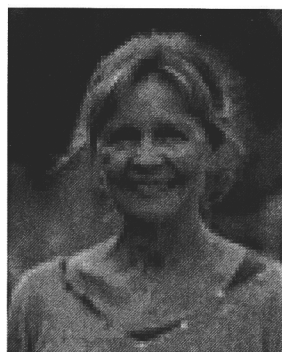


# «VI HENGER IGJEN I GAMLE TABUER, DET ER IKKE LEGITIMT» - Å møte eksistensielle og religiøse spørsmål hos mennesker med psykiske problem



*Lisbet Borge er førsteamanuensis, dr.philos og klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie. Hun er faglig ansvarlig for videreutdanningen i psykisk helsearbeid ved Diakonhjemmet Høgskole. Artikkelen bygger på hennes prøveforelesning ved UIO, 2013; «Er det rom for å tematisere åndelige og religiøse spørsmål i dagens psykiatri?»*

Artikkelen belyser hvordan eksistensielle og religiøse behov hos mennesker med psykiske problemer er tematisert hos ulike profesjonsgrupper i det psykiatriske fagfeltet. Tradisjonelt formidler helsepersonell at de er blitt opplært til at man ikke skal snakke så mye om religion og politikk, fordi antagelsen er at dette kan sette i gang for store grublerier hos pasientene. Åndelige og eksistensielle erfaringer kan være viktige for menneskers opplevelse og forståelse av tilværelsen og for å finne mening og sammenheng i livet. Å møte eksistensielle og åndelige behov krever mer enn terapiferdigheter av de profesjonelle. Det fordrer også mot og tilstedeværelse. Eksistens, mening, spiritualitet, religiøsitet og åndelighet blir i det følgende forstått som likestilte begreper.

## INNLEDNING

Mennesker som opplever å få alvorlige psykiske problemer, kommer ofte i sterk kontakt med livets eksistensielle temaer, slik som ensomhet, mangel på mening og følelse av at livet ikke lenger er verdt å leve. Psykiske problemer vil nesten alltid ha eksistensielle dimensjoner, noe som kan gjøre det vanskelig å skille hva som er naturlig eksistensielle problemer og hva som er patologisk eller sykt. Det er også svært vanlig at religiøse tanker og forestill-

inger forekommer i forbindelse med psykoser. Det tankevekkende er at både utdanningsinstitusjoner og fagfeltet fortsatt er tilbakeholdne med å tematisere religiøse og eksistensielle spørsmål. Det gjelder ikke bare i Norge, men også internasjonalt. Dette bekymrer også tidligere bruker Sigrun Tømmerås. I en artikkel peker hun på religionens dobbeltfunksjon som både kilde til psykiske problemer og menings- og identitetsskaper. Hun hevder at religion har en viktig plass i mange menneskers liv. For noen kan deres religiøse tro være en viktig ressurs i bedringsprosessen. Andre kan ha vokst opp med en religiøs tro og praksis som i ettertid har gitt mye skyld og skam. Tømmerås forteller at hun ble påført traumer ved at «hellige» tekster ble brukt til å legitimere vold og overgrep. Hun er derfor bekymret for den manglende oppmerksomheten dette temaet har i de ulike profesjonsutdanningene (Tømmerås, 2011).

## HISTORISK BAKGRUNN

Religiøse og åndelige spørsmål har vært et tabuområde i det psykiatriske fagfeltet siden 1900-tallet, og kan ha bidratt til at behandlingsmiljøet i psykiatriske institusjoner har vært lite interessert i pasienters religiøse og åndelige verdier. Den største påvirkningen antas å komme fra Sigmund Freud (1856-1939). Hans forståelse var at uheldig religiøs påvirkning kunne føre til hysteri og nevroses, og han argumenterte for at religion var uttrykk for en kollektiv tvangsnevrose (Freud, 1962). Denne reduksjonistiske forståelsen bidro til at sjelesorg og psykoterapi etter hvert ble adskilt. Resultatet har vært klare skillelinjer og skepsis til hverandres fagfelt. Da Freud har hatt stor innflytelse på vår vestlige kultur og på psykiatri som fag, kan dette være en forklaring på at fag

folk har vært tilbakeholdne med å samtale med pasienter om åndelige spørsmål, som en del av behandlingen (Borge, 2012).

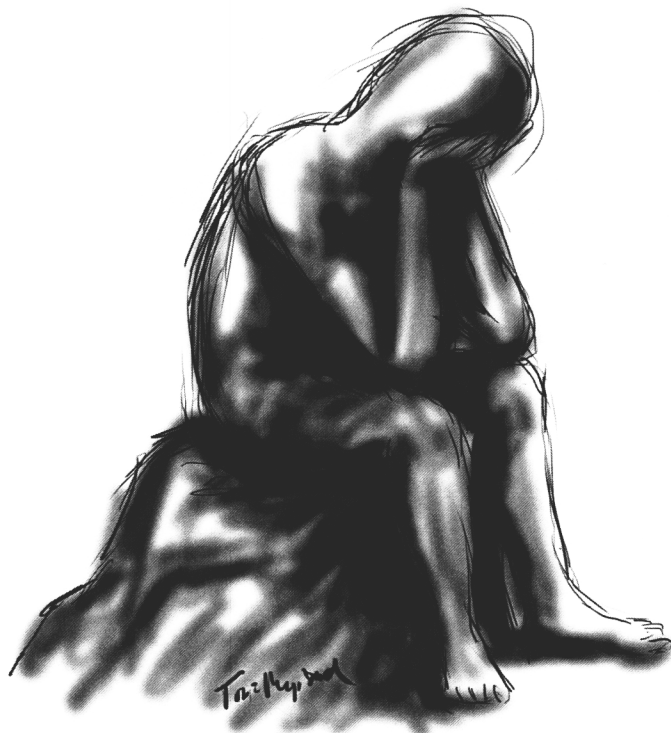
## DAGENS SITUASJON I PSYKISK HELSEVERN

Nyere forskning bekrefter at dagens praksis er kommet noe lenger, men likevel alt for kort. Dette inntrykket bekreftes ved lesning av nyere psykiatriske fagbøker, hvor åndelige og eksistensielle spørsmål knapt er omtalt. I Norge er det få kliniske psykiatriske fagmiljøer som har arbeidet systematisk med å dokumentere og utvikle kunnskap om hvordan de profesjonelle best kan arbeide med disse spørsmålene overfor mennesker med psykiske lidelser i dag. Unntak er ved Modum Bad og ved sykehuset Innlandet. Fagmiljøet ved Modum Bad har vært inspirert av religionspsykologen Ana Maria Rizzuto. Behandlingsfokus er å arbeide med pasientenes gudsbilder og foreldrebilder, og erfaringene tilsier at dette kan være relevant enten en har en gudstro eller ei. Fortellinger og opplevelser fra egen barndom og kultur påvirker menneskets forestillinger om seg selv gjennom livet, og dette bidrar til å skape de bilder en har av Gud og foreldreautoriteter. Denne teorien og forståelsen har vært et viktig bidrag til å forstå betydningen av at terapeuter er sensitive overfor eksistensielle og religiøse temaer, men også hvordan man kan hjelpe mennesker i det kliniske arbeidet (Stålsett, Austad, Gude, Martinsen, 2010).

Sykehuset Innlandet etablerte et eget kompetansesenter for behandlingsrelatert religionspsykologi i 2008. Senteret har som målsetting å styrke den kliniske kompetansen når det gjelder religion, livssyn og eksistensielle spørsmål. Blant annet forsker senteret på pasienter med psykoselidelser, relatert til både kvantitative og kvalitative studier, og viser til betydningen av god dialog om religiøse og åndelige spørsmål i terapi. I en studie har forskerne sett på hvordan åndelighet (spirituality) kan bidra til mestring hos mennesker med diagnosen Schizofreni (Hustoft, Hestad, Lien, Møller, Danbolt, 2013). Det ble gjennomført dybdeintervju med 6 pasienter, og hvor deres

åndelige søken ble koblet til religiøse vrangforestillinger. Pasientene rapporterte at temaer som religiøsitet og åndelighet hadde viktig betydning for dem i bedringsprosessen, men dessverre erfarte pasientene å gå alene med sine problemer uten å få terapeutisk støtte i dette. Forskerne understreker derfor betydningen av å inkludere åndelige verdier i samtaler med disse pasientene.

I andre studier forteller innlagte pasienter i psykisk helsevern at de savner nærvær av helsepersonell i forhold til åndelige behov, og opplever at dette ikke er prioritert eller endatil neglisjert av de ansatte (Koslander & Arvidsson, 2005). Pasientene erfarte at de hovedsakelig måtte oppsøkte sykepleierne selv for å få hjelp til å samtale om sine åndelige behov. De fikk dermed en bekreftelse på at sykepleierne ikke brydde seg om deres åndelige søken, siden sykepleierne sjelden brakte dette tema på dagsorden. Dette ble av pasientene opplevd som avvisning og manglende forståelse. Når pasientene ble møtt på deres behov og sykepleierne klarte å ta imot deres tanker, tvil og tro, hjalp disse samtalene dem med å sortere tanker og følelser. Forskning har funnet at åndelighet oppleves som helende helhet og er knyttet



til kvaliteten av en god terapeutisk relasjon og terapeutens respons, som en mestringsstrategi og bidrar til positive endringsprosesser (Gockel, 2011). Mange pasienter og brukere uttrykker ønske om å bli sett og behandlet som hele personer, ikke bare som sykdomstilstander (Borge & Fagermoen, 2008; Mohr, 2006). Å oppleve seg som en hel person innebærer å ha fysiske, emosjonelle, sosiale og åndelige dimensjoner, i tillegg til opplevelse av mening og verdi (Ledger & Bowler, 2006). Koenig (2007) hevder at hvis en eller flere av disse dimensjonene blir ignorert, kan det føre til at pasienter vil kjenne seg ufullstendige som personer, og dette kan bidra til å forstyrre rehabiliteringsprosessen.

På den annen side er det viktig å være klar over at religiøs tro kan gi anfektelser og forsterke skyld og grublerier hos pasienter med ulike psykiske lidelser, opplevelser av å være straffet av livet eller av Gud, og opplevelser av angst og innskrenkninger av livet på flere områder. Religiøse og eksistensielle spørsmål kan også innebære erfaringer som følelser av hat, sinne, makt og tvangshandlinger, og kan føre til angst, selvskading og familieproblemer. Publiserte studier til nå innen feltet støtter ikke argumenter om at religiøs aktivitet vanligvis har negativ effekt på mental helse (Hill & Pargament, 2003; Koenig, 2008).

## KONSEKVENSER FOR UTDANNING OG PRAKSIS

Enkelte klinikere mener fortsatt at fagfolk ikke skal utfordre pasienter overfor religiøse eller spirituelle spørsmål uten at pasientene selv har bedt om det (Mohr, 2006). Andre studier drøfter hvilken kompetanse og konsekvenser i relasjonen dette bør ha for ulike yrkesprofesjoner, og ulike retningslinjer for dette. (Elliot, 2011; Ledger & Bowler, 2013). De faglige argumentene om for og i mot bidrar til at det fortsatt er uklart om hvordan de profesjonelle skal arbeide med religiøse og eksistensielle spørsmål i dagens praksis. Fortsatt savnes det kompetanse og språk for hvordan temaet kan brukes på en nyttig måte i terapi (Borge, 2012).

Å gi rom for menneskets grunnleggende sårbarhet og åndelige dimensjon krever på den ene siden at vi tør å åpne opp for perspektiver vi selv kan være utrygge på. På den andre siden trenger vi også kunnskap. Psykologstudent Lina Søreide tar opp dette dilemma i et debattinnlegg i Tidsskrift for Norsk Psykologforening etter at hun oppdaget at begrepet åndelighet (spirituality) ikke finnes i emneregisteret på den tykke innføringsboka i psykologi, som studentene blir introdusert for i det første semesteret. Hun spør: hvordan skal kommende psykologer utvikle et blikk og forståelse for klientens åndelige dimensjon og eksistensielle behov når disse gir så lite rom på profesjonsprogrammet? Og hvordan skal vi våge å stoppe opp og gå sammen med klienten inn i dyp vi selv frykter? (Søreide, 2011, s.692) Denne utfordringen gjelder også andre utdanningsgrupper som sosionomer, leger og sykepleiere (Durà-Vilà et al., 2011; Ross, 2006; Zahl og Furman, 2005). Sykepleiere/psykiatriske sykepleiere har tradisjonelt et helhetssyn i sin utdanning. Åndelige spørsmål og tema har vært fokusert i svært mange artikler og bøker, og begrepet åndelighet har vært omdiskutert. Det etterlyses begrepsavklaringer om hva åndelighet innebærer, spesielt i avgrensningen inn mot psykiske lidelser. Studier har vist at sykepleiere er i stand til å identifisere åndelige behov, men mangler kunnskap om hvordan de kan møte behovene (Chidarikire, 2012 Tiew & Creedy, 2010). Flere av studiene peker på etiske dilemma knyttet til religiøsitet og åndelighet og hevder at det kreves faglighet og forsiktighet i omgang med åndelige spørsmål.

For utdanningsinstitusjonene innebærer dette at åndelige behov og eksistensielle spørsmål skal anerkjennes og være en del av opplæringen til alle profesjonsgrupper i helse – og sosialvesenet. Dette perspektivet ble allerede vektlagt av norske myndigheter i Rammepåplanen fra 1999 for de 3-årige helse- og sosialfaglige utdanningene. Her ble det presisert at et helhetlig syn på brukerne er avgjørende for et godt tilbud, og dette omfatter også menneskets åndelige

sider (Zahl & Furman, 2005). En nylig publisert studie avdekker at sykepleiere og studenter er for dårlige til å ivareta pasienters åndelige og filosofiske behov i en rehabiliteringssituasjon, og peker på behovet for å styrke samarbeidet mellom høyskole, praksisfelt, religiøse og ideelle organisasjoner for å arbeide etter en helhetlig omsorgsmodell (Sørbye & Brunborg, 2015). Van Hook (2008) har et interessant perspektiv når hun omtaler spiritualitet som ”hjertet i hjelpen”, som innebærer empati og omsorg, medfølelse, praktisk visdom, drivkraft og engasjement. Hun bruker disse begrepene som begrunnelse for at helse- og sosialpersonell skal være opptatt av å forstå menneskers erfaringer av og mening om religiøse og åndelige spørsmål. Hun mener at dette kan bidra til å øke personens meningsdannelse, opplevelse av sammenheng og økt livskvalitet. Ut i fra dette perspektivet kan man anta at de fleste utdanninger har disse temaene på dagsorden, men at de i begrenset grad er integrert i en eksistensiell og åndelig kontekst. Kanskje utfordringen handler mer om å integrere denne kunnskapen i praksis, samtidig med at personlige forutsetninger og erfaringer blir reflektert over og bevisstgjort. Å møte mennesker som ønsker å samtale om eksistensielle, religiøse eller åndelige spørsmål kan være personlig utfordrende. En god måte å arbeide med disse spørsmålene på er gjennom faglig veiledning.

## AVSLUTNING

Religiøse og eksistensielle spørsmål handler om behovet for å ha kontakt med og utøve religiøs tro, men det omhandler også om så mye mer. Det forbindes med et stort spekter av en relasjonell tilnærming som gir næring til pasienters og brukeres grunnleggende opplevelse av å være menneske som har verdi, høre til i en sammenheng, relatere seg til andre og fornemme livs-mening – at det er noe mer enn det man kan se og forstå. Dette er vesentlige aspekter når det dreier seg om en gruppe mennesker som i perioder kan kjenne på manglende tilhørighet og mening. Å forholde seg til det hele mennesket innebærer å ta det religiøse, åndelige og eksistensielle på alvor.

Profesjonelle, som har et bevisst forhold til disse spørsmålene i sine egne liv, har mot og evne til å være til stede for den andre - vil lettere kunne møte pasienter og brukere på en god måte omkring disse spørsmålene.

## REFERANSER

Borge, L (2012). Helhet og sammenheng – om å møte eksistensielle og åndelige behov hos mennesker med psykiske lidelser. I: T. Danbolt og G. Nordhelle (red). *Åndelighet- mening og tro*. Oslo: Gyldendal.

Borge, L., Fagermoen, M.S. (2008). Patients' core experiences of hospital treatment: Wholeness and self-worth in time and space. *Journal of Mental Health*, 17 (2), 193 –205.

Chidarikire, S. (2012). Spirituality: The neglected dimension of holistic mental health care. *Advances in Mental Health* 10 (3), 299–303.

Elliott, R. (2011) Spirituality, mental health nursing & assessment. *Journal of Community Nursing*, 25 (3), 4-10.

Freud, S. (1962). *The Future of an illusion; Civilization and its discontents, and other works*. London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.

Gockel, AM. (2011). Client perspectives on spirituality in the therapeutic relationship. *The Humanistic Psychologist* , 2, (39), 154 – 168.

Hill & Pargament (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research. *AM Psychol*, 58(1), 64-74.

Hustoft H, Hestad KA, Lien L, Moller P, Danbolt LJ (2013). ”If I Didn’t Have My Faith I Would Have Killed Myself”: Spiritual Coping in Patients Suffering From Schizophrenia. *International Journal for the Psychology of Religion*, 2, (23), 126-144.



Koenig, H.G. (2007). *Spirituality in patient care*. Philadelphia: Templeton Foundation Press.

Koenig, H.G. (2008). Religion and mental health: What should psychiatrists do? *Psychiatric Bulletin*, 32, 201–203. Koslander, T., Arvidsson, B. (2005). How the spiritual dimension is addressed in psychiatric patient-nurse relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 51 (6), 558 – 566.

Ledger, P., & Bowler, D. (2006). Meeting spiritual needs in mental health care. *Nursing Times*, 9 (109), 21-23.

Mohr, W.K. (2006). Spiritual issues in psychiatric care. *Perspectives in Psychiatric Care*, 3(42), 174 – 183.

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. *Psyche & Geloof*; 2, (21), 76-91.

Sørbye, L.W., Brunborg, B. (2015). Å mestre livet er mer enn fysisk fungering. *Geriatrisk Sykepleie*, 1, 6-12.

Søreide, L. (2011). Eksistensielt vakum i Harald Skjeldrups hus. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 690 – 692.

Tiew, L.H., Creedy, D.K. (2010). Integration of spirituality in nursing practice: a literature review. *Singapore Nursing Journal*, 37, 15–22.

Tømmerås, S. (2011). Gud I psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 3 (8), 244 – 248.

Van Hook, M.P. (2008). *Spirituality*. I: A.L. Strotzier & J. Carpenter (eds). *Introduction to alternative and complementary therapies*. (s. 34 – 63), New York. Haworth Press.

Zahl, MA., Furman, L.D. (2005). Koblingen sosialt arbeid og religion/livssyn: - et tilbaketragt stadium eller del av et helhetssyn? *Nordisk sosialt arbeid*, 2 (25), 98 – 110.

## ØKONOMINYTT

I skrivende stund kommer medlemskontingenten og pengegaver fra dere inn på kontoen til KFSS. Vi takker for alle gaver. Vi har også søkt og fått støtte fra Magda Søvik`s fond i år og fekk i vår tildelt 20 000.- Saldo per 13.07.15 er 78 512.-

Dersom noen av dere ønsker å støtte KFSS jevnlig oppfordrer vi til fast givertjeneste.

Du velger selv hvilke beløp du vil sette av. Selv et lite beløp på 50.-/mnd blir 600.- for året. Ta gjerne kontakt med økonomiansvar på mail dersom du har spørsmål knyttet til dette. Mail: [helga@skartveit.com](mailto:helga@skartveit.com).