

Kulturell kompetanse som terapeutisk verktøy



Hvordan kan psykologer jobbe mer effektivt når de møter pasienter med minoritetsbakgrunn?

TEKST

Niloufar Jalali-Moghadam

ILLUSTRASJON

Johan Nord

PUBLISERT 26. mai 2023

EMNER

multikulturell kompleksitet

interseksjonalitet

kulturell kompetanse

interkulturell psykologi

Psykologer i norsk psykisk helsevern blir i liten grad oppfordret til å heve den kulturelle kompetansen. Vi får marginal opplæring i tilpasset behandling til pasienter med minoritetsbakgrunn og i å ta hensyn til multikulturell kompleksitet og interseksjonalitet i terapien. En stadig økende del av pasient- og pårørendepopulasjonen består av personer med minoritetsbakgrunn. Etter det jeg har observert, mangler kompetanseopplegget for psykologer bevissthet om interseksjonalitet og kulturell kompleksitet. Dessverre er det ikke stor politisk interesse for å investere i kompetanseheving av psykologer på dette området. Manglende

kulturell kompetanse hos psykologen øker risikoen for frafall og for at pasienten kan føle seg diskriminert. Det er problematisk sett i lys av den økende kulturelle variasjonen hos personer som oppsøker terapi.

Her presenterer jeg refleksjoner og fagforankrede perspektiver om hvordan behandlere kan jobbe pasientsentrert og mer effektivt i møte med pasienter med minoritetsbakgrunn.

Teoretikere har lenge vært opptatt av den viktige rollen som kulturen har i utformingen av menneskelig kognisjon og atferd (f.eks. Cheung, 2012; Hardin et al., 2014). Kultur påvirker psykologiske prosesser, og mennesker sosialiseres inn i kultur (Bronfenbrenner, 1979). Ulike etniske eller felles kulturelt betingede kjennetegn, som språk, ætt, rutiner og tradisjoner, og kulturelle identiteter, for eksempel kjønn, sosial klasse og religion, former vår mentalitet, vårt verdenssyn – og vår psykologi.

Psykologer som oppnår en dypere forståelse for pasienter med ulik kulturell bakgrunn, etablerer en sterkere allianse, noe som kan bidra til en mer virksom terapiprosess.

Kulturell kompetanse i samhandling på tvers av kulturelle verdier dreier seg ifølge Cross et al. (1989) om samstemte handlinger, politikk og holdninger som er etablert i et system eller blant fagpersoner i den hensikt å tilrettelegge tverrkulturelt arbeid.

Kulturell kompetanse bygger på verdier og etikk som individuell verdighet, verdi og selvbestemmelse. Basert på tidligere forskning kan kulturell kompetanseoppbygging gå ut på å lære blant annet om trossystemer, behov og sårbarheter hos minoritetsgrupper (Yeager & Bauer-Wu, 2013).

Multikulturell kompleksitet og interseksjonalitet

Jeg vil ta utgangspunkt i begrepet *multikulturell kompleksitet* når jeg nå skal gi en innføring i problemstillingen. Begrepet adresserer kompleksiteten i skjæringspunktet som oppstår mellom identitet, privilegium og marginalisering (Peters, 2017). Et privilegium er i utgangspunktet en fordel med et juridisk grunnlag, men brukes i dag i overført betydning for å betegne særstillinger. Historisk sett har kjønn og rase vært i fokus i studier av sosiale privilegier, altså fordeler knyttet til sosial status. Nye undersøkelser har et utvidet syn på dimensjoner ved sosiale privilegier og inkluderer både seksuell orientering, sosioøkonomisk status, evnenivå, alder og religiøs tilhørighet (Black & Stone, 2005). I en psykologisk sammenheng fremkaller multikulturell kompleksitet et annet tverrfaglig begrep som har fått gjennomslag, nemlig *interseksjonalitet*. Begrepet interseksjonalitet ble introdusert av Crenshaw (1989) for å behandle diskriminering, basert på flere mulige variabler, blant annet alder og klasse, etnisitet, seksuell orientering, kjønnsidentitet, og interaksjon mellom disse. Begrepet brukes ofte i diskusjonslinjer innenfor visse felt, fra feminisme til multikulturell psykologi. I et større interkulturelt perspektiv inkluderer interseksjonalitet et bredt utvalg av strukturelle, sosiobiologiske, kulturelle, økonomiske og ikke minst sosiale sammenhenger som mennesker formes etter og identifiserer seg med (Howard & Renfrow, 2014).

Ved å *bare* fokusere på virkninger av atskilte identitetsenheter, for eksempel kun religion, risikerer en å neglisjere den helhetlige representasjonen av identiteten (American Psychological Association, 2017). Ut fra en slik snever tilnærming kan for eksempel minoritetskvinner med hijab bli behandlet annerledes enn kvinner med majoritetsbakgrunn. I dette tilfellet vil en kombinasjon av flere seksjoner, det vil si minoritetsetnisitet, religion og kvinne, aktivere fordommer og stereotyper. Derfor er vi nødt til å ta i betraktning den helhetlige representasjonen, det vil si interseksjonaliteten, i møte med medmennesker av flere identitet-seksjoner.

Teori for klinisk praksis

Bernard og Goodyear (2014) har utarbeidet en oppdatert teoretisk modell for multikulturell kompetanse. I modellen viser de at vår forståelse av pasienten baserer seg på interaksjoner mellom fire forskjellige, men sammenkoblede dimensjoner av mellommenneskelige og intrapersonelle kvaliteter, det vil si terapeutens forståelse og selvbevissthet om klientens verdensbilde, samt terapeutens egne ferdigheter, holdninger og ikke minst tro. Videre understreker modellen at sosial atferd er et resultat av kulturelle påvirkninger, og at menneskers subjektive opplevelser av undertrykkelse og privilegium er preget av hvilken gruppe de hører til. I lys av modellen kan man for eksempel se for seg hvor forskjellig en eldre mann med opprinnelse fra Sør-Amerika kontra en ung jente fra Tyrkia vil oppleve verden, folk og seg selv i møte med en mannlig terapeut fra Norge. Det kan virke nesten umulig å ta hensyn til all kompleksiteten for å opptre best mulig i en profesjonell kommunikasjon med folk utenfor egen kultur. Men det overordnede målet er å ha en nyansert forståelse av interseksjonalitet og la forståelsen prege terapeutiske hensyn.

«Psykologer som oppnår en dypere forståelse for pasienter med ulik kulturell bakgrunn, etablerer en sterkere allianse»

Location of Self

Det å ha flere identitetsbaser kan føre til en idiosynkratisk opplevelse av seg selv og gjør en mer utsatt for spesielle diskriminerings- og undertrykkelsesopplevelser. Ved å være bevisst, normalisere og å snakke åpent om dette, gjerne tidlig i terapifasen, kan en korrigere disse opplevelsene og dermed gi bedre erfaringer. Watts-Jones (2010) introduserte en metode kalt Location of Self som et verktøy for å «åpne døren til dialog om interseksjonalitet i terapiprosessen». I prosessen setter terapeuten i gang en samtale med pasienten om likheter og forskjeller mellom sine egne og pasientens nøkkelidentiteter, blant annet etnisitet, kjønn, klasse, religion og seksuell legning, og hvordan de potensielt kan påvirke terapiprosessen. Det kan tenkes at etablering av tillit og allianse med en terapeut med minoritetsbakgrunn kan bety en forbedret prognose. Jo mindre ulike og derfor mer kongruente identitetsenheter det finnes mellom

pasienten og terapeuten, jo lettere skapes et felles utgangspunkt som kan fremme psykologiske prosesser. Jeg merker ofte at når jeg allerede i første samtale presenterer meg selv på en uformell måte (til tider via selvavsløring), så åpner det dører til sterkere allianse. For eksempel kan jeg si:

Jeg er opprinnelig fra Iran, har også en bakgrunn fra Sverige og Norge. Jobber som psykolog, men er først og fremst kvinne/mor (som deg), har da for så vidt mine følelser og egne blindsoner. Men mitt mål er å være bevisst for ikke å være fordomsfull og hjelpe deg så godt jeg kan. La oss se hva jeg kan hjelpe deg med.

Jeg opplever at en slik ærlig og eksplisitt tilnærming i møte med pasienter med flerkulturell bakgrunn gir en tryggere grunn for å fremme en terapeutisk relasjon, og makt-dynamikken blir mindre skeiv og fremmedgjørende. Ofte vil pasienten da spørre om terapeutens private liv eller komme med kommentarer om det, for eksempel «Hvor mange barn har du? Hvor gammel er du? Du ser ung ut til å være psykolog» og så videre. Disse reaksjonene er lett å tolke som en irrelevant eller grenseoverskridende atferd for oss terapeuter. Det kan også forårsake motoverføring i prosessen. Jeg velger å tolke slike reaksjoner som et tegn på en fri og trygg opplevelse hos pasienten, der interseksjonalitet og ulike identitetsenheter har blitt anerkjent og fått større rom i samspillet.

Mikroagresjon og frafall

Forskning antyder at bevisst bruk av interkulturell psykologi rundt mulige stereotyper og fordomsfulle antakelser er et effektivt verktøy for å danne en god allianse (f.eks. Owen et al., 2011). En effektiv og hensiktsmessig terapi er både resultatet av faglig kompetanse hos terapeuten (Patterson, 2004) og evnen til å etablere et empatisk terapeutisk forhold. Patterson (2004) fremhever at likheter eller felles identiteter mellom klient og terapeut skal vektlegges fremfor ulikheter. Naturlig nok vil folk som kategoriseres etter visse kriterier, og som blir satt i bås av terapeuten, merke dette. Slik kan den subjektive opplevelsen av kommunikasjonen bli preget av frustrasjon, som om de blir utsatt for *agresjon*.

Sue (2010) definerer mikroagresjon som følger: «Microaggressions are the everyday verbal, nonverbal, and environmental slights, snubs, or insults, whether intentional or unintentional, which communicate hostile, derogatory, or negative messages to target persons solely upon their marginalized group membership.» Mikroagresjon kan manifestere seg i skjulte, ubevisste meninger eller i mer tydelige og direkte uttrykk, blant annet i form av konfrontasjoner som resultat av motoverføring.

I ett tilfelle formidlet for eksempel behandler til pasienten hvordan hen beundret pasientens modige og hardtarbeidende personlighet, at «folket ditt må være stolt av deg!» Budskapet var: «Ditt folk pleier ikke å være ordentlige, jeg er overrasket over at du er det.» Pasienten var klar over at behandleren ikke mente det vondt, men likevel gjorde det vondt. I en annen situasjon sa en pasient til meg, etter at en kollega forlot rommet i

et samarbeidsmøte, at «han er norsk, men han er veldig snill!» Her oppsto et lignende, men samtidig annerledes fenomen. Pasientens uttrykk er preget av internaliserte antakelser, som «jeg kommer uansett til å bli diskriminert av en norsk behandler», «jeg har ikke samme rettigheter som en norsk pasient», «jeg blir ikke likt på grunn av min hijab», og «jeg må jobbe hardere for å bevise at jeg er syk og fortjener hjelp og oppmerksomhet», muligens som følge av en rekke erfarte mikroaggresjoner. Jeg tenker at pasienten ikke ville sagt dette til meg hvis jeg hadde vært etnisk norsk. En hypotese kan være at en pasient med minoritetsbakgrunn gjenkjenner tegn i samspelet med en terapeut med majoritetsbakgrunn fra en tidligere situasjon med en annen terapeut som påførte en mikroaggresjoner. Slik kan det dannes et skjevt utgangspunkt for alliansebygging allerede fra første øyeblikk.

Man kan spekulere på om ubevisste mikroaggresjoner fra terapeuten kan forklare, i hvert fall delvis, høyere forekomst av frafall fra behandling for pasienter med minoritetsbakgrunn. Forskere i feltet, blant annet Thema Bryant-Davis (Mount Sinai Health System, 2021) mener at mangel på kunnskap og nødvendige ferdigheter for å jobbe med rasistisk stress og traume kan øke risikoen for at behandler påfører pasienten psykisk skade.

Anbefalt lesning

Hanna, F. J. & Cardona, B. (2013). Multicultural counseling beyond the relationship: Expanding the repertoire with techniques. *Journal of Counseling & Development*, 91(3), 349-357.

<https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2013.00104.x>

Johnson, A. & Jackson Williams, D. (2015). White racial identity, color-blind racial attitudes, and multicultural counseling competence. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 21(3), 440-449. <https://doi.org/10.1037/a0037533>

Pedersen, P. B., Lonner, W. J., Draguns, J. G., Trimble, J. E. & Scharrón-del Río, M. R. (2015). *Counseling Across Cultures* (7. utg.). SAGE Publications.

Sandeen, E., Moore, K. M. & Swanda, R. M. (2018). Reflective local practice: A pragmatic framework for improving culturally competent practice in psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 49(2), 142-150. <https://doi.org/10.1037/pro0000183>

Interaksjon mellom kultur og sinn

Det sentrale prinsippet i kulturpsykologi er ikke bare antakelsen om at kultur betyr noe eller at grupper er forskjellige. «Every person is stimulus bound, and every stimulus is person bound. That is what it means for culture and psyche to make each other up» (Shweder, 1991, s. 99). Kultur er definert som et felles informasjonssystem som overføres på tvers av generasjoner, og som tillater grupper å overleve og finne mening i livshendelser (Matsumoto & Juang, 2013). Kultur gjennomsyrrer menneskers liv på et dypere nivå enn vi kan ane. Ny forskning (Wang, 2020) foreslår at menneskets hukommelse heller fungerer som et system nedsenket i kulturelle sammenhenger enn

som en atskilt nevrokognitiv enhet. Hukommelsen er avhengig av hvordan vi oppfatter verden og oss selv. Oppfatningen vår er sterkt preget av kulturen vi er knyttet til. Jeg husker hvor fascinerende læringsopplevelsen var for meg da jeg hørte på Boroditsky, som er professor i språk og kognisjon, på et seminar i regi av en forskningssommerskole i Barcelona i 2015. Hun er interessert i å utforske hvordan språkene vi snakker, påvirker og former måten vi tenker på. Hun presenterte en del av sine studier, som antyder at språket vi snakker, gir unike mentale maler som bidrar til å utforme tanker (Boroditsky, 2001), romfølelse og ikke minst persepsjon av tid (Boroditsky, 2018; Boroditsky et al., 2011). Det

«... likheter eller felles identiteter mellom klient og terapeut skal vektlegges fremfor ulikheter»

er interessant å vite at språk også kan påvirke følelser. For eksempel kan ulik grad av skyldfølelse fremkomme ved å tenke på japansk eller spansk versus på engelsk, selv ved refleksjon rundt samme hendelse (Fausey & Boroditsky, 2011). Jeg tenker at slike funn fra kognitiv forskning har implikasjoner for krysskulturelt terapiarbeid. Liddell og Jobson (2016) foreslo i sin konseptuelle modell at kulturell bakgrunn påvirker de nevralt nettverkene som ligger under psykologiske prosesser i PTSD, blant annet når det gjelder frykt, regulering av negative følelser, selvkonsept og selvbiografisk minne. I kollektivistiske kulturer er en følelse av uavhengighet og autonomi mindre relevant for personens selvbegrep (Markus & Kitayama, 2010), mens minneopplevelser fra individualistiske kulturer er sterkere preget av et autonomt selvkonsept (Ross & Wang, 2010). For å koble dette til terapirommet kan jeg nevne at jeg har lagt merke til at pasienters helhetlige minneassosiasjoner rundt traumatiske opplevelser, særlig hos de fra kollektivistiske kulturer, oftere vil orientere seg mot kontekst eller omhandle elementer knyttet til andre heller enn referanser til et «jeg».

Egen erfaring

Psykologen har en vesentlig rolle i å tilrettelegge terapiprosessen og sikre en god allianse med pasienter med en annen kulturell og etnisk bakgrunn. Her følger noen kliniske betraktninger og refleksjoner fra egen erfaring og forståelse. Mest sannsynlig er følgende situasjoner og fenomener gjenkjennelige for psykologkolleger, men jeg forsøker å gi noen flere, alternative hypoteser for å forstå og tenke fra nye vinkler.

Bevisst og ubevisst traumeoppfatning

I mange tilfeller virker terskelen for traumeoppfatning hos pasienter med minoritetsbakgrunn høyere enn for andre pasienter. Det vil si at i visse tilfeller skal det mye til for at dramatiske hendelser oppfattes som ekstremt truende eller traumatiske på et bevisst nivå. Et slikt inntrykk kan spesielt dannes i møte med pasienter som har hatt en livshistorie preget av utrygge livssituasjoner over lang tid gjennom oppveksten, blant annet krig. For eksempel har det ofte skjedd at jeg føler jeg må grave ekstra mye i

pasientens tidligere opplevelser. Mange tar ikke initiativ eller nøler med å fortelle om enkelte opplevelser, ikke fordi de vil skjule historien sin, men fordi de forholder seg til et annet definisjonsnivå for «traumatisk hendelse» enn det vi er opplært til å bruke. Jeg har mange ganger fått en slik respons: «Men det var normalt med borgerkrig; det var normalt med slag; det var normalt med bombing; alle hadde det slik.» Det «normale» traumatet som fant sted konstant, gjorde naturlig nok noe med nervesystemet deres på et underbevisst plan, men i og med at alle erfarte dette, blir den traumatiske situasjonen normalisert. Da blir det vanskelig å ha et bevisst forhold til det og se sammenhenger mellom fortid og symptomer.

«Min kliniske erfaring tilsier at vi ikke har gitt kulturell kompetanse tilstrekkelig plass»

Kultur og holdning til følelser

Følelser formes og uttrykkes ulikt i forskjellige kulturer. Kultur påvirker hvordan vi uttrykker og kontrollerer følelser. For eksempel antyder studier (Tsai, 2022) at nordamerikanere stort sett kjenner på positive følelser (glede) i kjølvannet av gode opplevelser. Imidlertid er det mer vanlig at gode opplevelser fører til blandede følelser hos personer fra Øst-Asia. Det er for eksempel normalt at man også føler seg bekymret eller noe trist etter å ha vunnet en viktig konkurranse; den vanskelige delen handler om empati overfor de som tapte. Tsai (2022) mener at dette kan bunne i at østasiater, sammenlignet med nordamerikanere, oftere engasjerer seg i dialektisk tenkning, det vil si de er mer tolerante for motsetninger. Det gjør at de har lettere for å akseptere at positive og negative følelser kan oppstå samtidig.

Fenomenet *aleksitymi*, altså manglende ord for følelser, er forankret i en kulturell forståelsesramme hvor selvtuttrykk er grunnleggende for psykisk helse. Selv om fenomenet observeres oftere i møte med pasienter med minoritetsbakgrunn, vil det ikke være faglig forsvarlig å påstå at de fleste med minoritetsbakgrunn nødvendigvis utvikler *aleksitymi*. *Aleksitymi* er et psykologisk konstrukt og er et resultat av samspill mellom kultur, sinn og hjerne. Det blir da viktig å ta høyde for flere faktorer, blant annet kontekst- og kjønnsbaserte kommunikasjonsnormer samt sosialiseringserfaringer gjennom oppvekst, når man studerer fenomenet hos den enkelte (Ryder et al., 2018).

Tolk, en utfordrende nødvendighet

Terapi med tolk er en utfordrende situasjon, hvor språklige nyanser noen ganger kan bli neglisjert eller ikke overført i kommunikasjon mellom terapeuten og pasienten. Det oppfordres, i tråd med anbefalinger fra norske forskere (Hanssen & Alpers, 2010), til å benytte profesjonell tolk som er kjent med pedagogikk og har kompetanse med å jobbe tverrkulturelt. Jeg har merket at det kan bli utfordrende når tolker har en tendens til å overprate og forklare unødvendig mye. Spesielt gjelder det språk hvor et følelsesmessig begrep kan ha flere semantiske varianter. Da risikerer man å skape en situasjon hvor

pasientens respons avviker fra det opprinnelige autentiske svaret fordi tolken tilbyr alternative forklaringer til pasienten. For eksempel er det minst fem eller seks ord på persisk som kan brukes i dagligspråket for å vise til følelse av angst og bekymring. Men ved klinisk utredning av angstproblemer er det kun to ord eller ordkombinasjoner som passer for å undersøke pasientens egenopplevelse knyttet til angstsymptomer (blant annet fysisk uttrykk av indre uro, rastløshet eller generell subjektiv opplevelse av å være utrygg), mens andre varianter fremkaller semantiske paralleller til depressivitet og bekymringstanker.

Ulik sosialisering av følelsesuttrykk

Tendensen til å overorganisere følelser hos barn i visse kulturer kan angivelig påvirke oppfatning om og uttrykk av smerte, noe som kan forklare høyere forekomst av kroppsfokuserte fenomener, somatisering, hos mange folk med minoritetsbakgrunn. Med overorganisering av opplevelser menes det å respondere med en nærmest dramatiserende reaksjon i samspill med barnet. Emosjonell helse og emosjonsregulering er blant viktige faktorer som påvirker smerteuttrykket og alvorlighetsgraden av somatisk smerte (Okur Güney et al., 2019). Overorganisering kan oppstå i den forstand at omsorgspersoner gir et overdrevet emosjonelt uttrykk. For eksempel kan dramatiserende uttrykk for empati og trøst når barnet blir sykt eller har det vondt etter et uhell, ofte bli observert hos foreldre med minoritetsbakgrunn, noe som kan forhindre eller vanskeliggjøre en naturlig utviklings- og helingsprosess. Et ekstremt trøsteutsagn fra en forelder som «Gud, er det så vondt; jeg dør for deg!» og som kommer med et tydelig kroppslig uttrykk, for eksempel et hopp og et skrik, er ikke uvanlig å observere i naturlige foreldre–barn-settinger i visse kulturer, blant annet i mange asiatiske land. Slike reaksjoner støttes kulturelt og tolkes som et tegn på ubetinget kjærlighet overfor barnet. Det kan i en viss grad forklare tydeligere smerteuttrykk hos mange flerkulturelle pasienter. De blir ofte oppfattet som overdrevne i sine smerteuttrykk, mens nordmenn gjerne vil beherske seg i større grad (Alpers & Hanssen, 2009). Forskningsresultater tyder på at kulturelle regler om undertrykkelse av emosjonelle uttrykk (Matsumoto et al., 1998) sosialiseres i tidlig barndom (Louie et al., 2013). Mauss og Butler (2010) viste i sin forskning at asiatisk-amerikanske versus europeisk-amerikanske kvinner hadde ulik ekspressiv og atferdsmessige respons på sinneprovokasjon. Resultatene indikerte at den asiatisk-amerikanske gruppen erfarte og atferdsmessig uttrykte mindre sinne enn den andre gruppen, mens det ikke var gruppeforskjeller i fysiologiske responser.

Tidskonsept

Tidsbegrepet varierer sterkt på tvers av kulturer. Sykliske tidskulturer (de fleste asiatiske og afrikanske land) ser på tid som noe uendelig og rikelig. Det gjør at de ikke forsøker å kontrollere tiden og dermed tar ting som de kommer. Lineære tidskulturer (USA og de fleste europeiske land) legger stor vekt på tidsplaner. De strukturerer dagene, fokuserer på oppgaver som skal utføres, og på å gjøre en ting om gangen. Det er antakelig et kjent fenomen at mange pasienter med minoritetsbakgrunn er forsinket til

avtalte timer eller generelt har et avslappet forhold til tidsforpliktelser. De ser det ikke som nødvendig å stresse over tid.

En rausere terapeutisk tilnærming

Jeg har mange ganger følt at hvis jeg flytter meg litt ut av komfortsonen og påtar meg små, praktiske oppgaver for pasienter, som ikke tilhører «den offisielle» psykologrollen, vil det akselerere prosessen med å bygge tillit og trygghet overfor terapeuten. For eksempel betydde det mye for en veteransoldat at jeg hjalp ham med å finne ut hvilke aktiviteter kommunen kunne tilby barnet hans. Pasienten tok opp muligheter for tilbud som et tema i den andre terapitimen, og jeg kunne godt ha oversett dette. Han dukket opp til neste time med blomsterhilsen fra kona og barnet. Det skulle senere lite til for å komme i en terapiposisjon. Jeg tenker at det ikke dreier seg om at pasienten hadde enkel eller overfladisk vilje og forventninger, men snarere at responsen sier noe om menneskers inderlige behov for å oppleve tilhørighet, ivaretakelse og trygghet i et nytt samfunn. Kanskje en norsk og sårbar pasient i et annet fremmed land også ville finne det meningsfylt og sette pris på det.

Sorg og gruppens beskyttelsesfunksjon

**«I mange tilfeller virker
terskelen for traumeoppfatning
hos pasienter med
minoritetsbakgrunn høyere enn
for andre pasienter»**

Min kliniske erfaring tilsier at sorg bearbeides raskere hos folk fra en kollektivistisk kultur. I kulturer med større gruppetilhørighetsverdier er det mulig at den enkeltes sorg bæres av andre gruppe-medlemmer for å opprettholde balanse og gruppeharmoni. Ofte ser man ved dødsfall voldsomme emosjonelle uttrykk og empati hos pårørende og ikke-nære familiemedlemmer i familier med minoritetsbakgrunn. Folk sørger sammen, og medlemmene viser sterk og gjennomgående empati overfor hverandre, til og med utenfor familien. Kultur i form av sorgritualer har nok hatt en viktig funksjon for sorgbearbeiding gjennom historien. Det praktiseres visse rutiner og tradisjoner i en periode i etterkant av tap som en hyllest til det medlemmet som er borte, og som trøst til hverandre. For eksempel er det mange steder i Asia vanlig at gruppen på dag tre, sju og førti etter dødsfallet samles for å sørge sammen og vise solidaritet med de etterlatte, slik at gruppen kan forsikre seg om at den enkeltes og andres behov for å sørge er nok ivaretatt.

Avslutningsvis vil jeg gjenta at det å bruke et endimensjonalt utgangspunkt (for eksempel bare religion) når en skal forsøke å forstå kulturelle forskjeller, danner et tynt grunnlag for terapiarbeid.

Min kliniske erfaring tilsier at vi ikke har gitt kulturell kompetanse tilstrekkelig plass, verken i videreutdanning på psykologiprogrammet eller internt som fagpåfyll, oppdateringer, kurs eller undervisning. Jeg håper kolleger tar tak i problemstillingen, slik at vi får mer ressurser og oppmerksomhet rundt dette feltet, i den hensikt å forbedre behandlingstilbudet for internasjonale målgrupper.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 60, nummer 6, 2023, side 359-367

TEKST

Niloufar Jalali-Moghadam, DPS Moss

KONTAKT: niloufar.jalali-moghadam@so-hf.no

ILLUSTRASJON

Johan Nord

+ Vis referanser

Alpers, L.-M. & Hanssen, I. (2009). Etniske minoritetspasienter i psykiatrien – en studie av helsearbeideres kompetanse. Lovisenberg Diakonale Sykehus / Lovisenberg diakonale høgskole.

American Psychological Association. (2017). Multicultural Guidelines: An Ecological Approach to Context, Identity, and Intersectionality. <http://www.apa.org/about/policy/multicultural-guidelines.pdf>

Bernard, J. M. & Goodyear, R. K. (2014). Fundamentals of Clinical Supervision (5. utg.). Pearson Education, Inc.

Black, L. L. & Stone, D. (2005). Expanding the definition of privilege: the concept of social privilege. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 33(4), 243-255. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1912.2005.tb00020.x>

Boroditsky, L. (2001). Does language shape thought? English and Mandarin speakers' conceptions of time. *Cognitive Psychology*, 43(1), 1-22. <https://doi.org/10.1006/cogp.2001.0748>

Boroditsky, L. (2018). Language and the construction of time through space. *Trends in neurosciences*, 41(10), 651-653. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2018.08.004>

Boroditsky, L., Fuhrman, O. & McCormick, K. (2011). Do English and Mandarin speakers think about time differently? *Cognition*, 118(1), 123-129. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2010.09.010>

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development – experiments by nature and design*. Harvard University Press.

Cheung, F. M. (2012). Mainstreaming culture in psychology. *American Psychologist*, 67(8), 721-730. <https://doi.org/10.1037/a0029876>

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139-167.

Cross, T., Bazron, B., Dennis, K. & Isaacs, M. (1989). *Towards a culturally competent system of care*. Georgetown University Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center.

Fausey, C. M. & Boroditsky, L. (2011). Who dunnit? Cross-linguistic differences in eyewitness memory. *Psychonomic Bulletin & Review*, 18(1), 150-157. <https://doi.org/10.3758/s13423-010-0021-5>

- Hanssen, I. & Alpers, L.-M. (2010). Interpreters in intercultural health care settings. Health professionals' and professional interpreters' cultural knowledge, and their reciprocal perception and collaboration. *Journal of Intercultural Communication*, 23, 1404-1634.
- Hardin, E. E., Robitschek, C., Flores, L. Y., Navarro, R. L. & Ashton, M. W. (2014). The cultural lens approach to evaluating cultural validity of psychological theory. *American Psychologist*, 69(7), 656-668. <https://doi.org/10.1037/a0036532>
- Howard, J. A. & Renfrow, D. G. (2014). Intersectionality. I J. D. McLeod, E. J. Lawler & M. Schwalbe (red.), *Handbook of the social psychology of inequality* (s. 95-121). Springer.
- Matsumoto, D. & Juang, L. (2013). *Culture & psychology*. Belmont: Wadsworth Cengage Learning.
- Liddell, B. J. & Jobson, L. (2016). The impact of cultural differences in self-representation on the neural substrates of posttraumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 30464. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.30464>
- Louie, J. Y., Oh, B. J. & Lau, A. S. (2013). Cultural differences in the links between parental control and children's emotional expressivity. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 19(4), 424-434. <https://doi.org/10.1037/a0032820>
- Markus, H. R. & Kitayama, S. (2010). Cultures and selves: A cycle of mutual constitution. *Perspectives on Psychological Science*, 5(4), 420-430. <https://doi.org/10.1177/1745691610375557>
- Matsumoto, D., Takeuchi, S., Andayani, S., Kouznetsova, N. & Krupp, D. (1998). The contribution of individualism vs. collectivism to cross-national differences in display rules. *Asian Journal of Social Psychology*, 1, 147-165. <https://doi.org/10.1111/1467-839X.00010>
- Mauss, I. B. & Butler, E. A. (2010). Cultural context moderates the relationship between emotion control values and cardiovascular challenge versus threat responses. *Biological Psychology*, 84(3), 521-530. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2009.09.010>
- Mount Sinai Health System. (2021). How to heal from racial trauma (with Thema Bryant-Davis, PhD). YouTube. https://youtu.be/dxA5_X4-Bfs
- Okur Güney, Z. E., Sattel, H., Witthöft, M. & Henningsen, P. (2019). Emotion regulation in patients with somatic symptom and related disorders: A systematic review. *PLoS One*, 14(6), e0217277. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217277>
- Owen, J., Imel, Z., Tao, K. W., Wampold, B., Smith, A. & Rodolfa, E. (2011). Cultural ruptures in short-term therapy: Working alliance as a mediator between clients' perceptions of microaggressions and therapy outcomes. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(3), 204-212. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/14733145.2010.491551>
- Patterson, C. H. (2004). Do we need multicultural counseling competencies? *Journal of Mental Health Counseling*, 26(1), 67-73. <https://doi.org/10.17744/mehc.26.1.j7x0nguc7hjh545u>
- Peters, H. C. (2017). Multicultural Complexity: an Intersectional Lens for Clinical Supervision. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 39(2), 176-187. <https://doi.org/10.1007/s10447-017-9290-2>
- Ross, M. & Wang, Q. (2010). Why we remember and what we remember: Culture and autobiographical memory. *Perspectives on Psychological Science*, 5(4), 401-409. <https://doi.org/10.1177/1745691610375555>
- Ryder, A. G., Sunohara, M., Dere, J. & Chentsova-Dutton, Y.-E. (2018). The cultural shaping of alexithymia. I O. Luminet, R. M. Bagby & G. J. Taylor (red.), *Alexithymia* (1. utg., s. 33-48). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108241595.005>
- Shweder, R. (1991). Cultural psychology: What is it? I R. Shweder (red.), *Thinking through Cultures: Expeditions in Cultural Psychology* (s. 73-110). Harvard University Press.
- Sue, D. W. (2010). *Microaggressions in Everyday Life: Race, Gender, and Sexual Orientation*. John Wiley & Sons Inc.
- Tsai, J. (2022). Culture and emotion. I R. Biswas-Diener & E. Diener (red.), *Noba textbook series: Psychology*. Champaign, IL: DEF publishers. <http://noba.to/gfqmxytw>

Wang, Q. (2020). The Cultural Foundation of Human Memory. *Annual Review of Psychology*, 72, 151-179. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-070920-023638>

Watts-Jones, D. (2010). Location of self: Opening the door to dialogue on intersectionality in the therapy process. *Family Process*, 49(3), 405-420. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2010.01330.x>

Yeager, K. A. & Bauer-Wu, S. (2013). Cultural humility: Essential foundation for clinical researchers. *Applied Nursing Research*, 26(4), 251-256. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2013.06.008>