

Imam eller psykolog?

En kvalitativ studie av holdninger til psykisk helse og psykoterapi blant personer med muslimsk tro bosatt i Norge

Julie Hørning Lindevall



Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2019

Imam eller psykolog?

En kvalitativ studie av holdninger til psykisk helse og psykoterapi
blant personer med muslimsk tro bosatt i Norge

© Julie Hørning Lindevall

2019

Imam eller psykolog? En kvalitativ studie av holdninger til psykisk helse og psykoterapi blant personer med muslimsk tro bosatt i Norge

Julie Hørning Lindevall

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Tittel: Imam eller psykolog? *En kvalitativ studie av holdninger til psykisk helse og psykoterapi blant personer med muslimsk tro bosatt i Norge*

Forfatter: Julie Hørling Lindevall

Veileder: Nora Sveaass

Bakgrunn: Globalisering og innvandring gjør Norge til et stadig mer flerkulturelt land. Dette representerer en ressurs og berikelse for samfunnet, men også enkelte utfordringer. Norsk statistikk tyder på at det er høyere forekomst av psykiske problemer hos personer med innvandrerbakgrunn, samt sjeldnere oppsøking av helsehjelp. Anslagsvis 1 av 4 innvandrere i Norge er muslimer, og dette er en gruppe som blir utsatt for økende hets og stigmatisering. Likevel tyder studier på at muslimer oppsøker psykisk helsehjelp i mindre grad enn ikke-muslimer. I denne studien ønsker jeg å undersøke hvordan personer med muslimsk tro håndterer vanskeligheter de møter i livet, og hvordan de forholder seg til psykisk helse og psykoterapi.

Metode: Data ble innhentet via semi-strukturerte intervjuer med ni personer med muslimsk bakgrunn. Intervjuene ble tatt opp på bånd, transkribert og analysert ved hjelp av tematisk analyse. Studien er et personlig forskningsprosjekt, og jeg har selv gjennomført alle steg i prosessen.

Resultater: Resultatene viste at religion representerte en stor ressurs i informantenes liv, noe som ble spesielt viktig i tøffe tider. Religiøse ritualer og tenkemåter ble brukt aktivt for å komme seg gjennom vanskeligheter, i tillegg til støtte fra venner og familie. Religiøse ledere og imamer kunne også være viktige hjelpere, men primært i forhold til teologiske og religiøse problemstillinger. Når vansker i hverdagen ble så store at religiøse mestringsstrategier eller støtte fra venner og familie ikke er tilstrekkelig, var informantene positive til å oppsøke psykolog. Likevel fortalte de at i det muslimske samfunnet i Norge, spesielt blant eldre mennesker, er det lite kunnskap rundt psykiske lidelser, og at temaet er tabubelagt. Økt kulturell og religiøs kompetanse blant norske psykologer etterlyses, og viktige terapeutegenskaper som åpenhet, respekt, toleranse og engasjement trekkes fram som viktige i møte med muslimske klienter.

Forord

Det har vært utrolig spennende og lærerikt å gjennomføre dette prosjektet. Med en brennende interesse for kulturer og religioner, har dette vært en givende, interessant og fascinerende prosess. Jeg tar med meg mye viktig lærdom fra dette prosjektet inn i min fremtidige rolle som psykolog.

Først og fremst vil jeg takke min fantastiske veileder Nora Sveaass, som jeg har sett opp til gjennom hele studietiden. Jeg er utrolig takknemlig for at jeg fikk nettopp deg som veileder, og uten din hjelp, positivitet, kreativitet og engasjement hadde jeg aldri klart å gjennomføre dette prosjektet.

Videre vil jeg takke de flotte informantene som åpnet seg opp om sin religion, sine tanker, holdninger, følelser, erfaringer og meninger om psykisk helse og -helsehjelp. Det har vært veldig spennende å lære fra dere, og høre om deres perspektiver.

En stor takk rettes også til min mor som har bidratt som barnevakt, korrekturleser, heiajente og støttespiller. Jeg må også nevne hvor glad jeg er for at du har latt meg vokse opp et sted som har gitt meg muligheten til å bli kjent med så mange ulike kulturer og religioner, noe som har ført til en interesse og nysgjerrighet så sterk at den resulterte i et hovedoppgaveprosjekt.

Sist, men ikke minst (dog minst i både alder og størrelse), vil jeg takke gutta mine, Adam og Josef. Deres smil, latter, tull og tøys har vært uvurderlig gjennom denne prosessen, og tvunget meg til å ta mange nødvendige pauser fra skrivingen.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Muslimer i Norge og verden	1
1.2	Utfordringer for muslimer i Norge	1
1.3	Bruk av psykisk helsevern	3
1.4	Årsaksforståelse av psykiske lidelser blant muslimer	5
1.5	”Religious coping”	7
1.6	Imamers rolle	9
1.7	Betydningen av terapeuters kulturelle og religiøse bakgrunn.....	10
1.8	Inkorporering av religion i psykoterapi	11
1.9	Dagens tilbud	13
1.10	Formål med studien.....	14
2	Metode	15
2.1	Valg av metode	15
2.2	Rekruttering	15
2.3	Utvalg.....	16
2.4	Planlegging og gjennomføring av intervjuene.....	17
2.5	Transkribering.....	18
2.6	Analyseprosess.....	18
2.7	Etiske betraktninger	23
2.8	Reliabilitet og validitet.....	24
2.9	Refleksivitet	25
3	Resultater	27
3.1	Religion som ressurs	28
	En religiøs identitet	28
	Veiviser i livet.....	28
	Religion som trøst og styrke	29
	Hjelp via ritualer	29
	Religiøst motiverte mestringsstrategier og tankemåter	29
3.2	Forståelse av psykiske vansker	31

Uvitenhet innad muslimske miljøer	31
Bagatellisering av psykiske problemer	31
Psykiske lidelser er tabu- og skambelagt	32
Tradisjonelle forklaringer på psykiske vansker og lidelser	33
3.3 Tanker om psykisk helsehjelp	35
Viktigheten av å oppsøke hjelp	35
Psykisk helsevern i Norge	36
”Sånn som man ser på filmer” - Hvordan foregår terapi?	36
3.4 Gode hjelpere	37
Venner og familie	37
Imam	38
Psykolog	39
3.5 Perspektiver på psykologen som hjelper	40
Muslimsk versus ikke-muslimsk psykolog	40
Religion i terapirommet	42
Egenskaper ved terapeuten	43
4 Diskusjon	46
4.1 Problemløsning og mestringsstrategier	47
Ulik hjelp til ulike problemer	47
Måter religion kan være til hjelp	47
Hjelp fra imam eller psykolog?	48
4.2 Barrierer til psykisk helsehjelp	49
4.3 Å være en god terapeut i møte med muslimske klienter	50
4.4 Metodiske begrensninger	52
4.5 Konklusjon og videre implikasjoner	54
Litteraturliste	55
Vedlegg / Appendiks	69

1 Innledning

1.1 Muslimer i Norge og verden

Islam representerer den nest største verdensreligionen etter kristendommen, og er den raskest voksende religionen i verden. I 2015 anslo man at 24% av jordas befolkning, 1.8 milliarder mennesker, er muslimer (Pew Research Center, 2017a). Andelen muslimer i Europa øker kontinuerlig, på grunn av migrasjon, familieførøkelse og konvertering (Pew Research Center, 2017b). I Norge finnes det ikke noe register over innbyggers religion og livssyn, men i følge utregninger og anslag fra SSB befant det seg omlag 200.000 muslimer i Norge ved inngangen til 2016 (Østby & Dalgard, 2017). Hovedvekten er innvandrere eller personer med innvandrerforeldre, og anslagsvis er 1 av 4 innvandrere muslimer (Amundsen, 2017). Disse har primært bakgrunn fra Somalia, Pakistan, Irak, Iran, Tyrkia, Bosnia-Hercegovina og Kosovo. Den muslimske befolkningen i Norge har altså svært ulike kulturelle bakgrunner, og varierer også i grad av religiøsitet og tilknytning til religionen islam (Ishaq, 2017). I tillegg finnes det rundt 3000 konvertitter, i følge anslag fra SSB (Østby & Dalgard, 2017).

1.2 utfordringer for muslimer i Norge

Muslimer utgjør altså en betydelig del av den norske befolkningen, og majoriteten er som nevnt innvandrere eller norskfødte personer med innvandrerforeldre. Det er viktig å påpeke at det ikke er noe entydig forhold mellom innvandring og psykisk helse, da migrasjon både kan bidra på en positiv og negativ måte (Dalgard & Sveaass, 2010). På gruppenivå ser vi likevel at personer med innvandrerbakgrunn rapporterer om dårligere psykisk helse. SSBs levekårsundersøkelse fra 2016 viser at personer med innvandrerbakgrunn føler de blir forskjellsbehandlet både innen utdanning og arbeid. De har lavere tillit til andre mennesker i samfunnet enn befolkningen generelt, og rapporterer om mer psykiske plager. Faktisk er andelen innvandrere med psykiske problemer dobbelt så høy som i den øvrige befolkningen (Statistisk sentralbyrå, 2016a; Statistisk sentralbyrå, 2016b).

Oppedal og Røysamb undersøkte forskjeller i psykisk helse, stress og sosial støtte hos etnisk norske ungdom og ungdom med innvandrerbakgrunn. Ungdom med innvandrerbakgrunn rapporterte mer psykologisk stress og mindre sosial støtte enn etnisk norsk ungdom (2004). HUBRO, helseundersøkelsen i Oslo der 15,723 voksne Osloborgere deltok, viste at innvandrere fra ikke-vestlige land opplevde større grad av psykologisk stress, spesielt de som

kom fra lavinntektsland. De rapporterte også om mer hjelpeløshet (powerlessness), flere negative livshendelser, mindre sosial støtte, lavere inntekt og dårligere betalt arbeid (Dalgard, Thapa, Hauff, McCubbin & Syed, 2006; Thapa, Dalgard, Claussen, Sandvik & Hauff, 2007).

I tillegg til å oppleve vanskelighetene assosiert med å ha en annen kulturell bakgrunn enn majoritetsbefolkningen, er det mye som tilsier at personer med muslimsk bakgrunn har det særlig vanskelig. I kjølvannet av 11. september, terrorangrep utført av islamister i flere europeiske storbyer og IS' framvekst i Midtøsten, har det blitt vanskeligere å være muslim i Vesten. Islamister er personer med en politisk ideologi hvis mål er å prege samfunnet med islamistiske verdier og innføre islamsk lov, *sharia* (Vogt, 2014). En del islamister støtter bruk av vold og terror for å oppnå dette, men majoriteten av muslimer i Norge tar sterk avstand til slike handlinger (Ishaq, 2017). Likevel skjæres ofte muslimer og islamister over én kam, og islam og muslimer omtales i økende grad negativt i media (Retriever, 2017). En større europeisk studie viste at muslimske innvandrere er mer utsatt for fordommer enn innvandrere generelt i 13 av de 17 vestlige europeiske landene som var inkludert i studien (Strabac & Listhaug, 2008). Norge var dog ikke et av landene inkludert i studien, og en senere studie fant ikke tilsvarende forhold i Norge (Strabac & Valenta, 2012). En undersøkelse fra Holocaust-senteret (Hoffmann & Moe, 2017) viser imidlertid at negative stereotypier om muslimer er utbredt i det norske samfunnet. Over 34% av respondentene i nevnte undersøkelse viste utpregede fordommer mot muslimer, og nesten halvparten mente at muslimer selv har mye av skylden for økende muslimhets. En nyere rapport om innvandring fra Institutt for samfunnsforskning viser at nær halvparten av utvalget er skeptiske til personer med muslimsk tro (Brekke & Mohn, 2018).

Islamofobi er et begrep som ble tatt i bruk på 1980-tallet, og refererer til frykt for eller hat mot islam og muslimer (Runnymede Trust Commission, 1997, s. 1). Flere studier viser at islamofobien øker i vestlige land (EUCM, 2006; Gallup, 2011), og i mars 2019 ble verden vitne til hva denne islamofobien i verste fall kan føre til, da 50 mennesker mistet livet i terrorangrep mot to moskeer i Christchurch, New Zealand. To omfattende studier utført av Kunst, Sam og Ulleberg (2012) viste sammenheng mellom opplevd islamofobi og økt psykologisk stress, og flere studier har sett på hvordan islamofobi kan påvirke personer som blir utsatt for det. En litteraturgjennomgang utført av Samari og medarbeidere fokuserte på 111 studier omhandlende islamofobi, fysisk og psykisk helse. Det gjennomgående funnet var

at det å bli utsatt for islamofobi var assosiert med dårligere fysisk og psykisk helse, samt sjeldnere oppsøking av helsehjelp (Samari, Héctor & Sharif, 2018).

1.3 Bruk av psykisk helsevern

Muslimere representerer altså på mange måter en utsatt gruppe. Det å bli utsatt for rasisme og diskriminering på grunn av religiøs eller kulturell bakgrunn er en påkjenning. Er dette følgelig en gruppe mennesker man oftere møter på i terapirommet? Det har ikke vært gjort studier på spesifikt muslimers hjelpesøkingssatferd i forhold til psykiske lidelser i Norge, men det har blitt gjort flere studier på innvandrere og personer med innvandrerbakgrunn. Et gjennomgående mønster er at personer med innvandrerbakgrunn sjeldnere oppsøker psykisk helsehjelp, både innenfor førstelinjetjenesten (Straiton, Reneflot & Diaz, 2014) og andrelinjetjenesten (Ayazi & Bøgwald, 2008; Berg, 2009; Elstad, Finnvold & Texmon, 2015), selv om det er forskjeller på landbakgrunn. Innenfor akuttpsykiatrien er personer med innvandrerbakgrunn utsatt for mer tvang enn etiske norske (Berg & Johnsen, 2004; Furre, Sandvik, Heyerdahl, Friis, Knutzen, & Hanssen-Bauer, 2014), noe som kan tilsi at personer med innvandrerbakgrunn er sykere når de først kommer i kontakt med helsevesenet. Personer med minoritetsbakgrunn og psykiske vansker opplever såkalt dobbelt stigma, altså at de opplever fordommer og diskriminering både på grunn av sin kulturelle bakgrunn og psykiske problematikk. Dette kan gjøre det ekstra vanskelig å oppsøke psykisk helsehjelp når nødvendig (Gary, 2005).

Forskning fra andre land tyder på at muslimer benytter seg relativt sett mindre av psykisk helsehjelp enn ikke-muslimer (Aloud & Rathur, 2009; Hedayat-Diba, 2000; Rethink, 2007), og at selv om man opplever et behov for psykisk helsehjelp, oppsøker man det ikke (Khan, 2006). Hva som er grunnen til dette er uvisst, men flere og flere studier publiseres om temaet. I en britisk, kvalitativ studie med 14 personer med muslimsk bakgrunn kom det fram at det å oppsøke psykisk helsehjelp gjerne er forbundet med skam og skyld i det muslimske miljøet. Det kan oppleves som et svik mot ens religion, og spesielt blant førstegenerasjonsinnvandrere og ”mer tradisjonelle muslimer” er det mindre tillit til terapeuter. Videre opplevde mange psykisk helsehjelp som lite synlig og tilgjengelig, og flere fryktet å bli diskriminert av helsevesenet dersom de skulle velge å oppsøke hjelp. Noen rapporterte også om negative erfaringer med psykisk helsevesen, som opplevd rasisme og manglende kompetanse (Weatherhead & Daiches, 2010). En liknende undersøkelse utført i Boston, USA med 17

personer med arabisk-muslimsk bakgrunn identifiserte flere grunner til at deltakerne ikke oppsøkte psykisk helsehjelp. Mangel på kunnskap om psykiske lidelser og psykisk helsetilbud, påvirkning fra familie og lokalsamfunn, og frykt for stigmatisering og diskriminering ble trukket fram som viktige grunner. Mange fryktet også språklige, kulturelle og religiøse barrierer og misforståelser. Foresatte fryktet at deres barn skulle bli påvirket til å forlate foreldrenes kultur og/eller religion dersom de gikk i terapi (Alhomaizi, Alsaidi, Borba, Lincoln, Moalie & Muradwij, 2018). I en kvalitativ studie med 35 personer med arabisk bakgrunn i Sydney, Australia, derav flesteparten var muslimer, identifiserte Youssef og Deane (2006) skam og stigma som hovedgrunner til at deltakerne ikke oppsøkte psykisk helsehjelp. Deltakerne rapporterte om mye skam tilknyttet psykiske lidelser, og fortalte at det for eksempel ville være vanskelig å gifte seg innad det arabiske samfunnet dersom det var kjent at man hadde mottatt psykisk helsehjelp, og at familier ofte oppfordret psykisk syke til å holde lidelsene skjult. I tillegg ble språkbarrierer og manglende kunnskap om hvor og hvordan man oppsøker hjelp, trukket fram som grunner til manglende hjelpesøkenatferd.

Rogers-Sirin og medarbeidere gjorde en kvantitativ studie med 496 tyrkiske studenter og professorer om deres holdninger til å oppsøke psykisk helsehjelp. Resultatene viste at religiøsitet var assosiert med negative holdninger til psykisk helsehjelp. Personer som identifiserte seg selv som religiøse var altså mer skeptiske til å oppsøke psykisk helsehjelp, men forholdet viste seg å være mediert av kulturvariabler, og da spesielt hierarkisk familiestruktur. Forfatterne mener dette tyder på at det negative forholdet mellom religiøsitet og holdninger til psykisk helsehjelp blir bedre forklart av den oppfattede inkongruensen mellom muslimsk kultur og kulturelle verdier innen psykoterapien (Rogers-Sirin, Yanar, Yüksesbaş, Senturk, & Sirin, 2017). Aloud undersøkte holdninger til psykisk helsehjelp blant muslimer i Ohio. Dette var en større, kvalitativ undersøkelse der svarene fra 285 respondenter ble analysert. Resultatene viste at det var lite kjennskap til hva som fantes av psykiske hjelpetilbud, og hvordan de fungerte, blant deltakerne. Videre fremkom det at kjennskap til psykiske helsetilbud, kulturelle overbevisninger om psykisk helse, oppfattet stigma og hjelpesøkingspreferanser predikerte holdninger til og bruk av psykisk helsehjelp. Personer som var negative til å oppsøke psykisk helsehjelp hadde altså lite kjennskap til psykiske helsetilbud, attribuerte psykiske lidelser til kulturelle eller religiøse årsaker, forbandt det å søke psykisk helsehjelp med sosialt stigma og foretrakk mer uformell hjelp fra venner, familie eller imam (Aloud, 2004).

Det har lenge vært diskutert om vestlig psykoterapi er tilstrekkelig tilpasset det pluralistiske samfunnet vi lever i (Axelson, 1998; Ivey, Ivey & Simek-Morgan, 1993; Sue, Ivey & Pedersen, 1996). Dagens mest anerkjente og brukte terapiretninger, være seg psykoanalytisk, kognitiv, behavioristisk eller humanistisk, oppstod i den euro-amerikanske kulturen, og reflekterer følgelig vaner og verdier fra denne kulturen (Ponterotto & Casas, 1991; Sue et al., 1996). Dette kan muligens være grunnen til at flere studier viser sammenheng mellom hvor integrerte utvekslingsstudenter i et vestlig samfunn er, og positive holdninger til å oppsøke psykisk helsehjelp (Frey & Roysircar, 2006; Zhang & Dixon, 2003). Slik sett kan man argumentere med at vestlig psykoterapi representerer et relativt etnosentrisk og kulturspesifikt syn, som ikke innlemmer andre kulturelle systemer (Mohamed, 2000). Historisk sett har for eksempel ikke temaer som kultur og rasisme blitt trukket frem og tematisert i psykoterapi. Videre er vestlig psykoterapi i stor grad sekularisert, og dermed ikke forenelig med islam i følge en del muslimske psykologer og forskere (Badri, 1979; Haque, 2004; Shah, 2005; Sheikh & Gatrad, 2000; Skinner, 2018).

Flere studier viser at det er lite fokus på religion og åndelighet innenfor vestlig psykologi, både i utdanning og opplæring, samt det psykiske helseapparatet (Hage, Hopson, Siegel, Payton & DeFanti, 2006; McNeil, Pavkov, Hecker & Killmer, 2012). En undersøkelse av Oxhandler og medarbeidere viste at selv om majoriteten av klinikerne i studien (80%) trodde det ville være verdifullt å diskutere klienters religiøse og åndelige oppfatninger, var det få som faktisk gjorde det i praksis. Dette ble delvis forklart med manglende opplæring innenfor temaene (Oxhandler, Parrish, Torres & Achenbaum, 2015). Ingen av profesjonsutdanningene i psykologi i Norge har per dags dato noen obligatoriske emner om verken religions-, minoritets- eller krysskulturell psykologi. En studie utført av Reme og medarbeidere viste at 93 % av studentene ved de fire store universitetene i Norge opplevde at det ikke var fokus på menneskers religiøse tro i psykologutdanningen (Reme, Berggraf, Anderssen & Johnsen, 2009). Studier tilsier også at psykisk helseapparat i Vesten har lite kunnskap om islam og muslimer (Amer & Jalal, 2012; Carlson, Kirkpatrick, Hecker & Killmer, 2002).

1.4 Årsaksforståelse av psykiske lidelser blant muslimer

Personers kulturelle og religiøse bakgrunn påvirker hvordan man forstår, oppfatter og opplever psykiske lidelser, og dette påvirker igjen hva slags hjelp man eventuelt søker (Hwang, Myers, Abe-Kim & Ting, 2008; Kirmayer, 2012). Mange muslimer støtter

biologiske og psykososiale forklaringsmodeller på psykiske lidelser. Dette gjelder både lekfolk (Alhomaizi et al., 2018; Markova & Sandal, 2016; Rethink, 2007; Smith, 2005; Weatherhead & Daiches, 2010) og religiøse ledere (Ally & Laher, 2008; Youssef & Deane, 2013). I islam finnes det imidlertid også andre forklaringsmodeller av mer åndelig og religiøs art, som er mer eller mindre utbredt.

Innenfor islam tror man på tre typer vesen, mennesker, engler og *jinn*. Sistnevnte er et vesen som på mange måter er lik mennesker, ved at de for eksempel har fri vilje, og kan velge mellom godt og ondt. De lever i en verden adskilt fra vår og kan ikke ses, men man tror likevel at *jinn* kan interagere med menneskenes verden, og påvirke oss (Khalifa & Hardie, 2005). Man tror for eksempel at *jinn* kan besette mennesker og påvirke deres handlinger og identitet. Somatisk sykdom, sinne og tristhet kan også forklares med *jinn*-påvirkning (Ally & Laher, 2008). Overbevisning om *jinn*s påvirkning på psykisk helse er relativt utbredt blant muslimer (Alhomaizi et al., 2018; Aloud & Rathur, 2009; Rethink, 2007; Smith, 2005; Youssef & Deane, 2006). Svart magi og ”det onde øye” er andre mulige årsaker til psykiske lidelser (Alhomaizi et al., 2018; Aloud, 2004; Rethink, 2007; Utz, 2012; Weatherhead & Daiches, 2010). Begge deler innebærer at andre mennesker vil deg vondt, på en mer eller mindre direkte måte. Svart magi kan i følge muslimske lærde utføres både av *jinn* og mennesker, og påvirke en persons liv negativt. Alt fra ekteskapsproblemer til somatisk og psykisk sykdom kan forklares av dette. ”Det onde øye” er en mer indirekte negativ påvirkning. Det er et konsept som går ut på at dersom andre mennesker er misunnelige og sjalu på deg, kan dette påføre deg skade. Noen tror dette skjer på en direkte måte ved at personer som er sjalu handler på en måte som skader personen de er sjalu på, eller at det skjer på en mer indirekte måte via onde *jinn* (Utz, 2012). Det er varierende i hvor stor grad dagens muslimer tror på dette, men begge deler er nevnt i Koranen og omtales av muslimske lærde.

Noen attribuerer også psykiske vansker og lidelser til manglende tilknytning til Gud, at man ikke praktiserer religionen sin godt nok, eller at Gud straffer deg for tidligere synder (Alhomaizi et al., 2018; Smith, 2005; Weatherhead & Daiches, 2010). Psykiske lidelser kan også ses på som en test fra Gud (Smith, 2005; Utz, 2012; Weatherhead & Daiches, 2010), en påminnelse på at man skal sette større pris på det man har, en mulighet for spirituell renselse og vekst, og en mulighet til å fjerne synder. Muslimer tror nemlig at når man går gjennom vanskeligheter fjerner Gud noen av deres synder, og gir dem mulighet til å vokse og utvikle seg som mennesker (Utz, 2012).

Muslimer utgjør en ekstremt heterogen gruppe, og det er varierende i hvor stor grad de støtter seg til slike ”overnaturlige” årsaksforklaringer for psykiske lidelser. Det er viktig å tidlig danne seg et bilde av hvordan pasienten forstår egen problematikk (Rahiem & Hamid, 2012), og når man som vestlig psykolog møter personer som for eksempel tror at jinn er årsaken til deres psykiske vansker er det viktig å tilnærme seg vedkommende på en måte som respekterer både det religiøse og medisinske synspunktet. Man kan for eksempel fokusere på skillet mellom proksimale og ultimate årsaksfaktorer til sykdom, at disse ikke nødvendigvis trenger å være motstridende. Biologiske eller sosiokulturelle årsaker kan være de proksimale, mens Guds vilje kan ses på som den ultimate, og psykologiske intervensjoner retter seg mot de proksimale. Det å oppfordre pasienter til å kombinere en medisinsk og religiøs forståelsesmodell kan være fordelaktig (Ali & Aboul-Fotouh, 2012).

1.5 ”Religious coping”

De siste årene har det blitt en økende interesse rundt forholdet mellom religiøsitet og psykisk helse. Flere studier har funnet positive assosiasjoner mellom religiøsitet og glede, trøst, håp og mening, samt bedre mestring av stress, depresjoner, suicidalitet, angst og rusmisbruk (Green & Elliott, 2010; Koenig, 2009). Mye av forskningen som har vært gjort har dog fokusert på kristne, men en litteraturgjennomgang av Abu-Raiyaa og Pargament (2011) viste at religiøsitet blant muslimer var positivt assosiert med ønskede psykiske helseindikatorer (glede, optimisme, tilfredshet med livet), og negativt assosiert med uønskede psykiske helseindikatorer (angst, depresjon), noe som tilsier at islam spiller en viktig og positiv rolle i muslimers liv. ”Religious coping”, eller religiøse mestringsstrategier, kan være noe av grunnen til dette (Ali & Aboul-Fotouh, 2012). Religiøse mestringsstrategier kan defineres som bruk av religiøse overbevisninger (beliefs) eller handlinger for å fasilitere problemløsning slik at man kan forhindre eller lindre negative emosjonelle konsekvenser av stressfulle livshendelser og omstendigheter (Koenig, Pargament & Nielsen, 1998, s. 513).

En studie av Loewenthal og medarbeidere viste at muslimer i større grad benyttet seg av religiøse mestringsstrategier, og i mindre grad oppsøkte profesjonell hjelp, enn de ikke-troende, kristne, jødiske og hinduistiske deltakerne i studien. Bønn var den mest brukte typen religiøse mestringsstrategier blant muslimene (Loewenthal, Cinnirella, Evdoka, & Murphy, 2001). En undersøkelse utført av Bhui og medarbeideres viste også at muslimer i større grad brukte religiøse mestringsstrategier enn de ikke-troende, sikhistiske, hinduistiske, rastafari og

kristne deltakerne i studien. Kristne med karibisk-afrikansk bakgrunn tok det også i bruk, men på en mindre omfattende måte. Muslimene i denne studien fortalte om en tankemåte og innstilling ovenfor problemene sine som gjorde at de lettere aksepterte vanskeligheter som Guds vilje, og overga seg til den (Bhui, King, Dein & O'Connor, 2008). En relativt ny, norsk studie viste at personer med somalisk bakgrunn foretrakk religiøse mestringsstrategier og støtte fra familie og venner, heller enn å oppsøke profesjonell hjelp for depressive symptomer (Markova & Sandal, 2016). En annen norsk studie viste at sammenliknet med etnisk norske og psykiske helsearbeidere, foretrakk innvandrere og flyktninger selvhjelp (som spiritualitet og hvile) fremfor profesjonell hjelp. Dette gjaldt spesielt innvandrere fra ikke-vestlige land (Erdal, Singh & Tardif, 2011).

Muslimene som ble intervjuet i en studie av Weatherhead og Daiches (2010), fortalte at religionen ga dem ro og fred i vanskelige tider. Bønn, både formell og uformell, samt lesing av religiøse tekster som Koranen og *hadith* (fortellinger fra profeten Muhammeds liv) var også til hjelp. Å gjennomføre religiøse ritualer, som den rituelle vasken før bønn (kalt *wudhu*), samt veiledning fra religiøse ledere ble også nevnt. Noen mente man hadde mindre behov for psykisk helsehjelp om man var sterk i troen. I en undersøkelse med muslimske college-studenter i USA, kom det fram at deltakerne tok i bruk religiøse mestringsstrategier, spesielt bønn. Det var en generell preferanse for å ta i bruk religiøse mestringsstrategier før de oppsøkte profesjonell hjelp, men 87% rapporterte likevel at de ikke så noen konflikt mellom religiøse mestringsstrategier og mental helsehjelp (Herzig, 2011).

Flere muslimske psykologer taler for å ta i bruk religiøse mestringsstrategier i terapi. "Aql" betegnes som den rasjonelle, intellektuelle delen av sjelen av muslimske filosofer (Keshavarzi & Haque, 2013). Denne delen av sjelen kan man intervensere mot ved hjelp av for eksempel kognitiv restrukturering, ved å modifisere klienters uhensiktsmessige og negative tanker, ved å ta i bruk mer hensiktsmessige og positive tanker og læresetninger fra islam. Troen på at alle livshendelser, gode så vel som vonde, er et resultat av Guds vilje, kan gjøre det lettere for muslimer å akseptere vanskeligheter de møter på (Basit, 2007). Gode og vonde hendelser i livet anses også som tester fra Gud. Slik sett kan psykiske vansker og lidelser ses på som tester fra Gud, og være en motivasjon for å være sterk, positiv og komme seg gjennom vanskelighetene på best mulig måte (Hodge & Nadir, 2008). Det er også en overbevisning innen islam om at når man går gjennom problemer og lidelse, forsvinner synder fra ens fortid. Psykiske problemer kan derfor reformuleres til å anses som noe positivt, fordi de fjerner ens

tidligere synder og gjør det lettere å komme til paradiset, som er det ultimate mål i livet for mange muslimer (Utz, 2012). Troen på et etterliv gjør også at vansker man gjennomgår i dette livet ikke nødvendigvis anses som like alvorlige, da livet man lever nå og problemene man møter, kun er midlertidige (Hamdan, 2008).

Islam verdsetter tålmodighet i stor grad. Ved å oppfordre pasienter til å være tålmodige i vanskelige tider og ha tillit til Gud, kan man hjelpe dem med å forholde seg positive i tøffe perioder (Utz, 2012). Et koranvers velkjent for mange muslimer lyder ”Sannelig, sammen med enhver vanske kommer det letthet” (Koranen 94:5). Dette betyr at Gud har lovet at etter vanskeligheter vil ting bli bedre, og dette kan være spesielt virksomt for personer som opplever håpløshet og hjelpeløshet (Hamdan, 2008). Man kan også oppfordres til å fokusere på de mange velsignelsene Gud har gitt, framfor vanskelighetene man gjennomgår. Det å fokusere på de som har det verre enn en selv, kan også bidra til at man blir mer takknemlig, og får det bedre med en selv (Hamdan, 2008).

1.6 Imamers rolle

Flere studier viser at muslimer foretrekker å oppsøke imamer for veiledning og rådgivning, og at imamer spiller en viktig rolle i promoteringen av psykisk helse (Abu-Ras, Gheith & Cournos, 2008; Ali, Milstein & Marzuk, 2005; Youssef & Deane, 2006). Selv om imamer har lite formell trening innen psykologisk veiledning og rådgivning, blir de stadig bedt om hjelp fra menighetens medlemmer når det gjelder psykologiske vansker (Ali et al., 2005). Mange imamer tilbyr hjelp, råd og veiledning, men en viktig del av arbeidet deres går også ut på henvise personer med større problemer videre til profesjonell helsehjelp (Alhomaizi et al., 2018; Youssef & Deane, 2006). I en studie av Ali og Milstein (2012) ble 62 imamer presentert kasusvignetter om en psykisk syk person, og bedt om å uttale seg om mulig etiologi og behandling i forhold til problematikken. Imamene var i stand til å gjenkjenne alvorlige psykiske problemer, og var mer positive til å henvise til profesjonell helsehjelp dersom de selv fikk fortsette rådgivning og veiledning med personen, enn om personen kun skulle få psykisk helsehjelp.

Generelt er tiltroen til imamer og religiøse ledere stor i mange muslimske miljøer, men noen er også skeptiske til imamers kompetanse innenfor psykisk helse. Noen av deltakerne i en undersøkelse utført av Smith (2005) mente imamer ikke har god nok forståelse av psykisk

problematikk, og derfor gir simplistiske, uvitenskapelige og til og med antiterapeutiske (counter-therapeutic) råd. Dette vil være problematisk i tilfeller der imamer velger å veilede personer selv framfor å henvise de videre.

1.7 Betydningen av terapeuters kulturelle og religiøse bakgrunn

Muslimere oppsøker som nevnt psykisk helsehjelp i mindre grad enn ikke-muslimere, og det er flere barrierer som bidrar til dette. Likevel viser forskning at mange muslimer i prinsippet er positive til å oppsøke psykisk helsehjelp dersom behovet skulle oppstå (Alhomaizi et al., 2018; Khan, 2006; Rethink, 2007; Smith, 2005; Weatherhead & Daiches, 2010). En del oppgir selv positive holdninger til psykisk helsehjelp, men sier at det muslimske samfunnet generelt er mer negativt (Rethink, 2007; Smith, 2005). Førstegenerasjonsinnvandrere (Weatherhead & Daiches, 2010), og personer med lavere utdanningsnivå (Alhomaizi et al., 2018), er muligens særlig negative til å oppsøke psykisk helsehjelp.

Eksisterende forskning viser motstridende resultater når det gjelder muslimers terapeutpreferanser. Kelley og medarbeidere undersøkte terapeutpreferanser hos 121 amerikanske muslimer, og resultatene viste at litt over halvparten av respondentene foretrakk en muslimsk terapeut. Likevel oppga nesten halvparten at de var villige til å oppsøke en ikke-muslimsk terapeut, men de fleste påpekte da at terapeuten burde ha forståelse for islamske verdier, og gjerne også selv ha liknende religiøse verdier (Kelly, Aridi, & Bakhtiar, 1996). I en studie av Weatherhead og Daiches (2010) var noen av informantene opptatt av hva slags religiøs bakgrunn terapeuten hadde, men mange mente at personens erfaring og profesjonalitet var viktigere. I Alhomaizi og medarbeideres undersøkelse (2018) var flere av informantene skeptiske til å oppsøke muslimske terapeuter, i frykt for at terapeutens religion ville påvirke rådene de ga, eller at de ville anse klienten som en dårlig muslim. Mange synes også det var ubehagelig å oppsøke en psykolog fra samme miljø i tilfelle taushetsplikten skulle brytes, og det muslimske miljøet fikk vite om ens psykiske tilstand. I en studie av Herzig (2011) viste deltakerne heller ingen preferanse for terapeuter med samme etnisk bakgrunn som en selv, og ønsket ikke å møte terapeuter som kjente deres venner eller familie. Deltakerne viste dog en signifikant preferanse for terapeuter med muslimsk bakgrunn, og 92% mente at det var mangel på psykisk helsepersonell med muslimsk bakgrunn. Videre viste deltakerne en sterk preferanse for terapeuter med multikulturell kompetanse, som i denne studien ble definert

som terapeuter med en interesse og respekt for, samt kunnskap om ulike religioner og kulturer, og deres verdier og praksiser.

Interkulturelle og interreligiøse terapeutiske forhold medfører overføring- og motoverføringsprosesser det er viktig å være bevisst på (Rahiem & Hamid, 2012). En klient tilhørende minoritetssamfunnet kan føle seg skeptisk og mistenksom ovenfor terapeuten, gjerne på grunn av tidligere negative erfaringer med personer fra majoritetssamfunnet. Klienten kan også nøle med å dele informasjon om seg selv i frykt for å gi et negativt bilde av egen kultur eller religion, og heller presentere halvsannheter eller et glansbilde ovenfor terapeuten. En mulig motoverføringsreaksjon kan være at terapeuten føler på skyld i forhold til de sosiale urettferdighetene en klient muligens opplever, og dermed er mer forsiktig og tilbakeholden. Dersom en terapeut har negative holdninger ovenfor muslimer vil dette også påvirke hvordan man møter en muslimsk klient. Terapeuten kan også føle på en usikkerhet i forhold til egen kunnskap om islam og muslimer og stille spørsmål som ikke er relevante for klientens situasjon. Dette scenarioet kan føre til at klienten føler at den må spille rollen som ”den representative muslimen”. Usikkerhet i forhold til klientens religion kan også føre til at terapeuten forsøker å unngå temaet religion fullstendig, noe som er lite hensiktsmessig.

Dersom terapeut og klient deler kultur og/eller religion, kan dette medføre at klienten idealiserer terapeuten. Dersom klienten imidlertid har et negativt forhold til egen bakgrunn, kan dette resultere i negative antakelser om terapeuten, for eksempel at terapeuten er mindre kompetent enn terapeuter fra majoritetssamfunnet. Er terapeuten tilsynelatende mindre religiøs enn klienten, kan dette gjøre at klienten tenker terapeuten har forlatt islam, og dermed stole mindre på vedkommende. Et annet mulig scenario er at den muslimske klienten ikke tør å fortelle om egne handlinger som har vært i strid med islamske normer. Den muslimske terapeuten kan føle på et større ansvar ovenfor en klient med samme tro, noe som kan gjøre det vanskeligere å sette profesjonelle grenser. Terapeuten kan også ha en antakelse om at den forstår klienten, i og med at de deler religion, men faktum kan være at de har helt ulike syn på islam.

1.8 Inkorporering av religion i psykoterapi

Tidligere viet man lite plass til religion og åndelighet innen psykoterapi, men de senere år har man åpnet mer opp for åndelige spørsmål i terapirommet. Religion har man derimot ikke

åpnet opp for i like stor utstrekning, spesielt ikke når det kommer i en institusjonalisert pakke. I terapimiljøer blir åndelighet gjerne i større grad ansett som en del av individets personlige utvikling og autonomi, mens religion i institusjonalisert form representerer undertrykkelse og konformitet (Thorne, 2000). Likevel vokser det fram flere og flere terapiretninger der man inkorporerer religion i terapien. En review av 24 randomiserte kontrollerte studier med religiøse/åndelige terapier og kontrollgrupper viste at religiøse terapier var hjelpsomme for klientene. Det var dog begrenset evidens for at religiøse terapier ga *bedre* resultater enn sekulære (Hook, Worthington Jr., Davis, Jennings II, Gartner & Hook, 2010). I en norsk studie med pasienter med cluster C-personlighetsforstyrrelser og depresjon, viste gruppen som mottok terapi med eksistensielt og/eller religiøst innhold signifikant større bedring i symptomer og relasjonelle vansker sammenliknet med kontrollgruppen (Stålsett, Gude, Rønnestad & Monsen, 2012).

Flere randomiserte kontrollerte studier med muslimske pasienter viser at terapi med et religiøst, eventuelt kombinert med et sosiokulturelt, innhold gir raskere forbedring i symptomer enn ordinær terapi. Dette gjelder både for personer med depresjon (Azhar & Varma, 1995a; Razali, Hasanah, Aminah & Subramaniam, 1998), angst (Azhar, Varma & Dharap, 1994; Razali, Aminah & Khan, 2002; Razali, Hasanah, Aminah & Subramaniam, 1998) og sorg (Azhar & Varma, 1995b). Selv om personene i eksperimentgruppene fikk enn raskere forbedring enn personene i kontrollgruppene, var gruppeforskjellene borte etter 6 måneder i de fleste av studiene. Studiene viste likevel at inkorporering av religion i terapi ga raskere resultater enn ordinær terapi, noe som er et viktig funn i en tid der en streber etter kortere og mer økonomiske behandlingsperioder (Hodge & Nadir, 2008). I studien med personer som gikk i terapi på grunn av sorg viste personene i eksperimentgruppen signifikant forbedring av depressive symptomer gjennom hele studien, det vil si etter én, tre og seks måneder (Azhar & Varma, 1995b). En saudiarabisk studie med personer med schizofreni viste gode resultater for spirituelt modifisert kognitiv atferdsterapi, der majoriteten av eksperimentgruppen viste signifikant reduksjon på alle ni variablene målt med SAHI (Structured Auditory Hallucinations Interview) (Wahass & Kent, 1997). Denne studien hadde dessverre svært få forsøkspersoner (n=6), så resultatene er i liten grad generaliserbare, dog interessante.

Inkorporering av religion i terapi er imidlertid ikke uten etiske betenkeligheter. Ved å gjøre dette oppstår mulig forvirring rundt terapeutrollen, man går inn i et ”dual relationship”

(religiøst og profesjonelt) og man pålegger klienten religiøse verdier vedkommende muligens ikke har. Dersom man skal ta i bruk religion i terapi er det viktig med en sterk terapeutisk allianse mellom terapeut og klient, at terapeut unngår å pålegge klienten religiøse verdier og at fleksibilitet opprettholdes gjennom hele prosessen (Garzon, 2005). Det er også viktig å huske på at muslimer utgjør en svært heterogen gruppe, og det er ikke sikkert religiøs psykoterapi vil passe for alle. Sannsynligvis vil dette være mer fordelaktig for klienter som viser større grad av religiøsitet og religiøs forpliktelse (Hamdan, 2008).

Som tidligere påpekt er dagens psykoterapi i stor grad tilpasset det vestlige samfunnet, og flere muslimske psykologer og forskere mener derfor dagens terapiformer ikke passer for muslimer. Mange muslimer som kommer til terapi gjør dette med en forventning om å få konkrete, praktiske råd, og forstår ikke hvordan en samtale skal kunne kurere symptomene deres, som ofte er somatiske (Dwairy, 2006). En direkte, mer styrende og ekspertfokusert tilnærming anbefales derfor i arbeid med muslimske klienter, selv om det bør gjøres en klinisk vurdering fra sak til sak (Keshavarzi & Haque, 2013). Det kan også være lurt at psykologen bruker tid på å forklare dens profesjonelle rolle, strukturen på terapien og undersøke klientens forventninger tidlig i terapiforløpet (Erickson & Al-Timimi, 2001; Rassool & Gemaey, 2014). Videre er det utfordrende for mange muslimer å åpne seg og dele indre tanker og følelser med en terapeut man møter for første gang. I følge Dwairy er det uvanlig for mange muslimer å snakke om følelser. Derfor er det vanskelig for enkelte muslimer å svare ektefølt på enkle terapeutiske spørsmål som ”hvordan har du det?”. På dette svarer mange muslimer ”alhamdulillah” (”lovet være Gud”), som er et svar man tror er sosialt ønskelig og forventet. Alternativt kan man få vage svar som ” greit ” og ”som vanlig” (Dwairy, 2006). Hvis problematikken går ut på rus, seksuell atferd eller selvmord vil det være spesielt vanskelig å snakke med muslimske klienter, da dette er temaer det er knyttet mye skam til i muslimske kulturer (Rahiem & Hamid, 2012).

1.9 Dagens tilbud

I Norge er likeverdige helsetjenester for alle lovfestet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Helseforetaksloven, 2001). Dette innebærer ikke at man skal gi like tjenester til alle, men at de skal tilpasses pasientene slik at de mottar tjenester av samme kvalitet uavhengig av etniske, kulturelle, religiøse og språklige forskjeller (Jareg, 2007). I følge Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis (2007) skal psykologisk praksis være basert på

”integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål”. Klientens religion, tro og verdenssyn er blant punktene som trekkes fram som viktige å ta hensyn til.

Dessverre er ofte vestlige psykologers minoritets-, kultur- og religionskompetanse begrenset, og det er som nevnt lite fokus på disse temaene i psykologutdanningen. I England ble Nafsiyat, et interkulturelt terapiserter, opprettet i 1983. Dette er et senter som spesialiserer seg på psykoterapi med etniske og kulturelle minoriteter (Kareem, 1992). I Norge finnes det ikke noe tilsvarende tilbud, men i 2003 opprettet Helse- og omsorgsdepartementet Nasjonal kompetanseenhet for migrasjons- og minoritetshelse (NAKMI) med mål om å skape og formidle forskningsbasert kunnskap som kunne fremme god helse og likeverdige helse- og omsorgstjenester for personer med innvandrerbakgrunn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). En relativt nylig publisert litteraturgjennomgang av NAKMI¹ så på norsk forskning på psykisk helse og innvandrere fra 2009 til 2017 (Kvale & Hjelde, 2017). Forfatterne konkluderte med at det er behov for mer, og bedre, forskning på dette området. De konkluderte også med at færre innvandrergrupper benyttet seg av psykisk helsehjelp enn majoritetsbefolkningen, og at vi trenger mer kunnskap om grunnene til dette. Flere av deltakerne i studiene forfatterne gjennomgikk var muslimer, men til dags dato har få, om noen, norske studier fokusert utelukkende på muslimer og deres forhold til psykisk helse og helsehjelp.

1.10 Formål med studien

I den foreliggende studien ønsker jeg å undersøke holdninger til psykisk helsevern, psykologer og psykoterapi, blant mennesker bosatt i Norge med muslimsk tro, samt deres eventuelle erfaringer når det gjelder hjelp og hjelpetiltak. Hvem ber man om hjelp fra når livet er tøft? Foretrekker man familie, venner, imam eller psykolog? Hvilken betydning har deres religiøse overbevisning når det gjelder hvordan man takler vanskeligheter i livet? Hvorfor er det slik at noen unngår å søke hjelp fra norsk psykisk helsevern? Er det slik at det er sider ved islam som ikke er forenlig med psykoterapi? Hva slags forventninger har man ovenfor hjelpere – hva tror man vil skje på psykologkontoret? Hva skal til for at flere personer med muslimsk tro oppsøker psykisk helsehjelp i Norge, når de trenger hjelp?

¹ nå Enhet for Migrasjonshelse ved Folkehelseinstituttet

2 Metode

2.1 Valg av metode

For å besvare spørsmålene ovenfor valgte jeg å gjøre en utforskende kvalitativ undersøkelse. Et kvalitativt forskningsdesign egner seg godt når man ønsker å utforske personers forståelse av verden, og hvordan de opplever og takler ulike situasjoner (Willig, 2008). Man forsøker å få tak på individers perspektiver og streber etter rike, detaljerte beskrivelser av ulike fenomener (Howitt, 2010). I mitt hovedoppgaveprosjekt ønsket jeg å undersøke hvordan personer med muslimsk tro i Norge opplever og håndterer vanskeligheter, og ønsket fyldige beskrivelser av dette. En kvalitativ fremgangsmåte framstod da som et naturlig valg. Videre hadde jeg ingen teorier eller spesifikke hypoteser i bakhodet under gjennomføringen av studien, men tilnærmet meg prosjektet med et åpent, utforskende blikk, og valgte da et eksplorerende design.

Når det gjelder epistemologisk retning, valgte jeg en fenomenologisk tilnærming. Gjennom en slik tilnærming får personlige opplevelser og erfaringer stor vekt. Den virkelige verden er den mennesker oppfatter. Man forsøker å forstå sosiale fenomener ut i fra personers egne perspektiver og beskrive verden slik den oppleves av personene selv (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg var interessert i enkeltpersonenes tanker, følelser og holdninger, og hadde ikke ambisjoner om finne ut av hva islam sier om problemløsning og psykoterapi, men hvordan muslimene jeg snakket med forholdt seg til disse temaene. Informasjon ble samlet inn via semi-strukturerte intervjuer, som er den mest vanlige kvalitative datainnsamlingsmetoden (Willig, 2008). Jeg intervjuet informanter med utgangspunkt i en intervjuguide jeg hadde utarbeidet, og den semi-strukturerte formen gjorde det mulig med utdyping av deres perspektiver på forskningstema, samt anledning til å tilføye nye (Payne, 1999).

2.2 Rekruttering

Norske muslimer utgjør en svært heterogen gruppe, både med tanke på hvilken retning innenfor islam de følger, grad av religiøsitet, samt nasjonalitet, kulturell og språklig bakgrunn. Det å finne et representativt utvalgt var derfor ikke aktuelt – og ikke nødvendigvis ønskelig, så jeg valgte å rekruttere bredt og ikke legge noen særlige begrensninger med tanke på religiøs eller kulturell bakgrunn. Dette var for å kunne få flest mulig innspill og synspunkter, samt sørge for at utvalget ikke ble for lite. Jeg var imidlertid opptatt av å få tak i norske

”hverdagsmuslimer” sine tanker og refleksjoner rundt forskningstemaet. Jeg ville altså snakke med personer som identifiserte seg som muslimer og hadde en tilknytning til religionen islam, men som samtidig følte seg som en del av det norske samfunnet.

Deltakere til studien ble primært rekruttert via moskéen Islamic Cultural Centre (ICC) og den religiøse organisasjonen Al-Hidayah. Islamic Cultural Centre var den første islamske organisasjon og moské i Norge, opprettet i 1974 (Islamic Cultural Centre, 2018). Jeg tok kontakt med styret i moskeens ungdomsorganisasjon, ICC Ungdom, informerte om prosjektet mitt, og oppga min kontaktinformasjon. Denne informasjonen ønsket styret selv å videreføre til sine medlemmer. Videre kontaktet jeg styret i organisasjonen Al-Hidayah, som ga meg tillatelse til å poste en annonse bestående av et bilde og en tilhørende tekst (Vedlegg 1) i deres Facebook-gruppe der hovedvekten av de i overkant 4500 medlemmene (per august 2018) er muslimer. ICC og Al-Hidayah er organisasjoner med sunni-muslimsk forankring, som er den retningen innen islam som utgjør majoriteten av muslimer i Norge og verden forøvrig. Det er likevel ikke utelukkende sunni-muslimske medlemmer i gruppene.

I tillegg ba jeg bekjente med muslimsk bakgrunn om å fortelle sine venner og bekjente om studien. I de påfølgende ukene ble jeg kontaktet av personer som ønsket å delta via telefon eller e-post. På grunnlag av dette avtalte jeg intervjuer med disse. Syv av informantene som deltok i studien ble rekruttert på ovennevnte måte. Ytterligere to personer var ment å delta, men var bortreist i perioden intervjuene ble avholdt. For å få nok deltakere valgte jeg å intervjuer to personer med muslimsk bakgrunn jeg hadde bekjentskap til, og tok kontakt med disse direkte.

2.3 Utvalg

Det endelige utvalget bestod av ni personer som identifiserte seg som muslimer. Tre var menn og seks var kvinner. Alder varierte mellom 21 og 38 år. To av informantene var i 30-årene, men ellers var alle i 20-årene. De fleste var født i Norge, mens noen hadde kommet hit i tidlig alder og var oppvokst her. Informantene hadde kulturell bakgrunn fra muslimske land i Asia (Pakistan og Bangladesh) og Afrika (Tunisia, Marokko og Somalia). Tre av informantene hadde allerede gått i behandling hos psykolog, og tre vurderte sterkt å oppsøke psykologisk behandling.

Jeg rekrutterte i hovedsak fra miljøer med sunni-muslimsk-forankring, og det endelige utvalget bestod av syv sunni-muslimer, en sjia-muslim og en sufi-muslim, som er en undergren av sunni-islam. Hvilken retning informantene fulgte syntes ikke å påvirke deres tanker og holdninger i forhold til mitt forskningsspørsmål, og jeg vil derfor ikke skille mellom disse videre i oppgaven.

2.4 Planlegging og gjennomføring av intervjuene

Jeg utarbeidet en intervjuguide som kunne fange opp informasjon relevant for forskningsspørsmålet mitt. Jeg lagde et førsteutkast med spørsmål om religiøsitet, hjelpestrategier i vanskelige tider, og tanker og holdninger til psykologer og psykisk helsevern. Dette førsteutkastet ble endret etter samtale med veileder. En del eksisterende spørsmål ble endret og nye ble tilføyet. Den endelige guiden jeg brukte i intervjuene ligger vedlagt (Vedlegg 2).

Jeg var nysgjerrig på om informantenes religiøsitet og tilknytning til religionen ville ha noe å si for hvordan de forholdt seg til vanskeligheter i livet, og stilte derfor spørsmål om dette innledningsvis. Dette opplevde jeg som en fin måte å etablere kontakt på, da de fleste informantene hadde mye på hjertet om disse temaene, som tilsynelatende var viktige for dem.

Intervjuguiden ble ikke fulgt til punkt og prikke, men var ment som et utgangspunkt for min samtale med dem. Jeg kom stort sett innom alle spørsmålene med hver informant, men rekkefølgen varierte ut i fra i hvilke temaer informantene kom innom underveis. I tillegg ble intervjuguiden noe utviklet underveis. I eksplorative undersøkelser, som min, får informanter gjerne frem nye og uventede aspekter av fenomenene man utforsker. Dette kan bidra til at spørsmålene blir bedre etter hvert som forskeren får mer innsikt i temaet (Kvale & Brinkmann, 2009). De første personene jeg intervjuet hadde for eksempel tanker om at det ville være positivt å gå til en muslimsk psykolog, framfor en ikke-muslimsk psykolog. I de resterende intervjuene spurte jeg derfor om informantenes tanker rundt det å gå til en muslimsk versus en ikke-muslimsk psykolog. Hvis informantene svarte de hadde foretrukket å gå til en muslimsk psykolog bekreftet jeg dette før jeg spurte ”nå er det slik at de fleste psykologer i Norge ikke er muslimer, hva skal til for at en ikke-muslimsk psykolog skal kunne møte og hjelpe deg på en god måte?” Jeg avsluttet også hvert intervju med ”det var spørsmålene jeg hadde, har du noen avsluttende refleksjoner eller kommentarer?” Dette er en

fin måte å gi informanter mulighet til å snakke om ting de kanskje har sittet og tenkt på gjennom intervjuet, men ikke blitt spurt om (Kvale, 2007). Flere av informantene kom med interessante tanker og refleksjoner da dette spørsmålet ble stilt.

Informantene fikk velge tid og sted for intervjuene. Dette var for at det skulle være enkelt og lett å delta, samt for at deltakerne skulle føle seg trygge og komfortable i intervjusituasjonen. I forkant av intervjuene fortalte jeg kort om studien, lot informantene komme med eventuelle spørsmål, samt lese gjennom og underskrive informasjons- og samtykkeskjema (Vedlegg 3). Hvert intervju tok mellom 30 og 60 minutter og ble tatt opp på lydbånd. Etter hvert intervju brukte jeg noen minutter på å notere umiddelbare tanker og inntrykk.

2.5 Transkribering

Intervjuene ble transkribert ortografisk, altså ordrett, med hovedfokus på *hva* som ble sagt, framfor *hvordan* ting ble sagt (Howitt, 2010). Likevel valgte jeg å notere ned ekstra lange pauser, veldig sterk trykklegging av ord eller viktig gestikulering, i tråd med Braun og Clarkes anbefalinger i forhold til den tematiske analysen jeg senere skulle gjennomføre (Clarke, Braun & Hayfield, 2015). Transkriberingsprosessen var tidkrevende, men bidro til at jeg ble godt kjent med datamaterialet, noe som gjorde analyseprosessen lettere. Det å transkribere selv bidro også til deltakernes anonymitet, da ingen andre enn meg fikk tilgang til rådatamaterialet. Informantene ble anonymisert under transkriberingen. Hver person ble tildelt et tall, og detaljer eller informasjon som var spesielt identifiserbart ble fjernet eller endret. Etter endt analyseprosess ble intervjuopptakene og transkripsjonene slettet. Videre i forskningsprosjektet er det viktig å ha i bakhodet at transkribering innebærer en oversettelse fra tale til tekst, og at denne oversettelsen påvirkes av oversetteren. Et intervjutranskript vil aldri være et speilbilde av intervjuet (Willig, 2008).

2.6 Analyseprosess

Jeg valgte å benytte meg av tematisk analyse for å finne mønstre i datamaterialet. Dette er en fleksibel analysemetode brukt til å identifisere, analysere og rapportere temaer i datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). I motsetning til en del andre kvalitative

analysemetoder, er ikke tematisk analyse tilknyttet et spesielt teoretisk rammeverk, noe som gjør det til en fleksibel og anvendelig metode. Det er også en analysemetode som gjerne genererer resultater som er lett presenterbare og forståelige for den generelle befolkningen (Howitt, 2010).

Tematisk analyse kan ta mange former, og har blitt kritisert for blant annet å være for åpen og generell, og forskningsprosessen for lite transparent. Et problem har vært at forskere har presentert funn, i form av temaer de har kommet fram til, uten å vise til hvordan denne prosessen har foregått (Howitt, 2010). Howitt trekker fram Braun og Clarkes tilnærming til tematisk analyse som en oppdatert, systematisk og egnet analysemetode. Dette er en analysemetode inndelt i seks faser som jeg har valgt å ta utgangspunkt i (Braun & Clarke, 2006; Clarke et al., 2015).

Fase 1: Bli kjent med datamaterialet

Den første fasen går ut på å få inngående kjennskap til datamaterialet sitt. Det at jeg hadde utført både intervjuene og transkriberingene selv gjorde at jeg allerede hadde et godt overblikk over materialet. I tillegg leste jeg gjennom samtlige intervjuer to ganger. Underveis markerte jeg utsagn jeg synes var spesielt interessante, og noterte kommentarer, tanker og refleksjoner i margene og mellom avsnitt. Jeg avsluttet denne fasen med å skrive oppsummeringsnotater fra hvert intervju, samt datasettet i sin helhet.

Fase 2: Koding

Den andre fasen går ut på å kode datamaterialet. En kode består av en kort frase som tydelig fanger opp det aspektet man mener er viktig i en del av dataene, som er interessant for forskningsspørsmålet. Kodene bør ikke være for generelle, men være meningsfulle i seg selv. Man skal forstå hva koden innebærer uten å se tilhørende tekstutdrag. Jeg leste gjennom hvert intervju på nytt, men denne gangen i tilfeldig rekkefølge for å unngå at datamaterialet skulle bli sett gjennom brillene fra det første intervjuet jeg gjennomførte. Når jeg kom over deler jeg synes virket interessant for forskningsspørsmålet kodet jeg dette. I tabellen på neste side ser man et eksempel på hvordan jeg kodet et tekstutdrag (*Tabell 1*).

Jeg noterte kodene i tekstmarginene i en annen farge enn notatene jeg hadde gjort i den første fasen, og markerte tekstutdragene som var relevante for kodene. Mange koder gikk igjen i flere intervjuer. Jeg valgte å kode bredt, og endte opp med 93 innledende koder. Disse ble

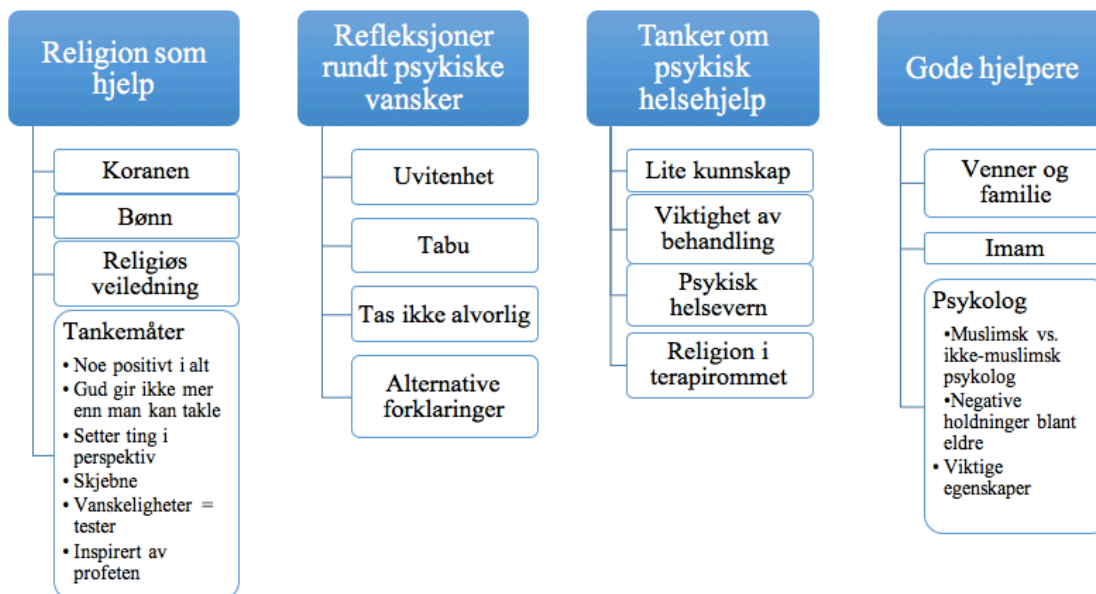
skrevet inn i et word-dokument som deretter ble gjennomgått. Under gjennomgangen fant jeg ut at noen kunne slås sammen, for eksempel slo jeg sammen kodene ”fasade å opprettholde for muslimsk psykolog” og ”redd for å bli dømt av muslimsk psykolog”. Jeg ”ryddet” også i kodene, og klippet og limte i dokumentet slik at koder med liknende mening ble plassert i nærheten av hverandre.

Tekstutdrag	Kode
<p><i>En ting i islam er jo disse fem bønnene. Praktisk, man må liksom stå opp og be fem ganger om dagen, men en annen ting er at man konstant har den.. Altså i islam tror man at Gud er overalt, man kan snakke med Gud når som helst, og hvis du står oppe i en vanskelig situasjon, rett før du går inn i intervjuer eller noe sånt, så er jeg sånn ”Gud vær så snill og gi meg styrke til dette her”. Det er den der bevisstheten om at alt som skjer, skjer for en grunn. Troen på skjebnen og at du er der Gud har bestemt at du skal være akkurat nå. Både fysiske og psykiske vansker er jo en del av, altså den islamske spiritualiteten snakker mye om at alle vanskeligheter du går gjennom i livet har ett formål, og det er at du skal vokse på det og bli en bedre person.</i></p>	<p>De fem daglige bønnene</p> <p>Ber til Gud om hjelp</p> <p>Troen på skjebnen</p> <p>Personlig utvikling gjennom vanskeligheter</p>

Tabell 1

Fase 3: Søke etter temaer

Den tredje fasen går ut på å søke etter temaer i datamaterialet. I denne fasen lagde jeg flere tematiske kart. Jeg tok da utgangspunkt i ”kode-dokumentet” jeg hadde utarbeidet i fase 2, der liknende koder var plassert i nærheten av hverandre. Dette dokumentet ble ytterligere bearbeidet, noen koder ble slått sammen, flyttet eller slettet. Deretter ga jeg navn til grupperinger av koder, og plasserte koder som ikke passet inn noe sted i en restkategori. Grupperingene dannet utgangspunkt for de tematiske kartene. Det første kartet var veldig elaborert, med 6 overordnede temaer og mange underordnede temaer. Dette ble revidert to ganger, før jeg mot slutten av denne fasen endte opp med temakartet i figur 1.



Figur 1: Tematisk kart i tidlig fase

Hvert potensielle tema fikk sitt eget word-dokument der alle relevante sitater ble limt inn. Da ble det klart for meg at en del sitater jeg hadde kodet på en spesiell måte og tiltenkt en spesiell kategori, egentlig passet bedre et annet sted. Jeg hadde for eksempel kodet noen sitater der informanten snakket mest om tanker og holdninger til psykisk helse, som holdninger til psykologer. Jeg ryddet opp i dette slik at sitater ble plassert i kategorien de passet best inn i. Generelt gikk informantens refleksjoner rundt psykisk helse, psykologer, terapi og psykisk helsevern mye over i hverandre. Jeg brukte en del tid på å finne ut om det i det hele tatt var hensiktsmessig å skille disse fra hverandre, og hvordan dette eventuelt skulle gjøres. Jeg gikk ut av denne fasen med fire overordnede temaer: (1) Religion som hjelp, (2) Refleksjoner rundt psykiske vansker, (3) Tanker om psykisk helsehjelp, (4) Gode hjelpere.

Fase 4: Evaluere temaer

I neste fase går man gjennom datamaterialet, og sjekker det opp mot temaene man har kommet fram til i fase 3. Temaene man har kommet fram til skal gjenspeile datamaterialet i sin helhet. I denne fasen hoppet jeg en del fram og tilbake mellom ”kode-dokumentet”, de tematiske kartene, og ”tema-dokumentene” med tilhørende sitater, og endret disse i tråd med hverandre. I tillegg fikk jeg tilbakemeldinger og tips fra veilederen min. Dette resulterte i en del endringer i temaene. Jeg utvidet eksempelvis temaet ”Religion som hjelp” til ”Religion som ressurs”. I stedet for å bare handle om hvordan religion hjelper når livet er tøft, inkluderte nå temaet også hvordan religion er en ressurs i informantens daglige liv, i både lette og tunge

tider. Videre la jeg merke til at det siste temaet ”Gode hjelpere” ble svært bredt da det inneholdt refleksjoner om både venner, familie, imamer og psykologer. Det var spesielt mye data på deltakernes tanker om psykologer som hjelpere, så for å ivareta og fremheve dette valgte jeg å trekke ut et nytt tema. Dette kalte jeg ”Holdninger til psykologer”. Nå satt jeg igjen med de fem følgende overordnede temaene: (1) Religion som ressurs, (2) Refleksjoner rundt psykiske vansker, (3) Tanker om psykisk helsehjelp, (4) Gode hjelpere og (5) Holdninger til psykologer. Det ble også gjort en del endringer i underkategoriene.

Fase 5: Definere og navngi temaene

Fase fem går ut på å definere de ulike temaene. Dette gjorde jeg ved å skrive et kort sammendrag av hvert tema og undertema, i tråd med Clarke og Brauns anbefalinger. Jeg vurderte også temaene opp mot hverandre, for å forsikre meg om at det ikke var for stor grad av overlapp mellom ulike temaer. Dette var utfordrende, da mye av dataene gikk inn i hverandre. Jeg ønsket å kategorisere temaene på en måte som var oversiktlig og meningsfull, men samtidig ikke miste viktige nyanser og detaljer i dataene. Etter nøye overveielse og samtaler med veileder landet jeg på temaoppsettet i figur 2. Her er flere navneendringer også gjort. ”Holdninger til psykologer” ble eksempelvis endret til ”Perspektiver på psykologen som hjelper” da dette i større grad dekket kompleksiteten av dataene om informantenes tanker, meninger og holdninger til psykologer. De fem endelige overordnede temaene jeg satt igjen med var: (1) Religion som ressurs, (2) Forståelse av psykiske vansker, (3) Tanker om psykisk helsehjelp, (4) Gode hjelpere, og (5) Perspektiver på psykologen som hjelper.

Fase 6: Produsere rapporten

Den siste fasen går ut på fremstille temaene og undertemaene skriftlig og oversiktlig. Med utgangspunkt i informantenes utsagn og mine tolkninger av disse, forsøkte jeg å belyse de ulike temaene ved å fremheve både fellestrekk og nyanser. Jeg valgte sitater jeg mente var spesielt levende og beskrivende, eller som fanget opp essensen av poenget jeg ville demonstrere. Dette var en fase som tok lang tid, da datamaterialet bestod av et mangfold av spennende, beskrivende, nyanserte og interessante sitater, og jeg hadde problemer med å kunne velge ut noen få av de. Resultatene følger i kapittel 3.

2.7 Etiske betraktninger

Ved kvalitative forskningsintervjuer innhenter man data gjennom mellommenneskelig interaksjon. Man utforsker menneskers indre liv og legger beskrivelsene ut i det offentlige, og dette medfører et etisk ansvar (Birch, Miller, Mauthner & Jessop, 2002). Studien ble meldt inn til og godkjent av NSD - Norsk senter for forskningsdata, som vurderte at prosjektet var unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene jeg samlet inn er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften (Vedlegg 4).

Fire områder som tradisjonelt diskuteres i etiske retningslinjer for kvalitative forskere er informert samtykke, fortrolighet, konsekvenser og forskerens rolle (Kvale, 2007; Kvale & Brinkmann, 2009). Informert samtykke betyr at forskeren har gitt deltakerne tilstrekkelig med informasjon om forskningsprosjektet, slik at de kan foreta et informert valg om hvorvidt de ønsker å delta (Cieurzo & Keitel, 1999). Dette innebærer at deltakere informeres om prosjektets overordnede formål og om hovedtrekkene i designen, samt mulige risikoer og fordeler ved å delta (Kvale & Brinkmann, 2009). Som nevnt under ”2.2 Rekruttering” delte jeg informasjon om studien med organisasjonen og moskeen jeg ønsket å rekruttere fra, og deretter ble jeg kontaktet av personer som var interesserte i å delta. Det var altså deltakerne som selv valgte å kontakte meg etter å ha blitt informert om studien, og slik sett var det sannsynligvis ingen som følte seg presset til å delta. Før intervjuene ble gjennomført leste deltakerne gjennom samtykkeskjemaet (Vedlegg 3), som inneholdt informasjon om studien, frivilligheten av deltakelse, opprettholdelse av konfidensialitet og muligheten til å trekke seg når som helst. Deltakerne fikk også mulighet til å stille spørsmål før, under og etter intervjuet.

Konfidensialitet eller fortrolighet innebærer at privat og identifiserbar data ikke avsløres (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg sikret deltakernes anonymitet ved å selv gjennomføre både intervjuer og transkriberinger, samt fjerne navn og identifiserbar informasjon allerede under transkribering. Opptak og transkripsjoner ble oppbevart trygt i låsbart arkivskap, og slettet da resultatdelen av oppgaven var ferdigstilt.

Det er viktig å tenke gjennom eventuelle konsekvenser ved å delta i studien, og informere deltakerne om dette. Det må være et mål å gjøre risikoen ved å delta lavest mulig, og veie eventuelle risikofaktorer opp mot potensielle fordeler (Kvale & Brinkmann, 2009; Cieurzo & Keitel, 1999). I min studie ønsket jeg å snakke med mennesker som identifiserer seg som muslimer om deres tro, strategier i tunge tider og erfaringer med psykisk helsevern. Dette er

potensielt sensitive temaer, som kan være vanskelige å snakke om. Under utarbeidelsen av intervjuguiden var jeg bevisst på ikke å inkludere spørsmål som ville være ubehagelige eller krenkende for informantene. Jeg valgte likevel å spørre om informanter hadde erfaring med psykisk helsevern, da jeg tenkte dette ville være interessant for studien. I forkant av intervjuet sa jeg at det ikke var nødvendig å svare på alle spørsmål dersom man ikke ville. NSD viste til at jeg ønsket å behandle ”sensitive opplysninger om etnisk bakgrunn og religiøs oppfatning”, men skrev samtidig at ”Personvernombudet vurderer data til å være relevante og nødvendige for å gjennomføre prosjektet, og har ingen innvendinger til datainnsamlingen” (Vedlegg 4). Ved bruk av kvalitativt forskningsintervju som metode er forskerens rolle og integritet viktig, da forskeren selv er det viktigste redskapet for innhenting av kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2009). Mitt eget bidrag er mer utfyllende beskrevet nedenfor under ”2.9 Refleksivitet”.

2.8 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet viser til hvor pålitelige resultatene av en studie er, og det behandles ofte i sammenheng med spørsmålet om hvorvidt et resultat kan reproduseres ved senere anledninger av andre forskere (Kvale & Brinkmann, 2009). En er generelt mindre opptatt av reliabilitet innen kvalitativ enn kvantitativ forskning, og det råder uenighet blant forskere om hvorvidt reliabilitet er et viktig aspekt ved kvalitativ forskning eller ei (Merrick, 1999; Willig, 2008). I min studie har jeg ikke tilstrebet å oppnå høy reliabilitet eller repliserbarhet, blant annet fordi et for sterkt fokus på reliabilitet kan motvirke kreativ tenkning og variasjon (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg har imidlertid hatt reliabilitetsspørsmålet i bakhodet da jeg utformet en intervjuguide bestående av hovedsakelig åpne spørsmål, samt under intervjuene da jeg stilte alle spørsmålene fra intervjuguiden til samtlige informanter, og unngikk bruk av ledende spørsmål. Videre valgte jeg å transkribere så ordrett som mulig, og i analysefasen hadde jeg en åpen tilnærming der jeg tok tak i hva informantene sa, framfor forutbestemte kategorier og teorier.

Validitet handler om hvorvidt en metode undersøker det den er ment å undersøke, og hvor gyldige resultatene er (Kvale & Brinkmann, 2009). Både Yardley (2008) og Howitt (2010), peker på flere prosedyrer som øker validiteten av kvalitative studier, og jeg har vært bevisst på disse gjennom arbeidet med dette prosjektet. Hvordan dette er gjort, er i stor grad omtalt tidligere i metodekapitlet, men kort oppsummert har jeg forsøkt å være åpen om hvordan og

hvorfor jeg har tenkt og jobbet slik jeg har gjort. Videre har jeg valgt en klar og oversiktlig tematisk analysemetode, og beskrevet forskningsprosessen detaljert og grundig, steg for steg. Jeg har kontinuerlig beveget meg fram og tilbake mellom intervjutranskripsjonene, kodedokumentet, de tematiske kartene og de endelige temaene jeg kom fram til. Videre har jeg hatt tett veiledningsoppfølging, og fått gode tilbakemeldinger og innspill underveis. Jeg har også reflektert rundt egen rolle og bidrag til forskningsprosessen. Hvert tema og sub-tema i resultatdelen er illustrert med sitater, så leseren får innblikk i hva slags datamateriale analysene mine er basert på, og mulighet til selv å evaluere dette. Her har jeg også inkludert sitater som illustrerer ”avvikende” tanker, refleksjoner og holdninger hos informanter, som skiller seg fra majoriteten av deltakerne. Funn som ikke ”passer” blir ikke feiet under teppet, men heller løftet fram.

2.9 Refleksivitet

Innen kvalitativ forskning spiller forskeren en viktig rolle da man i stor grad er med å påvirke og forme forskningsprosessen (Willig, 2008). Det krever at en er bevisst ens eget bidrag i prosessen. Dette kalles refleksivitet. Refleksivitet er en viktig del av de fleste kvalitative forskningsmetoder, men kanskje ekstra viktig innenfor analysemetoden jeg har valgt. Tematisk analyse er som beskrevet en fleksibel metode, som gjør at forskeren spiller en aktiv rolle i utformingen av undersøkelsen, både med tanke på valg av teoretisk rammeverk, forskningsspørsmål, datainnsamlingsmetode, samt hvordan analysen utføres (Clarke et al., 2015).

Jeg har valgt å undersøke hvordan personer med muslimsk bakgrunn møter vanskeligheter, og hvilke tanker og refleksjoner de har rundt psykisk helsehjelp. Islam er en religion jeg personlig har hatt et nært forhold til i mange år, og jeg har vokst opp med flere nære venner med muslimsk bakgrunn. Dette har bidratt til at jeg har en del kjennskap til det muslimske miljøet i Norge, men også at jeg sitter på en del antakelser om muslimers forhold til psykisk helse og helsehjelp. Jeg har forsøkt å begrense måten dette påvirket studien på ved å ha en åpen, utforskende tilnærming. Likevel er det svært sannsynlig at mine tanker og antakelser har påvirket måten jeg har gjennomført både forberedelser og gjennomføring av intervjuer, samt analysering av datamaterialet. Andre forskere hadde sannsynligvis gjennomført prosjektet annerledes ved å for eksempel stille andre spørsmål og oppfølgingsspørsmål, eller tolke og vektlegge informantenes svar på andre måter.

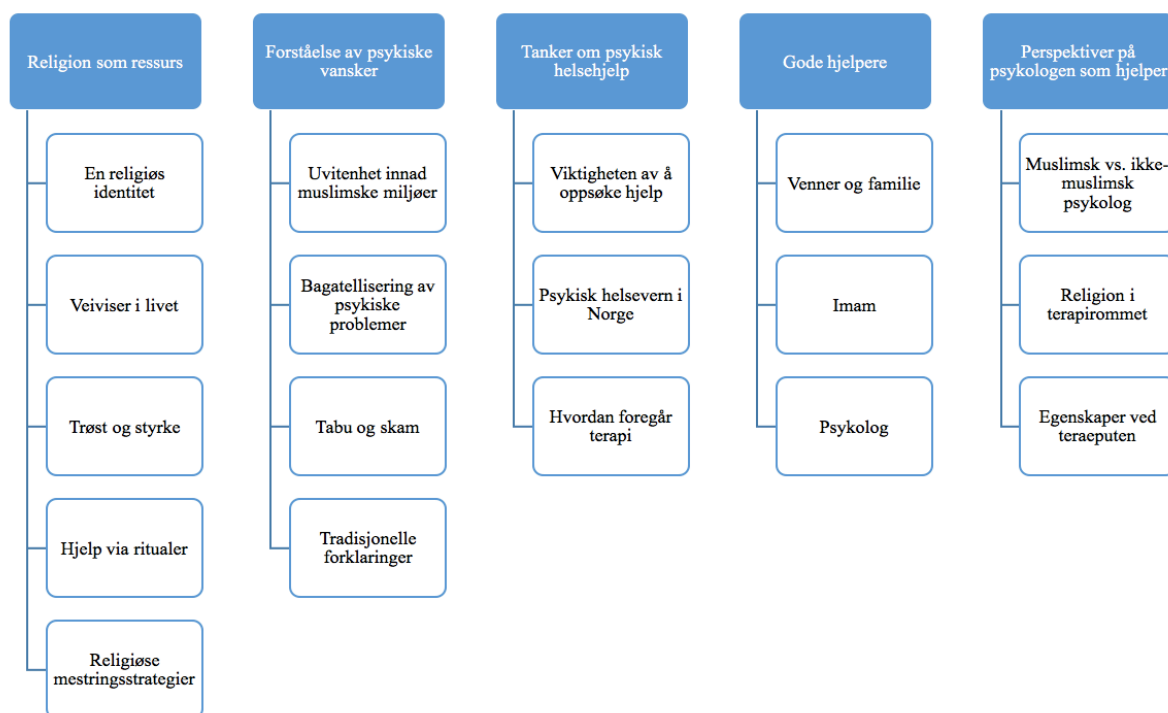
Suzuki og medarbeidere mener det er viktig å forstå interessen og motivasjonen bak ønsket om å gjennomføre forskningsprosjekter, spesielt i arbeid med personer med multikulturell bakgrunn (Suzuki, Prendes-Lintel, Wertlieb, Stallings, 1999). Jeg ønsket å finne ut mer av hvordan personer med muslimsk bakgrunn forholder seg til psykisk helse og helsehjelp, og få kunnskap om hvordan jeg personlig kan bli en god psykolog i møte med personer med en slik religiøs bakgrunn. Videre finner jeg religion veldig spennende, og er interessert i hvordan den kan brukes som en styrke, både i hverdagen og i terapirommet. Flere av informantene var nysgjerrige på hvorfor jeg hadde valgt nettopp dette som tema for mitt hovedoppgaveprosjekt, og virket veldig positive da jeg ga ovennevnte grunner som svar.

Hvordan informanter oppfatter forskeren kan påvirke svarene de gir. Et par av informantene kjente meg fra før, og noen stilte spørsmål om min interesse for temaet forut for intervjuet, men det er likevel sannsynlig at de fleste anså meg som en del av ”utgruppen”, og ikke en av ”dem”. Jeg har en annen kulturell og religiøs bakgrunn, og dette kan muligens ha påvirket intervjuene. Det kan tenkes at deltakerne hadde gitt litt andre svar, og turt å åpne seg ytterligere, dersom intervjuer hadde en mer liknende bakgrunn som dem.

3 Resultater

Etter gjennomføring av intervjuene satt jeg igjen med et rikt datamateriale med informasjon om informantenes forhold til egen religion, refleksjoner rundt psykiske vansker og lidelser, mestringsstrategier, tanker om hvem som kan være gode hjelpere, og hva som er god psykisk helsehjelp. Erfaringene og refleksjonene som kom frem viste at informantenes forhold til psykiske vansker og psykisk helsehjelp er sammensatt og nyansert, noe jeg vil belyse i det følgende.

Gjennom analysen identifiserte jeg de fem overordnede temaene (1) Religion som ressurs, (2) Forståelse av psykiske vansker, (3) Tanker om psykisk helsehjelp, (4) Gode hjelpere og (5) Perspektiver på psykologen som hjelper. Hver av disse har flere underkategorier, skissert i figur 2. Det første temaet dreier seg om informantenes forhold til egen religion, og hvordan den blir brukt som en ressurs og styrke i livene deres. De resterende temaene dreier seg om informantenes forståelse av psykiske vansker, samt *hvem* man kan få hjelp fra og *hvordan* disse personene kan hjelpe dersom man sliter psykisk.



Figur 2: Tematisk oversikt

For å belyse de ovennevnte temaene er flere av informantenes utsagn tatt med. Disse er stort sett bevart i sin opprinnelige form, slik de ble transkribert. I noen tilfeller er påbegynte, ufullstendige setninger, eller fyllord som ”ehm” og ”hm”, tatt bort for bedre lesbarhet.

Meningsinnholdet er beholdt. (...) markerer tekst som er fjernet fra sitatene, enten fordi det gir identifiserbar informasjon om informantene, eller fordi de snakker om noe annet. Jeg har valgt ikke å nummerere eller gi deltakerne fiktive navn for å unngå at informasjon settes sammen og kanskje bidrar til at personer gjenkjennes. I noen sitater er mine spørsmål tatt med, og da står dette markert med ”J”. Deltakernes svar er da markert med ”I” for ”informant”.

3.1 Religion som ressurs

Religion blir beskrevet som en viktig del av informantenes liv, og en verdifull ressurs. Samtlige av informantene omtalte islam positivt, og vektla og fremhevet de gode aspektene ved å være muslim. Religionen ble beskrevet som en viktig del av deres identitet, en rettesnor og et moralsk kompass i livet, samt en kilde til styrke, glede og trøst. Spesielt i vanskelige tider fikk religionen en ekstra viktig plass i manges liv, og religiøse mestringsstrategier bidro til at de kom seg gjennom tøffe perioder.

En religiøs identitet

Flere av deltakerne beskriver at religion er en viktig del av deres identitet. Islam er ikke noe de kun tror på, det er en del av dem, og det beskrives stolthet i forhold til dette. Islam representerer er en stor del av hvem de er, og hvordan de definerer seg som personer. Det ble blant annet sagt at religion er *”en stor del av måten jeg definerer meg selv på”, ”identiteten min”, ”formet meg til den jeg er i dag” og ”noe jeg er stolt av”.*

Veiviser i livet

Mange av informantene forteller at islam er en veileder i livet, og et slags moralsk kompass som hjelper dem å ta valg og utstyret dem med gode moraler og verdier. Mange forteller at religionen motiverer dem til å være gode mennesker og behandle andre godt. Dersom man står ovenfor moralske dilemmaer der kulturelle og religiøse verdier krasjer, forteller flere informanter at de da tar valg i tråd med religionen. Noen av informantene beskriver ikke bare religionen som en veiviser, men som en komplett mal for hvordan livet skal leves:

”Religionen min er en mal for hvordan jeg skal leve livet mitt. Islam er en veldig komplett religion. Den har regler men også løsninger og verdier fra du blir født til du dør, ikke sant. Den skiller seg kanskje fra mange andre religioner, for den kan dekke alle aspekter av livet.”

Religion som trøst og styrke

Samtlige av informantene forteller at religion får en ekstra stor rolle i livene deres når de møter på vanskeligheter. Noen tror de ikke hadde klart seg hvis det ikke var for at de hadde troen i livet sitt. En forteller: *”Religion har en rolle i livet mitt hver eneste dag egentlig, spesielt når det er vanskelige tider. Når det er stressende tider er det noe jeg holder fast ved. Det er troen som har redda meg flere ganger når man ikke ser noen annen utvei. (...) Jeg tror også at hvis jeg ikke hadde hatt religion, så hadde jeg ikke kommet meg like bra ut av de vanskelige situasjonene. I det hele tatt. Det er jeg helt sikker på.”*

En informant som hadde opplevd flere traumatiske hendelser, og slitt med depresjoner i ettertid, forteller at blant alle hjelpetiltak vedkommende har mottatt, så er det religionen som har hjulpet mest: *”Jeg følte at for meg så har religion hjulpet mer enn mange andre tiltak, og jeg har virkelig prøvd mange andre tiltak. Altså, jeg har gått på DPS i mange år og de har prøvd alt mulig, og det har kanskje hjulpet litt, men til syvende og sist er det det med å sette det religiøse og spirituelle inn i det.”*

Hjelp via ritualer

Flere forteller at de vender seg til religionen sin når ting er ekstra tøft, og religiøse handlinger og ritualer beskrives som hjelpende i slike perioder. De religiøse handlingene som blir trukket frem oftest, er bønn, samt lesing, resitasjon eller å lytte til Koranen. Deltakerne forteller at dette gir dem en indre ro, klarhet og trygghet, som hjelper når ting er vanskelig. *”Jeg merker jo at jeg også prøver være flinkere med bønn og så videre hvis jeg går gjennom noe dårlig, fordi jeg vet at å be gir meg en veldig god følelse og en sånn ro, og det hjelper ofte veldig for å få litt klarhet i ting og bare puste litt”,* forteller en.

Religiøst motiverte mestringsstrategier og tankemåter

Mange forteller at islam har gitt dem lærdom og måter å tenke på som gjør det lettere å takle vanskeligheter. Mye av denne lærdommen er hentet fra Koranen, hvor det eksempelvis står at også vanskeligheter fører med seg noe positivt (Koranen 94:5), at ting man tror er negativt egentlig kan være positivt (2:216), og at Gud gir ikke et menneske utfordringer det ikke er i stand til å takle (2:286). Disse tre koranversene ble nevnt av flere informanter, som en hjelp til å forholde seg tålmodige, positive og komme seg gjennom tunge tider. Følgende sitat illustrerer en av informantenes tanker rundt det førstnevnte koranverset: *”Det nevnes for eksempel igjen og igjen i Koranen at ”med vanskeligheter så kommer det også lettelse” (...)*

Det er ikke sånn at du vil gå gjennom vanskeligheter, og så vil lettelse komme, men at det sies at med vanskeligheter så kommer det lettelse. Altså at det er sånn livet er, at du vil ha vanskelige tider, men mens disse vanskelige tidene pågår så vil det være noe lettelse i livet ditt, og det gir meg håp.”

Troen på skjebnen, at det er en mening med alt som skjer i livene deres, hjelper også noen av deltakerne. *”Også tror jeg alltid på at det som skjer i livet mitt, det var meningen at det skulle skje. Så alle valgene jeg har tatt har ført meg dit, så jeg blir aldri sånn superdeprimert eller nedenfor av ting som skjer. Ja, det kan være slitsomt og frustrerende, men jeg tenker alltid sånn at det er en mening med det som skjer.”* Noen takler også utfordringer ved å anse dem som tester fra Gud. Jo flere vanskeligheter man møter, jo mer prøver Gud å teste en. I stedet for å tenke negativt eller føle at Gud straffer dem, velger de heller å se på vanskeligheter som overkommelige utfordringer, som gir dem mulighet til å vokse. En forteller: *”Etter å ha lest hva profeten Mohammed har sagt, så har jeg lært at jo flere vanskeligheter det kommer, desto mer prøver Allah å teste deg. Så det er ikke slik at Han straffer deg eller noe, og det tror har fått meg til å få en positiv innstilling. At jeg tenker, vet du hva, dette er en test, la meg prøve å få en bra karakter på denne testen i stedet for å få negative følelser og så videre.”* En annen informant forteller at meningen bak disse testene er at man skal utvikle seg som person og komme nærmere Gud: *”I islam snakkes det mye om at alle vanskeligheter du går gjennom i livet har ett formål, og det er at du skal vokse på det og bli en bedre person. Så alle ‘trials and tribulations’ du går gjennom har som formål at du skal rense ditt hjerte fra ting som ikke skal være der.”*

Noen forteller også at religionen hjelper med å sette ting i et større perspektiv. Refleksjon rundt eksistensielle temaer som død, etterlivet og kortvarigheten av livet vi lever nå, gjør at hverdagslige problemer oppleves mindre alvorlige. Det følgende sitatet illustrerer en av deltakernes refleksjoner rundt dette: *”Dette livet her er kortvarig. En ting som er helt sikkert er at vi alle skal dø. Det er det ingen uenighet om blant oss mennesker, og iblant må man investere litt i det som kommer etter. Når man setter ting i perspektiv vil det ofte formilde og forminske tyngden av verdslige problemer. Hvis du for eksempel har fått en parkeringsbot og går rundt og er oppgitt over det, men hvis du setter det i perspektiv, når jeg ligger i graven, hvor mye kommer den bota der til å telle? Hvor mye kommer den til å bety? Hvorfor skal jeg gi den så mye verdi nå, når jeg vet at det kommer til å være en bagatell? Et sandkorn i det store og hele.”*

Lærdom og inspirasjon fra profeten Muhammeds liv, hjelper også noen av informantene i vanskelige tider. Det er kjent at profeten Muhammed, og mange av de andre profetene og viktige skikkelsene i islam, gikk gjennom store utfordringer. Dette brukes som inspirasjon for å komme seg gjennom egne utfordringer. En forteller: *”Jeg har gått gjennom hele biografien til profeten Muhammed, og jeg vet at han møtte på veldig, veldig mange vanskeligheter, men han taklet dem. Og det på en måte har hjulpet meg med å takle de vanskelighetene jeg møter. Profeten og følgesvennene hans gikk gjennom mye, mye verre ting, og da tenker man 'dette her er ingenting i forhold, dette her bør jeg klare'. Så det hjelper meg.”*

3.2 Forståelse av psykiske vansker

Informantene ble ikke spurt direkte om tanker og refleksjoner rundt psykiske vansker og lidelser, men det kom likevel fram mange tanker og refleksjoner rundt emnet. Mange mente det var lite kunnskap om psykiske lidelser blant en del muslimer, spesielt hos den eldre generasjonen. Flere mente også at psykiske lidelser i stor grad ble bagatellisert, og at det var mye tabu og skam tilknyttet temaet. Dette ble delvis forklart med manglende kunnskap, samt at man har andre, mer tradisjonelle, kulturelle og religiøse forklaringer på psykiske lidelser i deler av det muslimske miljøet.

Uvitenskap innad muslimske miljøer

Majoriteten av utvalget ga inntrykk av å ha grunnleggende kunnskap om psykiske vansker, men flere mente at det er lite kunnskap om psykisk helse i enkelte muslimske miljøer i Norge, og at mange er ganske uvitende når det kommer til psykiske lidelser. Da blir det også vanskeligere å fange opp personer som sliter. *”Jeg tror også det er veldig lite bevissthet rundt hva depresjon er, hva angst er, hvordan det er å føle seg deprimert og jeg tror ikke så mange er bevisste på at det er viktig å oppsøke hjelp”*, sier en.

Bagatellisering av psykiske problemer

Flere sitter også med et inntrykk av at psykiske problemer ofte blir bagatellisert i egne miljøer, spesielt av den eldre generasjonen eller i hjemlandet. Psykiske lidelser tas ikke like alvorlig som somatisk sykdom. En forteller: *”Der jeg kommer fra, er det mennesker som helt klart har bipolar lidelse, som helt klart er autister, som helt klart har sterke psykiske lidelser, og man vet at disse trenger ekstra hjelp og man passer på dem hele livet, men man tar ikke så*

alvorlig på disse psykiske lidelsene. (...) Man bare tenker at "han er syk og han trenger å passes på, og sånn er det". Man er ikke så opptatt av å sende dem til legen og få de til å bli friske igjen eller noe."

En annen trekker fram en mulig grunn til at psykiske vansker bagatelliseres av de eldre. Dette er ofte mennesker som har erfaringer med krig og flukt, og det kan gjøre det vanskelig å ta ungdommers "vestlige" problemer på alvor: *"Jeg tror fortsatt mange ungdom kanskje føler på at de ikke får anerkjennelse for de problemene de har. At det liksom er veldig lett for den eldre generasjonen å avfeie problemer med psykisk helse. Mange kommer fra land der det har vært krig og veldig alvorlige problemer, så blir det litt sånn 'ok, du sitter her i Vesten og har alle verdens muligheter, det er et rikt land, det er trygt. Hvilke problemer er det du sliter med? Det kan umulig være noe. Vi måtte flykte, vi.' Jeg tror for mange foreldre kan det være vanskelig å forstå at det går an å ha det vanskelig også i Norge."*

En av informantene forteller at vedkommende selv hadde et bagatelliserende syn på psykiske vansker, men at egen erfaring med depresjon endret dette: *"Før så jeg på psykiske problemer som en bagatell eller en fillesak. Bare noe som man har funnet opp selv, tenkte jeg. Men så gikk jeg gjennom depresjon en periode og kjente på hvor tungt det kan føles, og det har på en måte forandret min mening om psykisk helse. Før det var det sånn, sliter du psykisk, så er det fordi du rett og slett er svak."*

Psykiske lidelser er tabu- og skambelagt

Personene jeg snakket med var veldig åpne om sine tanker om psykisk helse, og noen fortalte også åpent om egne vansker. Likevel forteller flere at psykisk helse ofte er et tabu i en del muslimske miljøer i Norge. Som en sa, *"Det er veldig tabu i mange muslimske miljøer å gå til psykolog, og i det hele tatt snakke om at du sliter psykisk."*

Flere poengterte at dette for så vidt er et tema det generelt er vanskelig å snakke om, som ofte er tabubelagt, også i det norske samfunnet forøvrig. Likevel påpeker de at tabuet sannsynligvis er enda sterkere i muslimske kulturer, og da spesielt blant de eldre. Dette skyldes muligens manglende kunnskap, eller fordi psykiske lidelser blir forklart med religiøse eller kulturelle forklaringsmodeller.

I: "I familien min, så er det veldig tabubelagt dette med psykolog (...)"

J: "Tror du det er en generell tendens i den muslimske befolkningen i Norge?"

I: "Ikke i vår generasjon, men i foreldregenerasjonen. Bare fordi de ikke har så mye kunnskap om det, også er det veldig tabubelagt av en eller annen grunn, jeg vet ikke hvorfor. Dette mentale er veldig tabubelagt. De sier enten er du besatt av djevelen, eller så er det noen som har lagt øye på deg, det er alltid en annen forklaring enn den mentale delen."

Tradisjonelle forklaringer på psykiske vansker og lidelser

Mange forteller at alternative forståelser av psykiske vansker og lidelser er utbredt i deler av det muslimske miljøet i Norge, og i størst grad blant førstegenerasjonsinnvandrere og eldre, samt i landene de har røtter fra. Deltakerne forteller at sykdom forklares med at noen har forbannet deg, "kastet ondt øye" på deg eller brukt svart magi. Jinn er en annen forklaring som ofte går igjen i informantenes beretninger. Som nevnt i innledningen er jinn et vesen som mennesker ikke kan se, men som likevel kan påvirke oss, enten positivt eller negativt.

Informantene forteller at jinn blir brukt som forklaring på alt fra angst til psykose, men det er hallusinasjoner og vrangforestillinger som går igjen som mest brukte symptom på jinn. En informant sier følgende om psykiske lidelser: *"Det blir ofte forklart med andre fenomener som enten svart magi eller jinn eller ånder og så videre, det er ofte det som blir en forklaring på psykiske lidelser da, som for eksempel schizofreni. Man har ikke helt kunnskapen og kulturen er fortsatt veldig sterk og har gamle tradisjoner rundt det."*

Manglende kunnskap trekkes fram som en viktig grunn til en slik forståelse av psykiske lidelser. Mange kommer fra land der man verken har kunnskap om psykiske lidelser eller tilgang på psykologer, og da blir sykdomsforklaringer ganske enkle og reduksjonistiske:

"Det kan være vanlig å tro det at psykisk sykdom skyldes jinn-påvirkelse, i alle fall i hjemlandet til disse foreldrene, der er det jo ikke noe psykolog, så og si med mindre du er fra eliteklassen og har tilgang til psykologer, så er det ikke noe som heter psykologi. Det er kun jinn eller ikke-jinn, enten så er du frisk fordi du ikke er besatt eller så er du ikke frisk fordi du er besatt."

Noen av informantene fortalte at når familiemedlemmer eller bekjente hadde vist psykotiske symptomer ble dette forklart med jinn, og at det tok tid før vedkommende fikk kontakt med psykisk helsevern. Flere forteller at i landene de har røtter fra, blir psykisk syke personer heller tatt med til imam eller heksedoktor for å helbredes. *"Du tror du må ha en eksorsisme i stedet for en psykolog. Det er flere historier jeg har hørt hvor jeg tenker sånn 'ok, hun her har jo åpenbart kommet i en eller annen psykose eller noe', men så er det sånn 'vi tok hun med til*

imamen så han skulle gjøre "ruqyah²" på henne', så blir jeg sånn 'nei, psykolog' (ler). Det der hjelper ikke."

Mens symptomer på psykose og angst gjerne forklares med jinn eller svart magi, blir depressive symptomer gjerne forklart av manglende tro eller manglende opprettholdelse av religiøse plikter og ritualer, som for eksempel bønn. Dersom man uttrykker at man sliter i hverdagen kan man for eksempel risikere å bli oppfordret til å be mer. En informant forteller: *"Det jeg tror er et problem for mange muslimer er at så fort man har det dårlig, så er det fort at man kobler det opp til at man er en dårlig muslim. Du er ikke nærme nok Gud og det er derfor du sliter i hverdagen. Det er veldig ofte at personer som er deprimert eller uttrykker at de har behov for støtte og sier at de har det vanskelig, så blir det fort sånn 'ja, du må bare be oftere'. Det knyttes opp til svak tro i stedet for at man sier 'det virker som du har det dårlig, du må oppsøke hjelp på andre måter.' Det er ikke islam som sådan, det er mer det muslimske miljøet, hvis du skjønner hva jeg mener."*

Som flere av sitatene ovenfor illustrerer, er informantene i denne undersøkelsen skeptiske til dette synet på psykiske lidelser. Ingen av personene jeg snakket med, delte en slik oppfatning av hvordan psykiske vansker og lidelser skal forstås. Noen av informantene mente slike religiøse forklaringer kunne bidra til psykisk lidelse, men da i tillegg til biologiske og psykologiske faktorer. Mange peker også på at man må skille mellom muslimer og islam, og at islam som religion anerkjenner psykiske lidelser. Nesten alle informantene påpekte alvorligheten av psykiske lidelser, og sidestilte de med fysiske lidelser. Liknende sitater som det følgende gikk igjen i mange av intervjuene: *"Man må forstå at psykisk helse er det samme som fysisk helse liksom. Er du syk går du til legen og får medisiner, ikke sant, og man må på en måte ha den holdningen til psykisk helse også."*

En av informantene fortalte også at innen islamsk juss holdes ikke personer med mentale lidelser ansvarlig for eventuelle dårlige gjerninger, og at begrepet "ikke tilregnelig" slik sett har eksistert mye lengre i muslimske land enn det for eksempel har gjort i Norge. Dette forhøyet også statusen til personer med psykiske lidelser, for personer med psykiske lidelser *"skal ikke holdes ansvarlig, skal ikke føres regnskap på, hva han gjør av godt og vondt teller ikke, han kommer rett til paradiset"*, som jo er det ultimate målet i livet for mange muslimer.

² eksorsisme

3.3 Tanker om psykisk helsehjelp

Et gjennomgående tema i informantenes beretninger, var viktigheten av å oppsøke psykisk helsehjelp når dette var nødvendig. Dette var noe de var opptatt av selv, men også fortalte at religionen deres oppfordret dem til. Ingen kunne se noen motsetninger mellom islam og psykoterapi. Likevel var det relativt lite kunnskap om hvilke psykiske helsetilbud som finnes i Norge. Flere mente det var viktig med opplysning blant det muslimske miljøet i Norge om hvilke tilbud som finnes dersom man sliter psykisk. Informantenes oppfatning av hvordan det er å gå til psykolog var mangefasettert. De fleste hadde imidlertid en grunnleggende oppfatning av at en psykolog var en person som lyttet og forstod på en ikke-dømmende måte, og hjalp klienter med å løse problemene sine.

Viktigheten av å oppsøke hjelp

Samtlige informanter understreket viktigheten av å oppsøke psykologisk behandling når livet blir for tøft. Religion er en viktig ressurs i livet som kan hjelpe mye i vanskelige tider, men det er ikke alltid det er tilstrekkelig. Majoriteten av utvalget drar paralleller mellom somatiske og psykiske lidelser, og sidestiller disse. På samme måte man oppsøker behandling for fysiske plager og lidelser, bør man gjøre det samme for psykiske lidelser. *”Jeg tenker på samme måte som når du er fysisk skadet, hvis du har klart å kutte av deg fingeren, så hjelper det ikke å be til Gud også bare vokser det ut en ny finger eller den bare hopper på plass igjen. På samme måte vil jeg si at, ok, hvorfor ikke behandle det mentale på samme måte som det fysiske?”*, sier en av deltakerne.

Alle informantene mente også at islam var forenlig med psykoterapi, og at det ikke var noen motsetninger mellom de to. En fortalte at det fantes sykehus som behandlet mentale lidelser for flere hundre år siden i den islamske gullalderen ved hjelp av for eksempel musikkterapi. Flere av deltakerne mener at islam som religion oppfordrer til at man skal oppsøke psykologisk behandling når nødvendig. En forteller: *”Jeg mener faktisk det kan være mer islamsk riktig å gå til en psykoterapeut og oppsøke psykisk hjelp enn å la være. For i islam så er det ikke tillatt å torturere deg selv eller påføre skade på seg selv når det gjelder både fysisk og psykisk. Så hvis du unnlater å oppsøke profesjonell hjelp påfører du skade på deg selv psykisk, og det kan faktisk være negativt islamsk sett.”*

Psykisk helsevern i Norge

Alle personene jeg snakket med hadde kjennskap til at det finnes psykiske hjelpetilbud i Norge. Tre hadde selv gått i terapi, én hadde en jobb der vedkommende samarbeidet med ulike instanser for psykisk helsevern, og to kjente til lovverk tilknyttet psykisk helsevern via studier. Likevel uttrykket flere at de følte de hadde lite kunnskap om hvilke psykiske helsetilbud som finnes i Norge, og at dette gjaldt for større deler av det muslimske samfunnet også. Noen påpekte viktigheten av opplysning og bevisstgjøring i muslimske miljøer. En av informantene sier: *”Jeg vet ikke så mye om de psykiske helsetilbudene som finnes der ute, men jeg vet at man kan oppsøke psykologer, akuttpsykiatrisk på Ullevål, DPS.. (pause) Helt ærlig, jeg vet ikke, jeg vet at det finnes tilbud liksom, men jeg skulle ønske at man hadde mer kunnskap om hva psykologer tilbyr i det muslimske samfunnet.”*

En av informantene som har kjennskap til psykisk helsevern via jobben sin er negativ til de lange ventelistene i det offentlige og de høye timeprisene i det private. Vedkommende etterlyser en bedre ordening der flere får hjelp, og hjelpen når raskere frem: *”Jeg føler norsk psykisk helsevesen rett og slett er ikke bra nok. Det når ikke ut til mange nok. Det er veldig, veldig mange mennesker som ikke har ressurser til å betale 1000 kr timen for å få den hjelpen de trenger. Så man henviser dem, ventelister i flere måneder, og noen ganger er det dessverre for sent. Det har gått for langt. Det kunne vært bedre. Det kunne nådd ut til mange fler.”*

Høye priser kan altså gjøre at personer ikke oppsøker psykisk helsehjelp, som var tilfellet for en av informantene: *”Nei, jeg har vurdert å gjøre det nå (oppsøke psykolog), men jeg har latt vær fordi jeg må ærlig innrømme at jeg ikke har lyst eller mulighet til å betale 1000 kr for, jeg vet ikke, tre kvarter, eller 20 min eller hva det er. Så det er det som har hindret meg.”*

”Sånn som man ser på filmer” - Hvordan foregår terapi?

Seks av informantene har ikke gått i terapi selv, og har følgelig lite reell kjennskap til hvordan terapi foregår. Flere er imidlertid nysgjerrige, og har en del antakelser om hva som skjer på et psykologkontor. Antakelsene de sitter med er basert på hva venner som har gått i terapi har fortalt, eller hva de har sett på TV. En fellesnevner er at informantene har et bilde av at en psykolog stiller spørsmål og lytter, mens klienten åpner seg om sine vansker og problemer. Psykologen hjelper til med å ”rydde opp” i tanker og reaksjonsmønstre, og forsøker å forstå på en ikke-dømmende måte. Noen tror det vil være litt vanskelig å ubehagelig å skulle åpne seg for en fremmed person, men tror samtidig det vil kjennes godt å åpne seg for noen man

ikke omgås med i hverdagen og som har taushetsplikt. *”Man kan bare forlate rommet og vite at dette er mellom deg og meg. Det er jo taushetsbelagt”,* sier en.

De fleste har inntrykk av at psykologer er aktive og styrende, og kommer med råd og tips som kan hjelpe i hverdagen. Begrep som *”psykologisk verktøykasse”, ”eventuelle løsninger”, ”råd”, ”forståelse”, ”bevisstgjøring”* og *”analysering”* gikk igjen i flere av intervjuene. En av informantene trodde dog klienten og dens refleksjoner får mest plass i terapirommet: *”Jeg tror jeg blir bedt om å ta hovedrollen og prate om det jeg har lyst til å prate om. Det er på en måte du som styrer samtalen veldig og enten så får du noe ut av det, eller så får du ikke noe ut av det. Slik jeg har forstått er det psykologens oppgave mer å stille spørsmålene bare, og da er det jo du selv som skal reflektere.”*

3.4 Gode hjelpere

To av informantene forteller at de sjelden eller aldri oppsøker hjelp, råd eller støtte fra andre, men at de heller står i og forsøker å finne ut av ting på egenhånd. De øvrige syv forteller at de gjerne henvender seg til andre mennesker når livet er ekstra tøft. Hvem er disse menneskene man ber om hjelp fra, og hva slags hjelp ber man om?

Venner og familie

Hvem man søker hjelp hos avhenger gjerne av problemet. Flere forteller at når det gjelder mer konkrete problemer, henvender de seg gjerne til venner og familiemedlemmer som man enten ser opp til, eller som har kunnskap om det man sliter med. To av informantene forteller for eksempel at dersom de har studierelaterte vansker, henvender de seg til studievenner eller noen som kan mye om utdanning.

Dersom problemene er av en mer emosjonell enn praktisk art, kan det være behov for mer, og en annen type, støtte. Det er gjerne i slike situasjoner man vender seg til religion eller personer man står nær og stoler på. En forteller: *”Noen ting er litt sånn mer praktisk, sånn at det er litt lettere å finne en løsning ved å bare snakke med noen, så får du forslag til løsninger, også gjør du det også er på en måte problemet over. Men andre ting er litt dypere og litt mer emosjonelt, og da er det kanskje de tilfellene jeg har mer bruk for religion eller støtte fra andre og så videre.”*

Ellers henvender mange av deltakerne seg til personer de *"er inspirert av"*, *"som har mer livserfaring"* eller *"hvis meninger betyr noe"*. Tillit og forståelse trekkes fram som viktige kvaliteter i personer man søker slik hjelp fra. Det er også viktig at "hjelperne" er i stand til å forstå deres situasjon, og dette er mer sannsynlig hvis vedkommende *"kjenner meg"*, *"kan relatere seg til meg"* eller *"er litt like meg"*.

Imam

Ingen av deltakerne i studien har henvendt seg til imamer eller religiøse ledere med ønske om å snakke om personlige problemer. Noen hadde kjennskap til at imamer kan tilby hjelp ved personlige vansker, og forteller at enkelte muslimer benytter seg av dette tilbudet.

Informantene i denne studien mener imidlertid at imamer ikke har riktig bakgrunn og utdanning til å kunne ta en slik rolle. Den mener de er forbeholdt helsepersonell. Dette utsagnet illustrerer dette: *"En imam vil jo være en religiøs ekspert, men ikke en psykologisk ekspert. Han kan selvfølgelig hjelpe meg og veilede meg ut i fra religionen, men han har ikke studert psykologi i seks år."*

Flere informanter forteller riktignok at imamer ofte vedkjenner seg sine begrensninger og oppfordrer personer som sliter psykisk til å oppsøke psykisk helsehjelp. En forteller: *"Imamer og sånn sier jo at de kan hjelpe deg med det spirituelle, men hvis de merker en person har seriøse psykiske issues, så her i Norge vet jeg mange har blitt fortalt at 'du må gå til en psykiater, du må gå til en psykolog.' Det er ikke sånn at de prøver å liksom si at de klarer å kurere det. Dette er det vi kan gjøre (gestikulerer), resten er det psykolog eller psykiater som må gjøre."*

Mange av dagens imamer er ikke oppvokst i Norge, og har følgelig ikke så god kjennskap til norsk språk og kultur. Dette gjør det vanskeligere for dagens unge å be om hjelp fra imamer. En informant trekker fram dette, men gir også uttrykk for dette muligens vil bli bedre med tiden: *"Når det gjelder imamer, så er jeg klar over at det finnes mange dyktige imamer og de gir slik (psykologisk) veiledning også, ved at de for eksempel inviterer på en kopp kaffe, også kan man snakke om de vanskelighetene man møter. Men det hender at jeg føler de vil ikke forstå meg på samme måte som andre fordi noen av de har kommet fra utlandet, de vet ikke helt hvordan det er å vokse opp i Norge. Det er sånn litt ulike utfordringer som jeg tror fikser seg etterhvert på grunn av generasjonsskiftet."*

Informantene forteller altså at imamer i liten grad brukes som samtalepartner om personlige problemer. Så hva er imamers rolle? Hva kan de hjelpe med? Imamer tilbyr først og fremst åndelig og islamsk-juridisk veiledning, og dette fortalte flere at de hadde benyttet seg av. Det er da gjerne snakk om *”konkrete spørsmål”*, *”spørsmål knyttet til praksis av religion”*, *”den islamske synsvinkelen på et tema”*, *”veiledning i forhold til konsekvenser av skilsmisse”* eller *”ulike meninger i de forskjellige lovskolene”*.

Deltakerne gir altså uttrykk for at imamer har en viktig rolle, og som det ble presentert i kapittel ”3.1 Religion som ressurs”, kan religion bidra med mye hjelp og styrke i vanskelige tider. Likevel beskriver noen informanter at man kan komme til et punkt hvor ting er så vanskelig, at religion og imam ikke er tilstrekkelig, noe mer må til. En informant sier: *”Jeg har hørt på en del foredrag fra islamske lærde, og det er slik at de også sier at det er ingen tvil om at Koranen, eller islam, er en faktor som kan hjelpe. Men dersom du har problemer som er såpass alvorlige i livet, eller at du kommer til det stadiet hvor du på en måte blir psykisk ustabil, da må du faktisk oppsøke en psykolog. Eller lege. Så jeg har alltid på en måte hatt en sånn positiv tanke om at det finnes noe som heter psykologi og det finnes noe som heter religiøs veiledning, og selvfølgelig kan de gå hånd i hånd, men det er ingen tvil om at noen aspekter av livet er det kun psykologien og psykologene som kan håndtere.”*

Psykolog

Alle informantene var åpne for å selv oppsøke psykolog dersom vanskene deres ble store nok, og eksisterende mestringsstrategier for problemer ikke lenger fungerte. Som nevnt tidligere hadde tre allerede gått i terapi hos psykolog, og var stort sett positive til behandlingene de hadde fått. Blant de som ikke hadde vært hos psykolog tidligere, var halvparten i en fase der de nå vurderte å oppsøke hjelp, mens de resterende tre var positive til å oppsøke psykologhjelp selv om de ikke hadde vurdert det enda. En av informantene som nå vurderte å oppsøke psykisk helsehjelp sa: *”Jeg har ikke gjort det enda, men jeg vurderer å gjøre det nå på grunn av livssituasjonen min. Jeg tenker at når man har det veldig tøft og ingenting annet fungerer, som jeg har det nå, så vil jeg heller gå til en psykolog enn å slite med det over lengre perioder.”*

Som beskrevet i kapittel ”3.2 Forståelse av psykiske vansker”, gir informantene uttrykk for at mange førstegenerasjonsinnvandrere med muslimsk bakgrunn har et kritisk blikk på psykiske vansker og lidelser. Psykiske plager blir til dels bagatellisert, dysset ned eller forklart på

tradisjonelle og kulturelle måter. Dette gjenspeiles også i holdninger til psykologer. Hvis psykiske lidelser ikke tas alvorlig, tas heller ikke behandlere av psykiske lidelser alvorlig. Flere forteller at psykologer anses som unødvendige blant en del eldre og førstegenerasjonsinnvandrere, men at dette synet ikke deles av den yngre generasjonen.

3.5 Perspektiver på psykologen som hjelper

Deltakerne hadde mange interessante tanker og meninger om hvordan en psykolog bør være. De fleste var ikke så opptatt av psykologens religiøse bakgrunn, men heller av vedkommendes egenskaper og erfaring. Noen viste dog en preferanse for muslimske psykologer, selv om de også var åpne for å motta hjelp fra en ikke-muslimsk psykolog. Refleksjoner rundt det å gå til en muslimsk psykolog ble presentert, og fordeler og ulemper ved dette ble tematisert. Også bruk av religion i terapirommet ble tatt opp. Selv om alle informantene var positive til dette mente mange at det var avhengig av problematikken, samt klientens forhold til egen religion. Viktigheten av kultur- og religionskompetanse blant psykologer ble trukket frem, og det ble reflektert rundt egenskaper og kunnskap som en god psykolog burde besitte.

Muslimsk versus ikke-muslimsk psykolog

Noen av informantene forteller at de hadde foretrukket å gå i behandling hos en muslimsk psykolog. De som hadde ønsket dette tenkte blant annet at en muslimsk psykolog vil kunne forstå ens religiøse bakgrunn bedre enn en ikke-muslimsk psykolog. *”Også tenker jeg noen ganger at det kunne vært en fordel å ha en muslimsk psykolog. Som forstår hvorfor jeg sitter med den troen jeg sitter med, som kanskje har vokst opp på samme måte som jeg har gjort, møtt noen av de samme utfordringene, og som samtidig kunne veilede meg og forklare meg ut i fra hans eller hennes profesjon da”*, sier en.

En muslimsk psykolog ville også vært i bedre stand til å bruke religion som en styrke i terapien. En av deltakerne som har vært hos psykolog tidligere, peker på dette: *”Jeg tror at hvis jeg hadde valgt en psykolog med muslimsk bakgrunn, så tror jeg at vi kunne klart å bruke religion mer i terapi enn vi gjorde. En muslimsk psykolog hadde kanskje visst hvordan jeg selv kunne bruke religionen som en styrke.”* En annen positiv ting som trekkes fram, er at man ikke trenger bekymre seg for å bli stigmatisert. Noen av informantene fortalte at de bekymret seg for å bli sett ned på eller dømt av en etnisk norsk psykolog: *”Jeg tror faktisk jeg hadde*

gått til en muslimsk psykolog om jeg hadde hatt valget (...) Da hadde jeg tenkt at hun kommer ikke til å dømme meg, hun kommer ikke til å anta masse basert på.. For det er det som er så slitsomt, ikke sant, man vet hvilke antakelser og stereotyper som ligger der ute, og du er redd for at den personen du skal sitte og snakke med vil dømme deg eller ha forutinntatte holdninger om deg. At hun kom til å ha masse antakelser som jeg da må jobbe meg gjennom, og jeg tenkte bare sånn 'det orker jeg ikke.'"

De fleste av deltakerne hadde ingen klar formening om det var best å oppsøke en muslimsk eller en ikke-muslimsk psykolog, men mente blant annet at det var avhengig av problematikken. En sa at *"hvis problemets natur har noe med religion å gjøre, eller hvis moral er inne i bildet her, så kan det kanskje være en fordel (å oppsøke en muslimsk psykolog)"*, men ellers ville det ikke ha så mye å si. Andre trekker frem at psykologens erfaring, faglige bakgrunn og utdanning er viktigere enn kulturell og religiøs bakgrunn. En av informantene sier følgende: *"Hvis jeg skulle valgt en psykolog hadde det kanskje gått mer på hva slags erfaring og bakgrunn psykologen hadde. Så lenge den har det faglige og erfaring og man har hørt noen gode, på en måte "anmeldelser" om den personen da, så ville jeg sikkert uansett gått til den om det var en muslim eller ikke."*

Noen påpeker også negative sider ved å gå til en muslimsk psykolog. Dersom en behandler ikke har vokst opp i Norge kan vedkommende ha lite kunnskap om norsk språk, kultur og helsevesen, og dette kan til dels være problematisk. En av informantene kjente til en person som hadde gått til en muslimsk terapeut. Denne terapeuten hadde kommet til Norge i voksen alder. Terapeuten og klienten fikk en veldig god allianse, men i følge informanten så mistet terapeuten på en måte noe av autoriteten og profesjonaliteten ved å snakke gebrokket norsk og ikke kjenne til normene i samfunnet. I tillegg visste ikke terapeuten *"alltid hvor man skulle henvende seg for å skjære gjennom sånn behandlingstid og søknadstid og ting og tang. Og være sånn praktisk støtte også."* Denne informanten mener det er viktig å ha folk med forskjellig etnisk og religiøs bakgrunn i psykiatrien, men at de bør være godt integrerte.

Deler av utvalget forteller at de ville følt de hadde en fasade å opprettholde med en muslimsk psykolog. De ville være redd for å bli dømt som en dårlig muslim, og derfor muligens vært mindre åpen og ærlig med en muslimsk behandler, og tenkt mer over hva man kunne fortelle og hva man ikke kunne fortelle. Dette er spesielt problematisk hvis behandleren kjenner til deg eller familien din utenfor terapirommet også. En av informantene sier: *"Nå tenker jeg litt*

høyt da, men hvis jeg hadde gått til en etnisk norsk, hadde jeg gått til deg for eksempel, så er jo du veldig annerledes. For meg gjør det ingen verdens ting hva du tror om min tro, altså hvor troende jeg er eller ikke, og hva jeg opplever i familien og hvordan ting er rundt meg da, for du er på en måte så annerledes og utenfor dette religiøse som er viktig for meg. Men hadde jeg gått til muslim, sånn som meg, så hadde det kanskje føles litt som om du har en fasade å opprettholde, på en måte. At vedkommende er så lik meg, kanskje fra det samme miljøet, kanskje vet hvem jeg er utenfor og da hadde jeg kanskje holdt litt mer tilbake.”

Religion i terapirommet

En av styrkene som ble trukket fram med muslimske terapeuter, var at de hadde bedre forutsetninger for å bruke religion terapeutisk. Deltakerne i studien var enten positive eller nøytrale til å snakke om eller bruke religionen i terapi. Noen så på det som veldig naturlig at religionen deres skulle få plass i terapirommet, med tanke på at islam var en så stor del av livene deres. På spørsmål om det er ønskelig at religion skal snakkes om og brukes i terapi, svarte en: *”Ja. Islam er en veldig viktig del av livet mitt, og hvis man da faktisk klarer å ha en samtale om dette med religion tror jeg det er veldig positivt. Så hvis det er utfordringer man går gjennom hvor religion og islam kommer inn, så tror jeg at det er positivt å faktisk ha mulighet til å snakke med psykologen om det, enn at psykologen bare sier ‘nei islam er en privatsak, det skal vi ikke ha noe snakk om her.’ Det er ingen tvil om at psykologer har en verktøykasse som de kan ta i bruk, men jeg mener at islam kan være en faktor som også kan hjelpe deg psykisk da. Så det er noe jeg absolutt hadde sagt kunne hjulpet. Å snakke om eller bruke ting fra islam, som å lese litt om livet til profetene eller gjøre litt tilbedelser, meditasjon og så videre.”*

En annen informant påpeker at det kommer an på hva slags forhold klienten har til religion. Dersom man som psykolog møter en klient med muslimsk tro som ikke er så opptatt av religionen vil det ikke vært hensiktsmessig å ta i bruk religionen terapeutisk. I møte med en klient som ikke er så opptatt av rituelle handlinger, men heller vier åndelighet/spiritualitet en større rolle, vil en *”bearbeidingsmetode som var knyttet til spiritualitet kanskje hjulpet”*, som en informant sa. Andre mener det kommer an på hva slags problematikk man sliter med. Dersom problemene man står i er knyttet til religion er det mer naturlig at religion snakkes om. En av informantene som har gått i terapi forteller at religion ikke ble et fremtredende tema, men at dette var greit med tanke på at religion ikke var en essensiell del av

problematikken vedkommende oppsøkte hjelp for. Det ble mer snakk om hvordan vedkommende fant ro og styrke i religionen, og dette synes informantene var positivt.

En av deltakerne var åpen for å snakke om religion i terapi, men hadde ikke ønsket religiøs veiledning. Psykologer er tross alt utdannet innen psykologi, ikke teologi, og dette gjelder også muslimske psykologer: *”Man kan jo gjerne ta opp religion, og da kommer jeg sikkert til å reflektere rundt det. Slik jeg kjenner meg selv ville jeg sannsynligvis ikke tatt imot noe religiøst ”advice” fra vedkommende, for de vet jo ikke helt hvordan mitt forhold til religion er. Det spiller ingen rolle hvem psykologen er. Enda det hadde vært en muslimsk psykolog som skulle ta opp religion og gi meg religiøse forslag eller råd, så hadde det heller ikke vært så nyttig, fordi vedkommende er psykolog og har ikke den religiøse tyngden, da.”*

Egenskaper ved terapeuten

Hva slags kvaliteter er det så at informantene ønsker at psykologer skal besitte?

I Norge i dag er det slik at majoriteten av psykologer ikke har muslimsk bakgrunn, men hva kan man som norsk psykolog gjøre for å møte klienter med muslimsk tro på best mulig måte? Kunnskap om religion og kultur, åpenhet, engasjement og kjemi, trekkes fram som viktige punkter.

Store deler av utvalget forteller at de synes det er viktig at psykologer har noe kunnskap om andre religioner og kulturer, samt utfordringer knyttet til å vokse opp som innvandrere i Norge. Noen tror dette vil bidra til at personer med annen kulturell og religiøs bakgrunn får et bedre syn på norsk psykisk helsevern: *”Jeg tror det er viktig at man har noen psykologer som faktisk har kjennskap til hvordan det er å vokse opp som innvandrere. (...) Altså at man har vokst opp sammen med folk med innvandrerbakgrunn eller at man har undersøkt litt om utfordringer som muslimer eller de med annen kulturell bakgrunn har. Jeg tror det vil gi et veldig, veldig mye mer positivt syn på norsk psykisk helsevern. Fordi det er slik at man tenker at ’joda psykologen min forstår vanskelighetene mine, ikke like fullt som andre som går gjennom slike vanskeligheter, men hun forstår mye fordi hun har undersøkt om det.’*

Flere forteller at de sitter med et inntrykk av at det er lite religiøs-, kultur- og minoritetsforståelse i psykisk helsevern og utdanning, og etterlyser dette. *”Jeg tror kanskje psykologistudiet kunne hatt mer, et minoritetsperspektiv. At de kunne lært mer om minoritetsperspektivet i form av minoriteter i Norge i dag, hvilke tabuer som ligger der, hvilke*

kulturelle barrierer som ligger der”, sier en. Noen fortalte at de selv har vurdert å oppsøke psykolog, men vært skeptisk til om en terapeut ville kunne møte og forstå dem på riktig måte: *”Jeg har liksom tenkt at det kommer til å være så mye med mitt liv som psykologen kanskje ikke helt ville forstå, for eksempel ikke se viktigheten av noe jeg synes er viktig, og så videre”*. Vedkommende påpeker at dagens psykologi i stor grad er basert på forskning på studenter og hvite middelklassemenn, og at dette er problematisk. Det er viktig å ha forståelse for at andre kan ha *”helt ulike forutsetninger og helt ulike verdigrunnlag.”* I tillegg mener informanten at intervensjoner vil ha mulighet for å treffe bedre om psykologen har kjennskap til klientens religion og kultur. Har man kunnskap om klientens bakgrunn er det lettere å komme med noe klienten kan relatere seg til: *”Terapi er jo utviklet så man skal kunne hjelpe alle mennesker, men samtidig så må du kunne trekke frem de rette teknikkene til de rette personene, så jeg har følt meg litt usikker på om en psykolog vil kunne treffe riktig i typ veiledning eller råd eller hjelp (...) Selv om man alltid skal prøve å være åpen som psykolog, så vil det være vanskelig å trekke fram referansepunkter fra noe du ikke aner noe om.”*

En annen informant peker på det økonomiske aspektet ved å gå til en psykolog som ikke har kunnskap om klientens kultur og religion. Dersom man velger å oppsøke psykolog og betale penger for å få behandling, ønsker man ikke å bruke tiden sin på å lære opp psykologen sin om disse emnene. Man forventer at vedkommende skal ha slik kunnskap eller forståelse på forhånd, slik at terapitimene kan brukes effektivt: *”Psykologer skulle vært flinkere til å ha kjennskap til de kulturelle barrierene fra før av. Jeg tenker at hvis du skal gå til en psykolog, så sitter ikke du der og betaler ganske mye penger for at du skal forklare psykologen hvordan ting fungerer. Du sitter der for at du skal få hjelp med problemene. Og da er det veldig fint hvis den personen har noe grunnleggende kunnskap om hvordan ting fungerer. I stedet for at man skal bruke den tida på ja, å forklare at sånn og sånn og sånn fungerer det.”*

Flere mener det er viktig at psykologer viser åpenhet og forståelse, og har en nysgjerrig, ikke-dømmende holdning. Dersom en muslimsk klient mener at symptomene vedkommende opplever skyldes jinn, bør ikke terapeuten avfeie dette, men heller forsøke å forstå og være åpen, i følge en av informantene. Denne personen mente også at en psykolog allerede ved første møte burde spørre *”er det noen tro du har eller overbevisning du ønsker jeg skal ha i tankene, noe det er viktig for deg å holde fast ved?”*

Engasjement omtales også som en viktig egenskap hos behandlere. En av informantene som har gått til flere psykologer, forteller at engasjementet hos den siste av de var noe av det som gjorde denne terapien vellykket: *”Jeg fikk til slutt en en behandler som var litt sånn ildsjel. Som ville hjelpe meg å finne løsninger og komme videre, og så på det som en prinsipp sak at jeg ikke skulle skrives ut derfra før jeg fikk et positivt resultat. Psykologen var så engasjert. Det var hovedgreia som gjorde at det gikk bra den gangen.”*

En av de andre deltakerne som hadde gått i terapi skulle ønske terapeuten hadde vært mer aktiv. Vedkommende satt pris på at terapeuten lyttet og viste forståelse, men savnet mer bevisstgjøring og tolkninger av egne tanker og reaksjoner. De gangene terapeuten hadde gjort dette på en treffende måte ble beskrevet som veldig nyttige: *”Det var noen steder der hun bevisstgjorde meg veldig godt på ting. Bevisstgjorde meg på mine reaksjoner, på mine tanker, som jeg ikke var klar over. Og det var et par ganger hun gjorde det veldig fint, og det kunne hun nok gjort mer av. I stedet for å bare sitte og lytte. For det var veldig mye lytting.”*

En annen viktig faktor som nevnes er kjemi. Hvis en klient og en terapeut har god kjemi, vil det være positivt for behandlingen. Dette er ikke nødvendigvis like lett å bli opplært i, som en av informantene påpeker: *”Jeg tror at, som med alt annet i livet, hvis det er bra kjemi så vil masse ting funke, og hvis det ikke er det så vil få ting funke. Den kjemien, den tror jeg er viktig, og den er ikke opp til det offentlige å få gjort noe med. Selvfølgelig, vis anstendighet og respekt og imøtekommenhet. Det kan man jo alltid bli opplært i, men den kjemien er veldig personlig og den er veldig forskjellig fra individ til individ.”*

4 Diskusjon

Innvandring og globalisering gjør Norge til et stadig mer flerkulturelt land. Dette beriker samfunnet vårt, og byr på muligheter og utvikling. En befolkningssammensetning i endring medfører imidlertid også enkelte utfordringer. Særlig sentralt er spørsmålet om hvordan ivareta målet om god adgang til likeverdige helsetjenester i en befolkning som etter hvert blir svært sammensatt. Når vi da i tillegg vet at det er høyere forekomst av psykiske lidelser blant personer med innvandrerbakgrunn, samtidig som disse i mindre grad enn majoritetsbefolkningen oppsøker og gjør bruk av psykiske helsetjenester, har samfunnet en stor utfordring. Det kan være mange språklige, kulturelle og religiøse barrierer som bidrar til dette, og i denne studien har jeg valgt å fokusere på det som knytter seg til religiøse sider ved det å oppsøke hjelp. Muslimer i Norge representerer en ekstra utsatt gruppe, som utsettes for diskriminering og stigmatisering både på grunn av sin etniske bakgrunn og sin religiøse tilhørighet. Dette er følgelig en gruppe som en kan anta ville kunne ha et særlig behov for psykiske helsetjenester, og da er det viktig å utforske deres holdninger til slike tjenester, og hva som kan gjøre det lettere for dem å søke slik hjelp.

Formålet med denne studien var å oppnå økt innsikt i tanker, refleksjoner og holdninger til psykisk helse og helsehjelp blant muslimer bosatt i Norge. Dette ble undersøkt ved å tematisk analysere ni intervjuer med personer av muslimsk bakgrunn. Datamaterialet fra intervjuene var rikt og sammensatt, og det var tydelig at det stammet fra en gruppe med svært oppegående og reflekterte mennesker. Det var utfordrende å kategorisere materialet slik at mangfoldet ble ivaretatt, men etter flere avveininger ble de fem temaene (1) Religion som ressurs, (2) Forståelse av psykiske vansker, (3) Tanker om psykisk helsehjelp, (4) Gode hjelpere og (5) Perspektiver på psykologen som hjelper, identifisert. I den følgende diskusjonen har jeg valgt å drøfte funnene uavhengig av denne kategoriseringen. Jeg har trukket frem funn som er spesielt gjennomgående i informantenes beretninger, eller spesielt interessante i forhold til min valgte problemstilling. Disse funnene diskuteres i lys av eksisterende forskning på temaet og ideer til tiltak som bør iverksettes.

4.1 Problemløsning og mestringsstrategier

Ulik hjelp til ulike problemer

Vi har alle ulike måter å takle problemer og vansker som oppstår i livene våre. Vi kan forsøke å løse problemer selv ved hjelp av ulike strategier, vi kan henvende oss til andre mennesker for råd, trøst og hjelp, eller vi kan vende oss til høyere makter. Hvilke strategier vi velger avhenger gjerne av problemets art og omfang. I denne studien fant jeg at praktiske problemer ble løst av personene selv, eller ved hjelp av personer de enten så opp til eller som hadde kompetanse på området de slet med. Religiøse problemstillinger tas gjerne med imamer og andre religiøse ledere. Ved problemer av mer emosjonell art henvendte personene seg gjerne til Gud og religion, eller venner og familie man står nær og har tillit til. Dersom problemene var såpass store og alvorlige at ovennevnte strategier ikke hjalp, var psykolog neste alternativ. Andre studier med personer av muslimsk bakgrunn viser også at deltakerne gjerne oppsøker hjelp fra venner, familie og religiøse ledere for mindre problemer, og fra psykologer for større problemer (Smith, 2005; Weatherhead & Daiches, 2010).

Måter religion kan være til hjelp

Religion representerer en stor ressurs i mange menneskers liv. Det bringer glede, optimisme og tilfører livet mening, og kan virke beskyttende mot blant annet stress, depresjon og angst (Abu-Raiyaa & Pargament, 2011; Green & Elliott, 2010; Koenig, 2009). Deltakerne i min undersøkelse tok i bruk religionen som en ressurs, styrke og trøst i vanskelige tider, noe muslimer ofte gjør kanskje i enda større grad enn personer med andre tro- og livssyn (Loewenthal et al. 2001; Bhui et al., 2008). Islam er mer enn en religion, det er en komplett levemåte som tilbyr løsninger til enhver situasjon (Haque, 2004), noe som kanskje er grunnen til at religion har en så stor plass i informantenes liv, spesielt i vanskelige tider.

Religion kan virke som en styrke og trøst på mange ulike måter. Det finnes et spekter av religiøse mestringsstrategier som kan tas i bruk. Bønn er en spesielt velbrukt religiøs mestringsstrategi blant muslimer (Herzig, 2011; Loewenthal et al. 2001; Weatherhead & Daiches, 2010). I mitt utvalg fant jeg også at bønn, både gjennomføring av de fem daglige, rituelle bønnene (kalt *salah*), og personlig dialog med Gud (kalt *dua*), ble ekstra viktig i tøffe perioder. Mange begynte å be mer, fokusere og konsentrere seg mer i bønn, og dette ga ro og trøst. Lesing av Koranen, samt lytting til resitasjon av Koranen, ble også trukket frem som hjelpsomt, noe som støttes av annen forskning (Weatherhead & Daiches, 2010).

Islam bidrar også med holdninger og tankemåter som kan gjøre det lettere å forholde seg til problemer (Bhui et al., 2008). Utvalget i min studie tok i bruk ulike læresetninger fra Koranen som oppfordrer til tålmodighet og positivitet (se *Religiøst motiverte mestringsstrategier og tankemåter*), noe som virket som god hjelp i tøffe tider. Det var lettere for dem å akseptere, stå i og takle vansker og problemer når de betraktet dem som skjebnebestemte. Vanskene de gjennomgikk kunne anses som Guds vilje, og eventuelt som en test fra Gud for å gi dem muligheten til å vokse og utvikle seg. Problemer ble også mindre og enklere å takle ved å sette ting i perspektiv og fokusere på etterlivet og den større meningen med livet, samt ved å sammenlikne sine egne ”små” problemer med de enorme vanskene profeter og andre viktige skikkelser i islam gjennomgikk i løpet av sine liv.

Hjelp fra imam eller psykolog?

Studier fra andre vestlige land har vist at muslimer foretrekker veiledning og hjelp fra imamer i vanskelige tider (Abu-Ras et al., 2008; Ali et al., 2005; Youssef & Deane, 2006). Dette fant ikke jeg støtte for i min studie. Selv om noen av informantene fortalte at det fantes imamer som tilbød hjelp i forbindelse med personlige problemer, var det ingen som hadde benyttet seg av slike tilbud. De mente imamer flest ikke har riktig faglig bakgrunn, utdanning og kompetanse for å kunne gi psykisk helsehjelp. I tillegg har mange av dagens imamer ikke god nok kjennskap til norsk språk og kultur, noe som gjør det vanskeligere for dem å hjelpe og råde norske ungdommer. Imamers rolle er å veilede i forhold til åndelige og religiøse aspekter, og henvise personer med psykiske vansker videre til psykiatrien. Dette synet ble også delt av deltakerne i andre liknende studier (Alhomaizi et al., 2018; Smith, 2005).

Psykologer var altså å foretrekke når det gjaldt hjelp med psykisk problematikk. Personene var positive til å oppsøke psykolog dersom det skulle oppleves nødvendig. I en studie av Weatherhead og Daiches (2010) mente noen av informantene at det å oppsøke psykolog var et svik mot islam, og i en studie av Smith (2005) kom det frem at en del informanter mente islam og terapi i enkelte tilfeller kan være motstridende. Heller ikke dette fant jeg støtte for i mitt arbeid. Samtlige av deltakerne mente at islam var forenelig med psykoterapi, og at det ikke var noen motsetninger mellom de to. Noen mente også at islam som religion spesifikt oppfordret til å oppsøke psykologisk behandling når nødvendig, noe Alhomaizi og medarbeidere også fant i sin undersøkelse (2018). Videre fremhevet alle viktigheten av å oppsøke psykisk helsehjelp om nødvendig, og poengterte at psykiske lidelser er like alvorlige og viktige å behandle som somatiske lidelser.

Flere satt dog med et inntrykk av at eldre og førstegenerasjonsinnvandrere var mer skeptiske til psykologer. Denne gruppen har ikke tiltro til psykologers kompetanse på samme måte som den yngre generasjonen, og anser psykologer som unødvendige. Dette støttes av funn fra Weatherhead og Daiches' forskning (2010). Fra en annen undersøkelse hadde imidlertid deltakerne inntrykk av at det var utdanningsnivå, og ikke alder, som avgjorde ens holdninger til psykologer. Disse mente at personer med lavere utdanning hadde mer mistro til psykologer (Alhomaizi et al., 2018).

4.2 Barrierer til psykisk helsehjelp

Selv om informantene var positive til å oppsøke psykisk helsehjelp, kom det frem en del tanker og refleksjoner om barrierer som hindrer personer med muslimsk tro i å oppsøke hjelp. Da forskning tyder på at muslimer benytter seg relativt sett mindre av psykisk helsehjelp enn ikke-muslimer (Aloud & Rathur, 2009; Hedayat-Diba, 2000; Rethink, 2007), er det essensielt med kunnskap om hvilke barrierer som eksisterer og hva man kan gjøre for å overkomme disse.

Først og fremst er det manglende kunnskap om psykiske vansker og lidelser, samt hvor og hvordan man oppsøker psykisk helsehjelp. Flere innrømmet selv at de hadde lite kunnskap om dette, og etterlyste opplysning i muslimske miljøer i Norge. Flere studier har vist at en viktig grunn til at personer med muslimsk tro ikke oppsøker hjelp, er manglende kunnskap om hvor man kan få hjelp (Alhomaizi et al., 2018; Aloud, 2004; Smith, 2005). En annen viktig barriere er tabuet og skammen tilknyttet psykiske lidelser i muslimske miljøer. Både det å ha en psykisk lidelse og det å gå til psykolog er forbundet med mye skam, og i stor grad tabubelagt. Også dette funnet har mye støtte i eksisterende forskning (Ciftci, Jones & Corrigan, 2013; Weatherhead & Daiches, 2010; Youssef & Deane, 2006).

Psykiske lidelser blir også bagatellisert og dysset ned i deler av det muslimske miljøet, spesielt blant eldre. Enkelte tar ikke psykiske lidelser alvorlig, og anser det ikke som reell sykdom. For personer som sitter med en slik oppfatning er det følgelig heller ikke naturlig å oppsøke hjelp. Tradisjonelle forklaringer på psykiske lidelser, som svart magi, ondt øye, jinn og manglende tro og religiøsitet, representerer også en mulig barriere til å oppsøke psykisk helsehjelp. Dette støttes av funn fra eksisterende forskning (Alhomaizi et al., 2018; Aloud, 2004; Youssef & Deane, 2006). Når psykisk lidelse forklares på slike måter er det Koranen,

bønn eller religiøse ledere man vender seg til for å bli kurert, ikke psykologer. Utvalget i denne studien var skeptiske til bruk av imamer og heksedoktorer for eksorsisme, og understreket at psykologhjelp var det som egentlig trengtes i slike tilfeller. Noen var imidlertid åpne for at slike årsaker kunne være en del av forklaringen på psykopatologi, men ikke hovedgrunnen. Det økonomiske aspektet ble også trukket fram som en viktig hjelpesøkingbarriere. Dersom man har behov for rask psykisk helsehjelp, og ikke ønsker å stå i lange ventelister, er psykologhjelp svært kostbart. Mange har verken råd eller lyst til å bruke så mye penger på psykologhjelp. Dwairy (2006) fremhever også dette, og anbefaler derfor korttidsterapier med muslimske klienter.

Sist, men ikke minst, er det skepsis til norske psykologers flerkulturelle- og religiøse kompetanse. Flere av deltakerne mener det er for lite fokus på dette i psykologutdanningen, at psykologer har for lite kompetanse på dette området, og er følgelig skeptiske til deres hjelpeevne. Dette gjør også at de frykter å bli dømt og diskriminert av psykologen og hjelpeapparatet, noe som bidrar til at de er tilbakeholden med å oppsøke hjelp, og er mindre åpne når de først kommer i terapi. Noen er redde for fortelle ting som kan forsterke fordommer psykologen muligens har mot muslimer. I tillegg unngår noen å ta opp enkelte temaer knyttet til religion og kultur, fordi de tenker psykologen rett og slett ikke vil forstå. Andre studier har også identifisert mistro til psykologers flerkulturelle- og religiøse kompetanse som en barriere til psykisk helsehjelp blant personer med muslimsk tro (Smith, 2005; Weatherhead & Daiches, 2010), og flere studier bekrefter at vestlige psykologer har begrenset kompetanse på dette området (Carlson et al., 2002; Hage et al., 2006; McNeil et al., 2012).

4.3 Å være en god terapeut i møte med muslimske klienter

Personer som oppsøker psykisk helsehjelp er som regel i en sårbar situasjon. Deres livssituasjon har på en eller annen måte blitt så uhåndterlig at de trenger profesjonell hjelp, og de er avhengige av å møte terapeuter som er varme, fleksible og forståelsesfulle. Dette gjelder alle mennesker som oppsøker psykologhjelp, men kanskje muslimer i særlig stor grad med tanke på utfordringene de møter som minoritetsgruppe i det norske samfunnet, samt de ovennevnte hindringene som står mellom dem og det psykiske hjelpeapparatet. Så hvilke egenskaper ønsker muslimer at psykologer skal besitte? Det som gikk mest igjen i intervjuene, var kulturell og religiøs kompetanse og sensitivitet blant terapeuter. Det var

viktig for deltakerne at psykologer hadde kunnskap om deres religion og kultur, og at de kjente til noen av utfordringene personer med annen religiøs- og kulturell bakgrunn opplever. Kunnskap er imidlertid ikke tilstrekkelig, det er også viktig at terapeuter viser en interesse og respekt for klientens kultur og religion. I en studie av Herzig (2011) kom det også fram at deltakerne viste en sterk preferanse for terapeuter med multikulturell kompetanse, som i denne studien ble definert som kunnskap om, samt interesse og respekt for, klienters kulturelle og religiøse bakgrunn. Slik kompetanse kan man tilegne seg på egenhånd, eller henvende seg til imamer, muslimske trossamfunn, organisasjoner og moskeer (Weatherhead & Daiches, 2010).

En mulig løsning er å ”matche” terapeuter og klienter, slik at man som klient møter en psykolog med samme religiøse og kulturelle bakgrunn som en selv. Noen av informantene etterlyste flere psykologer med muslimsk bakgrunn innen psykiatrien i Norge, noe i informantene i Herzigs studie også gjorde (2011). Løsningen er imidlertid ikke så enkel. Selv om flere var positive til å oppsøke en muslimsk psykolog, og trakk fram positive sider ved dette (som at psykologen ville forstå ens religiøse bakgrunn, ha mulighet til å bruke religion terapeutisk, og at man ikke ville være bekymret for å stigmatisert) ble flere negative sider også trukket frem. Muslimske psykologer som ikke er oppvokst i Norge vil for eksempel ikke ha kunnskap om norsk språk, kultur og organisering av helsevern. I tillegg kan klienter risikere å føle at de har en fasade å opprettholde for psykologen, og at de ikke tør å åpne seg om temaer som er i strid med islamske normer og regler. De fleste deltakerne var relativt nøytrale i forhold til preferanser om psykologers religiøse bakgrunn, men mente vedkommendes erfaring og evner var viktigere. Mitt inntrykk var at de som identifiserte seg som mer religiøse og praktiserende muslimer, var mer positive til muslimske psykologer enn de som definerte seg som mindre religiøse og praktiserende. Annen eksisterende forskning på muslimers terapeut-preferanser viser motstridende resultater i forhold til terapeutens religiøse bakgrunn. Fellesnevneren er dog at de fleste som regel er åpne for å oppsøke både muslimske og ikke-muslimske psykologer, og at man finner fordeler og ulemper ved begge (Alhomaizi et al. 2018; Herzig, 2011; Kelly et al., 1996; Weatherhead & Daiches, 2010).

Forfattere har lagt vekt på betydningen av åpenhet og respekt i terapirelasjonen, og blant annet vist til at dersom en som terapeut sitter med fordommer og negative holdninger om islam og muslimer skinner dette lett gjennom, og vil være ødeleggende for terapiprosessen (Amer & Jalal, 2012; Dwairy, 2006). Dette reflekteres også i mitt arbeid, der åpenhet og

forståelse ble trukket frem som viktige terapeut-egenskaper. Psykoterapi medfører ofte at man som klient skal åpne seg og gjøre seg sårbar. Dette er utfordrende i seg selv, men muslimer representerer i tillegg en gruppe som blir utsatt for stigmatisering, og som muligens i enda større grad har vansker med å skulle gjøre seg sårbar. Da er det ekstra viktig at man møter en terapeut som viser aksept, åpenhet og møter klienten med en ikke-dømmende holdning. Noen muslimer kan for eksempel ha alternative, tradisjonelle måter å forstå psykopatologi på. Dersom en klient tør å dele denne sykdomsforståelsen med sin terapeut bør ikke dette avfeies uten videre, men heller samtales om, og forsøke å finne en felles forståelse der biologiske, psykologiske og religiøse faktorer kan samvirke.

Informantene ønsker også en psykolog som er aktiv og engasjert. Ved å være engasjert i klienten og dens problemer, viser terapeuten at den bryr seg, og at den er villig til å jobbe hardt for å hjelpe klienten med å få det bedre. Dette kan for eksempel innebære å være en aktiv terapeut som forstår, bevisstgjør, tolker og gir råd og veiledning. I følge Dwairy (2006) kommer muslimske klienter til terapi med en forventning om konkrete, praktiske råd, og kan bli skuffet dersom de ikke får dette. Psykologer ses på som eksperter på sitt felt, og en tilbakeholden psykolog kan anses som mindre kompetent og profesjonell. Slike konkrete, praktiske råd kan gjerne være av religiøs art. Religion representerer som nevnt en stor ressurs i informantenes liv, som sannsynligvis kan brukes terapeutisk. De fleste var positive til å bruke religion terapeutisk, og det å snakke om religion i terapirommet generelt, men mente det i stor grad var avhengig av hva slags problematikk man slet med. Dersom religion var en naturlig del av vanskene, ved at man for eksempel føler man blir diskriminert på grunn av religiøs bakgrunn, var religion veldig naturlig å snakke om. I tillegg burde bruk av religion terapeutisk tilpasses individuelt. Dersom en klient for eksempel ikke ber til vanlig vil det ikke nødvendigvis hjelpe med råd om at vedkommende bør begynne å konsentrere seg mer om de fem daglige bønnene.

4.4 Metodiske begrensninger

Studien har flere mulige begrensninger, som herunder diskuteres. Først og fremst tok jeg kun kontakt med to religiøse organisasjoner. Dette innebærer at personer som er medlemmer av andre muslimske organisasjoner og trossamfunn, eller ikke er medlemmer noe sted, ikke fikk tilbud om å delta. Videre var det slik at deltakerne ble rekruttert via selvseleksjon. Personer som ønsket å delta tok selv kontakt med meg, og dette kan bety at personer som er spesielt

interesserte i temaet stiller til intervju. Disse grunnene kan ha ført til at personene i mitt utvalg kun representerer et smalt utvalg av muslimer i Norge. Som nevnt tidligere var det ikke meningen at studien skulle være representativ for alle muslimer i Norge, men det er likevel relevant å reflektere over utvalgets eventuelle skjevhet. Mitt inntrykk er likevel at jeg intervjuet svært forskjellige mennesker med sprikende tanker, holdninger og meninger, og fikk fram rike beskrivelser av temaene jeg ønsket å undersøke. Det at jeg rekrutterte et par personer jeg hadde bekjentskap til fra før, kan også være en mulig svakhet. For disse deltakerne kan det ha vært vanskeligere å svare ærlig og åpent på spørsmål, spesielt i forhold til egne erfaringer med psykisk helsevern. Min vurdering er likevel at deres intervjuer ikke bar preg av dette, og at de fortalte like åpent om vanskeligheter og erfaringer med psykisk helsevern som de øvrige informantene.

I følge Payne (1999) er det viktig å reflektere over informanternes grunner til deltakelse i forskningsprosjekter, og at dette kan være kilder til eventuelle bias. Informantene i min studie fikk ingen belønning eller betaling for å delta i studien, men de fikk derimot en sjanse til å fremstille seg selv, og kanskje spesielt religionen sin i et positivt lys. Sosial ønskelighet er noe som kan påvirke intervjuobjekter. Flere informanter snakket om den negative måten islam blir portrettert i media, og om fordommer mot religionen som eksisterer i deler av den norske befolkningen. Det er mulig at noen av svarene bar preg av et ønske om å forsvare egen religion og fremstille den i et godt lys.

Når man utfører kryss-kulturelle intervjuer er det viktig å være bevisst på språklige og kulturelle barrierer. Dette kan påvirke hvordan intervjuer og informant forstår hverandre, både verbalt og non-verbalt (Patton, 2015). Informantene i denne studien var vokst opp i Norge, snakket flytende norsk og hadde tilsynelatende god kjennskap til norsk kultur og samfunn, men det er likevel mulig at misforståelser kan oppstå. Under intervjuene var jeg derfor bevisst på å stille oppklarende spørsmål hvis det var noe jeg ikke helt forstod eller var usikker på, og min opplevelse var at informantene gjorde det samme. Flere spurte for eksempel om definisjonen på ordet ”psykoterapi” hvis jeg spurte om noe i forbindelse med det. På slutten av hvert intervju åpnet jeg også opp for at deltakerne kunne komme med avsluttende tanker eller spørsmål.

4.5 Konklusjon og videre implikasjoner

Funnene fra denne undersøkelsen kan bidra med og styrke kunnskap på et område det er forsket lite på i Norge, nemlig holdninger til psykisk helse og psykisk helsehjelp blant personer med muslimsk bakgrunn. Funnene belyser muslimers forhold til egen religion, hvordan de kan bruke den som en ressurs i hverdagen, samt i terapi. For mange muslimer representerer ikke islam kun en religion, men et fullverdig levesett og en livsstil, og dette er det viktig at psykologer har et bevisst forhold til i møte med muslimske klienter. Gjennom undersøkelsen har jeg kunnet identifisere og beskrive viktige, opplevde barrierer til psykisk helsehjelp, samt anbefalinger til psykologer i møte med muslimske klienter.

Funnet som kommer klarest frem er behovet for mer kunnskap og kompetanse. Informantene i studien etterlyser mer kunnskap om psykisk helse og tilgjengelige hjelpetilbud i det muslimske miljøet i Norge, men de etterlyser også mer kulturell og religiøs kompetanse blant norske psykologer. Mange frykter stigmatisering og diskriminering, og finner det utfordrende å skulle åpne seg for en psykolog, spesielt om religiøse temaer. Disse personene trenger å møte åpne, reflekterte og tolerante psykologer som ønsker å hjelpe, også på klientens premisser. I terapeutisk arbeid vet vi at ingen klienter er like, heller ikke muslimske klienter, og terapitilbud må alltid tilpasses den enkelte klient. Noen kan ønske å bruke religion som en ressurs i hverdagen og i behandling, mens andre ønsker muligens å legge religionen til side og fokusere på helt andre ting i terapi. Dette må kartlegges individuelt, og psykologer bør være utforskende og spørrende, samt vise en større sensitivitet for forskjeller. Grunnleggende kunnskap om klientens religiøse og kulturelle bakgrunn bør likevel være på plass for å kunne gi et best mulig terapitilbud.

Det trengs mer forskning på dette området, gjerne med flere deltakere, og med større demografisk variasjon. Holdninger til psykiske lidelser og psykisk helsehjelp blant eldre og førstegenerasjonsinnvandrere hadde vært spesielt interessant å undersøke, siden deltakerne i denne studien mente eldre har et annet syn på dette enn dagens unge muslimer. Med en bedre forståelse av hvordan den eldre generasjonen tenker kan man legge forhold til rette for et bedre behandlingstilbud for disse, og også dagens unge muslimer. Med en større åpenhet i diskusjonene om forholdet mellom psykologi og religion, og om hvordan norske psykologer bedre kan møte mennesker med annen språklig, kulturell og religiøs bakgrunn, kan vi kanskje komme nærmere målet om å nå ut med adekvat psykisk helsehjelp til de som trenger det.

Litteraturliste

- Abu-Raiya, H. & Pargament, K. I. (2011). Empirically based psychology of Islam: summary and critique of the literature. *Mental Health, Religion & Culture, 14*(2), 93-115. <https://doi.org/10.1080/13674670903426482>
- Abu-Ras, W., Gheith, A. & Cournos, F. (2008). The Imam's Role in Mental Health Promotion: A Study at 22 Mosques in New York City's Muslim Community. *Journal of Muslim Mental Health, 3*(2), 155-176. <https://doi.org/10.1080/15564900802487576>
- Alhomaizi, D., Alsaidi, S., Borba, C., Lincoln, A., Moalie, A. & Muradwij, N. (2018). An Exploration of the Help-Seeking Behaviors of Arab-Muslims in the US: A Socio-ecological Approach. *Journal of Muslim Mental Health, 12*(1), 19-48. <http://doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0012.102>
- Ali, O. M & Aboul-Fotouh, F. (2012). Traditional Mental Health Coping and Help-Seeking. I Ahmed, S. & Amer M. (Red.), *Counseling Muslims. Handbook of Mental Health Issues and Interventions* (s. 33-47). New York: Routledge.
- Ali, O. M. & Milstein, G. (2012). Mental Illness Recognition and Referral Practices Among Imams in the United States. *Journal of Muslim Mental Health, 6*(2), 3-13. <https://doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0006.202>
- Ali, O. M., Milstein, G. & Marzuk, P. M. (2005). The Imam's Role in Meeting the Counseling Needs of Muslim Communities in the United States. *Psychiatric Services, 56*(2), 202-205. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.2.202>
- Ally, Y. & Laher, S. (2008). South African Muslim Faith Healers Perceptions of Mental Illness: Understanding, Aetiology and Treatment. *Journal of Religion and Health, 47*(1), 45-56. <https://doi.org/10.1007/s10943-007-9133-2>

Aloud, N. (2004). *Factors affecting attitudes toward seeking and using formal mental health and psychological services among arab-muslims population* (Doktoravhandling, The Ohio State University). Hentet fra

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15564900802487675>

Aloud, N. & Rathur, A. (2009). Factors affecting attitudes toward seeking and using formal mental health and psychological services among Arab Muslim populations. *Journal of Muslim Mental Health*, 4(2), 79-103. <http://doi.org/10.1080/15564900802487675>

Amer, M. A. & Jalal, B. (2012). Individual Psychotherapy/Counseling: Psychodynamic, Cognitive-Behavioral, and Humanistic-Experiential Models. I Ahmed, S. & Amer M. (Red.), *Counseling Muslims. Handbook of Mental Health Issues and Interventions* (s. 87-117). New York: Routledge.

Amri, S. & Bemak, F. (2012). Mental Health Help-Seeking Behaviors of Muslim Immigrants in the United States: Overcoming Social Stigma and Cultural Mistrust. *Journal of Muslim Mental Health*, 7(1), 43-63. <http://doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0007.104>

Amundsen, B. (2017, 24. november). Hvor mange muslimer er det i Norge i 2017? Hentet fra <https://forskning.no/religion-samfunn-samfunnskunnskap/2017/11/hvor-mange-muslimer-er-det-i-norge-i-2017>

Axelsson, J. A. (1998). *Counseling and development in a multicultural society* (3 utg.) Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.

Ayazi, T. & Bøgwald, K. P. (2008). Innvandreres bruk av poliklinisk psykiatrisk tjeneste. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 128, 162-165. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2008/01/originalartikkel/innvandreres-bruk-av-poliklinisk-psykiatrisk-tjeneste>

Azhar, M. Z. & Varma, S. L. (1995a). Religious psychotherapy in depressive patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 63, 165-158. <https://doi.org/10.1159/000288954>

Azhar, M. Z. & Varma, S. L. (1995b). Religious psychotherapy as management of bereavement. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 91(4), 233-235. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1995.tb09774.x>

Azhar M. Z., Varma S.L. & Dharap A.S. (1994). Religious psychotherapy in anxiety disorder patients. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 90(1), 1-3. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb01545.x>

Badri, M. (1979). *The dilemma of Muslim psychologists*. London: MWH London Publishers.

Basit, A. (2007). An Islamic perspective on coping with catastrophe. *Southern Medical Journal*, 100(9), 950-951. <https://doi.org/10.1097/SMJ.0b013e318145487e>

Berg, J. E. (2009). The level of non-Western immigrants' use of acute psychiatric care compared with ethnic Norwegians over an 8-year period. *Nordic journal of psychiatry*, 63(3), 217-222. <https://doi.org/10.1080/08039480802571010>

Berg, J. E. & Johnsen, E. (2004). Are immigrants admitted to emergency psychiatric departments more often than ethnic Norwegians? *Tidsskrift for den norske legeforening*, 124(5), 634–636.

Bhui, K., King, M., Dein, S. & O'Connor, W. (2008). Ethnicity and religious coping with mental distress. *Journal of Mental Health*, 17(2), 141-151. <https://doi.org/10.1080/09638230701498408>

Birch, M., Miller, T., Mauthner, M. & Jessop, J. (2002). Introduction. I Birch, M., Miller, T., Mauthner, M. & Jessop, J. (Red.), *Ethics in Qualitative Research* (s. 1-13). London: Sage.

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Brekke, J.-P. & Mohn, F. A. (2018). *Holdninger til innvandring og integrering i Norge - Integreringsbarometeret 2018* (Rapport 2018:8). Hentet fra <https://www.imdi.no/contentassets/9f6bf228de9342d2acd9b43063c49c63/integreringsbarometeret-2018-holdninger-til-innvandrere-og-integrering.pdf>

Carlson, T. D., Kirkpatrick, D., Hecker, L. & Killmer, M. (2002). Religion, spirituality, and marriage and family therapy: A study of family therapists' beliefs about the appropriateness of addressing religious and spiritual issues in therapy. *American Journal of Family Therapy*, 30(2), 157-171. <https://doi.org/10.1080/019261802753573867>

Cieurzo, C. & Keitel, M. A. (1999). Ethics in Qualitative Research. I Kopala, M. & Suzuki, L. A. (Red.), *Using Qualitative Methods in Psychology* (s. 63-77). Thousand Oaks, CA: Sage.

Ciftci, A., Jones, N. & Corrigan, P. (2013). Mental Health Stigma in the Muslim Community. *Journal of Muslim Mental Health*, 7(1), 17-32. <https://doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0007.102>

Clarke, V., Braun, V. & Hayfield, N. (2015). Thematic Analysis. I Smith, J. A. (Red.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (s. 222-248). London: Sage.

Dalgard, O. S. & Sveaass, N. (2010). Fra psykisk stress til sosial mestring. I Kumar, B. N. & Viken, B. (Red.), *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.

Dalgard, O. S., Thapa, S. B., Hauff, E., McCubbin, M. & Syed, H. S. (2006). Immigration, lack of control and psychological distress: Findings from the Oslo Health Study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47(6), 551-558. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2006.00546.x>

Dwairy, M. (2006). *Counseling and psychotherapy with Arabs and Muslims: A culturally sensitive approach*. New York, NY: Teachers College Press.

Elstad, J. I., Finnvold, J. & Texmon, I. (2015). *Bruk av sykehus og spesialisthelsetjenester blant innbyggere med norsk og utenlandsk bakgrunn* (NOVA Rapport 10/2015). Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og->

arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2015/Bruk-av-sykehus-og-spesialisthelsetjenester-blant-innbyggere-med-norsk-og-utenlandsk-bakgrunn

Erdal, K., Singh, N. & Tardif, A. (2011). Attitudes about depression and its treatment among mental health professionals, lay persons and immigrants and refugees in Norway. *Journal of Affective Disorders*, 133(3), 481-488. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.04.038>

Erickson, C. D. & Al-Timimi, N. R. (2001). Providing Mental Health Services to Arab Americans: Recommendations and Considerations. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 7(4), 308–327. <https://doi.org/10.1037//1099-9809.7.4.308>

EUMC. (2006). *Muslims in the European Union: Discrimination and Islamophobia*. European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia. Hentet fra <https://fra.europa.eu/en/publication/2012/muslims-european-union-discrimination-and-islamophobia>

Frey, M. & Roysircar, G. (2006). South and East Asian international students' perceived prejudice, acculturation, and frequency of help resource utilization. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 34(4), 208-222. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1912.2006.tb00040.x>

Furre, A., Sandvik, L., Heyerdahl, S., Friis, S., Knutzen, M. & Hanssen-Bauer, K. (2014). Characteristics of adolescents subjected to restraint in acute psychiatric units in Norway: a case-control study. *Psychiatric Services*, 65(11), 1367-1372. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300429>

Gallup. (2011). *Islamophobia: Understanding Anti-Muslim Sentiment in the West*. Hentet fra <https://news.gallup.com/poll/157082/islamophobia-understanding-anti-muslim-sentiment-west.aspx>

Gary, F. A. (2005). Stigma: Barrier To Mental Health Care Among Ethnic Minorities. *Issues In Mental Health Nursing*, 26(10), 979-999. <https://doi.org/10.1080/01612840500280638>

Garzon, F. L. (2005). Interventions that apply scripture in psychotherapy. *Journal of Psychology and Theology*, 33(2), 113–121. <https://doi.org/10.1177/009164710503300204>

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>

Hage, S. M, Hopson, A., Siegel, M., Payton, G. & DeFanti, E. (2006) Multicultural Training in Spirituality: An Interdisciplinary Review. *Counseling and Values*, 50(3), 217-234. <https://doi.org/10.1002/j.2161-007X.2006.tb00058.x>

Hamdan, A. (2008). Cognitive Restructuring: An Islamic Perspective. *Journal of Muslim Mental Health*, 3(1), 99–116. <https://doi.org/10.1080/15564900802035268>

Haque, A. (2004). Psychology from Islamic Perspective: Contributions of Early Muslim Scholars and Challenges to Contemporary Muslim Psychologists. *Journal of Religion and Health*, 43(4), 357-377. <https://doi.org/10.1007/s10943-004-4302-z>

Hedayat-Diba, Z. (2000). Psychotherapy with Muslims. I Richards, P. S. & Bergin, A. E. (Red.), *Handbook of psychotherapy and religious diversity* (s. 289-314). Washington, DC: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10347-012>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle: Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf

Helseforetaksloven. (2001). Lov om helseforetak m.m. (LOV-2001-06-15-93). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2001-06-15-93>

Herzig, B.A. (2011). *An Examination of American-born Muslim College Students' Attitudes Toward Mental Health* (Doktoravhandling, Antioch University New England). Hentet fra https://etd.ohiolink.edu/!etd.send_file?accession=antioch1305301419&disposition=inline

Hodge, D. R. & Nadir A. (2008). Moving toward culturally competent practice with Muslims: modifying cognitive therapy with Islamic tenets. *Social Work*, 53(1), 31-41.
<https://doi.org/10.1093/sw/53.1.31>

Hoffmann, C. & Moe, V. (2017). *Holdninger til jøder og muslimer i Norge 2017 – Befolkningsundersøkelse og minoritetsstudie*. Hentet fra
https://www.hlsenteret.no/aktuelt/publikasjoner/digitale-hefter/hl-rapport_13des-web.pdf

Hook, J. N, Worthington Jr., E. L., Davis, D. E., Jennings II, D. J, Gartner, A. L. & Hook, J. P. (2010) Empirically supported religious and spiritual therapies. *Journal of Clinical Psychology*, 66(1), 46-72. <https://doi.org/10.1002/jclp.20626>

Howitt, D. (2010). *Introduction to Qualitative Methods in Psychology*. Harlow: Pearson.

Hwang, W-C., Myers, H. F., Abe-Kim, J. & Ting, J. Y. (2008). A conceptual paradigm for understanding culture's impact on mental health: The cultural influences on mental health (CIMH) model. *Clinical Psychology Review*, 28(2), 211-227.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.05.001>

Ishaq, B. (2017). *Hvem snakker for oss? Muslimer i dagens Norge – hvem er de og hva mener de?* Oslo: Cappelen Damm.

Islamic Cultural Centre. (2018). *Om ICC*. Hentet fra <https://www.islamic.no/om-icc-2/>

Ivey, A. E., Ivey, M. B. & Simek-Morgan, L. (1993). *Counseling and psychotherapy: A multicultural perspective*. Boston: Allyn and Bacon.

Jareg, K. (2007). *Psykisk helse i et flerkulturelt samfunn*. Rådet for psykisk helse. Hentet fra <http://docplayer.me/49355-Psykisk-helse-i-et-flerkulturelt-samfunn.html>

Kareem, J. (1992). The Nafsiyat Intercultural Therapy Centre: Ideas and Experience in Intercultural Therapy. I Kareem, J. & Littlewood, R. (Red.), *Intercultural Therapy: Themes, Interpretations and Practice* (s. 14-37). Oxford: Blackwell Scientific Publications.

Kelly, E. W., Jr., Aridi, A. & Bakhtiar, L. (1996). Muslims in the United States: An exploratory study of universal and mental health values. *Counseling and Values, 40*(3), 206-218. <https://doi.org/10.1002/j.2161-007X.1996.tb00853.x>

Keshavarzi, H. & Haque, A. (2013). Outlining a Psychotherapy Model for Enhancing Muslim Mental Health Within an Islamic Context. *International Journal for the Psychology of Religion, 23*(3), 230-249. <https://doi.org/10.1080/10508619.2012.712000>

Khalifa, N. & Hardie, T. (2005). Possession and jinn. *Journal of the Royal Society of Medicine, 98*, 351-353. <https://doi.org/10.1177/014107680509800805>

Khan, Z. (2006). Attitudes towards counselling and alternative support among Muslims in Toledo, Ohio. *Journal of Muslim Mental Health, 1*(1), 21-42. <https://doi.org/10.1080/15564900600654278>

Kirmayer, L. J. (2012). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry, 49*(2), 149-164. <https://doi.org/10.1177/1363461512444673>

Koenig, H. G. (2009). Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. *The Canadian Journal of Psychiatry, 54*(5), 283-291. <https://doi.org/10.1177/070674370905400502>

Koenig, H. G., Pargament, K. I. & Nielsen, J. (1998). Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 186*(9), 513-521.

Kunst, J., Sam, D. L. & Ulleberg, P. (2012). Perceived islamophobia: Scale development and validation. *International Journal of Intercultural Relations, 37*(2), 225-237. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2012.11.001>

Kvale, S. (2007). *Doing Interviews*. London: Sage.

Kvale, E. & Hjelde, K. H. (2017). *Mental Health Challenges of Immigrants in Norway - A Literature Review 2009-2017* (NAKMI Report No. 1:2017). Hentet fra

<https://www.fhi.no/publ/2017/mental-health-challenges-of-immigrants-in-norway-a-literature-review-200917/>

Loewenthal, K. M., Cinnirella, M., Evdoka, G. & Murphy, P. (2001). Faith conquers all? Beliefs about the role of religious factors in coping with depression among different cultural-religious groups in the UK. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 293–303.

Markova, V. & Sandal, G. M. (2016). Lay explanatory models of depression and preferred coping strategies among somali refugees in Norway. A mixed-method study. *Frontiers in Psychology*, 7, 1-16. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01435>

McNeil, S. N., Pavkov, T. W., Hecker, L. L. & Killmer, M. (2012). Marriage and Family Therapy Graduate Students' Satisfaction with Training Regarding Religion and Spirituality. *Contemporary Family Therapy*, 34(4), 468-480. <https://doi.org/10.1007/s10591-012-9205-7>

Merrick, E. (1999). An Exploration of Quality in Qualitative Research: Are "Reliability" and "Validity" Relevant? I Kopala, M. & Suzuki, L.A. (Red.), *Using Qualitative Methods in Psychology* (s. 25-37). Thousand Oaks, CA: Sage.

Mohamed, C. (2000). Race, culture and ethnicity. I Feltham, C. & Horton, I. (Red.), *Handbook of Counselling and Psychotherapy* (s. 62-70). London: Sage.

Norsk Psykologforening. (2007). Prinsipperklæringen om evidensbasert praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(9), 1127-1128.

Oppedal, B. & Røysamb, E. (2004). Mental health, life stress and social support among young Norwegian adolescents with immigrant and host national background. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45(2), 131–144. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2004.00388.x>

Oxhandler, H. K., Parrish, E. E., Torres, L. R. & Achenbaum, W. A. (2015). The integration of clients' religion and spirituality in social work practice: A national survey. *Social Work*, 60(3), 228-237. <https://doi.org/10.1093/sw/swv018>

Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (4. utg.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Payne, S. (1999). Interview in Qualitative Research. I Memon, A. & Bull, R. (Red.), *Handbook of the Psychology of Interviewing* (s. 89-102). Chichester: Wiley.

Pew Research Center. (2017a). *The Changing Global Religious Landscape*. Hentet fra <http://assets.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/11/2017/04/07092755/FULL-REPORT-WITH-APPENDIXES-A-AND-B-APRIL-3.pdf>

Pew Research Center. (2017b). *Europe's Growing Muslim Population*. Hentet fra <http://www.pewforum.org/2017/11/29/europes-growing-muslim-population/>

Ponterotto, J. G. & Casas, J. M. (1991). *Handbook of racial/ethnic minority counseling research*. Springfield, IL: Thomas.

Rahiem, F. & Hamid H. (2012) Mental Health Interview and Cultural Formulation. I Ahmed, S. & Amer M. (Red.), *Counseling Muslims. Handbook of Mental Health Issues and Interventions* (s. 51-69). New York: Routledge.

Rassool, G. H. & Gemaey, E. M. (2014). Mental Health: Cultural and Religious Influences. I Rassool, G. H. (Red.), *Cultural Competence in Caring for Muslim Patients* (s. 178-204). Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Razali, S. M., Aminah, K. & Khan, U. A. (2002). Religious-cultural psychotherapy in the management of anxiety patients. *Transcultural Psychiatry*, 39(1), 130-136. <https://doi.org/10.1177/136346150203900106>

Razali S. M., Hasanah C. I., Aminah K. & Subramaniam M. (1998). Religious-sociocultural psychotherapy in patients with anxiety and depression. *The Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(6), 867-72. <https://doi.org/10.3109/00048679809073877>

Reme, S. E., Berggraf, L., Anderssen, N. & Johnsen, T. B. (2009). Er religion neglisjert i profesjonsutdanningen? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 9, 837-842.

Rethink (2007). *Our voice: The Pakistani community's view of mental health and mental health services in Birmingham*. Hentet fra <https://lemosandcrane.co.uk/resources/Rethink%20-%20Our%20Voice.pdf>

Retriever (2017). *Innvandring og integrering i norske medier 2017: En medieanalyse utført på oppdrag fra IMDi*. Hentet fra <https://www.imdi.no/contentassets/249dbcbd7eb948f89e12744258a2332e/innvandring-og-integrering-i-norske-medier-2017.pdf>

Rogers-Sirin, L., Yanar, C., Yüsekbaş, D., Senturk, M.I. & Sirin, S. (2017). Religiosity, Cultural Values, and Attitudes Toward Seeking Psychological Services in Turkey. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 48(10), 1587-1604. <https://doi.org/10.1177/0022022117732532>

Runnymede Trust Commission. (1997). *Islamophobia: A challenge for us all*. London: The Runnymede Trust.

Samari, G., Héctor, E. A. & Sharif, M. Z. (2018). Islamophobia, Health, and Public Health: A Systematic Literature Review. *American Journal of Public Health*, 108(6), 1-9. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304402>

Shah, A. A. (2005). Psychotherapy in vacuum or reality: Secular or Islamic psychotherapy with Muslim clients. *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology*, 3(1-2), 3-20. Hentet fra <https://psycnet.apa.org/record/2007-13361-001>

Sheikh, A. & Gatrad, A. R. (2000). *Caring for Muslim patients*. Abingdon: Radcliffe Medical Press.

Skinner, R. (2018). Traditions, Paradigms and Basic Concepts in Islamic Psychology. *Journal of Religion and Health*, 1-8. [https://doi.org/10.1007/s10943-018-0595-](https://doi.org/10.1007/s10943-018-0595-11)

Smith, J. (2005). *Removing Barriers to Therapy with Muslim-Arab-American Clients* (Doktoravhandling, Antioch University New England). Hentet fra https://etd.ohiolink.edu/!etd.send_file?accession=antioch1319727578&disposition=inline

Statistisk sentralbyrå. (2016a). *Levekår blant innvandrere i Norge 2016*. Hentet fra https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/309211?_ts=160ea9e4890

Statistisk sentralbyrå. (2016b). *Levekår blant norskfødte med innvandrerforeldre i Norge 2016*. Hentet fra https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/352917?_ts=163f3c45b50

Strabac, Z. & Listhaug, O. (2008). Anti-Muslim prejudice in Europe: A Multilevel analysis of survey data from 30 countries. *Social Science Research*, 37(1), 268-286. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2007.02.004>

Strabac, Z. & Valenta, M. (2012). Attitudes towards Muslims in Norway. I Helbling, M. (Red.), *Islamophobia in the West: Measuring and explaining individual attitudes* (s. 56-69). Abingdon: Routledge.

Straiton, M., Reneflot, A. & Diaz, E. (2014). Immigrants' use of primary health care services for mental health problems. *BMC Health Services Research*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-341>

Stålsett, G., Gude, T., Rønnestad, M. H. & Monsen, J. T. (2012) Existential dynamic therapy ("VITA") for treatment-resistant depression with Cluster C disorder: Matched comparison to treatment as usual. *Psychotherapy Research*, (22)5, 579-591. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.692214>

Sue, D. W., Ivey, A. E. & Pedersen, P. B. (1996). *A Theory of Multicultural Counseling and Therapy*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.

Suzuki, L. A., Prendes-Lintel, M., Wertlieb, W. & Stallings, A. (1999). Exploring Multicultural Issues Using Qualitative Methods. I Kopala, M. & Suzuki, L.A. (Red.), *Using Qualitative Methods in Psychology* (s. 123-135). Thousand Oaks, CA: Sage.

Thapa, S. B., Dalgard, O. S., Claussen, B., Sandvik, L. & Hauff, E. (2007). Psychological distress among immigrants from high- and low-income countries: findings from the Oslo Health Study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(6), 459-465. <https://doi.org/10.1080/08039480701773261>

Thorne, B. (2000). Religion and Secular Assumptions. I Feltham, C. & Horton, I. (Red.), *Handbook of Counselling and Psychotherapy* (s. 57-61). London: Sage.

Utz, A. (2012). Conceptualizations of Mental Health, Illness, and Healing. I Ahmed, S. & Amer M. (Red.), *Counseling Muslims. Handbook of Mental Health Issues and Interventions* (s. 15-31). New York: Routledge.

Vogt, K. (2014). Islamisme. *Store norske leksikon*. Hentet 20. mars 2019 fra <https://snl.no/islamisme>

Wahass, S. & Kent, G. (1997). The modification of psychological interventions for persistent auditory hallucinations to an Islamic culture. *Behavioral and Cognitive Psychology*, 25(4), 351-364. <https://doi.org/10.1017/S1352465800018750>

Willig, C. (2008). *Introducing Qualitative Research in Psychology*. Berkshire: Open University Press.

Yardley, L. (2008). Demonstrating Validity in Qualitative Psychology. I Smith, J.A. (Red.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (s. 235-252). London: Sage.

Youssef, J. & Deane, F. P. (2006). Factors influencing mental health help-seeking in Arabic-speaking communities in Sydney, Australia. *Mental Health, Religion & Culture*, 9(1), 43-66. <https://doi.org/10.1080/13674670512331335686>

Youssef, J. & Deane, F. P. (2013). Arabic-speaking religious leaders' perceptions of the causes of mental illness and the use of medication for treatment. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(11), 1041-1050. <https://doi.org/10.1177/0004867413499076>

Zhang, N., & Dixon, D. N. (2003). Acculturation and Attitudes of Asian International Students Toward Seeking Psychological Help. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 31(3), 205-222. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1912.2003.tb00544.x>

Østby, L. & Dalgard, A. B. (2017, 22. november). Fire prosent muslimer i Norge? Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/4-prosent-muslimer-i-norge>

Vedlegg / Appendiks

Vedlegg 1

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT "IMAM ELLER PSYKOLOG?"

Formålet med studien er å undersøke holdninger til psykologer og psykoterapi blant unge mennesker med muslimsk tro som er bosatt i Norge.

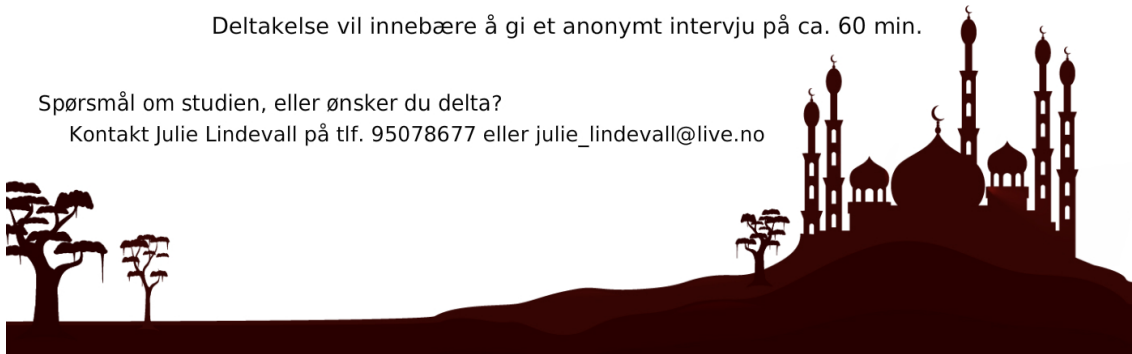
Prosjektet er tilknyttet et hovedoppgaveprosjekt på profesjonsstudiet i psykologi ved Universitetet i Oslo.

Personer identifiserer seg selv som muslimer og er over 18 år forespørres om å delta.

Deltakelse vil innebære å gi et anonymt intervju på ca. 60 min.

Spørsmål om studien, eller ønsker du delta?

Kontakt Julie Lindevall på tlf. 95078677 eller julie_lindevall@live.no



Jeg går for tiden siste året på profesjonsstudiet i psykologi ved UiO, og skriver hovedoppgave om muslimers holdninger til psykologer og psykoterapi. Jeg ser etter deltakere som vil la seg intervju om temaet (i ca. 60 min, valgfritt tidspunkt og sted). Det er selvsagt helt anonymt. Bare send en melding om du har spørsmål, eller ønsker å delta.

Litt mer info om studien:

BAKGRUNN OG FORMÅL

Formålet er å undersøke holdninger til psykologer og psykoterapi blant unge mennesker med muslimsk tro som er bosatt i Norge. Hvem ber man om hjelp fra når livet er tøft? Foretrekker man familie, venner, imam eller psykolog? Hvilken betydning har deres religiøse overbevisning når gjelder hvordan man takler vanskeligheter i livet? Er islam forenelig med psykoterapi?

Prosjektet er tilknyttet et hovedoppgaveprosjekt på profesjonsstudiet i psykologi ved Universitetet i Oslo.

Personer identifiserer seg selv som muslimer og er over 18 år forespørres om å delta.

HVA INNEBÆRER DELTAKELSE I STUDIEN?

Deltakelse i studien vil innebære å gi et intervju på ca. 60 min. Spørsmålene vil omhandle hvordan du takler utfordringer og problemer i livet, og dine holdninger ovenfor psykologer og terapi, samt eventuelle erfaringer. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd og transkribert.

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun prosjektleder som vil ha tilgang til personopplysninger. Deltakeres utsagn vil bli sitert i oppgaven, men ikke på en måte som gjør at man kan gjenkjennes av andre.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.10.18. Intervjudydopptak og alle personopplysninger vil slettes innen da.

FRIVILLIG DELTAKELSE

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Julie Lindevall (tlf. 95 07 86 77; mail: julie_lindevall@live.no). Veileder er Nora Sveaass, professor ved Universitetet i Oslo (tlf. 95 80 90 01).

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Vedlegg 2

Intervjuguide

Navn:

Dato:

Kjønn:

Alder:

Kan du fortelle meg om ditt forhold til islam? Anser du deg selv som en religiøs og praktiserende muslim? Hvilken betydning har religionen i livet ditt?

Alle mennesker møter på større eller mindre vanskeligheter og problemer i løpet av livet. Hva gjør du når du møter på vanskeligheter eller problemer? Hvordan takler du dette? Har du noen strategier? Hjelper religionen din deg på noen måte i slike situasjoner?

Når du har det vondt og ting er vanskelig, hvem søker du hjelp fra? Hva er det som gjør at velger du å søke hjelp hos vedkommende?

Hva vet du om norsk psykisk helsevern? Har du noen tanker eller oppfatninger om norske psykologer/psykisk helsevern?

En del mennesker oppsøker psykolog når livet er ekstra tøft. Har du noen gang oppsøkt psykolog eller annet psykisk helsepersonell?

Dersom informant har oppsøkt psykolog:

Hvorfor valgte du å oppsøke psykolog?

Hvordan synes du det var å gå til psykolog? Følte du deg forstått?

Ble det snakket om religionen din? Synes du det burde ha blitt snakket mer om/mindre om?

Hadde du noen opplevelser som var spesielt positive/negative?

Skulle du ønske at psykologen hadde gjort noe annerledes? Evt. hva?

Dersom informant ikke har oppsøkt psykolog:

Hva tror du er grunnen til at du aldri har valgt å oppsøke psykolog? Tror du at du hadde oppsøkt psykolog hvis livet var så vanskelig og tøft at du ikke klarte å takle det på egenhånd?

Hvordan tror du det er å gå til psykolog? Hva tror du skjer inne på et psykologkontor?

Vedlegg 3

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

” Imam eller psykolog?”

– En kvalitativ studie av holdninger til psykoterapi blant personer med muslimsk tro bosatt i Norge

Bakgrunn og formål

Formålet med studien er å undersøke holdninger til psykologer og psykoterapi blant unge mennesker med muslimsk tro som er bosatt i Norge. Prosjektet er tilknyttet et hovedoppgaveprosjekt på profesjonsstudiet i psykologi ved Universitetet i Oslo. Personer identifiserer seg selv som muslimer og er over 18 år forespørres om å delta.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien vil innebære å gi et intervju på 30-60 min. Spørsmålene vil omhandle hvordan du takler utfordringer og problemer i livet, og dine holdninger ovenfor psykologer og terapi, samt eventuelle erfaringer. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd og transkribert.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun prosjektleder som vil ha tilgang til personopplysninger. Navn vil endres allerede under transkribering. Deltakeres utsagn vil bli sitert i oppgaven, men ikke på en måte som gjør at man kan gjenkjennes av andre.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.10.18. Intervjulydopptak og alle personopplysninger vil slettes innen da.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Julie Lindevall (tlf. 95 07 86 77; mail: julie_lindevall@live.no). Veileder er Nora Sveaass, professor ved Universitetet i Oslo (tlf. 95 80 90 01).

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4



Nora Sveaass
Postboks 1094 Blindern
0317 OSLO

Vår dato: 02.07.2018

Vår ref: 60971 / 3 / TAL

Deres dato:

Deres ref:

Tilråding fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 31.05.2018 for prosjektet:

60971	<i>Imam eller psykolog? - En kvalitativ studie av holdninger til psykoterapi blant personer med muslimsk tro bosatt i Norge</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Nora Sveaass
Student	Julie Hørling Lindevall

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 15.10.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.