

Islamifisering av psykoterapi

PSY
KOL
OGI



Illustrasjon: Åshild Irgens

For at hjelpetiltak skal nå frem til muslimer, kan en strategi være å integrere behandlingstiltaket i pasientens trossystem.

TEKST

Arne Repål

Solfrid Raknes

ILLUSTRASJON

Åshild Irgens

PUBLISERT 5. februar 2015

Muslimer benytter seg relativt sett mindre av psykiske helsetjenester enn ikke-muslimer, også i vestlige land (Amri & Bemak, 2012). Muslimer er Norges nest største minoritet, og andelen muslimer i Norge er økende. Etter 11. september 2001 har det å leve som muslim i Vesten blitt mer utfordrende. Islamofobien vokser (Kunst, Sam & Ulleberg, 2013), og med angrepet på Charlie Hebdo kan utfordringer knyttet til islamofobi vokse. «Arbeidsledighet, skoletapere og kriminalitet har ingen ting med islam å gjøre, men det er viktig å forstå hvilke årsaker som forklarer at det er muslimske borgere som er mest rammet av disse realitetene», påpeker filosof og professor Tariq Ramadan (2010). Fiendebilder, manglende kunnskap og frykt er sterke krefter som kan påvirke relasjoner på mange plan, også i helsesystemene. Relasjonen vi terapeuter bygger til muslimske pasienter, og måten vi utformer informasjon og tilpasser tiltak på for muslimer, er avhengig av hva vi tenker, tror og frykter. I denne sammenhengen er det interessant når Silje Endresen Reme med flere (2009) viser til studier som tyder på

at psykologer er en av de minst troende profesjonsgruppene og således synes å ha et distansert forhold til religiøsitet i sitt eget liv. Hun viser også til at over 90 % av psykologistudenter som ble spurt, svarte at det ikke var noe fokus i undervisningen på religiøsitet og tro. Dette ble bekreftet av gjennomgangen av studieplaner, forelesningsrekker og pensum ved de fire universitetene som ble kartlagt i 2006. I Verdens Helseorganisasjons selvmordsforebyggingsplan (WHO, 2014) fremheves det at stigmatisering av hjelpsøking kan reduseres ved hjelp av systematiske tiltak. Er det på tide å gjøre mer for at psykologiske tiltak skal nå frem til og bli til hjelp for flere muslimer i Norge?

«Det er et tankekors (et kristent ord!) å bli oppmerksom på hvor lite kulturnøytrale våre standard terapeutiske verktøy er»

Religionløs disharmoni?

Den 4. internasjonale konferansen for muslimske psykologer fant sted i Indonesia 15.–18. juni 2014. Konferansen hadde tittelen «Islamization and Indigenization of Psychotherapy and Mental Health» og ble organisert av International Association Of Muslim Psychologists (IAOMP). Et hovedtema var tilpasning av vestlige behandlingstilnærminger til islam, og vi var invitert til å holde plenumsinnlegg med bakgrunn i arbeid med selvhjelpsmateriell for muslimer. Å møte mennesker som snakket varmt for *islamifisering* av psykoterapi og som samtidig møtte oss med toleranse, varme, interesse og intellekt, satte noe i gang i oss. Vi har gått fra å steile når islamifisering av psykoterapi nevnes, til å undres om ikke dette kan være en god, kulturtilpasset implementeringsstrategi for å nå frem med psykisk helsehjelp til muslimer også i Norge.

Det som nærer vår nysgjerrighet for psykologiske tiltak innenfor islamsk kultur, var oppdagelsen av et manuskript skrevet av den persiske muslimen Abu- Zayd al-Balkhi så tidlig som i det 9. århundre. Manuskriptet er oversatt til engelsk av Malik Badri, som er president for IAOMP. Det er tre sider ved manuskriptet som er spesielt interessante. Det ene er at det rokker ved vår tradisjonelle oppfattelse av at det er den vestlige verden som har videreutviklet tankegodset til de gamle greske filosofene. Her har muslimers kultur spilt en langt større rolle enn hva som vanligvis refereres til i vestlig-skrevet psykologihistorie. For det andre: manuskriptet viser at mye av det vi anser som nytt i anvendelse av kognitiv terapi i dag, har røtter langt tilbake i tid. For det tredje viser dette muslimske bidraget at anvendt kognitiv terapi har røtter både i vestlige, buddhistiske og islamske kulturer og trossamfunn; med andre ord på tvers av ulike trosretninger. Boken er oversatt fra arabisk til engelsk av professor Malik Badri, som også har utstyrt boken med en rekke fotnoter hvor han setter teksten inn i en større historisk og faglig teoretisk sammenheng. Boken er under oversettelse til norsk.



I muslimsk tankegang rundt psykisk helse står harmoni og helhet sentralt. Å betrakte religion og psykisk helse som adskilte fenomener bryter med det grunnleggende trossystemet i Islam. Islam fremstilles som et helhetlig psykologisk trossystem og hviler på en oppfatning av selvet som består av flere komponenter og funksjoner: Det indre hjertet (Qalb), intellektet (Aql), lavere drifter (Nafs Amara) og kroppen. Komponentene er hierarkisk strukturerte og påvirker hverandre gjensidig og dynamisk. Det indre selvet blir sett på som en kjerne, der de fineste følelsene (for eksempel respons på det vakre) og medfødt naturlig visdom kan få inspirasjon som vil utvide, utvikle og omforme selvet (Skinner, 2010).

Historier som tematiserer selvstendighetsutvikling og hvordan en skal forholde seg til andre og til fremtiden, påvirkes av kontekst. Historier knyttes til steder, til en tid og til

personer: «De store linjene i muslimsk barneoppdragelse er som å oppdra kameler», sa våre muslimske venner. «Når barn er 0–7 år: Lek med dem! Når barna er 7–14 år: Lær dem det de trenger. Når barna er 14–21 år, skal foreldre behandle dem som om de var jevnbyrdige, ved å invitere dem med seg, reflektere sammen med og lytte til dem! Etter at barna er 21, skal foreldre gi slipp. Det fins kameler som ikke vil løpe selv om repet er tatt av. Noen må hjelpes litt bort!» Videre var muslimene vi møtte, opptatt av at barna fra tidlig av skal lære tillit til seg selv, fremtiden og andre gjennom å kjenne Allah. Barnet skal utvikle tillit til at Allah passer på og har en mening med det som skjer. Bekymringer er bortkastet, fremtiden ligger i Allahs hånd. Det siste ble sagt med et lite forbehold hvor forholdet mellom egenansvar og hva som er Allahs ansvar, ble belyst med nok en kamel-historie: «Når du går fra en kamel, skal du tjore den fast. Deretter kan du legge alt i Allahs hender.» Igjen ser vi at hovedbudskapet bakes inn i en historie. Historien sier noe om avsenderen. Tillit til og identifikasjon med avsenderen er sentral i kommunikasjonen.

«Muslimers reaksjon på at Vesten fortier muslimske bidrag til vitenskapen, også i psykologfaget, synes å være på sin plass»

Det er et tankekors (et kristent ord!) å bli oppmerksom på hvor lite kulturnøytrale våre standard terapeutiske verktøy er. Om terapier og psykologiske tiltak *kan* være kulturelt og religiøst nøytrale, er en påstand som kan drøftes, og om det i det hele tatt er *ønskelig*, er et annet og sentralt spørsmål. I valgene som tas for å tilpasse psykologiske tiltak til muslimer (og andre minoritetsgrupper), ser vi to veier å gå: 1) Å lage tiltak som er så verdi- og religion-nøytrale som mulig eller 2) å lage tiltak som er tilpasset målgruppen.

Verdifordlende tiltak

Arbeidet med digitalisering av småbarnsversjonen av Psykologisk førstehjelp (Raknes, 2014) for arabiskspråklige barn kan fungere som eksempel på hvordan verdier og religion farger tiltak. I en av historiene i materialet ser vi en liten, lys, gutt i en vannsklie. Han smiler, rutsjer og er kliss naken. Illustrasjonen avslører nåtidige norske verdier der et barns glede, fart, nakenhet og fri lek kan sees som symboler på trygghet, trivsel og autonomi. Når gutten senere i historien katastrofetenker, illustreres dette ved at han sitter helt alene ved middagsbordet; juletreet er fint pyntet, og det er selveste julaften. Kristne høytidssymboler brukes for å gi historien kraft og humor. I tilpasningen for arabiskspråklige småbarn, der de aller fleste er muslimer, har vi eksperimentert i ulike retninger: Hva skjer om vi prøver å lage materialet verdi- og religionsnøytralt? Vi tegnet Roald anstendig påkledd i badesituasjonen og tok bort juletreet fra katastrofetankene hans. Det vi oppdaget, var at materialet med disse endringene mistet fortellerkraft. Historiene ble mindre gøyale og medrivende. Så

prøvde vi oss på å tilpasse materiellet til ulike målgrupper ved å tilføre flere historier med ulike kulturelle og religiøse identiteter. Lille muslimske arabisk- og norskspråklige Fatima fikk en mamma med hijab, og Allah passer på henne og familien hennes. Dette har vi fått gode tilbakemeldinger på, fra arabiskspråklige miljøer både i Norge, i Sudan og i Indonesia. Så nå prøver vi å formidle grunnprinsippene fra den kognitive modellen til muslimske småbarn på en måte der vi lager historier for å skape gjenkjennelse og som omfavner muslimsk visuell estetikk og symbolbruk. Og i den norske versjonen bader lille Roald kliss naken igjen.

Implementeringslitteraturen (Joyce & Showers, 2002, referert i Fixen, 2005) peker på at «aksept for tiltaket» er en forutsetning for at tiltak blir tatt i bruk og kan få effekt. Skillet mellom religion og behandling, som i moderne vestlig sekularisert behandling er regelen fremfor unntaket, kan øke terskelen for at muslimer takker ja til et tjenestetilbud. Muslimske pasienter som får hjelp til å se hvordan psykologiske tiltak som tilbys, henger sammen med den modellen for helse og endring pasienten allerede har, vil trolig lettere takke ja til tiltaket. Helsetiltak som inkluderer grunnleggende muslimsk tankegods, øker sannsynligheten for at muslimer tar det i bruk. Professor Badri ser det som en selvfølge å integrere pasientens religion i behandlingen, siden de kognitive aspektene ved behandling avhenger av hva pasienten tror på og hva som gir mening i pasientens nærmiljø. En nøytral tilnærming, hvor man unngår religion, er etter hans mening ikke ønskelig og heller ikke mulig når man skal forholde seg til menneskers følelser, tanker og levde liv. Lignende synspunkter som tilkjenner en avvisning av verdinøytral terapi, gir også flere vestlige psykologer uttrykk for (Passmore, 2003; Skinner, 2010).

1001, 1002, 1003

Å ta den andres perspektiv er sentralt i all hjelpekunst. Forskning peker på tre sentrale elementer som påvirker perspektivtakingsevne: Sosial koordinering, kognitiv fleksibilitet og selvsikkerhet (Galinski, Gilin & Maddux, 2011). Psykologisk kunnskap kan brukes for å utvide verdensbilder, til å redusere emosjonstrykk som bidrar til konflikteskalering, og til å forene. I historieskriving vil det i en tid da konfliktnivået mellom Vesten og muslimer eskaleres, være ekstra viktig å gi kreditt til kunnskapsutviklere også fra den muslimske verden. Muslimeres reaksjon på at Vesten fortier muslimske bidrag til vitenskapen, også i psykologifaget, synes også å være på sin plass. Den sterke, vestlige, psykologihistorien hopper glatt fra de gamle grekerne til 1700-tallet, og dermed over den arabiske gullalderen for utvikling av hjelpekunst. At det muslimske psykiatriske sykehuset Ottoman i Tyrkia behandlet pasienter med musikkterapi, ergoterapi, lyden av vann og synet av vakre blomster for 600 år siden, nevnes ikke når psykiatrihistorien skrives; og når vi har gjennomgått faglitteratur, selvhjelpsmateriell og tiltak vi har tilgang til på norsk i vårt arbeid både for barn og voksne, finner vi at de forteller historier om vestlige mennesker i en vestlig kontekst. I letingen har vi ikke funnet et eneste bilde som synes å være satt inn i teksten for å skape identifikasjon med muslimske barn eller voksne.

Resultater fra Modum Bads forskning på konsekvenser av å integrere kristne pasienters religiøse temaer i behandlingen, er lovende både med hensyn til pasientens rapporterte symptomer på angst og depresjon, på andel pasienter som kommer tilbake i jobb, og omfang av medisinbruk (Stålsett, Austad, Gude & Martinsen, 2010). Å kultur- og religionstilpasse psykologiske tiltak bygger videre på «1001 natt-prinsippet»: Man kan tilby tiltak som fenger, utvider fortolkningsrommene, reduserer stigma, endrer følelser og som i praksis når frem og gir helsegevinst for flere. For å nå ut til minoritetsgrupper som er underforbrukere av hjelpetiltak, er en mulig vei å gå å skreddersy tiltakene til gruppen man retter seg mot. Psykisk helsevern i Norge har en jobb å gjøre for at minoritetshelse-problematikk skal møtes med mer enn fargerike festtaler. ✕

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 52, nummer 2, 2015, side 140-144

TEKST

Arne Repål, spesialrådgiver OU, Klinikk psykisk helse og rusbehandling, Sykehuset i Vestfold HF. Spesialist i klinisk psykologi.

Solfrid Raknes, psykologspesialist

ILLUSTRASJON

Åshild Irgens

+ [Vis referanser](#)

Referanser

- Amri, S. & Bemak, F. (2012). Mental Health Help-Seeking Behaviors of Muslim Immigrants in the United States: Overcoming Social Stigma and Cultural Mistrust. *Journal of Muslim Mental Health*, 43-63.
- Badri, M. (2013). *Islamic Psychology: A New Paradigm*. London Office: International Institute of Islamic Thought.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M. & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Review of Research on the Integration of Research to Practice*. Florida: University of South Florida.
- Galinski, A. D., Gilin, D. & Maddux, W. W. (2011). Using both your head and your heart. The Role of Perspective Taking and Empathy in Resolving Social Conflict. I J. P. Forgas, A. W. Kruglanski & K. D. Williams (red.), *The Psychology of Perspective Taking* (s. 285-299). New York: Psychology Press.
- Kunst, J. R., Sam, D. L. & Ulleberg, P. (2013). Perceived Islamophobia: Scale Development and Validation. *Journal of Muslim Mental Health*, 225-237.
- Raknes, S. (2014). *Islam og psykologi*. Oslo: Gyldendal.
- Ramadan, T. (2009). *Islam og psykologi*. Oslo: Cappelen-Damm.
- Reme, S. E., Berggraf, L., Anderssen, N. & Johnsen, T. B. (2009). Er religion neglisjert i psykologutdanningen? *Journal of Muslim Mental Health*, 837-842.
- Repål, A. (2014) Intervju med Malik Badri. *Journal of Muslim Mental Health*, 28-37.
- Skinner, R. (2010). An Islamic approach to psychology and mental health. *Journal of Muslim Mental Health*, 547-551.

Stifossen-Hanssen, H.; Hestad, K. Og Lien, L. (red),
Akademisk.

(s. 371-382). Gyldendal.

Stålsett, G., Austad, A., Gude, T. & Martinsen, E. (2010). Existential Issues and Representations of God in Psychotherapy: A Naturalistic Study of 40 Patients in the VITA Treatment Model.
, (2), 15.

WHO (2014). Preventing Suicide: a global imperative.