

Der mangler fokus på psykologisk behandling til personer af multietnisk oprindelse og andre, som tilhører minoriteten i samfundet. Det gælder både på uddannelserne til psykolog og i den praktiske psykologgering.

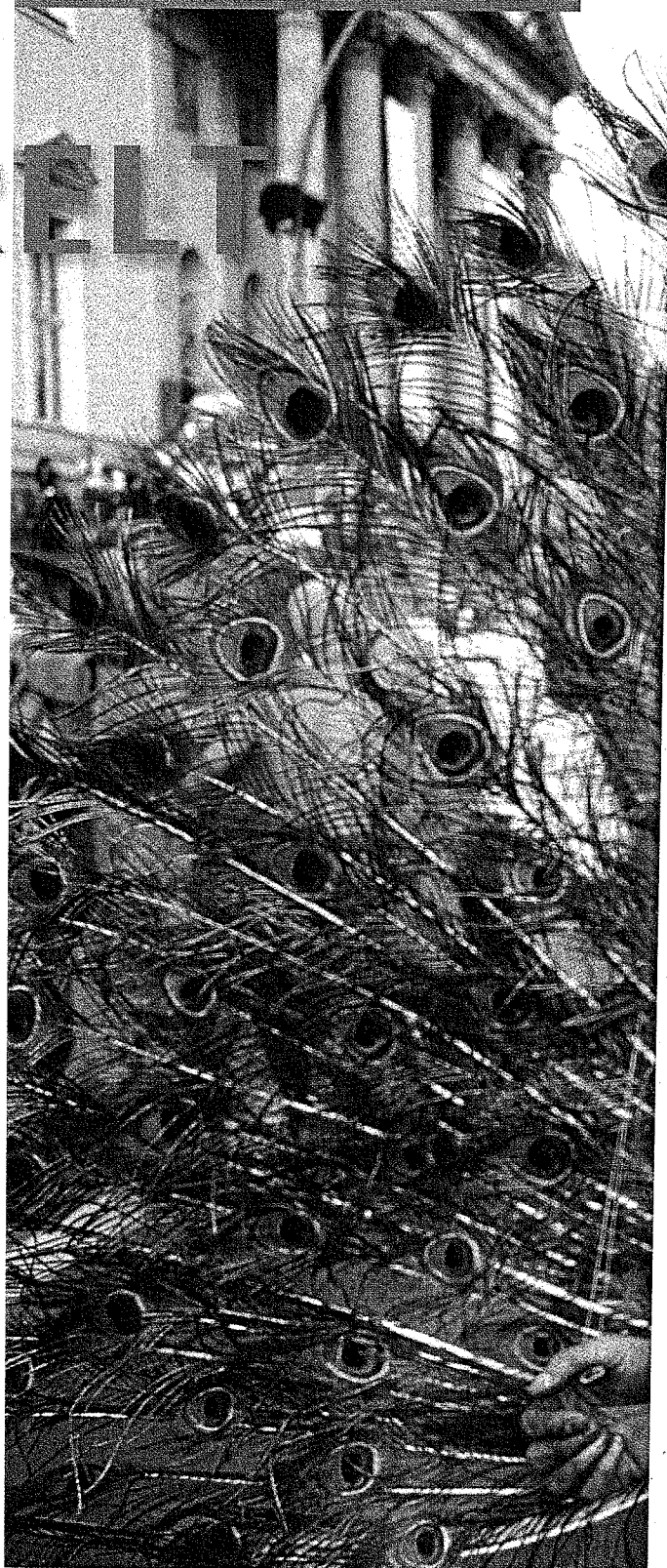
KLIENTEN KULTURELT FORSTÅET

■ Kulturen spiller en væsentlig rolle for, hvordan man fortolker og forstår en psykisk lidelse. Det, der i én kultur anses som symptomatisk for sygdom, kan i andre kulturer betragtes som normalt. Behandleren bør derfor være åben over for ikke bare psykiske lidelsers forskelle og mangfoldigheder, men også for varierende forståelsesmodeller af psykisk sygdom. Derfor bør han være udstyret med redskaber til at deltage i terapi, som harmonerer med en anden religiøs og kulturel baggrund end den danske.

I USA har man taget udfordringen op, idet faget 'Cultural and Individual Diversity' er obligatorisk på kandidatuddannelsen i psykologi. I faget vægter man kulturelle, etniske og racemæssige forhold i tillæg til individuel forskellighed. Man er af den overbevisning, at disse forhold påvirker individets adfærd og dermed skal inddrages i den psykologiske praksis. Faget retter sig ikke kun rettet mod behandlerens faglige kompetencer og behandlingsmetodik, men også mod dennes person og kulturelle kompetencer.

Kulturel kompetence kan ses som en del af begrebet "individuel og kulturel forskellighedskompetence" – hvormed der henvises til personer, der kan opfattes som tilhørende en minoritet, sekundært til en i forhold til flertallet afvigende race, etnicitet, alder, seksuel orientering, køn, religion, sprog eller social klasse (9). Således rettes fokus mod patientens historie, aktuelle problemer og diagnose, samtidig med at psykologens baggrund og professionelle person inddrages for at sikre, at den behandlingsplan, der sættes i værk, på nuanceret vis inddrager både klientens og behandlerens forudsætninger. Psykologens personlige og kulturelle kompetence er således central.

Minoritet Af Milan Obaidi





> Skal man erhverve denne individuelle og kulturelle kompetence, indebærer det uddannelse inden for forskning, assessment og psykologisk praksis i at håndtere en person, som tilhører en minoritet. Derudover sigtes uddannelsen mod at øge behandlerens bevidsthed om egne antagelser, værdier og forudindtagede holdninger (9).

Man er kulturelt kompetent, når man er i besiddelse af kulturel viden og færdigheder om en bestemt kultur med henblik på at levere en effektiv intervention til medlemmer af denne gruppe (31). Kulturel kompetence kan også tolkes som psykologens evne til at bevæge sig mellem to perspektiver tilhørende to forskellige kulturer i bestræbelsen på at forstå patienter af forskellige kulturelle baggrunde (17). Man kan endelig anskue kulturel kompetence som et sæt af problemløsningsfærdigheder, som indbefatter: a) evnen til at anerkende og forstå det dynamiske samspil mellem kulturel arv og kulturel tilpasningsevne, som former individets adfærd; b) evnen til at anvende den tilegnede viden om individets kulturelle arv og tilpasningsudfordring til at øge effektiviteten af terapien samt den psykologiske assessment og diagnosticering; c) evnen til at inkorporere de ovenstående i det kliniske repertoire, så at de kan overføres til forskellige individer fra varierende kulturel baggrund (33).

Rationalet bag forskellighedskompetence

I USA har det i årtier været en moralsk forpligtelse at fokusere på kulturel kompetence. Det samme er desværre ikke tilfældet her i Danmark, hvor multikulturel terapi og erhvervelse af individuel og kulturel kompetence er nedprioriteret på uddannelser, der er rettet mod sundhedssektoren. Mit psykologistudium i Aalborg og Århus har således ganske manglet behandling af emnet.

Amerikanske undersøgelser viser, at de fleste behandlere i løbet af deres karriere som minimum vil arbejde med flere homoseksuelle, adskillige personer af anden etnisk baggrund og adskillige ældre (11, 24). Uanset hvordan disse tal overføres til danske forhold, er det problematisk, at universiteterne

i et multiethnisk samfund under rivende udvikling ikke interesserer sig for kulturel og individuel forskellighedskompetence, idet man risikerer at bagatellisere de udfordringer, som kan opstå, når man arbejder med minoriteter.

Amerikanske forhold kan ikke direkte overføres til Danmark. Her findes ikke den samme racediskriminerende og undertrykkende historie som i USA. Samfundet frembyder ikke i samme grad skævheder i behandling af etniske danskere og personer af anden etnisk baggrund, som kendetegner dele af den amerikanske offentlighed. Danmark er heller ikke i samme grad et multiethnisk samfund som USA. Spørgsmålet er, om det ikke alligevel er på tide at give svar på væsentlige udviklingstendenser i det danske samfund i tilrettelæggelsen af psykologisk behandling?

Det danske samfund har i de sidste ti år mærket en markant fremgang i andelen af personer med anden etnisk baggrund; i 1998 opholdt 177.000 udlændinge sig i Danmark, et tal, der var øget til 255.000 i 2007 (10). Disse tal dækker endda kun individer født andre steder end i Danmark. Der medregnes heller ikke folk født i øvrige vestlige lande eller udlændinges efterkommere.

Kulturelle forskelle i symptomudtryk

Derudover bygger de klinisk-psykologiske behandlingsmetoder på den vestlige verdens livsanskuelser og sygdomsforståelse (13). Amerikanerne er den største producent af psykologisk forskning i verden, og de fleste forskningssubjekter er af amerikansk oprindelse. Tager man befolkningsudviklingen i Danmark i betragtning, er psykologiske teorier og principper udviklet i USA ikke længere valide og meningsfulde videnskilder for de forskellige grupperinger i Danmark.

Mainstream psykoterapi bygger på og understøtter desuden individualistiske værdier og overser dermed de kollektivistiske værdier, som ofte danner fundamentet for etniske minoriteters livsanskuelse (14). Med evidens fra studier, der har undersøgt behandlingspræference og forestillinger om

helbred og sygdom, kan man konkludere, at etniske minoriteter responderer anderledes på psykoterapi.

Et konkret eksempel, som illustrerer det kritiske behov for kulturel kompetence i psykoterapi, vedrører suicidale klienter. Der er kulturelle forskelle i, hvordan symptomer på selvmordsrisiko kommer til udtryk, og hvordan de fortolkes. En række artikler i Science (19, 20, 21) dokumenterer netop de mange forskellige måder, som depression og selvmordsrisiko viser sig i ikke-vestlige populationer. Depression kommer overvejende til udtryk hos nogle asiatiske og sydamerikanske populationer som somatiske frem for følelsesmæssige symptomer.

Fordomme i den terapeutiske relation

Psykologer og deres klienter har ofte forskellige forklaringsmodeller, når det angår klienternes vanskeligheder. Forskelle i kulturelt prægede holdninger og overbevisninger hos terapeut og patient påvirker processen og effekten af psykoterapien. Ames (2004) dokumenterede, at opfattelse af ensar-

tethed mellem individer ofte ledsages af en projektiv impuls. Det indikerer, at man i højere grad benytter sig af projektion, når man identificerer sig med modparten, og således antager, at den anden part tænker, føler og har samme ønsker som én selv. Derimod benytter man sig i højere grad af stereotyper, når man føler sig relativt mindre beslægtet med den anden.

Derfor er det vigtigt, at man som psykolog i sit møde med en fra en minoritetsgruppe er sig sine fordomme, antagelser, holdninger og værdier bevidst (1). Behandleren skal erkende og forholde sig til de fire 'ismer': racisme, homophobia, sexism og ageism – selvindsigt og viden inden for disse fire begreber er helt nødvendige i uddannelse og træning af den individuelt og kulturelt kompetente behandler (9).

Det videnskabelige fundament

Kulturel kompetence er et kontroversielt emne i psykologien, idet kulturel kompetence og multikulturelle terapier ikke er evidensbaserede. Og spørgsmålet er, hvordan den psyko-



Skal dine SP penge bruges til pension?

Hvis du ikke udnytter dit fradrag i år, kan du foretage et personligt indskud på op til 46.000 kr. svarende til opfyldningsfradraget i 2009.

Du kan foretage indskud på din pensionsordning via en bankoverførsel til pensionskassen. Registreringsnummeret er 2149 og kontonummeret er 4376 765 283. I meddelelsesfeltet skal du skrive dit cpr-nummer og "livrente" eller "ratepension".

Hvis du allerede nu har udnyttet dine fradragsmuligheder for indeværende år – eller forventer at gøre det – er det nødvendigt at inddrage din pensionsbetalende arbejdsgiver for at indbetale pengene.

Du kan hæve din SP-opsparring frem til 31. december 2009.



PENSIONSKASSEN

Magistre & Psykologer

Lyngbyvej 20 . DK-2100 København Ø . telefon +45 39 15 01 02 . mp@mppension.dk . www.mppension.dk

> logiske forskning specifikt kan vurdere betydningen af kulturel kompetence i forbindelse med forskellige interventioner i den evidensbaserede setting? Hvordan forholder vi os til en ikke-evidensbaseret underdisciplin, når den øgede mængde kontrolleret psykoterapiforskning har bestyrket fokus på evidensbaseret psykoterapi?

På grund af manglende forskning bliver multikulturel terapi og kulturel kompetence af mange betragtet som et forsøg på at være politisk korrekt i et multietnisk samfund som USA. Megen kritik bygger primært på det argument, at der ikke findes evidens for, at kulturel kompetence er effektiv (27). Samtidig har den eksisterende forskning metodologiske begrænsninger og opfylder dermed ikke kriterierne for empirisk valideret behandling.

Atkinson, Bui, og Mori (2001) siger det således: "Two major movements in professional psychology, the Empirically Supported Treatment (EST) movement and the Multicultural Counseling (MC), are on a collision course, and one or both may be significantly altered by the encounter." (2)

Ydermere defineres eller testes kulturel kompetence ikke umiddelbart empirisk gennem effektbaseret forskning. Det skyldes, at effektundersøgelser giver svar på, om en bestemt behandling har effekt på en bestemt lidelse eller ej. En sådan metodik resulterer i empirisk valideret behandling og kan bedst opnås i en randomiseret og kontrolleret setting. I lighed med etiske kodeks har kulturel kompetence et forbrugerbaseret grundlag, som ofte udspringer af sociopolitiske forandringer. De bliver ofte iværksat uden noget solidt empirisk grundlag, og de lader sig ofte lede af den offentlige mening, kulturel praksis, de politiske hensyn og etisk moralske udsagn. Etiske udsagn og vejledninger opbygges ikke efter den empiriske model, men hviler snarere på ekspertise med det formål at fungere som en slags vejledning for forbrugerorienteret adfærd. (30)



Problemer med empirisk valideret behandling

Kriterierne for empirisk validerede behandlinger er baseret på, at psykoterapi skal leve op til tilsvarende succeskriterier som medicinsk behandling (29). Empirisk valideret behandling har tendens til at lægge vægt på selve interventionen og kan dermed overse andre medspillende faktorer i psykoterapien. Vurderingen af behandlingseffekten fjerner kulturelle, historiske og andre kontekstuelle faktorer fra viden-

skabelige undersøgelser (4). Det er et spørgsmål, om empirisk valideret behandling også er valid for minoriteter.

Der er desuden blevet fremført kritik over for at anvende empirisk valideret forskning; for det første spiller randomiserede kontrollerede forsøg en for central rolle. Randomiserede kontrollerede forsøg har tvivlsom ekstern validitet. Jo mere man kontrollerer, at det er den specifikke behandling, der har gjort udslaget, jo mere kan behandlingen fjerne sig fra den kliniske dagligdag (2).

Empirisk validerede behandlingsmetoder anses ofte for at være de eneste sande metoder, som man kan støtte og underbygge psykoterapeutisk praksis på. Man risikerer derfor at underminere og forkaste relevant psykoterapiforskning, som ikke er gennemført på basis af et evidensbaseret paradigme (26).

Etniske minoriteter i effektundersøgelser

Det er vigtigt ikke at devaluere anden forskningsmetodik end den kontrollerede. Kulturel kompetence befinder sig netop i området mellem den høje eksterne og interne validitet.

Såvel fortalere for og modstandere af empirisk valideret behandling anerkender den utilstrækkelige repræsentation af etniske minoriteter i effektundersøgelser. To gennemgribende amerikanske reviews var ikke i stand til at identificere en eneste undersøgelse, som inkluderede test af empirisk validerede behandlinger for minoriteter (7, 32). Ligesom databearbejdningen ikke tilrettelægges efter minoriteter, selv når disse er repræsenteret (6, 15, 22).

En forklaring kan være, at det at inddrage etniske minoriteter i psykoterapeutiske undersøgelser stiller forskerne over for enorme udfordringer. Etnisk forskning kompliceres af forhold som diskrimination, kulturtilpasning, indvandring, etnisk identitet, integrationsproces, kulturelle overbevisning, socio-økonomisk status og længde af ophold i værtslandet.

Fremtidig forskning

Der er brug for såvel evidensbaseret praksis som kulturel kompetence, og de fleste forskere mener da også, at videnskabelig metode skal inkludere diversitetsaspektet (25, 4, 33, 2, 22, 12). Der er dog behov for at udvide definitionen af 'evidensbaseret' for at øge ekstern validitet. Betydelige tilpasninger er nødvendige med hensyn til levering, terapeutisk proces og integration af kulturel viden, holdninger og adfærd for at gøre evidensbaseret praksis og psykologisk behandling af

etniske minoriteter kulturelt kompetent. Den terapeutiske tilgang med kulturelle modifikationer er mere forenelig med minoritetens kulturelle oplevelser end en 'mainstream' terapeutisk tilgang, idet den evner at fange kulturelle nuancer (16).

For bedst muligt at bidrage til den psykoterapeutiske forsknings anvendelighed må forskerne træde ud af det nutidige paradigme inden for psykologisk forskning. I fremtidig forskning vil det være upraktisk og kompliceret at gennemføre randomiserede kliniske forsøg for alle psykologiske interventionsmodeller for hver etnisk gruppe.

En løsning kan være at satse på teoribaserede forsøg. Her kan den "aktive ingrediens" og interaktion med kultur identificeres og medføre identifikation af generelle principper (22). Man kunne også lade sig inspirere af de såkaldte "empirically supported principles of practice" (5), som blandt andet anvendes i USA. Den generelle strategi er her at satse på principper, der fremkalder forandring hos patienten i terapien på tværs af en række betingelser og en række forskellige metoder.

Endelig findes der andre måder at være evidensbaseret med mindre stringente succeskriterier for behandlingens effekt end den tidligere omtalte "medicinske model" med kontrollerede forsøg. I England har man fx tradition for "practice-based evidence" (3). Her er fokus på mere pragmatiske forsøg og naturalistiske studier. I modsætning til kontrollerede forsøg har denne type forskning ikke til hensigt at teste en årsagssammenhæng, men at forstå medicinske, psykiatriske, sociale, kulturelle, økonomiske betingelser samt den kontekst, minoriteter befinder sig i.

I tråd med dette foreslår Bernal et al. (2001) at integrere hypotesetestning og discovery-forskning. Det antages, at en sådan integration kan forstærke forskning og klinisk praksis for etniske minoriteter. Denne tilgang har til formål at skabe en tættere, eksplorerende indfaldsvinkel til psykoterapeutiske processer og fænomener. Discovery-orienteret forskning kan endvidere beskrives som eksplorerende, fænomenologisk, ofte kvalitativ eller naturalistisk og meget karakteristisk for etnisk mindretalsforskning (4).

Fremtidig praksis

I forhold til psykologisk praksis argumenteres der rent faktisk for, at kulturel kompetence og evidensbaseret praksis kan støtte hinanden – på trods af de modstridende tendenser, jeg har beskrevet ovenfor. Whaley og King (2007) mener, at "cultural adaptation" kan assistere klinikerne i tilgangen til minoriteten, hvor dette defineres som "... any modification to

Kræftens Bekæmpelse uddeler 12,5 millioner kr. til forskning i palliativ indsats

Af puljen er der afsat 5 mio. kr. til projektstøtte. Herudover er der afsat 7,5 mio. kr. til et 5-årigt forskningsprofessorat, som vil blive udbudt i et senere opslag.

Kræftens Bekæmpelse inviterer hermed forskere inden for området palliativ indsats til at indsende interessetilkendegivelser om støtte til projekter inden for området.

Frist for indsendelse af interessetilkendegivelser er 25. september 2009.

Efter en bedømmelse af et ad hoc udvalg med repræsentanter fra Kræftens Bekæmpelses Komité for Psykosocial Kræftforskning samt Videnskabelige Udvalg vil et begrænset antal interessetilkendegivelser blive udvalgt til udarbejdelse af en egentlig, detaljeret ansøgning.

Palliativ indsats er betegnelsen for den tværfaglige indsats, der har til formål at øge livskvaliteten hos alvorligt syge og døende patienter og deres familie. Den palliative indsats forebygger og lindrer lidelse ved umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykologisk, social og åndelig art.

Støtte kan tildeles projekter med fokus på følgende emner inden for området

1. Symptomers patofysiologi
2. Symptomepidemiologi
3. Klinisk interventionsforskning
4. Sundhedstjenesteforskning
5. Fysio- og ergoterapi
6. Eksistentielle temaer
7. Psykosociale temaer
8. Ernæringsmæssige aspekter
9. Pårørendes problemer
10. Projekter, der søger at gå på tværs af områder/sektorer i sundhedsvæsenet
11. Projekter, der tager udgangspunkt i patientens perspektiv.

Se hele opslaget på vores hjemmeside www.cancer.dk under "Forskning".

Evt. spørgsmål kan rettes til sektionsleder Birgit Christensen, Bevillingssektionen, tlf. 35 25 78 58, mail bc@cancer.dk

Kræftens Bekæmpelse
Strandboulevarden 49
2100 København Ø
www.cancer.dk



- > an evidence-based treatment that involves changes in the approach to service delivery, in the nature of the therapeutic relationship, or in components of treatment itself to accommodate the cultural beliefs, attitudes and behaviors of the target population" (33).

"Cultural adaptation" bør være baseret på måling af kulturelle overbevisninger, så at resultaterne kan anvendes generelt til andre grupper med lignende kulturelle overbevisninger. Tiltagene kan variere fra konkrete tiltag som det at oversætte sprogmanualer over børnepasning til en manualiseret form af tilpasset kognitiv adfærdsterapi.

Flere har dokumenteret, hvor vigtig den terapeutiske alliance i tværkulturel psykologi er, når man bruger begrebet kultur i den bredeste forstand, dvs. omfattende etnicitet, race, køn, alder, seksuel orientering, social klasse, religion og spiritualitet, nationalitet, sprog, indvandring, flygtningestatus og vekselvirkningen mellem disse egenskaber (8, 23). Man må derfor tage højde for, hvordan disse forhold og forskellige

vekselvirker og dermed definerer et individs identitet og erfaring. Fx kan det være mere effektivt terapeutisk at forstå og integrere de forskellige erfaringer af at være anden generation indvandrere, dansk-somalisk, homoseksuel, ung kvinde end at fokusere udelukkende på hendes seksuelle orientering. Hver enkelt af disse forhold og karakteristika er komplekst og kan have flere mulige betydninger i forskellige sammenhænge. Således kan det være acceptabelt at være homoseksuel blandt venner og i arbejdsmæssige setting, men samtidig være en belastende hemmelighed i familiære sammenhænge.

Skal disse overvejelser give mening og kunne integreres i forskning og i daglig psykologisk praksis, må psykologer introduceres til de uløste spørgsmål om det at varetage minoriteters behandling.

Milan Obaidi, stud.psych.
Aarhus Universitet & Harvard University, USA



REFERENCER ■

1. Ames, Daniel R. (2004). Strategies for social inference: A similarity contingency model of projection and stereotyping in attribute prevalence estimates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 573-585.

2. Atkinson, D.R., Bui, U., & Mori, S. (2001). Multiculturally sensitive empirically supported treatments: An oxymoron? In J.G. Ponterotto, J.M. Casas, L.A. Suzuki & C.M. Alexander

(Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (2nd ed., pp. 542-574). Thousand Oaks, CA: Sage.

3. Barkham, M., & Mellor-Clark, J. (2000). Rigour and relevance: The role of practice-based evidence in the psychological therapies. In N. Rowland & S. Goss (Eds.), *Evidence-based counselling and psychological therapies*. London: Routledge.

4. Bernal, Guillermo; Scharró-del-Río, María R. (2001). Are

empirically supported treatments valid for ethnic minorities? Toward an alternative approach for treatment research. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 7, 328-342.

5. Castonguay, L.G., & Beutler, L.E. (2005). *Empirically Supported Principles of Practice*. New York: Oxford University Press.

6. Chambless, D.L., & Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological intervention: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 5, 685-716.

7. Chambless, D.L., Sanderson, W.C., Shoham, V., Bennett-Johnson, S., Pope, K.S., & Crits-Christoph, P. (1996). An update on empirically validated therapies. *Clinical Psychologist*, 49, 5-18.

8. Comaz-Diaz, L. (2006). Cultural variation in the therapeutic relationship. In C.D. Goodheart, A. E. Kazdin, & R. J. Sternberg (Eds.), *Evidence-based psychotherapy: Where practice and research meet* (pp. 81-105). Washington, DC: American Psychological Association.

9. Daniel, H.J., Roysircar, G., Ales, N., & Boyd, C. (2004). Individual and Cultural Diversity Competency Focus on The Therapist. *Journal of clinical psychology*, Vol. 60 (7), 755-770.

10. Danmarks Statistik, Statistikbanken: www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1280

11. Garnets, L., Hancock, K.A., Cochran, S., Goodchilds, J., & Peplau, L.A. (1991). Issues in psychotherapy with lesbians and gay men: A survey of psychologists. *American Psychologist*, 46, 464-474.

12. Goodheart, C.D., Kazdin, E.A., & Sternberg, J.R. (2006). *Evidence-based psychotherapy: Where practice and research meet*. American Psychological Association. Washington DC. 81-105.

13. Guthrie, R. (1976). *Even the rat was white: A historical view of psychology*. New York: Harper and Row. 1-60.

14. Hall, G.C., N., (2001). Psychotherapy research with ethnic minorities: Empirical, ethnical, and conceptual issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 502-510.

15. Iwamasa, G.S. (1996). On being an ethnic minority cognitive behavioral therapist. *Cognitive and Behavioral Practice*, 3, 235-254.

16. Kohn, L.P., Oden, T., Munoz, R.F., Robinson, A., & Leavitt, D. (2002). Adapted cognitive behavioral group therapy for depressed low-income African American women. *Community Mental Health Journal*, 38, 497-504.

17. Lopez, S.R. (1997). Cultural competence in psychotherapy: A guide for clinicians and their supervisors. In C.E. Watkins (Ed.), *Handbook of psychotherapy supervision* (pp. 570-588). New York: Wiley.

18. Maxie, A.C., Arnold, D.H., & Stephenson, M. (2006). Do therapists address ethnic and racial differences in cross-cultural psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 85-98.

19. Miller, G. (2006a, January 27). China: Healing the metaphorical heart. *Science*, 311, 462-463.

20. Miller, G. (2006b, January 27). A spoonful of medicine- And a steady diet of normality: *Science*, 311, 464-465.

21. Miller, G. (2006c, January 27). The unseen: Mental illness's global toll. *Science*, 311, 458-461.

22. Miranda, J., Nakamura, R., & Bernal, G. (2003). Including ethnic minorities in mental health intervention research: A practical approach to a long-standing problem. *Culture, Medicine and Clinical Psychiatry*, vol. 27, issue 4, 467-486.

23. Moodley, R., & Palmer, S. (Eds.). (2006). *Race, culture and psychotherapy; Critical perspectives in multicultural practice*. New York: Routledge.

24. Murphy, J.A., Rawlings, E.I., & Howe, S.R. (2002). Survey of clinical psychologists on treating lesbian, gay and bisexual clients. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33 (2), 63-81.

25. Norcross, C.J., Beutler, E.L., & Levant, F.R. (2006). *Evidence-based Practice in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. American Psychological Association. Washington, DC. 3-130, 191-256 & 329-374.

26. Orlinsky, D.E., Rønnestad, M.H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th edition, pp. 307-390). New York: Wiley.

27. Satel, S., & Forster, G. (1999). Multicultural mental health: Does your skin color matter more than your mind?: www.ceousa.org/html/health.html

28. Sears, D.O. (1986). College sophomore in the laboratory: Influences of a narrow data base on social psychology's view of human nature. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 515-530.

29. Stiles, W.B., & Shapiro, D.A. (1989). Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. *Clinical Psychology Review*, 9, 521-544.

30. Sue, S. (2003). In Defense of Cultural Competency in Psychotherapy and treatment. *American Psychologist*, 58, 964-970.

31. Sue, S. (1998). In search of cultural competence in psychotherapy and counseling. *American Psychologist*, 53, 440-448.

32. Sue, S., Zane, N., & Young, K. (1994). Research on psychotherapy with culturally diverse populations. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 783-820). New York: Wiley.

33. Wahley, L.A., & Davis, E.K. (2007). Cultural Competence and Evidence-based practice in Mental Health Services. *American Psychologist*, Vol. 62 (6). 563-574.