

Lise Marie Hardeberg

Kunst som kommunikasjonsform med fremmedspråklige pasienter

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi

Veileder: Hroar Klempe

Januar 2020

Lise Marie Hardeberg

Kunst som kommunikasjonsform med fremmedspråklige pasienter

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi
Veileder: Hroar Klempe
Januar 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for psykologi



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Forord

Arbeidet med denne hovedoppgaven har vært lærerikt og spennende. Valget av problemstilling var lite tilfeldig, og reflekterer en sammensetning av mine faglige interesser. Tospråklighet har alltid vært en naturlig del av mitt liv, og det var her idéen hadde sitt utspring. Samtidig ble det en fin mulighet til å forene nysgjerrigheten for kunstterapeutiske intervensjoner, med dagsaktuelle kulturpsykologiske problemstillinger.

Jeg vil gjerne takke Hroar Klempe for inspirerende veiledning og gode råd på veien. Hans tro på at de tema som drøftes er viktige i dagens helsevesen bidrog til motivasjon i en tidkrevende skriveprosess. Takk til venner og familie for oppmuntrende ord.

*Lise Marie Hardeberg,
Trondheim, januar 2020*

Sammendrag

Hensikten med oppgaven er å undersøke om kunstterapi kan bidra til kommunikasjon med fremmedspråklige pasienter. For å svare på dette er det foretatt en teoretisk evaluering av kunstterapi metoden Art Therapy Relational Neuroscience (ATR-N) i lys av kunst-og kulturteoretiske faktorer. For å kunne argumentere for at kunstterapi er hensiktsmessig med denne gruppen, var det nødvendig å først redegjøre for hvilke kulturelle variabler som ses på som relevante for kommunikasjon i terapi. Litteratur og forskning på feltet som omhandler interkulturell terapi belyser og identifiserer aktuelle utfordringer i møte med en sårbar pasientgruppe. Herunder ble språkbarrieren, samt kulturelle verdier i sammenheng med psykisk helse og behandling, identifisert som de største hindrene til kommunikasjon. I praksis brukes ofte tolk til å bidra til oversettelse av språklige og kulturelle koder, men dette er ikke uten problemer. Resultatet av kommunikasjonsutfordringer kan være misforståelser og feiltolkninger. Ikke bare er språket en utfordring rent teknisk, men samtalerapi som metode kan for noen oppleves fremmed og lite hensiktsmessig. Utfordringer i kommunikasjonen som skyldes ulik språklig og/eller kulturell bakgrunn kan få konsekvenser for resultatet av behandlingen. I denne sammenheng kan en argumentere for at behovet for mer kultursensitive tilnærminger til psykoterapi er stort i vårt multikulturelle samfunn. Forhåpentligvis kan ATR-N være en kultursensitiv metode, og dermed kommunikasjonsfremmende for denne gruppen. I tillegg legger kunstterapi vekt på nonverbale aspekter ved interpersonlig interaksjon. Dermed har ATR-N potensiale til å omgå en av de største barrierene i kommunikasjonen med fremmedspråklige pasienter, nemlig språklige utfordringer. Likevel er ikke kunstterapi feilfri i dette henseende, og at psykologen er oppmerksom på kulturelle forskjeller vil være viktig uansett behandlingstilnærming.

Innholdsfortegnelse

Introduksjon	1
<i>Innledning</i>	1
<i>Problemstilling</i>	2
<i>Begrepsavklaring – Fremmedspråklige pasienter</i>	2
<i>Begrepsavklaring - kommunikasjon</i>	3
Kapittel 1: Kultur og psykologi	5
<i>Kultur: Atferd eller idé?</i>	5
<i>Clifford Geertz: kultur som symboler</i>	6
<i>Kulturpsykologi</i>	8
<i>Oppsummering</i>	9
Kapittel 2: Det multikulturelle terapirom	10
<i>Kommunikasjonshindringer i helsetjenesten</i>	10
<i>Psykisk helse på tvers av kultur</i>	11
Kollektivistisk og individualistisk	12
Diagnoser, symptomuttrykk og årsakssammenhenger	12
Behandling	15
<i>En nyansering av kulturelle forskjeller</i>	18
<i>Skam og stigmatisering</i>	20
<i>Oppsummering: kulturelle faktorer</i>	21
Kapittel 3: Fremmedspråklighet i terapi	23
<i>Samtaleterapi: «The talking cure»?</i>	23
<i>Tolken: muligheter og utfordringer</i>	24
<i>Tospråklighet i terapi uten tolk</i>	26
<i>Behandling av fremmedkulturelle pasienter i dag: Noen anbefalinger</i>	28
<i>Oppsummering: Fremmedspråk i terapi</i>	30
Kapittel 4: Kunstterapeutisk teoribakgrunn	31
<i>Innledning</i>	31
<i>Susanne Langer: Kunst og emosjoner</i>	31
<i>Kunstterapi som begrep i historien</i>	36
<i>ATR-N og teoretisk ståsted</i>	39
<i>Oppsummering</i>	40
Kapittel 5: Tilknytningsteorier	41
<i>Winnicott og «The Squiggle Game»</i>	41

<i>Tilknytningsbegrepet</i>	43
<i>Intersubjektivitet</i>	44
<i>Mentalisering</i>	45
<i>Affektregulering i nevrovitenskapelig perspektiv</i>	47
<i>Interpersonlig nevrobiologi</i>	48
<i>Oppsummering: Tilknytningsteorier</i>	50
Kapittel 6: Art Therapy Relational Neuroscience (ATR-N).....	51
<i>Kreativitet og implisitte prosesser</i>	52
<i>Hemisfærisk differensiering og nevralt integrering</i>	53
<i>Aktivering og emosjonsregulering</i>	55
<i>Motoriske aspekter i kunstprosesser</i>	56
<i>Taktile aspekter i kunst</i>	57
<i>Relasjon og tilknytning i terapirommet</i>	57
<i>Traumebehandling i kunstterapeutisk perspektiv</i>	59
<i>Mentalisering i kreative prosesser</i>	60
<i>Oppmerksomt nærvær</i>	61
<i>Nevralt grunnlag for empatisk samspill</i>	61
<i>Noen oppsummerende ord om ATR-N</i>	63
Kapittel 7: Diskusjon.....	64
<i>Overordnet evaluering av ATR-N</i>	64
<i>ATR-N og kultursensitivitet</i>	65
<i>Relasjon og tilknytning</i>	66
<i>Skam og stigmatisering</i>	68
<i>Pasientens perspektiv i fokus</i>	69
<i>Somatisering</i>	70
<i>Kultur, spiritualitet og ritualer</i>	71
<i>Samtaleterapi som etnosentrisk metode</i>	71
<i>Verbal og nonverbal kommunikasjon</i>	73
<i>Oppsummerende diskusjon</i>	76
Konklusjon.....	79
Referanseliste	81

Introduksjon

Innledning

I lys av en stadig mer globalisert og flerkulturell verden, vil naturlig nok behovet for kulturkompetanse i helsetjenesten være stadig økende. Ikke minst er det stort fokus på å kunne tilby den økende gruppen av flyktninger og innvandrere tilstrekkelig psykiatrisk behandling. Mange har hatt en farefull ferd eller kommer fra land i krig og konflikt. Traumatiske opplevelser som følge av vold og tap av nærstående, samtidig som man skal tilpasse seg en ny kultur i vertslandet, er bare en bit av puslespillet. Disse opplevelsene blant andre gir denne gruppen sammensatte utfordringer. På tross av dette vil mange likevel ikke få den hjelpen de trenger. Det kan skyldes praktiske rammer, manglende ressurser eller andre faktorer som denne oppgaven ikke vil kunne ta for seg i sin helhet.

Et sentralt poeng det dog vil argumenteres for som relevant her, er at terapi i stor baseres på verbal kommunikasjon. Det finnes åpenbare utfordringer med dette. For det første fordres tilstrekkelig språkkompetanse for å kunne delta i dialog, noe psykoterapi ofte bærer preg av. Språkbarrierer er riktignok ikke en ny utfordring i så måte, og det finnes hjelpemidler, for eksempel bruk av tolk. Men som vi skal se er ikke dette alltid like enkelt i praksis.

Det er ikke bare språklige aspekter som kan tenkes spille inn. Konseptet psykoterapi kan sies å springe ut fra en vestlig tankegang. Tradisjonelt sett har man i denne sammenheng lagt mer vekt på individorienterte kulturers syn på psykisk helse og personlig utvikling. Når mangfoldet av pasienter blir større, er det naturlig å tenke at ikke alle vil kunne identifisere seg med disse verdiene. Kulturelt betingede ulikheter i behandling- og sykdomsforståelse er et eksempel på variabler man vil tenke seg kan virke inn på effektiv kommunikasjon mellom behandler og pasient. I alle tilfeller vil det være hensiktsmessig med intervensjoner som kan bidra til symptomlette, men også økt forståelse mellom pasient og terapeut hvis bakgrunn er ulik. Slik kan man bedre kommunikasjonen og dermed forhåpentligvis øke bedringspotensialet ytterligere.

Å inkludere kultursensitivitet som faktor i valget av behandlingstilnærming vil dessuten kunne skape andre muligheter for dialog. Pasienter vil kunne føle seg møtt og forstått på en måte som oppleves mer relevant, samt at flere som kanskje ellers ikke er i kontakt med psykisk helsevern vil kunne fanges opp. Dermed finnes det flere grunner til at helsevesenet kan ha stor nytte av å tenke i videre forstand når det planlegges forebygging og

behandling for fremmedspråklige pasienter. Kulturpsykologien som fagfelt vil kunne bidra med sin forståelsesramme i denne problematikken.

Problemstilling

I lys av de overnevnte elementer vil det i de første kapitlene av oppgaven rettes søkelys på et utvalg av de foreliggende utfordringer innen multikulturell terapeutisk behandling slik fagfeltet ser det i dag. Fokus vil hovedsakelig sentrere seg omkring de variabler som tenkes som relevante for kommunikasjon. Her vil språklige utfordringer være naturlig å belyse, men også kulturelle faktorer som kan tenkes å virke hindrende for kommunikasjon, vil inkluderes. Det vil kontinuerlig i oppgaven presenteres litteratur som viser eksempler på hvorfor det kan være nyttig med alternativer til tradisjonell behandling i møte med fremmedkulturelle pasienter. Disse såkalte «alternativer» avgrenses heretter til metoder som legger vekt på pasientens kreativitet og skaperkraft i vid forstand, satt i terapeutisk sammenheng. Kunstuttrykk i regi av fritidsaktiviteter vil det for ordens skyld ikke legges vekt på her. Det kan være kunst-dans- drama- eller skriveterapi. Slike metoder fremstår oftest under begrepet kunst-og uttrykksterapi. Dette er med andre ord et bredt felt. For å kunne gjøre rede for og diskutere konseptet, vil det derfor være nødvendig å ta utgangspunkt i en konkret teori. Teorien Art Therapy Relational Neuroscience (ATR-N) innenfor feltet kunstterapi vil her evalueres i lys av aktuelle kunst-og kulturteoretiske faktorer slik de blir presentert i første del av oppgaven.

Problemstillingen blir dermed som følger: Kan kunstterapi bidra til kommunikasjon med fremmedspråklige pasienter?

Begrepsavklaring – Fremmedspråklige pasienter

Problemstillingen er formulert med begrepet *fremmedspråklige pasienter*. Dette vil i prinsippet kunne inkludere alle nasjonaliteter så lenge de har et annet morsmål enn norsk. Gjennom oppgaven vil det imidlertid bli trukket frem en rekke eksempler fra mer spesifikke grupper. Det kan være for eksempel etniske minoriteter, eller flyktninger. Sistnevnte er en mer snever kategorisering. Grunnen til at eksempler brukes fra denne gruppen, er fordi disse gjerne er fokus i litteraturen. Dette er trolig en refleksjon av praksisfeltet, hvor dette gjerne er en aktuell gruppe for behandling i psykisk helsevern. Samtidig har er det ikke avgrenset til betegnelsen flyktninger i problemstillingen, da det fort kunne blir for snevert. Mye av den teorien som kommer til å bli presentert her kan være anvendbart for fremmedspråklige og fremmedkulturelle generelt, uavhengig om de har status som flyktninger, eller har flyttet til

Norge av egen vilje. Fokus er på kommunikasjon, herunder språk-og kulturvariabler, og dette er faktorer som er aktuelle for et bredt spekter av pasienter fra hele verden.

Begrepsavklaring - Kommunikasjon

Fokus i problemstillingen er ikke på behandlingseffektivitet, men kommunikasjon. Dette begrepet må derfor avklares nærmere. Kommunikasjon favner bredt, og er relevant for en rekke fagfelt. Filosofi, retorikk, psykologi, pedagogikk, kunst, massemedia og teknologi vil på sin måte berøre begrepet. Teorier om kommunikasjon finnes helt tilbake til antikken. Selve ordet kan defineres ut fra latinske «communicare» som betegner det å gjøre noe felles, ha forbindelse med, eller delaktiggjøre en annen. (Eide & Eide, 2004, s. 17) Tidlige definisjoner fokuserer ganske snevert på lineær utveksling av budskap. (Braithwaite, Schodt & Carr, 2014)

Denne oppgaven handler om terapi, dermed avgrenses det til kommunikasjonen mellom enkeltmennesker. Interpersonlig kommunikasjon blir gjerne sett på som en symbolsk, meningsskapende prosess. (Braithwaite, Schodt & Carr, 2014) Dette ses blant annet hos Stewart (1999):

Communication is the way humans build our reality. Human worlds are not made up of objects but of peoples' responses to objects, or their meanings. And these meanings are negotiated in communication. Try not to think of communication as simply a way to share ideas, because it's much more than that. It's the process humans use to define reality itself. (Stewart, 1999, s.25)

Ut fra dette synes det ikke tilstrekkelig å definere kommunikasjon kun som en ren utveksling av budskap, eller informasjonsoverføring. Det er en prosess som skaper mening på en eller annen måte. Stewarts (1999) tolkning peker på kommunikasjon som definerende for virkeligheten på mange måter. Kommunikasjon kan dermed ses som et premiss for verdensoppfatning, i likhet med for eksempel kultur. Grunnet begrepets bredde, er det nærliggende å tro at en rekke ulike faktorer virker inn på kommunikasjon. Det skilles tradisjonelt mellom ulike former for interpersonlig kommunikasjon, hovedsakelig verbal og nonverbal.

Kommunikasjon ved bruk av ord, kalles verbal kommunikasjon. Dette kan være både skriftlig og muntlig. I det muntlige språket vil også nonverbale aspekter virke inn på

forståelsen, som for eksempel kroppsspråk. Tegnspråk er også et verbalspråk, men her blir det visuelle og fysiske også essensielt. (Dahl, 2013, s.134) Ikke-verbal eller nonverbal kommunikasjon er kommunikasjon uten ord. Ser man bredt på det kan dans, arkitektur og musikk sies å være nonverbal kommunikasjon. I samhandlingen mellom to mennesker, vil nonverbal kommunikasjon i stor grad dreie seg om kroppsspråk; mimikk, bevegelser, fysisk kontakt, gester, samt nærhet og avstand i rommet. (Dahl, 2013, s. 176) Nonverbal kommunikasjon er også et språk, fordi det handler om å sende, motta og tolke tegn. I sosial interaksjon kan nonverbal kommunikasjon deles opp i tre typer, hver med sin funksjon. A) Nonverbal kommunikasjon av emosjoner og holdninger. B) Nonverbal kommunikasjon som støttefunksjon til det verbale. C) Nonverbal kommunikasjon som erstatning til verbalspråket. (Argyle, 1972) Det første punktet vil være svært aktuelt i terapi, da det handler om å formidle emosjoner. Disse kan være motstridende med det man formidler verbalt. Punkt B) er det mange tenker på som typiske nonverbale tegn, for eksempel gester. Kommunikasjon har med andre ord mange fasetter, og i det fleste tilfeller vil det dreie seg om et samspill mellom verbal og nonverbal kommunikasjon.

I møte med fremmedspråklige pasienter, vil interkulturell kommunikasjon være et aktuelt begrep. Interkulturell kommunikasjon defineres som kommunikasjon mellom aktører med ulik kulturbakgrunn. (Dahl, 2013, s.77) Dette må altså ikke forveksles med krysskulturell kommunikasjon, som handler om kommunikasjon mellom kulturer på gruppenivå. Førstnevnte er det som er aktuelt i lys av problemstillingen her. Det tas her utgangspunkt i at fremmedspråklige pasienter har en annen kulturell tilhørighet. En kan riktignok tenke seg unntak til denne regelen. På en annen side vil Dahl (2013) påpeke at all kommunikasjon egentlig kan sies å være interkulturell, fordi vi alle har våre unike kulturelle referanserammer.

Kapittel 1: Kultur og psykologi

Kultur: Atferd eller idé?

Historisk har kulturbegrepet blitt satt i sammenheng med biologiske aspekter, nærmere bestemt kultur som adaptive systemer. Enkelte hevdet at også kultur kunne utsettes for naturlig seleksjon. Teoretikere innenfor dette feltet hadde mange ulike meninger om akkurat hvordan dette foregikk. Å gå i dybden på dem alle blir for omfattende, men noen punkter var det enighet om. Kultur ble sett på som *atferdssystemer*, som over tid overføres mellom generasjonene. Disse systemene danner forbindelsen mellom gruppen og deres miljø. Eksempel på atferdssystemer kan være alt fra religiøse praksiser og dogmer til økonomisk organisering. Det er ut fra dette adaptasjonsprosesser som fører til kulturell endring over tid. Den naturlige seleksjonen, eller tilpasningen, beveger seg alltid mot et mål om økosystemets interne balanse. Endring begynner ofte i de områdene som er mest sensitive for adaptiv endring, i de mer konkrete kulturelle aspektene. Dette er spesielt de elementer av sosial organisasjon som er knyttet til teknologi, økonomi og produksjon. Epifenomener, slik som verdenssyn, religion og ritualer blir på den måten sekundære. Det betyr ikke at disse er uviktige. Tvert i mot kan de ha mange adaptive funksjoner. Alt fra å bidra til livets opphold, eller sørge for orden og kontroll i populasjonen. (Keesing, 1974) I lys av dagens psykologi, kan kultur som bare atferd virke noe utdatert. Som det meste annet, vil flere faktorer trolig virke inn. Andre retninger som legger vekt på symbolutveksling og kommunikasjon blir i lys av problemstillingen her mer relevante.

Som en motsats til adaptive teorier, står de idéorienterte teoriene. Det er altså ikke atferdsmønster som er det sentrale, men ideer. Teorier innenfor dette finnes i ulike former. Enkelte ser på kultur som *kognitive systemer*, andre som *strukturelle systemer*. Den tredje gruppen ser på kultur som *symbolske systemer*. Disse tre retningene er beslektet, men det finnes forskjeller. Førstnevnte henger tett sammen med den vitenskapelige utviklingen, og 50-tallets kognitive revolusjon. Kognitive teorier for kultur var opptatt av ulike typer systemer og klassifikasjoner. Kultur blir her definert som kunnskapssystemer. Det handler om de kodene som ligger bak den synlige atferden. Denne måten å se på kultur har av mange blitt kritisert som noe smal. Strukturalistene derimot, forsøkte å gå dypere inn i dette. Claude Lévi-Strauss stod i spissen for et strukturalistisk syn på kultur, som har hatt stor innflytelse.

Levi-Strauss views cultures as shared symbolic systems that are cumulative creations of mind; he seeks to discover in the structuring of cultural domains – myth, art,

kinship, language—the principles of mind that generate these cultural elaborations. Material conditions of subsistence and economy constrain (but do not explain) lived-in-worlds; but especially in myth, they leave thought-of worlds free reign. (Keesing, 1974, s. 78.)

Menneskenes miljø bidrar med material, disse møter universelle kognitive prosesser og danner mønster etter samme lovmessigheter, men får ulikt utslag på tvers av kultur. Clifford Geertz stod i spissen for et syn på kulturen som symbolske systemer. I og med at denne oppgaven har fokus både på kultur og språk, anses hans teori som interessant. Det er denne definisjonen som blir tatt utgangspunkt i videre. Dermed er det nødvendig med en mer grundig redegjørelse for dennes innhold.

Clifford Geertz: kultur som symboler

Den kognitivistiske tradisjonen var mest fremtredende i USA, mens strukturalismen slo mest an på kontinentet. Symbolistene derimot, fikk gjennomslag flere steder. Antropologen Clifford Geertz var blant dem som er godt husket i ettertiden. Det som skilte han fra Lévi-Strauss, var utforskningen av det nære i dagliglivet som for eksempel «hanekampen». Dette abstraheres så til generelle teorier. Rent kognitive teorier blir i hans syn reduksjonistisk, ved at mening bare er noe som finnes i enkeltindivider. Mening og symboler deles tvert i mot mellom gruppens aktører, og eksisterer i mellom dem. De kognitive strukturene av-individualiseres, og er mer konkrete enn metafysiske enheter. (Keesing, 1974)

Geertz hadde en semiotisk tilnærming til kulturkonseptet. Å analysere kultur blir en søken etter mening, heller enn forsøket på å avdekke lovmessigheter og kausalitet. (Geertz, 1973) Det som avdekkes presenteres i «thick descriptions», som fremstår som intrikate nett fylt av mening. Slik man leser en tekst, skal kultur avleses. På samme måte som mennesker forstår seg selv, skal forskeren ideelt sett forstå dem. (Tholen, 2018) Fagfeltet var ofte delt mellom dem som så kultur som indre mentale fenomen, eller som lært mønster av atferd. For Geertz var denne debatten irrelevant da han så på all atferd som symbolsk («symbolic action»). Nærmere bestemt utveksling av symboler, altså kommunikasjon. Mening er offentlig, dermed er også kultur et offentlig fenomen. Det er noe som foregår mellom menneskene. Det eksisterer ikke i enkeltindividers hode, selv om det er ideasjonelt. Ei er det et okkult fenomen, selv om det å ta og føle på det er umulig. Dermed blir Keesing (1974) sin kategorisering av kultur som enten idé eller atferd, for snever. Å betegne kultur som det ene eller det andre rommer ikke kulturens omfattende natur. Kultur har mange fasetter, noe Geertz

sin konseptualisering klarer å favne ved å ta utgangspunkt i symbolutvekslingen. Kultur er en kontekst hvor ulike fenomener kan “be thickly described”. Eksempel på faktorer er sosiale hendelser, institusjoner og atferd. Faktorene har ikke den samme betydningen uten å ta i betraktning konteksten. (Geertz, 1973) Mer presist definerer Geertz kultur som følgende: «...a historically transmitted pattern of meanings embodied in symbols, a system of inherited conceptions expressed in symbolic forms by means of which men communicate, perpetuate, and develop their knowledge about and attitudes toward life». (Geertz, 1973, s.89) Kultur er dermed et mønster av mening, som blir levendegjort gjennom symboler og overført mellom mennesker over tid. Symboler ses på som et system av nedarvede konseptualiseringer, som uttrykkes i ulike symbolske former. Symboler brukes av mennesker til å kommunisere, opprettholde og utvikle sin kunnskap om og holdninger til livet. Kommunikasjon er i følge Geertz et sentralt premiss i kulturdannelsen.

Vi behøver kommunikasjonen via symboler til å opprettholde kulturen, eller mønsteret av mening. Symboler kan være både språklige, verbale, eller nonverbale. I lys av denne definisjonen gir det mening å både inkludere faktorer ved språk, så vel som kultur, som kan innvirke på kommunikasjon i terapi. Dette fordi språk er en type symbolsk form og ut fra Geertz definisjon kan antas å være uløselig knyttet til mønsteret av mening, altså kulturen.

Selv om kultur ses på som knyttet til symboler, noe som ved første øyekast minner om ideer, kan altså ikke atferd ses bort fra. Det er gjennom sosiale atferdsmønstre at kultur uttrykkes. Kulturelle former uttrykkes også gjennom artefakter og tilstander. Disse får sin mening fra rollen de spiller i livsmønstret, ikke fra deres innbyrdes forhold til hverandre. (Geertz, 1973) All atferd kan ut fra dette ses på som en form for kommunikasjon, eller utveksling av symboler. Når pasienten og terapeuten ikke behersker samme verbalspråk, er det logisk å tenke at store deler av symbolutvekslingen stopper opp. Man har ikke den felles symbolske plattformen, altså ordene, som verktøy til meningsskaping lenger. Men hvis all atferd er symboler, kan man tenke seg at også andre typer symboler kan være relevante for kommunikasjonen mellom pasient og terapeut. Det er her man kan spørre seg om ikke kunstens symboler også kan være en form for kommunikasjon. Symbolske former i ulike varianter vil ut fra Geertz definisjon av kultur, også levendegjøre kulturen. Ut fra dette kan det tenkes at kunst i ulike former også kan bidra til kulturell forståelse mellom pasient og terapeut. Kunst kan også ses på som symboler, men de er visuelle istedenfor auditive. Kunst som symbolsk form er noe som vil berøres nærmere i oppgavens teorikapittel.

Kulturpsykologi

Som nevnt finnes det en rekke ulike definisjoner av kultur. De som til nå har vært skissert, er på generelt nivå og mer kjent innenfor antropologien enn psykologien. Kulturpsykologi er imidlertid et felt som har fått stadig mer betydning. Denne retningen vokste frem som et behov for å ta mer hensyn til ytre faktorerens påvirkning, og er slik et tverrfaglig perspektiv. Kultur og individ er sammenbundet. En må ta hensyn til konteksten i forsøket på å forstå menneskets psykologi. «Kulturpsykologien tager utgangspunkt i kulturen som et system av meningssammenhænge» (Elsaas, 2003, s.27) I likhet med Geertz' definisjon av kultur, tillegges meningsaspektet stor betydning. Individ og kultur er sammenbundet ved at de påvirker hverandre gjensidig. Kulturpsykologien plasserer ikke kulturen som noe utenfor mennesket. Kulturen er en del av mennesket, samtidig som det er et eget system. Det ene eksisterer ikke uten det andre. (Elsaas, 2003)

Å finne komplett enighet for hva kulturpsykologi innebærer er ikke enkelt. Det er et bredt felt, med mange om definisjonsmakten. Men ifølge Cole (1998) finnes noen hovedpunkter på tvers av disse.

Kulturpsykologi legger vekt på mediert atferd innenfor en kontekst. Dette forstås som at mennesket påvirkes av miljøet, og miljøet påvirker mennesket. Kultur er et eksempel på miljøvariabel. Den gjensidige påvirkningen medieres av artefakter, for eksempel språk. "Traditional dichotomies of subject and object, person and environment, and so on, cannot be analytically separated and temporally ordered into independent and dependent variables." (Cole, 1998, s. 103). Ut fra et slikt syn blir det vanskelig å isolere variabler å måle dem separat. Menneskets atferd må ses på som en del av den konteksten de opererer i. Ut fra dette er det naturlig å tenke at mennesket er uløselig knyttet til sin kultur, og at psykologi blir påvirket av miljøet rundt. Dermed vil det i et kulturpsykologisk rammeverk være essensielt å forstå helheten for å forstå mennesket, samt viktigheten av miljøet for pasientens konseptualisering av virkeligheten.

«Den genetiske metoden» legges også stor vekt på i Cole (1998) sin karakterisering av kulturpsykologien. Dette innebærer at man inkluderer ulike analysenivåer, både historiske, mikrogenetiske og ontogenetiske. Samtidig er hverdagslivets hendelser essensielt for enhver analyse. Bevissthet («mind») er noe som ikke bare hører individet til, men som co-konstrueres og fordeles. Selv om individer er aktive agenter i eget liv og utvikling, vil situasjonen eller konteksten også virke inn på atferd. På denne måten er ikke all atferd direkte følge av kun fri vilje. Kulturpsykologien tar likevel på generell basis avstand fra det atferdsvitenskapelige

«stimulus-respons» synet på mennesket. «Mind» oppstår dels i aktiviteter. Fortolkning blir dermed viktig. Rent metodisk er kulturpsykologien tverrfaglig. (Cole, 1998, s. 104)

Kulturpsykologi må ikke forveksles med kryss-kulturell psykologi. Sistnevnte betegner «the systematic study of relationships between the cultural context of human development and the behaviours that become established in the repertoire of individuals growing up in a particular culture» (Berry, 1997, s. x) Det handler om å forstå sammenhengen mellom kultur og atferd. Dette kan studeres enten innad i en kultur, eller ved å sammenlikne kulturer. Fagfeltet er i stadig forandring. Det skyldes i stor grad bevegeligheten i selve konseptet kultur, og dets kobling til psykologien. Utviklingen innenfor kulturstudier har fulgt andre fagfelt i å bli mer dynamisk. Kultur og individ påvirker hverandre, og dette fører til endring. Kultur ses ikke lenger som en objektiv sannhet som enkelt lar seg beskrive og studere. Denne perspektivendringen ledes av utviklingen innenfor sosialantropologien. Kulturpsykologi som fagfelt kan ses på som en underkategori av krysskulturell psykologi. Kulturpsykologien presenterer en diversifisering av kulturfeltet. (Berry, 1997, s.xi)

Oppsummering

Kultur kan sies å være meningskaping. Geertz (1973) hadde en semiotisk tilnærming til kultur, hvor kultur uttrykkes gjennom sosiale atferdsmønstre i form av symbolutveksling. Kommunikasjon er dermed en sentral del av kulturbegrepet. Kulturpsykologien er opptatt av mediert atferd innenfor en kontekst. Det handler om en gjensidig interaksjon mellom mennesker, hverandre, og deres miljø. Å forstå miljøet, eller kulturen, er essensielt for å forstå mennesket. Skal man være terapeut, bør man derfor sette seg inn i pasientens kultur.

Kapittel 2: Det multikulturelle terapirom

Kommunikasjonshindringer i helsetjenesten.

Man kan tenke seg en rekke ulike faktorer som kan påvirke behandlingen når man kommer fra en annen kultur eller snakker ulikt språk enn de som tilbyr tjenestene. Litteraturstudier har blant annet vist at kommunikasjon mellom pasient og lege ble påvirket betydelig i negativ forstand av pasientens etnisitet. (Schouten & Meeuwesen, 2006) På den ene siden hadde etnisk minoritetspasienter en tendens til å være mindre affektive, mindre assertive og mindre verbalt ekspressive. Dette er muligens ikke så oppsiktsvekkende funn i seg selv, men det interessante er at dette utartet seg gjensidig ved at legene også var affektive i mindre grad i sin samhandling med denne pasientgruppen. Om denne gjensidigheten tenkes å komme som følge av pasientens fremtoning, eller motsatt, synes ikke å komme frem av studiene. Schouten and Meeuwesen (2006) trekker videre frem et sett prediktorer for kommunikasjonsproblemer relatert til kultur i medisinsk behandling, slik de fremkommer av den gjennomgåtte litteraturen. Først og fremst vil ulike kulturelle verdier kunne gjøre seg gjeldende, noe som kan virke inn på en rekke faktorer overordnet i møte med pasienten, men spesielt kommunikasjonsmessig. Ikke minst vil man i ulike kulturer ha en forskjellig konseptualisering av sykdom og helse og tilhørende årsakssammenhenger. Ulikt syn på aspekter ved pasient-behandler-relasjonen trekkes også frem som en aktuell variabel. Disse faktorene er spesielt aktuelle for samhandling med helsetjenestene. Kognitive bias som virker inn på oppfatning av andre, samt rasisme og språk-barrierer pekes også på som en tenkt årsak til kommunikasjonsproblemene.

Selv om denne litteraturstudien hadde fokus på leger og ikke psykologer, kan man tenke seg at elementer likevel vil kunne være aktuelt i et bredere spekter av helsetjenestene, også i psykiatrien. Alle har en fastlege som har overordnet ansvar for både psykisk og somatisk helse. Dette var dessuten en gjennomgang av studier som undersøkte et omfattende sett med litteratur på feltet og fant gjennomgående tendenser for samhandling. Det er derfor nærliggende å tro at hvordan en pasient samhandler med en lege og en psykolog vil ha noen felles trekk. Hvorvidt psykologen og medisineren nærmer seg pasienten på ulike måter i kraft av sin opplæring, skal det ikke spekuleres i. I praksis vil jo forhåpentligvis de ulike yrkesgruppene operere samhandlende i møte med den pasientens psykiske utfordringer. Fastlegen og helsesøster i førstelinjen har for eksempel en viktig rolle for å identifisere og fange opp psykiske problemer. Psykiateren, psykologen og den psykiatriske sykepleieren tar i mot, utreder, pleier og behandler de mest trengende pasientene i andrelinjetjenestene.

Psykologens og legens rolle vil variere ut fra arbeidsplass, tjenestetilbud og videreutdanning, derfor kan man heller ikke nødvendigvis generalisere «psykologen» under ett. Samarbeidet mellom instansene og oppgavefordelingen er viktig for å gi alle pasienter et forsvarlig og likeverdig helsetilbud. I hvilken grad dette alltid skjer i realiteten, vil trolig variere. De fem nevnte variablene som ble fremhevet som viktige for kommunikasjonen av Schouten and Meeuwesen (2006) kan altså trolig ses på som mer eller mindre generelle, og ikke nødvendigvis noe som kun er anvendbart på legekantoret. Trolig vil de være aktuelle for ulike faggrupper innen helsetjenesten som møter fremmedspråklige og fremmedkulturelle, inkludert psykologer. Muligens er det til og med spesielt vanskelig for sistnevnte, nettopp fordi dialogen er et så essensielt verktøy i utredning og behandling.

Videre vil det her bli lagt vekt på kulturelle verdier, inkludert oppfatning av psykisk helse og sykdom, som en faktor i kommunikasjon mellom klient og behandler. En vil også kunne tenke seg at ulike kulturelt grunngitte syn på hva som er adekvat behandling kan spille inn, spesielt hvis det hersker uenighet eller manglende forståelse mellom partene. Relasjonelle aspekter i møte mellom terapeut og pasient, ses også på som relevant. Dette fordi terapeutisk relasjon er såpass viktig for behandlingsutfall (Norcross & Wampold, 2011). Kommunikasjon er fokus i denne oppgaven og både verbal og non-verbal kommunikasjon vil ha innvirkning på relasjonsbygging mellom terapeut og pasient. Ikke minst vil fokus videre i stor grad rette seg mot de språklige barrierene. Dette regnes av en rekke kilder som en sentral del av kommunikasjonsproblemer, og en faktor som ikke kan overses i behandling av etniske minoriteter.

Psykisk helse på tvers av kultur

I et kulturpsykologisk rammeverk, vil ikke det norske helsevesenets syn og praksis i møte med psykisk helse og sykdom, nødvendigvis være like gjenkjennelig for pasienter med ulik kulturell bakgrunn. Dette fordi kultur som vi skal se påvirker en rekke aspekter av kognisjon og atferd. Kultur kan ses på som et premiss for kommunikasjon. (Hylland Eriksen, 1997) Møtet mellom behandler og terapeut er en kommunikasjonssituasjon, og dermed er det naturlig at ulikheter i kulturell bakgrunn vil få konsekvenser her.

De potensielle ulikhetene som det her vil rettes fokus mot vil i hovedsak deles inn i 2 hovedområder; hvordan man klassifiserer og forklarer sykdom, og hvordan man ser på behandling av psykisk lidelse. I tillegg vil dikotomien kollektivism – individualisme være viktig innledningsvis for å forstå selvets medierende rolle i forholdet mellom kultur og atferd.

Kollektivistisk og individualistisk. Individualistiske kulturer kjennetegnes typisk ved at det legges vekt på verdier som selvstendighet og det enestående ved individet. I kollektivistiske kulturer derimot vil selvet i større grad ses i relasjon til den sosiale konteksten, hvor det er en gjensidig avhengighet mellom dets medlemmer (Hall, 2003) Hvordan man konseptualiserer selvet har vist seg å ha konsekvenser for et bredt spekter av variabler, både for emosjoner, kognisjoner, motivasjon (Markus & Kitayama, 1991) og naturlig nok også kommunikasjon. (Singelis & Brown, 1995) Enkelte aspekter av kjerneselvet anses likevel av sentrale teoretikere som universelle. Man regner for eksempel med at alle har en oppfattelse av en selv som distinkt og separat fra andre mennesker, ved man har egne tanker som ikke tilhører noen andre. Imidlertid vil man kunne argumentere for at det finnes aspekter ved selvet utover dette som egentlig utarter seg ganske ulikt fra kultur til kultur. (Markus & Kitayama, 1991) Effekten av kultur anses ut fra dette å være temmelig vidtspennende, og det er dermed naturlig å tenke at det også vil påvirke samhandling mellom pasient og terapeut.

De antas at i vestlige samfunn vil en større andel mennesker ha et individualistisk syn på selvet. Likevel bør man passe seg for å ikke være generaliserende. Dette er begreper på gruppenivå, og i realiteten vil det kunne være variabelt hvorvidt enkeltmennesket står som representant for det typiske i sin kulturelle gruppe. (Markus & Kitayama, 1991) Sett sammen med at verbal psykoterapi som konsept har sitt utspring i vestlig medisintradisjon (Prince, 1987) er det likevel trolig at tilhørende individualistiske verdier har hatt stor innflytelse på hva psykisk helse innebærer. En betydelig andel fremmedspråklige i Norge kommer fra ikke-vestlige land (SSB, 2019) dermed er det verdt å merke seg denne potensielle ulikheten i møte med denne pasientgruppen.

Diagnoser, symptomuttrykk og årsakssammenhenger. Som nevnt har metastudier vist at konseptualisering av sykdom og helse kunne påvirke kommunikasjon i somatikken. Dette anses som relevant også for psykiatrien. I vårt samfunn vil man operere med diagnoser og nøye klassifiseringer også for psykiske lidelser. I Norge brukes ICD-10, det internasjonale klassifikasjonssystemet for psykiske lidelser. I USA brukes DSM-systemet. Men felles for disse er at man har en allment anvendbar metode for å sortere, gi mening til, og kommunisere om, et sett symptomer. Ett sett symptomer som man etter grundig undersøkelse antar å være forenelig med en diagnose ut fra gitte kriterier.

Denne klassifiseringen er basert på empiri. Men man bør også ta med i betraktningen at de fastsettes som følge av konsensus mellom sentrale mennesker i fagfeltet. Faktum er at både DSM-systemet og ICD-10-systemet utvikles hovedsakelig i angloamerikanske

fagmiljøer. I kulturpsykologiens ånd vil dette dermed kunne ses på som et konstrukt som springer ut fra en viss kulturell gruppes verdenssyn. De senere årene er det likevel blitt et større fokus på viktigheten av å inkludere kulturelle variabler i diagnostiseringsprosessen, slik at man unngår feil i størst mulig grad. Å ha som ideal å komme frem til kulturelt universelle diagnose-kriterier er ikke noe mål, men det kan være nyttig å være oppmerksom på at det finnes ulikheter i klassifisering av sykdom. I DSM-manualen vil man i innledende kapitler bli gjort oppmerksom på de faktorer som kan bidra til misforståelser og feildiagnostisering. Manualene viser også til eksempler på kulturtypiske sykdomsuttrykk. (Warren, 2013) Uansett om man mener diagnoser er en fordel eller ulempe, vil det gjerne kunne oppleves som et viktig verktøy, blant annet for kommunikasjon mellom helsearbeidere. Ved hjelp av disse kan man forsøke å oppnå evidensbasert praksis og likeverdig behandling uavhengig av hvilken institusjon som har ansvaret for pasienten.

Psykoterapeutiske intervensjoner baseres i større eller mindre grad på dialog, både mellom pasient og terapeut, men også i de faglige drøftingene i behandlingsmøtene. Dermed blir måten vi kommuniserer på omkring egen og andres helse og plager meget relevant. Sett fra et kulturpsykologisk ståsted vil det som norsk psykolog være viktig å møte pasienten med et begrepsapparat som er forståelig også selv om man ikke er vant til de samme klassifikasjonssystemer.

At psykiatriske diagnoser varierer på tvers av kultur, synes det å være liten tvil om. Men nøyaktig i hvor stor grad definisjoner og symptomer er et produkt av kultur er fremdeles uklart. (Canino & Alegria, 2008) Hvordan psykisk lidelse kategoriseres, henger sammen med synet på årsaksmekanismer. (Honwana, 1998) Å bruke de detaljerte diagnosegruppene slik som i manualene er ingen selvfølge. Potensielle ulemper med manglende diagnostisering kan være at ikke alle som kunne behøvd hjelp får det. Men det kan også være en adaptiv og realistisk måte å se på problemene, som bidrar til at folk holdes i arbeid og aktivitet når alternativet er å falle utenfor samfunnet og potensielt forverres. Ikke alle har tilgang på et støtteapparat som står klar når man er for syk til å arbeide. I noen tilfeller vil nok normalisering være en naturlig følge av samfunnstrukturen og hjelpeapparatets tilgjengelighet. I andre tilfeller, slik som for eksempel i Japan, vil aksept av symptomer faktisk være en viktig del av selve behandlingsopplegget. Denne tankegangen er influert av en Østlig medisin-tradisjon, hvor zen-buddistiske verdier har influert psykologien. (Hjertnes, Lindstrøm & Sam, 2005)

På en annen side vil man kunne kritisere den vestlige tankegangen som en overdreven patologisering av normale menneskelige reaksjoner. Mange symptomer er i enkelte tilfeller

naturlige konsekvenser av stress og vanskelige opplevelser som for mange vil kunne minske når forholdene bedrer seg. En holistisk tilnærming hvor man forsøker hjelpe til med grunnleggende behov slik som økonomisk trygghet, stabilitet, felleskap, og en lavterskel psykologisk tilnærming kan dermed tenkes være mer hensiktsmessig for enkelte. Håpet er at kunstbaserte metoder forhåpentligvis kan bidra i denne forbindelse.

Kollektivistisk orienterte kulturer vil gjerne i høyere grad legge vekt på hvordan interpersonlige faktorer påvirker psykisk helse, mens man i individorienterte kulturer i større grad legger til grunn de intrapsyriske prosesser. (Hall, 2003) Dette betyr ikke at det ene eller andre er fraværende i den andre, men å være klar over disse nyanseforskjellene kan likevel tenkes å være nyttig å ta med i betraktningen når man skal behandle fremmedspråklige og fremmedkulturelle pasienter. Det vil dessuten ofte være et samspill, da mange mennesker lever i bikulturelle grupper. (Hall, 2003) Mange med innvandrerbakgrunn i Norge vil dessuten kunne identifisere seg med 2 kulturer samtidig, for eksempel norsk-somalier, hvor verdiene i den ene kontekst ikke nødvendigvis kan overføres til den andre kontekst. (Freng, 2008)

Forskjeller i hvordan man forklarer symptomer, har vist seg å virke hindrende for kommunikasjon mellom pasient og behandler. (Freng, 2008) For eksempel hvis en spillavhengig pasient med etnisk minoritetsbakgrunn er til behandling hos psykolog, vil psykologen kunne gi uttrykk for at dette for eksempel er en mestringsstrategi eller selvmedisinering. På en annen side vil pasienten kunne forklare dette med noe eksternt, for eksempel det å være besatt av en ond ånd. Dermed blir det ekstra viktig at terapeuter tar seg tid til å få innblikk i pasientens perspektiv. Når pasienter viser til åndelige forklaringsmodeller slik som dette, er det kanskje heller ikke så rart at det å gå til psykolog oppleves som et lite passende alternativ.

Det finnes en rekke eksempler på at kultur virker inn på hvordan psykisk lidelse uttrykkes utad. Det er naturlig å tenke at det som anses som passende behandling, også blir påvirket av det ytre symptomuttrykket, både fra pasientens og terapeutens side. Somatisering fremfor psykologisering er et relativt generelt eksempel som ofte trekkes frem når man undersøker forekomst av psykisk lidelse i innvandrerpopulasjonen. En studie viste blant annet at når man sammenliknet etnisk svenske pasienter med en gruppe etniske minoriteter på samme behandlingspost, var forekomsten av somatisering større hos sistnevnte gruppe. (Bäärnhielm, 2002) Et mer spesifikt eksempel på kulturforskjell i uttrykket er det såkalte «dhat-syndromet», angst for tap av sæd, som man bare finner i enkelte asiatiske kulturer. (Sumathipala, Siribaddana, & Bhugra, 2004).

I tråd med kulturteorier allerede presentert vil ens miljø ha innvirkning på alt fra forekomst, symptomer, utvikling og opplevelse av sykdom. Betegnelsen miljø brukes ofte i nyere tid fordi man har gått mer og mer bort fra å sette likhetstegn mellom definerte etniske grupper og deres kultur. Betegnelser som økologisk og sosial kontekst anses ofte som mer passende. Dette skyldes blant annet mangfoldet i urbane miljøer i dag, hvor hybrid-kulturer er stadig vanligere. Diagnosemanualer som DSM-5 har tatt innover seg behovet for å forstå sykdom i sin kontekst. Nå finnes et eget avsnitt om «Cultural Formulation interview» som veileder fagfolk i det arbeidet. (Kirmayer & Ryder, 2016)

Behandling. Som vi har sett ovenfor finnes det en rekke eksempler på hvordan psykisk lidelse påvirkes av kultur. Hvordan man kommuniserer til terapeut om hva som er problemet, og hva som kan være løsningen på dette, blir en naturlig følge av den meningsverden man er en sosialisert inn i. Terapeuten vil gjerne observere det som presenteres ut fra sine kulturelle «briller». Er kulturforskjellene store nok, har man i teorien en potensiell mulighet for feiltolking og misforståelser. Dette vil igjen kunne påvirke hva som oppfattes som adekvat behandling av begge parter. Om symptomene for eksempel er mer somatiske, si hodesmerter, er det naturlig å tenke at psykoterapi ikke blir det første som etterspørres av pasienten, og kanskje heller ikke det første som foreskrives av fastlegen. Det har vist seg å være nyttig for psykoterapibehandlingen å også rette fokus på kroppslige plager i møte med fremmedkulturelle pasienter, noe etnisk norske terapeuter ikke alltid er like opptatt av å gjøre. (Freng, 2008) Ut fra eksempler presentert her synes det å være viktig at man som behandler setter seg inn i hvordan kultur kan virke inn på forekomst, utvikling og manifestering av ulike tilstandsbilder. I tillegg bør man være åpen for pasientens perspektiv på hva som oppfattes som nyttig fokusområde. Ved å søke slik kunnskap blir det forhåpentligvis enklere å kommunisere med, og dermed få en forståelse av hva slags hjelp som er hensiktsmessig.

I det norske behandlingssystem vil de fleste være tilhengere av psykoterapi basert på evidensbasert praksis. Dette idealet har påvirket det anglo-europeiske psykologmiljøet spesielt de siste tiår. I alle fall i det offentlige helsevesen vil prinsippet stå sterkt, og kliniske retningslinjer forandres stadig i takt med aktuell evidens. Det vil naturligvis variere ut fra behandler, og terapi-feltet er riktignok ikke fremmed for tilbydere av diverse «alternative metoder».

Hvordan ens syn er på hva som hjelper for mennesker med psykiske vansker, er noe som gjerne varierer med kultur. (Ayazi, 2006a) Ikke bare kommer enkelte minoritetspasienter fra land hvor det offentlige helsevesen ikke er bygd opp på samme måte, men man kan også

ha andre formeninger om hvordan ta vare på disse menneskene. Å henviser til poliklinikk er ikke nødvendigvis første skritt på veien. Selve definisjonen av hva som er å betrakte som psykiske utfordringer, skal man heller ikke ta for gitt er universell.

En må også huske på at det å møte pasienter med andre forventninger og forklaringsmodeller enn en selv, ikke er unikt for arbeid med etnisk minoriteter. En kan av og til bli overasket over hvor mange ulike oppfatninger omkring helse og bedringsmuligheter som finnes innad i vår egen kultur. (Knappskog & Helgesen, 2008) Dermed er dette noe alle terapeuter bør ta hensyn til i sin praksis.

Variasjonen mellom grupper vil være stor. Men på generell basis kan man igjen bruke eksemplet med kollektivt- eller individorienterte kulturer. I mange samfunn, da spesielt de kollektivistiske, vil nettverket og storfamilien ha stor betydning for ivaretagelsen av den lidende. Et eksempel som illustrerer dette er feltstudier av det somaliske miljøet i Oslo. Her vil mennesker med psykiske vansker tas hånd om innenfor sitt nettverk, og ekstern offentlig hjelp vil ofte ikke tilkalles før symptomene er såpass alvorlige at man frykter for sikkerhet. Dette kan for eksempel være ved alvorlige psykoser. Mistro til offentlige instanser, herunder behandlingssystem, har også vist seg å kunne være et mulig hinder til at en tar kontakt med helsevesenet i dette tilfellet. (Ayazi, 2006a) Her ser vi eksempel på et mulig hinder til kommunikasjon, som skyldes mer overordnede kulturelle holdninger. Studier har vist hvordan placeboeffekt, at man tror at en behandling hjelper, ofte fører til bedring. (Blease & Kirsh, 2016). Det er naturlig å tenke at det vil kunne virke inn i motsatt tilfelle også, ved at mistro til behandlingen påvirker effektivitet.

Det norske helsevesenet vil ofte tilby samtaleterapi i noen form, noe som er å anse som en behandlingsform som springer ut fra vestlige verdier. (Prince, 1986) Dette er en metode som av enkelte kan oppleves uvant eller ikke adekvat for det problemet man sliter med, spesielt for de som kommer fra ikke-vestlige kulturer. Det finnes eksempler hvor pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn har uttrykt at de ikke ønsker å snakke om det vanskelige, de ønsker heller «hjelp til å glemme» som løsning til å komme seg videre. (Freng, 2008, s.45) Ingen mennesker er fremmede for motgang og stress. I et kulturpsykologisk rammeverk er det naturlig at ethvert samfunn har utviklet sin egen måte å håndtere utfordringer i livet, uten at den ene nødvendigvis er riktigere enn noen andres. Noen ganger vil det rett og slett være nødvendig for psykologen å bruke tid på å forklare konseptet terapi, fordi det ofte hersker usikkerhet blant pasientene om hva som skal foregå i timen. (Warr, 2010)

Spiritualitet, tro og overtro som kilde til bedring kan ses på som en motsetning til et evidensbasert behandlingssystem. Men det fremvoksende fagfeltet religionspsykologi, har etter hvert belyst betydningen av religion også innen psykisk helse. Tro har vist seg å være en viktig variabel for helse og livskvalitet. (Green & Elliott, 2010) Uavhengig av eget ståsted kan terapeuter dermed tenkes å dra nytte av å møte pasienters religion med åpenhet, å bruke det som en potensiell styrke i behandlingen.

Enkelte minoriteter kommer fra samfunn hvor religion kan ha betydning for sykdomsforløp og bedring på andre måter enn vi er vant med. Dette kan gjøre seg gjeldende på ulike vis avhengig av kultur. Eksempelvis kan problemer ses på som en straff fra Gud, eller som en mulighet til spirituell vekst. (Ayazi, 2006b) Slik kan det ha både negative og positive konnotasjoner. I alle tilfeller vil hjelp fra det offentlige helsevesen naturlig nok i noen tilfeller kunne oppfattes som mindre viktig. Som nevnt i et tidligere eksempel, vil forklaringen på psykiske plager for eksempel kunne tilskrives en åndelig besettelse. Å besøke en religiøs leder oppleves nok mer relevant i slike tilfeller, enn å gå til psykolog. Sosialantropologer har i sine feltstudier ofte beskrevet ulike folkemedisinske praksiser som et ledd i helbredelsesprosesser, slik som for eksempel eksorsisme ved demonbesettelser. (Ward, 1980) Selv om dette spesifikke eksemplet kan virke fremmed for oss, er det å bruke åndelige metoder generelt ikke noe som er unikt for fremmedkulturelle. En ser for eksempel innslag av dette i kristne miljøer, gjennom praksiser som bønn og helbredelse.

Om man har en pasient i behandling som, uavhengig av kulturelle tilhørighet, tillegger tro eller religion betydning for bedring, bør man forsøke å forstå hvordan. Ved å utøve slik kultursensitivitet, åpenhet, forståelse og respekt for den andres forklaringsmodeller kan det lette kommunikasjonen og dermed åpne opp for løsninger som pasienten selv opplever relevant. (Freng, 2008). Dette må selvsagt settes i sammenheng med faglige vurderinger av hva som er å betrakte som adekvat behandling. Psykologer har visse fagetiske prinsipper som skal etterfølges. Likevel finnes det i dag en rekke eksempler på kultursensitive tilpasninger av klassiske intervensjoner. (Schnyder et al., 2016)

Det kan også være andre, mer strukturelle årsaker til at det å snakke om sine personlige psykiske vansker ikke oppfattes som det viktigste på et gitt tidspunkt. Er man flyktning eller asylsøker, vil ustabilitet, manglende arbeid, økonomiske problemer eller usikkerhet omkring oppholdstillatelse er bare noen av utfordringene en møter. Noen har kanskje flyktet alene, og venter på nytt fra familiemedlemmer i andre land. Det kan være frustrerende å møte et helsevesen som ikke nødvendigvis kan hjelpe deg med det du aller mest ønsker hjelp til, men bare vil bedrive samtaleterapi med utgangspunkt i en henvisning

man knapt forstår betydningen av. Selv om man som terapeut ikke kan gjøre så mye med de praktiske utfordringene, er det nyttig å være klar over at ulike mål kan virke hindrende for kommunikasjon med noen pasienter. Kanskje må vi som norske behandlere ikke være så redd for å tenke nytt omkring vårt mandat, og være åpne for hva pasienten selv opplever som de viktigste problemene her og nå. Samtidig må man innen offentlig helsevesen holde seg til oppdraget, så her blir det ekstra viktig å oppklare forventinger sammen med pasienten slik at de forstår hva vi kan bidra med for dem. (Freng, 2008)

En nyansering av kulturelle forskjeller

Dikotomien individualisme - kollektivism trekkes ofte frem når man sammenlikner kulturer innenfor psykologien. Dette er et konstrukt som ofte tas for gitt i grunnopplæringen til psykologer. Flere ganger i denne oppgaven nevnes også dette som eksempler på kulturelt betingede forskjeller som gir seg utslag i psykologisk fungering. Det er verdt å huske på at det er en forenkling, og er her ment som eksempel på hvordan ulikheter kan utarte seg. Begrepet stammer opprinnelig fra Geert Hofstedes (1980) innsamling av data omkring kultur på arbeidsplassen i store multinasjonale selskaper. Spørreundersøkelser som omhandlet verdier ble delt ut til en rekke ansatte fra en titalls ulike land. Etter faktoranalyse av resultatene utkrystalliserte det seg 4 dimensjoner, hvor Individualisme-Kollektivism var en av disse. De andre dimensjonene gav Hofstede navnet "Power Distance", "Uncertainty Avoidance" og "Maskulinity-Feminity". Utvidet familiesammensetning som beskytter i bytte mot lojalitet, identitet basert på det sosiale system man er en del av, og emosjonell avhengighet, er eksempel på variabler innenfor et kollektivistisk verdigrunnlag. Tilsvarende vil de individualistiske verdiene basere seg på at identitet plasseres i individet, og man i større grad har ansvar for sitt eget liv og kjernefamilie. Emosjonell selvstendighet er også karakteristisk. (Hofstede, 1980)

Hofstede definerte kultur bl. a. som "The collective mental programming of the people in an environment" (Hofstede, 1980, s.43) Hans arbeider karakteriseres hovedsakelig av å skille kulturer empirisk. Hofstede er hyppig sitert, innenfor en rekke felt. Men som Baskerville (2003) peker på, blir denne teorien overraskende lite lagt vekt på innenfor sosiologi og antropologi. Dette er fagfelt som tradisjonelt har studert kultur. Kritikken av Hofstede er ikke ubetydelig hos disse. Baskerville (2003) legger i sin artikkel vekt på en rekke problemer. Hofstede beskriver kultur, men kan sies å egentlig ha målt nasjonalitet. Mye annen forskning tyder på at nasjonalitet ikke er ensbetydende med kultur. Et land kan inneholde

mange ulike kulturer. Baskerville peker på at Hofstede ikke tilstrekkelig har basert seg på et teoretisk grunnlag, og spør seg om han kan sies å ha studert kultur i det hele tatt. I tillegg reduseres konseptet kultur ved å gjøre det til et kvantifiserbart fenomen. Antropologer og sosiologer har gjennom tidene forsøkt å definere kultur på ulikt vis, men felles for dem er at kultur er dynamisk og mangfoldig. Hofstede på sin side ser ut til å legge til grunn en antagelse om stabilitet over tid. Eksempel på andre variabler enn kultur som kan ha virket inn på de mer nasjonalt orienterte resultatene er; nasjonal BNP, styresett, andel kvinner i arbeidslivet, eller andre sosioøkonomiske faktorer. (Baskerville, 2003)

Hans eksterne posisjon som forsker passer bedre med psykologiens tradisjoner hvor enkeltes mål snarere er å kvantifisere mentale fenomen. Antropologien legger derimot ofte vekt på deltakende observasjon som et ideal for forskning. Det er ikke det at det tas avstand fra statistisk analyse som metode i sin helhet. Men for at en slik tilnærming skal sies å være valid, bør de ulike komponentene defineres og operasjonaliseres klart og tydelig. Kritikere har pekt på at de 4 (nå 5) dimensjonene ikke er heterogene nok. (Baskerville, 2003). Hofstedes fremstilling av kultur skiller seg fra Clifford Geertz definisjon, som i mye større grad er preget av å være et *integrert mønster* av symboler og mening. Hofstedes definisjon tolkes som mer idéorientert grunnet så stort fokus på verdier.

Som vi ser opptrer ikke Hofstedes teori uten å møte kritikk. Til tross for dette har spesielt individualisme og kollektivism-dimensjonen fått mye positiv oppmerksomhet innen en rekke fagfelt. Tross variasjon i nøyaktig innhold, har liknende funn blitt replikert i en rekke studier. (Triandis, 2001). Målet er dermed ikke å avskrive disse begrepene. De har utvilsomt hatt stor betydning i vår søken etter å forstå psykologiske forskjeller på tvers av kultur. Mye av litteraturen som er gjennomgått her, bruker eksempler med disse variablene, og de vil dukke opp underveis. Men betegnelser som *kollektivt orienterte* kulturer eller *individorienterte* kulturer vil brukes i større grad, for å skille det fra Hofstedes variabler. Grunnen til at kritikken trekkes frem, er snarere for å minne leseren på viktigheten av varsomhet i møte med slike konstrukter. Men man skal ikke ta konsepter for gitt, men alltid ha et kritisk blikk på deres grad av betydning. I realiteten vil det som oftest være mer glidende overganger enn det forskning og teori fremstiller det som. Man kan for eksempel ikke se bort fra at det også finnes individuelle kulturforskjeller innad i gruppen. Det er spesielt aktuelt i vårt multikulturelle samfunn, hvor media og forflytningsmønster gjør det vanskelig å trekke klare linjer mellom kulturer. Overført til terapirommet minner det oss på viktigheten av å ikke ta for gitt hvordan enkeltpasienter oppfatter sin verden. Ved å være mest mulig åpen og

lydhør kan vi muligens komme et skritt nærmere slik erkjennelse. Eller som Clifford Geertz ville sagt det; forstå andre slik de forstår seg selv.

Skam og stigmatisering

Vi har nå sett på hvordan ulike verdier, og spesielt kulturelt betinget forståelse av sykdom og behandling, kan være et hinder for kommunikasjon. Skam og stigmatisering er noe som oppstår i alle kulturer og subkulturer i større eller mindre grad. Begge fenomen kan man tenke seg virker inn på kommunikasjon, både på et mikronivå, og på et strukturelt nivå.

Forskere har forøkt å finne årsaker til at minoriteter ikke søker psykisk helsehjelp til tross for at det i mange tilfeller kunne vært hensiktsmessig. En aktuell faktor er stigmatisering av psykisk syke i flere kulturer. (Gary, 2005) Slikt sett står enkelte minoritetsgruppe-medlemmer med psykiske utfordringer i fare for å oppleve dobbel stigmatisering. Både fra vertssamfunnet i kraft av at de er minoriteter, samt fra medlemmer av sin egen gruppe for å være psykisk lidende. Grad av stigmatisering vil kunne variere mellom individer og grupper. Men man ser en viss tendens til at dette gjelder de mest alvorlige plagene som er synlige for omverdenen. Stigmatisering av psykiske problemer vil kunne føre til helseproblemer i seg selv, men er også sterkt knyttet til skam-følelse. Både skam og stigmatisering vil virke inn på utfall av helsetilbud. (Jones, 2019)

Det er velkjent at skam hos pasienten kan påvirke terapien i negativ retning. (Gilbert, 2011) Det er ingen grunn til å tro at dette ikke også er aktuelt i interkulturell terapi. Skambegrepet er mangfoldig. Gilbert (1998) trakk paralleller mellom ulike teorier og fremsetter en definisjon. Skam kan ses på som «...an inner experience of self as an unattractive social agent, under pressure to limit possible damage to self via escape or appeasement». (Gilbert, 1998, s.22) Unngåelse av frykt for vurdering er altså et sentralt tema. Skam vil i mange tilfeller være assosiert med ønsket om å skjule emosjoner, eller aspekter av selvet. (McDonald & Morley, 2001) I den grad terapi handler om å forstå pasientens vansker og følelser, er der dermed naturlig at skam blir et hinder til kommunikasjon i terapi.

Skam er en såkalt sekundær emosjon, som har en funksjon. I moderate mengder virker skam regulerende på atferd. (Skårderud, 2002) Men det er også en kraftfull emosjon som har vist seg å spille en sentral rolle i en rekke psykiske lidelser, i alt fra depresjon til PTSD. (Keen, George, Scragg & Peters 2017; Bilevicius et al., 2018; DeCou, Mahoney, Kaplan & Lynch, 2019) Skam kan gjøre seg gjeldende rent konkret på flere vis. En kan eksempelvis oppleve skam for psykiske lidelser generelt, skam for den man er som person, eller for

spesifikke hendelser og opplevelser. Skam vil kunne arte seg forskjellig ut fra om pasienten er norsk eller tilhører en minoritet, og det er også et tema som trekkes frem som viktig i møte med psykoterapeutisk behandling av sistnevnte. (Frøeng, 2008)

I terapi forventes gjerne pasienten å dele av sitt dype indre liv, noe som ikke terapeuten gjør. Psykologer og psykiatere har en potensiell makt ved at deres vurdering veier tungt. Det er naturlig om pasienten opplever en slik situasjon som sårbar. I interkulturelle møter hvor pasienten tilhører en minoritetskultur og terapeuten majoritetskulturen, vil dette kunne påvirke maktforholdet ytterligere. (Bhugra & De Silva, 2000) Skjevt maktforhold kan være skam-induserende i seg selv. (Tangney & Dearing, 2011)

Kulturelle tabuer vil kunne virke inn på behandlingen. (Sungur & Bez, 2016) Hvis et tema er tabu, er det naturlig at det vil være vanskelig å snakke om det. Dermed blir det et mulig hinder til kommunikasjon. Det kan derfor være nyttig å på forhånd gjøre seg kjent med aktuelle tabuer, for å kunne adressere temaet på en sensitiv måte. Studier har for eksempel vist at skam knyttet til seksualitet og seksuelle traumer var spesielt aktuelt hos en del kvinnelige pasienter med minoritetsbakgrunn. Dette bidro blant annet til at mange problemer ikke ble fanget opp. (Ussher et al., 2017) Aspekter ved kulturen, for eksempel en æreskultur, kan tenke seg å spille inn i noen tilfeller. Hvis den fremmedspråklige pasienten i tillegg er flyktning, er det sjans for at hun har opplevd traumatiske hendelser i flukten. Om disse traumatiske hendelsene er av seksuell karakter, er det naturlig at det for noen blir skamfulle tema å skulle ta opp med en fremmed i terapi.

Oppsummering:

- Kultur virker inn på en rekke faktorer ved psykisk helse; diagnoser, symptomuttrykk og antatte årsaksmekanismer.
 - Årsaksmekanismer og kategorisering/diagnostisering henger sammen
 - Ulike forklaringsmodeller virker inn på synet på passende behandling.
 - Ulike ytre uttrykk vil også virke inn på behandlingssyn.
- Sentrale kulturforskjeller ved behandling:
 - Evidensbasert vs. tradisjonelle praksiser
 - Helsevesen vs. nærmiljø/storfamilie som ansvarlig.
 - Samtaleterapi kan sies å springe ut fra «vestlig» kultur.
- Skam og stigmatisering er viktige tema i interkulturelle møter, spesielt;
 - Stigmatisering som kilde til skam, og hinder til å oppsøke hjelp

- Skjevt maktforhold mellom pasient og terapeut som kilde til skam
- Kulturelle tabuer som kilde til skam
- Terapeutens kulturkunnskap er viktig fordi:
 - Ulike forklaringsmodeller og verdier er hindrende for dialog.
 - Ved å strebe etter forståelse av pasientens perspektiv utøver man respekt, noe som også er kommunikasjonsfremmende.
 - Mangler i kommunikasjonen, som feiltolkning og misforståelser, kan føre til feil i behandlingen.

Kapittel 3: Fremmedspråklighet i terapi

Samtaleterapi: «The talking cure»?

En hører ofte betegnelser av psykoanalysen som «the talking cure». Freud viste for alvor hvordan det å uttrykke sine problemer eller følelser overfor en terapeut kunne være forløsende og helende. Opp gjennom historien har psykologer videreutviklet, kritisert, eller tatt avstand fra Freuds læresetninger. Men uansett hvordan man stiller seg til hans teori i dag, er det liten tvil om at den har influert synet på psykoterapeutens rolle som en som lytter og setter pasientens problemer i sammenheng. Uavhengig om man kaller det ubevisste konflikter, fastlåste kognitive skjema eller affektfobi, er dialogen å anse som essensiell i en rekke metoder i dagens psykoterapeutiske behandlingssystem.

Premisset om verbalisering av problemer som mulig løsning på disse, leder an til et kjernepunkt som denne oppgaven skal belyse. For hva med i de tilfeller når psykoterapi skal utføres med fremmedspråklige? Vi har allerede sett at samtaleterapi ikke nødvendigvis er en kjent fremgangsmåte for alle. Samtidig som de ovenfornevnte kulturelle faktorene tenkes å være kommunikasjonshekkende, oppstår det ikke minst språkbarriere. Denne vil naturligvis variere, om en møter en tospråklig pasient som har bodd i Norge i 30 år, eller en nylig ankommet mindreårig asylsøker. Men den språkbarrieren som oppstår kan i alle tilfeller tenkes å være et betydelig hinder for kommunikasjon i terapiforløpet. Dårlig kommunikasjon mellom pasient og terapeut har vist seg å kunne påvirke behandling i negativ retning. (Jesus & Silva, 2016) Å ikke føle seg forstått vil dessuten kunne virke inn på relasjonen mellom pasient og terapeut. (Freng, 2008) Relasjonen mellom dem er som allerede nevnt en viktig faktor for utfall av terapi. (Norcross & Wampold, 2011) Dette poengterer dermed viktigheten av god kommunikasjon med fremmedspråklige pasienter. I tillegg til begrensede norskkunnskaper, vil de nyankommedes utfordringer ofte være mangefasettert, med en hverdag preget av usikkerhet, isolasjon, og praktiske problemer. Dette kan man tenke seg gjør det enda vanskeligere å oppnå oversikt over situasjonen.

Det er ikke bare under selve behandlingen eller den «terapeutiske samtalen», at det verbale språket blir viktig i kommunikasjonen. Utredningsfasen er essensiell for å kunne forstå pasientens utfordringer og gi riktig og forsvarlig helsehjelp. Under et innledende anamneseintervju vil man blant annet kartlegge livshistorie, påkjenninger, somatisk sykdom, og de psykiske symptomers varighet. Dette gir et mer helhetlig bilde på pasientens problemer enn det som er umiddelbart synlig, samtidig som man kan utelukke eventuelle årsaksforklaringer. I neste fasen av utredning, vil man ofte administrere ulike

kartleggings skjema som pasienten besvare på. Her er det gjerne små nyanser i formuleringer. Forståelsen av spørsmålene kan derfor sies å være viktige for å hindre feildiagnostisering.

Dette går først og fremst ut over pasienten selv, men kan også tenkes å medføre konsekvenser på samfunnsnivå sett i et økonomisk så vel som folkehelseperspektiv. Heldigvis finnes det løsninger som kan hjelpe på språkbarrierene. Ideelt sett kan pasienten tildeles en psykoterapeut med samme morsmål, men utvalget på kvalifiserte behandlere reduseres betraktelig i et allerede presset helsevesen. Det ville nok vært enklere å finne en kvalifisert tospråklig terapeut i land med større befolkningstetthet enn Norge, for eksempel England eller USA. Den andre løsningen, som også brukes mest i praksis her, er å bruke kvalifisert tolk i samtalene i helsevesenet.

Tolken: muligheter og utfordringer

Manglende felles språk som et problem for effektiv behandling, er ikke noe nytt fenomen i vår internasjonalserte verden, og det har vært forsøkt løst ved å ta i bruk hjelpemidler. Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1 og 3-2 poengterer pasientens rett til informasjon om sin tilstand, og hva helsehjelpen skal innebære. (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) For å oppnå dette kan bruk av tolk være nødvendig. Det kan tenkes å være gråsoner hvor det ikke nødvendigvis er like enkelt å vurdere om det blir nødvendig å bestille tolk. Tolkens rolle er først og fremst å muliggjøre den verbale kommunikasjonen mellom terapeut og pasient. Men en viktig del av arbeidet ligger også i oversette kulturelle koder, og oppklare mulige misforståelser i forbindelse med dette. Dette kan man gjerne sette av litt tid til etter terapisaamtalen. (Wenk-Ansohn & Gurriss, 2011) Det finnes likevel en rekke utfordringer ved bruk av tolk, slik som for eksempel tidsbruk, relasjonelle aspekt, eller problemer med selve oversettingen. (Freng, 2008)

Praktiske rammer. Selv om tolkebruk ofte er nødvendig, er det ikke alltid det skjer under like optimale forhold. Er man psykolog på en liten plass, eller det finnes få kvalifiserte tolker for det aktuelle språket, kan det være nødvendig med telefontolk. I praksis brukes dette ganske ofte i helsevesenet. (Sundby, 2018) Det er selvfølgelig bedre enn ingenting, men enkelte elementer av kommunikasjon vil naturligvis bortfalle. Den som tolker ser ikke pasientens kroppsspråk og mimikk, og elementer i oversettingen kan gå tapt. I tillegg til dette finnes de rent praktiske og økonomiske ulempene, for eksempel betydelig økt tidsbruk. (Sundby, 2018) Ikke alle tolker har nødvendigvis erfaring fra psykiatri heller, noe man bør ta høyde for i valg av tolk.

Relasjonelle aspekter. En av grunnene til at det er viktig med en kvalifisert tolk som har erfaring fra bransjen, er for å sikre seg som best man kan for de relasjonelle fallgruvene som kan oppstå, samt at pasienten føler seg trygg. Tolken er også taushetspliktig, og det er viktig at det er en person som pasienten stoler på slik at det ikke blir et hinder i kommunikasjonen. Men helsevesenets taushetsplikt er et fremmed konsept for mange. (Freng, 2008) Dermed blir det ekstra viktig å poengtere dette overfor pasienten flere ganger. Det finnes tilfeller hvor man har brukt tolk fra samme lokalsamfunn. Dette kan virke som en god ide, og til og med være ønskelig fra pasientens side. Dette bør man imidlertid være forsiktig med. Det kan være snakk om stigmatiserende tilstander i den aktuelle kulturen, og pasienten kan være i tvil om tolken vil holde taushetsplikten. (Folkehelseinstituttet, 2018). Som nevnt er traumer ofte en del av symptombildet for etniske minoriteter og flyktninger. Dermed bør man også være oppmerksom på muligheten for sekundærtraumatisering hos tolken. (Freng, 2008) Sekundærtraumatisering er også aktuelt for alle involverte, inkludert terapeuten selv. Men det er nærliggende å tro at en tolk som ikke har erfaring med å jobbe i psykiatrien vil være sårbar i større grad.

Språktekniske hensyn. Direkte oversettelse av samtalen vil være et ideal. Bradford & Munoz (1993) presenterer imidlertid noen utfordringer man bør være oppmerksom på. Visse faktorer vil kunne interferere med direkte oversettelse. Ikke alt i en samtale er like enkelt å oversette. Språklige bilder, slik som metaforer, har ikke nødvendigvis en ekvivalent i det språket man oversetter til. (Bradford & Muñoz, 1993) Dette kan også gjelde helt enkle begreper som vi tar som gitt i vårt språk. Eksempelvis vil det «å føle» kunne tolkes ulikt av pasient enn av terapeut, fordi det ikke nødvendigvis refererer til samme konsept i ulike kulturer. (Freng, 2008) De nonverbale aspektene, som vi allerede har vært inne på i forbindelse med telefonintervju, er også en utfordring. Kroppsspråk og ansiktsuttrykk kan i noen tilfeller bekrefte eller motstride det emosjonelle eller verbale innholdet. Det vil ikke være logisk for tolken å vise samme mimikk eller følelses-utbrudd som pasienten forfekter, da dette kan oppleves som hånende og distraherende. Her kan det være nyttig for terapeuten å legge merke til mimikken i det pasienten sier, selv om man ikke forstår språket. Tolken og psykologen bør også være klar over at visse språkvansker kan skyldes en bestemt psykiatrisk sykdom, og dette kommer da som en tilleggsutfordring i forståelsesarbeidet. Potensielle brudd i kommunikasjonsflyten kan oppstå når de fraser som skal oversettes er veldig lange. Tolken arbeidsminne er naturligvis begrenset, og for å huske alt som blir sagt kan det være nødvendig å dele det inn i flere stykker. Dermed kan pasienten oppleve å føle seg avbrutt (Bradford & Muñoz, 1993) Man kan bare tenke seg de potensielle situasjonene som kan oppstå i

dynamikken når pasienten er gråtelabil og midt i forklaring av skamfulle eller traumatiserende hendelser, hvor tolken samtidig må vurdere hvor det er greit å avbryte.

Tospråklighet i terapi uten tolk

Det vil være en viktig vurdering å ta stilling til om pasienten kan språket godt nok til å utføre behandlingen på norsk. Det er behandleren som har ansvar for å bestille tolk, men pasienten vil jo ofte kunne ha preferanser. (Helsedirektoratet, 2011) Mange fremmedspråklige har bodd i Norge i mange år og regnes etter hvert som kompetente brukere av norsk som andrespråk, selv om de naturlig nok vil beherske eget morsmål bedre. Denne gruppen, i motsetning til de som nettopp er ankommet landet, kan være integrert i større eller mindre grad. Ut fra de praktiske utfordringene som har blitt presentert ovenfor, er det ikke så rart om noen terapeuter lar være å bruke tolk om muligheten er der, så lenge dette er noe alle parter er fornøyd med.

Videre vil det her argumenteres for at det å la være å bruke tolk når pasienten behersker språket «tilstrekkelig», også kan ha sine begrensninger. Mange spennende funn har fremkommet fra forskning på tospråklighet og terapi. Hovedsakelig dreier disse funn seg om at ens morsmål er knyttet til tidlig sosialisering, minner og emosjoner, og at det dermed via et andrespråk iblant kan være mer utfordrende å nå relevante tema i terapi. Et viktig poeng er også hvordan ulike språk er knyttet til ulike kulturer, og dermed selvets konseptualisering, samt hvilke begreper man har for psykiske prosesser.

I psykonalytisk sammenheng er ikke tospråklighetens betydning for terapien noe ukjent fenomen. En rekke case-studier innenfor psykoanalytisk metode har pekt på hvordan bruk av ens andrespråk kan påvirke terapien. (Byford, 2015) Spesielt hvis andrespråket er lært i voksen alder, vil det kunne gjøre det innholdet som er av «dypere» emosjonell karakter mindre tilgjengelig. I lys av psykonanalysens klassiske begreper kan denne prosessen ses på som en form for intellektualisering. At bruk av andrespråk ved gjenhenting av minner påvirker grad av emosjonalitet, er også noe som bekreftes av studier innenfor nevrologi og lingvistikk. (Byford, 2015) Det synes å virke at det er flest studier innenfor det psykodynamiske paradigmet som gjennom kasusstudier og kvalitative intervjuer har forsøkt å belyse hvilken viktighet valg av språk har for intrapsykiske prosesser i terapi med multikulturelle pasienter. Det vil variere hvor «dypt» i tolkningene man forsøker å gå i ulike terapimetoder, men forståelse av emosjoner og kognisjoner er viktig uansett skoleretning.

En kvalitativ studie av Kokaliari, Catanzarite & Berzoff (2013) undersøkte terapeutenes egen oppfatning av språk i terapi med tospråklige. Enkelte funn ble synlige på

tvers av intervjuene. For eksempel vil andrespråket ofte ikke være nok for å uttrykke seg fullstendig, og pasientene viser seg å ofte veksle mellom morsmål og andrespråket. Det varierer når morsmålet brukes, men dette forekommer gjerne når affektinnholdet er høyt, eller alvorlige temaer, slik som traumatiske hendelser eller død. I noen sammenhenger virket morsmålet som et slags forsvar mot noe som er for vondt å ta innover seg. Det som også var spennende, og som henger tett sammen med kulturpsykologiens prinsipper, er hvordan valg av språk hos enkeltmennesket hang sammen med hvilken identitet og verdier som kom til syne. Her ser vi dermed at morsmålet kan ha to ulike sider, og at bruk av andrespråk også kan være å foretrekke i noen tilfeller, for å få frem den fullstendige meningen. Selv om det ikke finnes noe entydig svar på når det er best å bruke det ene eller andre språket, er det uansett viktig å merke seg hvilken betydning det har. Om man ikke behersker to språk som terapeut blir ikke dette mulig i alle tilfeller rent praktisk, men det er likevel interessant innsikt. Å bruke et andrespråk i terapi til å fortelle sin livshistorie, eller fortelle om sine problemer, er en kognitivt krevende prosess. Enkelte ganger må historien forenkles, for å i det hele tatt kunne formidles. (Perez-Foster (1998), referert av Kokaliari et al., 2013) Dette kan man tenke vil kunne få konsekvenser for kommunikasjon, og dermed utfallet av selve behandlingen, ved at terapeuten ikke helt forstår hva som er viktig for pasienten, og hva som bør være fokus i terapien.

Skiftene som oppstår mellom de to språkene er verdt å merke seg. Grad av stress og traumatisk innhold vil virke inn på valg av språk i situasjonen. Det er størst sannsynlighet for å velge det språket som henger sammen med opplevelsen, hvis denne opplevelsen av traumatisk og stressende. (Javier, 1989)

Flere av intervjuobjektene la vekt på betydningen av alderen for traumeopplevelser, i valget av språk for gjenfortelling til terapeuten. Det ble av enkelte foreslått at tidlige barndomstraumer, kombinert med at man har lært andrespråket senere i livet, økte sjansen for at det var mer utfordrende for pasienten å uttrykke seg omkring traumet på et andrespråk. På en annen side, foreslås det av andre at traumeopplevelser i noen tilfeller kan være mindre tilgjengelig for verbalisering på morsmålet. Religiøse eller kulturelle verdier former sosialiseringen av en virkelighet. For eksempel har ikke alle kulturer det samme begrepet og anerkjennelsen av konseptet traumer i det hele tatt. At enkelte kulturers forbud/tabu mot for eksempel seksuelle overgrep kan gi seg utslag i at man foretrekker andrespråket for å uttrykke seg omkring dette, trekkes også frem. Når man er vokst opp med enkelte tema ikke snakkes om, vil det nok heller ikke finnes et språk for å uttrykke det. (Kokaliari et al., 2013)

Hvilket språk man velger vil også kunne gi seg utslag i hvilke verdier man forfekter. Dette kan blant annet vises i uttrykk omkring kjønn og roller, men også synet på selvet. I kollektivt orienterte kulturer vil man oftere legge vekt på den delte opplevelsen, heller enn å legge vekt på jeg-et i narrativet. Ulike språk kunne også bære med seg ulike deler av ens identitet (Kokaliari et al., 2013) Dette er verdt å merke seg, spesielt i terapimetoder som legger vekt på individuelle opplevelser og selvrealisering. Slik kan man som terapeut forsøke å møte dette, forstå dette, heller enn å implementere et syn på individet som i bunn og grunn er basert på vestlig tankegang. Hvilken mening man tillegger *lidelse*, kan også veksle ettersom pasienten bruker morsmålet eller andrespråket sitt i fortellingen av sine problemer. Vi lever i et samfunn hvor alt psykologiseres og patologiseres. Det skal fikses, helst raskt. Kokaliari et al. (2013) trekker derimot frem eksempler på kulturer hvor lidelse ikke er noe som vi må bli kvitt for all del, men snarere en mulighet for utvikling, i noen tilfeller til og med av spirituell karakter. Dette kan føre til at man ikke patologiserer sine emosjonelle vansker i like stor grad. Det er nærliggende å tro at dette også vil kunne virke inn på om man ønsker psykisk helsehjelp, og dermed også grad av samarbeid og kommunikasjon i terapirommet.

Det som er spennende med Kokaliari og kollegers forskning, at det viser hvordan valg av språk har så stor betydning selv hos den samme personen. Forskning som dette viser oss hvorfor språkets betydning i terapi ikke burde undervurderes. Språk er en essensiell del av kommunikasjonen i terapeutisk sammenheng. Kulturpsykologien som fagfelt vil også legge vekt på viktigheten av språk og kommunikasjon. Forskning som dette gir et inntrykk av at språk representerer en indirekte form for kommunikasjon når det oversettes. Håpet er at kommunikasjon via kunst kan bli en mer direkte form for kommunikasjon til tross for forskjellige språk.

Behandling av fremmedkulturelle pasienter i dag: Noen anbefalinger

Det er tydelig at behandling i et multikulturelt perspektiv er noe som står på agendaen i fagfeltet i dag. Den amerikanske psykologforeningen (APA) gav i 2017 ut en revidert utgave av Multikulturelle retningslinjer for profesjonen. Denne guiden inneholder flere viktige retningslinjer, men spesielt 4 av de 10 retningslinjene anses som spesielt viktige for fokuset i denne oppgaven.

Guideline 2. Psychologists aspire to recognize and understand that as cultural beings, they hold attitudes and beliefs that can influence their perceptions of and interactions with others as well as their clinical and empirical conceptualizations. As such, psychologists strive to move beyond conceptualizations rooted in categorical assumptions, biases, and/or formulations based on limited knowledge about individuals and communities.

Guideline 3. Psychologists strive to recognize and understand the role of language and communication through engagement that is sensitive to the lived experience of the individual, couple, family, group, community, and/or organizations with whom they interact. Psychologists also seek to understand how they bring their own language and communication to these interactions.

Guideline 6. Psychologists seek to promote culturally adaptive interventions and advocacy within and across systems, including prevention, early intervention, and recovery.

Guideline 10. Psychologists actively strive to take a strength-based approach when working with individuals, families, groups, communities, and organizations that seeks to build resilience and decrease trauma within the sociocultural context. (APA, 2017, s.4)

Vi ser her at kultursensitive tilnærminger er noe som etterspørres sentralt. I tillegg peker guiden på flere punkter som omhandler tema denne oppgaven har tatt for seg innledningsvis, slik som for eksempel å være klar over hvordan din egen kultur påvirker dine vurderinger av pasienten. I de videre kapitler vil kunstterapeutiske metoder presenteres som et forslag til en forhåpentligvis mer kultursensitiv tilnærming (jmf. Guideline 6). Den valgte teorien som skal evalueres, ATR-N, harmonerer godt med APAs retningslinjer, da den tar et tydelig standpunkt som en metode som fokuserer på resiliens og individets styrke. (jmf. Guideline 10)

Nasjonalt kompetansesenter mot vold og traumatisk stress (NKVTS) utgav i 2006 «Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger – veileder» med ulike anbefalinger. Her trekkes gruppeterapi med fokus på kunst og uttrykksterapi frem som en metode som kan være et nyttig tilskudd til behandlingen av en spesielt sårbar gruppe. Flyktninger kan dra nytte av

den presenterte metoden av flere grunner. Både fordi ikke alle er vant til tradisjonell samtaleterapi, men også fordi det å uttrykke seg kunstnerisk kan oppleves mer familiært. (Meyer, 2006)

Oppsummering:

- Verbalisering av problemer som løsning på disse leder an til et kjerneproblem: Språkbarrierer i møte med fremmedspråklige pasienter.
- Språket er viktig både for presis utredning, og kommunikasjon i terapiforløpet.
- Tolk er en mulig løsning, men fører med seg noen utfordringer; praktiske, relasjonelle, og språktekniske.
- Om pasienten tar i bruk sitt andrespråk vil det kunne påvirke tilgjengelighet av minner, grad av emosjonalitet, og overforenkling av narrativet. Disse faktorene påvirker korrekt forståelse av pasientens utfordringer.
- Disse momentene vil til sammen danne et grunnlag for å foreslå andre metoder hvor språk ikke er like sentralt for terapi.

Ved å tilby en bredde i behandlingstilbudet kan man enklere tilpasse seg den aktuelle problematikken. Dette gjelder spesielt i møte med etniske minoriteter og fremmedspråklige pasienter som ofte opplever en rekke tilleggsutfordringer. Ved å bedre kommunikasjonen vil man også kunne øke effektiviteten i behandlingssystemet. Et interessant spørsmål videre blir derfor; kan man drive psykoterapi uten å « snakke sammen»? Av alle mulige kommunikasjonsmidler, er trolig språket det som tydeligst representerer kulturelle forskjeller. Visuelle kunstuttrykk, dans og musikk har også sine kulturelle særtrekk, men vil ofte fremstå mer universelle for oss. (McNiff & Barlow, 2009)

Kapittel 4: Kunstterapeutisk teoribakgrunn

Innledning

Problemstillingen tar for seg hvordan kunstterapi kan lette de hindrene til kommunikasjon en kan møte på i terapi med fremmedspråklige pasienter. De første kapitlene presenter eksempler fra forskning og praksis, som tilsammen skulle tilsi at vi kanskje har et behov for andre metoder enn samtaleterapi alene. Både språkbarrierer, men også faktorer som mer har å gjøre med pasientens kultur, ses på som relevant for eventuelle kommunikasjonsproblemer. Slik sett favner oppgaven bredt, og man kan spørre seg om det hadde vært mer hensiktsmessig å konsentrere seg om det ene. Ulempen med sistnevnte kunne vært en isolasjon av de faktiske utfordringene en opplever i «felten». I realiteten vil sjelden fenomener opptre i et vakuum.

Tidligere kapitler har som nevnt skissert argumenter for at det kan være lurt å finne alternativer til psykoterapi som ikke baserer seg like mye på samtale. Det er imidlertid nødvendig med et teoretisk argument i tillegg til de praktiske. I denne forbindelse vil det tas utgangspunkt i filosofen Susanne Langer teori omkring symboler, kunst og emosjoner. Denne fikk stor betydning i sin samtid på 50-60 og 70-tallet. Langer hadde blant annet Clifford Geertz som en av sine studenter. Selv om hun ikke var opptatt av terapi direkte, skrev hun om et bredt spekter av emner. Enkelte kan med fordel anvendes i denne sammenheng. Dette er en teori som kan fungere som et bakteppe for forståelsen av kunst som et nonverbalt kommunikasjonsmiddel. Hennes arbeider passer også fint sammen med Kokeliari og kollegers (2013) undersøkelser som støtter hypotesen om språk som en mindre direkte kommunikasjonsmåte. Langer presiserer nettopp hvordan kunst kan ha enkelte fordeler fremfor språk i formidling av emosjoner.

Susanne Langer: Kunst og emosjoner

Browning (2006) argumenterer for at Susanne Langers filosofiske arbeider bygger bro mellom den biologiske siden og den meningsøkende siden av menneskelig erfaring. Man behøver ikke nødvendigvis å velge den ene eller den andre tilnærmingen til studiet av mennesket. Hun legger for eksempel vekt på “...our symbolic capacity to continuously, imaginatively transform our biology, i.e., to render our affects into a new key” (Browning, 2006, s.1132) Bevisstheten kan forstås på et enkelt kontinuum, som innebefatter både kunstneriske og vitenskapelige perspektiver. (Browning, 2006)

Langer var spesielt opptatt av meningsdannelsen gjennom symbolikk. Denne meningsdannelsen gjennom symbolsk transformasjonen av opplevelse er relevant i mange

ulike situasjoner. Langer var spesielt opptatt av anvendelse innenfor språk, myter, ritualer, kunst og vitenskap. (Innis, 2009) Disse ulike områdene betegnes som «symbolic forms», eller symbolske former. (Colapietro, 1997) Hun skilte i den forbindelse mellom diskursive former for symbolisme, som språk, og «presentational» former for symbolisme, som ritualer og kunst. (Langer, 1953) Med hennes begrep om «the symbolic mind» forsøkte Langer å favne over en rekke fenomen og danne en modell for menneskets tenkemåte i vid forstand («mentality»). (Innis, 2009) “She envisioned the human mind to be, above all else, a symbolic (or symbol-making) capacity rooted in nature and flowering in a diversity of cultures”. (Colapietro, 1997, s. 1) Hun var dermed opptatt av den universelle biologien, eller nevrologien bak symbolske representasjoner (Langer, 1953) En slik grunnleggende teori om biologi, legger grunnlag for de videre resonnementene. Denne kulminerer i en teori om symbolisme. Begrepet «feeling» blir den mellomliggende «variabelen» som binder sammen biologi og symbolisme. (Browning, 2006) Hennes tankesett danner en god forbindelse med ATR-N. Denne har også et tydelig ankerfeste i biologiske mekanismer, samtidig som mer dynamiske variabler som kunst og emosjoner får betydning.

For Langer er språk og kunst symboler på ulike måter. “For language, spoken or written, is a *symbolism*, a system of symbols; a work of art is always a prime symbol.” (Langer, 1953, s.369) Et kunstverk står for seg selv som symbol, og kan ikke deles opp, slik språket er bygget opp av mindre systematiserte deler. Det kan likevel analyseres og man kan ane ulike enheter, men disse eksisterer ikke utenom helheten i verket. Enhetene er altså ikke et selvstendig symbol i den forstand. Forståelsen av kunstverk har et følelsesmessig aspekt, ikke bare ren analyse. Grunnlaget for forståelsen tar utgangspunkt i den presenterte følelsen. Denne gjør seg gjeldende ved intuisjonen vekket av helheten i verket. Hva som gjør kunst vellykket er i hvilken grad den uttrykker noe. Det vil si å uttrykke seg i logisk forstand, ikke nødvendigvis biologisk slik som for eksempel gråting. (Langer, 1953) Man erfarer ofte at verk man ikke ser på som typisk kunstverk i estetisk forstand, likevel er kunst. Spesielt i moderne kunst er det vanlig. Eller at en estetisk pyntegenstand oppleves som en funksjonell ting heller enn kunst. Fordi den ikke uttrykker noe. Overført til terapifeltet, kan det kalles *kunstterapi* fordi pasienten uttrykker seg i det som lages. Dette er uavhengig av de estetiske eller kunsttekniske kvaliteters tilstedeværelse. Langer ser kunsten som en direkte forbindelse mellom «intuisjoner». Ved å studere kunstverket induseres en emosjon i tilskueren. (Langer, 1953) Kunst er emosjonenes språk. «Art is the creation of forms symbolic of human feeling». (Langer, 1953, s.40)

Det skilles mellom vår symbolske kapasitet og vår presymbolske, instinktueller natur. Verbalspråk tilhører førstnevnte. Den ene prosessen utelukker ikke den andre. Atferd er nemlig utslaget av deres respektive integrering. (Browning, 2006) Det er i denne forbindelse at Langers begrep «følelse» (“feeling”) presenteres. Dette har en noe annen betydning enn den folkelige eller psykologiske.

... defines feelings not as something animals have but as something they do, and she equates this activity with consciousness. To act is to feel, and to feel is what it means to be conscious. For Langer, it is our animal feelings that constantly broker between the presymbolic and symbolic in our uniquely human mind (Browning, 2006, s. 1133)

Det er utfordrende å forske på psykologi fra et fortolkende og empirisk ståsted samtidig. Men læren om følelsen, slik begrepet brukes av Langer, bidrar til å oppheve dette tradisjonelle metodiske skillet. (Browning, 2006) Som en ser av utraget over, blir følelsen i vid forstand dermed også bindeleddet mellom menneskenes presymbolske og symbolske kapasiteter.

Følelsens som overordnet konsept i teorien nødvendiggjør en nærmere analyse av begrepet. En må skille mellom ulike typer følelser.. “feelings of impact” blir til såkalte “qualia”. Det vil si at objektive stimuli i verden, blir til mentale fenomener i oss. For eksempel vil den kvalitative opplevelsen som oppstår når man ser et rødt objekt være «qualia», og selve objektet være stimuli. “Feelings of autogenic action” derimot innebærer subjektive responser, det vår subjektive verden består av. Sistnevnte samsvarer mer med den klassiske oppfatningen mange har av følelses-begrepet. At følelsen også er grunnlag for verden slik den fremstår, var nytt i filosofien.

Fantasibegrepet utforskes også her. «Imagination is to feel spontaneously”. (Browning, 2006, s. 1135) Fantasi oppstår når man gir følelsen fritt spillerom. Det settes likhetstegn ved fantasi i sin rene form, og det å føle på en spontan, uhemmet og impulsiv måte. Drømmer for eksempel, baserer seg på den ukontrollerte delen av fantasievnene. Men fantasien kan også kontrolleres bevisst. En slik prosess danner grunnlaget for menneskets symbolske evne, og oppstår for eksempel ved verbalisering. Det er også blant drivkraften til vår evige meningssøking. «To speak is to symbolically render the world and ourselves into a new key through our imagination”. (Browning, 2006, s. 1135) Begrepet “a new key” var en del av hennes aller første verk, og henspiller til skiftet fra *sannhet* til *mening* som karakteriserte debatten innen filosofi i etterkrigstiden.

Langer mente at symbolisering ikke primært oppstod som en overlevelsesmekanisme. For eksempel kunne det prehistoriske mennesket løst kommunikasjon på andre måter enn ved bokstaver, ord og setninger. Hun legger derimot vekt på evolusjon av symbolbruk som følge av et iboende emosjonelt behov for å uttrykke seg selv, og sine ideer. (Browning, 2006, s.1135) «Å uttrykke seg selv» kunne man tolket som en kommunikasjonsgest mellom to mennesker, men det behøver ikke være det. Slik Langer tolkes, kan en kunstner uttrykke seg ved å male et bilde. Dette uavhengig om noen andre tolker dette bildet senere. Dette behovet for selvuttrykk, og evnen til å formidle ideer, skiller oss fra andre dyr.

Som vi har sett er følelses-begrepet bredere enn det mange er vant med. Det kan brukes til å definere det psykiske aspektet i form av behag og velbehag. Det kan også være uttrykk i dagligspråket som å «ikke føle for det». Langer sier følgende: “As I use the word, in defining art as the creation of perceptible forms expressive of human feeling, it takes in all those meanings; it applies to everything that may be felt.” (Langer, 1966, s.6)

Betegnelsen form brukes i den enkleste forstand. For eksempel vil en bygning, et tre, et kunstverk, en dans, en melodi ses på som en form. De sistnevnte er riktignok mer midlertidige former. Men de har til felles at de kan oppfattes som en helhet. Begrepet «expressive» er sentralt, og kan bety mye forskjellig. Vi har allerede sett det eksemplifisert som selvuttrykking. Dette kan ses på som uttrykket av egne følelser. Den er spontan og reaktiv, nærmest som et slags symptom på hva vil føler. Den er en direkte refleksjon av den aktuelle mentale tilstanden. Gråt er et eksempel på slikt symptom. «Expression» kan også bety å formidle eller presentere en idé. Dette skjer gjerne via ord, men ikke nødvendigvis. Men ordet er et *symbol*, og ikke et *symptom* på hva vi føler. Å fortelle en historie om hvorfor du er lei deg, krever en annen type «expression» enn det direkte symptomuttrykket gjør. Mer presist kan man bruke betegnelsen «conceptual expression» eller konseptuell uttrykking om det som skjer idet verbalisering foregår. Språket fungerer dermed til å kommunisere ideer, samtidig som det gir dem form. Med ordet som verktøy bringer man inn en slags objektivitet i tankene. «language gives outward experience form, and makes it definite and clear» (Langer, 1966, s.8)

Det er viktig her nok en gang å presisere forskjellene mellom språk og kunst, selv om begge er å betegne som en “symbolsk form”. “There is, however, an important part of reality that is quite in-accessible to the formative influence of language: that is the realm of so-called inner experiences, the life of feeling and emotion.” (Langer, 1966, s.8) Dette kan ved første øyekast virke noe motstridende. For ble det ikke nettopp presisert at ordet kan brukes til å

uttrykke følelsen av tristhet? Man kan derfor lure på hvorfor Langer insisterer på at språkuttrykk er utilstrekkelige i å uttrykke følelser.

Mange har en oppfatning av at emosjoner eller følelser er irrasjonelle. Grunnen til at de fremstår slik for oss, ligger i språkets utilstrekkelighet. Ordene spiller vanligvis en viktig rolle når vi forsøker å «holde på en tanke». Mange har vanskelig for å forestille seg og tenke en tanke uten automatisk å verbalisere dem for sitt indre. Men Langer mener språk ikke strekker til i det å gjøre følelsene til noe det er mulig å tenke på. Ikke minst når de subjektive erfaringene skal formidles, er ikke språket like egnet. Årsaken til dette gjøres rede for på et relativt teknisk vis. Ordene hun bruker er nok mer kjent for logikeren enn kunstterapeuten. Det er allerede nevnt at både språk og kunst er «symbolske former». Følelsens naturlige *form* reflekteres ikke i språkets *form*. Det vil variere, men som hovedregel vil spesielt omfattende konsepter ikke la seg «fange» av et diskursivt språk. Rent konkret betyr det at de ordene vi har som betegner følelser, for eksempel tristhet, blir altfor generelle. I realiteten vil tristhet kunne variere i både styrke, type, uttrykk og indre fornemmelse. Menneskelige følelser, i ordets brede forstand, er dynamiske. Et gradert kontinuum er ikke nok, fordi utallige kombinasjoner av tilstander er mulige. Dette gir stor variasjon i nyansene. Denne variasjonen finnes det ikke noe språk for. «Merkelappene» vi omgir oss med er dermed grove forenklinger. Diskursiv symbolisme, det vil si språk, er dermed ikke tilstrekkelig i konseptualiseringen av følelser i vid forstand.

Kunsten derimot, egner seg godt til å formidle dette dynamiske mønsteret. Ikke fordi det er et *symptom* på en indre tilstand. Kunstens uttrykk («expressiveness») sammenliknes tvert i mot med *symbolers* egenskaper. Samtidig skiller det seg også fra symbol, ved at kunst i sin helhet ikke er et *genuint symbol*. Et genuint symbol slik vi vanligvis kjenner begrepet peker oftest mot noe annet utenfor seg selv, slik som ord gjør. Kunst som sådan gjør imidlertid ikke det. Dette kan virke motstridende. For vil ikke kunst som sådan nettopp peke mot følelsen, og denne er da utenfor kunsten? Det er her selve nøkkelen til Langers resonnement presenteres. «...the feeling it expresses appears to be directly given with it – as the sense of a true metaphor, or the value of a religious myth – and is not separable from its expression”. (Langer, 1966, s.9) Relasjonen mellom kunst og følelser er dermed unik. Mennesket oppfatter følelsen i kunsten på en intuitiv måte, og kan ikke skilles fra verket. Det er direkte gitt av verket.

Langer tolkes ut fra dette som et forsøk på å vise at skillet mellom uttrykk og innhold oppheves ved bruk av kunst som kommunikasjonsmiddel. Kunsten blir en direkte inngangsport til emosjonen, subjektiviteten og vitaliteten, der språket er en indirekte og

ufullstendig. Kunsten og det som formidles er sammenbundet, istedenfor at den ene betegner den andre. Følelsen er «i» verket, ikke utenfor. Kunstverket henspiller ikke til et eksternt følelseskonsept, men vil ofte kunne vekke en faktisk følelse hos den som betrakter det. Kunst bidrar også til at vi blir bevisst våre emosjoner, følelser og subjektive virkelighet. Det skjer ved at kunsten gir våre indre opplevelser form og mening. «Self-knowledge, insight into all phases of life and mind, springs from artistic imagination.» (Langer, 1966, s.11) På samme måte vil språket opplyse oss og gi mening til det som er *om* oss, for eksempel observerbare karakteristika. Men det vil trolig aldri kunne formidles fullstendig hvordan det er å *være deg*. Slik har kunst også en kognitiv verdi. En begynner her å ane konturene av hvordan kunst vil kunne brukes i terapi. Kanskje kan det både bidra til kommunikasjon, innsikt og forståelse? Alle disse faktorene er svært relevante for endringsprosesser.

For å oppsummere hennes filosofi; følelsens form er forskjellig fra språkets struktur. Dermed er den ikke irrasjonell, bare annerledes i sin form og derfor vanskeligere å formidle fullstendig. Kunstens funksjon er å gjøre følelsen objektiv, slik at vi kan forstå den. Kunsten står dermed i motsetning til språket og blir følelseslivets naturlige symbol. Dette fordi begge er dynamiske i sin form. Kunst er et produkt av preverbale krefter, nemlig fantasien. Følelser i vid forstand stammer også fra dette preverbale stadiet. Den kognitive omdannelsen som språket representerer blir mindre fremtredende når man uttrykker seg kunstnerisk. Gjennom all slags typer kunst kan man derfor begripe hvordan emosjoner og vitalitet *virkelig* oppleves i sin helhet. (Langer, 1966)

Kunstterapi som begrep i historien

Susanne Langer var opptatt av kunst, men hennes interesse var ikke primært for den terapeutiske kontekst. I dag praktiseres kunst i terapi på mange ulike vis. Det er ikke noen klar enighet i feltet om en tydelig definisjon av hva kunstterapi er. Historisk sett har enkelte, slik som Edith Kramer, fokuserer på kunst-aspektet. Å utfolde seg kreativt ses her som helende. Mens andre legger mer vekt på det psykoterapeutiske, hvor kunsten er et kommunikasjonsmiddel og ikke et mål i seg selv. Psykoanalytikerens Margaret Naunburg er den tydeligste frontfiguren for sistnevnte. En undergruppe blant dem igjen står for kunstterapi som mer enn et hjelpemiddel, og som en metode som kan stå på egne bein. Rent faglig kan både Naunburg og Kramer ses på som psykodynamikere. (Ulman, 2001)

Naunburgs psykoanalytiske perspektiv kommer tydelig frem i hennes definisjon av kunstterapiens mål. Det handler om å gi underbevissthetsen en stemme. Pasienten skal strebe etter fri assosiasjon og uttrykk. Kunstneriske kvaliteter er dermed ikke viktig. Uttrykket har

utgangspunkt i den terapeutiske relasjon og overføringsprosesser mellom partene. Overføring i psykodynamisk terapi handler om at emosjoner og holdninger, for eksempel fra pasientens barndom, overføres og utspiller seg i terapirommet. Tilsvarende vil terapeutens motoverføringer påvirke samspeillet ytterligere. (Hartwich, Boeker & Northoff, 2018)

Kunsten blir en kommunikasjonsmetode som med sin symbolikk kan supplere verbalspåret. For Naunburg er altså kunstbaserte metoder et verktøy til mer effektivt og direkte uttrykk av indre opplevelser som fantasier og drømmer. Det ubevisste materialet blir gjort mer bevisst. Disse er ikke like enkelt tilgjengelig via ord fordi de lagres og oppleves som bilder for vårt indre. Når materialet omgår den verbale prosessering, rekker ikke pasienten å analysere innholdet på forhånd og dermed sensurere seg. Overføring og motoverføring i den terapeutiske relasjon er en viktig del av psykoanalysen. Dette gjøres ifølge Naunburg enklere gjennom kunst. (Ulman, 2001)

Da Edith Kramer fremsatte sin teori et par tiår senere satte man den kreative *prosessen* på kartet. Hvorfor skal man ellers bruke akkurat kunst som aktivitet? For Kramer var det ikke noe poeng å kalle det kunstterapi, om ikke det var nettopp kunstneriske verdier som var av betydning. Kunst er et universelt uttrykk mennesket har brukt i alle tider og kulturer. Kramer ser på det som en refleksjon av den menneskelige opplevelse: Et sted der konflikter får utspille seg og finner sin løsning. For eksempel ur-konflikten; den mellom id og superego. Psykoanalysen er dermed synlig i hennes begreper. Kunst representerer en slags dualitet. Denne reflekteres ytterligere i kontrasten mellom aktens disiplin og den «primitive» fantasien som kilde til innhold. Terapeutens rolle er støttende i prosessen med å integrere og syntetisere realitet og fantasi, bevisst og ubevisst. (Ulman, 2001)

Et moment til diskusjon er hvilken pasientgruppe kunstterapi egner seg for. Ulman (2001) peker på at dette ikke kommer tydelig frem hverken i Kramers eller Naunburgs teorier. Ikke minst vil det brede spekteret av aktiviteter som kan tas i bruk gjøre det vanskelig å «skjære alle over en kam». Som de fleste andre metoder er det nærliggende å tro at ikke alle pasienter vil dra nytte av den. Det er stor forskjell på å løse indre eksistensiell uro eller grove krigstraumer. For å kunne diskutere egnethet for ulike pasientgrupper burde man først ha operasjonalisert teoriene ytterligere. (Ulman, 2001) Eldre teorier som disse er ofte basert på egne erfaringer, og de tenkte virkningsmekanismene er sjelden testet ut systematisk. Trolig har hverken Kramer eller Naunburg den fulle sannhet, men de er inne på viktige momenter som har påvirket vårt syn på kunstterapi den dag i dag. Det vil senere i denne oppgaven bli anledning til å ta opp dette temaet, men da med utgangspunkt i ATR-N.

Ulike begreper har vært brukt innen helsevesenet. Vanligvis hører vi ordene kunstterapi, kreativ terapi og uttrykksterapi. Det kan også være kombinasjoner av disse. Historisk sett vil «*uttrykksterapi*» legge vekt på *uttrykkelse* av emosjoner. Denne bør foregå innenfor en terapeutisk relasjon for å kalles terapi. Tilstedeværelsen av en kyndig fagperson er nødvendig. Det som kommer frem i prosessen kan være overveldende, og pasienten kan behøve støtte og hjelp til emosjonsregulering. Terapeuten behøver ikke være særlig billedteknisk dyktig og kreativ selv. Her er virkelig de terapeutiske egenskapene og evnen til å «lese» emosjoner som er viktigst.

Bruken av begrepet «*kreativ terapi*» ser vi blant annet hvor kunstnere inntar rollen som terapeut og medhjelper. Dette fordi terapeuten bør være kjent med kunst som metode. Bare slik kan man være lydhør for hvor pasienten befinner seg i prosessen, og hjelpe på veien til å finne sin stemme. Tolkning av det billedlige innholdet anbefales ikke. Ulman (2001) refererer i denne forbindelse til Meijerings begrep om integrasjon. Det viktigste er ikke å formidle et budskap eller en følelse som deretter analyseres. Det skyldes at forandring i psyken kan skje som følge av integrasjon underveis i den kreative prosessen. Derav navnet kreativ terapi. Dette må ikke forveksles med kunst som fritidsaktivitet, hvor læreren vil være mer styrende i sin rolle og hvor tekniske ferdigheter får mer fokus. Her vil det ikke være rom for terapeutisk endring på samme måte. (Ulman, 2001)

Ulman presenterer ulike faglige «leire» som tradisjonelt har preget kunstterapifeltet. I virkeligheten er det sjelden like svart-hvitt. Om det er kunstaktiviteten, eller analyseringen av sluttproduktet som blir utslagsgivende for pasientens bedring, vil nok variere fra pasient til pasient. Det er ofte glidende overganger mellom ulike faktorer. Disse er som andre mentale operasjoner like komplekse å forstå som hjernen selv. Selv om terapeuten går inn i prosjektet med sin ideologi i ryggen, vil man nødvendigvis kunne ha full kontroll over de prosesser som foregår hos pasienten.

En av grunnene til at det er vanskelig å definere kunstterapi, er at det er vanskelig å definere kunst. (Ulman, 2001) Men kunstterapi må ikke forveksles med kunst. Ved kunst i terapi er det ikke like stor vekt på det estetiske, men heller hva kunsten kan formidle eller hva prosessen kan føre med seg av helsefremmende aspekter.

I Norge i dag brukes oftest ordet kunst-og uttrykksbaserte metoder eller kunstterapi i markedsføring av kurs og behandlingstilbud. Kunstterapeuten vil nok ha ulike roller ut fra instans og utdanning, da det ikke er noen beskyttet tittel. Her i oppgaven vil det kalles kunstterapi, da dette virker til å ha færrest ideologiske konnotasjoner. ATR-N er dessuten forkortelse for Art Therapy Relational Neuroscience. Å gå bort fra betegnelsene i tittelen er

dermed unødvendig. Kunst kan dog være så mangt, men fokus i denne oppgaven har allerede blitt avgrenset til billedkunst og skulptur.

ATR-N og teoretisk ståsted

ATR-N henter igjen ideer fra en rekke fagfelt. Et snev av psykoanalytisk tankegang; om kunst som en måte å få frem ubevisste tanker og emosjoner. Ordet *implisitt* brukes imidlertid oftere enn *ubevisst*. Førstnevnte er mer i harmoni med nevrovitenskapelige fremskritt og allmenn konsensus. Eksempel på implisitte prosesser i den forbindelse, er tilknytningsmønstre. ATR-N legger også stor vekt på det emosjonelle uttrykket, og regulering av emosjoner. Slik passer det godt inn ideologisk med «kreativ terapi». Kramers tanker om kunst som helsefremmende i seg selv, er også noe ATR-N slutter seg til. Kunst kan bidra som en alternativ måte å kommunisere på som supplerer det verbale. Dette synet finner vi tydeligst hos Naunburg. ATR-N ser dermed ut til å hente inspirasjon fra en rekke teoretikere. Da er det vanskelig å sette fingeren på umiddelbart hva deres syn på kunstterapi er. Men uavhengig av historisk og ideologisk ståsted vil ATR-N spesielt legge vekt på relasjoner, tilknytning og kunst i et nevrovitenskapelig rammeverk.

ATR-N legger til grunn en forståelse av grad tilknytning som viktig for psykisk helse og bedring. Som vi etter hvert skal se, refereres det i stor grad til kunstterapirommet som en arena for å arbeide med utfordringer i forbindelse med tilknytning og relasjoner. Derfor skal sentrale teorier på feltet her gjennomgå kort i påfølgende avsnitt. Fokus vil være på begreper som ATR-N aktivt bruker, slik at disse ikke behøver å defineres underveis. Ulike teoretikere kan ha hatt ulike definisjoner av tilknytningsbegrepet. Det poengteres ikke eksplisitt av Hass-Cohen og Findlay (2015) om noen bestemt tilhørighet her. Det er mitt inntrykk at en eklektisk tilnærming passer. Flere teoretikere nedenfor nevnes hyppig i tekstene deres. Dette handler trolig om at ATR-N er en ung teori. Som de fleste av nyere tilnærminger til terapi som vi ser i dag, bygger på en bred kunnskapsbase, og sjelden låser seg til begreper fra *en* teori. Både Winnicott, Stern, Bolwby og Fonagy har bidratt til den forståelsen av tilknytning som vi har i dag. Ulike teoretikere foregriper tema fra en noe ulik synsvinkel, og med ulike begreper. Deres forskjellige fokus er naturlige følger av den kronologiske kunnskapsutviklingen innenfor nevrovitenskapen. Men grunnbudskapet går igjen. Som for eksempel at trygg og utrygg tilknytning virker inn på trygghet i relasjoner senere i livet. At tidlige relasjonelle traumer bidrar til utrygg tilknytning. Eller at den terapeutiske relasjon kan trigge tilknytningsstil, og bidra til korrigerende og alternativ relasjonell erfaring.

Oppsummering

Kunsten er en direkte kommunikasjonskanal til følelser i vid forstand, herunder emosjoner. Språk er indirekte og dermed mindre egnet i denne sammenheng. (Langer) Historisk har kunstterapien hatt som mål å være et supplerende kommunikasjonsmiddel i tillegg til språket. (Naunburg) Den kreative prosessen er også helende i seg selv. (Kramer) American Art Therapy Association peker idag på kunstterapiens kommunikasjonsfremmende egenskaper, samt metodens iboende helsefremmende kvaliteter. Dette slutter også ATR-N seg til.

Kapittel 5: Tilknytningsteorier

Winnicott og «The Squiggle Game»

Winnicott var en av de første fagfolk som satte betydningen av forholdet mellom mor og barn for senere utvikling virkelig på agendaen. Rent faglig var han psykoanalytiker, rettere sagt objektrelasjonsteoretiker. Men hans tanker fikk også enorm betydning for utviklingspsykologien. I sin praksis som lege observerte han interaksjonen mellom mor og barn, og hadde dermed en mer praktisk tilnærming enn en rekke andre i hans fagfelt på den tiden. Behovet for å relatere seg til andre mennesker er ifølge han noe iboende og universelt i oss. Når omsorgspersonen tilpasser seg barnets behov tilstrekkelig, vil etter hvert dette danne grunnlaget for et voksende selv. (Hart & Schwartz, 2009) Han introduserte begrepet om *overgangsobjekter*. Dette kunne være for eksempel en bamse, som fungerer som en erstatning. Bamsen representerer overgangen fra å være i ett med moren, at det ikke er noe skille mellom selvet og verden, til at barnet relaterer seg til omsorgspersonen som noe som utenfor seg selv. (Winnicott, 1971, s.1-34) Det oppstår en forbindelse mellom indre og ytre virkelighet i det Winnicott betegner som «det potensielle rommet». Dette begrepet blir relevant videre i oppgaven, fordi det er her positivt samspill, og da spesielt lek og kreativitet vokser frem i dette skjæringsspunktet mellom realitet og fantasi. At barnet gis mulighet til å utvikle det potensielle rommet, er også essensielt for å utvikle et sunt selv. Rent overordnet satt Winnicott tidlige relasjoner på agendaen for utvikling, og som vi skal se er dette grunnsteinen i teorien som er oppgavens hovedfokus, ATR-N. Forstyrrelser i mor-barn-samspillet kan føre til selv-forstyrrelser og psykiske problemer senere i livet. (Hart & Schwartz, 2009, s.35) At det er en *gjensidighet* i forholdet mellom omsorgsperson og spedbarn, og at dette danner grunnlaget for senere relasjonelle mønster, virker i dagens øyne nærmest som en selvfølgelighet. Men historisk var dette et viktig fremskritt og ikke noe man hadde lagt vekt på i like stor grad. (Hart & Schwartz, 2009)

Winnicott introduserer begreper som «*holding*» og *speiling*, begreper som vi senere skal se igjen i teorier innenfor tilknytningsfeltet. Ved at moren tilpasser seg det hun har identifisert i barnet bidrar til en opplevelse av sammenheng i tilværelsen for hen. I denne gesten blir barnet beskyttet mot for sterke stimuli (Hart & Schwartz, 2009), og kan dermed minne om det vi i dag betegner som emosjonsregulering. Morens bruk av *speiling*, det vil si benevnning av det hun ser hos barnet, fostrer følelsen av å bli sett og anerkjent.

Winnicott brukte i sine psykoterapi-timer med barn det han betegnet som «The Squiggle Game». Dette er muligens ikke det typiske eksempelet på kunstterapi, men kan ses

på som et historisk eksempel på hvordan bruke tegning til å formidle tanker og følelser. Den bygges opp som en gjensidig lek, hvor terapeuten også deltar. Ved at leken er gjensidig, oppleves det forhåpentligvis i mindre grad som en oppgave eller en plikt for barnet, og blir velegnet som kommunikasjonsmetode med denne gruppen. Barn er dessuten ofte for unge til å ha fullstendig vokabular for kompliserte fenomener som for eksempel følelser. Samtidig kan tradisjonell leketerapi med lego eller dukker fort oppleves litt barnslig for noen. (Berger, 1980) Ifølge Berger (1980) kan denne øvelsen fungere som hjelp til utredning ved å gi pekepinn på aktuelle utfordringer i barnets liv, men også rent terapeutisk for pasienten. Det er en mulighet til å meddele vanskelige følelser som for eksempel frykt.

Rent praktisk forgår «leken» ved at terapeuten tegner en enkel blyantstrek på et ark, for eksempel en loop. Det er viktig at den er såpass nøytral, og ikke henter til et spesielt motiv, slik at den gir maksimal fri utfoldelse til barnet. Deretter skal barnet fullføre tegningen, og man vil ofte prate med terapeuten om det som fremkom og bruke det som utgangspunkt for utforskning av barnets livsverden. Her er det viktig å tilpasse seg barnets emosjonelle tilstand. Er pasienten preget av stress ved å kommunisere om det som tegningen viser, kan det være lurt å la barnet få lov til å ta en «pause» ved å gå tilbake til tegnebrettet. Når man er ferdig med en tegning, kan man bytte tur ved at det er barnet som begynner med en strek og terapeuten skal fullføre. Selv om spillet kan gi verdifull innsikt, er det som med alt annet symbolsk arbeid viktig å ikke ilegge tegningene alt for mye mening uten at man sjekker det opp mot andre metoder, slik som komparentopplysninger og anamnestic informasjon. Men det er et nyttig verktøy for å få barnets perspektiv. (Simmons, 1974 og Kenny & Clemmens, 1975, sitert av Berger, 1980)

Winnicott mente at det er gjennom lek at barnets kreativitet blir formidlet, og dette foregår i det såkalte «potensielle rommet». Dette er samme «rom» som også danner utgangspunkt for relasjonell utforskning. (Hart & Schwartz, 2009, s.60) Hos voksne derimot ser man de samme mekanismene i andre kreative aktiviteter enn lek, for eksempel vitenskapelig arbeid og kunstneriske prosesser. Skjæringspunktet mellom det indre og ytre ses blant annet i at man manipulerer aspekter av den ytre verden, samtidig som fantasi og mentale bilder gjør sitt inntog. Det er et samspill mellom disse to virkeligheter. Fornemmelsen av å være til oppstår i kreativiteten, og det er derfor dette er en så viktig del av hans tilnærming til sine pasienter. Winnicott legger vekt på barnet som aktivt i sin egen utviklingsprosess. (Hart & Schwartz, 2009) Et *samspill* kan, som det ligger i ordet, ikke operere som en enveis prosess.

På den ene siden har vi Winnicotts tanke om at kunst er voksnes måte å uttrykke kreativitet og utfolde selvet, der hvor barnet på sin side fordyper seg i lekens verden. På den andre siden har vi ideen fra «The Squiggle Game» med tegning som metode for å kommunisere tanker og følelser med barn. Dette taler for kunst som mulig kommunikasjonsmiddel i terapi med voksne. Hvis det fungerer for barn, hvorfor ikke for voksne? Tegning kan jo sies å være en kunstform, men ved å bruke kunst i bredere forstand, åpner man opp for aktiviteter som er litt mer avansert og elaborert, og dermed mer egnet for voksnes kommunikasjonsmåte. Dette på grunn av enkle faktorer som økende ordforråd og så videre. Som nevnt kan det selv for fremmedkulturelle som behersker norsk språk relativt godt, likevel være utfordrende å kommunisere omkring abstrakte fenomener som emosjoner og kognisjoner. Hypotesen i denne oppgaven er at kunstterapi vil potensielt kunne lette de kommunikasjonsproblemene som kan oppstå med fremmedkulturelle pasienter. Ut fra Winnicotts teori, vil kunst eller tegning være et lovende forslag til lette kommunikasjonsproblemer i terapi. Winnicotts begrep om det «potensielle rommet» som base både for kreativitet og bygging av gjensidig relasjoner, gir dessuten et teoretisk argument for at slike kunstneriske aktiviteter også kan være relasjonsbyggende for voksne. Relasjon mellom pasient og terapeut er som nevnt viktig aspekt i et vellykket terapiforløp.

Tilknytningsbegrepet

Winnicott opererte samtidig som John Bolwby. Sistnevnte er trolig vel så kjent i tilknytningsfeltet. Dette inkluderes fordi en del tilknytningsteoretiske begreper ligger til grunn for ATR-N, som er hovedfokuset for oppgaven. Bolwby samarbeidet blant annet med Mary Ainsworth, som utviklet ulike kategoriseringer av tilknytningsmønstre. Disse begrepene forklares her, og det er disse som tas utgangspunkt i gjennom senere diskusjoner av tilknytningskategorier.

Tilknytning kan defineres noe ulikt av de forskjellige forskere, men at det dreier seg om båndet mellom omsorgsperson og barn, går igjen. Bolwby legger i sin definisjon spesielt vekt på tilknytning som et biologisk betinget og universelt atferdssystem. Selve tilknytningsatferden derimot, oppstår i samspillet mellom omsorgsgiver og barnet. Dette blir grunnlaget for deres relasjon. Etter hvert dannes indre arbeidsmodeller med sin base i disse erfaringene, og danner grunnlaget for senere relasjonell atferd. (Hart & Schwartz, 2009)

Mary Ainsworth velkjente eksperimenter med utgangspunkt i «fremmedsituasjonen», ga seg utslag i kategoriseringen av tre ulike tilknytningsmønstre. Trygg tilknytning, utrygg

ambivalent og utrygg unnvikende. Trygt tilknyttede barn forholder seg til foreldrene som en trygg base, samtidig som de er fleksible og fri til å utforske miljøet. For at et slikt mønster skal utvikles behøves foreldre som forstår barnets signaler, og tar dem i mot med beskyttelse og trøst når det er nødvendig, uten å være overbeskyttende. Utrygge ambivalente barn er usikre mesteparten av tiden, og redd for separasjon, selv om barnet ikke er trygt i denne relasjonen. Foreldrene blir ikke noen «base» som de kan utforske verden fra og returnere til etter behov. Utrygge unnvikende barn unngår foreldrenes trøst og er mer selvstendige. Ikke selvstendig i positiv forstand, men fordi dette har utviklet seg som en hensiktsmessig strategi etter gjentatt avvising. En fjerde kategori, desorganisert tilknytning, kom etterhvert som følge av videre forskning. Her er det ingen spesielle mønster, men atferden er ustabil. Denne ses ofte i sammenheng med omsorgssvikt eller liknende hvor barnet ikke får sine behov møtt, eller blir møtt med negative følelser. (Hart & Schwartz, 2009)

Intersubjektivitet

Daniel Stern var i likhet med Winnicott å betrakte som psykoanalytiker, men opptatt av å koble denne kunnskapen opp mot empirisk forskning innen spedbarnsfeltet. Han fikk stor betydning for utviklingspsykologien i senere tid. Stern er kjent for sine grundige empiriske studier av det dyadiske samspillet mellom mor og barn. Samspillet dem i mellom består av synkroniserte atferdsmønstre. Et sentralt poeng er at barnet er aktivt i et intersubjektivt samspill. Dermed skiller det seg fra den tidlige psykoanalysens syn på barnets lite aktive, drift-styrte vesen. Stern var opptatt av viktigheten av stimulering gjennom sosial interaksjon for at barnehjernen skal utvikle seg. Mønsteret av selvet i samspill vil over tid danne grunnlag for mentale representasjoner. Hvilket sosialt og kulturelt miljø en er født inn i vil dermed påvirke utformingen av dette. De psykiske tilstandene som dannes som følge av den intersubjektive relasjonen, virker inn på tilknytningsdannelse. Evnen til speiling og imitasjon er medfødt, og noe barnet vil bidra med i samspillet. Det biologisk baserte grunnlaget for tilknytning ses dermed på som universelt, men resultatet utarter seg ulikt på tvers av kultur. (Hart& Scwartz, 2009)

Det hevdes at samspillet Stern beskriver i spedbarns-tiden kan sammenliknes med det som foregår mellom pasient og terapeut i en klinisk situasjon. Parallellen kan ses både metaforisk, men også mer konkret. Det er spesielt innenfor de psykodynamiske retninger at dette blir eksemplifisert. Intersubjektivitet er et begrep som også finnes i filosofien. Men her vil begrepet brukes i psykodynamisk forstand, i likhet med Stern. Stern var en av de første til å gjøre begrepet kjent innen allmenn utviklingspsykologisk tenking og da spesielt mor-barn-

samspeillet. (Rustin, 1997) Rustin (1997) refererer videre til Storolow & Atwood (1992) som bruker begrepet i betegnelse nav den gjensidige påvirkningen mellom pasient og terapeut. Praktiserende innenfor kunstterapi-feltet har brukt Sterns beskrivelser av samspill og intersubjektivitet som teoretisk bakgrunn for sine metoder, spesielt innenfor dans og musikkterapi. (Raglio, Traficante, & Oasi, 2006) Felles for disse er at de legger vekt på kunstens og musikalitetens preverbale kvaliteter. Samspeillet som bokstavelig talt foregår mellom to musikere kunne ses på som en form for non-verbal kommunikasjon. Jazz-musikere som improviserer er et eksempel på dette.

Mentalisering

Mentalisering er et begrep som stadig dukker opp i gjennomgangen av ATR-N. Som vi skal se tenker man seg at man gjennom kunstterapi kan stimulere mentaliseringsevnen. Mentalisering defineres som evnen til å forstå egne og andres mentale tilstander. (Bateman & Fonagy, 2013) Mentale tilstander kan være for eksempel følelser, holdninger, eller ønsker. I vår sosiale verden er dette en nyttig egenskap for å navigere kompleks mellommenneskelig kommunikasjon. Mentalisering er dermed et sammensatt begrep. Utfordringer med mentalisering er på ulike måter en komponent i en rekke psykiske lidelser. Fonagy og kolleger henter informasjon fra nevrovitenskapelig forskning når avgjørende faktorer for mentalisering forklares. Både tilknytningshistorie, samt stressnivå, vil virke inn på mentaliseringsevne i en gitt situasjon. (Luyten & Fonagy, 2015)

Fonagys syn støtter seg til andre foregående teorier omkring viktigheten av omsorgspersonens respons for utvikling av selvregulering. Han legger imidlertid mye vekt på det mentale aspektet. Den voksne må i sin reaksjon også representere en mental tilstand. Denne vil etter hvert internaliseres. (Hart & Schwartz, 2009) Det er viktig å presisere at det foregår en *affektspeling*, ikke imitering av barnets tilstand. Omsorgsgiver speiler det gråtende barnet ved å lage et ansiktsuttrykk som signaliserer at man er lei seg. I neste omgang tas barnet opp, trøstes og det vises mer positive ansiktsuttrykk. Hen begynner altså ikke å gråte. Slik kan barnet skille mellom sin egen og andres tilstand, samtidig som det opplever seg «forstått».

Speling virker inn på tilknytningsrelasjonen. Men andre faktorer spiller også inn. Fonagy legger vekt på barnets genetiske sårbarhet. Det vil si at det ikke bare er omsorgspersonens samspill med barnet som er styrende for utvikling av tilknytningsmønster. Miljøfaktorer kan forsterke, eller kompensere. (Hart & Schwartz, 2009) Synet på arv og miljø

som interagerende er mer helhetlig, og i tråd med de fremskritt utviklingspsykologien og nevrovitenskapen har kommet frem til i dag.

Fonagy er i dag mest kjent for å ha utviklet metoden mentaliseringsbasert terapi. Dette brukes opprinnelig i behandling av borderline personlighetsforstyrrelse. Men uavhengig av type terapi vil mentalisering kunne ses på som en viktig variabel. Fonagy fremmer hypotesen om terapeutens evne til mentalisering har betydning for hvor vellykket behandling blir. Kan mentalisering være den såkalte «fellesfaktoren» for suksess på tvers av ulike metoder? (Fonagy & Allison, 2014) Sammenhengen mellom mentaliseringsevne og ulike typer psykiatriske diagnoser er som nevnt observert. Tidligere forskning har også vist at foreldrefigurens mentaliseringsevne overfor barnet predikerer tilknytningsstil. Fonagy og Allison (2014) refererer videre til en rekke ulike studier som viser sammenheng mellom mentalisering i oppveksten og selvregulering, sosial kognisjon og motstandsdyktighet til stress senere i livet (resiliens). Det er mulig at mentalisering blir en mellomliggende variabel her. Foreldre som er lave på mentalisering fører til både utrygg tilknytning og lavere evne til mentalisering hos barnet. Om det er mentaliseringsevne eller grad av tilknytning som fører til de psykiske utfordringene, er vanskelig å si sikkert. Men betydningen av mentalisering virker i alle tilfeller å være stor. Dets betydning i terapirommet er dermed en idé som er verdt å undersøke. (Fonagy & Allison, 2014) Det som er viktig å huske på før man gir en enkelt faktor avgjørende betydning for utfall, er at feltet naturligvis påvirkes av faglige trender. Realiteten er oftest preget av et dynamisk samspill mellom mange ulike faktorer. Likevel er det nyttig å ha en forståelse av begrepet, da dette anvendes hyppig innen ATR-N.

Det er viktig å presisere at Fonagy og kolleger ikke ser på det som noe mål for terapien å lære pasienten å mentalisere bedre. Fenomenet ses heller på som en del av prosessen i terapi. Mentalisering bidrar til økt trygghet i relasjonen. Dette hjelper pasienten å frigjøre seg fra rigiditet som sosial interaksjon hos pasienter som strever psykisk. Dette gjelder spesielt personer med borderline personlighetsforstyrrelse. Når trygghet («trust») er etablert er det enklere for pasienten å agere i sosiale relasjoner i sitt virkelige liv. En blir mer tilgjengelig for å lære av sosial erfaring, samt får økt forståelse for egen atferd. I terapi kan pasienten erfare å få sin subjektivitet validert og forstått. «...the experience of feeling thought about in therapy makes us feel safe enough to think about ourselves in relation to our world, and to learn something new about that world and how we operate in it». (Fonagy & Allison, 2014) (s. 375.) Pasienten kan etter hvert se seg selv som en agent i eget liv, med det potensialet dette har for endring og læring i den sosiale arena. Terapeuten bør aktivt strebe

etter pasientens perspektiv på verden. Når denne tryggheten og forståelsen er etablert vil det kunne bidra til å øke kommunikasjon mellom partene. (Fonagy & Allison, 2014)

Affektregulering i nevrovitenskapelig perspektiv

Allan Schore integrerer flere disipliner og bygger bro mellom nevrovitenskap, utvikling og psykoterapi. Han mener som en rekke andre at tilknytningserfaringene har betydning for hjernens utviklingsprosesser, men legger spesielt vekt på utviklingen av affektregulering. Omsorgspersonenes hjelp til affektregulering bidrar til utvikling av spedbarnets nervesystem. Samspillet dem i mellom har en organiserende effekt på indre mentale strukturer. Etterhvert som hjernen modnes vil den eksterne reguleringen avta, og intern selvregulering øke. Internalisering skjer gradvis, men hele tiden innenfor den såkalte nære utviklingssone. Dette begrepet hentet Schore fra Vygotskys generelle prinsipper for utvikling, og kan anvendes innen flere områder. (Hart & Schwartz, 2009)

Tilknytningserfaringer vil via nevrotransmittorer og hormonell aktivitet, føre til strukturelle endringer. De dypere strukturer, slik som mellomhjernen og hjernestammen påvirkes tidligst. Etter hvert reguleres også deler av barnets limbiske system via de samme mekanismene. Alle disse vil senere i livet være viktig for integrering av emosjonelle og kognitive prosesser. Det bidrar til økt forståelse av følelser hos seg selv og andre.

«Schore definerer tilknytning som en regulering av biologisk synkronitet mellom organismer» (Hart & Schwartz, 2009, s.167) Såkalt synkronitet bidrar til tilknytningsprosessen. Synkronitet vil si at det er samsvar mellom forelder og barns aktivitet i samspillet, og mangel på det vil være stressutløsende for barnet. Når gjenopptagelsen av positiv kommunikasjon skjer på forutsigbart vis, lærer barnet at stresset har en ende og reparering finner sted. Med tiden styrkes barnets resiliens, eller motstandsdyktighet mot stress. Voksne menneskers evne til selvregulering, avhenger altså av affektinntoningen med foreldre i oppveksten. Schore slutter seg til prinsippet om *nevroplastisitet*. Det vil si at erfaringer, herunder terapi, vil kunne virke inn på nervesystemets utvikling også i voksen alder. Kommunikasjon i terapi vil også kunne bli utsatt for brudd, som kan repareres.

Schore slutter seg til en forståelse av hjernens hierarkiske utvikling, grovt skissert i 3 deler. Det autonome nervesystem påvirkes først i det dyadiske samspillet. Deretter det limbiske system, herunder amygdala. Prefrontale strukturer utvikles mer langsomt og over tid, men er en viktig overstyrende enhet som blant annet er involvert i selvregulering, altså barnets egne affektregulering. Schore legger i likhet med ATR-N vekt på forskjeller i funksjon mellom høyre og venstre hemisfære. Høyre hemisfære utvikles tidlig i livet og er

dermed mest påvirket av mor-barn-samspillet grunnet involvering i kroppslig og emosjonell kommunikasjon. Tilknytningserfaringer lagres som indre representasjoner. Disse kobles sammen med emosjonell kvalitet. Denne prosessen kalles integrering. Slike læringsprosesser er ubevisste og foregår før språkets utvikling. Venstre hemisfære får større betydning i takt med at den verbale kommunikasjonssutviklingen. Venstre hemisfære preges av bevisst vurdering og virker på avstand fra den limbiske aktivering. Det betyr ikke at venstre hemisfære ikke er involvert i emosjonsprosessering, er ikke like involvert i direkte reagering. (Hart & Schwartz, 2009) «Når de sekundære prosessene i venstre hemisfære modnes og hemmer primærprosessene i de høyresidige, limbiske strukturene, blir det dynamiske ubevisste etablert». (Hart & Schwartz, 2009, s.187) Med utviklingen blir dermed de primære emosjonene mindre direkte tilgjengelig. Det er disse som man håper å enklere kunne nå frem til via kunstterapi. Hvis kunst er den preverbale bevissthetens foretrukne uttrykksmåte (Langer, 1966) vil Shore sitt nevrobiologiske perspektiv kunne forenes med dette.

Interpersonlig nevrobiologi

Kunstterapi-teorien som skal analyseres i denne oppgaven, ATR-N, baseres blant annet på et interpersonlig nevrobiologisk perspektiv. Interpersonlig nevrobiologi (heretter IPNB) kjennetegnes av sin bredde, hvor funn fra ulike felt ses under ett. Både Daniel Siegel og Allan Schore kan sies å tilhøre denne retningen. Men Schore ser ut til å bli trukket frem hyppigere i sammenheng med barnefeltet. Innen IPNB tas både nevrobiologiske funn, klinisk erfaring og uttrykksbaserte metoder i betraktning i forsøket på å danne et integrert bilde av menneskets utvikling og psykologi. Likevel har IPNB sitt særtrekk, som støtter opp under valget av kunstterapi som mulig kommunikasjonsfremmende behandlingsmetode med fremmedspråklige pasienter.

Innenfor dette perspektivet, vil ikke det verbale, abstrakte og kvantifiserbare være nok til å virkelig formidle psykisk erfaring i sin helhet. Den non-verbale prosesseringen er også viktig. Fokus på emosjoner og sanseerfaringer er derfor et av de tydeligste kjennetegnene for teorien. Overført til terapirommet, vil samtaleterapi, i lys av IPNB operere på et overfladisk nivå. Slik risikerer man å ikke oppnå den ønskelige endringen. IPNB foreslår en mer holistisk tilnærming til terapi, hvor også sensorimotoriske aspekter av kroppens fungering får sin rolle.

En av hovedtankene går på såkalt *integrering* som kilde til velvære og helse. Med integrering menes det når ulike elementer sammenkobles og danner en funksjonell helhet. (Siegel, 2006) Integrering kan foregå på et interpersonlig plan, eller helt ned på nevrologisk plan. (Siegel, 2001) I nevrologisk forstand vil «sammenkoble» kunne bety økt nevralt aktivitet

og konnektivitet mellom gitte strukturer eller funksjoner. Det vil i praksis si bedre forbindelser, og dermed effektivisering og fleksibilitet. Dette kan for eksempel være integrering mellom implisitt og eksplisitt hukommelse, eller mellom funksjonene i venstre og høyre hjernehemisfære. I motsatt fall av integrering, vil individet ofte bære preg av rigiditet og kaos. En tenker seg at det naturlige behovet for integrering brytes ved alvorlige påkjenninger, for eksempel traumer. (Siegel, 2006) I slike tilfeller vil for eksempel høyre hemisfære og tilhørende emosjonell prosessering bli overrepresentert i fungeringen, og kunne føre til overdreven fryktsrespons. (Siegel, 2001) Om man oppnår bevegelse mot et mer integrert stadium, vil adaptive selvreguleringsstrategier være enklere å etablere. (Siegel, 2006) Dette fordi emosjonsregulering krever en rekke aktive funksjoner samtidig, deriblant frontale strukturers involvering. (Siegel, 2001)

Interpersonlig nevrobiologi kan relateres til tilknytningsteorier. Dette fordi integreringsprosesser ifølge Siegel (2001) fasiliteres av sikre tilknytningsrelasjoner. Lite optimale tilknytningserfaringer vil kunne bidra til at barnets hjerne ikke fungerer som en fullstendig integrert enhet. Som nevnt er gjensidig inntonet interpersonlig interaksjon mellom barn og omsorgsgiver viktig for utvikling av mentale funksjoner. Blant annet er integrering av erfaringer viktig for utvikling av selvet. Når interaksjonen er kollaborativ bidrar det til et mer koherent og integrert selv. (Siegel, 2001) Eksempel på manglende integrering i interaksjonen med spedbarnet kan igjen illustreres med eksempel i høyre (H) og venstre (V) hjernehemisfære. Man tar utgangspunkt i at H og V del er differensiert i sin fungering. Likevel er de sammenbundet via corpus kollosum. Her finnes en rekke nevralt forbindelser. Samarbeid mellom H og V er nødvendig for en rekke funksjoner. Under normale omstendigheter er disse to dermed integrert, det vil si samarbeidende i sin funksjon. Siden det finnes et anatomisk skille mellom den, kan det under visse omstendigheter forekomme funksjonell isolasjon. Dette vil kunne føre til konsekvenser for enkelte avanserte mentale funksjoner. (Siegel, 2001) Eksempel på dette er dissosiering. (Siegel, 1996). Høyre hemisfære er mer involvert i emosjonell og non-verbal prosessering, men venstre hemisfære er mer involvert i verbal prosessering. Siegel (2001) refererer i denne forbindelse forskning av Beebe & Lachman (1994). Hvis en mor som trøster sitt barn signaliserer et annet ansiktsuttrykk enn hennes verbale respons tilsier, vil det være forvirrende for barnet. Slike non-integrerte responser hjelper ikke barnet med å sette «merkelapp» på sin mentale tilstand. Dette hindrer suksessfull integrering av barnets opplevelse. Når barnet da blir eldre vil det ha vansker med å regulere seg selv, hvis ikke foreldrene har hjulpet dem med koherent emosjonsregulering som små. Barn er avhengig av sine foreldre for å kunne gi verden mening

etter hvert som de utvikler seg. «Integration can be proposed to be a central self-organizing mechanism that links the seemingly disparate aspects of emotion, narrative, and interpersonal relationships within the human mind.» (Siegel, 2001, s.86) Integrering handler altså om en organiserende prosess som samkjører ulike mentale funksjoner.

Siegel (2006) peker spesielt på hvordan mange ulike domener av menneskelig erfaring kombineres, og fører til nye koblinger mellom elementer. Gamle minner eller emosjoner assosiert med tidligere erfaringer, knyttes til nye erfaringer av en empatisk og aksepterende terapeut. Denne sammenkoblingen skjer som følge av nevralt integrering som følge av samtidig aktivering av ulike hjernenettverk, i selve terapisituasjonen. Dette vil på sikt føre til bedring og en mer adaptiv selvregulering. (Siegel, 2006) Dermed kan man til en viss grad gjøre opp for noe av den manglende integreringen tidligere i livet, enten det er i nære voksne relasjoner, eller i en god terapeutisk relasjon. (Siegel, 2001) Mer om denne prosessen under gjennomgangen av ATR-N, med spesifikke eksempler på hvordan dette foregår i kunstterapi. Integrering er nemlig også en gjenganger innen teorien som skal analyseres her, ATR-N. Begrepet er imidlertid ikke bare assosiert med nevrovitenskap. Videre her vil det tas utgangspunkt i begrepet *integrering* slik det er brukt i ATR-N og nevrovitenskap, ikke slik det brukes innen psykoanalytiske retninger i forbindelse med overføring og motoverføring. (Rustin, 1997)

Oppsummering:

Tilknytningsteoretikere er også viktig for å forstå ATR-N og kunstterapi.

- Kunst kan ses på som en arena for selvets utfoldelse. Samtidig blir «Det potensielle rommet» en arena for relasjonsbygging, noe som er viktig i terapi. (Winnicott)
- Kunstterapi fasiliterer intersubjektive prosesser, og kan sammenliknes med intersubjektivitetsbegrepet slik vi ser det hos Sterns beskrivelse av samspillet mellom foreldre og barn.
- Mentalisering (Fonagy) i barndommen bidrar til selvregulering og resiliens.
- Adaptiv affektregulering (Schore) oppstår som følge av inntonet samspill. Dette kan aktiviseres i terapi og dermed endre reguleringsmønster.
- Interpersonlig nevrobiologi legger vekt på nonverbal prosessering som essensielt i terapi. Metoder som aktiverer sanser og motorikk, slik som kunstterapi, er i lys av dette nyttige.

Kapittel 6: Art Therapy Relational Neuroscience (ATR-N)

Noah Hass-Cohen (2008) presenterer den originale teorien «Art therapy relational neuroscience» (heretter ATR-N) i korte trekk, for deretter å presentere en revidert versjon i en mer praksis-orientert guide tilpasset terapeuter. (Hass-Cohen & Findlay, 2015) Intensjonen bak deres rammeverk er at kunstterapi for å få gjennomslag ikke burde distansere seg fra andre disipliner, samt bidra med hypoteser om hvorfor kunstterapi ser ut til å virke. Dermed presenterer forfatterne en helhetlig tilnærming hvor funn fra nevrovitenskapelig forskning inkorporeres med praktiske metoder som allerede er kjent innen kunstterapifeltet. Teorien presenteres med utgangspunkt i 6 ATR-N – prinsipper; Creativity in action, Relational Resonance, Expressive communication, Adaptive responses, Transformation and Empathy (Akronym CREATE). Det foreligger per dags dato ingen norsk oversettelse av disse begrepene.

Som nevnt baseres ATR-N sterkt på det allerede nevnte fagfeltet Interpersonlig nevrobiologi, og slutter seg til deres syn på menneskets psykologi og atferd. Kunstterapi setter i gang en rekke prosesser av gjensidig samspill mellom sentralnervesystemet, immunsystemet, endokrine-, visuelle- og motoriske systemet. Med et slikt holistisk blikk på behandling ser man hvordan teorien har potensial til å være et verdifullt tilskudd til repertoaret av terapeutiske metoder. Det er ikke slik at andre psykologiske teorier ignorerer nevrovitenskapelig forskning, tvert om. Men denne parallellen er heller uvanlig innen kunstterapi-feltet. Ved å bringe inn forståelsen av psykopatologi fra nevrologisk perspektiv, kan kunstterapeuten tilpasse sitt opplegg til denne kunnskapen istedenfor å operere i isolasjon fra psykologien som fagfelt.

Gjennomgående for de fem punktene i akronymet er at allerede kjente fenomener og teorier omkring tilknytning, mentalisering og affektregulering ligger til grunn for forståelsen av foregående terapeutiske prosesser. Disse har allerede blitt definert i avsnittene ovenfor. Nevroplasticitet, nevralt integrering og aktiverings-synkronisering i nevralt nettverk er også begreper som går igjen. Disse ser en spesielt innenfor interpersonlig nevrobiologi, men også de nyeste tilknytningsteoriene. Slike begreper vitner om en teori med et positivt syn på livslang utvikling og endring. Det gir håp for mulige endringsprosesser i terapi.

Det er blant annet de relasjonelle prosessene mellom pasient og terapeut, eller pasient med medpasienter og ens omgivelser, som danner et viktig grunnlag for behandling. Det er ikke unikt for denne terapiretningen å legge vekt på relasjoner. Forskning har vist at pasient-terapeut-relasjonen er blant de predikerende faktorer for bedring. (Norcross & Wampold,

2011) Men Hass-Cohen og Findlay (2015) hevder at kunstterapi som metode tilbyr noe i tillegg til andre psykoterapi-metoder i dette henseende. Dette ligger først og fremst i kunstens praktiske aspekter. Den unike muligheten for samhandling som fremkommer av samstemt fokusering på et eksternt meningsbærende element, ved at pasienten har muligheten til å aktivt regulere avstand og nærhet på egne premisser, synes å være hensiktsmessig for mange. Kunst gir muligheter for motorisk bevegelse, emosjonell aktivering og kognitiv restrukturering samtidig. Mange hjerneområder aktiveres synkront. Dette øker sjansen for integrering av disse prosessene og stressregulering. Minner har også en sterk sensorisk komponent. Via kunst kan man aktivere sensoriske områder i hjernen. Et annet hovedpoeng vi ser på tvers av kapitlene er at kunst i all sin mangfoldighet kan ses på som en type kommunikasjon. Implisitte emosjoner kan gjøres mer tilgjengelig på denne måten. Det er selve *gjensidigheten* i kommunikasjonen og relasjonen som er viktig. Det interpersonlige samspillet i en kreativ kontekst er unikt i kunstterapi. Dette tenker man seg at generelt fostrer velvære, trygghet og mestring. ATR-N står også for hypotesen om at kreativitet kan endre belønningsnettverk i hjernen. (Hass-Cohen & Findlay, 2015) Det virker til å være uenighet i feltet hvordan dette skal foregå. Men andre forskere har i alle fall funnet sammenhenger mellom dopaminerg aktivitet og kreativitet. (Murphy, Runco, Acar & Reiter-Palmon, 2013) At det påvirker belønningsnettverk på en eller annen måte synes derfor som en mulighet.

Mestring, velvære og trygghet er viktige premisser for videre endring. Ved å lage kunst i nærvær av en støttende terapeut øker sjansen for å oppnå en samstemt, integrert, og velregulert sinnstilstand. Dette skyldes både allerede nevnte faktorer ved selve aktiviteten, men også pasientens og terapeutens respons. Terapeutens bidrag i samspillet er viktig. Terapeuten bidrar med rammer og agenda, men er også viktig i å støtte pasienten med emosjonsregulering der dette blir for vanskelig. (Hass-Cohen & Findlay, 2015)

Kreativitet og implisitte prosesser.

«As we focus on the CREATE principle of Expressive Communicating, we emphasize that creativity is an amalgam of fluctuating unconscious and attentive conscious states, which coalesce into novel meaningful expressions” (Hass-Cohen & Findlay, 2015, s.171) Å uttrykke sin kreativitet er for forfatterne en viktig del av behandlingen. «Creativity represents the ability to develop new concepts, ideas, and useful interventions, and to make objects or art» (Hass-Cohen & Findlay, 2015, s.178) De legger vekt på at kreativitet er en kombinasjon av ubevisste og bevisste tilstander, som til sammen munner ut i meningsfylte uttrykk. Når man er

i en tilstand av nytenkende kreativitet, gir det rom for å utforske følelser fritt. Man bør dermed gi pasienten rom for subjektivitet. Begrunnelsen for dette ligger i hypotesen om at kreativitet som kan endre belønningsnettverk. Økt tilstedeværelse og innsikt kan på sikt følge disse endringene. Forfatterne slutter seg også til nevrovitenskapelig forskning av hvordan nevralt nettverk kan opptre som forbindelser mellom kortikale hjerneområder og strukturer i det limbiske system. Å lage kunst kan hjelpe pasienten til å komme i kontakt med de såkalte primære emosjonene, som er implisitte.

Det tegnes et grovt skille mellom de eksplisitte, bevisste kognisjoner, og de ubevisste, implisitte, og kreative. Her brukes “implisitt” og “ubevisst” om hverandre av forfatterne. Det forstås slik at implisitt er den moderne, nevrovitenskapelige termen som passer best til å beskrive de prosessene forfatterne presenterer. Begrepet «ubevisst» betyr ikke automatisk at man skal basere seg på hele teorien omkring psykoanalysens «det ubevisste», men mer som noe som «er utenfor den aktive bevissthet» slik undertegnede leser forfatterne. Det vil si *det ubevisste* som et beskrivende begrep, og ikke som et forklarende begrep. Et eksempel på hvordan begrepet brukes i ATR-N ses i følgende utsagn: «...art therapists embraced the idea that deep-seated emotions exists in the unconscious mind in the form of images rather than words» (Hass-Cohen & Findlay, 2015, s.173) Å få tilgang til emosjoner er i alle tilfeller et viktig prinsipp i ATR-N.

Implisitte prosesser kan ses i sammenheng med kreativitet og inspirasjon. En tenker seg at verbale og nonverbale, visiospatiale og taktile assosiasjoner skjer på nevralt nivå selv om man ikke aktivt forsøker å løse kunstopp-gaven. Det er i denne avslappede tilstanden, at inspirasjonen oppstår. Denne sammenliknes med meditative tilstander.

Hemisfærisk differensiering og nevralt integrering.

Hemisfærisk differensiering ses på som det funksjonelle grunnlaget for mange av de prosessene som foregår i kunstterapirommet. Venstre hemisfære (V) knyttes generelt til positive emosjoner hos høyrehendte. (Badenoch, 2008) Den høyresidige (H) knyttes gjerne til negative emosjoner, slik som frykt og unngåelse. (Chapman, 2014) ATR-N slutter seg til disse hypotesene, og vil legge vekt på hvordan kunst skaper forbindelser mellom H og V fordi et bredt nettverk i hjernen aktiveres samtidig. Slik kan man blant annet oppnå mer balanse i fryktaktiveringssystemet. Dette argumenteres for ved å peke på at pasienter som strever med angst ofte har en overaktivering i høyre hemisfære. Ved å få balanse mellom de to hemisfærene, slipper frykten å være den dominerende responsen. (Hass-Cohen & Findlay, 2015)

Eksempel på tegneoppgaver som kan gis er “scribble-drawings”. Disse vil kunne trigge både positive og negative emosjoner, fordi de er tvetydige og kan assosieres med mye forskjellig. Samtidig trigger selve den kunstneriske aktiviteten en utløsning av dopamin. Fordi dette skjer parallelt vil det kunne dempe de negative aspektene av situasjonen. Dette fordi dopamin stimulerer blant annet frontallappens regulerende funksjon på limbiske strukturer. Slik blir følelsen av kontrolltap mindre.

Kunstaktiviteter aktiverer både implisitte og eksplisitte prosesser, altså begge hemisfærene. Spontane kunstuttrykk gir mer plass til implisitte faktorer. Men ved at man utforsker resultatet etterpå, gjør man innholdet (tanker, følelser) mer eksplisitte. Prosessen fra det ubevisste, utforskende og kreative til noe pasienten blir bevisst har en nevrologisk forklaring i konseptet som kalles *integrering*.

Integrering som begrep ble introdusert og definert i avsnittet om Interpersonlig nevrobiologi. Begrepet betegner økt sammenkobling av elementer. Det kan for eksempel bety økte nevralt forbindelser mellom bestemte hjerneområder eller funksjoner. I ekstreme tilfeller av manglende integrering vil mennesker ofte bære preg av rigiditet og kaos i sin psykiske fungering. Målet i terapien er å oppnå mest mulig integrering på en rekke plan. Det er lettere å arbeide med selvregulering på en adaptiv måte om integrering først etableres.

Denne prosessen foregår på flere plan i kunstterapi. Det nevnes blant annet integrering på tvers av implisitte og eksplisitte prosesser, eller høyre og venstre hemisfære. Mer spesifikt vil for eksempel sensorisk-visuelle opplevelser kunne integreres med emosjonelle eller somatiske opplevelser. Det kan også skje en integrering mellom eventuelle motstridende emosjoner som dukker opp under øvelsene, eller mellom implisitte og eksplisitte minner. Disse synliggjøres og integreres kontinuerlig i forløpet. Ofte vil verbal og non-verbal prosessering av stimuli skje parallelt. Dette oppnås blant annet når det reflekteres rundt det stresset som eventuelt oppstod når man malte bildet. Verbalisering av disse følelsene vil bidra til integrering av kortikal informasjonsprosessering og limbisk funksjon. Fordi kunstterapi tar i bruk en rekke kognitive funksjoner, vil ulike aspekter assosiert med høyre eller venstre hemisfære aktiveres gjennom hele kunstterapien.

Et eksempel på prosess som kan foregå, er at det oppstår negative, sammensatte eller motstridende emosjoner. Dette kan skyldes at kunsten trigger en følelse, et minne eller liknende. Deretter følger en somatisk respons. En tenker seg at endringen foregår når de positive erfaringene fra nåtiden integreres med den mer negative responsen. Frykt er et eksempel på negativ respons. Mens selve kunstaktiviteten og terapeutens trygghet er positive aspekter i situasjonen. På nevralt nivå vil de positive følelsene som vekkes i kreative

prosesser blant annet komme som følge av at dopamin utløses. Slike neurotransmittere minsker limbiske reaksjoner ved å virke inn på prefrontal eksekutiv regulering. Følelsen av kontrolltap som fryktresponsen fører med seg, blir dermed mindre. (Hass-Cohen & Findlay, 2015)

Aktivering og emosjonsregulering

Aktivering av sensoriske aspekter er noe man ikke får til i like stor grad ved verbal terapi, men som man gjennom kunstterapi har enklere tilgang til. Det skjer via bevegelse og aktiv bruk av materialer. ATR-N slutter seg til hypotesen om at man via sensorisk baserte metoder kan aktivere ubevisste mentale bilder, og dermed følgelig implisitte emosjoner og emosjonelt ladede atferdstendenser. Et eksempel på hva som kan trigge er fargebruken. Hva man assosierer er gjerne individuelt, men tendensen til å assosiere farger med emosjoner er ifølge ATR-N universell på tvers av kulturer. Farger eller symboler kan for eksempel trigge behov for unngåelse. Dette er en komponent av fryktresponsen og en agent i mange angstlidelser. På sikt kan øvelsene minske unngåelses-behovet. «There ensues an integration of actions, emotions and thoughts, which can contribute to clients increased motivation and cognition, reducing inactivity and avoidance» (Hass-Cohen & Findlay, 2015 s. 202)

Å uttrykke emosjoner både ubevisst/implisitt og intensjonalt/eksplisitt bidrar til in vivo affektregulering i terapirommet. At det er et vellykket resultat rent kunstnerisk er ikke fokus idet pasienten bes fokusere på *prosessen*. Eksempler kan være å utforske hvordan det kjennes i kroppen eller pusten når en setter ord på et symbol man har tegnet. Opplever pasienten et ønske om å unngå eller tilnærme seg objektet? Å legge merke til prosessen er spesielt aktuelt fordi mange pasienter kan ha vansker med selvregulering. Sammen med terapeuten legge merke til hvorvidt behovet for unngåelse dukker opp underveis. Da kan man øve seg på emosjonsregulering i en ufarlig situasjon og se at det ikke er livsfarlig. Over tid kan det bidra til aksept av de emosjonelle reaksjonene. Man jobber med å tolerere, samt forståelse omkring det som foregår.

Terapeutens respons og hjelp i pasientens reguleringsprosess virker sammen med karakteristikker i selve kunstaktiviteten i dette henseende. Aktiv manipulering av materialer kan virke inn på emosjonsregulering. (Malchiodi & Crenshaw, 2013) Materialene, som pennen eller penselen, kan også bidra til å modulere spenning ved at man for eksempel har mulighet til å endre på det man tegner. Det at kunstverket er et eksternt objekt gjør også at pasienten selv kan monitorere avstand og nærhet til det vanskelige etter behov. Ved en slik eksternalisering kan man dessuten observere og diskutere de temaene som oppstår «på

lerretet» selv om man ikke enda er klar for å identifisere seg selv i temaene. Positive og negative emosjoner oppstår gjerne samtidig i kunstprosessen og dette kan for mange være forvirrende. Ved å sette ord på alt fra mestring til kjedsomhet lærer pasienten å finne orden i kaoset av følelser. Å øve seg på benevning av ulike følelser kan være lurt uavhengig av hvilke problemer en strever med. Ved å sette navn på følelsene er håpet at det skal minske fornemmelsen av tapt kontroll. Når mestring oppleves, vil resiliens over tid forsterkes. (Hass-Cohen & Findlay, 2015)

Motoriske aspekter i kunstprosesser

Håndboken av Hass-Cohen og Clyde-Findlay (2015) bruker flest eksempler fra billedkunsten. Men noen av prinsippene kan gjøre seg gjeldende på tvers av kunst-grener. Dette involverer for eksempel de sensoriske og motoriske aspektene. Årsaken til at dette er sentralt her, skyldes at det legges vekt på nevrovitenskapelig kunnskap om fysiske komponenter i stressresponsaktivering. (Hass-Cohen, 2008) Kunstterapi har gjennom dette fysiske aspektet potensial til å bruke bevegelse til å modulere overaktivering i motoriske områder. (HassCohen & Findlay, 2015) Randomiserte studier har også vist lovende resultater med behandling via danseterapi hos pasienter med forhøyet stressaktivering har vært en del av problematikken. Både stressrespons og andre symptomer ble signifikant forbedret. (Brauninger, 2012)

Det motoriske systemet og sentralnervesystemet er tett forbundet. Gjennom kunst-intervensjoner aktiveres begge disse systemene samtidig. Dette muliggjør integrering av atferd, emosjoner og kognisjoner. Bevegelse kan også bidra til motivasjon, og redusert inaktivitet. Det kan hjelpe klientene med å konsolidere implisitt kunnskap og nye minner. Fysisk bevegelse i rommet har også sine fordeler. Hvis den brukes i gruppeterapi, er bevegelsene i samspill med andre. Det gir en mulighet til å skape bevissthet om de andre. Man kan også bruke bevegelse aktivt som en reguleringsstrategi. Å forflytte seg bort fra kunsten kan bidra til balansering av emosjonell aktivering og stressrespons hvis denne vekker reaksjoner hos pasienten. (Hass-Cohen & Findlay, 2015). Dette vil sammen med den symbolske fremstillingen gi en tilstrekkelig avstand og dermed følelse av kontroll over situasjonen. (Hass-Cohen, 2008) Det legges stor vekt på de følelsene som de konkrete og aktive bevegelsene i terapirommet kan fremprovosere. Disse kan bli trigget av sensoriske stimuli og la seg regulere direkte i den terapeutiske settingen.

Fysisk bevegelse spiller også en rolle i minneprosessering. Noen øvelser skal representere konkret bevegelse, og dermed aktivere minner. Minner som aktiveres kommer i

en såkalt labil tilstand, hvor endring er mulig. (Nader, Schafe & LeDoux, 2000) Å representere minnet symbolsk “på papiret”, og samtidig oppleve positive sider av kroppslig kommunikasjon med terapeuten i rommet, innehar et bedringspotensial. For de som opplever negative minner bli trigget gjennom disse øvelsene, vil nye erfaringer i kunstsituasjonen kunne sette i gang minne-rekonsolidering. Det vil si en forandring til et oppdatert, potensielt mer positivt minne. Kunstterapeutiske øvelser kan bidra til å avbryte automatiske responser basert på angst og frykt. Dermed blir det enklere for frontallapsstrukturer å bidra til å fremme selvreguleringsevnen, samt å re-betinge fryktresponsen. (Hass-Cohen & Findlay, 2015)

Taktile aspekter i kunst

Man behøver ikke bare male eller tegne. Å lage kunst i leire kan sette i gang en rekke prosesser hos pasienten. Taktil manipulering av materialer med ulik tekstur og lukt påvirker det sensoriske apparat. Dette trigger minner og erfaringer, enten de er positive eller negative. Enkelte kan også føle sterkt ubehag. Tilstedeværelsen av en god terapeut som kan bidra med støtte og struktur hjelper pasienten gjennom stressresponsen. Relasjonell gjenklang (relational resonance) bidrar til dette. Affektive autobiografiske minner ses på som lokalisert i det limbiske system. Aktivering av disse hjerneområdene vil gjøre indre arbeidsmodeller for tilknytning mer tilgjengelig. Disse kan blant annet trigges via manipulering av leiren. Her ser vi dermed et eksempel på hvordan kunstterapirommet er et sted for å arbeide med tilknytningserfaringer. (Hass-Cohen & Findlay, 2015) Det gir i grunnen mening at taktile øvelser er spesielt relevante, da den aller tidligste kommunikasjonen mellom foreldre og barn i stor grad baseres på kroppslig og taktil kommunikasjon. Dette bringer oss videre til et sentralt prinsipp innen ATR-N, nemlig «Relational Resonating».

Relasjon og tilknytning i terapirommet

Vi så i avsnittet ovenfor at kunstterapi kan bidra til å arbeide med tilknytningserfaringer. Dette er svært sentralt. Innenfor ATR-N er tilknytningsperspektivet tydelig. Generelt vil tilknytningsteorier legge vekt på de tidlige tilknytninger og relasjoner, samt hvordan grad av sikkerhet i disse er toneangivende for relasjonelle mønster gjennom livet. En tenker seg at det å ta i bruk kunstneriske aktiviteter innenfor en klient-terapeut-relasjon kan påvirke såkalt *relasjonell resonans* (CREATE: **R**elational Resonating) mellom dem, og potensielt forbedre tilknytning. (Hass-Cohen, 2008)

Forfatterne operasjonaliserer begrepet slik; «... Relational Resonating to mean co-creation, co-consciousness, co-regulation and co-meaning-making» (Hass-Cohen & Findlay,

2015, s.68) Noen direkte oversettelse av denne teorien finnes ikke på norsk. Men det tolkes slik at forfatterne legger vekt på *gjensidigheten* i det relasjonelle møtet. Man møtes i en kreativ prosess, hvor samstemt bevissthet og meningsdannelse kan oppstå, samt gjensidig regulering. Det at ordet «co» brukes kan vitne om at dette er en interaksjon. I dette ligger også at det ikke er en enveis informasjonsoverføring, men at det er snakk om *inntonet* kommunikasjon (Hass-Cohen & Findlay, 2015) Begrepet *inntoning* er hentet fra utviklingspsykologien, men defineres av Hass-Cohen & Findlay som «...a persons emotional capacity to identify with anothers state of being» (Hass-Cohen & Findlay, 2015, s.396) Dette kan være et gjennomgående fenomen underveis i interaksjonen, selv om selve inntoning gjerne starter i forkant av den faktiske interaksjonen.

Forfatterne sammenlikner kommunikasjonen som foregår mellom partene i en kunstterapeutisk intervensjon, med det dyadiske og emosjonsregulerende samspillet mellom omsorgsgiver og barn. Kunsten blir et tredje objekt for felles oppmerksomhet, som regulerer avstand og nærhet.

En tenker seg at samstemt terapeutisk kommunikasjon og trygg relasjon vil bidra til en stabilitet for pasienten, men også økt fleksibilitet i interaksjoner og tilstander. I beste fall vil gjentatte møter mellom terapeut og pasient ikke bare kunne aktivere tilknytningsmønstre, men også ha en reparerende kraft på relasjonelle skjema og arbeidsmodeller. Dette fordi terapeuten som vi har sett hjelper til med mer hensiktsmessig emosjonsregulering, på samme måte som i dyaden mellom omsorgsperson og spedbarnet. Kunstprosessen med terapeuten ses på som en samspill-situasjon i seg selv. Å dele erfaringer med andre gruppedeltakere bidrar til ytterligere emosjonsregulering og endring av kognitive skjema. Gjensidighet ved å dele innhold og erfaringer med andre deltakere, kan også bidra til samhold i relasjonen dem i mellom. Relasjonelt samspill som kilde til endring, er hentet fra interpersonlig nevrobiologi. Dette illustrerer et nevroplastisk syn på utvikling.

En ser på relasjonelle arbeidsmodeller som noe implisitt, og at de baseres på tidlig tilknytning man ikke er aktivt bevisst i hverdagen. De konkrete terapeutiske aktivitetene som presenteres i lys av ATR-N har som mål å aktivere både implisitte og eksplisitte prosesser samtidig, og bidrar til integreringa av disse. De implisitte emosjonelle tilknytnings-erfaringene er non-verbale. Dermed er non-verbale metoder som kunst godt egnet til å fremstille slike fenomen. Når man verbaliserer innholdet, aktiveres de eksplisitte prosessene basert på kognisjon. Slik blir de implisitte tilstandene brakt frem i lyset og prosessert på en mer eksplisitt måte. Det er enklere å deretter jobbe terapeutisk med aktuelle tema, fordi man rett og slett er dem bevisst.

Det er tradisjonelt utbredt kunnskap i feltet om tendensen til mer aktivering i høyre hemisfære under nonverbal og/eller emosjonell prosessering, for høyrehendte. Når barnet er for ungt til å ha et verbalspråk vil det likevel foreligge en slags kommunikasjon mellom omsorgsgiver og barn, og dette ses på som en «right-to-right-hemisphere»-interaksjon. (Hass-Cohen & Findlay, 2015, s.17) Men dette er ifølge forfatterne noe som vedvarer gjennom livet, og som også er relevant for nonverbal og emosjonell kommunikasjon mellom voksne mennesker. Kunst, som er nonverbalt, blir dermed en unik arena for aktivering av denne såkalte «høyre-høyre» -hemisfæriske kommunikasjonen. Dermed kan kunstterapi bidra til emosjonsregulering, på lik linje med tilknytningsdyaden. Det er her potensialet for korrigerende opplevelser er tilstede. Denne formen for interpersonlig kommunikasjon er sentral for ATR-N. (Hass-Cohen & Findlay, 2015)

Terapeutiske erfaringer som baseres på relasjonell inntoning, kan bidra å danne nye minner og forandringer helt ned på cellenivå. Selv om man har gått gjennom livet med mange negative opplevelser som har påvirket utviklingen, så vil også positive erfaringer senere i livet kunne føre til funksjonelle og strukturelle endringer i hjernen. At erfaringer kan endre hjernens struktur og funksjon også i godt voksen alder, bekreftes av en rekke studier. (Brehmer, Kalpouzoz, Wenger & Lövdén, 2014).

Enkelte av øvelsene presentert av ATR-N har som mål å bidra til mest mulig koherens i pasientens autobiografiske minne, samt rekonstruksjon av minner i positiv retning. Hvis det er vanskelige minner assosiert med tilknytning, er målet at situasjonen med terapeuten etterhvert skal som en slags medierende faktor til det forrige minnet. (Hass-Cohen & Findlay, 2015)

Traumebehandling i kunstterapeutisk perspektiv

Hass-Cohen og Findlay (2015) gjennomgår en kunstbasert metode for behandling av komplekse traumer. Traumatiske opplevelser er ofte en del av vanskene i innvandringspopulasjonen, selv om ikke alle nødvendigvis kvalifiserer til PTSD, eller kompleks PTSD. Det er likevel verdt å nevne i evaluering av en potensiell kultursensitiv tilnærming, at traumebehandling er noe ATR-N som teori streber etter å ta hensyn til. Da problemstillingen i oppgaven er av generell art, vil vi ikke gå i dybden på innholdet i metoden for behandling av komplekse traumer.

I korte trekk går intervensjonene ut på svært gradvis eksponering av minner gjennom kunstneriske oppgaver, og mulighet til kontroll ved avstandsregulering til objektet. Man eksponeres forsiktig for fryktfremkallende objekter og minner gjennom kunst. Gradvis

desensitivisering og kognitiv prosessering av emosjonell informasjon er viktige aspekter av behandlingen. Videre fokuseres det i stor grad på fellesfaktorer på tvers av øvelsene, som for eksempel relasjon og allianse. Hos traumatiserte vil relasjonen være ekstra viktig, men også ekstra utfordrende. Behovet for å etablere en “trygg base” før eksponering for traumatiske minner er avgjørende for behandlingen. Relasjonsbygging er et stikkord også utenfor terapirommet, ved at pasienten oppfordres til å knytte kontakter og finne styrke i hverandre som deltakere. Stikkord i traumemodellen deres er dermed trygghetsetablering, gradvis eksponering, relasjonsarbeid, og styrking av resiliens.

Om det er snakk om komplekse, tidlige relasjonelle traumer vil ATR-N kunne bidra i dette henseende. Det er allerede nevnt at interaksjonen mellom pasient og terapeut kan ses på som et dyadisk samspill av inntonet kommunikasjon. Dette støtter pasienten til ytre og indre stabilitet og fleksibilitet. Slike gode sosiale erfaringer i terapirommet kan over tid virke reparerende for tidlig relasjonelle brudd. Relasjonelle brudd behøver ikke være omsorgssvikt. Men man kan ha blitt skilt fra sine foreldre på grunn av krig eller konflikt, og dermed opplevd brudd i sine tilknytningsrelasjoner. I realiteten vil det ofte være sammensatt problematikk. Dype relasjonelle traumer vil kunne virke inn på nevralt utvikling, så det er ikke gjort på en dag å forandre dette.

Gjennom øvelser i kunstterapirommet ønsker man at minnene føres tilbake dit de hører hjemme, altså i fortiden. Aktivering vil som nevnt oppstå mens man holder på å tegne, men man øver seg på å regulere «in vivo», i situasjonen. Terapeuten bidrar med tydelig støtte i selvreguleringen, på samme måte som moren regulerer sitt barn. Derfor er det også så viktig med trygghet og tillit til terapeuten. Det å symbolisere noe kan gi en følelse av kontroll ved at det er eksternt og utenfor en selv. Følelse av kontroll kan bidra til ytterligere selvregulering. Målet er ikke å prosessere minnet nøye, «but rather to capture and contain them as they resurface or intrude» (Hass-Cohen & Findlay, 2015, s 271.) Reaksjonen er viktig men ikke sette ord på helt nøyaktig innhold i minnene, da det kan virke retraumatiserende. Slik sett har ATR-N en mindfulness-liknende tilnærming til kognisjoner. Alt dette vil i kombinasjon med kognitiv restrukturering av narrativet, muliggjøre endring.

Mentalisering i kreative prosesser.

ATR-N legger også stor vekt på mentalisering. Begrepet er kjent fra Fonagy & Bateman (2004), men nevnes også innen interpersonlig nevrobiologi. Mentalisering er involvert i alle faser av kunstterapi. Mentalisering er sammen med refleksjon også viktige komponenter i autobiografisk minneprosessering. Når dette foregår samtidig med terapeutens empatiske engasjement med bevisst tilstedeværelse, vil dette vil bidra til relasjonell endring

mellom dem. Det hevdes at mentalisering er en såpass implisitt prosess at det vil være vanskeligere å endre denne evnen gjennom samtaleterapi alene. (Hass-Cohen & Findlay, 2015)

I et vellykket behandlingsopplegg aktiveres nevralt nettverk over et bredt spekter av funksjoner, men særlig de nettverk involvert i mentalisering, kreativitet og eksekutiv fungering. At kunst lages i gruppe, deling av refleksjoner, historiefortelling, samt planlegging i forkant bidrar sammen til å øke sosial kognisjon, mentaliseringsevne og eksekutiv fungering. De samme nettverkene tenker man også stimulerer mestringsfølelsen.

Oppmerksomt nærvær

ATR-N slutter seg til “filosofien” bak oppmerksomt nærvær. Aksept av tanker og fokus på nåtiden er stikkord her. Det oppfordres til å ta i bruk mindfulness-øvelser innimellom kunstøvelsene. Det kan være å øve seg på pusteteknikker, eller fokusere oppmerksomt på det som blir malt på lerretet. Dette kan være både stressreducerende, men vil også øke inntoning og tilstedeværelse. Øvelsene bidrar dessuten til affektbevissthet, samt aksept og toleranse for stress. Terapeutens oppmerksomme nærvær er også viktig for kommunikasjonen i rommet. «...propelled by the additional support of nonverbal communication, the experience of a mindful, attuned presence in the client-therapist relationship is a foundation for self-regulation via contingent communication» (Hass-Cohen & Findlay, 2015, s.347) Dette minner om tanker vi kjenner igjen fra tilknytningsperspektivet.

Nevralt grunnlag for empatisk samspill

Det har til nå vært mye snakk om samspill, inntoning og gjensidig emosjonsregulering. Det kan være nyttig å si noen ord om det nevralt grunnlaget for slike prosesser. Affektiv regulering settes i sammenheng med aktivering av speilnevroner. Deres funksjonsmåte peker i retning av empatievnens nevralt grunnlag. Man tenker seg at speilnevroner finnes over alt i nervesystemet. Grunnet rollen de spiller for synkronisering mellom individer, vil de også være involvert i læring, relasjoner og kommunikasjon. Speiling skjer automatisk og bidrar til at pasienten opplever terapeuten som empatisk. (Hass-Cohen & Findlay, 2015)

Praktisering av empatisk respons krever en rekke egenskaper hos terapeuten. En skal ikke bare speile og forstå, men også romme følelsene. Akseptere og respektere alt pasienten presenterer er vel så viktig. Holdninger som dette kjenner en igjen på tvers av terapeutisk

retning. Men Hass-Cohen og Findlay (2015) legger vekt på hvordan kunstterapi kan tilføre noe mer i dette henseende. *Kunstterapi*, i motsetning til billedkunst, legger ikke vekt på egenskaper eller estetiske aspekter. Hele metoden bærer preg av ikke-dømmende aksept. Dette kan virke åpnende for dialog. Ikke minst vil det å uttrykke seg kunstnerisk være universelt. Dette fasiliterer empatisk kommunikasjon og følelse av tilhørighet på tvers av kulturer. Man får dessuten gjennom kunst god tilgang til en annen persons verdenssyn. Språklige begrensninger hos enkelte pasienter gjør det ofte utfordrende å få samme helhetsinntrykk av deres indre liv gjennom samtale. Langer (1966) var også opptatt av kunstens universelle kvaliteter, og evne til å formidle det fullstendige spekteret av menneskets opplevelse.

Speiling er et velkjent fenomen på tvers av terapiretning. Pasientens stemmeleie eller holdning er eksempler på hva terapeuten kan speile. Når kunstuttrykk er en variabel i interaksjonen tilføres ytterligere muligheter for slike speilinger. Det unike er at mange ulike modaliteter tas i bruk. Motoriske og spatielle egenskaper behøves for å lage et bilde eller skulptur. Mange sensoriske inntrykk stimuleres, både taktile og visuelle. Dette aktiverer speilingsprosesser ytterligere, ved at terapeuten har muligheten til å agere på disse “gestene”. Man kan også speile hverandre med å lage hvert sitt kunstuttrykk. Man samtaler om bildet, og kan vende tilbake til det senere. Interaksjonen preges dessuten av gjentakende bekreftelse. Kommunikasjonen vil gjerne oppleves mindre overveldende fordi man kan oppnå pauser i kommunikasjonen. Pasienten kan regulere seg bort fra øyekontakten, og heller fokusere på kunsten via felles oppmerksomhet. Kanskje blir denne felles oppmerksomheten en alternativ måte å kommunisere på, som ikke krever brudd i kommunikasjonen i like stor grad.

Speiling foregår også mellom deltakerne i gruppen. Hass-Cohen og Findlay (2015) sammenlikner de gjensidige bevegelsene og den nonverbale sosiale interaksjonen som foregår i kunstterapirommet med imitasjonsatferden i mor-barn-dyaden. De argumenterer dermed for at kunstterapi i gruppe har potensial til å fasilitere tilknytning. ATR-N slutter seg til hypotesen om at speilnevroner også fyrer ved observasjon av en annens bevegelser. Dermed er det heller ikke nødvendig å imitere atferden direkte for at forbindelse oppstår. Dette forsterker fordelene av å drive slik terapi i gruppe.

Kommunikasjon omkring emosjoner regnes som en naturlig av all type psykoterapi. Men når pasienter er i krise kan det være utfordrende å finne ordene. Å ta i bruk intervensjoner som styrker empatisk samspill bidrar til økt nonverbal kommunikasjon. Denne fostres ytterligere ved bruk av uttrykk som farger og symboler. I følge ATR-N sine prinsipper vil nonverbale uttrykk være tettere knyttet opp til emosjoner og gir tilgang til disse. Ut fra

dette kan en potensielt oppnå mye selv om fokus på verbalspråket er mindre til stede. Tanken om kunst som kilde til emosjonell kommunikasjon, kjenner vi igjen fra Langers (1966) filosofiske tekster tidligere i oppgaven. På generell basis tenker man seg at å uttrykke seg i et kreativt samspill med andre mennesker bidrar til positive følelser og økt vitalitet hos alle parter. Dette vil igjen påvirke om man føler seg trygg nok til ytterligere emosjonell deling. På denne måten regnes kunstterapi som en relevant psykoterapeutisk intervensjon med fremmedspråklige pasienter.

Noen oppsummerende ord om ATR-N

Målet om økt integrering, inntoning, og bedre affektregulering fremstår som en rød tråd på tvers av Hass-Cohen & Findlays (2015) fremstilling. Dette oppnås som følge av kreative kunstprosesser i samhandling med terapeuten. Ifølge Hass-Cohen og Findlay (2009) vil kunstterapi bidra med unike ressurser. Følelse av kontroll, mestring og glede er naturlige følger av å utfolde seg kreativt. Tap av kontroll, hjelpeløshet og håpløshet er en komponent i en rekke psykiske lidelser. I den kreative prosessen er også eksekutive funksjoner aktive. Under stress vil imidlertid det limbiske system være mer fremtredende. Både terapeutens støttende respons og de positive aspektene av kunst virker sammen for å takle og omprogrammere stressresponsen. Man vil ha mer positive assosiasjoner til minnet, fordi man forbinder det med en ny situasjon. Den aversive assosiasjonen fra fortiden blir mindre fremtredende. Kunstterapi aktiverer så mange ulike modaliteter samtidig, at integrering er mulig på flere plan. Integrering ses på som helsefremmende fordi det bidrar til fleksibilitet og balanse i kognitiv prosessering og affektregulering. Samtidig med de rent fysiologiske fordelene, vil kunst kunne bidra som et supplement i kommunikasjon. Både fordi den gjensidige samhandlingen er en form for primær emosjonell non-verbal interaksjon. Men også fordi de fysiske symbolene som fremstilles på lerretet kan bidra til å fremstille konsepter som er vanskelig å forklare med ord.

Kapittel 7: Diskusjon

Overordnet evaluering av ATR-N

ATR-N er en relativt ny teori som få har skrevet om, og enda færre har testet. Etter å ha lest denne nøye er det likevel et par elementer som bør trekkes frem. ATR-N kjennetegnes av sin bredde. Den forsøker å inkorporere nevrovitenskapelige funn på en rekke områder med det de ser på som kunstterapiens virkemåte. Dette er nyttig, og bidrar til en legitimering av kunst som metode. Den gir en utrolig god guide til kunstterapeuter eller psykologer som ønsker å forstå mer av hvordan kunstterapi kan virke inn på nervesystemet. Den viser at kunstterapi virkelig kan være en *terapi*, og ikke bare en fritidsaktivitet. Samtidig kan teoriens styrke også bli dens fallgrube. Ved å inkludere «alt», blir det samtidig vanskelig å finne særtrekk. Hva har egentlig ATR-N bidratt med som teori? For enkelte som har god oversikt på feltet, er det fare for at den snarere fremstår som et sammendrag av allerede eksisterende teorier. Begrepene er mange og hentes fra ulike felt; mentalisering, tilknytning, default mode network, mindfulness og nevroplasticitet. Er teorien genial som klarer å se sammenhenger mellom dem? Menneskehjernen er komplisert og vår kategorisering av den er i beste fall en forenkling. At fenomener er mindre adskilt enn vi tror, eller at ulike teorier ser samme fenomener fra ulike vinkler, virker mer fremtidsrettet enn noe annet. Samtidig er det fare for at ATR-N ender med å ukritisk gjenta det andre allerede har poengtert.

ATR-N bruker som nevnt eksempler fra nevrovitenskapelig forskning til å legitimere kunstterapi på et vis. Dette minner om den debatten som har vært i det psykoanalytiske fagfeltet. Her har spesielt forskning på speilnevroner vært brukt som bekreftelse på klassiske analytiske begreper, som for eksempel overføring og motoverføring. Man bør imidlertid skille mellom å bekrefte fenomener vitenskapelig, og funn som potensielt støtter opp om fenomenet. (Vivona, 2009) Det mangler et ledd i resonnetet fra at man har observert speilnevroner, til det faktum at overføring finnes. Man kan fremsette en teori om sammenheng mellom observerte hjernedata, som løper parallelt med terapeutisk interaksjon. Men simple observasjoner av speilnevroner er ikke nok til å bekrefte overføring i empirisk forstand. Fenomenet overføring kan nemlig ikke testes vitenskapelig. En må innse at det i beste fall er en nyttig parallell man kan trekke hvor man kan fremsette en *hypotese* om mulig sammenheng mellom disse fenomenene. Man antar at gjensidig aktivering i visse hjerneområder med indirekte målemetoder, reflekterer speilnevroner. Slik sett kan speilnevroner, som det meste annet, også sies å være en teori. (Vivona, 2009)

ATR-N trekker også frem speilnevroner, for eksempel som grunnlag for empati. Man kan rette den samme kritikken her. At det viser gjensidig aktivering i speilnevroner hos pasient og terapeut betyr ikke at vi kan bekrefte fenomenet fra et empirisk ståsted. Ved lesing av ATR-N trekkes det ofte frem eksempler som henviser til hvordan en prosess foregår. For eksempel hvordan man *antar* at kunstterapi virker. Ofte gjør ikke forfatterne av ATR-N grundig nok rede for hvordan det antas at prosessene foregår. Slik blir deler av resonnementet noe hypotetisk. Dette problemet speiler en større debatt innen det nevrovitenskapelige feltet. At ATR-N legger stor vekt på nevrovitenskap i sin teori, er dermed ikke et bevis på teorien. Det kan imidlertid ses på som et nyttig rammeverk for å forstå hvordan kunstterapi kan virke inn på nervesystemet. Det gjenstår ytterligere forskning av effekt for å se om det hjelper. Det finnes studier av kunst-og uttrykksbaserte metoder som gir lovende resultater, men foreløpig lite av ATR-N.

ATR-N og kultursensitivitet

Kultursensitivitet er et bredt begrep, men handler hovedsakelig om å forstå menneskers handlinger som en del av deres kontekst. (Qureshi, 2005) I denne sammenheng er kultur konteksten. En må ta hensyn til hvordan pasientens kultur påvirker deres handlinger og oppfatninger. Det er nødvendig for å vurdere hvorvidt en atferd er patologisk eller kan forstås innen rammen av aktuelle kulturelle normer. At en metode er kultursensitiv ses på som viktig i behandling fremmedspråklige pasienter. En side av det handler om respekt, og juridisk rett til likeverdige helsetjenester. I tillegg så er kultursensitivitet på generell basis assosiert med bedre kommunikasjon. (Ulrey & Amason, 2001)

De kulturelle faktorene som er tatt med her er på ingen måte en uttømmende liste for hva som er aktuelt i psykisk helsevern. Men i lys av problemsstillingen avgrenses det her til de variabler som er knyttet til kommunikasjon. Dermed vil det videre være fokus på å evaluere ATR-N opp mot de kulturelle variablene presentert i foregående kapitler. Dette vil imidlertid ikke være noe objektivt mål på kultursensitivitet. Men det vil kunne gi en pekepinn på hvordan ATR-N stiller seg til de kulturelle faktorene som i forbindelse med denne oppgaven har blitt vurdert som viktige. Deretter vil faktorer som er knyttet til de mer språklige aspekter av kommunikasjon diskuteres.

Relasjon og tilknytning

Fokus på relasjoner er tydelig på tvers av ATR-N. Det ligger blant annet i ordet *relational neuroscience*, som akronymet består av. Fokus på relasjoner kommer frem på følgende tre måter; viktigheten av terapeutisk relasjon, betydningen av tidlig tilknytning, samt fordelene med gruppeterapi.

Det brukes mange eksempler på hvordan relasjonelle traumer kan ha store konsekvenser for senere psykologisk fungering. Dette kan virke pessimistisk ved første øyekast, men i realiteten står ATR-N for en svært bevegelig posisjon. Med grunnlag i *neuroplasticitet* vil terapi være en av de erfaringene som kan reversere negative erfaringer. Det er riktignok ikke unikt for kunstterapi å bidra til endringer på nevralt nivå. Men fordi det er så sentralt for ATR-N må det nevnes.

Relasjon mellom terapeut ses på som en viktig fellesfaktor for bedring. (Ryum & Halvorsen, 2014) Forfatterne av ATR-N peker på at kunstterapi har unike evner til å bidra til relasjonsbygging. Prosessen akselereres gjennom bruk av ulike modaliteter samtidig. I tillegg er det vekt på nonverbal, emosjonell kommunikasjon, som ses på som styrkende for relasjonen mellom dem. (Hass-Cohen & Findlay, 2015)

Det brukes mest eksempler fra gruppeterapi i presentasjonen av ATR-N. Medlemmene kan hjelpe hverandre med emosjonsregulering, bekreftelse og håp om bedring. Men det handler også om nettverksbygging og felleskap. Dannelse av nye relasjoner ses på som viktig for å styrke resiliens, det vil si motstandsdyktighet mot fremtidig stress. (Hass-Cohen & Findlay, 2015) Deres teori synes dermed å være i tråd med en community-basert tilnærming til psykologisk behandling i et flerkulturelt perspektiv. Dette er et fremtidsrettet syn på psykisk helse, hvor forebygging og lavterskel psykisk helsehjelp blir stadig viktigere. Nære relasjoner og sosialt nettverk ses her på som en beskyttende faktor for psykisk helse. Isolasjon er tilsvarende en risikofaktor for ytterligere psykologiske utfordringer. (Hall-Lande, Eisenberg, Christenson & Neumark-Sztainer, 2007)

På spørsmålet om disse kjennetegnene gjør ATR-N til en kultursensitiv metode, er svaret delt. På den ene siden kan det argumenteres for at relasjonsfokus kan være mer egnet enn individfokus i møte med minoritetspasienter. Som nevnt vil noen minoritetspasienter være fra mer kollektivt orienterte kulturer. Disse vil på generell basis ha mer vekt på nettverkets rolle i hverandres liv. Fokus på å knytte relasjoner til andre i samme situasjon og hjelpe hverandre virker intuitivt mer egnet enn å gå til individuell behandling, hvis man kommer fra en kollektivt orientert kultur. Men det finnes også ulemper med

gruppebehandling. Gruppene bør i så fall settes samme nøye med tanke på kjønn, etnisitet, alder og problematikk. En må ta hensyn til eventuelle kulturelle tabuer som kan oppstå.

Da tilknytning er et så gjennomgående tema i ATR-N er det nødvendig å diskutere hvilken grad tilknytning kan sies å være et universelt fenomen. Ifølge Bowlby (1969) var tilknytning biologisk baserte atferdstendenser. Samtidig viser studier av tilknytning på tvers av kulturer, tydelige variasjoner. Standardiserte verktøy som Adult Attachment Interview har tatt hensyn til det, og blitt laget med kulturelle tilpasninger. Men modellen for tilknytning kan være universell, selv om kulturelle variasjoner forekommer. Ulike kontekster har gjort at man trolig har løst det evolusjonære tilknytningsbehovet på ulike måter. (Fonagy & Target, 2006) Altså konseptet tilknytning er trolig universelt, men hvordan det utarter seg i praksis vil variere på tvers av kultur. Det er et samspill mellom arv og miljø.

Det er for eksempel forskjell i prosentvis andel innenfor hver av de fire tilknytningskategoriene på tvers av kultur. (Keller, 2013a) I og med ulike diagnosesystemer rundt om i verden, er en fullstendig kartlegging av sammenheng mellom forekomst av psykisk lidelse og tilknytningsstil vanskelig. Man vil uansett kunne stille seg kritisk til å kategorisere enkelte tilknytningsstiler som mer hensiktsmessige eller «skadelige» enn andre. Ulike tilknytningsstiler har sitt opphav i omsorgspersonens atferd. I denne forbindelse bør man ta i betraktning hva som anses som god omsorg i en gitt kultur. (Keller, 2013a) Kulturelle oppfatninger av selvet spiller blant annet inn. (Keller, 2013b). Foreldre i individorienterte kulturer, vil ofte legge vekt på en interaksjon som styrker barnets selvstendige identitet. Dette ses på som sunn utvikling. I autoritative kulturer vil foreldrene kunne være mer styrende og definerende, fordi de mener at dette er til det beste for barnet. (Keller, 2013a) Ut fra disse eksemplene er det forståelig at variasjon i tilknytningsstil på tvers av grupper vil forekomme. Små variasjoner i barneoppdragelse og samspill er naturlig, mens alvorlig omsorgssvikt der barnets liv er i fare kan man tenke seg vil trigge mer universelle overlevelsesresponsers.

Et konkret eksempel på kulturell variasjon som kan innvirke på samspill, er bruken av øyekontakt. Mange teoretikere legger stor vekt på viktigheten av øyekontakt i mor-barn dyaden, og emosjonell kommunikasjon forøvrig. (Hass-Cohen & Findlay, 2015) Men i noen kulturer er ikke dette like vanlig. Da bør man ikke som terapeut ta det som et tegn på usikkerhet i møte med pasienter som viker med blikket. Skikker og vaner spiller inn. Slik er kanskje kunstterapi godt egnet i kulturelt blandede grupper, fordi man har anledning til å regulere seg bort fra øyekontakt uten å bryte interaksjonen. Oppmerksomheten rettes mot et felles ytre objekt istedenfor. Kommunikasjonen kan opprettholdes, uten at det oppleves for intenst for pasienten.

At ATR-N legger stor vekt på tilknytning kunne i prinsippet bydd på problemer for grad av kultursensitivitet. For når tilknytningsstil varierer, er det naturlig at hva som ses på som tilknytningsforstyrrelser også varierer. Tilknytningsforstyrrelse blir i vår kultur ofte forbundet med psykiske problemer. Man bør være svært varsom som terapeut, og ikke tillegge pasienten vansker i forbindelse med tilknytning om det ikke oppleves som et problem. I administreringen av tegneoppgavene som omhandler tilknytning og tidlige relasjoner er det viktig at man forholder seg nøytral når det kommer til innhold. Det er pasientens perspektiv som er i fokus. (Hass-Cohen & Findlay, 2015) Det er hva pasienten føler i forbindelse med det som fremstilles som er viktig i behandlingen. At pasienten opplever å bli forstått uten å bli dømt, er det essensielle for kommunikasjonen. I lys av et kulturpsykologisk rammeverk, bør ikke terapeuten tolke pasienten ut fra egen kulturelle oppfatninger. ATR-N-terapeuten kan derimot gjøre sitt beste for at terapirommet oppleves som en «trygg havn» og «sikker base». (Hass-Cohen & Findlay, 2015) Sistnevnte behandlingsverdier fra tilknytningsorienterte terapier vil være anvendbare på tvers av kultur, så fremt man er forsiktig med å tillegge pasienten en tilknytningsforstyrrelse. Følger terapeuten dette prinsippet, er det på et teoretisk plan ingen grunn til at tilknytningsperspektivet gjør ATR-N mindre kultursensitiv.

Skam og stigmatisering

Som nevnt kan både skam og stigmatisering omkring bestemte tema være kulturelt betinget. Hva som oppfattes som kulturelle tabuer spiller også inn på i hvilken grad en pasient ønsker å åpne seg om et bestemt tema. I dette henseende kan ATR-N og kunstterapi generelt kunne tilby noen unike ressurser. Pasienten behøver ikke å innrømme alt høyt for terapeuten. Tema kan tilnærmes mer indirekte gjennom kunsten. Ved en slik eksternalisering kan det være lettere for pasienten å ikke identifisere seg så sterkt med emosjonen, før en eventuelt senere blir klar for det. Kanskje behøver man ikke engang sette ord på det for at det skal hjelpe. Noen pasienter rapporterer at bare det å «plassere» det vanskelige utenfor seg selv, kan være beroligende. (Kalmanowitz, 2016) Ut fra dette er det naturlig å tenke at tabubelagte eller skamfulle tema i noen tilfeller kan være enklere å fremstille gjennom kunst, da pasienten ikke behøver å forklare seg direkte.

At pasienten og terapeuten bruker mye tid på samspill gjennom felles aktiviteter, bidrar til relasjonsbygging mellom dem. Dette skaper trygt rom for deling. For spesielt tabubelagte tema, er pasienten avhengig av å kunne stole fullstendig på terapeuten. Å snakke til en fremmed oppleves ikke nødvendigvis trygt for alle. Hvor intim man må være med en

person før man åpner seg om personlige tema, varierer med kultur. (Eells, 2007) Mange etniske minoriteter kan ha vært i situasjoner hvor det kan være vanskelig å stole på autoriteter, som helsevesenet representerer. (Ayazi, 2006a) ATR-N legger stor vekt på relasjonsbygging, samt viktigheten av aktiviteter som bidrar til trygghet i terapirommet og ovenfor terapeuten. På den måten kan de være godt egnet til sårbare grupper.

Selv om det er *kunstterapi* som bedrives, kan man ramme det inn for pasientene på en måte som ikke virker like «sykeliggjørende». Dette er spesielt nyttig om pasienten kommer fra en kultur hvor den som søker psykologisk hjelp opplever seg stigmatisert. Det betyr ikke at man skal ljuge for pasienten. Men fra utsiden kan man få det til å se ut som en aktivitet man bedriver for «gøy» eller for å møte mennesker i samme situasjon. Det er mulig at dette vil gjøre terskelen for å oppsøke hjelp lavere, fordi man opplever at risikoen for å dømmes av andre som mindre. Spesielt hvis tilbyderen befinner seg utenfor tradisjonelt psykisk helsevern. For eksempel kan det tilbys som et ledd av Introduksjonsprogram for flyktninger. Tilsvarende opplegg har vært gjort i Norge i forbindelse med musikkterapi. Slike prosjekter har hatt god forebyggende effekt. (Nome Hovde, 2008)

ATR-N og kunstterapi kan virke som en alternativ, indirekte måte å kommunisere på om vanskelige emosjoner. Denne metoden virker med andre ord egnet i de tilfeller hvor skam eller kulturelle tabu er hindrende for kommunikasjon mellom pasient og terapeut.

Pasientens perspektiv i fokus

ATR-N har vekt på viktigheten av å sette pasientens perspektiv først. Dette kan man riktignok legge til rette for uansett terapimetode. Men man kan argumentere for at kunstaktiviteter er spesielt godt egnet. Selv om pasienten noen ganger gis spesifikke oppgaver, er det ikke med forsøk om å være ledende. Det som pasienten ut fra sine assosiative nettverk, fantasi og kreativitet velger å fremstille er utgangspunktet for eventuell samtale. For å bruke et banalt men konkret eksempel; ATR-N legger vekt på at tendensen til å assosiere farger med emosjoner er universell, men hvilke farger man assosierer er individuelt eller kulturspesifikt. Overdreven analyse er i lys av denne teorien ikke å anbefale. Man skal heller bruke fargen som fremstilles som utgangspunkt for videre utforskning. Terapeuten skal ikke tillegge fargen sine personlige assosiasjoner. I mangel på en beskyttet tittel, vil det ofte være stor variasjon mellom kunstterapeuter på dette området. Det er absolutt ingen selvfølge at pasientens perspektiv har en så tydelig plass. I så måte er ATR-N et godt utgangspunkt for kultursensitiv utforskning av hva pasienten ønsker hjelp til.

Somatisering

Emosjonelle vansker kan få ulikt uttrykk på tvers av kulturer. En ser for eksempel tendens til høyere grad av somatisering hos etniske minoriteter bosatt i Norden sammenliknet med lokalbefolkningen. (Bäärnhielm, 2002). Somatisering vil si at pasientens emosjonelle vansker oppleves som for eksempel hodepine eller ryggplager. Det er blitt konstatert overlappende nevralt baner mellom emosjonell opplevelse og fysisk smerte. (Hass-Cohen & Findlay, 2009) Nonverbale metoder med vekt på sensoriske aspekter, slik som ATR-N vil dermed kunne være nyttig i denne forbindelse. ATR-N har potensiale til å aktivere disse nevralt banene, ved å aktivere motoriske og emosjonelle aspekter samtidig. (Hass-Cohen & Findlay, 2015) Psykologifeltet har hatt økende fokus på fysiske og somatiske komponenter i stress-aktiveringsresponsen, noe ATR-N tar hensyn til i sine øvelser. Kulturelle minoriteter og innvandrere kan ha kommet til Norge som følge av krig eller konflikt. Det vil være naturlig å tenke at traumatiske opplevelser *kan* være en del av problemene de oppsøker hjelp for. Nå har ikke denne oppgaven avgrenset seg til flyktninger spesifikt, men de vil unektelig være en del av pasientgruppen som man møter i psykisk helsevern. Økt grad av somatisering kan altså skyldes kulturelle uttrykk, men høy forekomst av traumer kan tenkes å være en forsterkende faktor. Uansett årsak vil økt forekomst av somatisk problematikk være noe å ta hensyn til i en kultursensitiv tilnærming. Hvilket uttrykk vanskene har gir kan tenkes å gi utslag i hva slags behandling man som pasient ønsker.

ATR-N har fokus på billedkunst og skulptur. Det finnes flere terapimetoder som ville lagt enda mer vekt på fysiske aspekter, som for eksempel danseterapi. Men ATR-N legger også stor vekt på motorikk i sine kunstøvelser. Både finmotorikk i selve utøvelsen, men også muligheten til å utforske avstand og nærhet til objektet og til hverandre. Sanser, som visuelle og taktile er også en viktig komponent i stress-regulering. Kunstterapi tilbyr slik noen unike egenskaper ved å inkludere mange ulike sanser samtidig. Om pasienten opplever de motoriske eller sensoriske aspektene som mer relevante for sine problemer er ikke sikkert. Men kanskje kan ATR-N sies å være kultursensitiv på en annen måte; ved at den er velegnet for å behandle somatiserte symptomer. Det bekreftes av forskning at somatisk orienterte terapimetoder kan være nyttig for minoritetspasienter, spesielt der traumatiske opplevelser er tema. (Kalmanowitz, 2016) Igjen er det viktig å presisere at dette ikke behøver å gjelde fremmedspråklige pasienter.

Kultur, spiritualitet og ritualer

I hvor stor grad spiritualitet og religion spiller en rolle i folks liv varierer. Dette gir seg utslag både i årsakstenking omkring psykiske vansker, og hva man tyr til som hjelp. For eksempel kan guddommelige krefter ha makt over skjebnen din. Da er det ikke så mye en kan utrette selv. En ser også innslag av dette i deler av norsk kultur, gjennom praksiser som forbønn og helbredelse. Religion og spiritualitet kan kobles til bruken av ulike typer ritualer. Mange av øvelsene innen ATR-N bærer preg av rituell tankegang. For eksempel kan pasienten bli bedt om å symbolsk plassere hendelser i fortiden. Dette kan man gjøre ved å fysisk plassere kunstverket på en bestemt måte eller langs en kronologisk linje. (Hass-Cohen & Findlay, 2015). Mange kulturer har vekt på ritualer i markeringen av overganger eller til å løse personlige problemer. (Arneberg, 2019) Slik har oppgavene innen ATR-N potensiale til å «rammes inn» på en kultursensitiv måte.

Kunst kan tydeliggjøre pasientens kulturelle og religiøse tilhørighet. En nasjons kunst fremstiller ofte gruppens livssyn, guder, eller viktige ikoner. Kunst kan formidle hva det vil si å være menneske, og symboliserer ofte de store spørsmål. Visse kulturelle former kan man også se for seg i religiøse ritualer, som for eksempel regndans. Ved at pasienten kan representere sin kulturelle eller religiøse tilhørighet gjennom kunst, kan det være enklere å gi terapeuten innblikk i hva kulturen innebærer. Pasienten kan også gis muligheten til å lage kunst som minner om sine egne tradisjoner. Gjennom dette kan det tenkes at kulturell tilhørighet styrkes, slik at terapi-situasjonen føles mindre fremmed. Nå handler denne oppgaven om å analysere ATR-N spesifikt. Men om man skal se på kunstterapi på generell basis, så finnes det mange måter å tilpasse den pasientens kultur og religion. Mulighetene er uendelige innenfor håndverk, dans og musikk.

Det finnes også ulemper med billedkunst i kulturell kontekst. Selv om kunst på generell basis ses på som et universelt fenomen, finnes det kulturer hvor visse kunstgrener vil være mindre hensiktsmessige. For eksempel i den Islamske kulturen, er det ikke vanlig med avbildning. Kultursensitivitet innebærer å være oppmerksom på slike variasjoner. Fremmedspråklige pasienter kan være svært ulike. Kulturkunnskap om flere grupper vil være nødvendig.

Samtaleterapi som etnosentrisk metode?

Samtaleterapi er ikke en kultursensitiv metode i seg selv. (Arneberg, 2019) Likevel er det stort sett det som tilbys i psykisk helsevern. At det å snakke om sine problemer skal hjelpe med å løse disse, er en holdning som vi har i vår kultur. Men ikke alle kulturer ser på det som

foretrukket metode. For noen er det for eksempel om å gjøre å glemme og komme seg videre. Storfamilie og nettverk, kan spille en større rolle i ivaretagelsen av syke medlemmer i noen miljøer. Religion og ritualer har også sin funksjon for mange. Man går ikke nødvendigvis til en fremmed for å snakke om sine problemer. Hvis man snakker med noen om det, er det kanskje familiens overhode, en religiøs leder, eller en man føler seg nær. Dette er naturligvis satt på spissen og noe stereotypisk. Men poenget er bare å illustrere eksempler. Når man faktisk møter pasienten bør man undersøke hva hen selv hadde foretrukket, ikke anta at de passer inn i det som er normen i kulturen de kommer fra.

Selv om det finnes retningslinjer for å gjøre samtaleterapi mer kultursensitivt, er det ikke sikkert det er nok. Det må gå an å stille seg spørsmålet om det finnes andre metoder som egner seg bedre. Ut fra dette kan man vurdere ATR-N som en kultursensitiv metode, nettopp fordi det ikke legger stor vekt på samtale. Det legges større vekt på de somatiske og kinestetiske aspektene av menneskelig erfaring. Å ta i bruk mer somatiske metoder kan være aktuelt ved høy grad av somatiserende symptomer. I tillegg til dette, jo mer man nærmer seg biologiske mekanismer, jo mer nærmer man seg universelle menneskelige mekanismer. Stress-aktiveringsrespons som «fight-or-flight», ses på som universell for alle mennesker. Selve mekanismen er universell, men betydningen man tillegger responsen kan tenkes å variere. Primæremosjoner har også vist seg å være universelle til en viss grad (TenHouten, 2017)

Kultur virker derimot inn på uttrykk av emosjoner, om det er via språk eller andre måter. I kunstterapi kan man velge om man vil uttrykke seg mest visuelt, men man kan også snakke om det hvis man ønsker. Det er enklere å tilpasse metoden til noe pasienten føler seg fortrolig og komfortabel med.

Innen ATR-N handler det også om å uttrykke seg selv på generell basis, og å prosessere emosjoner og kognisjoner gjennom aktivitet. Hvilke emosjoner eller kognisjoner som er sentrale, er ikke gitt av instruksjonen til oppgaven. Dette styres av pasienten og hva hen synes er viktig. Forholdet mellom terapeut og pasient blir dessuten mer likeverdig i kunstterapi. Skjevt maktforhold kan som nevnt være et problem i interkulturell behandling. ATR-N-terapeuten har mulighet til å tilrettelegge for et mindre autoritært forhold mellom seg og pasienten om nødvendig, ved for eksempel selv å delta i kreative prosesser. Det er håp om at man slik kan oppleve det mer som en relasjonsbyggende aktivitet, fremfor at man blir analysert som et objekt. Følelse av subjektivitet ses på som viktig i helbredelsesprosesser. (Van Hooft, 1997). Har man vært uheldig og opplevd mye smerte og sorg i livet er det

naturlig å tenke at det kan føre til en viss maktesløshet. Slik kan det å ta tilbake subjektiviteten være et viktig skritt på veien til bedring.

Kunstterapi eller metoder som tar i bruk pasientens kreativitet og fantasi kan gi et helt annet utgangspunkt for innholdet i terapien. Det kan gi en unik tilgang til pasientens perspektiv, identitet og verdenssyn. Det er dermed mulig å åpne opp for tema terapeuten aldri hadde kommet på å spørre om ut fra sin egen forståelsesramme. Man vet aldri hvor prosessen vil føre hen, og kan komme til andre erkjennelser enn forventet. (Kalmanowitz, & Lloyd, 2004). Mer manualbaserte metoder, som for eksempel kognitiv atferdsterapi, bygger på et visst verdigrunnlag. Dette kan man tenke seg også påvirker terapeutens formidling av problemformuleringen. Pasienten skal passe inn i en «boks», som ikke nødvendigvis rommer pasientens behov på en tilstrekkelig måte. Slik blir gjerne vårt syn på pasientens problematikk snevrere enn det behøver.

Verbal og nonverbal kommunikasjon

Problemstillingen er om kunstterapi kan bidra til kommunikasjon i møte med fremmedkulturelle pasienter. Utgangspunktet for dette, er de mulige kommunikasjonsproblemene som har vært presentert. Språkbarrierer anses som en stor del av disse. Tilhørende utfordringer i forbindelse med tolkebruk har også vært tema i oppgaven. I kunstterapi er ikke verbal kommunikasjon like nødvendig for å uttrykke følelser og tanker. Dermed kan ATR-N-metoden tenkes å løse en del av utfordringene. Dette kan imidlertid diskuteres.

Det er stor vekt på nonverbale aspekter; somatiske, taktile, visuelle og så videre. Det er ikke dermed sagt at verbal prosessering ignoreres. Mange av øvelsene som trekkes frem som eksempel av Hass-Cohen & Findlay (2015) bidrar til parallell prosessering. Det vil si at man tegner det man føler, også kan det være utgangspunktet for samtalen med terapeuten. Samtidig aktivering av verbale og nonverbale aspekter er en av mulige prosesser som fører til integrering. Følelsen integreres i selvet, ved at man setter ord på det man har symbolisert på lerretet. Hvis pasienten ikke kan norsk, blir ikke dette mulig. Ut fra dette er ikke ATR-N nødvendigvis mer kommunikasjonsfremmende enn andre terapimetoder.

I den forbindelse kan man også spørre seg om pasienten får det samme utbyttet av å tegne uten å verbalisere innholdet. Det vil variere om teoretikere ser på kunsten som et selvstendig kommunikasjonsmiddel (Langer, 1966) eller som et supplement til verbalspråket (Winnicotts «Squiggle game»). I hvilken grad bedringen skyldes den kreative prosessen (Kramer, 1958) eller ei er også et relevant spørsmål. Dette er historiske teorier, og American

Art Therapy Association definerer i dag begge aspekter som viktige. Selve den kreative prosessen anses som helende, samtidig som det er en nyttig form for nonverbal kommunikasjon for å formidle følelser og tanker. (American Art Therapy association, 2017) Dermed er det grunn til hevde at ATR-N vil kunne ha terapeutisk utbytte selv om språkkunnskapene er begrenset, fordi den spiller på flere strenger. I praksis er bedringspotensialet viktig å kartlegge. Men problemstillingen her tar for seg kommunikasjon. Spørsmålet om bedringsutfall er lite hensiktsmessig å undersøke teoretisk, og vil ikke diskuteres videre her.

ATR-N bidrar altså ikke nødvendigvis til å løse selve språkbarrieren som sådan. Allikevel kan den sies å bidra til kommunikasjon, ved å legge vekt på nonverbal kommunikasjon. Det nonverbale innebærer kroppsspråk, gester, mimikk og så videre. Både verbal og nonverbal kommunikasjon vil virke inn på emosjonell kommunikasjon. (Bucci, 2001) Men ATR-N fokuserer mest på de nonverbale aspektene av emosjonell kommunikasjon. Det er denne type kommunikasjon som er spesielt viktig i kunstterapi. (Hass-Cohen & Findlay, 2015)

ATR-N-prinsippene legger i denne forbindelse stor vekt på samspillet mellom terapeut og pasient. For eksempel presenteres øvelser hvor de samarbeider om å lage samme tegning. Her må de tilpasse seg hverandres behov, og dette krever å kunne tyde nonverbale signaler. Denne prosessen er man ofte ikke bevisst. Slik emosjonell kommunikasjon mellom partene i kunstterapi sammenliknes mellom den som foregår mellom barn og omsorgsgiver. (Hass-Cohen & Findlay, 2015) At kunstterapi bidrar til empatisk kommunikasjon vil ifølge ATR-N, også bidra til en bedre relasjon mellom pasient og terapeut. Forfatterne av ATR-N hevder også i likhet med Langer (1966) at kunst bidrar til en mer direkte kommunikasjon av emosjoner, og at disse ikke vil være like enkelt tilgjengelig verbalt. Både formidling av pasientens emosjoner, og dannelse av trygg relasjon er viktig for et suksessfullt behandlingsforløp.

Andre fagfolk vil nyansere sammenhengen mellom kunst og direkte kommunikasjon noe. Eksperimenter har vist spontan reduksjon av autonom nervesystemaktivitet både ved nonverbal og verbal formidling av emosjoner hver for seg. Helseproblemer ble også assosiert med eksperimentell inhibering av emosjonsuttrykk. Det var naturligvis individuelle variasjoner med tanke på hvem som fikk mest utbytte av å uttrykke seg og mest ulemper av å undertrykke følelsene. (Berry & Pennebaker, 1993) Men denne studien styrker i alle tilfeller hypotesen om at kunstterapi kan bidra til emosjonell kommunikasjon. Berry & Pennebaker (1993) foreslår også selv at metoder som kunst-og musikkterapi vil kunne ha samme effekten

som verbal terapi, men ikke at den nødvendigvis er bedre enn språk til å uttrykke emosjoner, slik Langer (1953) hevdet. Det trengs flere metastudier for å kartlegge sammenhengen mellom nonverbal kommunikasjon og helsevariabler over tid, da dette er forsket langt mindre på enn verbal psykoterapi. (Berry & Pennebaker, 1993)

ATR-N forklarer den såkalte «direkte» emosjonelle kommunikasjonen på en mer konkret måte enn Susanne Langer. Det vil si at de legger vekt på hjernens antatte funksjon som forklaring, fremfor sistnevntes filosofiske og logiske argumentasjon. Hass-Cohen & Findlay (2015) trekker frem begrepet «right-to-right-communication» som betegnelse på den type emosjonelle kommunikasjon som foregår i terapirommet, i likhet med mor-barn-dyaden. Hemisfærisk funksjonell inndeling ligger til grunn for begrepet, hvor emosjoner ses på som lokalisert i høyre hemisfære. Tydelige avgrensinger i hjernen er ofte en forenkling. Mange funksjoner virker sammen i prosesseringen av emosjoner. Nyere forskning tyder på at det er ulikheter i fungering mellom de to hemisfærene, men at denne ikke er like avgrenset som først antatt. (Corballis, 2007)

Til nå har diskusjonen i dette avsnittet dreiet seg om emosjonell kommunikasjon generelt. Men det kan diskuteres om den antatte direkte emosjonelle kommunikasjonen gjennom kunst blir like fremtredende i et møte mellom mennesker fra ulike kulturer. Faktum er at ATR-N sjelden bruker eksempler fra en multikulturell populasjon. Dermed er det naturlig å ta forbehold om eventuelle kulturelle ulikheter i emosjonell kommunikasjon. Det er foreslått at primære emosjoner finnes på tvers av kulturer. (TenHouten, 2017) Enkelte aspekter av den nonverbale kommunikasjon, vil dermed i teorien kunne være kulturenøytral. I realiteten har det blitt vist i studier at emosjonelle nonverbale uttrykk oppfattes bedre hos personer med samme etniske bakgrunn som en selv. Denne inngruppedelingen skyldes trolig veldig små variasjoner i hvordan emosjoner uttrykkes på tvers av kultur. (Aune & Eriksen, 2017) Dette til tross for grunnleggende emosjoners antatte biologiske, universelle grunnlag. Men jo tydeligere den emosjonelle kommunikasjonen er, for eksempel intens glede, jo mindre rolle kan de subtile forskjellene tenkes å spille. Det har også vist seg at kultur påvirker emosjonell ekspressivitet, og dermed opplevd styrke i emosjonene. (Immordino-Yang, Yang & Damasio, 2016) Emosjonell ekspressivitet som kilde til kommunikasjon er en viktig del av ATR-N. Dermed er dette viktig å ta med i betraktning i evalueringen av ATR-N, nemlig at mistolkning av emosjonelle uttrykk kan forekomme mellom pasient og terapeut, uavhengig av hvilken terapimetode som brukes.

Det finnes ulike kulturelle normer for hvordan emosjoner uttrykkes overfor andre. For eksempel vil man i den russiske kulturen bli oppdratt til å ikke vise synlig tegn til glede

overfor fremmede. (Sheldon et al., 2017) Terapeuten er fremmed, i alle fall i starten. Normer basert på kjønn, alder, status eller liknende kan man også tenke seg virker inn hos en ukjent terapeut i potensiell maktposisjon. Da er det viktig å være klar over typiske kulturelle normer for de pasientene man skal hjelpe. Slik kan terapeuten komme et skritt nærmere å skille det pasienten faktisk føler fra det som pasienten tilsynelatende føler. I lys av teoriene presentert her, kan man stille seg spørsmålet om ikke ATR-N og kunstterapi vil kunne bidra til et mer genuint emosjonelt uttrykk, uavhengig av normer. Det påstås at kunst både kan omgå verbal (Ulman, 2001) og bevisst (Hass-Cohen & Findlay, 2015) prosessering. Det kan tenkes at dette fører til mindre sensurering. Kanskje kan den sanne emosjonen fremkomme av kunsten? Hvis det er slik at man gjennom samtale sensurerer seg (Ulman, 2001) vil fravær av samtale kunne gjøre det mindre sannsynlig at dette skjer. Dette er kun en hypotese basert på de teorier presentert her. Noe som taler i mot dette, er påstanden om at kunsten også speiler pasientens kultur. Dette fordi kultur påvirker hvordan vi ser på verden, og kommuniserer omkring den. (Geertz, 1973)

Når pasienten maler vil ofte bestemte elementer velges for å symbolisere det som formidles. I likhet med språklige symboler, er visuelle symboler ofte kulturspesifikke. En drage vil for eksempel kunne bety forskjellige ting. Terapeuten må også vite at nonverbale kommunikasjonssignaler kan være ulike, slik som håndbevegelser. (Hocoy, 2002) At kunstterapi er en nonverbal metode, gjør den dermed ikke automatisk kulturnøytral. Ikke alle aspekter av nonverbal kommunikasjon er universelle. Som kunstterapeut må man derfor være like oppmerksom på eventuelle kulturelle fallgruver som med alle andre terapimetoder. Håpet er likevel at kunstterapi gir mer rom for fleksibilitet, og at det i større grad kan tilpasses individet.

Oppsummerende diskusjon

Tilknytningserfaringer er implisitte. Kommunikasjonen i spedbarnstiden er stort sett nonverbal og fysisk. Babyen har ikke noe verbalt språk for å representere verden enda. Mening finnes ikke enda i språket, men kan sees på som basert i kroppslige erfaringer. (Fonagy & Target, 2006) Erfaringer fra tidlig i livet vil det derfor trolig ikke finnes ord for i voksen alder. Man kan tenke pasienter som har hatt traumatiske opplevelser i tidlig barndom, det vil si på et preverbalt stadium i sin utvikling. I slike tilfeller blir det naturlig å tenke at samtaleterapi gjennom ord ikke gir direkte tilgang til disse erfaringene.

Modalitetene som tas i bruk i ATR-N er blant annet nonverbale. De er laget for å aktivere fysiske, sensoriske og taktile erfaringer. Erfaringer pasienten ikke har et språk for,

men som man antar (Hass-Cohen & Findlay, 2015) er lagret i kroppen og hjernen på en implisitt måte. Hass-Cohen & Findlays (2015) tydelige vekt på tilknytning i sin kunstterapi metode gir i lys av dette mening. Man behøver egentlig ikke å ta stilling til om tilknytning utarter seg på samme vis på tvers av kulturer for å likevel legitimere ATR-N for et flerkulturelt publikum. Variasjoner vil naturligvis kunne forekomme. Men alle mennesker er født preverbale, så vidt vi vet. All tidlig kommunikasjon mellom omsorgsperson og barn er nonverbal, iallefall i noen grad. Det er her ATR-N har sin styrke. Fordi kunstterapi tar oss tilbake til en grunnleggende og universell form for menneskelig kommunikasjon, uavhengig av hvilket morsmål som senere læres.

ATR-N legger vekt på å fremme såkalt «resonans» i terapi. Dette er et viktig begrep satt i sammenheng med preverbal og nonverbal kommunikasjon. Kenneth Wright brukte også dette begrepet. Det beskrives som en slags gjenkjennelse, følelse av et bånd, gjensidig anerkjennelse og kommunikasjon mellom partene. Språket formidler objektiv og tillært mening gjennom bruk av ord. Nonverbale signaler er annerledes. “Nonverbal forms arouse a direct and “sympathetic” response (resonance) in the recipient by calling forth related but idiosyncratic non-verbal patterns. By this means, resonance creates the illusion of direct communication between separate individuals...” (Wright, 2009, s.8) Nonverbale kommunikasjonsformer aktiverer en fornemmelse hos mottakeren, som er unik for mottakeren samtidig som den reflekterer senderens tilstand. Pasient og terapeut kan gjennom nonverbale signaler oppnå denne illusjonen av direkte kommunikasjon. En metode som ATR-N som styrker resonans, vil ut fra dette kunne sies å være kommunikasjonsfremmende.

Dette minner om Susanne Langer og hvordan hun opphever skillet mellom form og innhold, og lar kunsten skape en direkte “kanal” til følelser i vid forstand. Resonans kan kanskje ses på som den mekanismen som gjør den såkalte direkte kommunikasjonen mulig? Dette er en naturlig assosiasjon, da Wright i sin artikkel legger vekt på å ha blitt inspirert av Langers skille mellom språklige symboler og kunstneriske symboler.

Wright poengterer at resonans skaper en *illusjon* av direkte kommunikasjon. Et budskap som formidles gjennom kunst, kan ikke være fullstendig direkte. Det er mediert av kunsten, og vil dermed på et vis være symbolsk. Men styrken i kunsten ligger i at det *føles* som opplevelsen ikke er mediert, og det derfor skapes direkte kontakt og resonans mellom partene. (Wright, 2009) Dette begrunner Wright med å vise til Langers teori om nonverbale symboler som selvstendig kommunikasjonsmiddel. Han modererer likevel Langers teori ved å innføre konseptet om illusjon. Nonverbale symboler, herunder kunst, skaper en direkte emosjonell link mellom sender og mottaker fordi det vekker den såkalte “resonante

responsen". Senderens nonverbale form vekker i mottaker en slags emosjonell struktur som vil likne sterkt på det sender selv følte. Et musikkstykke er et typisk eksempel på en kunstnerisk form som vekker noe i mottakeren. I slike tilfeller vil sender og mottaker ofte befinne seg i ulike tider, derav illusjonen av direkte kontakt via musikken.

Wright sammenlikner i denne forbindelse Sterns teori om intersubjektivitet med Langers symbolteori. Nonverbale symboler, blant annet kunst, refererer ikke bare til et fenomen, men reflekterer opplevelsens genuine form. Dette sammenliknes med hvordan omsorgsgiver gjennom inntonet respons overfor sitt barn forsøker å skildre formen på barnets aktive følelsetilstand. (Wright, 2009)

Konklusjon.

ATR-N baserer seg på Interpersonlig nevrobiologi (IPNB). Både interpersonlig nevrobiologi og Susanne Langers teori vil peke på at den nonverbale kommunikasjonen er like viktig som den verbale, om ikke bedre. IPNB vil spesielt legge vekt på at motoriske og sensoriske aspekter av terapi er mer egnet enn samtaleterapi til å uttrykke emosjoner fullt ut. Langer (1953) vil fra sitt filosofiske ståsted legge vekt på hvordan kunst er mer egnet enn språk til å formidle følelser i vid forstand. Hverken IPNB eller Langer var opptatt av kunstterapi som sådan. Men sett under ett har disse teoriene bygget et godt grunnlag for å foreslå kunstterapi som en egnet terapimetode, spesielt i møte med emosjonelle lidelser. Men ingen av disse teoriene knyttet kunnskapen sin opp mot fremmedspråklige pasienter. Derfor var det nødvendig å drøfte hvorvidt ATR-N og kunstterapi kan være en egnet og kommunikasjonsfremmende metode i møte med denne gruppen.

Å kartlegge gode nonverbale psykoterapeutiske metoder blir spesielt viktig der språket er en utfordring. Slik blir man for eksempel mindre avhengig av tolk i terapien. Å bruke nonverbale metoder kan slik bidra til at man sparer ressurser, og øker effektiviteten. Om alternativer til samtaleterapi oppfyller kravene til kultursensitivitet, vil pasientene oppleve å bli tatt mer på alvor ut fra sine egne referanserammer. Pasientrettighetsloven legger tydelig vekt på pasientens perspektiv. Håpet er at man ved å ta mer hensyn til individet og kulturell tilhørighet kan nå ut til flere og bidra til mindre frafall i psykisk helsevern.

Det store spørsmålet er om kunstterapi-metoden ATR-N kan være dette såkalte alternativet. Etter å ha diskutert ATR-N opp mot kommunikasjonsutfordringene presentert i innledende kapitler, herunder kulturelle og språklige variabler, fremkommer det en rekke fordeler med metoden. Svaret på problemstillingen synes derfor å være at; ja, kunstterapi *kan* bidra til kommunikasjon med fremmedspråklige pasienter. Kunst i kan ses på som en mulig kommunikasjonsform i terapi.

ATR-N virker til å være godt egnet i møte med fremmedspråklige ut fra diskusjonen presentert her. Dette fraskriver imidlertid ikke terapeuten ansvaret for å sette seg inn i kulturelle forskjeller og hvordan dette påvirker terapien. I og med at ATR-N ikke er spesielt skreddersydd for denne gruppen, må kunstterapeuten jobbe aktivt med kulturell tilpasning i administreringen av kunstoppavene. Slik kan man forhåpentligvis minimere de kommunikative fallgruvne som har vist seg å gå igjen innen helsevesenet. (Schouten & Meeuwesen, 2006) Kultur påvirker som vi har sett et svært bredt spekter av menneskelig erfaring, herunder kommunikasjon. (Geertz, 1973) Kunst kan ses på som en type

kommunikasjon. Men menneskene som er involvert i kommunikasjonen er uansett et produkt av sin egen kultur. Dermed er ikke kunstterapi automatisk kulturnøytralt. Det må en innsats til fra terapeutens side. Bare ved å være klar over dette kan metoden nå sitt fulle potensial. Etter en grundig gjennomgang av kunstterapi, synes det likevel å være vel så god metode for fremmedspråklige pasienter enn ordinær samtaleterapi, hvis man evaluerer den ut fra kommunikasjonsfremmende egenskaper. Den stimulerer til kommunikasjon, også uten bruk av språk. God kommunikasjon er viktig i psykisk helsevern, da det som vi har sett kan relateres til terapeutisk relasjon. Dermed antas det også at god kommunikasjon, verbal eller nonverbal, er et viktig premiss for å aktivere terapeutisk endring av betydning. Psykoterapimetoder som potensielt kan være kommunikasjons-fremmende er dermed svært relevante i dagens helsevesen.

Selv om kunstterapi fremstår som en god metode i teorien, behøves det forskning på hvilke trekk ved metoden som eventuelt gjør den virksom. Kunstterapi kan være så mangt, og kunstterapeut er ikke en beskyttet tittel. Fagfeltet bærer nok preg av stor variasjon i kvalitet og tilhørende fordommer. Skal den inngå som et respektert alternativ i behandling av fremmedspråklige pasienter, herunder flyktninger, må en grundig kvalitetssikring være på plass.

Om ikke kunst-og uttrykksterapi viser seg å fungere tilstrekkelig godt for alle typer lidelser eller grupper av pasienter, vil disse metodene ha en rekke andre fordeler. De behøver ikke nødvendigvis erstatte samtaleterapi, men kan også bidra som et verdig supplement. Pasienten kan oppleve å være ut i samfunnet, og lære seg språket i vertslandet gjennom aktivitet. Kunstterapi i gruppe kan bidra til felleskap og tilhørighet gjennom å treffe mennesker i samme situasjon. Å produsere kunst kan bidra til mestringsfølelse og glede. Dette er viktige faktorer i forebygging av psykiske lidelser, styrking av resiliens, og økt livskvalitet.

Referanseliste

- American Art Therapy Association. (2017). Definition of profession. Hentet fra:
https://www.arttherapy.org/upload/2017_DefinitionofProfession.pdf
- American Psychological Association (2017). Multicultural Guidelines: An Ecological Approach to Context, Identity, and Intersectionality. Hentet fra:
<http://www.apa.org/about/policy/multicultural-guidelines.pdf>
- Arneberg, L.B. (2019). Formidler du din kompetanse som universell sannhet? Hentet fra:
<https://www.erfaringskompetanse.no/nyheter/formidler-du-din-kompetanse-som-universell-sannhet/>
- Argyle, M. (1972). Non-verbal communication in human social interaction. I Hinde, R.A. (Red.), *Non-verbal communication*. Cambridge University Press.
- Aune, R. E., & Eriksen, G. M. (2017). *Persepsjon av emosjonell nonverbal kommunikasjon i krysskulturelt terapeutisk arbeid*. Master's thesis, The University of Bergen.
- Ayazi, T. (2006a). Oppsøkende arbeid blant pasienter med somalisk bakgrunn: Et prosjekt i psykisk helsevern i Oslo. *Tidsskrift Norsk psykologforening*, 43(12), 1330.
- Ayazi, T. (2006b). Psychotherapy in Gaza: Application of psychotherapy in a non-western society. *Tidsskrift Norsk Psykologforening*, 43(2), 120.
- Badenoch, B. (2008). *Being a brain-wise therapist: A practical guide to interpersonal neurobiology*. New York, NY: Norton.
- Baskerville, R. F. (2003). Hofstede never studied culture. *Accounting, organizations and society*, 28(1), 1-14.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-based treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(6), 595-613.
- Bäärnhielm, S (2002). Clinical encounters with different illness realities. Qualitative studies of illness meaning and restructuring of illness meaning among two cultural groups of female patients in a multicultural area of Stockholm. Division of Psychiatry, Neurotec Department, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden. ISBN: 91-7349-641-3
- Berry, J. W. (1997) *Preface*. I J. W. Berry, Y. H., Poortinga, J. Pandey, P.R, Dasen, T.S, Saraswathi, M. H, Segall, & Kâğıtçıbaşı, Ç. (Red.) *Handbook of cross-cultural psychology: Theory and method*. New York: Cambridge University Press
- Berger, L. R. (1980). The Winnicott squiggle game: a vehicle for communicating with the school-aged child. *Pediatrics*, 66(6), 921-924.

- Berry, D. S., & Pennebaker, J. W. (1993). Nonverbal and verbal emotional expression and health. *Psychotherapy and psychosomatics*, 59(1), 11-19.
- Bhugra, D., & De Silva, P. (2000). Discussion Paper: Couple therapy across cultures. *Sexual and relationship therapy*, 15(2), 183-192. <https://doi.org/10.1080/14681990050010763>
- Bilevicius, E., Single, A., Bristow, L. A., Foot, M., Ellery, M., Keough, M. T., & Johnson, E. A. (2018). Shame mediates the relationship between depression and addictive behaviours. *Addictive behaviors*, 82, 94-100. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.02.023>
- Blease, C., & Kirsch, I. (2016). The placebo effect and psychotherapy: Implications for theory, research, and practice. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 3(2), 105. <http://dx.doi.org/10.1037/cns0000094>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Bradford, D. T., & Muñoz, A. (1993). Translation in bilingual psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(1), 52.
- Bräuninger, I. (2012). Dance movement therapy group intervention in stress treatment: A randomized controlled trial (RCT). *The Arts in Psychotherapy*, 39(5), 443-450. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.07.002>
- Brehmer, Y., Kalpouzos, G., Wenger, E., & Lövdén, M. (2014). Plasticity of brain and cognition in older adults. *Psychological research*, 78(6), 790-802. <https://doi.org/10.1007/s00426-014-0587-z>
- Braithwaite, D.O., Schodt, P. & Carr, K. (2014). Introduction: Meta-theory and Theory in Interpersonal Communication Research. i D. O. Braithwaite & P. Schrod, (Red.) *Engaging theories in interpersonal communication: Multiple perspectives* (2.utg, s.1-20). Sage Publications. ISBN:978-1-4522-6140-9
- Browning, M. M. (2006). Neuroscience and imagination: The relevance of Susanne Langer's work to psychoanalytic theory. *The Psychoanalytic Quarterly*, 75(4), 1131-1159. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2006.tb00070.x>
- Bucci, W. (2001). Pathways of emotional communication. *Psychoanalytic inquiry*, 21(1), 40-70. <https://doi.org/10.1080/07351692109348923>
- Byford, A. (2015). Lost and gained in translation: The impact of bilingual clients' choice of language in psychotherapy. *British Journal of Psychotherapy*, 31(3), 333-347.
- Canino, G., & Alegría, M. (2008). Psychiatric diagnosis—is it universal or relative to culture? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), 237-250. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01854.x>

- Chapman, L. (2014). *Neurobiologically informed trauma therapy with children and adolescents: Understanding mechanisms of change*. New York: Norton.
- Cole, M. (1998). *Cultural psychology: A once and future discipline*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Colapietro, V. (1997). Susanne Langer on Artistic Creativity and Creations. *Semiotics*, 3-12.
- Corballis, M. C. (2007). The dual-brain myth. I S. Della Sala (red.) *Tall Tales about the Mind and Brain: Separating Fact from Fiction*. New York: Oxford University Press.
- Dahl, Ø. (2013). *Møter mellom mennesker: Innføring i interkulturell kommunikasjon*. (2.utg, Oslo: Gyldendal Akademisk.
- DeCou, C. R., Mahoney, C. T., Kaplan, S. P., & Lynch, S. M. (2019). Coping self-efficacy and trauma-related shame mediate the association between negative social reactions to sexual assault and PTSD symptoms. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 11(1), 51.
- Elsaas, P. (2003). *Håndbog i kulturpsykologi; Et fag på tværs*. København: Gyldendal Fagbogredaktion.
- Eide, T., & Eide, H. (2004). *Kommunikasjon i praksis. Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Folkehelseinstituttet (2018). Språk for følelser hos legen? Hentet fra <https://www.fhi.no/hn/migrasjonshelse/sprak-for-folelser-hos-legen/>
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalizationbased treatment*. Oxford, UK: Oxford University Press
- Fonagy, P., & Target, M. (2007). The rooting of the mind in the body: New links between attachment theory and psychoanalytic thought. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(2), 411-456. <https://doi.org/10.1177%2F00030651070550020501>
- Gary, F. A. (2005). Stigma: Barrier to mental health care among ethnic minorities. *Issues in mental health nursing*, 26(10), 979-999.
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. New York: Basic books.
- Gilbert, P. (2011). Shame in psychotherapy and the role of compassion focused therapy. I R. L. Dearing & J. P. Tangney (Red.) *Shame in the therapy hour* (s. 325–354). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12326-014>

- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. I P. Gilbert & B. Andrews (Red.), *Shame: Interpersonal behaviour, psychopathology, and culture* (s. 3-38). Oxford University Press
- Green, M., & Elliott, M. (2010). Religion, health, and psychological well-being. *Journal of religion and health*, 49(2), 149-163. <https://doi.org/10.1007/s10943-009-9242-1>
- Hall-Lande, J. A., Eisenberg, M. E., Christenson, S. L., & Neumark-Sztainer, D. (2007). Social isolation, psychological health, and protective factors in adolescence. *Adolescence*, 42(166).
- Hall, G. C. N. (2003). The self in context: Implications for psychopathology and psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 13(1), 66.
- Hart, S., & Schwartz, R. (2009). *Fra interaksjon til relasjon. Tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Shore og Fonagy*, Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hartwich, P., Boeker, H., & Northoff, G. (2018). Principles of Neuropsychodynamic Therapy. I *Neuropsychodynamic Psychiatry* (s. 449-459). Springer, Cham.
- Hass-Cohen, N., (2008) CREATE: Art Therapy Relational Neuroscience Principles (ATR-N). I N. Hass-Cohen, & R. Carr, *Art Therapy and Clinical Neuroscience* (s. 283-305), London: Jessica Kingsley Publishers.
- Hass-Cohen, N., & Findlay, J. C. (2015). *Art therapy and the neuroscience of relationships, creativity, and resiliency: Skills and practices*. New York: Norton & Company.
- Hass-Cohen, N., & Findlay, J. C. (2009). Pain, attachment, and meaning making: Report on an art therapy relational neuroscience assessment protocol. *The Arts in Psychotherapy*, 36(4), 175-184. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2009.02.003>
- Helsedirektoratet. (2011). Veilederer om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene. Hentet fra: [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20-%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-og%20omsorgstjenestene%20\(fullversjon\).pdf/](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20-%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-og%20omsorgstjenestene%20(fullversjon).pdf/)
- Hocoy, D. (2002) Cross-cultural Issues in Art Therapy, *Art Therapy*, 19(4), 141-145, <https://doi.org/10.1080/07421656.2002.10129683>
- Hofstede, G. (1980). Motivation, leadership, and organization: do American theories apply abroad? *Organizational dynamics*, 9(1), 42-63.
- Honwana, A. (1998). Discussion guide 4: Non-western concepts of mental health. *The Refugee Experience-Psychosocial Training Module*, 103-119.

- Hjertnes, L., Lindstrøm, T. C., & Sam, D. L. (2005). Østlige og vestlige psykoterapeutiske tradisjoner–forskjeller knyttet til mestring og kontroll. *Tidsskrift for norsk psykologiforening*, 395-403
- Hylland-Eriksen, T. (1997). *Flerkulturell forståelse*. Oslo: Universitetsforlaget
- Immordino-Yang, M. H., Yang, X. F., & Damasio, H. (2016). Cultural modes of expressing emotions influence how emotions are experienced. *Emotion*, 16(7), 1033.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/emo0000201>
- Innis, R. E. (2009). *Susanne Langer in focus: The symbolic mind*. Bloomington: Indiana University Press.
- Javier, R. (1989). Linguistic considerations in the treatment of bilinguals. *Psychoanalytic Psychology*, 6(1), 87–96. doi:10.1037/0736-9735.6.1.87
- Jesus, T. S., & Silva, I. L. (2016). Toward an evidence-based patient-provider communication in rehabilitation: linking communication elements to better rehabilitation outcomes. *Clinical rehabilitation*, 30(4), 315-328. <https://doi.org/10.1177%2F0269215515585133>
- Freng, E. J. (2008). Etnisitet og behandling. *Blå Kors Forlag*.
- Jones, A. C. (2019). Stigma and Shame: Conceptualisations and Views Concerning Service Use and Health Care Provision: A Literature Review and Commentary. *Journal of Clinical and Medical Research*, 2019 (01)
- Kalmanowitz, D. (2016). Inhabited studio: Art therapy and mindfulness, resilience, adversity and refugees. *International Journal of Art Therapy*, 21(2), 75-84.
- Kalmanowitz, D., & Lloyd, B. (2004). Art therapy and political violence. I D. Kalmanowitz & B. Lloyd, *Art therapy and political violence* (s. 34-54). London: Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9780203308059>
- Keen, N., George, D., Scragg, P., & Peters, E. (2017). The role of shame in people with a diagnosis of schizophrenia. *British Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 115-129.
<https://doi.org/10.1111/bjc.12125>
- Keesing, R. M. (1974). Theories of culture. *Annual review of anthropology*, 3(1), 73-97.
- Kramer, E. (1958). *American lecture series: The Bannerstone division of American lectures in psychology: Vol. 318. Art therapy in a children's community: A study of the function of art therapy in the treatment program of Wiltwyck School for Boys*. Charles C Thomas Publisher. <https://doi.org/10.1037/13175-000>
- Keller, H. (2013a). Attachment and culture. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 44(2), 175-194.
<https://doi.org/10.1177%2F0022022112472253>
- Keller, H. (2013b). *Cultures of infancy*. New York: Psychology Press.

- Kirmayer, L. J., & Ryder, A. G. (2016). Culture and psychopathology. *Current Opinion in Psychology*, 8, 143-148. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.10.020>
- Knappskog, K., & Helgesen, H. (2008). *Psykologen og den fremmedkulturelle klienten-en kvalitativ studie* (Master's thesis, The University of Bergen).
- Kokaliari, E., Catanzarite, G., & Berzoff, J. (2013). It is called a mother tongue for a reason: A qualitative study of therapists' perspectives on bilingual psychotherapy—Treatment implications. *Smith College Studies in Social Work*, 83(1), 97-118. <https://doi.org/10.1080/00377317.2013.747396>
- Langer, S. K. (1953). *Feeling and form* (3. utg). London: Routledge and Kegan Paul.
- Langer, S.K (1966). The Cultural importance of the arts. *Journal of aesthetic education*, 1(1), 5-12.
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). The neurobiology of mentalizing. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(4), 366.
- Macdonald, J., & Morley, I. (2001). Shame and non-disclosure: A study of the emotional isolation of people referred for psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology*, 74(1), 1-21. <https://doi.org/10.1348/000711201160731>
- Malchiodi, C.A., & Crenshaw, D.A. (2013) *Creative Arts and play therapy for attachment problems*. New York, NY: Guildford.
- Markus, H. R., & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological review*, 98(2), 224.
- McNiff, S., & Barlow, G. C. (2009). Cross-cultural psychotherapy and art. *Art Therapy*, 26(3), 100-106. <https://doi.org/10.1080/07421656.2009.10129379>
- Meyer, M. (2006) i Dahl, S., Sveaass, N., & Varvin, S. (Red.) *Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger: veileder*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Murphy, M., Runco, M. A., Acar, S., & Reiter-Palmon, R. (2013). Reanalysis of genetic data and rethinking dopamine's relationship with creativity. *Creativity Research Journal*, 25(1), 147-148.
- Nader, K., Schafe, G.E., & LeDoux, J.E. (2000). The labile nature of consolidation theory. *Biological Psychiatry*, 76(4), 274-280
- Nome-Hovde, Å. K. (2008). *Musikkterapi i Introduksjonsprogrammet for flyktningar* (Master's thesis, The University of Bergen).
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0022161>

- Pasient-og brukerrettighetsloven. (1999) Lov om pasient-og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasient-+og+brukerrettighetsloven*
- Prince, R. (1987). III Alexithymia and verbal psychotherapies in cultural context. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 24(2), 107-118.
- Qureshi, A. N. (2005). Profesjonell kultursensitivitet framfor faglig etnisentrisme: *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2(3), 261-274.
- Raglio, A., Traficante, D., & Oasi, O. (2006). A coding scheme for the evaluation of the relationship in music therapy sessions. *Psychological reports*, 99(1), 85-90. <https://doi.org/10.2466%2Fpr0.99.1.85-90>
- Rustin, J. (1997). Infancy, agency, and intersubjectivity a view of therapeutic action. *Psychoanalytic Dialogues*, 7(1), 43-62.
- Ruym, T. & Halvorsen, J., Ø. (2014). Psykoterapiforskning. I L.E.O Kennair & R. Hagen (Red.), *Psykoterapi; tilnærminger og metoder*. (s.25-48) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Schnyder, U., Bryant, R. A., Ehlers, A., Foa, E. B., Hasan, A., Mwititi, G., ... & Yule, W. (2016). Culture-sensitive psychotraumatology. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 31179. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.31179>
- Schouten, B. C., & Meeuwesen, L. (2006). Cultural differences in medical communication: a review of the literature. *Patient education and counseling*, 64(1-3), 21-34.
- Sheldon, K. M., Titova, L., Gordeeva, T. O., Osin, E. N., Lyubomirsky, S., & Bogomaz, S. (2017). Russians inhibit the expression of happiness to strangers: Testing a display rule model. *Journal of cross-cultural psychology*, 48(5), 718-733. <https://doi.org/10.1177%2F0022022117699883>
- Siegel, D. J. (1996). Cognition, memory, and dissociation. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5(2), 509-536.
- Siegel, D. J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, "mindsight," and neural integration. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 22(1-2), 67-94.
- Siegel, D.J (2006). Foreword. I K. Minton, P. Ogden & C. Pain. (Red.) Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy (norton series on interpersonal neurobiology). New York & London: WW Norton & Company
- Singelis, T. M., & Brown, W. J. (1995). Culture, self, and collectivist communication: Linking culture to individual behavior. *Human communication research*, 21(3), 354-389.

- Skårderud, F. (2002). Skam: Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne. Bergen: Fagbokforlaget
- SSB (2019). Statistisk Sentralbyrå. Hentet fra: <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/faktaside/innvandring>
- Stewart, J. (1999). Introduction to interpersonal communication. I J. Stewart (Red.), *Bridges not walls* (7. utgave, s.15-65). New York: Random House
- Sumathipala, A., Siribaddana, S. H., & Bhugra, D. (2004). Culture-bound syndromes: the story of dhat syndrome. *The British Journal of Psychiatry*, 184(3), 200-209. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.3.200>
- Sundby (2018). Utredning av barn og unge med annen kulturell bakgrunn. I A.G. Urnes (Red.) *Den interaktive hjernen hos barn og unge. Forståelse og tiltak ved nevroutviklingsforstyrrelser og nevropsykiatriske tilstander.* (s.167-174) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sungur, M. Z., & Bez, Y. (2016). Cultural factors in the treatment of sexual dysfunction in Muslim clients. *Current Sexual Health Reports*, 8(2), 57-63.
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2011). Working with shame in the therapy hour: Summary and integration. In R. L. Dearing & J. P. Tangney (Red.), *Shame in the therapy hour* (s. 375–404). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12326-016>
- TenHouten, W. D. (2017). From primary emotions to the spectrum of affect: an evolutionary neurosociology of the emotions, *Neuroscience and Social Science* (s. 141-167). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-68421-5_7
- Tholen, B. (2018). Bridging the gap between research traditions: on what we can really learn from Clifford Geertz. *Critical Policy Studies*, 12(3), 335-349. <https://doi.org/10.1080/19460171.2017.1352528>
- Triandis, H. C. (2001). Individualism-collectivism and personality. *Journal of personality*, 69(6), 907-924. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.696169>
- Ulman, E. (2001). Art therapy: Problems of definition. *American journal of art therapy*, 40(1), 16.
- Ulrey, K. L., & Amason, P. (2001). Intercultural communication between patients and health care providers: An exploration of intercultural communication effectiveness, cultural sensitivity, stress, and anxiety. *Journal of health communication*, 13(4), 449-463. https://doi.org/10.1207/S15327027HC1304_06
- Ussher, J. M., Perz, J., Metusela, C., Hawkey, A. J., Morrow, M., Narchal, R., & Estoesta, J. (2017). Negotiating discourses of shame, secrecy, and silence: Migrant and refugee women's experiences of sexual embodiment. *Archives of sexual behavior*, 46(7), 1901-1921. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0898-9>

- Van Hooft, S. (1997). Health and subjectivity. *Health:1*(1), 23-36.
- Vivona, J. M. (2009). Leaping from brain to mind: A critique of mirror neuron explanations of countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57(3), 525-550.
<https://doi.org/10.1177%2F0003065109336443>
- Ward, C. (1980). Spirit possession and mental health: A psycho-anthropological perspective. *Human Relations*, 33(3), 149-163.
- Warr, S. (2010) Counselling refugee young people: an exploration of therapeutic approaches, *Pastoral Care in Education*, 28(4), 269-282. <https://doi.org/10.1080/02643944.2010.481307>
- Warren, B. J. (2013). How culture is assessed in the DSM-5. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 51(4), 40-45. <https://doi.org/10.3928/02793695-20130226-04>
- Wenk-Ansohn, M., & Gurrus, N. (2011). Intercultural encounters in counselling and psychotherapy–communication with the help of interpreters. *Torture*, 21(3), 182-185.
- Winnicott, D. W. (1971) *Playing and reality*. New York: Basic books.
- Wright, K. (2009). *Mirroring and attunement: Self-realization in psychoanalysis and art*. East Sussex: Routledge.

