

Rom for religion

Noe av det viktigste for en helsearbeider er å unngå et forenklet kulturelt og religiøst perspektiv.

TEKST

Rania Al-Nahi

PUBLISERT 2. november 2020

Ifølge en [artikkel i Psykologtidsskriftet](#) (Repål, 2015) benytter muslimer i Norge seg relativt sett mindre av psykiske helsetjenester enn ikke-muslimer, også i vestlige land. Men hvordan møter helsetjenesten muslimer som har behov for akutt eller langvarig hjelp, og hva slags kunnskap besitter de samme tjenestene om islam?

LES OGSÅ

Islamifisering av psykoterapi

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

Kan islam og psykologi forenes?

Islamsk psykologi er basert på islamsk forståelse av menneskets natur, og spiritualitet er et sentralt element i den terapeutiske prosessen. I muslimske praksiser har man en holistisk tilnærming til mennesket. Man ser på mennesket som en helhet. Mental sykdom er assosiert med fysisk sykdom, og det handler om å helbrede kropp og sjel (Rassool, 2016). Hovedskillet fra annen psykologi er at i islam brukes bevisstheten om Allah og altså spiritualitet i terapiprosessen. Formålet med terapien er å rette oppmerksomheten mot en rekke underliggende psykologiske behov ut fra et trosbasert perspektiv. Det innebærer både åndelige løsninger basert på kjærlighet til Allah, og å få klienten til å endre negative tankemønstre og til å reflektere over forholdet til sin skaper og livet.

Muslimer ser på Gud som den som kontrollerer helse og sykdom. Ved sykdom, sorg og tap søker muslimer gjerne trøst og helbredelse hos Gud gjennom bønn, så vel som å oppsøke helsetjenester (Utz, 2012). Når en pasient sier til helsepersonell at helbredelsen kommer fra Allah, betyr ikke det at pasienten ikke har tillit til helsetjenesten, men at vedkommende bekrefter sin lit til Gud i tillegg. I islam blir helsepersonell sett på som viktige og en del av Guds plan (Baig, 2010).

Et historisk perspektiv

Ifølge forskning ble den moderne muslimske psykoterapien slik vi kjenner den i dag, introdusert av den muslimske legen Al-Razi, kognitiv terapi av al-Balkhi og psykoterapi av Al-Ghazali for mer enn 1000 år siden. I sitt arbeid med terapi beskriver Al-Ghazali mennesket med fire elementer: hjertet, drift, sjel og intellekt. Disse fire elementene kan knyttes til dagens kognitive atferdsterapi: følelser, atferd, tanker og refleksjon. Flere studier viser til at religiøse og spirituelle terapimodeller er effektive på muslimske klienter som blant annet lider av angst og depresjon (Rassool, 2016). For eksempel kan kognitiv atferdsterapi være kompatibel med islamsk lære og prinsipper, fordi man legger stor vekt på tanker og refleksjon, samt at mennesker har evnen til å veilede og forbedre seg selv gjennom bønn og selvrefleksjon. Koranen sier blant annet at «Allah forandrer ikke folks tilstand før de selv foretar en forandring i sitt indre» (Koranen 13:11).

Fordommer og mørketall

Hvert menneske har behov for individuell terapi. Profeten selv kom med utsagn som tilsier at muslimer har et ansvar for hverandre både individuelt og kollektivt.

Til tross for fellestrekk når det kommer til religiøs tro og praksis, vil det være store forskjeller i hvordan enkeltmennesker definerer seg selv innenfor sin tro. Det kan være at man ser annerledes på familierelasjoner, roller i familien, kjønnsroller, personlige holdninger, ekteskap og sex. I tillegg kan muslimer i Vesten oppleve både religiøs, etnisk, og kulturell diskriminering i større skala enn muslimer i andre deler av verden. De er også en raskt voksende minoritetsgruppe, og mange unge muslimer i Vesten opplever større krysspress i møte mellom storsamfunnet og foreldrenes forventninger til kultur fra opprinnelsesland.

En masteroppgave (Lindevall, 2019) fra Psykologisk institutt viser at det er store mørketall, stigma og fordommer rundt psykiske lidelser blant muslimer. Resultatet vil ofte være at få familier med muslimsk tro søker hjelp av frykt for negative merkelapper, fordømmelse og sosial ekskludering. Her kan både majoritetssamfunnet og de muslimske miljøene bli flinkere til å støtte opp om forskning og kunnskap rundt mental helse og muslimer. Helsetjenester kan for eksempel ansette flere muslimske omsorgsarbeidere både i møte med muslimske pasienter og til kunnskapsformidling.

Jeg mener at en helsearbeider bør ha kunnskap om hvordan muslimer møter forskjellige faser i livet som sykdom, lidelser, sorg og frykt. Tålmodighet er et sentralt begrep for å kunne forstå hvordan muslimer ser på ulike livsfaser. Tålmodighet (sabr på arabisk) nevnes både i Koranen og i lovtekster. Det kan bety å avstå fra negative tanker, oppnå sjelero, og være mindre sint og opprørt i møte med alle livets opp- og nedturer. For Allah gir aldri muslimer flere byrder enn det man klarer å bære. Evnen til å møte vanskelige tider i livet, både på personlig og kollektivt plan, er en sentral del av islamsk lære.

I vestlig kultur legger man ofte vekt på personlig ansvar i håndtering av vanskelige tider. I islamsk trosforståelse oppfattes for eksempel sorg og tap som Guds prøvelser, og noe man må overgi seg til.

Psykologer og terapeuter har en betydelig makt til å definere klientens behov for hjelp. Jeg tror at en psykolog har mye å hente på å være mer bevisst sin definisjonsmakt og være åpen for andre tilnærminger under terapiprosessen enn det som er etablert praksis. En omsorgsarbeider bør derfor få en innføring i hvordan man kan forstå den muslimske klienten, for å bygge tillit og relasjon uten å vise fordommer og ved å ta utgangspunkt i verdisettet til den som søker hjelp, og deres foretrukne kommunikasjonsstil. Noen muslimske pasienter ønsker ikke å ta en representant for det motsatte kjønn i hånden ved håndhilsning, eller de unnlater bevisst øyekontakt gjennom terapitimen. Det kan fort bli tolket som at pasienten ikke er interessert i terapitimen.

Sex og seksualitet er også noe som er personlig, og som pasienten har liten vilje til å snakke om. Mange muslimer oppfatter at sex er tabubelagt, men både i Koranen og fortellinger fra profetens liv, som kalles for hadither, beskrives sex og seksualitet i stor skala. Det er opp til klienten selv om han/hun har mulighet til eller ønske om å diskutere disse temaene, Koranen gir i seg selv ingen begrensninger her.

Muslimske pasienter må forstås både fra et sosiologisk, kulturelt, psykologisk og religiøst perspektiv. Det er et stort spenn i både kulturell og religiøs praksis. Stereotypiske, bastante oppfatninger som «ingen muslimske menn liker å snakke om følelser» er et dårlig utgangspunkt for god behandling.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 57, nummer 11, 2020, side 842-843

TEKST

Rania Al-Nahi, masterstudent ved Teologisk fakultet, Universitetet i Oslo

+ Vis referanser

Baig, N. (2010). Tro, sundhet og lidelse i islam. Baig, N., Kastrup, M., & Rasmussen, L(2010), Tro, omsorg og interkultur, København: Hans Reitzels forlag.

Koranen, norskkoran.no, http://norskkoran.no/Les/?Surah=Ar_Rad

Lindevall, J.H. (2019). Imam eller psykolog? En kvalitativ studie av holdninger til psykisk helse og psykoterapi blant personer med muslimsk tro bosatt i Norge Universitetet i Oslo, Psykologisk institutt.

Rassool, H. (2016). Islamic counseling, an introduction to theory and practice. London and New York: Routledge.

Repål, A., & Raknes, S. (2015). Islamifisering av psykoterapi. Tidsskrift for Norsk psykologforening, <https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2015/02/islamifisering-av-psykoterapi>

Utz, A. (2012). Conceptualization of mental health, illness and healing. I: Ahmed, S. & Amer, M., Counseling muslims, handbook of mental Health issues and Interventions. New York, Routledge.