

**”Kala Maan”**  
**Møter mellom ulike sykdomsvirkeligheter**

**Av Maj Kristoffersen Egeland**



**Levert som hovedoppgave ved**  
**Psykologisk institutt**  
**Universitetet i Oslo**  
**Vår 2010**

## Sammendrag

**Forfatter:** Maj Kristoffersen Egeland

**Tittel:** ”Kala Maan”, Møter mellom ulike sykdomsvirkeligheter

**Hovedveileder:** Nora Sveaass, Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo

**Biveileder:** Sissel Reichelt, Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo

Hvordan vi forstår og forklarer lidelse er knyttet til de kulturelle meningskapende systemene vi befinner oss i. Denne studien omhandler hvordan fem personer med somalisk opprinnelse forklarer og skaper mening til egen lidelse og hvordan disse forklaringsmodellene har påvirket eller blitt påvirket av møtet med behandlingsapparatet. De er alle i kontakt med ”Traumatiserte Flyktninger” (TF) ved Tøyen DPS. TF ble opprettet for å fange opp alvorlig syke personer med opprinnelse fra Somalia. Dette var fordi man så at en del i denne gruppen ikke nyttiggjorde seg av ordinært psykisk helsevern. Kunne det være at disse personene ikke nyttiggjorde seg av psykisk helsevern fordi de hadde en forklaringsmodell for egen lidelse som ikke var kompatibel med å få en slik hjelp? Basert på arbeider som omhandlet somaliske sykdomsforståelser, hadde jeg forut for studien, en hypotese om at noen av informantene kunne ha forklaringsmodeller som omhandlet religiøse temaer som jinn-besettelse (jinn er ånder beskrevet i Koranen).

Studien er en kvalitativ analyse basert på intervjuer med disse fem primærinformantene og en rekke intervjuer med sekundærinformanter. Felles for informantenes forklaringsmodeller var at de alle var preget av å befinne seg mellom to ulike meningskapende systemer som en konsekvens av eksiltilværelsen. Ingen av informantene fremla religiøse forklaringer eller begreper når jeg stilte åpne spørsmål. Når jeg derimot adresserte disse religiøse temaene direkte fremla tre av informantene jinn-besettelser som forklaringsmodell for egen lidelse. Dette viser at man ved å vise kjennskap til ulike kulturelle forståelser kan overkomme informantens eller klientens skepsis mot å avdekke spesifikke kulturelt forankrede forestillinger og oppfatninger.

## **Forord:**

Jeg er svært takknemlig over alle som har bidratt til å gjøre denne studien mulig, og for at jeg har fått mulighet til å holde på med dette! Denne studien ville ikke vært mulig uten informantene som har valgt å dele av sin tid og sine tanker med meg. Jeg vil takke for samarbeidet med Tøyen DPS og den velvilligheten og det engasjementet de ansatte ved ”Traumatiserte Flyktninger” har vist meg. Spesielt ønsker jeg å takke Mehdi Farshbaf ved TF, som har delt av sine erfaringer og tid svært sjenerøst. Videre ønsker jeg å takke pappa for at han alltid er så omstendelig og klok i sine tilbakemeldinger. Jeg vil takke Nina Haffner for uvurderlig hjelp med tekstarbeidet og Rannveig for inspirerende og gode kommentarer og innspill. Jeg vil takke hovedveileder Nora Sveaass og biveileder Sissel Reichelt for diskusjoner og engasjement. Jeg vil også gjerne få takke alle som har bidratt i denne prosessen på andre måter enn med tekstarbeid, dere som har kommet innom med frukt, skrevet en sang, laget middager og ellers vært alt man kan formå. Til slutt vil jeg få takke Benjamin Haffner for å aldri slutte å tro på meg, for å aldri bli lei av å høre om denne oppgaven og for at hver dag er vakker når han er her.

*“The taxi driver opens his eyes, reaches for and replaces the black plastic sunglasses, but it is too late. Salim has seen his eyes. The car crawls forward in the rain. The numbers on the meter increase. Are you going to kill me? asks Salim. The taxi driver’s lips are pressed together. Salim watches his face in the driver’s mirror. ”No”, says the driver, very quietly. The car stops again. The rain patters on the roof. Salim begin to speak. “My grandmother swore that she has seen an ifrit, or perhaps a mari, late one evening, on the edge of the desert. We told her that it was just a sandstorm, a little wind, but she said no, she saw its face, and its eyes, like yours, were burning flames.” The driver smiles, but his eyes are hidden behind the black plastic glasses, and Salim cannot tell whether there is any humor in that smile or not. “The grandmothers came her too”, he says. Are there many jinns in New York? Asks Salim. “No. Not many of us.” There are the angels, and there are men, who Allah made from mud, and then there are the people of the fire, the jinn”says Salim. “People know nothing about my people here,” says the driver. “They think we grant wishes. If I could grant wishes do you think I would be driving a cab?”*

Neil Gaiman, American Gods, 2001

Innledning:.....	6
Teoretiske perspektiver:.....	12
Forklaringsmodellen.....	12
Kritikk av forklaringsmodellen.....	13
Behandleren.....	14
Klienten.....	15
Eksil og sykdomsforståelse.....	17
Jinn.....	21
Diagnostisering og behandling av jinn.....	22
Metode:.....	22
Bakgrunnen for utvalget av informanter.....	22
Utvalg av informanter.....	23
Valg av metode.....	24
Ethiske vurderinger.....	24
Metodiske vurderinger.....	24
Prosedyre.....	26
Utarbeidelsen av intervjumanualen.....	27
Intervjuet.....	27
Transkripsjon.....	28
Dataanalysen.....	28
Resultater:.....	29
Livet i Norge.....	30
Ektefeller i utlandet og papirer.....	31
Kontakt med øvrig slekt og andre somaliere.....	31
Kontakt med norsk kultur og etniske nordmenn.....	35
Livet i Norge: Oppsummering.....	37
Mening og forståelse av egen sykdom.....	37
Lidelse, galskap, schizofreni, overbelastning og normal men litt rar.....	37
Når problemene begynte.....	40
Religiøse forklaringer på sykdom.....	45
Det er Gud vilje.....	53
Oppsummering av forståelse og mening for egen lidelse.....	55
Møtet med behandlingsapparatet.....	56
Inngang til behandling.....	56
Man vet ikke om det er stein eller banan.....	57
Hva får de hjelp med og hva hjelper?.....	59
Betydning av kulturell kompetanse og kulturtolker.....	62
Diskusjon:.....	64
Forhandlingen med nettverket.....	65
Forhandlingen med behandlingsapparatet.....	66
Forhandlingen med meg.....	67
Innholdet i forklaringsmodellene.....	69
Implikasjoner for terapi og terapeut.....	69
Konklusjon.....	72
Referanser.....	73

## **Innledning:**

I løpet av tiden jeg var i hovedpraksis på Rehabiliterings Centeret for Torturofre (RCT) i København ble man i fagmiljøet bevisst på at enkelte klienter hadde plager som var ukjente for behandleren selv etter lengre tid i terapi. Et par av de kvinnelige klientene kunne for eksempel beskrive synet av sorte damer som fulgte etter dem. Disse ”sorte damene” ble av klientene forstått som ”jinn” (ånder beskrevet i koranen). De hadde imidlertid ikke tatt opp dette fenomenet med sine behandlere.

Hvorfor hadde ikke klientene fortalt om dette før? Når behandlerne som en konsekvens av det overnevnte fenomen begynte å adressere slike temaer i behandling eller utredning, fortalte noen av klientene om sine opplevelser, og dermed ble for eksempel en kvinnes angst for å gå på badet mer forståelig når det kom fram at ”den sorte damen” eller jinnen var spesielt truende i slike situasjoner. Dette peker på betydningen av å eksplisitt adressere klientens forklaringer og meningsskapning rundt egen lidelse og samtidig være bevisst på det som *ikke* blir sagt. Kleinman, (1980) har hevdet at forhandlingen om forståelse av sykdom i møtet mellom den etniske minoritetsklient og den etniske majoritetsbehandler primært foregår på *behandlerens* premisser og innenfor behandlerens systemer av mening. Behandleren får ikke tak i, eller forsømmer å lete etter eller spørre om klientens forståelse av egen lidelse (Kleinman, 1980,). Årsakene til dette kan nok være flere, men både en ubevisst oppfatning av å dele samme forståelse og en manglende bevissthet om betydningen av å få tak i pasientens meningskonstruksjoner ser ut til å være sentral.

Utfordringene i møtet mellom behandlere med etnisk majoritetsbakgrunn og klienter med minoritetsbakgrunn har særlig dreiet seg om ulike oppfatninger av *forståelse av sykdom* og *forventning til behandling*. Både behandlere og klienter kan erfare at denne forskjellen er så stor at de ikke klarer å etablere en felles arbeidsallianse (Bordin, 1979), det vil si en felles forståelse av hva problemet er, hvordan det kan løses og hva som er behandlerens og klientens arbeidsoppgave i det enkelte prosjekt. En behandler ved Tøyen DPS beskriver denne problemstillingen fint;

*Ofte er jo nettopp den delingen, hva gjør jeg og hva gjør du, hva gjør vi sammen, hvor skal vi, allerede der bryter det fordi for det første er det de kommer inn til er noe helt, helt fremmed, og for det andre er kanskje problemstillingen som behandler sitter inne med noe totalt annet enn hva pasienten sitter inne med. Pasient kommer ofte fra det at, og det kan jo gjelde møter mellom etnisk norske behandlere og pasienter også, men ikke i den, jeg tenker at det er en kvalitativ forskjell, at den ene vil snakke om frukter og, altså den ene vil snakke om pærer og den andre om appelsiner, mens her kommer det en som ikke vil snakke om frukt i det hele tatt. Det er en som vil snakke om biler!*

Det er nettopp denne forhandlingen om forståelse som er temaet for denne avhandlingen. Forståelse av sykdom er i stor grad kulturelt formet, og måten vi opplever og takler vår og andres sykdom på, er basert på sykdomsforklaringer som er spesifikke for vår sosiale posisjonering og de systemer av mening vi tilhører (Kleinman, 1980). Sykdom defineres generelt som de objektive endringene i biologiske organer og funksjoner som kan diagnostiseres av en lege (Mirdal, 2001). Sykdom i denne sammenhengen er det som gjerne omtales som lidelse (illness), og som til forskjell fra sykdom (disease) refererer til pasientens *subjektive* opplevelse av å være syk, uansett om det foreligger objektive bevis for dette eller ikke (Kleinman, 1980). Det er i dag etablert en forståelse for at lidelse er uløselig knyttet til de kulturelle rammene man lever innen, hvilket har ført til en økende bevissthet om betydningen av å forstå klienten kontekstuellt, og eksplisitt adressere klientens forklaringer og meningsskapning rundt egen lidelse (Drozdek, 2007).

Forklaring og meningsskapning som relateres til egen lidelse påvirker ikke bare det terapeutiske møtet, men også hjelpesøkende atferd. Pasientenes definisjon av problemet, hvordan dette uttrykkes, hvem som bør konsulteres samt foretrukne behandlingsstrategier, avhenger av den forklaring og meningsskapning pasienten etablerer (Rogler & Cortes, 1993). ”Traumatiserte Flyktninger” (TF) ved Tøyen DPS er et behandlingstilbud utviklet med tanke på personer med øst – afrikansk opprinnelse (nesten utelukkende med somalisk opprinnelse) med alvorlige psykiske lidelser, klienter som ikke nyttiggjør seg ordinært psykisk helsevern. En mulig årsak til at disse personene ikke har hatt nytte av de tilbudene de har fått, kan ha sammenheng med at de ikke har formidlet sine lidelser som psykiske problemer og at hjelpesøkende handlinger derfor blir rettet mot andre behov. TF målsetting var å fange opp mennesker med psykisk lidelse og somalisk opprinnelse for å skaffe dem et egnet kontaktsted

når de ikke kunne nyttiggjøre seg ordinært helsevern, og å utvikle en behandlingsmodell for denne målgruppen (Hulberg & Farshbaf, 2008).

I arbeider som omhandler somalisk forståelse av psykisk lidelse, kunne jeg lese at det for de fleste somaliere er en sterk forbindelse mellom Islam, Gud og helse (Hjelde, 2008).

Symptomer på tilstander man i en vestlig psykologisk forståelsesramme ville definere eller betegne som psykiske problemer tilskrives forholdet til gud, til jinn, eller til andre mennesker gjennom det onde øyet. Det var derfor slike temaer jeg ønsket å utforske nærmere. Hva var dette med jinn som de bare snakket så vidt om på RCT, men som jeg senere hørte omtalt i sammenheng med somalisk sykdomsforståelse av psykisk helse? Hvordan kan et slikt fenomen forstås i sammenheng med de problemer mennesker opplever og hvordan kan behandlere fra helt andre kulturtradisjoner, for eksempel norske psykologer, møte slike fremmedartede fenomener? Jinn er vesener beskrevet i Koranen. I følge Koranen er jinn skapt av Allah på lik linje med mennesker og engler. De er usynlige for mennesker og lever parallelt med oss i denne verden. Jinn har fri vilje og kan være både gode og onde på samme måte som mennesket.

Hvis det kunne være slik at sykdom i hovedsak ble forstått i relasjon til Islam av informantene ved TF, hvordan har da et konstruktivt møte med psykisk helsevern/Traumatiserte Flyktninger vært mulig? Hvis man tror at man er besatt av en jinn eller at man opplever en straff fra Gud, hvorfor skulle man da akseptere en psykologisk behandling og medhørende forklaringsmodell? Har en forhandling om forklaringsmodeller vært nødvendig, og i så fall hvordan har dette endt? Alle disse spørsmålene leder fram til forskningsspørsmålene i denne oppgaven:

Hva er disse fem informantene med somalisk opprinnelse sin forklaring og meningsskapning til egen lidelse?

Hvordan har denne forklaringsmodellen *påvirket* eller *blitt påvirket* av møtet med behandlingsapparatet?

Disse forskningsspørsmålene vil bli belyst i et kontekstuellt perspektiv. Drozdek (2007) skriver at en kontekstuell tilnærming skiller seg fra en analytisk tilnærming, da en analytisk tilnærming omhandler å ta noe fra hverandre for å forstå, mens en kontekstuell tilnærming omhandler å forstå ved å sette et fenomen inn i en større helhet. Tobie Nathan, direktør på



Centre George Devereux, et etno – et psykiatrisk behandlingssenter ved Universitetet i Paris VIII, beskriver nødvendigheten av å innta et kontekstuelt perspektiv i møtet med immigranten. Han skriver følgende: *Man går til psykologen, til psykiateren, eller til sosialarbeideren, eller læreren.. men bak hver av de profesjonelle står en hel verden, og over det hele, en profesjon..* (Nathan, 1996, s. 311, egen oversettelse). Nathan skriver om psykologen som en godkjent og navngitt representant for et komplekst system. En helt annen rolle er gitt til immigranten, som i kraft av å befinne seg i eksil, er blitt kuttet vekk fra sitt eget univers, sine guder, sin tro og sine døde. I følge Nathan er det vestlige psykologiske prosjekt en invitasjon til en uendelig ensomhet, en ensomhet mannen blir rådet til å ønske seg, en ensomhet der han kan se seg selv som et unikt og avgrenset individ, en ensomhet som ikke er næret av den samme teoretiske arv eller de filosofiske kilder som han kjenner. *Hvem er du?* er spørsmålet mannen ønsker, men ikke tør, å stille behandleren. Nathan skriver: *hvis profesjonen kan sies å ha noen moral skulle denne moralen forby oss å tenke på en immigrants lidelse uten referanse til hans eller hennes egen gruppe. Maktrelasjonen er bare for ubalansert til noe annet – på den ene siden finnes det et strukturert nettverk, organisert og utstyrt til tennene og på den andre siden et eneste individ..*(Nathan, 1996, s. 320, egen oversettelse).

Selv om noen kan synes at Nathan bruker sterke ord, er hans perspektiv i tråd med holdningen og forskningen innen det krysskulturelle psykologiske feltet. Et mantra for hvordan behandleren skal forholde seg til de opplevde utfordringene innen dette krysskulturelle feltet er å kreve/forutsette at behandleren skal ha kulturell kompetanse (Johnson, Bastien & Hirschel, 2009). Kulturell kompetanse dreier seg for behandleren om å ha en selvbevissthet om seg selv som et kulturelt vesen, å inneha kulturell kunnskap og kulturelle evner. Til grunn for dette perspektivet ligger både teorier og forskning, men også en holdning eller en forståelse. Disse forståelsene handler om hvordan man forstår mennesket, kommunikasjon og det terapeutiske prosjektet. Verken terapeut eller forsker er passive eller kulturløse tilskuere, som Drozdek (2007) sier; nå skal man ikke tenke på kulturell psykiatri, men på *krysskulturelle møter*. Individet blir forstått i relasjon til kultur og nettverk. Flere studier har sett på innholdet i forklaringsmodellene til ulike informanter og kategorisert disse, for eksempel etter hvorvidt de er biologiske, psykososiale eller overnaturlige. En slik studie vil gå glipp av *sammenhengene* og betydningen disse forklaringene spiller for informanten og tenderer til å overse forskerens samkonstruerende funksjon. Dette kompliserer selvfølgelig bildet, men

samtidig vil en slik tilnærming forhåpentligvis hjelpe oss til en bedre og mer adekvat forståelse av meningskapning (Drozdek, 2007).

Ahlberg og Duckert (2006) og Hauff (2008) har problematisert den manglende kvalitative forskningen på dette feltet. Førstnevnte skriver at også den særskilte forskningen på internasjonal migrasjon og etniske relasjoner er blitt kritisert for å ha for lite primærkontakt med feltet og for å bygge på andrehåndskilder. Å få kunnskap om hvordan *klienten* opplever møtet med behandlingsapparatet og hvordan han eller hun konstruerer mening til egen sykdom er viktig for å utvikle det kliniske tilbudet til pasienter som trenger og har krav på hjelp. Studier rettet mot kulturelle forklaringer på psykiske lidelser har primært vært sosiologiske og antropologiske, og går ikke inn på den enkeltes erfaring og opplevelse. Rekrutteringsstedet i denne studien er som omtalt rettet mot en gruppe som ikke oppsøker eller nyttiggjør seg/benyttet seg av ordinært psykisk helsevern. Dermed gis tilgang til en gruppe som så å si aldri studeres, der den enkelte kan være svært syk, men (inntil nå) ikke har vært i behandlingsapparatet.

Oppgaven består av fire hoveddeler. De tre første omhandler *teoretiske perspektiver, metode* som etterfølges av *resultatdelen*. I en kvalitativ undersøkelse som denne, er det relevant å organisere dette i form av tematiske analyser, her delt i tre deler; *Livet i Norge, Forståelse, mening og sykdom* og *Møtet med behandlingsapparatet*. Til slutt vil funnene og implikasjonene av disse bli oppsummert og diskutert i *diskusjonen*.

## **Teoretiske perspektiver:**

I denne delen vil jeg gi en oversikt over det teoretiske rammeverket for denne studien. Teorien er organisert i tre deler, en del som omhandler behandleren, en del om forklaringsmodeller og en del om klienten. Informantenes forklaringsmodeller og møtet med behandlingsapparatet vil siden bli analysert i dette kontekstuelle perspektivet.

### **Forklaringsmodellen**

Hva er en forklaringsmodell? Hva er meningsskapende systemer? For å forstå den terapeutiske diskursen om sykdomsforklaringer må vi ha en klarhet i hva meningskapning og forklaringsmodeller er.

Den medisinske antropologen Arthur Kleinman er den mest innflytelsesrike teoretikeren i forhold til forklaringsmodeller. Kleinman (1982) bruker begrepet "Forklaringsmodeller" som betegnelse på den forståelse, forklaring og fortolkning som sammenfatter følgende spørsmål: Hva er årsaken til sykdommen? Hvorfor og når startet den? Hva gjør sykdommen, hvordan virker den? Hvor alvorlig er sykdommen? Hva slags behandling burde gjennomføres? En forklaringsmodell er svar på disse spørsmålene og utgjør forklaringene *pasienten, familien og behandleren* har av en *spesifikk sykdomsepisode*. Betydningen av pasientens, familiens og behandlerens ulike forklaringsmodeller fremkommer i *forhandlingene* mellom de ulike forklaringene. Forklaringsmodeller er sjelden logiske og enhetlige konstrukter, i følge Kleinman kan forklaringsmodeller være både vage, motstridene, obskure og delvis ubevisste. Når en person blir syk vil en forhandling av forklaringsmodeller mellom personen og dens nettverk (oftest familien) skje, og slike forhandlinger vil styre hva slags avgjørelser som blir tatt i forhold til hva slags hjelp som oppsøkes.

Et hvert samfunn har tre ulike strukturelle områder innenfor helsevern slik Kleinman (1982) definerer det. Helsevern er da alle delene av samfunnet som er involvert i helbredelse og vurderinger av sykdom innen kulturen. Det består/utgjøres av en folkelig sektor, en profesjonell sektor og en privat sektor. Den private sektor er den langt største i alle samfunn, ved at det er her de meste av behandlingene finner sted. Hver sektor har sine spesifikke forklaringsystemer, sosiale roller og institusjoner. Forholdet mellom de ulike sektorene varierer i ulike kulturer. Møtepunktene mellom de ulike sektorene kan for eksempel være ulike. Konstruksjon av forklaringsmodeller vil i følge Kleinman alltid ligge innenfor rammene av dette kulturelt betingende helsesystemet. Hver enkelt persons forklaringsmodell for en spesifikk sykdomsperiode vil dermed være unik, men konstruert innenfor rammene av det helsesystemet som finnes i personens kultur. Kleinmans forklaringsmodell er en teori som vektlegger betydningen av kulturen i forståelse av sykdom, betydningen av interpersonlig utveksling og i tillegg et sett av spørsmål som er ment som redskap for å få tak i klientens eller familiens forklaringsmodeller for klientens lidelse.

### **Kritikk av forklaringsmodellen**

Kleinmans forklaringsmodell har vært kritisert for å ha en snever forståelse av hvordan mennesker konstruerer mening av sykdomsepisoder. Modellen baserer seg på å spørre om årsaker, *hvorfor*, og vil i følge Stern og Kirmayer (2004) og Young (1982) innebære at man

kun etterspør *kausale* sammenhenger relevante for lidelsen. Både Stern og Kirmayer (2004) og Young (1982) hevder imidlertid at mange mennesker konstruerer mening også på andre måter. Youngs kritiske innvendinger ble basert på hans egne studier i Etiopia og Israel der han fant at mening eller forståelse av sykdom sjelden eller aldri *kun* skapes rundt kausaltenkning. Ved å fokusere på årsakssammenhenger vil man kun få fatt i deler av bildet som utgjør meningen og konstruksjonen av forståelse rundt sykdom. Young mener at både *prototyper* og det han har kalt *kjede-komplekser* representerer andre måter å bedømme sykdom på/metoder for å bedømme sykdom og forklare/få tak i/bevisstgjøre hvordan sykdom er forbundet med andre hendelser. Disse begrepene er lånt fra Vygotskys begrepsutviklingsmodell (Vygotsky, 1962).

Prototyper representerer grupper av fenomen som ikke er logisk avgrenset, men som har et felles kjerne-kjennetegn. I sykdomssammenheng kan man tenke seg at uansett biomedisinsk årsakssammenheng, vil fenomen som gir tretthet eller vondt i halsen grupperes sammen, det være seg om det skyldes kreft eller forkjølelse. Kjedeforbindelser utgjøres av fenomen som grupperes sammen uten (slike) felles kjennetegn, men hvor fenomen A har noe til felles med fenomen B som igjen har noe til felles med fenomen C. Slik kan ulike fenomener (A og C behøver ikke å ha noe til felles) grupperes sammen. I forståelse av sykdom kan man tenke seg at en sykdom med symptomene tretthet og utslett koples sammen med en annen sykdom med utslett og et tredje symptom som da grupperes sammen med den første. I følge Stern og Kirmayer (2004) betyr dette at studier som kun spør etter forklaringsmodeller vil gå glipp av fundamentale aspekter av informantens sykdomsopplevelse.

I følge Young må en vurdering og analyse av meningsskapning omhandle mer enn hva som blir forstått som *årsak*. *Hvor* foregår hendelsene som er antatt å være årsaken til oppstart og utvikling av sykdom, utenfor eller innenfor personens kropp? En plassering av årsak utenfor personen omtales som eksternaliserende og plassering av årsak innenfor personen omtales som internaliserende. I følge Young kan man skille mellom ulike forståelsessystemer av sykdom i forhold til grad av internaliserende kontra eksternaliserende forklaringer. Hva slags forklaringer systemet preges av vil kunne si noe om forståelsen av selvet i kulturen. Et internaliserende system vitner om en forståelse av selvet som avgrenset og autonomt, og er slik selvet blir forstått i vesten. Eksternaliserende forklaringer vitner om en forståelse av selvet som mindre avgrenset og kontekstuel. I tillegg til plassering av årsak er Young opptatt av *forbindelsen* mellom disse ytre eller indre plasserte hendelsene. Hendelser kan forstås i

forbindelse med hverandre gjennom analogier, narrativer, bilder og kausalitet. Dette har betydning for hvordan vi skal forstå meningsskapning, og Youngs poeng er at meningsskapning skjer på flere måter enn slik Kleinman beskriver i sin forklaringsmodell. Meningsskapning blir dermed et begrep som er mer omfattende enn forklaringsmodeller.

## **Behandleren**

Kultur og etnisitet påvirker forholdet mellom klient og behandler eller informant og intervjuer (APA, 2003, Johnson, Bastien & Hirschel, 2009). Dette vil igjen påvirke en behandlingssituasjon og materialet man får ut av et intervju (Rogler, 1993). For å unngå stereotypifisering basert på etnisitet eller andre aspekter av kulturell identitet, og samtidig forstå hvordan egen kultur påvirker interaksjon med klienten, må behandleren forstå så vel sin egen som pasientens kulturelle identitet (Lu, Lim & Mezzich, 1995). Den første retningslinjen i APAs retningslinjer for multikulturell praksis (APA, 2003) omhandler nettopp dette: *Psykologer er oppfordret til å forstå at de, som kulturelle vesener, kan ha holdninger og oppfatninger som kan påvirke deres oppfatning og interaksjon med individer som er etnisk eller rasemessig annerledes enn dem selv* (2002, s. 17). I APAs retningslinjer beskrives to ulike strategier i forhold til kulturelle forskjeller. Den ene strategien er en ”fargeblind” tilnærming. Ved å fokusere på de universelle aspektene ved mennesket, antas det at forskjellene mellom tilskrevde trekk ved inn - gruppen kontra ut - gruppen (beskrevet av Allport, 1954) blir redusert. I retningslinjer for multikulturell praksis (2003) trekkes det imidlertid frem en rekke eksempler fra sosialpsykologien og konkluderes med at en slik ”fargeblind” tilnærming ikke er nyttig. For å unngå stereotypifisering bør psykologen derimot være bevisst sitt kulturelle opphav og hva psykologens gruppetilhørighet gjør med hans eller hennes syn på medlemmer av andre grupper.

Pamela Hay (2008) presenterer en ”oppskrift” for kulturell selv – utredning for terapeuter. Hun trekker frem en rekke forhold som utgjør et menneskes identitet, slik som alder og generasjonseffekter, medfødte og ervervede handikap, religiøs og åndelig orientering, etnisk identitet, sosioøkonomisk status, seksuell orientering, nasjonalt opphav og kjønn. Til denne listen over viktig kulturelle trekk legger Johnson, Bastien & Hirschel (2009) til verdenssyn, verdier, politisk orientering, privilegier og ikke minst de aspektene som er knyttet til profesjonen som teoretisk orientering, tilnærming til terapi og oppfattelse av psykopatologi.

Betydningen av bevissthet om at den vestlige psykologien oppstod på et bestemt sted, på en bestemt tid og i en bestemt *kontekst* vektlegges (Marsella & Yamada, 2000).

Psykoterapi skiller seg fra andre former for symbolsk helbredelse ved at det omhandler eksplisitt snakk om en selv (Kirmayer, 2007). I følge Kirmayer innebærer psykoterapi en implisitt modell av *selvet*, som igjen er basert på en kulturell konseptualisering av personen. Det kulturelle konseptet av selvet i de fleste former for psykoterapi er basert på en Euro – Amerikansk verdsetting av individualisme. Selvet forstås som avgrenset og autonomt og blir definert etter indre egenskaper som tanker og emosjoner (Mkhize, 2004). I følge Kirmayer er det vestlige psykoterapeutiske prosjekt kommet til å handle nesten fullstendig om det uttalte. Til tross for dette, sier Kirmayer, handler psykoterapi i hvert fall om to sammenvevde nivåer av opplevelse. Disse to nivåene omtaler Kirmayer som det diskursive nivået og det nivået som omhandler kroppslig følt mening. Den kroppslig følte meningen omhandler de ubevisste prosessene som tilknytning, korrigerende erfaringer og opplevelsen av omsorg og trøst. Det diskursive nivået involverer selv – refleksjoner, og denne krever en *selv – bevissthet*. Alle mennesker, uansett kulturell bakgrunn, har en selv – bevissthet, dette er en av de universelle aspektene ved mennesket. Derimot, på samme måte som språk og emosjoner varierer, varierer også kategorier, konsepter og narrative strukturer på tvers av kulturer (Kirmayer, 2007). Kirmayer skriver at selv om disse prosessene reflekterer universelle aspekter av menneskets psykologi, vil prosessene i praksis avhenge av kulturspesifikke forståelser av selvet. Det diskursive nivået i terapi er mediert av kulturelle symbolske koder og legger derfor kulturelle føringer for hva pasienten skal kunne evne kan oppsummeres som psykologisk *mindfulness*. Basert på nevnte forskjeller i forståelsen av selvet mener Kirmayer at man må vurdere hvorvidt den implisitte forståelsen av selvet i den terapeutiske diskursen passer inn eller står i konflikt med klientens verdier og levemåte.

### **Klienten**

Informantene i denne studien er kjennetegnet ved at har hatt sin enkulturasjonsprosess i Somalia eller naboland. Enkulturasjon beskriver prosessen hvor man blir sosialisert inn i sin egen kulturelle, etniske eller sosiale gruppe (Aponte & Johnson, 2000). Samtlige lever nå i eksil og inngår derfor i ulike akkulturasjonsprosesser. For å gi en forståelse av hva som vil prege informantenes konstruksjoner av forklaringsmodeller vil jeg derfor kort presentere betydningen av eksiltilværelsen ved sykdom og hva som kjennetegner en somalisk sykdomsforståelse.

## **Eksil og sykdomsforståelse**

Hvis et menneske ser seg tvunget til å emigrere på grunn av fare for eget liv og helse kan personen betegnes som å være i eksil (Nørbech & Farshbaf, 2007). Eksil betegnes som en situasjon hvor emigrasjonen er tvunget og returnering umulig. Å leve i eksil vil si å ikke lenger å ha tilgang til det som tidligere utgjorde en meningsfull ramme for tilværelsen, bestående av familie, sosiale nettverk, arbeid og politiske eller religiøse aktiviteter (Reichelt & Sveaass, 1994) De fleste somaliere i Norge har bakgrunn som krigsflyktninger (Hultberg & Farshbaf, 2009), og er da i den gruppen som er tvungne immigranter. Ved sykdom vil immigrantens akkulturasjonsprosess og nettverk være retningsgivende for hva slags forklaringsmodeller han eller hun konstruerer rundt egen lidelse, og dette vil igjen påvirke hjelpesøkende veier.

Akkulturasjon er en prosess hvor kulturelle mønstre endres som et resultat av vedvarende kontakt mellom individer fra ulike kulturer (Berry, 1997). Dette gjelder kontakt med såvel opprinnelseslandets som vertslandets kultur og miljø. I følge Berry kan utfallet av disse prosessene karakteriseres som fire ulike akkulturasjonsstrategier. Dette er marginalisering, separasjon, assimilering og integrering. En strategi impliserer at personen har valgfrihet. Berry (1997) påpeker imidlertid at mulighetene for å velge de ulike strategiene vil være begrenset av samfunnets sosiale og kulturelle kjennetegn.

Flertallet av studier på akkulturasjon ser på bruk av språket fra opprinnelseslandet og bruk av språket i vertslandet. En annen måte å undersøke hvordan personer relaterer seg til minoritets og majoritetskulturen i et land er å undersøke *etnisk identitet*. Etnisk identitet blir tematisert i denne studien for å belyse de akkulturasjonsprosessene informantene gjennomlever. Denne tilnærmingen skiller seg ut i forhold til andre måter å studere akkulturasjon på ved at den fokuserer på den *subjektive* oppfattelsen til personen. Etnisk identitet omhandler spørsmålene: jeg er..? Jeg føler meg som..? Hvor hører jeg til? Det første spørsmålet blir gjerne forstått som spørsmål om opphav og svaret er derfor oftest stabilt (Fangen, 2006). Svar på det andre spørsmålet er ofte mer utflytende/svevende og det tredje spørsmålet er ofte svært situasjonsavhengig.

Spørsmålet blir da hva disse ulike akkulturasjonsprosessene betyr i forhold til konstruksjon av forklaringsmodeller og meningskapning rundt egen lidelse. Rudmin (2003) mener at integrasjon bare kan skje på det han kaller et overfladisk nivå. Man kan endre valg av språk, matvaner, musikkpreferanser og lignende, men det er også mange aspekter av kultur der tilsvarende endringer ikke vil være sannsynlige eller mulige. Dette gjelder i følge Rudmin (2003) de dypere aspekter ved kulturen som religion, kjønnsroller og oppdragelse fordi dette er prosesser som er dypt forankret i menneske. Sykdomsforståelse kan tenkes å være et av disse dypere aspektene ved kulturen. Hvordan man forstår lidelse vil blant annet henge sammen med hvordan man forstår menneskelig frihet kontra determinisme og forståelse av selvet. Nathan (1997) problematiserer hvordan immigranten ved sykdomsutbrudd blir bedt om å tilpasse seg og bli integrert også med hensyn til sykdomsforståelse. I følge Nathan består mye av immigrantens problem av manglende evne til å bruke kulturelle koder for å uttrykke eller forklare sin lidelse. Dette problemet skyldes en splitting som oppstår mellom referanser til hjemland og vertsland, og er en konsekvens av immigrasjonen. I følge Nathan (1997) vil være umulig for et individ eller for en familie å oppgi et system i løpet av en generasjon når dette har sikret psykisk homeostase i mange generasjoner. Nathan insisterer derfor på nødvendigheten av en gjensidig akkulturasjon både hos behandler, behandlingsapparat og immigrant.

Nathans problematisering av en kulturell splitting hos immigrantklienten og behandlingsapparatets oppfordring om integrasjon og tilpassning, peker på noen av de aspektene ved møtet mellom behandlingsapparatet i vertslandet og immigranten som kan føre til at det ikke blir avdekket forklaringer med forankring i opprinnelseslandets kultur. Å konstant bli møtt eller påtvunget kulturelle verdier og forståelser som ikke er ens egne, og å eksistere i en tilstand med få eller ingen egne kulturelle kilder, kan føre til at immigranten til slutt devaluerer seg selv og egen kultur (Fanon, 1968, se Hook, 2004). Dette kan sees i sammenheng med betydningen av mulighet for kulturell retrett. Når livet i det nye landet blir vanskelig og utfordringene føles uoverkommelige, vil mennesker som ikke har mulighet for en "kulturell retrett" eller en slags kulturell tilbakeføring være mer sårbare for å bli psykisk syke (Tseng, 2001). En kulturell retrett kan enten være å oppsøke og delta i eksilmiljøer i det nye landet eller reise tilbake til opprinnelseslandet hvis dette er mulig.

Grad av, og type sosial støtte påvirker både utviklingen av sykdom (Sveaass & Johansen, 2006), konstruksjon av forklaringsmodeller (Kleinman & Good,) og hjelpesøkende veier. I en



studie av rekonstruksjon av sykdomsforståelse fra en somatisk forklaringsmodell til en psykologisk forklaringsmodell, fant Baarnhielm (2004) at den sosiale konteksten spilte en viktig rolle i rekonstruksjonen av forklaringsmodeller. Studien var en sammenligning av ti tyrkiskfødte kvinner og ti svenskfødte kvinners opplevelse og omstrukturering av forklaringsmodeller for egen lidelse da de etter å ha oppsøkt helsevesenet i Sverige for somatiske smerter ble henvist til psykologisk behandling. I gruppen med tyrkiskfødte kvinner ble hverken nettverk eller familie benyttet som samtalepartnerne i forhold til forståelse av sykdom ved henvising. I oppfølgingsintervjuet etter noen år i terapi, fant man imidlertid at denne gruppen etter noe tid hadde begynt å bruke sine ektemenn i sine rekonstruksjoner av mening. Gruppen av svenskfødte kvinner benyttet derimot hele tiden både kollegaer, venner, annen familie og medier i sitt arbeid med å rekonstruere sykdomsforståelse. Deres bruk av nettverk i reformuleringsprosessen fasiliterte prosessen med å akseptere en psykologisk forklaringsmodell for lidelsen. Dette understreker den store betydningen av nettverk i form av familie og venner i for forståelsen av sykdom, og er i samsvar med Kleinmans modell hvor forklaringsmodellen ikke bare er den forståelsen *behandler* og *pasient* innehar, men også *familie*.

Når man ser på betydningen av nettverk i forhold til støtte og forhandlinger av forklaringsmodeller vil det være interessant å vite *hvorvidt* det finnes et nettverk rundt klienten og hvor nær personene i nettverket står klienten. I tillegg vil det være relevant å finne ut hvordan dette nettverket benyttes og om nettverket kan utgjøre en støttefunksjon. I en norsk studie ble nettverk hos en gruppe med somalisk opprinnelse og hos en gruppe med tamilsk opprinnelse sammenlignet (Engebrigtsen & Fuglerud, 2007). Den somaliske gruppen hadde gjennomgående færre i nettverket sitt enn den tamilske. Den tamilske gruppen oppgav i snitt 20 venner og 11 familiemedlemmer. Den somaliske gruppen oppgav i snitt 5 venner og 11 familiemedlemmer. Kun 1,7 av slektsrelasjonene i den somaliske gruppen var bosatt i Norge. I den tamilske gruppen var i snitt 2,3 av familiemedlemmene bosatt i Norge. Man fant også en forskjell i hvordan nettverket ble benyttet av den somaliske og den tamilske gruppen. Artikkelforfatterne hevder at man skiller mellom bruk av nettverk der hovedfokuset er på strukturering av produksjon for overlevelse når kapital ikke er tilgjengelig, og bruk av nettverk der primærfokus ikke er på overlevelse, men på reproduksjon. Et fokus på reproduksjon bygger på et ønske om samvær og tilhørighet. Den viktigste forskjellen mellom disse to anvendelsene av nettverk ligger i type utrygghet som husholdningene i de ulike verdener ønsker å redusere. I følge Engebrigtsen og Fuglerud (2007) var det somaliske

utvalgets bruk av nettverk mest preget av ”overlevelseshesproblematikk”, det vil si en praktisk og økonomisk støttefunksjon.

### ***Sykdomsforståelse i en somalisk kontekst***

Når jeg omtaler sykdomsforståelse i en somalisk kontekst handler dette om kulturell kunnskap. Kulturbegrepet har vært utsatt for omfattende kritikk og diskusjon (Fuglerud & Hylland Eriksen, 2007). Det finnes utallige definisjoner av kultur. I 1962 identifiserte Kroeber og Kluckhohn mer enn 150 definisjoner av kultur (Se Drozdek, 2007). Tidligere så man kultur som et lukket, statisk, homogent og homeostatisk system. Nå konseptualiseres kultur som et system i endring, et dynamisk system som tillater en rekke variasjoner og ulikheter – ikke bare mellom kulturer men også i kulturen (Drozdek, 2007). Forfatterne av manual for kulturell formulering og dermed også den definisjonen av kultur som står i DSM IV er: ”Kultur refererer til mening, verdier og lærte normer for atferd som er lært og overført i det dominante samfunnet og i sosiale grupper. Kultur påvirker kognisjon, følelse, og konseptet ”selvet” så vel som diagnostiske prosesser og behandlingsavgjørelser. (Lu, Lim & Mezzich, 1993, side 118, egen oversettelse). Innenfor en kultur er det åpenbart store variasjoner med hensyn til hvordan sykdom forstås. En forskjell som ofte fremheves når det gjelder Somalia er for eksempel skillet mellom nomadetilværelsen og oppvekst i byene. En forståelse av kultur som et system i endring og som tillater stor variasjon også innad i kulturen må legges til grunn før jeg presenterer denne delen som omhandler sykdomsforståelse i en somalisk kontekst.

På somalisk finnes det få ekvivalente ord som tilsvarer den vestlige psykologiske nomenklatur for psykisk sykdom og ulike diagnoser. Det finnes for eksempel ikke et ord som tilsvarer *psykisk sykdom* og dette ordet blir derfor ofte oversatt som *waali*, et somalisk ord som blir oversatt til norsk som galskap (Hjelde, 2008). Hvis man skal snakke om psykiske vansker med somalisk-talende ved hjelp av tolk kan det derfor være nyttig å eksempelvis bruke uttrykket ”litt syk i hodet” i stedet. Slik kan man unngå at ”psykiske problemer” blir oversatt til ”galskap”. I en kvalitativ undersøkelse basert på intervjuer av 30 somaliske personer, fremkom to hovedkategorier for det man i vesten tenker på som psykisk sykdom (Guerin et al, 2004). Den første kategorien omhandlet alvorlig ”galskap” forårsaket av at en ånd (jinn) hadde besatt en person. Symptommessig ble dette beskrevet på en slik måte som man i Vesten tenker på som bipolar lidelse eller schizofreni. Denne troen på besettelser er knyttet til en religiøs forståelse av Koranen og aspekter knyttet til Guds vilje heller enn å dreie seg om individuell mental helse. Den andre somaliske hovedkategorien innenfor mental sykdom

omhandler det å generelt ikke være frisk i betydningen: mangel av velvære. Denne kategorien er mer variert og mer knyttet til sosiale problemer enn lignende vestlige ideer, men den er nært knyttet til mild eller moderat depresjon eller angst. Når Guerin og kollegaer (2004) spurte sine informanter om nøkkelbegreper innen diagnostikken, som angst, depresjon og post traumatisk stress, var det tydelig at disse begrepene var ukjente, og mange fortalte at disse problemene ikke eksisterer i den somaliske befolkningen. Når det kommer til behandling blir mange tilfeller av psykiske vansker, men også fysiske helseplager, behandlet med koranlesning og bønn. Guerin og kollegaers studie er i overensstemmelse med andre studier av somaliske sykdomsforståelser som også har tematisert hvordan hverken depresjon og angst eller søvnløshet og lignende mildere symptomer og lidelser hører inn under den tradisjonelle somaliske forståelsen av sykdom.

## **Jinn**

Som omtalt kan galskap forstås som forårsaket av en jinn-besettelse. Jinn er et vesen beskrevet flere steder i Koranen og ble skapt av Allah på lik linje med engler og mennesker. I følge Koranen ble menneskene laget av tørr leire og jinn ble skapt av røykfri ild. Det finnes i følge islamske teologer ulike typer jinn (inter-islam, 2010). *Amir* er en bofast Jinni som bor med mennesker. *Shaytan* brukes om Jinn som har blitt ond. *Ifrit* brukes om jinn som er sterkere og mektigere enn Shaytan. Jinn har fri vilje og intelligens og kan være troende eller ikke troende, gode eller onde. Jinn kan besette mennesker, årsakene til dette kan være mange (Khalifa & Hardie, 2005). Som oftest er det noe jinnen vil ha eller en måte for jinnen å straffe mennesket fordi mennesket har forulempet jinnen på en eller annen måte (Nathan, 1997). Mennesker kan vanligvis ikke kontakte jinner, selv om det finnes historier om mennesker som "holder jinner". Varvin (2003) har hevdet at fenomener som det onde øyet og jinnbesettelser har et dynamisk innhold. Det dynamiske innholdet ligger da, i følge Varvin, i virkelige eller innbilte handlinger utført av personen som har blitt rammet. Slike handlinger kan være å ha misligholdt sine plikter eller å ha utført skadelige handlinger eller hatt gale intensjoner.

Det mulige dynamiske innholdet i disse fenomenene gjenspeiler seg i hvordan kontaktpunktene med jinn er forbundet urenhet. Det finnes for eksempel ulike situasjoner og steder hvor det er større fare for å møte en jinn. Jinn trives der det er skittent, for eksempel på badet/toalettet, søppelplasser, kjøpesentre, kamelparkeringer og lignede (Nathan, 1997). Urenhet er også forbundet med de personene som er i risikozonen for å bli besatt av en jinn.

For å unngå å møte en jinn må man vaske seg, særlig etter toalettbesøk, be fem ganger om dagen og det som ellers kreves av en god muslim (Nathan, 1997).

### **Diagnostisering og behandling av jinn**

I følge den islamske tradisjon kan jinnbesettelser diagnostiseres ved å lese høyt fra koranen for den mulig besatte personen (Khalifa & Hardie, 2005). Hvis personen er besatt vil jinnen som har besatt personen reagere negativt på koranlesingen og jinn`s stemme vil kunne komme fram og snakke gjennom den besatte. Hvis personen er besatt kan også risting som ligner epilepsi forekomme under koranlesningen. Det finnes ulike behandlingsstrategier for jinnbesettelser. Den mest utbredte behandlingsstrategien er behandling ved koranlesning. Denne lesningen skal helst bli gjort av en muslimsk prest (imam, cheikh, taleb). Muslimske prester ønsker ikke å forhandle med jinnen da dette kan både sverte presten og føre til at jinnen vil drive med utpressing senere (Nathan, 1997). Prestene påkaller Gud, truer og i noen tilfeller slår, for å drive jinnen ut. Dette er eksorsisme. Andre mer folkelige behandlingsstrategier fokuserer på å temme jinnen ved å finne måter man kan leve med jinnen. I slike tilfeller er det i følge Nathan (1996) viktig å finne ut hvorfor jinnen har besatt mennesket, hva jinnen ønsker, hva den heter og hvor den kommer fra.

### **Metode:**

#### **Bakgrunnen for utvalget av informanter**

”Traumatiserte Flyktninger” er et behandlingstilbud som ligger under Tøyen DPS. TF er en videreføring av det som startet opp som ”Prosjekt for Traumatiserte Flyktninger” i 2005. I perioden 2007 - 2009 het prosjektet ”Øst - Afrika prosjektet”. I løpet av høsten 2010 ble prosjektet et fast tilbud tilknyttet seksjon for ambulant virksomhet ved Tøyen DPS. I løpet av prosjektperioden har prosjektet bestått av psykolog, sosialantropolog og kulturtolker. Kulturtolker refererer til brobyggerarbeid som utføres av lønnende eller frivillige personer i minoritetsmiljøet som har god kjennskap til både minoritetsmiljøet og storsamfunnet (Baarnhielm, Rosso & Patti, 2010). Betegnes også som naturlige hjelpere, minoritetsrådgivere og på engelsk som linkworkers. Samarbeid med de somaliske miljøene, naturlige hjelpere og moské er sentralt (Hultberg & Farshbaf, 2008). Målgruppen kjennetegnes av personer som ikke nyttiggjør seg av det ordinære behandlingsapparatet, med bakgrunn som flyktninger fra Øst-Afrika og som sannsynligvis (de trenger ikke være

diagnostisert) har alvorlig psykisk lidelse med eller uten rusproblemer. Pasientgruppen er kjennetegnet av de fleste er enslige somaliske menn som har flyktet fra et land i borgerkrig og det store flertallet har flyktet alene og har sin nærmeste familie utenfor Norge. TF skal være et kompetansesenter som skal drive både, klinisk og forebyggende arbeid. Formidling og utvikling av kunnskap er en annen viktig del av arbeidet (Hultberg & Farshbaf, 2009).

### **Utvalg av informanter**

For å komme i kontakt med mulige informanter henvendte jeg meg til behandlerne ved TF. De drøftet mulige informanter basert på mine utvalgskriterier og tilgjengelighet i den aktuelle tidsperioden. Utvalgskriteriene var at informantene hadde hatt tilknytning til TF på ett tidspunkt og at de ikke var psykotiske på intervjuetidspunktet. En rekke mulige informanter ble foreslått og på bakgrunn av dette ble det gjort avtaler med til sammen ble fem nøkkelinformanter. Nøkkelinformantene var mellom 30 og 50 år. Alle informanter har på ett tidspunkt hatt kontakt med kulturelle veiledere innen TF.

Sekundærinformantene i denne studien er en kulturell veileder, en behandler, en imam, en behandler med mye jinn-kunnskap og en forsker. Disse intervjuene har hovedsakelig fungert som en hjelp for meg til å bli kjent med feltet. I tillegg brukes utdrag og referanser til noen av disse intervjuene underveis i oppgaven for å belyse temaer det finnes lite studier på eller for å belyse temaer mer kontekstuellet gjennom de ulike sekundærinformantenes brede erfaringer. Jeg har også hatt flere intervjuer med klienter som er tilknyttet TF men som ikke har endt opp i det endelige utvalget av ulike årsaker. Noen av disse refereres til et par ganger i resultatdelen for å fremheve det fenomenmangfoldet som finnes eller for å illustrere poenger primærinformantene har kommet med.

### **Valg av metode**

Denne studien benytter en kvalitativ metode. Metoden er egnet for studier av hvordan mennesker tenker og relaterer seg til sine liv og sine erfaringer og når studiens tema krever en kompleks og detaljert forståelse (Thaagaard, 2003, Creswell, 2007) Kvalitativ metode er egnet for studier av felt som har vært lite studert. Dette fordi forskeren ikke har klare hypoteser basert på tidligere studier, og derfor må ha en åpenhet i forhold til temaer som kan vise seg å være av betydning underveis i studien (Creswell, 2007).

## **Etiske vurderinger**

I denne studien har personer med til dels alvorlig psykisk lidelse blitt intervjuet. Jeg har forsøkt å komme inn under huden på dem i forhold til hvordan de ser sin egen lidelse og hvordan de oppfatter tilværelsen som immigrant. Dette har berørt sentrale temaer som fremstår som forankringspunkter i deres tilværelse, slike som hvilken hjelp de får og hvordan de oppfatter denne hjelpen. Det har derfor hele tiden vært mulighet for at intervjuene kunne vekke paranoide forestillinger, forsterke angst og reaktivere traumatiske minner. Det var derfor en forutsetning at alle informantene i denne studien var tilknyttet et behandlingssystem og at alle intervjuer ble gjennomført i samarbeid med behandlere som hadde god kjennskap til informantene. Behandlere var tilgjengelige under alle intervjuene i fall noe skulle oppstå underveis eller det var behov for oppfølging. Alle intervjuene ble diskutert med ansvarlig behandler etterpå. Det ble tydelig presisert flere ganger at informantene kunne trekke seg når de ville og et par ganger ble spørsmål hoppet over eller utsatt fordi klienten virket utilpass.

En viktig etisk vurdering har vært hvordan informasjonen fra intervjuene blir anvendt i studien. Dette gjelder særlig to forhold, hhv anonymisering og balansen mellom reliabilitet og stigmatisering. Anonymisering har blitt tatt svært alvorlig i studien. En del aspekter ved informantenes historier som kan være med å identifisere dem har blitt tatt ut. I tillegg oppgis det ikke informasjon om deres konkrete veier i livet, som tidspunkt for ulike hendelser og spesifikke situasjoner knyttet til familieforhold. For at informasjon ikke skal kunne legges sammen, og derved identifisere informantene, blir det noen steder i resultatdelen referert til "en informant har sagt", eller "informanten" i stedet for "hun" eller "han".

En etisk forsvarlig anvendelse av dataene beror også i stor grad på en balanse mellom reliabilitet i datagjengivelsen, det vil si at man ikke pynter på data, og utfordringene rundt stigmatisering av en berørt og allerede sårbare gruppe. Å fokusere på etnisitet og fenomener som åndebesettelse kan bidra til en fremmedgjøring, stereotypifisering og eksotifisering for en allerede stigmatisert gruppe. Dette vil bli videre drøftet i diskusjonen.

## **Metodiske vurderinger**

Validitet omhandler sannhetsgestalten i studien, det vil si i hvilken grad materialet representerer de sosiale fenomener som studien sies å omhandle (se Silverman, 2005). For å vurdere validiteten av en studie bør man derfor se på utvelgelsesprosessen, validitet i intervjusituasjon og validitet av fortolkningene. Å basere en studie på velvalgte eksempler

som demonstrerer forskerens poeng er en alvorlig trussel mot validiteten av en studie. I denne studien er fire av ni potensielle informanter utelatt. Årsakene til dette handlet i tre av fire av tilfellene om mangel på fullstendige intervjuer. Dette kan representere et metodologisk problem gitt at disse fire informantene hadde noe til felles som stod i motsetning til informantene i det endelige utvalget. Som omtalt tidligere varierer informantene på parametre som alder, utdanning, psykisk sykdom og tid i Norge. Dette gir en ønsket variasjon for å få tak i bredden av erfaringer og opplevelser. Det var ikke et kriterium at informanten ville ha mye å si om oppgavens tema. Informantene varierer også med hensyn til hvor alvorlig deres lidelse var. Flere av informantene hadde psykotiske episoder både i tidsrommet før og etter intervjuet. Da dette utgjør et eksklusjonskriterium ville det kunne ført til utelatelse av enkelte av intervjuobjektene. Men på grunn av min tilstedeværelse ved TF og ett godt samarbeid mellom meg og behandlerne kunne intervjuene gjennomføres innen for oppgavens rammer. Dermed unngikk jeg å kun intervju de best fungerende klientene.

Trusler mot validiteten, sannhetsgestalten, i denne studien vil innebære en diskusjon av fortolkninger av materialet, skjevpresentasjon av informasjon fra informantenes side, knyttet til fortolkninger av meg som intervjuer og språklige misforståelser eller feiltolkninger i intervjusituasjonen. Fortolkning av materialet og skjevpresentasjon av informasjon er tematisert i oppgaven og vil drøftes i diskusjonen. Når det kommer til språklige misforståelser eller feiltolkninger i intervjusituasjonen har dette vært en utfordring. De informantene som ble intervjuet på norsk hadde noen ganger problemer med så vel å forstå meg som å bli forstått av meg. Flere av informantene når spørsmålene ble for intrikate at de kunne gi meg svar på somalisk. De av informantene som ble intervjuet med tolk kan også ha blitt misforstått eller fått en alternativ forståelse av spørsmålene. Tolkning kan ikke gjøres ord for ord. Et eksempel er det tidligere omtalte begrepet ”psykiske problemer”. Denne utfordringen ble forsøkt løst ved å bruke andre begreper som jeg visste ville være lettere å oversette. Det er tilsvarende problem i motsatt retning. Tolkningen fra somaliske til norske begreper var ofte klart på siden av meningen slik det forstås på somalisk. Et eksempel på dette var at jinn ble oversatt til troll. Noen ganger ble derfor tolken spurt om hva informanten sa på somalisk, for eksempel walli eller jinn. Ved bevisst fokus på denne problemstillingen har utfordringer knyttet til språklige forskjeller blitt redusert.

Et siste spørsmål er generaliserbarheten av studien. I kvalitative studier vil en generaliserbarhet, eller en overførbarhet, innebære en rekontekstualisering. Dette vil skje ved

at den *teoretiske* forståelsen som er knyttet til et enkelt prosjekt settes inn i en videre sammenheng (Thagaard, 2003). På den måten kan en enkelt undersøkelse bidra til en mer generell teoretisk forståelse. Ut over dette kan ikke funnene i studien generaliseres. Målet i kvalitative studier er ikke å si noe om hva som er typisk, men å vise frem et mangfold av fenomener. I en slik sammenheng blir da gyldighet viktigere enn representativitet.

### **Prosedyre**

Behandlerne ved TF var svært imøtekommende fra første stund og en avtale om et samarbeid ble inngått som innebar mulighet for oppfølging av informanter etter behov. Deretter ble prosjektskisse og intervjuguide utformet, og det ble søkt om godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskaplig datatjeneste og Regional Etisk Komité for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk. Sistnevnte inviterte til et møte for å drøfte undersøkelsen da de vurderte rekrutteringsgruppen som svært sårbar og utsatt. Etter nevnte møte mellom komiteens tolv medlemmer, hovedveileder Nora Sveaass og meg selv ble godkjenning innvilget.

Jeg møtte en rekke klienter en eller flere ganger før selve intervjuet. Slik fikk jeg presentert meg selv og prosjektet. Mulige informanter hadde dermed også bedre mulighet for å vurdere om de ville delta som intervjuobjekt. For å komme i kontakt med informantene var jeg i en periode daglig på TF uten spesifikke avtaler. Det gjorde det mulig så vel å bli med på hjemmebesøk som å treffe klienter som kom innom. Ahlberg og Duckert (2006) har problematisert vanskelighetene med tilgang til potensielle informanter med minoritetsbakgrunn og den mulige mistilliten forskeren kan bli møtt med. Uten det etablerte tillitsforholdet mellom de potensielle informantene og TF, samt de ”uoffisielle” møtene mellom meg og de potensielle informantene ville ikke rekrutteringen vært mulig.

Informantene fikk 200 kroner for å delta, men ble med ett unntak, ikke informert om dette før etter intervjuet. Motivasjonen for å betale informantene var at de brukte to timer eller mer av dagen sin, hadde svært dårlig råd og i tillegg hadde transport utgifter til Tøyen DPS for å bli intervjuet.

Ved et par tilfeller møtte ikke informanten opp til avtalt intervju. I ett tilfelle var informanten blitt innlagt i psykisk helsevern i tiden mellom avtalen ble gjort og intervjutidspunktet. Fire informanter er utelatt fra analysen. En informant ble utelatt da han ikke ønsket å dele sin sykdomsoppfatning. Dermed ble halvparten av spørsmålene i guiden ugyldige. En annen



informant ble utelatt fordi hans problemer var direkte knyttet til en hendelse som ville vanskeliggjøre anonymisering. En tredje informant ble utelatt fordi han avbrøt intervjuet. Årsaken til avbrytelsen var at samtalen vakte så mange følelser hos informanten og dette gjorde det vanskelig å videreføre samtalen. Avbruddet skjedde tidlig i intervjuet og informanten ble fulgt opp av behandler umiddelbart etterpå. En fjerde informant ble utelatt da intervjuet forble ufullstendig av tidsmessige årsaker. Etter tolkens og informantens ønske om en lengre pause under intervjuet ble bare halvparten av spørsmålene besvart. Oppfølgingsintervju ble ikke mulig å få gjennomført da personen etter dette har vært innlagt på ulike behandlingsinstitusjoner og vært fengslet.

### **Utarbeidelsen av intervjumanualen**

Den opprinnelige intervjumanualen har blitt endret flere ganger i løpet av arbeidet med studien. Utarbeidelse av intervjumanual samt endringene av denne i løpet av studien har vært en viktig del av arbeidet. Endringene har fremstått som resultat av min opplevelse og erkjennelse av utfordringer som oppstår ved så vel klinisk virksomhet som forskning i forbindelse med grupper med annen kulturell bakgrunn. Dette vil bli drøftet ytterligere i diskusjonen. Noen av spørsmålene i den opprinnelige intervjuguiden var abstraksjoner som: hva er psykiske problemer, hva er helse og hva kan man gjøre for å bli bedre. Slike spørsmål var vanskelige å svare på for informantene. Desto mer konkrete og livsnære spørsmålene var jo mer omfattende beskrivelser og forståelser fikk jeg tak i. Spørsmålene har derfor endret seg i en klart livsnær og konkret retning. Dette er de samme utfordringene som blir beskrevet av forfatterne av den svenske versjonen av manual for kulturell formulering, Baarnhielm, Rosso og Patty (2007). Basert på denne manualen inkluderte jeg i intervjuguiden spørsmål som omhandlet forklaring på sykdom og kulturell identitet. Basert på blant annet arbeidet til Stern og Kirmayer (2004) ble i tillegg spørsmål om prototyper implementert samt informantenes egen forklaring på sykdommens tilblivelse, blant annet for å kunne påvise kjede-komplekser. Min opprinnelige intervjuguide foreligger i appendiksen.

### **Intervjuet**

I de to tilfellene hvor det ble benyttet tolk presenterte tolken først seg selv og reglene for tolkning. Deretter introduserte jeg meg selv og prosjektet. Det ble informert om taushetsplikt og mulighet for når som helst å trekke seg fra intervjuet. De ble også informert om at alt som ble sagt ville bli anonymisert og at intervjuet ikke ville få konsekvenser for deres behandling. Jeg informerte om bruk av båndopptaker og reglene for bruk av denne. Når det var tydelig at

informanten hadde forstått og akseptert disse rammene signerte informanten samtykkeerklæringen. I tilfeller der det var tvil om informanten hadde forstått forutsetningene ble informasjonen repetert av en behandler. Ved de fleste intervjuene var en behandler til stede deler av tiden. Intervjuene varte fra tre kvarter til to timer. Flertallet av informantene ble intervjuet mer enn en gang og en ble intervjuet tre ganger. Intervjuene ble utført i tidsrommet juli 2009 til mars 2010. De fleste intervjuene ble utført på Tøyen DPS. De resterende ble gjennomført hjemme hos klienten eller på behandlingsinstitusjon.

### **Transkripsjon**

Alle intervjuene ble gjennomhørt umiddelbart etter intervjuet. Dette ble deretter repetert flere ganger for å få en god kjennskap og oversikt over materialet, men også fordi en transkripsjon alltid vil miste en del av sitt meningsinnhold i form av intonasjon og atferd. I tillegg til gjennomlyttingen rett etter intervjuet ble også observasjoner og tanker rundt intervjusituasjonen notert. Deretter ble intervjuet transkribert ordrett. Reaksjoner som kommuniserte at informanten ikke forstod spørsmålet, gråt eller lo, ble også transkribert.

### **Dataanalysen**

Etter at transkripsjonene var ferdige ble intervjuene gjennomlest flere ganger. Her forsøkte jeg å få en følelse av intervjuene i sin helhet før jeg startet med den tematiske analysen slik det er anbefalt av blant annet Creswell (2007). Spørsmål jeg var usikker på eller behov for utdyping av temaer ble notert for å kunne tematisere dette i potensielle oppfølgingsintervjuer. Den kvalitative metoden benyttet i analysen av materialet er en temabasert tilnærming. Tematisk analyse benyttes når målet er å få en dyp forståelse av hvert tema. Analyser av sammenhenger mellom temaer gir grunnlaget for en helhetlig forståelse (Thagaard, 2003). I arbeidet med den tematiske analysen kom jeg i første omgang til 21 kategorier. Etter flere runder der jeg vurderte overlappning mellom disse endte jeg opp med elleve kategorier som er sentrale i undersøkelsen. De elleve separate temaene var: *forklaringer på egen lidelse, begreper på lidelse, oppstart av problemet, skjebne, gud og jinn, holdning og kjennskap til behandlingsapparatet, kontakt og oppstart, andres oppfatning, identitet, akkulturasjon, nettverk og familie og betydning av kulturtolker og kulturell kompetanse.*

I noen tilfeller passer informantens uttalelser i mer enn en kategori. Dette gjelder for eksempel de forklaringene jeg fikk på sykdom der jinn og Gud ble tematisert. Disse uttalelsene kunne da ha blitt plassert i kategorien forklaring på egen lidelse, men jeg har valgt å skille dem ad da disse religiøse forklaringene ikke ble fremlagt på de åpne spørsmålene som omhandlet

*forklaring på egen lidelse.* I kategoriseringen har jeg dermed ikke *kun* sett på *innholdet* i uttalelsene. Slik Thagaard (2003) beskriver, er begrepene som er knyttet til hver kategori klassifiserende, samtidig som de reflekterer den forståelsen jeg som forsker har av materialet. I tematiske analyser er antall kategorier og organiseringen av materialet viktig for å oppnå dybde, men samtidig skal det også bidra til oversikt over materialet. Creswell (2007) foreslår at forskeren skal tenke på kategoriene som mulige familier, *hva er det som hører sammen her?* De elleve kategoriene ble tilslutt gruppert i temaene: *mening og sykdom, møtet med behandlingsapparatet og livet i eksil.*

Formålet med en kvalitativ tekst er at den skal formidle en meningssammenheng som gir leseren en forståelse av de sosiale fenomenene som teksten omhandler. Fortolkende tilnærminger er basert på en antakelse om at virkeligheten ikke kan beskrives uavhengig av forskerens forståelse av den samme virkeligheten (Thagaard, 2003). I presentasjonen av resultatene vil tolkning og resultater til tider stå side om side. Det er imidlertid lagt vekt på at det ikke skal være tvil om hva informantene har sagt og hva som er mine kommentarer eller tolkninger. Jeg har også vektlagt å få fram i hvilken kontekst informantene har kommet med sine ulike utsagn. Fortellingene deres er ikke fritt fortalte historier om deres eget liv, men reaksjoner og svar på mine spørsmål.

## **Resultater:**

Resultatdelen består av tre deler. For å oppnå en god forståelse av hva slags kontekst informanten befinner seg i når han eller hun konstruerer sine forklaringsmodeller, vil første del av analysen handle om livet i Norge. Nettverk, religiøs orientering og kontakt med mennesker med norsk opprinnelse eller somalisk opprinnelse vil dekkes her. Andre del omhandler meningsskapning og forklaring av egen lidelse. Del tre omhandler møtet med behandlingsapparatet og hvordan dette møtet er blitt påvirket av den forklaringsmodellen informanten har av egen lidelse. Her vil *veien inn* til behandlingsapparatet, *opplevelse* og *forståelse* av behandlingsapparatet og spesielt møte med et mer tilpasset behandlingstilbud tematiseres.

### **Livet i Norge**

Som beskrevet i teorikapittelet har livet i eksil og de endringene dette medfører konsekvenser for hvordan man lever og forstår verden. Den enkelte persons akkulturasjonsprosess kan gi oss en pekepinn på hvordan han eller hun vil orientere seg i forhold til ulike kulturelle forståelser av sykdom. Nettverk gir innsikt i informantens tilgang til sosial støtte, og påvirker personens hjelpsøkende veier, forklaringsmodeller og psykiske helse.

### **Ektefeller i utlandet og papirer**

Det mest fremtredene trekket ved informantens nettverk er at alle har ektefelle eller barn i utlandet og samtlige bor alene. Savnet etter nevnte familiemedlemmer er et gjennomgangstema i alles historier. Avslag på familiegjennforeningssøknader og søknader om statsborgerskap er derfor viktige temaer for alle. Ali drømmer om pass slik at han kan besøke barnet sitt, dette er det eneste han drømmer om. Han sier at han ikke kan forstå hvordan det er mulig at han kan være her i så lang tid uten å få pass. Han ble skilt etter at kona ikke fikk innvilget familiegjennforening.

Kemal ønsker at kona hans skal få komme til Norge slik at de kan være en familie sammen. I motsetning til Ali har Kemal statsborgerskap og kan reise og besøke henne. Han forteller med stor begeistring om da han fikk statsborgerskap i Norge - ”*i mai, på 17. mai!*” sier han og ler. Nasir har heller ikke kone og barn hos seg. Nasir tematiserer savnet av barna før jeg har stilt noen spørsmål om familie eller nettverk, og slik får han frem hvor stor betydning barnas fravær har for ham. To av informantene har statsborgerskap og har kunnet reise til Afrika for å gifte seg. De snakker med sine ektefeller på telefonen og begge planelegger et nytt besøk. De ønsker at ektefellene skal kunne få komme hit slik at de kan oppleve å være en familie sammen. For Maryamo er også fraværet av ektefelle en belastning. Det første hun forteller på spørsmål om hva slags problemer hun har, er dette:

*” Når papirene mine kommer er det alltid avslag, jeg søkte om kommunalbolig og at mannen min skal komme, avslag, avslag, det er bedre å dø, noen ganger jeg tenker, du er fri, noen ganger jeg tenker”.*

Byråkratiet og alle papirene oppleves som en av de største belastningene i livet hennes. Denne belastningen er så stor at hun av og til tenker at det er bedre å dø. Maryamo beskriver en sterk følelse av manglende kontroll og avmakt. Flere informanter beskriver at fravær av ektefelle er vanskelig. Det handler ikke bare om avslag og savn, men om at den her-boende blir sittende

med en følelse av å ha ansvaret for at det ikke blir ordnet. For den som forblir i hjemlandet kan det fortone seg som det er ektefellen i Norge som har skylden for at de ikke får komme. Beskyldninger og situasjoner preget av sjalusi og usikkerhet blir beskrevet.

Jeg hører også historier om at kvinner som er alene kan få det vanskelig når det gjelder å være sosial og oppsøke steder og situasjoner hvor det er mange somaliere. Slik svarer en informant når jeg spør om moskeen er viktig i forhold til nettverk:

*På ramadan, men ikke, særlig når jeg går på ramadan og de ser på meg, jeg trodde innerst inne at de ser at hun går ikke ofte. (At de var skeptiske til det?) Ja, selv om jeg går, hun går bare på ramadan, men selv om de ser at jeg går og jeg sier hei, og noen prøver å snakke med meg, men jeg orker ikke, bor du i Oslo? De tror kanskje at jeg har flyttet. (Fordi det er lenge siden de har sett deg?) Ja, hva de tror, hvor har du vært? Det er så lenge siden vi har sett deg, kommer mannen din? Åh! Jeg hater det spørsmålet! Jeg sier, nei han kommer ikke, er dere skilt? Jeg sier nei, alltid spørsmål de spør meg, og jeg orker ikke stille spørsmål - de trenger svar.*

Det er en del ting man ikke kan gjøre som kvinne alene uten følge. Et eksempel på dette er å oppsøke imamen. En informant sier at hun ikke kan lage avtale med imamen:

*Ja, hvis man har mann, jeg har ikke mann. Hvis man har mann kan den følge, hvis ikke man kan gå med bror eller en, imamen aksepterer deg ikke alene, fordi han er mann og du er dame. (Så du må ha med et familiemedlem?) Ja, og jeg har ikke mann, imamen kanskje sier du må gå til din mann, og jeg vil ikke gå der. (Å dra tilbake? Til Somalia?) Jeg vet hva han sier. (Tror du imamen vil si det?) Ja. (Hvorfor det?) Jeg tror, kanskje du kommer til mannen din - han venter på deg.*

### **Kontakt med øvrig slekt og andre somaliere**

Alle informantene har familiemedlemmer som bor i Norge. Dette er søsken, foreldre, fettere og kusiner. Mens de fleste kom til Norge alene, kom andre sammen med hele familien sin.

Felles for de fleste informantene er at de har lite kontakt med de familiemedlemmene som er i Norge til tross for at flere har bodd i nærheten av sine slektninger. Kemal bodde for eksempel i samme by som faren sin da han ble syk:

*Det var ingen som så meg. Nei, nei, nei. Jeg var alene hele tiden, på rommet satt jeg alene. (Var det noen rundt deg som visste at du, noen hjemme, for eksempel i Somalia, som visste at du ble syk?) Nei, nei, nei. (Og ikke faren din heller?) Nei. (Når kom han til Norge?) Far? Han kom samme tid som meg og han bodde i den samme byen. (Men dere var ikke sammen?) Nei, ikke sammen. Han bor alene og jeg bor alene. (Og han visste ikke at du ble syk?) Nei, han visste ikke det nei. Nå vet han det.*

Også andre forteller at de ikke har hatt kontakt med slektninger som var i Norge. En informant fortalte at han hadde en søster som bodde i Norge i den perioden han var syk. Søsteren ringte til familien og fortalte om hans sykdom, men selv har hun ikke hatt kontakt med ham før nå i den siste tiden. Han fremstiller ikke søsterens manglende tilstedeværelse som problematisk under intervjuet. I dette tilfellet fikk jeg en tydelig beskjed om at dette ikke er forståelig i en somalisk forståelsesramme da tolken begynte å gråte på grunn av mannens ensomhet og søsterens fravær.

Ingen av informantene som forteller om familiemedlemmer som er i Norge, men som de ikke er eller har vært i kontakt med, gir noen forklaring på dette eller tilkjenne gir følelser relatert til dette. Dette fraværet av involvering fra familiemedlemmers side står i kontrast til den betydningen klan og familie har i Somalia. En imam jeg intervjuet fortalte at nettopp nettverkene er det som holder dem friske i Somalia, og forteller at der fungerer alle som psykologer:

*Psykologer har vi ikke hatt for jeg tror at nesten alle i Somalia er psykologer selv! Vi har, vet du hvordan vi lever? Vi lever i familienettverk, sånn at hvis man blir psykisk syk blir man frisk igjen fordi han har et veldig sterkt nettverk som ikke tillater at denne personen blir lett vekk, eller borte, de diskuterer mye om det, hva er grunnen, hvorfor er du ikke her, det er familienettverket som egentlig gjør at det ikke trengs psykologer som man kan snakke med og gi håp og sanne ting. Jeg tror det, personlig!*

Nettverk og sosial støtte er med andre ord meget sentralt i Somalia. Samtidig må det forventes en endring i disse systemene når man emigrerer til et nytt land. En av behandlerne på TF omtaler dette som det største bruddet mellom hjemlandet og her. Det er en stor overgang fra å leve i et land hvor man opplever veldig mye sammen og ofte deler det med grupper på fra fire til ti personer, til å komme hit til Norge og få disse mekanismene noe *erodert*, som han sier.

Denne *eroderingen* beskriver behandleren som en endring i *hvordan* man er sammen og *hva man gjør* sammen. Behandlerens beskrivelse av denne endringen omhandler overgangen fra hjemlandets fokus på overlevelse og samarbeide om arbeidsoppgaver til en tilværelse hvor slike utfordringer og oppgaver ikke lenger finnes, og dermed skapes behov for etablering av samvær i en annen form.

Samtidig forteller flere både primær og sekundær informanter at klanen ikke lenger er viktig. En av sekundærinformantene beskriver det som at: *Den eneste fordelten med klanen er at den virker som en forsikring, for å hjelpe de som er svake. (...) Det er bare litt sært, for jeg kan hjelpe en jeg ikke kjenner for kanskje er det en gammel mann som sier til meg at jeg må betale tusen kroner i november, fordi det befinner seg en gutt som er i en vanskelig situasjon i Egypt. Eller jeg er i moskeen og en muslim sier at vi skal bygge en moské og alle bidrar uten at man spør om hvilken nasjonalitet man er.* Dette sier oss noe om hvordan tradisjonelle samværsformer endres, og samsvarer med det Engebriksen og Fuglerud (2007) omtaler som at klanen strukturerer produksjonen, ved at deltagelse i klanen gir bedre overlevelsesaspekter.

Alle informantene har en oppfatning om, og på forskjellige måter en relasjon til det somaliske miljøet i Norge. For noen av dem er det somaliske miljøet viktig og har en stor plass i tilværelsen: *Ja, kamerat og vennen.. Jeg tenker på, jeg tenker på det somaliske miljøet i Oslo. Mange fra Somalia bor i Oslo. Jeg tenker på at jeg kjenner noen gode venner. Jeg kjenner (...). Jeg traff ham i byen og så drikker vi kaffe i byen, så jeg kjenner han godt.*

Kontakten med somaliere i Norge blir spesielt viktig for noen av dem, fordi det gir adgang til en sosial tilhørighet i en verden med ellers få kontaktpunkter. Informantene forteller at de treffer folk hovedsakelig på kafé. Det er særlig *en kafé* som beskrives, den faste kafeen, hvor det kommer folk fra Somalia, men også folk fra Iran, Irak og Pakistan. En forteller at *der er det utland, det kommer ikke norske der, men hele utlandet og så prater og diskuterer de.* Han prater bare med somaliere på kafeen. Det er et pakistansk bord, et irakisk bord og så videre.

Betydningen av det somaliske miljøet gjenspeiler seg også tydelig i noen av informantenes oppfatning av nasjonal tilhørighet. Kemal for eksempel føler seg somalisk, og det er kun denne gruppetilhørigheten som er viktig for ham, mens Ali sier at somaliere er viktig fordi de har samme kultur, tradisjon og religion. Betydningen av Islam og religiøs praksis og tro er blitt fremhevet som et viktig fellestrekk ved en somalisk etnisk identitet (Fangen, 2006).

For et par av informantene har sykdomsutbruddet ført til en kulturell retrett. Det vil si at de enten har søkt seg mot det somaliske eksilmiljøet i Oslo eller reist til familien i Somalia. En informant som anså seg selv som norsk, forteller at lidelsen har gjort at han nå, i tillegg til å føle seg norsk, også føler seg somalisk igjen. Sykdomsutbruddet har gjort at han har reist til Somalia flere ganger og familien har ønsket at han skal få behandling hos imamen der. Han forteller om hvordan alle synes han var norsk de første gangene han kom, og hvordan han igjen har måttet lære hvordan han skal være somalier. Han kommer med flere eksempler på hvordan både atferd og kommunikasjonsstil er annerledes i Somalia sammenlignet med Norge, slik denne historien er et eksempel på:

*En dag jeg skulle prate med en dame og jeg sa: "du har fin kjole!" og hun sa: "hold kjeft det er ikke faren din som har kjøpt den til meg!" Jeg ble sjokkert, jeg tenkte hun skulle si: "tusentakk, jeg kjøpte det i den butikken der.." Men så: "hold kjeft det er ikke faren din som har kjøpt den til meg!" Jeg ble sjokkert, og da måtte jeg trekke meg tilbake og slektningen min sa til meg: "det er feil, du ikke prate med henne sånn, bare si hei, kusina mi, går det bra, du må begynne sånn!" Det er annerledes. Så prøvde jeg det og det er lettere.*

Flere av informantene beskriver at nettverket deres består av personer de møter på kafé, og de kan navngi et par av dem de møter. De informantene dette gjelder kan ikke fortelle om andre nærstående enn disse personene på kafeen eller folk de forøvrig møter i byen. Slike relasjonsforhold beskriver en ensomhet som en behandler omtaler slik:

*Nettopp det du beskriver, denne dobbeltheten, de faller utenfor begge leire og det er jo stort sett menn som gjør det, enslige unge menn. Veldig mange etablerte somaliere som har vært her lenge og som har klart her bedre, eller somaliere som har familier og klarer seg noenlunde ser jo veldig ned på resten av denne gruppen. I Oslo er det kanskje snakk om 500 menn som sliter veldig. Helt alene, enten gjennom skilsmisse eller fordi de har kommet hit helt alene. Egentlig flyter de, de har ingen holdepunkter og mange av de blir jo ganske dårlige også. Over tid. Dette her med å ikke ha noe jobb, ikke har noe, det tenker jeg er helt universelt, for menneske har behov for å føle seg en del av noe å større og den mister de så veldig her.*

Behandleren forteller også om at han opplever at det kan være en del mistenksomhet blant noen somaliere som gjør at samhold vanskeligjøres. Han tror denne mistenksomheten har sitt



utspring i borgerkrigen i Somalia der klaner har slåss mot klaner, men i følge ham er det ikke bestemte etniske grupper som slåss mot hverandre, det *blir alle mot alle*.

Når jeg spør en av informantene om religiøs praksis som det å gå i moskeen, kommer det frem at hun er svært skeptisk og mistenksom i forhold til hva de andre der tenker om henne. Det virker som verken moskeen eller det somaliske eksilmiljøet er en trygg havn eller et sted for kulturell retrett nå som hun er syk. Hun er kritisk til dem som går der. I dameavdelingen i moskeen sitter de bare og prater og hører ikke etter:

*Nei, noen folk liker å gå der, men alle folk ser på meg at jeg har problemer. De hører fra koranen. Leser vers. Noen folk sier at det hjelper. Men ikke jeg. Jeg tror jeg kan gjøre det sjøl. Folk er sammen og de sier det er bra å gå i moskeen - og høre mye hva han sier. Men de spør meg, noen ganger de hører ikke hva imamen sier, de bare prater.*

Denne kritikken av "de andre" kan man også høre i Nasirs omtale av moskeen og imamene. Han forteller at det er mange somaliere som mener de er besatt av jinn, - og spesielt mange av somaliere i Oslo, 25 % kanskje, forteller han. Jeg spør hva han tenker om dette og han sier at han ikke tror noe på det. Deretter spør jeg ham om han har vurdert å oppsøke imam eller lignende i forbindelse med de problemene han har nå. Da svarer han svært kontant "Aldri" og følger opp med: "Jeg liker dem ikke as". Jeg spør hvorfor han ikke liker dem og da svarer han: "Jeg valgte medisiner!". Svaret kan tolkes som en uttalelse, ikke bare om hvilke behandlingsstrategier han foretrekker, men også et valg av akkulturasjonsstrategi.

### **Kontakt med norsk kultur og etniske nordmenn**

Kontakten med etniske nordmenn varierer på tvers av utvalget. For et par av informantene medførte tidlig sykdomsdebut at de ikke hadde rukket å jobbe noe særlig før denne. For to av dem kom første utbrudd av psykose kort tid etter flytting fra asylmottak. Arbeid og utdanning skaper naturlige kontaktpunkter mellom immigranter og etnisk nordmenn. En av informantenes historie er et eksempel på dette. Han har studert og jobbet i flere år og har hatt utstrakt grad av samarbeid med etniske nordmenn. Han sier:

*Jeg har forandret meg fordi jeg har blitt integrert, jeg har ikke lik tankegang som da jeg kom til Norge.(Hva er det som har endret seg i tankegangen?) Det som er endret er alt, hele systemet, alt er forandret, jeg har blitt integrert.*

For en av de andre informantene er det annerledes, han føler seg bare somalisk. Når jeg spør om han føler seg litt norsk også sier han:

*Nei, bare somalisk! (ler litt) (Så når du besøker (slektningen) din eller reiser til Somalia..)  
Da snakker jeg bare somalisk. (Ja, men tenker de, sier de til deg, men du har jo blitt litt norsk?) Nei nei! (Ler)( Ok, så de synes du er akkurat som før?) Ja!*

En av informantene som får tilsvarende spørsmål om han har blitt annerledes av å bo i Norge, svarer at nei, men:

*Nei. Jeg har gode norske venner i en annen by, hun heter Mona, han heter Jon Erik, han er en mann - han kjenner meg godt. Jeg snakket med ham på telefon i går. Han sier: hvorfor flyttet du til Oslo?? Kom tilbake! Kom tilbake! Mona hun sa til meg, det er ikke bra for deg i Oslo, somaliske miljøet i Oslo, drikke alkohol, tygge khat, det er ikke bra for deg! Du må bare komme tilbake!*

Flere av sekundærinformantene har tematisert avvisning og en opplevelse av å ikke få anledning til å være norsk. Man har uansett feil hudfarge og feil hårfarge, og man blir spurt om hvor man kommer fra. Ingen av primærinformantene har tematisert dette, og det er mulig at det har sammenheng med at et fåtall av informantene har vært i en posisjon eller situasjon i Norge som har gjort spørsmålet om integrering eller assimilering aktuelt. Alvorlig sykdom og få kontaktpunkter med andre er viktige faktorer her. I materialet er det kun en av informantene som setter ord på vansker med å komme i kontakt med nordmenn. Dette sier noe om betydningen av de kulturelle og politiske forholdene på ankomststedet med hensyn til hvordan akkulturasjonsprosessen foregår:

*Det er lettere i (annen by i Norge)! Norske folk skjønner du, nordmenn, de i (annen del av landet), de prater og er hyggeligere. Koseligere og de snakker til deg. I Oslo er det vanskeligere!*

### **Livet i Norge: Oppsummering**

De fleste informantene ser på seg selv som somaliere, og det mest fremtredende trekket ved deres liv i Norge er at de har et lite nettverk. Spesielt er fraværet av nære personer svært tydelig, både når det gjelder familie og somaliske og norske venner. Når vi snakket om religiøs

praksis som det å gå i moskeen kom en del tilleggsinformasjon frem ved at bruk av moskeen gav innblikk i informantenes relasjon til ”det somaliske miljøet”.

### **Mening og forståelse av egen sykdom:**

Betydningen av *rekkefølgen* og formuleringene av spørsmålene som stilles har vist seg å være viktig for hva slags forklaringsmodeller informantene frembringer, følgelig vil denne delen av analysen ha en delvis kronologisk, delvis tematisk organisering. Det vil si at temaene som belyses i denne delen vil følge noenlunde den samme rekkefølgen som spørsmålene som ble stilt under intervjuene. Stern og Kirmayer (2004) har pekt på effekten av den rekkefølgen spørsmålene kommer i. Spesielt viktig blir dette når det kommer til det jeg har kalt *religiøse forklaringer*. Som beskrevet under *analyse* i metod delen ble forklaringer på sykdom skilt fra kategorien som omhandler religiøse forklaringer fordi ingen forklaring med religiøst innhold ble fremlagt når jeg stilte åpne spørsmål om forklaring av sykdommen. De religiøse forklaringene fremkom etter at jeg hadde tematisert religiøse temaer gjennom mine spesifikke spørsmål om dette.

### **Lidelse, galskap, schizofreni, overbelastning og normal men litt rar**

Stern og Kirmayer (2004) legger vekt på å høre hva slags ord klienten bruker om egen lidelse fordi disse ordene også kan si noe om hvordan man *forklarer* problemet. Denne delen starter derfor med informantenes problempresentasjon og begreper brukt om egen lidelse.

Ingen av informantene hadde problemer med å beskrive symptomene de var plaget av. Det viste seg derimot at det å komme fram til et navn eller ord på symptomene kunne by på vanskeligheter. Noen av informantene hadde fått en schizofrenidiagnose og hadde vært innlagt flere ganger og i lengre perioder. De beskriver alle sine problemer som stemmer de hører eller drømmer de skjønnte ikke var sanne. På spørsmål om hva lidelsen eller problemet kalles, heter eller *er* kommer de med ulike begreper.

*(Hva slags typer problemer får du hjelp med?) Jeg blir behandlet veldig bra. (Hva er det du får behandling for?) Jeg har blitt gal, nå har jeg det veldig bra. Jeg har ikke noen problemer nå. Tidligere jeg drømte og trodde det var sant, jeg så, og nå er det borte. Nå har jeg det fint.*

En forteller at han *har vært gal* men gjennom hele intervjuet er han klar på at han *er frisk nå*. Hans sykdomsforståelse kan altså sies å være dikotom, man er enten frisk eller gal. Han går

på medisiner og sier at han kommer til å bli syk igjen hvis han slutter på medisinen. Noen klienter med en dikotom sykdomsforståelse har sluttet med medisiner når symptomene forsvinner. Det er derfor verdt å bemerke at denne informanten har en forståelse av at han må ta medisiner selv om han anser seg selv som frisk nå. Begrepet ”galskap” i seg selv innebærer ikke en forklaring av mekanismene bak lidelsen for en vestlig psykolog. Hvis man legger kunnskapen om somalisk forståelse av galskap til grunn er det en mulig at informanten forstår galskap som forårsaket av en jinn-besettelse.

Somaliske og norske ord for ulike psykiske problemer er vanskelige å sammenligne da det ofte ikke finnes språklige motstykker til en del norske ord for ulike lidelser (Hjelde, 2008). Waali blir oversatt til galskap på norsk. Vi har ingen psykiatriske diagnoser som kan oversettes til galskap, men i intervjuer med de andre informantene er det flere som har forklart at walli er det samme som schizofreni på norsk, og ikke tilsvarer den mer generelle kategorien galskap. Informanten som her snakker om galskap forteller at behandlerne i psykisk helsevern også mener at han var gal. De hadde sagt til ham at han var blitt normal og derfor fikk lov til å gå ut en time om dagen da han var på psykiatrisk avdeling. Bruken av normal ble derfor forstått som at han tidligere var gal av informanten. Et viktig aspekt ved hans møte med behandlingsapparatet er at det benyttes tolk i disse møtene. Behandlerne han har møtt i ulike sammenheng kan for eksempel godt ha sagt at han er schizofren. Dette kan ha blitt oversatt til gal da det ikke finnes andre språklige motstykker til schizofreni på somalisk. Slik kan behandlerne ha hatt en annen forståelse av Alis sykdom, men i oversettelsen kan ikke bare språket, men også *meningen ha blitt oversatt* til en somalisk forståelse av Alis lidelse slik han selv ser den. En annen av informantene sier at hans lidelse heter schizofreni:

*(Men hvis du skulle fortalt noen hvordan sykdom du har, hvis du skulle sette et navn på det, hva ville du si at det het da?) Heter?( Ja, hva heter sykdommen din?) Syro.. psyko.. sy.. jeg klarer ikke. Jeg kommer ikke.. syfovren! ( Schizofren?) Schizofren ja! Schizofren det heter ja. Denne sykdommen. (Hva er det for noe?) Jeg vet ikke, legen sa til meg at du er schizofren.*

Den tredje informanten med en schizofrenidiagnose, forteller at hans sykdom kalles *lidelse*. Vi bruker en del tid på å komme frem til hvilket begrep vi skal bruke på sykdommen hans. Jeg ber han fortelle om da han ble syk og han bruker noen ulike uttrykk på dette. Han sier blant annet at det var ”stress”, ”lidelse” og ”lidelse i hodet”. Jeg spør først om han kaller sykdommen sin stress. Han sier at han ikke gjør det, det er lidelse, lidelsen. Han bruker lidelse

som egennavn på sin sykdom, ”jeg har lidelse”, ”lidelse kan jeg kjenne på toppen av hodet” og lignende.

De to siste informantene har ikke schizofrenidiagnoser som de tre første. Den ene informanten har fått diagnosen moderat depresjon og den andre av dem har fått diagnosen tilpassningsforstyrrelse. Hans problemer startet etter at han ble satt i fengsel i Afrika. Han forteller at sykdommen skyldes det traumatiske han har vært utsatt for og omtaler dette som at han ble *overbelastet*:

*Ja, årsaken er det at når man får et problem i livet sitt, så når du får et problem du ikke kan ta overhodet da kan man bli syk, for meg jeg har aldri vært i fengsel i Afrika, så det var første gang og jeg ble litt sånn overbelastet.*

Navnet eller begrepet informanten bruker på sitt problem sier også hvordan han konstruerer mening til sykdommen, *overbelastning*. En av de kvinnelige informantene forteller om mange symptomer, spesielt mange *somatiske* symptomer. Denne kvinnelige informanten har hatt en dikotom sykdomsforståelse der man enten er frisk eller gal. Samtaler med en venninne om å gå til psykolog utløste en prosess hvor den kvinnelige informanten sammen med venninnen forsøkte å finne begreper og en forståelse som gjorde at hun kunne gå til psykolog uten å være gal, men samtidig ikke frisk. Hun bruker begreper som ”normal, bare litt rar”, eller som hun sier:

*Noen ganger jeg tenker at jeg er helt frisk, kroppen er frisk, men hodet er litt, jeg tenker på negativ måte!*

Oppsummert var begrepene eller navnet informantene ga på sin lidelse: *normal, bare litt rar, overbelastning, lidelsen, schizofreni og galskap*. For en av informantene innebar navnet eller begrepet på lidelsen en forklaring som gav umiddelbar mening både for ham selv og for intervjuer. De andres begreper sier noe om hvor de er i prosessen. En av informantene leter etter en forståelse eller et begrep som kan gi mening uten å være verken er gal eller frisk, for en annen var begrepet schizofreni uten en forklaring eller mening. De fleste av informantene strever med å finne et navn eller et begrep på egen lidelse. Det minner oss om det Nathan (1997) sier om et av immigrantens hovedproblemer, det å forklare sin lidelse når han eller hun opplever en splittelse i forhold til kulturelle referanser til opprinnelseslandet og vertslandet.

Til tross for at flere av informantene har den samme diagnosen, setter de ulike navn på disse og gir derved også ulike forklaringer. Dette peker på at meningsskapning og forklaringer alltid vil være spesifikke for en sykdomsepisode og for hvert individ. I motsetning til min hypotese om at noen av informantene kunne ha religiøse forklaringer for egen lidelse, var det ingen av informantene som umiddelbart fortalte at deres problem var en jinn-besettelse eller lignende religiøse forståelser av sykdom. Som presentert i delen som omhandler religiøse forklaringer vil det fremkomme at flere hadde slike forklaringer, men dette ble ikke tematisert før jeg stilte spesifikke spørsmål om dette.

### **Når problemene begynte**

Basert på Stern og Kirmayers (2004) og Youngs (1982) kritikk av Kleinmans forklaringsmodell har jeg i intervjuene spurt om informantene kan fortelle om da de ble syke. Slik kan man få tak i forståelser eller hendelser som ikke er kausale. Dette er en måte å få tak i det Young (1982) omtaler som kjedekomplekser, og samtidig åpne for formidling av det som fremstår som viktigst for informanten.

Maryamo er usikker på hva det vil si å være syk. Hun har i motsetning til de andre informantene ikke en oppfatning av *når* hun begynte å bli syk, fordi hun er usikker på hvordan hun skal definere *syk*. Dette påvirker hennes fortelling som blir en blanding av ulike symptombeskrivelser uten tidslinje. Underveis i intervjuet er det jeg som forsøker å sette hendelser i livet hennes i sammenheng. I dette tilfellet, slektningens død som var en traumatiserende hendelse. Hun forteller om isolasjon, irritasjon og manglende konsentrasjon. Hun reagerer på lyder som hun ikke gjorde *før*. Jeg spør om dette skjedde etter slektningens død og hun svarer ja på dette.

Informanten som brukte begrepet *overbelastning* om egen lidelse, gir som grunn at han var fengslet og har derved en klar årsaksoppfattning og et tidspunkt for oppstart av problemet:

*Ja, for jeg får ikke mat og jeg klarer ikke spise mat fordi folk tisser ved siden av deg, vi hadde så lite rom, 24 personer og det var vanskelig å puste, alle tisser ved siden av hverandre der man sover og så kommer politiet og banker deg.*

Denne fortellingen om årsaken til egen lidelse, hvor fengsling kan føre til overbelastning, kan man som vestlig psykolog tenke seg å kunne gi en plausibel og naturlig forklaring uavhengig

av kulturell bakgrunn. Både materialet i denne studien og annen litteratur (Hjelde, 2008) tyder på at det ikke er slik. For eksempel skriver Hjelde om at noen av informantene i hennes studier nærmest har ledd litt av spørsmål om hvorvidt det kan være sammenheng mellom grad av traumatiske hendelser i Somalia og psykiske vansker i Norge fordi de har tenkt at det ikke finnes en slik sammenheng.

Flere av informantene har historier om hvordan det var da de begynte å høre stemmer. Symptomer eller plager forut for at de hørte stemmer hører ikke med i fortellingen om da de ble syke. Dette sier noe om hvordan de definerer sykdom. Historiene til de tre informantene med schizofrenidiagnose om den gang de ble syke har noen fellestrekk. For å kunne sammenligne disse historiene presenteres utdrag fra deres fortellinger først:

Første informant:

*Nei, jeg har, i (annen by i Norge), jeg husker ikke, men med en gang jeg blir sykdom. (Med en gang du kommer til (annen by i Norge?) Ja, med en gang ble jeg syk. Jeg husker ikke. (Hvordan kunne du merke at du ble syk?) Jeg vet ikke, jeg husker ikke. Jeg har et problem, jeg har ikke, jeg bodde alene i mange år, alene! Så jeg ble deprimert. (Du var deprimert før du ble syk?) Det er veldig kaldt i (annen by i Norge) og det er mørketid og hele vinteren er det mørkest og så blir du deprimert og sitter alene og ser på TV hele tiden. (Ja, det er tungt.) Kjempetungt. Jeg har ikke jobb, ingenting, og så går jeg på byen og drikker øl (ler) Jeg drakk masse øl i (annen by i Norge). Så ble jeg syk, jeg ble syk.*

Andre informant:

*Tidligere jeg drømte og trodde det var sant, jeg så, og nå er det borte. Nå har jeg det fint. Jeg flyttet fra (annen by i Norge) i (...) og så ble jeg syk i (...), et år etter). Jeg begynte å drømme og jeg trodde de drømmene var sanne så jeg begynte å slå rundt meg og jeg brukte også narkotika. Jeg drømte for eksempel, det var en mann, som jeg pleier å sende penger fra ham, så jeg drømte at jeg gav ham tretti tusen og på dagen gikk jeg til ham og slo ham, bokset ham og sa: gi meg pengene mine, jeg gav deg 30 000. Og han sa nei, du gav ikke meg, og så senere, skjønte jeg at det var ikke sånn.*

Tredje informant:

*Ja, jeg var (...) år, det som skjedde, jeg ble stresset, om dagen, veldig stress, dusjet, sov, så på tv, stod opp, mye stress, om kvelden når jeg sov, hørte jeg lyd og måtte pakke sekkene mine*

*fra skolen og gå ut og stå ute ved en butikk, frem til noen folk kom og sa hva gjør du her, gå hjem, til slutt kom politiet og jeg måtte bli fanget sånn (viser med hender bak ryggen) og så måtte jeg gå til sykehuset, de kjørte meg til sykehuset, til psykiatrisk..*

Felles for disse fortellingene er at de alle inneholder beretning om psykososiale forhold, innvevd i fortellingen, som kan antyde en forklaring eller en årsaksforståelse. De snakker om det å være alene, mørke, mye alkohol, flytting, narkotika, og mye stress. I en psykologisk ramme vil jeg tenke at stresset den ene informantene beskriver er en medvirkende årsak til utbruddet av den første psykotiske episoden. Dette gjelder også så vel for en av de andre informantens beskrivelse av ensomhet og rusmisbruk som for den tredje informantens bruk av narkotika. En slik forklaringsmodell kalles stress - sårbarhetshypotesen (Johannessen, 2005) som er en etablert og anerkjent forståelse av schizofreniens etiologi innenfor vestlig psykologi. En av de andre informantene som ikke har schizofrenidiagnose forteller om at tilstanden ikke var sånn *før* og svarer bekræftende på at endringen intrådde etter at slektningen døde. Når informantene snakker om at han ikke var sånn før handlet dette om konsentrasjonsproblemer, uro og hjertebank i spesifikke situasjoner. Jeg oppfattet dette som at de alle satte sykdommen i sammenheng med slike omstendigheter(hvilke).

Det skulle i løpet av intervjuene vise seg at disse informantene derimot ikke så noen kausal sammenheng mellom deres sosiale forhold og utbruddet av sykdommen. Slik deres fortellinger står nå står, vil man kunne konstatere enkle kjedekomplekser (Young, 1982). Det vil si at dette var hendelser som ble omtalt i sammenheng, ikke fordi det ene forholdet *førte* til det andre forholdet (ensomhet førte til lidelse), men fordi de *opptrådte i det samme tidsrommet*. Å være bevisst på dette vil være viktig for en psykolog som skal forstå en klients meningsskapning. I følge min umiddelbare forståelse av dette, kan en psykolog ellers anta at dette er en kausal sammenheng og derved misforstå klientens forklaringsmodeller. Det viste seg forøvrig at noen av informantene forstod hendelser i sammenheng, men da i en annen sammenheng enn meg. En informant forteller for eksempel at årsaken til drømmene er på grunn av at han var syk. Jeg spør ham om årsaken til at han var syk og da forteller han om en sprøyte han fikk på sykehuset:

*Jeg ble syk i (...), de gav meg en, den sprøyten bruker jeg ikke lengre, den var ikke bra. Så var jeg i fengsel i seks måneder, så kom jeg ut av fengselet. (Men tenkte du da at den sprøyta var årsaken til at du ble syk?) Ja. Før jeg fikk den sprøyta det var problemer hver dag, jeg pleide*



*å selge heroin. (Hva var det som gjorde at de satte sprøyte på deg?) Jeg mistet nøkkelen min, jeg skulle inn i leiligheten min, jeg prøvde å gå inn i vinduet, det var i andre etasje, jeg falt derifra, jeg fikk 16 sting i hodet, et langt sår, og jeg brakk det venstre benet. Det var den gangen de gav meg en veldig vond sprøyte.*

Informanten forteller her at han tror at sprøyten han fikk kunne være årsaken til lidelsen. I denne fortelling er det ingen kausale prosessforklaringer, det vil si en eksplisitt forklaring av hvordan to opptredende fenomener henger sammen. Likevel sier han indirekte ved å bekrefte mitt spørsmål at sprøyten var årsaken til lidelsen. Min introduksjon av årsaksbegrepet skal vise seg å være en utfordring for meg i flere intervjuer. Samtidig kommer jo ikke dette årsaksbegrepet fra informanten og slik legger jeg en tolkning inn i informantens forståelse som ikke kommer fra informanten selv.

I tillegg er fortellingen hans uten en klar tidslinje. Hendelser refereres i tilsynelatende tilfeldige rekkefølger. Jeg oppfatter i første omgang fortellingen om da han datt ned fra vinduet som årsaken til at han ble lagt inn og fikk sprøyte. Senere i intervjuet kommer det fram at denne hendelsen skjedde da han rømte fra psykiatrisk avdeling. Det vil si at han fikk sprøyten før han falt ned fra vinduet. Når han blir spurt om hvorvidt han mener det kan være noen sammenheng mellom hendelser i livet og sykdom sier han:

*Nå er jeg veldig fin, det er bare Gud som gjør meg frisk. (Ja. Det jeg lurte på er om det er noen ting du har opplevd i livet ditt som du tenker at kan ha gjort at det var mer sannsynlig at du ble syk eller mindre sannsynlig at du ble syk? En hendelse i livet som kan ha sammenheng med at du ble syk i (...)?) Nei. I (...), når jeg ble syk, ødela jeg bilen til en venn av meg, jeg ødela alle rutene og politiet kom.*

Det er viktig å påpeke informantens utsagn i begynnelsen av sitatet. Når jeg spør om sammenhenger i livet hans, svarer han at bare Gud gjør ham frisk. Her introduserer informanten en forståelse av at helbredelse og dermed også sykdom ligger i Guds hender. Denne fortellingen om da han ble syk gjør at jeg blir svært nysgjerrig på hvordan dette henger sammen. Forstår han sykdommen som guds vilje, og hvordan relaterer han opplevelsene med sprøyter og innleggelser til dette? Jeg synes det er vanskelig å forstå hvordan han forstår. Derfor stiller jeg flere spørsmål om sammenhenger mellom hendelser i livet og sykdom. Ahlberg og Duckert (2006) har sagt at i møtet med etniske minoritetsklinter speiler vi oss

selv, og blir bevisste på hvem vi er som behandlere og som tilhørende en profesjon. Dette er en slik situasjon, og jeg blir slått av hvor fokusert jeg er på årsaker. Som svar på mitt spørsmål forteller informanten at han ikke tror han ville blitt syk i Somalia, fordi moren hans der kunne se ham og passe på ham. Jeg spør ham om han ville blitt syk hvis foreldre hadde blitt med til Norge, og han sier da at han ville blitt syk uansett, *det er skjebnen*, men fortsetter: *Når jeg flyttet fra (et sted i Norge) til (en annen by) ble jeg gal.*

Også *retningen* i den kausale forklaringen for lidelse er overraskende for meg i forhold til hvordan enkelte av informantene forstår sammenhenger:

*Jeg fikk lidelse, kanskje etter det med politiet, de kjørte meg der, etter en dag der så fikk jeg lidelse i hodet. Det var lidelse.*

Det ser her ut som om denne informanten forstår det som om lidelse oppstod først på sykehuset og ikke var årsaken til at han ble lagt inn på sykehuset. En mulig hypotese er at begrepet *lidelse* ble presentert for informanten på sykehuset, og dermed tenker han at lidelsen først startet da. Man kunne tenke seg at denne informanten opplevde at han *ikke* var syk før han ble lagt inn og at innleggelsen alene var årsak til *lidelse*. Videre i intervjuet fremkommer det derimot at dette ikke er tilfelle. Han forteller om flere mulige årsaker til at han ble *stresset*. Stresset ser han som årsak. Han forteller om at han ikke fikk sove over en lang periode. Han våget ikke fortelle familien om dette og sier selv at han tror at han egentlig var litt redd. Informanten forteller at han måtte spørre seg selv hvorfor det var sånn at han ikke fikk sove. Jeg spør ham om han fant noe svar på dette. Han tenker at det handler om bekymring og urettferdig behandling:

*Det er vanskelig. Jeg tror at når jeg gikk på (..) skole, eller først (...)skolen, jeg var redd for hva jeg skulle bli og sånn i fremtiden min. Jeg tror det gikk meg over hodet, jeg tenkte for mye, jeg visste ikke hva jeg skulle bli, og så gikk jeg på (...), da fikk jeg ikke mye hjelp med lekser og sånn, så jeg tenkte mye og læreren var litt sånn, likte ikke hudfargen min og sånn, så jeg tror det var det som var årsaken.*

Selv om denne informanten forteller om et slags brudd mellom hva *lidelse* representerer og hva som var årsakene til at han ble syk eller stresset, har han en årsaksforklaring som ser ut til å gi mening for ham. For en av de andre informantene som har fått diagnosen schizofreni

innebærer dette derimot ingen årsaksforklaringer, han fikk den av legen og vet ikke hva som kan være årsaken, men aksepterte sykdommen.

Informanten som omtaler sykdommen sin som overbelastning har en *generell* sykdomsforståelse, *slik han forteller det til meg*, som er svært tett opp til en psykologisk forståelse av sykdom, for i tillegg til overveldende hendelser i livet sier han at sykdom også kan skyldes arv:

*(Men kan det være andre årsaker til at man blir syk også?) Det vet jeg ikke, hvis man har arvet det, så mye sykdom, hvis en person har sykdom og familien har sykdom, det kan hende jeg blir syk også.*

Hva sykdom betyr og hvilken mening som tillegges sykdom, er ikke et like viktig spørsmål for alle. Enkelte problematiserer og søker svar, mens andre velger en strategi eller har en holdning der de bare aksepterer sin tilstand. Hvordan informantene forstår sammenhenger mellom hendelser i livet og lidelse varierer både i forhold til oppfatninger av *hvorvidt* det i det hele tatt finnes slike sammenhenger og *hvordan* slike disse sammenhengene er.

### **Religiøse forklaringer på sykdom**

Når vi ser på hva som er presentert så langt, har ingen av informantene kommet med religiøse forklaringer på sykdommene sine. Når jeg har spurt om oppstart av sykdommen, navn på lidelsen, symptomer og årsaksforklaringer er det ingen av informantene som tematiserer religiøse forklaringer som jinn-besettelse eller en bestemt relasjon til Gud (som straff eller prøvelse). Som tidligere omtalt hadde jeg forut for studien en hypotese om at noen av informantene kanskje hadde en religiøs forståelse av sykdom, og dette var motivasjonen for å stille eksplisitte spørsmål om informantenes tanker rundt disse temaene.

De fem informantene kjenner alle godt til jinn og kan fortelle historier om ulike folk som har blitt besatt som de har hørt om eller har sett. Hva jinn betyr for informantene personlig varierer. For to av informantene har jinn ingen betydning for hvordan de personlig forstår sykdommen sin. En av informantene er i tvil, men har tenkt på om lidelsen kan ha noe med jinn å gjøre. Kemal er også usikker, men blir i løpet av tidsperioden med intervjuer sikker på at jinn er en del av årsaken til lidelsen. I det andre intervjuet med den femte informanten kommer det fram at han er helt bestemt på at en jinn-besettelse er årsaken til det han omtaler

som ”galskap”. Ingen av informantene som mener eller lurer på om jinn kan være involvert når det gjelder egen lidelse har tematisert dette før jeg stiller dem spesifikke spørsmål om dette. Selv da kommer disse forklaringene først etter noe tid, og i to av tilfellene hvor jinn var et sentralt tema for klienten, kom ikke dette opp før i andre gangs intervju. Det virker som om alle informantene har hatt en høy terskel for å presentere denne informasjonen.

Hvordan hendelser henger sammen, blir et viktig tema da en av de kvinnelige informantene helt på slutten av intervjuet forteller at hun tror at slektningens død kan ha en sammenheng med symptomene hun har. Dette var det første intervjuet jeg hadde, og dette fant sted før jeg var blitt bevisst på de mange mulige forklaringer og forståelser man kan ha. Jeg *antok* at vi hadde en felles oppfatning av problemet. Dette sier noe om hvor vanskelig det er å innta en ”ikke - vite posisjon”. Jeg *antok*, eller var så sikker at jeg trodde hun hadde sagt det selv, at hun tenkte at slektningens traumatiske død var årsaken til noen av de symptomene hun har nå. Før hun forteller dette har jeg stilt en del spørsmål om jinn (hva er det, hvorfor besetter de folk, kjenner du noen som har vært besatt, hvordan kan man behandle det). Hun forteller at hun lurer på om slektningens jinn har kommet inn i henne. Hun lurer på om dette kan være årsaken til noen av symptomene hennes (eller sykesymbolene som hun så nydelig kaller det):

*Noen ganger jeg tenker på slektningen min, han elsket meg mye, og jeg tenker kanskje hans jinni kommer inn i meg, for vi hadde sånn, jeg - kanskje han elsket meg mye, kanskje hans jinni har kommet inn i meg. Noen er galt, noe er bra - de elsker deg for mye. (Hva tenkte du da om slektningen din, tenkte du at kanskje hans jinni har kommet inn i deg, fordi du elsket ham?) Ja, jeg kanskje, fordi han hadde veldig vondt i armen, og akkurat, og han sa jeg besvimer, hodet mitt - hans sykesymbol jeg har. Jeg har også vondt i samme armen etter at han døde og har blitt svimmel og sånn, så tenkte jeg at kanskje jeg merker hans symbolsykdom? At kanskje hans sykdom har kommet inn i meg, jeg tenker.*

Den jinn-forklaringen informanten kommer med her er en type jinn-forståelse som jeg har fått forklart av flere sekundærinformanter, men det er ikke slik jinn er beskrevet i Koranen. Som tidligere omtalt har den typen jinn som står omtalt i Koranen fri vilje og lever egne liv. Den typen jinn som informanten omtaler her er det en sekundærinformant omtalte som ”den lille tvilling”. I denne folkelige forståelsen av jinn har jeg forstått det som om den agerer mest etter menneskets vilje, men har samtidig også noe egen vilje. Hun er usikker på om det er fantasi eller fakta. Jeg spør henne om hun har vært redd for dette og hun sier at hun har tenkt

på det og har vært litt redd for det. Hun forklarer at hvis slektningens jinn har kommet inn i henne kan denne og hennes egen jinn være sjalu på hverandre til tross for at hun og slektningen var glad i hverandre. Det virker som om hun har et relativt avslappet forhold til jinn i samtalen vi har om dette. Hun snakker om jinn på en personlig, uanstrengt og nær måte sammenlignet med de mannlige informantene. Hun beskriver blant annet hvordan jinn særlig oppholder seg på badet og hvordan hun hele tiden glemmer seg og snakker i mobiltelefonen når hun er på badet. Det skal man ikke for da kan jinn bli irritert. Hun ler litt når hun forteller om dette og sier at hun slår av telefonen hver gang hun kommer på hva det er hun gjør.

For to andre informanter er jinn derimot ikke medtatt i forklaringsmodellen. En forteller at jinn eksisterer, men dette er ikke noe han tenker mye på. Hans forhold til jinn er historier som moren hans fortalte i Somalia og dreier seg mest om formaninger om å være forsiktig når han som barn gikk på do om natten og lignende. Han forteller også et par historier om folk som hadde blitt besatt, som han hadde hørt om eller selv sett i Somalia. Han forteller også at kona hans ble besatt av en jinn, *men det var ikke noe store greier og gikk over etter hvert*, som han sier. En av informantene som ikke er så opptatt av jinn forteller litt generelt om fenomenet, og forteller at kanskje 25 % av somalierne i Oslo tror de er besatt.

En annen av informantene som heller ikke er særlig opptatt av jinn forteller imidlertid at han trodde det var en spøk da han begynte å bli syk. Jeg spør hva det er som gjorde at han trodde at det var en spøk og da svarer han:

*Jeg trodde Gud kjødda med meg! Jeg hadde så vondt at jeg sa bare masse rart, jeg var ikke sånn, jeg var mye stille før jeg ble syk, jeg var sånn rolig gutt, ikke så mye fliring, men når jeg ble syk da, da sa jeg mye rart, da kunne jeg plutselig masse vitser, mye bra og mange stygge vitser også.*

I denne fortellingen får vi noen hint om den kontinuerlige prosessen meningskapning er. Vi erfarer også hvordan forklaringer og meningskapning endres over tid og påvirkes av dem man inngår i forhandling av forståelse med. Hvordan informantene konstruerer og rekonstruerer forklaringsmodeller for egen lidelse og hvorvidt prosessene kjennetegnet av endring, parallellitet og ambivalens varierer. Den informanten som kanskje har den mest helhetlige forklaringsmodellen for egen lidelse har integrert en somalisk og en vestlig psykologisk forståelse av sykdom og helbredelse, og han synes å ha lite ambivalens rundt

dette. Når jeg nevner jinn en gang i det første intervjuet med denne informanten gir han ingen ikke respons. Det kan være ulike årsaker til dette, som for eksempel at han misforstod spørsmålet, at jinn ikke er betydningsfullt for ham, at han ikke vil snakke med meg om dette, eller at han ikke vil snakke om det på grunn av den kvinnelige somaliske tolken. I annet intervju som gjennomføres uten tolk, forteller han at det bare var tull når han ble syk, *stemmene tuller*. Han sier at *jinn er at folk blir gale*. Jeg spør ham da om hvem det er som kan bli besatt av jinn og han sier da at jinn kom til ham også. Han kunne merke at jinn kom til ham *fordi han drømte og trodde at det som var tull var riktig*:

*Jeg drømte at jeg kom fra Sierra Leone, jeg var på restaurant, en Sri Lanka restaurant og de spurte meg hvor jeg er fra og jeg sier jeg er fra Sierra Leone, jeg er gal i hodet og jinn har kommet inn! Etterpå fikk jeg sprøyte og ble frisk. (Du sa du var fra Sierra Leone? Hvorfor det da?) Jeg ble gal. Jeg drømte. Jinni sa Ser. (Ser? Hva betyr det?) Ser, Sierra Leone. (Har du vært i SER?) Aldri! Aldri! (Det var rart da?) Jeg ble gal!*

Jeg spør om jinn er inne i ham nå. Han svarer nei og sier at han (jinn) kom ut da han fikk sprøyte på sykehuset, etter tre måneders behandling. Han forteller at man kan bruke medisin om jinn kommer inn i deg. Han er muslim, men han prøvde medisin. Jeg spør om det ikke er sånn at man kan lese koranen på folk også. Han forteller meg at i Somalia bruker de koranen og får jinn ut på den måten. Her i Norge bruker man sprøyter og tabletter:

*De trenger koranen. Folk blir gale i Somalia, de får ikke sprøyter, de leser koranen. Og så holder de sånn (viser) og leser koranen og sitte i et rom og lese koranen hele tiden og så går jinn ut. Her får man sprøyter eller tabletter! (Og det funker også?) Ja. Folk blir normale og etterpå bruker de medisin og så blir de friske etterpå. Skjønner du?*

Forskjellene mellom Somalia og Norge med hensyn til ulike behandlingspraksiser er temaer for noen av de andre informantene også. Forståelsen av årsaken og etiologien er den samme, men behandlingene ulike. I likhet med overnevnte informant mener også en av de andre at jinn-besettelser behandles med sprøyter i Norge og med koran i Somalia. Han beskriver de ulike praksisene slik:

*Nei, vet du, når kristne folk får sånn, når de får jinni, noen har det, da får de sprøyte, det er jeg helt sikker på altså, eller medisin for å bli rolig, da blir du bare sånn rolig, spiser mat og*

*sånn rolig, helt, men når vi får jinni inn i kroppen vår da tar vi og leser koranen mye koranen inn i ørene, der jinni kommer til å rope, jeg skal bli vekk (Ja, jeg skjønner. Så, men du sier at hvis en nordmann fikk jinni så ville man tatt sprøyte, er det det du mener?) Nei nei, jeg spør deg nå, hvis nordmann får jinn, hvordan skal du gjøre han rolig? (Hvordan man skal få han til å bli rolig?) Hvordan skal du gjøre han vanlig igjen, jeg spør deg! Det går ikke, hvordan gjør du det? (Det kan godt hende at han hadde fått sprøyte ja, mh)*

Dette er eksempler på hvordan informantene plasserer seg mellom ulike meningsskapende systemer og slik overkommer noen av de potensielt altomfattende endringer av forståelse som møtet med behandlingsapparatet kan representere. For en av informantene er dette en utfordring. For ham hører ikke schizofreni til i et somalisk meningsskapende system, og derved blir hans egen lidelse løsrevet fra mening da han heller ikke har en vestlig psykologisk forståelse eller forklaring av hva dette er. En manglende forklaring på lidelsen og at den ikke har opphørt etter så mange år med behandling, har ført til at han nå har begynt å lure på om dette ikke er *schizofreni* som han har fått beskjed om av legen. Jeg tar her med dialogen som bringer oss inn på jinn og prosessen rundt dette temaet. Ikke bare er opplysningene informanten gir interessante, men prosessen anskueliggjør at intervjukonteksten både kan utløse informasjon og føre til at informasjon holdes tilbake. Ikke minst viser prosessen at intervjuet ikke bare er en måte å hente ut informasjon, men også kan være en metode for å skape meninger og nye perspektiver.

I intervjuet med Kemal sier ikke jeg noe om jinn verken før eller i begynnelsen av intervjuet. Når jeg spør Kemal om ”hvordan syk” hans slektning tror at han er forteller Kemal at slektningen hans mener at han skal dra til Somalia. Kemal har også lurt på om han burde dra til hjemlandet. På spørsmål om hvorfor han mener at han kanskje skal dra dit kommer han med tre ulike forklaringer. Kemal sier at det hjelper fordi man kan være med familien, gå i moskeen (effekten av å gå i moskeen der er sterkere enn i Oslo fordi det er flere folk der), og at det er fint vær. Kemal tilpasser fortellingen sin til hvordan han oppfatter sin samtalepartner. *Jeg er muslim skjønner du, jeg tror på Allah,* (og så forklarer han til meg) *Gud.* Jeg spør deretter om han har hørt om at noen går i moskeen for å få behandling mot jinn. Jeg er derved den første som introduserer dette begrepet i samtalen. Han kjenner godt til dette, men han ler og sier nei tre ganger når jeg spør om han noen gang har tenkt at han selv har problemer med jinn.

Senere i intervjuet forteller han at hans to slektninger i Norge tror det er jinn som er problemet og at det er derfor de vil at han skal dra til Somalia for å få behandling i moskeen. Dette er slik Elder et al.(1997) beskriver, ved å vise kjennskap til ulike kulturelle forståelser kan man overkomme informantens eller klientens skepsis mot å avdekke spesifikke kulturelt forankrede forestillinger og oppfatninger. Samtidig må man forstå Kemals tilbakeholdelse av disse forklaringene i sammenheng med hvordan han vurderer meg. I Ghane, Kolk og Emmelkamps studie (2010) fant de at informanter som ble intervjuet av etnisk ulike intervjuere hadde høyere prevalens av medisinske forklaringsmodeller. Informanter intervjuet av etnisk like intervjuere hadde høyere prevalens av overnaturlige og religiøse forklaringsmodeller for egen lidelse. Denne forskjellen var ikke mediert av informantens opplevde allianse med intervjuer. Tilpassingen av hvilken forklaringsmodell som ble presentert var altså bestemt av etnisk likhet, uavhengig av hvorvidt den enkelte intervjuer ble vurdert positivt.

Jeg spør hva Kemal tenker om dette med jinn-behandling, og da sier han at han tenker på det han også. Han sier videre at det ikke er bra sykdom og at han vil bli frisk. Kemal sier flere ganger at han ikke er blitt frisk, han har brukt medisiner i mange år og likevel er han ikke bedre. Når jeg siden transkriberer intervjuet med Kemal er jeg usikker på hva han mener når han sier ”*jeg tror kanskje jeg også*”. Er det en ambivalens, en parallell forklaring eller bare at han er lojal mot familien og konen? I et oppfølgingsintervju blir derfor dette et av temaene jeg tar opp. Det viser seg da til min overraskelse at Kemal samme dag skal treffe en imam i Oslo for å få behandling for det imamen mener er en besettelse. Kemal er ikke lengre ambivalent. Han er nå sikker på at lidelsen er forårsaket av en jinn-besettelse. Jeg blir usikker på hva denne endringen i oppfattelse skyldes. På et tidspunkt blir jeg bekymret for at det er jeg som har plantet denne tanken ved å stille spørsmål om jinn og gud. Kemal forteller at den ene slektningen hans nå har mast så mye på at han skal gå i moskeen for å bli bra at han har sagt ok. Dagen før har han snakket med imamen. De kjenner hverandre litt fra før, og Kemal fortalte om sitt problem. Imamen tar han da med til moskeen og leser fra koranen for Kemal. Kemal begynner da å høre stemmer og når han forteller om hvordan han reagerte lager han en slags spøkelseslyd som ”whooh”. Kemal sier at han vet at det er jinn fordi han kan kjenne det i kroppen.

Jeg lurer på om ikke Kemal ble redd da dette skjedde og han svarer ja på det. Etter hvert gikk stemmene og urolighetene over og koranlesingen roet ham ned. Han sier flere ganger: Jeg har



jinni, jeg har jinni. Imamen har også sagt at Kemal ikke bare er besatt av *en* jinn, men av flere. Dette betyr, i følge imamen, at Kemals behandling må ha en viss styrke. Derfor holder det ikke at imamen leser fra koranen, flere menn skal lese samtidig. Imamen er ikke somalisk og arbeider ikke i den somaliske moskeen. Det er derfor interessant at imamen har skaffet flere menn fra Somalia som skal delta på lesningen. Denne behandlingsstrategien og betydningen av de andres nærvær er interessant sett i sammenheng med Nathan`s (1997) behandlingsprinsipp om betydningen av kulturell tilbakeføring og kollektiv helbredelse.

På dette tidspunktet i intervjuet blir jeg bekymret for om dette kan skade eller uroe Kemal. Jeg spør om han har tenkt å fortsette å ta medisiner og han sier at det gjør han hver dag. Stemmene han hørte da imamen leste fra koranen var tilstede også før lesingen, men i følge Kemal roet stemmene seg etter lesingen. Han sier at han ikke gruer seg og at han ikke trenger noe og at han heller ikke ønsker seg noen støtte. Jeg har et tredje intervju med Kemal for å høre hvordan jinn-behandlingen har vært. Han forteller da at de flere menn satt i en ring rundt ham på gulvet og leste i koranen i munnen på hverandre. Kemal forteller at jinnene kom ut. Kemal kunne ikke merke et spesielt tidspunkt eller hendelse hvor dette skjedde. Kemal forteller at imamen hadde tatt ham i hendene og sagt at de var ferdige etter at det hadde gått fire timer. Kemal opplevde ingen stemmer eller ubehageligheter under denne behandlingen. Han satt stille og rolig og hørte på lesningen med lukkede øyne. Han forteller at symptomene hans fortsatt er der men at han har det mye bedre.

Det er vanskelig å avgjøre hva slags påvirkningskraft jeg har hatt i prosessen der han oppsøker jinn-behandling. Dette skjedde som omtalt etter at jeg hadde stilt spørsmål om jinn og andre religiøse forhold. Ghane, Kolk og Emmelkamp (2010) fant i sin studie av betydning av ulik og lik etnisitet i intervjusituasjoner om forklaringsmodeller at usikkerhet eller ambivalens økte graden av tilpassning til de ulike betingelsene. Kemals tvil og usikkerhet i forhold til forståelse av egen lidelse kan ha gjort ham mer åpen for tilpassning og påvirkning fra meg. Det virker som om Kemal har hatt en slik åpen strategi i løpet av hele sin lidelsesperiode. Han aksepterte blant annet legens beskjed om at han hadde schizofreni og han sier at han ikke tenkte på jinn da. Han trodde på schizofrenidiagnosen selv om han ikke hadde noen forklaring for hva dette var eller kom av. Denne tillitsfulle tilpassningen er et eksempel på en strategi for å forholde seg til de ulike sykdomsvirkelighetene Kemal er omgitt av i eksil. Kemal spurte også om jeg kunne bli hans psykolog og hans åpenhet og tillitsfulle tilnærming til de potensielle ankerpunktene han møter kan innebære at min samkonstruerende funksjon

som intervjuer blir sterkere. Utviklingen underveis i intervjuet med Kemal er slik jeg ser det et tydelig eksempel på hvordan man tilpasser sine uttalelser og sine fortellinger til sitt publikum kombinert med hans vurdering av meg.

Noen av informantene er usikre på om de er psykisk syke eller om det kan være jinn. Dette er også et tema i intervjuet med imamen. I følge ham er det første steget i forståelsen av sykdom å innse at han er syk, uavhengig om det jinn-besettelse eller psykisk sykdom. Det er bare slik en person kan få hjelp. Han forteller om forskjeller mellom jinn-besettelse og psykisk sykdom og forteller også at det er mulig å ha begge deler:

*Ja, man kan begge to, en person som er litt psykisk syk, sånne ting de plager av jinn altså, man begynner å bli nesten helt gal (Hvis man har begge deler?) Ja, hvis man har begge deler ja, ja vi har hatt folk med jinn-problemer, etter at de har sitert koranen, vi har hatt begge deler, og etter at de har blitt fulle med det vi sier, de blir helt greie og ikke noe problem, og det er ingenting som plager etter hvert. Og vi har sett folk som har vært psykisk syke og som samtidig blir plaget av jinn og det er jo litt problematisk og de verste personene som vi har opplevd asså, denne personen er plaget av jinn og vi, det er jinn som snakker etter at vi har sitert koranen, men samtidig er personen litt psykisk syk, han vil ikke være med folk eller sånne ting, en psykisk syk person er alltid tilbakeholden. (Ok, for det er jeg interessert i høre, forskjellen på, hvordan du kan se forskjellen på en som bare har jinn-problemer og en som er psykisk syk og har jinn-problemer, men det er.. ) Ja, for eksempel, dette er bare min egen erfaring, så da kan man karakterisere denne personen som har psykisk syk, en person som har bare hallusinerer og sånne ting og som ikke vil møte opp med sosiale greier, og som har egne ting og gjøre og som snakker med seg selv, han er alene, så lenge man er, så begynner man med en gang at man blir isolert, man møter ikke opp og ikke være.. man prøver å komme vekk fra all slags folk, ikke har noen å snakke med og sånne ting, og så er han opptatt av seg selv, og da begynner han å bli verst, en versting etter hvert, det blir så ille at han ikke har spist på mange dager, bare sitter og er redd og kommer ikke ut og noe som sitter foran døra og det er folk som er ute etter ham, han har noe med sånne ting og gjøre. (Og det er psykiske problemer?) Ja, det er psykisk altså.*

### **Det er Gud vilje**

Til slutt i denne delen av analysen som omhandler forklaring og meningsskapning vedrørende egen lidelse, tematiseres informantenes tro på et skjebnebestemt liv. Dette har betydning for hvordan informantene konstruerer mening til lidelse og hva slags meningsskapende systemer

som blir rokket ved når personen er rammet av lidelser. En av informantene har som før omtalt pekt på at det er Guds vilje at han har blitt syk. En slik tro på livet som skjebnebestemt kan transendere spørsmål som omhandler hvordan og hvorfor. Dette aspektet av informantenes religiøse tro har blitt tematisert av flere informanter uten at jeg i utgangspunktet la opp til samtaler om dette. Betydningen av livet som skjebnebestemt er et tema som har fremkommet i materialet og viser betydningen av å benytte et semi-strukturert intervju for å ha åpninger for slike nye temaer.

Menneskets skjebne er i følge Islam bestemt på forhånd. En av sekundærinformantene forteller at når man er i mors mage skriver Allah hvor lenge mennesket skal leve, hvilke sykdommer den personen får, om personen blir rik eller fattig og lignende. Dette er Guds vilje. Han eksemplifiserer med å fortelle at han aldri hadde trodd at *han skulle reise fra sitt land når han var liten men at det skjedde på grunn av Guds vilje*. En av informantene forteller om hvordan dødsdagen er bestemt når jeg spør ham om hvem som helst kan bli angrepet av jiiin:

*Jinni er overalt, hele verden, han vet ikke om du er norsk eller somalisk, det kan hende med deg eller meg. Ok, vi sier, jeg husker en gang, en mann som heter morten, vi prata på kvelden i Oslo, åtte på kvelden, han tok bilen og på kvelden han fikk ulykke - bil ulykke, hode ble most opp, folk visste ikke hvem det var, måtte sjekke tennene for å vite hvem det var, poenget er at vi muslimer - du kan dø når som helst, ingen som vet det, det tror vi på, du kan gå nå toalett, og komme ut, hjertestopp, der døde du!*

Når vonde hendelser skjer, kan dette være vanskelig og akseptere og godta som skjebnen. Krig og forfølgelse rokker ved menneskers meningsskapende systemer. Imamen beskriver hvordan det å miste mange familiemedlemmer i krig, fører til at man tenker for mye. Han sier også at somalierne som bor i Norge er de heldige når de bare har mistet to familiemedlemmer. Når man mister familie i krig kan det være vanskelig å akseptere at den dagen da personen ble drept faktisk var den dagen da personen skulle dø:

*Det er synd at denne personen, at en annen person har tatt livet, det er synd, alle reagerer på det, for de vil at han skal dø på vanlig måte, men jeg reagerer på at det kommer andre og tar bort livet på en brutal måte, det er det, slike problemer, som har laget traumer og sårne ting,*

*mennesker blir så syke at de tenker: Hvorfor? Masse spørsmål som kommer i hodet! Det er slik som gjør det!*

Lidelse kan ofte representere et alvorlig slag mot menneskets meningsskapende systemer (Brown, 2008). En viktig del av det terapeutiske arbeidet i forbindelse med lidelse bør derfor, i følge Brown, være fokusert på nettopp å gjenopprette slike systemer. Dette arbeidet bør foregå innenfor klientens eget meningsskapende systemer. En av informantene setter ord på hvordan hans behandler klarte å gi slik hjelp:

*Nei, han snakker ikke koranen, men hva koranen sier han snakker, for en dag han, et ord, aldri jeg glemmer ikke, han sier til meg, Han sier du har det nesten bra, du har hus, du har du går på skole, du har litt, litt dårlig, men du har mye, tenk, han sa - de som bor et sted hvor det er krig, farlig, bomber, de har ikke hus, de har ikke, og jeg tenker, jeg er takknemlig, jeg tenker gud tusen takk, selv om jeg.. hodet mitt er litt sykt, jeg sa gud tusen takk, jeg har armer og, etterpå jeg så i speilet og jeg sa: Dette ordet hjelper meg mye, for neste gang jeg kom hit, jeg sa tusen takk, for det ordet!*

I informantenes fortellinger ser vi hvordan forklaringer og meningsskapning ved egen lidelse er knyttet til religiøs tro gjennom hvordan den enkelte forstår meningen med livet og menneskets frihet kontra determinisme. Forståelse av sammenhenger mellom for eksempel ensomhet og sykdom må derfor forstås i et helhetlig perspektiv. Når egne handlinger og hendelser ikke sees som direkte årsaker til at verken gode eller vonde ting skjer, blir det spørsmål om hva som motiverer den enkelte til å oppsøke hjelp. Dette setter en av sekundærinformantene ord på:

*ja, man kan ikke si at jeg skal bare sitte her, jeg skal bare sove slik at jeg får mat fra himmelen, fra Allah, man må jobbe hardt for å få det til, Allah sa det til koranen mange ganger, dere må jobbe, dere må lære dere, dere må reise for å lære, og islam, det første vers som kom det var les les les les! Du må lære deg noe, men på den andre side, hvis jeg kjører bil og krasjer selv om jeg kjørte 80 kilometer i timen så kan jeg ikke unngå det. Jeg har sett på norske medier at hvis en ulykke skjer så ringer de til luftambulansen og personen kanskje dør før de kom og så sier noen hvis de hadde kommet litt raskere så kunne vedkommende overlevd! Og det tror jeg ikke, de kan ikke redde ham.*

## **Oppsummering av forståelse og mening for egen lidelse**

I denne delen av analysen har informantens begreper rundt sykdom, oppstart av sykdommen, årsaksforklaringer og religiøse forklaringer blitt presentert. Informantene omtalte lidelsene sine som *lidelse, galskap, schizofreni, overbelastning* og *normal, men litt rar*. For noen innebærer begrepene de bruker om egen lidelse i samtalen med meg, deres forklaringer på hva lidelsen er og hva den kommer av. For andre er begrepene uten en slik forklaring.

Informantenes prosess varierer også sterkt med hensyn til hvordan de forholder seg til meningskonstruksjonen. Noen er svært opptatt av å forstå sin egen lidelse og arbeider med å forstå sykdom på en annen måte enn det dikotome skillet mellom gal og normal. En sekvens i løpet av et av intervjuene hvor jeg spør om informanten er urolig er et eksempel på dette:

*(Ble du litt urolig nå?) Alltid spør folk sånn og der jeg jobbet folk sa du er urolig, men jeg merker ikke at jeg er urolig. (Nei, ok, ja for når du sitter og lager sånne små papirbiter som du gjør nå og så rister du litt med benet og da ser det ut som du er litt urolig?) Er jeg urolig jeg? (Kanskje?) Jeg merker ikke, folk, de sier jeg er urolig. (Ok) Er jeg det? (Jeg vet ikke, det er derfor jeg spør deg, føler du at du er urolig?) Jeg vet ikke (Nei) Jeg trodde jeg var normal (Ja, ja, men det er normalt å være urolig noen ganger, det kan også være normalt å være urolig, hvis det er noe du trenger eller noe sånt, så får du gi beskjed) Ja*

Informantenes fortellinger om da de ble syke, inneholder referanser til ulike psykososiale forhold som kan tenkes å ha sammenheng med lidelsen. For noen av informantene ble disse hendelsene ikke forstått som årsaksforklaringer, men som kjedekomplekser (Young, 1982). Spørsmål som kun fokuserer på *årsaker* til sykdommen vil ikke få tak i disse kjedekompleksene. Det viste seg at for noen av informantene var det ikke bare et spørsmål om *hvorvidt* slike hendelser hang sammen, men også *hvordan*. For tre av informantene var jinn et relevant tema for hvordan de forstår egen lidelse, men dette ble ikke tematisert før jeg stilte eksplisitte spørsmål om jinn og Gud. Dette peker på betydningen av at behandler eller intervjuer har klar bevissthet om hvordan de kan og vil påvirke de svar som blir gitt.

## **Møtet med behandlingsapparatet**

Denne delen omhandler hvordan møtet med behandlingsapparatet ble muliggjort. Spørsmål som lå til grunn for en utforskning av dette var *hvorvidt* en forhandling om forklaringsmodeller mellom klient og behandler er en forutsetning for å kunne utvikle og opprettholde behandlingskontakten. Jeg var også interessert i å se hvordan denne kontakten

med behandlingsapparatet har påvirket eller endret informantens forståelse av egen sykdom. Denne delen omhandler også informantens opplevelse av hva de får hjelp med, kjennskap og holdning til psykisk helsevern og hvilken betydning kulturfolkene og den kulturelle kompetanse hos behandlere hadde for informantene.

### **Inngang til behandling**

Hvis man har en forståelse av egen lidelse som ikke innebærer at man har psykiske problemer, hvordan vil man da kunne akseptere eller forstå møtet med behandlingsapparatet og hvordan kom dette møtet i det hele tatt i stand? Har dette møtet medført en omstrukturering av forklaringsmodellene hos informantene? I studien av en gruppe svenskfødte kvinner og en gruppe tyrkiskfødte kvinner i Sverige som etter klager på somatiske smerter ble henvist til psykolog, beskriver Baarnhielm (2005) kvinnenens prosess rundt en rekonstruksjon av forståelse av eget problem som en konsekvens av henvisning til psykolog. Informantenes veier inn i behandlingsapparatet har vært ulike, en har selv søkt hjelp fra psykisk helsevern, noen er satt i kontakt med psykisk helsevern via venner, og noen har blitt henvist av andre instanser i helsevesenet. En av informantene beskriver hvordan møtet med behandlingsapparatet kom i stand gjennom påtrykk fra en venn som sier:

*”Du snakker litt rart jeg kjenner deg og du pleier ikke være sånn, du må gå til psykolog!” Første gang jeg blir sint, og jeg vil ikke gå, er jeg gal?” Nei, du er ikke gal, du er ikke sånn”, (vennen) prøvde og sa: ”jeg skal hjelpe deg og skal følge med deg”. Jeg sa: ”nei, folk er sammen med meg, ingen hjelper meg gud hjelper meg jeg tror.” (Vennen) sa: ”nei gud hjelper deg, det er greit men psykolog..” Jeg sa: hva betyr psykolog?” ”Han snakker med deg, en dame eller en mann, hvem du vil.” Jeg sa nei. En dag jeg ble syk og (vennen) kommer til meg og jeg sa: kan du hjelpe meg og følge meg til legen?” og (vennen) fortalte legen. Legen skriver et brev og sender det. En fra Somalia, som jobber her, kommer til meg og hjelper meg veldig, også (behandler), de sa, vi er psykolog, fortell hva er ditt problem? Og jeg har begynt, jeg orket ikke snakke. Bekymrer meg da snakke alt, innerst inne, kanskje han hører bare deg, han vil ikke hjelpe deg, jeg tror.*

Informanten beskriver her hvordan han ikke ville gå til psykolog fordi han ikke anså seg selv som gal. For denne informanten var derfor en rekonstruksjon eller en endring i hvordan han forstod sykdom en nødvendig prosess for å muliggjøre møtet med behandlingsapparatet. Han beskriver på flere tidspunkt forsøk på å finne et begrep eller en forståelse som verken er å

være gal eller helt frisk eller helt normal. Begreper som *normal, men litt rar, og frisk i kroppen, men tenker litt negativt* er eksempler på dette. Også andre av informantene har kommet i kontakt med psykisk helsevern via venners påtrykk slik denne informanten forteller om:

*Jeg sa til (legen) at jeg trenger psykolog. Han sa at det er greit. Jeg skal se å skrive et brev til psykolog. Så ventet jeg og fikk svar, jeg fikk et brev i postkassen, med adresse, og så fikk jeg time. (Hadde du hørt om psykolog før?) Nei, jeg har en, jeg traff (en venn), hun heter (...), og hun er min venn, min gode venn. Jeg traff henne i byen og så, jeg var på besøk hos henne, i huset hennes, også sa hun til meg: ” Du trenger psykolog! Gå til psykolog, Ja, det sa hun! (Hva sa du da?) Jeg sa ja. (Du sa ja, men du visste ikke hva det var?) Nei. ( Så du sa bare ja?) Hun sa, jeg husker hun sa, gå til psykolog, vær så snill, vær så snill, gå til psykolog! Jeg vet ikke. ( Så du spurte ikke (vennen) hva psykolog var for noe?) Nei, nei, hun sa til meg at hun selv hadde vært hos psykolog, hun selv hadde vært der. Hun forteller meg at psykolog hjelper mye. Jeg sa ok, og hun vet min sykdom. Hun vet at jeg er syk, skjønner du?*

Denne informanten har en annen strategi enn informantene som benektet å være gal. Også i møtet med behandlingsapparatet blir det tydelig at informantene inntar ulike strategier i forhold til hvordan de forstår og forholder seg til de ulike systemene av sykdomsforståelser. De øvrige informantene i utvalget ble henvist til psykisk helsevern av andre instanser i helsevesenet og aksepterte dette. Som jeg vil presentere i neste del avhenger opplevelsen av møtet med psykisk helsevern av hvordan de forstår psykisk helsevern og hva de tenker om dette.

### **Man vet ikke om det er stein eller banan.**

Både forståelsen informantene hadde av psykisk helsevern før de kom i kontakt med psykisk helsevern, hvordan andre i informantenes nettverk tenker om psykisk helsevern samt hva de vet om dette, påvirker hjelpesøkende veier og opplevelsen av å komme i kontakt med psykisk helsevern. Hvordan informantene forstår behandlingstilbudet i psykisk helsevern varierer. Flertallet av de jeg har snakket med av både primære og sekundære informanter forteller at psykisk helsevern er et tabubegrep. I tillegg er mangel på kjennskap til dette temaet en viktig faktor.

En av informantene har svært lite å si om behandlingstilbudet. Når jeg spør hva han tenker om Tøyen svarer han at han får hjelp der og at de er greie. En annen er usikker på hva behandlingsinstitusjonen der han får behandling egentlig er for noe. Han blir litt stresset når jeg spør om dette og han sier at det er et vanskelig spørsmål. Han ser bort på behandleren som sitter i rommet og sier: *dere har jo aldri sagt noe*. Etter å ha tenkt seg litt om sier han at han tror de hjelper folk med problemer. Jeg spør ham om hva slags problemer dette kan være og da svarer informanten at han ikke vet, men at det sikkert er mye forskjellig. Når jeg siden spør informanten om han har vært hos eller snakket med en psykolog før, sier han at han aldri har hørt om dette og spør meg hva det er. Jeg forsøker å forklare dette og informanten spør om de ikke gir medisiner? Jeg sier nei og informanten sier i tullestemme: *So you just like to talk ah?*

Andre informanter setter også ord på at de ikke visste hva en psykolog er og forteller at mange somaliere ikke vet dette. En informant forteller at når han går i byen ser han mange som kunne trengt å få hjelp, men som ikke vil gå til psykolog eller behandling. *De tar avstand og det har med kultur å gjøre*, sier han. En av informantene beskriver manglende kjennskap til psykologer slik:

*Det er fordi man ikke vet hva det er, du vet når man spiser bananer, hvis man ikke vet om banan er frukt, eller stein eller dyr, du vet ikke, noen somaliere klarer ikke snakke så godt norsk, de går ikke på skole, de vet ikke hva psykolog betyr, hvis du vet hva betyr psykolog, den kan hjelpe deg og kanskje det kommer mange, men de vet ikke.*

En av informantene forteller om hvordan hun ikke visste hva en psykolog var og hvordan hun ikke stolte på at andre skulle få vite hva hun sa og at hun var i behandling. For henne var taushetsplikten viktig, og det tok tid for henne å stole på at det var riktig at behandlerne ikke ville fortelle om henne til andre somaliere:

*Sånn som med meg, det tok mange år, at jeg kommer til psykolog. Inni mørket jeg sitter, orker ikke, men hvis jeg kjente til psykolog, jeg vil komme med en gang, jeg stolte ikke på psykolog, vil ikke snakke med dem, kanskje psykolog forteller andre folk om at jeg er der.*

Samtidig forteller behandlerne på TF at behandlingstilbudet etter hvert har blitt kjent i de somaliske miljøene, og de opplever nå å få direkte henvendelser fra somaliere. En av sekundærinformantene setter ord på hvordan noen kjenner til behandlingstilbudet:



*Ja, alle somaliere sier til meg du må gå til Tøyen! (Men sånn at de fleste kjenner til dette senteret?) Ja, de kjenner det, de er redde og så sier de finnes der (ler) det finnes ikke noe som, der tror de man får sprøyter og sånt! (De tror at du får det her?) Når de hører psykiater de bare løper!(ler) De er redde for psykiater og for Tøyen!*

En av informantene har tidligere gått i terapi og snakker varmt om terapeuten han hadde og sier at samtalene var bra. Jeg spør ham hva som var bra med terapien og han forteller meg om hvordan han oppfattet dette:

*Jeg har samtale hele tiden, jeg går dit og det er samtale, samtale, samtale. Jeg går en gang i uka, to ganger i uka, i mange år. Han spør meg: ”hvordan går det? Går det bra? Hva gjorde du i går?” Spør meg og så svarer jeg hele tiden. Han spør og jeg svarer. (Hva var det som var fint med det, hva var det du likte med det?) Nei, han spør meg om det går bra med meg og noen ganger sa jeg at: ”nei, jeg har det ikke bra, jeg har blitt dårlig” og da sa han ”ok, ok”, og han skrev ut og han har penn og papir også og så skriver han opp, han spør meg og skriver opp, spør meg og skriver opp. Han pratet litt, han spør meg og vi prater i 30 minutter. Etterpå sa han: ”ok, ferdig for i dag, takk for i dag. Ha det bra”. Og så kommer jeg tilbake neste uke.*

### **Hva får de hjelp med og hva hjelper?**

Alle informantene er fornøyd med kontakten med Tøyen DPS/TF. På spørsmål om hva de får hjelp til, forteller alle om praktisk bistand, men det virker som kontakten med de ansatte er vel så viktig. Informantene setter ikke *direkte* ord på den helbredende effekten av det Kirmayer (2007) omtaler som *kroppslig følt mening* som omhandler de nonverbale og ubevisste potensielle effektene av terapi som tilknytning, tillit, trøst og omsorg. At denne kroppslig følte meningen ser ut til å ha betydning for informantene, kommer til syne i hvordan de omtaler behandlere de er i kontakt med. Alle informantene omtaler behandlerne i positive ordelag som at personen *er snill*, at han eller hun *nå vet hvor man kan gå når det er problemer*, *behandleren hjelper meg veldig mye* og lignende uttalelser.

Bortsett fra at de liker sine behandlere snakker tre av informantene hovedsakelig om ulik praktisk bistand som hjelp med papirer og søknader de ikke skjønner, helseproblemer, hjelp til å finne bolig og lignende. Hvis informantene ikke hadde fått hjelp også med praktiske

problemer, kunne man tenke seg at det hadde vært vanskeligere for noen av dem å forstå hjelpen de blir tilbudt. En ren samtaleterapi kunne ha innebåret en tydeliggjøring av at pasient og terapeut ofte har ulike oppfatninger av så vel problem som årsaksforståelse og hva som fungerer helbredende. Dette ville selvfølgelig avhenge av hvor innsiktsfokuseret terapien hadde vært og hva slags rasjonale som hadde blitt fremlagt for samtalene. Når en informant kan opprettholde kontakt med sitt behandlingssted uten å endre sin oppfatning av at han er frisk og har vært besatt av jinn, må det forstås som en konsekvens av både informantens og behandlingsapparatets tilpassning. Informanten aksepterer at det er slik hjelp man får i Norge, og behandlingsapparatet hjelper informanten med det som oppleves som presserende problemer for ham, for eksempel å få hjelp med søknadspapirer.

To av informantene er særlig opptatt av behandling og den mer terapeutiske delen av behandlingstilbudet. Dette må imidlertid sees i sammenheng med at alle informantene har ulike behandlingstilbud. En av informantene sier at han synes behandlingstilbudet han får er et tilbud som bør bli permanent, fordi han ønsker at andre skal få like godt tilbud som ham. Han liker at han har fått en egen behandler, det er det han liker aller best. Det er utarbeidet en behandlingsplan for ham. Han forteller at den for eksempel inneholder at han ikke skal være hjemme hele tiden. Han sier at behandlerne har gjort en god jobb og at han får tett oppfølging. En av de kvinnelige informantene begynner å fortelle om konsentrasjonsproblemer og hvordan behandleren har sagt at hun må ta litt av gangen, for eksempel lese tre sider om dagen. Hun forteller:

*Mye regning, mye papir, som man ikke kan lese og forstå, og jeg henter alle papirer han forklarer meg, jeg har ikke tålmodighet til å, selv om jeg går på skolen, men det kommer en dag, noen ganger jeg betaler på regning, en gang jeg betaler regning. Selv om jeg har betalt.. Selv om jeg har betalt, hallo, du har en dag, den huset vi skal låse hva som skjedde? (behandleren) er her og kan hjelpe meg, jeg kommer med en gang (behandler), hva skal jeg gjøre? Men før jeg vet ikke hvor jeg skal gå!*

En av de kvinnelige informantene setter også ord på hvordan det er å snakke om det som er vondt. Hun forteller om en gang da en behandler og en kulturtolk kom hjem til henne. Dette er et av de første møtene etter at de kom i kontakt, og hun begynner for første gang å fortelle om problemene sine. Hun forteller at hun begynner å gråte og at hun ikke klarte å stoppe:

*jeg gråter og jeg blir frisk, hodet mitt blir litt... når de går ut, de sier: i dag du har gjort kjempebra, du har gjort god oppgave. Før jeg ikke klarer å gråte, nå jeg gråter, når gråter jeg klarer ikke stoppe, men hodet mitt er.. Hun sa snakk, snakk! Før jeg ikke klarer snakke, nå jeg begynner å snakke, etterpå, jeg blir litt frisk, før det var veldig tungt her og her(bak øynene og andre steder på hodet) Alt!*

En av informantene beskriver hvordan en imam og en psykolog er ganske like. Hun forteller her om hva man kan gå med av problemer til imamen:

*Man kan gå med alle typer problemer, men han anbefaler hva du skal gjøre, men han hjelper ikke akkurat, han sier ta det med ro, livet er sånn, andre mennesker er døde, du er trygg her, du har det bedre enn de andre, han anbefaler akkurat som (behandler) sier, og noen ganger du vet ikke, selv om jeg vet at noen er syk og sover på sykehus, og jeg er bedre enn de, jeg trenger å huske det. For eksempel, jeg at noen ikke har bein, og noen har ikke øyne og jeg har bein og jeg har øyne og jeg er enda, når jeg ser de, de er verre enn meg, forstår du? (Ja, det forstår jeg.) Og noen ganger selv om jeg vet at de folkene er sånn, jeg husker ikke, jeg tror kanskje jeg er enda verre, og han sier - du har mer enn de. (Ok, så du skal være takknemlig?) Ja, nemlig - takknemlig for livet, du har i dag livet, i morgen du har ikke.. (Ja, så du må ta vare på livet ditt?) Ja, han sier sånn. Akkurat som psykolog!*

Imamen mener at det er som er viktig når det kommer til helbredelse av psykisk sykdom er å være i kontakt med nettverket sitt og å gå til legen:

*(Hvis det er en person som kommer til dere med psykiske problemer, hva vil du tenke da?) jeg ville tenke, jeg ville sitere noen vers i koranen for å se og hvis det ikke virker og det ikke er jinn eller den ikke reagerer, så da må man være psykisk syk. (Hva gjør man da?) Man må kontakte myndigheter og man må kontakte vanlig lege som kan behandle ham, på vanlig måte. Og denne personen må samtidig følge med, i sin egen religion og møte opp på sosiale ting, fordi møte opp og være sosial (Ja, det er viktig?) det er det viktigste med psykisk syke personer.*

### **Betydning av kulturell kompetanse og kulturtolker**

TF har som omtalt en behandlingsmodell som innebærer muligheter for oppsøkende arbeid. De vektlegger betydningen av å bruke kulturtolker i møtet med klienter. Jeg var derfor interessert i å undersøke hva denne kulturelle kompetansen og fokuset på bruk av kulturtolker betød for informantene, om dette hadde noen effekt på hvordan klientene følte seg forstått og

om dette eventuelt hadde noe sammenheng med en eventuell felles forståelse av forklaringer av lidelse.

Når det kommer til disse spørsmålene er det svært varierende hvor mye den enkelte informant har svart. Noen av spørsmålene er dessuten litt for abstrakte for et par av informantene til at de finner dem meningsfulle. De spørsmål i intervjuguiden som inviterte til abstraksjoner eller bygde på omtale av overordnede prinsipielle forhold, er de som ble mest endret i løpet av studien. For eksempel forteller alle informantene at de føler seg forstått, men ”forstått” tolkes på ulike måter av informantene. To av informantene tolker ”forstått” bokstavelig. Det virker som om de synes spørsmålet er rart og en informant svarer ”*men vi har jo talk*”.

Man kan tenke seg at kunnskap om Somalia eller Islam hos behandleren ble ansett som viktig for de av informantene som har lurt på om egne lidelser skyldes en åndebesettelse. En av informantene dette gjelder sier:

*De kjenner meg her - det er bra at han ikke er fra Somalia. (Er det viktig om han er muslim eller ikke?) Det er det samme, han hjelper meg, ved å prate, men han lærer ikke meg om religion. (Nei, og det er helt greit?) Ja, det er greit, legen min er også uten religion, og legen hjelper meg.*

Informanten sier her at de *kjenner henne* og det er det viktigste. Det er viktig å huske på at hun har vært i kontakt med TF i lengre tid. Bruken av kulturtolker er ansett som viktigst ved oppstart og i kontaktfasen. Etter dette er relasjonen viktigere enn trekkene ved den enkelte behandler slik Sue (2006) omtaler som tilskrevet og ervervet tillit. Det å bli sett og å stole på noen, er viktigere enn spesifikk kunnskap om gitte temaer. Alle informantene sier at behandlerens etnisitet er uten betydning. Samtidig er det verdt å merke seg at informantene hovedsakelig omtaler kulturtolken når de forteller om det første møtet med TF der det alltid er både en behandler (i TFs tilfelle ikke somaliske) og en kulturtolk. Et annet poeng er at de sier dette til meg som er en etnisk norsk, lys, ung dame. Det er ikke sikkert at de ville sagt at etnisitet ikke betød noe til en av kulturtolkene. Et eksempel på dette er et intervju jeg hadde med en sekundærinformant som var klient ved TF. Jeg spurte ham om nettopp dette med betydning av etnisitet hos behandleren og han sa da følgende:

*Jeg er ikke noe rasist eller noe sånt, som ser på kulturelle, hvem du er eller hvor du kommer fra. Jeg har respekt for alle sammen. Du vet, du kan, hvis han hadde vært en liten kinesisk jente, (Ler), det hadde vært det samme, du vet.*

Jeg synes bildet med den lille kinesiske jenta var en morsom illustrasjon på at etnisitet ikke betød noe, og fortalte derfor om dette til behandleren hans som har etnisk minoritetsbakgrunn fra et ikke - afrikansk land. Behandleren fortalte imidlertid da at samme klient allerede hadde sagt til ham at han synes det var fint at behandleren hadde en slik minoritetsbakgrunn for da følte klienten seg forstått.

En av informantene sier at det viktigste er at behandlerne i hvert fall kan det som er "basic" ved en kultur. I følge ham kan man merke om behandlere kan det som er "basic" med en gang, for eksempel på hva slags spørsmål de stiller. Han trekker frem kulturfolk ved TF og sier at han forstår veldig, veldig mye selv om han ikke er psykolog. Han forteller også om en lege som kommer fra Iran og hun kan også de "basic" tingene, fordi somalisk og iransk kultur ikke er så ulike i følge denne informanten. Jeg spør ham om han har et eksempel på noe den somaliske behandleren kan forstå at han trenger, og som en som ikke kjenner kulturen ikke hadde klart:

*Han kunne forskjellige steder i det somaliske miljøet og brukte mye tid til meg. Han kom til meg, flere ganger, jeg har ikke vært, ikke møtt og han fant meg der jeg er og det er en vanskelig jobb. Han går og finner meg selv om jeg ikke ville. Han får tak i meg, uansett hvor jeg er. Hvis jeg for eksempel ikke ønsker å komme til timen, han vet hvor jeg er og hvordan han kan finne meg. Så han kommer og henter meg (Han kommer og henter deg? Hva synes du om det?) Det er greit, fordi det var ikke sånn jeg vil, det er noe som forstyrrer meg, tvangstanker, de sier ikke gå til Tøyen. For det er ikke jeg som bestemmer og tvangstanken, som sier ikke gå til Tøyen, da måtte han hente meg.*

Til slutt i denne delen som har omhandlet informantenes møte med behandlingsapparatet kommer et råd fra en av dem til somaliere med problemer:

*Som sagt må du ringe legen og åpne deg selv, og hvis du ikke åpner deg selv kan ikke legen hjelpe deg. (Er det mange som ikke vil åpne seg selv eller?) Ja, faktisk! Enten de blir redd eller, jeg var syk og fikk ikke sove, jeg kunne ha snakket med mora mi, mamma, jeg fikk ikke*

*sove, et år, jeg kunne fått hjelp med en gang, mamma kunne tatt buss til legen og så kunne mor si: gutten min har ikke sovet på et år!” da kunne jeg sovet tre fire måneder, men jeg gjorde ikke det, jeg var bare redd.*

Det blir også gitt et tips til psykologer som skal jobbe med somaliere:

*Nei, det er bare å lese de bøkene til Bulhan (Bulhan er en psykolog med somalisk opprinnelse som vokste opp og tokk sin utdanning i USA. Siden reiste han til Somalia der han startet ett behandlingssenter.) hvis du vil bli ekspert for somaliere. Det var vanskelig for ham også, han brukte mye tid.(Han brukte mye tid?) Ja, i somalisk kultur, da han flyttet fra USA til Somaliland, det ble vanskelig, etter hvert han forstår veldig godt, først han tenker å skrive undersøkelse for det somaliske miljøet der nede, men det er feil sa han for det er ved å sitte med dem og ha kontakt.. Han prøvde der nede med spørreskjema, det gikk ikke.(Hvorfor gikk det ikke?) Det er feil, det er feil miljø, han har kommet til en annen kultur. Han sa: ”jeg har måttet sitte på restaurant med dem og bare å høre hva de forteller hverandre”, da får han de spørsmål han trenger. (De riktige spørsmålene?) Ja, det er nok det beste tipset, søke et stipend og bli kjent med kulturen!*

## **Diskusjon**

Forskningsspørsmålene i denne studien har vært: hva er forklaringsmodellen for egen lidelse for disse fem informantene med somalisk opprinnelse? Hvordan har informantens forklaringsmodeller påvirket møtet med psykisk helsevern og har forklaringsmodellen blitt påvirket av dette møtet? Felles for alle informantene er at deres meningsskapning og forklaringsmodeller for egne lidelser er preget av forsøk på å manøvrere mellom ulike kulturelle forklaringer som en konsekvens av eksiltilværelsen. Forklaringsmodeller behøver ikke, og er sjelden, enhetlige og logiske konstrukter (Kleinman, 1980). Forklaringsmodeller er stadig i endring og meningsskapning er en kontinuerlig prosess. Dette preger også informantenes forklaringer og meningsskapende prosesser. Som Kleinman forfekter oppstår forklaringsmodeller mellom ulike aktører, og disse kan være i stadig endring. Jeg vil derfor diskutere de ulike forhandlingene informantene inngår i, og hva dette betyr for konstruksjoner og rekonstruksjoner av forklaringsmodeller, når det gjelder forhandling med nettverket, behandlingsapparatet og meg. Deretter vil jeg diskutere implikasjonene av disse forhandlingene og innholdet i forklaringsmodellene for terapien og terapeuten.

## **Forhandlingen med nettverket**

Informantenes nettverk er preget av at de er løstvevede og transnasjonale, og derfor ganske ustabile. Denne mangel på stabilitet er viktig i en klinisk sammenheng. Sykdommens utbrudd kan føre til at klienten mister kontakt med deler av nettverket sitt slik noen av informantene har opplevd. Samtidig viser det seg i materialet at noen av dem allerede har vært svært ensomme ved sykdommens utbrudd. Dette retter tankene hen mot den forskning som tyder på at totalt fravær av, eller bare kontakt med få personer med samme etniske opphav, gir økt prevalens av alvorlige psykiske lidelser som schizofreni (Veling, Susser, van Os, Mackenbach, Selten & Hoek, 2008). Få av informantene har hatt noen nær seg ved sykdomsutbruddet og dermed har de heller ikke hatt noen som har sett hva som skjedde med dem. Flertallet av informantene forteller at de ikke hadde noen begreper for eller forklaringer på det som skjedde ved utbruddet av sykdommen. Opplevelsen var hovedsakelig preget av redsel og ensomhet. Noen av informantene har kommet i kontakt med andre deler av nettverket i løpet av sykdomsperioden. De informantene dette gjelder har da kommet i kontakt med familie eller andre med somalisk opprinnelse. For disse har lidelsen altså medført en kulturell retrett, hvilket kan føre til store endringer av forklaring og meningsskapning i løpet av sykdomsperioden - og dermed også i løpet av behandlingsperioden. Kjennetegnende for informantenes interaksjoner med nettverket er at få av dem har inngått i forhandlinger om hvordan lidelsen skal forstås eller forklares. Hvis familien har sagt at lidelsen handler om en jinn-besettelse, har ikke informantene protestert på dette eller sagt noe om at de selv kanskje tenker det samme, eller at det i stedet kan være for eksempel overbelastning eller schizofreni. Informantene i denne situasjonen har enten stilletiende akseptert at det kan være begge deler, endret sin forståelse til å være slik familien sier eller stilletiende avvist familiens forklaringer. Summen av dette er for det første at informantenes nettverk er ustabil og derfor lett kan endres ved sykdomsutbrudd. Dette har konsekvenser for deres meningskonstruksjon og kan føre til store endringer eller pendlinger mellom ulike forklaringsmodeller i takt med endringene i nettverk. Derved vil det kunne få betydning for behandlingsforløpet. For det andre benytter ikke informantene nettverket sitt for å gi mening til eller for å orientere seg mellom de ulike meningsskapende systemene de er omgitt av som konsekvens av deres eksistens. Nettverket deres er gjerne innenfor det ene eller andre meningsskapende systemet. Som behandler vil det derfor kunne være nyttig å finne ut av hvordan nettverket forstår klientens lidelse, både for å vite noe om hva slags forhandlinger klienten inngår i, men også for å få tilgang til eventuelle parallelle eller stilletiende forståelser hos klienten.

## **Forhandlingen med behandlingsapparatet**

Kjennetegnende for behandlingsprosessen informantene befinner seg i er et felles fokus hos behandler og informant på praktiske problemer som informanten selv ikke klarer å løse, og et felles fokus på symptomer. Årsaksforklaringer ser ut til å komme i bakgrunnen ved at det fokuseres på symptomene. Smerter i armen er smerter i armen uavhengig om det kommer av en jinn-besettelse eller av stressreaksjoner.

Et par av informantene har konstruert forklaringsmodeller der hjelpen de får i behandlingsapparatet ikke står i motsetning til en forklaringsmodell som omhandler for eksempel jinn-besettelse. ”Slik hjelp får man med problemer når man er i Norge i motsetning til når man er i Somalia”. Hvis behandlingstilbudet ikke hadde åpnet for hjelp med praktiske utfordringer kan det hende at noen av informantene hadde måttet inngå i en annen type forhandling om rasjonalen for behandlingen og hvordan tilbudet ville kunne være til hjelp, noe som igjen ville implisere en eksplisitt fremforhandling av en felles forståelse og forklaring av problemet mellom klient og behandler. I ordinær terapi betraktes ofte en slik behandlingskontrakt som en forutsetning for å kunne arbeide effektivt i terapien.

TFs modell er å gi støtte og hjelp til en gruppe som ikke nyttiggjør seg av det ordinære hjelpeapparatet. Noen ganger er terapien utført ”on the run”, for eksempel gjennom en terapeutisk samtale på vei til sosialkontoret med behandleren. Målet er ikke at de skal vite hva en psykolog er, men at de blir bedre og at behandlingen hjelper. Jeg har vært interessert i hvordan klientene har opplevd møtet med behandlingsapparatet og ikke hva som virkelig har foregått. Alle informantene forteller om hvordan de føler seg forstått i møtet med TF og spesielt viktige er kulturfolkene i denne sammenheng ”fordi de forstår veldig mye”. Hva dette betyr med hensyn til en forhandling av forklaring og meningsskapning til egen lidelse er vanskelig å si. Informantene sier ikke noe spesifikt om dette, men det virker som om den tause kunnskapen og gjenkjenneligheten kulturfolkene innehar og representerer er viktigere enn eksplisitte forhandlinger. TF samarbeider med moskeen og alle informantene synes dette er fint, men det er kun en av dem som forteller at han har benyttet seg av dette tilbudet. Det ser derfor ikke ut til at det er dette samarbeidet som har muliggjort behandlingskontakten slik man kunne ha tenkt seg, basert på noen av de religiøse forklaringene informantene har for egen lidelse.



Alle informantene som får medisiner sier at de tenker at de må ta de medisinene for å ikke bli som de var før. Medikamentetterlevelsen tyder på den ene siden på at en forhandling har foregått. På den andre siden kan medikamentetterlevelse, som føyelighet mer enn aksept, også føre til at behovet for en forhandling ikke blir presserende fra behandlerens perspektiv. Noen av begrepene er for enkelte av informantene uten forklaring, og vitner om hvordan begreper og mening kan være vanskelig å integrere generelt, og kanskje også spesielt når man befinner seg mellom ulike meningsskapende systemer. Et spørsmål er imidlertid om behandleren trenger å snakke om mening og forklaringsmodeller hvis informantene tar medisinene sine og ellers er fornøyd med hjelpen de får. Hvis meningsskapning og forklaring av egen lidelse er et opplevd problem for klienten kan han eller hun ta opp disse spørsmålene selv? Har behandleren rett til, å tematisere disse spørsmålene ytterligere, eller pålegges en slik oppgave? Aksept av ulike sykdomsforståelser og kreative integreringer av ulike forståelser kan jo være både sunt og adaptivt? Selv om forklaringsmodellene ikke er helhetlige og enkelte begreper er løst fra forklaringene, har alle informantene på en eller annen måte oppnådd å skape mening med det som skjer med han eller henne. Kan det være at informantene ikke ser hjelpeapparatet som et sted hvor man kan diskutere disse ulike meningskapende systemene da behandlingsapparatet hører til det ene systemet? Dette er viktige spørsmål som aktualiseres av undersøkelsen, men som det er vanskelig å gi et entydig svar på. Imidlertid kan det være viktig for klinikerne å reflektere over at implikasjonene av å ikke presse gjennom en prematur behandlingskontrakt kan være at klienten i stedet opererer med en implisitt forståelse av hva behandlingen går ut på, og at dette i noen tilfeller ekskluderer potensielt viktig problemstillinger fra tematisering i behandlingen. Samtidig kan nettopp det å presse igjennom en slik behandlingskontrakt fører til et brudd i behandlingen. Dette er noen av utfordringene som møter klinikerne.

### **Forhandlingen med meg**

Det tydeligste funnet i denne studien, er at forklaringer som omhandlet jinn-besettelser først ble fremlagt ved å direkte adressere disse temaene. Dette peker på at forklaringsmodeller ikke bare kan "tappes" ved å stille åpne spørsmål, Som tidligere omtalt har en av utfordringene i arbeidet med denne oppgaven vært hvilke spørsmål jeg skal stille for å få tak i informantenes forståelser av egen lidelse og tilhørende meningskapning. Det har vært utfordrende fordi jeg gang på gang har oppdaget hvordan mine oppfatninger og forståelser har vært utydelige for meg, og dermed har jeg enkelte ganger ikke sett mulige koblinger og tatt en felles forståelse for gitt fordi det for meg har fremstått som selvsagt. Jeg tok eksempelvis utsagnet om at

narkotika kan føre til at man blir syk, som en bekreftelse på at vi hadde en delt forståelse av den toksiske virkningen av narkotika. Det viste seg derimot at informantens forståelse var en helt annen, nemlig at man er en dårlig muslim hvis man bruker narkotika og at dårlige muslimer er mer utsatt for sykdom. Andre eksempler er at slektingens død kan føre til en rekke symptomer, ikke nødvendigvis forstått som et resultat av stress og traumatisering, men fordi slektingens jinn kan ha kommet inn i informanten fordi de var glad i hverandre, eller at lidelse oppstod *etter* at informanten ble innlagt på sykehuset. Spørsmålene som omhandler årsak vil bare fange opp en del av meningskonstruksjonen knyttet til egen lidelse. Å be informantene om å fortelle om da de ble syke, hva som skjedde og hva de tenkte om dette har gitt ytterligere informasjon om meningskonstruksjon og forståelse ut over årsaksforklaringene. I tillegg har som omtalt spørsmål vedrørende nettverkets forståelser av informantens lidelse gitt ytterligere informasjon.

Hvorfor ble ikke forklaringsmodeller som omhandlet jinn-besettelser fremlagt av de informantene som senere tematiserte dette, da jeg stilte de åpne spørsmålene om forståelser, forklaringer og begreper for egen lidelse? Bakhtin (se Mkhize, 2004) var opptatt av hvordan relasjonene er mellom de som inngår i dialogen. Hva kan sies og hva kan ikke sies i ulike sosiale situasjoner? Hvem har rett til å snakke og hvem bør tie? Collins (2004) peker på hvordan dette reiser et spørsmål om makt, hvem har autoriteten og hvem er marginalisert i dialogen? Dialogen er kjennetegnet ved at *begge* parter i samtalen bidrar til en forståelse. I følge Collins har psykologien vært preget av å være monologisk. Det vil si at en part snakker *til* den andre part fremfor *med*. I følge Collins (2004) kan man overkomme noen av psykologiens utfordringer i forhold til det etnisk mangfoldet man møter i klinikken ved å innta en dialogisk holding. En slik holdning innebærer en særlig bevissthet rundt marginaliserte ideer og personer, samt om maktposisjonen man har som psykolog. Dette gjelder både som representant for en profesjon og da vanligvis for majoritetskulturen.

Når jeg da har gått inn og valgt å stille spesifikke spørsmål om jinn-besettelser skal dette ikke forstås som at jeg virkelig har avdekket *den sanne forståelsen* av psykisk lidelse hos informanten. En måte intervjueren eller behandleren bidrar til samkonstruksjonen er å gi intervjuet en bestemt retning ved å stille noen spørsmål og utelate potensielle andre spørsmål. Forklaringsmodeller og meningsskapning endres som omtalt over tid og etter hvem man inngår i dialog med. Når man forstår mening på en slik måte, kan man ikke hevde at man har sikker vitenskaplig viten. Drozdek (2007) har derfor foreslått at man skal tenke på sine

resultater som omtrentlig kunnskap (approximate knowledge) for å understreke at man ikke kan kjenne ”den hele og fulle sannhet”.

### **Innholdet i forklaringsmodellene**

Forklaringsmodeller blir konstruert og rekonstruert i samspillet mellom ulike aktører, men hva er *innholdet* i klientenes forklaringsmodeller? Felles for informantene var at ingen hadde det Young (1982) omtaler som internaliserte forklaringer på sykdommen sin. I følge Young vil grad av eksternaliserende kontra internaliserende forklaringer kunne si noe om forståelsen av selvet. I følge Young (1976) henger ofte en eksternaliserende sykdomsforståelse sammen med en kollektiv forståelse av selvet. Denne studien viser at informantene skaper mening rundt egen lidelse på ulike måter. Selv om det forekom vestlige og velkjente forklaringsmodeller, var de fleste ganske fremmedartede for en kommende norsk psykolog oppdratt og utdannet i en rasjonell og antireligiøs tradisjon. Et flertall av informantene hevdet at hendelser i livet ikke hadde sammenheng med utbrudd av lidelsen. Noen forbandt problemene med et skjebnebestemt liv, eller oppgav jinn-besettelser som forklaring, eller mulig forklaring, for egen lidelse. Hva betyr så disse forklaringsmodellene for et terapeutisk arbeid? Er det mulig å snakke om jinn-besettelser i terapi?

### **Implikasjoner for terapi og terapeut**

Informantenes meningsskapende prosesser bærer som sagt preg av at de som konsekvens av eksiltilværelsen orienterer seg mellom ulike forståelsessystemer. Det ser ut til at informantene har vært ganske alene i prosessen om å gi mening til både prosess og orientering mellom disse ulike forståelsessystemene. Informantenes befinner seg i en situasjon der de kan pendle mellom ulike meningsskapende systemer, men i rommet mellom disse ulike systemene er de alene. Kirmayer (2007) forteller om en canadisk - kinesisk jente for å illustrere betydningen av denne mellomposisjonen. Denne jenta er fanget mellom et ønske om å være en god og pliktoppfyllende svigerdatter ved å tillate svigermoren en dominerende rolle i omsorgen av barnet, og følelsen av å bli frarøvet sin morsrolle. Kirmayer mener at psykoterapi som støtter henne i å etablere autonomi og grenser i forhold til andre, ikke nødvendigvis oppleves støttende av klienten selv. Klienten har ikke et individualistisk prosjekt. Det terapeutene fortolker som andres diskvalifikasjon av hennes sanne følelser, opplever hun som en asosial impuls som fremmedgjør henne fra den eneste personen hun kan se for seg å være. Denne historien illustrerer at mennesker som befinner seg mellom ulike kulturer eller meningsskapende systemer, ved behandling kan risikere å bli møtt kun på den banehalvdelen

som er behandlerens domene og kun innenfor det meningsskapende systemet som er felles for behandler og klient. Det foreliggende studie viser hvordan forståelser og samtaler lett kan befinne seg innenfor psykologens egne meningsskapende systemer, som når informantene først velger å komme med vestlig - psykologiske begreper på egen lidelse. Årsakene til dette kan som omtalt være flere. Dette blir problematisk når en del klienter som befinner seg i en slik situasjon har et lidelsesbilde som kan omhandle nettopp denne vanskelige orienteringen og meningsskapende prosessen mellom ulike systemer.

Arild Aambø (2009) har kommet med et eksempel på hvordan hjelp til å orientere seg mellom disse ulike systemene kan være nyttig for klienten. Aambø ble invitert til å snakke med pasient innlagt på psykiatrisk avdeling da denne pasienten hadde snakket om jinn, og de ansatte på avdelingen ikke visste mye om dette. Aambø spør da på et eller annet tidspunkt denne pasienten om hvordan det er for ham at de snakket om jinner når de på sykehuset kaller det schizofreni. Pasienten svarte da at nå som de sammen hadde satt ord på dette, hadde han forstått at jinn og schizofreni kunne være mye av det samme, men at han var glad for å kunne få snakke om jinner, for før dette så hadde han ikke kunne forstå sin egen situasjon. Denne historien er interessant for det viser at det har noe for seg å åpne for en mulighet til å snakke om slike temaer. Samtidig vil ikke en slik samtale neppe være meningsfull for *alle* som tenker at de er besatt av jinn. Aambø (2009) vektlegger i forbindelse med denne historien at det er vanskelig å nærme seg disse temaene på en fornuftig måte fordi vi så lett at kommer med våre stereotypifiseringer og tenker at hvis noen er fra Somalia så kan det være noe jinn-problematikk med i bildet.

Kirmayers historie om den canadisk - kinesiske jenta peker også på noen av de utfordringene psykologer står ovenfor når de møter klienter med et annet ontologisk perspektiv enn deres eget. Spørsmålet om hva som er evidensbasert praksis, og generaliserbarheten av denne overfor ulike etniske minoritetsgrupper, er svært omdiskutert og åpenbart utenfor rammene av denne oppgaven. Mitt poeng, i samsvar med Kirmayers, er at hele det ontologiske systemet, så vel forståelsen av selvet som orienteringen mellom ulike meningsskapende systemer må vurderes når man skal avgjøre behandlingens mål og metode. Imamen ga et eksempel på betydningen av verdier da han sa at problemet for noen av de menneskene som lider er at de har begynt å stille spørsmål om *hvorfor*. Problematikeringen av *hvorfor* handler om at verdien av å akseptere livet slik det er, vil kunne stå i motsetning til ideen om å man selv bærer ansvaret for sin skjebne. Sistnevnte ide er basert på en euro - amerikansk, men egentlig

hovedsakelig psykologisk forståelse av eksistensielle temaer som tar opp menneskets frihet kontra determinisme, og meningen med livet. Denne ide-konflikten tvinger psykologen til å skille mellom verdier og verdensanskuelse og hva som kan være helbredende for klienten.

Å inngå i forhandlinger om forklaringsmodeller og meningsskapning sammen med klienten kan være spesielt vanskelig for psykologen når temaene er av religiøse art og omhandler ånder. Flere (Brown, 2008, Yalom, 2007) har pekt på at mens folk flest (både i USA og Somalia) er religiøse, skiller psykologer seg ut som en spesielt antireligiøs gruppe. Når mening og forklaringsmodeller er relatert til religiøse spørsmål mener Brown (2008) at psykologen ikke burde ha lov til å henvise klienten videre til en religiøs representant uten først å vektlegge slike temaer. Man må ikke glemme å se disse temaene som generelle meningsskapende prosesser. I følge Skårderud (2007) er noe av det viktigste i våre liv er å ha en sammenhengende opplevelse av oss selv. Religiøse følelser kan i en slik sammenheng være et uttrykk for selv-kontakt. Spesifikt for å muliggjøre samtaler om jinn-besettelser er i følge blant annet Nathan (1996) og Aambø (2009) at man ikke må tolke jinnen som et symptom som skal behandles eller fremstille jinnen som noe som kommer fra personen selv. Dette vil kunne bryte så mye med klientens forståelse av jinn at samtalen også vil bryte sammen. Samtidig kan det være situasjoner som kan gjøre mennesker mer *sårbar* for jinn-besettelser, selv om dette ikke skal bli forstått som årsaken til besettelsen. For eksempel kan det å være psykisk syk gjøre en mer sårbar for en besettelse, men de to tilstandene blir ikke forstått som det samme. Det vil være situasjoner der psykologen vil mene at man fremfor å gå med klientens forklaringsmodeller bør realitetsorientere. Hvordan skiller vi vrangforestillinger, religiøsitet, besettelser og schizofreni? Dette finnes det ikke noen fasit på, og vil derfor måtte vurderes i hvert enkelt tilfelle. Mitt poeng i denne sammenheng er å belyse noen av de utfordringer og muligheter som finnes med hensyn til å inngå i en forhandlende og meningsskapende prosess med klienter som kan ha kulturelt betingede ukjente, fremmede og noen ganger religiøse forståelser og forklaringer av egen lidelse.

Som omtalt har flere pekt på betydningen av å utvikle en klar bevissthet om egen kulturell forankring som menneske og fagperson for bedre å evne og forstå andre posisjoner og meningsskapende systemer. I løpet av denne studien har jeg møtt meg selv i døren når det kom til helt andre temaer enn hva jeg på forhånd hadde tenkt på at hadde formet og påvirket meg. Blant annet ble årsakssammenheng et viktig tema i studien. Det hadde ikke falt meg inn at jeg er preget av en aristotelisk formallogikk, og at dette har stor betydning for hvordan jeg

forstår verden og informantens historie. Hvordan tenker vi utenfor kategoriene som vi er lært å tenke innenfor? Hvordan unnslipper vi grensene for våre egne ideer, spesielt de vi tar mest for gitt? Svaret kan se ut til å ligge i det Ahlberg og Duckert (2006) sier; det blir som å se i et speil, gjennom å oppdage ”de andre” blir vi oppmerksomme på nye sider ved oss selv.

Forhandlingen mellom klienten og behandleren vil alltid være preget av begge tolkninger av den andre. På samme måte som behandleren eksplisitt bør adressere klientenes forklaringer og livsverden for å unngå stereotypisfisering og feilslutninger, bør behandleren, i tillegg til å være bevisst sine egne forståelser, også være eksplisitt i forhold til egne forståelser. Slik kan man kanskje unngå noen av de feiltolkningene klienten gjør med hensyn til behandlerens forståelse, og også åpne opp for dialog om dette. Å si at man selv tenker at pasientens lidelse nok skyldes overbelastning og ikke jinn - besettelse kan åpne for en dialog og en forhandling i større grad enn i en situasjon hvor man ikke kommenterer på dette. Derved blir det opp til klienten å gjette hva terapeuten tror om dette, og ganske sannsynlig vil klienten gjette riktig samtidig som man ikke får diskutert dette temaet. Som Yalom (2002) skriver er pasientene allerede belastet med det primærproblemet som brakte dem til en terapeut, og det har ingen hensikt å kaste dem ut i en prosess som kan skape ytterligere problemer, som for eksempel angst ved å bli satt inn i en uklar sosial situasjon uten retningslinjer for hvordan man skal oppføre seg eller delta.

## **Konklusjon**

Informantenes kontakt med behandlingsapparatet har vært muliggjort gjennom TFs behandlingsmodell som innebærer bistand med det som er presserende for informantene, mulighet for oppsøking og bruk av kulturtolker og informantenes aksept av hjelp. Slik kan møtet mellom TF og informanten sies å være en gjensidig akkulturasjonsprosess. Det kan være grunn til å hevde at en mer meningsfokuset terapi kunne være et ønsket supplement til behandlingstilbudet for noen av klientene. Dette vil imidlertid kreve at man som behandler er bevisst de ulike sykdomsvirkelighetene klientene forholder seg til, og at man passer på at samtalen ikke bare beveger seg innefor behandlerens meningsskapende systemer. Dette vil igjen kreve at behandleren har en bevissthet på det som ikke blir sagt, og i noen tilfeller vil derved kulturell kunnskap være avgjørende for å vite noe om hva dette kan være, slik tilfellet var med jinn i denne studien.

## Referanser:

- Ahlberg, N. & Duckert F. (2006). Minoritetsklienter som helsefaglig utfordring. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 1276-1281.
- Allport, G. (1954). *The Nature of Prejudice*. Addison-Wesley.
- American Psychological Association (2003). Multicultural Guidelines: Education, Training, Research, Practice and Organizational change for psychologists. *American Psychologist*, 58, 377 – 402.
- Aponte, J. F. & Johnson, L. R. (2000). Impact of culture on the intervention and treatment of ethnic populations. I. J. F Aponte & J. Wohl (Red.) *Psychological interventions and cultural diversity* (second edition) (ss. 18-39). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Baarnhielm, S. (2004). Restructuring illness meaning through the clinical encounter: A process of disruption and coherence. *Culture, Medicine & Psychiatry*, 28, 41 – 65.
- Baarnhielm, S. (2005). Making sense of different illness realities: Restructuring of illness meaning among Swedish – born women. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 350 – 356.
- Baarnhielm, S., Rosso, M. S., Patti, L. (2007). *Culture, context and psychiatric diagnosis – Interview Manual for the Outline for a Cultural Formulation in DSM – IV*: Transcultural Centre Stockholm County Council.
- Baarnhielm, Rosso & Patti (2010). *Kultur, kontekst og psykopatologi - Manual for diagnostisk intervju basert på kulturformuleringen fra DSM- IV*, Oslo: NAKMI
- Berry, J. W. (2003). Conceptual approaches to acculturation. I K. M. Chun, P. B. Organista, & G. Marín (Red.) *Acculturation: Advances in theory, measurement and applied research* (pp. 17-37). Washington, D.C.: American Psychological Assoc.

- Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation and adaptation, *Applied Psychology: An International Review*, 46, 5-68
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, & Practice*, 16, 252-260.
- Brown, L. S. (2008). *Cultural Competence in Trauma Therapy – Beyond the Flashback*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Collins, D. (2004). Summary; Theoretical resources. I Hook, D. (Red.) *Critical Psychology*. (ss. 2-9) Cape Town, UCT Press
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative Inquiry & Research Design – Choosing Among Five Approaches*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Drozdek, B. (2007). The rebirth of Contextual Thinking in Psychotraumatology. I G. Drozdek & J.P.Wilson (Red.) *Voices of Trauma – Treating Psychological Trauma Across Cultures*. Springer US.
- Elder, N. C., Gillcrist, A., Minz, R. (1997). Use of alternative health care by family practice patients. *Archives of Family Medicine*, 6, 181 – 184.
- Engebrigtsen, A. og Ø. Fuglerud (2007). Ekteskap, slektskap og vennskap; nettverk som inntak til kulturelle prosesser. I Fuglerud, Ø. og T. Hylland Eriksen (Red.): *Grenser for kultur*. Oslo, Pax Forlag.
- Fangen, K. (2006). Stolthet og krenkelse: somalieres opplevelser av tilværelsen i Norge. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 1309 – 1319.
- Fangen, K. (2006). Assimilert, hybrid eller inkorporert i det etniske? Tilpasning og identifikasjon blant somaliere i Norge. *Sosiologisk tidsskrift*, 14, 4 – 33.
- Fuglerud, Ø & Hylland Eriksen, T. (Eds.) (2007). *Grenser for kultur*. Oslo: Pax Forlag.



- Ghane, S., Kolk, A. og Emmelkamp, P. (2010). Assessment of explanatory models of mental illness: effects of patient and interviewer characteristics. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 175-183
- Gaiman, N. (2001). *American Gods*, London: HarperTorch
- Groleau, D., Young, A. & Kirmayer, L. J. (2006). The McGill Illness Narrative Interview (MINI): An interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience. *Transcultural Psychiatry*, 43, 671-698
- Guerin, B., Guerin, P., Diiriye, R.O. & Yates, S. (2004). Somali Conceptions and Expectations concerning Mental Health: Some Guidelines for Mental Health Professionals: *New Zealand Journal of Psychology*, 33,
- Hays, P. A. (2008). *Addressing Cultural Complexities in Practice – Assessment, Diagnosis and Therapy*. Washington D.C: American Psychological Association.
- Hauff, E. (2008). Innvandrere og psykiatriske tjenester, *Tidsskrift for den norske legeforening*, 128,
- Hjelde, K. H. (2008). Somalieres forståelse av psykisk helse, sykdom og behandling i eksil (Del 2): Konsekvenser for psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for Psykisk Helsevern*, 01, 25 – 33.
- Hook, D. (2004). Frantz Fanon, Steve Biko, "psychopolitics" and critical psychology. I Hook, D. (Red.) *Critical Psychology*. Lansdowne: UCT Press
- Hultberg, K. & Farshbaf, M. (2008). *Rapport 2007 – 2008, Øst – Afrika Prosjektet/Prosjekt for Traumatiserte Flyktninger*. Lovisenberg Diakonale Sykehus, Tøyen DPS.
- Hultberg, K. & Farshbaf, M. (2009). *Sluttrapport, Øst – Afrika Prosjektet/Prosjekt for Traumatiserte Flyktninger*. Lovisenberg Diakonale Sykehus, Tøyen DPS.
- Jakobsen, M., Sveaass, N., Johansen, L. E. E. & Skogøy, E. (2007). *Psykisk helse i mottak. Utprøving av instrumenter for kartlegging av psykisk helse hos nyankomne asylsøkere. Rapport nr. 4/2007*. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

- Johannessen, J. O. (2005). Schizofreni – klinisk bilde og utbredelse. I Rund, B. R (Red.) *Schizofreni*. Stavanger: Hertervig Forlag
- Johnson, L. R., Bastien, G. & Hirschel, J. (2009). Psychotherapy in a culturally diverse world. I S. Eshun & R.A.R. Gurung (Eds.) *Culture and mental health – sociocultural influences, theory and practice*. West Sussex, UK: Wiley – Blackwell.
- Kirmayer, L. J. (2007). Psychotherapy and the cultural concept of the person. *Transcultural Psychiatry*, 44, 232-257.
- Kleinman, A. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine*, 12, 85-93.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley, University of California Press.
- Kleinman, A. (1988). *Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience*. New York: The Free Press.
- Kleinman, A., Eisenberg, L. & Good, B. (1978) Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropological and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88, 251-258.
- Lu, F. G., Lim, R. F. & Mezzich, J. E. (1995). Issues in the Assessment and Diagnosis of Culturally Diverse Individuals. I Mezzich, J. E & Carracci, G, (Red.) (2008). *Cultural Formulation – A reader for Psychiatric Diagnosis*. Plymouth: Jason Aronson
- Marsella, A.J., & Yamada, A. (2000). Culture and mental health: An introduction and overview of foundations, concepts, and issues. I Cuellar, I. & Paniagua, F. (Eds.) *The handbook of multicultural mental health: Assessment and treatment of diverse populations*. New York, NY: Academic Press.
- Mirdal, G. M. (2001). Om opplevelsen af de andres lidelser, *Psyke og Logos*, 22, 50-59.

- Mkhize, N. (2004). Psychology: An African perspective. I Hook, D. (Red.). *Critical Psychology*. Lansdowne: UCT Press
- Nathan, T. (1996). *The immigrant, His shrink, His judge, His social worker, and other representatives of the occult*. Melanpous
- Nathan, T. (1997). The Djinns: A Sophisticated Conceptualization of Pathologies and Therapies. I R. Moodley & W. West (Red.) *Integrating Traditional Healing Practices Into Counseling and Psychotherapy*. Thousand Oaks, London, New Dehli, Sage Publications, 2005, 26-37.
- Nørbech, N. B. & Farshbaf, M. (2007). *The boys from Eika: Emotional survival in a hostile world*, Hovedoppgave, Universitetet i Oslo
- Reichelt, S. & Sveaass, N (1994). What is a good conversation? *Family Process*, 33, 247-262.
- Rogler, L. H. (1993). Culturally sensitizing psychiatric diagnosis: A framework for research. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 181, 401 – 408.
- Rogler, L. H. & Cortes, D. E. (1993). Help – seeking pathways: A unifying concept in mental health care. *American Journal of Psychiatry*, 150, 554 – 561.
- Rudmin, F.W. (2003). Catalogue of Acculturation constructs: Descriptions of 126 taxonomies, 1918-2003. I Looner, Dinnel, Hays, Sattler (Red.), *Online Readings in Psychology and culture* 8. Center for Cross-Cultural Research, Western Washington University, Bellingham, Washington
- Silverman, D. (2005). *Doing Qualitative Research*, London, Sage Publications
- Stern, L. & Kirmayer, L. J. (2004). Knowledge structures in illness narratives: Development and reliability of a coding scheme. *Transcultural Psychiatry*, 41, 130 – 142.
- Sue, S. (2006). Cultural Competency: From Philosophy to Research and Practice. *Journal of Community Psychology*, 34, 237 – 245.

- Sveaass, N. & Johansen, L.E.E. (2006). Drømmen bortenfor: Traumatiserte flyktningers møte med psykologisk behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 1282-1291
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitativ metode*, Bergen, Fagbokforlaget,
- Tseng, W. (2001). *Handbook of Cultural Psychiatry*, London, Academic Press.
- Varvin, S. (2003). *Flyktningpasienter: Behandling, Rehabilitering og Utvikling*, Oslo, Universitetsforlaget
- Velling, Susser, van Os, Mackenbach, Selten & Hoek (2008). Perceived discrimination and the risk of schizophrenia in ethnic minorities: a case control study, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 953-9.
- Vygotsky, L.V. (1962). *Thought and language*. Cambridge, Massachusetts: M.I.T. Press.
- Yalom, I.D. (2002). *The Gift of Therapy*, New York: Harper-Collins Publishers.
- Yalom, I.D. (2007). *Religion og Psykiatri*. Oslo: Arneberg Forlag.
- Young, A. (1976). Internalizing and Externalizing Medical Belief Systems: An Ethiopian Example. *Social Science and Medicine*, 10, 147 - 156
- Young, A. (1982). Rational men and the explanatory model approach. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 6, 57 – 71.

## APPENDIKS I

### Intervjuguide

#### **Klient**

Jeg arbeider med en studie i forbindelse med hovedoppgaven min på universitetet i Oslo. Den handler om hvordan det er å gå i behandling hos en psykolog i Norge når klienten og psykologen har ulik forståelse av hva som er årsaken til det som plager en. For at psykologer skal kunne tilby god hjelp også til de som sliter med Jinn problemer må vi som er psykologer lære mer om dette gjennom informanter som deg selv. Jeg er veldig glad for at du vil hjelpe meg med dette. Det er viktig for meg at du er så ærlig som mulig, det er du som er ekspert på dette temaet og på dine egne erfaringer. Det finnes ingen riktige eller gale svar. Hvis det er spørsmål du føler mangler eller noe som er uklart må du ikke nøle med å fortelle meg om dette eller spørre.

Det er viktig at du husker på at du når som helst kan trekke deg og avslutte intervjuet uten at dette får noen konsekvenser. Både jeg og tolken har taushetsplikt, det vil si at vi vil miste jobben vår og få en straff hvis vi snakker om deg utenfor lukkede dører hvor det bare er vi som er tilstede. Alt du sier vil bli anonymisert, det vil si at jeg finner på et falskt navn og endrer faktaene slik at det ikke er mulig å skjønne at det er deg det står om hvis man leser oppgaven min.

#### **Hva tenker du at helse er?**

- Hva er god helse/å ha det bra?
- Finnes det ulike typer helse?

**Hva tenker du at sykdom er?** (Jeg er her mest interessert i problemer eller tilstander det kan være vanskelig å få hjelp med hos en vanlig norsk lege.)

- Finnes det ulike typer sykdom?
- Hva kan være årsaker til at man blir syk?
- Er det noen som er mer utsatt for å bli syk enn andre?
- Hva er årsaken til Walli? (galskap)
- Hva er årsaken til WelWel? (sterk bekymring som forårsaker at man ikke får oppfylt sine plikter og går og grubler)
- Hva er årsaken til buufis? (følelse av verdiløshet)

#### **Hva er Øst – Afrika prosjektet og hva har de hjulpet deg med?**

- Du er jo blitt rekruttert som informant gjennom Øst – Afrika prosjektet, hva er det de driver med?
- Hva var grunnen til at du kom i kontakt med prosjektet?

- Hva har du fått hjelp med gjennom det?

### **Hva er dine erfaringer med Jinn problemer?**

- Hva er en jinn besettelse?
- Finnes det ulike typer Jinn? (varierende grad av hvor farlige de er, hvilken form de har, hvor de holder til, hva de ønsker, kjønn)
- Finnes det Jinn i hele verden? Også i Norge?
- Hvor er det mest sannsynlig å møte på Jinn?
- Har noen du kjenner vært besatt av Jinn?
- Hvorfor blir noen besatt av Jinn?
- Hva er det Jinn ønsker/hva er målet/hvorfor har Jinn besatt noen?
- Har du vært besatt av Jinn?
- Hva skjedde da?
- Hadde Jinnen et personnavn?
- Kategorinavn?
- Kan man snakke med andre man kjenner om Jinn problemer? (Majnoun – å bli innjnned i følge Nathan)

### **Hva kan man gjøre for å bli frisk/bli bedre?**

- Hva gjør du med dine problemer/for å ha det bra?
- Imam/Sheikh? , hva kan han gjøre? Bruker han ulike løsninger på ulike problemer? Hva slags problemer kan/må man gå til en imam med?
- Be? Ulike bønner for ulike problemer? Andre som ber for deg også?
- Seremonier?
- HjelpeJinn? Som bekjemper eller overbeviser (jamfør Nathan)
- Navngi ham? Bli venn med/alliert?
- Hva er det Jinn ønsker/hva er målet/hvorfor har Jinn besatt noen?
- Familie? Hva gjør familien hvis noen har det dårlig? (er engstelige/redde urolige eller nedstemte). Kan man snakke med andre utenfor familien om det også? Hva gjør familien helt konkret? Eksempler?
- Hva ville blitt gjort i hjemlandet ditt? Egne eksempler? Hva ville bli gjort her? Ville noe bli gjort annerledes?
- Psykisk helsevern i Norge?

### **Erfaring og forventning til ((psykisk)) helsevern**

- Hvor mye har du vært i kontakt med psykisk helsevesen? (slik som Tøyen DPS, psykologer, leger).
- Har noen du kjenner vært i kontakt med psykisk helsevesen?
- Føler du at dette systemet kan hjelpe deg eller andre du kjenner?
- Hva er det som gjør at de kan hjelpe/ikke hjelpe?
- Føler du deg at du ble eller vil kunne bli forstått?
- Hva er det som gjør at du tror du kan bli forstått/ikke forstått?
- Hadde det hjulpet om hjelperen kjente Islam/jinn/?
- Psykisk helsevern/staten - Når er det man kan/bør kontakte psykisk helsevern? Hva forventer du å få hjelp med da? Vil du selv gjøre det/anbefale andre å gjøre det? Hva er motforestillingene og fordelene?
- Vil du ønske/kunne fortelle til en etnisk norsk hjelper hvordan du forstår årsaken til et problem?
- Hva tror du en etnisk norsk psykolog vil tenke at er årsaken til Jinn problemene?
- Hva tror du psykologen vil tenke om et slikt problem?
- Hvordan kan man snakke om Jinn i en terapeutisk setting med en etnisk norsk behandler?

### **Hva ønsker du/hva vil du anbefale psykologer som skal hjelpe folk med slike problemer?**

- Er det noe psykologen kan gjøre/vite/ikke gjøre/ikke si?
- Kan en etnisk norsk person hjelpe i forhold til problemer som har med Jinn å gjøre?
- Hvis psykologen kom fra samme land som deg, hadde det vært lettere å snakke med han/hun om årsaken til problemene da?
- Er det noe pasienten kan gjøre/ikke gjøre/ si/ikke si?
- Er det noe som kan omorganiseres, samarbeid mellom moske og helsevern?
- Hvordan er din drømmehjelper/terapeut?