

Mentale problemer i muslimske kulturer

Av stud. psychol. Jarle Eknes

Innledning

Norge har en av de beste psykologiutdanninger i verden, sies det, og kanskje er det riktig. Men den er etter min mening fullstendig vestlig orientert, og jeg vil hevde at det er en mangel. Derfor vil jeg sette søkelyset på islam og psykologiske problemområder i muslimske land og kulturer. Jeg vil først argumentere for hvorfor vi bør vite noe om islam og islamske kulturer. For dernest å bruke mesteparten av artikkelen til å vise litt av hva vi bør vite om dette. Til slutt vil jeg gjøre rede for hvordan helssystemet i Egypt fungerer med hensyn til behandling og rehabilitering av mentalt syke.

Hvorfor vi bør vite noe om islam :

Med omkring 900 millioner er islam den største av verdensreligionene etter kristendommen. Det er også en religion i sterk vekst; i 1960 var hvert 7 menneske muslim (en som bekjenner seg til islam) mens man i 1980 kunne registrere hvert 5 menneske var muslim.

Mange av våre innvandrere er muslimer, og vi kan regne med flere i fremtiden. Muslimer har selvfølgelig psykologiske problemer å stri med, de som vi

Bare det å være innvandrere i en fremmed kultur øker sannsynligheten for mentale problemer (Hauff, 1982). Det kan også oppstå konflikter med andre religiøse eller kulturelle grupper.

Kan vi hjelpe dem? -Med vårt kjennskap til fremmede kulturer?

I deler av den islamske verden yter vi dessuten bistand. Og for at denne hjelpen skal rekke fram, og ønskede effekter oppnås, er det viktig med psykologisk viten om hvordan det er å være muslim.

Feildiagnostisering og feilbehandling:

I 1985 ble det dannet en verdensorganisasjon for islamsk helse (World Islamic Assosiation for Mental Health), og de holdt sin første internasjonale kongress i Pakistan det samme året. Bakgrunnen var blant annet at mange muslimske psykologer og psykiatere følte at profesjonene deres ble for utvannet av vestlige syn på mental helse, og at de trengte en sterkere islamsk identitet i psykologi og psykiatri.

Sendiony og Rady (1985) mente at hovedtemaene i en slik debatt om psykiatrien måtte være hvordan islamsk kultur påvirker diagnoser, prognoser, fore-

komst og behandling av muslimske pasienter. Dersom man ikke er særlig våken overfor islamske kulturelle faktorer er det stor fare for at feil diagnoser blir stilt og feil behandling blir gitt. Ofte vil nært kjennskap til islam være en forutsetning for å avgjøre om en person er normal eller mentalt syk. Sendiony nevner eksempelvis frykt for "Det Onde Øyet", som er et kulturelt fenomen blant mange folkegrupper. Australsk helsepersonell har lenge betraktet dette fenomenet som patologiske vrangforestillinger, hvilket har vært svært skadelig for mange friske, italienske og arabiske innvandrere i Australia, som har hatt dette som del av sin kultur. -Bare ett av mange eksempler på diagnosers manglende validitet. Man må kjenne klientenes kultur for å kunne skille patologi fra normalitet.

Islamsk forståelse av helse

Allport delte religioner inn i "extrinsic" type (karakterisert ved sine ritualistiske seremonielle aspekter) og "intrinsic" type (hvor troen står som det høyeste og viktigste). Sendiony og Rady (1985) mener at islam i størst mulig grad må betraktes som en "intrinsic" religion. For dette er ikke en gå-til-moskeen-hver-fredag-religion (fredag tilsvarende søndag) men en livsstil og et lovsystem som påvirker den troendes liv på alle måter.

Muslimenes hellige bok Koranen er svært opptatt av helse og gir klare svar på hvordan vi skal forstå vekst og utvikling. Det er ikke et psykologisk eller medisinsk oppslagsverk, men fra et muslimsk psykiatrisk synspunkt er den likevel presis og klar i sin redegjørelse av selvet, kontroll og psykiatiske pro-

blemer som alkoholisme, selvmord og homoseksualitet(!) (Al-Radi 1985). Den tar både for seg hvordan mennesket er blitt som det er og hvordan det kan og bør endre seg. Det legges her vekt på at mennesket er født med vilje til å endre seg og evne til å velge (Baashar 1985) noe som kanskje umiddelbart kan se ut til å stå i kontrast til, for eksempel, det egyptiske ordtaket "Kol shai'qisma wa nassiib" (Alt er forutbestemt av ens skjebne). I religionen er det gjort klart at alt som hender i denne verden er Guds vilje. Baashar (1985) mener likevel at det er et sterkt kvalitativt skille mellom fatalisme og det å overgi seg til Allah.

Baashar(1985) trekker frem anger som et viktig islamsk element i forbindelse med skyldfølelse og ikke-akseptable handlinger. Daglig bønn er det som hjelper personen best til å takle personlige problemer, og å endre sin personlighet i retning av det som Koranen og miljøet betrakter som ønskelig. Ramadanen (den årlige fastemåned) hvor de ikke hverken spiser eller drikker mellom kl.4.00 og 18.00) og pilgrimsreisen til Mekka, mener man gir en skikkelig anledning til å gjøre avbrekk fra skadelige sosiale vaner og ødeleggende skyldfølelse, for dermed å oppnå mental fred og ro (mental peace). Som følge av muslimenes sterke tilknytning til sin religion, spiller moskéen en svært viktig rolle i islamsk helse-opplysning og holdningsendringstiltak

Alkoholisme

Til tross for store sosio-økonomiske forskjeller, og ulike kulturelle betingelser i muslimske land, sørger praktiseringen

av den islamske doktrinen for å opprettholde et svært lavt antall alkoholikere i forhold til ikke-muslimske land (Baashar 1985). Koranen forbyr bruk av alkohol for muslimer, men mange land tillater likevel salg og konsum på bestemte steder for turister og landets egne ikke-muslimer. Land som, for eksempel Egypt, produserer til og med både vin og øl. Men selv om det er tilgjengelig, er det få som bruker det. Alkoholisme er et lite utbredt problem. Det å drikke alkohol er ikke akseptabelt for en muslim, så misbruk vil raskt bli møtt med kraftige sanksjoner fra familie, venner og miljøet ellers. Allikevel er det et økende problem man er på vakt overfor.

Narkotikamisbruk

Et annet problem som er stadig voksende i den muslimske verden, er narkotikamisbruk. I et lite land som Oman, var det i 1985 registrert 200 misbrukere av alkohol og heroin. Men tendensen ellers i den muslimske verden, gir faretruende signaler som myndighetene mange steder tar alvorlig (Ashraf 1985).

I Oman satses det mye på grensekontroll, med bl.a. narkotikahunder. Og ytterligere forebygging blir forsøkt ved religiøs holdningsoppbygging i skoler og moskéer.

Det gis behandling, og Ashraf hevder at majoriteten av de behandlede forblir stoffrie etter dette. Det virker ikke helt urimelig så lenge problemene er så lite utbredt (det er vanskelig å finne miljø som bruker stoff), og religion og kultur slår kraftig ned på misbruk.

Problemet har kommet mye lenger i for eksempel Pakistan, hvor det i 1984 var antatt at 1,3 millioner mennesker mis-

brakte alkohol og stoff (Hussain 1985). 200 000 av disse gikk på heroin. Jeg kjenner dessverre ikke de nåværende tallene, men pessimistiske prognoser den gang, anslo at tallet på heroin-misbrukere ville komme opp i to millioner innen 1990. Hussain finner ikke "den typiske stoffmisbruker" eller én typisk årsaksfaktor. Årsakene kan være personlighetsdefekter, vanskelig familiebakgrunn, problemer med å fungere sosialt, manglende selvtillit, eksperimentering, ungdomsopprør, kjedsomhet og arbeidsledighet.

Selv mord

Også på selvmordsskalaen ligger muslimske land helt i bunn. Krysskulturelle studier viser at selvmordsraten pr. 100 000 innbygger er 23 i Frankrike, 21 i USA og 15 i Italia, mens den i muslimske land som Jordan er 1.8, 0.3 i Egypt og 0.2 i Irak (Baashar, 1985). Dette må selvfølgelig ikke forstås dit hen at depressive problemer nesten ikke eksisterer i disse landene, men må forstås slik at selvmord er en løsning på problemer som er så uakseptabel i religion og kultur at man knapt vil overveie det. Skyldfølelsen, bare ved tanken på å ta sitt eget liv, vil ha sterk preventiv effekt på dette fenomenet.

Religion og helse

Muslimer føler seg i stor grad som en gruppe som følger samme retningslinjer uavhengig av hudfarge og språk. De har felles forståelse og verdier, som binder dem sammen, under beskyttelse av Den Allmektige Gud, -hvilket gir dem beskyttelse, overlegenhet og et godt selvbilde (Al-Radi, 1985). Islam krever av en god muslim at han ber fem ganger daglig til Gud, hvor han i total ydmyk-

het og underkastelse søker hjelp og veiledning fra Gud. Sammen med rengjøringsprosedyrene, som er knyttet til bønner, gir dette avslapning og hjelp til å kvitte seg med spenninger og problemer (Al-Radi, 1985). Fastemånedens Ramadan gir muslimen anledning til å trene opp kontroll over seg selv og lidelsen og til å kjenne sulten og lidelsen de fattigste stadig gjennomgår. De som kan skal da også hjelpe de fattigste økonomisk (Al-Radi, 1985).

Behandling

Vestlige behandlere har liten suksess i forsøk på å behandle muslimske pasienter, mener Sendiony og Rady (1985). Terapeutens ritualer og forståelsesrammer virker ofte meningsløse for muslimer. Og terapeuten tillegger gjerne pasientens tanker og adferd en mening som viser seg å være fullstendig bak mål.

En som kommer i kontakt med muslimske klienter bør være klar over det terapeutiske potensialet i følgende islamske prinsipper (Sandiony og Rady, 1985):

1. Islam har et optimistisk syn på menneskets mulighet til å overvinne synd. Det er alltid håp om bedring, ettersom Gud er nådefull og tilgivende. Denne troen er av stor terapeutisk betydning og får pasienten til å se lyst på sin fremtid.
2. En muslim, uavhengig av fysiske, sosiale eller emosjonelle omstendigheter, tror på Allah, og utifra denne ufravikelige troen, må hele behandlingen av den muslimske pasienten bygges opp.
3. Islam er hjørnesteinene i sosiale relasjoner. Muslimene er svært knyttet

til sin familie, hvor det er enorm respekt for de eldre. Intrafamiære forhold har stor betydning for hva de gjør og tenker. Familieterapi skulle derfor være særdeles virkningsfullt, hvor man kan sørge for å gjøre nytte av den potensielle støtten klienten kan få fra sine familie-medlemmer.

I den islamske tro står verdier som integrasjon, enhet og samhold med familien svært sterkt, og brudd med disse resulterer i skyldfølelse og sanksjoner fra miljøet. I mange av de islamske kulturene er det også en selvfølge at den psykiatriske pasient snarest mulig tilbakeføres til familien. Dette i motsetning til store deler av vår vestlige kulturs tendens til raskt å skyve hovedansvaret over på et offentlig behandlingsapparat.

Sendiony og Rady (1985) hevder at schizofrene i Saudi-Arabia ikke vil bli betraktet som noe stort problem. Familien vil selv ta seg av vedkommende i stedet for å sende "pasienten" til en institusjon. Har familien dårlig økonomi vil staten gi finansiell støtte, slik at det er mulig å ta godt vare på den syke. Slike holdninger er imidlertid ikke bare betinget av islam, men også av lokale kulturer. I Bangladesh (som også er islamsk), ser man på det å ha mentalt syke i familien som en straff, og behandler den syke uten respekt (Cohen, 1988).

Undersøkelser i Saudi-Arabia viser forøvrig at schizofrene profiterer mer på å bo i en storfamilie enn i en kjernfamilie. I storfamilien er den schizofrene i mindre grad henfallen til tilbaketrekning, blant annet.

Stress

Sandiony og Rady (1985) viser til amerikanske undersøkelser, av bl.a. Benson, som viser meditasjonens dramatiske effekter av både psykologisk og fysiologisk art. Meditasjonen har en effekt som er det motsatte av 'fight-or flight' responsen, og praktisert 10-20 minutter daglig får vi vedvarende reduksjon i blodtrykk og andre stress-relaterte symptomer. Resultatene skal være uavhengig av meditasjonsmetode, så lenge man klarer å gå inn i en slags trance hvor persepsjonen av de fysiske stimuli blir sterkt redusert.

Meditasjonen står sentralt i islam, og Sendiony tilskriver denne stor betydning i både forebygging og behandling av stress og andre problemer. I Koranen står det klart at de fem daglige bønnene vil hjelpe på stress relaterte symptomer. Bønnen er preget av visse ritualer. Blant annet at du skal rengjøre deg skikkelig før du ber, og at du sitter vendt mot Mekka og bøyer deg flere ganger. Du skal takke Gud og nevne hans navn flere ganger, og en eller to ganger om dagen er du oppfordret til å meditere 10-20 minutter. Dette kan skje på følgende måte; innta en behagelig stilling etter bønn, lukk øynene, konsentrer deg om ordet Allah, eller en enkel religiøs frase, og tenk ikke på noen ting annet. Vi kan kanskje si at det etterhvert oppstår en "avslapningsrespons", klassisk betinget til ordene og situasjonen.

Depresjon og søvndeprivasjon

Sharif (1985) støtter seg på vestlig forskning (Bowers, Vogel, Pflug, Poldinger osv.) og hevder at søvndeprivasjon fører til mindre depresjon. Han mener at folk er mindre deprimerte i

Ramadan-måned, og forklarer dette med at man da sover mye mindre enn ellers. Derfor anbefaler han bønn tidlig om morgenen som et viktig terapeutisk middel.

Psykodynamisk tenkning og islam

I islam finnes det en tradisjon kalt sufisme, en slags "mystisk" disiplin med over tusen års tradisjon. Den har en holistisk oppfatning av utvikling og integrasjon, men en nærmere studie viser også mange likheter med psykoanalysen, både i teori og praksis. Sufister har gjennom disse tusen årene skrevet mye om den grunnleggende personlighetsstruktur, og flere av begrepene har klare paralleller i det psykoanalytiske begrepsapparat (Husain 1985). Blant annet begrepet "nafs", som best kan oversettes til "selv" eller "nivå i personligheten". Det finnes ulike nafser som vi har én eller flere av, avhengig av det levende vesens utviklingsnivå:

1. Nafis-i-nebati (The vegetative nafs) er den mest grunnleggende nafs som eksisterer i planter og alle andre levende ting og vesener.

2. Nafs-i-haiwani (The animal nafs) består av to hovedkrefter: Perseptuelle krefter og driftskrefter:

a) Quwat-i-muharika (perseptuelle krefter) inndeles igjen i to undergrupper:

I. Bevisst og sensorisk persepsjon: Dette inkluderer følesans, lukt og syn. Bevisst oppmerksomhet antas å ha sin rot i disse. Sensorisk persepsjon står i nær forbindelse med driftskreftene.

II. Ubevisste krefter: Her refereres det til indre fornemmelser, krefter og ubevisste deler av sinnet.

b) Driftskreftene er delt inn i seksualdrift og aggresjonsdrift:

I. Quwat-i-shewani (seksualdrift) kan oppfattes som en slags libido. Denne driften stimulerer individet til å søke og erfare gleder og tilfredsstillelse.

II. Quwat-i-ghazabi (aggresjonsdrift) står bak raseri, aggresjon og sinne. "Fight or flight" mekanismer og destruktivitet er manifestert i denne driften.

En sufi er en person som prøver å få nadre til å velge troen og sannhetens vei, ved kontinuerlig streben etter å reise det innerste selvet og å stå imot "nafs-e-ammara" som tilsvarende id-impulsene. Ikke gjennom å fornekte og skjule dem, men gjennom å forstå og analysere dem (Mubbashar 1985). Slik kan vi holde "nafs-e-lawwama" (super-ego) innenfor sine grenser og unngå atferd som fører til isolasjon. Dermed kan vi nå et nivå som kalles "nafs-e-mutimiyna", som i grove trekk tilsvarende det vi kaller ego-funksjon.

Husain (1985) finner mange paralleller til psykoanalytisk teori og stiller spørsmål om hvorfor? Svaret tror han vi finner ved å ta et historisk tilbakeblikk og se nærmere på vestens koloniseringsstid i Midt-Østen og Asia. En rekke persiske og arabiske sufi-verker ble oversatt til tysk, fransk og engelsk. En av dem var Hafiz' bok "Diwan-i-Hafiz", som beskriver det ovennevnte svært utfyllende. Denne boken kom Goethe over og ble inspirert til å skrive boken "West-eastern divan" i 1819. Vi vet at Freud var en flittig Goethe-leser,

og Husain mener at Freud nærmest har adoptert sufienes teorier og bygget videre på disse.

I muslimske land lever sufismen i beste velgående med sin særegne stil som tross alt også avviker en god del fra psykoanalysen. Moghni (1985) mener at det er uheldig at Sufi-tradisjoner og praksis som de fleste i den muslimske verden på en eller annen måte kjenner til og gjerne har vært i kontakt med, ikke har blitt mer vitenskapelig studert. Det er tross alt en integrert del av den islamske kultur.

En innvending mot psykodynamiske retninger i vesten reises av Sendiony og Rady (1985) som mener at vektleggingen av psykoseksuelle stadier har vært alt for stor i vestlig terapi. Men de mener at terapien, til en viss grad, likevel kan ha noe for seg både i vestlig og islamsk behandling. Men det er ikke helt uproblematisk å jobbe på denne måten. En vestlig terapeut vil ha store problemer med å få tak i den nødvendige informasjon ettersom det er fullstendig tabu å snakke om sex. Også for den muslimske terapeut blir det vanskelig å få slik informasjon, da den type spørsmål vil kunne ødelegge for prestisje og selvaktelse. Særlig vil det være vanskelig (og sannsynligvis umulig) dersom terapeuten er mann og klienten er kvinne. Derfor er det viktig at flere muslimske kvinner kommer inn i behandlingsapparatet, mener de.

Egyptisk psykologi og helsevern

Etter en nylig (kort) studietur til Egypt er mitt inntrykk at psykologiske problemstillinger blir tillagt liten vekt i behandlingen av mentale problemer. Vi

hadde kontakt med en av de mest kjente og respekterte psykiaterne i Egypt, Dr. Gamal Abou El Azayem. Til tross for at han hadde tatt på seg å stå faglig ansvarlig for vårt studieopphold, viste han nærmest ingen interesse for psykologiprofesjonen og psykologiske aspekter. Han drev selv en privat behandlingstilnæringsinstitusjon for psykiatiske pasienter og narkomane. Og vi fikk inntrykk av at behandlingstilnæringsinstitusjonen overveiende var medisinsk og religiøs. Det ble brukt mye medisiner. Azayem var stor tilhenger av å behandle narkomane med en blanding av antidepressiva og insulin. Han forsket på effekten av denne behandlingsformen. Elektrosjokk var også utbredt på begge disse behandlingstilnæringsinstitusjonene. En ansatt ved det amerikanske universitetet hevdet at ikke alle behandlingstilnæringsinstitusjoner var like flinke til å gi bedøvelse under behandlingen. Høyst sannsynlig hører imidlertid Azayems hospital til de mest seriøse i så måte. Lobotomi er i følge Azayem en metode som ble forlatt for mange år siden.

En stund lurte vi på om behandlingstilbud og metoder i Egypt bare så vidt hadde hevet seg over middelaldernivået. Sannsynligvis var dette mest en konsekvens av vår frustrasjon over psykologiens heller svake posisjon. Mange psykiatere er svært opptatt av vestlig forskning og samarbeid, og har gjerne også sin etterutdanning fra England eller USA. Men de er altså svært så biologisk og religiøst orientert.

Psykologer har en fire-årig utdanning, hvorav tre av disse årene utelukkende er psykologi. Pensum er i stor grad vestlig litteratur oversatt til arabisk. Utdanningen har lav status og psykolo-

ger har ikke behandler-status, etter endt utdanning. De få som velger å jobbe klinisk drar gjerne til andre arabiske land.

Allerede i 1929 ble man interessert i psykologi ved egyptiske universitet, men fra starten av var det de pedagogiske aspektene ved dette feltet som interesserte dem (Abou-Hatab 1984). I 1934 og utover økte interessen for undervisningspsykologi. Man opprettet en egen klinikk med dette som hovedarbeidsmåte og tester fikk en svært fremtredende plass. Men psykologer er heller ikke i dag tilsluttet skolevesenet på noen måte som kan minne om vår PP-tjeneste. Skolen har knyttet til seg sosialarbeidere som eksperthjelp for å løse arferds- og tilpasseproblemer.

Egypt har ca. 200 psykiatere. Rundt 10 av dem utgjør en elite som styrer det meste innen psykologisk/psykiatrisk helsevesen. Flere av disse står i spissen for små og store familiedynastier som sørger for å bringe makten videre.

Eksempelvis er alle Azayems barn tilknyttet hans institusjon og arbeid. To sønner og en datter er psykiatere, to sønner styrer forretningsdelen, en sønn styrer farmen som leverer institusjonens mat og den siste datteren er biokjemiker og sjef for laboratoriet. Gamal forteller at han liker å dra inn både medisin, elektrosjokk og gamle islamske prinsipper i behandlingen. Men sønnen Ahmed er uenig i å trekke religion inn i denne type behandling (Cohn 1988). For ham er det nesten bare medisin og elektrosjokk som fremstår som nyttige terapeutiske tiltak.

Dette er en privat institusjon hvor 95 % av pasientene eller deres familier må betale ganske mye for å være. Hvor

mye de betaler avhenger av rommenes standard. De beste koster ca. 90 egyptiske pund per døgn (Cohen 1988). I Cohens samtaler med pasienter i og utenfor hospitalet, kommer det frem at pasientene ironisk betegner institusjonen som et hotell, med til dels slett service. Utenom medisiner, elektrosjokk og bønnetid, blir de ikke tilbudt noen form for behandling.

Cohen mener at samme kritikken kan reises også mot de fleste andre "behandlings"-institusjoner i Egypt. Mange av de offentlige institusjonene kan til forveksling oppleves som fengsler, der helsepersonellens holdninger er preget av en oppfatning om at "de er heldige som får noe behandlingstilbud i det hele tatt".

Unntak finnes heldigvis, og han nevner Mokattam Hospital som et hederlig alternativ. Her finner vi en helhetstenking og nærhet mellom pasienter og behandlere som mange vestlige institusjoner kan misunne dem.

I statsinstitusjonene er det mulig å finne pasienter som har vært der i 20 år, uten at noen hverken kan svare på hva som feiler dem eller hvorfor de kom dit i utgangspunktet. Årsaken til at de ikke utskrives er at familiene deres ikke vil ha dem tilbake. En slik total avvisning av schizofrene og andre er imidlertid ikke det vanligste. Om familiene ikke akkurat er stolte av sine "sinnsyke" medlemmer, tar de som oftest likevel vare på dem selv. Dette har naturligvis sammenheng både med det begrensede antall institusjonsplasser og de sterke familiebandene.

Vi fikk storslåtte omvisninger, i skoler og behandlingstilbud, som tok sikte på å vise oss "glansbildene". Det er vanskelig å komme under overflaten,

men det ytre ga oss mange positive inntrykk.

I tilbudene til psykisk utviklingshemmede la man vekt på skole, språktrening med logopeder og arbeidstrening. Det er helt klart at vi kun fikk se de beste institusjonene. Det er av andre blitt sagt at de fleste institusjonene kun er å regne som "oppbevaringsbokser". Men de viser i hvert fall at de har ressurser de kan bygge videre på.

Litteraturliste

- Abbas, Syed Sohail. *Mental Health in Rural Perspective*. Proceedings and articles from First International Congress 1985 for World Islamic Association For Mental Health.
- Abaou-Hatab, Fouad A.L. *Towards a Future for School Psychology in Egypt*. School Psychology International. 1984 (Jan.-Mar.).
- Alawi, Abdul Havy. *Need for Islamic Approach to Mental Health in the Changing World*. (Som første henvisning).
- Al-Radi, Osama M. *Islam and Mental Health*. (Som første henvisning).
- Ashraf, Muhammad. *Problem of Drug Abuse in Oman*. (Som første henvisning).
- Baashar, T.A. *The Meaning of Mental Health*. (Som første henvisning).
- Hauff, Edvard. *Psykiske lidelser hos flyktninger og innvandrere*. Og livet går videre. Festskrift til Leo Eitinger. Universitetsforlaget. 1982.
- Husain, Syed Arshad. *Sufism, Psychoanalysis and Dynamic Psychotherapy; A comparative Study*. (Se første henvisning).
- Hussain, M. Farrukh. *Tackling Drug Abuse Misuse in Pakistan*. (Se første henvisning).
- Mubbashar, M.H. *Tasawuf Therapy - An Innovative Psycho-Therapeutic Approach*. (Se første henvisning).
- Sendoniy, Mohammad Faraouk El og Rady, Osman Al. *Another Great Therapeutic Revolution*. (Se første henvisning).
- Sharif, Mohammad. *Tahajjad (Pre-Dawn Prayers) Therapy in Depressive Illness*. (Se første henvisning).
- Moghni, S.M. *Islam and Mental Health*. (Se første henvisning).