

# Flyktninger i traumebehandling

## *Klienterfaringer og terapeututfordringer*

Lina Mirabsen og Wei Chil Kung



Hovedoppgave i psykologi ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Høsten 2017

# Flyktninger i traumebehandling

## *Klienterfaringer og terapeututfordringer*

Lina Mirabsen og Wei Chil Kung

© Lina Mirabsen og Wei Chil Kung

2017

Flyktninger i traumebehandling

*Klienterfaringer og terapeututfordringer*

Lina Mirabsen og Wei Chil Kung

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

**Forfattere:** Lina Mirabsen og Wei Chil Kung

**Tittel:** Flyktninger i Traumebehandling: *Klienterfaringer og terapeututfordringer.*

**Veileder:** Agnes Andenæs (hovedveileder) og Marianne Opaas (biveileder)

Hvordan kan en behandling av traumatiserte klienter med flyktningbakgrunn se ut der klienten sitter igjen med en positiv opplevelse av terapien etter avslutning? Dette spørsmålet ble utgangspunktet for vår kvalitative oppgave. Vi valgte dette spørsmålet fordi vi hadde et ønske om å: 1) få frem hva som var virksomt og hva som gikk bra i behandlingsforløpet og 2) få frem perspektivene til disse klientene og deres terapeuter. Hvordan opplever og forstår disse klientene sine problemer og symptomer? Hva opplevde de som endringsfremmende, og hva satte de mest pris på? Hva forteller terapeutene om behandlingen og eventuelle utfordringer? Hvordan opplever og forstår de klientene de har hatt i behandling? Ser disse forløpene spesielt annerledes ut enn terapi med andre klientpopulasjoner? Vår tilgang til forskningsintervjuer med både klienter og deres behandlere ga oss mulighet til å utforske og sammenligne perspektiver fra begge sidene.

Oppgaven tok utgangspunkt i en rekke forskningsintervjuer som hadde blitt samlet inn gjennom et forskningsprosjekt i regi av Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress (NKVTS). Prosjektet var en prospektiv naturalistisk langtidsstudie av 54 klienter med flyktning- og traumbakgrunn som ble tatt imot til behandling i poliklinikker innen psykisk helsevern/DPS og i privatpraksis i årene 2006 til 2009 (NKVTS, i. d.). Vår oppgave baserte seg på sekundæranalyser av intervjuer med seks av disse klientene samt deres terapeuter.

En somatisk forståelse av egne symptomer var vanlig blant klientene i utvalget. Ingen av klientene hadde selv etterspurt terapi som behandling, og mange var usikre på hva terapien kunne hjelpe dem med. En del ønsket hjelp i kommunikasjonen med eksterne instanser. Terapeutene hadde ulike måter å møte klientene på hver av disse punktene, og materialet gir et innblikk i hvilke tilnærminger klientene opplevde som positive og alliansebyggende. Vi fant også at både klientene og terapeutene tok opp klientenes fortid, men klientene og terapeutene så ut å ta utgangspunkt i ulike formål, der terapeutene ofte ønsket å gå inn på fortiden med et traumeperspektiv, mens klientene i større grad tok opp det gode de hadde mistet.

Etter avslutning av terapien snakket klientene om ulike endringsopplevelser de hadde hatt i løpet av behandlingsperioden. Det varierte i hvilken grad klientene og terapeutene mente at endringene var takket være terapien. Vi drøfter våre funn med utgangspunkt i relevant litteratur og argumenterer for våre forslag til mulige framgangsmåter i behandling. Til slutt drøfter vi resultatenes overføringsverdi.

# Forord

Denne oppgaven bygger på intervjuer samlet inn via forskningsprosjektet “Behandling og Rehabilitering av Traumatiserte Flyktninger” utført i regi av NKVTS. Vi vil takke for at vi ble betrodd dette materialet som har både berørt og vært lærerikt for oss. Takk til klientene og terapeutene som deltok i forskningsprosjektet til NKVTS, og til alle de som står bak prosjektet, spesielt Sverre Varvin og prosjektleder Marianne Opaas som utførte intervjuene vi har brukt i oppgaven. Vi ønsker å takke Marianne Opaas for gode innspill, gjennomlesing og råd i rollen som biveileder, samt Carina Hagberg for gjennomlesing og korrektur. Til sist men ikke minst ønsker vi å takke vår hovedveileder Agnes Andenæs for hennes enorme engasjement og innsats. Hennes refleksjoner og grundige tilbakemeldinger har vært uvurderlige for oss. Takk for all hjelp vi har fått!

Oslo, oktober 2017

Wei Chil Kung og Lina Mirabsen



# Innholdsfortegnelse

Innledning.....	1
Traumer og livet etter flukten.....	3
Traumatiserte flyktninger i møte med behandlingsapparatet.....	5
Det kulturelle aspektet i møtet med klienten i terapi.....	5
Den individuelle klienten som aktiv deltaker i eget liv og samskaper av den terapeutiske prosessen.....	7
Metode.....	9
Nærmere om NKVTS-prosjektet.....	9
Utvelgelse av klient-terapeut par til vår oppgave.....	10
Tilrettelegging av materialet for analyse.....	12
Analyseprosessen.....	12
Begrensninger ved materialet.....	15
Anonymisering og etiske vurderinger.....	16
Resultatene.....	18
Hvem er jeg og hva trenger jeg hjelp til – klientene presenterer seg.....	18
Terapi - et ukjent terreng for de fleste.....	26
Hva og hvordan – forhandlinger om hva terapien skal handle om.....	29
Endringsopplevelser av mange slag.....	41
Konklusjon.....	47
Flere veier inn.....	47
Å lytte til to stemmer.....	49
Klare for terapi?.....	49
Resultatenes overføringsverdi.....	50
Litteraturliste.....	51
Vedlegg.....	61





## Innledning

Fastlegene henviser ofte klienter med flyktningbakgrunn og psykiske plager til psykologisk behandling i andrelinjetjenesten. I et intervju med en psykologspesialist i *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* står denne utvekslingen:

*Du har hatt flyktninger i terapi selv?*

*Jeg har ikke hatt veldig mange, men de som har kommet, har fort blitt borte igjen etter noen timer.*

*Hva er grunnen, tror du?*

*Noe har med det jeg nevnte å gjøre, at de ikke har vært klare for terapi. En annen viktig faktor er hvor fremmed det i mange kulturer er å dele sitt innerste med et helt ukjent menneske. (Hentet fra intervju i *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, vol 52, nr. 11, 2015)*

Psykologspesialisten som blir intervjuet uttrykker her en utbredt forventning om at arbeidet med klienter med flyktningbakgrunn og psykiske plager kan være utfordrende innenfor rammene av samtaleterapi. Inntrykket er at utfordringene med disse klientene først og fremst forventes å være knyttet til språk og kulturelle forskjeller (Qureshi, 2005). For mange kan tanken på å åpne seg for en fremmed hjelper som i tillegg tar betalt for tjenesten være fjern. I tillegg kan det for mange være en stor avstand mellom psykologisk behandling som hører hjemme i en vestlig tradisjon og folkekulturen i samfunnet de kommer fra (Nordanger, Mjaaland & Lie, 2006). Når terapeutene møter disse klientene, kan de oppleve det er vanskelig å nå frem til og beholde klientene i behandling. Samtidig hevder Ahlberg & Duckert (2006) å se tendenser til at behandlere kan vegre seg mot å ta klienter med innvandrerbakgrunn i behandling. Fra litteraturen ble vi sittende igjen med et inntrykk av at mange psykologer og fremtidige psykologer forventer at arbeidet derfor krever særlig kulturkompetanse for å kunne tilpasse behandlingen til klientene, og at de opplever at de ikke alltid strekker til på dette området (Qureshi, 2005; Knappskog & Helgesen, 2008). I tillegg er hjelpebehovet ofte stort og problemene sammensatte, noe som kan gjøre det vanskeligere å vite hvor man skal begynne. Vil det være til hjelp for klientene å arbeide med seg selv i terapirommet når mye i livet deres ikke er på plass? Er klientene klare for terapi? Inntrykkene fra feltet vekket en nysgjerrighet for de subjektive opplevelsene til klienter med innvandrerbakgrunn i terapi, og terapeutenes opplevelse av å ha disse klientene i behandling. Hvilke eventuelle kontraster kan vi finne hos de to partene? Gjennom Nasjonal Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress (heretter referert til som NKVTS) fikk vi

tilgang til en samling forskningsintervjuer med klienter med flyktningbakgrunn som har gått i behandling for traumer og deres terapeuter. Datamaterialet er hentet fra prosjektet «Behandling og rehabilitering av traumatiserte flyktninger (paraplyprosjektet) 2006-2020» Klientene med flyktningbakgrunn fanget vår interesse fordi de står ovenfor en dobbel belastning; i tillegg til å måtte håndtere traumesymptomer skal de tilpasse seg et ukjent helsevesen og en ny kultur, noe som kan bidra til at symptomene opprettholdes (Johnson & Thompson, 2008). Hva kan man gjøre for disse klientene, og hva skal behandlingen handle om? Hvordan viser man som behandler at tilbudet kan være til hjelp for dem?

I denne oppgaven ønsker vi å utforske de subjektive opplevelsene til klienter med flyktningbakgrunn og traumesymptomer som har gått i terapi. FNs flyktningkonvensjon definerer en flyktning som «(...) *en person som har flyktet fra hjemlandet sitt og med rette frykter for forfølgelse på grunn av etnisitet, religion, nasjonalitet, politisk oppfatning eller tilhørighet til en bestemt sosial gruppe*» (FN-sambandet, 2017). I følge data fra UDI fikk 16041 asylsøkere innvilget opphold i Norge i årene 2007-2016. Tallene inkluderer konvensjonsflyktninger, søkere om opphold på humanitært grunnlag og asylsøkere definert som 'annen flyktningstatus' (UDI, i.d). Flyktninger i Norge har økt risiko for psykiske lidelser (Abebe, Lien & Hjelde, 2014). Det gjelder særlig depresjoner, posttraumatiske symptomer og somatisering (Dahl, Sveaass & Varvin, 2006). Omfanget av traumatisering varierer blant personer med flyktningbakgrunn. Noen har opplevd eller vært vitner til *avgrensede* traumatiske påkjenninger, mens andre har vært utsatt for *traumatisering over lengre tid* som følge av fangenskap eller en tilværelse preget av konstant beredskap.

Denne oppgaven vil også ta for seg terapeutenes stemmer, og utforske hvordan ulike perspektiver og fokusområder kan komme til uttrykk i måten klientene og terapeutene snakker om seg selv, om terapiprosessen, om egne erfaringer og om hverandre. Vår antakelse er at de ulike perspektivene sett i sammenheng vil gi et tydeligere og mer utfyllende bilde av prosessen rundt forhandlinger om hva terapien skal handle om. Fordi individualterapi slik den foregår ved offentlige klinikker og hos privatpraktiserende behandlere i Norge i dag posisjonerer i større grad behandleren som en samarbeidspartner for klienten, er etablering av enighet om felles rammer grunnleggende for et godt samarbeid (Levitt, Pomerville & Surace, 2016).

## Traumer og livet etter flukten

Det er lett å tenke at flykningenes symptomer skyldes i stor grad belastningene de har vært utsatt for som følge av uroligheter i hjemlandet, forfølgelse og vold (Teodorescu, Heir, Hauff, Wentzel-Larsen & Lien, 2012). Samtidig kan traumesymptomer ofte bryte ut først en tid etter at man som flyktning har kommet til et nytt land (Lie, 2002). Møtet med ny kultur, nytt språk og nytt samfunn krever mye av innflytteren som må lære mye på kort tid og finne strategier for tilpasning (Qureshi, 2005). «Den trygge havn» blir en kortvarig lettelse for mange når utfordringene står i kø og usikkerheten er stor. Selve eksiltilværelsen medfører altså belastninger som bidrar til økt stress. Disse belastningene kan utløse eller forverre psykiske lidelser som angst og depresjon, samt opprettholde eksisterende traumerelaterte plager (Steel, Silove, Bird, McGorry & Mohan, 1999; Johnson & Thompson, 2008). Den andre veien kan traumerelaterte plager som redusert hukommelse og konsentrasjon, somatiske smerter, ubearbeidet sorg og depresjon forverre stress assosiert med migrasjon og tilpasningen til et nytt samfunn (Dahl, Sveaass & Varvin, 2006; Teodorescu et. al 2012). Det tegnes en gjensidig påvirkning som i ytterste konsekvens kan resultere i at utfordringene kjennes uoverkommelige for den rammede.

Hvilke områder av eksiltilværelsen kan være stressende eller belastende for personer med flyktningbakgrunn? Studier i og utenfor Norden gir noen indikasjoner. Blant annet er det kjent at møtet med et *fremmed språk* kan forverre de utfordringene som eksisterer når man som innflytter forsøker å orientere seg i et nytt samfunn (Thomas, 1995). I tillegg indikerer forskning at *mangel på arbeid eller annen strukturell aktivitet* påvirker den psykiske helsen (Lie, Sveaass & Eilertsen, 2004). En rapport fra SSB fra 2015 estimerer at 36,4 % av personer med flyktningbakgrunn i alderen 15-66 år er verken i arbeid eller utdanning, sammenlignet med 19,7 % av resten av befolkningen i samme aldersgruppe. Prosentandelen i alderen 15-74 som er enten i arbeid eller utdanning holder seg i tillegg relativt jevn etter år 4 regnet fra ankomsten til Norge. Det tyder på at selv om flertallet av personer med flyktningbakgrunn holder seg yrkesaktive eller i utdanning etter den første etableringsfasen, er det også en betydelig andel som ikke er i arbeid eller utdanning selv etter mange år (Olsen, 2017). Disse tallene er viktige fordi mangel på arbeid eller aktivitet utgjør en betydelig tilleggsbelastning som kan gi gjensidig negativ effekt i samspill med andre eksisterende utfordringer, noe blant annet Sveaass og Johansen (2006) argumenterer for. *Familie og nære relasjoner* rammes også på ulike måter. Traumerelaterte plager som sviktende konsentrasjon, tretthet og redusert

toleranse for sanseinntrykk gjør det vanskeligere å fungere i rollen som partner og forelder. Noen har mindreårige barn eller ansvar som hovedforsørger i familien. Enkelte har familier der flere familiemedlemmer lider av traumesymptomer, og får i tillegg rollen som pårørende med de belastningene dette medfører. For flere kan det også være vanskelig å vite at de selv er trygge mens familie og venner fremdeles lever under utrygge forhold i hjemlandet (McMichael, Gifford & Correa-Velez, 2011). Studier viser at familieseparasjon kan knyttes til angst, somatisering og depresjon, samt bidra til å opprettholde traumer (Lie, 2002; Luster, Qin, Bates, Johnson & Rana, 2008). *Ensomhet og mangel på sosial støtte* er også blitt trukket frem. I en britisk studie av irakiske flyktninger var sosial støtte, særlig emosjonell sosial støtte, tett knyttet til alvorlighetsgraden av PTSD-symptomer og depresjon. Dette gjaldt særlig når alvorlighetsgraden av opplevde traumer var høy (Gorst-Unsworth & Goldenberg, 1998). Studien fant også en sterkere forbindelse mellom mangel på sosial støtte og depressive symptomer, enn mellom depressive symptomer og tidligere traumehistorikk. Men som Behnia (2004) påpeker, er tap av tillit til andre mennesker ofte en konsekvens av å ha overlevd krig og tortur (Suedfeld, Soriano, McMurtry, Paterson, Weiszbeck & Krell, 2005). Å bli utsatt for eller bevitne overgrep, svik og tortur utført av enkeltpersoner og av myndighetene i hjemlandet vil ha innvirkning på tilliten til storsamfunnet, myndighetene og den enkelte borger. Mistillit, fiendtlighet og sosial tilbaketrekning vanskeliggjør tilpasningsprosessen og kan bidra til en opplevelse av å stå utenfor samfunnet. Støttenettverk, som er betydelig assosiert med bedre psykisk helse og bedre livskvalitet (World Health Organization [WHO] & Calouste Gulbenkian Foundation, 2014; Probst, Lambert, Loew, Dahlbender & Tritt, 2015) blir da vanskeligere å etablere selv blant egne landsmenn som bor i Norge.

Selve usikkerheten assosiert med flukten og møtet med et nytt land kan gi en opplevelse av tap av autonomi og kontroll over egen livssituasjon. Autonomi er betydelig assosiert med psykisk helse (Yu, Levesque-Bristol & Maeda, 2017). Mange flyktninger opplever imidlertid å stå «på bar bakke» og er prisgitt myndighetene for å få dekket nødvendige behov som bosted og helsehjelp. Å kunne selv velge bosted, hvem man omgås med og hvordan man skal organisere hverdagen har en påvist sammenheng med bedring av psykiske plager (Onken et al., 2002). Når disse mulighetene ikke er reelt tilgjengelige kan man kjenne seg ydmyket eller hjelpeløs.

## **Traumatiserte flyktninger i møte med behandlingsapparatet**

Til tross for variasjon i traumenes omfang og alvorlighetsgraden av symptomene er situasjonen altså sammensatt og krevende for mange personer med flyktningbakgrunn. Selv der lidelsestrykket ikke er av slikt omfang at ICD-kriteriene for nevrotiske, stressrelaterte og somatoforme lidelser er tilfredsstillende (*The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*, 1993, s. 91-111). vil personer som har vært utsatt for traumatiske opplevelser og påkjenninger ofte være ekstra sårbare. I sin doktoravhandling trekker Marianne Opaas frem at en del klienter ikke oppnår bedring selv etter flere år med terapi (Opaas, 2016). Hun prøver å forklare dette med for eksempel traumer fra barndommen som fysisk eller psykisk vold, omsorgssvikt eller tap av omsorgspersoner i oppveksten. Funnene indikerer at behandlere ikke alltid spør om eller tar det med i betraktningen når de møter klientene (Opaas, 2016). Guregård og Seikkula (2014) finner antydning til at behandlere som har familier med flyktningbakgrunn i terapi unngår å gå nærmere inn på sensitive tema av ulike grunner. Det kan blant annet handle om en bekymring for om temaet er upassende å snakke om i klientens kultur, eller at terapeuten selv kan kjenne seg overveldet når klientene forteller om noe som kan ha vært traumatisk. Mange opplever nok at de ikke helt vet hvordan de skal komme i posisjon til å gjøre et endringsarbeid når utfordringene dekker så mange områder og lidelsestrykket virker stort. Hvor begynner man, og hva skal man prioritere? Studier fra Storbritannia viser at behandlere i første- og andrelinjetjenesten rapporterer at de mangler kompetanse til å arbeide med klienter med fremmedkulturell bakgrunn (Century, Leavey & Payne, 2007; Kai et al., 2007). Det er nærliggende å tro at det også kan gjelde mange psykologer i Norge, slik vi ser i en tidligere hovedoppgave av Knappestad & Helgesen (2008). Når kommunikasjonen i tillegg begrenses av at behandleren og klienten ikke kan hverandres språk og må streve med å gjøre seg forstått, oppstår det nok en utfordring. Der terapeutens viktigste verktøy, språket, kommer til kort, vil det forståelig være om mange kan kjenne at utfordringene overgår egne ressurser.

## **Det kulturelle aspektet i møtet med klienten i terapi**

Bekymringer rundt å opptre kulturelt upassende eller fremstå som rasistisk påvirker terapeutenes fleksibilitet og kreativitet (Kai, 2007). Et spørsmål mange terapeuter sitter med er *hvor mye* de bør vite om og forstå klientens opprinnelseskultur. Smith & Trimble (2016, s. 51) definerer multikulturell kompetanse, slik den er konseptualisert av Sue et al (1982), som en erkjennelse av begrensningene i egen kunnskap om andre kulturer, refleksjoner rundt hvordan egen kulturell bakgrunn former personlige verdier, holdninger og bias, samt

oppmerksomhet på hvordan ulike behandlingsmetoder kan påvirke arbeid med klienter fra andre kulturer. Multikulturell kompetanse fremheves som en god terapeutisk egenskap i litteraturen, men en metaanalyse viser at sammenhengen mellom multikulturell kompetanse og positive klienterfaringer i terapi avhenger av hvilke variabler som undersøkes og hvordan den multikulturelle kompetansen brukes i praksis (Smith & Trimble, 2016, s. 59). Samtidig er spørsmålet om hvordan man skal nærme seg kulturspørsmålet i klinisk arbeid og forskning omdiskutert, og vil avhenge av premissene som legges til grunn. Den vanligste antakelsen er at det finnes en underliggende felles komponent i menneskelig natur som kan identifiseres, beskrives og brukes til å forklare og predikere atferd. I følge denne antakelsen finnes det en «gylden standard» for atferd som all annen atferd måles mot, og variansen kan måles med standardiserte instrumenter. Denne underliggende komponenten er maskert av variasjon i språk, kledning og kulturelle føringer. Gitt dette perspektivet vil det være naturlig og relevant å ta med kulturelle forskjeller i vurderingen av klienten i terapi. Faren er at man gjerne kan trekke etnosentriske slutninger når forskjeller observeres, der den «gyldne standard» og «det friske» defineres innenfor en forståelsesramme med utspring i vestlig psykologi (Nordanger, Mjaaland & Lie, 2006). For eksempel kan det som tolkes av terapeuten som en overinvolvert familiedynamikk, også forstås som en del av et tett knyttet familiehierarki med kulturelle føringer (Martinez, 1994). Handler man uforsiktig, kan man risikere at klienten opplever å bli klandret for å ikke ta til seg vestlige skikker og normer.

Forsøket på å unngå etnosentrisme er et utgangspunkt for en tilnærming der man forsøker å forstå mennesket på deres egne premisser uten å ta med *a priori* oppfatninger og holdninger (Sam, 2006). Da kan psykologisk variasjon tilskrives kulturvariasjoner der andre bestanddeler har lite betydning. Stemmer innenfor dette perspektivet stiller også spørsmål ved validiteten til den vestlige psykologiens traumbegrep og ICD-10-kriteriene for PTSD-diagnosen i møte med individer fra andre kulturer (Kienzler, 2008; McNally et.al, 2015). De kritiserer forståelsen av krigsrammede populasjoner som traumatiserte og patologiserte. Innenfor en slik ramme er man kritisk til tendenser i feltet som forenkler, passiviserer og patologiserer de overlevende ved for eksempel å tolke ønsker om rettferdighet som usunn hevnløst (Summerfield, 2005, s. 106). I klinisk arbeid vil dette perspektivet medføre egne utfordringer, der forsøk på å forstå klienten uten *a priori* antakelser potensielt kan gå på bekostning av behandlerens empati og muligheten for å skape et felles språk rundt problemene. Ifølge Martinez (1994) kan en annen risiko ved en slik tilnærming være at man havner i en grøft der viktige sider av en familiedynamikk overforenkles, feilkategoriseres eller overkompenseres av

det terapeuten anser som en kulturell faktor. Familiens dysfunksjon får “gjemme seg bak kulturmasken”. Gitt den pågående diskusjonen og de ulike teoretiske perspektivene innenfor litteraturen, kan mange behandlere lure på i hvilken grad det er *til nytte* for klienten at behandler på forhånd vet en del om klientens opprinnelseskultur. Vi vil argumentere for at dette spørsmålet ikke har en endelig fasit, da det er i siste omgang hvordan denne kunnskapen tjener terapien som avgjør kunnskapens verdi i klinisk sammenheng. Men hvordan kan denne kunnskapen brukes klinisk?

### **Den individuelle klienten som aktiv deltaker i eget liv og samskaper av den terapeutiske prosessen**

Et forsøk på å ramme inn klienten innenfor en gitt kultur kan overskygge de individuelle forskjellene innenfor en og samme kulturelle kontekst. Individspesifikke variabler som personlighet, oppvekstvilkår, sosioøkonomisk status og utdanning kommer i bakgrunnen. I tillegg viser utfallsforskningen at om lag 40 % av utfallsvariansen kan tilskrives faktorer som ikke avhenger av klientens deltakelse i terapi (Lambert & Barley, 2001). Med dette menes klientens ressurser, tilgjengelighet av støtte i omgivelsene og uforutsette livshendelser. Studien til Probst et al (2015) vektlegger betydningen av ekstraterapeutiske faktorer i klientens liv. Kvaliteten på livshendelser, samt kvaliteten på sosial støtte var assosiert med betydelig positiv og negativ endring, mens kvaliteten på den terapeutiske alliansen og motivasjon var kun relatert til beskjeden positiv endring. Dette betyr at klientens *livsverden* er utgangspunktet for å forstå bedringsprosesser (Borg, 2009). Gitt den tiden klientene bruker i terapirommet sammenlignet med tiden som går til andre aktiviteter, vil det være meningsfullt å vektlegge klientenes hverdagssituasjon i vurderingen. De indirekte kliniske implikasjonene antyder at terapeuter bør oppfordres til å hjelpe klienter som responderer beskjedent på behandling til å håndtere livshendelser, samt støtte oppbygging av et sosialt nettverk, da dette kan forbedre behandlingsutfallet. De siste 20 årene har psykologifeltet også vektlagt klientens aktive bidrag i terapiprosessen (Bohart & Wade, 2013, s. 219). Klienter konstruerer egne bilder og oppfatninger av terapeuten, og bruker dem i arbeidet i og utenfor terapirommet. De kan være aktivt oppmerksomme og søkende etter opplevde forskjeller i den terapeutiske relasjonen, og utvikle strategier for å håndtere misforståelser og uenigheter (Elliot, 2008). I følge analysen til Elliot (2008) fokuserte klientene lite på forskjeller som ble tilskrevet kultur. Dette resultatet er konsistent med studien til Pope-Davis et al. (2002) som fant at kulturelle forskjeller i terapi fikk figur kun dersom klientenes behov var relatert til åpenbart kulturellete problemer som for eksempel rasisme. Studien til Williams & Levitt viser

generelt at klienter er sensitive ovenfor forskjeller mellom seg selv og terapeuten uavhengig av kultur, og at de kan være bekymret for devaluering på bakgrunn av disse ulikhetene (Williams & Levitt, 2008). Pope-Davis et al. (2002) utførte en større kvalitativ studie der alle informantene viste seg å beskrive erfaringer i terapi og terapeutenes kompetanse med utgangspunkt i egne behov. Når klientene opplevde at disse behovene ble møtt, kunne de utvise større forståelse og toleranse på andre områder i kontakten med behandleren. Denne litteraturen oppfordrer til at klientens stemme må lyttes til og vektlegges i behandlingen. Det er også i tråd med prinsipperklæringen for evidensbasert praksis, der «*Evidensbasert psykologisk praksis (EBPP) er en integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål*» (Norsk psykologforening, 2007). Men Valla (2010) trekker likevel frem at når klientenes perspektiver ikke passer inn i det naturvitenskapelige perspektivet, blir det kanskje enda vanskeligere for klinikerer å finne en tilnærming som skal balansere faglig kompetanse med klientens egne ønsker og behov innenfor de gitte rammene for terapien. Gjennom å utforske stemmene til klientene og terapeutene i vårt utvalg ønsker vi i denne oppgaven å se nærmere på deltakernes egne erfaringer med tanke på å utvikle kunnskap som kan være til hjelp i dette arbeidet.

Med bakgrunn i kunnskapen fra de ulike forskningsfeltene som trekkes frem i avsnittene over, vil vi i denne oppgaven ha en tilnærming der klienten utforskes i en bredere kontekst og er fristilt fra sin opprinnelseskultur i den grad både klienten og behandleren ikke eksplisitt vektlegger klientens opprinnelseskultur som viktig eller relevant for behandling og utfall (Williams & Levitt, 2008; Nordanger, Mjaaland & Lie, 2006). Vi bruker begrepet «personer med flyktningbakgrunn» i et forsøk på å fremheve heterogeniteten hos disse klientene. Målet er å redusere at klientene representeres som «de andre» i teksten. Med representasjon av klientene som «de andre» menes tendensen til å portrettere informantene i kvalitativ forskning som essensielt annerledes enn forfatteren og lesergruppen. Når informantene får et preg av å tilhøre en særegen gruppe som vi forskere skal «kikke på» i den skriftlige fremstillingen, kan en slik representasjon lett oversettes til noe mindreverdige (Krumer-Nevo & Sidi, 2012). Vi vil prøve å følge et perspektiv der personer med flyktningbakgrunn og en annen opprinnelseskultur ikke nødvendigvis kommer inn til terapi med *helt* andre forutsetninger og forventninger enn andre klienter med annen sammensatt problematikk. Utfordringer rundt kommunikasjon og ulike forståelsesrammer er heller ikke utelukkende forbeholdt klienter med utenlandsk bakgrunn (Oddli & Kjøs, 2013, s. 206).



## **Metode**

I dette avsnittet vil vi redegjøre for metodiske tilnærminger som vi har brukt i oppgaven, og begrunne valgene vi har tatt i løpet av prosessen. Vi vil først redegjøre for datamaterialet oppgaven legger til grunn, deretter utvalgsprosessen og kjennetegn ved vårt informantutvalg. Så vil vi presentere analyseprosessen og diskutere noen begrensninger ved materialet vi har arbeidet med.

Datamaterialet til hovedoppgaven stammer fra en eksisterende samling av intervjuer som ble gjennomført i forbindelse med forskningsprosjektet “Behandling og Rehabilitering av Traumatiserte Flyktninger” ved NKVTS (NKVTS, i. d.). I dette store prosjektet (heretter kalt NKVTS-prosjektet) ble det gjennomført intervjuer med klienter og terapeuter som kunne brukes til kvalitative undersøkelser. Datamaterialet besto av både lydopptak og transkriberte intervju. Vi har altså ikke samlet inn datamaterialet til oppgaven selv. Vår kontakt med NKVTS startet etter at vi hørte at prosjektleder Opaas, som har skrevet en kvantitativ doktoravhandling basert på dette materialet, søkte studenter som kunne skrive kvalitative oppgaver basert på disse intervjuene. Referanser til personlig kommunikasjon med Marianne Opaas er ikke datert med dato utenom årstall. Dette er fordi Opaas, som står som biveileder for oppgaven, hadde løpende samtaler med oss gjennom hele prosessen.

### **Nærmere om NKVTS-prosjektet**

NKVTS-prosjektet er basert på data med 54 klienter som skulle begynne i behandling for traumer. 35 av dem var menn og 19 var kvinner. Alle deltakerne i avhandlingen ble referert til som ‘individer med flyktningbakgrunn’ uavhengig av om de hadde ankommet Norge 6 måneder før deltagelse i prosjektet, eller var norske statsborgere som hadde bodd i landet over 20 år. I tillegg ble det gjennomført intervju med terapeutene til disse klientene. Intervjuene som ble benyttet i denne studien ble gjort ansikt til ansikt med klienter ved fire tidspunkt: ved behandlingsstart, ett år etter behandlingsstart, tre år etter behandlingsstart, og ved avslutning. Klientenes behandlere ble intervjuet ett år etter behandlingsstart og ved avslutning. For noen ble behandlingen avsluttet før det hadde gått ett eller tre år, slik at avslutningsintervjuet da har kommet før ett- eller treårsintervjuet. For klienter med lengre forløp har det blitt utført intervjuer fem år ut i behandlingen.

Prosjektet hadde de to samme intervjuere som intervjuet de samme personene over tid for å bygge tillit og etablere en relasjon. Intervjuerne la opp til en terapeutisk stil med fokus på tillitsbyggende intervensjoner og vektlegging av at de satte pris på informantenes deltagelse (Opaas, personlig kommunikasjon, 2017). Fra starten på prosjektet ble det tydelig at intervjuet måtte tilpasses til hver enkel klient. Noen trengte mye informasjon om prosjektet, som hva et forskningsprosjekt er og hva som er prosjektets etiske retningslinjer, mens andre fant trygghet i strukturerte intervjuer. Ikke alle var komfortable med båndopptak, og noen av intervjuene ble dermed notert for hånd. Noen hadde tolk gjennom alle intervjuene, mens andre viste seg å være bedre i norsk enn tolken, slik at tolk ikke ble nødvendig likevel. Noen av informantene fikk tolk etter første intervju, da at man erfarte behov for det. Opaas nevner flere utfordringer i møte med informantene. Hun forteller at mange var usikre på hva forskning er. Noen var usikre på tolken. Språkbarrierer var generelt en utfordring, og ved samtale om vanskelige tema ble det ekstra viktig å ha en betryggende og respektfull væremåte. Hun opplevde at intervjuene krevde mye innstilling og tilstedeværelse, samt oppmerksomhet mot kroppslige tegn hos informantene (Opaas, personlig kommunikasjon, 2017).

### **Utvelgelse av klient-terapeut par til vår oppgave**

Informert av en klientsentrert tilnærming der klientenes stemme skal ha betydning i terapiforløpet (Joseph, 2004), ønsket vi å se på behandlingsforløp hvor klienter med flyktningbakgrunn og traumer hadde en positiv opplevelse av å være i terapi. Hvordan kunne en slik behandling se ut? Hva gikk bra? Vi ville derfor velge ut ***behandlingsforløp hvor klientene i etterkant ga positive beskrivelser av terapien og/eller terapeuten***. Positive beskrivelser av terapien og/eller terapeuten ble definert som tilfeller hvor:

- 1) Pasienten oppgir en bedring, enten i form av symptomlette eller i andre områder av sitt liv, som de eksplisitt tilskriver samtaleterapien og/eller terapeutenes egenskaper.
- 2) Pasienten beskriver terapien og/eller terapeuten som en viktig støtte.

Beskrivelsene av behandlingen og behandlingsprosessen måtte i tillegg være omfattende nok til at vi ville kunne skrive om dem. Måten vi vurderte dette på vil bli omtalt i neste avsnitt.

For å velge ut datamaterialet begynte vi først med en grundig gjennomlesing av de tilgjengelige transkriberte klient-intervjuene *etter* avsluttet terapi. Vi gikk nøye gjennom minst ett transkribert intervju tatt etter avsluttet behandling på hver av de 54 klientene. Slik

kunne vi velge ut aktuelle informanter ut i fra kriteriene vi hadde satt. Av det tilgjengelige datamaterialet som omfattet de 54 klientene, fant vi 8 klienter som omtalte terapien eller terapeuten i positive ordelag etter avsluttet behandling. To av intervjuene valgte vi å forkaste fordi de ga for lite informasjon om selve behandlingen og relasjonen til terapeuten. I disse intervjuene ble terapien og terapeuten ikke beskrevet med mer enn en til to setninger, mens resten av intervjuet var viet til informantens nåværende dagligliv.

### **Kjennetegn ved informantene i hovedoppgaveprosjektet**

Med utgangspunkt i disse kriteriene endte vi opp med et utvalg bestående av 4 kvinnelige og 2 mannlige klienter og deres terapeuter. Av terapeutene var én psykiater, tre var psykologspesialister og to var kliniske sosionomer. Klientene gir brede og varierte beskrivelser av ulike opplevelser og erfaringer fra behandlingen. Terapeutenes erfaringer med sine klienter kaster lys over ulike tema ved behandling av flyktninger, traumebehandling, terapi generelt og de tema og utfordringer terapeuter kan støte på i møte med klienter i disse gruppene. Dette mangfoldet har gitt et interessant materiale som fremhever individuelle forskjeller innenfor én klientgruppe med samme problematikk.

Aldersspennet ved behandlingsstart gikk fra omtrent 30 til 50 år. Ingen av klientene i utvalget var fra samme land. Tre var fra land i Midtøsten, to fra land i Øst-Europa og en var fra et afrikansk land. Gjennomsnittlig år med skolegang i hjemlandet lå på 11, hvorav to hadde mindre enn åtte års skolegang, mens resten hadde 12-16 år. De fleste, med unntak av én, hadde stiftet familie i hjemlandet. To var barnløse, mens resten hadde ett eller flere barn. Ingen i utvalget var lenger atskilt fra ektefelle eller barn. De fleste hadde gjenlevende slektninger som enten fremdeles bodde i hjemlandet eller hadde søkt tilflukt i andre land enn Norge. To av klientene hadde bodd i Norge under ett år. De resterende fire hadde bodd i landet i 7 til 13 år. Vi valgte å ta med klienter uavhengig av antall år de hadde vært bosatt i Norge fordi mange med flyktningbakgrunn kan slite med psykiske plager i mange år etterpå (Helsedirektoratet, 2009). Dette var også tilfellet for de fleste klientene i vårt utvalg. Antall timer i behandling strakte seg fra 4 til nesten 90. For fem av klientene varte behandlingene seg fra et halvt år til nesten tre år. Tre hadde behov for tolk. Enkelte detaljer er blitt utelatt av hensyn til informantenes anonymitet.

## **Tilrettelegging av materialet for analyse**

Etter at vi hadde valgt ut informantene begynte vi å lese systematisk gjennom alle tilgjengelige intervju tilknyttet de enkelte kasus. Hvert kasus hadde minst tre intervjuer: klienten før behandling, klienten etter avsluttet behandling og klientens terapeut etter avsluttet behandling. De fleste intervjuene hadde en varighet på 50 til 90 minutter. Vi noterte generelle inntrykk og samlet opp sitater for å underbygge refleksjonene som et forarbeid for å utarbeide senere analyse spørsmål. Da ikke alle intervjuene hadde blitt transkribert, måtte vi selv lytte til tilgjengelige lydopptak og transkribere de mest relevante av intervjuene. Alle intervjuene vi transkriberte, i alt fire intervjuer, var med klienter før behandling. I noen tilfeller gikk vi også tilbake til lydopptakene fra transkriberte intervjuer for å sikre at utsagnene hadde blitt transkribert riktig, og for å få et inntrykk av dialogen mellom klienten, terapeuten samt tolken der det var tolk til stede.

Kvale (2007) påpeker at å lytte til intervjuopptak på nytt kan avdekke misforståelser som oppstår i kommunikasjonen. Emosjonelle aspekter som latter, indikasjon på nervøsitet, intervjuerens empatiske tonefall, m.m. kommer heller ikke frem når lydopptak transkriberes til tekst (Kvale, 2007, s. 98). Transkriberte intervju kan derfor gi leseren et mer ufullstendig inntrykk av informantene. Et eksempel på dette kan være en informant som høres kritisk og direkte ut i teksten, mens på lydopptaket fremkommer det at informanten snakker høflig og forsiktig om et vanskelig tema. Siden vi ikke selv hadde gjennomført intervjuene var det nyttig å høre på og transkribere lydopptak. På denne måten kom vi nærmere intervjusituasjonen. I tillegg snakket en del av informantene lite norsk, og det var i noen tilfeller vanskelig eller umulig å notere ned fullstendige sitater grunnet uforståelige ord eller setninger. Dersom meningen i setningen ikke var innlysende, valgte vi derfor å ikke bruke disse setningene i senere analyser.

## **Analyseprosessen**

Etter innsamling og utvalg av materiale begynte vi å utvikle de første analyse spørsmålene med grunnlag i de teoretiske perspektivene og den empirien vi har redegjort for i innledningen. Haavind (2000, s. 34) framstiller analyseprosessen som en prosess i to runder. I første runde gjør man seg kjent med materialet og ser på hva man kan lære av det, samt hvilke muligheter det gir for å utvikle kunnskap. Den andre runden er en systematisk gjennomgang av teksten med en serie analyse spørsmål som utvikles i første runde, på grunnlag av: A) De

opprinnelige forskningsspørsmålene. B) Antagelser om hva empirien kan si noe interessant om. C) Forskningslitteratur som man gjør seg kjent med underveis.

Systematikken og ambisjonen om å lære noe gjennom et aktivt arbeid med empirien inngår i tradisjonen fra Grounded Theory (Charmaz, 2008), men også fra andre metoder som for eksempel tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006).

Informert av Hanne Haavind (2000, s. 35) begynte vi å ta for oss ett og ett klient-terapeut par og analyserte materialet *på langs*. Til intervjuene før behandling stilte vi spørsmål om sykdomsforståelse, omtale av egen tilstand og plager, forventninger til behandling og klientenes egne ideer om hva de trenger for å oppnå bedring. Til intervjuene etter behandling stilte vi spørsmål om klientenes beskrivelser av innholdet i behandlingen, hvordan klientene omtalte terapeuten, og hvordan de nå snakker om sin tilstand, sin livssituasjon og sin fremtid. Materialet ble slik analysert ut i fra *innhold* (Kvale, 2007, s.105).

De første spørsmålene favnet bredt. Fordelen med en bred tilnærming var å kunne fange opp hva klientene selv vektlegger i stedet for å begrense spørsmålene ut i fra teori fra behandlingsforskningslitteraturen. Spørsmålene var også ment å dekke en utviklingsprosess i følgende trinn: hvordan hadde klienten det før terapien, hvordan klienten opplevde og forsto innholdet i terapien, hvordan klienten forholder seg til terapeuten som «den andre deltaker» i prosessen, og hvordan klienten har det etter behandlingen. En slik analyse vil kunne gi et mer helhetlig bilde av klienten og et innblikk i prosessen slik klientene selv opplever og gjennerindrer den. Mange av klientene hadde behandlingsprosesser hvor tilstanden bedret og forverret seg gjennom en periode på flere år. Opaas oppgir at hun på gruppenivå ser en bedring hos klientene, men forteller også at det er store individuelle variasjoner der noen klienter med kortere behandlingsforløp ikke har blitt bedre av behandling (Opaas, personlig kommunikasjon, 2017). Vi mener at klientens subjektive opplevelse og inntrykk er relevant fordi det kan være avgjørende for om klientene søker psykologisk hjelp ved senere tidspunkt, samt om de anbefaler eller fraråder slik behandling til sin omgangskrets slik vi skal se at en av klientene i utvalget vårt forteller om. Gjennom å utforske hva de forteller ønsket vi å få innspill på hvordan man kan gjøre behandlingen mer nyttig og relevant for dem.

Til terapeutmaterialet stilte vi spørsmål om hvordan terapeutene beskriver terapiprosessen og innholdet i terapien, hvordan de omtaler klienten, hvordan de snakker om endring og hvordan de tror det vil gå med klienten i fremtiden. Også her ønsket vi å favne bredt for å fange opp

hvilke tema terapeutene selv vektlegger og hvilken form fremstillingen deres får.

Analysespørsmålene til terapeutene avspeilet analysespørsmålene vi stilte til klientmaterialet. Det var altså først og fremst klientenes stemme som dannet utgangspunkt for analysearbeidet. Terapeutenes materiale ble tatt med for å belyse kontraster og ulike forståelsesrammer. I tråd med det teoretiske perspektivet som vektlegger klientsentrert terapi ble klientenes stemmer retningsangivende i denne oppgaven.

Etter den første runden med analyse hadde vi fyldige notater om hver klient før og etter terapi, og hver terapeut etter avsluttet terapi. Med utgangspunkt i notatene diskuterte vi hvilke nye spørsmål, tanker og nye perspektiver vi hadde tilegnet oss etter denne gjennomgangen. Basert på den nye gjennomgangen utviklet vi så to ytterligere spørsmål. På klientsiden gikk vi nærmere inn på oppfatninger om psykologisk endring hos klientene. Dette spørsmålet ble valgt ut fra indikasjoner på at klienter og terapeuter kan forstå og omtale psykologisk endring ulikt (Castonguay et al., 2010; Bohart & Wade, 2013, s. 236) og at dette ikke nødvendigvis endrer seg ved avsluttet behandling (Råbu & Haavind, 2017) Hvilke endringer som vektlegges og oppleves mest betydningsfulle kan også være ulikt.

På terapeutsiden ønsket vi å undersøke nærmere hva terapeutintervjuene kunne fortelle om deres forståelse av terapi og «den gode terapeuten». Også dette spørsmålet var informert av de ulike perspektivene og opplevelsene noen av klient-terapeut parene beskrev i første analyserunde. For eksempel var en av klientene takknemlig og opptatt av sin terapeut som en tillitsfigur, mens den samme terapeuten opplevde at hun ikke fikk til de store endringene med klienten og omtaler både relasjonen og sitt eget bidrag mer beskjedent. Likheter og kontraster mellom klientenes ønsker og forventninger til terapeuten, og terapeutenes forståelse av god terapi og god terapeut ble derfor et fremtredende tema i denne delen av analyseprosessen.

Noe vi ble slått av under gjennomgangen av materialet var at klientene også ga en del plass til tema som ikke var direkte relatert til behandlingen eller terapeuten. Vi fikk inntrykk av at de gjerne ville fortelle om sin bakgrunn og sine liv i hjemlandet i mer positive vendinger enn det vi hadde forventet. De delte gjerne sin historie inn i «før» og «etter» den vanskelige tiden som til slutt resulterte i flukten. Samtidig hadde vi fått et inntrykk av at noen av terapeutene synes det kunne være vanskelig å få klientene til å snakke om «fortiden.» Denne kontrasten dannet grunnlag for det tredje analysespørsmålet: Hvordan fremstiller klientene seg selv og sin historie, og hvordan viser denne fremstillingen seg i terapeutenes omtaler av klientene?

Etter denne gjennomgangen av materialet *på langs*, gikk vi over til en analyse - denne gangen av analysenotatene - *på tvers*. Her så vi etter mønstre, tema som gikk igjen, samt kontraster og ulikheter mellom informantene, inspirert av en tilnærming som tar for seg en *bricolage*, altså en rekonstruksjon og sammensetting av materialet (Kvale, 2007, s. 115). På klientsiden sammenlignet vi hvordan klientene omtaler terapiens innhold. For å få et bilde av fellestrekk, særtrekk, variasjon og kontraster utviklet vi kategorier og dimensjoner ut fra hva som var best egnet. For eksempel plasserte vi svarene på hvordan klientene omtaler terapien langs en linje der den ene enden representerte et syn på den terapeutiske samtalen som endringsfremmende behandling, og den andre enden som verdifull støtte i hverdagen. Et annet eksempel er en linje hvor terapeutene anså seg mer i retning av en profesjonell ekspert i den ene enden og en trygg kontaktperson i den andre enden.

I denne siste fasen av analysen gikk vi også kronologisk til verks. Vi sammenlignet klientene før behandling, etter behandling og avsluttet med sammenligninger av klientenes refleksjoner om fremtiden. På denne måten ønsket vi å danne et tydeligere bilde av prosessen. Av terapeutene var det kun intervju etter avsluttet behandling som var tilgjengelig, og vi sammenlignet derfor hva terapeutene sa om behandlingsprosessen og følgelig hvilken rolle de vurderte at de fikk for klienten, Til sist hvordan de vurderer at det vil gå med klienten som en fremtidsrettet avslutning.

### **Begrensninger ved materialet**

I det følgende har vi noen refleksjoner rundt begrensninger ved materialet vi har brukt i oppgaven. For det første var det noen begrensninger ved materialets *omfang*. Ikke alle klientene i utvalget samtykket til lydopptak ved første intervju. Tre av klientene sa nei. Disse intervjuene før terapi er derfor basert på skriftlige notater tatt av intervjueren. I vårt utvalg berører alle intervjuene de tema som dannet grunnlag for våre analysespørsmål, men omfanget varierer.

For det andre hadde klientene i utvalget *ulike forløp*. Noen var korte, mens andre gikk over flere år. Noen informanter ble intervjuet flere ganger etter behandlingsslutt, mens hos andre hadde vi kun ett tilgjengelig intervju. Klienter som gikk i behandling over lengre tid ble også intervjuet underveis. Med forbehold i dette valgte vi å bruke alt av tilgjengelig og *relevant* materiale fra intervjuene. Vi bestemte oss for å ikke begrense utvalget, for eksempel ved å

kun bruke intervju rett etter avsluttet behandling. Dette valget foretok vi for å få et mest mulig utfyllende materiale å arbeide med.

For det tredje lå det noen begrensninger i *språkbarrierer*. Ingen av informantene i utvalget snakket helt flytende norsk. Én besvarte intervju spørsmål før behandling på et annet språk, men kunne svare selv på norsk etter behandling. Språkutfordringene begrenser validiteten i datamaterialet på flere nivåer. For det første kan vi ikke være sikre på at det informantene svarer er faktisk det de ønsker å formidle av mening. Svar kan kortes ned og forenkles, og utfyllende nyanser kan gå tapt når man forsøker å formulere seg på et språk man ikke behersker fullt ut. For det andre er det tidvis vanskelig å forstå hva som blir sagt på lydopptakene. En del ord og setninger er markert som «uforståelig» i det transkriberte materialet. Meningen måtte derfor tolkes med varsomhet.

Noen informanter brukte tolk. Tolkenes norskferdigheter varierte i intervjuene. I tillegg har arbeid med tolk særskilte utfordringer, og mange klienter opplever at det er vanskeligere å dele sensitiv informasjon når det er tolk til stede (Bögner, Brewin & Herlihy, 2010). Det kan innebære at klientene i utvalget var mer reserverte i forhold til å dele opplysninger når det var tre personer til stede under intervjusituasjonen.

For det fjerde ligger det noen begrensninger i materialets *innhold*. Intervjuene vi har brukt er hovedsakelig tatt før og etter terapi. Det var kun et fåtall klienter som ble intervjuet underveis i behandlingen, og også disse intervjuene er avgrenset til bestemte tidspunkt i forløpet. Dette innebærer at klientene og terapeutene vurderer og reflekterer rundt terapiprosessen retrospektivt, og at materialet ikke avdekker den faktiske komplekse og kontinuerlige terapiprosessen som har foregått. Vi vurderer likevel at materialet er såpass omfattende at det gir et nyttig innblikk i klientenes og terapeutenes subjektive opplevelser og perspektiv, før og etter terapi, samt muliggjør en sammenligning av de fellestrekkene og kontrastene vi fant.

### **Anonymisering og etiske vurderinger**

Anonymisering har vært spesielt viktig for oss gitt de sensitive temaene som terapeutene og klientene omtaler i materialet. I tillegg er dette materialet hentet fra en minoritetsgruppe i en særdeles sårbar situasjon. Risikoen for at en deltaker gjenkjennes blir større når man gjenforteller detaljer og bruker direkte sitater. Vi har forsøkt å redusere denne risikoen på ulike måter. Detaljer er blitt fjernet eller endret der vi mener at disse detaljene ikke er



nødvendige for å fremheve poengene i teksten. For eksempel omtaler vi de ulike fysiske symptomene klientene forteller om som «somatiske plager» slik at det blir mulig å omtale dette uten at det fremkommer nøyaktig hva slags plage klienten fortalte om. Tall er avrundet og stedsnavn er fjernet. Vi har også gitt klientene og terapeutene nye navn, og vært forsiktige med bruk av pseudonymene i teksten, slik at det skal være vanskeligere å “legge sammen” detaljer som kan gjøre informantene mer gjenkjennbare. Vi har fått hjelp til anonymisering fra Marianne Opaas, som hadde et øye for detaljer ved den enkelte klient som skilte seg ut fra resten av det større utvalget.

Analysen av materiale innhentet av andre, såkalt sekundæranalyse, byr også på noen viktige etiske hensyn. Materialet vi jobbet med bygger på betroelser som klientene og deres terapeuter valgte å gi til Varvin og Opaas, men de som ble intervjuet ga sitt samtykke til at materialet kunne brukes til videre forskning av NKVTS. Samtidig handler samtykke på mange måter om mer enn å signere under et samtykkedokument. Det var Opaas og Varvin klientene møtte ansikt til ansikt. Det de forteller om er delt i en kontekst av tillit til intervjuere de har møtt gjentatte ganger. Klientene som ble intervjuet har aldri møtt forfatterne av denne hovedoppgaven, og kanskje heller aldri forestilt seg at vi skulle bruke og tolke det de har sagt på den måten vi har gjort. I tillegg kjenner vi ikke klientene på samme måte som Opaas og Varvin gjør. Mangelen på en slik nærhet kan medføre en risiko for at de som gjør sekundæranalyser føler et redusert etisk ansvar for de som intervjues (Richardson & Godfrey, 2003, s. 348). Gitt at det også er snakk om terapiforløp har det vært viktig for oss å ikke ødelegge klientenes opplevelse av terapien de har hatt, samt unngå at terapeutene vi skriver om føler seg anklaget eller kritisert. Vi har gjennom prosessen forsøkt å opptre respektfullt overfor vårt utvalg og være oppmerksomme på hvordan det ville oppleves for informantene dersom de hadde lest det vi har skrevet.

Asyl, flukt og innvandring er i tillegg temaer som berører og engasjerer mange. Interessegrupper for og imot gjør seg stadig hørt på ulike vis. Som forsker innenfor et slikt politisk betent tema kan man risikere at informasjonen som presenteres blir gjenstand for misbruk eller tolket på en måte forfatterne ikke kan stå inne for. Vi har forsøkt å redusere risikoen for dette ved å være klare på hvordan vi har tolket materialet, samt ved å nyansere temaet på en måte som forhåpentligvis vekker refleksjon.

## Resultatene

Herunder følger en presentasjon av resultatene. Resultatene er basert på alle klientene og terapeutene i utvalget, selv om noen av informantene kommer mer frem enn andre i teksten. Forboksstaven til klienten og terapeuten som hører sammen er like for at leseren skal lettere kunne koble klientene til behandlerne sine. For eksempel har vi valgt å kalle terapeuten til Nadia for Nina. Flere steder i teksten vil sitater fra intervjuene dukke opp. Om presentasjon av intervjutranskripter skriver Kvale (2007) at informantenes muntlige tale bør bli omgjort til en skriftlig, lesbar tekstform, da uforståelige og ordrette intervjutranskripter kan medføre en uetisk stigmatisering av informantene eller gruppene de tilhører (Kvale, 2007, s. 132). Med hensyn til dette har vi gjort enkelte endringer i grammatikken i sitatene som vi presenterer i teksten, dette for å gjøre teksten mer leselig og få frem det terapeutene og klientene sier på en god måte.

### Hvem er jeg og hva trenger jeg hjelp til – klientene presenterer seg

Klientenes problemforståelse er forventet å være relatert til ønsker, preferanser og forventninger til hjelpeinstansen når hjelp søkes. En metaanalyse bestilt av *The American Psychological Association's Division of Clinical Psychology and Division of Psychotherapy* undersøkte klientpreferanser og oppsummerte forskningen med at preferanser for behandlingstype, terapeutkarakteristika og rolle i behandling hadde en effekt på både dropout og utfall av behandling (Swift, Callahan & Vollmer, 2011). Med preferanse for type behandling menes ønsker for hvilken intervensjon som skal anvendes, som for eksempel atferdsrettet vs. støttende terapi og psykoterapi vs. medisinerings. I det følgende skal vi se hvordan klientene forstår og beskriver sine problemer, og de utfordringene som gjerne følger.

For det første beskriver alle klientene *psykiske og somatiske symptomer, samt plager* typisk assosiert med traumatisering, som gjenerindring, mareritt, uro, konsentrasjonsvansker, vansker med å stole på andre mennesker og utrygghet. Flere forteller om følelsesmessige svingninger, særlig sinne, som har blitt vanskeligere å ha kontroll på. Et slående trekk ved måten de snakket om symptomene på, var at nesten alle formidlet at de psykiske symptomene var forårsaket eller forverret av vanskelige livsomstendigheter.

Flere av klientene innledet med de fysiske symptomene når de fikk åpne spørsmål om tilstanden sin i dag. Flere hadde også opprinnelig oppsøkt lege for somatiske plager, og så blitt henvist videre til psykologisk behandling. Det var tre av klientene som ga særlig tydelig uttrykk for at de opplevde de fysiske plagene som sitt hovedproblem. Disse tre snakket litt forskjellig om forbindelsen mellom de fysiske og psykiske symptomene. For den ene, Boris, er de fysiske plagene noe som har *forverret de psykiske plagene*. Han har lenge vært plaget av intense mareritt som han tidligere opplevde han hadde en viss kontroll over, men så dukket de fysiske plagene opp, og nylige problemer med betennelser og hudplager gjør at han våkner etter å ha lagt seg om kvelden. Det tar flere timer for ham å sovne igjen. Han beskriver flere slike runder med oppvåkning og innsovning, og knytter søvnproblemene til betennelsen. Marerittene har følgelig blitt enda vanskeligere å håndtere. Den andre klienten som legger særlig vekt på de fysiske symptomene, Farah, opplever at de *somatiske plagene er årsak til de psykiske plagene*. Hun mener hun hadde det helt fint psykisk før hun fikk en spesifikk somatisk plage som har rammet hennes fungering i hverdagen på flere områder. Farah har tatt flere somatiske undersøkelser uten at det er gjort funn, og forklarer at symptomene blir borte innen hun får legetime. Intervjueren utforsker om hun tenker at de kroppslige plagene kan skyldes noe som har skjedd i livet hennes:

*I: Er det andre ting som skjedde med deg som du tror kan være årsak til at kroppen din reagerte med dette (somatiske problemet)? Kan det være en reaksjon på noe som er vanskelig i livet ditt?*

*F: Nei, det var ikke noe. Det var det eneste problemet jeg fikk.*

Farah har opplevd en del større påkjenninger i livet. Blant annet har hun mistet et nært familiemedlem mens hun fremdeles bodde i hjemlandet. I intervjuet antyder hun at også livet under krigen og selve flukten var vanskelig og preget av frykt. Ved intervjutidspunktet lever hun i et voldelig ekteskap. Likevel knytter ikke Farah disse påkjenningene til sin psykiske eller fysiske tilstand i dag. For henne er det først og fremst den ene somatiske plagen som gjør at hverdagen ikke lenger går opp.

Karim er den tredje som gir de fysiske symptomene særlig sentral plass i beskrivelsen av hva som plager ham. Når han blir stilt et åpent spørsmål om tilstanden sin, innleder han med å fortelle om somatiske smerter. De psykiske symptomene kommer bare frem når han blir oppfordret til det. For eksempel spør intervjueren om han noen gang har blitt forsøkt kvalt eller hindret i å puste, og da beskriver han at han tidligere har hatt symptomer som kan tolkes

som hyperventilering knyttet til panikkanfall, og som han fremdeles kan kjenne i dag. I intervjuet sier han at det er selvfølgelig at han er preget av det han har sett og vært gjennom i hjemlandet og i løpet av flukten. Men det er altså bare ved direkte spørsmål at disse traumesymptomene kommer frem, og selv da virker det som om de utgjør en *bakgrunn*, mens de somatiske smertene utgjør figuren.

At de kroppslige symptomene og plagene stod så sentralt hos flere av klientenes beskrivelser rundt hva som plaget dem hadde en betydning for deres opplevelse av å skulle begynne i terapi. Flere av klientene uttrykket forvirring, bekymring og frustrasjon rundt det å bli sendt til behandling for noe annet enn det de selv ønsket og forventet. Det kunne også oppleves som manglende anerkjennelse fra legens side. For eksempel påpeker en fjerde klient at hun har både fysiske og psykiske plager uten at de nødvendigvis *henger sammen*, men hun opplever at hun ikke blir møtt på sin forståelse. Hun har vært i psykologisk behandling flere ganger tidligere og forteller at hun nå kjenner på misnøye med den behandlingen hun blir tilbudt. Hun sier:

*Jeg går fort ut av meg selv, mister kontrollen. Legen har ikke hjulpet meg på en ordentlig måte. Jeg merker selv at jeg har hjerteproblemer. Legen sier nei, (du) har psykiske problemer.*

Men en annen klient i utvalget som også ble henvist etter å ha oppsøkt lege for somatiske plager, hadde en ganske annen opplevelse. Fremfor å mene at tilbudet var på siden av det hun trengte, ble hun glad da henvisende lege fortalte at hun kunne begynne i terapi:

*Jeg har hatt vondt i nakke og skuldre, og vært sykemeldt nesten et år. (...) Det var legen min som foreslo å henvise meg til psykolog. Han tenkte at plagene mine kanskje hadde sammenheng med det som mannen min og hele familien har vært gjennom.*

Denne klienten tolket henvisningen til terapi som et tilbud som kunne også være til hjelp for henne, og som en ekstra omtanke fra legens side.

For det andre melder klientene om *utfordringer i hverdagen*. De er særlig relatert til familieliv, sosialt samvær og økonomi. Ved behandlingsstart forteller noen at de har dårlig samvittighet for at de ikke får til ting på ulike områder i livet, både i hjemmet og utenfor. Flere av klientene beskriver utmattelse, tretthet og innsnevret toleranse for energikrevende aktiviteter. Boris forteller at han ofte er sliten og trøtt om dagen fordi han sover dårlig. Dette har gjort at han fungerer dårligere i hverdagen, og trekker frem at han ikke orker å kjøre sønnen til skolen som eksempel. En annen klient forteller at hun har “mistet nervene” sine og

orke ingenting. På hverdagene blir hun ofte liggende i sengen, og kjenner at hun ikke strekker til som ektefelle eller som mor for barna. For tre av klientene utgjør rollen som ektefelle en ekstra belastning fordi partneren også strever med psykiske og fysiske ettervirkninger av det de opplevde før og under flukten. Nadia forteller at hun blir ofte frustrert fordi hun har vansker med å forstå ektemannens belastninger. I tillegg må hun som “den friske” i familien også påta seg mest oppgaver hjemme. Farah forteller at hennes ektemann har plager som hun mener har sammenheng med at han nå utøver fysisk vold mot henne, men at han ikke anerkjenner at han er syk. For henne utgjør ektemannens plager i kombinasjon med hennes egne en kraftig kilde til håpløshet. Hun forteller:

*Jeg er syk og mannen min er syk, og vi har ikke noe håp, så hvilket håp kan jeg ha overfor livet videre?*

Flere klienter gir ulike eksempler på hvordan plager og symptomer gjør at sosialt samvær utenfor familien kan bli så vanskelig og ubehagelig at de velger å isolere seg. For eksempel forteller noen av klientene at de ikke orker støy eller kjenner seg skamfulle når de går ut blant folk. En annen klient forteller at hun blir fort sint og opplever å ha lite tålmodighet når noen snakker til henne. Flere vektlegger at det er vanskelig å ha tillit til andre mennesker. Karim ble forfulgt av regimet i hjemlandet mange år, og er stadig redd for at de kommer til å finne ham. Han har lite lyst til å møte eller snakke med folk og går sjeldent ut av leiligheten. Han unngår som oftest andre mennesker, og føler seg ensom og på siden av samfunnet. Med ett unntak knytter klientene vanskene med tillit til opplevelser i fortiden. Boris forteller:

*Jeg stoler ikke så mye på andre nå. (...) Alle vet at hvis krigen begynner vil alle gå til hver sin side.*

*I: Det tar sikkert mange år før sårene gror. Altså tar det lang tid hvis man skal stole på hverandre igjen.*

*B: Nei, aldri, tror jeg. Og jeg må lære mine barn at de ikke skal stole på andre.*

Fra annen forskning har vi sett at informanter med flyktningbakgrunn ofte forteller at de kjenner seg uønsket i Norge, eller at de møter på kulturelle skikker og normer som kjennes merkelige og upassende for dem (Berg, Dalby & Fladstad, 2002). Klientene i utvalget vårt snakker generelt lite om møtet med et nytt land og ny kultur som aspekter som har vært belastende eller bidratt til at de velger å isolere seg. Én av klientene nevner dette som et område som har bidratt til at hun har hatt mye å stå i. En annen forteller om tiden på

asylmottak og hvordan han opplevde at folk i Norge kunne være reserverte og avvisende, men beskriver at også kontakten med egne landsmenn har vært vanskelig.

Flere av klientene forteller at plagene også gjør det vanskeligere eller hindrer dem i å være i arbeid. For en av klientene ble det for belastende å arbeide på fulltid. En annen forteller at hun har forsøkt seg i arbeid flere ganger, men kjenner at hun ikke orker i det hele tatt. En tredje klient trekker frem stram økonomi som en utfordring som også rammer det sosiale. Jamila forteller at hun føler seg maktesløs og svært begrenset på grunn av sine økonomiske rammer, samt ydmyket og uten verdi på grunn av måten hun er blitt møtt på av systemet. Hun har vært innom sosialkontoret mange ganger, noe hun beskriver som ødeleggende for henne. Hun er blitt truet med søksmål for manglende betaling av husleie og oppgir at hun føler de gjør det bare for å plage henne, fordi det er sosialkontoret som betaler husleien. De økonomiske begrensningene hindrer også henne i å gå på sosiale tilstelninger fordi de andre ofte drar ut for å spise sammen.

Det tredje området som noen av klientene trekker frem er hvordan *traumesymptomene satt en stopp for fremtidsplanene*. Flere nevner at de blir fort trette og har vansker med å konsentrere seg, slik at det går utover læringsevnen og utholdenheten. En av kvinnene forteller om tiårsplanen sin, først med norskopplæring, så med videre studier for å skape den karrieren hun ønsket seg, men alt tar mye lengre tid for henne nå enn tidligere. Selv aktiviteter hun finner spesielt meningsfulle, som å hjelpe andre vanskeligstilte kvinner, har blitt vanskelig. Det virker frustrerende for henne å vite hva hun kan, men samtidig ikke klare det. Hun ser ut til å delvis klandre seg selv for dette, da hun beskriver det som en type latskap. Hun sier:

*Jeg vil handle. Jeg vil hjelpe. Jeg vet jeg kan, men jeg klarer ikke. På en måte er jeg lat. Det som tidligere tok meg to minutter tar meg nå to timer!*

En annen av kvinnene har tatt et valg med omfattende konsekvenser for fremtiden, nemlig valget om å ikke skaffe seg barn, fordi hun på nåværende tidspunkt anser seg som for syk til å kunne være en god omsorgsgiver. Hun hadde opprinnelig et håp om å studere videre i Norge og etter hvert få seg jobb innenfor et bestemt yrke som hun liker, men strever mye med konsentrasjonen og kjenner at det er vanskelig å lære norsk, noe som er en forutsetning for å kunne begynne i utdanningsløpet. Hun tenker selv at hun ikke bør studere eller jobbe før hun har blitt frisk. Amina formidler noe tilsvarende. Hun har ikke tro på at arbeid og aktivitet vil føre til bedring for henne, og det virker som om hun opplever at hun må først bli frisk for at hun skal orke å være i jobb. Begge kvinnene har sånn sett en forståelse av hva de trenger, som

er i tråd med sykdomsforståelse der man gjennom hvile bygger opp styrke til å tåle belastninger og aktiviteter igjen.

**Mer enn det vonde.** Da vi leste gjennom intervjuene ble vi slått av at klientene også fortalte om seg selv og sin fortid på måter som ikke bare handlet om det vonde i fortiden, traumesymptomene eller det som er vanskelig i hverdagen i dag. Uten å bli direkte spurt om det, trekker noen av klientene frem det gode ved fortiden og forteller gjerne hva de tidligere var i stand til eller hvordan hjemlandet og kulturen var før urolighetene begynte. Problemene som klientene kommer med til terapien blir rammet inn i en større kontekst og henger sammen med klientenes identitet før og nå. Ifølge McAdams livshistoriemodell for identitet skapes et individs opplevelse av en sammenhengende identitet gjennom internalisering og stadig konstruering og rekonstruering av livshistorien, også kalt narrativ identitet (McAdams, 2001). Gjennom en selektiv prosess velges episodiske minner ut på en måte som gir individet en opplevelse av at livet har en viss grad av sammenheng, hensikt og mening. (McAdams, 2001; McAdams & McLean, 2013). Slik kan individet formidle til seg selv og andre “hvem de er nå, hvordan de ble slik de ble, og hvordan de tenker deres framtid kommer til å bli.” (McAdams & McLean, 2013, s. 233, egen oversettelse). I det følgende skal vi se nærmere på hva klientene selv har tatt vare på av de gode minnene av seg selv og fortiden.

De fleste av klientene gir positive beskrivelser av ulike deler ved livet i hjemlandet før konfliktene oppsto. Særlig tre av klientene gir varme, nostalgiske beskrivelser av gode, lykkelige liv med venner og familie. Farah forteller at hun var familiens yndling. Amina hadde fast arbeid. Jamila beskriver en sosial tilværelse med mange venner og en lykkelig familie som lo mye og vitset med hverandre. Karim likte seg godt på gården til en slektning da han var barn. Sammen med det gode nevner likevel flere av klientene vanskeligheter i sammenheng med opptrapping av konfliktene, for eksempel diskriminering på bakgrunn av kjønn og etnisitet. Noen av klientene beskriver fortiden rammet inn i en kontekst av det tapte. Karim forteller at han og de andre barna hadde en helt vanlig oppvekst og var «uskyldige», men opplever at tapet av denne uskylden ofte ble en konsekvens da han og andre kjente at de måtte gjøre motstand mot regimet etter hvert som de ble eldre.

De fleste av klientene gir uttrykk for å sørge over tapet av de gode sidene ved fortiden og trekker frem kontraster mellom “før” og “etter”. Amina forteller om den rike kulturen i hjemlandet og hvordan krigen ødela dette. Boris beskriver et godt naboskap der han bodde, med ulike folkegrupper som var venner, dro ut på fiske sammen og var "som brødre" før

"politikk" kom inn i bildet og situasjonen ble mer og mer anspent. Tross opptrappingen av konflikten ble han overrasket over at det til slutt brøt ut krig. Jamila forteller om et klart skille mellom hennes nåværende tilstand og hvordan hun hadde det med familien før, også under vanskelige perioder. Hun forteller:

*Men hvis gode ting skjer (i dag), kan jeg ikke føle glede, og jeg kan ikke elske noen. Det som pleide å gjøre meg glad (var at) vi hadde den lykkeligste familien! Vi pleide å spøke selv når ting var vanskelige.*

Det klientene velger å fortelle og trekke frem virker med andre ord ikke helt tilfeldig. Beskrivelsene vektlegger ikke bare kontrasten mellom livet før og etter konfliktene, men også kontrastene til livet i Norge etter flukten. Farah, familiens yndling, lever i dag med en fysisk voldelig ektemann som strever med ettervirkningene av det han har opplevd og med å tilpasse seg livet i Norge. Amina, som beskrev sin tidligere jobb, anser seg selv i dag som for ufør til å være i arbeid. Jamilas gjenlevende familie er spredt for alle vinder. For klientene er det kanskje viktig å kunne trekke et slikt skille og kunne formidle til den de møter at fortiden ikke bare besto av krig, konflikt, og elendighet. At de oppe i dette hadde gode tilværelser med familier, karrierer og status, at de har tapt ting av verdi i hjemlandet. At klientene forteller akkurat disse historiene kan med andre ord forstås som det Puvimanasinghe, Denson, Augoustinos & Somasundaram (2015) kaller et «mot-narrativ» (counter-narrative). Et mot-narrativ definerer de som et narrativ som utfordrer det dominerende eller aksepterte synet i et spesifikt samfunn eller kultur, for eksempel oppfatningen om at flyktninger er traumatiserte eller en belastning for samfunnet som tar dem imot (Puvimanasinghe et al., 2015, s. 70). Slike fortellinger om fortiden kan handle om forsøk på å presentere og kanskje etablere seg selv som et verdig individ innenfor en bredere kontekst enn det som gis av majoritetens narrativ. McLean et al. (2017) påpeker at et godt utviklet mot-narrativ er forventet å støtte opp under individets opplevelse av å være aktør i eget liv.

**Ulike «briller»** Da vi utforsket hvordan terapeutene omtaler klientenes fortid og nåværende situasjon, opplevde vi at terapeutenes fokus gjerne var spisset mot det vonde og det problematiske. Ofte uttrykket flere av terapeutene et ønske om å kunne gå mer inn på det traumerelaterte ved fortiden til klientene. Fokuset på det vonde som vi finner i materialet kan handle om at forskningsintervjuet og samtalerapien i seg selv er fokusert rundt behandling av traumer. Ønsket om å spisse inn det terapeutiske fokus mot det som skal behandles gir mening når terapeutene gjerne har begrenset tid. Ulempen ligger potensielt i systemets forestilling om at psykiske plager, likt et sår, rammer kun det området der det oppstod, slik at



psykologer kan fungere slik kirurger gjør. Som kirurgen med skalpellen gjør man inngrep på et avgrenset område, presist og fokusert. Noen av terapeutene ga også en del plass til klientenes vanskelige livsomstendigheter, da i en kontekst av at vanskelighetene kan bidra til å opprettholde symptomene. For eksempel gir én av terapeutene uttrykk for at hun lurer på om terapien kan hjelpe klienten hennes når klienten fremdeles lever i et voldelig forhold. Til sammenligning forteller denne klienten at hun og mannen hennes er svært glade i hverandre, men at det har blitt vanskelig mellom dem nå fordi begge er syke.

Antydningen til ulike fokus fra materialet minner oss på at klientene og terapeutene gjerne har på seg forskjellige “briller” i møtet med den andre, og disse brillene vil farge hva man ser etter og legger vekt på. Terapeuten som har et oppdrag - å behandle traumer - kan ha andre syn på hva som er viktig ved klientens historie, situasjon og egenskaper enn det klienten selv har. Men kanskje er klientenes mot-narrativ en ressurs som kan ha større verdi enn forventet? Å hente frem og anerkjenne klientens verdighet, slik en del forskningslitteratur påpeker som viktig i arbeid med andre klientgrupper som eldre (Chochinov et al., 2005; Östlund, Brown & Johnson, 2012), kan være betydningsfullt både for den som har opplevd overgrep og ydmykelse, og den som kommer som fremmed til et nytt land. Mange personer med flyktningbakgrunn forteller at de kjenner det er ydmykende å måtte be om hjelp, for eksempel motta sosialhjelp og kjenne at de ikke har mulighet for å slippe. Flere savner at noen viser interesse for hvordan de har det også utenom de nødvendige spørsmålene som gjerne blir stilt i sammenheng med at den hjelpesøkende ber om eller trenger bestemte tjenester (Berg, Dalby & Fladstad, 2002). I tillegg viser traumeforskningen at å gjenskape et sammenhengende narrativ kan være behandlingsfremmende. Brison (1999) argumenterer for at et traume kan bryte opp den opplevde forbindelsen mellom fortid, nåtid, og fremtid, slik at livshistorien framstår usammenhengende for individet. En studie av Berntsen & Rubin (2007) fant at graden av sentral plass traumatiske minner fikk i folks livshistorier var positivt korrelert med alvorligheten av PTSD-symptomer. Å jobbe med å sette andre deler av individets livshistorie på plass kommuniserer viktigheten av den gode fortid og kan bidra til at traumet oppleves av klienten som en mindre sentral del av deres narrative identitet. Med dette menes ikke at traumene ikke skal utforskes, men at utforskning av delene ved klientenes livshistorier som ikke handler om det vonde og traumatiske også kan fremme bedring.

## Terapi - et ukjent terreng for de fleste

For flyktninger og andre utsatte klientgrupper kan det være spesielt viktig at man utforsker hva de har av preferanser og forventninger til hjelpetilbudet de får. Klienter med flyktningbakgrunn kan ha annerledes forventninger til terapi, eller ikke vite hva terapeuten kan og ikke kan hjelpe dem med (Sveaass & Reichelt, 2001). Å utforske hva klienten forventer av terapien, samt hvilke forestillinger vedkommende har til hva som skal foregå i en slik terapiprosess, kan bidra til at man får et klarere bilde av klientens utgangspunkt.

I utvalget vårt så vi for det første at enkelte av klientene var *usikre* på hva samtaleterapien kunne hjelpe dem med. Når Karim blir spurt om hva han tenker han trenger hjelp med på DPS, klarer han ikke å svare på dette selv om han har vært i behandling på DPS tidligere. I det følgende ser vi hvordan intervjueren prøver å få tak i hva Karim håper å få hjelp med.

*I: Hva tenker du at du gjerne vil ha hjelp med nå når du skal gå her? K: Jeg forstår ikke. Hva mener du?*

*I: Nå når du skal gå i videre samtaler her, hos behandler her, hvilke plager er det du ønsker å snakke om som du håper kan bli litt bedre? K: Nei jeg vet faktisk ikke.*

*I: Nei. Hvis jeg skulle gjette, så ville jeg tenke at du skulle ønske at du kunne ha mindre mareritt, sove bedre om natten, ha mindre vonde tanker som kommer hele tiden. K: Nei, vet ikke.*

Svaret kan bære preg av at Karim opprinnelig søkte hjelp for somatiske plager. Det er uklart om han har tro på at samtale som behandling kan være til hjelp for plagene hans, eller om han fremdeles er usikker på hvordan behandlingen bør foregå og hvilken form den bør få. Tidligere negative erfaringer kan også styrke en opplevelse av at denne formen for behandling ikke hjelper eller er det han trenger. Heller ikke Farah omtaler direkte sine forventninger til behandling ved DPS, men intervjumaterialet tyder på to forventninger. Når hun beskriver plagene sine villig og tillitsfullt til intervjueren, ønsker hun for det første at hjelpeinstansen skal ivareta henne innenfor en ramme av konfidensialitet. Hun sier:

*Men jeg vil ikke at mannen min får vite om det jeg sier til dere. (...) Dere må aldri si noe videre.*

Når hun velger å snakke åpent, kan det ligge en forventning om at å snakke med disse hjelperne er nokså trygt fordi det hun forteller sannsynligvis ikke vil bli fortalt videre. I tillegg kommer det frem at hun forventer den profesjonelle hjelperen vil kunne gi henne svar og løsninger ut ifra en ekspertposisjon, som hun er vant med at en lege ofte gjør etter å ha stilt

spørsmål og undersøkt pasienten. Hun henvender seg også direkte til intervjueren og spør hva intervjueren tror skal til for at hun får det enda bedre.

Én av klientene, Amina, forteller at hun ønsker "ordentlig behandling" uten å beskrive nærmere hva hun mener en slik behandling bør bestå av. Hun sier:

*Jeg sa til (behandler på poliklinikken) kan dere sende meg til et sted for ordentlig behandling, før jeg gjør noe galt? Får jeg være der i 2-3 uker slik at jeg blir bra? Barna trenger omsorgen min.*

Som Karim har Amina også tidligere vært til psykologisk behandling på DPS. Begge hadde hatt negative erfaringer med samtaleterapi, og begge hadde blitt henvist etter å ha opprinnelig søkt hjelp for somatiske plager. Mens Karim oppgir at han ikke vet, fremkommer det implisitt at Amina ikke opplever at samtaleterapi ved poliklinikken regnes som riktig og adekvat behandling for hennes plager. Hun beskriver et konkret ønske om å fungere bedre sosialt og som omsorgsperson i nære relasjoner, en bestilling som gjerne betraktes som en tradisjonell oppgave for psykologen, men synes ikke at tidligere samtaleterapi har hjulpet henne med de fysiske plagene eller relasjonelle utfordringene hun beskriver. Denne usikkerheten rundt hva Amina ser for seg av løsninger, og som preger de fleste klientene i utvalget, understreker også hvor viktig det er å ha dialog rundt klientenes holdninger og forventninger til behandling for å danne en arbeidsallianse (Guregård & Seikkula, 2014).

Til sammenligning hadde en av klientene hadde noen klarere forventninger til å gå i samtaleterapien. Hun har hatt annenhånds erfaring med terapi gjennom sin ektemann, og når hun i ettertid beskriver sine følelser rundt det å skulle begynne i terapi, forteller hun at hun på den tiden opplevde det som deilig å tenke at det nå endelig var hennes tur til å bli hørt og ivaretatt. Hun sier:

*Også tenkte jeg nå er det min tur, det er deilig at noen kan lytte til meg, høre hvordan jeg har det. Jeg var veldig glad for at (behandler) sa til meg at jeg kan begynne her, det var jeg veldig glad for.*

Nadias oppfatning av hva som foregår i terapi ser dermed ut å være mer i tråd med den tradisjonelle formen som samtaleterapi gjerne får, der klienten er pådriver for samtalen og velger ut sine tema, og terapeuten er den lyttende mottaker som følger klienten. Hun har en oppfatning av at den formen som samtaleterapi har vil samsvare med hennes opplevelse av hva hun trenger.

For det andre så vi at flere av klientene ønsket *konkret hjelp med kontakten med eksterne instanser*. For Jamila var det såpass mye som måtte ordnes at hun oppgir at store deler av de første par timene måtte brukes på søknader og oppringninger. Amina uttrykker et ønske om hjelp med å få søkt uførepensjon underveis i behandlingen, og ber også behandler på poliklinikken om hjelp til å bli innlagt på psykiatrisk institusjon. Når Karim får spørsmål om hva som ikke fungerte i tidligere behandling, svarer han at to tidligere behandlere hadde lovet ham å søke om et tilbud for rehabilitering, men at dette ikke ble gjort. Det har bidratt til at han opplever seg krenket av behandlingsapparatet. Han sier:

*Den første (behandleren) sa at hun kommer til å gjøre det, men det skjedde ikke. Og den andre som overtok etter henne lovet meg det samme, men det skjedde ikke.*

Når vi nå har sett på hva klientene formidler kommer det frem at alle strever med psykiske plager, men at alle utenom én klient virket usikre på hva *samtaleterapi* som behandlingsform kan hjelpe dem med. Det er også verdt å merke seg at en del av klientene hadde konkrete tanker om hva som kunne hjelpe dem, uten at de etterlyste å arbeide med dette i terapien. Tre av klientene hadde for eksempel ønsker om å fortsette studier de tidligere hadde påbegynt. Én ønsket å komme i jobb, mens en annen håpet at mannen hennes også ville bli bedre slik at hun kunne få det lettere. Det virket ikke som om dette var noe de tenkte at terapitilbudet kunne hjelpe dem med. Kanskje handler det om at å snakke om problemene kjennes meningsløst når man forventer at det er konkrete tiltak som skal til for å endre på situasjonen. Når klienten kommer inn til terapi ligger det terapeutiske fokus gjerne på de psykiske plagene. I utredningen vil terapeutene ønske å kartlegge symptomene, samt hva disse kan komme av og hvordan de opprettholdes. Men for klienter kan plager som uro, konsentrasjonsvansker og følelsen av utrygghet oppleves som lite håndfaste og avgrensede. Plagene er til stede i hverdagen og forsterkes i vanskelige situasjoner, og ideen om å behandle dem uten å endre eller tilrettelegge omgivelsene kan virke fjern og uforståelig for den som lever med dette. Det vil ha innvirkning på hva en klient vurderer som reell og endringsfremmende hjelp. For eksempel kan det kjennes mer gjennomførbart å få innvilget en søknad om økonomisk støtte enn å endre opplevelsen av å bli forfulgt. Videre vil problemer på ett område gjerne ramme og påvirke et annet, som når mangel på økonomiske midler fører til en opplevelse av verdiløshet, eller somatiske plager gjør det vanskeligere å håndtere de psykiske plagene man har (Ahlberg & Duckert, 2006). Flere av klientene har beskrevet at flere viktige områder av livet er utfordrende *samtidig*. Å søke hjelp kan i så tilfelle nærmest handle om brannslukking, hvor kildene til brannen ikke oppleves like viktig som at noe blir slukket raskt.

**Stigmaet** rundt psykisk helse kan være nok en grunn til at de fleste klientene i utvalget heller oppsøkte hjelp for somatiske plager, eller ønsket seg annen type hjelp enn å snakke med en psykolog. Fremdeles kan stigma rundt psykiske lidelser være avgjørende for om den hjelpetrequende velger å søke hjelp (Corrigan, Druss & Perlick, 2014). En av kvinnene forteller i ettertid at hun var av den oppfatning at psykiatrien er for folk som er gale, og at hun ikke visste at det var det hun kom til å bli henvist til. En annen klient, Farah, forteller at mannen hennes ikke liker at hun drar til legen. Han mener hun er helt frisk, og at hun kommer til å bli latterliggjort om hun forteller om det hun strever med. Her utforsker intervjueren dette:

*Man skal aldri snakke om vanskeligheter, eller? F: Nei. (Mannen min) sier til meg at hvis du forteller om det til legen eller til de andre, så ler de av deg – at du er gal.*

*I: Men du tenker ikke slik? F: Nei. Dette er en slags behandling, så hvis man trenger det, så må man få det.*

Farah sier tydelig at hun ikke er helt enig i ektemannens holdning til psykisk helse. Det er interessant at hun formidler at hun opplever mannen sin som psykisk og ikke fysisk syk, mens hun selv er en som har fått psykiske mén av sin fysiske plage. Kanskje føler hun at fysisk sykdom innebærer mindre skam og at man dermed kan bli mer tatt på alvor?

## **Hva og hvordan – forhandlinger om hva terapien skal handle om**

De kontinuerlige forhandlingene om hva som skal foregå i terapien danner grunnlaget for den terapeutiske alliansen. Ifølge Edward Bordins modell for arbeidsallianse vil styrken på alliansen mellom klient og terapeut avhenge av følgende: 1) Enighet om mål. 2) Enighet om hvilke oppgaver terapeut og klient skal engasjere seg i for at målet skal oppnås. 3) I hvilken grad partene liker hverandre, samt grad av gjensidig tillit og omsorg (gjengitt etter Oddli & Kjøs, 2013, s. 199). Som vi har sett kom klientene til terapien med ulike forventninger, ulike egne ideer om hva plagene skyldes, hva som burde vektlegges og hva som kunne være til hjelp for dem. Videre virket de fleste klientene også usikre på hvordan de konkret kunne gå frem for å oppnå bedring. Ingen av klientene hadde selv etterspurt terapi som behandling. Det ble terapeutenes utfordring å vise klientene at tilbudet de hadde fått ville kunne være til hjelp for dem. Samtidig hadde klientene sammensatte plager, og det kunne være utfordrende å vite hvor man skulle begynne. I dette utvalget møtte terapeutene denne utfordringen på ulike måter.

For det første søkte de fleste av terapeutene å skape en *felles forståelse* av klientenes plager og symptomer. Flere av terapeutene ga uttrykk for å ha forsøkt å introdusere klientene sine til tanken om at deres somatiske plager kunne være *psykisk betinget eller ha sammenheng* med tidligere påkjenninger. Måten dette ble gjort på varierte fra terapeut til terapeut, og noen terapeuter kjente at dette ble særlig vanskelig. Anne ga uttrykk for at hun forsøkte en mer undervisningsrettet tilnærming med Amina, men opplevde at klienten hennes kom tilbake til en «forvansket» forståelse av sine plager. Frida kjente at det var utfordrende å få Farah til å reflektere over om hennes symptomer kunne ha en sammenheng med tidligere påkjenninger. Jina forteller at klienten hennes hadde et “smertespråk” som til tider kunne være utfordrende å forholde seg til. Til sammenligning valgte noen av terapeutene i utvalget bevisst å legge seg *tettere på klientenes premisser*. I behandlingsforløpene til Boris og Karim lot spørsmålet om sykdomsforståelse til å komme i bakgrunnen. Behandlerne deres valgte også bevisst å la være å utfordre dem på opplevelsen av å ikke bli respektert eller tatt på alvor av behandlingsapparatet. Spørsmålet om sykdomsforståelse kunne dermed omgås uten at det ble til hinder for terapien.

Videre skal den etablerte enigheten om hva som er vanskelig og hva vanskene kan skyldes peke frem mot hva en behandling skal inneholde. I nesten alle behandlingsforløpene var formen på behandlingen i stor grad styrt av terapeuten. Etterhvert oppdaget nesten alle terapeutene at de ble nødt til å gjøre endringer i sin tilnærming. Noen av terapeutene opplevde at det ble utfordrende å forhandle om *hva* som skulle foregå i terapitimene. Frida valgte å rette behandlingsfokus mot traumeeksponering og bearbeiding med sine klienter. For Frida ble samspillet med Farah utfordrende, fordi hun kunne kjenne at Farah ble reservert når hun forsøkte å få Farah med på en mer samarbeidende og utforskende samtaleform. Samspillet bar preg av at Farah presenterte sine utfordringer og deretter forventet at terapeuten skulle komme med en konklusjon eller en løsning. Frida beskriver dialogen mellom dem som «*intervju-forhørsaktig*». Samtidig opplevde Frida at Farah kunne fortelle målrettet om sine problemer. Hun forteller:

*(Farah) virket veldig reservert da, samtidig som hun jo var åpen. (...) For hun sa jo ganske direkte at hun kom hit og presenterte sine ting, og så forventet hun at jeg skulle komme med et resultat. (...) Jeg tror det var resultat, hun brukte faktisk det ordet.*

På sin side virket det som at Frida ønsket et fokus på å kartlegge Farahs historie, samt sammenhengen mellom tidligere traumatiske opplevelser og hennes symptombylle i dag. Når hun opplevde at Farah var reservert eller at det var mer i Farahs fortid enn det Farah selv

klarte å formidle, opplevdes dette som sand i maskineriet for terapiforløpet. Frida forsøkte å tematisere utfordringene i samspillet med Farah, men opplevde at det ikke førte frem.

*I: Var det noe endring på det underveis i de fire samtalene, eller var det sånn stort sett? Frida: Det var vel ikke noe sånn stor endring på det, men vi tematiserte det jo, jeg tok det opp med henne flere ganger (...)*

Anne har også forsøkt å ha samtaler med sin klient Amina om fortiden. Hun vurderte at hun ville hatt nytte av å forstå Amina utfra Aminas oppvekst og bakgrunnshistorie, men opplevde at Amina fortalte lite og ikke ønsket å snakke om fortiden. Hun sier da at det ble vanskeligere å forstå klienten og få en oversikt over sammenhengene. Anne forsøkte også ulike intervensjoner som Amina kunne ta imot eller forkaste. Hun gir eksempler som psykoedukasjon og avslapningsteknikker, men opplever at lite av teknikkene eller temaene i samtalen har bidratt til å skape endring for Amina. Hun sier:

*Jeg tror hun aldri har fulgt et innspill som jeg har kommet med, for å si det sånn.*

Terapiforløpet slik Anne beskriver det var preget av utfordringer knyttet til at Amina ikke helt fikk det hun ville ha fra terapeuten, samt at hun avviste eller ikke så nytten av det terapeuten kunne tilby. Hun forteller at Amina uttrykket å ønske en «mirakelkur.» Samtidig forteller Anne at Amina gjerne kom med bestillinger til praktisk hjelp på ulike områder:

*Det har liksom dukket opp veldig mange temaer som plutselig har vært en time, også har hun ikke lenger vært opptatt av det (...) Plutselig skulle hun ha meg til å skrive til UD (...) og så ville hun ha meg til å skrive en erklæring for å få hjelpstønad (...) og det sa jeg nei til.*

Annes kontakt med Amina har vært omfattende og innebar mange timer i tillegg til telefonkontakt og familiesamtaler. Likevel virker terapien å bære preg av at klient og terapeut aldri helt kom til enighet om et overordnet felles fokus, men at terapeuten måtte «gi seg» og gå mer med på klientens premisser for å beholde alliansen og forbli i posisjon til å hjelpe. Anne forteller:

*(...) Det som har hjulpet meg en del har vært at jeg har lagt ambisjonene mine veldig ned (...) og skal egentlig bare være en som hører på (Amina) og speiler tilbake hva jeg tenker, så får hun selv velge hva hun tar til seg og ikke da, jeg passet veldig på å ikke havne i den kampen. Det tror jeg hadde vært veldig destruktivt.*

Når Anne kom til kort med Amina måtte hun se etter alternative måter å bedre situasjonen for henne. Hun forteller at hun hjalp med å søke om stønad til henne og var i dialog med fastlegen for å samarbeide om denne klienten. Terapeuten la dermed fokuset på det

relasjonelle aspektet ved kontakten, og fremhevet betydningen av at Amina fikk oppleve en stabil relasjon og en terapeut som støttet henne på hennes premisser, til tross for at hun kjente at hun ikke alltid kunne stå faglig inne for alt Amina ba om. Det opplever hun har vært betydningsfullt for klienten.

Forhandlinger om hvilken form samtalen skal få og hvordan kommunikasjonen mellom terapeut og klient bør være for å få til «god terapi» er en kontinuerlig prosess, og det tar gjerne lengre tid enn fire timer før klienten erfarer direkte at samtalen kan være til hjelp. Fridas erfaringer med Farah illustrerer utfordringen mange terapeuter står overfor, nemlig å la klienten få erfare «på kroppen» hvilken nytte samtaleterapi kan ha, fordi man gjerne kommer til kort med en ren psykoedukativ formidling. Dette kan være enda vanskeligere når rammene for behandling ved DPS i dag begrenser vanlige forløp til ca. 6-7 timer. Ganske fort må terapeuten få klienten med på et felles prosjekt. Denne utfordringen er ikke begrenset til klienter med utenlandsk bakgrunn, men forsterkes gjerne når terapeut og klient i tillegg ikke kjenner hverandres språk.

Terapeutene som forsøkte å legge seg tettere på klientens premisser omtaler omstillingene i retning av en viktig tilpasningsprosess som skulle føre til at klienten fikk mest mulig ut av terapien, i stedet for å omtale omstillingene i retning av et «kompromiss» når de ikke fikk til den formen på behandlingen som kanskje var opprinnelig tenkt. Kari hadde også i begynnelsen et fokus på traumbearbeiding. Da hun opplevde at hun måtte gjøre endringer fordi hun vurderte at det ble for smertefullt for Karim å gå inngående inn på traumeopplevelsene hans, stilte hun seg åpen til å endre både formen på samtalen og tema. Da fikk Karims utfordringer i hverdagen til tider større fokus enn hans fortidige opplevelser i hjemlandet. Som terapeut tok Kari ansvaret for å prøve ut en tilnærming til den terapeutiske samtalen som gjorde at hun opplevde at samtalen ga utbytte for klienten selv om de ikke fikk til en «tradisjonell» dialog der klienten forteller mest, mens terapeuten lytter. Hun forteller:

*Jeg tok utgangspunkt i temaene han ga, selv om han ikke sa så veldig mye. Noen ganger ble det sånn monolog, ikke sant, jeg satt og reflekterte og litt sånn og han satt og smilte eller så kunne han gråte (...)*

Løsningen for denne terapeuten ble å finne en annen form som passet klienten, selv om det var terapeuten som tok ansvaret for å tilpasse og prøve ut noe nytt. En annen terapeut, Beate, forteller at hun var påpasselig med å forsøke å unngå diskusjon om hvilken forståelse som er den riktige når hun hadde Boris i behandling. I stedet tilbød hun seg som en



samarbeidspartner som ville hjelpe ham å finne ut hvordan plagene hang sammen for ham. Beate og Boris kom dermed nærmere en enighet om hva som skulle foregå i behandlingen. Hun opplevde etterhvert at hennes klient fikk en mer psykologisk forståelse av sine symptomer etter at han hadde erfart en bedring av fysiske og psykiske plager.

Én av terapeutene, Nina, beskriver forhandlingene med Nadia som noe annerledes og mulig lettere. I dette forløpet valgte Nadia selv hva hun ville ta opp i timene. Hun prøvde ut ulike intervensjoner mellom timene, og fortalte hvordan det gikk eller brakte opp et nytt problem i timen etterpå. Hun forteller at Nadia selv var retningsangivende i terapiprosessen, og terapeuten kunne dermed lene seg mer tilbake og følge Nadia ut i fra hennes behov. Hun beskriver:

*Ja, altså hun laget en sånn terapi med meg hvor hun gjerne hadde noen spørsmål hun kom for å diskutere (...) Så jeg hadde en opplevelse av at hun på en måte formet den terapiformen hun hadde behov for, eller som passet for henne.*

Når Nina opplever at Nadia har samskapt terapien med henne kan dette henge sammen med at denne klienten hadde andre forutsetninger for å nyttiggjøre seg samtaleterapi i sin tradisjonelle form. I tillegg til at Nadia synes å ha forkunnskaper om hva man kan forvente av samtaleterapi, beskrives hun også som reflektert og velfungerende av terapeuten. Nina strevde mindre for å finne en form som kunne hjelpe henne. Det felles fokus ble en arbeidsallianse der terapeuten kunne innta en rolle som «veileder» mens Nadia arbeidet.

*Vi arbeidet sammen om noe og det var ikke relasjonen som var kjempeviktig, bare hun følte at hun ble møtt greit, sier Nina.*

Eksemplene ovenfor illustrerer at i alle tilfellene er det i stor grad terapeuten som tar ansvaret for å tilpasse form og retning for terapien. Forsøk på eksplisitt dialog om hva man skal gjøre sammen blir nevnt i intervjuene, men mye av forhandlingene om form og samtaletema foregår implisitt, der terapeuten gjør endringer ut i fra vurderinger av klientens behov, samt hva klienten er i stand til å tåle eller vil ha nytte av. Når terapeutene opplever at den tradisjonelle klient-terapeut-samtalen utfordres, virker det også noe krevende for terapeutene å tilpasse eller forhandle om dette. Ved underliggende uenigheter om hvilke tema og hva slags arbeid som bør prioriteres, velger noen av terapeutene å gå i større grad med på klientens premisser uten at de virker helt fornøyde med det. I en del tilfeller kan det bære preg av en form som sier «enten er jeg din veiviser, eller så får du lede an»

Klientene selv fikk gjerne en rolle som «velgere». Enten opplevde de at det terapeuten kunne tilby dem var nyttig og gjorde dem godt, eller så forkastet de rådene eller intervensjonene som terapeuten kom med. Når noen av klientene i utvalget selv bidro med bestillinger og ønsker, handlet disse gjerne om konkrete forespørslor, for eksempel kontakt med andre instanser eller hjelp til søknader om stønad.

I det følgende skal vi se at alle klientene opplevde noe positivt ved behandlingen, enten det handlet om symptomlette, innsikt i egen tilstand og ny måte å forstå plagene på eller en positiv relasjonserfaring med terapeuten. Men hva de opplevde som nyttig og mest verdifullt ved behandlingen varierer. I tillegg bidro de positive erfaringene i større eller mindre grad til en holdningsendring til terapi. Der noen ble åpne for å benytte terapi som en mulighet ved senere vanskeligheter i livet, opplevde andre at det kunne være godt å snakke selv om de ikke så for seg at terapi kunne gi dem de løsningene de syntes at de trengte.

**Praktisk hjelp - ønsker og avveininger.** Som vi har sett brakte de fleste av klientene forespørslor om praktisk hjelp og bistand med til terapirummet. Noen av klientene, som Amina og Jamila, trekker frem denne hjelpen som terapeuten viktigste bidrag når de får åpne spørsmål om terapien. I disse tilfellene bistod terapeuten med søknad om uførepensjon og økonomiske spørsmål. Andre forteller at de nyttiggjorde seg både praktisk hjelp og samtaler. I de tilfellene hvor terapeutene ga praktisk hjelp til klientene, virket dette tillitsbyggende. Noen av klientene forteller at de opplevde at terapeutene virkelig forsto deres individuelle behov. Karim hadde med seg noen skuffelser fra tidligere terapeutrelasjoner, der han opplevde at behandlerne ikke ga den bistanden de hadde lovet ham.

Når hans tredje behandler, Kari, ga ham en del praktisk hjelp, opplevde han dette som et tegn på at behandleren virkelig ønsket å bistå ham. Her svarer Karim intervjueren:

*I: Var det bra for deg at hun ble med til fastlegen din? K: Ja, jeg føler at hun har virkelig lyst til å hjelpe meg.*

Hvilke forespørslor klientene brakte med seg om praktisk hjelp varierte. I tilfellene der klientene ønsket praktisk hjelp eller terapeuten tilbød dette, handlet det om søknader til økonomiske stønader, eller at terapeuten bistod som talsperson i kommunikasjon med andre hjelpeinstanser. Én av klientene ønsket hjelp med familiegjenforening. Ingen av klientene gir uttrykk for å ha bedt direkte om hjelp til mer private oppgaver som kjøring, hjelp i hjemmet eller barnepass. Boris og Nadia ble vurdert som velfungerende og mer etablerte. I disse

tilfellene ble det heller ikke nevnt forespørsler om praktisk hjelp fra verken klientene eller terapeutene. Dette kan ha sammenheng med at begge klientene hadde bedre forutsetninger for å løse praktiske oppgaver på egen hånd eller ved hjelp av et nettverk rundt seg.

Når klientene kom med forespørsler om hjelp til søknader eller kommunikasjon med andre hjelpeinstanser innebar det ofte avveininger som kunne bli vanskelige for terapeutene. Relasjonsbyggende arbeid må veies opp mot rammene for tilbudet, terapeutens mandat eller hva terapeuten kjenner han eller hun kan stå faglig inne for. I noen tilfeller ble arbeid rundt det praktiske indirekte omtalt som en distraksjon for terapien. Frida kunne kjenne at det var utfordrende at Farah ønsket at hun skulle påta seg oppgaver som falt utenom hennes mandat, og hun valgte å si nei. For henne ble det viktig å begrunne avslagene tydelig for klienten i et forsøk på å beholde alliansen. En annen terapeut beskriver hvordan avvisningen rundt klientens mange forespørsler satte relasjonen på prøve. Anne forteller at Amina ønsket at terapeuten skulle skrive en rekke ulike søknader og erklæringer, og at utfordringen ble å forklare hvorfor hun måtte si nei. Hun tror at Amina ble sint på henne en rekke ganger og kunne ha vansker for å akseptere forklaringen hun ga. Samtidig hadde hun en opplevelse av at Amina egentlig tålte å få avslag fra henne. For Anne ble det hovedsakelig problematisk når hun kjente at Amina ba henne skrive søknader eller gi henne innleggelses som ikke var mulige eller faglig forsvarlige. Det fremkommer ikke hvordan Anne generelt forholder seg til å gi praktisk hjelp til klienter som kan tidvis gå utover rammene, men i dette tilfellet valgte hun å tolke forespørslene som et underliggende sterkt ønske om å bli tatt vare på og overlate ansvaret til andre. Anne forteller:

*Jeg tenker at hun har et veldig stort behov for å bli tatt vare på, at hun er en dame som har hatt veldig mye ansvar fra utrolig ung alder og at nå har hun veldig behov for å bli sett og tatt vare på, at noen andre skal ta ansvar for henne.*

Når Anne kunne møte Amina på en måte som ivaretok dette underliggende behovet, holdt relasjonen, og det var ikke nødvendig å gi praktisk hjelp i alle tilfellene der Amina ønsket det. Det avhang imidlertid av at Anne fanget opp det underliggende behovet. I dette tilfellet handlet det sannsynligvis om at Amina kom med mange forskjellige forespørsler som Anne opplevde ikke lenger var et tema for henne kort tid senere. For andre klienter kan den praktiske hjelpen ha større reell betydning i hverdagen, og dermed direkte styrke relasjonen. Klienten opplever virkelig at terapeuten har hjulpet.

En av terapeutene beskriver hvordan hun strevde med å avgjøre *hvor mye* ekstraterapeutisk arbeid hun skulle påta seg for klienten. Jina innkalte ulike instanser til samtale for å rydde opp og oppklare misforståelser som hadde oppstått mellom dem og Jamila. I tillegg forteller hun at hun hjalp henne med økonomiske utfordringer. Hun vurderte denne type assistanse som viktig for klienten, men til tider ikke helt uproblematisk. Jina opplevde at hun til tider var for emosjonelt engasjert, og at dette kan ha påvirket hvor mye hun bidro i dette behandlingsforløpet. Hun forteller:

*Jina: (Jamila) har jo sagt at hun så på meg mer som sin mor enn noe annet, slik at kontakten gjennom det har også vært oppdragende. Det har vært vanskelig til tider.*

*I: Hva har vært det vanskelige?*

*Jina: Når jeg ikke torde å si ifra hva jeg trodde hun drev med. Hun var kanskje manipulerende, men jeg torde ikke... eller fikk ikke spurt henne på en ordentlig måte. Jeg hadde ikke ord for det, det var en følelse som lå mellom oss. Det er klart vi snakket om det den siste tiden.*

En annen av terapeutene, Kari, sier ingenting om at forespørslene rundt praktisk hjelp brakte med seg utfordringer. Hun valgte å følge Karim til fastlegen og skrive søknad om rehabilitering for ham. I måten hun omtaler dette på, fremkommer det at hun forsøker å være «på lag» med klienten og kan forstå hvorfor han tidligere har opplevd seg krenket av behandlingsapparatet. Hun forankrer sin tilnærming i en tanke om at klientene trenger en viss praktisk og økonomisk stabilitet i hverdagen før terapeuten bør igangsette behandling rettet mot bearbeiding. Kari sier:

*Dette med bolig, at folk skal ha et sted å bo, at de har penger til sine utgifter, til å leve litt og sånn. (...) De grunnleggende fundamentale tingene som mennesker trenger før de kan begynne å snakke om terapi og følelser og bearbeiding (...)*

**Samtalen - en verdifull støtte, endringsfremmende behandling eller bare prat?** I det følgende skal vi se nærmere på hva klientene forteller om selve samtalekomponenten. Kan man også oppnå bedring ved å snakke? Klientene i utvalget tillegger samtalen som behandlingsform ulik betydning. Samtalens opplevde nytteverdi var delvis relatert til relasjonen med terapeuten. Fire av klientene forteller at samtalene opplevdes verdifulle for dem. Noen legger vekt på at samtalene åpnet dem for *nye perspektiver*, samt bedre forståelse av sin tilstand og sine plager, noe som igjen bidro til at både symptomene og livssituasjonen ble lettere å håndtere. Endringene attribueres direkte til samtalen som behandlingsform. For Boris ble det viktig å få en forklaring som gjorde at *plagene hans ble forståelige*. Gjennom

samtalene fikk han hjelp med å se en sammenheng mellom sine fysiske og psykiske symptomer og tidligere krigsopplevelser. Han forteller:

*Jeg snakket med henne (behandler) om hvordan det henger sammen. Det sitter i hodet, det er skrevet der.*

Nadia valgte selv hvilke tema hun ønsket å snakke om fra time til time og ble på denne måten retningsangivende for terapien. For henne ble samtalen med terapeuten en mulighet til å benytte terapeutens innspill til å reflektere samtidig som hun kjente seg ivaretatt innenfor en positiv relasjon. Hun sier:

*Men samtidig så var det sikkert noe hun (terapeuten) gjorde med sine spørsmål, med måten hun stilte spørsmål til meg. Det har liksom satt i gang ting hos meg etterpå, da jeg kom hjem (...)*

En av klientene vektlegger at samtalene var til avlastning for ham, og opplevelsen av å ha et trygt sted å snakke ble verdsatt. Innholdet i samtalene virket mindre relevant. Intervjueren spør hvordan det er å komme til terapi og snakke, og Karim sier:

*Ja, jeg føler at når jeg kommer hit er jeg i stand til å tømme meg for alt som ligger inne i hodet.*

Til sammenligning var det også klienter som omtalte samtalekomponenten som «bare prat». De opplevde riktignok terapeutene som positive figurer, men ga uttrykk for at de ønsket eller forventet at samtalene skulle resultere i noe håndfast som kunne hjelpe dem. Amina ønsket innleggelse ved en psykiatrisk institusjon, og ville at behandleren skulle hjelpe med dette. Farah erkjenner at det var godt å prate med noen, men beskriver heller ikke samtalene som endringsfremmende. For henne ble det viktig å søke en mer håndfast løsning. Hun sier:

*Jeg snakket om det som skjedde eller om traumene jeg hadde, men jeg følte at jeg ikke fikk en endring i livsstilen. De problemene jeg hadde var det ikke noe særlig endring på. Så dro jeg og fortalte fastlegen alt som jeg fortalte til psykologen min, og han skrev en type medisin til meg.*

Ett år etter avsluttet behandling beskriver Farah et perspektivskifte i forståelse av egen problematikk, nedgang i angst og depresjonssymptomer, og en tydeligere opplevelse av at hun selv kan påvirke sitt eget liv og situasjon. Likevel attribuerer hun endringene til uspesifiserte medisiner hun fikk utskrevet av fastlegen. Hun brukte ikke medisinene i lang tid, men endringene later til å ha vedvart. Til tross for dette avviser Farah at det var samtalene med terapeuten eller fastlegen som hjalp henne. Hun holder fast på sin forståelse av at det er den

somatiske plagen som er årsaken til at hun hadde det vanskelig. Amina forteller også tydelig at hun ikke så hensikten med terapien, og forteller om terapisaftalene:

*Jeg vet ikke hvordan det hjelper. Nei, vi bare snakker (...) om mannfolk (hennes redsel for menn, intervjuers presisering) og sykdommer. Nei, jeg tror ikke at det hjelper. Jeg spurte (tidligere behandler) om hvordan terapien skal hjelpe meg og hvordan (han) vet at jeg blir bedre, men vi bare prater om angst og depresjon og sånne ting.*

Med den siste behandleren, Anne, ble det viktig for Amina å få forståelse for egne standpunkt. Da kunne hun kjenne at Anne var på hennes side. Deretter kunne hun ta imot konkrete råd, for eksempel om å øke aktivitetsnivået og ivareta seg selv. Hun forteller:

*Det som hjalp meg var at (nåværende behandler) snakket med legen om uførepensjon, og så har hun hjulpet meg med å bli pensjonist for to år. (...) Men hun sa jeg må gå ut på tur, så vil jeg føle meg bedre. Og at jeg ikke må tenke for mye på noen ting.*

*I: Hun hadde en del gode råd som var til hjelp for deg? A: Ja.*

I tillegg forteller Amina at å snakke om traumerelaterte tema vil gjøre henne verre, og utdyper at det vil være bedre for henne å unngå påminnere, for eksempel ved å skru av TV-en når hun kommer over scener som skildrer krig. Hun var ikke alene om å anse det som meningsløst å snakke om det vonde i fortiden. Flere mente det samme, og lik Amina hadde enkelte av de andre klientene også erfaringer med at det å gå inn på traumene ville medføre psykisk og fysisk ubehag. For Boris handlet det om å skjerme familien fra det han hadde opplevd. Han forteller også at han kjenner seg fysisk uvel når han prater om de nattlige gjenerindringene:

*B: Og jeg ville ikke prate om det med kona mi eller med min datter. I: Hvordan er det å prate om det nå? B: Dårlig,*

*I: Mhm, du kjenner i kroppen når vi snakker. B: Ja, ja. Det er ikke så bra.*

Ved nærmere utforsking nyanseres disse klientenes generelle negative oppfatning av samtalen. Det blir viktig å skille mellom klientene som opplever at «å snakke» er bortkastet fordi temaene kjennes irrelevante eller samtalene kommer i veien for det faktiske, konkrete hjelpearbeidet, og klientene som opplever at samtaler om det traumatiske vekker ubehag og derfor kjennes skadelige. Når Boris opplevde at det likevel hjalp å snakke ut, ble han også mer åpen for å dele det vonde.

Til sist var det en klient som eksplisitt beskrev en endring i synet på å snakke om fortiden. I et tidlig intervju forteller Jamila at hun ikke ønsker å gå tilbake i fortiden fordi hun ønsker å legge den bak seg. Hun sier at utredningen har vekket vonde minner fra fortiden som har til

stadighet begynt å trenge seg på. Intervjuer svarer at det kan være til hjelp å dele det vonde med noen, og at det kan etterhvert gjøre det lettere å tenke mindre på det ellers i livet. Ved slutten av intervjuet foreslår intervjuer at de ikke går mer direkte inn på traumene, gitt effekten det har hatt på Jamila. Her svarer Jamila at hun nå ønsker å gjøre et forsøk på å snakke om traumene, da hun tenker hun kanskje kan bli sterkere av det. Her ser hun ut til å ha tatt intervjuers ord til seg når hun avviser forslaget om å la traumene ligge. Jamila går fra tanken om at fortiden må unngås til å åpne seg for at å snakke om fortiden kanskje hjelper selv om det er vondt.

**Å finne 'den rette'.** Forhandlingsprosessen om mål og middel henger tett sammen med utviklingen av relasjonen med terapeuten (Oddli & Kjøs, 2013, s. 199). Fra behandlingsforskningen vet vi at klientene gjerne verdsetter ærlighet og "terapeutisk tilstedeværelse" hos terapeuten. Terapeuten må oppleves som en hjelper som virkelig ønsker å hjelpe dem, da en profesjonell setting kan skape tvil om terapeuten "virkelig bryr seg" (Levitt, Pomerville & Surace, 2016). Ifølge Bohart & Wade (2013) fant Martin at klienter ønsker også at terapeutene skal skape et trygt miljø som reduserer stigma og gjør det mulig å snakke om skambelagte eller vanskelige tema (gjengitt etter Bohart & Wade, 2013, s. 232). Alle klientene i utvalget hadde en positiv relasjonserfaring med terapeuten og kjente at noe ved væremåten til terapeuten gjorde at de likte akkurat denne terapeuten. Når klientene ble spurt omtalte de gjerne terapeutene sine i generelle, men varme ordelag, ofte uten å presisere eller utdype om egenskapene ved terapeuten, men helhetlig sett er det tillit og en opplevelse av et genuint hjelpeønske som går igjen hos klientene. To av klientene hadde gått i tidligere behandling og opplevde seg misforstått eller sviktet av tidligere behandler, og fikk dermed en bedre opplevelse i sin siste terapi. For Karim og Amina ble tilliten etablert når de opplevde at terapeuten forsto dem og ivaretok deres behov. Dette forutsatte gjerne at klientene fikk en tjeneste på egne premisser, selv om terapeuten ikke alltid mente at dette var den beste løsningen for klienten. Karim omtaler sin terapeut som en som «virkelig» ønsker å hjelpe:

*Nei det er måten (Kari) uttrykker seg, ordene hun bruker, den måten hun ser meg, hennes væremåte er det som får meg til å føle at jeg blir behandlet som et menneske.*

Boris nevner at opplevelsen av å bli forstått, samt konfidensialitet, har bidratt til å etablere tillit til terapeuten. Nadia nevner også den terapeutiske væremåten i sammenheng med etablering av tillit:

*I: Hva var det med henne som gjorde at du fikk tillit til henne? Nadia: Hun var veldig rolig, (...) hun lyttet til meg. Samtidig som hun stilte en del spørsmål underveis (...)*

Også de klientene som opplevde at de fikk mindre ut av terapien og der utfordringene rundt etablering av felles enighet om innholdet i terapien var større, omtalte terapeuten i positive ordelag. Amina forteller at hun kunne stole på sin terapeut, og at det ville bli vanskelig å finne en annen behandler som henne. Farah beskriver sin terapeut Frida som en «snill dame» som det var godt å snakke med:

*I: Hvordan følte du at kontakten med din behandler var? F: Den var veldig vennlig, hun var veldig snill.*

Klientene hadde generelt lite konkrete formeninger om hvilken *rolle* terapeuten skulle innta overfor dem. Ingen av klientene beskriver eksplisitt noe ved den siste terapeuten eller klient-terapeut-relasjonen som de savnet. Som vi har sett hadde en del av klientene forventninger om at den gode behandleren ville etterkomme deres forespørsel om hjelp på ulike områder. Noen av klientene ga også inntrykk av å ønske konkrete svar eller løsninger på problemene de beskriver i timene, som fordrer et ønske om at terapeutens rolle skal gå mer i retning av en profesjonell autoritet. Samtidig opplevde noen klienter at det var tillitsbrytende å bli utfordret på egen sykdomsforståelse. Amina verdsatte sin siste terapeut når hun fikk anerkjennelse på at hun både hadde fysisk sykdom og psykiske plager. Hun forteller:

*Jeg gikk tre ganger til psykolog (...) De gjorde ingenting for meg, de bare satt og hørte på det jeg sa. De gjorde ingenting, og så sier de bare «Ja, du har [opplevd] krig (...) dette er bare på grunn av krigen” men det var ikke sant. Hun (nåværende behandler) sa at det er krigen, det er sykdommene, det er begge deler.*

Hun forteller at hun kunne ta imot råd som passet for henne, men avviste også løsningsforslag som hun opplevde at hun ikke var i stand til å etterleve, eller som hun trodde ville gjøre henne verre. For Amina måtte svarene eller løsningene på hennes problemer samstemme med et eget større verdensbilde, og tilliten ble ikke etablert før en terapeut kunne møte henne i noe av det. Amina illustrerer en dobbelthet som viser at selv om klientene gjerne forsøker å forstå symptomene sine, aksepterer de ikke alltid terapeutenes forståelse og forslag til løsninger. Nadia forteller direkte at hun ikke hadde behov for råd fra terapeuten, men satte heller pris på at terapeuten lyttet og stilte spørsmål som satte i gang refleksjonsprosesser hos henne. Her fikk Nina en veilederrolle for en klient som var innstilt på å arbeide på egen hånd.



Terapeutenes rolle kan også være dynamisk og endres når relasjonen styrkes, eller sammen med endring av fokus i terapien. For noen av klientene endret terapeutens rolle seg i løpet av behandlingen. Jamila forteller at terapeuten ble en morsfigur for henne som både ga henne praktisk og emosjonell omsorg. Hun sammenligner terapeuten med sin biologiske mor, som hadde sentral plass i Jamilas liv. Boris forteller at han utviklet et samarbeidende samspill med sin terapeut hvor han for første gang kunne dele sine tidligere traumatiske opplevelser og tilegne seg ny innsikt. Terapeutens rolle ble å lytte, ta imot og bidra til å utvikle hans forståelse.

De ulike refleksjonene fra klientene om terapiprosessen og terapeutens bidrag illustrerer også klientenes evne til å bruke en velvillig terapeut for å «hente ut» elementer fra terapien som oppleves spesielt nyttige og relevante for dem (Rennie, 2002, s. 134; Rennie, 2010), selv om klientene i utvalget vårt synes ikke å gå inn med en bevisst innstilling på dette, men heller tar imot og prøver ut «tilbudene» fra terapeuten. I arbeid med klienter hvor språket blir en større utfordring, kan dette innebære at terapeutene lettere kan komme i posisjon ved å vise sin vilje til å hjelpe i handling. Slik kan praktisk hjelp i startfasen virke som en inngangsport til videre dialog og etablering av felles fokus for terapien.

### **Endringsopplevelser av mange slag**

Studier av psykoterapiutfall ser ofte på alvorligheten av klientens symptomer samt grad av livskvalitet før og etter terapi gjennom ulike måleinstrumenter. I Råbu & Haavinds studie fra 2017 argumenteres det for at bedring ikke kun handler om “å nå fram til et forhåndsbestemt mål.” Når klientene selv snakker om hva som har endret seg, trekker de gjerne frem andre elementer enn det terapeutene anser som mål for bedring (Elliot, 2008; Råbu & Haavind, 2017, s. 286). I det følgende skal vi se hvordan klientene i utvalget omtalte endring.

Alle klientene i utvalget har opplevd at situasjonen deres hadde blitt lettere. På samme måte som det var variasjon i klientenes forventninger til terapien, forståelse av egne symptomer og måten å bruke terapitilbudet på, var det også variasjon i hva de trakk frem som relevante endringer i sin situasjon og tilstand. I tråd med artikkelen til Råbu & Haavind (2017) som omhandler hva klientene gjerne selv vektlegger når de vurderer endring etter avsluttet terapi, var nedgang i symptomer gjerne ikke det første klientene la vekt på.

For det første beskriver noen av klientene at *de selv har forandret seg* takket være terapien. De forteller at de har tilegnet seg ny innsikt, nye perspektiver og ny forståelse av egne plager. Boris definerer sin bedring som større forståelse av hva det er som skjer med ham, og at denne forståelsen har gjort marerittene mer ufarlige for ham. En del av klientene forteller at de har opplevd en positiv endring i måten de relaterer til seg selv og andre på, spesielt med henblikk på økt åpenhet. De nye perspektivene har gitt dem andre måter å forholde seg til plagene på, og de fleste av klientene gir uttrykk for større fremtidshåp. Kanskje har hverdagsutfordringene blitt mer overkommelige, og fremtiden ser derfor lysere ut. Flere kjenner at de nå kan arbeide videre på egen hånd. En av klientene forteller at terapeuten har gjort mye for henne, men at hun nå kan “kjempe” mot de resterende utfordringene selv med støtte i sin gudstro og sitt sosiale nettverk. I avslutningsfasen av terapien kjente også Nadia at samtaleterapien hadde gitt henne mye, men at hun nå hadde kommet til en fase hvor samtale og refleksjon rundt gamle tema ikke kunne føre henne videre. Hun forteller:

*Men på slutten av behandlingen (...) så følte jeg liksom at nå har jeg ikke noe mer å fortelle, nå er jeg ferdig. Det var litt deilig også.*

*I: Følte du at du kunne klare deg på egen hånd? Nadia: Ja, for nå har jeg ikke mer å fortelle.*

Én av klientene beskriver mange endringer, men virker uklar på hvor mye av endringene hun tilskriver terapien. Farah forteller at hun tenker annerledes om seg selv, har bedre stemningsleie og større opplevelse av å være en handlende person i eget liv. Hun forteller at hun har fått igjen et ønske om å leve og beskriver bedre sosialt samvær. Nå sier hun at hun kan le og prate med de andre på norskkurset. Hun presiserer at det er ikke omgivelsene som har blitt endret, men at hun kan forholde seg til dem på nye måter. Hun forteller:

*Altså, problemet var meg selv, egentlig skjedde det ikke noe så vanskelig rundt meg, det var jeg som tenkte så negativt og var så nedtrykt.*

Som nevnt tidligere valgte Farah å slutte i terapi og se etter andre muligheter for hjelp fordi hun ikke opplevde at samtalene førte til konkrete endringer i hverdagen. Det var hovedsakelig medisinene fra fastlegen hun mente hadde hjulpet henne. Samtidig sier hun:

*Jeg mener at (samtalene ved DPS) var et godt opplegg, fordi jeg forklarte det jeg opplevde og det ga meg en del ansvarlighet.*

Det ble tidligere drøftet at det kanskje er viktig for Farah å opprettholde sin forståelse om at de psykiske plagene er konsekvenser av den somatiske plagen hun forteller om, selv om de

somatiske undersøkelserne ikke viste noe unormalt. På den andre siden kan Farah tolkes å representere det som mange klienter generelt også kan kjenne i forhold til samtalerapi. Det kan være godt å få ny innsikt i egne mønstre og eget bidrag, slik at man kan forholde seg til den utfordrende hverdagen på nye måter, men savnet etter faktiske, konkrete løsninger forblir.

For det andre har noen av klientene *klarere formening om hva som kan være til hjelp* for dem videre. For én av klientene ble det lettere å akseptere at hun også kan ivareta seg selv og sine egne behov. En annen klient vektlegger viktigheten av meningsfull aktivitet. Boris forteller at å være i arbeid er bra for ham, og presiserer at det er bedre enn å ha det slik som bekjente som «sitter hjemme eller bare går rundt.» Han sier:

*For meg er det viktig at jeg er opptatt hele dagen, at det skjer noe (...) Av og til kommer det problemer, men livet er sånn, det er ikke helt perfekt.*

I tillegg har noen av klientene fått *økt tro på psykologisk behandling* som et tilbud der deres individuelle behov kan bli møtt, og som derfor kan være et mulig alternativ ved fremtidige vansker. En periode etter avsluttet behandling tok en av klientene kontakt med sin tidligere behandler for å få et par ekstra timer. Boris forteller at fremtidige samtaler kan være aktuelle for ham, men ved slutten av behandlingen kjente han at han var i stand til å klare seg. Han forteller også at han oppfordret en bekjent til å søke hjelp, da han selv sitter igjen med en tydelig opplevelse av at det nytter å be om hjelp ved behov.

*Boris: Nå når jeg vet, hundre prosent, at det er rett å gå og spørre etter hjelp hvis noe skjer.*

*I: Så din erfaring er at det går an å søke hjelp og behandling? Boris: Ja, jeg tror at det fungerer.*

For det tredje opplevde en del av klientene *fremgang i arbeid, studier og familieliv* i løpet av behandlingsperioden. Boris har begynt å arbeide 100 % og formidler at å være i aktivitet er viktig for ham, selv om det oppleves belastende å være i fulltidsjobb. Jamila har fortalt terapeuten at hun har begynt å studere, og at hun selv ser at dette har hatt en positiv innvirkning på henne. To av klientene kjenner at situasjonen ble lettere som følge av ytre omstendigheter. En kjente at situasjonen ble lettere når det ble avklart at hun hadde fått innvilget uførepensjon, og hun mente at denne endringen ville gi henne mulighet til å ta det mer med ro og tenke mer på seg selv. En annen klient, Karim beskriver ikke endring i form av symptomlette. Han er fremdeles plaget av somatiske smerter og er mye trist og deprimert, men opplever at mye har endret seg etter at han stiftet familie og fikk barn, og at barnet hans

gir ham mye glede. For ham virker endringene å komme «utenfra», og blir dermed lyspunkt i hverdagen. Terapeuten hans vurderer at Karim også har vist en nedgang i symptomer på noen områder og fått mer overskudd til å ivareta seg selv. Kari sier:

*Han fikk mindre symptomer (...) Så ble det jo et ønske om å gjøre noe for egen del, blant annet at han nå ville begynne (på fritidsaktivitet)*

Klienten og terapeuten her kan ha ulike perspektiver på hvilke endringer som er mest fremtredende, eller ha ulike måter å ramme inn de opplevde og observerte endringene når de forteller. Men det illustrerer også at nedgang i symptomer vil hos mange klienter henge nærmest uløselig sammen med positive og betydningsfulle endringer i livssituasjonen.

Noen av klientene trekker frem at de *både* har endret seg takket være terapien, og at andre positive endringer i livsomstendighetene har gjort tilværelsen lettere. For Nadia ble hverdagen lettere når barna ble eldre og kunne ta mer ansvar selv. Samtidig opplever hun en holdningsendring i forhold til å bekymre seg og påta seg mye ansvar selv, og at hun har fått ny innsikt og nye måter å forholde seg til mannens sykdom. Hun forteller at hun nå tør be ham ta ansvar og ta en diskusjon med ham, noe hun ikke gjorde før.

Men det er også noen klienter som kjenner at de ikke helt ser veien videre. De klientene som opplevde at samtaleterapien var mindre nyttig, er også de som sitter igjen med en mer uklar forestilling om hva de trenger for å få det bedre. En av kvinnene forteller at hun ønsker ytterligere symptomlette, men at hun ikke vet hva som kan hjelpe henne med dette. Intervjueren forsøker å utforske hvilke tanker klienten selv har om hva som skal til for at de resterende plagene skal bli enda bedre, og klienten svarer:

*Jeg vet ikke hva jeg skal si, for vanligvis forteller pasientene om problemene sine eller snakker om problemene sine, og legen finner ut hva som skal gjøres for (å få til) bedring. Hvis jeg kunne gjøre det (selv) hadde jeg ikke vært hos lege.*

En annen av klientene avviser at traumeeksponeringsterapi kan være til hjelp for henne i fremtiden. Hun virker rådvill og usikker på hva hun trenger, og hvor hun skal søke hjelp. Etter at hun har sluttet hos terapeuten sier hun:

*Hvis jeg blir deprimert, hva skal jeg gjøre? (...) Og (får) vondt i hodet og angst, hva skal jeg gjøre da?*

Hun foreslår blant annet værforandringer og graviditet som mulige bidrag til at hun kan bli «frisk og glad». Forslagene hennes antyder at hun anser sine psykiske plager som avhengige

av ytre omstendigheter. Selv om hun opplevde behandleren som en tillitsvekkende støttespiller i hverdagen, har hun kanskje ikke fått erfare at terapien kunne gi henne verktøy for å arbeide med utfordringene på andre måter. Når klientene ikke erfarer at samtaleterapi kan være en “påhengsmotor” for å drive dem videre i livet slik at de ved avslutning kjenner at de kan fortsette selv, er det også mindre sannsynlig at de vil ønske terapi som hjelp for traumesymptomer og andre livsutfordringer senere.

På sin side opplevde flere av terapeutene at det var vanskelig å avslutte terapien. Ved avslutning har terapeuter gjerne egne formeninger om hva klientene deres vil ha nytte av eller bør arbeide videre med (Råbu & Haavind, 2017). Der dette var tilfellet i utvalget vårt, opplevde noen av terapeutene at klientene kunne ha nytte av videre behandling rettet spesifikt mot traumbearbeiding. Beate og Kari vurderer at klientene deres ville vært mer rustet til det etter at de opplevde bedring og økt stabilitet på andre områder i livet. Forholdene rundt avslutning er derimot forskjellige. Kari presiserer tydelig at Karim bør ha et videre tilbud, og forteller at hun er glad for at han skal fortsette videre hos en annen behandler. Beate lot Boris ta valget når han opplevde at han ikke trengte mer terapi akkurat nå. Begge terapeutene gir eksempler på nedgang i symptomer og økt aktivitetsnivå hos klientene. Til tross for observerbar bedring hos klientene virker begge terapeutene usikre på om klientene nå vil være i stand til å arbeide med sine utfordringer på egen hånd. Mens Boris opplevde seg beredt til å forsøke seg uten terapi, kan det ligge en bekymring i undertonen til terapeuten hans:

*I: Behandlingen ble avsluttet fordi dere begge var enige om at det var greit? Beate: Ja, han syns han var ferdig.*

*I: Men (...) du var ikke uenig i det? Beate: Nei, jeg tenkte at ut ifra hans mestring av hverdagen så måtte det ligge mye på ham.*

I tilfellene der terapeutene opplevde beskjeden bedring hos sine klienter, ga de også behandlingen og sin egen rolle en beskjeden plass i klientenes liv. To av terapeutene beskriver bedring hos klientene som kan tilskrives en stabilisering i klientenes livssituasjon. De opplever egentlig ikke at klientene har fått verktøy og kompetanse til å tåle fremtidige belastninger. Frida forteller at hun tror Farah er sårbar for påkjenninger, og at hun vil kunne reagere «på samme måte» hvis hun blir utsatt for nye belastninger. Samtidig opplever hun at Farah har et ønske om å mestre livet sitt, og trekker frem dette som en ressurs hos henne.

Etter terapien tenker én av terapeutene at klienten hennes kan få en mer stabil tilværelse dersom hun har mindre krav å forholde seg til. Hun opplever at klienten selv ikke er innstilt

på å arbeide for endringer. Det er verdt å merke seg at hun forventet at terapien med denne klienten likevel ville bli vanskelig å avslutte dersom hun skulle fortsette i sin daværende terapeutstilling. Hun sier:

*Nei jeg tenker at hun har jo gått her veldig lenge, så for meg føles det litt greit. (...) Det er lettere for meg at jeg går ut i permisjon også, enn at jeg må jobbe med å avslutte, for hun er en dame som er vanskelig å avslutte. (...) Hun er lite interessert i å gjøre noen forandringer egentlig.*

Én av terapeutene forteller at terapien var lett å avslutte. Nina beskriver terapien som verken intensiv eller langvarig. Kanskje gir Nina uttrykk for at hun og Nadia aldri fikk arbeidet med dypere affektive tema. Samtidig beskriver hun at hun lot Nadia selv styre avslutningen av forløpet og overlot vurderingene til henne. Hun sier:

*Nei, jeg hadde ikke noen motforestillinger, fordi det ikke var en sånn type intensiv, langvarig terapi (...) det var ikke den spenningen i timene, i hvert fall hadde ikke jeg fått det til med henne, og jeg så ikke rom for å bruke mer tid enn det hun selv fant at hun ville ha.*

Generelt forteller terapeutene mer om egenskaper ved klientene enn seg selv når de reflekterer fritt rundt behandlingsforløpet. I de forløpene der terapeutene opplevde å komme til kort på ulike områder, ga terapeutene også inntrykk av at det var lettere å avslutte terapien. Dette gjaldt både når terapeutene opplevde at klientene ikke var klare for å ta imot den hjelpen som terapeuten kunne tilby og når terapeuten var enig i at klienten hadde hentet ut det de kunne fra terapien. I disse tilfellene er det tvilsomt at terapeutene ikke så mulighet til ytterligere endring hos klientene. Kanskje opplevde de at den formen som behandlingen hadde hatt, ikke ville medføre større gjennombrudd. Terapeutene som la tydeligere vekt på kapasitet for endring, virket også mer ambivalente til avslutning. Det disse terapeutene meddeler om avslutning understreker at klientene også påvirker *behandlerens motivasjon og tro på endring*. De terapeutene som opplevde at klientene hadde endret seg eller fått det bedre så ut til å tro at disse klientene kan oppnå ytterligere bedring. En slik gjensidig påvirkning er forventet å ha konsekvenser for terapien fordi klienter gjerne er vare på terapeutens holdninger og innstilling til dem (Williams & Levitt, 2008), og fordi affektiv holdning hos terapeuten er vist å ha en effekt på utfall av terapien (Crits-Christoph, Gibbons & Mukherjee, 2013, s. 307).

## Konklusjon

### Flere veier inn

Som Sveaass & Johansen (2006) argumenterer i sin artikkel, er alliansebyggende virksomhet særdeles viktig fordi mange klienter med flyktningbakgrunn har vært utsatt for brutte relasjoner og alvorlige svik og tillitsbrudd. Herunder følger refleksjoner rundt hvilke alliansebyggende tiltak våre resultater kan peke mot. Som vi har vist, fortalte flere av klientene noe godt om fortiden i hjemlandet, gjerne med valør av savn og tap av det gode. Samtidig fortalte flere av terapeutene at de hadde forsøkt å utforske klientens fortid, men enten hadde blitt fortalt av klienten at det ikke var ønskelig å gå inn på det eller opplevde at klientene ikke ville tåle det. Selv om vi bare fikk vite om en liten del av det som har foregått i terapiene og selv om intervjusituasjonen kan ha påvirket hva terapeutene og klientene har valgt å snakke om, er det verdt å merke at terapeutene hadde et målrettet behandlingsperspektiv i grunn når de snakker om klientens fortid. For noen terapeuter ble det sentralt å få tak i traumene. Når terapeutene er pålagt å drive evidensbasert praksis for traumebehandling i et begrenset forløp, vil ikke vektlegging av alle tema oppleves like hensiktsmessig, særlig der klientens lidelsestrykk fremstår som høyt og behovet for hjelp er stort.

Men fortellinger om fortiden kan handle om mer enn det klienten eksplisitt forteller. Hvordan klientene forteller om seg selv kan blant annet forstås som forsøk på å håndtere eller bearbeide tap og sorg (Puvimanasinghe et al., 2015), presentere eller konstruere en framstilling av seg selv i forhold til lytteren (McAdams & McLean, 2013), skape mening og rekonstruere ens narrative identitet i etterkant av traumet (Brison, 1999) eller konstruere mot-narrativer i møte med et lite tiltalende majoritetsnarrativ for å bevare selvfølelsen (McLean et al., 2017). Da kan det være godt for klienten å oppleve anerkjennelse på at de var ressurssterke eller kom fra et land med rik og spennende kultur, og at noe av dette fremdeles er med dem. Å snakke om den gode fortiden kan også bli en inngangsport som gjør det mulig å nærme seg den vonde fortiden. Får man anerkjennelse på det gode kan man også i større grad våge å åpne seg om det vonde.

Klientene i utvalget vårt kom til behandling med ulike oppveksthistorier og utdanningsnivå, ulikt omfang av traumer og symptomer, samt variasjon i hvor godt de behersket norsk, men alle har til felles at de forteller om en vanskelig tilværelse. Traumerelaterte plager som mareritt, dårlig søvn, gjenerindringer og somatiske smerter gir både subjektiv lidelse og gjør

klienten mindre i stand til å takle hverdagens utfordringer. Stram økonomi begrenser muligheter for fornøyer og kan bli en langvarig bekymring. Traumesymptomene gjør det vanskeligere å være sosial selv med egne landsmenn eller andre som er nye i Norge. For mange innflyttere er for eksempel norskkurstilbudet en god mulighet til å møte andre mennesker i en lignende situasjon og kanskje med lignende kulturell bakgrunn. Her kan det dannes møtepunkter for bekjentskap og sosial aktivitet, men hvor skal man hente kreftene fra når man føler at man ikke kan stole på noen, at konsentrasjonen svikter i samtalene eller at man fort blir utmattet? Like vanskelig kan det bli å være i konstruktiv dialog med hjelpeinstansene. Det er gjerne forventet at man som klient har kjennskap til rammene, mulighetene og begrensningene rundt de ulike hjelpeinstansene, eller lærer seg det i løpet av en kort, informerende samtale. Når språket er utfordrende og konsentrasjonen svikter, kan dette være tilnærmet umulig. For den hjelpesøkende kan det oppleves som å lytte til en utydelig stemme over et høyttaleranlegg på toget. I tillegg faller lyden ut av og til og bruddstykker forsvinner. For saksbehandleren fra NAV eller fastlegen kan det være forvirrende å ikke nå frem når man har anstrengt seg for å forklare.

Når utfordringene på flere områder samles og forsterker hverandre kan mange kjenne at de sitter fast i en situasjon som de ikke har egne ressurser til å komme ut av. Dette innvirker på motivasjon og fremtidshåp, som igjen vil reflekteres i det resignerte eller fortvilte “vet ikke” som noen av klientene svarte når de ble spurt om hva de ønsket av hjelp fra terapien. Hvordan skal en behandler med begrensede rammer møte og hjelpe klienter som ligner på disse? Terapeuten kan lett kjenne at forespørslene fra klientene kan bevege seg inn på sosionomens felt, men når klientene selv forteller at den praktiske hjelpen oppleves verdifull og knytter dette til positive inntrykk av behandleren, kan slik hjelp være et første steg til å bygge en relasjon med klienten. Der språket kanskje ikke strekker til, kan hjelpeønsket vises i handling, og for klienten kan det være en lettelse å se at noe blir løst selv om mye fremdeles gjenstår. Det fremmer både håp og større tiltro til behandlingsapparatet. Slik vi tolker prosessen våre klienter har vært gjennom, handler mye om å “få maskineriet i gang”. Da kan man se en utvikling selv om det fremdeles er restsymptomer og sosiale eller økonomiske vansker ved endt behandling. Å hjelpe med økonomiske spørsmål, hjelpe med en søknad, ta en oppklarende telefon til saksbehandleren på NAV eller følge klienten til fastlegen er eksempler fra utvalget. Dette er også i samsvar med Ahlberg & Duckert (2006) sin modell kalt “Det Gode (Nok) Liv”-triangelen, der problemer innenfor et visst område kan kompenseres for på et annet område.



## **Å lytte til to stemmer**

En av terapeutene i utvalget beskrev en klient som kom med en rekke ulike forespørsler, hvorav noen også falt utenfor terapeutens mandat. Terapeuten som ble nødt til å gi avslag, presiserte at det er viktig å begrunne godt hvorfor man sier nei, samt være til stede for klienten på andre måter, for eksempel ved å være en tålmodig lytter. Hun formulerte det som at hun kjente at klienten hadde et underliggende relasjonsbehov som ble møtt i denne terapien, og at alliansen derfor besto tross avslagene. Dette klient-terapeut paret kan trekkes frem som et eksempel der terapeuten “lytter til to stemmer.” Den terapeutiske kompetansen skinner gjennom når terapeuten klarer å lytte, anerkjenne og delvis etterkomme klientens oppfatninger av hva de trenger og *samtidig* ser andre behov hos klienten som klienten selv ikke er klar over eller har ord for. I videre forstand kommer også spørsmålet om fokus på klientens kulturbakgrunn inn her. I vårt utvalg så vi at klientene gjerne ikke relaterer de mest presserende vanskelighetene i livene sine til møtet med en ny kultur. Qureshi (2005) argumenterer at å vise manglende oppmerksomhet til klientens kulturelle bakgrunn er like respektløst som å kategorisere klienten innenfor en kulturboks. Her blir det viktig å utforske hvilken betydning den unike klienten *selv* tillegger kulturelle spørsmål og utfordringer.

Når man først har kommet gjennom inngangsporten, åpnes det et større rom for å “gå psykologisk til verks.” Dette er en tanke som gjenspeiles i forskningen som antyder at klienter blir mer åpne og tålmodige når de først opplever å få sine behov møtt (Pope-Davis et al, 2002). Den klienten i utvalget som ble mer åpen for å forstå sine plager på en ny måte når diskusjonen om plagene var psykiske eller somatiske ble lagt til side, kan også forstås ut fra dette perspektivet. Har man først fått en fot i døren, kan det bli større rom for å utfordre klientene. Med “flere veier inn” mener vi derfor å bruke konkrete, synlige grep som praktisk hjelp, både for å bygge tillit i relasjonen og bidra til å reelt løse en utfordring i klientens hverdagsliv. I denne prosessen foregår det også en utveksling der klient og terapeut blir mer kjent med hverandres forståelse og væremåte. Slik kommer man nærmere en felles enighet om hva terapien skal handle om og hvordan man skal arbeide.

## **Klare for terapi?**

Når klienten strever med problemer på flere viktige områder av livet som kan opprettholde symptomene, gir det mening at man som terapeut stiller spørsmål ved om klienten er klar for å gå i terapi. McMurrin & Ward (2010) definerer «å være klar for behandling» som at klienten blant annet ønsker å minske egen lidelse, er i stand til å respondere på intervensjoner

på en passende måte, finner strategien for behandling som relevant og meningsfull, samt har kapasitet til å delta i et behandlingsprogram (McMurrans & Ward, 2010, s. 78). Ved behandlingsstart var flere av klientene i utvalget uetablerte eller i en vanskelig livssituasjon. Mange hadde ikke søkt seg til psykologisk behandling, men ble henvist av fastlegen. De fleste hadde en annen forståelse av sine symptomer enn det psykologen hadde. De hadde altså en del fellestrekk med andre klientgrupper i psykisk helsevern, og begrepet “klar for behandling” er også brukt i blant annet behandlingsstudier av andre klienter som fengselsinnsatte (McMurrans & Ward, 2010) og rusavhengige (Rapp et al., 2007). Likevel ble flere av klientene i vårt utvalg etterhvert mer innstilt på å utforske det ukjente terrenget sammen med terapeuten. Disse klientene hadde ikke nødvendigvis blitt klare for terapi uten å ha vært i den terapien de fikk. En del av selve terapiprosessen kan derfor handle om hvordan man som terapeut skal tilrettelegge for at klienten skal bli mer klar for å arbeide med seg selv.

### **Resultatenes overføringsverdi**

I hvor stor grad kan våre funn overføres til terapi med andre klienter med flyktningbakgrunn eller til andre klientgrupper? Utvalget vårt består av klienter som hadde opplevd noe positivt ved terapien. Flertallet av klientene i det større utvalget fra NKVTS-prosjektet stilte seg mindre positive til behandlingstilbudet de hadde prøvd. Kanskje hadde akkurat våre utvalgte klient- og terapeutpar en spesiell forutsetning for å ta med seg noe godt fra terapien? Vi vil likevel argumentere for at resultatene gir et innblikk i erfaringer og utfordringer som ikke bare gjelder for klienter med flyktningbakgrunn som har hatt en positiv opplevelse, men som bringer opp tema som er relevante for klienter i traumebehandling generelt. Da både for klienter med innvandrerbakgrunn og for klienter uten flyktningbakgrunn som likevel er i en utsatt situasjon og lever med vanskelige livsbetingelser. Resultatene våre kan rammes inn i kunnskapen fra behandlingsforskningen på psykoterapi, og vi ser at de utfordringene og erfaringene klientene og terapeutene melder om kan også gjelde andre klienter. Som klienter med innvandrerbakgrunn fra andre studier (Erickson & Al-Timimi, 2001) var også de fleste av klientene i vårt utvalg usikre på hva terapi kan hjelpe dem med. Etter avslutning var det ikke alle som kjente at de fikk til betydningsfulle endringer takket være terapien. Disse trekkene er nok ikke unike for klienter med en annen kulturell bakgrunn. Men *noe* gikk likevel bra, og den terapeutiske alliansen synes å være avgjørende i alle tilfellene. Vi håper denne oppgaven har gitt en pekepinn på hva den enkelte behandler kan ha med av verktøy og hjelpemidler på ferden.

# Litteraturliste

- Abebe, D. S., Lien, L. & Hjelde, K. H. (2014). What we know and don't know about mental health problems among immigrants in Norway. *Journal of Immigrant and Minority Health, 16*(1), 60-67. doi: 10.1007/s10903-012-9745-9
- Ahlberg, N. & Duckert, F. (2006). Minoritetsklienter som helsefaglig utfordring. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 43*(12), 1276-1281. Hentet fra: [http://psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=5601&a=2](http://psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=5601&a=2)
- Behnia, B. (2004). Trust building from the perspective of survivors of war and torture. *Social Service Review, 78*(1), 26-40. doi: 10.1086/380768
- Berg, B., Dalby, L. & Fladstad, T. (2002). *Jeg kom for å redde livet: Om mottak og integrering av overføringsflyktninger* (STF38 A02505). Trondheim: SINTEF Teknologiledelse IFIM.
- Berntsen, D. & Rubin, D. C. (2007). When a trauma becomes a key to identity: Enhanced integration of trauma memories predicts posttraumatic stress disorder symptoms. *Applied Cognitive Psychology, 21*(4), 417-431. doi: 10.1002/acp.1290
- Bögner, D., Brewin, C. & Herlihy, J. (2010). Refugees' experiences of Home Office interviews: A qualitative study on the disclosure of sensitive personal information. *Journal of Ethnic and Migration Studies, 36*(3), 519-535. doi: 10.1080/13691830903368329
- Bohart, A. C. & Wade, A. G. (2013). The Client in Psychotherapy. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin And Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (s. 219-257). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 46*(5), 452-459. Hentet fra: [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=79458&a=3](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=79458&a=3)
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology, 3*(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa

- Brisson, S. J. (1999). Trauma Narratives and the Remaking of the Self. I M. Bal, J. Crewe & L. Spitzer (Red.), *Acts of memory: Cultural recall in the present* (s. 39-54). Hanover: Dartmouth College. Hentet fra: <http://sites.dartmouth.edu/brison/files/2014/09/B.14.-Trauma-Narratives.pdf>
- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Zack, S. E., Baker, S., Boutselis, M. A., Chiswick, N. R., Damer, D. D., Hemmelstein, N. A., Jackson, J. S., Morford, M., Ragusea, S. A., Roper, J. G., Spayd, C., Weiszer, T., Borkovec, T. D. & Holtforth, M. G. (2010). Helpful and hindering events in psychotherapy: a practice research network study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(3), 327-344. doi: DOI: 10.1037/a0021164
- Century, G., Leavey, G. & Payne, H. (2007). The experience of working with refugees: Counsellors in primary care. *British Journal of Guidance & Counselling*, 35(1), 23-40. doi: 10.1080/03069880601106765
- Charmaz, K. (2008). Constructionism and the Grounded Theory. I J. A. Holstein & J. F. Gubrium (Red.), *Handbook of Constructionist Research* (s. 397-412). New York: The Guildford Press. Hentet fra: [http://www.sxf.uevora.pt/wp-content/uploads/2013/03/Charmaz\\_2008-a.pdf](http://www.sxf.uevora.pt/wp-content/uploads/2013/03/Charmaz_2008-a.pdf)
- Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., & Harlos, M. (2005). Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *Journal of Clinical Oncology*, 23(24), 5520-5525. doi: 10.1200/JCO.2005.08.391
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37-70. doi: 10.1177/1529100614531398
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C. & Mukherjee, D. (2013). Psychotherapy Process-Outcome Research. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin And Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (s. 298-340). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

- Dahl, S., Sveaass, N., & Varvin, S. (Red.). (2006). *Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger: Veileder*. Hentet fra <https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/08/psykarbeidflyktingerveileder.pdf>
- Elliott, R. (2008). Research on client experiences of therapy: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research*, 18(3), 239-242. doi: 10.1080/10503300802074513
- Erickson, C. D., & Al-Timimi, N. R. (2001). Providing mental health services to Arab Americans: Recommendations and considerations. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 7(4), 308-327. doi: 10.1037//1099-9809.7.4.308
- FN-Sambandet. (2017, 21. August). *Flyktninger*. Hentet fra: <http://www.fn.no/Tema/Flyktninger>
- Gorst-Unsworth, C. & Goldenberg, E. (1998). Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq. Trauma-related factors compared with social factors in exile. *The British Journal of Psychiatry*, 172(1), 90-94. doi: 10.1192/bjp.172.1.90
- Guregård, S. & Seikkula, J. (2014). Establishing Therapeutic Dialogue with Refugee Families. *Contemporary Family Therapy*, 36(1), 41-57. doi: 10.1007/s10591-013-9263-5
- Haavind, H. (2000). På jakt etter kjønnede betydninger. I H. Haavind (Red.), *Kjønn og Fortolkende Metode: Metodiske muligheter i kvalitativ forskning* (s. 7-59). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helsedirektoratet. (2009). *Migrasjon og helse - utfordringer og utviklingstrekk*. (Veileder IS-1663/2009). Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/696/Utviklingstrekkrapport-2009-migrasjon-og-helse-utfordringer-og-utviklingstrekk-IS-1663.pdf>
- Johnson, H. & Thompson, A. (2008). The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: A review. *Clinical psychology review*, 28(1), 36-47. doi: 10.1016/j.cpr.2007.01.017

- Joseph, S. (2004). Client-centred therapy, post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth: Theoretical perspectives and practical implications. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77(1), 101-119. doi: 10.1348/147608304322874281
- Kai, J., Beavan, J., Faull, C., Dodson, L., Gill, P. & Beighton, A. (2007). Professional Uncertainty and Disempowerment Responding to Ethnic Diversity in Health Care: A Qualitative Study. *PLoS medicine*, 4(11), 1766-1775. doi: 10.1371/journal.pmed.0040323
- Kienzler, H. (2008). Debating war-trauma and post-traumatic stress disorder (PTSD) in an interdisciplinary arena. *Social Science & Medicine*, 67(2), 218-227. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.03.030
- Knappskog, K. & Helgesen, H. (2008). *Psykologen og den fremmedkulturelle klienten – en kvalitativ studie*. (Hovedoppgave, Universitetet i Bergen). Hentet 20. April 2017 fra: <http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/3173/51998530.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Krumer-Nevo, M., & Sidi, M. (2012). Writing against othering. *Qualitative Inquiry*, 18(4), 299-309. doi: 10.1177/1077800411433546
- Kvale, S. (2007). *Doing Interviews* (1. Utg.). London: SAGE Publications Ltd.
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 38(4), 357-361. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.357
- Levitt, H. M., Pomerville, A., & Surace, F. I. (2016). A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: A new agenda. *Psychological bulletin*, 142(8), 801-830. doi: 10.1037/bul0000057
- Lie, B. (2002). A 3-year follow-up study of psychosocial functioning and general symptoms in settled refugees. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(6), 415-425. doi: 10.1034/j.1600-0447.2002.01436.x

- Lie, B., Sveaass, N. & Eilertsen, D. E. (2004). Family, activity, and stress reactions in exile. *Community, Work & Family*, 7(3), 327-350. doi: 10.1080/1366880042000295745
- Luster, T., Qin, D. B., Bates, L., Johnson, D. J., & Rana, M. (2008). The lost boys of Sudan: Ambiguous loss, search for family, and reestablishing relationships with family members. *Family Relations: Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 57(4), 444-456. doi: 10.1111/j.1741-3729.2008.00513.x
- Martinez, K. J. (1994). Cultural sensitivity in family therapy gone awry. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 16(1), 75-89. doi: 10.1177/07399863940161006
- McAdams, D. P. (2001). The psychology of life stories. *Review of general psychology*, 5(2), 100-122. doi: 10.1037/1089-2680.5.2.100
- McAdams, D. P., & McLean, K. C. (2013). Narrative identity. *Current Directions in Psychological Science*, 22(3), 233-238. doi: 10.1177/0963721413475622
- McLean, K. C., Lilgendahl, J. P., Fordham, C., Alpert, E., Marsden, E., Szymanowski, K., & McAdams, D. P. (2017). Identity Development in Cultural Context: The Role of Deviating from Master Narratives. *Journal of Personality*, 2017(00), 1-20. doi: 10.1111/jopy.12341
- McMichael, C., Gifford, S. M., & Correa-Velez, I. (2011). Negotiating family, navigating resettlement: Family connectedness amongst resettled youth with refugee backgrounds living in Melbourne, Australia. *Journal of Youth Studies*, 14(2), 179-195. doi: 10.1080/13676261.2010.506529d
- McMurrin, M., & Ward, T. (2010). Treatment readiness, treatment engagement and behaviour change. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 20(2), 75-85. doi: 10.1002/cbm.762
- McNally, R. J., Robinaugh, D. J., Wu, G. W. Y., Wang, L., Deserno, M. K., & Borsboom, D. (2015). Mental Disorders as Causal Systems: A Network Approach to Posttraumatic Stress Disorder. *Clinical Psychological Science*, 3(6), 836-849. doi: 10.1177/2167702614553230

- Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress. (ikke dato). Behandling og rehabilitering av traumatiserte flyktninger. Hentet fra <https://www.nkvts.no/prosjekt/behandling-og-rehabilitering-av-traumatiserte-flyktninger/>
- Nordanger, D., Mjaaland, T. & Lie, G. T. (2006). PTSD og konfrontering av traumer i et kulturelt perspektiv. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 43(12), 1292-1299. Hentet fra: [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=6120&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=6120&a=2)
- Norsk Psykologforening. (2007). Prinsipperklæring (1) om evidensbasert psykologisk praksis (2). Hentet 16. Juni 2017 fra: <https://www.psykologforeningen.no/medlem/evidensbasert-praksis/prinsipperklaering-1-om-evidensbasert-psykologisk-praksis-2>
- Oddli, H. W., & Kjøs, P. (2013). Å gjøre endring relevant – alliansen som knutepunkt. I K. Benum, A. D. Axelsen & E. Hartmann (Red.), *God psykoterapi* (s. 194-215). Oslo: Pax Forlag.
- Olsen, B. (2017). *Flyktninger i og utenfor arbeidsmarkedet 2015* (Rapporter nr. 18/2017). Hentet fra: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/attachment/305359?ts=15b9fc96278>
- Onken, S.J., Dumont, J.M., Ridgway, P., Dornan, D.H., & Ralph, R.O. (2002). Mental Health Recovery: What Helps and What Hinders? A National Research Project for the Development of Recovery Facilitating System Performance Indicators. Phase One Research Report: A National Study of Consumer Perspectives on What Helps and Hinders Mental Health Recovery. National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) National Technical Assistance Center (NTAC), Alexandria, VA. Hentet fra: [https://www.researchgate.net/profile/Steven\\_Onken/publication/242469660\\_Mental\\_Health\\_Recovery\\_What\\_Helps\\_and\\_What\\_Hinders\\_A\\_National\\_Research\\_Project\\_for\\_the\\_Development\\_of\\_Recovery\\_Facilitating\\_System\\_Performance\\_Indicators\\_Phase\\_One\\_Research\\_Report\\_A\\_National\\_Study\\_of\\_Consumer\\_Perspectives\\_on\\_What\\_Helps\\_and\\_Hinders\\_Mental\\_Health\\_Recovery\\_National\\_Association\\_of\\_State\\_Mental\\_Health\\_Program\\_Directors\\_\(NASMHPD\)\\_National\\_Technical\\_Assistance\\_Center\\_\(NTAC\),\\_Alexandria,\\_VA/\\_links/00b4953b5bb2ca0f00000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Steven_Onken/publication/242469660_Mental_Health_Recovery_What_Helps_and_What_Hinders_A_National_Research_Project_for_the_Development_of_Recovery_Facilitating_System_Performance_Indicators_Phase_One_Research_Report_A_National_Study_of_Consumer_Perspectives_on_What_Helps_and_Hinders_Mental_Health_Recovery_National_Association_of_State_Mental_Health_Program_Directors_(NASMHPD)_National_Technical_Assistance_Center_(NTAC),_Alexandria,_VA/_links/00b4953b5bb2ca0f00000000.pdf)



- Opaas, M. (2016). *Trauma, personality function, and posttraumatic reactions: A retrospective and prospective study of traumatized refugee patients* (Doktorgradsavhandling). Det Samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Östlund, U., Brown, H., & Johnston, B. (2012). Dignity conserving care at end-of-life: a narrative review. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(4), 353-367. doi: 10.1016/j.ejon.2011.07.010
- Pope-Davis, D. B., Toporek, R. L., Ortega-Villalobos, L., Ligiéro, D. P., Brittan-Powell, C. S., Liu, W. M., Bashshur, M. R., Codrington, J. N. & Liang, C. T. H. (2002). Client Perspectives of Multicultural Counseling Competence: A Qualitative Examination. *The Counseling Psychologist*, 30(3), 355-393. doi: 10.1177/0011000002303001
- Probst, T., Lambert, M. J., Loew, T. H., Dahlbender, R. W. & Tritt, K. (2015). Extreme deviations from expected recovery curves and their associations with therapeutic alliance, social support, motivation, and life events in psychosomatic in-patient therapy. *Psychotherapy Research*, 25(6), 714-723. doi: 10.1080/10503307.2014.981682
- Puvimanasinghe, T., Denson, L. A., Augoustinos, M., & Somasundaram, D. (2015). Narrative and silence: How former refugees talk about loss and past trauma. *Journal of refugee studies*, 28(1), 69-92. doi: 10.1093/jrs/feu019
- Qureshi, A. N. (2005). Profesjonell kultursensitivitet framfor faglig etnisentrisme. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2(3) 261-274. Hentet fra: [https://vpn1.uio.no/+CSCO+1h75676763663A2F2F6A6A6A2E76716861612E6162+/file/pdf/33203889/profesjonell\\_kultursensitivitet\\_framfor\\_faglig\\_etnisentrisme.pdf](https://vpn1.uio.no/+CSCO+1h75676763663A2F2F6A6A6A2E76716861612E6162+/file/pdf/33203889/profesjonell_kultursensitivitet_framfor_faglig_etnisentrisme.pdf)
- Rapp, R. C., Xu, J., Carr, C. A., Lane, D. T., Redko, C., Wang, J., & Carlson, R. G. (2007). Understanding Treatment Readiness in Recently Assessed, Pre-Treatment Substance Abusers. *Substance abuse*, 28(1), 11-23. doi: 10.1300/J465v28n01\_03
- Rennie, D. L. (2002). Experiencing psychotherapy: Grounded theory studies. I D. J. Cain (Red.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (s. 117-144). doi: 10.1037/10439-004

- Rennie, D. L. (2010). Humanistic psychology at York University: Retrospective: Focus on clients' experiencing in psychotherapy: Emphasis of radical reflexivity. *The Humanistic Psychologist*, 38(1), 40-56. doi: 10.1080/08873261003635856
- Richardson, J. C. & Godfrey, B. S. (2003). Towards ethical practice in the use of archived transcribed interviews. *International Journal of Social Research Methodology*, 6(4), 347-355. doi: 10.1080/13645570210142874
- Råbu, M. & Haavind, H. (2017). "Hvor langt kom vi?" Felles utforskning av bedring i siste fase av psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54(3), 284- 293. Hentet fra: [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=482195&a=3](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=482195&a=3)
- Sam, D. L. (2006). Working in a Multicultural Society: Challenges for the Norwegian Psychologist. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 43(12), 1268-1275. Hentet fra: [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=5390&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=5390&a=2)
- Smith, T. B., & Trimble, J. E. (2016). Therapist Multicultural Competence: A Meta-Analysis Of Client Experiences In Treatment. *Foundations of multicultural psychology: Research to inform effective practice* (s. 49-64). doi: 10.1037/14733-003
- Steel, Z., Silove, D., Bird, K., McGorry, P., & Mohan, P. (1999). Pathways from war trauma to posttraumatic stress symptoms among Tamil asylum seekers, refugees, and immigrants. *Journal of traumatic stress*, 12(3), 421-435. doi: 10.1023/A:1024710902534
- Sue, D. W., Bernier, J. E., Durrant, A., Feinberg, L., Pedersen, P., Smith, E. J., & Vasquez-Nuttall, E. (1982). Position paper: Cross-Cultural Counseling Competencies. *The Counseling Psychologist*, 10(2), 45-52. doi: 10.1177/0011000082102008
- Suedfeld, P., Soriano, E., McMurtry, D. L., Paterson, H., Weiszbeck, T. L., & Krell, R. (2005). Erikson's "components of a healthy personality" among Holocaust survivors immediately and 40 years after the war. *The International Journal of Aging and Human Development*, 60(3), 229-248. doi: 10.2190/U6PU-72XA-7190-9KCT
- Summerfield, D. (2005). My whole body is sick... my life is not good. I D. Ingleby (Red.), *Forced Migration and Mental Health: Rethinking the Care of Refugees and Displaced Persons*, (s. 97-114). doi: 10.1007/0-387-22693-1\_6

- Sveaass, N., & Johansen, L. E. E. (2006). Drømmen bortenfor: Traumatiserte flyktnings møte med psykologisk behandling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 43(12), 1282-1291. Hentet fra:  
[http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=5746&a=3](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=5746&a=3)
- Sveaass, N., & Reichelt, S. (2001). Engaging refugee families in therapy: Exploring the benefits of including referring professionals in first family interviews. *Family Process*, 40(1), 95-114. doi: 10.1111/j.1545-5300.2001.4010100095.x
- Swift, J. K., Callahan, J. L., & Vollmer, B. M. (2011). Preferences. *Journal of clinical psychology*, 67(2), 155-165. doi: 10.1002/jclp.20759
- Teodorescu, D.-S., Heir, T., Hauff, E., Wentzel-Larsen, T. & Lien, L. (2012). Mental health problems and post-migration stress among multi-traumatized refugees attending outpatient clinics upon resettlement to Norway. *Scandinavian Journal of Psychology* 53(4), 316–332. doi: 10.1111/j.1467-9450.2012.00954.x
- The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. (1993). (1. utg.). Geneva: World Health Organization.
- Thomas, T. N. (1995). Acculturative stress in the adjustment of immigrant families. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 4(2), 131-142. doi: 10.1007/BF02094613
- Utlendingsdirektoratet. (ikke dato). *Vedtak om beskyttelse (asyl) 2007–2016*. Hentet fra:  
<https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/vedtak-om-beskyttelse-asyll-20062016/>
- Valla, B. (2010). Brukers medvirkning i psykoterapi – behov for kompetanseutvikling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(4), 308-314. Hentet fra:  
[http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=109720&a=3](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=109720&a=3)
- Williams, D., & Levitt, H. M. (2008). Clients' experiences of difference with therapists: Sustaining faith in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 18(3), 256-270. doi: 10.1080/10503300701561545

World Health Organization & Calouste Gulbenkian Foundation. (2014). *Social determinants of mental health*. Geneva: World Health Organization. Hentet fra:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809_eng.pdf)

Yu, S., Levesque-Bristol, C., & Maeda, Y. (2017, Juni). General Need for Autonomy and Subjective Well-Being: A Meta-Analysis of Studies in the US and East Asia. *Journal of Happiness Studies*, 1-20. doi: 10.1007/s10902-017-9898-2

# Vedlegg

Vedlagt sammen med oppgaven er intervjuguidene brukt i det store NKVTS-prosjektet. Prosjektleder Opaas forteller at dette er spørsmål intervjuerne tok utgangspunkt i, men informantenes utholdenhet, dagsform, tid de hadde anledning til å bruke og veien samtalen gikk, var med på å bestemme innholdet i intervjuene.

Grunnet størrelsen på dokumentene er vedleggene er lastet opp separat. Vennligst se vedlagte dokumenter.