjonsprosess mellom parter fra minoritets og majoritetssamfunnet. Like viktig er

terapeutens grad av selvrefleksjon. I tillegg til å tilpasse hverandres kulturelle modeller, kan samspillet forsterkes ved å bli kjent med hverandres kulturelle koder og verdier. I et forsøk på å unngå *kategoriske behandlingsfeil* vil prosjektet videre fokusere på samtaler med pasienter og terapeuter med forskjellig etnisk bakgrunn, og med personer som har en eller annen form for tilknytning til minoriteter.

Kapittel 5:

Betydningen av terapeutens bakgrunn

Sentralt i informasjonsinnsamlingen var å gjennomføre samtaler om etnisitet, terapeutiske strategier, utfordringer og erfaringer med mennesker med forskjellig faglig og etnisk bakgrunn. Hovedsakelig var dette informasjon fra personer med minoritetsbakgrunn, terapeuter med forskjellig kulturell bakgrunn, mennesker som gjennom sitt yrke møter utfordringer knyttet til kulturelle forskjeller, og/eller ulike prosjekter som har hatt dette som utgangspunkt. I dette kapittelet vil funn og refleksjoner fra disse samtalene bli presentert. Flere av punktene som presenteres i dette kapittelet vil bli forklart og diskutert senere i rapporten. Under punktene vil det også være et *forslag* på hvordan utfordringen kan håndteres. Følgende punkter presenteres:

- *Henvisningsårsak*
- *Dialogen*
- *Fokus*
- *Somatisk lidelse*
- *Hjelpeløshet*
- *Identitet*
- *Praktiske oppgaver*
- *Involvering*
- *Kontekst*
- *Skam*
- *Diskriminering*
- *Kulturell angst og identifisering*
- *Allianse*
- *Forestillinger*

En viktig informasjonskilde var terapeuter med etnisk minoritetsbakgrunn. Det som raskt ble tydelig var at selv om alle var utdannet i Norge, hadde etnisk norske behandlere og ikke – etnisk norske behandlere forskjellig tilnærming og fokus i terapien. Svært interessant var det at dropout prosenten så ut til å være klart lavere hos de ikke-etnisk norske behandlerne, uten at dette kunne bekreftes med statistikk. Årsaken til mangel på statistikk var at det ikke ble gitt tilgang til journalene.

Det må presiseres at resultater som presenteres i dette kapittelet er spissformuleringer, og at avstanden mellom norske og ikke – etnisk norske terapeuter og pasienter ikke er så bastant som det her er presentert. Det som presenteres er hovedtrekk i observerte forskjeller som kom

frem under samtaler med behandlere med forskjellig etnisk bakgrunn. Det ble delt inn i to grupper bestående av etnisk norsk behandler (heretter forkortet med N) og *ikke*-etnisk norsk behandler (heretter forkortet med E)²³. Det må påpekes at behandlerne uavhengig av etnisitet hadde mange fellesnevner i behandlingsstrategien sin. Det var også situasjoner hvor etnisk norske behandlere hadde mer til felles med *ikke*-etnisk norsk behandlere, og vice versa, og det var også tidvis rapportert om store forskjeller innad i gruppene. Dette er ikke en presentasjon av hva som er riktig eller galt, men en refleksjon over observerte forskjeller behandlere med forskjellig etnisk bakgrunn forteller at de gjør i møte med sine pasienter.

Henvisningsårsak

N hadde en tendens til å fokusere på henvisningsårsak. Resultatet som fulgte av dette var at pasient og behandler ofte hadde ulik oppfatning av problemet. E tok ikke utgangspunkt i henvisningsårsak og lot heller pasienten fortelle hva som plaget han/henne. Disse forskjellene resulterte i forskjellig samtaletema, og dermed et annet utgangspunkt for behandling. Var pasienten henvist pga pengespillavhengighet, spurte E om hva som plaget pasienten, og tok ikke initiativ til dialog rundt temaet pengespill de første timene. Det viste seg ofte at primærproblemet faktisk ikke var spill, men noe helt annet. På samme tidspunkt i terapiforløpet fokuserte N på selve pengespillsituasjonen. En observert forskjell er dermed hva terapeuten vektla i første møte med pasienten.

Godt råd: Snakk om problemet slik pasienten oppfatter det!

Dialogen

En annen forskjell gjaldt selve dialogen/monologen. N fortalte ofte om pasienter som snakket kontinuerlig første time, og at terapeuten dermed følte at timen hadde vært vellykket. Dette resulterte ofte i opplevd frustrasjon dersom pasienten ikke kom tilbake til neste avtalte time. Terapeutens tro på at ”jo mer snakk, jo bedre” ble en tydelig motsats til strategier E benyttet seg av. E fortalte at de veldig raskt begrenset pasientens historiefortelling og påpekte at det ikke var nødvendig å snakke om alt. De presiserte at de fokuserte på et problem av gangen. En forskjell var altså at E begrenset og bevisst stoppet pasientens monolog og problemhistorie.

Godt råd: Ta ansvar for hvilken vei samtalen går

²³ Eksempler på opprinnelse land er: Somalia, Tyrkia, Pakistan, Kina, New Zealand, The Pacific og USA.

Fokuset

Hvilket primærfokus terapeuten hadde varierte også mellom de to gruppene. Mens N raskt ledet oppmerksomheten mot symptomer og potensielle endringer, var E mer opptatt av og nysgjerrig på pasientens bakgrunn. Symptomer og endringstanker var ikke tema for E før senere i behandlingsforløpet. Dette kunne for eksempel komme til uttrykk ved at N snakket om hvilke følelser, motivasjon og/eller handlinger pasienten opplevde i pengespillsituasjoner, mens E bevisst unngikk å tematisere dette. De kunne foreksempel heller legge vekten på sosioøkonomiske problemer i første møte med pasienten. Altså var det en forskjell i tema i første møte med pasienten og dermed på hvilket tidspunkt i behandlingsforløpet selve henvisningsårsaken ble tematisert.

Godt råd: Vis respekt for sammenhenger, ikke gå for raskt frem.

Somatisk lidelse

Både N og E opplevde hyppig at pasienter med en annen etnisk bakgrunn enn norsk hadde somatiske plager. Også her var tilnærming forskjellig. N fokuserte lite på dette i behandlingen og det kunne tidvis virke som en belastning for behandlingsforløpet. E anså avklaring rundt somatiske lidelser som en nødvendighet og en forutsetning for å komme videre i behandlingen.

Godt råd: Bry deg om hvordan kroppen har det.

Hjelpeløshet

Behandlers holdning til pasienters uttrykte hjelpeløshet varierte mellom N og E. Slik jeg oppfattet det vurderte N en uttrykt hjelpeløshet fra minoritetspasienter som en overdrivelse og et skuespill. E på den andre siden anså den uttrykte hjelpeløsheten som mere reell. Resultatet var at E og N hadde forskjellig tilnærming til denne problemstillingen. Dette kunne utarte seg ved at N ba dem bestille time hos en saksbehandler hos NAV, mens E fulgte dem opp til NAV's kontorer. E ville fjerne årsaken til hjelpeløsheten før videre behandling kunne fortsette. I tillegg forklarte flere E at den større grad av hjelpeløshet blant minoriteter kan være et resultat av flere negative erfaringer i møte med et nytt land og ny kultur.

Godt råd: Tåle, samt romme egen og andres avmakt.

Identitet

Det ble observert at mange N hadde lite fokus på etniske minoriteters identitetsproblem i sin behandling. E tematiserte og søkte en forståelse av hvilken betydning integreringsprosessen og identitetskonflikter har på pasientens liv, og hvilke utfordringer dette kan resultere i.

Godt råd: Vær opptatt av livet som det er og ha empati.

Praktiske oppgaver

Pasientens situasjon vedrørende bolig, økonomi, jobb, familie osv må ifølge E være løst før et behandlingsforeløp kan igangsettes. Det var derfor ansett som viktig for E at disse problemene raskt ble håndtert. Denne holdningen skilte seg ut fra det perspektivet mange N hadde. Flere av N fortalte at praktiske oppgaver ikke har plass i den formen for terapi de bedriver.

Godt råd: Hjelp til med praktiske oppgaver, og vær fleksibel.

Involvering

Både når det gjelder praktiske oppgaver og somatiske plager er graden av involvering mellom de to behandlingsgruppene forskjellig. I stedet for å henvise videre til sosialkontoret slik mange N forteller at de gjør, tar E på seg rollen som pasientens advokat/sosialarbeider. De blir med dem til NAV og hjelper dem personlig med å løse praktiske problemer. I tillegg til å involvere seg i praktiske oppgaver, ble det også tydelig at E deler mer av seg selv i behandlingen. E kan gi eksempler fra eget liv, fortelle kort om egen familie, og fortelle om hvilke følelser pasienten vekker hos dem.

Godt råd: Vær medmenneskelig og likeverdig.

Kontekst

N benytter ofte kontoret som stedet for konsultasjon. Dette gjør hovedsakelig også E, men var ofte mer fleksible i forhold til hvor terapien fant sted. Det å kunne møtes på et mer nøytralt sted gjorde at pasienten følte seg tryggere og dermed mer avslappet. Dette økte sjansen for fortroligheten i samtalen. Dette kunne være basert på pasientens oppfatning av terapi, eller frykten av å bli observert ved behandlingsinstitusjonen av mennesker fra samme minoritetsgruppe.

Godt råd: Uttrykk trygghet og vær opptatt av pasientens behov.

Skam

I følge Frønes²⁴ kan en opplevelse av skam dreie seg om å ikke oppnå det forventede. Hva som er forventet er lokalt knyttet til ens referanseramme som for eksempel det å gi økonomisk støtte til sin familie i opprinnelig hjemland. Det kunne virke som om terapeutene hadde forskjellig forhold og forståelse til fenomenet skam. Under samtale med N ble det klart at skam hovedsakelig var på et individnivå, mens E var mer opptatt av at minoritetspasienter relaterte skam opp mot sin sosiale gruppe. E vurderte minoritetspasienters opplevelse av skam til å være kollektivt og noe ødeleggende for familiens sosiale arenaer. Et typisk utsagn fra E var at skam er tett forankret til en gruppetilhørighet, og at flere minoritetspasienter ser på seg selv som en del av et kollektiv, versus etnisk norske som er mer individfokuset. Dette kan illustreres ved at minoritetspasienten tydeligere knytter sin skam til sin sosiale relasjoner ved utsagn som ”jeg bringer skam over min familie”, mens etnisk norsk kan si følgende ”jeg skammer meg”.

Godt råd: Se det kollektive – du er ikke alene med skammen – hjelp pasient med å forstå hva skammen handler om. Det kan lette på trykket slik at pasienten enklere kan løfte hodet.

Diskriminering

I samtale med N kom det frem at diskriminering sjeldent ble tematisert i samtale med pasienter. E spør ofte om diskriminering og knytter den uttrykte avmaktfølelse opp mot opplevelsen av hverdagsdiskriminering. E forsøker å forstå opplevelsen av diskriminering ved å tematisere det. Noen behandlere fortalte at terapi kan skape en følelse av å bli diskriminert fordi pasienten også da føler seg annerledes. Dette vil bli drøftet videre i neste kapittel.

Godt råd: Vær opptatt av de ubehagelige realiteter i norsk kultur.

Kulturell angst og identifisering

En klar fordel behandlere med etnisk minoritetsbakgrunn har er at de ofte kjenner til de kulturelle koder som er relevant i behandling. Tilbakemeldinger fra N viser at flere er redd for å gjøre kulturelle feil, bevege seg inn i ”kulturelle feller”, og dermed skade relasjonen. Frykten for mangel på kulturell kompetanse kan således resultere i vegring mot å snakke om relevante temaer.

Godt råd: Sørg for at du som terapeut forstår så godt som mulig. Du har lov til å spørre pasienten når du er usikker. Bruk tid på å lære å forstå.

²⁴ Frønes, Ivar (2001)

Forestillinger

Både pasient og terapeut har tanker om hva som skal skje i møte mellom dem. Begge har forestillinger om hva som kommer til å skje. Den observerte forskjellen mellom de to gruppene er at E tematiserer pasientens forventninger i første møte. Det er mange forståelser av hva terapi er og E tematiserer dette gjennom å fortelle hva som skal skje og hvorfor. Dermed avkrefter eller bekrefter de pasientens fordommer.

Godt råd: Vær klar og tydelig

Holdning til Dropout

Under samtale med behandlere kom det frem at E mente at dropout ikke var et problem. De mente også at det var sjelden pasienter ikke fulgte opp avtalen. N uttrykte ofte frustrasjon over at pasient avsluttet behandling uten å avtale med behandler. De fortalte at frustrasjonen kom fordi de lurte på hva de gjør feil, og at de ønsket å hjelpe pasienten.

Godt råd: Sørg for at det blir etablert et samarbeid.

Sammendrag

Informasjonen formidlet i dette kapittelet illustrerer at behandlere velger forskjellige strategier. Det må igjen påpekes at forskjellene ikke bare er mellom de to gruppene av behandlere, men at det også er individuelle forskjeller innad i gruppene. Det som ble presentert var hovedtrekkene i observerte forskjeller basert på en uttalt forskjell i dropout statistikk. I neste kapittel vil jeg fokusere på mismatch mellom pasient og terapeut, og kulturelle forskjeller som en mulig årsak til dette.

Kapittel 6:

Kulturelle utfordringer i møte med minoritetspasienter

Resultater så lang i prosjektet tyder på at det er andre utfordringer i behandlingen av minoritetspasienter enn med norske pasienter. Kulturelle forskjeller mellom pasient og behandler kan medføre en svekket kommunikasjonsprosess. Dette omtales som mismatch. De to partene passer ikke til hverandre, eller forstår hverandre ikke²⁵. Også andre faktorer kan forårsake mismatch, men slike forskjeller kan gi økt risiko. Dette kapittelet tar for seg noen egenskaper og holdninger som kan påvirke relasjonen når pasient og behandler har forskjellig kulturell bakgrunn.

Etnosentrisme og symptomfokus

Etnosentrisme blir forstått her som at en person tolker og ser ting ut i fra eget kulturelt perspektiv. Hylland Eriksen skriver²⁶ at et etnosentrisk perspektiv visker bort den fremmede konteksten, og plasserer fremmede detaljer inn i den hjemlige konteksten. Videre skriver han at etnosentrikeren dermed blir ute av stand til å se det kulturelt fremmede; han eller hun ser bare mer eller mindre vellykkede imitasjoner av egen kultur.

De fleste behandlerne i prosjektet forteller at de forsøker å ta utgangspunkt i pasientens egen forståelse av sitt liv og situasjon. Utfordringen her er at tilstander etnisk norske behandlere anser som en konkret diagnose kan bli tolket som noe annet av minoritetspasienter ved at mennesker fra ikke-vestige kulturer har andre fortolkningsrammer. Årsaken er at vi alle benytter lærte tolkningsrammer i vår forståelse av verden. I så måte kan symptomer og personlige problemer ha en religiøs eller åndelig forklaring, og kan for eksempel bli tolket som at en ånd har tatt bolig i en. For eksempel oppfattes Djinner som usynlige åndelige vesener som lever blant mennesker. Enkelte kulturer benytter sin tro på Jinn i sin tolkning av sin situasjon, og andre kan mene at en person med sitt blikk har skadet han. Vanlig beskyttelse for å ikke bli skadet av det onde øyet eller at en djinn tar bolig i en, er å benytte et symbol av Fatimas hånd²⁷. Forståelsen av situasjonen kan gjøre at konkrete rituelle handlinger eller

²⁵ Se for eksempel Øyvind Dahl

²⁶ Flerkulturell forståelse (side 61)

²⁷ Bildet av hånden til Fatima, Muhammeds datter, finnes på huser, biler og amuletter for beskyttelse.

samtaler med en hellig person er hva som kreves for å bli ”helbredet”, og det å snakkes med en terapeut kan ansees som unyttig i en slik prosess.

Terapeuter har egen forståelse av hva som hjelper, hva som definerer problemet, og tolker en atferd ut fra en slik oppfatning. Forståelse av virkeligheten er kulturelt betinget, og i møte med andre kulturer kan en persons virkelighetsoppfatning utfordres. Enkelte pasienter jeg snakket med anså ikke deres pengespillsituasjon som et psykologisk problem. I følge dem ble det feil å snakke om pengespill når fokuset, slik de så det, var å kvitte seg med en ånd (djinn) eller lignende. Deres overdrevne spill var i følge dem et resultat av en besettelse, og den manglende fellesforståelse mellom pasient og behandler kunne resultere i mismatch. En utfordring for terapeuter er derfor å sette seg inn i pasientens forståelse av eget liv og situasjon. Å snakke kan derfor ha liten nytte i forhold å jobbe med avhengigheten, men fruktbart i forhold til å forstå pasientens opplevelse av situasjonen. En økt gjensidig forståelse som igjen kan øke sannsynligheten for etableringen av en god relasjon mellom partene. Illustrerende er det unyttig å bli kvitt en jinn ved å snakke den bort, men en forståelse av pasientens virkelighet og opplevelse av situasjonen kan styrke forholdet.

Tolkning av symptomer

Å fokusere på symptomer kan være kilden til mismatch. Dette fordi selve symptomet kan være et uttrykk for noe annet enn bekreftelse på avhengighet. Det kan for eksempel være jinn og magisk tenkning. Å relatere denne troen opp mot psykiske problemer kan tolkes som et forsøk på å ta fra dem troen på sin religion. Altså kan noe som blir forstått som et religiøst fenomen i en kultur, knyttes opp mot spillavhengighet i en annen kultur. Et slikt motstridende plassering og perspektiv på en atferd, kan føre til en kategorisk behandlingsfeil. Terapeuten tar utgangspunkt i egen kultur og overfører sin forståelse av et fenomen til andre etniske grupper. Resultatet kan bli at pasienten ikke føler seg forstått og mismatch oppstår. Spilleproblemer kan være et uttrykk for magiske krefter og kan med andre ord plasseres innenfor to forskjellige, kulturelle modeller.

Kan terapeuten oppfattes som diskriminerende?

”Legen sa jeg er traumatisert så jeg må visst på atføring!”

Ulik begrepsforståelse kan resultere i kommunikasjonssvikt og det er i så måte viktig for behandlere å sikre at felles forståelse er oppnådd. En minoritetspasient fikk beskjeden om at han var traumatisert og måtte på atføring da han kom til Norge i 1996. Han forstod ikke annet av denne setningen enn at han nå fikk penger. Uten å ha noen forståelse av begrepene ”traumatisert” eller ”atføring”, var han uvitende om hva som skulle skje. Det ble i denne sammenhengen benyttet begreper en av partene ikke hadde noen referanse til. I dette tilfellet ble pengene godt mottatt, men han forstod ikke at han hadde en vestlig definert psykisk lidelse, og nå var inne i NAV-systemet. utfordringer behandlere kan møte er at pasienten mangler referanse til begreper som benyttes, begreper terapeuten tar for gitt at pasienten forstår. Det er også tilfeller hvor bruken av tolk ikke er tilstrekkelig fordi begreper som benyttes ikke eksisterer i pasientens språk, eller har en annen betydning knyttet til seg.

Et illustrerende eksempel er fra en samtale mellom en minoritetspasient og en terapeut. Under samtaler spurte behandler om hva pasienten følte, et spørsmål pasienten ikke forsto. Videre fortalte pasienten at ”det jeg føler avhenger av hva min mor, min far, og mine søsken føler”. Altså ble det her tydelig at det som ligger i forståelsen av begrepet ”å føle” ble oppfattet forskjellig. Da terapeuten forsøkte å forklare at ”nei, jeg ønsker å vite hva du følte” ble dette tolket som en manglende evne til å sette seg inn i pasientens forståelse av begrepet ”å føle.” Pasienter kan oppleve at de ikke blir forstått eller tatt alvorlig når de benytter begreper som blir forstått annerledes av en behandler.

Personer med etnisk minoritetsbakgrunn gir ofte uttrykk for en opplevd hverdagsdiskriminering. Det kan gi et grunnlag for en følelse av avmakt i flere situasjoner. For eksempel ved å oppleve at en blir nedprioritert i arbeidsmarkedet, på sosialkontoret, og feiltolket ved å ha en annen forståelse og tolkning av en situasjon. I en behandlingssituasjon kan ulik oppfatning vedrørende symptomer resultere i at man føler seg misforstått og ikke tatt alvorlig. Pasienten kan oppleve det som diskriminerende at hans eller hennes virkelighet blir gitt en annen forklaring av behandler. Det kan tolkes som mangel på respekt at deres forklaringsmodell blir ugyldiggjort. Effekten av en slik opplevelse kan være at pasienten ikke forteller om sin oppfatning og opplevelse av problemene, og kan føre til at pasienten avslutter behandlingen.

Betydningen av integreringsnivå

Som nevnt tidligere benyttes det i denne rapporten tre identitetsbegreper (Ren, bindestrek og kreolsk identitet) i forhold til minoriteter. Hvilken form for identitet en har kan knyttes opp mot personens integreringsnivå, noe som igjen har en innvirkning på det terapeutiske samspillet mellom partene. En kan si at en norsk terapeut og en pasient med en ren identitet oftere har forskjellig forståelse av hendelser eller situasjoner, enn pasienter med kreolsk eller bindestreksidentitet. Sannsynligheten for at pasient og terapeut har samme forståelse er i de situasjonene høyere. Pasientens forventninger til hva som skal skje i behandling er altså relatert til de forskjellige identiteter. Likeså er integreringsgraden relevant for terapeutens mulighet til å sette seg inn i pasientens situasjon. Dersom pasienten for eksempel har ren etiopisk identitet, er muligheten for felles referansepunkt svakere enn i forhold til om personen har kreolsk eller bindestreksidentitet. Har pasienten en kreolsk identitet øker muligheten for felles forståelse fordi begge parter da kan operere innenfor samme verdisystem. I situasjoner hvor pasienten har en bindestreksidentitet er det også verdisystemene samkjørt, men utfordringen er å overføre forståelsen mellom kontekster, den norske og den ikke-norske. En felles forståelse av hva behandling er, og de begreper som benyttes i kommunikasjonsprosessen, er mer sannsynlig jo bedre integrert pasienten er. Behandlers utfordring er å kartlegge pasientens integreringsnivå gjennom å vise interesse og ved å stille spørsmål om dagliglivet til pasienten. Pasientens forståelse av behandlers kultur innvirker også på relasjonen mellom partene.

En utfordring i forhold til bindestreksidentitet er at pasienten kan gi uttrykk for forståelse i møte med terapeuten, men at forståelsen ikke nødvendigvis er tilstede i andre kontekster. Det er ønskelig at pasienten blir kvitt sin spillavhengighet, uansett kontekst. Bindestreksbehandling beskriver en situasjon hvor pasienten overfører forståelsen mellom kontekster. Altså hvor budskapet har samme innhold, men tilknyttes forskjellige kulturelle modeller. Illustrerende kan terapeuten tematisere magi, uten å relatere det opp mot spill. Altså magi som et nøytralt, generelt fenomen og på den måten å relatere samtalen opp mot både religion, slektskap og til spillsituasjoner.

Sammendrag

Uventede utfordringer kan oppstå når pasient og terapeut har forskjellig kulturell bakgrunn. Det kan forårsake ulik forståelse av betydningsfulle fenomener mellom pasient og terapeut. En utfordring som kommer tydelig frem er hvordan det er mulig å redusere avstanden mellom

de to partene, og stenge gapet skapt av etniske og kulturelle forskjeller. En forutsetning for å oppnå dette er å kartlegge kulturelle faktorer som gjør en minoritetspasient annerledes enn pasienter med etnisk norsk bakgrunn.

Kapittel 7:

Kulturelle fenomener i terapi

Som nevnt i forrige kapittel kan mangel på refleksjon om kulturelle forskjeller mellom behandler og pasient øke risikoen for at det blir *mismatch*. Dette kapitlet tar for seg konkrete terapeutiske utfordringer som har blitt registrert i samtaler mellom terapeuter og pasienter med minoritetsbakgrunn. Det vil her presenteres eksempler på hvordan kulturelle fenomener kan påvirke en terapeutisk kontekst²⁸. Følgende punkter vil bli drøftet:

Kollektive utfordringer:

- Økonomiske plikter
- Følelser/tanker
- Skam/tabu
- Tillit

Religiøse utfordringer:

- Åndsdimensjon
- Psykosomatikk

Vestlig modell for samtaler:

- Forventninger
- Skjemaer/kartlegging
- Samtaleterapi
- Navn
- Tolk
- Begrepsforvirring

Migrasjonsbelastninger:

- Hverdagsdiskriminering
- Minoritetsfølelse
- Tilhørighetsfølelse
- Integreringsnivå
- Ensomhet og isolasjon

Kollektive utfordringer:

Økonomiske plikter

Forskning fra Storbritannia²⁹ viste at mange etniske minoritetsgrupper bor billig for å kunne spare og sende penger hjem til sin familie. De søkte økonomisk trygghet og fremgang for seg selv og familien. Det er grunn til å anta at dette gjelder svært mange etniske minoriteter som bor utenfor sitt opprinnelige hjemland.

²⁸ Enkelte av de påstander som presenteres under kan også gjelde etnisk norske pasienter.

²⁹ Dahya, Badr (1974)

Mangel på infrastruktur, et godt utbygd bankvesen og ikke minst arbeid i hjemlandet, gjør at familien er avhengig av penger fra slektninger i blant annet Norge. I mange land er penger fra slektninger som har emigrert til utlandet en vesentlig inntektskilde og beregninger fra BBC news viser blant annet at omtrent 23 % av inntektene til Somalia kommer fra slektninger som bor i utlandet. Pengene blir sendt via alternative banksystemer, gjennom *ikke* - byråkratiske systemer og er basert på tillit. Avsender har tillit til den som tar i mot pengene og at pengene kommer fram til den rette mottager³⁰. Dette systemet kalles *Hawala*³¹.

For pasienter som kommer til behandling for spilleproblemer er dette relevant. En følelse av å ha sviktet sin slekt, og/eller at personer fra samme minoritetsgruppe mister respekten for ham/henne, kan oppstå fordi de ikke har mulighet til å sende penger hjem da pengene er spilt bort. Relevant i forhold til dette er også Islams tredje søyle: den rituelle avgiften – Zakah. Innen Islam er det en etisk plikt å hjelpe de som trenger det. Zakah betyr almisse, gave til de nødlidende, og er en fast organisert islamsk plikt. Når en person ikke følger opp Zakah, kan det bli oppfattet som et svik mot den islamske plikt. Personen kan oppfattes som en dårlig troende og, i likhet med *Hawala*, en som svikter sin klan og slekt. En uttalelse fra en muslimsk pasient var at muslimer er mer opptatt av hva som er rett handling enn hva som er rett lære. Å spille, eller av en annen årsak ikke ha mulighet til å vise gavmildhet, er en feil handling.

Følelser/tanker

Ikke alle kulturer har samme forhold til begrepet ”følelser”. Det kan ved bruk av dette begrepet oppstå en situasjon hvor pasient og behandler refererer til to forskjellige fenomener. En pasient svarte følgende da en behandler spurte om følelser: ”Jeg har jo tullet det til for min familie. Det er jo hva de føler som er viktig. Og det de føler er jo hva jeg føler.” Dette utsagnet er en tydelig illustrasjon på forskjellen mellom kollektivistiske og et mer individorientert samfunn.

³⁰ Samtiden 1, 2006 eller <http://en.wikipedia.org/wiki/Hawala>

³¹ Xawaala på Somalisk

Skam / tabu³²

Begrepet skam ble ofte benyttet av behandlere og tydelig knyttet opp mot egen forståelse av begrepet. Skam gir ikke nødvendigvis samme forståelse i andre kulturer. Det å ”skamme seg” knyttes for enkelte opp mot familien/slekten, mens for andre mot en selv. Skam kan med andre ord være et begrep med ulik mening avhengig av hvem som benytter begrepet, og i hvilken kontekst begrepet benyttes i. Er skam relatert til et individ som har gjort moralske feil, eller er det knyttet til sviket mot egen kollektive tilhørighet? Likeså har skambegrepet ulik mening i forskjellige situasjoner, noe som igjen kan resultere i misforståelser. Flere pasienter, uavhengig av kultur, fortalte at det for dem var problematisk å snakke om skam. Årsaken var at å snakke om skam bekreftet skammen, og kunne forsterke et allerede eksisterende negativt selvbilde.

En behandler fortalte under en samtale at hun opplevde at de fleste pasienter, uavhengig av etnisitet, relaterer begrepet skam opp mot sin familie/nettverk. Hun påpekte at norske pasienter føler at familien skammer seg for noe pasienten har gjort, mens minoritetsfamilien rammes direkte av skammen. Som eksempel på dette fortalte en etnisk norsk pasient at han følte at han ikke lenger hadde respekt i sin familie, mens minoritetspasient fortalte at hans minoritetsgruppe nå var imot hele hans familie slik at alle i familien led under hans feil

Tillit

Dersom pasienten har opplevd svik gjentatte ganger, enten det er systemsvikt eller personsvikt, vil mangel på tillit utvikles. Systemsvikt kan medføre at personen har mistet troen på representantene for systemet. Det kan ha vært opplevelse fra hjemlandet som gjorde at han flyktet til Norge, eller utfordringene personen har møtt med de forskjellige, byråkratiske systemer i Norge. I tillegg kan opphopingen av hverdagsdiskriminering påvirke tilliten en har til personer som representerer et system. Mangel på tillit til terapeuten kan altså oppstå som et resultat av erfaring med systemet behandleren representerer.

Religiøse utfordringer

Åndsdimensjon

Dersom personen forklarer sin lidelse ut i fra et åndsperspektiv kan denne årsaksforklaringen skille seg fra terapeutens forståelse. Ubalansen kan innvirke på relasjonen mellom pasient og

³² For mer informasjon anbefales Berg, E. og Audestad, R. ”Rusmiddelbehandling og skam” (2006)

behandler, og dermed behandlingsfokuset. I tillegg til denne åndsdimensjonen har enkelte tro på at andre personer kan sende en det onde øye, og på den måten forårsake uønskede atferd, behov eller tilstand.

Et annet eksempel fra ulike trosretningers innvirkning på pasientens avhengighetssituasjon kan hentes fra Koranen. Mange muslimer kjenner Koranens innhold godt og det er en oppfatning blant flere muslimer at verden bestod av spill (gambling), hor og elendighet før Islam kom og reddet menneskeheten. De knytter drikking og gambling til primitive kulturer, altså noe som eksisterte før Islam³³. En opplevelse av å svikte sin egen religion kan derfor oppstå blant personer som spiller eller drikker alkohol. En tilnærming til denne problemstillingen er å kartlegge pasientens oppfatning av problemet, for så å forklare hvordan ”din kultur” forstår det. I den sammenhengen er det viktig å presisere for pasienten at intensjonen ikke er å frata ham hans forståelse, men å gi et innblikk i terapeutens måte å tolke situasjonen på.

Psykosomatikk

Vellykket terapi er når behandlingen skjer på pasientens vilkår og der er derfor viktig å kartlegge de faktiske forhold rundt fysiske symptomer. Ofte tolkes utsagn som ”vondt i hodet” eller ”vondt i blodet” som språkfeil. Slike formuleringer er ikke nødvendigvis språklig ukorrekt, men en helt konkret beskrivelse av et fysisk ubehag. Slikt fysisk ubehag kan også ha en forklaring knyttet til det onde øyet eller Jinn. Flere pasienter har fortalt at de har en opplevelse av smerter utenpå hode, som en ond aura, eller i blodet³⁴.

Vestlig modell for samtale

Forventninger

Både hos terapeut og pasient er det en ide om hva som skal skje når partene møtes. Terapeuten har ofte forkunnskap om pasienten ut i fra henvisningen eller annen informasjonskilde. Fra pasientens ståsted kan det herske en forventning om hva som skal skje gjennom hva en har blitt fortalt. En pasient fortalte for eksempel at han trodde en slange skulle fjernes fra magen hans, mens en annen fortalte at han trodde han var med på et forskningsprosjekt.

³³ Se Koranen: Surah al-Baqarah og Surah Ma'idah

³⁴ Terapeuter som behandler traumatiserte personer forteller at slike symptomer er gjenganger i denne pasientgruppen.

I behandling kan det således være situasjoner hvor det er en ubalanse mellom pasientens og behandlerens forventning. Resultatet kan bli at en ikke refererer til det samme når en møtes, og de forskjellige forventninger kan skape store misforståelser, usikkerhet hos begge parter og sterk grad av uro hos pasienten. Det er derfor viktig å tidlig avklare forventninger.

Skjemaer/kartlegging

Mange behandlere benytter standardiserte verktøy for å kartlegge pasientens situasjon. I tillegg til at det kan være mange ukjente faktorer som ikke blir fanget opp ved bruk av skjemaer³⁵, kan det å benytte slike verktøy i første møte virke negativt for mange. Flere av dem jeg har snakket med gav uttrykk for en skeptisk holdning til slike skjema første gang de treffer terapeuten. Utsagn som at ”min lidelse kan ikke settes på papir” eller ”skal min sjel ned på papir?” er eksempler på reaksjoner fra pasienter. Negative forventninger kan bli bekreftet, og et svekket utgangspunkt for relasjonsbyggingen etableres.

I tillegg at det kan svekke relasjonen, har flere behandlere fortalt at deres pasient ikke har forståelse av nytteverdien ved slike skjema. Spørsmål som ”når skal jeg få hjelp, og hva slags hjelp skal jeg få” var typiske kommentarer. De viste ingen forståelse av at ”hjelpen” hadde begynt.

Samtaleterapi

Det å ”snakke bort” et problem kan være fremmed for mange. Dersom pasienten har en annen oppfatning av hva som forårsaker problemet, kan det å snakke være unyttig i forhold til å løse problemet. En annen oppfatning av situasjonen kan gjøre at pasienten har forståelse av at kun tradisjonelle metoder hjelper. Et eksempel kan hentes fra pasienten som forklarte sin spillavhengighet med å rette oppmerksomheten mot at en nabo var sint på ham. Pasienten mistenkte da naboen for å ha sendt han det onde øye. For han var det å få naboen til å trekke tilbake det onde øyet, eneste måte å løse problemet på.

En annen utfordring i forhold til å snakke, er at flere pasienter sier de ønsker hjelp til å glemme avhengigheten. En slik holdning står ofte i motsetning til hva terapeuter ønsker å oppnå, nemlig det å lære pasienten til å leve med sin historie. Utfordringen ved å snakke om

³⁵ Blant annet SOGS

spilling blir da at pasienten ikke får mulighet til å glemme. En minoritetspasient kom med følgende kommentar etter å ha blitt fortalt at behandlingen handlet om å snakke om situasjonen: ”Jeg kan jo ikke snakke om dette. Jeg vil jo ha hjelp til å glemme. Skal jeg ikke få penger eller en pille?”

Navn

Mange pasienter med minoritetsbakgrunn har flere navn. Hvilket navn de benytter avhenger av hvilket forhold de har til personen de snakker med. Når pasienter opplevde at terapeuter ikke benyttet deres egentlige navn, bekreftet dette at de ikke har en nær relasjon til hverandre. For eksempel er det enkelte minoriteter som tar til seg et vestlig navn slik at han/hun ikke blir så fremmed for etnisk norske. Det er også religiøse og kulturelle regler for valg av navn³⁶. Å stille spørsmålet ”hva kaller dine venner deg”, eller ”hva vil du jeg skal kalle deg”, kan være nyttig i den sammenhengen.

Tolk³⁷

Å benytte tolk gir flere utfordringer. En av disse utfordringene er taushetsplikten. Taushetsplikt er et vestlig, juridisk begrep, som andre etniske grupper ikke nødvendigvis har et forhold til. Frykten for tolkens relasjon til pasientens minoritetsgruppe kan svekke dialogen. Dette kan gjelde når tolken er fra samme etniske gruppe eller fra samme klansystem³⁸. I tillegg er utfordringer innen oversettelsesproblematikk, tidsaspektet, pasient-tolk relasjonen, sekundærtraumatisering m.m. aktuelle problemstillinger. Det er også tilfeller hvor pasienter ønsker å benytte deres barn eller nær familie som tolk. Utfordringen er da kan møte er åpenheten rundt skambelagte tema eller lignende.

Begrepsforvirring

Et begrep kan være bærer av flere meninger. Ord vi benytter i vår dagligtale kan forårsake misforståelser mellom de to partene ved at partene ikke har samme referanser til ordene. Når folk fra forskjellige språktradisjoner og kulturer møtes er utfordringen å bevisstgjøre seg hvordan en bruker symboler, tegn og ord i kommunikasjonen. En behandler fortalte at han under en samtale med en pasient fra Ghana hadde sagt: ”Bruker du spill som

³⁶ Hadith gir detaljerte regler for hvilke navn som kan velges. Gutter; profet eller kalif navn, og jenter: Muhammeds kone eller døtre navn. I tillegg til dette får mange sine ”personlige” navn.

³⁷ Mennesker som benytter offentlige tjenester (deriblant helsevesenet) skal forstå og kunne gjøre seg forstått i forhold til informasjonsutvekslingen.

³⁸ Dette kan også være utfordringer i forhold til gruppebehandling.

selvmedisinering?“. Pasienten reagerte da med å se behandleren dypt inn i øynene og rettet armene opp i luften og svarte: ”Nei, nei, jeg vil absolutt ikke ha medisin og hvis det er slik behandling jeg skal få vil jeg ikke være her”.

Like viktig er ikke-verbal kommunikasjon som bruken av blikk, kroppsspråk, klær, håndhilsing, m.m. Det er viktig å huske at kommunikasjon, både verbalt og ikke-verbalt, er lært og derfor kan tolkes forskjellig. Dermed kan også ikke-verbal kommunikasjon oppfattes annerledes av motparten enn hva som var intensjonen.

Migrasjonsbelastninger

Hverdagsdiskriminering

Opplevelsen av diskriminering bør tematiseres i den terapeutiske konteksten. Undersøkelser³⁹ viser at ca 50 % av den norske befolkningen ikke vil ha flere innvandrere i Norge. 54 % sier de er mer mistenksomme mot personer med muslimsk tro, og syv av ti ser at terrorisme gjør dem skeptiske til innvandrere. Disse tallene gir en god beskrivelse av hva mange minoritetspersoner opplever hver dag. Erfaring med systemdiskriminering fra hjemlandet er også en faktor som kan gjøre minoritetspasienter mer sårbare. Dette innebærer at pasienter kan oppleve seg som dårlig behandlet (uten at det er tydelig for behandleren) fordi det er selve systemet som oppleves å være diskriminerende.

Utfordringen i terapi er at pasienten kan tolke mangel på felles forståelse som diskriminerende. Han/hun opplever at deres forklaring ikke blir forstått (eller tatt alvorlig) og blir kanskje tolket som mangel på respekt for deres etniske opphav, og personlige historie. Terapeuten kan oppleves som diskriminerende, noe som kan forsterke en allerede eksisterende avmaktsfølelse.

Minoritetsfølelse

Plikter en har til sitt hjemland, religion og slekt blir ofte forsterket når en bor i et annet land og tilhører en minoritetsgruppe. For eksempel kan plikten til å sende penger hjem, eller å følge religiøse og kulturelle regler, bli forsterket. Det å ikke handle i tråd med minoritetsgruppens forventede atferd kan i enkelte tilfeller resultere i utestenging fra gruppen, ensomhet og isolasjon.

³⁹ Integreringsbarometeret 2006

Tilhørighetsfølelse

Til tross for at mellom 1 og 3 millioner Somaliere bor utenfor Somalia, kjenner de godt til sin tilhørighet innenfor klan-systemet. Tilhørighetsfølelsen er for de fleste minoritetspasienter av stor betydning, og ofte blir personlige problemer løst innenfor dette systemet. En person har tillit til egen gruppe, men vanskeligheter oppstår i de situasjonene hvor personer gjør noe som ikke er akseptert innenfor gruppen. Dette kan gjelde i situasjoner hvor personen ikke følger religiøse retningslinjer eller moralske plikter. Resultatet kan bli mangel på forståelse og aksept, og tilhørighetsfølelsen og identiteten blir utfordret. Et behandlingsmål kan derfor være å forsøke å gjenopprette pasientens verdighet i kulturgruppen han eller hun tilhører.

Integreringsnivå

Graden av kontakt med majoritetssamfunnet har betydning for behandlingen. Både når det gjelder forventninger til behandlingen og forståelse mellom partene, er dette viktig. Personer med etnisk minoritetsbakgrunn har forskjellig grad av integrering noe som igjen gjør at de har forskjellig kompetanse i språk og kjennskap til sine rettigheter og plikter. Hvor mye en er i kontakt med majoritetssamfunnet kan også spille inn på forholdet mellom pasient og behandler. Noen kan oppleve å bli "kastet ut" av egen minoritetsgruppe på grunn av for eksempel spill, drikking, eller andre psykiske plager. Mange velger selv å isolere seg fra familien sin og sitt sosiale nettverk med det formålet om å ikke involvere dem i, eller skjerme dem fra, sine problemer. Hvor integrert personen er, har stor betydning for hvor alvorlig konsekvenser en slik ekskludering eller selvvalgt isolering kan få.

Ensomhet og isolasjon

"Det er ikke lov å spille i følge islamske regler. Akkurat på samme måte som det ikke er lov til å stjele. Du blir sparket ut av din familie og fra venner fordi du ikke viser ansvar og ingen respekt"

Dette sitatet er hentet fra en pårørende til en spilleavhengig med iransk bakgrunn. Personen var tidligere gift med en spilleavhengig, men skilt pga mannens avhengighetsproblemer. Hun fortalte videre at hun var av den oppfatningen at innvandrermenn har større vanskeligheter med å integrere seg enn kvinner har. Da hun skilte seg fra hennes ektemann resulterte dette i

at mannen ble isolert fra minoritetsgruppen fordi han hadde brutt med Islamsk lov ved å spille bort penger. Personen fortalte videre at hennes tidligere mann nå var svært ensom og isolert, og samtidig ikke hadde integrert seg nok til å skaffe seg etnisk norske venner. Hun sa at problemer ofte løses innad i familien, men siden hans opprinnelige familie ikke befinner seg i samme land, samt føler seg sviktet, er dette vanskelig. I tråd med dette påpeker Elin Berg⁴⁰ i sin rapport om rusmiddelbehandling og skam at rusmiddelbrukere fra ikke-vestlige land kan være spesielt utsatt for sosial ekskludering i Norge. Dette kan da også gjelde i forhold til spillavhengighet. Et sitat fra en muslimsk pasient bekreftet dette:

”Om mine venner eller familie fikk vite at jeg spiller med penger, ville de slutte å hilse på meg. Hva har jeg igjen da?”

Sammendrag

I de situasjonene hvor terapeut og pasient har forskjellig kulturell bakgrunn, er det en mulighet for at udefinerte kulturelle utfordringer oppstår i relasjonen. De kulturelle differanser kan skape en avstand mellom partene ved at felles forståelse uteblir og resultere i en opplevd hjelpeløshet hos begge parter. Kulturelle forskjeller mellom behandler og pasient kan altså øke risikoen for mismatch. For å skape en god relasjon mellom pasient og behandler, kan kunnskap om hverandres kulturer være et nyttig verktøy.

⁴⁰ Elin Berg ”Rusmiddelbehandling og skam” (2006)

Kapittel 8:

Relasjonsmodellen

Mennesker tolker egen og andres atferd ut fra en forståelse betinget av erfaring og lærdom. Behandlers og pasients forskjellige kulturbakgrunn kan forårsake mismatch ved ulik forståelse av behandling. Dette kapitlet presenterer de foreslåtte punktene behandlere ved BKS ble anbefalt å fokusere på i møte med slike utfordringer. Forslagene er basert på funn og kartlegginger presentert tidligere i rapporten, og gir grunnlaget for foreslått strategi i møte med minoritetspasienter. Etter en presentasjon av sentrale punkter i forberedelser, underveis i timen, og avslutningen av timen, vil en mer detaljert oversikt over konkrete forslag til første og andre time bli presentert. Punktene er ment som et verktøy for å bygge en god relasjon mellom partene, samtidig som at tanken om at vellykket terapi skjer på pasientens vilkår er ivaretatt. Det er derfor viktig å kartlegge disse vilkårene.

Før første møte med en minoritetspasient kan det være fordelaktig å bevisstgjøre seg forskjellene mellom deg og pasient. Dette er ikke nødvendigvis en tidkrevende prosess, men et nyttig hjelpemiddel i forberedelsen av møtet. Punktene under er ment som et råd terapeuter kan følge gjennom hele behandlingsforløpet med pasienter. Kategorien "Forberedelser" kan være nyttig *før* konsultasjoner, mens punktene i "Underveis" og "Avslutning" er mest nyttig etter at partene har truffet hverandre selv om også "Forberedelser" er en sentral del av relasjonsbyggingen. Relasjonsbyggingen begynner altså før første møtet har funnet sted.

Forberedelse:

1. Behov for tolk?
2. Anerkjenn viktigheten av pasientens opprinnelse/kulturelle bakgrunn
3. Ikke ta frem kartleggingsskjema (relasjonen må være godt etablert først)
4. Ta mindre for gitt enn vanlig
5. Bli oppmerksom på egen kultur og potensielle forskjeller
6. Bevisstgjør deg selv om egne forventninger og hva som kan skje

Underveis i timen:

1. Snakk om pasientens forståelse av situasjonen og lytt med interesse til hans/hennes forklaringer
2. Snakk om forventninger og hva som kan skje
3. Forklar taushetsplikten inntil du er sikker på at den er forstått
4. Stopp monologen, et tema av gangen
5. Anerkjenn viktigheten av pasientens opprinnelse/kulturelle bakgrunn
6. Del mer av deg selv og bli ”gjensidig” kjent
7. Snakk om årsak til migrasjon og eventuell traumatisering
8. Spør om opplevelse av diskriminering
9. Ta mindre for gitt enn vanlig og spør om dere har felles forståelse
10. Få oversikt over integrering / identitetsnivået og sosialt nettverk⁴¹
11. Uttrykk kulturell nysgjerrighet ved for eksempel å lære deg noen fraser
12. Finn felles forståelse av hva som plager pasienten og hvordan dette kan behandles/gjøres noe med. ”Slik gjør vi det i vår kultur”. ”Hvordan skal vi gjøre det?”
13. Dann symptomtrykklister i samarbeid med pasienten. Gjør det ”spennende” ved å ha en dialog om prioriteringer.

Avslutning av timen (de siste 10 minutter):

1. Få oversikt over motivasjonsnivå, hva pasienten ønsker og hva som motiverer
2. Vis nysgjerrighet på pasientens kultur. Presenter også ”din kulturs” måte å se ting på.
3. Spør om et ord eller uttrykk som du kan lære til neste gang
4. Tilby deg å være pasientens advokat / sosialarbeider
5. Gjenta taushetsplikten
6. Fortell hva som skal skje ved neste time (Time 2, time 3,...)
7. Gi det lille ekstra for å få dem tilbake (sms, mail, tlf)

Ved å være oppmerksom på punktene over kan sannsynligheten for å etablere en god relasjon øke. For å raskt etablere trygge rammer for pasienten, bør en tidlig introdusere hvordan terapeuten vanligvis jobber, og deretter hva som kan skje. Det er også viktig å kartlegge

⁴¹ Et tips kan være at bruk av tradisjonelle klær kan tyde på mindre integrering. Hvor en bor, hvilke venner en har, og alder kan også være relevant.

forventninger, hvor pasienten kommer fra, hva han/hun har blitt fortalt, og pasientens opplevelse av diskriminering og forståelse av egen situasjon.

Å bruke tid på å bli kjent som en del av behandlingen, er det mest sentrale. Dette kan bidra til å skape en opplevelse av tillit, gjensidig respekt og gi grunnlaget for de nødvendige, trygge rammer en god relasjon er avhengig av. Intensjonen er å skape et forhold mellom behandler og pasient som oppleves som så god og trygg at pasienten ønsker videre behandling.

Forslagene under er en mer detaljert oversikt over relasjonsbyggende punkter, og retter seg mot de to første møtene mellom pasient og behandler:

Det første møte:

- Avklar behov for tolk (evt. før første time)
- Fokuser på relasjonen
- Bli kjent, men stopp monologen
- Lag trygge rammer
- Forklar taushetspliktens innhold
- Unngå problemfokus (ikke spør om *hvorfor...*)
- Unngå standardiserte kartlegginger
- Ikke la dem tape ansikt
- Si litt om hvordan du jobber; hva som kan skje
- Spør om forventninger (hvor de kommer fra, har noen fortalt, osv)
- Spør om opplevelse av diskriminering
- Få oversikt over identitet og bakgrunn (språk, sosialt nettverk, utdanning, arbeid, økonomisk situasjon, tilhørighet)
- La dem være en autoritet innen eget felt
- Fortell hva du som terapeut ønsker skal skje neste time og viktigheten av å møte selv om man ikke har problemer eller vondt ”den dagen”.
- Husk den kulturelle radaren: ”har vi forstått dette rett?”
- Ny time tett opp til den første. Avklar bruk av sms eller tlf

Det andre møte:

- Lag en symptomtrykklister. Hvilke plager har pasienten

- Inviter til forhandlinger/diskusjoner om hva som skal gripes fatt i, og på hvilket tidspunkt
- Tilby deg å være pasientens advokat, sosialarbeider og terapeut
- Snakk eventuelt om individuell plan hvis du vurderer at pasienten kan ha behov for dette
- Gi praktiske råd som begrenser symptomene
- Hva skal vi jobbe med neste gang jfr. symptomtrykklisen
- Husk den kulturelle radaren: ”har vi forstått dette rett?”
- Sørg for at pasienten ikke forlater timen med problemstillinger som ikke er blitt tatt opp
- Påminnelse om taushetspliktens innhold

Behandlere ved BKS ble presentert både forslagspunktene vedrørende ”Forberedelser”, ”Underveis” og ”Avslutning”, samt forslagene til fokus i første og andre time. Neste kapittel viser at det har skjedd positive endringer gjennom at dropout prosenten er redusert.

Kapittel 9:

Resultat og konklusjon

Etter å ha undervist behandlere ved BKS om funnene, informasjonen og metoden som er presenter i denne rapporten, har de benyttet dette i terapi. Det er en mye mindre populasjon enn tallene mellom 2002 og 2006 viser, men det er fortsatt en indikator på endring. Tallene viser følgende situasjon fra mai 2007 til juli 2008:

	Dropout		Fullført /i behandling		Totalt antall personer
Etnisk minoritet	2002 - 2006	56 %	2002 - 2006	44 %	222
	2007 - 2008	29 %	2007 - 2008	71 %	51
"Norsk"	2002 - 2006	35 %	2002 - 2006	65 %	462
	2007 - 2008	31 %	2007 - 2008	69 %	64

Sammenlignet med tall fra 2002 – 2006, viser dette en endring på 27 % i dropout prosenten vedrørende pasienter med minoritetsbakgrunn.

Flere teoretiske retninger påpeker at relasjonen mellom pasient og behandler er det mest sentrale for at pasienten skal kunne oppleve positive endringer. Dette prosjektet har gjennom å presentere funn av hvilke betydning kulturell forskjeller kan utgjøre for behandling, skapt en modell for å bedre relasjonen mellom pasient og behandler.

Behandlere ved BKS ble gjennom dette prosjektet gitt et verktøy for å bygge en god relasjon med minoritetspasienter. På tross av at populasjonen var mye lavere, altså at det var færre pasienter da selve utprøvingen startet, viser resultatet en sterk tendens til at modellen har en nyttig funksjon. Tilbakemeldinger fra behandlere som har fulgt modellen er at de føler at pasientens motivasjon for å gjennomføre behandlingen nå er større, og at behandleren selv er mer komfortabel i kontakt med pasienten. Resultatet er en økt sannsynligheten for at pasienten som er i behov for det, får den nødvendige helsehjelp.

Vedlegg 1

Arbeidskategorier

Kategoriene baseres på likheter innenfor følgende områder:
økonomiske systemer, religiøs tro/praktisering, slektskapssystemer og kulturelle verdier.

Afrikansk	DO	F	Muslimsk	DO	F	Asiatisk	DO	F	Annet	DO	F	Norge	DO	F
Eritrea	5	0	Afghanistan	1	1	Bolivia	1	0	Bulgaria	0	3	Norge	160	293
Gambia	3	2	Algerie	0	1	Burma	0	1	Brasil	0	3			
Nigeria	2	1	Iran	7	7	Filippinene	1	3	Chile	4	2			
Marokko	7	2	Irak	10	3	India	1	0	Frankrike	1	0			
Somalia	16	0	Jordan	0	1	Indonesia	2	0	Gresk	1	0			
Tunisia	1	0	Kurder	0	2	Kina	1	0	Italia	0	1			
			Libanon	2	2	Sri Lanka	5	2	Jugoslavia	1	4			
			Pakistansk	6	5	Tamil	2	3	Kosovo	1	1			
			Palestina	0	2	Thailand	0	2	Makedonia	1	1			
			Sudan	1	1	Vietnam	0	1	Mauritania	1	0			
			Syria	2	0				Montenegro	0	1			
			Tyrkia	10	1				Portugal	0	1			
									Peru	1	0			
									Polsk	2	1			
									Ukraina	1	0			
	87%	13%		63%	37%		52%	48%		44%	56%		35%	65%
	34	5		40	24		13	12		14	18			

Vedlegg 2

Spørreskjema til DPS

Spørsmål 1

Opplever du at klienter med etnisk minoritetsbakgrunn har behov for spesiell tilrettelagt behandling i forhold til etnisk norske?

Ja

Nei

Hvis ja, forklar: _____

Spørsmål 2

Erfarer du at det er en større utfordring å behandle mennesker med etnisk minoritetsbakgrunn?

Ja

Nei

Hvis ja, forklar: _____

Spørsmål 3

Er ditt inntrykk at mennesker med etnisk minoritetsbakgrunn har annerledes forventning til behandling enn hva etnisk norske har?

Ja

Nei

Hvis ja, forklar: _____

Spørsmål 4

Er det enkelte problemstillinger etniske minoritetsgrupper oftere fokuserer på i forhold til etnisk norske?

Ja

Nei

Hvis ja, forklar: _____

Spørsmål 5

Er det enkelte tema minoriteter fokuserer mer på under behandling enn etnisk norske?

Ja

Nei

Hvis ja, forklar: _____

Spørsmål 6

Berøres tema som familie, religion og skam i samtale med minoriteter?

Ja

Nei

Hvis ja, forklar: _____

Spørsmål 7

Opplever du at mennesker med etnisk minoritetsbakgrunn forklarer psykiske lidelser annerledes enn etnisk norske?

Ja

Nei

Hvis ja, forklar: _____

Spørsmål 8

Opplever du at mennesker med etnisk minoritetsbakgrunn har en annen holdning til avtaler og tid enn etnisk norske?

Ja

Nei

Hvis ja, forklar: _____

Spørsmål 9

Er ditt inntrykk at mennesker med etnisk minoritetsbakgrunn oftere dropper ut av behandling enn etnisk norske?

Ja

Nei

Hvis ja, forklar: _____

Takk!

Litteratur

- Berg, I., K. & Briggs, J., R. (2002). Treating the person with a gambling problem. The electronic journal of gambling issues. CAMH.
- Berg, Elin & Audestad, Ragnhild (2006). *RUSMIDDELBEHANDLING OG SKAM. Rusmiddelbrukere med etnisk minoritetsbakgrunn og deres møte med behandlingssystemet.* Oslo kommune
- Brown, Keren (2002). *Understanding Problem Gambling in Ethnocultural Communities: Taking the First Step.*
- Dahl, Øyvind (2001). *Møter mellom mennesker: interkulturell kommunikasjon.* Gyldendal akademisk
- Dahya, Badr (1974). "The nature of Pakistani ethnicity in industrial cities in Britain." I Abner Cohen, red.: *Urban ethnicity.* London: Tavistock
- Frønes, Ivar (2001). "Skam, skyld og ære i det moderne". I Wyller, Trygve (red). *Skam. Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne.* Fagbokforlaget. Bergen
- Freng, Espen Jodnes (1999). *Reklamens kommersialisering av verdier.* NTNU, Dragvoll
- Hansen, Marianne. *Behandling av spilleavhengighet i Norden – et nytt felt.*
<http://www.nad.fi/pdf/marianne%20HansenMAJ2005hele.pdf>
- Hubble, M., Duncan, B. & Miller, S. (1999) *The Heart and Soul of Change.* Washington D. C. APA Press
- Hylland Eriksen, Thomas (1997). "Identitet". I Hylland Eriksen, Thomas (red). *Flerkulturell forståelse.* Tano Aschehoug
- Hylland Eriksen, Thomas (1999). *Kulturterrorismen. Et oppgjør med tanken om kulturell renhet.* Spartacus forlag AS
- Rådet for psykisk helse (2007). *Psykisk helse i et flerkulturelt samfunn.* Stens trykkeri as
Samtiden 1, 2006
- Shore, Bradd (1996). *Culture in Mind. Cognition, culture, and the problem of meaning.* New York: Oxford University Press
- Miller, Scott (2007) www.talkingcure.com
- Namrata, R. og Oei, P. S. (2002) Pathological gambling - A comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, 22 7: 1009–1061
- Wampold, B. E. (2001) *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods and Findings.* New York: Lawrence Erlbaum Associates
- White, Michael (2006) *Narrativ praksis.* Hans Reitzels Forlag