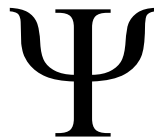




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



Mellom to kulturer

*En kvalitativ studie av norskfødte med innvandrerforeldre
sine erfaringer i psykologisk behandling*

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Vivian Ngo og Anders Gjøs Løkkeberg

Vår 2021

Veileder

Aslak Hjeltnes

Abstract

Background: There is currently little research exploring people with multicultural backgrounds' experiences with psychological treatment. The existing literature examining ethnic minorities in mental health care seldom distinguish between immigrants and ethnic minorities, e.g., children of immigrants. The aim of this thesis was to examine Norwegian-born with immigrant parents' experiences of undergoing psychological treatment, in order to highlight possible challenges in receiving mental health care with regards to their multicultural experiences.

Method: Using qualitative, semi-structured interviews, we interviewed 13 informants with a multicultural background who had undergone psychological treatment. The transcripts were analyzed using hermeneutic-phenomenological thematic analysis.

Results: The informants described several challenges to undergoing psychological treatment, related to their experiences as Norwegian-born with immigrant parents. We identified three themes: 1) «What do they know about living between two cultures?», 2) When the therapist gets it wrong, and 3) Seeking help when going to therapy is a stigma. The first and second theme describes the interaction between informants and therapists, while the third theme depicts how the environment outside of therapy affected the informants' experiences when undergoing psychological treatment.

Conclusion: Our findings suggest that Norwegian-born with immigrant parents have several experiences that may be important when they undergo psychological treatment. More research is needed to investigate the significance of these experiences for psychological treatment, and how therapists best can meet this group in psychological therapy.

Key words: multicultural, ethnic minority, psychological treatment, qualitative research, therapeutic multicultural competence, therapeutic alliance

Sammendrag

Bakgrunn: Det finnes i dag lite forskning om personer med flerkulturell bakgrunn sine erfaringer med psykologisk behandling. Den eksisterende litteraturen om etniske minoriteter i psykisk helsehjelp skiller sjelden mellom innvandrere og andre etniske minoriteter, eksempelvis barn av innvandrere. Målsettingen for denne oppgaven var å undersøke norskfødte med innvandrerforeldre sin opplevelse av å gå i psykologisk behandling, for å utforske potensielle utfordringer ved mottagelsen av psykisk helsehjelp med hensyn til deres flerkulturelle bakgrunn.

Metode: Vi undersøkte erfaringene til 13 informanter med flerkulturell bakgrunn som hadde mottatt psykologisk behandling ved bruk av kvalitative, semi-strukturerte intervjuer. Transkripsjonene ble analysert med bruk av hermeneutisk-fenomenologisk tematisk analyse.

Resultater: Informantene beskrev en rekke utfordringer fra da de gikk i psykologisk behandling, som kan knyttes til deres erfaringer med å være norskfødt med innvandrerforeldre. Vi identifiserte tre tema: 1) «Hva vet de om å være mellom to kulturer?», 2) Når terapeuten bommer, og 3) Å søke hjelp når det å gå i psykologisk behandling er et stigma. Det første og andre temaet beskriver interaksjonen mellom informantene og terapeutene, mens den tredje temaet skildrer hvordan miljøet utenfor terapirommet påvirket informantenes erfaringer med psykologisk behandling.

Konklusjon: Våre funn belyser erfaringer som kan ha betydning for norskfødte med innvandrerforeldre sine opplevelser med psykologisk behandling. Vi argumenterer for at det er behov for videre forskning på gruppen sine erfaringer med og utbytte av psykologisk behandling, og hvordan terapeuter best kan møte denne gruppen i psykologisk behandling.

Nøkkelord: flerkulturell, etnisk minoritet, psykologisk behandling, kvalitativ forskning, terapeutisk flerkulturell kompetanse, terapeutisk allianse

Forord

Den største takken ønsker vi å gi til alle informantene som har bidratt til denne oppgaven. Vi er takknemlige for den åpenheten og den tilliten som dere har vist oss ved å dele deres svært personlige opplevelser og refleksjoner. Ved å få lov til å komme så nær deres erfaringer med psykologisk behandling, har vi fått en unik mulighet til å lære om hvordan det er å sitte i den andre stolen. Deres historier har rørt ved oss, og vi vil ta med oss alt dere har fortalt på vår vei videre som psykologer.

Vi ønsker også å gi en stor takk til vår veileder, Aslak Hjeltnes. I over et år har dine gode råd og vise innspill vært uvurderlige, og vi har gledet oss til veiledningene hver mandag. At denne oppgaven ble fullført mens vi satt ute i sola med hvilepuls og en god kopp kaffe, er takket være din oppfølging og din rutinerte slagplan.

Det har vært mange som har hjulpet oss på veien. Vi ønsker å takke alle som har tatt seg tid til å hjelpe oss med å rekruttere informanter, og alle som har korrekturlest oppgaven for oss. Uten Rolf og Bendik hadde vi ikke hatt et sted å diskutere og skrive, når resten av byen har vært stengt ned. Vi er veldig takknemlige for dette. Tusen takk til Julie for et nydelig og treffende dikt til oppgaven. Til slutt ønsker vi å takke familie, venner og kollegaer som har heiet på oss helt fra start. Enn så lenge sender vi dere en skikkelig god digital takke-klem!

Oslo, mai 2021

Vivian Ngo og Anders Gjøs Løkkeberg

Innholdsfortegnelse

Introduksjon	8
<i>Målet om likeverdig helse- og omsorgstjenester i Norge.....</i>	<i>9</i>
<i>Psykisk helse hos norskfødte med innvandrerforeldre</i>	<i>10</i>
<i>Norskfødte med innvandrerforeldre og psykisk helsehjelp</i>	<i>13</i>
<i>Målsetning for denne oppgaven</i>	<i>15</i>
Metode	16
<i>Metodisk tilnærming.....</i>	<i>16</i>
<i>Setting.....</i>	<i>17</i>
<i>Informanter.....</i>	<i>17</i>
<i>Rekruttering.....</i>	<i>18</i>
<i>Intervju og intervjuguide.....</i>	<i>18</i>
<i>Transkribering.....</i>	<i>20</i>
<i>Data Analyse</i>	<i>20</i>
<i>Forskere.....</i>	<i>21</i>
<i>Etikk.....</i>	<i>22</i>
Resultater	23
1. «Hva vet de om å være mellom to kulturer?»	23
2. Når terapeuten bommer.....	27
3. Å søke hjelp når det å gå i psykologisk behandling er et stigma	32
3.1. «Deprimert? Hva mener du deprimert?».....	32
3.2. «Det går imot alt jeg har lært å gjøre».....	36
Diskusjon.....	38
<i>Tillit i terapi – en mulig utfordring for god behandling.....</i>	<i>39</i>

<i>Utfordringer med empati eller med flerkulturell kompetanse?</i>	42
<i>Et gap i forståelsen av psykisk helse</i>	45
<i>Terapeuter og klienter med lik bakgrunn</i>	48
<i>Refleksivitet</i>	50
Personlig refleksivitet	51
Funksjonell refleksivitet	52
Disiplinær refleksivitet	53
<i>Begrensninger</i>	55
<i>Implikasjoner</i>	56
Implikasjoner for praksis	56
Implikasjoner for videre forskning	57
Konklusjon	58
Litteraturliste	60
Appendiks A. Intervjuguide	68
Appendiks B. Svarbrev fra REK	71
Appendiks C. Samtykkeskjema	75
Appendiks D. Tabell med oversikt over temaene	78

Introduksjon*Frem og tilbake**har jeg svinget**i all evighet**Newtons vugge**Stillestående er jeg**den fremmede*

Julie Ngo (2021)

I dette diktet forteller forfatteren om hennes opplevelse av å hele tiden måtte tilpasse seg forventninger fra ulike kulturer, og følelsen av å ikke fullt ut høre hjemme verken hos den ene eller den andre. Opplevelser av å stadig måtte veksle mellom forventninger fra ulike normer, bruke forskjellige språk, og forholde seg til ulike referanserammer, er noe av det Salole (2013) anså som fellestrekk ved en flerkulturell oppvekst. Hun argumenterte for at denne vekslingen kan gjøre flerkulturelle personer mer tilpasningsdyktige og gi dem større toleranse for at mennesker er ulike. Samtidig er det mye som tyder på at de samme opplevelse også kan by på utfordringer, blant annet knyttet til å utvikle tilhørighet og identitet (Salole, 2013). Hvordan det oppleves å være flerkulturell i Norge kan også påvirkes av hvilke forventninger det norske samfunnet har til flerkulturelle personer. Eksempelvis opplever norskfødte med innvandrerforeldre at andre anser dem som mindre norske enn de anser seg selv (Friberg, 2021), og mange rapporterer om diskriminering på flere arenaer i samfunnet (Dalgard, 2018).

Hvilken betydning har disse opplevelsene for norskfødte med innvandrerforeldre som oppsøker psykologisk behandling? En norsk studie tyder på at personer med innvandrerbakgrunn får dårligere effekt av psykologisk behandling enn den øvrige

befolkningen (Knapstad et al., 2018). I denne studien skilles det derimot ikke mellom innvandrere og barn av innvandrere. Denne tendensen er gjennomgående i forskningslitteraturen på personer med innvandrerbakgrunn (Abebe, 2012; Hall et al., 2016; Kaas et al., 2018), selv om disse gruppene kan ha ulike erfaringer og utfordringer (Salole, 2013). Statistisk sentralbyrå (SSB) definerer innvandrere som «personer som selv har innvandret til Norge, og som er født i utlandet av utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre», mens norskfødte med innvandrerforeldre blir definert som «personer som er født i Norge av to utenlandsfødte foreldre, og som har fire utenlandsfødte besteforeldre» (Dzarmarija, 2019).

Målet med denne oppgaven var å undersøke norskfødte med innvandrerforeldre sin opplevelse av å gå i psykologisk behandling, for å utforske deres opplevelser og utfordringer i mottakelsen av psykisk helsehjelp. I vår studie har vi valgt å utvide SSB (Dzarmarija, 2019) sin definisjon til å også gjelde personer som kom til Norge før skolealder, fordi vi mener at deres erfaringer vil ha store likhetstrekk med personer som er født i Norge. Deres oppvekst vil hovedsakelig være i Norge, og de kan leve mellom to kulturer omtrent hele oppveksten.

Målet om likeverdig helse- og omsorgstjenester i Norge

Norge er et land der befolkningen og samfunnet stadig endrer seg, og da særlig med den økende globaliseringen og innvandringen. Ifølge SSB (2021) har 18% av den norske befolkningen innvandrerbakgrunn, og Norge får innvandrere fra hele verden. De tre største gruppene kommer fra Europa (48%), Asia (33,5%), og Afrika (14%) (SSB, 2021). Dette inkluderer både personer som ble født utenlands og som har fått oppholdstillatelse i Norge og personer født i Norge av innvandrerforeldre. Per i dag (april, 2021) er det omtrent 197 000 norskfødte med innvandrerforeldre (ut fra SSB sin definisjon), og med den økende innvandringen til Norge så vil gruppen norskfødte med innvandrerforeldre bli enda større i fremtiden (SSB, 2021).

Personer med innvandrerbakgrunn utgjør en betydelig andel av befolkningen i Norge, og er en gruppe som består av individer med forskjellige bakgrunn og ulike erfaringer. Innvandring kan skape et kulturelt mangfold og virke berikende på samfunnet, samtidig som at det også kan gi noen utfordringer. Et av områdene som har vært utfordrende er relatert til innvandreres helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Norske myndigheter startet en femårig strategi i 2013 for å oppnå likeverdig helse- og omsorgstjenester. Dette innebærer et mål om at alle, uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, fødeland, etnisitet og den enkeltes livssituasjon, skal ha likeverdige helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Et av satsingsområdene for å fremme likeverdig helse- og omsorgstjenester er å styrke det psykiske helsearbeidet i Norge, både for majoritets- og innvandrerbefolkningen.

Psykisk helse hos norskfødte med innvandrerforeldre

Helse- og omsorgsdepartementet (2013, s.20) skrev at norskfødte med innvandrerforeldre ser ut til å ha høyere forekomst av psykiske helseplager enn andre barn. I denne rapporten defineres det ikke hvem “andre barn” refererer til, men vi forstår det som barn uten innvandrerbakgrunn. På tilsvarende måte vil vi videre i oppgaven flere ganger referere til personer som “etnisk norske”. Dette begrepet kan bli ansett som omstridt, fordi begrepet knytter «en person til [etnisk] norsk identitet ut fra andre kriterier enn om man er norsk statsborger [...] særlig forestillinger om et felleskap basert på felles avstamning» (Schackt, 2021). Denne definisjonen kan oppleves ekskluderende overfor personer med samisk bakgrunn eller innvandrerbakgrunn som går flere generasjoner tilbake (Schackt, 2021). Vi ønsker likevel å bruke begrepet for å kunne skille mellom opplevelsene til norskfødte med innvandrerforeldre og norske borgere uten innvandrerbakgrunn.

Vi antar at tilsvarende forståelse av begrepene lå til grunn da Abebe og kollegaer (2012) gjorde en litteraturgjennomgang knyttet til unge med innvandrerbakgrunn sin psykiske

helse. Litteraturgjennomgangen rapporterte at de fleste studiene viser høyere nivåer av psykiske helseplager hos ungdommer med innvandrerbakgrunn, som depressive symptomer, emosjonelle symptomer, psykisk stress, atferdsvansker, og utfordringer med jevnaldrende sammenlignet med etnisk norske ungdommer. Faktorer som har blitt assosiert med dette er høyere risiko for kumulativt stress, høyere nivåer av oppfattet diskriminering, identitetskrise, krigstraume hos foreldre, og forekomsten av flere akutte infeksjoner (Abebe et al., 2012).

Noen få studier har derimot rapportert liten forskjell eller bedre psykisk helsestatus hos ungdommer med innvandrerbakgrunn sammenlignet med etnisk norske ungdommer (Abebe et al., 2012). Eksempelvis har en studie rapportert at norsk-vietnamesiske barn (4-18 år) har bedre psykisk helsestatus sammenlignet med etnisk norske barn. Mulige beskyttende faktorer er sterke familiestrukturer som er bevisste om tradisjoner og verdssystemer, og foreldrenes påvirkning når det kommer til ungdommens sosialisering og eksternaliserende atferd (Vaage et al., 2009). Forskningsfunnene er motstridende, noe som gjør det vanskelig å trekke klare konklusjoner. I tillegg skiller ikke Abebe og kollegaer (2012) mellom ungdommer med innvandrerbakgrunn og norskfødte med innvandrerforeldre i sin litteraturgjennomgang.

Det foreligger også lite forskning som rettes direkte mot barn av innvandrerforeldre sin psykiske helse i den internasjonale forskningslitteraturen. En systematisk litteraturgjennomgang av Mindlis og Boffetta (2017) fant kun tre studier publisert mellom 1977 og 2008 som handlet om forekomsten av stemningslidelser hos barn av innvandrerinnvandrerforeldre. De studiene som har blitt gjort, har vist blandede resultater (Mindlis & Boffetta, 2017). Bourque og kollegaer (2011) gjennomførte en metaanalyse av risikoen for å utvikle psykose hos innvandrere og barn av innvandrerforeldre, og fant at innvandrere og barn av innvandrerforeldre har like stor sannsynlighet for å utvikle psykoselidelser. Denne risikoen var større enn risikoen for å utvikle psykose hos den

generelle befolkningen i de respektive landene, som i denne analysen var Nederland, USA, Skandinavia, Tyskland, Storbritannia og Israel.

van Leeuwen og kollegaer (2010) fant at franskfødte ungdommer med innvandrerforeldre hadde nesten dobbelt så høy forekomst av selvmordstanker som den øvrige befolkningen i samme alder. På den annen side fant Mindlis og Bofetta (2017) ingen signifikant forskjell i forekomst av stemningslidelser mellom barn av innvandrerforeldre og den øvrige befolkningen, selv om to av de tre inkluderte studiene viste en forhøyet risiko for barn av innvandrerforeldre. En studie som undersøkte fem forskjellige europeiske land rapporterte at barn (13-18 år) av innvandrerforeldre hadde bedre psykologisk tilpasning enn innvandrere og samme tilpasningsnivå som den øvrige populasjonen (Sam et al., 2008).

Oppsummert indikerer systematisk søk at det finnes lite forskning på psykisk helse hos barn av innvandrerforeldre både i Norge og internasjonalt, og forskningen viser sprikende resultater. Det foreligger derimot forskning på erfaringer som kan tenkes å skape utfordringer for norskfødte med innvandrerforeldre i Norge. Forskning tyder på at det eksisterer en sammenheng mellom opplevd diskriminering og psykisk helse (Abebe et al., 2012; Berry et al., 2006). Dalgard (2018) rapporterte at norskfødte med innvandrerforeldre har opplevd diskriminering på bakgrunn av deres innvandrerbakgrunn på en rekke områder, som på arbeidsplassen, i utdanning, på gata og ved ansettelse. Rapporten estimerte at 27 prosent av norskfødte med innvandrerforeldre har opplevd å bli forskjellsbehandlet på grunnlag av deres etnisitet (Dalgard, 2018). Samtidig ser diskriminering også ut til å ha en sammenheng med hvordan barn av innvandrere balanserer foreldrenes kultur og majoritetskulturen (Berry et al., 2006). Forskningen tyder på at god psykisk helse henger sterkest sammen med opplevelser av å identifisere seg med både foreldrenes kultur og storsamfunnet sin kultur. I tillegg viser forskningen at god psykisk helse i større grad henger sammen med å beholde foreldrenes

kultur, enn ved å identifisere seg mest med majoritetssamfunnet sin kultur og det å ta avstand fra begge kulturer (Berry et al., 2006).

Norskfødte med innvandrerforeldre og psykisk helsehjelp

Den eksisterende litteraturen om psykisk helse hos barn av innvandrerforeldre og utfordringer som denne gruppen kan møte indikerer at denne gruppen kan ha minst samme behov for psykisk helsehjelp som den øvrige befolkningen. Samtidig rapporterte Munthe-Kaas og kollegaer (2018) at innvandrere, inkludert barn av innvandrerforeldre, i Norge bruker helsehjelp annerledes enn etnisk norske, og at denne bruken karakteriseres med overbruk av akutte tjenester (eks. legevakten) og underbruk av primærhelsetjenesten. I tillegg fant Knapstad og kollegaer (2018) at færre med innvandrerbakgrunn søker hjelp hos Rask Psykisk Helsehjelp (RPH), og at de med innvandrerbakgrunn får mindre nytte av behandlingen som tilbys innenfor rammene til RPH sammenlignet med den øvrige populasjonen.

Erdal og kollegaer (2011) fant at innvandrere og flyktninger, hovedsakelig fra Asia, Afrika, Latin-Amerika og Europa utenfor EU/EØS, foretrekker andre typer behandling for depresjon enn norskfødte og helsepersonell. Forfatterne argumenterer for at erfaringer fra helsetjenesten i opprinnelseslandet kan påvirke forventningene til tilbudet som gis. Norskfødte med innvandrerforelderen ha andre normer og forventninger fra foreldrene sine og opprinnelseslandet sitt. Det kan på denne måten være krevende for enkelte å formidle sine helseplager og bekymringer, selv om det ikke foreligger språklige barrierer (Erdal et al., 2011).

Internasjonale metaanalyser tyder på at ikke-europeiske amerikanere har større utbytte av å motta kulturelt tilpasset psykologisk behandling (Hall et al., 2016), selv om flere effektstudier ikke har funnet denne sammenhengen (Huey & Polo, 2008). Det er også usikkert hvorvidt unge etniske minoriteter i USA får dårligere effekt av psykologisk behandling enn den unge majoritetsbefolkningen. Forskningen er derimot preget av små utvalg, mange ulike

behandlingsformer, eurosentriske mål på bedring, og ikke-representative utvalg (Hall et al., 2016; Huey & Polo, 2008). Dette gjør det vanskelig å trekke konklusjoner knyttet til behovet for kulturelt tilpasset psykologisk behandling, og indikerer et behov for mer forskning.

Samtidig kan også forskning på terapiprosesser være med og belyse behovet for kulturell tilpasning av psykologisk behandling. Terapeutisk allianse og empati har blitt identifisert som to av de sterkeste prediktorene for suksessfullt terapiutfall på tvers av ulike psykoterapimodell (Flückiger et al., 2018; Safran & Muran, 2000). Terapeutisk allianse blir oftest referert til som et aktivt og meningsfylt samarbeid mellom terapeuten og klienten. Dette innebærer enighet om terapiens mål, enighet om oppgavene i terapien, og utviklingen av et positivt, emosjonelt bånd mellom terapeuten og klienten (Bordin, 1979; Safran & Muran, 2000). Empati, på sin side, blir oftest referert til som evnen til å forstå en annens opplevelser, og å være i stand til å orientere seg om den andres interne referanser og kommunisere denne forståelsen tilbake til personen (Baca, 2020; Rogers, 1975).

Terapeutisk allianse og empati har vært viktige forskningsområder innen psykologisk behandling (Elliot et al., 2018; Flückinger et al., 2018; Safran & Muran, 2000). Samtidig etterlyser Elliott og kollegaer (2018) mer forskning på mer mangfoldige populasjoner basert på en deres meta-analyse av forskning på terapeutisk empati. Noen få studier har rapportert at mer mangfoldige populasjoner ser ut til å ha større behov for at terapeuten er forståelsesfull, ikke-dømmende og emosjonelt støttende under behandling for å sikre deres deltakelse (Gillispie et al., 2005). Samtidig har en studie av Fuertes og kollegaer (2006) funnet at terapeutisk flerkulturell kompetanse (engelsk: therapeutic multicultural competence, TMC) kan være viktigere enn empati for etniske minoriteter i psykologisk behandling. Denne forskningen skiller heller ikke mellom innvandrere og barn av innvandrere, noe som gjør at vi mangler empirisk kunnskap om barn av innvandrere sine behov for tilpasset psykologisk behandling.

Målsetning for denne oppgaven

Systematiske søk og gjennomgang av den eksisterende litteraturen indikerer at det er lite forskning rettet direkte mot å kartlegge barn av innvandrerforeldre og deres erfaringer med psykologisk behandling. Vi ønsket derfor å gjennomføre en eksplorerende kvalitativ intervjustudie, for å kunne utforske hvilke erfaringer som barn av innvandrerforeldre beskriver knyttet til å gå i psykologisk behandling. Kvalitativ metode er godt egnet til å gjennomføre eksplorerende undersøkelser på felt hvor det foreligger mindre empirisk kunnskap (Binder et al., 2012). Vi ønsket å få mer kunnskap om hvordan det oppleves å gå i behandling som norskfødt med innvandrerforeldre, fra de eneste menneskene som har direkte tilgang til disse erfaringene. Tidligere klienter har “privilegert tilgang” til å sette erfaringer i kontekst og trekke linjer mellom ulike erfaringer, på en måte som går tapt ved indirekte mål på terapierfaringer (Elliott, 1989). I tillegg skiller klienters erfaringer seg ofte fra terapeuters erfaringer av samme terapiforløp. Mye forskning tyder på at klienters opplevelse av den terapeutiske relasjonen har mer å si for utfallet av terapien enn terapeutens opplevelse av deres relasjon til klientene (Elliott, 1989).

Vi gjennomførte denne intervjustudien med mål om å innhente mer kunnskap om opplevelser og erfaringer til norskfødte med innvandrerforeldre i psykologisk behandling, som et bidrag til målet om likeverdig helse- og omsorgstjenester i Norge. For å kunne si noe om hva som kan forbedres, vil det først være hensiktsmessig å utforske potensielle utfordringer. Denne oppgaven vil utforske følgende forskningsspørsmål: Hvilke utfordringer opplever norskfødte med innvandrerforeldre knyttet til deres flerkulturelle bakgrunn når de går i psykologisk behandling?

Metode

Metodisk tilnærming

Målet med denne studien var å undersøke hvilke utfordringer norskfødte med innvandrerforeldre opplevde når de gikk i psykologisk behandling. Vi valgte å gjennomføre semistrukturerte dybdeintervjuer i et hermeneutisk-fenomenologisk rammeverk, som utgangspunkt for en tematisk analyse. Fenomenologi er studiet av den meningen som mennesker skaper av sine egne erfaringer (Lavery, 2003). I denne oppgaven handler dette om hvordan norskfødte med innvandrerforeldre selv beskriver sine opplevelser med å være norskfødt med innvandrerforeldre i psykologisk behandling. En fenomenologisk analyse vil innebære at vi beskriver informantenes erfaringer slik som de selv opplever dem og med utgangspunkt i deres forståelse av verden (Binder et al., 2012; Polkinghorne, 1983, referert i Lavery, 2003). Samtidig har vi også valgt en hermeneutisk tilnærming, der vi anerkjenner at vi som forskere ikke kan løsrive oss fra den sosiale og historiske konteksten vi lever i (Heidegger, 1927/1962, referert i Lavery, 2003). Vår forståelse av verden vil dermed være knyttet til de erfaringene vi har gjort oss gjennom livet. Dette utgjør våre forforståelser og disse forforståelse kan påvirke hvordan vi tolker nye erfaringer (Gadamer, 2013). I denne oppgaven har vi kontinuerlig forsøkt å være bevisst våre forforståelser og hvordan de har påvirket oss i møte med informantene. På denne måten har vi kunnet bruke vår kunnskap til å forstå og belyse informantenes opplevelser (Lavery, 2003). Meningen vi trakk ut av informantenes erfaringer, representerer dermed krysningspunktet mellom informantenes verden og vår egen (Binder et al., 2012).

En hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming innebærer å balansere utforskningen av informantenes livserfaringer (fenomenologi) og våre tolkninger av og refleksjoner rundt disse erfaringene (hermeneutikk) (Binder et al., 2012; Lavery, 2003). Vi vekslet derfor mellom å utforske informantenes beskrivelser av hvordan de opplevde å gå i psykologisk behandling

som norskfødt med innvandrereforeldre, og å reflektere over hvordan vi selv fortolket disse beskrivelsene. Denne prosessen innebar å finne mening i materialet ved at vi gjentatte ganger beveget oss frem og tilbake mellom datamaterialet og våre egne tolkninger. Stegene vil bli nærmere beskrevet under “Data analyse”.

Setting

Intervjuene ble gjennomført digitalt på grunn av daværende retningslinjer for å hindre smittespredning av COVID-19. Av 13 intervjuer ble 10 gjennomført via Microsoft Teams og 3 via telefon. Intervjuene ble i hovedsak gjennomført høsten 2020 og ett intervju ble gjennomført januar 2021. Intervjuene varte fra 42 minutter til 1 time og 40 minutter, med et gjennomsnitt på 1 time og 8 minutter.

Informanter

13 personer ble intervjuet i denne studien. 9 av disse identifiserte seg som kvinne, og 4 identifiserte seg som mann. Informantene var mellom 19 og 33 år ved tidspunktet for intervju, med gjennomsnittsalder på 25,7 år. De hadde tilknytning til følgende områder: Øst-Europa, Øst- og Vest-Afrika, Vest- (Midtøsten), Sør-, Øst- og Sørøst-Asia. Foreldrene til informantene kom til Norge mellom år 1970-2000.

Inklusjonskriteriene for denne studien var: 1) at informanten var mellom 18 og 39 år, 2) var født i Norge eller kom til Norge før barneskolealder og har vokst opp i Norge, 3) hadde foreldre som er født utenfor Nord- og Vest-Europa, og 4) hadde mottatt psykisk helsehjelp. Eksklusjonskriteriene var at: 1) det psykologiske behandlingsforløpet som intervjuet skulle handle om, måtte være avsluttet ved tidspunktet for intervju, og 2) informanten kunne ikke være under psykologisk behandling for alvorlige psykiske lidelser eller ruslidelser ved tidspunktet for intervju.

Rekruttering

Informantene ble rekruttert gjennom deling av et informasjonsskriv på våre personlige sosiale medier-profiler (Facebook og Instagram), på varierte Facebook-grupper, og ved å kontakte personer, behandlingssteder og organisasjoner som kunne tenkes å være i kontakt med norskfødte med innvandrerforeldre. I rekrutteringsmeldingen oppfordret vi de som leste til å ta kontakt dersom de passet inklusjonskriteriene, dele det videre i sitt nettverk eller til enkeltpersoner dersom de kjente noen som oppfylte inklusjonskriteriene. For å ivareta etiske prinsipper og den juridiske taushetsplikten måtte personer som var interessert i å delta selv ta kontakt med oss.

Utvalget kan dermed anses som et strategisk utvalg, der utvalget representerer en gruppe som passet våre inklusjons- og eksklusjonskriterier (Cozby, 2015). Derfra var utvalget selvselektert på den måten at de selv har meldt sin interesse for å delta i studien. Det var totalt 24 personer som meldte sin interesse. Ut fra disse, valgte vi ut deltakere for å sette sammen et bredt utvalg med kjønnsbalanse, bredt aldersspenn og tilknytning til mange forskjellige etnisiteter og kulturer.

Rekrutteringen ble hovedsakelig gjennomført i august og september 2020, og her rekrutterte vi 12 deltakere som passet inklusjonskriteriene. Vi foretok ytterligere rekruttering i januar 2021, med mål om å rekruttere flere menn eller ikke-binære. Flere menn meldte her sin interesse og vi rekrutterte én av disse.

Intervju og intervjuguide

I tråd med den hermeneutiske-fenomenologiske metodologien, valgte vi å gjennomføre semistrukturerte dybdeintervjuer for å utforske opplevelser knyttet til å gå i psykologisk behandling som norskfødte med innvandrerforeldre. Semistrukturerte intervjuer er intervjuer der noen overordnede temaer er planlagt på forhånd, samtidig som at det også er rom for ytterligere utforskning av viktige opplevelser som kommer underveis (Kvale &

Brinkmann, 2009). På den måten kunne vi rette fokus mot informantenes opplevelser av å være norskfødt med innvandrerforeldre i psykologisk behandling og samtidig være åpne for alle erfaringer.

Vi utformet en intervjuguide i tråd med Kvale og Brinkmann sine anbefalinger for semistrukturerte intervjuer (2009). Intervjuguiden bestod av ni åpne spørsmål om informantenes opplevelser, som var delt inn i tre tema: 1) opplevelser knyttet til å starte i terapi, 2) opplevelser i terapirommet, 3) opplevelser knyttet til familie og venner når informanten mottok psykisk helsehjelp. Vi hadde to avsluttende spørsmål om henholdsvis «Hva kan gjøre det enklere for å norskfødte med innvandrerforeldre å oppsøke psykologisk behandling?», og «Hva er viktig å vite for psykologer som skal møte norskfødte med innvandrerforeldre i terapi?». Intervjuguiden kan leses i sin helhet i Appendiks A.

I starten av intervjuene hadde vi en fast sekvens for å skape trygge rammer for informantene i intervjusituasjonen. For at vi skulle påvirke fortellingene til informantene minst mulig, måtte vi forholde oss nøkterne overfor fortellingene til informantene under intervjuet. Dette opplyste vi informantene om, ettersom vi antok, og fikk bekreftet av informantene i etterkant, at det kan være vanskelig å fortelle om sårbare historier. For å ivareta informantene, satt vi av tid til å oppsummere og bekrefte de opplevelsene som informantene hadde delt med oss på slutten av intervjuet.

For kvalitetssikring av intervjuene, gjennomførte vi hvert vårt pilotintervju for å teste intervjuguiden i praksis. Vi lyttet til hverandres lydopptak fra pilotintervjuene, og diskuterte muligheter for forbedring. Vi gjorde dette også i et forsøk på å finne en felles intervjustil, slik at diskrepansen mellom våre intervjuer skulle være så liten som mulig. Denne prosessen gjentok vi etter at vi hadde intervjuet én informant hver.

Transkribering

Alle 13 intervjuene ble ferdig transkribert i løpet av januar 2021. Det ble gjort lydopptak av intervjuene ved bruk av diktafon. Lydopptakene ble brukt til transkribering og deretter slettet. I dialog med veileder Aslak Hjeltnes, kom vi fram til felles retningslinjer for hvordan intervjuene skulle transkriberes. Vi transkriberte de intervjuene vi selv hadde gjennomført. For å påse at vi transkriberte så likt som mulig, leste vi hverandres første transkriberte intervju før vi fullførte resten. Gjennom transkriberingen diskuterte vi alle uforutsette problemstillinger, slik at vi visste hva slags vurderinger som lå til grunn i hverandres transkripsjoner. Navn, stedsnavn, studieretning, arbeidsplass og annen informasjon som kunne knyttes til informantene ble anonymisert i transkripsjonsprosessen.

Data Analyse

Tematisk analyse er et fleksibelt verktøy der vi kan gi rike beskrivelser av informantenes felles og unike opplevelser gjennom å identifisere mønstre (temaer) i erfaringene til informantene (Braun & Clarke, 2006). Vi fulgte Braun og Clarke (2006) sine seks steg for tematisk analyse: 1) gjøre seg kjent med dataene, 2) systematisk organisere dataene inn i koder, 3) identifisere potensielle tema, 4) arbeide med temaene til de passer med både kodene og de opprinnelige dataene, 5) beskrive og gi navn til temaene, 6) skrive en fullstendig rapport av de tematiske kategoriene.

Vi gjorde oss kjent med dataene ved å diskutere materialet flere ganger i startfasen av analysen. Både etter intervjuene og etter transkriberingen noterte vi våre førsteinntrykk og brukte disse for å danne et helhetlig bilde av datamaterialet. I tillegg brukte vi førsteinntrykkene til å spisse forskningsspørsmålet ytterligere. Intervjuene ble gjennomført på bakgrunn av forskningsspørsmålet «Hvordan opplever norskfødte med innvandrerforeldre det å gå i psykologisk behandling?». Etter flere runder med diskusjon, gikk vi videre i analysen med forskningsspørsmålet «Hvilke utfordringer opplever norskfødte med innvandrerforeldre

knyttet til deres flerkulturelle bakgrunn når de går i psykologisk behandling?».

Spesifiseringen av forskningsspørsmålet gjorde at vi fokuserte på de opplevelsene som handlet om utfordringer da de gikk i psykologisk behandling, som kunne knyttes til deres flerkulturelle bakgrunn. Vi utelot dermed de mer generelle opplevelsene som alle klienter kan tenkes å ha når de går i psykologisk behandling.

I neste steg brukte vi NVivo 12 (QSR International, 2021) til å systematisk kode alle intervjuene. Som en måte for å fange opp så mange potensielle koder som mulig, kodet vi intervjuene hver for oss og i hver vår NVivo-fil. Vi slo deretter alle kodene sammen til én fil. Denne filen brukte vi til å sortere kodene inn i kategorier. Etter første runde med kategorisering, hadde vi 25 kategorier. Deretter reviderte vi kategoriene for å identifisere bredere kategorier. Vi fortsatte revidering av kategoriene til vi hadde identifisert noen få overordnede temaer. Samtidig som vi reviderte, ryddet vi i NVivo-filen slik at vi kontinuerlig kunne sammenligne vår forståelse av kategoriene med det informantene faktisk hadde sagt. Underveis lagde vi beskrivelser av kategoriene og deretter beskrivelser av temaene, som en prosess i kategoriseringen. Da vi hadde identifisert et sett med potensielle temaer, skrev vi resultatdelen ut som en fullverdig tekst med sitater. I kvalitativ metode kan revideringen av resultatene i teorien gjentas i det uendelige, på den måten at det alltid vil være mulig å se datamaterialet fra nye vinkler (Kvale, 1996). Basert på Kvale (1996) sin anbefaling, fortsatte vi revideringen av temaene og teksten om hverandre, til vi satt igjen med en opplevelse av at vi hadde tydelige og adskilte temaer som fortalte en meningsfull historie.

Forskere

Studien ble initiert og gjennomført av studentene Vivian Ngo og Anders Gjøs Løkkeberg, som en avsluttende hovedoppgave på profesjonsstudiet i psykologi ved Universitetet i Bergen (UiB). Gjennom arbeidet har vi fått veiledning fra førsteamanuensis Aslak Hjeltnes ved UiB.

Anders har erfaring med minoriteter via sin praksis hos Senter for migrasjonshelse i Bergen kommune, og i skrivende stund er han frivillig i Ungdomstelefonen til Skeiv Ungdom. Han har også egen erfaring med å være en minoritet ved at han identifiserer seg som homofil. Innenfor klinisk psykologi interesserer Anders seg for relasjonelle perspektiver og erfaringsbaserte terapiformer.

Vivian er selv norskfødt med innvandrerforeldre, med tilknytning til Vietnam. Hun har terapierfaring med klienter med innvandrerbakgrunn gjennom både profesjonsstudiet i psykologi og Rask Psykisk Helsehjelp i Bydel Stovner. Hennes interesser innenfor klinisk psykologi er emosjonsfokusert terapi, kognitiv atferdsterapi og kultursensitiv psykisk helsehjelp.

Aslak Hjeltnes har forskningsinteresser innenfor kvalitativ forskning og psykoterapiforskning. Han har klinisk erfaring med humanistisk, eksistensiell og integrativ tilnærming til psykologisk behandling.

Etikk

Fordi denne studien involverte å innhente data fra personer som har vært i psykologisk behandling om deres terapiforløp, ble prosjektet godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (se Appendiks B for svarbrev fra REK). Vi ga informantene skriftlig informasjon om studien og informantene skrev under på et samtykkeskjema før tidspunktet for intervju (se Appendiks C for samtykkeskjemaet). I tillegg startet vi alle intervjuene med å informere om rettighetene til informantene. Ettersom sensitiv informasjon om informanten, tredjeparter, terapeuter og behandlingssteder ble gjort kjent i intervjuene, har vi prioritert anonymisering og konfidensialitet gjennom hele oppgaven. All informasjonen som ligger i usikre områder og som skal publiseres, skal ikke kunne spores tilbake til informanten, tredjeparter, terapeuter eller behandlingstjenester. Vi brukte UiB sin

forskningsserver (SAFE) for oppbevaring av forskningsdata som kan knyttes tilbake til informanten, som de originale lydopptakene og oversikt over demografiske opplysninger.

Resultater

Ut fra den tematiske analysen identifiserte vi tre tema: 1) «Hva vet de om å være mellom to kulturer?», 2) Når terapeuten bommer, og 3) Å søke hjelp når det å gå i psykologisk behandling er et stigma. Tema 3 deles ytterligere inn i to undertemaer: 3.1) «Deprimert? Hva mener du deprimert?» og 3.2) «Det går imot alt jeg har lært å gjøre». Videre i denne delen vil vi beskrive temaene og belyse funnene med utvalgte sitater fra informantene. I oppgaven vil “alle” bety alle 13 informanter, “de fleste” bety 10-12, “mange” bety 6-9, “noen” bety 3-5 og 1-2 vil bli spesifisert, basert på anbefalinger fra Hill og kollegaer (2005).

1. «Hva vet de om å være mellom to kulturer?»

Det første temaet, «Hva vet de om å være midt mellom to kulturer?», beskriver informantenes antagelse om at en terapeut med annerledes bakgrunn enn seg selv ville ha dårligere utgangspunkt for å forstå hvordan det er å være norskfødt med innvandrerforeldre, og vil derav ha dårligere forutsetninger for å hjelpe. De fleste av informantene fortalte om opplevelser med fremmedgjøring og utenforskap som minoritet i Norge, og om utfordringer ved å måtte håndtere forventninger fra flere kulturer. Disse erfaringene mente de fleste av informantene kan være vanskelig for utenforstående å begripe, og en terapeut med annerledes bakgrunn ville ha vanskeligere for å gi dem god hjelp. En informant fortalte:

Jeg tror at mange for eksempel barn med innvandrerbakgrunn, selv om de ikke bare har problemer knyttet til bakgrunnen deres, men at de ser for seg alle disse psykologene og ser for seg liksom Silje, Christian, Petter. Masse navn, altså, da tenker de gjerne kanskje «jammen, hva vet du om hvordan vi lever vårt [liv] da, og hvilke utfordringer vi har? Kan jeg ikke heller lettere snakke med min kompis som går

gjennom akkurat det samme?», ikke sant. Dette med å være midt imellom to kulturer, altså, hva vet de om det?

Informanten beskrev hvordan hun selv og de med samme bakgrunn som henne, trodde at det nesten bare finnes etnisk norske psykologer. De var skeptiske til hva disse psykologene kunne hjelpe dem med, ettersom de tenkte at etnisk norske terapeuter sannsynligvis ikke vet hvordan det er å ha flerkulturell bakgrunn. Samtidig spesifiserte noen informanter at det ikke nødvendigvis handlet om etnisitet, men om det å være en minoritet. De tenkte at alle minoritetspersoner kan ha følt seg utenfor storsamfunnet, og dermed kan de lettere forstå hvordan det er å være norskfødt med innvandrerforeldre. På en annen side var det noen informanter som reflekterte over om terapeuter med minoritetserfaringer egentlig har et bedre utgangspunkt for å hjelpe dem, mens noen andre informanter i utgangspunktet tenkte at terapeutens bakgrunn ikke hadde noe å si. Én informant påpekte at det til og med kunne vært ulemper med å møte terapeuter med samme bakgrunn:

Hvis jeg hadde fortalt det til en psykolog som på en måte hadde samme bakgrunn som meg da, så tenker jeg «hva hadde den personen tenkt om meg?» ... at de kanskje hadde tenkt det samme, at jeg er en utakknemlig person, at her har foreldrene mine gjort så mye for meg, og her sitter jeg og klager på dem. Så jeg vet ikke, jeg tror det er litt sånn, at man blir litt skadet av å balansere mellom to kulturer, fordi det går jo ikke an å være i midten, du må enten være 60% her eller 40% der, og da på en måte blir man så usikker da.

I dette sitatet reflekterte informanten over hvordan hun kunne ha latt være å fortelle om visse erfaringer dersom terapeuten hadde samme bakgrunn som henne, i frykt for å bli dømt av denne terapeuten. Informanten fortalte videre at hun så på seg selv som *skadet* av å måtte balansere mellom to kulturer, og at hun ofte opplevde det som at hun må velge mellom den ene eller den andre kulturen. Det å måtte sjonglere mellom flere kulturer og at det ofte kunne være vanskelig, var en erfaring som de fleste informanter har fortalt om.

Noen informanter fortalte i tillegg om erfaringer med fremmedgjøring eller diskriminering gjennom livet, og at disse erfaringene har gjort dem skeptiske overfor etniske nordmenn. Informantene beskrev både at de selv hadde opplevd diskriminering eller følt seg fremmedgjort, men også at de hadde vært vitne til at andre mennesker, særlig kjernefamilien, hadde slike erfaringer. En informant reflekterte eksempelvis over hvordan hennes opplevelser med rasisme kan ha gjort det vanskeligere for henne å skape tillit til en etnisk norsk terapeut:

Familien min ble utsatt for mye rasisme, og det ble for så vidt jeg og, så jeg hadde en slags barriere mellom meg og nordmenn. Foreldrene mine er jo også veldig sånn patriotiske [land i Sørøst-Asia], så de sa alltid til meg at du er først og fremst [land i Sørøst-Asia]. Og de på en måte projiserte sine problemer som de opplevde i samfunnet til meg, og de sier til meg at «i det norske samfunnet så er du på en måte, du er lavere rangert. Folk ser ned på deg. Du er ikke like verdifull i dette samfunnet» ... jeg opplevde en slags “alienation” [fremmedgjøring], når mine klassekamerater bekrefter meg «ja, ser du, sånn er det, det norske samfunnet bryr seg ikke om deg». Og så skal jeg gå til en norsk psykolog for å snakke om mine problemer. Altså, det er jo allerede en barriere der. Jeg stoler jo ikke på deg. Jeg tror du ser ned på meg. Jeg oppfatter alt det du sier og gjør egentlig farlig.

Denne informanten fortalte at hennes mistillit til etniske nordmenn var gjennomgripende i terapien. For henne ble det vanskelig å åpne seg om hvordan hun hadde det, også om de opplevelsene som ikke handlet om å være norskfødt med innvandrerforeldre. De fleste informantene var skeptiske til terapeutens evne til å forstå deres flerkulturelle bakgrunn, men for de fleste var ikke denne mistilliten like gjennomgripende som for informanten over. Noen informanter reflekterte over om deres skepsis til terapeutens evne til å forstå flerkulturelle erfaringer likevel kan ha ført til at de følte seg mindre forstått av den etnisk norske terapeuten. En informant beskrev:

Jeg tror jeg egentlig ikke var noe ved henne [terapeuten] som gjorde at, som skulle tilsi da, at hun ikke var interessert i å prøve og forstå, for det var hun jo. ... så bare den der følelsen av å liksom være utenfor bare fordi en ikke er etnisk norsk, den var nok veldig sterk i meg og tidvis så kjenner jeg jo fortsatt på det. ... det var vel noe som preget kanskje den oppfatningen jeg hadde da, som jeg tror nok ikke bare jeg overførte til henne, men jeg hadde nok den tanken om mange jeg møtte i mitt liv egentlig. Som ikke var minoriteter selv da.

Denne informanten fortalte videre at det var vanskelig for henne å ta dette opp med terapeuten, fordi hun ikke visste hvordan hun kunne ta det opp på en god måte. Vansker med å ta opp sin mistillit med terapeuten var det noen informanter som også kjente på. En informant fortalte at hun var redd for at terapeuten ville oppfatte henne som klagete eller sensitiv dersom hun tok opp sin skepsis til etnisk norske terapeuter, eller at hun da ville sette terapeuten i forsvarsposisjon. Hun trakk linjer til hvordan temaer som rasisme og innvandring har blitt snakket om i media, der hun har sett at slike samtaler ofte blir opphetet og unyansert. Informanten uttrykte at hun var redd for at det samme skulle skje i terapien dersom hun tok opp tankene sine med terapeuten:

Jeg tror jeg var redd, egentlig, for at hvis jeg tok opp noe omkring det, at det skulle liksom bli forkastet eller avvist. «Åja, men er du ikke litt vel overfølsom» eller «Det må du bare tåle», ett eller annet sånn. Som jeg ikke tror ville skjedd i realiteten, men da var jeg jo veldig klar over hvordan diskursen omkring minoriteter var. Det var en periode hvor det var veldig mye høyreekstremisme som økte i Europa og alt sånn. Så det var liksom litt framme i min bevissthet da, at hvis du beskylder noen for å være rasist for eksempel, så går de jo maks i forsvar. Ofte i hvert fall. Så det var nok en del av min forsiktighet.

Informanten fortalte her om at måten minoriteter ble behandlet i Europa på den tiden, gjorde henne oppmerksom på at det finnes mennesker som ikke ønsker minoriteter godt og hun ble mer bevisst på sin egen minoritetsstatus. Selv om informanten ikke trodde at terapeuten hadde høyreekstreme holdninger, gjorde hennes forsiktighet likevel at hun ikke tok det opp med terapeuten. Informanten fortalte at hun dermed ikke fikk testet antagelsene sine om at terapeuten ikke kom til å forstå hennes flerkulturelle opplevelser.

Oppsummert beskrev de fleste av informantene en antagelse om at etnisk norske terapeuter med en mer privilegert forhistorie, i mindre grad vil ha mulighet til å forstå og har et dårligere utgangspunkt til å hjelpe enn en terapeut med minoritetserfaringer. Mange opplevde at dette påvirket hva de sa og hvordan de følte seg i terapien. Noen informanter fortalte at deres tidligere erfaring med diskriminering og utenforskap direkte hindret dem fra å åpne seg for terapeuten. Samtidig reflekterte noen informanter over om deres antagelser kan ha ført til at de ikke følte seg forstått av den etnisk norske terapeuten. De fleste fortalte derimot om denne antagelsen mot slutten av intervjuet, der de etterlyste flere terapeuter med innvandrer-, flerkulturell- eller minoritetsbakgrunn. Informantene uttrykte seg dermed på bakgrunn av tanker de har gjort seg i etterkant av behandlingen. Vi vet dermed ikke om informantene først tenkte at terapeuter med annen bakgrunn vil ha vanskeligere for å forstå da de begynte i behandling, underveis i behandlingen eller etter at behandlingen ble avsluttet.

2. Når terapeuten bommer

Det andre hovedtemaet beskriver informantenes opplevelser av å ikke bli møtt, hørt eller forstått av terapeuter da de snakket om sine erfaringer som norskfødt med innvandrerforeldre i terapien. Informantene opplevde dette gjennom konkrete bommer fra terapeutene, der terapeutene uttrykte seg på måter som avslørte at de hadde vanskeligheter med å sette seg inn i informantenes erfaringer. De fleste informantene forstod det som at terapeutene manglet kunnskap om kultur og flerkulturelle opplevelser. Mange opplevde at

terapeuten hadde lite aksept for andre måter å leve på, og noen følte at terapeuten lente seg på sine foruttagelser heller enn å høre på det de faktisk sa. En direkte konsekvens som mange informanter fortalte om, var at de følte de måtte forsvare foreldrene og kulturen i terapien. Mange av informantene opplevde at terapeutens bommer gikk utover den relasjonen de hadde til terapeuten, og at de fikk mindre ut av behandlingen.

De fleste av informantene formidlet imidlertid at de ikke forstod bommene som forårsaket av vond vilje fra terapeuten, men heller at terapeuten manglet evnen til å snakke om disse temaene. Dette belyste en informant da hun reflekterte rundt hva som kunne gjort hennes opplevelse i terapi bedre:

Det er ikke nødvendigvis bare fordommer, men mer sånn derre ignoranse for hvordan barn oppdras i ulike kulturer. ... det er ikke sånn at jeg tror hun er en fordomsfull dame liksom, men det er mer sånn måten det kommuniseres på. ... det eneste jeg ser for meg som kunne gjort det lettere, hadde vært om du hadde merket at behandleren visste hvordan kommunisere om disse problemstillingene.

Informanten knyttet sin opplevelse til terapeutens kunnskap, terapeuten *visste* ikke hvordan hun skulle snakke om det, og ikke til terapeutens vilje. Selv om informanten tenkte at terapeuten ikke var en fordomsfull person, så opplevde informanten at det terapeuten sa var basert på fordommer. Denne informanten fortalte videre at terapeuten hadde meninger om hva som var rett og galt ved barneoppdragelse, og at dette ikke samsvarte med informantens egne oppfattelser. Informanten opplevde terapeuten som pågående, der terapeuten prøvde å overbevise informanten om egne synspunkter, og overså hva informanten egentlig kjente på. Mange av informantene fortalte om lignende opplevelser i terapirommet. Eksempelvis opplevde en annen informant at terapeutens overbevisninger om barneoppdragelse sto i veien for det informanten egentlig ville snakke om i behandlingen:

Det var vel egentlig sånn at hvis jeg fortalte noe, så kunne hun si «hæ, gjorde de det? Men det er jo ikke greit, sånn kan man ikke gjøre!». Også kunne jeg si at «ja, jeg skjønner hva du sier, men det er egentlig ganske vanlig i min familie og i min kultur. Og selv om det kanskje ikke er helt greit så er det ikke så stort for meg». Det er ikke det som plager meg mest her, på en måte.

På tilsvarende vis fortalte mange informanter om opplevelser av at terapeuten hadde vansker med å akseptere familiedynamikken deres. Dette forstod de gjennom konkrete ytringer fra terapeuten, slik som i sitatet over, men også gjennom råd som innebar å melde seg ut av familiekulturen. Noen informanter fortalte om tettere familier, der alle familiemedlemmene har større plass i den enkeltes liv. Disse informantene beskrev at tettere familiebånd var noe de både satt veldig stor pris på og noe som iblant var utfordrende. En informant fortalte om hvordan terapeuten ofte påpekte at hun lot ting som foregikk i familien gå for mye inn på henne, og at terapeuten rådet informanten til å ta mer avstand fra familien. Dette rådet opplevde informanten som upassende for henne og hvordan hun ønsket at relasjonen til familien sin skulle være. Hun ønsket hjelp til å stå i utfordringene, uten å måtte melde seg ut av familien:

Altså, familien min og søsknene mine er der for meg, og jeg har et veldig nært forhold til dem, og jeg kjenner på at jeg ikke bare kan si «nå blir det for mye» når det da blir vanskelig. ... at med alt det gode så må jeg også tåle det negative.

Noen av informantene reflekterte over om disse rådene kan ha blitt gitt fordi terapeuten ikke så det flerkulturelle ved informantene og de kollektivistiske verdiene deres. Disse informantene tenkte at kanskje deres norske språk, gjerne med dialekt og norske væremåte, fikk de til å framstå som etnisk norske. På den måten kunne terapeuten gi råd som var mer tilpasset personer som i større grad hadde individualistiske verdier. I tillegg lurte noen informanter på om dette kunne være noe av grunnen til at deres flerkulturelle bakgrunn

sjeldent var et eget tema i terapien, men heller indirekte snakket om i forbindelse med andre temaer, som oppvekst og familie. Noen informanter syntes det var synd at en så stor del av identiteten deres ikke ble direkte adressert i terapirommet.

På en annen side var det mange informanter som opplevde at kultur ble trukket inn der det ikke var relevant. Informantene opplevde at terapeuten da typisk antok at informanten hadde utfordringer knyttet til informantens flerkulturelle bakgrunn. En informant fortalte om hvordan hun opplevde at terapeuten antok hva som var utfordringene hennes, ved å gjentatte ganger ta opp hvor vanskelig det måtte være for henne å være den eneste i vennegjengen uten etnisk norsk bakgrunn. Informanten beskrev hvordan dette opplevdes for henne:

Hun [terapeuten] var sånn «åååh stakkars innvandrerkvinner», veldig sånn stakkarslig blikk på meg da. ... det ble litt sånn ovenfra og ned. ... det var litt uheldig. Ikke at jeg bryr meg så mye om hudfarge og sånt, men hun er jo en hvit dame, psykolog, fra øvre middelklasse som sitter her og liksom, et lite brunt jentebarn, også er det sånn «ntåååh». ... Den tonen da hun snakket om disse problemene, som bare gjorde at jeg følte meg enda mer, jeg følte meg veldig liten da.

I dette sitatet beskrev informanten hvordan tonen til terapeuten fikk henne til å føle at hun ble snakket til som gruppen “stakkarslige innvandrerkvinner”, og at hun opplevde dette som avgrensende og nedlatende. Mange informanter har også beskrevet lignende opplevelser, der de selv eller foreldrene deres ble omtalt på en negativ, stereotypisk måte av terapeuten. Disse informantene opplevde dette som svært ubehagelig, og at de endret på hva de fortalte og ikke fortalte til terapeuten. Noen informanter påpekte at de delte mange verdier med foreldrene sine, slik at en kritikk rettet mot foreldrenes kultur samtidig ble en kritikk mot dem selv. Mange informanter opplevde at de måtte forsvare foreldrene sine overfor terapeuten. Informantene syntes dette var vanskelig ettersom de i utgangspunktet snakket om foreldrene

for å få hjelp til å håndtere noe ved relasjonen til foreldrene. Denne informanten satt ord på hvordan det var for henne:

Alle har hatt det vanskelig med foreldrene sine på ett eller annet tidspunkt gjennom barndommen sin, gjennom ungdomstida si, helt universalt, ikke noe kulturelt betinget i det hele tatt. Samtidig så får du høre at dette er dine foreldres kultur, ikke at «dette er dems måte å være på, men dette er dems kultur», og da reagerer den andre siden av hjernen og bare «dette må du forsvare». Så du må på den ene siden bearbeide ting som er vanskelig og på den andre siden forsvare det. Så det blir liksom litt kognitiv dissonans. ... Hvilket problem er ikke kulturproblem? Vi lever jo i en kultur, alle utfordringer starter jo med at man synes det er vanskelig å forholde seg eller samhandle med andre mennesker.

I dette sitatet kommer det fram et viktig poeng, som alle informanter kommer innom: at det var viktig for dem å bli møtt som individ med egne utfordringer og behov, og ikke en gruppe eller en stereotypi når de går i psykologisk behandling. De som fortalte om gode opplevelser i terapi, beskrev at de fikk spesifikt hjelp for det de hadde behov for eller at de selv fikk muligheten til å definere sine behov og utfordringer i terapirommet. Noen presiserte at selv om de ikke følte deres flerkulturelle bakgrunn ble møtt på en god måte, så kunne terapeuten forstå andre ting de fant utfordrende og dermed likevel gi god nok psykisk helsehjelp. Samtidig opplevde mange informanter at relasjonen deres til terapeuten ble dårligere av at terapeuten ikke forstod eller kunne kommunisere om deres flerkulturelle bakgrunn, og ble usikre på hvorvidt terapeuten kunne hjelpe dem med deres psykiske plager. Noen informanter stilte spørsmål ved om psykologisk behandling i det hele tatt passet dem, som norskfødt med innvandrerforeldre.

3. Å søke hjelp når det å gå i psykologisk behandling er et stigma

Det siste hovedtemaet handler om informantenes opplevelser av å gå i psykologisk behandling når oppvekstmiljøets holdninger til psykiske vansker og miljøets kulturelle normer oppleves uforenlige med psykisk helsehjelp. De fleste informantene fortalte at de kom fra miljøer preget av lite kunnskap om psykisk helse og negative holdninger til psykiske vansker. På ulike måter ble det fortalt om hvordan psykisk helse ikke var et tema hjemme, at psykiske lidelser var et tabubelagt tema, at det ikke var rom for å slite psykisk i miljøene og at det bare er mennesker som faller utenfor samfunnet som trenger psykologisk behandling. Vi har delt beskrivelsene til informantene inn i to undertemaer for å tydeligere belyse betydningen av oppvekstmiljøets holdninger for informantenes da de gikk i psykologisk behandling. Det første undertemaet, «Deprimert? Hva mener du deprimert?», handler om informantenes beskrivelser av hvordan familiens syn på psykiske vansker opplevdes som stigmatiserende og en belastning for informantene da de mottok psykisk helsehjelp. Det andre undertemaet har vi kalt «Det går imot alt jeg har lært å gjøre» for å beskrive hvordan informantene opplevde at de selv tok med seg miljøets holdninger og normer i møte med psykisk helsehjelp.

3.1. «Deprimert? Hva mener du deprimert?»

Dette undertemaet, «Deprimert? Hva mener du deprimert?», beskriver informantenes opplevelser av familiens holdninger og oppfatninger til psykiske vansker, og hvordan dette var en belastning for dem da de gikk i psykologisk behandling. Mange fortalte at de var redde for hvordan familien ville reagere hvis de fikk vite at informantene gikk i behandling, fordi de opplevde at andre rundt dem anså mennesker med psykiske vansker som alvorlig syke, ikke i stand til å ta vare på seg selv eller utenfor samfunnet. I forbindelse med dette fortalte informantene at deres søsken som oftest hadde de samme holdningene som dem selv. Når vi omtaler familiens holdninger og verdier til psykiske lidelser i denne oppgaven, inkluderer

dette ikke søsken. Vi har valgt å bruke “familie” fordi noen informanter ikke bare refererte til foreldre, men også den utvidede familien som besteforeldre, tanter og onkler som “familie”.

Noen informanter hadde ikke fortalt til foreldrene sine da vi gjennomførte intervjuene, mens resten av informantene fortalte om blandede erfaringer. Noen opplevde mye støtte og forståelse fra første gang de fortalte, mange opplevde motstand i starten og så mer støtte og forståelse over tid, mens noen opplevde vedvarende mangel på støtte og forståelse.

Informantene som kviet seg for å fortelle eller som bestemte seg for å holde skjult at de mottok psykologisk behandling, fortalte at de var redde for å belaste familien sin. En form for belastning som informantene beskrev, var at informantenes psykiske vansker ville påført familien mange bekymringer. Eksempelvis formidlet en informant hvordan psykiske vansker blir assosiert med noe svært alvorlig eller negativt i opprinnelseslandets kultur, og at hun ikke ville at foreldrene skulle bekymre seg for at det var noe alvorlig galt med henne:

Jeg fortalte faktisk kun til mine søstre. Fordi det er jo egentlig ikke noe som heter å dra til behandling, i hvert fall i den kulturen. ... hvis du skal på behandling så er du enten psykopat eller da er det noe veldig ille med deg. Ikke at dette var et tilfelle hvor foreldrene mine ikke hadde forstått det, men jeg følte ikke at jeg trengte å gi dem noe annet bry, ved å si at jeg faktisk drar og får en behandling på det.

Noen informanter var redde for at deres psykiske utfordringer ville være belastende for familien hvis andre utenfor familien fikk vite at de mottok psykologisk behandling. For noen informanter var det tydelig i deres familie at psykiske utfordringer var skambelagt, og de valgte selv å ikke fortelle til øvrige slektninger basert på hvordan foreldrene deres hadde reagert da de fortalte dem. Denne informantens beskrev hvordan dette opplevdes for henne:

Ingen andre slektninger vet, enn kjernefamilie. ... For det første, så er det så privat. Jeg får ingenting igjen av å fortelle det til noen andre. Altså, familien reagerer så dårlig,

hva skal jeg gjøre, hva får jeg igjen for å fortelle slektninger om det liksom. ... Og det ville brakt skam til familien min.

For noen andre informanter handlet det ikke direkte om en frykt for å bringe skam til familien, men at de og familien hadde en enighet om at det var best å ikke snakke høyt om å gå i psykologisk behandling. Disse informantene ble møtt med forståelse og støtte fra sine foreldre, samtidig som at de hadde inntrykk av at andre i miljøet ikke ville forstå eller hadde et negativt syn på psykiske vansker. På denne måten var det best å ikke si noe. Eksempelvis reflekterte denne informanten over hvordan familien og ham selv kom fram til at andre slektninger ikke skulle få vite:

Utenom mine foreldre og min bror? Nei, da er det ingen som er klar over det. Hvorfor det? Det har litt med, i hvert fall hvordan jeg oppfatter det, hvordan mine foreldre oppfatter det, det er ikke sånn at de er blinde på det, at det er et litt annet syn på en del ting der de kommer fra. Og at folk ikke helt har forståelsen for det, og at det ikke er helt åpent for å si at man sliter fordi man er deprimert. Det tror jeg at jeg aldri har hørt noen si, og kulturen bærer litt preg av at man skal klare sånne ting selv.

Denne informanten var en av de informantene som ble møtt med forståelse og støtte fra foreldrene helt fra første gang de informerte om at de skulle motta psykisk helsehjelp. De fleste informantene som fortalte, ble derimot først møtt med motstand fra foreldrene. Mange av disse opplevde å få mer forståelse og støtte over tid, mens noen informanter opplevde vedvarende mangel på støtte. Informantene fortalte om flere ulike måter de kunne oppleve mangel på støtte fra familien på. Opplevelsene som oftest ble beskrevet var at deres behov for psykisk helsehjelp ble avfeid, eller at grunnen til at informantene trengte psykisk helsehjelp ikke ble forstått, bagatellisert eller ikke anerkjent. De informantene som hadde negative erfaringer med å fortelle, opplevde at dette var vondt og at det gjorde det vanskeligere å gå i

behandling. Eksempelvis beskrev denne informanten at det var tøft for henne da moren avfeide hennes depresjon:

«Deprimert? Hva mener du deprimert?». Og så var det at han sa «ja anbefaler at du begynner på antidepressiva bla bla bla» og mamma sa at det var helt uaktuelt. Så det var ganske tøft fordi jeg følte at selv om du har fått beskjed fra en lege at det var depresjon og såne ting, så var det sånn at mamma sa legen var inkompetent også videre. Og at det du på en måte følte, at selv om du har fått den beskjeden fra legen, så var det liksom lathet. Så det å skulle oppsøke hjelp mot lathet, det var... det var litt tøft.

Mange informanter hadde lignende opplevelser knyttet til lettere psykiske vansker, der utfordringene deres ikke ble tatt på alvor av familien. Noen informanter reflekterte rundt om det kunne handle om at de ikke passet inn i foreldrenes idé av hvordan en person med psykiske vansker er, fordi informantene verken var “gale” eller veldig syke. I forlengelse av dette fortalte noen informanter om erfaringer med at foreldre ikke forstår seg på hvordan informantene kan ha det vanskelig, når de etter foreldrenes standard lever så godt.

Eksempelvis beskrev en informant at selv om foreldrene aksepterte at hun trengte psykisk helsehjelp, så kunne hun likevel oppleve at de ikke forstod seg på årsaken til vanskene hennes:

Det er veldig sånn selv om de på en måte har akseptert det, så er det litt sånn fremdeles at jeg merker det på måten de snakker på og ting de sier. At det er gjennomgående sånn «oss som gikk gjennom krig liksom, hva har du å være deprimert for». Det har de sagt i flere anledninger, og jeg merker at den holdning fremdeles er litt der.

I dette sitatet illustrerer informantene godt en opplevelse som mange informanter fortalte om: at selv om de ble møtt med mer forståelse og aksept etter hvert, så var det ingen rett vei fra mangel på forståelse til fullstendig forståelse. Eksempelvis fortalte informantene om at foreldrene kunne akseptere at de trengte psykisk helsehjelp, samtidig som at det ikke

var et samtaleemne hjemme eller ikke ville at de skulle fortelle til andre. Noen opplevde at foreldrene ikke forstod hvordan de kunne ha psykiske vansker, mens noen andre forstod ikke hvorfor informantene skulle bruke tid og penger på psykologisk behandling. Disse informantene fortalte om konflikter og konfrontasjoner med foreldrene, og de opplevde at de selv måtte ta ansvar for at foreldrene skulle forstå og akseptere deres vansker. Mange beskrev at dette var en belastning for dem, som de måtte stå i samtidig som de gikk i psykologisk behandling.

3.2. «Det går imot alt jeg har lært å gjøre»

Det andre undertemaet har vi kalt «Det går imot alt jeg har lært å gjøre», for å belyse informantenes opplevelse av at psykisk helsehjelp ikke var forenlig med deres egne forventninger til hvordan psykiske utfordringer burde håndteres. De fleste informantene fortalte på ulike måter at holdningene fra miljøet rundt hadde betydning for deres egne holdninger til det å motta psykisk helsehjelp. Eksempelvis fortalte en informant om hvordan psykiske vansker var såpass stigmatisert i familien hennes, at hun i starten avlyste timene sine:

Da jeg var yngre, det å prate med psykolog, det var nokså ikke aktuelt. Det var veldig tabubelagt hjemme. Foreldrene mine tror egentlig ikke på psykologi og det gjorde egentlig ikke jeg heller. ... det var veldig vanskelig for meg. Jeg kansellerte i begynnelsen, for jeg følte det var litt skamfullt da, det å gå til psykolog.

For denne informanten var det ikke bare foreldrene som ikke trodde på psykologisk behandling, men hun selv opplevde det som skamfullt. På lignende måter fortalte mange andre informanter om at de kviet seg for å oppsøke psykisk helsehjelp på grunn av deres egne, negative holdninger til psykiske vansker. Mange informanter beskrev at de så på psykisk lidelse som utelukkende alvorlig, og at psykologisk behandling bare var for mennesker som

faller utenfor samfunnet. Disse informantene formidlet at de ikke kunne kjenne seg igjen i dette bildet av en person som trenger psykisk helsehjelp.

Mens disse informantene kjente seg tynget av holdninger som direkte omhandlet psykiske vansker, var det mange informanter som i tillegg beskrev generelle, kulturelle forventninger som gjorde at psykologisk behandling følte feil for dem. Da en informant reflekterte rundt familie og venners holdninger til psykisk helsehjelp, fortalte hun at det å motta psykisk helsehjelp kan bli ansett som selvsentrert i opprinnelseslandets kultur, og at det kunne være en grunn til at mange lot være å søke hjelp:

Jeg vil jo også tro at mange kan se på det som noe litt egoistisk på en måte. At man setter av tid til å snakke om seg selv og sine egne problemer når det egentlig er folk som har det verre enn deg og alt det der. ... I [land i Øst-Afrika], hvor mange tenker mye på sånn fellesskap og sånn. ... Og det er kanskje sånn de opplever psykologisk behandling. Da bruker du liksom tid og penger på deg selv og dine egne problemer.

Ifølge denne informanten er det en norm i opprinnelseslandets samfunn om å prioritere fellesskap og tenke på andre, fremfor å fokusere på egne utfordringer. Hun reflekterte rundt hvorvidt dette kunne være en barriere for å oppsøke hjelp hos mange med samme bakgrunn som henne. I tillegg fortalte mange informanter om normer knyttet til lojalitet overfor sin familie. Blant annet at man ikke burde utlevere ting som skjer i familien til utenforstående, eller at man var utakknemlig dersom man klagde over foreldrene sine. Samtidig fortalte noen informanter om normer som handlet om at det var negativt å snakke om følelser, eller at man ikke kunne stole blindt på at andre har gode intensjoner. En informant satt ord på hvordan det var for henne å ta med seg disse kulturelle normene inn i terapirommet:

Det kan være en kulturforskjell, men vi [land i Sørøst-Asia], altså jeg vil ikke generalisere, men [land i Sørøst-Asia] har ikke tendens til å snakke om følelser. Det er sett litt ned på. ... det er veldig viktig for oss å ha en slags, jeg vil ikke si fasade, men å

gi et visst inntrykk av at alt er på stell. Og spesielt når det gjelder familie og sånne ting. Så det å gå til en psykolog og begynne å snakke om problemet jeg hadde, og snakke om min familie, og snakke om på en måte psykiske problemer, det går imot alt det jeg er lært til å gjøre.

I dette sitatet formidlet informanten hvordan det å snakke om følelser blir negativt vurdert i kulturen til foreldrenes opprinnelsesland, og hvordan normen om at familien skal ha ting på stell preget informanten da hun oppsøkte psykisk helsehjelp. Informanten beskrev videre intervjuet en ambivalent følelse til psykologisk behandling: på den ene siden visste hun at hun trengte hjelp for utfordringene sine, samtidig som at det oppsøke psykisk helsehjelp innebar å gå imot alt hun har lært tidligere. Mange informanter fortalte om den samme indre konflikten når det kommer til å oppsøke psykisk helsehjelp, der våre informanter til slutt opplevde at deres utfordringer ble for store til å håndtere alene og de endte med å oppsøke hjelp.

Diskusjon

Formålet med denne studien var å undersøke hvilke utfordringer norskfødte med innvandrerforeldre opplever når de går i psykologisk behandling. Med utgangspunkt i den tematiske analysen, formulerte vi tre temaer: 1) «Hva vet de om å være midt mellom to kulturer?», 2) Når terapeuten bommer, og 3) Å søke hjelp når det å gå i psykologisk behandling er et stigma. Se Appendix D for tabell med oversikt over temaene. Samlet sett belyser disse temaene ulike utfordringer som norskfødte med innvandrerforeldre kan oppleve i psykologisk behandling. Det første og andre temaet beskriver viktige erfaringer informantene beskrev i møtet mellom dem og terapeuten i terapirommet. Det tredje handler om opplevelser og erfaringer utenfor terapirommet som har vært betydningsfulle for informantene da de gikk i psykologisk behandling. Vi vil først diskutere de tre temaene og deretter diskutere betydningen og implikasjonene av funnene.

Tillit i terapi – en mulig utfordring for god behandling

Det første temaet oppsummerer informantenes antagelse om at terapeuter uten minoritetsbakgrunn vil ha dårligere utgangspunkt for å forstå norskfødte med innvandrerforeldre sine opplevelser, og dermed dårligere utgangspunkt for å hjelpe. Informantene knyttet dette til opplevelser som utenforskap og diskriminering, og til erfaringer med å måtte håndtere forventninger fra flere kulturer. Flere snakket også om opplevelser som andre med minoritetsbakgrunn har hatt, og til diskursen rundt etniske minoriteter i media. Informantene uttrykte at disse opplevelsene vil være vanskelig å forstå hvis man ikke selv har opplevd det. I den forbindelse beskrev informanter at dette påvirket hva de fortalte til terapeutene og hvilke opplevelser de valgte å dele.

Antagelsen om at dette vil være vanskelig for utenforstående å begripe, har likhetstrekk med begrepet “cultural mistrust”, eller kulturell mistillit på norsk, som har blitt brukt til å forklare hvorfor etniske minoriteter i USA i mindre grad oppsøker behandling og hvorfor de får mindre ut av behandlingen enn hvite amerikanere (Terrell & Terrell, 1981). Begrepet defineres i litteraturen som en «tendens til ikke å stole på hvite personer basert på tidligere erfaringer med rasisme eller urettferdig behandling direkte mot en selv eller mot andre som en identifiserer seg med» (Terrell & Terrell, 1981, s. 180). Kulturell mistillit innebærer dermed både mistilliten til hvite terapeuter og koblingen til erfaringene med forskjellsbehandling, slik som våre informanter har fortalt om. Flere studier har funnet at personer som opplever mer diskriminering, mikroagresjon og implisitte biaser, også opplever større grad av kulturell mistillit (Scott et al., 2011; Kim et al., 2016). Spørsmålet blir da om amerikansk forskning på kulturell mistillit kan overføres til norsk kontekst.

Det foreligger evidens for at forskjellsbehandling og diskriminering på bakgrunn av etnisitet forekommer på flere områder i det norske samfunnet (Dalgard, 2018; Abebe et al., 2012; Midtbøen & Lidén, 2015). Ettersom det ser ut til å være en sammenheng mellom slike

opplevelser og kulturell mistillit i USA, vil det være rimelig å anta at den samme korrelasjonen også kan være til stede i Norge. Friberg (2017) rapporterte om at mange nordmenn med innvandrerbakgrunn opplever at andre anser dem som mindre norske enn de selv føler seg, noe som kan skape en opplevelse av utenforskap. Andersson (2010) argumenterte for at opplevelsene av annerledeshet, diskriminering og utenforskap i hjemlandet kan føre til at unge nordmenn med innvandrerbakgrunn identifiserer seg med etniske minoritetsgrupper fra andre land, eksempelvis USA.

Ved at norskfødte med innvandrerforeldre identifiserer seg med etniske minoriteter i USA, kan de også oppleve minoritetsstress når etniske minoriteter i USA opplever forskjellsbehandling. Minoritetsstress handler om «den ekstra belastningen som individer fra stigmatiserte sosiale grupper erfarer som et resultat av deres sosiale minoritetsposisjon» (Meyer, 2003, s. 3). Måten minoritetsgruppen blir møtt av majoritetssamfunnet, påvirker hvordan personer som identifiserer seg med denne gruppen forholder seg til samfunnet de lever i og hvilke forventninger de har (Meyer, 2003). Eksempelvis kan det å vite om at andre med minoritetsbakgrunn opplever forskjellsbehandling, skape en forventning eller en frykt for at de selv skal bli utsatt for det samme. På samme måte fremkommer det av definisjonen at kulturell mistillit kan skapes av erfaringer med urettferdig behandling mot andre som en identifiserer seg med (Terrell & Terrell, 1981). Felles identitet som etnisk minoritet på tvers av landegrenser, gjør det dermed mer sannsynlig at amerikansk forskning på kulturell mistillit kan overføres til norsk kontekst.

På den annen side er det mye som tyder på at opplevelsen av å være etnisk minoritet i USA er annerledes enn opplevelsen av å være norskfødt med innvandrerforeldre. De amerikanske studiene på kulturell mistillit trekker linjer tilbake til slaveritiden og tidligere segregeringspolitikk, og særlig til “Tuskegee Syphilis”-studien, for å forklare hvor dyptgående mistilliten til det amerikanske behandlingsapparatet kan være for mange etniske

minoriteter i USA (Trinh et al., 2019, s. 158). Siden foreldrene til våre informanter kom til Norge mellom 1970 og 1990, vil ikke informantenes foreldre ha opplevd den samme rasismen fra det norske behandlingssystemet. I tillegg ser norskfødte med innvandrerforeldre ut til å ha en høy oppadgående sosial mobilitet, og denne gruppen ser ut til å være overrepresentert i høyere utdanning (Østby & Henriksen, 2013; Vrålstad & Wiggen, 2017). Dette står i betydelig kontrast til de vedvarende sosiale forskjellene mellom den hvite majoriteten og de etniske minoritetene i USA (Midtbøen, 2021). På bakgrunn av disse tallene, argumenterer Midtbøen (2021) for at de sosioøkonomiske forholdene i det norske samfunnet tilrettelegger for inkludering, men at kulturelle opplevelser, som tilhørighet og identitet, fortsatt er preget av forskjellsbehandling av personer med innvandrerbakgrunn i Norge. I tråd med dette, har informantene i denne studien hovedsakelig beskrevet kulturelle opplevelser da de fortalte om opplevelser knyttet til å være norskfødte med innvandrerforeldre, og ikke økonomiske forhold. Det er disse kulturelle opplevelsene som informantene tenkte at terapeuter uten minoritetsbakgrunn ville ha vansker med å forstå.

På bakgrunn av dette, vil det være rimelig å anta at erfaringer som etniske minoriteter opplever, kan skape utfordringer for utviklingen av tillit til terapeuter uten minoritetsbakgrunn. Tillit kan anses som et sentralt element i dannelsen av en sterk terapeutisk allianse, og er av betydning for at terapien skal oppleves som god og gi gode resultater (Birkhäuer et al., 2017; Safran & Muran, 2000). Forskning på kulturell mistillit tyder på at personer som opplever dette, synes det er vanskeligere å kommunisere med terapeuten (Trinh et al., 2019, s. 161). Dette er noe informantene i denne studien også fortalte om.

I forlengelse av dette formidlet informanter at det var mye de ikke fortalte terapeuten, fordi de tenkte at terapeuten ikke kom til å forstå. Forskning om hvordan klienter kan holde tilbake og ha vansker med å være åpne om viktige erfaringer i terapi, tyder på at det å holde

tilbake erfaringer kan ha negative konsekvenser for terapien (Kleiven et al., 2020; Rennie, 1994). I tillegg har Berrett-Lennard (1981) argumentert for at empati er en toveis syklus mellom klient og terapeut, og at hele denne syklusen først avhenger av at klienten uttrykker hvordan hen har det. Dersom klienten ikke gjør dette, kan heller ikke terapeuten vise forståelse for klienten, fordi terapeuten ikke kan vite hvordan klienten har det. På bakgrunn av dette kan vi argumentere for at norskfødte med innvandrerforeldre kan ha antagelser om at terapeuter uten minoritetsbakgrunn vil ha dårligere utgangspunkt for å forstå deres flerkulturelle opplevelser. I lys av forskning på kulturell mistillit og tillit i terapi (Birkhäuger et al., 2017; Trinh et al., 2019), argumenterer vi for at denne antagelsen kan medføre en risiko for dårlige opplevelser i terapi.

Utfordringer med empati eller med flerkulturell kompetanse?

Det andre temaet vårt, Når terapeuten bommer, handler om informantenes opplevelser av at terapeuten ikke klarte å sette seg inn i deres erfaringer knyttet til å være norskfødt med innvandrerforeldre, særlig relatert til temaer som foreldre og familie. Informantene fortalte om opplevelser med at terapeuten ikke aksepterte andre kulturelle verdier enn sine egne, eller erfaringer med at terapeuten definerte behovene og utfordringene deres for dem. En konsekvens som informantene beskrev, var at de kjente et behov for å forsvare familien eller kulturen sin overfor terapeuten. For mange svekket dette relasjonen til terapeuten, og noen kjente på mindre tillit til den psykologiske behandlingen som helhet.

Alle informanter som opplevde at terapeuten ikke klarte å sette seg inn i deres erfaringer, fortalte at de ikke oppfattet at terapeuten gjorde det av vond vilje, men heller at terapeuten hadde manglende kunnskap om eller evne til å kommunisere rundt disse temaene. Evnen til å forstå andres opplevelser, og evnen til å kommunisere denne forståelsen tilbake til personen refereres ofte til som terapeutisk empati (Bordin, 1979; Elliot et al., 2018). Informantenes opplevelser av å ikke bli forstått kan dermed tyde på at de opplevde den

terapeutiske empatien som utilstrekkelig. Forskningen på empati indikerer at evnen til terapeutisk empati utgjør en av de viktigste prediktorene for effekten av terapi (Elliott et al. 2018; Flückinger et al. 2018), samtidig som at mer mangfoldige populasjoner ser ut til å ha større behov for at terapeuten er forståelsesfull, ikke-dømmende og emosjonelt støttende under behandling for å sikre deres deltakelse (Gillispie et al., 2005).

På en annen side var det som oftest kulturelle temaer, særlig knyttet til foreldre og familie, som informantene opplevde at terapeuten ikke klarte å være empatiske med. Noen informanter fortalte at terapeuten kunne forstå og vise empati da det var snakk om andre temaer. På denne måten kan terapeutens bommer bedre forstås i "terapeutisk flerkulturell kompetanse. Dette begrepet ble først omtalt av Sue og kollegaer (1982, referert i Soto et al., 2018), og består av tre karakteristikk: (1) terapeutens bevissthet om egne forutantagelser, verdier og bias, (2) terapeutens forståelse av hvordan klienter med en annen kulturell bakgrunn enn sin egen forstår verden, og (3) terapeutens evne til å tilegne seg tilpassede intervensjonsstrategier og teknikker. Forskningslitteraturen tyder at terapeutisk flerkulturell kompetanse kan føre til større engasjement og predikerer bedre utfall hos mer mangfoldige klientpopulasjoner, sammenlignet med psykologisk behandling der flerkulturell kompetanse ikke har blitt implementert (Fuertes et al., 2006; Soto et al., 2018). Resultater fra en studie gjennomført av Fuertes og kollegaer (2006) peker på at terapeutisk flerkulturell kompetanse til og med kunne være viktigere enn empati i møte med mennesker med minoritetsbakgrunn.

Samtidig fant også denne studien en positiv korrelasjon mellom terapeutisk flerkulturell kompetanse og terapeutisk empati (Fuertes et al., 2006). Denne korrelasjonen ble også rapportert i en senere studie av Wang og Kim (2010). I denne studien ga deltakerne høyere skårer på terapeutiske prosesser (inkludert empati) til terapiforløp der terapeutisk flerkulturell kompetanse var implementert, enn de forløpene uten denne implementeringen (Wang & Kim, 2010). Dette tyder på at terapeutisk flerkulturell kompetanse har en

sammenheng med terapeutisk empati, og det vil være vanskelig å skille mellom hvilke av begrepene som best belyser opplevelsene til informantene i denne studien. For eksempel fortalte en informant at terapeuten hadde insistert på at den fysiske avstraffelsen hun opplevde i oppveksten, gjorde større skader for informanten enn det informanten selv mente. Dette kan tolkes som mangel på empati, ettersom terapeuten ikke tilpasset sine antagelser i møte med klienten (Elliott et al., 2018). På den annen side kan det å pålegge klienten egne kulturelle verdier og holdninger, som at det er utelukkende feil med fysisk avstraffelse, anses som mangel på terapeutisk flerkulturell kompetanse (Soto et al., 2018).

Uavhengig av om terapeutens bommer best kan forstås som manglende empati eller flerkulturell kompetanse, opplevde informantene at de lukket seg eller måtte forsvare foreldrene sine overfor terapeuten. Dette kan vi forstå gjennom tidligere forskning på alliansebrudd innen psykoterapi. Alliansebrudd kan sies å bestå «enten av uenighet om terapiens mål eller oppgaver, eller problemer ved det emosjonelle båndet mellom klienten og terapeuten» (Safran & Muran, 2000, s.16). Samtidig kan uenigheter angående oppgavene og målene i terapien ofte reflektere brudd i det emosjonelle båndet, og motsatt (Safran & Muran, 2000, s.16). For å kunne bli enige om terapiens mål og oppgaver, må terapeuten og klienten være enige om hva som er utfordringene og behovene til klienten (Flückiger et al. 2018; Safran & Muran, 2000). Eksempelvis fortalte informantene i vår studie at de opplevde at terapeuten definerte deres behov og utfordringer for dem, og selv om de var uenige så opplevde de det som vanskelig å si ifra. Ulik forståelse av hva som var utfordringene og behovene til klienten, kan muligens ha ført til uenigheter om målene og oppgavene i terapien. Videre kan det at informanten lukket seg eller følte at de måtte forsvare familien sin overfor terapeuten, forstås som et brudd på eller barriere for utviklingen av det emosjonelle båndet som er nødvendig for utviklingen av god allianse (Safran & Muran, 2000).

Allianse har i forskningslitteraturen gjennomgående blitt funnet for å være en viktig prediktor for effekten av terapi, samtidig som at det har blitt etterlyst mer forskning på kulturelt spesifikke utvalg både innenfor og utenfor vestlige land (Flückiger et al., 2018). Grunnen til dette er at forholdet mellom terapeuten og klienten alltid vil være en del av kulturelle normer og forventninger til terapeuten og hjelperrollen (Flückiger et al. 2018). I vår studie etterlyste alle informanter mer kulturell kompetanse, da de ble spurt om hva som var viktig for terapeuter i møte med norskfødte med innvandrerforeldre i psykologisk behandling. Dette svaret kom fra informanter som både var fornøyde og misfornøyde med terapiforløpene de hadde hatt. Dette samsvarer med studien til Fuertes og kollegaer (2006), der det ble funnet en positiv korrelasjon mellom terapeutisk allianse og terapeutisk flerkulturell kompetanse. Terapeutisk flerkulturell kompetanse kan derav tenkes å være nyttig ved formidling av empati og for å skape allianse i møte norskfødte med innvandrerforeldre i psykologisk behandling.

Et gap i forståelsen av psykisk helse

Det siste temaet, Å søke hjelp når det å gå i psykologisk behandling er et stigma, handler om utfordringer knyttet til det å oppsøke og å motta psykisk helsehjelp som norskfødte med innvandrerforeldre, når det å gå i psykologisk behandling kan virke stigmatiserende i miljøet. Goffman (1963) argumenterte for at en egenskap bærer stigma dersom egenskapen medfører en nedvurdering av en person sin menneskehet, fra å anse personen som hel og normal, til en person som har en uønsket annerledeshet, som det er noe galt med eller som har en tilkortkommenhet. Denne forståelsen av et stigma samsvarer med informantenes beskrivelser av at oppvekstmiljøet kan anse personer med psykiske vansker som gale eller ute av stand til å ta vare på seg selv, og at det å gå i psykologisk behandling kan tolkes som å sette seg selv foran andre. Betydningen av stigmaet for informantene da de gikk i psykologisk behandling ble beskrevet fra to perspektiver. Det første handlet om deres erfaringer med negative holdninger til psykiske vansker og psykologisk behandling i familien og hos

bekjente, mens det andre handlet om at informantene selv hadde internalisert deler av holdningene og verdiene fra oppvekstmiljøet.

Walås (2013; 2017) argumenterte for at det ikke fantes noen studier i 2013 som viste hvor stort omfanget av stigmatisering rundt psykiske lidelser var i norske innvandremiljøer, og det eksisterte heller ingen forskning på hvordan stigmatiseringen kommer til uttrykk. På bakgrunn av dette gjorde hun en kvalitativ undersøkelse av ikke-vestlige innvandrere sine holdninger til psykiske lidelser i Norge. I denne studien ble det rapportert at alle informantene opplevde psykiske lidelser som et stigmatisert tema i norske, ikke-vestlige innvandremiljøer. Blant annet ble det funnet at dersom noen i familien hadde en psykisk lidelse, ville det kunne bringe skam til hele familien. I tillegg rapporterte studien om lite kunnskap om psykiske lidelser i miljøene, der psykiske lidelser ble forstått som galskap eller gjennom religiøse eller spirituelle forklaringer, som ondskap eller tidligere begåtte synder (Walås, 2013; 2017).

Alle våre informanter beskrev tilsvarende erfaringer med stigmatisering og lite kunnskap om psykiske lidelser i oppvekstmiljøene. Våre funn støtter dermed oppunder Walås sine funn fra 2013. På en annen side fortalte de fleste av informantene i vår studie om mindre grad av stigmatisering. I vår studie har vi også fokusert på betydningen av oppvekstmiljøets holdninger til psykisk helse for informantene da de gikk i psykologisk behandling. Forskning på personer med alvorlige psykiske lidelser som opplever at deres psykiske vansker bærer med seg stigma, har funnet at denne opplevde stigmatiseringen står i veien for å søke behandling og svekker effekten av behandlingen (Angermeyer et al. 2004; Corrigan, 1998). På samme måte fortalte våre informanter at holdningene til psykiske lidelser i deres oppvekstmiljøer, gjorde det vanskeligere for dem å søke behandling, og at det var en belastning mens de gikk i behandlingen.

Samtidig uttrykte også informantene at det var et gap mellom hvilke holdninger de selv hadde og hvilke holdninger foreldrene hadde, og mange opplevde at de ble møtt med

manglende forståelse da de fortalte foreldrene sine om den psykiske helsehjelpen. På en annen side beskrev informantene at søsken, søskenbarn og venner viste forståelse ovenfor deres vansker, og hadde i større grad likere holdning og verdier som dem. Vi kan dermed forstå informantenes opplevelser som kulturelle generasjonskonflikter (engelsk: Intergenerational Cultural Conflicts, ICC) mellom informantene og foreldrene. Amerikansk forskningslitteratur har beskrevet at slike konflikter kan oppstå når innvandrerforeldre og deres etterkommere har ulike akkulturasjonsprosesser, som fører til en uoverensstemmelse i holdninger og verdier (Lui, 2015; Steinberg, 2001, referert i Liu, et al., 2019). I meta-analysen til Lui og kollegaer (2015) ble det funnet at generasjonskonflikter i innvandrerfamilier ofte omhandler grunnleggende verdier, som ansvar for familien og mål med livet. Konfliktene ble assosiert med større psykiske helseplager og dårligere fungering hos barna. Informantene uttrykte i denne sammenhengen at konfliktene kunne oppstå mellom dem og foreldrene da de fortalte at de skulle motta psykisk helsehjelp, og at konfliktene handlet om ulike forståelser av hva det vil si «å ha det vanskelig» eller hvordan psykiske vansker bør håndteres. Disse konfliktene opplevdes som tunge og utfordrende for informantene å stå i.

Liu og kollegaer (2019) gjorde en kvalitativ studie om generasjonskonflikter hos amerikanskfødte med innvandrerforeldre fra Kina og Taiwan, og påpekte imidlertid betydningen av å anse disse konfliktene som dynamiske og i endring. Denne studien beskrev at generasjonskonflikter i innvandrerfamilier kan endre seg over tid gjennom at familiemedlemmene aktivt ser hverandres perspektiver og forstår hverandre bedre. Det samme ble beskrevet av våre informanter, der foreldrene viste større forståelse for informantenes valg om å gå i psykologisk behandling over tid. Informantene beskrev denne utviklingen som en prosess fylt med både krangler og reparasjoner, der informantene over tid har fått forståelse for foreldrenes holdninger, og foreldrene har forstått informantenes erfaringer.

En slik endring over tid kan ses på flere områder i dette temaet. Familienes endrede holdning til psykiske vansker samsvarer også med tidligere forskning på akkulturasjon, som formidler at akkulturasjon skjer hos alle familiemedlemmene i innvandrerfamilier (Bornstein & Cote, 2006, referert i Lui, 2015). På samme måte fortalte informantene at stigmaet og de kulturelle normene som gjorde terapien vanskeligere, var sterkest til stede da de først startet i terapi. Dette samsvarer med tidligere forskning som har funnet at psykologisk behandling kan redusere stigmaet til psykiske vansker for dem som mottar behandlingen (Wade et al., 2011).

Oppsummert ser det ut til at det kan eksistere noen stigmatiserende holdninger rundt psykiske vansker og normer som nedvurderer psykologisk behandling i norske innvandremiljøer. Disse holdningene og normene kan bidra til å skape ekstra belastning for norskfødte med innvandrerforeldre når de mottar psykisk helsehjelp. utfordringene ser hovedsakelig ut til å handle om stigma rundt psykiske lidelser, og konflikter med foreldrene. Informantene fortalte at de selv tok med seg noen av disse holdningene og normene inn i behandlingen. Det ser derimot ut til at konfliktene, holdningene og normene bør anses som dynamiske og i stadig endring, og endringen kan ofte tilskrives til en aktiv innsats fra de norskfødte med innvandrerforeldre og deres familie.

Terapeuter og klienter med lik bakgrunn

Vi har nå drøftet resultatene fra vår studie i lys av eksisterende forskningslitteratur, og vi har argumentert for at funnene belyser opplevelser som kan være viktige ved psykologisk behandling av norskfødte med innvandrerforeldre. Vi har diskutert hvorvidt tidligere erfaring med diskriminering og utenforskap kan skape utfordringer med å utvikle tillit til terapeuter fra en annen bakgrunn. I tillegg har informantene fortalt om erfaringer i terapirommet som vi har tolket som alliansebrudd, og disse ser ut til å forekomme der terapeutene har blemmer rundt flerkulturelle temaer. Til slutt kan funnene våre indikere at det eksisterer et stigma rundt psykiske vansker og psykologisk behandling i norske innvandremiljøer. Vi har drøftet

hvordan dette stigmaet potensielt kan være en kilde til konflikter mellom norskfødte med innvandrerforeldre og deres foreldre mens de går i psykologisk behandling.

Da vi spurte informantene om hva som kan forbedres ved det psykiske helsetilbudet for norskfødte med innvandrerforeldre, svarte alle at det enten kunne være hensiktsmessig med flere terapeuter med minoritetsbakgrunn eller at terapeuter hadde mer flerkulturell kompetanse. Ertl og kollegaer (2019) argumenterte for at det ikke ville være mulig eller nødvendig med “matching” av klient-terapeut for bedre behandlingsutfall, ved å trekke linjer til interseksjonalitetsteorier. Interseksjonalitet beskriver en tilnærming der man forstår individets erfaringer som et resultat av flere samtidige, uatskillelige identiteter basert på deres medlemskap i ulike sosiale grupper (Cole, 2009). Det vil være vanskelig å “matche” klient-terapeut fullstendig basert på denne forståelsen av identitet. I tillegg indikerer forskningslitteraturen at det foreligger en ikke-signifikant assosiasjon mellom positivt behandlingsutfall og å “matche” bakgrunnene til terapeuten og klienten (Ertl et al., 2019).

Ertl og kollegaer (2019) argumenterte derav for terapeutisk flerkulturell kompetanse som en bedre løsning enn “matching”. Flerkulturell kompetanse kan skape et felles grunnlag for terapeuten og klienten, der de kan utforske hverandres forståelse av verden og dens realiteter. På denne måten kan det oppstå en “match” mellom terapeuten og klientens verdensbilde, og dette kan bidra til å skape en indre følelse av å bli forstått og styrket hos klienten. Terapeutisk flerkulturell kompetanse antas således å blant annet kunne øke klientenes deltakelse i behandling, og er assosiert med bedre behandlingsutfall (Chu et al., 2016; Fuertes et al., 2006).

Ut fra funnene i vår studie, kan vi ikke si noe om de faktiske evnene til terapeutene som informantene har møtt på eller hva som faktisk har skjedd i de enkelte tilfellene der informantene følte at terapeuten bommet. Det vi kan rapportere er at klienten opplevde relasjonen til terapeuten som svekket, og at brudd på allianse har konsekvenser for

behandlingen (Safran & Muran, 2000). Tidligere forskning indikerer at faktorer hos klienten bidrar noe til utviklingen av terapeutisk allianse, som eks. klientens tillit, kapasitet til å skape tilknytning, og sosial støtte. Samtidig er det lite forskning som indikerer at karakteristikker hos klienten systematisk påvirker korrelasjonen mellom allianse og utfall i terapi. Det finnes derimot mer støtte for at terapeuten har en sterk påvirkning på korrelasjonen mellom allianse og utfall i terapi (Baldwin et al. 2007; Del Re et al., 2012, referert i Flückiger et al., 2018). I lys av forskning på terapeutisk flerkulturell kompetanse og allianse, argumenterer vi for at terapeutisk flerkulturell kompetanse kan være nyttig for terapeuter som møter norskfødte med innvandrerforeldre i psykologisk behandling.

Refleksivitet

Refleksivitet innebærer å «gjennomgående reflektere rundt våre tolkninger av både våre erfaringer og fenomenet vi studerer for å kunne bevege oss forbi det partiske ved våre tidligere forståelser og vår investering i bestemte utfall av forskningen» (Finlay, 2003, s. 108). Som nevnt under “Metodisk tilnærming”, har vi valgt en hermeneutiske-fenomenologiske tilnærmingen til kvalitativ forskning, som tar utgangspunkt i at ulike mennesker vil erfare og fortolke samme fenomen på ulike måter (Heidegger, 1962, referert til i Finlay, 2002). En refleksiv tilnærming innebærer dermed å rette søkelyset på oss selv, reflektere rundt egne erfaringer og overbevisninger, og legge frem det vi selv kan ha tatt med oss i møte med fenomenet som studeres. På den måten kan vi belyse betydningen av vår egen subjektivitet og fortolkning av datamaterialet (Finlay, 2002; Laverly, 2003). Wilkinson (1988) har beskrevet tre ulike former for refleksivitet: personlig, funksjonell og disiplinær. Vi vil bruke dette rammeverket til å diskutere vår refleksivitet, fra da vi først bestemte oss for å gjennomføre denne studien, i møte med informantene og gjennom arbeidet med analysen.

Personlig refleksivitet

Personlig refleksivitet handler om våre identiteter: hvem vi er og på hvordan vi ser oss selv (Wilkinson, 1988). Vivian og Anders selv førstehåndserfaring som minoriteter. Vi har personlig opplevd minoritetsperspektivet som manglende i profesjonsstudiet i psykologi, og minoritetsopplevelser har blitt beskrevet på reduksjonistiske måter i forelesningene. I de tilfellene der minoritetsspørsmål har vært på dagsorden, opplevde vi at fokuset var på generelle og abstrakte forståelsesmodeller, som eksempelvis kollektivism og individualisme. Vi opplevde at det var lite fokus på hvordan en terapeut kan møte minoriteter i psykologisk behandling. Eksempelvis kunne det ha vært snakk om at det kan være vanskelig “å komme ut av skapet”, uten at det har blitt snakket om hvordan denne problemstillingen kan møtes i terapirommet.

Samtidig har vi i private sammenhenger møtt på personer som uttrykte frustrasjon i møte med psykologisk behandling, fordi de ikke følte seg forstått som minoritet eller fordi de fryktet for å ikke bli forstått av en som ikke var minoritet selv. Ut fra disse erfaringene initierte vi dette prosjektet. Vi tenkte at møtet mellom terapeuter som ikke har fått tilstrekkelig trening i å møte minoriteter og klienter med minoritetsbakgrunn kunne by på utfordringer i terapirommet. I utgangspunktet ønsket vi å skrive om opplevelsene til både skeive og etniske minoriteter, men innså at denne gruppen kunne være svært vanskelig å rekruttere. Dermed endte vi med å velge en bredere gruppe med håp om at implikasjoner herfra også vil være nyttige i møte med andre typer minoriteter.

Allerede fra starten var vi bevisste våre antagelser om at norskfødte med innvandrerforeldre kan oppleve andre utfordringer i terapien enn etnisk norske. I utarbeidelse av intervjuguiden diskuterte vi derfor lenge hvor direkte vi kunne spørre om potensielle utfordringer i informantenes terapiforløp. Vi fryktet at for direkte spørsmål kunne tolkes som ledende av lesere, og at vi skulle bli anklaget for å legge ordene i munnen på informantene. På

den annen side ville det vært uheldig om vi gikk glipp av viktig informasjon fordi vi ikke spurte etter den. Vi landet til slutt på å stille åpne spørsmål innenfor en ramme, som eksempelvis «hvordan var det for deg å snakke om det å være norskfødt med innvandrereforeldre i terapien?». På denne måten kunne informantene selv fortelle om både positive og negative opplevelser med utgangspunkt i sin identitet som norskfødt med innvandrereforeldre.

Funksjonell refleksivitet

Funksjonell refleksivitet handler om hvordan vi som forskere påvirker forskningen (Wilkinson, 1988). Vi ønsker her å trekke inn det sosialkonstruktivistiske perspektivet på refleksivitet fordi det tillater oss å se utover på våre omgivelser og reflektere rundt hvordan vi er formet av disse (Finlay, 2002). Begreper som minoritet, kultur og etnisitet er i stor grad sosialkonstruktivistiske begreper, ettersom meningen begrepet blir tillagt, er det som bestemmer begrepenes betydning i våre liv (Berger & Luckmann, 2000) Bakgrunnen for dette er den grunnleggende sosialkonstruktivistiske antakelsen om at mening oppstår mellom mennesker. En refleksiv tilnærming må derfor også innebære en bevissthet rundt hvilken mening som oppstår mellom forskerne og informantene, sett i lys av de ulike sosiale rollene forskerne og informantene har i møte med hverandre (Finlay, 2002).

I møte med informantene opplevde vi å passe inn i flere sosiale roller samtidig. Vi var forskere, og på den måten en vei for informantene å få sine opplevelser frem i lyset. Vi var fremtidige psykologer, og representerte dermed den yrkesgruppen som vi ønsket at informantene skulle uttale seg om. Til slutt er vi minoriteter i Norge, noe som gjør at vi hadde den samme sosiale posisjonen i samfunnet som informantene. Den sistnevnte posisjonen har vært vår vei inn i prosjektet. Dette har vi kommunisert til informantene, og således plassert oss i samme sosiale posisjon som informantene under intervjuet. Vårt ønske var å kommunisere til informantene at vi kunne forstå deres opplevelser og at vårt mål var at

norskfødte med innvandrerforeldre skal ha et godt behandlingstilbud. Det informantene har beskrevet må derfor leses med det i bakhodet: at de opplevelsene som informantene har formidlet til oss, antagelig er formidlet med en tro om at vi vil forstå hvordan de har det og at vi ønsker å forbedre behandlingstilbudet.

I forlengelse av dette kan det stilles spørsmål ved hvorvidt våre erfaringer som minoriteter faktisk gjør oss bedre i stand til å forstå informantene. På den ene siden kan vi se betydningen av utsagn som «jeg følte ikke terapeuten helt forstod», fordi vi har kjent hvor vondt det kan gjøre å ikke bli forstått når en allerede føler seg annerledes. Vi forstår at det kan være skummelt å bruke store ord om å ikke bli forstått som minoritet, for vi har begge blitt kalt hårsåre. Samtidig står vi i fare for å se utsagn som viktigere enn de er eller kjenne igjen informantenes opplevelser og tillegge dem meninger som de ikke har.

Her er det viktig for oss å fremheve at vi er minoriteter på hver vår måte. Der Anders tilhører minoritetsgruppe ut fra sin seksuelle legning, så tilhører Vivian en etnisk minoritet. Som forventet, siden vi i denne studien utforsket etniske minoriteter sine erfaringer, kunne Vivian oftere kjenne seg igjen i fortellingene til informantene og hadde en større forståelse av flerkulturelle temaer. Gjennom hele arbeidet har vi aktivt diskutert med hverandre om hvordan vi tolker informantenes opplevelser, hvilke reaksjoner de har vekket hos oss, og hva vi kjenner oss igjen i. Ved å bevisst bruke våre erfaringer til å forstå og samtidig arbeide med å skille mellom informantenes beskrivelser og våre egne antagelser, opplevde vi å få en dypere forståelse av informantenes fortellinger.

Disiplinær refleksivitet

Disiplinær refleksivitet handler om hvordan forskningen relaterer til konteksten som forskningen blir gjort innenfor (Wilkinson, 1988). Da vi initierte dette forskningsprosjektet, så vi for oss at våre funn kunne knyttes til forskningen på kultursensitive tilnæringer i psykologisk behandling (se: Hall, et al., 2016; Huey & Polo, 2008) Så skjedde politidrapet på

George Floyd den 25. mai 2020 i USA, og omtalen av rasisme økte drastisk i norske medier (Retriever, 2020). I påfølgende juli-utgave av Tidsskriftet for Norsk Psykologforening, stilte Norsk psykologforening seg bak mobiliseringen mot rasisme og diskriminering i samfunnet, og oppfordret til endring av norske psykologtjenester: mer kunnskap om kultur, mer kultursensitivitet, mer aktiv anti-diskriminering (Skard, 2020). Vår hovedoppgave ble dermed relatert til samfunnsdiskursen i mye større grad enn det vi så for oss.

Der de fleste omtalene av rasisme i norske medier i ukene etter 25. mai 2020 handlet om hverdagsdiskriminering, flyttet fokuset seg etter hvert til strukturell rasisme (Retriever, 2020). Strukturell rasisme handler om at underliggende strukturer i samfunnet gir etniske minoriteter mindre innflytelse og mindre makt i samfunnet (Midtbøen, 2021). I den forbindelse ble det skrevet flere debattinnlegg om rasismebegrepet (Retriever, 2020; se Eikefjord, 2020 og Zahid, 2020), der de fleste så ut til å være enig i at strukturell rasisme eksisterer i Norge, men var uenige i om det er hjelpsomt å bruke rasismebegrepet der det ikke har vært vond vilje. Denne debatten ønsker ikke vi. Når debatten vrir seg til hvilke begreper som skal brukes, kan diskusjonen bli politisk og funnene kan bli ansett som mindre vitenskapelige (Wilkinson, 1988). Vi ønsker å belyse norskfødte med innvandrerforeldre sine potensielle utfordringer i møte med psykisk helsehjelp, uten å si noe om disse er større eller mindre enn andres utfordringer.

Noen av debattinnleggene var derimot uenige i at strukturell rasisme eksisterer i Norge, og ett innlegg antydte at politiets økte oppmerksomhet mot personer med innvandrerbakgrunn skyldes at personer med innvandrerbakgrunn utfører flere ulovlige handlinger (Retriever, 2020; se: Jensen og Helgheim, 2020). I forlengelse av dette kan våre funn om stigma rundt psykiske vansker og psykologisk behandling i norske innvandremiljøer, gi personer i disse miljøene et stempel som “problemborgere”. Dette synes vi vil være å misbruke den åpenheten som informantene har vist ovenfor oss. Informantene

har stilt opp til denne studien fordi de ønsket å forbedre helsetilbudet for norskfødte med innvandrerforeldre i Norge. På samme måte velger vi å skrive om stigmaet fordi stigmatisering av psykiske lidelser ser ut å være viktig å forstå, for å kunne skape et godt helsetilbud for norskfødte med innvandrerforeldre.

Begrensninger

Denne studien har flere metodiske begrensninger. Som med de fleste kvalitative studier, vil en intervjuundersøkelse metoden gi ikke sikker informasjon om kausalitet (Kvale & Brinkmann, 2009). Vi kan derav ikke si noe om hva som er årsaken til disse opplevelsene i terapien, eller om det er noen kausal sammenheng mellom opplevelsene i terapirommet og utfallet for behandlingen. Samtidig finner studien sin styrke i muligheten til å fange opp og belyse opplevelser til en gruppe som det eksisterer lite forskning på fra før av. På denne måte kan resultatene fra studien gi implikasjoner for fremtidig forskning og praksis.

En annen begrensning handler om utvalget og datainnsamlingsmetoden i denne studien. Vi intervjuet totalt 13 informanter, noe som gjør at det er behov for forskning med større utvalg for å kunne gi en mer generaliserbar forståelse av norskfødte med innvandrerforeldre sine opplevelser i psykologisk behandling. I tillegg intervjuet vi informantene om terapiforløp som var avsluttet, og på den måten har vi fått beskrivelser av terapiopplevelsen som en helhet og ut fra hukommelsen til informantene. Informantene avsluttet behandlingsforløpene sine ved ulike tidspunkter, og mange fortalte om forløp fra de var mye yngre. Vi har identifisert temaene i resultatdelen ut fra de helhetlige opplevelsene som informantene har fortalt om. Informantenes antagelse om at etnisk norske terapeuter ville ha dårligere utgangspunkt for å forstå flerkulturelle opplevelser, må ses i sammenheng med tema 2, som beskriver informantenes opplevelser med at terapeuten ikke klarte å sette seg inn i disse opplevelsene. Det blir dermed feil å si at informantene gikk inn i terapien med denne antagelsen, og dermed fikk den bekreftet. Det vi derimot kan si, er at informantene hadde

disse antagelsene da vi intervjuet dem. Våre funn, sett sammen med forskningen på forskjellsbehandling og kulturell mistillit, gjør det rimelig å anta at dette er en antagelse som norskfødte med innvandrerforeldre kan ha.

En tredje begrensning i denne studien er at vi ikke vet noe om terapeuten, utover deres kjønn og hvor de jobbet. Det vil være rimelig å anta at terapeutens metode, kunnskap og bakgrunn kan ha spilt en rolle for terapiforløpet, men dette er ikke noe denne studien kan si noe om. Dette gjør det vanskelig å vite om opplevelsene best kan forstås i lys av terapeutisk empati eller terapeutisk flerkulturell kompetanse i de enkelte tilfellene. Det vi vet er at informantene opplevde relasjonen til terapeuten som svekket. Samtidig gir ikke disse funnene nok informasjon til å forstå hvordan dynamikken mellom terapeuten og klienten spilte seg ut. Det vil være nødvendig med mer forskning for å kunne forstå hvordan norskfødte med innvandrerforeldre best kan møtes i terapi.

Implikasjoner

Implikasjoner for praksis

Sommeren og høsten 2020 etterlyste henholdsvis Skard og Foreningen for interkulturell formidling i Psykologtidsskriftet mer fokus på og kunnskap om kultursensitivitet i helsetjenester og diskriminering i samfunnet (Foreningen for interkulturell formidling, 2020; Skard, 2020). Et år senere argumenterte Vik (2021) for at fokuset bør ligge på subjektivitet og fenomenologi, heller enn gruppeidentitet, som han mente kunne virke reduksjonistisk. Våre funn ser ut til å gi støtte til begge tilnærminger. I løpet av intervjuet, etterlyste informantene enten at terapeuten kunne kommunisere bedre rundt flerkulturelle temaer eller at terapeuten kunne la dem definere egne utfordringer og behov, og se forbi deres flerkulturelle bakgrunn. Vi har sett på disse opplevelsene i lys av forskning på terapeutisk empati og terapeutisk flerkulturell kompetanse. Basert på dagens kunnskapsgrunnlag ser det ut til at økt flerkulturell kompetanse kan være mest nyttig i møte med norskfødte med innvandrerforeldre (for mer

informasjon om terapeutisk flerkulturell kompetanse, se blant annet Ertl et al., 2019 og Soto et al., 2018).

Våre funn tyder også på at norskfødte med innvandrerforeldre kan ha en antagelse om at etnisk norske, privilegerte terapeuter i mindre grad kan være empatiske overfor flerkulturelle temaer, og alle informantene har fortalt om stigmatiserende holdninger til psykiske vansker og psykologisk behandling fra deres oppvekstmiljø. Basert på tidligere forskning på kulturell mistillit og stigma rundt psykiske lidelser, har vi argumentert for at dette kan være potensielle barrierer for gode opplevelser med psykisk helsehjelp for norskfødte med innvandrerforeldre. Ved behandling av klienter med mindre tillit til terapeuter og psykologisk behandling, kan det være nyttig å legge av mer tid til relasjons- og alliansebygging (for mer informasjon, se blant annet Trinh et al., 2019 og Safran & Muran, 2000). Fokus på alliansebygging ser også ut til å være nyttig for klienter som selv opplever å ha stigmatiserende holdninger til egne psykiske vansker (Wade et al., 2011).

Implikasjoner for videre forskning

Selv om fokuset på kultur og kultursensitive tilnærminger synes økende i psykologmiljøet, finnes det lite forskning på psykologisk behandling av etterkommere av innvandrere i Norge. Resultatene fra vår studie tyder at norskfødte med innvandrerforeldre har erfaringer som kan ha betydning for hvordan de opplever psykologisk behandling. Vi argumenterer for at det er behov for flere forskningsstudier som utforsker erfaringene til etterkommere av innvandrere og mennesker med flerkulturell bakgrunn. Det er mye som tyder på at disse personene kan ha opplevelser og erfaringer som er særskilte for dem og som skiller seg fra opplevelser med å være innvandrer eller en del av majoritetsbefolkningen i et land (Salole, 2013).

Funnene i vår studie er basert på intervju av 13 informanter. Data fra et enda større utvalg vil være nyttig for å videre utforske våre funn, og for å få en mer generaliserbar

forståelse av norskfødte med innvandrerforeldre sine potensielle utfordringer i møte med psykisk helsehjelp. Deretter vil det være hensiktsmessig å utforske hvordan disse utfordringene utspiller seg i terapi, ettersom våre funn kun gir en beskrivelse av den totale opplevelsen i etterkant av avsluttet behandling. For eksempel vil kvalitativ prosessforskning kunne gi opphav til behandlingsmodeller, og kvantitative effektstudier kan være nyttig for å teste ulike tilnærminger og identifisere hvilke faktorer bidrar til virkningsfull behandling.

Det vil også være nyttig å utforske terapeuter sine opplevelser i møte med flerkulturelle klienter, for å se hvilke potensielle utfordringer terapeutene kan kjenne på og hvilke vurderinger de har rundt disse utfordringene. Hva tenker terapeutene om sin egen evne til å kommunisere om flerkulturelle temaer i terapien? Hva er det terapeutene eventuelt synes er vanskelig? Den terapeutiske dynamikken som vi har nærmet oss i denne oppgaven vil være viktig å utforske ytterligere. Eksempelvis kan kvalitative studier av terapeuter sine erfaringer med behandling av flerkulturelle klienter gi informasjon om hva som terapeutene opplever som gode strategier og hva som kan oppleves som utfordrende.

Konklusjon

Målsetningen med denne oppgaven var å utforske hvilke utfordringer norskfødte med innvandrerforeldre kan oppleve når de går i psykologisk behandling. Vi gjennomførte en kvalitativ intervjustudie med 13 informanter, og analyserte intervjuene ved bruk av tematisk analyse slik som anbefalt av Braune og Clarke (2006). Vi identifiserte tre tema: 1) «Hva vet de om å være mellom to kulturer?», 2) Når terapeuten bommer, og 3) Å søke hjelp når det å gå i psykologisk behandling er et stigma. Det første og det andre temaet oppsummerer informantenes beskrivelser av interaksjonen mellom dem selv og terapeutene. Det tredje temaet gir beskrivelser av hvordan miljøet utenfor terapirrommet påvirker informantenes opplevelser med terapi. Vi har drøftet resultatene i lys av eksisterende forskningslitteratur, og vi har argumentert for at funnene belyser erfaringer som kan ha betydning for norskfødte med

innvandrere foreldrene sine opplevelser med psykologisk behandling. Disse funnene kan være nyttig for videre utforskning av denne gruppen sine erfaringer med og utbytte av psykologisk behandling, og forskning på hvordan terapeuter best mulig kan møte personer med flerkulturell bakgrunn i terapi.

Litteraturliste

- Andersson, M. (2010). The social imagery of first-generation Europeans. *Social Identities*, 16(1), 3–21. <https://doi.org/10.1080/13504630903465845>
- Angermeyer, M. C., Beck, M., Dietrich, S., & Holzinger, A. (2004). The Stigma of Mental Illness: Patients' Anticipations and Experiences. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(2), 153–162 <https://doi.org/10.1177/0020764004043115>
- Berger, P. L. & Luckmann, T. (2000). *Den samfunnsskapte virkelighet* (Wiik, F. overs.). Fagbokforlaget. (Opprinnelig utgitt 1966).
- Berry, J. W., Phinney, J. S., Sam, D. L., & Vedder, P. (2006). Immigrant Youth: Acculturation, Identity, and Adaptation. *Applied Psychology*, 55(3), 303–332. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2006.00256>
- Birkhäuser, J., Gaab, J., Kossowsky, J., Hasler, S., Krummenacher, P., Werner, C., & Gerger, H. (2017). Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. *PLoS One*, 12(2), e0170988-e0170988. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170988>
- Binder, P.-E., Holgersen, H. & Moltu, C. (2012). Staying close and reflexive: An explorative and reflexive approach to qualitative research on psychotherapy. *Nordic Psychology*, 64(2), 103–117. <https://doi.org/10.1080/19012276.2012.726815>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bourque, F, van der Ven, E, & Malla, A. (2011). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychological Medicine*, 41(5), 897–910. <https://doi.org/10.1017/S0033291710001406>

- Chu, J., Leino, A., Pflum, S., & Sue, S. (2016). A Model for the Theoretical Basis of Cultural Competency to Guide Psychotherapy. *Professional Psychology, Research and Practice*, 47(1), 18–29. <https://doi.org/10.1037/pro0000055>
- Cole, E. R. (2009). Intersectionality and research in psychology. *American Psychologist*, 64, 170–180. <https://doi.org/10.1037/a0014564>
- Corrigan, P. W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5(2), 201–222. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(98\)80006-0](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(98)80006-0)
- Cozby, P. C. (2015). *Methods in behavioral research* (12. utgave). New York: McGraw-Hill.
- Dalgard, A. B. (Red.) (2018). Levekår blant norskfødte med innvandrereforeldre i Norge 2016. SSB-rapport 2018/20. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Dzarmarija, T. M. (2019, 5.mars). *Slik definerer SSB innvandrere*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/slik-definerer-ssb-innvandrere>
- Eikefjord, E. (2020, 18. juni). Jeg er hvit og privilegert og bruker feil ord. Er jeg da rasist? *Bergens Tidende*. <https://www.bt.no/btmeneringer/kommentar/i/GGpqyx/jeg-er-hvit-og-privilegert-og-bruker-feil-ord-er-jeg-da-rasist?fbclid=IwAR11bKb6JINsrTHxNRW0tJGeE2z6DXKb-WT7Nebzvz0aT57JGksG5nIOAfk>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist Empathy and Client Outcome: An Updated Meta-Analysis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(4), 399-410. <https://doi.org/10.1037/pst0000175>
- Elliott, R. & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9(4), 443-467. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(89\)90003-2](https://doi.org/10.1016/0272-7358(89)90003-2)

- Ertl, M. M., Mann-Saumier, M., Martin, R. A., Graves, D. F., & Altarriba, J. (2019). The Impossibility of Client–Therapist “Match”: Implications and Future Directions for Multicultural Competency. *Journal of Mental Health Counseling, 41*(4), 312-326
<https://doi.org/10.17744/mehc.41.4.03>
- Finlay, L. (2002). “Outing” the Researcher: The Provenance, Process, and Practice of Reflexivity. *Qualitative Health Research, 12*(4), 531-545.
<https://doi.org/10.1177/104973202129120052>
- Finlay, L. (2003). Through the Looking Glass: Intersubjectivity and Hermeneutic Reflection. *In Reflexivity (pp. 106–119)*. Blackwell Science Ltd.
<https://doi.org/10.1002/9780470776094.ch8>
- Friberg, J. H. (2017). Assimilering på norsk. Sosial mobilitet og kulturell tilpasning blant ungdom med innvandrerbakgrunn. Fafo-rapport 2016:43. Oslo: Fafo.
- Friberg, J. H. (2021). Who wants to be Norwegian - who gets to be Norwegian? Identificational assimilation and non-recognition among immigrant origin youth in Norway. *Ethnic and Racial Studies, 44*(16), 21- 43.
<https://doi.org/10.1080/01419870.2020.1857813>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Synthesis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.), 55*(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Fuertes, J. N., Stracuzzi, T. I., Bennett, J., Scheinholtz, J., Mislowack, A., Hersh, M., & Cheng, D. (2006). Therapist multicultural competency: A Study of therapy dyads. *Psychotherapy, 43*(4), 480–490.
- Gadamer, H.-G. (2013). *Truth and method*. (Weinsheimer, J. & Marshall, D. G., overs.). Bloomsbury Academic. (Opprinnelig utgitt 1975).

- Gillispie, R., Williams, E., & Gillispie, C. (2005). Hospitalized African American mental health consumers: Some antecedents to service satisfaction and intent to comply with aftercare. *American Journal of Ortho- psychiatry*, 75, 254–261.
<http://dx.doi.org/10.1037/0002-9432.75.2.254>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall.
- Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. A., & Ladany, N. (2005). Consensual Qualitative Research. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 196–205.
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.196>
- Jensen, S. & Helgheim, J. (2020, 14. juni). Alt er ikke rasisme. *NRK*.
<https://www.nrk.no/ytring/alt-er-ikke-rasisme-1.15051479>
- Kim, P. Y., Kendall, D. L., & Cheon, H.-S. (2017). Racial Microaggressions, Cultural Mistrust, and Mental Health Outcomes Among Asian American College Students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 87(6), 663–670.
<https://doi.org/10.1037/ort0000203>
- Kvale, S. (1996). *Interviews: An introduction to qualitative research interviewing*. Sage.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interviews: Learning the craft of the qualitative research interviewing* (2nd ed.) Sage.
- Laverty, S. M. (2003). Hermeneutic Phenomenology and Phenomenology: A Comparison of Historical and Methodological Considerations. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(3), 21–35. <https://doi.org/10.1177/160940690300200303>
- Liu, J., Liang, C. T. H., Nguyen, D., & Melo, K. (2019). A Qualitative Study of Intergenerational Cultural Conflicts Among Second-Generation Chinese Americans and Taiwanese Americans. *Asian American Journal of Psychology*, 10(1), 47–57.
<https://doi.org/10.1037/aap0000121>

- Lui, P. P. (2015). Intergenerational Cultural Conflict, Mental Health, and Educational Outcomes Among Asian and Latino/a Americans: Qualitative and Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 141(2), 404–446. <https://doi.org/10.1037/a0038449>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–679. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Midtbøen, A. H. & Lidén, H. (2015). Diskriminering av samer, nasjonale minoriteter og innvandrere i Norge: En kunnskapsgjennomgang. ISF-rapport 2015:01. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Midtbøen, A. H. (2021). Strukturell rasisme i en strukturelt inkluderende velferdsstat? *Tidsskrift for Samfunnsforskning*, 62(1), 106–115. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-291X-2021-01-09>
- Mindlis, I. & Boffetta, P. (2017). Mood disorders in first- and second-generation immigrants: Systemic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 210(3), 182–189. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.181107>
- Munthe-Kaas, H.M., Bidonde, J., Nguyen, L., Flodgren, G. & Meneses, J. (2018). Effect of health equity tools for immigrants. *Folkehelseinstituttet*.
- Ngo, J. (2021). *Mellom to kulturer*. Under utarbeidelse.
- QSR International. (2021, 9.april). *NVivo 12* [Programvare].
- Retriever (2020). Rasismedebatten i norske medier 01.05.2020-31.08.2020: En medieanalyse av rasisme i kjølvannet av drapet på George Floyd og fremveksten av Black Lives Matter-bevegelse. Oslo: Retriever.
- Rogers, C. R. (1975). Empathic: An Unappreciated Way of Being. *The Counseling Psychologist*, 5(2), 2-10. <https://doi.org/10.1177/001100007500500202>

- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide*. Guilford Press.
- Salole, L. (2013). *Krysskulturelle barn og unge: om tilhørighet, anerkjennelse, dilemmaer og ressurser*. Gyldendal akademisk.
- Scott Jr., L. D., McCoy, H., Munson, M. R., Snowden, L. R. & McMillen, J. C. (2011). Cultural Mistrust of Mental Health Professionals Among Black Males Transitioning from Foster Care. *Journal of Child and Family Studies*, 20(5), 605–613. 613.
<https://doi.org/10.1007/s10826-010-9434-z>
- Schackt, J. (2021, 2. januar). Etnisk norsk. *I Store Norske Leksikon på snl.no*. Hentet 16.mai 2021 fra https://snl.no/etnisk_norsk
- Skard, H. K. (2020, 1.juli). *Vi skal være aktivt mot diskriminering*. Tidsskrift for Norsk psykologforening. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2020/07/vi-skal-vaere-aktivt-mot-diskriminering>
- Statistisk sentralbyrå (SSB) (2021, 15.april). *Fakta om innvandring*. Statistisk sentralbyrå.
<https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/faktaside/innvandring>
- Soto, A., Smith, T. B., Griner, D., Rodríguez, M. D., & Bernal, G. (2018). Cultural adaptations and therapist multicultural competence: Two meta-analytic reviews. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1907–1923. <https://doi.org/10.1002/jclp.22679>
- Terrell, F. & Terrell, S. (1981). An inventory to measure cultural mistrust among Blacks. *The Western Journal of Black Studies*, 5(3), 180-185.
- Trinh, N.-H. T., Cheung, C.-Y. J., Velasquez, E. E., Alvarez, K., Crawford, C. & Algeria, M. (2019). Addressing Cultural Mistrust: Strategies for Alliance Building. I Medlock, M. M., Shtasel, D., Trinh, N.-H. T. & Williams, D. R. (Red.) *Racism and Psychiatry: Contemporary Issues and Interventions* (1.utg. s. 157-180.) Springer Nature Switzerland AG https://doi.org/10.1007/178-3-319-90197-8_9

- Vaage, A., Tingvold, L., Hauff, E., Van Ta, T., Wentzel-Larsen, T., Clench-Aas, J., & Thomsen, P. (2009). Better mental health in children of Vietnamese refugees compared with their Norwegian peers - a matter of cultural difference? *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3(1), 34.
- van Leeuwen, N., Rodgers, R., Régner, I., & Chabrol, H. (2010). The Role of Acculturation in Suicidal Ideation among Second-Generation Immigrant Adolescents in France. *Transcultural Psychiatry*, 47(5), 812-832. <https://doi.org/10.1177/1363461510382154>
- Vrålstad, S. & Wiggen, K. S. (Red.) (2017). Levekår blant innvandrere i Norge 2016. SSB-rapport 2017/13. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Wade, N. G., Post, B. C., Cornish, M. A., Vogel, D. L., & Tucker, J. R. (2011). Predictors of the Change in Self-Stigma Following a Single session of Group Counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 58(2), 170–182. <https://doi.org/10.1037/a0022630>
- Walås, Y. T. (2013). «Man snakker ikke om sånt». En kvalitativ undersøkelse om ikke-vestlige innvandreres syn på psykiske lidelser. [Masteroppgave]. Høgskolen i Hedmark.
- Walås, Y. T., (2017). «Man snakker ikke om sånt» - En kvalitativ undersøkelse om ikke-vestlige innvandreres syn på psykiske lidelser. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 13(2), 134–144. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-02-05>
- Wilkinson, S. (1988). The role of reflexivity in feminist psychology. *Women's Studies International Forum*, 11(5), 493–502. [https://doi.org/10.1016/0277-5395\(88\)90024-6](https://doi.org/10.1016/0277-5395(88)90024-6)
- Wreally LLC. (2021, 9. april). *Transcribe* [Programvare]. <https://transcribe.wreally.com/>
- Zahid, S. (2020). Jeg er en mørk minoritet som stadig prater om rasisme. Er jeg da lettkenket? *Bergens Tidende*. <https://www.bt.no/btmeninger/debatt/i/4qyLnR/jeg-er-en-moerk-minoritet-som-stadig-prater-om-rasisme-er-jeg-da-lettk>

Østby, L. & Henriksen, K. (2013). Innvandrere – hva vi nå vet og ikke vet. *Samfunnspeilet*, 2-10.

Appendiks A. Intervjuguide

Intervjuguide: Norskfødte med innvandrerforeldre sin opplevelse av å være i psykoterapi

ID:

Introduksjon til intervjuet

- Introduksjon av intervjueren, og at intervjuet er en del av en avsluttende hovedoppgave (prof.psykol, UiB).
 - Vi har begge minoritetsbakgrunn: Vivian har foreldre fra Vietnam og Anders er homofil.
- Påminnelse om lydopptak, anonymisert transkripsjon, sletting etterpå. Taushetsplikt og retten til å trekke seg.
(Skrive under på kontrakt, hvis dette ikke er gjort).
- Forskningslitteraturen viser at unge med innvandrerbakgrunn opplever helsetjenester annerledes enn etnisk norske i samme alder, men vi vet lite om hvordan det oppleves for unge med innvandrerforeldre å gå i psykoterapi. Det vi ønsker med dette intervjuet, er å høre din opplevelse av selve behandlingen og opplevelser rundt det å motta psykisk helsehjelp.
- Jeg vil stille deg noen åpne spørsmål, og du svarer bare så godt du kan. Det finnes ingen riktige eller gale svar. Det kan være at jeg ber deg om å fortelle mer om noe du nevner underveis. Jeg kommer kanskje til å respondere mindre på det du sier enn hva jeg vanligvis ville gjort i en samtale, men det er bare for å ikke påvirke deg eller dra deg i noen retning.
- Har du noen spørsmål før vi starter?

Kan du fortelle litt om deg selv?

Demografiske opplysninger:

- Alder:
- Evt. alder da du kom til Norge:
- Kjønn:
- Utdanning:
- Hvor i Norge er du vokst opp (vi anonymiserer)?
- Mor sitt opprinnelsesland:
 - Året hun kom til Norge:
- Far sitt opprinnelsesland:
 - Året han kom til Norge:
- Behandlingssted(er) og periode(r):

Vi kommer ikke til å skrive noe om hvor du har vært, men hvilket hjelpenivå behandlingen til deltakerne var på.

Presisere at vi bare skal snakke om avsluttede behandlingsforløp.

Kategorier og spørsmål	Ønsker å høre om
<p>Oppsøking av terapi</p> <p>1. Kan du fortelle om hva som gjorde at du søkte terapi?</p> <p>2. Hvordan var det for deg å skulle begynne i terapi?</p> <p>3. Hvordan så du for deg at terapien kom til å bli?</p>	<p>Grunnene til å søke terapi.</p> <p>Om det var noe som gjorde det vanskelig å søke hjelp.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Utdype:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hva gjorde det vanskelig? ○ Hva gjorde det enklere? <p>Forventninger til psykisk helsehjelp.</p>
<p>Opplevelse av terapien</p> <p>4. Kan du utdype mer om hjelpen du fikk ved ... (institusjon)?</p> <p>5. Hvordan opplevde du terapien?</p> <p>6. Hvordan var det for deg å snakke om din opplevelse av å være norskfødt med innvandrerforeldre i terapien?</p> <p>7. Hva fikk du ut av terapien?</p>	<p>Start, slutt, type hjelp o.l.</p> <p>Opplevelsen av å være i terapi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hva fungerte? • Hva fungerte ikke? • Ved viktige temaer: <ul style="list-style-type: none"> ○ “Kan du utdype...” ○ “Kan du fortelle mer om...” <p>Betydningen av å ha innvandrerbakgrunn for terapien.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dersom det ikke var tema: <i>hva gjorde at dette ikke var et tema?</i> <p>Hva ble bedre? Hva ble ikke bedre? Var det noe som ble verre? I så fall, hva var det?</p>
<p>Erfaring med familie og venner</p> <p>8. Hvordan var det for deg å fortelle til kjernefamilien din at du mottok psykologisk behandling?</p> <p>9. Hvordan var det for deg å fortelle til andre slektninger at du mottok psykologisk behandling?</p>	<p>Hva gjorde at du fortalte/ikke fortalte ...?</p> <p>Hvordan opplevde du å bli møtt da du fortalte ...?</p>

10. Hvordan var det for deg å fortelle til venner at du mottok psykologisk behandling?	
11. Hvordan opplever du familie og venners holdninger til psykisk helsehjelp?	Hvordan opplever du familie og venners holdninger til å <i>søke</i> psykisk helsehjelp selv?

Avsluttende spørsmål, ikke en del av opplevelser:

Hvordan kan det bli enklere for norskfødte med innvandrerforeldre å oppsøke psykisk helsehjelp?

Hva tenker du er viktig for psykologer som skal møte norskfødte med innvandrerforeldre?

Har du noen flere kommentarer før vi avslutter?

Avslutning: Oppsummering, bekrefte opplevelse, ivareta og takk.

Appendiks B. Svarbrev fra REK

Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK vest	Fredrik Kolstad Rongved	55978498	21.08.2020	141265
			Deres referanse:	

Aslak Hjeltnes

141265 Norskfødte med innvandrerforeldre sin opplevelse av å gå i psykoterapi

Forskningsansvarlig: Universitetet i Bergen

Søker: Aslak Hjeltnes

Søkers beskrivelse av formål:

Formålet med denne studien er å undersøke hvordan norskfødte med innvandrerforeldre opplever det å gå i psykoterapi. Vi vil gjennomføre semi-strukturerte forskningsintervju med norskfødte med innvandrerforeldre om deres opplevelser av å gå i psykologisk behandling, for å forstå deres unike erfaringer og eventuelle utfordringer i møte med psykisk helsehjelp. Vi vil utforske følgende forsknings spørsmål: Hvordan opplever norskfødte med to innvandrerforeldre det å gå i psykoterapi?

Vi ønsker å rekruttere norskfødte med innvandrerforeldre som har gått i psykologisk behandling for lettere psykiske vansker. Foreldrene deres må være fra land utenfor Nord- og Vest-Europa.

Deltakerne rekrutteres til et individuelt intervju med én av prosjektlederene på inntil 90 minutter. Vi ønsker å høre deltakernes erfaringer fra psykologisk behandling, hvordan det var for dem å søke hjelp og om hvordan det har vært i etterkant av terapien.

Vi ønsker å bruke kvalitative intervjuer for å fange opplevelsene og erfaringene til deltakerne. Intervjuene vil være semistrukturerte og ta utgangspunkt i en hermeneutisk-fenomenologisk epistemologi. Etter at intervjuene er ferdig transkriberte, vil de analyseres ved bruk av en tematisk analyse.

I Norge utgjør norskfødte med innvandrerforeldre omlag 3,5% av den norske befolkningen. I følge SSB er det en økning på 0,2 prosentpoeng fra året før. Hvis denne trenden fortsetter, er det rimelig å anta at denne gruppen vil utgjøre en større og større del av befolkningen i Norge i framtiden. Denne gruppen, på samme måte som den øvrige befolkningen, kommer til å ha et behov for psykisk helsehjelp. I dag eksisterer derimot lite forskning på norskfødte med innvandrerforeldre, og den forskningen som eksisterer har gitt sprikende resultater. Noen studier tyder på at denne gruppen har høyere sannsynlighet for å bli diagnostisert med psykiske lidelser. Samtidig peker noen studier på at de kan ha bedre eller like bra mental

helsestatus sammenlignet med befolkningen for øvrig. Vi vet også at personer med innvandrerbakgrunn har større nytte av kultursensitiv behandling, men disse studiene skiller ikke mellom innvandrere og barn av innvandrerforeldre. Mye tyder på at opplevelsen av å være barn av innvandrerforeldre er annerledes enn opplevelsen av å være innvandrer. Barn av innvandrerforeldre vokser opp med to kulturer, mens innvandrere møter først en annen kultur når de forlater hjemlandet. Vi anser dette prosjektet som viktig fordi det kan bidra med potensielt nyttig kunnskap om hvordan psykologisk behandling kan tilpasses norskfødte med innvandrerforeldre.

REKs vurdering

Vi viser til tilbakemelding mottatt 03.07.2020, i forbindelse med ovennevnte forskningsprosjekt. Tilbakemeldingen er behandlet av leder for REK vest på delegert fullmakt fra komiteen, med hjemmel i forskningsetikkforskriften § 7, første ledd, tredje punktum. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Ønsket tilbakemelding:

REK vest ba om tilbakemelding på følgende:

Informasjon om hvem som skal gjennomføre intervjuene og deres kompetanse. Refleksjon rundt organiseringen av intervjuet.

Beredskapsplanen må også inneholde informasjon og refleksjon rundt sted for intervju og tilgjengeligheten til veileder.

Revidert informasjonsskriv kan legges ved i tilbakemeldingen. Forklaring på valg av fysisk sted for databehandling og -lagring. Begrunnelse for prosjektslutt.

Tilbakemelding:

Prosjektleder har gitt tilbakemelding på alle ovennevnte merknader.

1. INTERVJUENE

Intervjuene skal gjennomføres av Anders Løkkeberg og Vivian Ngo, som begge er studenter på siste studieår (5 år) ved profesjonsstudiet i psykologi. Løkkeberg og Ngo har begge gjennomført 1,5 år med intern klinisk psykologisk opplæring under veiledning av psykologspesialist ved Universitetet i Bergen, og skal høsten 2020 arbeide under veiledning i ekstern klinisk praksis med kliniske arbeidsoppgaver. De har også hatt praktisk og teoretisk opplæring i kvalitativ metode. Prosjektet er utformet av studentene under veiledning, og vil utgjøre datagrunnlaget for deres avsluttende hovedoppgave (cand. Psychol) våren 2021.

Prosjektveileder (Hjeltnes) vurderer Løkkeberg og Ngo til å ha klinisk og forskningsmessig kompetanse til å kunne gjennomføre disse intervjuene.

2. GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE

På grunn av smittevernhensyn i COVID-19 vil intervjuene bli gjennomført fysisk i UiBs lokaler eller via digitalt sikker plattform, avhengig av informantenes ønske og gjeldende retningslinjer for smittevern.

Intervjuene vil gjennomføres fysisk i UiBs lokaler eller over sikker digital plattform (Teams) godkjent av UiB. Teams er godkjent som digital plattform for pasientsamtaler ved Institutt for klinisk psykologi ved UiB.

3. BEREDSKAPSPLAN

Intervjuene vil gjennomføres av viderekomne psykologstudenter som har 1,5 års klinisk praksis under veiledning ved UiB, og høsten 2020 vil utføre psykologarbeid under veiledning i helsetjeneste (ekstern psykologisk praksis). Intervjuerne har hatt kartleggings- og behandlingsoppgaver under veiledning i disse praksisperiodene. Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier er utformet for at pasienter som er under aktiv behandling og har alvorlig psykisk lidelse ikke vil bli intervjuet i dette prosjektet.

Dersom forskningsdeltakere i intervjuene gir uttrykk for behov for behandling/akutte psykiske vansker i intervjuene, vil intervjuere informere om mulighet for å kontakte fastlege/DPS for videre oppfølging.

Veileder (Hjeltnes) vil være tilgjengelig på telefon under intervjuene for å ivareta beredskap.

4. REKRUTTERING

Vi har revidert beskrivelsen av inklusjons-/eksklusjonskriteriene for å klargjøre utydelig formulering i den opprinnelige prosjektbeskrivelsen.

Vi ønsker i dette prosjektet å intervju pasienter som har avsluttet behandling, og ikke intervju personer som er under pågående behandling på intervjutidspunktet.

Inklusjonskriteriet er derfor endret til «behandling er avsluttet», mens «er i pågående behandling» er oppført som eksklusjonskriterium.

5. INFORMASJONSSKRIV OG SAMTYKKESKJEMA

Informasjonsskriv og samtykkeskjema er endret i tråd med anbefalingene fra REK (se vedlegg), og inneholder nå følgende formulering:

«Universitetet i Bergen er ansvarlige for personvernet i prosjektet.»

6. DATABASEHANDLING

Vi har endret prosedyre og beskrivelse av datalagring i tråd med merknad fra REK.

«UiBs forskningsserver (SAFE) vil bli benyttet for oppbevaring av forskningsdata. UiB er ansvarlig for personvern.»

PROSJEKTSLUTT

Prosjektet er søkt gjennomført i perioden frem til 2014 for å sikre at studentene vil kunne publisere resultatene fra denne hovedoppgaven som vitenskapelig artikkel i internasjonalt fagfellevurdert tidsskrift. Prosjektsslutt er satt for å sikre at forskningsdata blir anvendt og publisert i vitenskapelige kanaler etter at hovedoppaven er levert.

Vedlagt ligger en revidert protokoll og et revidert informasjonsskriv.

Vurdering:

REK vest vurderer at tilbakemeldingen er god og har ingen ytterligere merknader. Prosjektet vurderes forsvarlig organisert i sin nåværende form.

Vedtak

Godkjent

REK vest har gjort en helhetlig forskningsetisk vurdering av alle prosjektets sider. Prosjektet godkjennes med hjemmel i helseforskningsloven § 10 i samsvar med forelagt søknad og tilbakemelding.

Med vennlig hilsen Marit Grønning Prof. dr. med. Komiteleder

Fredrik Rongved rådgiver

Sluttmelding

Søker skal sende sluttmelding til REK vest på eget skjema senest seks måneder etter godkjenningsperioden er utløpt, jf. hfl. § 12.

Søknad om å foreta vesentlige endringer

Dersom man ønsker å foreta vesentlige endringer i forhold til formål, metode, tidsløp eller organisering, skal søknad sendes til den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk som har gitt forhåndsgodkjenning. Søknaden skal beskrive hvilke endringer som ønskes foretatt og begrunnelsen for disse, jf. hfl. § 11.

Appendiks C. Samtykkeskjema



VIL DU DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET: “NORSKFØDTE MED INNVANDRERFORELDRE SIN OPPLEVELSE AV PSYKOLOGISK BEHANDLING”?

FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt om norskfødte med innvandrereforeldre sin opplevelse av psykologisk behandling. Prosjektet inngår i en avsluttende hovedoppgave av undertegnede studenter som går profesjonsstudiet i psykologi ved Universitetet i Bergen (UiB).

Spørsmålet som tas opp i oppgaven er hvordan norskfødte med innvandrereforeldre opplever psykologisk behandling i Norge. Eventuelle funn vil bli diskutert i norsk sammenheng, og vil kunne gi implikasjoner for målet om likeverdige helsetjenester. Problemstilling som oppgaven vil forsøke å svare på er som følgende: *Hvordan opplever norskfødte med innvandrereforeldre å gå i psykoterapi?*

Denne invitasjonen sendes ut til personer norskfødte personer med innvandrereforeldre mellom 18-39 år, og som har vært i psykoterapi.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

Deltakelse i dette prosjektet innebærer et individuelt intervju med én av prosjektlederne på inntil 90 minutter. Vi ønsker å høre dine verdifulle erfaringer fra da du var i psykologisk behandling, hvordan det var for å deg å søke hjelp og om hvordan det har vært i etterkant av terapien.

Vi ønsker hovedsakelig å gjennomføre intervjuet fysisk (Oslo), men har og muligheter til å gjennomføre over telefon eller Teams. Dette er avhengig av hva du, som deltaker, selv ønsker. Det vil bli gjort lydopptak av intervjuet, som senere vil bli brukt til en anonymisert transkripsjon. Deretter slettes lydopptaket.

I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg. Opplysninger som blir registrert er alder, kjønn, etnisitet og informasjon som du deler med oss under intervjuet. Informasjonen du deler med oss vil bli anonymisert og kan bli brukt ved vitenskapelige publikasjoner.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Ved at du deler dine opplevelser, bidrar du til økt forståelse av norskfødte personer med innvandrereforeldre sin opplevelse og hva denne opplevelsen har å si for psykologisk behandling. For å oppnå likeverdig behandling i norske helsetjenester, er det viktig å vite hvordan brukere med ulike erfaringer opplever tjenestene.

For noen kan det være vanskelig å fortelle om erfaringer fra psykologisk behandling og personlige opplevelser knyttet til behandlingen. Vi tar hensyn til dette, og kan gi deg råd om hvor du kan søke psykisk helsehjelp ved behov.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg dersom du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Dersom du trekker tilbake samtykket, vil ikke informasjonen du delte bli forsket videre på. Du kan kreve at den informasjonen du delte i prosjektet slettes. Retten til å kreve sletting gjelder ikke dersom materialet eller opplysningene er anonymisert. Denne retten kan også begrenses dersom opplysningene er inngått i utførte analyser.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder (se kontaktinformasjon på siste side).

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet under formålet med prosjektet, og planlegges brukt til 2021. Eventuelle utvidelser i bruk og oppbevaringstid kan kun skje etter godkjenning fra REK og andre relevante myndigheter. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og institusjonen sitt personvernombud.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger (=kodete opplysninger). En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun veileder, førsteamanuensis Aslak Hjeltnes ved Universitetet i Bergen, og prosjektledere, Vivian Ngo og Anders Gjøs Løkkeberg, som har tilgang til denne listen.

Opplysningene om deg vil bli oppbevart i fem år etter prosjektslutt av kontrollhensyn.

GODKJENNINGER

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har gjort en forskningsetisk vurdering og godkjent prosjektet. ID: 49847

Universitetet i Bergen er ansvarlige for personvernet i prosjektet. Vi behandler opplysningene basert på ditt samtykke.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å trekke deg fra deltakelse, kan du kontakte:

Vivian Ngo Anders Gjøs Løkkeberg

Telefon: 918 76 150 Telefon: 480 56 812 Prosjektet sin e-post: norskfodt.psyk.behandling@gmail.com

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved institusjonen:

personvernombud@uib.no

Datatilsynets e-postadresse er: postkasse@datatilsynet.no

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE PERSONOPPLYSNINGER BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Appendiks D. Tabell med oversikt over temaene

Tema 1 «Hva vet de om å være midt mellom to kulturer?»	Informantenes antagelse om at terapeut med annerledes bakgrunn vil ha dårligere utgangspunkt for å forstå, og dermed ha et dårligere utgangspunkt for å hjelpe.
Tema 2 Når terapeuten bommer	Å ikke bli møtt, hørt eller forstått av terapeuten da de snakket om sine opplevelser
Tema 3 Å søke hjelp når det å gå i psykologisk behandling er et stigma	Oppvekstmiljøets holdninger til psykiske vansker. Temaet er delt i to undertemaer. 3.1 «Deprimert? Hva mener du deprimert?»: Informantenes opplevelser av andres forventninger. 3.2 «Det går imot alt jeg har lært å gjøre»: Egne forventninger til hvordan psykiske utfordringer bør håndteres.
