

SVENSKA INSTITUTET
FÖR
KOGNITIV PSYKOTERAPI



THE SWEDISH INSTITUTE
FOR
CBT/SCHEMATHERAPY

Psykoterapi med tolk möjligheter – svårigheter

Mariana Grabos

Marie Hagström

Examensuppsats
Legitimationsgrundande utbildning i Kognitiv Psykoterapi
Svenska Institutet För Kognitiv Psykoterapi
i samarbete med
Transkulturellt Centrum Stockholms Läns Landsting

Höstterminen 2006

Handledare: Sofie Bäärnhielm
Examinator: Hjördis Perris

SAMMANFATTNING

Vårt syfte är att belysa möjligheter och svårigheter i kognitiv psykoterapi med tolk. Uppsatsen består av en enkätundersökning, pilotintervjuer, en explorativ intervjuundersökning samt en litteraturstudie. Litteraturstudien avsåg att kartlägga området oberoende av teoretisk grund. Intervjuundersökningen omfattade tio kognitiva terapeuter. Terapeuterna arbetade på traumaenheter eller allmänpsykiatriska mottagningar. Resultaten är analyserade och sammanställda i enlighet med kvalitativ forskningsmetodik. Med kunskap och erfarenhet såg terapeuterna betydligt fler möjligheter än svårigheter att arbeta psykoterapeutiskt med tolk. Viktigt var tolkkontinuitet och att tolkarna socialiserades i arbetsmetoden. Kontroversiellt var kulturskillnadernas betydelse och tolkens roll som kulturförmedlare. Tempot blir långsammare och de flesta terapeuterna såg fördelar i detta. Terapi med tolk kan innebära att språkliga nyanser går förlorade men ökar friheten i kommunikationen.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	2
INLEDNING	6
SYFTE	8
LITTERATUR	8
Att välja att ha tolk eller inte – det är frågan	8
Psykoterapeutiskt arbete med tolk ur olika teoretiska perspektiv	9
Psykoanalytiska aspekter på terapeutiskt arbete med tolk	9
Familjeterapi med tolk	10
Systemisk terapi med tolk	10
Tolkningens roll i de kommunikativa processerna	11
Tolkning – ett kopieringsarbete?	11
Tolkning – ett analysarbete?	11
Möten över språkgränserna	12
Språkhantering i psykoterapeutiskt arbete med tolk	12
Kulturella aspekter	14
Kulturella skillnader	14
Tolken som kulturförmedlare	14
Aktiv kontra passiv tolk	15
Linkworker	16
Kulturella tabun	16
Konceptualisering utifrån ett kulturellt perspektiv	16
Diagnostik utifrån språkliga och transkulturella aspekter	17
Terapiprocessen	18
Inledning	18
Socialisering	18
Allians mellan tre	19
Agenda	19
Skattningsskalor	19
Terapiprocessens längd och antal	20
Boostersessioner	20
Tolkrollen	21
Fakta om tolkning	21
Tolkens utbildning och handledning	22
Tolkens neutralitet	22
Samarbetsfrågor	23
Samarbetsrelationen mellan tolk och terapeut	23
Tolkval	23
Telefontolk	24
Eftersamtal	25
Traumatisering	26
Traumatiserade patienter	26
Sekundär traumatisering	26
Vikarierande traumatisering	26
METOD	28

Metodteori	28
Kvalitet, validitet och etik	28
Undersökningens uppläggning och genomförande	29
Pilotstudie	29
Intervjufrågor	30
Enkätundersökning	30
Urvalsförfarande	30
Integritetsfrågor och hantering av citat	30
Genomförande	30
Analys	31
Litteraturgranskning	31
Urval	32
Bortfallsanalys	32
Begränsningar	32
RESULTAT	33
Redovisning av enkätundersökningen	33
Redovisning av pilotundersökningen	34
Redovisning av intervjuundersökningen	35
Språket	35
Hur terapeuten använder språket i tolksituationen	36
Terapikategori - Terapiform	36
Diagnoser	37
Terapiprocessen	38
Långsammare tempo	38
Ögonkontakt och tilltal	38
Socialisering	39
Allians	40
Konceptualisering – samarbete och begriplighet i det psykoterapeutiska samtalet	41
Strukturfrågor	42
Agenda	42
Terapisessionernas längd och antal	42
Skattningsskalor	43
Boostersessioner	43
Patientens upplevelse av det tolkade samtalet	43
Samtal utan tolk	44
Tolkrollen	45
Tolkens utbildning	45
Tolkens neutralitet	46
Telefontolk	46
Val av tolk och byte av tolk	47
Samarbetsfrågor	48
Tolken som en samarbetspartner	48
Tolkens närvaro	49
Eftersamtal	50
Traumatisering	51
Traumatiserade patienter	51
Traumatisering av tolken	51

Kulturella skillnader	52
Tolken som kulturförmedlare	53
Utbildningsterapi	54
Sammanfattning av resultatredovisningen	55
Sammanfattning av enkätsvaren	55
Sammanfattning av intervjusvaren	55
DISKUSSION	57
Styrkor och svagheter med vår studie	57
Att arbeta kognitivt i psykoterapi med tolk	57
Samtal mellan tre om kulturen	58
Slutord	58
REFERENSER	59
Bilaga 1 Enkätfrågor	62
Bilaga 2 Intervjufrågor	63
Personliga reflektioner	66

INLEDNING

Vi är intresserade av hur psykoterapeutiskt arbete med tolk kan bedrivas eftersom vi i vår yrkesutövning funnit svårigheter i tolkanvändning.

Vilka svårigheter och möjligheter finns, vad anser de terapeuter som arbetar med tolk? Ska det vara en generell kunskap som ingår i varje terapeuts utbildning eller en specialitet som endast ett fåtal terapeuter behärskar?

I vår studie/undersökning hoppas vi kunna få fram vilka förutsättningar som behöver råda för ett ändamålsenligt psykoterapeutiskt arbete, när våra patienter inte behärskar det svenska språket.

I Sverige finns idag ett stort antal människor med ett annat modersmål och som i kontakten med hälso- och sjukvården behöver tolkningshjälp.

Användning av tolk styrs av flera lagar.

Förvaltningslagen är den lag som alla myndigheter i Sverige måste följa. Den ålägger myndigheten att använda tolk vid behov, vilket innebär att myndigheten avgör om tolk ska användas men individens behov och önskemål ska styra avgörandet (SOU 2005:37 kap.5).

Förvaltningslagen (1986:223)

8§ När en myndighet har att göra med någon; som inte behärskar svenska eller som är allvarligt hörsel- eller talskadad, bör myndigheten vid behov anlita tolk.

Hälso- och sjukvårdslagens mål föreskriver vård på lika villkor.

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

Mål för hälso- och sjukvården

2§ Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.

I Socialtjänstlagen (2001:453) står skrivet att verksamheten ska grunda sig på respekt för människors självbestämmanderätt och integritet och den ska främja människors jämlikhet i levnadsvillkor, ekonomisk och social trygghet samt aktivt deltagande i samhällslivet.

Vi har undrat om lagens intentioner vad gäller psykoterapeutisk behandling går att uppfylla trots språkbarriären. Vi har fått intrycket att det verkar finnas en polariserad syn på möjligheter och hinder för att arbeta psykoterapeutiskt med tolk. Om terapeuter anser att det är en komplikation hur uppfylls då lagens intentioner om ”vård på lika villkor”?

För att belysa frågeställningen om möjligheter och svårigheter har vi definierat olika problemområden och vi har valt en koppling till den kognitiva terapimetoden eftersom uppsatsen skrivs inom ramarna för en legitimerande kognitiv psykoterapiutbildning. Våra frågeställningar är:

Strukturfrågor: Följer man de vanliga formerna kring diagnostik, skattning med stöd av skalor och boostersessioner? Påverkas terapisesionernas längd och antal?

Terapiprocessen: Hur påverkas socialisering, allians och konceptualisering av tolkens närvaro och språkbarriären? Kommer konceptualiseringsarbetet att påverkas av det specifika i situationen med en tolk som förmedlare av information och idiosynkratisk mening?

Samarbetsfrågor: Kollaborativ empirism är väsentlig inom kognitiv psykoterapi. En viktig aspekt blir då olika samarbetsfrågor mellan patient, tolk och terapeut. Kan tolken tillföra något eller blir vederbörande ett hinder?

Genomgående benämns terapeuter och patienter hon i uppsatsen. Tolkarna kallas uteslutande för han. Vi använder begreppet terapeut både för behandlare med steg 1 kompetens och för leg. psykoterapeuter.

SYFTE

Syftet med vår uppsats är att belysa de möjligheter och svårigheter det innebär att arbeta psykoterapeutiskt med tolk dels ur en bred allmän teoretisk bas och dels från det kognitiva perspektivet.

LITTERATUR

Att välja att ha tolk eller inte – det är frågan

Det finns mycket beskrivet i litteraturen om hur terapeuten tror att patienten upplever det tolkade samtalet. Endast i en undersökning har vi emellertid funnit att patienterna har blivit direkt tillfrågade om sina upplevelser av att ha tolk (Kline, Acosta, Austin & Johnson, 1980). En jämförande studie gjordes på en psykiatrisk klinik i Los Angeles där man frågade en grupp latinamerikanska patienter och behandlingspersonal hur de upplevde den terapeutiska kontakten med eller utan tolk. 61 patienter tillfrågades om sin upplevelse av att bli förstörd och få förtroende för terapeuten. 21 av dessa patienter hade tolk och de övriga 40 var tvåspråkiga och behandlingssamtalet genomfördes utan tolk på deras ”andra-språk”, d.v.s. det språk som inte var modersmålet. Anmärkningsvärt är den divergens som fanns dels mellan de båda patientgrupperna dels mellan patient och behandlare. De patienter som hade tolkade samtal upplevde att terapeuten förstod dem och lyssnade på dem och kände ofta ett stort förtroende för terapeuten. Skillnaden mellan de som hade samtal utan tolk var betydande. På samtliga punkter visar studien att patienterna utan tolk upplever sig i mindre utsträckning förstörda av och lyssnade på av sin terapeut. Även förtroendet för terapeuten skattades lägre. Terapeuternas åsikt var att patienterna i mindre utsträckning kände sig förstörda och lyssnade på och fick ett sämre förtroende för terapeuten när de hade tolk med i samtalet. Den här studien visar att patienten upplevde tolkade samtal mycket mer positivt och ansåg att de blev hjälpta i mycket högre utsträckning än terapeuterna trodde att de blev .

I litteraturen har vi funnit olika argument för att ibland välja att arbeta utan tolk fast det finns ett behov. Ett antagande är att terapeuten känner sig osäker med en tredje person i rummet och att hon kan uppleva sig iakttagen och kontrollerad i sin yrkesroll. Ett annat skäl kan vara att terapeuten tror att patienten hellre talar ett gemensamt språk med behandlaren även om patienten inte behärskar det till fullo (Bradford & Munoz 1999; Kline, Acosta, Austin & Johnsson, 1980).

I Lidbergs studie av psykodynamiska terapeuter framkom synpunkter på att patienten genom att få använda det nya språket i en trygg och förstående miljö skapade förutsättningar för att våga uttrycka sig på svenska också i andra sammanhang (Lidberg, 2000).

Engels (1987) tar upp ett annat perspektiv beträffande den tvåspråkiga patienten. Hon menar att det kan vara ett omedvetet val av tvåspråkiga att använda sitt andra språk för att skydda sig emot undantryckta traumatiska minnen.

Ytterligare en specialsituation är barnterapi som Nyberg (1989) skrivit en del om. Hon har bedrivit arbete och forskning kring familjeterapi och psykoterapeutiskt arbete med barn med

tolk. Nyberg skriver att vid barntolkning finns en utbredd uppfattning bland behandlarna att det går att ha en längre, bearbetande kontakt utan tolk även med barn som kan ganska lite svenska. Detta gäller om de har ålders- och kontaktmässiga förutsättningar att använda sig av lekmaterial, främst då Erica-material. De kontaktmässiga förutsättningarna innebär att barnet klarar av den enskilda kontakten med en svensk vuxen och arbetet blir då främst icke-verbalt och genom lek.

Psykoanalytiskt arbete med tolk ur olika teoretiska perspektiv

I litteraturen finns en del forskning beskriven kring psykoanalytiskt arbetet med tolk utifrån psykoanalytisk grund. Marika Lidbom-Jakobsson (1988, 1992) men även andra har forskat och skrivit om detta. Även om systemiskt arbete med tolk finns en del skrivet av andra författare.

Vi har därutöver hittat litteratur som berört användandet av tolk i psykoanalytiskt arbete med medvetandegraden. Tolkning i det sammanhanget skiljer sig från annan tolkning i att det är mera angeläget att tolken exakt följer terapeutens frasering, rytm, pauser och röstläge (Bradford & Munoz, 1993).

Röder och Opalic (1997) beskriver i sin studie av psykoterapi via tolk med en grupp turkiska patienter i Tyskland att det trots språkliga barriärer och kulturella skillnader gick att hitta vägar till en existentiell dialog. Gruppen träffades under fyra år och vid den tidpunkten fanns i Tyskland liten erfarenhet av att arbeta med psykoterapi med tolkhjälp och man ansåg att det var ”second-rate form of therapy”. Under arbetets gång upptäckte terapeuterna att psykoterapi över kulturgränserna inte bara är möjlig, utan också berikande.

Psykoanalytiska aspekter på terapeutiskt arbete med tolk

I den psykoanalytiska litteraturen kring användandet av tolk i psykoterapi ses tolken ofta som en av ramfaktorerna. Överföringsaspekterna är också något som ofta återfinns beskrivet i litteraturen utifrån det problematiska i att det finns två överföringsobjekt. Överföringsreaktionerna kan dock hanteras, t.ex. via eftersamtal med tolken (Lidberg, 2000). I litteraturen beskrivs dynamiken i en triad bestående av patient, tolk och terapeut. Teoretisk beskrivs oedipala, preoedipala och infantila reaktioner hos patienten. Enligt Lindbom-Jakobsson (1988) är det framförallt preoedipala reaktioner som är vanliga. Det psykodynamiska neutrala förhållningssättet öppnar för friheten att fantisera om den nya situationen, som patienten då lätt associerar till sina tidigare erfarenheter. Den psykoanalytiska situationen med tolk framkallar också intensivare, snabbare och mer abrupt de regressiva aspekterna av personligheten (Lindbom-Jakobsson, 1988). Primitiv klyvning kan göra att patienten riktar negativa reaktioner mot tolken eller terapeuten och positiva mot den andre (Lindbom-Jacobsson, 1988; Lidberg, 2000).

Vid psykoterapi med traumapatienter pekar en del författare på betydelsen av parallellprocesser (Lidberg, 2000). Där kan likheten med förhörssituationen innebära svårigheter (Lindbom-Jakobsson, 1988).

Tveksamhet har funnits inför att arbeta med insiktsbetonad psykoterapi med tolk utifrån betoningen på relationen mellan terapeut och patient och den roll som emotionella processer spelar i omstruktureringen. Tolken befaras i den processen fungera som en slags filter och tolkens närvaro skulle kunna påverka ”metakommunikativa” aspekter i samtalet. Att samtalet går igenom tolken skulle kunna jämföras med översättning av ett diktverk. ”Samma dikt kan i översättning finnas i flera olika versioner beroende på vem som översätter” (Lidberg 2001, s. 27). I Lidbergs intervjuundersökning av psykodynamiska och psykoanalytiska psykoterapeuter framkom att det skiljde sig hur terapeuterna såg på möjligheten att arbeta psykoterapeutiskt via tolk. Någon terapeut tyckte att tolk bara skulle användas i bedömning och utredning men andra tyckte att det gick bra att arbeta även insiktsbetonat via tolk. ”Ställningstagande till vilken behandling som kan bedrivas via tok tycks främst hänga samman med vana att använda tolk, men också i någon mån med teoretisk förankring” (Lidberg, 2001, s. 60).

Det är inte bara de strikt terapeutiska aspekterna som spelar roll för vilken terapiform som blir aktuell i samtal med tolk. Tolken närvaro som observatör kan spela roll för hur strikt terapeuter håller sig till ramarna och kan göra att terapeuter gör avkall på dessa. Terapin kan då tendera att bli mer av en stödjande karaktär (Lindbom- Jacobson, 1995).

Även andra skäl kan finnas till att terapin blir mer stöttande till sin karaktär, t ex. när patienten har en komplicerad, kaotisk symtombild. När tolk behövs i psykoterapi är det vanligaste att patienten inte kommit så långt i integrationsprocessen, och det behövs oftast en integrerad terapeutisk hållning (Projekt för etniska minoriteter, 2000).

Familjeterapi med tolk

Nyberg har skrivit om tolkade psykoterapier med familjer och barn. I familjeterapier befinner sig tolken i en svår balansgång. Han behöver förmedla terapeutens engagemang i familjen samtidigt som han ska vara ett strikt språkrör.

Det finns många likheter med andra tolkningssituationer i psykoterapeutiska sammanhang men också skillnader. En likhet är att det är viktigt att använda samma tolk genom hela psykoterapiprocessen, detta pga. att tolken har en central position i samtalsserien med en familj. Hon poängterar att tolkontinuiteten i det arbetet måste upprätthållas.

En skillnad vad gäller tolkade terapier med barn är att det inte går att vara lika strikt vad gäller ögonkontakt mellan terapeut och patient. Det faller sig inte naturligt för ett barn att inte titta på tolken under samtalet.

Det är enligt Nyberg vanligt att familjeterapi med tolk koncentreras till vissa behandlare. Hon tror att detta har med intresse att göra och hon noterar att dessa terapeuter inte finner så stora svårigheter i familjearbete med tolk (Nyberg, 1989).

Systemisk terapi med tolk

Mudarikiri skriver om det systemiska perspektivet. Där fokuserar terapeuterna på hur individer skapar och upprätthåller relationer och bilder av sig själva, varandra och omvärlden. Detta formas genom sättet att skapa meningsbärande kommunikation utifrån språk, sammanhang och sättet att relatera och kommunicera. Ett möte mellan tre personer, tolk, patient och behandlare blir ur dessa synvinklar komplext. Vad som kommuniceras i detta möte bestäms av i vilken mån vissa uttryck och metaforer har samma innebörd när de översätts, liksom av det kontext i vilket samtalet och det personliga mötet äger rum. Mudarikiri refererar till Kaufert om hur mänskliga problem förstås och förklaras. Det är

betingat av vilka ord som i ett visst språk används för att förklara psykologiska fenomen, liksom av kulturellt sammanhang och erfarenheter. Mudarikiri menar att på detta sätt består det tolkade samtalet av ett gemensamt tillskapande av en terapeutisk konversation, där varje deltagare är viktig. I denna modell krävs mer självreflektion av terapeuten därför att olika nivåer av relationer och kommunikation måste begripas.

I samtalet måste orden förstås och tolkas. Den icke-verbala kommunikationen liksom den kulturella och metaforiska meningen som ligger i varje konversation måste också komma fram. Enligt denna författare måste tolken ses som en aktiv deltagare i denna process, och det är inte möjligt att bortse från vederbörandes roll i interaktionen.

Författaren menar också att en diskussion med tolken före en terapisesession kan vara fruktbar i hypotesbildningen i systemiskt arbete med reflekterande team (enligt Milanomodellen), och pekar också på nyttan av tolkens deltagande i det reflekterande samtalet efter terapisesessionen (Mudarikiri, 2004).

Tekniker som är typiska för systemisk terapi som cirkulärt frågande, gestaltning, och användande av reflekterande team kan vara svårare att använda med tolk. Frågorna måste vara klarare, kortare och ibland mer direkta (Raval, 1996).

Tolkningens roll i de kommunikativa processerna

Tolkning - ett kopieringsarbete?

I litteraturen finns beskrivet olika sätt att se på kommunikation via det talade språket.

Wadensjö refererar till Chomsky som menar att människan har en medfödd språkförmåga. I denna ingår förmågan att producera, igenkänna och förstå meningar som följer vissa grammatiska regler. Meningarnas form tas för given och grammatiken ses som en verklighet, inte som en beskrivningsmodell. Språket är ett fast system, tillgängligt för observation oberoende av, om och hur det används. Chomsky menar också, vilket är gemensamt för hela skolan av strukturalistiska lingvister, att ord och ordkombinationer är "bärare" av bestämda, givna innebörder, oberoende av den situation som de används i.

Enligt den strukturalistiska förklaringsmodellen av kommunikation blir tolkens uppgift snarast ett kopieringsarbete. "Den språkliga aktiviteten ses helt bortkopplad från de agerande, yttrandets producent eller den eller dem det produceras för eller i den situation de befinner sig i" (Wadensjö 1987, s.37).

Tolkning – ett analysarbete?

Åsikterna går dock isär och Hwa-Froelich och Westby (2003) betonar att tolken inte är och inte kan bli en neutral maskin för språkvetenskaplig konversation och översättning. Enligt Wadensjö är att förstå en annan människa via det talade språket inte bara en fråga om ord. Det räcker inte att förstå de enskilda orden och fraserna. Viss kommunikation är helt omöjlig utan en mycket stor förförståelse om ex. skämt och ironi. Vad som sägs, hur det sägs och hur människor uppfattar det sagda är beroende av sammanhanget. Förståelsen av sig själv och andra är både förståndsmässig och känslomässig. Ibland dominerar förnuftet och ibland känslorna. Likväl finns båda sidorna alltid med. Hon menar att när vi lär oss ett främmande språk kan vi få intryck av att det är som att lära sig bygga med neutrala klossar. Vi plockar delar från grammatikor och lexikon och sätter ihop dem till något helt. I det språk vi behärskar

som vårt modersmål har vi ofta en mycket bestämd uppfattning om vilka ord som ger rätt eller fel nyans till ett visst sammanhang. I ett främmande språk menar Wadensjö så kan vi inte lika lätt avgöra nyansskillnader eller ”höra” vilken som är den känslomässiga laddningen. Men det innebär inte att nyanser och laddningar alltid är självklara för oss i modersmålet.

Sammanhanget och våra tidigare erfarenheter styr vår tolkning.

Tolkningen kan på så sätt också ses som ett analysarbete och Wadensjö beskriver Sperber och Wilsons modell ”the inferential modell”. Enligt deras modell uppnås kommunikation genom att det sker en aktiv bearbetning av varseblivning hos de samtalande parterna som agerar på ett kommunikativt sätt. Andras yttranden förstås och ens egna blir förstådda utifrån vad vi uppfattar med våra sinnen och därifrån dras slutsatser. Yttranden och beteenden produceras utifrån antaganden om vad samtalspartnern förstår. Både det verbala och icke verbala blir bekräftelse på att parterna aktivt är med i samtalet. Tolken uppgift enligt denna modell ett analyseringsarbete, att återge vad en part säger, på ett sätt som är anpassat efter en part som lyssnar, utan att förvanska den avsedda meningen med yttrandet (Wadensjö, 1987).

Möten över språkgränser

Vid en utbildningsdag på Transkulturellt centrum föreläste Entrena, auktoriserad tolk om sitt arbete som tolk (Att kommunicera med hjälp av tolk och linkworker, 2006). Hon berättade att många som arbetar inom vården tror sig ha rätt att diskutera och ifrågasätta patienternas språkkunskaper. De kan säga till patienterna: ”Va, kan inte du svenska efter så många år? Det måste man, ser du, om man ska kunna integrera sig”. Hennes fasta övertygelse är att alla som flyttar till ett land vill lära sig språket. Kan de inte språket beror det inte på att de inte vill lära sig språket.

”När människor med olika språk möts uppstår ömsesidiga svårigheter. Man kan ibland få uppfattningen att språksvårigheter är något som enbart ligger hos den ena partnern och glömmes lätt det ömsesidiga i situationen. På vilket sätt språksvårigheterna definieras handlar om den kontext där mötet äger rum, men också om värderingar, maktstrukturer och vem som anser sig ha tolkningsföreträde. Hur man på ett individuellt plan förhåller sig till dessa svårigheter handlar också i hög grad om viljan att förstå” (Lidberg, 2000, s.12).

Engels (1997) pekar på att språket är nära sammankopplat med den sociala strukturen i ett samhälle. Sociala relationer realiseras och regleras genom språket.

Lidberg refererar till Bustos då hon skriver om betydelsen av att inte ha tillgång till det språk som talas i den sociala kontext där individen befinner sig. Det kan skapa identitetsproblem, då ens personlighet plötsligt inte längre kan uttryckas via språket. Risken är stor att omgivningen inte fullt ut kan uppfatta personens ”rätta jag”. ”Känslan av identitetsförlust förstärks sedan av att man från omgivningen ofta tillskrivs en stereotyp identitet” (Lidberg, 2000, s.12).

Att förstå eller inte förstå en annan människa handlar alltid om något ömsesidigt. Det handlar om både önskan och viljan mellan människor att göra sig förstådda och bli förstådd. Även mellan människor som talar samma modersmål och levt tillsammans i flera decennier uppstår missförstånd och problem med förståelsen av det som sagts. Lidberg (2000) talar om språkbarriären som ytterligare ett hinder att ta sig över eller gå runt då människor försöker förstå varandra.

Språkhantering i psykoterapeutiskt arbete med tolk

Det finns mycket som kan underlätta vid tolkanvändning i psykoterapier. En del handlar om hur terapeuten använder språket. Det är nödvändigt att terapeuten har en medvetenhet och

kunskap om tolkens arbetssätt och sitt eget sätt att tala. Terapeuten bidrar då till ett gott och välfungerande samtalsklimat där förståelsen är god.

Flera författare tar upp olika saker som terapeuten bör beakta i sitt användande av språket då hon använder tolk i psykoterapier. Nivån i språket, menar Englund-Dimitrov (1991) ansvarar behandlaren för. Både tolk och patient måste förstå den terminologi som behandlaren använder, så terapeuten ska vara försiktig med att använda speciella tvetydigheter, ironi, dialektala uttryck m.m.

Bradford och Munoz (1993) påpekar att när man använder tolk är det viktigt att man anpassar längden på sina fraser och yttrandet till tolksituationen. Annars belastas tolkens minne för mycket och vederbörande tenderar att summera eller ändra patientens ord. Tolken bör inte använda sig av sammanfattningar då dessa gör att nyanser, både verbala och icke-verbala går förlorade. Vid en sammanfattning blir det tolken säger mer likt en berättelse (Nyberg, 2000). Långa sammanfattningar medför också svårigheter för terapeuten att följa med i alla steg. Terapeuten har sämre möjligheter att intervensera i det som sagts tidigt i sammanfattningen. Det blir också svårigheter för terapeuten att matcha paralingvistiska uttryck med orden. Detta kan leda till emotionell avtrubning i samtalet (Bradford & Munoz, 1993).

Utöver ovanstående finns andra formfrågor som är viktiga att tänka på. Englund-Dimitrov (1991) säger att terapeuten inte får avbryta sig själv mitt i en mening, inte heller avbryta någon av de andra parterna. Det är bara tolken som vet när han översatt färdigt och för terapeuten är det svårt att veta om det finns fog för att avbryta. Terapeuten bör visa förståelse om tolken tvingas avbryta vid något tillfälle.

Westermeyer refererar till Berkanovic och skriver att terminologin och olika terapeutiska tekniker som terapeuten använder är väsentliga. Medicinska och psykiatriska termer kan vara svåra att översätta till lekmansspråk, speciellt om inte patienten är familjär med psykologiska termer. De terapeutiska teknikerna måste användas på ett sätt som är möjligt att tolka (Westermeyer, 1990). Behandlarens uppgift är att förmedla intentionen med sina ord. Dessa intentioner ska bli tydliga via de frågor som terapeuten ställer. Tolken kan i viss mån, som t ex vid bildligt tal vara behjälplig i att förklara patientens intention, men om terapeuten fortsätter att fråga kring det så skall tolken föra tillbaka frågan till patienten (Bradford & Munoz, 1993).

Olika teknikproblem uppstår i terapi med tolk som har att göra med det onaturliga i att tala i jagform när det egentligen är en annan persons yttrande. Att å andra sidan använda tredje person är olämpligt och kan bli väldigt otydligt i samtalet. Risk finns för syftningsfel mm. När tolken byter ut första person till tredje person är det också lätt hänt att tolken börjar summera, med alla nackdelar det innebär.

Den viktigaste aspekten av att behålla första person vid översättningen är dock att omedelbarheten i patient - terapeutrelation bevaras (Bradford & Munoz, 1993).

Kulturella aspekter

Kulturella skillnader

Om kulturella skillnader finns det många åsikter i litteraturen. Det handlar inte bara om vilka kulturella skillnader som finns utan också vilken betydelse dessa skillnader har. Frågan är om det som är särskiljande kulturellt överhuvudtaget har någon betydelse i det mellanmännsliga mötet. Flera studier som vi refererar till nedan pekar på att det är viktigt att känna till de kulturella skillnaderna när vi möter människor från andra kulturer emedan andra studier pekar på att just detta att inte veta och ha all kunskap skapar grogrund för ett nyfiket engagerat intresse i den andre. Vi är alla först och främst människor, därefter är vi kulturbärare (Projekt för etniska minoriteter, 2000).

Mötet med patientens kultur sett ur dennes perspektiv och med hennes ”glasögon” är ett sätt att uppleva kulturella olikheter i frånvaro av generaliserbara förkunskaper. Detta menar en del ökar möjligheterna till närhet och förståelse i alla mellanmännsliga relationer.

Detta synsätt framkommer i Lidbergs studie där flera av de intervjuade psykodynamiska terapeuterna anser att kulturkompetens inte är så betydelsefull. De menar att vid behandling av patienter med annan språk och kulturbakgrund ställs det högre krav på ett utforskande och detta anses vara av godo för terapin (Lidberg, 2000).

Nyberg talar om det universellt mänskliga och de kulturellt särskiljande aspekterna och menar att båda är betydelsefulla för hur människor relaterar till varandra och hur de upplever närhet och avstånd i relationen (Nyberg, 1989). Wadensjö (1987) skriver om att det finns kulturskillnader i liv och språk men inte bara mellan nationaliteter utan också mellan landsbygd och stad, mellan generationer och yrkesgrupper. Hon säger att en inriktning på de politiska och sociala gränserna istället för nationella gränser skulle ge oss andra möjligheter att förstå hur ett tvärkulturellt möte kan upplevas chockartat eller utmanande.

Som sammanfattning av det vi funnit kan sägas att frågan om kulturella skillnader är en ytterst komplex frågeställning som omfattar allt ifrån individens inre värld till den yttre världens geografiska gränser. Viss kulturell kunskap anses bra men till syvende och sist så är det med vilket ”sinnelag” man går till mötes i den mellanmännsliga relationen som är det avgörande.

Tolken som kulturförmedlare

Tolkens vara eller icke vara som kulturförmedlare är ytterligare en komplicerad frågeställning med många olika åsikter bland dem som studerat frågan. Det ingår inte i tolkens yrkesroll att vara kulturförmedlare enligt Kammarkollegiet som auktoriserar tolkarna.

Enligt 4§ i Kammarkollegiets tolkföreskrifter (KAMFS 2004:1) i God Tolksed (2004) som beskriver kunskapsprovet vid auktorisation står bl.a. att:

”Tolken ska behärska svenska och tolkspråket och vara väl insatt i båda språkens ordförråd, grammatik och uttrycksmöjligheter. Han ska ha god läsförståelse och skrivkunnsighet.

Tolken ska kunna utföra en teknisk tillfredställande tolkning med god informationsöverföring. Han skall vidare känna till god tolksed och ha erforderliga terminologi- och realiakunskaper i sociala frågor, sjukvård, socialförsäkringar, arbetsmarknad och vardagsjuridik. Han skall också vara tillfredsställande orienterad om det svenska samhällets organisation i stort”.

Önskemål från terapeuten att tolken ska vara både en förmedlare av språket och kulturen ställer stora krav på tolken i hans yrkesutövning, krav som inte finns i hans arbetsbeskrivning. En del författare menar också att det är oförenliga krav emedan andra anser att det är en nödvändighet att tolken har dessa båda funktioner.

Englund-Dimitrova (1991) är bestämd i sin åsikt att tolken ska hålla sig till de yrkesetiska reglerna. Hon menar att kraven på tolken är orimliga om han ska ha en expertroll i kulturskillnader utöver sin ordinarie yrkesroll. För att ha möjlighet att fungera som en ”kulturlänk” genom att ex. kunna ge förklarande och kompletterande information krävs att tolken innehar fullständig dubbel kulturkompetens, stor psykologisk insikt och empatisk förmåga, vilket kräver lång utbildning och träning.

Hon menar att tolkarnas bakgrund och erfarenhet är mycket blandad. Det är dessutom mycket svårt att kunna avgöra och avgränsa när tolken ska gå in och ha en kulturförmedlande roll och vem som ska avgöra och bedöma det.

”Är det tolkens sak att avgöra vad en samtalande ”egentligen menar” med det han säger. (”Patienten säger ja, men menar egentligen nej, för så är det i den här situationen i den här kulturen”)? Och vilka garantier har man för att just tolkens förklaring av ett visst sakförhållande är den riktiga eller i sammanhanget relevanta? Jag tror att risken är stor att om tolken intar denna roll dels omyndigförklarar de båda samtalande, dels faktiskt skapar fler missförstånd än han klarar upp”(Englund-Dimitrova, 1991, s. 290-291).

För att kunna tolka mellan människor från skilda kulturer med stora olikheter i normer, värderingar och livssyn ställs stora krav på tolken. Han ska vara hemmastadd med båda kulturerna men också ha en distans till dem. Dessutom måste han vara klar med sin egen identitet och klara att hålla det nödvändiga avståndet till sig själv för att kunna vara neutral i sin tolkroll. ”Deltagarnas gemensamma kunskaper om varandra och det som avhandlas är små eller obefintliga och det är oftast tolken som genom sin dubbla kulturkompetens har den bästa förståelsen för situationen” (Niska, 1991, s.273). Lindbom-Jakobson skriver om tolken som kulturbyggare och förebild. En etnisk tolk kan fungera som en brygga mellan klientens kultur och den svenska sjukvårdskulturen. ”Den etniska tolken utgör här en modell för klienten att följa, att ta efter och ta lärdom av”(Lindbom-Jakobson, 1995, s.176).

Flera författare omnämner också detta med patientens möte med olika behandlare i situationer som ligger långt utanför patientens tidigare erfarenhetsområde och världsbild.

Miller et al. (2005) påpekar att vid första kontakten måste psykoterapeutisk behandling normaliseras för de patienter som kommer från kulturer där denna behandlingsform är främmande eller stigmatiserande.

Tolken kan också ha en legitimerande funktion om patienten känner sig främmande och bortkommen i mötet med behandlare speciellt om situationen ligger långt utanför alla tidigare erfarenheter. Tolkens legitimerande funktion är en sekundärvinst i terapin. Den är icke-verbal. Tolkens får genom sin kroppsliga närvaro ett ansvar för kontakten mellan patient och personal (Nyberg, 2000).

Aktiv kontra passiv tolk

Hwa-Froelich och Westby (2003) talar om den passiva kontra den aktiva tolken och menar att det kan finnas olika syn på hur tolken kan röra sig inom fältet aktivitet kontra passivitet.

Enligt en definition är den passive tolken en som passivt föremedlar det sagda mellan parterna och inte har en egen relation med dessa. En aktiv tolk kan å andra sidan ”förhandla mellan två kulturer” och på så sätt utveckla tillit och ett respektfullt bemötande.

Tolken kan gå ett steg vidare och interagera ännu mer, för att förbättra förståelsen mellan behandlare och patient. En tolk som arbetar på det sättet kan då gå in och reda ut missförstånd. Författarna jämför i sin artikel en neutral och en aktiv tolk, där den aktiva tolken etablerar ett förhållande, förhandlar och skapar förtroende och respekt mellan två kulturer. Tolkens blir en ”kulturell mäklare” som kan kommunicera och förankra den sociokulturella meningen av samtalet.

Linkworker

Ytterligare ett steg i riktningen mot en större kulturfömedlande roll tas via s.k. linkworker. Det finns 7 utbildade s.k. link-workers/kulturlänkar i Sverige som har gått 3 terminer på Folkhögskola i en riktad utbildning för link-workers. Utbildningen var ett EU-projekt om stadspolitik, social integration och medborgarskap inom ramen för PfMI, partnerskap för multietnisk integration (Gailly, Giménez, Guest & Molina, 2001).

En av de utbildade ”kulturlänkarna”, Abdukadir Salad Ali föreläste på Transkulturellt centrum i Stockholm om sitt arbete (Att kommunicera med hjälp av tolk och linkworker, 2006).

Han har sedan fyra år en projekt anställning som linkworker för de somaliska innevånarna i Spånga-Tensta i Stockholm. Hans uppgift är att vara behjälplig i olika sammanhang där det finns behov av att hjälpa ex. myndigheter och kommuninvånare att förstå varandra. Linkworkens uppgift är inte att tolka ordagrant och ofta finns tolk med i början vid kontakter mellan ex. handläggaren i kommunen, den somaliska familjen och Abdukadir Salad Ali. En ökad förståelse för olikheter och likheter mellan olika kulturer underlättar samarbetet och Sofie Bäärnhelm enhetschef på Transkulturellt centrum, som var med under utbildningsdagen menade; ” Bara att få information om traditionen kan göra att man kan finna en lösning”.

Kulturella tabun

När det gäller kulturella tabun menar några författare att det spelar roll med tolkens närvaro. Ibland påpekas att tolken kan fungera som en förklarande länk mellan terapeut och patient vilket gör det möjligt att närma sig och förstå kulturbundna tabun för terapeuten. Det kan också för en del patienter var lättare att prata t ex om andliga fenomen och religion när en tolk finns med. Det kan kännas tryggare och minska risken för att patienten blir förlöjligad (Raval, 1996).

Tolkens närvaro, om han kommer från samma kultur som patienten, kan samtidigt omöjliggöra samtal om tabu-belagda ämnen. Det kan t ex vara svårt för patienten att tala om känsliga saker med en tolk närvarande, kanske särskilt om det rör sig om saker som i tolkens och patientens kultur är skamfyllt (Gordan, 2004).

Viktigt är sammantaget att behandlaren tar hänsyn till ”kulturella tabun” (Nyberg, 2000).

Konceptualisering utifrån ett kulturellt perspektiv

I psykoterapi med tolk blir den bild som tolken förmedlar en del av kartläggningen som ligger till grund för konceptualiseringen. Samarbetet gynnas av att tolken förstår vad som pågår under samtalet, vederbörandes uppgift är inte bara att översätta orden utan också att begripliggöra innebörden (God tolksed, 2004). På så sätt kommer tolkens sätt att hantera översättningen att spela roll för begripliggörandet av patientens problematik.

Patienten kan komma från ett sammanhang där det finns egna föreställningar om hur psykisk sjukdom kan förstås (Raval, 1996). Patienten kan vara helt obekant med psykoterapi och kanske inte heller har modeller för att inom sina ramar få det begripligt hur olika psykologiska fenomen kan spela roll för hur hon mår . Denna svårighet behöver överbryggas innan en arbetsallians kan formas (Raval, 1996).

Kulturbundna föreställningar kan spela roll för konceptualiseringen som görs tillsammans med patienten. I en avhandling av Bäärnhelm (2003) beträffande begripliggörande av psykiatrisk

sjuklighet hos en grupp turkiska kvinnor pekas också på att remiss till psykiatrisk mottagning upplevdes som orimlig utifrån deras egen föreställningsvärd om deras besvär och orsakerna till dessa. Det framkom i undersökningen att det var svårigheter för dessa kvinnor att få den psykiatriska förklaringsmodellen accepterad i deras nätverk. För omstrukturering krävs att interventionen är koherent med patientens kulturella konstrukt (Bäärnhielm, 2004).

Diagnostik utifrån språkliga och transkulturella aspekter

De flesta av migrantgrupperna har högre psykiatrisk sjuklighet än de som inte migrerat (Westermeyer, 1990). Westermeyer refererar till Kinzie et al., Nichter och Wittkower et al., vad gäller att språket spelar stor roll för hur psykopatologi uppfattas och uttrycks. Det har visat sig att diagnostiken av olika psykiska tillstånd och skattning av allvarlighetsgrad varierar beroende på hur bekanta behandlare och patient är med varandras språk (Bradford & Munoz 1993). Bradford och Munoz (1993) refererar till Westermeyer om att en svårighet vid användande av tolk i diagnostiken kan vara att språkliga störningar finns vid psykisk sjukdom. Om tolken tenderar att rätta till de språkliga bristerna kan det försvåra den psykiatriska diagnostiken.

Raval (1995) refererar till DeZelueta, Lau, Marcos, Cox när han talar om, att när tolken finns med i bedömningen ökar exaktheten i den psykiatriska diagnostiken.

Därutöver skriver Westermeyer (1990) och refererar till Boxer och Garvey att risken för feldiagnostik är hög om transkulturella diagnostiska metoder inte används.

Hays (2001) skriver om att riktlinjer för transkulturell diagnostik inkluderar kulturella, språkliga, religiösa, etniska och psykosociala aspekter. Viktigt är, att det finns en medvetenhet om kulturbundna syndrom. Personlighetsstörningar är vanskliga att diagnostisera transkulturellt. Han menar att personlighet i sig är ett kulturellt konstrukt.

Terapiprocessen

Inledning

I Lidbergs intervju med psykodynamiska terapeuter talas också en del om vilken betydelse det har med den fördröjning det innebär att kommunikationen inte blir direkt utan går via en tolk. Lidberg menar att den ”affektiva laddningen” kan gå förlorad i och med att det kognitiva processandet av den inte kan ske direkt – patienten har möjlighet att hinna reflektera innan terapeuten har fått höra vad patienten sagt och under den tiden har patienten tid att mobilisera överjagsfunktioner och försvarsmekanismer. På så sätt skulle den ”fria associationsprocessen förhindras”. Terapeuter hinner inte gå in och bryta direkt eftersom omedelbarheten gått förlorad. I Lidbergs undersökning framhölls dock också det positiva i den extra tid till reflektion som fördröjningen i kommunikationen innebär (Lidberg, 2001). Fördröjningen till följd av tolkning kan också innebära möjlighet till observation av patienten men också till observation av tolken (Westermeyer, 1990), vilket ger möjlighet till att fånga upp paralingvistisk kommunikation.

I ett samtal utan tolk sker en direkt återkoppling (t ex via instämmande ord eller nickningar och liknande) från samtalspartnern vilket påverkar hur samtalet löper. I och med översättningsprocessen kan denna återkoppling blir inaktuell. Därutöver kan kommunikation av olika typer av sådana signaler vara språk och kulturspecifika (Englund- Dimitrova, 1991). Detta blir ännu en svårighet.

Socialisering

I God tolksed står att tolken i början kan ge rekommendationer om parternas uppträdande. Det kan underlätta både för en ovan behandlare och för patienten och göra att samarbetet flyter bättre. Det kan också vara lämpligt att vid det första mötet lämna behövlig bakgrundinformation om olika förhållanden (Kammarkollegiet, 2004). Särskilt i familjeterapi kan det vara angeläget med en kort presentation av familjen, eftersom brist på bakgrundsinformation kan leda till förvirring i översättningen (Nyberg, 1989). En gemensam bild av varandras bakgrund och föreställningar kan gynna det fortsatta terapeutiska arbetet (Raval, 1996).

Terapeut och tolk kan också ha ett ”församtal” med tolken om dessa inte arbetat tillsammans tidigare. Terapeuten kan då få veta lite om tolkens tidigare erfarenhet av psykoterapeutiskt arbete och om hur tolken ser på situationen (Nyberg, 1989).

Om tolken kommer in i ett senare skede i terapin behöver han få bakgrundsinformation om vad som avhandlats tidigare. Det kan i familjeterapi t.ex. gälla olika familjeförhållanden och/eller personer som kommer att dyka upp under tolkningen. Om svåra saker ska föras fram är det viktigt att tolken får veta det (Nyberg, 2000). I vissa lägen kan det vara bra att tolken får en bred summering av temat i terapin.

Viktigt är att tolken är socialiserad i den terapeutiska modellen. Det underlättar vid användandet av specifika terapeutiska metoder som tolken annars inte förstår. Orsak till att informera tolken kan även vara att en ”kritisk vändning” kan komma i terapiprocessen. Det kan gälla en emotionell förståelse eller gälla avtäckning av ett trauma (Bradford & Munoz, 1993).

Allians mellan tre

Alliansen i psykoterapi berörs av tolkens deltagande. Tolken kan ses som en del av en ”integrerad trepersoners allians” där tolken blir ett vittne till patientens upplevelse. (Miller, 2005).

När patienten känner ett bra stöd från tolken och känner sig accepterad, underlättas den psykoterapeutiska processen. Omvänt försvåras eller omöjliggörs den om patienten känner ointresse eller avståndstagande. Om tolken inte känner sympati för patienten eller behandlaren eller om tolken tycker att patienten inte får den hjälp han eller hon behöver, påverkar det alliansen (Björn, 2005).

Det är vanligt att bindningen till tolken i början blir starkare än till terapeuten. Terapeuten behöver kunskap och tålamod för att konstruktivt hantera tolkens mer framskjutna roll i början då alliansen ska byggas upp (Miller, 2005).

Agenda

Inom kognitiv terapi intar struktureringen av terapisesionerna en central roll. Agendan eller struktureringen av de enskilda terapisesionerna förekommer inte i psykodynamisk terapi. Då den litteratur vi funnit till största delen handlar om psykodynamisk terapi med tolk så finns det heller inget skrivet tidigare om de enskilda terapisesionernas strukturering.

Det enda vi har funnit där agendan omnämns är en examensuppsats som Teimoorian (1999) skrivit under sin legitimationsgrundande kognitiva psykoterapeututbildning. I uppsatsen ”Kognitiv terapi med hjälp av tolk”, har hon intervjuat arton tolkar med vana från tolkning vid behandlingsarbete. Sju av dessa hade erfarenhet av att tolka vid kognitiv terapi. Dessa sju tolkar uppgav att det var skillnad på kognitiv terapi jämfört med andra terapiformer utifrån det faktum att kognitiv terapi har en strukturerad arbetsgång och ett strukturerat samarbetsförhållande till patienterna. När det gällde den kognitiva terapin rapporterade flera tolkar som hon intervjuat att de finner arbetssättet tilltalande. Teimoorian gör antagandet att det beror på den kognitiva terapins struktur och förutsägbarhet.

Skattningsskalor

Det är viktigt att vara medveten om kulturella och språkliga begränsningar och svårigheter vid användning av skattningsskalor. Detta problemområde beskrivs i ”Projekt för etniska minoritete” (2000) där det berättas att vissa psykologer använder översatta reviderade utgåvor av skattningsskalor. Resultaten är förenade med stor osäkerhet extra stor kunskap krävs vid användningen. Det kan ifrågasättas om t.ex. intelligenstest är användbara på etniska minoritetsgrupper liksom personlighetstest. Dessa test baseras ofta på västerländska medelklassnormer. Psykometriska test kan dock få en bra standard om tillförlitliga metoder används, dvs om medvetenhet om transkulturella och språkliga aspekter finns (Westermeyer, 1990). Suzuki refereras i ”Projekt for etniske minoritete” (2000) när han menar att medvetenhet måste finnas om att materialet oftast inte är validerat för enskilda befolkningsgrupper.

Det är noga med metodiken vid översättning av skattningsskalor. Det som rekommenderas vid översättning av frågeformulär är översättning och sedan ”återöversättning”, där ”återöversättningen” görs blint av annan översättare än den första. Detta upprepas sedan till dess återöversättningen blir som den första versionen. Denna metod ökar reliabiliteten (Berkanovic, 1980).

Andersson, psykolog med stor erfarenhet av psykologisk testning talade vid en föreläsning på transkulturellt centrum om att det vid användande av tolk vid utredning, är viktigt att denne introduceras i hur testning går till. Han talade också om vikten av ordagrann översättning, samt om riskerna med att inte förklara ord etc.

Han påpekade betydelsen av att se över vilka frågor i formulären som är konstruerade utifrån ett kulturellt kontext. Andersson har ägnat mycket tid åt ordagrann översättning samt kulturellt neutral översättning av testmaterial så långt detta är möjligt. Han rekommenderar förberedande samtal när tolk ska användas i testsituationen och lägger stor vikt på samarbetet med tolken. Om dessa förutsättningar är tillgodosedda anser han att psykologisk testning mycket väl går att genomföra med tolk och med användning av översatt testmaterial (Att kommunicera med hjälp av tolk och linkworker, 2006).

Terapisessionernas längd och antal

Keenan (2005) refererar till Zane et al., när han talar om att transkulturella terapier i regel innebär kortare kontakter och att utfallet är sämre än vid etniskt matchade relationer. Skälen kan vara av olika karaktär.

Bedömningen av grad och längd av terapeutisk insats styrs ibland av patientens livssituation och om patienten t.ex. är asylsökande kommer det att påverka hur terapeuten planerar för kontakten (Lidberg, 2000). Innehållet i de upphandlade vårdavtalen kan också reglera kontakternas längd.

Boostersessioner

Boostersessioner eller s.k. uppföljningsträffar efter det att terapin avslutats är något som ingår i den kognitiva modellen. Dessa boostersessioner fyller flera funktioner. En är att underlätta separationen då terapin avslutas. I litteraturen har vi inte funnit något skrivet om boostersessioner när det handlar om psykoterapi med tolk. När det gäller terapins avslut skriver Lidberg (2000) att avslutningsskedet i terapin också innebär en separation från tolken.

Tolkrollen

Fakta om tolkning

Enligt databasen Ethnologue finns det 6809 levande språk i världen. Uppskattningsvis finns det i vårt land modersmålstalare av cirka 200 språk. Invånarnas språk bokförs inte i Sverige så beräkningarna blir indirekta uppskattningar. Det finns auktoriserade tolkar i 34 språk. Antalet verksamma tolkar uppskattades till cirka 5000 år 2003 varav drygt fyra femtedelar var icke-auktoriserade. Auktoriserade tolkar var 825 (SOU 2005:37, bilaga 1, bilaga 4, kap 6). Varje dag utförs det enligt Tolkförmedlingsutredningen (SOU 2004:15) cirka 3000 tolktimmar (SOU 2005:37 kap.5). Det råder brist på auktoriserade tolkar. I vissa län finns inga auktoriserade tolkar överhuvudtaget. De flesta tolkar som utför kontakttolkning är inte auktoriserade (kontakttolkning se nedan) vilket innebär att deras utbildning inte är registrerad och de har ingen skyddad titel. Idag finns bara 37 språk som tolkarna kan få auktorisation i. Många av dem som tolkar i de icke- auktoriseringsbara språken har säkert en kompetens som motsvarar de auktoriserades, men de kan inte få den verifierad då det saknas möjlighet att erlagga auktoriseringsprov (SOU:2005:37, kap 6).

Auktorisation av tolkar prövas av Kammarkollegiet som också är den myndighet som utövar tillsyn över de auktoriserade tolkarnas verksamhet. Kammarkollegiet kan också upphäva en auktorisation. Auktorisationen som oftast sker efter några års erfarenhet av yrket efter avslutad utbildning, är giltig i 5 år och därefter måste den omprövas. För att bli auktoriserad ska tolken;

- Vara godkänd på Kammarkollegiets kunskapsprov eller ha ett utbildningsbevis över fullgjord tolkutbildning på Tolk och Översättarinstitutet(TÖI).
- Vara bosatt i Sverige eller inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES).
- Ha fyllt 18 år.
- Vara känd för redbarhet.
- Anses vara lämplig som tolk.

För bevis om speciell kompetens som sjukvårdstolk eller rättstolk krävs ytterligare kunskaper vad beträffar terminologi och realiakunskaper inom dessa specialområden (SOU 2005:37, kap. 6).

Kammarkollegiet ger också ut, God tolksed – Vägledning för auktoriserade tolkar, som innehåller rekommendationer och information om tolkens uppgift.

Kontakttolkning är den form av tolkning som myndigheter, domstolar och andra offentliga organ har ett lagstadgat ansvar att använda vid behov. Kontakttolkning sker mellan enskilda människor och representanter för olika myndigheter.

Konsekutiv tolkning används oftast inom vården och i psykoterapisammanhang. Den innebär att tolken tar vid när personen som talar gör uppehåll efter ett relativt kort avsnitt eller efter en replik i en dialog.

Viskningstolkning innebär att tolkning sker parallellt genom att tolken talar med låg röst (TÖI).

Konferenstolkning används oftast inför större publik och tolkningen sker ofta via ljudanläggning samtidigt med talarens inlägg s.k. simultantolkning. Simultantolkning innebär att tolken talar samtidigt som talaren med endast några sekunders fördröjning. För detta krävs avancerad teknisk utrustning (SOU 2005:37, Kap 7).

Tolkens utbildning och handledning

Det statliga ansvaret för tolkutbildningar i Sverige vilar på TÖI vid Stockholms universitet. TÖI har det övergripande ansvaret för kontakttolkutbildningarna i landet. Förutom en 80-poängs utbildning på högskolenivå bedrivs tolkutbildningar på elva folkhögskolor och elva studieförbundsavdelningar och omfattar över 80 olika språk.

Nyberg (1989) anser att tolken behöver någon form av orienterande utbildning i psykoterapi för att förstå det som händer i terapirummet. Därmed underlättas och förbättras själva tolkningsarbetet menar hon. Andra författare anser att det är överflödigt då tolkens uppgift endast är att förmedla det sagda ordet och det är terapeuten som ska förklara det som patienten inte förstår. Här går alltså åsikterna isär. Det finns däremot en enhetlig åsikt i de studier vi granskat att tolken behöver handledning (Nyberg, 1989, Lidberg, 2000, Miller et al., Gordon, 2004, Hwa-Froelich & Westby, 2003).

Tolkens neutralitet

Tolkens neutralitet är en komplex och svårtolkad fråga. Tolken ska vara neutral och samtidigt personlig i sin närvaro. På så vis ska tolken märkas så lite som möjligt. Samtidigt är tolken en i högsta grad betydelsefull person i terapin (Nyberg, 1989). För att fungera bra måste en tolk vara empatisk (Niska, 1991). Lidberg skriver i sin rapport: ”några terapeuter beskriver att känslan av att tolken försvinner uppstår då både terapeut och tolk är intensivt närvarande och koncentrerade på sin uppgift” (Lidberg, 2000, s. 36).

I God tolksed står om tolkens neutralitet; ”När en auktoriserad tolk utför ett tolkuppdrag får han inte ge uttryck för sina åsikter och värderingar eller på annat sätt låta dessa påverka tolkningen”. ”En fullgod tolkning innebär att budskapet med alla dess nyanser återges så korrekt som möjligt på det andra språket. Det innebär att termer och uttryck så långt som möjligt återges på motsvarande sätt. Kraftuttryck, emotionella uttryck och kroppsspråk bör inte tonas ned” (Kammarkollegiet, 2004).

Det blir en känslig uppgift för tolken att balansera känslouttrycken. Samtidigt är det viktigt att tolken är känslomässigt närvarande särskilt vad det gäller traumapatienter. Det är därför inte realistiskt att tro att tolken skulle var oberoende av stämningläget och detta är i själva verket inte heller önskvärt (Gordan, 2004).

Det som tolken känner till om parterna får inte föras fram under samtalet. Enligt God tolksed ska tolken ”noggrant överväga ” om han ska svara om frågor ställs angående sakförhållanden. Det som tolken då måste överväga är, om det som han svarar, kommer att påverka förtroendet för honom (Kammarkollegiet, 2004).

Samarbetsfrågor

Samarbetsrelationen mellan tolk och terapeut

Terapiarbete med tolk ställer speciella krav, inte minst på patienten som måste få förtroende för två olika personer, tolk och behandlare. En gemensam arbetsrelation behöver skapas och det är viktigt att "personkemin" stämmer (Lidberg 2000). I det ingår att alla parter respekterar varandra och litar på den andres förmåga att sköta sin uppgift.

Överträdelser på varandras ansvarsområden kan förstöra behandlingsarbetet (Lidberg 2000). Även andra författare betonar ömsesidig respekt och förtroende samt betydelsen av att se den andres skicklighet och det ömsesidiga beroendet (Westermeyer, 1990). Tolken ska helst vara en del av ett psykiatriskt "team" så att ömsesidig förståelse och tillit byggs upp. Detta också utifrån att en tolk i detta sammanhang inte kan vara en "black box" i den komplexa situation som psykiatrisk behandling innebär.

Faust & Drickey (1986) benämner den bästa relationen mellan terapeut och tolk som "samarbete mellan specialister", Nyberg ser det som att tolken utgör en tillfällig medlem i teamet, där det också utifrån tolkens uppgift att förmedla ett budskap också är viktigt att vederbörande har viss insikt om det psykoterapeutiska arbetet.

Trots det viktiga samarbetet är de få behandlare i Nybergs undersökning som tar upp denna fråga med tolken. Om terapeuten inte är nöjd med tolken är den vanligaste strategin istället att man väljer en annan tolk fortsättningsvis.

Tolkarna å sin sida uttrycker tydligt i hennes undersökning att det blir svårare för dem med tolkningen om det inte stämmer mellan dem och terapeuten.

Det framkommer också i hennes undersökning att tolkarna ibland känner sig dåligt bemötta. Det blir svårt för tolken eftersom vederbörande i stor utsträckning behöver underordna sig terapeuten i innehåll, aktivitetsgrad m.m. samt i hög grad anpassa sig efter terapeutens personlighet.

Behandlaren ska se till att det inte uppstår situationer som innebär etiska svårigheter för tolken (Nyberg, 1989).

Tolkval

Vid val av tolk finns det många sidor att beakta.

Ofta framhålls betydelsen av att inte använda anhöriga, barn och arbetskamrater som tolkar. Argumenten är att terapeuten inte vet vilka språkkunskaper de har och anhöriga, barn och arbetskamrater har heller ingen skyldighet att följa tolkens yrkesetiska regler som sammanfattas i God tolksed (Kammarkollegiet 2004).

Tystnadsplikten och sekretessen gäller heller inte de anhöriga och barnen. Att låta barn tolka anses av de flesta vara fel då det innebär ett alldeles för stort ansvar och det är lätt att övervärdera barnets ordförståelse och språkkunskaper. Barnet har heller inte p.g.a. sin ålder de faktakunskaper eller den kognitiva mognad som en tolkningssituation kräver. Själva konstellationen barn- föräldrar omöjliggör en opartisk tolkning och risk finns för lojalitetskonflikter. (Niska, 1992, Gordan, 2004). Att låta arbetskamrater tolka kan många gånger fungera bra men det innebär också komplikationer. Även här kommer faktorer in som handlar om språkkunskaper, lojalitetskrav, neutralitet och att deras yrkesroll kan innebära att de lägger in egna åsikter och drar egna slutsatser så att patientens egentliga budskap inte kommer fram (Niska, 1991).

Flera påpekar dock att det kan finnas tillfällen då det är motiverat att använda anhöriga och barn som tolkar. Sådana tillfällen kan vara vid akuta och brådskande händelser eller som ett

led i att motivera patienten inför ett fortsatt arbete med en professionell tolk. För mycket otrygga patienter kan ibland anhörigtolkning ske i ett inledningsskede tills en trygg relation skapats med behandlaren (Nyberg, 1989, Projekt för etniska minoriteter, 2000).

Tolkens könstillhörighet har betydelse. T.ex. kvinnor som upplevt våldtäkter vill oftast ha kvinnlig tolk. Patienten bör alltid tillfrågas om sina önskemål. Flera olika författare menar att patientens önskemål om tolkens könstillhörighet inte ska ifrågasättas (Gordan, 2004, Lindbom-Jakobsen, 1995, Nyberg, 2000).

Vilken tolk som väljs kan ha betydelse för och rentav underlätta i terapeut och patientrelationen i arbete med barn och ungdomar. Barn och tonåringar från andra länder kan ha lättare att ta emot hjälp ifrån landsmän och här kan också könsfrågan vara betydelsefull. Nyberg skriver att en del invandrarungdomar brister i respekt för vuxna representanter för majoritetskulturen och en svensk terapeut tillsammans med en tolk som är deras vuxna landsman kan göra att de tar mötet på allvar (Nyberg, 2000).

Flera studier visar således på betydelsen att ta hänsyn till patientens önskemål beträffande tolkens könstillhörighet. Tolkens etniska tillhörighet och/eller religion bör också beaktas. Likaså måste terapeuten undersöka om patienten eller tolken har någon form av relation till varandra som skapar osäkerhet i tolksituationen (Gordan, 2004, Lindbom-Jakobsen, 1995).

Att träffa tolken i ett första samtal utan patienten för att bedöma hans lämplighet och matchning med patienten är ett sätt att förebygga att behov uppstår att byta tolk. Det finns en total samstämmighet i litteraturen om betydelsen av att använda samma tolk vid psykoterapeutiskt arbete med tolk och byte av tolk ska göras endast om behov finns utifrån patienten eller terapeutens önskemål. Detta tillvägagångssätt är ytterst en fråga om tid och resurser både för tolk och behandlare (Lindbom-Jakobsen, 1992, Nyberg, 1989, Lidberg, 2000, Projekt för etniska minoriteter, 2000, Nyberg, 2000).

Telefontolk

Telefontolkning är ett alternativ då det inte finns tolk i närområdet som talar patientens modersmål. Telefontolkning kan också vara av värde om språkgruppen är så liten att det finns risk att tolk och patient känner varandra och som ett bra alternativ till att låta anhöriga eller barn tolka. Tidsmässiga vinster framställs som skäl till att välja telefontolk. Vid akuta situationer så kan telefontolk bespara patient och vårdpersonal väntetid (Niska, 1991).

Det beskrivs att patienterna kan föredra telefontolk framför tolk i rummet, då det upplevs som mera anonymt och bidrar till att patienten har kunnat berätta vissa saker som hon inte skulle ha gjort med en tolk i rummet. För vissa patienter tycks det leda till en större frimodighet att berätta känsligt material. Opersonligheten i sig ses här som en tillgång emedan det för andra patienter upplevs som ett hinder och en barriär. Situationen vid telefontolkningen kan av vissa uppfattas som "ett läckage i terapirummet, ett hål ut i det okända". Patienten vet inte om det finns andra personer närvarande hos tolken. Andra kan mentalt avskärma sig från tolken och därmed ha en upplevelse av att vara ensam med terapeuten.

Diskussion kan föras kring valet mellan tolk i rummet kontra telefontolk och dess för- och nackdelar. Lidberg framhåller "Att tolerera en tredje persons närvaro är kanske ytterst en fråga om möjligheten att använda tolk i det terapeutiska samtalet - vare sig det gäller tolk i rummet eller en tolk via telefon" (Lidberg, 2000, s.53).

Eftersamtal

Eftersamtalet är terapeuten och tolkens avstämning efter terapin. Enligt Lidberg (2000) så motiverar omsorgen om terapiprocessen ett sådant arbetssätt. I eftersamtalet kan man ta upp översättningsproblem, kulturella och språkliga skillnader m.m. (van Delf, 2001).

Eftersamtalet kan också vara ett sätt att avlasta tolken emotionellt (Bradford & Munoz, 1993). Tolken behöver också få återkoppling på sitt arbete. Enligt Nybergs undersökning saknar tolkarna ofta detta. Eftersamtal handlar om ömsesidighet i en samarbetsrelation. En erfaren tolk kan också ge återkoppling till terapeuten vad gäller hennes talang som tolkanvändare (Nyberg, 1989). Terapeuten kan också ge tolken återkoppling när en översättningsteknik i ett visst sammanhang varit extra välfungerande (Bradford & Munoz, 1993).

Det kan vara svårt att få till stånd eftersamtalet. Terapeuten måste tänka på patientens reaktioner inför eftersamtalet, då det samtalet äger rum utan patientens närvaro.

Traumatisering

Traumatiserade patienter

Det är vanligt med tolkanvändning vid arbete med svårt traumatiserade patienter. I en studie där tolkar och terapeuter intervjuades om flyktingars psykoterapeutiska behandling framkom två faktorer som särskiljer psykoterapier med flyktingar från terapier med andra patienter som har tolk. Dels har de ofta blivit utsatta för extremt våld och utvecklat ett svårt psykologiskt trauma dels har de erfarenheter av extrema förluster, såsom vänner, hela sociala nätverk, släktingar, släkter och förluster av sociala roller (Miller et al., 2005).

Nyberg talar om att det tar olika lång tid med olika människor att komma fram till en samarbetsrelation när grundläggande tillit saknas. Traumatiserade flyktingars grundtillit har blivit djupt skakad och en finstämd balans måste till för att uppnå en trygg samarbetsrelation (Nyberg, 1995). Lidberg refererar Bustos och skriver ”Erfarenhet av arbete med traumatiserade patienter har visat att trauma kan leda till en desorganisation av jagets funktioner och därmed hämma såväl verbalisering som viljan till att gå in i interaktion med andra människor” (Lidberg, 2000, s.16)

Sekundär traumatisering

För tolkarna innebär det en speciell situation att arbeta med svårt traumatiserade människor i tolksamtal. Tolken ska tala i jag -form vilket kan medföra att han säger patientens ord som om det var hans egna (Bradford, 1993). Att tolken måste ta in svåra levnadsöden och bearbeta dem rent språkligt för att kunna leverera dem till terapeuten i jag -form skulle kunna orsaka att tolken gör berättelsen till sin egen (Pileman & Sköld, 2005).

Ett krav på tolken är ofta att han i likhet med terapeuten ska kunna orka härbärgera patientens ångest. Det råder dock en stor olikhet mellan tolken och terapeuten. Psykoterapeuten har lång utbildning, har gått i egen terapi och handledning och är därmed mer förberedd att ta emot, ta hand om, härbärgera och bearbeta individens skrämmande minnen (Gordan, 2004). Det finns olika skolor och förklaringsmodeller till de effekter patienters trauma har på behandlaren. De olika skolbildningarna har mycket gemensamt vad gäller symtombeskrivningen men förklaringsmodellerna och begreppen är olika.

Symtom som beskrivs är, apati, hopplöshetskänslor, ökad uttrötthet, melankoli, retlighet, glömska och att arbetet upplevs som en börda. Även symtom som påminner om de som är klassiska vid posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) beskrivs, såsom sömnsvårigheter, mardrömmar, isoleringstendens, lättskrämthet, påträngande minnen, förlorad grundtrygghet och tro på mening med livet (Pileman & Sköld, 2005).

Pileman och Sköld refererar Charles Figley som har utvecklat teorin om sekundär traumatisering. Han talar om sårbarheten hos den som behandlar traumatiserade patienter. Dessa menar han, löper risk att drabbas av ”compassion fatigue”, en utarmning av medkänsla. (Pileman & Sköld, 2000). Symtomen är en naturlig konsekvens av att ta del av en annan individs trauma. De kommer av emotionell påfrestning, utmattning och belastning och påminner om symtomen vid utbrändhet.

Vikarierande traumatisering

Pileman och Sköld refererar till konstruktivisterna Mc Cann och Pearlman när de beskriver en kognitiv förklaringsmodell med begreppet vikarierande traumatisering. När behandlarna får

höra patienters berättelser om övergrepp, utsatthet, grymhet och våld så infinner sig ett tvivel på vad de tidigare trott på. Behandlarens kognitiva scheman som utvecklats under livet påverkas, likaså dennes föreställningar om rättvisa, säkerhet, godhet, grundtrygghet, mening och ordning i livet. Patienternas berättelser får deras föreställningar att raseras. Patientens symtom som rädsla, cynism, förtvivlan och hopplöshet tas över av behandlaren. Om schemat för grundtrygghet raseras kan det leda till tankeförvrängningar. Tankar om att anhöriga kommer att drabbas av katastrofer eller olyckor uppstår hos behandlaren. En upplevelse av isolering från vänner och närstående kan leda till ett undandragande från det sociala livet. I teorin om vikarierande traumatisering ses inga samband med behandlarens tidigare erfarenheter och livshistoria, utan vem som helst kan utveckla dessa symtom vid arbete med svårt traumatiserade människor.

Också tolkar kan drabbas av vikarierande traumatisering. En del av tolkarna i Pileman och Skölds studie blev deprimerade, nedstämda eller hamnade i grubblerier. En del hade börjat oroa sig för sina egna barn eller anhöriga som en konsekvens av patientens berättelse. Tolkens syn på människorna och världen förändras då bilden av verkligheten som beskrivs inte stämmer överrens med tolkens egen bild. Tolkarna beskriver sina olika strategier för att hantera de känslor som tolksituationen väcker, nämligen ett rikt socialt liv, ett meningsfullt privatliv, klara gränser mellan arbete och privatliv, tillgång till nätverk av människor som arbetar med samma sak och en aktiv fritid (Pileman & Sköld, 2005).

För att förebygga traumatisering av tolken är det viktigt att terapeuten förbereder tolken på kommande berättelser om svåra trauman eller förestående överlämnande av svåra besked till patienten (Nyberg, 2000, Bradford & Munoz, 1993).

METOD

Vi har valt att inte formulera någon hypotes utan istället söka efter kunskap och ny förståelse inom ämnesområdet kognitiv psykoterapi med tolk. Utifrån detta har det lämpat sig att göra en enbart kvalitativ studie.

Metodteori

Kvalitet, validitet och etik

Med det kvalitativa perspektivet ser man verkligheten som en individuell, social och kulturell konstruktion. Fokus ligger på hur individen upplever, tolkar och formar den verklighet hon befinner sig i (Backman, 1998). En fråga är om det finns något ”konstant objekt”? Den intervjuade kan vara i olika sinnestillstånd vilket påverkar svaren på frågorna vilket innebär att om samma frågor ställdes till samma person fast vid ett annat tillfälle så skulle svaren kunna bli olika, beroende på personens sinnesstämning (Svensson & Starrin, 1996).

Sandelowski (1993) refererar till Rigor och Morris i diskussionen om validitet i kvalitativa studier. De kvalitativa studierna måste ses inom ramarna för det konstnärliga. En kvalitativ studie kan jämföras med när en konstnär målar av ett ansikte som vi skulle känna igen i en folksamling. På samma sätt blir också den bild som ”målas” i en kvalitativ studie färgad av författarens filosofiska och teoretiska grund).

Kvalitetssäkring och validering är viktigt att uppnå så långt det är möjligt och den etiska aspekten får aldrig glömmas bort. (Trost, 1997). Ett sätt är att validiera sin undersökning genom feed-back från de intervjuade (Svensson & Starrin, 1996).

Vid återgivning av det som sagts i intervjuerna är det viktigt att beakta de intervjuades integritet då citaten återges i skriftform. Trost skriver att han personligen tycker det är oetiskt att använda talspråk i citaten. Han menar att det är viktigt ur etisk synpunkt att skriftspråksanpassa talspråket. Han skriver; ”Finge jag se mitt talspråk i skrift kanske jag skulle skämmas”. Dock betonar han att det är ytterst en smaksak huruvida forskaren väljer att skriftspråksanpassa eller ej (Trost, 1997).

Den kvalitativa forskningsprocessen ger stort utrymme för variationer då det utmärkande är flexibilitet och dynamik ofta i interaktion med varandra. I den kvalitativa studien sker den distinkta problem- eller frågeformuleringen ofta samtidigt och fortlöpande under datainsamlingen. Forskaren utgår från empirin och insamlar data och ofta samtidigt eller därefter formulerar begrepp i form av hypoteser eller teorier vilket innebär att den kvalitativa studien är hypotesgenererande (induktiv) i motsats till det traditionella perspektivet som är hypotesprövande (deduktivt) (Backman, 1998).

Kvalitativa studier tillåter också variationer ifråga om urvalsstorlek. Ofta är det små sampel eftersom det görs djupintervjuer.

Vid bestämning av urvalets storlek kan utgångspunkten vara mättnadsbegreppet. Med mättnad avses här att svaren alltmer överensstämmer med svaren i tidigare intervjuer (Kuzel, Morse & Swanson, 2001).

Att läsa litteraturen före fältstudien hjälper också forskaren att bedöma när en ”mättnad” har uppstått kring frågeställningarna under intervjuprocessen (Kuzel, Morse & Swanson, 2001).

Det finns motstridiga uppfattningar om hur pass påläst forskaren ska vara innan fältstudien då forskaren själv utgör en del av instrumentet och således kan befästa tidigare resultat. En del talar för att forskaren ska gå in i forskningsfältet neutral och ”nollställd” emedan andra förespråkar en måttlig, orienterande granskning av litteraturen. Litteraturgranskningen i samband med en undersökning tjänar bl.a. till att ge en översikt över kunskaps- och forskningsläget men ger också ett historiskt perspektiv, tolkningsalternativ och metodiska uppslag.

Litteraturgenomgången kan också visa på kunskapsluckor och motsägelser (Backman, 1998).

Undersökningens uppläggning och genomförande

Vår studie är en undersökande och förklarande s.k. explorativ studie. Den bygger på semistrukturerade intervjuer med kliniskt verksamma kognitiva terapeuter. I undersökningen ingår också litteraturstudier och sammanställning av dem. Vi valde att innan fältstudien läsa igenom all litteratur vi funnit för att orientera oss i ämnet. När fältstudien var gjord och vi analyserat, tolkat och kategoriserat materialet, läste vi åter igenom litteraturen. Denna gång utifrån de olika kategoriseringsområden vi kom fram till och våra delvis nya frågeställningar. Vår forskningsprocess kan schematiskt beskrivas enl. följande: frågeställning-litteraturgranskning-analys-problem/fråga-observation/intervjuer- analys/tolkning-litteratur – bearbetning-rapport.

Vi har sökt efter aktuell forskning via databaserna Google och Psychinfo. Sökning gav ett antal forskningsartiklar som vi läste igenom och sammanställde. Sökning har också gjorts på universitetsbiblioteket Karolinska - Huddinge sjukhus.

I mars 2006 deltog vi i en utbildningsdag på Transkulturellt Centrum kring detta ämne ”Att kommunicera med hjälp av tolk och linkworker” för att orientera oss i ämnet.

Pilotstudie

Vår ide från början var att vår studie skulle innefatta intervjuer av terapeuter oberoende av teoretisk inriktning. Vi trodde att den teoretiska inriktningen var av underordnad betydelse och det väsentligaste var erfarenhet av att arbeta psykoteraeutiskt med tolk. Dessutom fanns en farhåga att inte lyckas få tag på tio kognitiva terapeuter som arbetade med tolk.

Två pilotintervjuer genomfördes med leg. psykodynamiska psykoterapeuter. Vi hade inför den första intervjun utformat ett frågeformulär som till stora delar baserades på de frågeställningar vi funnit i en del tidigare forskning baserad på psykodynamisk teori. Vi genomförandet av intervjun märkte vi att det var svårt att foga in detta i den kognitiva ramen. Våra intervjufrågor strukturerades nu istället kring de centrala kognitiva begreppen; socialisering, agenda, konceptualisering, allians/kollaborativ empirism, boostersession etc. som definierades med citat från den kognitiva litteraturen (v g se frågeformuläret som finns som bilaga för närmare definition av dessa begrepp).

Därefter genomfördes ytterligare en pilotintervju med en psykodynamisk terapeut utifrån det nya frågeformuläret med kognitiva begrepp. Genom det sätt vi ställde frågorna på gick det då att analysera terapiarbetet ur det kognitiva perspektivet. Dock upptäckte vi att det fortfarande blev svårigheter med analysen.

Med detta som bakgrund bestämde vi oss för att enbart intervjua kognitiva psykoterapeuter.

Intervjufrågor

Vi har valt att göra vår undersökning i form av en ”lärande process”. Det innebär att vi har tillåtit oss att ändra intervjufrågorna efterhand som vi har fått ny kunskap. Ändringarna vi gjorde gällde frågeordningen och vi lade också till en fråga om tolkens neutralitet då den frågeställningen spontant kom upp i de första intervjuerna. På så sätt blev vårt intervjuformulär ”färdigt” när vår undersökning var klar.

Som en kvalitetssäkring av vår intervju ingick en utvärderande fråga som handlade om terapeuternas synpunkter på frågeinnehållet. Dessutom valde vi att skicka ut resultat delen av uppsatsen till samtliga deltagande terapeuter för att kontrollera att vi uppfattat deras svar korrekt och att vi beaktat integritetsfrågorna på ett korrekt sätt.

Enkätundersökning

Vi var också intresserade av hur de terapeuter som inte hade någon erfarenhet av tolkanvändning i psykoterapi såg på möjligheter och svårigheter när det gäller att använda tolk i psykoterapeutiska sammanhang. Därför ställde vi via mail eller telefonsamtal ett mindre antal frågor till dem som handlade om svårigheter och möjligheter i tolkanvändningen. Denna del redovisas i uppsatsen som en enkätundersökning.

Urvalsförfarandet

Vår avsikt var att få till stånd intervjuer med cirka 8-10 kognitiva terapeuter som hade erfarenhet av att arbeta psykoterapeutiskt med tolk. Vid valet av terapeuter till intervjuerna utgick vi ifrån dem som hade erfarenhet som var relevant för ämnet och som var villiga att berätta om sin erfarenhet och reflektera kring den. På så sätt fick vi intresserade deltagare och en förmodad högkvalitativ intervju. Därmed blir urvalet sådant som vi tror bäst lämpar sig för att vi ska kunna få svar på våra frågeställningar.

Vi har tillsammans med vår handledare utgått ifrån att 8-10 intervjuer skulle kunna vara en rimlig nivå utifrån arbetets storlek och utifrån att ”mättnad” vad gäller våra frågeställningar troligen kan vara uppnådd på den nivån. Kontaktvägen vi använde oss av var via mail eller telefon.

De som ville bli intervjuade bokade vi en tid med för besök på deras arbetsplats. I god tid före besöket skickade vi ut intervjufrågorna så att intervjupersonen skulle hinna förbereda sig, men också kunna avstå om hon inte funnit frågorna acceptabla.

Integritetsfrågor och hantering av citat

I uppsatsen har vi beaktat integriteten på så sätt att vi på olika sätt försökt uppnå en avidentifiering av de intervjuade. Alla terapeuter benämns hon i uppsatsen. När terapeuterna i intervjuerna nämner ålder och ortnamn har vi valt att ex. skriva ” i min ålder”, ” i mitt land”. Vi har inte ”fingerat” uppgifterna då sådana fingerade uppgifterna skulle kunna stämma på någon annan person. Likaså benämns patienter hon. Tolkarna kallas uteslutande för han.

När vi skulle använda citat i uppsatsen gjordes en skriftspråksanpassning av dessa.

Talspråksformer som nåt, å, sen, ändrades till skriftspråk. En del upprepningar negligerades likaså ”utfyllnadsord” av formen alltså, liksom, typ, va, osv. Även utfyllnadsfraser eller upprepningar och halva meningar, som ofta förekommer i talspråk ignorerades. För att underlätta läsbarheten och inte få så långa citat har vi ibland tagit bort upprepningar eller saker som sagts som bedömts oväsentliga i sammanhanget. Detta har vi markerat med tre punkter(...).

Genomförande

Redan i inledningsskedet av uppsatsarbetet fick vi göra om vårt PM tre gånger innan det godkändes och varje gång innebar ny kunskap och nya infallsvinklar på vår ursprungsidé. Det

slutgiltiga PM:et skilde sig ganska markant från det första, framförallt hade vi där begränsat våra frågeställningar bättre. Intervjuerna, 10 till antalet, delade vi upp sinsemellan och gjorde fem vardera (förutom pilotintervju). Intervjuerna medförde mycket resande och tog mycket tid i anspråk då de intervjuade hade sina arbetsplatser förlagda inom en 20-milsradie från vår hemort.

Intervjuerna spelades in på band som vi sedan transkriberade.

Analys

Analysarbetet i likhet med bearbetningen av intervjumaterialet var en rolig upptäcktsresa där vi också kunde skörda lite av frukterna av vårt slitsamma transkriberingsarbete.

Bearbetningen av intervjumaterialet gjordes i två omgångar för hand och tillsammans. Första omgången försökte vi vara så nära materialet som möjligt och inte dra några egna slutsatser. Vi tittade efter vad det var de intervjuade tog upp när vi ställde våra frågor. ”Vad pratar hon om?” Nästa omgång var vi lite mer abstrakta. Sedan gjorde vi ytterligare en bearbetning. Därefter sorterade vi i de olika kategorier vi funnit vara relevanta.

I nästa steg i analysen av intervjuerna använde vi oss av dataprogrammet OpenCode som är ett bearbetningsprogram för kvalitativa studier som ges ut av Umeå universitet. Vi lade in intervjuerna i Open Code och sedan skapade vi 28 kategoriområden. Därefter gick vi tillsammans igenom de tio intervjuerna, analyserade deras innehåll och sorterade in de olika intervjuvaren i rätt kategori med hjälp av dataprogrammet.

Litteraturgranskning

Litteraturgranskningen var ett mödosamt och tidsödande arbete som vi gjorde i två omgångar, var och en för sig. Den första genomgången gav oss en orientering om ämnet så att vi sedan kunde formulera våra frågeställningar. Vid nästa litteraturgenomgång, i samband med bearbetningen av intervjumaterialet blev det ett annat djup. Vi skulle nu koppla ihop våra egna resultat med det som fanns i litteraturen. Litteraturen lästes nu med kategoriindelningarna som filter. Vi delade upp kategorierna mellan oss och läste nu var och en för sig igenom all litteratur ännu en gång. Det blev ett mera riktat och fokuserat arbete och mer arbetskrävande.

Urval

Vid urvalet sökte vi efter kognitiva terapeuter. Vi beslöt oss för att begränsat oss till en 20-mils radie från Strängnäs där vi båda bor. Vi har sökt via listan för Svenska föreningen för Kognitiv Psykoterapi och då företrädesvis de som arbetar inom offentlig sektor eller de som arbetar privat men har avtal med landstinget. Vi har också kontaktat traumaenheter, privata psykoterapimottagningar och allmänpsykiatriska mottagningar med mångkulturellt upptagningsområde. Den vägen fick vi namn på terapeuter och behandlare med olika grundutbildning men med erfarenhet av tolkade terapisaftal. Det visade sig i vår sökande efter terapeuter att det fanns behandlare med kognitiv steg 1 utbildning som hade stor erfarenhet av att arbeta psykoterapeutiskt med tolk. Vi beslöt oss därför för att även inkludera dessa i vårt urval. I vårt urval hade tre behandlare steg 1 utbildning i kognitiv beteendeterapi (KBT), två av dessa var psykologer och en var socionom. Två var steg 1 utbildade inom kognitiv psykoterapi (KPT), en av dessa var läkare och en var socionom. De övriga fem var legitimerade kognitiva terapeuter, två var psykologer, en var sjuksköterska, en var läkare och en var socionom. Hälften arbetade på traumaenheter. De flesta av de vi intervjuade hade mycket lång erfarenhet av att arbeta psykoterapeutiskt med tolk. Det visade sig att i vårt urval fanns fyra personer med invandrarbakgrund tre av dem hade dessutom egen erfarenhet av att arbeta som tolk. Utgångspunkten för urvalet har varit att behandlarna/psykoterapeuterna skulle ha erfarenhet av att arbeta med kognitiv metod med tolk och vara intresserade att dela med sig av sina kunskaper och erfarenheter kring det. I redovisningen använder vi begreppet ”terapeut” både för behandlare med steg 1 kompetens och för leg. psykoterapeuter.

Bortfallsanalys

Cirka en tredjedel av dem som fick förfrågan om att delta i vår undersökning hörde inte av sig alls eller svarade mycket kortfattat. Vårt urvalsunderlag var också sådant att en del av de tillfrågade terapeuterna inte arbetade i något invandrarätt område eller traumacenter vilket vi tror kan vara en anledning till att de inte ansåg att deras deltagande var relevant.

Ett ytterligare skäl skulle kunna vara att de inte hade tidsutrymme och/eller inte arbetade psykoterapeutiskt med tolk eller saknade intresse för frågan. Några i bortfallet visade sig också vara psykodynamiskt utbildade och dessa hade både lång erfarenhet och var intresserade av frågeställningen men valdes bort utifrån upplägg.

Begränsningar

Vid litteratursökning och läsning av böcker och artiklar fann vi att den teoretiska ramen för forskningen kring psykoterapiarbete via tolk till dominerande del är grundad på psykodynamisk teori och till viss del systemteoretisk sådan. Vi har inte funnit någon forskning eller studier utifrån ett kognitivt perspektiv. I vår uppsats förklarar vi inte några begrepp från andra teoribildningar då vi anser att det faller utanför ramen för vår uppsats. En del av det vi refererar till handlar inte bara om psykoterapi med tolk utan också t.ex. bedömningssamtal och andra behandlingskontakter med tolk.

RESULTAT

Redovisning av enkätundersökningen

Av de cirka 50 personer som vi kontaktade via mail eller telefon gav 12 sitt samtycke till intervju. I två fall kom inte intervjuerna till stånd p.g.a. svårigheter att finna tidsutrymme. 15 tillfrågade gav ingen respons alls. 11 svarade att de inte hade någon erfarenhet av tolkanvändning i terapeutiska sammanhang eller att de var psykodynamiskt utbildade. 12 svarade att de inte hade någon erfarenhet av att använda tolk i psykoterapi och dessa personer besvarade också våra vår enkät av utvalda frågor från intervjuformuläret. Av tolv svarade åtta lite mer utförligt på dessa frågor.

De frågor som valdes handlade om huruvida terapeuterna arbetade med tolk och om de inte gjorde det vad anledningen i så fall var samt vilka möjligheter och/eller svårigheter de ansåg att tolkanvändning kunde innebära i psykoterapeutiskt arbete. Vi ställde också frågor om kulturkompetensens betydelse hos tolk och terapeut.

De flesta svarade att de inte hade fått någon förfrågan att arbeta terapeutiskt med tolk och ett par sa att de trodde att patienterna inte visste att möjligheten fanns och en trodde inte att det gick att arbeta psykoterapeutiskt med tolk.

Svårigheterna de angav var i huvudsak att de trodde att det påverkade förståelsen negativt och att tolken var en barriär mellan terapeut och patient. Några trodde inte att tolken kan ge en korrekt bild av situationen och att tolken blir en "mellanstation" eller ett "filter" för kommunikationen mellan patient och terapeut. Bristen på direktkommunikation skulle kunna bli negativ. En terapeut tog upp frågeställningen om vad tolken kan betyda för anknytningen.

En del uppgav att de i sitt arbete inte hade så mycket utrymme för psykoterapier överhuvudtaget då de sysslade mer med bedömningsarbete. I dessa sammanhang hade några använt tolk.

Flera ansåg att tolken utgjorde en möjlighet för människor att få terapi även om de inte behärskade det svenska språket och dessa terapeuter trodde att det skulle vara fullt möjligt att arbeta med tolk.

Ytterligare några föreställde sig att det skulle vara lättare att använda tolk om de arbetade mer beteendeorienterat.

Några av dem som svarade på frågan om kulturkompetensens betydelse ansåg att den var viktig hos tolk och/eller terapeut. Några tyckte att personliga egenskaper var viktigare än kulturella kunskaper och att vad parterna säger till varandra och lyhörddheten för det som sägs var väsentligare.

Redovisning av pilotundersökningen

Den första intervjun bandades inte. Den andra intervjun spelades in på band men transkriberades inte. Det som var tydligt i svaren var hur stor vikt de båda terapeuterna fäste vid samarbetet med tolken. En av terapeuterna träffade tolken innan terapin påbörjades för att strukturera samarbetsformerna och för att introducera arbetsmetoden. Terapeuten brukade också undersöka om tolken har egna trauman bakom sig.

Valet av tolk ansågs vara väsentligt för alliansen. Med en bra tolk tillförs mer information till terapisessionen enligt en av de intervjuade. Könstillhörighet betraktades också som väsentlig av terapeuterna vid tolkvalet och för den berättelse som patienten ger vid samtalet.

Jag hade en patient som först hade manlig tolk, men när vi bytte till en kvinnlig på patientens önskan, blev samtalet flödande och hon berättade mycket mer.

Båda betonade dock att problem främst uppstår om tolken inte fungerar i sin roll.

De gånger det är ett hinder är det en tolk som jag inte känner mig bekväm med, eller som jag retar mig på, t ex en tolk som inte är närvarande i rummet.

Det finns stela och ängsliga tolkar som behöver väldiga ramar – då kan det bli svårt - är de alltför måna om ord och uttryck kan andemeningen försvinna.

Under förutsättning att tolken är bra och har en god kontakt med patienten så tyckte båda att det går bra att arbeta psykoterapeutiskt med tolk. Ibland är det t o m en fördel med samtal med tolk, vars närvaro innebär ett lugnare tempo, större struktur i samtalet och ett tydligare språk hos terapeuten.

I terapiprocessen talar bägge om att tolken i början kan vara den person som patienten först vill knyta an till. Det blir terapeutens uppgift att hantera det och ofta växer sedan alliansen successivt mellan terapeut och patient.

Går det att få allians med en patient så går det också att få det med en tolk.

Beträffande ögonkontakt uttryckte en av terapeuterna att det inte var så betydelsefullt att patienten under hela samtalet tittade på tolken istället för på terapeuten. Det går ändå bra att hålla kontakten med patienten under samtalet. Successivt under terapin faller det sig sedan naturligt att blickkontakten mellan terapeut och patient ökar.

Tolkens närvaro kan vara en fördel i sig. Enligt de intervjuade kan den sänka ångestnivån för patienten.

Kulturkompetens betraktar inte någon av dem som nödvändig för terapiprocessen, även om det är bra att känna till olika sedvänjor inom olika kulturer.

Det är inte lika vanligt att patienterna behöver tolk när de söker för neurotiska störningar, som när det gäller traumabearbetning. Antalet sessioner är desamma, i terapier med eller utan tolk, även den avsatta tiden per session. Däremot reglerades den ena terapeutens terapisessioner av avtal.

Båda tycker att terapierna tenderar att bli mer av stödjande karaktär när det är tolkade samtal. Båda använder sig av eftersamtal med tolken. De frågar också patientens om hon är nöjd med tolken.

Redovisning av intervjuundersökningen

Vi hade en utvärderingsfråga i intervjuformuläret gällande frågorna. De flesta terapeuterna tyckte att frågorna var intressanta, relevanta och inbjöd till reflektion. Två tyckte att frågornas fokusering på kognitiva begrepp och jämförelsen med eller utan tolk var svårgripbara. Vår redovisning utgår ifrån vad terapeuterna talat om då vi ställt våra frågor. Detta redovisas under olika huvudteman med stöd av kursiverade citat. Ett område som många terapeuter tog upp var de språkliga aspekterna.

Språket

Ett av terapeutens och patientens gemensamma och viktigaste verktyg i terapin är språket. På olika sätt betonar terapeuterna att språket inte ska märkas det ska bara finnas där som en bro till känslorna. Om bron är ranglig och saknar bräder så kan en rädsla finnas att gå över eller så kan all koncentration bli riktad på var fötterna placeras.

Flera av terapeuterna tar upp temat om samspelet mellan modersmål och känslor.
De måste prata modersmålet. Det är därför vi har tolk. Känslorna kommer från modersmålet...I terapin måste patienten prata modersmålet, det hjälper tolken till med. Han eller hon talar samma språk som patienten. Modersmålet har direktkontakt med hjärtat.

Även om patienterna kan vardagsspråket. Så kanske när man kommer till djupet har de bättre tillgång till sitt modersmål när det gäller att bearbeta svåra saker. Så om det finns den minsta tveksamhet att patienten blir mer koncentrerad på språket än händelser i livet då tar vi tolk.

På olika sätt beskriver terapeuterna hur de, i samarbete med patienten går tillväga för att inget ska förloras i terapin p.g.a. språket. Drömmarna kan enligt en av de intervjuade terapeuterna vägleda terapeuterna i ställningstagandet till om de ska ha tolk eller inte i vissa känsliga delar i terapin även om de inte behöver det under hela terapin.

Jag frågar en hel del, vilket språk man drömmer på. Det säger lite om var man befinner sig i språket. Och mardrömmarna, vilket språk var de på?...Även om man varit länge i Sverige och tycker sig kunna språket väl så kan det ju bli väldigt svåra situationer i terapin och det kan vara bättre att i enstaka sessioner ha tolk.

Hälften av de intervjuade terapeuterna har själva ett annat modersmål än svenska. Två av dem har själva arbetat som tolk. Dessa och flera av de andra terapeuterna talar om att nyanserna kan förloras vid tolkningen.

Jag har ju ett annat modersmål så jag vet att det inte går att översätta exakt. Nej, nyanserna de går förlorade i ett annat språk. Det går att komma rätt nära många gånger, men riktigt exakt kan man inte komma.

Ett annat problem som kan uppstå är när patienten behöver tolk även efter många år i Sverige och det finns en rädsla hos dem att deras språkkunskaper ska bli ifrågasatta.

I vår undersökning framkom en förståelse för den här problematiken och terapeuterna försökte på olika sätt bemöta patienten på ett respektfullt sätt.

Jag tänker på hur ofta man tänker tvärtom, att det här går ju rätt bra. Han pratar ju tillräckligt bra svenska. Vi är alltid väldigt frikostiga här att använda tolk. Jag ställer alltid frågan till patienten. För patienten kan bli förolämpad beroende på hur jag ställer frågan.

Ofta säger jag: Just det här som har hänt dig, det kan vara lättare för dig att prata om på ditt eget språk. Men jag måste ha patientens acceptans att ta in en tolk.

En av de intervjuade terapeuterna tar upp att bemötandet av patienterna när hon har tolk kan riskera att bli på en ”förenklad nivå” och att patientens personlighet och intelligens inte kommer till sin rätt.

Man kanske lägger sig på en lite enklare nivå än man skulle göra annars för patientens skull och för att det ska kunna vara tolkningsbart...Man måste göra det i små bitar på något sätt, så meningarna får inte vara för komplicerade, får inte vara för långa, så det pedagogiska, det blir förenklat...Patientens intellektuella förmåga kanske inte kommer till uttryck.

Hur terapeuten använder språket i tolksituationen

Terapeuten ansvarar själv för sina formuleringar och ser till att de blir tolkningsbara.

Det faktum att det som sägs ska översättas innebär också att terapeuten behöver tänka igenom sina formuleringar noggrant innan och att meningarna behöver vara fullständiga och tydliga. På så vis tycker många att deras språk förändras, vilket kan vara både till för- och nackdel. Några terapeuter tycker att de tvingas förenkla språket.

Ibland kan det vara så att tolken inte riktigt förstår, för att det är uttryck som man inte riktigt har lärt sig i sin tolkutbildning men då är det en påminnelse för mig att nu använder jag för krångliga ord som förmodligen en vanlig svensk patient inte heller hade förstått. Så för mig så kan det nästan vara en hjälp för jag måste använda mig av ord och uttryck som är lättbegripliga och modeller som inte är komplicerade utan är lätta att ta till sig lätta att översätta.

Några av de vi intervjuat tycker å andra sidan att språket blir tydligare, eller att tolksituationen ger dem möjlighet att använda ett mer avancerat språk.

Jag pratar mer fullt ut med tolk, jag blir tydligare då. Det är lättare att vara tydlig och att föra fram vad jag vill när jag har tolk jag använder ett mer avancerat språk.

Terapikategori – Terapiform

I vår undersökning framkom att terapierna med tolk tenderade att bli mer stödjande till sin karaktär. Om patienten inte har hunnit lära sig svenska har hon oftast inte heller kommit så långt i sin övriga integrering i det svenska samhället.

Vi kämpar med många olika samhällsfrågor samtidigt som vi försöker hjälpa människor att bearbeta, det kan man känna att det blir på bekostnad av det terapeutiska arbetet, det tycker nog fler av oss, jag tycker så. Våldigt mycket blir sorterat under stödjande samtal.

På traumaenheter kan det dröja innan den bearbetande fasen kommer till stånd.

För de flesta traumapatienter blir det mer förvirring. När man har kaos då är man inte beredd att ta in någonting utan då måste man komma till en viss nivå där man kan börja.

Ett par terapeuter tog upp detta med att gränsen mellan terapi och stödkontakt ibland kan var obestämd. Det är inte heller alltid så att de i sitt löpande arbete reflekterar så mycket över det. Och sedan vad som kallas psykoterapi och i vad mån man använder kognitiva interventioner, det är lite av en definitionsfråga.

I en del fall var orsakerna blandade till varför terapierna inte var helt renodlade. Ibland var det också en följd av arbetets organisation. För en del som vi intervjuat har det funnits begränsningar i hur många samtal som får erbjudas.

En av dem vi intervjuat har sysslat med familjeterapi. Ofta har det handlat om traumatiserade invandrarfamiljer. Även i dessa fall blir det en blandning mellan stödkontakt och renodlad familjeterapi.

Vi har olika typer av patienter. När det handlar om enskilda terapier så är det barn och ungdomar, sen har jag ju stödsamtal med föräldrar. Jag har också hela familjer som kommer hit och då jobbar jag med familjeterapi.

Diagnoser

Det faktum att vi intervjuat flera terapeuter som arbetar på traumacentrum gör att diagnosen posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) har förekommit ofta. Terapeuterna anser att i den diagnosgruppen kan det ofta finnas en blandad problematik, som kan vara svår att renodla. *Det är 75% PTSD, med olika känsloreaktioner eller affekter. Ofta skam, skuld, ilska, rädsla i samband med traumat som vi jobbar med. Depressioner är vanliga. Många är också suicidbenägna.*

De är hela tiden spända, den klassiska bilden av PTSD- symptom, men sedan när man börjar prata om det och börjar försöker få ihop en livshistoria så kommer det upp väldigt mycket mer. Så det är frågan om vilken diagnos de egentligen skulle ha.

De terapeuter som arbetar på vanliga psykiatriska mottagningar har haft ett mer blandat patientunderlag. De flesta terapeuter har innan intervjun dock inte fördjupat sig i frågan om diagnos utan vill hellre utgå ifrån patientens individuella problematik. Ibland har det vid remittering funnits oklarhet vad gäller vilken diagnos patienten egentligen har. Till en del tyckte en terapeut att det kunde förklaras med bristande rutiner i tolkanvändningen.

Problemet är snarare att de inte har någon diagnos. Man har tyckt att det har varit besvärligt att ha med de patienterna att göra.

Så det är snarare så att de är nästan lite underdiagnostiserade pga. att man på många avdelningar inte har en bra rutin att arbeta med tolkar.

En terapeut talade om svårigheten att behandla via tolk när behandlingsinsatsen blir mer intensiv som t ex vid tvångssyndrom. Det menar hon har att göra med praktiska problem kring bokningen av tolken.

Om man vill gå in och jobba med någon med svåra fobier, eller tvångsproblem där man kanske behöver kanske jobba flera gånger i veckan, under en intensiv period, då kan det vara jättesvårt att boka en tolk så tätt för tolken är inbokade på andra saker.

Terapiprocessen

Långsammare tempo

Tempot i samtalet vid psykoterapi med tolk blir långsammare än utan tolk – efter att något sagts ska det översättas innan det når mottagaren. Det påverkar det terapeutiska samtalet på olika sätt. De allra flesta av dem vi intervjuade tog upp detta som en betydelsefull skillnad. Långsamheten ger också möjlighet att observera icke-verbal kommunikation. Det skapas ett tidsutrymme då tolken översätter. Spontanitet, direktitet och intensitet kan däremot dämpas något. Tidsutrymmet skapar också utrymme för patienten att vara kvar längre i känslan, menar en terapeut. En av terapeuterna uttryckte sig kring betydelsen av temposkillnaden på följande sätt;

Det är både för- och nackdel att det inte blir riktigt lika intensivt i rummet, jag får mycket mer tid på mig att reflektera på vad som händer och på hur patienten reagerar.

Det var olika åsikter om i vilken mån avsaknaden av spontanitet påverkar den pedagogiska processen, t.ex. när terapeuterna använder block och penna.

Strukturen blir också ofta mer tydlig då terapeuten behöver var mer genomtänkt eftersom tolken också måste få möjlighet att sköta sin uppgift bra. Ibland kan det vara fördelaktigt att inte vara så spontan, menade terapeuterna.

Jag som är ganska snabb som person gör ju ofta det felet att jag ger för mycket information för snabbt, har jag en tolk i rummet så måste jag dra ned lite på tempot och det kan göra att informationen når fram bättre.

Ögonkontakt och tilltal

De terapeuter vi intervjuat har i stor utsträckning tagit upp frågan om ögonkontaktens betydelse vid tolkade samtal. En del terapeuter anser att det är viktigt att patient och terapeut tittar på varandra och inte på tolken.

En del terapeuter tycker dock att det känns naturligt att växla mellan att titta på tolken och att titta på patienten, och en terapeut tyckte också att det var svårt att själv balansera ögonkontakten bra, hon fick själv arbeta med att hålla ögonkontakten med patienten istället för med tolken. Det var olika åsikter bland terapeuterna hur stor betydelse detta hade. En del var strikta i att hålla ögonkontakt med patienten. En terapeut brukade vid behov styra upp situationen genom att påpeka vikten av att samtalet blir så direkt som möjligt.

Jag ber patienten titta på mig och säger; "Det är du och jag som har ett samtal och tolken är med som ett hjälpmedel för oss för att du och jag ska samtala med varandra".

För flera terapeuter faller det sig naturligt att låta blicken skifta mellan patienten och tolken. *Då växlar man, då tolken tolkar det som patienten har berättat, då växlar jag lite grand och tittar lite på båda.*

Flertalet av de intervjuade anser att graden av ögonkontakt mellan terapeut och patient påverkar alliansen. Flera säger att de märker hur patienten tittar mer på terapeuten efterhand som terapiprocessen löper framåt och att det är naturligt att ögonkontakten blir bättre efterhand som terapeuten får en samarbetsallians med patienten (se också under rubrik allians).

Men med tiden även när de säger något som tolken ska översätta så tittar de på mig. Så någonstans blir det naturligt att det här är till mig ändå. Men det blir en fördröjning innan man är där.

Det visade sig också i vår undersökning att terapeuterna tyckte att det var direkt störande när patienten eller tolken använder tredje person vid översättningen istället för första person. *Det är viktigt att tolken översätter ordagrant så när patienten säger "jag" så vänder sig inte tolken sen och säger hon eller han, utan han säger "jag" och håller sig lite diskret i bakgrunden så att han aldrig är huvudpersonen i rummet.*

Terapeuterna poängterar att när tolk och patient talar i första person blir kontakten oftast betydligt bättre och det blir tydligt att terapin är en dialog mellan patient och terapeut.

Socialisering

När vi frågade om hur det går att introducera patienten i den terapeutiska metoden med tolk närvarande, svarade de flesta att det fungerar bra. Dock behöver även tolken socialiseras om han inte tidigare har tolkat i kognitiv psykoterapi.

Jobbar man med tolk så är det inte skillnad med tolk eller utan tolk, om jag jobbar som en kognitiv psykoterapeut måste jag förklara allt för patienten och när jag förklarar för patienten, så sitter tolken där och lär sig samtidigt

I intervjuundersökningen framkom också att patienter från vissa kulturer inte känner sig familjära med psykologiska behandlingsmetoder eller psykoterapi.

För många patienter är det ett helt nytt sätt att jobba, när du presenterar den kognitiva triaden och allt det där, och när man börjar prata hemuppgifter och den biten, då kan jag tycka att det är väldigt bra att ha tolk som har samma kulturella bakgrund.

På så vis kan således tolken bidra till att underlätta socialiseringen med patienter som kommer från sammanhang där psykoterapi är främmande, eller där psykiatrisk kontakt kanske t o m är stigmatiserande. Behovet av att få begrepp förklarade för sig kan uppstå under socialiseringsfasen.

Det positiva blir att om man förklarar och patienten ser ut som ett frågetecken och förstår inte alls vad jag menar när jag börjar prata om negativa automatiska tankar och allt det där - då kan tolken förklara det.

Flertalet anser dock att tolken inte självständigt ska förklara begrepp utan låta terapeuten göra det när behovet finns.

Socialiseringen av tolken kan syfta till att förebygga att oväntade och problematiska situationer uppstår under terapiarbetet.

Om man t ex har en tvångspatient, som har väldigt mycket tvångstankar, och så helt plötsligt så säger man - tänk inte på en vit elefant – tolken fattar ingenting.

I terapiprocessen kan det ingå att terapeuten intervenerar paradoxalt, eller gör långa pauser, är konfronterande eller annat. Det är då viktigt att tolken är följsam i detta och förstår arbetsmetoden. Tolken får inte gå in och intervensera för att hon eller han tycker att det är tyst för länge eller för att tolken har andra synpunkter på vad som sägs. Flera av de intervjuade hade råkat ut för svårigheter av det slaget.

Jag brukar ha en tanke med att jag ställer en fråga. Jag vet kanske redan svaret på frågan men vill att patienten formulerar sitt svar, och då förstör ju tolken mitt upplägg genom att lägga sig i det hela genom att börja förklara och förtydliga.

Det kan finnas t.ex. i en terapi att det finns någon som säger något och att jag sedan bara sitter tyst och väntar på att patienten ska fortsätta, med avsikt, och där kan en dålig tolk börja skruva på sig och börja tala om igen, tro att jag inte har förstått och upprepa igen vad patienten har sagt och då förstör ju tolken effekten.

Här framhåller många vikten av att tolken är introducerad i arbetssättet och vikten av att ha samma tolk under hela psykoterapin.

En del tolkar kan sitta tysta och inte begripa att de ska utföra allt jag säger att de ska föra vidare. De tycker att jag säger konstiga saker och så för de automatiskt inte det vidare. Ibland får jag göra en gest – ”tolka” - för att tolken tycker att det där har vi redan pratat om. Det händer när tolken tycker att jag upprepar mig.

Terapeuterna tycker att det underlättar i dessa avseenden att arbeta med samma tolk eller om tolken är ”socialiserad” i den kognitiva terapimetoden.

Jag måste ha samma tolk annars måste jag förklara alla ord, termer och sådant igen. Att man bokar med samma tolk är viktigt.

Allians

Det finns flera saker som kan påverka alliansen terapeut – patient. Förutom frågan om ögonkontakt så påtalar flera terapeuter vikten av att tolken översätter i första person. Att använda tredje person skapar en tydlig och oönskad distans enligt de intervjuade terapeuterna. Flera av de vi intervjuat ansåg att det går bra att få en bärande allians med patienten även om det finns en tolk med. Ibland kan alliansbyggandet ta längre tid då tolk är närvarande. Några terapeuter ansåg att alliansen blir sämre eller snarare annorlunda med tolk.

Man får inte riktigt den här personliga kontakten på samma sätt, genom att det hela tiden går genom en annan person, så alliansen blir lite annorlunda

Det finns en lite större distans men sen är frågan om det i sig skulle vara negativt eller inte, än så länge har jag inte upplevt det negativt, bara att det är lite annorlunda

Ibland kan sekretessfrågan vara ett känsligt område påpekade en terapeut och det kan behöva uttalas att tolken omfattas av sekretessen.

Men jag märker det också i rummet med andra patienter, att i början är man mycket reserverad tills jag har sagt flera gånger att sekretessen även gäller tolken och det påpekar tolken också några gånger. Det dröjer tills man är där, så man släppa och säga vad man tycker och känner.

En terapeut uttryckte också åsikten att tolken som kulturbärare är väsentlig för alliansen.

Så har man en god tolk, då kan det terapeutiska alliansen förstärkas genom att tolken blir en länk mellan terapeuten, patienten och kulturen. Det blir en kulturbärande då i rummet, som underlättar processen i rummet.

Förtroende måste tillskapas mellan alla tre deltagande parter. Hur bra det går behöver inte ha med tolkens närvaro att göra. Det kan i lika hög utsträckning ha med patienten själv att göra menade en av de intervjuade. Hur bra det går har också med samstämmigheten mellan de tre samtalsparterna att göra.

Det beror på vilken patient det är, hur lätt den patienten är att knyta närmare kontakt med, men jag tycker nog inte tolken har någon betydelse det handlar nog mer om vilken person patienten är.

Vi letar efter den våglängden som fungerar och det är klart om det är tre aktörer så är det ju svårare att hitta en gemensam punkt.

Alla fäster stor vikt vid att det är samma tolk genom hela terapin. Det är viktigt med det ömsesidiga förtroendet.

När man inte får samma tolk då blir det inte färdigt. Det är väldigt få som kan gå in i en process utan att ha en fast tolk. Så man ser den personen, tolken, som en jätteviktig del.

En dålig relation mellan patient och tolk kan dock göra att patienten inte berättar allt.

Det kan vara någon man kanske är lite reserverad inför och det har jag varit med om – och så berättar man inte allt. Man känna skam för den man är.

Många av våra terapeuter pekade på att när det fungerar bra så kan tolken vara ett stöd både för patienten och för behandlaren.

Konceptualisering- samarbete och begriplighet i det psykoterapeutiska samtalet

Interaktionsmönster och förklaringsmodeller kan skilja sig åt mellan olika patienter från olika kulturer. Därför blir det extra viktigt i tolkade samtal att klargöra vilka föreställningar och antaganden som ligger till grund för patientens bild av olika samband, anser några av terapeuterna.

Det fanns olika åsikter om det kulturella skillnaderna påverkades konceptualiseringen. Några tyckte att det blir svårare men andra tyckte att det går bra att ställa frågor kring kulturen och på så sätt få förståelsen.

Det blir svårare att konceptualisera för att man måste kolla upp vad som är normalt i den kulturen.

När det gäller schema, påverkas inte heller det av tolken utan oftast är det kulturellt – att jag frågar; ” Hur tänker man i ert land om det här och vad betyder det för dig? Hur var det när du var liten? Hur såg din situation ut då? Hur tänkte du”? Det är inga svårigheter med tolk.

En terapeut tyckte att tolken mycket väl kunde interвенера om hon eller han märker att parterna inte förstår varandras kulturella mönster.

Om tolken ser den här oförståelsen för olika kulturella mönstren, så skulle kanske tolken kunna klargöra det.. För jag kanske inte alls ser det som tolken ser, om jag tar förgivet ett mönster som vi har här och man kanske inte har det i patienten hemland.

Hur patienten presenterar sig kan vara olika beroende på om hon använder sitt första eller andra språk. Att ha en tolk med ökar därför precisionen i bedömningen jämfört med att tala svenska med en patient med annat modersmål. En terapeut tyckte ändå att det kan bli svårigheter i precisionen i tolksituationen.

Det är dels tiden och dels begränsningen i språket, man kan inte gå in lika mycket i idiosynkratisk mening.

Tolkens översättning blir inte exakt utan det blir en översättning av den bild som tolken har av innebörden. Det är viktigt att tolken kan förmedla känslor men också den information som terapeut eller patient vill förmedla till varandra. Här tyckte en terapeut att det ställs högre krav på tydlighet och återkoppling av terapeuten i det tolkade samtalet.

Ja faktiskt tror jag att jag blir tydligare när det är en tolk med för att det är så viktigt att det verkligen går fram rätt budskap, för sitter man i ett direkt samtal då kan man snabbt checka av "förstod du nu hur jag menade" och "gick det hem", har man tolk så blir det så noga att tolken verkligen ska få rätt information på något sätt.

Strukturfrågor

Agenda

Samtliga terapeuter arbetade efter en viss agenda i terapin. En del tydliggjorde arbetsordningen för och tillsammans med patienten och andra terapeuter arbetar efter en struktur men tydliggör den inte för patienten. De senare var de terapeuter som arbetade med svårt traumatiserade patientgrupper där terapeuterna oftast hade en struktur men delgav den inte till patienten då de menade att det ställdes högre krav på flexibilitet med den här patientgruppen (se under rubrik traumatisering). Strukturen påverkades inte av att det fanns en tolk närvarande. Här var samtliga överens. Möjligtvis, ansåg en terapeut, blev ramarna ännu striktare eftersom tolken har en tid att passa.

Ibland, inte alltid det beror på vilken typ av terapi det blir, det är återigen det här med vilken typ av patienter vi har. Vissa är så sköra så jag kan ha en agenda men jag måste se; Var är patienten idag? Orkar han eller hon? Jag kanske har planerat in en jobbig exponering som vi har pratat och förberett innan, men det är bara att glömma. Så man får vara mer flexibel med det mer strukturerade inslaget på något sätt.

Jag använder alltid agenda. Jag börjar alltid med att säga idag ska vi göra det här och det här.

När det gäller traumapatienter så är det lång tid innan man har kommit dit i terapin att man kan samarbeta. Patienten säger ofta: Jag vet inte? Så för min del har det hjälpt att ha strukturen hos mig. Det har inte varit aktuellt att skriva upp papper där patienten är med. Så det är mer struktur hos mig som terapeut.

Agendan är således något som terapeuterna i vår undersökning arbetar efter. Ett par av dem ansåg att strukturen i kognitiv terapi kunde underlätta för tolken eftersom han på så vis fick en arbetsplan för samtalet.

Terapisessionernas längd och antal

De flesta planerar inte in extra tid för en terapisesession med tolk. Några tar samma tid på sig men säger att de hinner mindre. Det vanligaste är att de ordinarie 45 min förlängs med 5-15 min.

Däremot säger flera terapeuter att bedömningsamtalen oftast blir längre. Inte heller då var det vanligt att avsätta extra tid för samtal med tolk. Det var mer undantag än regel. Dilemmat med den extra tidsåtgången kan lösas genom att terapeuten planerar för fler bedömningsamtal. *Särskilt om det är en bedömning utan tolk är det en väldig skillnad jämfört med att ha tolk, tidsmässigt vad det tar att säga saker.*

De terapeuter vi talat med gav sammantaget inte någon tydlig bild av om de tyckte att terapierna längd och antal blev annorlunda med tolk jämfört med utan tolk.

Skattningsskalor

Vi ställde en fråga huruvida terapeuterna använder skattningsskalor vid tolkade samtal. De gjorde på flera olika sätt. Det vanligaste var att inte använda skattningsskalor alls. Det ansågs vara för krångligt och tidsödande. Några terapeuter använde sig av tolken vid skattning men valde då enkla skalor för att underlätta förfarandet. Användandet av självskattningsskalor kräver naturligtvis medverkan av tolken såvida inte en översatt skala används.

Jag försöker göra dem så enkla som möjligt, så jag använder väldigt enkla skalor som har så lite text som möjligt, typ VAS-skalan. Formulär med mer text, brukar jag ge till tolken så får de sitta och fylla i det tillsammans.

Det är ju inte alltid så lätt när man använder skattningsskalor. Man hoppas att tolken har förstått rätt och översätter rätt för vi har inte några översatta skattningsskalor, utan då har jag fått använda tolken.

En av terapeuterna använde ofta skalor men lät då tolken översätta skalan i förväg.

Jag har inte översatt dem utan det är tolken som får göra det. Det bäst att tolken tar det med sig, så att han kan översätta och får fundera lite grann.

Boostersession

Alla som deltog i intervjuerna använde sig av boostersessioner i någon form. Här fann vi att en del tyckte att det blev mer komplicerat med tolk. Det krävdes större framförhållning då det var ytterligare en person att jämka ihop tider med. Det kunde vara svårt att överhuvudtaget få tag på samma tolk. Andra terapeuter hade klara rutiner och hjälp vid beställningar av tolkarna och såg ingen skillnad i användandet av boostersessioner när de hade terapi med eller utan tolk. Ett par terapeuter som arbetade med traumapatienter med tolk beskrev att de följde upp terapin genom en utglesning av samtalen snarare än att de använde sig av regelrätta boostersessioner.

Vi har ju klara uppföljningar när det känns att patienten klarar sig. Oftast kommer terapeuten snabbare dit än patienten. Så säger vi att vi glesar ut det. Sen så har vi en månad och sen tre månader och sen sex månader och glesar ut det ännu mer. På det viset ser dem att de klarar av det själva. Samtidigt som terapeuten finns som en resurs i alla fall. Det ingår i rutinerna här att vi har uppföljning.

Eftersom jag måste ha boostersessionen när jag har slutat med patienten då måste jag komma ihåg att det är just den tolken som ska vara med också. Det är lite olika moment. Det är lite krångligare. Att hitta samma tolk också, och så är det några månader sedan man sågs sist också. Då stör det, det är störande. Det är ju lättare om jag har en person och det bara är två som ska träffas.

Patientens upplevelse av det tolkade samtalet

Terapeuterna i vår undersökning frågar oftast patienterna hur de upplever tolkningen men alla gör det inte kontinuerligt. Tillvägagångssätten är olika. En del frågar om det när de känner att det inte är något som fungerar bra i tolkningssituationen andra har utarbetade metoder och rutiner.

Terapeuternas åsikter går isär när det gäller om de kan fråga patienten om dennes upplevelse av hur tolkningen har varit med tolken närvarande eller inte. De flesta såg svårigheter med att fråga om patientens upplevelse av tolken med tolken närvarande, dilemmat som då uppstår är

att ifrågasätta tolken genom tolken. Terapeuterna hade olika tillvägagångssätt för att lösa problemet. En del gör det efter att tolken har gått eller bokar en separat tid med patienten, andra ställer frågan när tolken är med eller så stämmer terapeuten av med patienten när tolken lämnat rummet.

Jag brukar göra så att om man har en tolk de aldrig har träffat. Så bokar jag en tid själv med patienten och då är inte tolken där och så frågar jag; Hur kändes det? Ska vi ha samma tolk? Då får man veta.

De flesta av de tillfrågade terapeuterna ansåg att det bästa var att fråga patienten utan tolk men här finns av naturliga skäl ett språkligt hinder. Hur ska terapeuten kunna fråga patienten om hon är nöjd med tolken utan tolk om hon inte kan språket?

Om det är så att jag uppfattar att patienten kan lite svenska så kan jag ta det även enskilt utan tolk annars frågar jag när tolken sitter i rummet.

En terapeut hade uppfunnit ett finurligt system med röda och gröna ja och nej lappar som tolken fick instruera om som gällde om patienten ville fortsätta med samma tolk eller inte. Patienten får visa grön eller röd lapp när tolken har lämnat rummet, och på så vis uttala sin mening.

Ibland är det så här, om patienten inte kan prata då skriver jag och tolken förklarar också och sedan får tolken gå ut. Och då har jag skrivit på två lappar en röd och en grön, där grön är symbol för ja och röd för nej. Och sedan när tolken gått ut frågar jag; Vad tycker du? Och då visar patienten den lapp som passar. Så då vet jag om det är okej att fortsätta. Det här är mitt sätt att vara säker.

Ett par terapeuter menade att professionella tolkar är sådana i sitt förhållningssätt att där kan patienten säga inför tolken om tolkbyte är önskvärt. Det professionella klimatet gör sådant möjligt.

Men det brukar patienten tala om så att en duktig tolk, en professionell tolk, inleder ju med att klargöra sin egen roll om tystnadsplikt och att de är professionella och att de översätter allt som sägs. Ja de är tydliga med reglerna och ramarna för tolkningen osv. I de fallen brukar det vara lätt ganska lätt för patienten att säga till att den här tolken inte passar dem.

Samtal utan tolk

Samtliga terapeuter i vår undersökning använder ofta tolk. Men ibland sker terapierna utan tolk. Anledningarna kan vara många. Ett skäl kan helt enkelt vara att patienten inte vill ha tolk, ett annat skäl kan vara att patienten kan tillräckligt bra vardagssvenska efter ett antal år i Sverige. Men svenska som andraspråk räcker oftast inte, menar de vi intervjuade, för att bearbeta känsloladdade områden och trauman. Det finns dock skillnader i hur terapeuterna ser på detta med samtal utan tolk. En genomgående åsikt verkar vara hos flertalet av de intervjuade terapeuterna att tolk bör användas så snart språket utgör ett hinder för kommunikation kring känslor och trauma.

När jag har en patient och vi talar svenska och upptäcker att vi inte kommer åt det som har hänt i hemlandet utan patienten måste få prata om sakerna på sitt eget språk. Det tror jag är samma sak för oss svenskar om vi bor någonstans i 10 år, vissa saker måste vi bara få uttrycka på svenska.

Ett par terapeuter tycker att samtalet kan gå tillräckligt bra utan tolk emedan övriga terapeuter betonar vikten av att använda tolk för att fånga upp språkets alla nyanser hos sina patienter och sig själva som terapeuter.

Men även om man skulle klara av mycket av vardagsspråket betyder det inte att man kan nyanserna i språket vilket är mycket viktigt när det gäller terapi. Så finns det en tolk så kan man också vara säker på att dessa kommer fram. När man inte kan alla nyanserna i språket så blir det mycket torftigt. Och då uppfattas man på ett annat sätt än man gör på sitt modersmål.

Ett par av terapeuterna menade att det gick bra att arbeta utan tolk även om patienten inte behärskade svenska språket tillräckligt bra. De menade att det fanns stora sidovinster för patienten i livet i övrigt, om hon i en trygg terapisituation fick tillfälle att lyssna på och tala det svenska språket.

I början är det svårt att förstå när de bryter mycket, men man lär sig, man lär känna den personen och då ökar ju den här personens självförtroende också i svenska språket som blir väldigt bra i andra sammanhang sen.

Några av terapeuterna var dock av en annan åsikt och hävdade att i en psykoterapi bör fokus ligga på innehållet i vad som sägs och inte i det grammatiska. Att slippa bli fokuserad på språket kräver att båda parter i en terapi behärskar språket. Kognitiv terapi beskrivs ofta som ett gemensamt forskningsarbete. Flera av terapeuterna beskriver svårigheterna i samtalen utan tolk då patienten inte behärskar språket.

Ja, jag använder inte vissa ord för jag är inte säker på att patienten inte förstår riktigt så då använder jag enklare ord. Då jag har tolk behöver jag inte tänka mig för.

Jag pratar mer fullt ut med tolk, jag blir tydligare då. Det är lättare att vara tydlig och föra fram vad jag vill när jag har tolk och jag använder ett mer avancerat språk.

Tolkrollen

Tolkens utbildning

Samtliga terapeuter i vår studie anser att det är viktigt att tolkarna har någon form av utbildning så att de förstår patienternas problematik. De tycker att tolken bör ha viss kunskap om terapiprocessen och vara orienterade i de begrepp terapeuten använder i sitt arbete. Att använda auktoriserade tolkar ansåg samtliga var en form av kvalitetssäkring. Detta menades ge en garanti för ett väl utfört tolkarbete och att de etiska reglerna i God tolksed följdes. Dock betonade några terapeuter att även icke auktoriserade tolkar kunde fungera bra och en terapeut sa att hennes bästa tolk inte var auktoriserad.

Man märker skillnad på dem som är auktoriserade och de som inte är det och det handlar om förhållningssättet. Det kan man se ganska snabbt hur de socialiserar med patienterna eller om de vill hålla sig utanför, om de inte vill dras in rent personligen för mycket

Vi har erfarenhet av att med auktoriserade tolkar går det mycket lättare. De kan sitt jobb. Det är inte bara de som är bra. Men de som är det är alltid bra. Så har vi upplevt det, den erfarenheten har vi.

De flesta terapeuter ansåg att det var viktigt att tolkarna fick handledning med tanke på det ofta mycket psykiskt krävande arbete de utförde. Terapeuterna tog upp dilemmat med vem som skulle stå för tolkarnas handledning.

Det hade vi många diskussioner om "Ska tolkarna få utbildning genom psykiatrin eller ska de få det genom kommunen eller vem ska bjuda på den här handledningen?"

Tolkens neutralitet

Tolkens neutralitet innebär att han inte ska ge uttryck för ett eget ställningstagande eller för sina egna känslor. Tolken ska vara opartisk. Det kan vara svårt med de egna känslorna för tolken särskilt vid tolkning i arbete med traumatiserade personer. Flera av terapeuterna hade stött på svårigheter i de sammanhangen. Det gällde särskilt vid arbete på traumaenheter. *Det är oerhört viktigt, att de ska hålla sig neutrala och bara översätta och inte visa så mycket. För här speciellt är det oftast väldigt tunga levnadsöden de får höra. Det har hänt någon gång att tolken har brustit ut i gråt för att det har berört och det har blivit väldigt tokigt för då hamnar du som psykolog i den situationen att du ska hjälpa tolken och patienten hamnar i den situationen att hon ska trösta tolken.*

Neutraliteten handlar också om att inte göra gränsöverskridanden i respektive roller. Flera terapeuter ger exempel på när tolken blir för känslomässigt engagerad och därmed frångår sin uppgift som tolk

Hur ska jag avbryta, hur ska jag avleda patienten när tolken sitter och förstärker och tycker synd om patienten. Och lyssnar på patienten och liksom gör sig till lite till halvterapeut. Kanske blir det så för att de kommer från samma kultur, tolken förstår hur patienten känner, och där är det tolken som går ifrån God tolksed.

En terapeut ansåg att tolken bara ska återge orden och ”inte se för berörd ut”. *För då har tolken den roll den ska ha, den är neutral bara och återger det man säger.*

Flertalet terapeuter anser att tolken ska förmedla terapeutens och patientens känslor under ett känsloladdat samtal. När det blir som bäst innebär det en validering av patienten. *Viktigt är att tolken inte tar ställning i olika sammanhang och när patienten tar upp något ska tolken tolka utifrån hur patienten berättar saker och ting. Är patienten upprörd så är tolken upprörd också men det är ingen egen upprördhet, utan patientens upprördhet. Tolken ska även tolka gester och minspel.*

Terapeuterna beskriver också att det kan bli konstigt om tolken inte tolkar samstämmigt med patientens känslouttryck. *Men det finns nog diskrepanser också, att patienten ser väldigt upprörd ut, och tolken tolkar med väldigt neutrala ord. Då blir det lite konstigt.*

Många terapeuter tycker att ett tecken på att samspelet mellan parterna fungerar bra är när tolken är ”transparent”, vilket endast en skicklig tolk kan bli. *De tolkar som är bäst är de tolkar man glömmer bort, de tolkar som jag efter en stund inte tänker på att de finns med i rummet.*

Telefontolk

Telefontolk använde de terapeuter vi intervjuade då patienten talade ett så ovanligt språk att någon tolk inte fanns i närområdet. Ett annat skäl som uppgavs var när en patient inte ville ha tolk men terapeuten ansåg att behovet fanns och då blev telefontolkning ett möte på halva vägen. En del patienter kan vara misstänksamma mot andra från samma kultur som bor i samma stad och då kan telefontolk vara ett alternativ.

I vissa fall kan det hända att man tar in en telefontolk och då kanske det är patienten som inte vill ha någon tolk men vi ser att det behövs. Så för att mötas på vägen så tar man en telefontolk. Det förekommer också telefontolk då den tolk vi behöver inte bor i närområdet. Då använder man telefontolk för att det ska vara rätt språk.

Flera terapeuter i vår undersökning ger uttryck för att det är svårare med telefontolk även om det fungerar. De intervjuade uppger att det kan bli för stor fokusering på tekniken. Information i kroppsspråk och ansiktsuttryck förloras.

Det är nästan svårare att jobba med telefontolk tycker jag, vi gör det ibland, det är nästan besvärligare tycker jag även om det fungerar.

Vi blir så fokuserade på telefonen och att jag inte kan se tolken. Det är många som tycker att det är mycket jobbigare än att ha en tolk i rummet och det kan jag nog också tycka. Det är mycket kring den tekniska biten

Jag kan tycka att det är svårare, för tolken är inte med i ansiktsuttryck och så.

Vår undersökning tyder på att terapeuterna valde telefontolk i andra hand men att detta kunde vara ett fungerande alternativ.

Val av tolk och byte av tolk

Det finns många aspekter att ta hänsyn till vid arbete med tolk i terapi. Det framgick i vår studie att samtliga terapeuter på olika sätt valde sina tolkar. Tolkens utbildning ansåg de flesta vara betydelsefull och de flesta valde auktoriserade tolkar om sådana fanns att tillgå inom språkområdet.

Enligt vår undersökning hade en del terapeuter utarbetade rutiner för val av tolk och rutiner för byte av tolk när tolkningen inte fungerade. Andra försökte i möjligaste mån få de tolkar som de hade haft ett fungerande samarbete med tidigare och utgick från känslan. Hade det känts bra i rummet valde de att fortsätta med samma tolk. Tyckte terapeuten att det inte fungerade bra bytte hon tolk.

Men om det är en bra tolk så det känns bra i rummet så försöker jag naturligtvis använda samma tolk hela tiden.

När man väl fått kontakt med en bra tolk så bygger man vidare på det samarbetet.

Flera av våra terapeuter påpekar att det är av betydelse för patienten om tolken är man eller kvinna. Skälen kan vara kulturella, tidigare traumatisering av patienten eller andra personliga grunder. Terapeuterna poängterar att patienten alltid bör tillfrågas om sina önskemål.

Det är noga med val av tolk om patienten är en kvinna så då måste det vara en kvinnlig tolk. Om vad som har hänt under tortyren kan det ta lång tid att berätta de kan inte säga: "Jag har blivit våldtagen". Det är en lång process för att patienten ska våga säga det. Det är mycket viktigt med kvinnliga tolkar i de här fallen, hellre vänta, då vi har ont om kvinnliga tolkar än att ta en manlig tolk.

Etniska och religiösa hänsynstaganden är också viktiga för terapeuten vid val av tolk. Likaså kan det vara känsligt om patienten tillhör en liten folkgrupp. Hon kan vara vän eller granne eller på annat sätt ha anknytning till tolken och det kan finnas tvivel gällande tolkens tystnadsplikt. Flera av terapeuterna i vår studie poängterade att patientens åsikter var det som slutligen avgjorde tolkvalet.

Sedan lyssnar man på patienten. Jag har patienter från Irak som säger att jag vill inte ha tolk från Irak för jag inte kan lita på dem. De litar inte på Irakier överhuvudtaget. Då får man ta

någon annan. Om det är någon kristen som kommer från något ställe där man varit förföljd för sin tro så tar man inte en muslim hit utan det måste vara en kristen. Så det är mycket man måste tänka på som ska stämma från början. Men bara för att vi har tänkt igenom alla de här sakerna innebär det inte att man fortsätter med samma tolk för det är ändå patienten som bestämmer.

Att tolken behärskar båda språken är en förutsättning för att det terapeutiska samtalet ska kunna fungera. Flera av terapeuterna angav brister i tolkens språkkunskaper som anledning att byta tolk.

Vi är mycket måna om att ha tolkar som har jobbat länge och har erfarenhet av tolknings situationen så att språket inte ska vara i fokus. Ser man att det inte alls fungerar vilket har hänt en gång så sa jag till den här tolken när patienten var med: Just nu är inte du beredd att jobba med oss för patienten ska inte behöva sitta här och fördröjas språkmässigt utan det ska flyta på.

Det finns samstämmighet i vår undersökning om betydelsen av att använda samma tolk i psykoterapi och att byte av tolk ska göras endast om behov finns utifrån patienten eller terapeutens önskemål.

Landstinget har avtal med tolkförmedling. Vi ringer dit och beställer. Vi prioriteras först. För när det är terapier ska det inte bytas tolk.

Samarbetsfrågor

Tolken som en samarbetspartner

Alla terapeuterna ansåg att tolken var en viktig samarbetspartner. Vår undersökning visade att det är olika hur väl tolkarna tas om hand. På traumaenheterna finns stor vana vid att samarbeta med tolkarna och det är också där som noggrannheten är störst i bemötandet av tolkarna. En terapeut som en lång period har arbetat på en traumaenhet berättade om stor omsorg kring tolkarna på den enheten.

Det var vi också väldigt måna om i teamet att ta hand om våra tolkar så att vi bjöd in dem och hade med dem ibland på fika och lunch. Vi uppmuntrade dem väldigt mycket och sa att de faktiskt samarbetade med oss...För då höjer man ju deras professionella kvalité om man gör dem till en medlem i arbetsgruppen.

Gemensamt ansvarar terapeuten och tolken för att behålla patientens förtroende. Tolken måste också vara professionell vad gäller hur kontakten ska se ut med patienten mellan sessionerna och för hans del gäller i allmänhet minsta möjliga kontakt. Om detta var terapeuterna eniga. Ett annat gemensamt ansvarsområde är att deltagande parter medverkar till att samtalet blir möjligt att översätta. Terapeuten måste anpassa sin meningsbyggnad och patienten måste också anpassa sig i sitt tal (genom anpassning av meningarnas längd t.ex.). Tolken behöver ibland vägleda parterna i detta.

Det är heller inte bra för samarbetet om tolken börjar föra en egen dialog med patienten. *När tolken börjar skapa en egen relation till patienten i rummet då blir det att de pratar på varandras språk och jag vet ingenting om vad som händer, det blir inte professionellt.*

Det kan dock inträffa att patienten inte förstår vissa begrepp och i vår intervju hade en av terapeuterna inte något emot att tolken hjälpte till i den situationen.

Tolken säger - vi har inte ett ord för det här, jag får förklara såhär istället.

De flesta företrar att terapeuten själv får formulera förklaringen och också att tolken frågar terapeuten om begrepp som tolken själv inte förstår.

Hon eller han ska förstå, om de inte gör det så kan de fråga – vad menar du med kognitiv omstrukturering, jag vet inte hur jag ska översätta det.

Det vanligaste var att terapeuterna vi intervjuade valde bort tolkar som de inte tyckte var bra, hellre än att ta upp saker de inte var nöjda med.

Det konkreta jag gör är väl att inte ha den tolken igen.

Några av terapeuterna var dock noggranna med att ge återkoppling till tolken och det var särskilt terapeuter som själva har arbetat som tolkar.

Det kan också vara svårt för tolken att förmedla skamfyllda saker. En av terapeuterna, som själv hade arbetat som tolk berättade om en sådan situation när hon avbröt mitt i en tolkning därför att hon inte kunde ansvara för följderna av att förmedla ett budskap som kunde innebära fara för patientens liv p.g.a. kulturella tabun.

Det kan uppstå situationer då behandlaren känner sig tveksam till huruvida tolken verkligen översätter det hon säger. Det kan naturligtvis bero på andra saker också t.ex. att språken skiljer sig mycket åt, eller att patienten säger samma saker flera gånger och att tolken då väljer att sammanfatta.

Jag säger en kort mening och tolken pratar länge eller patienten pratar länge och tolken säger tre ord. Man tappar ju förtroendet för tolken då, tänk om han inte översätter som jag säger, jag har ingen kontroll.

Tolkens närvaro

Det verkar som om möjligheten att hantera tolkens närvaro har mycket att göra med hur van terapeuten är vid att arbeta med tolk. Samarbetet flyter bäst när terapeuten har en upparbetad samarbetsrelation med tolken.

Jag trodde nog i början att det skulle vara mycket störande att ha en människa med som skulle översätta det jag säger men jag känner inte det så! När jag började med tolk tänkte jag; Här sitter en människa som ska kontrollera hur jag är som terapeut, vad jag säger och sådär. Idag tänker jag nästan inte att det är en tolk med, så därför är det ingen speciell skillnad på samtalen där tolken är med.

Men när det är vardag att använda sig av tolk lär man känna tolkarna, det är sällan numera jag träffar en tolk jag inte har sett förr. Så det är personer och roller jag är van vid och trygg med.

Men det finns också en terapeut som trots lång erfarenhet tycker att det innebär ett hinder med tolkens närvaro, att språket distanserar, snarare än tolkens närvaro i sig.

Det är betydligt lättare för oss att få kontakt med varandra, när vi är ensamma utan en tredje person. Men det handlar om språket.

Det spelar stor roll vad tolken är för slags person. Det handlar inte bara om yrkeskvalifikationer. Det personliga ska stämma för parterna om det ska bli ett bra samtal.

Det är ju en tredje person i rummet även om hon bara ska tolka vad vi säger. Men hon är ju faktiskt en person av kött och blod som sitter där, som patienten avläser reaktioner på, som jag naturligtvis också kan läsa saker på, ibland fungerar det förstås bra och ibland mindre bra.

De flesta som vi intervjuat pekar på att tolken med sin närvaro kan utgöra ett stöd både för behandlare och patient, under förutsättning att det råder en förtroendefull relation mellan alla tre i rummet.

Men det kunde faktiskt kännas som ett stöd att ha tolken i rummet, för att patienten blev trygg. Det här att det är en man och en kvinna, det var inte helt betydelselöst det heller, för vi representerade varsitt kön och vi representerade varsin kultur och så kunde vi möta patienten, det här blev en väldigt trygghet för många patienter. För det mesta så tycker jag att det är ett tredje ben som ger stöttning.

Eftersamtal

Särskilt hos terapeuterna som arbetar på traumacentrum finns vana vid att använda eftersamtal för att förbättra samarbetet.

Jag försöker intervju tolkarna i efterhand. För att få veta om det är något de själva har varit med om. Det kan väcka mycket och så. Jag tycker att det är jätte bra.

Det har ju varit väldigt svåra historier ibland som patienten har berättat och då har vi haft någon form av debriefing efteråt.

Det fanns olika modeller för hur terapeuterna hanterade eftersamtalen. En del hade det i direkt anslutning till terapisationen och andra kunde t.ex. boka in det i anslutning till nästkommande terapisesion.

Jag hade t.ex. en patient och vi började bearbetning och det blev väldigt tungt i rummet och när patienten gick så sa jag till tolken: "Vi kan boka en tid så vi kan prata igenom det här om du vill". Den tolken avböjde. Hon tyckte inte att det var så farligt. Men så kan man göra. Eller ett annat tillfälle, tolken hade bråttom iväg, så jag ringde till tolken och sa: "Det här som hände i rummet, om du vill så kan vi prata om det en kvart innan nästa gång vi träffas". Så har vi löst det.

Det är inte alltid tolken har intresse av eftersamtal. Ofta är de också tidspressade.

Det beror på vad det är för någonting, vanligtvis har jag det inte eftersamtal men om det är hemska saker som det är ibland, så om tolken har tid, ibland har de inte tid.

Flera av terapeuterna hade inte eftersamtal regelmässigt. Några terapeuter lämnade också initiativet till eftersamtal till tolken. En del av de vi intervjuat tycker att det kan vara känsligt att be tolken stanna kvar när patienten har gått. Med hänsyn till patienten använde en av dem vi intervjuat sig aldrig av eftersamtal.

Jag skulle väl egentligen säga att jag aldrig har haft det. Jag tycker inte om att patienten går och jag har tolken kvar. Många utav våra patienter har varit så utsatta och är väldigt misstänksamma och jag vill inte spä på de fantasier som de ev. redan har.

Ett par terapeuter som kontinuerligt använde sig av eftersamtal och också tog initiativet till dessa sa, att de kan förebygga risken för att patienten undrar över eftersamtalet genom att förklara syftet för patienten.

”Då brukar jag förklara för patienten att vid eftersamtalet måste jag sitta med tolken pga. att jag måste skriva på papper men det kan också vara att tolken inte mår bra men jag säger; ” vi kommer inte att prata om dig. Det handlar om tolken och det handlar om relationen mellan mig och tolken”. Måste vara tydlig och förklara för patienten så att inte patienten inte känner ”Aha nu går jag hem och de sitter och pratar om mig”

Traumatisering

Traumatiserade patienter

Många av terapeuterna återkom till att det var svårt att hålla sig till den kognitiva strukturen med de traumatiserade patientgrupperna. Dessa patienter kräver ett annat förhållningssätt och bemötande. Terapeuterna beskrev att de ofta arbetade efter en agenda men de tydliggjorde den inte för patienten. Traumapatienterna beskrivs också behöva lång tid för att etablera kontakt och komma till den nivå där bearbetningen av problematiken kunde börja.

”Det hänger mer ihop med att de är traumatiserade, att de är trasiga att de använder intellektet så att de kan hålla minnena ifrån sig. De står inte så stabilt att jag kan börja diskutera som med en vuxen, någorlunda balanserad människa ” så kommer vi att göra ” därför att traumat är för nära. Och för skrämmande. Och de är ofta för trasig redan från början. De har för lite som stabiliserar. Väldigt många har anknytningsrubbnings och jag sätter inte upp intervjun på ett intellektuellt plan utan jag jobbar mera för att skapa kontakt. Etablera rapport och sedan jobba väldigt nära i samarbete med patienten och använda metoder. Jag kan arbeta efter en plan men jag tydliggör den inte för patienten.

De terapeuter som arbetade vid traumaenheter betonade vikten av förståelse för att den inledande fasen kan ta längre tid i anspråk när patienten är traumatiserad och vid användning av tolk. Många av deras patienter som är flyktingar är dessutom multitraumatiserade. En av våra terapeuter beskrev också att det behövdes längre tid mellan sessionerna med traumapatienter.

”Det är ju en viss struktur att vi har bestämda tider och dem kan jag lägga upp lite annorlunda. Ofta träffar vi inte våra patienter varje vecka utan varannan och där väljer ofta patienten själva. Är det så att vi bokar varje vecka så kommer de inte, därför att de måste hämta sig emellan för att våga gå hit igen.

Traumatisering av tolken

Flera av terapeuterna reflekterade över tolkens utsatta situation och risk för sekundär traumatisering/vikarierande traumatisering. Många tog också upp att tolken kan ha en egen bakgrund som flykting och kan ha upplevt stora svårigheter i livet. Terapeuterna menar att det är viktigt att tolkarna har bearbetat sina egna trauman. Flera av de intervjuade ansåg att tolkens situation kan vara mycket svår när han tolkar för patienter med mycket smärtsamma och tragiska upplevelser bakom sig. Den ena tolkningen kanske följer efter den andra utan möjlighet till bearbetning.

”En annan sak är att tolken kanske varit utsatt för exakt samma sak. Så det kan vara väldigt jobbigt för tolkar att arbeta med invandrare som har gått igenom så mycket som våra patienter har gjort.

Det fanns en samstämmighet från terapeuterna om vikten för tolken att få bearbeta både sina egna ev. tidigare trauman men också möjlighet att bearbeta de trauman som spelades upp i

terapiummet. Att få samtala med någon om det svåra tolken fått höra i terapin ansåg terapeuterna vara ett hjälpmedel för tolken.

Kulturella skillnader

Vår frågeställning var vad terapeuterna trodde att kulturella skillnader spelade för roll. Det här var en av de frågor som gav de mest skilda svaren. En del terapeuter ansåg att kulturella skillnader inte hade någon väsentlig betydelse och andra ansåg att de kulturella skillnaderna var mycket viktiga. De terapeuter som inte anser att kulturella skillnader spelar någon roll eller så stor roll talar ofta om att det handlar om individen och relationer, det handlar inte om vilket land någon kommer ifrån eller vilken religion/kultur personen har. De menar att vi aldrig kan veta hur en annan människa fungerar, tänker och känner om vi inte frågar den människan och att ha "kulturkompetens" menar en terapeut t.o.m. kan lura oss att tro att vi vet hur den människan fungerar.

De terapeuter som anser att kulturella skillnader spelar roll talar om betydelsen att förstå utifrån patientens referensramar, vikten av att undvika missförstånd. Att respektera andra människors livserfarenheter, att förstå deras handlingar. Att lära sig se med deras "glasögon", förstå deras sätt att tänka.

Åsikterna går isär men ibland möts de.

Som en terapeut sa; *Självklart, de kulturella skillnaderna spelar alltid roll...men, jag tycker att i det kliniska i det terapeutiska mötet så lämnar man ju alla kategoriseringarna och går bara till mötet, till det personliga.*

Det är klart det finns olika kulturella skillnader. Men det mesta handlar om relationer, relationstörningar, naturligtvis har det med kulturella skillnader att göra, med det är ju också så allmän mänskliga saker. Hur man missförstår varandra och hur man ska försöka närma sig den andra. Det har egentligen inte så mycket med kultur att göra.

Några av terapeuterna menade att patienten själv var den stora kunskapskällan om sitt liv i en annan kultur och att terapeuten inte behövde ha några "kulturella förkunskaper".

För att arbeta med människor från andra länder behöver du inte veta ett dugg om andra kulturer, rent krasst. Det enda som är viktigt är att man är nyfiken och frågar. Gör man det, då lär man sig. Inte om kulturer, men om människor... Är man öppen och frågar och är nyfiken så får man veta fantastiskt mycket och lär sig också mycket. Inte om hur det är i Iran men hur människor i Iran kan uppleva sina liv.

En av terapeuterna som själv hade invandrar bakgrund ansåg att varje person har en egen kultur. Hon menade att människor inte är likadana eller tänker på samma sätt bara för att de kommer från samma land.

Det är där som jag är så osäker om det finns någon skillnad. Varje person har sin egen kultur. Det som skiljer oss åt är möjligheterna i att förstå den andra bättre. Jag kan inte säga att eftersom jag kommer från ett annat land så tänker alla som kommer från mitt hemland på samma sätt som jag. Eller att alla kvinnor i min ålder tänker som jag. Eller att alla som kommer från min hemstad tänker som jag. Utan jag tänker att jag har kanske likheter med andra i mitt tänkande men för det är jag inte en och samma. Så jag tycker inte att kulturella skillnader finns.

En annan av våra terapeuter ansåg att det fanns en fara i ”kulturkompetens”. Hon menade att det kan vilseleda terapeuten att tro att hon vet mer om patienten och dennes liv hon egentligen gör. Därför menade hon kunde det vara en fördel att arbeta med människor från andra kulturer. Hon tvingades då fråga patienten själv om sådana livsbetingelser som hon avstår från att fråga en svensk patient om (för att hon som svensk terapeut tror att hon har ”kulturkompetensen” om den svenska patienten).

Förut var det på modet att man skulle gå kurser i kulturkompetens. De som kom ifrån sådana kurser tenderade att vara extremt fördomsfulla, för de hade fått reda på hur folk är ifrån olika kulturer. Och så behandlar man människor som representanter för en kultur istället för människor som är en unik historia och ett liv som man måste fråga efter. Och på så sätt kan det vara bra att jobba med människor från andra kulturer för jag har liksom ingenting annat att luta mig tillbaka emot, jag måste fråga. Med en svensk person från medelklassen kan jag tro att jag vet så mycket om hur hon tänker och vilka värderingar han eller hon har att jag missar att fråga om saker.

Men flera av våra terapeuter anser att det är viktigt att ha kunskap om kulturella skillnader. De påtalar bl.a. kulturella skillnader när det handlar om hur vi ser på ex. psykisk sjukdom.

Det är viktigt att känna till kulturella skillnader... Det spelar stor roll också vad gäller synen på psykoterapi. Vad är behandling i mångas ögon? Jag får många gånger säga: Jag är inte läkare och det här samtalet är mitt verktyg.

En del av terapeuterna var mycket bestämda i sin åsikt att kunskap om patientens kultur var mycket viktigt. En terapeut sa att det fanns risk att hon som terapeut problematiserade där det inte fanns något problem om hon inte hade kunskap om patientens kultur.

Det spelar stor roll till en början och jag tror att det är oerhört viktigt att man som behandlare sätter sig in i kulturen, att man vet vissa saker och känner till vissa saker. Det tror jag är jätteviktigt.

Annars blir det lätt att jag tolkar det patienten berättar utifrån mina referensramar. Jag kan problematisera någonting som kanske inte är ett problem.

Åsikterna är många och en del överlappar varandra och mellan andra finns ett stort avstånd. Flera av våra intervjuade terapeuter har invandrarbakgrund men det finns inga kopplingar mellan härkomst och åsikt när det gäller vår frågeställning om kulturella skillnader.

Tolken som kulturförmedlare

Det var delade meningar bland de intervjuade terapeuterna om tolken ska vara kulturförmedlare eller inte och en del framförde det som en fördel om tolken hade ”kulturkompetens”.

Vi måste komma på samma kulturella nivå, vi måste nå en kommunikation över olika kulturella sätt att se. Och jag tror att vi i Sverige strukturerar mycket mer och att man kanske inte gör det i alla språk, inte på samma sätt. Det blir inte på samma sätt, det blir inte samma sätt att tänka. Och jag måste förklara det för patienten, det går inte att strukturera ett-två-tre-fyra-fem på det sättet som en svensk är väldigt öppen för att tänka. Och här hjälper tolken mig så jag får en närmare kontakt med patientens reaktion.

Där kan tolken komma in och ge förklaringar till vissa saker. Det har hänt någon gång t.ex. när jag har reagerat på något väldigt starkt då märker tolken det. Då kan tolken förklara hur det är i deras hemland, att man ser det på det här sättet och då är det okej.

Men några av terapeuterna ansåg att det var viktigt att tolken endast var en förmedlare av språket och dess budskap. De ville inte att tolken skulle ha någon annan roll än sin professionella som tolk och följa de yrkesetiska reglerna.

Men till att vara kulturbärare använder jag inte tolken.

Utbildningsterapi

En av de intervjuade terapeuterna hade under sin steg-1 utbildning till kognitiv psykoterapeut två utbildningspatienter med tolk i handledning. Skillnaden från de övriga utbildningspatienterna utan tolk som de övriga studenterna hade handlade om tidsåtgången vid handledningstillfällena. Hennes patient tog dubbelt så mycket tid. Det blir en viss fördröjning vid psykoterapeutiskt arbete med tolk och det kunde upplevas som störande av de andra i gruppen som inte var vana vid det arbetssättet.

Många patienter har varit med om saker som gör att de inte litar på folk och de litar inte på film och hur man hanterar filmen och liknande saker. Och det var svårt att hitta patienter som ställde upp på att filmas. Så de patienter jag hittade var inte med på filmen det var bara deras röster som hördes på filmen.

Det tog dubbelt så lång tid. Tidsmässig, så är det mer krävande. Men inga synpunkter har jag hört. De andra i gruppen kanske tyckte att det dröjde mycket, det fanns en fördröjning. Men jag kände det inte så. För mig är det, det naturliga sättet. Jag jobbar så här. Men för de som inte har gjort det var den här fördröjningen störande.

Sammanfattning av resultatredovisningen

Sammanfattningsvis framkom i vår undersökning att de flesta terapeuter såg avsevärt fler möjligheter än svårigheter med tolkanvändning i kognitiva terapier.

Sammanfattning av enkätsvaren

Bland de terapeuter som inte hade någon tolkanvändningserfarenhet i psykoterapier fanns föreställningar om att det skulle kunna finnas en del svårigheter framförallt i direktkommunikationen då det finns en mellanlänk, tolken. Samtidigt ansåg de att användning av tolk skulle kunna vara en möjlighet för de som inte behärskade svenska språket. För många var detta att använda tolk i psykoterapi något de överhuvudtaget aldrig hade funderat på tidigare.

Sammanfattning av intervju svaren

Vad gäller de språkliga aspekterna så talar många av terapeuterna om kopplingarna mellan språket och känslorna och riskerna för att de kommunikativa nyanserna kan förloras vid tolkning. Vikten av att hantera frågan om bristande språkkunskaper på ett respektfullt sätt poängteras. Terapeuten måste använda språket så att det blir tydligt och tolkningsbart vilket kan innebära en förenkling av språket. Det ger samtidigt terapeuten och patienten en möjlighet att tala mera fritt utan att behöva tänka på om den andra partnern förstår orden eller inte. De tyckte också att tolk bör användas så snart språksvårigheter utgör ett hinder för kommunikation kring känslor och trauma.

Terapeuterna hade till övervägande del patienter med traumatisk bakgrund vilket påverkade terapins karaktär i de tolkade samtalen. Bland traumapatienter och patienter i migrationsfas var det svårare att renodla terapin som ofta fick ett mer stödjande innehåll.

Samtliga terapeuter tar upp att i terapier med tolk blir tempot långsammare. Detta kan påverka spontanitet, direkthet och intensitet i terapin men samtidigt ge ökad möjlighet till struktur, tydlighet och tid för eftertanke.

En del terapeuter säger att en tredje person i rummet gör att både terapeut, tolk och patient måste förhålla sig till frågan om ögonkontakt och tilltal. Om tolken använder tredje person i översättningen måste det korrigeras enligt terapeuterna då detta ökar avståndet och därmed försvårar kontakten mellan patient och terapeut. Flera av terapeuterna tycker att det faller sig naturligt att låta blicken skifta mellan parterna.

Samtliga terapeuter betonar vikten av att använda samma tolkar. De menar också att tolkarna bör vara socialiserade i den kognitiva arbetsmetoden och de kognitiva begreppen.

Samtliga terapeuter arbetar efter någon form av agenda i terapin. Det blev ingen tydlig bild av hur terapisessionernas längd och antal påverkades av att tolk fanns med. Skattningsskalor används vanligtvis inte. De terapeuter som gör det använder enkla skalor.

Boostersessioner eller en utglesning av terapisessionerna använder sig samtliga terapeuter av.

De terapeuter som använde sig av eftersamtal med tolkarna ansåg att det var viktigt och betydelsefullt för samarbetet med tolken. Eftersamtalet ansågs också vara en hjälp för tolken

att bearbeta trauma som kommer upp under terapisalet men också en möjlighet att bearbeta egna genomgångna trauman som terapin kan ha väckt. De flesta terapeuterna hade dock inte eftersamtal.

Hur terapeuterna såg på kulturskillnadernas betydelse varierade. En del ville framförallt lägga tyngdpunkten på det allmänmänskliga perspektivet medan andra ansåg att de kulturella skillnaderna var betydelsefulla att känna till. Utöver kulturperspektivet kommer det in språkliga aspekter ifråga om nyanser och idiosynkratisk mening som spelar roll vid konceptualiseringen.

Några ansåg att tolken skulle vara en kulturförmedlare men det fanns också terapeuter som ansåg att tolken endast skulle följa de tolketiska reglerna och där ingår inte den kulturförmedlande aspekten.

Terapeuterna anser att tolkens neutralitet i mångt och mycket handlar om tolkens professionalism. Det viktiga är att tolken förmedlar patientens känslor och inte sina egna. Tolken ska inte heller ge uttryck för egna åsikter.

Vår undersökning visade telefontolkning kan vara ett bra alternativ men det är ur terapeutens synvinkel inte att föredra i första hand.

Terapeuterna poängterade vikten av en bra matchning när det gällde könstillhörighet, etnicitet och religion mellan tolk och patient. Fungerade inte matchningen var det vanligaste att tolken byttes ut. I intervjuerna framkom att tolken var en betydelsefull samarbetspartner till terapeuterna. En bra tolk upplevdes i en del fall som en tillgång i terapiprocessen.

Terapeuterna tyckte att det var viktigt att stämma av med patienterna vad hon ansåg om tolken. Det är lite olika hur de gick tillväga. En del frågade med tolken närvarande andra när tolken hade lämnat rummet. Genomgående byttes tolken ut om samarbetet inte fungerade. Vikten av att tolken var välutbildad framkom med tydlighet i vår undersökning. Att tolkarna fick handledning ansåg terapeuterna också vara väsentligt.

DISKUSSION

Styrkor och svagheter med vår studie

Styrkan i vår undersökning är den omfattande litteraturgenomgång vi gjort. Vi har därmed belyst vårt ämnesområde ur många aspekter. Att de intervjuade terapeuterna hade olika yrkesmässig bakgrund och både KPT- och KBT- inriktning anser vi vara en styrka. Svårigheten med detta är att begreppen inte är helt identiska inom dessa inriktningar. I praktiken blev det dock inget hinder under intervjuerna. Att vi var två som intervjuade kan ha lett fram till att vi omedvetet fokuserat olika starkt på vissa frågor under intervjuerna, vilket skulle kunna ses både som en svaghet och styrka. Styrkan är att det leder till en större bredd och svagheten är att intervjuerna inte har blivit helt identiska. Den noggranna gemensamma bearbetningen tror vi ändå har lett till en kvalitetssäkring.

Enkätundersökningen innehöll endast ett fåtal frågor och det var stor variation på hur fullständigt frågorna besvarades vilket är en svaghet. En styrka är att vi ändå haft med både enkät, pilotundersökning och intervjuundersökning samt att vi hade en utvärderande fråga om intervjufrågorna.

Våra intervjufrågor hade en del brister. Vi märkte under genomförandet av intervjuerna att frågorna kring de olika kognitiva begreppen var svåra att skilja ut från varandra när vi relaterade till skillnaden mellan att ha tolk eller inte ha tolk. Däremot visade det sig att frågor kring samarbete och kultur gav en stor mängd material. Frågan om övriga möjligheter och svårigheter gav mycket i utbyte bl.a. kring olika språkliga aspekter och tolkrollen.

Att arbeta kognitivt i psykoterapi med tolk

Vi tycker att den kognitiva metoden är väl lämpad för psykoterapi med tolk. I vår studie har fokus kommit att ligga på arbetsprocessen. Kan det vara så att den kognitiva terapins struktur underlättar för en konstellation med tre? I kognitiv terapi arbetas det till övervägande del med det medvetna tankeinnehållet istället för med det omedvetna. Kan det innebära att det blir lättare att bedriva psykoterapi med tolk om fokus ligger på det medvetna som kan uttalas i rummet?

Vi har funnit att det verkar finnas mer som förenar än som åtskiljer olika psykoterapeutiska synsättet vid psykoterapi med tolk. Det intrycket har vi fått vid litteraturgenomgången och när vi jämförde intervjuerna med kognitiva terapeuter med våra pilotintervjuer med psykodynamiska psykoterapeuter. Några tänkbara förklaringar till detta kan vara att samarbetsfrågorna blir så centrala. Vi har också fått intrycket att terapeuter som arbetar med tolk är kunniga i tolkanvändning och har en positiv inställning till att arbeta psykoterapeutiskt med tolk. Kan det vara så att terapeutens lösningsinriktade förhållningssätt leder till ett integrerat arbetssätt?

Vi tror att ett integrerat förhållningssätt behövs p.g.a. tolkens framträdande roll i terapin där hans professionalism och personlighet blir viktig. Fungerar samarbetet med tolken så fungerar psykoterapi med tolk.

En utbildad legitimerad psykoterapeut står vanligtvis helt utan kunskap om eller praktisk erfarenhet av att arbeta med tolk. I vår undersökning berättade en av terapeuterna att hon hade haft två utbildningsterapier med tolk under sin grundläggande kognitiva psykoterapihandledning. Då det fortfarande inte får anses allmänt vedertaget bland terapeuter i Sverige att arbeta i terapier med tolk tyckte vi det var ett exempel på en god början att redan under terapeututbildningen introduceras i att arbeta med detta.

När vi utifrån vår nya kunskap om tolkanvändning har reflekterat över hur vi själva arbetat med tolk tidigare har vi fått skämmas. Vi har insett att vi hanterat tolken både respektlöst och med stora brister i samarbetet. Av vårt uppsatsarbete har vi blivit inspirerade till tolkanvändning och har reflekterat kring vad terapeuter bör tänka på vid psykoterapi med tolk. En bra arbetsordning vore att terapeut och tolk inför ett samarbete i en psykoterapi har ett församtal för att de ömsesidigt ska socialiseras i varandras roller. Det kan också finnas behov att förbereda tolken inför en session om den kommer att innehålla känsliga ämnen eller paradoxala interventioner. Under terapins gång tycker vi att återkopplingen mellan patient, tolk och terapeut naturligt hamnar inom agendans ramar i kognitiv psykoterapi. Där kan den ingå i terapisektionens avslutande sammanfattning och utvärdering. Öppenhet mellan parterna tror vi gynnar terapiprocessen. Vid behov kan eftersamtal vara ett komplement för tolkens egna reaktioner på terapiinnehållet.

Samtal mellan tre om kulturen

Om kulturskillnadernas betydelse finns det många olika åsikter vilket framkom både i intervjuundersökningen och litteraturstudien. Tolken kulturbärande roll är lika omdiskuterad. Inte någonstans står det i God tolksed att tolken ska inneha kunskaper om tolkbrukarens hemland eller kultur. I praktiken är det kanske ofta så att tolken har invandrarbakgrund och kommer från samma kultur som den han tolkar för, men det är ändå värt att notera att någon form av utbildning för att vara förmedlare/informatör i kulturella frågor har inte tolken. Dessutom är det sällan vi som terapeuter har kunskap om tolkens förutsättningar att bedöma vad som är kulturrelaterat och vad som är individrelaterat. Samtidigt framhålls vikten av att så långt det är möjligt begripliggöra utifrån kulturellt sammanhang. Kanske är det viktigaste att vi som terapeuter har samtal med patienten och tolken om hur vi alla tre ser på eventuella kulturella skillnader?

Slutord

I stort sett allt som vi har funnit i vår litteratursökning om patientens upplevelse av tolkningssituationen är behandlarens eller tolkens föreställningar och tankar om hur patienten har upplevt det. Undantaget är en studie som vi hänvisat till i litteraturdelen där det framkom att tvåspråkiga patienter i kontakt med vården upplevde sig mer förstådda i tolkade samtal. Det vore intressant att i fortsatt forskning titta på tolkade terapier ur patientens perspektiv.

Vårt intryck är att kunskap och reflektion hos terapeuten om hur man ska hantera tolkningssituationen är det absolut väsentligaste och det som gör att någon språkbarriär aldrig bildas.

När det inte fungerar med tolkningen är det vanligaste att terapeuten byter ut tolken men tolken å sin sida kan aldrig byta ut terapeuten. Därför är återkopplingen från tolk till terapeut enligt vår mening desto viktigare. Det är intressant att se att det var så få i vår undersökning som efterfrågade tolkens synpunkter på terapeutens tolkanvändning. De terapeuter som gjorde det hade själva arbetat som tolk.

Vår förhoppning är att tolkanvändning i psykoterapeutiska sammanhang i framtiden kommer att anses som en naturlig del i kognitiv psykoterapi.

REFERENSLISTA

- Att kommunicera med hjälp av tolk och linkworker.* Utbildningsdag 2006-03-28
Transkulturellt Centrum, S:t Görans sjukhus, Stockholms läns landsting. Stockholm.
- Berkanovic, E. (1980). The effect of inadequate language translation on hispanics responses to health surveys. *Am J Public Health* 12:1273-1276
- Björn, G, J. (2005). Ethics and interpreting in psychotherapy with refugee children and families. *Nord J Psychiatry* 59:516-521
- Bradford, D., & Munoz, A. (1993). Translation in bilingual psychotherapy. *Professional Psychologist. Research and Practice* 24:52-61
- Bäärnhielm, S. (2003). *Clinical encounters with different illness realities.* Div of psychiatry neurotic dep. KI, Stockholm.
- Bäärnhielm, S. (2004). Restructuring illness meaning through the clinical encounter, A process of disruption and coherence. *Culture Medicine and Psychiatry* 28:41-65
- Comas- Diaz, L., & Jakobsson, F, M.(1991). Ethnocultural transference and countertransference in the therapeutic dyad. *American J of Orthopsychiatry* 61:392-402
- Engels, E. (1997). Reflections on language following an intercultural group-analytic workshop. *Group Analysis* 30:81-92
- Englund-Dimitrova, B. (1991). Att ha en tolk – en rättighet för vem? Flyktingar och invandrare i sjukvården, medicinska och kulturella aspekter. *Svensk medicin* 25: 288-297
- Faust, S., & Drickey, R.(1986). Working with interpreters. *The journal of family practice.* 2:131-138
- Frostin, A. (2003). *Om tanke. Om kognitiv terapi och ett kognitivt förhållningssätt.* Malmö. Duro Grafiska
- Gailly, A, Giménez, C, Guest, B., & Molina I.(2001). *Social linkworking and inter-cultural mediation in europe.* Ett projekt om stadspolitik, social integration och medborgarskap inom ramen för PfMI, partnerskap för multietnisk integration. PfMI 3:01
- Giacomo, d' Elia. (2003). *Kognitiv psykoterapi. Ett samarbetsprojekt med patienten.* Linköping. Norstedts Tryckeri AB
- Gordan, K. (2004). *Professionella möten. Om utredande, stödjande och psykologiska samtal.* Stockholm. Natur och kultur.
- Hays, P, A. (2001). Making sense and moving on: Culturally responsive diagnosis and the DSM-IV. *Addressing cultural complexities in practice* 8:129-149
- Herlofsson, J. (1997). *Tanke Känsla Handling.* Stockholm. Pilgrim Press.

- Hwa-Froelich, D, A., & Westby C E. (2003). Considerations when working with interpreters. *Communications Disorders Quarterly* 24:78-85
- Kammarkollegiet. (2004). *God tolksed. Vägledning för auktoriserade tolkar*. (KAMFS 2004:1) Stockholm
- Keenan, E, K, Bogo, M, George, U & Tsang, A, K, T. (2005). Micro ruptures and repairs in the beginning phase of cross-cultural psychotherapy. *Social Work Journal* 33:271-289
- Kline, F, Acosta, F, X, Austin, W., & Johnson, R, G. (1980). The misunderstood Spanish-speaking patient. *American Journal of Psychiatry* 137:1530-1533
- Kuzel, A, J, Morse J., & Swanson, J, M. (2001). *The nature of qualitative evidence*. Thousand Oaks. London. New Delhi.
- Lidberg, C. (2000). *Tolk i psykoterapi-en studie ur terapeutperspektiv*. Flyktmedicinskt Centrums rapportserie Nr 24. Stockholm.
- Lindbom-Jakobsson, M. (1988). Att arbeta med tolk i psykoterapi på psykoanalytisk grund. Erfarenheter från RKC. *Psykisk hälsa* 2:57-64
- Lindbom-Jakobsen, M. (1992). Att arbeta med tolk i kontinuerligt psykosocialt behandlingsarbete. *Psykisk hälsa* 2:1-7
- Lindbom-Jakobsen, M (1995) Psykoterapi med tolk, 159-165. I Hjern. A (red). *Diagnostik och behandling av traumatiserade flyktingar*. Lund. Studentlitteratur.
- Lindbom-Jakobsen, M (1995) Psykosocialt behandlingsarbete med tolk, 166-179. I Hjern. A (red). *Diagnostik och behandling av traumatiserade flyktingar*. Lund. Studentlitteratur.
- Lindbom-Jakobsen, M. (1992). Ett samtal mellan terapeut och tolk. *Psykologtidningen* 14: 12-14
- Linbom-Jakobsen, M., & Lindgren, L. (1997). The framework of psychoanalytically oriented psychotherapy with traumatised patients and the institution. *Int Forum Psychoanal.* 6:217-224
- Miller, K, E, Zoe, L, Martell, Pazdirek, L, Caruth, M & Lopez, D. (2005). The role of interpreters in psychotherapy with refugees: An exploratory study. *American Journal of Orthopsychiatry* 1:27-39
- Mudarikiri, M, M (2004) Working with the interpreters in adult mental health, s. 182-197. Raval, H., & Tribe, R. (red) *Working with interpreters in mental health*. New York and Hove.
- Niska, H. (1991). Att arbeta med tolk. Flyktingar och invandrare i sjukvården, medicinska och kulturella aspekter. *Svensk medicin* 25:271-287
- Nyberg, E. (1989). *Psykoterapi över språkgränserna*. Omsorgsnämnden Stockholms läns landsting. Stockholm. AVEBE Grafiska.

Nyberg, E (2000). *Att använda tolk*.s.280-303. I Allwood, G, M., & Franzen, E, C, C. *Tvärkulturella möten. Grundbok för psykologer och socialarbetare*. Stockholm. Natur och kultur.

OpenCode. (2001). *Public Health and Clinical Medicine*. Umeå universitet. www.umu.se/phmed/epidemi/forskning/open_code.html. Version 2.1

Perris, C. (1996). *Kognitiv terapi i teori och praktik*. Borås. Natur och Kultur.

Perris, H. (1996). *Modell för konceptualisering*. Kompendium vid grundutbildning i kognitiv psykoterapi vid Svenska Institutet för Kognitiv Psykoterapi. 1-4

Pilemalm, A., & Sköld, S. (2005). *Man är ingen sten – en kvalitativ studie om tolkars känslor i tolksituationen*. Linköpings Universitet Institutionen för beteendevetenskap Psykologprogrammet, Flyktingmedicinskt Centrum i Linköping, Landstinget i Östergötland.

Projekt for etniske minoritete. (2000). Lokal psykiatri Vest Århus Amt.

Raval, H. (1996). A systemic perspective on working with interpreters. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 1:29-43

Röder, F., & Opalic, P. (1997). A psychotherapy group for Turkish patients using an interpreter. *Group Analysis* 30:233-240

Sandelowski, M. (1993). Rigor or rigor mortis: The problem of rigor in qualitative research revisited. *Advances in nursing science*. 16:1-8

SOU 2005:37. Tolkutbildning, nya former för nya krav. Stockholm.

Svensson, P, G., & Starrin, B. (1996). *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund. Studentlitteratur.

Teimoorian, M. (1999). *Kognitiv terapi med hjälp av tolk. Problem och glädjeämnen*. Examensuppsats för legitimationsgrundande utbildning i kognitiv psykoterapi vid Svenska Institutet för Kognitiv Psykoterapi. Stockholm.

Tolk och översättarinstitutet, TÖI, Stockholms universitet. www.tolk.su.se

Trost, J. (1997). *Kvalitativa intervjuer*. Lund. Studentlitteratur.

Wadensjö, C. (1987). *Tema kommunikation. Kontakt genom tolk*. Linköpings universitet. 10:4-40

vanDelf, C. (2001). Bruk av tolk i terapi – noen betraktninger fra en terapeuts synpunkt. *Linjer* 2:1-8

Westermeyer, J. (1990). Working with an interpreter in psychiatric assessment and treatment. *Journal o Nervous and Mental Diseases* 178:745-749

Bilaga 1

Enkätfrågor

1. Vad är anledningen till att Du inte arbetar med psykoterapier med tolk?
2. Vilka möjligheter tror Du att tolkanvändningen ger vid psykoterapeutiskt arbete?
3. Vilka svårigheter tror Du tolkanvändningen innebär vid psykoterapeutiskt arbete?
4. Vad anser Du att kulturkompetensen betyder för möjligheten att bedriva psykoterapi
 - a) hos tolken
 - b) hos terapeuten

Bilaga 2

Kognitiv terapi med tolk- möjligheter och svårigheter

Terapeutens namn

Arbetsplats

Teoretisk grund

Antal år som psykoterapeut

Typ av erfarenhet av transkulturellt arbete och/eller arbete via tolk

Socialiseringen

En viktig uppgift för terapeuten är att presentera, exemplifiera och hjälpa patienten att använda centrala, kognitiva begrepp, för att känna igen dem utifrån sin personliga erfarenhet och att använda dem för att verbalisera, förstå och förändra dysfunktionella kognitioner. Den pedagogiska processen genom vilken patienten blir bekant med terapins grunder kallas socialiseringen. d'Elia (2003).

1) Finns det någon skillnad i den pedagogiska processen i terapin med eller utan tolk?

Agendan

Den kognitiva terapin är en strukturerad terapi vilket innebär att varje session har vissa givna ramar också kallad agenda, dagordning eller arbetsplan.

Strukturen har som syfte att ge samarbetet mellan patienten och terapeuten en formell ram. Den skall samtidigt vara flexibel och tillåta avvikelser i innehållet och formen. d'Elia (2003)

2) Påverkas agendan av att en tolk finns med?

Konceptualisering

Konceptualiseringen intar en central plats inom kognitiv psykoterapi.

Konceptualiseringensamtalen syftar till ett begripliggörande av patientens problematik i kognitiva termer. Vi samlar in information rörande tänkbar psykiatrisk diagnos, personlighet, intellektuella funktioner, men lyssnar även in information som gäller patientens specifika sätt att tänka i termer av automatiska tankar, tankeförvrängningar och dysfunktionella grundantaganden, allt i syfte att försöka förstå hur patientens problem kan tänkas ha uppstått och hur hon/han kan hjälpas vidare till en mer ändamålsenlig utveckling. H.Perris (1996)

Kognitiv teori bygger på en förändringsfilosofi. Du konstruerar din egen livshistoria genom de val du gör. Genom att ta ansvar för dina beslut kan du alltid välja nya vägar i livet. Dina val styrs emellertid i hög grad av mallar (scheman) du lärt in tidigare i livet. Herlofson (1997)

Konceptualiseringen är en kontinuerlig och öppen process, som tillåter ändring och revidering under terapins gång. Konceptualiseringen görs i samarbete med patienten. Det ställer krav på öppenhet från terapeutens sida och en strävan att engagera patienten i ett aktivt samarbete. d'Elia (2003)

3) Påverkas konceptualiseringen när en tolk finns med i terapi processen?

4) Påverkas det terapeutiska arbetet kring tankar känslor/grundantagande/scheman om det finns en tolk med i den terapeutiska processen?

5) Hur tror Du att eventuella fördomar om olika kulturer spelar roll när psykoterapeuter ska bilda sig en föreställning om patientens psykologiska problem?

6) Upplever Du att det är någon skillnad i diagnoser hos de patienter som har terapi med tolk eller utan tolk?

Den terapeutiska alliansen - kollaborativ empirism

Inom kognitiv psykoterapi ser man patient och terapeut som två jämbördiga vetenskapsmän som arbetar tillsammans. Man utgår från patientens verklighet och har en öppen, tydlig och klar feedback mellan sig. Tillsammans arbetar man steg för steg för att nå ett bestämt mål. Terapeuten har de teoretiska och praktiska kunskaperna om kognitiv terapi. Patienten är expert på sig själv, sina erfarenheter, känslor och symptom. Frostin (2003). I psykoterapi via tolk finns ytterligare en samarbetspartner.

7) Upplever Du att det påverkar den terapeutiska alliansen om det finns en tolk med i terapiprocessen?

8) Frågar Du patienten hur hon/han upplever tolken?

9) Har du eftersamtal med tolken?

10) Hur tycker du att det går att samarbeta med tolkarna i terapiarbetet?

Booster session

I terapins huvudstruktur ingår också några uppföljningsträffar, s.k. booster sessions (sessioner som hålls för att följa upp och öka det terapeutiska resultatet) som i regel planeras äga rum några månader efter det att den egentliga behandlingen är avslutad. C.Perris(1996)

11) Använder Du Dig av booster sessioner? Skiljer det sig åt om du har tolk eller inte?

Skattningsskalor

12) Använder Du skattningsskalor och är det skillnader om Du har tolk eller inte?

Strukturfrågor

Strukturen har som syfte att ge samarbetet mellan patienten och terapeuten en formell ram. Den skall samtidigt vara flexibel och tillåta avvikelser i innehållet och formen. d'Elia (2003)

13) Är terapisessionen lika lång, med eller utan tolk?

14) Hur långa terapier har Du i antal sessioner? Finns Det skillnader när Du har med tolk eller inte?

Övriga frågor

15) Har tolkens utbildning betydelse?

16) Vilka eventuellt andra svårigheter/möjligheter tycker Du att tolkanvändning innebär i terapin?

17) Har Du andra synpunkter på terapiarbetet med tolk?

18) Synpunkter på intervjufrågorna?

Personliga reflektioner

Mycket finns att berätta om vårt uppsatsskrivande. Vår närmaste omgivning bestående av nära och kära har varit tålmodiga. Våra hundar har aldrig lämnat oss trots att timmen många gånger blivit sen och promenaderna alltför korta. Transkriberingen av intervjuerna var ett mödosamt arbete som vi båda försöker förtränga likaså den tid detta tog i anspråk. Varför, kanske läsaren undrar? Att med hjälp av en gammal bandspelare skriva ned tio intervjuer ordagrant med alla utfyllnadsord ex. va, oj, nää, felsägningar, och andra utfyllnadsljud såsom hmm, eh, osv. tog oräkneliga timmar i anspråk där båda våra familjer var inblandade med skrivhjälp, markservice, hundpromenader för att nämna en del. Det vi producerade omfattade ett hundratal maskinskrivna sidor. Sekreterarhjälp hade varit önskvärt samtidigt som vi genom det mödosamma transkriberingsarbetet "lärde känna" de intervjuade terapeuterna och när vi kom till analys och tolkningsfasen så hade vi stor hjälp av detta. Själva intervjuerna med terapeuterna var ett sant nöje likaså våra handlednings tillfällen med Sofie. Att vara två som arbetat tillsammans tycker vi har varit berikande och roligt. Vi har diskuterat, ventilerat och ifrågasatt. Vi har också varit till ömsedig stöttning när arbetet varit motigt.

Hela processen med uppsatsskrivande har varit lärorik liksom möjligheten att få en inblick i den kvalitativa forskningen.

Vår studie gör inte anspråk på att ge den absoluta sanningen utan målar en bild utifrån våra tolkningar av det vi läst, hört och sett.

Vi upptäckte att författandet av den här uppsatsen var både en njutningsfull upplevelse och bitvis en arbetsam resa i lärande.