

Kunnskapens betydning i «ikke-vite»-posisjonen

Aase Prøitz

Kunnskapens betydning i «ikke-vite»-posisjonen

I hjelpeapparatet tas det ofte for gitt at klienten er heterofil. Den lesbiske klient er unntaket som må forklares og i verste fall forsvares. Klienter fra minoritetsgrupper generelt vil økende grad forvente kunnskap hos terapeuten om sine livsbetingelser.

Innledning

Klient: Det er så godt å være et sted hvor jeg har følelsen av at forholdet vårt blir tatt på alvor!

Terapeut: Synes du ikke at dere blir tatt på alvor andre steder da?

Klient: Jo, kanskje, men her behøver vi ikke å forklare noen ting.

Dette lille hjertesukket har i ulike varianter falt mer enn en gang på mitt kontor når lesbiske par eller enkeltpersoner har oppsøkt familievernkontoret. Samtaler med lesbiske klienter og kolleger som har, eller har hatt lesbiske klienter, viser at klientene enten har oppsøkt en terapeut de vet er lesbisk, eller de har fått anbefalt en navngitt terapeut eller et spesifikt familievernkontor. En undring fra min side rundt dette fenomenet resulterer gjerne i to utsagn. Det ene handler om behovet for at terapeuten skal vite noe om «hvordan det er» å være lesbisk, dvs. behovet for å vite at terapeuten har adekvate kunnskaper. Det andre handler om å være trygg for at man ikke møter en terapeut med fordommer mot lesbiske.

Klientens krav og ønsker om kjennskap til terapeutens kunnskaper og holdning bryter i noen grad med familierapiens tradisjon de siste tiårene om å møte klienten uten å tilkjenne kunnskaper og holdning, den såkalte «ikke-vite»-posisjonen. Det å «ikke-vite», ikke la seg forstyrre av sin for-forståelse, har vært fremhevet som en god og riktig måte å møte klienter på (Andersen, 1995; Anderson & Goolishan, 1992). Også i arbeid med andre minoritetsgrupper, som flyktninger (Reichelt & Sveaass, 1994) og stoffbrukere (Reichelt & Christensen, 1990), har «ikke-vite»-posisjonen hatt en sterk stilling.

I denne artikkelen vil jeg drøfte dilemmaer ved det vi kan kalle «ikke-vite»-posisjonen opp mot det jeg i min egen og kollegers praksis har oppfattet som klientens behov for at terapeuten vet og tilkjenner sin viten. Jeg vil foreta denne drøftingen i lys av de erfaringer jeg har fra arbeid med lesbiske klienter. Jeg vil også forsøke å belyse på hvilken måte konkret kunnskap i neste omgang

kan bidra til en mer konstruktiv «ikke-vite»-posisjon. Det er mitt håp at det jeg belyser, vil kunne gi nyttige innfallsvinkler i møte med klienter fra andre minoritetsgrupper, også homofile menn, ikke bare lesbiske kvinner.

Problemstillingene i denne artikkelen bygger på refleksjoner i forbindelse med klinisk arbeid med et lite utvalg på åtte lesbiske kvinner som har oppsøkt et familievernkontor. Klientene er blitt spurt om hvordan det har vært opplevd å komme til familievernkontoret. Det er ikke brukt spørreskjema. Problemstillingene blir belyst gjennom vignetter som tar for seg noen gjennomgående temaer denne gruppen klienter forteller om.

Nyere homoforskning er opptatt av motsetningene mellom de to posisjonene, essensialisme og konstruktivisme. Kort oppsummert; er det å være lesbisk en iboende, uforanderlig og medfødt egenskap ved personen, eller velger man en lesbisk livsstil som er kjennetegnet av den tiden og den kulturen man lever i (Nissen, 2001)? I denne artikkelen har jeg valgt å forholde meg til at klientene selv har brukt betegnelsen lesbisk, uten at jeg har problematisert betegnelsen.

Hvilke kunnskaper har helsevesenet om lesbiske?

Lesbiske kvinner var lenge usynlige i helsevesenet. Det kan henge sammen med at lesbiske heller ikke var omfattet av straffelovparagrafen fra 1902, som bare satte forbud mot homoseksuelle handlinger mellom menn. Helsevesenets oppfatning av lesbiske kvinner begrenset seg stort sett til at de var syke (Kjær, 2001; Malterud, 2001). I 1977 fulgte Norsk psykiatrisk forening i amerikanske kollegers kjølvann og vedtok at homoseksualitet ikke lenger skulle anbefales brukt som diagnose. Oslo Helserråds rådgivningstjeneste for homofile og lesbiske ble etablert omtrent samtidig. Erfaringene herfra viste hvordan undertrykking, vold og hemmeligholdelse kan føre til psykisk lidelse hos marginaliserte grupper som lesbiske og homofile. Fra USA kom rapporter om helseproblemer – også psykiske lidelser – hos lesbiske (Malterud & Petersen, 1984).

Den norske levekårsundersøkelsen om homofile og lesbiske, den såkalte NOVA-rapporten, viser at et mindretall lesbiske oppgir at de strever tungt med sine liv (Hegna, Kristiansen, & Moseng, 1999). Tilsvarende internasjonale undersøkelser konkluderer med at lesbiske kvinner og homofile menn er overrepresentert med hensyn til psykiske helseplager (Garofalo, Wolf, Wissow, Woods & Goodman, 1999; Gilman et al., 2001; Standfort, Graaf, Bijl, & Schnabel, 2001). Spesielt yngre, lesbiske kvinner er mer utsatt for vold enn kvinner i den generelle befolkningen. Andelen som oppgir

at de har vært plaget av tanker om å ta sitt eget liv i løpet av de siste 14 dagene, er 6–7 ganger høyere blant NOVA-undersøkelsens kvinner og menn enn i den øvrige befolkningen. Tyve prosent av kvinnene i utvalget oppgir at de har forsøkt å ta sitt eget liv minst én gang i løpet av livet (Hegna et al., 1999). Samtidig problematiserer eksempelvis verken Sosial- og helsedepartementets *Faktarapport om årsaker til psykiske plager og lidelser* (2000) eller den offentlige utredningen om *Kvinnens helse i Norge* (NOU 1999:13) psykiske helseforhold blant lesbiske (Moseng, 2002).

Nyere forskning setter søkelyset på hva slags kunnskaper helsevesenet har om lesbiske, og konkluderer med at lesbiske fortsatt risikerer å bli møtt med uvitenhet og fordommer som ikke ervesentlig annerledes enn uvitenheten og fordommene lesbiske kan bli møtt med ellers i samfunnet (GAP, 2000; Kjær, 2001; Malterud, 2001; Moseng, 2002). Helsevesenets kunnskaper om lesbiske kvinner har vært og er mangelfulle. Dette er en klient- og pasientgruppe som fortsatt lett blir usynlig (Malterud, Ohnstad & Thesen, 2001). Kunnskapsmangel og fordommer mot homofili, både hos klienten og hos en selv som behandler, er utfordringer for helsepersonell (Selle, 2001).

Åpen eller skjult

Tidligere forskning peker på sosialpsykologiske mekanismer som beskriver noen av de vanskelighetene lesbiske står overfor i sin hverdag, først og fremst det klassiske homofile dilemmaet; skal man være åpen eller skjult, og de konsekvensene valget kan få (Brooks, 1981; Ponse, 1978).

Lesbiske kvinner, enten det er overfor familien, venner, helsevesenet, arbeidsplassen eller nabolaget, må alltid ta stilling om de skal være åpne, selektivt åpne, dvs. hvor åpne og overfor hvem og når, eller om de skal velge å leve skjult. Den som kan skjule sitt stigma, må – i motsetning til en person hvis stigma er synlig – også velge hvorvidt hun skal fremstå som den hun er, eller late som om hun er noe annet enn den hun er (Goffman, 1963). Lesbiske kvinners dilemma kan beskrives i begrepsparet «selvlysende» eller «usynlig» (Ohnstad, 1992). Er kvinnen åpen, kan hun risikere at terapeuten retter så stor oppmerksomhet mot det at klienten er lesbisk, at terapeuten ikke fanger opp hva klienten kommer for. Kvinnen blir «selvlysende», interessen rettes mot at hun er lesbisk, mens det hun kommer for, like gjerne kan henge sammen med andre sider av hennes liv. Er man på den annen side skjult og ikke sier at man er lesbisk, vil kvinnens liv og erfaringer kunne bli underkommunisert. Vesentlige sider ved henne som person forblir skjult i en situasjon hvor det kanskje nettopp er et poeng at hun lever lesbisk, for eksempel når det gjelder samlivsproblemer.

Bare to av ti lesbiske kvinner oppgir at de er helt åpne om sin seksuelle orientering i møte med helsepersonell

Stereotypier

En sosialpsykologisk mekanisme gjør at majoritetssamfunnet ser likhetene mellom personene i minoritetsgruppen lettere enn de ser forskjellene mellom dem (Hewitt, Stroebe, Codol & Stephenson, 1988). Stereotypier gjør at det er vanskeligere for minoritetspersoner å bli sett som unike individer, og fører til en forutinntatt formening om hvordan lesbiske «er». En lesbisk kvinne kan ha vanskeligheter med å anerkjenne seg selv som lesbisk fordi hun har internalisert stereotypiene, og dermed tror at hun må iscenesette seg på en bestemt måte. Hun kan rett og slett mangle kunnskaper om det å være lesbisk, at det er forskjellige måter å være på, kle seg på og leve på som lesbisk, slik det også er et mangfold i uttryksmåter blant heterofile. Manglende kunnskaper kan være enda et hinder på veien til en identitet som lesbisk, som er tuftet på den hun faktisk også er ut fra andre egenskaper og talenter.

Prosessen frem til en trygg identitet som lesbisk kan arte seg forskjellig fra kvinne til kvinne. Nyere forskning tyder på at jo mer langvarig og konfliktfylt denne «komme-ut»-prosessen er for kvinnen, jo mer sannsynlig er det at hun kan få psykiske problemer som kan knyttes til hennes lesbiske orientering (Moseng, 2002). Lesbiske kan i tillegg til frykten for omgivelsenes negative reaksjoner og fordommer, oppleve skam i forhold til egen seksuelle preferanse. Veien fra egenskam til et negativt selvbilde er kort, og vedkommende utvikler det forskningen har kalt internalisert homonegativisme (Gonsiorek, 1982). Veien frem til egenerkjennelse og åpenhet overfor omverden kan inneholde et mangfold av psykologiske mekanismer det er viktig å kjenne til for å yte denne klientgruppen best mulig behandling. Skam, skyld, sinne, angst og ensomhet er noen stikkord (GAP, 2000). Men det er også viktig å vite at denne prosessen noen ganger kan gå greit uten at kvinnen opplever noen av delene, eller i så liten grad at hun ikke nødvendigvis lever et vanskelig liv på grunn av sin minoritetsstatus (Ohnstad, 2001).

Det tatt-for-gitte

Uheldige møter med helsevesenet, og underkommunisering av seksuell orientering i møte med psykolog, lege eller representanter for andre helseprofesjoner, kan føre til at den lesbiske kvinnen ikke får adekvat behandling eller råd. En lesbisk kvinne er i de aller fleste tilfeller selv ansvarlig for å si noe om sin lesbiskhet og eventuelt at hun lever sammen med en kvinne. Hun må administrere sin åpenhet, eller mangel på åpenhet. Hvis hun ikke gjør det, vil det bli tatt for gitt at hun er heterofil og eventuelt lever sammen med en mann. Bare to av ti lesbiske kvinner oppgir at de er helt åpne om sin

seksuelle orientering i møte med helsepersonell (Moseng, 1998). For de aller fleste lesbiske kvinner er det en overvinnelse i større eller mindre grad hver gang man sitter overfor en fagperson, å skulle si at hun er lesbisk. Risikerer hun å møte fordommer, har vedkommende fagperson kunnskaper nok? Men uansett ståsted står hun overfor det forskningen kaller heteronormativitet. Det tas for gitt at man er heterofil, hun er unntaket som må forklares, og i verste fall forsvares (Halvorsen & Moseng, 2000).

I Norge er det enighet om at ulikheter i helse- og sosialtjenestetilbud skal ut-jevnes. I Stortingsmelding nr. 25 (2000 - 2001) om *Levekår og livskvalitet for lesbiske og homofile i Norge* understrekes likeverdet i tjenestetilbudet. Samtidig er det enighet om at vi ikke skal ha særtjenester for lesbiske og homofile, slik man blant annet har i USA. I Barne- og familiedepartementets rapport *Kompetansetiltak for familievern* (2002) heter det at de tre viktigste variablene med hensyn til [(opplevd), min presisering] positiv utvikling for brukerne er: empati hos terapeuten, opplevd kunnskap hos terapeuten og hvordan man ble tatt i mot ved første møtet.

Med disse helse- og sosialpolitiske mål for øye på den ene siden, og på den andre siden med kunnskapen om at lesbiske ofte opplever at de ikke blir møtt, håper jeg denne artikkelen vil belyse noen innfallsvinkler som kan bidra til klientenes følelse av å kunne gå styrket ut av møter med terapeuter.

«Ikke-vite»-posisjonen

«Ikke-vite»-posisjonen innenfor den retningen vi betegner som familiepsykologi eller familierapi, vokste frem under postmodernismen som en reaksjon mot de tidligere familierapeutiske retningene som var farvet av troen på at terapeuten skulle kunne endre systemet fra utsiden med ulike strategier og intervensjoner. Flere praktikere innenfor feltet syntes etter hvert at de ble sittende i en ubehagelig maktposisjon overfor klientene. Dette ubehaget førte til behovet for å tenke annerledes om relasjonen mellom terapeut og klient. Erkjennelsen om at terapeuten er en del av systemet, fikk fotfeste (Hoffmann, 1985). Det å innta en «ikke-vite»-posisjon, var å vise respekt for klientens valg, ståsted og preferanser (Anderson & Goolishian, 1992). Politisk kan retningen sies å inneholde en slags «frigjøringsterapi», man skal frigjøre folk fra de dominerende antagelsene og holdningene i samfunnet som marginaliserer dem (White & Epston, 1990). Måten å gjøre dette på, er ved blant annet å fremstå som ikke-ekspert, ikke-vitende.

Språk og samtale er de sentrale teoretiske og terapeutiske begrepene innenfor de sosialkonstruksjonistiske retningene. Man bestreber seg på en hermeneutisk tilnærming til fenomenene, dvs. vi går frem og tilbake mellom vår for-forståelse og ny informasjon, som i sin tur påvirker vår for-forståelse osv. – den hermeneutiske sirkel (Andersen, 1995). En av de sentrale ideene er at eksperten ikke lenger skal fremstå som ekspert, man skal innta en «ikke-vite»-posisjon, eller en slags «overveid uvitenhet». Man ser på kunnskap som et sosialt fenomen, noe som vokser frem, endres og fornyes i samtalsens løp. Kunnskapen hviler ikke lenger hos hver og en, men oppfattes som produkter av sosiale prosesser (Gergen, 1994). Nichols og Schwartz (2001) skriver at det karakteristiske ved postmodernismen er at det ikke finnes noen sannhet, bare synspunkter, og at postmodernismens prosjekt er å finne ut hvordan ulike synspunkter organiserer menneskers liv. Hensikten er å finne frem til nye og forhåpentlig mer hensiktsmessige historier og erkjennelser for klienten gjennom samtalen. Det er samtalen, ikke terapeuten, som skaper den nye fortellingen (Hoffmann, 1992). «Ikke-vite»-posisjonen forfekter at problemer ligger i måten vi snakker om dem på, at problemene hviler i den narrative konteksten de henter mening fra, og at nye historier kan skrives (de Shazer, 1988; White & Epston, 1990). «Ikke-vite»-posisjonen fordrer at våre forståelser, forklaringer og fortolkninger ikke begrenses av teorier, tidligere erfaringer eller kunnskap, men at mening så å si blir til mens man går (Anderson & Goolishian, 1992).

«Ikke-vite»-posisjonen er blitt forstått dithen at terapeuten ikke vet noen ting, ikke har noen mening, ikke vil gi uttrykk for følelser, ikke vil dele tanker og informasjon. Anderson (1999) understreker at denne oppfatningen er en misforståelse. Hun skriver at en «ikke-vite»-terapeut verdsetter åpenhet og ærlighet om egne tanker i møte med klienten. Det jeg savner er en drøfting av hvilken rolle kunnskap spiller i det hun konseptualiserer som åpenhet.

Slik jeg oppfatter «ikke-vite»-posisjonen, signaliserer den at terapeuten er opptatt av å høre klientens historie med åpent sinn, og følge klienten tett for å forstå hva klienten mener ved hjelp av konstruktive spørsmål og kommentarer som kan sette klienten bedre i stand til å finne løsninger og nye veier.

Møtet med familievernkantoret

La oss møte Karin på vei inn til kontoret. Hun kommer til familievernkantoret sammen med sin eks-mann for å snakke om samarbeidet om parets felles barn på 10 og 15 år. Barna bor fast hos Karin

og hennes nye, kvinnelige samboer, de har mye samvær med far som ikke bor så langt unna. Far har ny, kvinnelig samboer med barn fra et tidligere forhold. Dette barnet bor fast hos far og hans nye samboer.

Det første møtet

Allerede ved inntaket kan den lesbiske klienten bli minnet om at hun er annerledes og at hennes henvendelse blir oppfattet som spesiell. Karin har i telefonen måttet forklare nåværende samlivsforhold, at hennes partner er en kvinne, fordi vedkommende som tok telefonen, spurte «hva heter mannen din?», deretter misforsto navnet og gikk ut fra at partneren var en mann. Den heteroseksuelle parrelasjonen blir tatt for gitt. Kanskje vi isteden bør stille mer åpnende spørsmål, for eksempel «hvem vil du ha med deg til kontoret», «hvem er viktige for deg», eventuelt «hvem bor du sammen med». Da bruker vi vår kunnskap om at heteronormativitet er den dominerende i samfunnet, og hva våre «tatt-for-gittheter» kan gjøre med minoritetspersoner. Ut fra det kan vi stille mer hensiktsmessige «ikke-vite»-spørsmål.

Også venterommet kan være en kilde for den lesbiske klienten til å føle seg marginalisert. Avhengig av hvordan man selv har det med det å være lesbisk, kan venteværelset fortone seg som et rom med heterofile sosiale markører; litteratur, brosjyrer og bilder som signaliserer heteronormativitet. Vi kan si at dette i og for seg er en bagatell, men den føyer seg inn i rekken av utallige heteronormative signaler i samfunnet som den som tilhører en minoritetsgruppe, nødvendigvis legger bedre merke til enn den som tilhører flertallet. Spørsmålet er om terapeuten som tar i mot på venterommet, kjenner til denne problemstillingen, og vet noe om hva det kan innebære for klienten å få signaler om at hun alltid er den som er annerledes, alltid er den som må forklare. Det ytrer seg forskjellig fra klient til klient, det kommer an på hennes eget ståsted som lesbisk, hvor langt er hun kommet i sin egen «komme-ut»-prosess, hva slags forankring hun har for øvrig i familie, arbeidsliv og sosialt nettverk. Det kan være helt uproblematisk at venterommet er som det er, det kan være likegyldig, men det kan også være vanskelig.

Kanskje kan terapeuten motvirke risikoen for at dette skal skje. Venterommet kan utstyres også med litteratur, bilder og lignende som signaliserer at kontoret anerkjenner at det finnes et mangfold av samlivsformer, eller terapeuten kan ta det opp innledningsvis. Dette er et godt eksempel på hvordan det å «ikke vite» kan integreres i det å ha kunnskaper om hva som generelt kan være vanskelig for lesbiske klienter. Terapeuten vet ikke hvordan venterommet fortone seg for akkurat

denne lesbiske klienten, men kan spørre, og dermed signalisere overfor klienten at en vet at det kan være vanskelig for noen, og hva som eventuelt kan være vanskelig.

Empati og kunnskap

Når vi vet hvor mye møtet de første minuttene betyr for relasjoner mellom mennesker, og vi også vet at relasjonen utgjør mye av effekten i terapi, er det sannsynligvis ikke ubetydelig hvordan klienten føler seg møtt innledningsvis, både ved inntaket og på venteværelset. Hvordan klienten føler seg møtt, er da også en av de tre variablene Barne- og familiedepartementet vektlegger i sin rapport, *Kompetansetiltak for familievernet* (2002). Empati hos terapeuten og det at terapeuten har kunnskaper, er de to andre variablene som departementet peker på som viktige for klientens opplevelse av å få god behandling.

Karin opplevde seg ikke møtt. Hva kan ha skjedd? Erfaring viser at det grovt sett er to grøfter det er lett å falle i for terapeuten i møte med lesbiske og homofile klienter: Den ene kan vi kalle alminneliggjøring. Kan terapeuten ha vært så opptatt av å overbevise klienten om at hun i alle fall ikke hadde fordommer mot lesbiske at hun ikke nevner det i det hele tatt? Har terapeuten vært så ivrig etter å kommunisere et postmoderne likhetsideal i retning av at «her på kontoret er alle velkomne, vi gjør ikke forskjell på noen» at Karin har følt at hun ikke ble sett og forstått? En slik posisjon kan lett oppfattes som undertrykkende toleranse. Var terapeuten så opptatt av å holde seg til det Karin hadde bedt om bistand til; samarbeidsproblemene, at hun fokuserte på det uten å ha i bakhodet at det her kunne være andre vanskeligheter?

Den andre grøften man som terapeut kan havne i, handler om å forbinde alle klientens problemer med det faktum at hun er lesbisk, at hennes seksuelle orientering er årsaken til problemene. Det kan tenkes at møtet var preget av at terapeuten var så opptatt av sin for-forståelse av at det ikke er lett å være lesbisk, og hvilke konflikter det kan ha skapt for Karin og hennes eks-mann, at oppmerksomheten ble rettet mot dette, mens samarbeidsproblemene om barna, som var det foreldrepåret kom for, kom i bakgrunnen. Kanskje er det for Karin selv uproblematisk å være lesbisk, men at det i større eller mindre grad kan være slitsomt å forholde seg til omverdenens uvitenhet og fordommer. Disse kan på sin side spenne fra direkte hets, til mer tankeløse «tatt-for-gittheter» som springer ut av en heteronormativ måte å se verden på.

Hvis vi ser på attribusjonsmønsteret som kan tenkes å utspille seg i denne saken, kan ett utgangspunkt være Karins selvforståelse av at hun er en dårlig mor fordi hun er lesbisk, at det er derfor samarbeidet med barnas far går dårlig, og hun regner med at terapeuten som møter dem, også har denne for-forståelsen. Karin har fanget opp at samfunnet på utallige måter signaliserer at det er bedre å være heterofil enn lesbisk. Hennes egen «komme-ut»-historie var komplisert. Hun støtte på diskriminering i sin egen opphavsfamilie og miljø, og ble påført skam og skyld i forbindelse med skilsmissen fra barnas far. Til en viss grad slet Karin med internalisert homonegativisme som hadde røtter langt tilbake i livet, i tillegg til dårlig samvittighet overfor eks-mannen og barna.

Kanskje hadde terapeuten fått bedre tak i Karin, hennes selvforståelse og hva hun tenker, hvis terapeuten hadde hatt kunnskaper om hva som kunne tenkes å være problemer – eller muligens ikke problemer – for Karin. Det handler kanskje i større grad om å utvide sin for-forståelse og signalisere at man vet noe om klientens tenkelige situasjon, enn å fremstå som et slags tabula rasa som i engstelse for å overkjøre klienten, skal la seg opplære. I verste fall kan begge parter forbli uvitende, og klienten har ikke fått de innfallsvinklene hun trenger for å få overblikk over sitt eget liv.

Hvordan kan terapeuter best balansere et relativistisk ståsted mot klientens rett til å leve i sikkerhet, beskyttet mot vold og diskriminering?

Vitenskap kan ses på som sosialt organisert virksomhet. Teorier, fenomener og holdninger tas for gitt av den samtiden som fremmer dem, uten at det stilles spørsmål ved de til enhver tid rådende holdningene og verdiene. Man har et paradigme (Kuhn, 1970). For terapeuter i møte med lesbiske klienter, er det en utfordring å rokke ved sine egne heteronormative «tatt-for-gittheter».

Ett av ankepunktene man ofte hører fra lesbiske klienter, er at de ikke orker å skulle «oppdra» eller lære opp terapeuten. Det er derfor de leter opp en lesbisk terapeut, eller en terapeut de får anbefalt som «trygg». Dette kan handle om attribusjon; man er redd man ikke får en ordentlig behandling, man kan også ha hatt dårlige erfaringer.

Et generelt generasjonsskifte hos klientene kan også føre til at vi får klienter som i større grad forventer kunnskaper hos terapeuten. Det gjelder ikke bare hos lesbiske klienter. Økt kunnskapsnivå i befolkningen, og ikke minst tilgang til Internett, har gjort at klienter og pasienter i mange tilfeller har mer spesifikk kunnskap om egen situasjon enn helsepersonell.

Likeverdighet

Et annet ankepunkt fra lesbiske klienter er at terapeuten «hørte ikke etter», eller «tok meg ikke alvorlig». Kanskje er det slik at hvis man skal lykkes med en tilnærming hvor man går ut fra at det ikke finnes noen sannhet, bare synspunkter, så fordrer det at alle parter i terapirommet føler seg likeverdige, i alle fall at klienten føler seg likeverdig med terapeuten. Kritikere av den postmoderne posisjonen har påpekt at man kan komme til å overse den innebygde forskjellen i makt som det alltid vil være mellom hjelpesøkeren og hjelperen (Nichols & Schwartz, 2001).

Ifølge Anderson (1999) ligger terapeutens ekspertise i å skape rom for dialog og deltagelse i en dialogisk prosess. I denne prosessen blir klient og terapeut samtalepartnere som deler ekspertise og visdom. Forholdet mellom dem blir mindre hierarkisk, og begge parter deler ansvaret. I dette perspektivet blir det vesentlig, i noen tilfeller avgjørende, for klienten at terapeuten vet noe om de tenkelige tilværelsene klienten lever med. I verste fall kan den lesbiske klienten føle at terapeuten bagatelliserer hennes minoritetsstatus, ignorerer den historiske, politiske, sosiale og kulturelle konteksten de fleste lesbiske er vokst opp i, ikke tar på alvor de eventuelle problemene hun føler hun har, og ikke tar inn over seg at kvinnen kan føle seg mindre verdt. Eller i motsatt fall; kvinnen kan ha ingen eller små problemer med det å leve lesbisk. Det bør terapeuten også være lydhør for. I begge tilfeller vil kjennskap til konteksten gi et bedre utgangspunkt for å stille konstruktive «ikke-vite»-spørsmål. Hvis terapeuten tilkjenner sine kunnskaper, kan klienten få tilgang til flere og muligens mer relevante og hensiktsmessige innfallsvinkler.

Det sosialkonstruksjonistiske postulatet om at det ikke finnes sannheter, bare synspunkter, kan tilsløre det faktum at klientens verden er preget av hennes minoritetsstatus og grader av opplevd stress som følger med det. Hvordan kan terapeuter best balansere et relativistisk ståsted mot klientens rett til å leve i sikkerhet, beskyttet mot vold og diskriminering og med retten til selvbestemmelse? Er det et tankekors at familierapeuter anvender teorier som bygger på antagelsen av at problemene bare finnes i måten vi snakker om dem på? Hva da med de vanskelighetene som faktisk finnes i klientens verden? Når er klinisk nøytralitet kontraindisert?

Hvilket inntrykk får klienter hvis vi som terapeuter på den ene siden tilkjenner at vi hører deres historie, og i neste øyeblikk kan stå i fare for at klienten oppfatter at vi underkjenner den når vi signaliserer at problemene ligger i måten vi snakker om dem på? Familierapien har vært kritisert

for at den med sin nøytralitet og «ikke-vite»-holdning passer dårlig der man står overfor familier som opplever vold enten innenfra, eller som strukturelle overgrep (Nichols & Schwartz, 2001).

Empati innebærer ikke bare at man møter den andre med velvilje, men at man har evnen eller kunnskapene som skal til for å se den andre fra deres synsvinkel og verdsett. Det å ikke gjenkjenne hvilke tenkelige mekanismer som ligger bak den lesbiske klientens symptomer og problemer, kan forsterke klientens internaliserte homonegativisme og følelse av sosial stigmatisering (GAP, 2000).

Når kunnskaper står i veien

Litteraturen beskriver ofte heterofile terapeuter som på ulike måter viser at de har fordommer mot lesbiske (GAP, 2000; Hewson, 2002). Fordommene kan ha rot i uskyldige og subtile «tatt-for-gittheter» som skriver seg fra at vi lever i et samfunn hvor heteroseksualitet er normen, eller de kan ha mer eksplisitte røtter. Vedkommende terapeut kan for eksempel mene at homoseksualitet er en utviklingsforstyrrelse, en personlighetsforstyrrelse eller rett og slett at det er moralsk forkastelig. Det er ikke like ofte beskrevet tilfeller der en kunnskapsrik terapeut er for rask til å la sine velvillige for-forståelser styre uten å sjekke ut om disse for-forståelser har berøringspunkter med klientenes. Da kan kunnskaper bli stående i veien for konstruktive «ikke-vite»-tilnærminger.

Det skjulte problemet

Eva og Lise, som begge er midt i 30-årene, kommer til kontoret fordi de har problemer i forholdet. De har bodd sammen i to år. De vil ha hjelp til å finne ut av det, og oppgir når de ber om time, at de kommuniserer dårlig.

Eva og Lise kommer opp i krangler rett som det er, gjerne om det de selv betegner som bagateller. Det er Eva som har bestilt time. I første time sier de at de fort blir uenige om hva de skal bruke tid på. Det viser seg at de sliter med et «svigermorproblem». Lises mor er enke, hun er ikke i arbeid og har mye tid. Eva synes at Lises mor forlanger å få være sammen med dem for ofte, at hun nærmest tar det for gitt at hun skal være med på kino og utflukter. Eva sier at Lises bror som er gift og har barn, ikke er under det samme presset fra moren. Lise sier nesten alltid ja til moren, og dette tærer på parforholdet.

De kommer til en terapeut som har kunnskaper om at det ikke er uvanlig at lesbiske par ikke opplever å bli tatt på alvor som par av familie og omgivelser, på lik linje med heterofile par. Terapeuten vet til og med om tilfeller der familiene bare er glad til når et lesbisk forhold ryker, fordi

de da øyner et håp om at datteren kan «bli heterofil». Terapeuten ser her et typisk eksempel på en mor som overkjører sin datter og hennes samboer, og deler av sin kunnskap om hvor ekstra viktig det er å sette grenser for det lesbiske forholdet, oppdra omgivelsene og forlange respekt.

Lise føler seg ikke møtt. Hva kan ha skjedd? I de påfølgende timene kommer det gradvis frem at Lise ikke har fortalt moren at hun og Eva er kjærester og samboere. Det tror hun ikke moren vil like å vite. Derfor har Eva og Lise to soverom i leiligheten som ser bebodde ut, selv om de bare bruker et felles. Det er for at moren ikke skal bli såret. Lises mor har faktisk ikke hatt ordentlig mulighet for å vite at datteren lever i et lesbisk parforhold. Heldigvis var relasjonen mellom terapeuten og Eva og Lise så god at det lot seg gjøre å nøste opp i denne problemstillingen, og få tak i Lises egne fordommer både mot seg selv som lesbisk, og hennes antagelse om at moren sikkert ikke ville like at hun var lesbisk. Det viste seg at moren måtte bruke litt tid på å fordøye opplysningen, men i dette tilfellet var det faktisk datteren som hadde de største vanskelighetene med å komme overens med seg selv. Mye av kranglene mellom Eva og Lise hadde sin rot i Lises egne vanskeligheter. Fordi Lise var så sårbar akkurat på dette området, hadde ikke Eva turt å si til Lise at hun syntes de burde slutte å la besøkende i leiligheten tro at de hadde hvert sitt soverom. Det var først etter at dette temaet var bearbeidet i terapien at det var åpning for å snakke om på hvilken måte paret i sin nye åpenhet ville markere at de var et par, og hvilke forventninger de hadde til hvordan begges familier skulle behandle dem.

Fordommer kan være forankret hos alle parter, og kunnskaper kan skygge for de konstruktive «ikke-vite»-spørsmålene hvis man trekker for raske konklusjoner. Nettopp fordi det lett knyttes politiske, ideologiske eller religiøse overtoner til møter med klienter med minoritetsbakgrunn, er det alltid en risiko for at man ikke følger klienten, men ligger foran i pur velvilje og iver etter å drive et likestillings- eller frigjøringsprosjekt. Man er godt hjulpet hvis man har klart for seg at det i høyeste grad handler om mangfold, og at mennesker i minoritetsgrupper er like ulike innbyrdes som mennesker i majoritetsgrupper.

Mennesker i minoritets-grupper er like ulike innbyrdes som mennesker i majoritetsgrupper

«Finne-ut»-historier

Det kan også tenkes at Lises mor hadde reagert negativt da datteren fortalte at hun var lesbisk og bodde sammen med en annen kvinne. Tenkelige reaksjoner kan spenne fra sjokk og sorg til sinne og avvisning. En vanlig spontan reaksjon foreldre kan komme med, er at de ikke blir besteforeldre når de

har en lesbisk datter. Etter hvert som det blir vanligere at lesbiske får barn, vil kanskje bekymringen mer dreie seg om mulige barnebarns situasjon, hvilke fordommer de kan møte. Det kan være en fordel for terapeuten å være forberedt på hva slags reaksjoner opphavsfamilien kan tenkes å få, hvilke mytebilder av lesbiske som kan tenkes å feste seg, og hvilke utallige spørsmål familien kan sitte med, fordi familiens reaksjon vanligvis betyr mye for den lesbiske kvinnen. Kanskje Lise ville ha hatt nytte av at terapeuten vet noe om hvilke tenkelige mekanismer som utspiller seg i familien: At det for eksempel er normalt med en sorgprosess, at det finnes svar på mange av spørsmålene familien stiller. Vi er etter hvert godt kjent med «komme-ut»-historier fra lesbiske kvinner og homofile menn. Kanskje tiden er kommet til også å inkludere familiens «finne-ut»-historier?

Veien videre

I hvilke sammenhenger er en «ikke-vite»-posisjon kontraindisert? Dette spørsmålet drøftes stadig oftere når det gjelder volds- og overgrepssaker (Nichols & Schwartz, 2001). Så lenge ikke eksplisitt kunnskap er implisitt kunnskap, må vi ha større ydmykhet for at eksplisitt kunnskap kan være et terapeutisk virkemiddel. Kunnskap gir trygghet for både klient og terapeut til å skille det generelle fra det spesifikke. Dog kan ikke eksplisitt kunnskap alene være konstruktiv hvis man ikke parallelt er bevisst at kunnskap bare kan danne utgangspunkt for hypoteser.

Som nevnt understreker Anderson (1999) at det aldri har vært intensjonen at «ikke-vite»-posisjonen skulle forstås dithen at det er et ideal at man ikke vet, eller at man i alle fall ikke tilkjenner sin viten. Det er et incitament til å tenke annerledes om hvilken rolle kunnskap spiller. Hensikten med terapi må være samtaler som åpner opp for alternativer i folks liv, at de får øye på ressurser og muligheter. Min erfaring er at lesbiske klienter føler seg møtt når spørsmålene avspeiler referanse i det kjente, men det forutsetter at man i alle fall et stykke på vei har en felles referanseramme, at det er noe som er kjent som både klient og terapeut anerkjenner. Kunnskaper om denne referanserammen gir klienten bekreftelse, og kan gi et bedre utgangspunkt for en konstruktiv, kunnskapsrik og respektfull «ikke-vite»-posisjon, også der klienten tilhører en minoritetsgruppe.

Aase Prøitz

Familievernkontoret i Drammen

Budtjenesten SB-HF
 3004 Drammen
 Tlf 32 27 72 60
 E-post aase.pr@frisurf.no

Referanser

- Andersen, T. (1995). Reflecting processes: acts of informing and forming. I S. Friedman (Ed.), *The reflecting team in action. Collaborative practice in family therapy* (ss. 11–37). New York: The Guildford Press.
- Anderson, H. (1999). Reimagining family therapy: Reflections on Minuchin's invisible family. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25, 1–8.
- Anderson, H., & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. I S. McNamee & K. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (ss. 25–39). London: Sage.
- Barne- og familiedepartementet (2002). *Kompetansetiltak for familievern*. Oslo: Barne- og familiedepartementet
- Brooks, V. R. (1981). *Minority stress and lesbian women*. Toronto: Lexington Books, D.C. Health and Company.
- De Shazer, S. (1988). *Clues. Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton.
- GAP – Group for the Advancement of Psychiatry. The Committee on Human Sexuality. (2000). *Homosexuality and the mental health professions. The impact of bias*. London: The Analytic Press.
- Garofalo, R., Wolf, C., Wissow, L. S., Woods, E. R., & Goodman E. (1999). Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 153, 487–493.
- Gergen, K. (1994). *Realities and relationships: Soundings in social construction*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gilman, S. E., Cochran, S. D., Mays, V. M., Hughes, M., Ostrow, D., & Kessler, R. C. (2001). Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the national comorbidity survey. *American Journal of Public Health*, 91, 933–939.
- Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*. New Jersey: Prentice Hall.

- Gonsiorek, J. C. (1982). The use of diagnostic concepts in working with gay and lesbian populations. *Journal of Homosexuality*, 7, 9–20.
- Halvorsen, R., & Moseng, B. (2000). *Videre forskning om lesbiske og homofiles levekår*. Oslo, Trondheim: Norges forskningsråd, Kultur og samfunn.
- Hegna, K., Kristiansen, H. W., & Moseng, B. U. (1999). *Levekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn* (Nova-rapport nr. 1). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Hewitt, M., Stroebe, W., Codol, J.-P., & Stephenson, G. M. (Eds.). (1988). *Introduction to social psychology. A European perspective*. Oxford: Blackwell.
- Hewson, D. (2002). Heterosexual dominance in the world of therapy. I D. Denborough (Ed.), *Queer counselling and narrative practice* (ss. 52–62). Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- Hoffmann, L. (1985). Beyond power and control: towards a «second-order» family system therapy. *Family Systems Medicine*, 3, 381–396.
- Hoffmann, L. (1992). A reflexive stance for family therapy. I S. McNamee & K. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (ss. 7–24). London: Sage.
- Kjær, R. (2001). Seksualpsykopaten som forsvant. Homofili i norske psykiatriske lærebøker. I M. Brantsæter, T. Eikvam, R. Kjær & K. O. Åmås (Red.), *Norsk homoforskning* (ss. 104–140). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kuhn, T. S. (1970). *The structure of scientific revolution*. Chicago: University of Chicago Press.
- Malterud, K. (2001). Lesbiske i medisinsk teori og praksis. Et kritisk perspektiv på kunnskap og helsetjenester. I M. Brantsæter, T. Eikvam, R. Kjær & K. O. Åmås (Red.), *Norsk homoforskning* (ss. 191–213). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K., Ohnstad, A., & Thesen, J. (2001). *Bedre helsehjelp til lesbiske i Norge?* Prosjektbeskrivelse V-2001. Norges Forskningsråd.
- Malterud, K. & Petersen, G. (1984). Helse-problemer hos homofile. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 104, 1736–1739.
- Martinez, M. (2002). About the expected expert. I D. Denborough (Ed.), *Queer counselling and narrative practice* (ss. 226–233). Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- Moseng, B. (1998). *Lesbiske kvinners helse – et særegent problem?* Rapport. Statens helsetilsyn. Oslo.

- Moseng, B. (2002). *Lesbiskes psykiske helse*. (NOVA-rapport nr. 4). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Nichols, P. M., & Schwartz, R. C. (Eds.). (2001). *Family therapy. Concepts and methods*. (5th ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Nissen, N. A. (2001). *Homo/hetero*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Ohnstad, A. (1992). Den rosa panteren eller en i den grå masse. Forståelse av lesbiske i terapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 29, 313–321.
- Ohnstad, A. (2001). Psykologiens fortellinger om lesbiske – og kvinnenes egne fortellinger. I M. Brantsæter, T. Eikvam, R. Kjær & K. O. Åmås (Red.), *Norsk homoforskning* (ss. 214–231). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ponse, B. (1979). *Identities in the lesbian world. The social construction of self*. London: Greenwood Press.
- Reichelt, S., & Christensen, B. (1990). Reflections during a study on family therapy with drug addicts. *Family Process*, 29, 273–287.
- Reichelt, S., & Sveaass, N. (1994). Therapy with refugee families: What is a «good» conversation? *Family Process*, 33, 247–262.
- Selle, M. (2001). Nei til «behandling» – ja til terapi. En mentalhygienisk veiledning for helsepersonell og pasienter om homoseksualitet. I M. Brantsæter, T. Eikvam, R. Kjær & K. O. Åmås (Red.), *Norsk homoforskning* (ss. 238–257). Oslo: Universitetsforlaget.
- Standfort, T. G., Graaf, R., Bijl, R. V., & Schnabel, P. (2001). Same-sexual behavior and psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 58, 85–91.
- Thesen, J., & Malterud, K. (2001). «Empowerment» og pasientstyrking – et undervisningsopplegg. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 121, 1624–1628.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.