

Mysteriet minoritetsmenn

Når befolkningsgrupper med minoritetsbakgrunn kommer dårligst ut i statistikken for psykisk helsehjelp, er det spesielt én gruppe helsetjenestene ikke fanger opp.

TEKST

Usman Chaudhry

PUBLISERT 26. mai 2023

EMNER **interkulturell psykologi**



Usman Chaudhry. Foto: privat

Jeg jobber i Rask psykisk helsehjelp (RPH) i en bydel i Oslo med over 33 000 innbyggere. 60% har minoritetsbakgrunn. RPH er et gratis landsdekkende tilbud som finnes på over 70 steder i Norge. Målgruppa er mennesker med mild til moderat depresjon/angst.

Mine kolleger og jeg har fått erfare at det ikke er automatikk i at en stor befolkningsgruppe med minoritetsbakgrunn oppsøker hjelp av seg selv i den lokale førstelinjetjenesten. Dette fikk oss til å gjennomføre et ambisiøst og omfattende prosjekt med tittelen «Å møte minoriteter på deres premisser».

I dette prosjektet fikk jeg aktivt brukt meg selv både faglig og erfaringsmessig, for jeg er noe så sjeldent som en mannlig psykolog med minoritetsbakgrunn. Etter prosjektets

gjennomføring i 2022 hadde 161% flere med minoritetsbakgrunn tatt kontakt med RPH sammenliknet med to år tidligere.

Det jeg og mine kolleger som har minoritetsbakgrunn, kan bidra med, er et unikt og viktig perspektiv inn i utviklingen av likeverdige psykisk helse-tjenester.

Nye stemmer

Nye stemmer er Psykologtidsskriftets faste spalte for ikke-spesialister som tør å mene noe. Usman Chaudhry er spaltist i juniutgaven. Kommende bidragsytere er Runa Kongsvik, Håkon E. Coucheron Fredhammer, Helén Ingrid Andreassen, Raymond B. Stangenes og Sidsel Fjelltun.

[Les tidligere publiserte innlegg.](#)

«I en del språk er det heller ikke noen begreper for [...]depresjon og angst»

Vi kan bidra med egenerfaringer som minoritetsmennesker og -menn og kan bruke disse i møte med pasienter og media. I tillegg kan vi støtte og veilede ikke-mannlige / etnisk norske kolleger med vår kulturelle kompetanse og kliniske erfaring.

Annerledes enn hos kvinner

Selvmondsstatistikken som viser at 70% av de som begår suicid, er menn, er dystert og alarmerende. Menn generelt har vanskeligheter med å forstå seg på hva psykiske lidelser er, og hvordan psykisk helsehjelp kan være til hjelp.

Når du i tillegg har minoritetsbakgrunn, forsterkes tabuet og stigmaet ved å oppsøke hjelp. Hvordan psykiske lidelser kommer til uttrykk hos menn, kan være annerledes enn hos kvinner. Dette er ofte menn ikke klar over selv. Det er viktig, spesielt for menn, at psykoedukasjon gjøres relevant og rammes inn i deres egne opplevelser og symptomer.

Jeg mener at menn som regel er mottakelige for og aksepterer at de har en psykisk lidelse, når de først blir tatt imot med forståelse, varme og empati som igjen kan føre til at de er åpne for psykoterapi. Erfaringen min er at håndfaste og aktive metoder, som kognitiv terapi, kan gi mening for mannlige pasienter.

Min kliniske erfaring tilsier at menn tar kontakt etter oppfordring av sin fastlege. Menn forstår at noe «ikke stemmer» når de føler at de mister en del av identiteten sin: Topplederen som ikke klarer å gjøre jobben sin lenger, det glade arbeidsjernet som må ut av arbeidslivet på grunn av yrkesskade, blir passiv og deprimert. Eller «tøffe» menn – tidligere slåsskjemper eller soldater – som utvikler angst av noe helt annet enn det tøffe livet de kjenner til, og som opplever seg selv som svak fordi det sterke lidelsestrykket ikke stemmer med situasjonen.

Større belastning

Å kjenne på psykiske lidelser kan oppleves som en større belastning for en mann enn for en kvinne fordi man skal være «sterk» og «ta seg sammen». Mest sannsynlig fører dette til at menn avventer med å oppsøke hjelp. Det kan føre til selvmedisinering, utagering og isolasjon.

I tillegg er det godt mulig at minoritetsmannen, spesielt med røtter fra land med patriarkalske kultursamfunn, ikke har hatt en følelsesrollemodell i sin far og har blitt oppdratt til å være «forsørgeren» i familien. Både i familien hvor man er sønn, og i familien hvor man skal være ektemann og pappa. Selv om menn med minoritetsbakgrunn har større frihet enn kvinner, har de også en «ansvarsrolle» som kan bli kvelende når de møter vanskeligheter. Og i tillegg bidrar fordommer og manglende kunnskap om vanlige psykiske lidelser i minoritetssamfunn til tabu og stigma som er til hinder for å oppsøke hjelp.

Psykisk (u)helse forbindes ofte med tunge psykiske lidelser. I en del språk er det heller ikke noen begreper for vanlige psykiske lidelser som depresjon og angst.

Sliter noen med psykisk helse, tenkes det at vedkommende har blitt gal. Om noen har en alvorlig psykisk lidelse som fører til en tydelig endring i væremåten, kan enkelte i muslimske miljøer forbinde det med overnaturlige fenomener som «djinner» – åndevesener – som påvirker vedkommendes helse. I tillegg er en del opptatt av å opprettholde en fasade: Alt skal være på plass for enhver pris – både materielt, familiært og helsemessig. Det etterlater ingen rom for å snakke om eller ha aksept for vanlige psykiske lidelser og psykisk helsehjelp.

Holistisk tilnærming

For terapeuter og troende, muslimske pasienter kan det være hensiktsmessig å reflektere rundt forskjellen på islam og den kulturelle forståelsen av islam. Islam har en holistisk tilnærming til helse – kropp og sinn henger sammen. I islam er håp og endringsvillighet sentrale konsepter. Etter mørketid kommer det lysere tider, og er man i en vanskelig situasjon, skal man forsøke å gjøre noe med den. Men det som ofte skjer, er at islamsk forståelse forkludres med en kulturell forståelse av psykisk uhelse.

Som for eksempel at man får beskjed om å begynne og be og lese i Koranen, noe som er viktige og meningsfulle aktiviteter for en praktiserende muslim. Men i kulturell forståelse kan dette presenteres som den eneste resepten på å bli frisk, når det egentlig bare fører til enda mer selvbekreftelser og negative tanker fordi det ikke fører til endring. I islamsk forståelse kan oppfordring til endring, som for eksempel å oppsøke psykisk helsehjelp, og religiøse aktiviteter bli anbefalt parallelt. Å be og lese i Koranen kan være til hjelp for å forsterke håp om bedring og få en rutine i hverdagen, mens psykisk helsehjelp kan være til hjelp for endring og bedring.

Fastlegenes rolle

Psykisk helse-tjenester i førstelinjen bør ha bedre og tettere samarbeid med fastlegekontorer. Fastlegene har en større forutsetning for å plukke opp menn som

kommer til dem, ta en rask screening og vurdering om det er depresjon eller angst, og mer effektivt henviser videre til lavterskel psykisk helse-tjenester. Et bedre og tettere samarbeid mellom NAV, spesialisthelsetjenesten og forebyggende psykisk helse-tjenester kan også føre til at flere menn blir fanget opp.

Unge menn med minoritetsbakgrunn bør ha gode rollemodeller i lokalsamfunnet som driver med oppsøkende arbeid og har en tilstedeværelse hvor ungdommene er. Rollemodeller kan for eksempel være mannlige psykologer som de har tillit til, og som kan ha en ankerfunksjon i det kaotiske indre livet en ung mann kan oppleve. Unge menn bør også bli sett og omfavnet på en helt annen måte enn det som gjøres i dag. At en gutt ikke gråter, men utagerer, betyr ikke at han er vanskelig, men at han har det vanskelig. Gutter som lider, trenger å bli sett og forstått på lik linje med jenter som sliter.

Merknad: Ingen oppgitt interessekonflikter.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 60, nummer 6, 2023, side 390-391

TEKST

Usman Chaudhry, psykolog