

Meningskartet brukt som metodisk hjelpemiddel for å utforske indikasjonsstillingen for interkulturell psykoterapi i barne- og ungdomspsykiatrien

Av privatpraktiserende psykologspesialist Joachim Haarklou

Noroddveien 2, 4816 Kolbjørnsvik, 92 29 44 38, www.haarklou.no, joachim@haarklou.no

Denne artikkelen er opprinnelig på 35 sider og skrevet som spesialistoppgave i 1995 og kan forespørres. Artikkelen er her gjengitt i en forkortet utgave på 10 sider.

0. SAMMENDRAG

Interkulturell psykoterapi med barn og deres familie er preget av misnøye både fra barnet, foreldre, terapeuten og henviser. Dette kan ha sin årsak i at interkulturell psykoterapi påbegynnes uten at det undersøkes tilstrekkelig om den er indikert. Meningskartet som har sine røtter i systemisk tenkning, gir en oversikt over de i en sak involvertes mening mht. deres problemopplevelse, årsakstenkning og tiltakstenkning. Ved hjelp av 2 kasus illustreres bruken av meningskartet som hjelpemiddel for å utforske om interkulturell psykoterapi er indikert. I tillegg viser meningskartet seg å ha en kultursentrisme- og psykoterapisentrismeforebyggende funksjon.

1. INNLEDNING

Vestlig orientert psykologisk tenkning impliserer at krigstramatiserte flyktninge- og asylsøkerbarn og deres familier kan få fjernet/lindret sine symptomer og sin familiedisorganisering ved hjelp av psykoterapi, f.eks. i form av traumebearbeidelse (Garbarino, 1992) og andre familierapeutiske samtaletilbud som enten tematiserer familiereorganiseringen (Kohen, 1988) og migrasjonsprosessenes påkjenninger (Sluzki, 1979), eller tilnæringer som fokuserer på relasjonen/møtet mellom flyktningefamilien og terapeuten og som dermed befinner seg innenfor en sosialkonstruksjonistisk tenkning (Reichelt & Sveaas, 1994a).

Bakgrunnen for denne artikkelen er en opplevelse av mislykkethet omkring og vegring mot interkulturell psykoterapi i barne- og ungdomspsykiatrien som er blitt synlig på flere plan: terapeuter beklager seg over at de ikke lykkes med interkulturell psykoterapi, flyktninge- og asylsøkerfamilier beklager seg over å ikke bli forstått og over å ikke få den type hjelp de ber om, og det øvrige henvisende hjelpeapparatet opplever at flyktninge- og asylsøkerfamilier ikke får den type hjelp og behandling som ble søkt for dem.

Min observasjon er at denne muligens gjensidige opplevelsen av en mislykket interkulturell psykoterapi kan ha sin årsak i at terapeuten går inn for å tilpasse familien til terapeuten sin tenkning omkring mentalhygienisk hjelp ved å kritikkløst anvende og praktisere vestlig orientert psykoterapi i den interkulturelle relasjonen. Jeg har i en årrekke brukt meningskartet i barne- og ungdomspsykiatrien, og det ikke bare i de interkulturelle sakene. Meningskartet presenteres her som et metodisk hjelpemiddel for å utforske indikasjonsstillingen for interkulturell psykoterapi med barn og deres familier. I tillegg kan meningskartet bidra til å avdekke innholdet i den gjensidige mislykkethetsopplevelsen, samt forebygge og muligens hindre en kultur- og psykoterapisentrisk tenkning hos terapeuten.

2.2. Indikasjonstilling for psykoterapi

For at terapeuten skal kunne vurdere om psykoterapi er indikert trengs det en hjelpesøkende problemopplever. I barne- og ungdomspsykiatrien er det sjelden barnet selv (3,1%), eller foreldrene (14,5%), men for det meste en annen person utenfor familien (lege, skole, PP-tjenesten, sykehus, helsestasjon, barnevern, osv.) (82,4%). Spesielt i de krysskulturelle henvisningene er det sjelden barnet selv (0%) eller foreldrene (1 av 18) som eksplisitt ber om hjelp. Dette antas å ha sin bakgrunn i at jo større kulturforskjellen er, jo større er også forskjellen i tenkningen i forhold til hvordan psykiske problemer forstås/løses, og jo mindre er sannsynligheten for at den krysskulturelle klienten oppsøker vårt psykoterapeutisk tilbud på egen hånd (Haarklou, 1985). Psykoterapi kan ikke og vil av etiske grunner aldri bli anvendt mot klientens vilje. Psykoterapi er kun indikert dersom klienten eller dens foresatte er motivert og etterspør behandlingen. Denne artikkelen fokuserer på meningskartet som metodisk hjelpemiddel for å utforske indikasjonstillingen for interkulturell psykoterapi ved å belyse klientens motivasjon/ vilje/samtykke til å gå i psykoterapi, dvs. motivasjonsspørsmålet, samtidig som den fokuserer på klientens tenkning omkring innholdet i terapien, dvs. tenkningsspørsmålet. Meningskartets oppgave er å gi et bilde av familiens tenkning og motivasjon, som deretter kan brukes til å vurdere om psykoterapi er indikert.

I tillegg kan det være aktuelt å vurdere flere indikasjoner som f.eks.: hvor psykoterapi-mottagelig klienten er vurdert på bakgrunn av hans/hennes forhistorie/personlighetsstruktur /evne til endring, om type problem/diagnose mest hensiktsmessig lar seg behandle ved hjelp av psykoterapi fremfor andre behandlingsteknikker, hvilke psykologiske metoder som er indikert med bakgrunn i type problematikk som presenteres, osv.

Selv om denne artikkelen begrenser seg til å bruke meningskart til å utforske indikasjonstillingen for psykoterapi ved å fokusere på motivasjonsspørsmålet og tenkningsspørsmålet, er det opp til terapeuten å komplettere utforskningen med de ovennevnte faktorer eller flere. Allikevel påpekes det at selv om type symptom/problem skulle indikere psykoterapi som aktuell behandlingsform eller klienten vurderes som mottagelig for endring, må motivasjons- og tenkningsspørsmålet tas opp uansett, noe meningskartet gjør. Dette innebærer at den psykologiske basiskunnskapen ikke er tilstrekkelig for å indikere interkulturell psykoterapi så lenge den krysskulturelle klientens behandlings- og motivasjonstenkning ikke er utforsket.

3. MENINGSKARTET

Jeg har valgt å kalle en oversikt over et meningssystem et meningskart. Tenkningen omkring det å lage et kart over et meningssystem rundt et barn eller/og en familie er inspirert av systemisk tenkning (Øvreeide, 1989).

3.1. Definisjon av mening

Meningskartets formål er å kartlegge meninger. I språksosiologien er "en mening en upresis betegnelse for det innhold som uttrykkes eller det som vises til i en bestemt situasjon der noen ytrer seg språklig ved hjelp av tegn, symboler eller gester. Spørsmål om mening gjelder gjerne hva den person mener som ytrer seg og hvordan andre forstår ytringen i den situasjon den forekommer i." (Aschehoug og Gyldendal, 1982).

Innenfor systemisk og sosialkonstruksjonistisk tenkning er mening ikke statisk, men konstrueres og endres gjennom dialog. I det kartleggingen av meninger ved anvendelse av meningskartet forekommer i samtaler og møter mellom klient og terapeut, samt muligens andre, og kommunikasjonsmediet er det verbale språket, kartlegges det meninger på et gitt

tidspunkt, samtidig som disse er i endring. Ifølge definisjonen ovenfor er en mening en upresis betegnelse for det innholdet som uttrykkes. Terapeutens oppgave vil da være å tydeliggjøre og klargjøre meningene, slik at innholdet blir presist.

Når en mening har et innhold, så kan dette være i form av tanker, følelser, forestillinger, osv. Den som mener noe, synes noe, står for noe. En mening bygger på en subjektiv opplevelse og fornemmelse og kan være verdiladet. En mening behøver ikke å være sann for andre enn meningsbæreren selv. En mening atskilles dermed fra en objektiv sannhet, dvs. mer vitenskaplig verifiserte forhold. Dette er viktig å presisere ved anvendelse av meningskartet, at en verken forventer sannheter eller tar andres meninger for sannheter. Det er meninger meningskartet kartlegger.

3.2. Oppbygging av meningskartet

Meningskartet er en oversikt over de i en sak involvertes mening når det gjelder problemopplevelse, årsakstenkning/ problemtilknytningstenkning, tiltakstenkning og hvem en mener bør utføre tiltaket. En meningsbærer er en person med egen mening i saken. Et meningskart består av like mange meningslinjer som det er meningsbærere i saken. Hver meningsbærer har dermed sin egen meningslinje som gir svar på følgende 4 spørsmål:

1. Hva mener du er problemet?
2. Hva mener du er årsaken til problemet? Hva mener du problemet kan knyttes til?
3. Hva mener du skal til for å få løst problemet?
4. Hvem mener du skal gjøre det?

Aktuelle meningsbærere i en sak kan være barnet, mor, far, evt. søsken, besteforeldre og annen familie, og i neste omgang også flyktningekontoret, innvandererkontoret, asylsøker-mottaket, helsestasjonen, sosialkontor, skole, barnehage, PP-tjenesten, familierådgivningskontoret, en nasjonalitetsgruppe eller en representant derfra, samt for oss ukjente meningsbærere som naboer, kulturklubbedere, prester, alternative behandlere, osv.

Meningskartet gir dermed en samlet oversikt over de involvertes meninger i en sak på et gitt tidspunkt.

FIGUR 1: 3.3. MENINGSKART TIL UTFYLLING

	PROBLEM- BESKRIVELSE	ÅRSAKS- ANTAGELSE	TILTAKS- FORSLAG	PERSONFOR- VENTNING
MENINGS BÆRER	1. Hva mener du er problemet?	2. Hva mener du er årsaken til problemet	3. Hva mener du kan gjøres for å løse problemet?	4. Hvem mener du skal gjøre det?
Barn 1				
Barn 2				
Mor				
Far				
BUP				
Flyktn. kontor				
Sos.ktr				
Skole				
Barnehage				
Helsestasj.				
Mottaket				
PPT				
Kom. lege				
Sykehus				
Nasj. gruppe				
Andre				

3.4. Når det er hensiktsmessig å bruke meningskartet

Vurderingen av om det er hensiktsmessig å bruke meningskartet som metodisk hjelpemiddel for å utforske indikasjonsstillingen for interkulturell psykoterapi med barn og deres familier påbegynnes i det en interkulturell henvisning foreligger ved en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Dersom symptomet i den inter-kulturelle henvisningen er av en slik alvorlighetsgrad at annenpriorietskriteriene for inntak ved poliklinikken gjør seg gjeldende og dermed fører til at saken tas inn til behandling, kan terapeuten når barnet/familien tas inn til første samtale bruke meningskartet for å utforske om psykoterapi er indikert. Tross i at henvisningskriteriene har avgjort at saken ble tatt inn til behandling, kan meningskartet muligens vise at psykoterapi ikke er indikert. Tilfredsstillende den krysskulturelle henvisningen ikke kvalitetskravene slik at vurderingsgrunnlaget for å ta stilling til om saken faller innenfor 2. prioritetskriteriene ikke er tilstede, kan den taes inn til en foreløpig vurdering med tanke på å få kartlagt om psykoterapi er indikert og om poliklinikken er riktig instans. Selv om det hovedsaklig er hensiktsmessig å bruke meningskartet i starten av en sak, kan det også brukes på et senere tidspunkt i saksgangen dersom tiltakene oppleves som mislykkede og en ønsker en evaluering av og oversikt over mulige årsaker til dette.

3.6. En meningslinje blir til

En meningslinje blir til ved at terapeuten spør en meningsbærer de fire spørsmål som inngår i meningslinjen.

Spørsmål 1: "Hva mener du er problemet?" har som oppgave å få frem problemopplevelsen hos meningsbæreren. En slavisk bruk av meningskartet der en muligens gjentar spørsmålet når svaret uteblir, anses ikke som hensiktsmessig. I og med at det gjelder å få frem den generelle opplevelsen av hva meningsbæreren mener er problematisk, kan spørsmålet gjerne variere i sin ordlyd. Alternative formuleringer som "hva synes du er vanskelig?", "hva sliter du med?", "hva ville du gjerne ha en forandring på?", "hva synes du er dumt slik som det er nå?", "hvis jeg ba deg om å fortelle meg hva du synes var det aller vanskeligste i ditt liv, hva ville du fortelle meg da?" eller "hva er du kommet hit for/hva har bragt deg hit?", kan brukes til å kartlegge problemopplevelsen.

Dersom meningsbæreren presenterer flere adskilte problemopplevelser, rangeres og nummereres disse i prioritert rekkefølge. Denne nummereringen følges opp ved de tre resterende spørsmål. På denne måten kan en meningsbærers meningslinje bestå av flere opplevde problemer, årsakstenkninger, tiltakstenkninger og tenkninger omkring hvem som skal utføre tiltaket.

Spørsmål 2: "Hva mener du er årsaken til problemet?", har som oppgave å få frem meningsbæreren antagelse om hva som menes er årsaken til problemet eller hva problemet kan knyttes til. Det kartlegges enten en kausalitetstenkning eller en relasjonstenkning. Problemet har enten en årsak eller kan knyttes og relateres til noe. Også her er det behov for gi åpning for egne formuleringer av spørsmålet. Alternative formuleringer som "hva mener du hvorfor dette ble så vanskelig og problematisk for deg?", "tenker du at problemet har med noe annet å gjøre eller kan knyttes til noe annet?", "hvordan mener du problemet har utviklet seg?", "ser du en sammenheng mellom problemet og andre forhold?", vil kunne brukes med tanke på å få kartlagt mulig kausalitetstenkning/ problemtilknytningstenkning. Dersom meningsbæreren har nevnt flere problemopplevelser, er det behov for å få kartlagt flere årsakstenkninger.

Spørsmål 3: "Hva mener du skal gjøres for å løse problemet?" har som oppgave å få frem meningsbæreren tiltakstenkning. Også her vil alternative spørsmålsformuleringer kunne brukes: "Hva mener du skal til for å få løst problemet?", "Hva mener du en endring bør bestå i?", "Hvilket tiltak tenker du er de riktige her?" og "Hva synes du bør skje for å få lettet

situasjonen?" Har meningsbæreren nevnt flere problemer og årsakstenkninger følges disse her opp av tilsvarende mange nummererte tiltakstenkninger.

Spørsmål 4: "Hvem mener du skal gjøre det?", har som oppgave å kartlegge meningsbæreren oppfatning av hvem som skal gjennomføre tiltaket. Det gjelder å få tak i om meningsbæreren mener en person eller instans skal gjennomføre tiltaket, muligens flere eller vedkommende selv. Alternative formuleringer er: "Hvem mener du må gjøre noe her?", "Hvem mener du bør gjennomføre tiltaket?" og "Hvilken eller hvilke personer trengs for å få løst ditt problem?" Dersom nummererte problemopplevelser er registrerte, er det behov for å få svar på dette spørsmålet i forhold til alle disse.

Foreligger det svar på alle disse fire spørsmål er en meningslinje blitt til. Ved bruk av meningskartet gis dermed åpning for alternative formuleringer av grunnspørsmålene. Til slutt skal det nevnes at erfaringene har vist at en meningsbærers meningslinje har lett for å falle innenfor en av 4 kategorier. I den første kategori mener meningsbæreren at barnet er syk, årsakstenkning befinner seg innenfor opplevelsen av manglende helse og tiltaket er behandling via psykolog. I den andre kategori er problemet at barnet oppleves som slem. Årsakstenkning er manglende moral og tiltak mener man vil være oppdragelse via pedagog. I den tredje kategori er problemopplevelsen at barnet er dum pga. manglende kunnskap slik at opplæring skal til via spesialpedagog. I den fjerde kategori oppleves barnet som et offer pga. manglende frihet der tiltaket bør være en endring av betingelsene rundt barnet gjennomført av en sosionom (Øvreeide, 1989). Det er viktig å ikke utvikle en stereotyp tenkning innenfor disse kategoriene, men heller kartlegge den respektives meningslinje uten en forutinntatthet.

3.9. Betydningen av terapeutegenskaper ved bruk av meningskartet

Spesielt ved interkulturelle terapier vurderes det som viktig at terapeuten viser empati, respekt, ærlighet og ydmykhet.

En terapeut som i krysskulturelle saker opplever manglende dyktighet pga. en bekymring for at han vet for lite om den andres kultur og dermed signaliserer en utrygghet, vil kunne virke negativt inn på det meningskartet som blir til. Signaliser terapeuten en holdning om at flyktningefamilien er en pasient/klient/objekt/hjelpemottaker, vil også dette kunne virke negativt inn på meningskartet. Utfordringen for terapeuten er å ha evne til å relatere seg til den andre ved å se på den andre som unik og ikke for å vurdere han med tanke på å plassere han i bås (Wifstad & Foss, 1994).

3.10. Meningskartets funksjon

I de tilfellene der meningskartet viser en tilnærmet likhet mellom meningslinjene slik at vi får en innholdsmessig overlappning når det gjelder problemopplevelse, årsakstenkning, tiltakstenkning og hvem som skal utføre tiltaket, mellom den eller de henviste og terapeuten, samt at psykoterapien og psykoterapeuten er etterspurt ved det 3. og 4. meningskart-spørsmålet, er psykoterapi indikert.

En kan her tenke seg situasjoner der henvisende instans' meningslinje avviker fra klientens og at psykoterapien allikevel kan være indikert med bakgrunn i at klientens og terapeuten's meningslinjer er tilnærmet like, mens psykoterapien ikke er indikert hvis bare terapeuten's og henvisende instans' meningslinje er like. I de situasjoner der meningslinjeforskjeller blir synlige, er interkulturell psykoterapi med barn og unge og deres familier i utgangspunktet ikke indikert.

I det øyeblikket meningskartet foreligger ferdig utfylt må behandleren ta stilling til om han ved meningslinjeforskjell vil konkludere med at psykoterapi ikke er indikert, eller påbegynne arbeidet med meningslinjeforskjellene. En avgjørende faktor er da størrelsen på

meningslinjeforskjellene. Jo større den innholdsmessige forskjellen er mellom klientens og terapeutens meningslinje, jo større er sannsynligheten for at psykoterapi ikke er indikert og at arbeidet med meningslinjeforskjellene blir vanskelig. Tilsvarende vil små meningslinjeforskjeller muligens lett kunne nærme seg hverandre slik at man kommer til en avklaring av om psykoterapi er indikert.

Andre avgjørende faktorer kan være det som er nevnt i tidligere avsnitt om indikasjonsstillingen for psykoterapi, nemlig terapeutens kliniske vurdering av klientens endringspotensiale.

3.11. Meningskartet i den interkulturelle kontekst

Kurs og videreutdanning innenfor transkulturelt helsearbeid har tidligere fokusert mye på politisk vedtatte lover som stortingsmeldinger og rundskriv, statistiske forhold angående demografi, arbeidsforhold og inntekt, asylsøkernes og flyktingenes kulturbakgrunn, og mindre på psykologisk fagviten om migrasjonsprosessens påkjenninger, terapeutiske intervensjoner og metodikk innenfor tverretattlig og tverrfaglig samarbeid. Terapeutens ferdigheter og egne reaksjoner i den krysskulturelle psykoterapien ble det tidligere ikke fokusert på det hele tatt, likedan er fokuseringen på betydningen av terapeutens tenkning/meningslinje og språk på familien i terapien av nyere dato (Reichelt & Sveaass, 1994 a,b). Jeg har i egne kurs stilt spørsmålsteget ved om terapeutens ønske om å lære mer om den respektives kultur er en form for stereotypisering som bunner i en generell utrygghet i den interkulturelle psykoterapeutiske relasjonen og som søkes kompensert ved å gå inn for å tilegne seg mest mulig kunnskap om den andres kultur. Fortvilelsen ligger på den ene siden i erkjennelsen av at flyktninger og asylsøkere kommer fra flere kulturer enn det vi makter å sette oss inn i, og på den andre siden i erkjennelsen av at flyktninger sjelden passer inn i den stereotypien vi har dannet oss. Så selv om det kommer godt med å vite noe om den andres kultur, må manglende kulturkjennskap aldri bli en unnskyldning for å ikke gå inn i en krysskulturell psykoterapi. I den utstrekning kulturbetingede faktorer virker inn i terapien, er det mulig å kartlegge disse, bl.a. ved å innta en nysgjerrig holdning og spørre familien spørsmål omkring hvilken form for mentalhygienisk hjelp den krysskulturelle klient forespør og her spesielt om det dreier seg om en form for psykoterapi som vi tilbyr, vil en få kartlagt ved hjelp av meningskartet. Det betyr at meningskartet spesielt i den krysskulturelle behandlingssituasjonen er et egnet hjelpemiddel for å få kartlagt om psykoterapi er indikert og om vi dermed er i posisjon til å tilby og påbegynne denne.

Det faller her naturlig å stille spørsmålsteget ved forskjellen mellom det å bruke meningskartet for å utforske indikasjonsstillingen for intrakulturell versus for interkulturell psykoterapi. Med bakgrunn i de grunnleggende likhetstrekk finnes det ingen forskjeller. Også i norske saker, som forøvrig kan innebære større kulturforskjeller mellom klient og terapeut enn i en interkulturell terapistilrelasjon, kan meningskartet være et hensiktsmessig hjelpemiddel for å utforske om psykoterapi er indikert. Kanskje blir de innledningsvis nevnte gjensidige opplevelser av en mislykket interkulturell psykoterapi mer synlig i krysskulturell sammenheng pga. forskjellene i de respektive kulturers oppfatning av innholdet i en mentalhygienisk hjelperelasjon og kanskje er dette hovedgrunnen til at meningskartet egner seg spesielt godt i interkulturell sammenheng.

Joachim Haarklou

1995