
VID
vitenskapelige
høgskole

Anne Austad og Lars Johan Danbolt (red.)

Ta vare

En bok om diakoni, sjelesorg og eksistensiell helse

Festskrift til Hans Stifoss-Hanssen



VID

Festskriftet er utgitt av:

VID vitenskapelige høgskole
Postboks 184, Vinderen
N-0319 Oslo
<http://www.vid.no/>

ISBN: 978-82-8456-007-6, elektronisk utgave

ISSN: 2464-3777

Elektronisk distribusjon:

VID vitenskapelige høgskole
www.vid.no

Omslag

Dinamo

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til boken.
Nedlasting for privat bruk er tillatt.
Mangfoldiggjøring, videresalg av deler eller hele boken
er ikke tillatt uten avtale med forfatterne eller Kopinor.

Ta vare

En bok om diakoni, sjelesorg og eksistensiell helse

Festskrift til Hans Stifoss-Hanssen

Anne Austad og Lars Johan Danbolt (red.)



Ta vare

på vennene, ta VARE
på vennligheten, vis gjerne
litt selv om du kan, dagen er blå
og dagen er grønn, dagen
er hvit – det er ikke annet
enn livet det her, vi er alle borte – nå
eller om litt, take it easy menneske
but take it, det er ikke
annet enn virkelighet
vet du, snart er 101 inne snart
er 101 ute – jeg sier:
vennlighet varer lenger, ta VARE
på vennene – HEI HEI! Ta nå
vare på hverandre.

Jan Erik Vold, fra diktsamlingen *Kykelipi*, 1969

Forord

Vi lever i en utrolig spennende tid når det gjelder utvikling av viktige fagområder som sjelesorg, diakoni og praktisk teologi. Vi ser en økende interesse for praksisfeltene i lokalsamfunn og institusjoner, og det preger både forskningen og hvordan praksis planlegges og gjennomføres.

Interessante trekk er hvordan disse kirkelige fagene for det første interesserer seg for menneskers dagligdags livserfaringer og har intensjon om å være til stede for og blant folk, og for det andre utvikler seg sammen med andre relevante fagområder, eksempelvis innen helsetjenester og sosialt arbeid.

Dette preger også forskning og fagutvikling. Det som gjerne kalles de empiriske vendingene som har preget praktiskteologiske fag, handler om en fruktbar dynamikk mellom beskrivelse av praksis, refleksjon over praksis og fornyelse av praksis. For at dette skal fungere, trengs det god dokumentasjon av praksiser gjennom systematisk forskning, og det trengs gode teoretiske modeller for å reflektere over praksis. Noen ganger vil praksis bidra til å endre og utvide våre teoretiske horisonter, andre ganger vil former for teoretiske modeller bidra til å utfordre praksiser. Og gjennomgående vil samspillet mellom beskrivelse av og refleksjon over praksis bidra til en konstruktiv utvikling av både hva vi gjør og hvordan vi forstår det vi gjør.

Et kjennetegn ved nyere forskning innen fag som sjelesorg og diakoni, er at fagene ikke utforskes som isolerte størrelser, men i lokale og kulturelle kontekster. Det innebærer at sjelesorg og diakoni kan forstås som *teologiske* praksiser drevet av engasjement som preger teologiske kjerneverdier som nestekjærlighet, barmhjertighet og nåde. Men det kan også forstås *funksjonelt* som bidrag til helsefremmende arbeid for enkeltpersoner eller grupper eller i et helkehelseperspektiv. Og videre kan det forstås *komparativt*, som uttrykk for Den norske kirkes innsats på et felt der også andre religiøse eller humanitære aktører kan bidra på lignende vis. I mange lokalsamfunn finnes det eksempler på hvordan kirken samarbeider med sammenlignbare tjenester som har andre forankringer. Dette kan bidra til å styrke felles engasjement, men også synliggjøre forskjeller og få fram refleksjoner om hvordan ulikheter kan begrense handlingsrommet eller åpne for nye muligheter.

Et annet kjennetegn er at sjelesorg og diakoni for lengst har krøpet ut av teoretiske bobler – hvis de noen gang har vært der. Fagene forstår seg selv ved hjelp av relevante modeller fra filosofi, psykologi, antropologi, medisin, sosialfag, sosiologi, for å nevne noe. Et sentralt eksempel er diskusjonen om forholdet mellom kjernebegreper som religiøs omsorg, åndelig omsorg og eksistensiell omsorg. I det siste har begrepet eksistensiell helse begynt å prege diskursene i Skandinavia. Å bruke eksistensiell helse som et faglig begrep i denne sammenhengen er nettopp et forsøk på å etablere en felles plattform der både helse- og

sosialfag og fag som diakoni og sjelesorg kan være i fruktbare dialoger og utvikle modeller for samarbeid i relevante praksiskontekster i lokalsamfunn og institusjoner.

I denne boka presenteres en rekke artikler som på mangfoldig vis går inn i denne mosaikken av et fagområde. Overordnet drøftes eksistensielle perspektiver. Hva menes? Hva er eksistensiell helse? Hva er eksistensielle dimensjoner i folkehelse og i sjelesorg og diakoni? Videre presenteres en rekke temaer innen diakoni og sjelesorg. Det gis eksempler fra forskning og fra praksis i et stort spekter fra behandling av ruspasienter i Norge til kontekstuell bibellesning i Sør-Afrika.

Inspirasjonen bak denne boka har vært Hans Stifoss-Hanssen (selv om han ikke aner noe om den selv). Boka er ment som et festskrift i anledning av at han runder 70 år og sakte, men (u)sikkert sklir over i pensjonistenes rekker. Det er sant å si vanskelig å se Hans for seg som pensjonist. Uansett, han er – og har gjennom mange år vært en inspirasjonskilde for mange av oss. Og hva er bedre enn å markere det med ei bok som på mange måter viser en *state of the art* innen et fagområde som Hans i veldig stor grad er en del av og har bidratt enormt til. Mer enn å mimre bakover, er hensikten med denne boka å rette blikket framover.

Men la oss sammenfatte litt: Hans begynte sitt forskerarbeid mens han var sykehusprest på Austmarka ved Trondheim. Doktorgraden ble til i samarbeid med forskere ved Modum Bad, og han ga et tidlig og viktig bidrag til nordisk religionspsykologi med sin avhandling ved NTNU midt på 1990-tallet. Han var allerede da aktiv i internasjonale religionspsykologiske miljøer, og han gjorde seg ikke minst bemerket med sin artikkel *What a European ear hears*¹ der han argumenterte mot den toneangivende religionspsykologen Pargaments forståelse av religion og spiritualitet. Hans var videre sjelesorglærer på Praktikum (Teologisk Fakultet, Universitetet i Oslo), der han også en periode var rektor. Videre var han leder for KIFO (Stiftelsen Kirkeforskning), og de siste 11 årene har han vært professor ved VID vitenskapelige høyskole der han har ledet Senter for diakoni og profesjonell praksis og ikke minst vært aktiv i forskningsgruppen Eksistensforsk. Han har veiledet mange på master- og phd-nivå, sittet i et utall av komiteer og kommisjoner, undervist, opponert, forsket og skrevet bøker og artikler.

Her vil vi særlig framheve hva han har betydd i disse årene for oss som har hatt ham som kollega, forskningskamerat, veileder, samtalepartner og god venn. Han er, og har vært, en stor inspirasjonskilde. Noen stikkord som passer på Hans: Han anerkjenner andre mennesker, er nysgjerrig på hvem vi er og hva vi har å komme med. Han er opptatt av gjensidighet, likeverd og bevissthet på maktulikheter i relasjoner – ikke minst i sjelesorg og veiledning. Han er svært kunnskapsrik, engasjert og kreativ i sin måte å drive forskning på. Men aller mest er Hans et vennlig menneske som det er stas å være sammen med og ikke

¹ Stifoss-Hanssen, H. (1999). Religion and spirituality: What a European ear hears. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 9(1), 25-33.

minst forske sammen med. Han har skjønt og lever etter det vi finner i Håvamål, at *mennesket er menneskets glede*.

Det gjør at det også har vært svært lett å få med folk til å skrive artikler til denne boka. Tusen takk til alle som har bidratt! Vi er mange som på denne måten vil feire Hans – og som vil se framover med faglige briller som nettopp Hans har vært med å konstruere.

Så en kort introduksjon til bokas 23 kapitler som vi har samlet i fire hoveddeler.

Del 1 presenterer artikler om eksistensielle tilnærminger til lidelse (Tatjana Schnell), helse (Peter la Cour), Guds eksistens (Owe Wikström) og til sist om livet og døden og meningen (Ellisiv Stifoss-Hanssen). Artiklene tar oss gjennom eksistensielt orientert psykologi og filosofi, utforsker eksistensiell helse i sammenheng med biologisk, psykologisk og sosial helse, og drøfter troens dypeste mysterier i lys av Dostojevskijs bok «Forbrytelse og Straff». I denne delen kommer også Hans Stifoss-Hanssen til orde gjennom en samtale med sin datter Ellisiv om grunnleggende livstemaer.

Del 2 har seks artikler relatert til diakoni og teologi. Diakoniplanen for Den norske kirke drøftes som mulig psykisk og eksistensielt folkehelsearbeid (Valerie DeMarinis), og vi får et empirisk blikk på diakonivitenskapelig forskning (Olav Helge Angell og Annette Leis-Peters). To artikler tar opp seksuelle krenkelser med fokus på diakoniens rolle (Tormod Kleiven) og teologisk normativitet og ritualer relatert til *me too* (Gyrid Gunnes). Etter dette settes søkelys på kontekstuell lesning av Bibelen med tanke på helse og helende prosesser i Sør-Afrika (Gerald O. West, Mwai Makoka og Ezra Chitando), og på hvordan diakoni kan samarbeide lokalt med politi og vektore for å følge opp ungdom som nasker på kjøpesentre (Ragne Øybekk Sander og Marianne Rodriguez Nygaard).

Del 3 setter fokus på sjelesorg, først med en artikkel som drøfter overordnede begreper som sjelesorg (pastoral care), åndelig omsorg og eksistensiell omsorg der kontekstene er både nordiske og nederlandske (Hetty Zock). Dette tas videre i en drøfting av utfordringer forbundet med økende sekularisering og tros- og livssynsmessig mangfold (Anne Hege Grung) og en gjennomgang av likheter og forskjeller mellom kristen og muslimsk sjelesorg (Naveed Baig). I disse artiklene har særlig institusjonspraksiser vært i fokus, mens i de neste reflekteres det over eksistensielle samtaler som kirkelig praksis (Marit Bunkholt), om betydningen av rom og sted i sjelesorg i lokalsamfunn (Anne Austad), og til sist hvordan et eksistensielt tema som tilgivelse kan adresseres i sjelesorg (Gry Stålsett og Lars Danbolt).

Del 4 relaterer til helse, sykdom og behandling. Den innledende artikkelen drøfter forholdet mellom tro og helse i relasjon til nyere empirisk forskning (Niels Christian Hvidt og Karsten Thomsen). Deretter følger to artikler relatert til kreft, først om eksistensiell omsorg for ungdom med kreft (Suvi-Maria Saarelainen) og deretter med tanke på pårørendes eksistensielle behov (Ingebrigt Røen og Ingvild Hammersnes). De neste artiklene handler om ulike sider ved psykisk helse og rus. Det gis eksempler på hvordan eksistensielle

samtalegrupper kan være en god mulighet for pasienter med psykiske lidelser (Hilde Frøkedal). Deretter drøftes kliniske perspektiver på rus og meningsdannelse (Torgeir Sørensen og Lars Lien) før vi får to artikler relatert til demens. Den første handler om åndelig omsorg i et helhetlig livsløpsrelatert perspektiv med fokus på fortid, nåtid og framtid (Peter Kevern), mens den neste artikkelen under overskriften «Dikt og demens» utforsker eksistensielle og estetiske språklige prosesser hos mennesker med demens (Oddgeir Synnes).

Velkommen som lesere, vi tror at det i denne boka vil være mye av interesse for folk som er opptatt av diakoni, sjelesorg og åndelig omsorg – og av hva det vil si å være menneske i de ulike situasjonene og kontekstene som livet møter oss med. Vi håper boka kan bidra til økt innsikt og engasjement.

Introduction to the Book in English

The 23 chapters are organized in four main parts.

Part 1 presents articles on existential approaches to suffering (Tatjana Schnell), health (Peter la Cour), the existence of God (Owe Wikström) and, finally, life, death and meaning (Ellisiv Stifoss-Hanssen). The articles take us through existentially oriented psychology and philosophy, explore existential health in the context of biological, psychological and social health, and discuss the deepest mysteries of faith in the light of Dostoevsky's *Crime and Punishment*. In this section, also the voice of Hans Stifoss-Hanssen is heard through a conversation with his daughter Ellisiv about basic life topics.

Part 2 has six articles related to diakonia and theology. The diaconal plan for the Church of Norway is discussed as possible mental and existential public health work (Valerie DeMarinis). We then get an empirical look at diaconal scientific research (Olav Helge Angell and Annette Leis-Peters). Two articles address sexual abuse, with a focus on the role of diakonia (Tormod Kleiven) and theological normativity related to *me too* (Gyrid Gunnes). After this, the focus is on a contextual reading of the Bible related to health and healing processes in South Africa (Gerald O. West, Mwai Makoka and Ezra Chitando) and on how the diakonia can cooperate locally with the police to follow up on young people stealing in malls (Ragne Øybekk Sander and Marianne Rodriguez Nygaard).

Part 3 focuses on pastoral care. First, there is an article discussing general concepts such as pastoral care, spiritual care and existential care, in which the contexts are both Nordic and Dutch (Hetty Zock). This is taken further in a discussion of the challenges associated with increasing secularization and religious and worldview diversity (Anne Hege Grung) and a review of similarities and differences between Christian and Muslim pastoral care (Naveed Baig). In these articles, institutional practices, in particular, are the focus, while the

contributions that follow reflect on existential conversations in church practice (Marit Bunkholt), the importance of space and place for pastoral practice in local communities (Anne Austad) and, finally, how an existential theme such as forgiveness can be addressed in pastoral care (Gry Stålsett and Lars Danbolt).

Part 4 relates to health, illness and treatment. The first article discusses the relationship between faith and health in relation to recent empirical research (Niels Christian Hvidt and Karsten Thomsen). There are then two articles related to cancer, the first concerning existential care for young people with cancer (Suvi-Maria Saarelainen) and the second with regard to the relatives' existential needs (Ingebrigt Røen and Ingvild Hammersnes). The following articles shed light on various aspects of mental health and substance abuse. Examples are given of how existential groups can be beneficial for patients with mental health sufferings (Hilde Frøkedal). Clinical perspectives on drug abuse and meaning making are then discussed (Torgeir Sørensen and Lars Lien). This is followed by two articles related to dementia, the first of which is on spiritual care from a life-cycle-related perspective, with a focus on the past, present and future (Peter Kevern), while the second, entitled "Poems and Dementia," explores existential and aesthetic linguistic processes among people with dementia (Oddgeir Synnes).

Thanks to all the authors who have shared their insights and made this book possible. And welcome as readers to you all!

Oslo, april 2022

Anne Austad og Lars Johan Danbolt

Innhold

DEL I: EKSISTENSIELLE GRUNNTEMA

1. Suffering as Meaningful Choice. An Existential Approach 3
Tatjana Schnell
2. Concerning Psychological and Existential Health..... 15
Peter la Cour
3. Dostojevskijs Brott och Straff (1866). Om Gud och doften av det Heliga 29
Owe Wikström
4. A Conversation with the Father 41
Ellisiv Stifoss-Hanssen

DEL II: DIAKONI

5. Public Mental Health and Diaconal Work in the Norwegian Context..... 55
Valerie DeMarinis
6. Diakoni og profesjonell praksis. Et empirisk blikk på diakoni-vitenskapelig forskning.... 69
Olav Helge Angell & Annette Rose Leis-Peters
7. Om representasjon, teologisk normativitet og liturgiske monstre – en feministteologisk respons på *me too*..... 81
Gyrid Gunnes
8. Seksuelle krenkelser i kirkelig kontekst. Diakonens rolle og funksjon..... 93
Tormod Kleiven
9. Constructing Contextual Bible Studies in the Context of Health and Healing 105
Gerald O. West, Mwai Makoka & Ezra Chitando
10. Diakoni i grenseland- tyveri som utgangspunkt for lokal diakoni?..... 117
Marianne Rodriguez Nygaard & Ragne Øybekk Sander

DEL III: SJELESORG OG EKSISTENSIELL OMSORG

11. What's in a Name? Conceptual Reflections from a Dutch Perspective 127
Hetty Zock
12. Åndelig og eksistensiell omsorg: Én for alle - alle for én 139
Anne Hege Grung

13. Troen og skildpadden – muslimsk og kristen sjælesorg	143
<i>Naveed Baig</i>	
14. Eksistensielle samtaler i praksis	151
<i>Marit Bunkholt</i>	
15. Å finne eksistensielt fotfeste. Sted og rom i sjælesorgen	163
<i>Anne Austad</i>	
16. Tilgivelse og sjælesorg, kunst og hardt arbeid	171
<i>Gry Stålsett & Lars Johan Danbolt</i>	
DEL IV: TRO OG HELSE	
17. Kan tro flytte bjerge? Eller flytter bjerge troen? To modsatrettede tendenser i forholdet mellom tro og helbred.....	183
<i>Niels Christian Hvidt & Karsten Thomsen</i>	
18. Existential Care in Cancer — Perspective of Emerging Adults.....	199
<i>Suvi-Maria Saarelainen</i>	
19. Pårørendes åndelige/eksistensielle behov i kreftomsorgen.....	215
<i>Ingebrigt Røen & Ingvild Hammersnes</i>	
20. Existential Groups in Norwegian Mental Healthcare.....	227
<i>Hilde Frøkedal</i>	
21. Rus og meningsdannelse – kliniske perspektiver.....	237
<i>Torgeir Sørensen & Lars Lien</i>	
22. Three-Dimensional Spiritual Care for People with Dementia.....	247
<i>Peter Kevern</i>	
23. Dikt og demens: eksistensielle og estetiske språklege prosessar	257
<i>Oddgeir Synnes</i>	

DEL I: Eksistensielle grunntema

1. Suffering as Meaningful Choice. An Existential Approach

Tatjana Schnell

MF Norwegian School of Theology, Religion and Society/ University of Innsbruck, Austria

*Indeed, we often don't know it, we who are burdened to the knee, to the chest, to the chin.
But are we happy in the ease, are we not almost embarrassed in the ease?
Our heart is deep, but if we are not pushed, we never go to the depths.
And yet, you must have been deep down.
That's what matters.
(Rilke, 1905; transl. TS)*

Pain is vital. Acute pain, in particular, is like an alarm that tells us something is wrong (The British Pain Society, 2021). Thus, pain prompts us to become active and find out the cause of its occurrence. People who cannot experience pain are in danger to life and limb. The medical condition CIPA (Congenital Insensitivity to Pain and Anhidrosis) is a striking example of this: Those affected by the extremely rare inherited disorder of the nervous system have no sensation of pain, heat, cold, or any real nerve-related sensations. This makes it very difficult for the affected person to recognize and respond appropriately to risks and harmful situations. Self-injury and early mortality are frequent consequences.

A good way to deal with acute pain is to face it in order to identify its cause. The same applies to mental pain and suffering, which this text will focus on. *Why do I feel bad? What burdens me, makes me doubt or despair?* Whereas it is natural and imperative that we do our utmost to avoid pain and suffering, there are good reasons to pay due attention when they occur. But instead of confronting such situations, we seem to follow a contrary development in the industrialised countries of the global north.

Achievements of modernity reinforce the perception of pain and suffering as intolerable: We have come a long way in minimizing physically demanding activities. Machines take over a large part of what used to be physically stressful activities in the home, agriculture, and most other occupations. The treatment of physical pain and psychological stress has advanced to the point where it is possible to alleviate or eliminate symptoms in a large proportion of cases. Social and legal security systems ensure that risky or highly challenging situations are significantly reduced, at least for most citizens.

With these successes, a high level of expectation has arisen regarding safety, convenience, and well-being. Many people consider effort or struggle an imposition; anxiety, sadness, and other forms of distress are experienced as having no place in our well-organized system. After all, there are possibilities of making suffering 'disappear': We can ignore it. We can distract ourselves through work, consumption, or social media. We can eliminate it temporarily: through medication or various sedatives and intoxicants. Or we can seek to strengthen our defences by using a range of tools, such as quantified self-tracking, nutritional supplements, or neuro-enhancement. At the same time, some combat the potential shallowness of this high-security world with more or less well-dosed risk-taking behaviour and sensation-seeking.

But those who decide to turn to suffering, to give it space and time, are often seen as problem cases, sabotaging efficiency and resilience, two cornerstones of neoliberal society. Socialised by notions such as 'an Indian knows no pain' or 'keep a stiff upper lip,' we avoid engaging with suffering ("I can't let myself go like this;" "I have to be there for my family"). A change of perspective seems necessary to establish a way of dealing with suffering that enables active and healing confrontation.

An Existential Approach

Existential philosophy values human experience as much as rational discourse. It is not (only) a school of thought but a way of life (Flynn, 2006). Thinking and being are one: We think - and philosophise - as human beings; our being manifests in thinking, action, and feeling. Accordingly, existential philosophy also abolishes the artificial separation of subject and object, self and world. Søren Kierkegaard (1813-1855) was, along with Friedrich Nietzsche, an early proponent of this position. According to Kierkegaard, it is impossible to define truths and values objectively. They only become true for us when we relate to them. It is a process of appropriation or internalisation that transforms the given into a personal matter of fact (Kierkegaard, 1844/1980).

Kierkegaard also paved the way for the existentialist discourse on anxiety (later often termed *angst*), freedom, and choice. Anxiety, for him, was the "dizziness of freedom" (Kierkegaard, 1844/1980, p. 61): We are free to choose, but we can avoid acknowledging this freedom. Only when we realise it - and the possibility that is implied by it - we feel anxious:

Anxiety may be compared with dizziness. He whose eye happens to look down into the yawning abyss becomes dizzy. But what is the reason for this? It is just as much in his own eye as in the abyss, for suppose he had not looked down. Hence anxiety is the dizziness of freedom, which emerges when ... freedom looks down into its own possibility. (ibid)

In this text, as elsewhere, Kierkegaard deliberately used the male personal pronoun. From his theological understanding, he deduced that women have a lower level of consciousness than men because of their natural and instinctive nature (Howe, 1994). He also saw anxiety as a "feminine weakness in which freedom faints" (Kierkegaard, 1844/1980, p. 61.). Still, Simone de Beauvoir, one of the great first feminists, continued his thoughts and built on his call to combine and balance different aspects of our existence, such as necessity and possibility, passion and reflection, and, indeed, the feminine and the masculine (Howe, 1994).

Existentialists further redefined the concept of anxiety/angst as central and constructive by elaborating the deeper significance of this experience. Angst, they proposed, is intimately related to freedom; it manifests the realisation that we are free to choose, that we are not determined. This also holds for the experience of suffering: It is up to us if and how we face it. Are we looking into the abyss - or not?

Suffering as Meaningful Choice

Pain or affliction befall me. To suffer is something I do, an action. I can take an active attitude towards pain by accepting it, by "suffering" it. This change of perspective takes up the existentialist key assumptions of freedom of choice and the necessity of internalising the given. Psychologically, the passive and the active attitude are associated with different attributions of control: The affliction that befalls me appears more threatening than the affliction that I suffer, that I face and accept. The affliction that happens to me is typically experienced as an expression of contingency: *It might as well not have happened! Why me?* Affliction transformed into suffering becomes a potentially meaningful experience. By accepting it, I am an agent in the process of suffering. I regain control; I can shape the inner experience, possibly also aspects of the outer experience. Not all is lost; the situation becomes a challenge that can lead to change and transformation. Several existential philosophers describe the process of internalising suffering as a choice. It is also found in the approaches of some psychologists and the theory of posttraumatic growth, which is now widely supported by empirical evidence. The following is a cursory account of the philosophical and psychological positions.

Kierkegaard: Internalising Suffering

In each of our lives, things happen that are beyond our control. The consequences of this, however, are not predetermined. Inter alia, they depend on our attitude towards suffering. Kierkegaard made this clear by pointing out that suffering is a noun and a verb. And the Danish (like the Norwegian) term has an instructive etymology: the verb "lide" originally meant "to move on, to walk, to travel." It thus implies an active attitude: To suffer means to embark on a journey.

Furchert (2012) lists three types of suffering that Kierkegaard described as sequential:

- Suffering as a crisis of the experiential world that can provide an impetus for internalisation, i.e., for consciously relating to the suffering;
- Internalised suffering, i.e., suffering that someone has taken upon themselves to "suffer through" it inwardly;
- Suffering of inwardness on an existential level, which includes allowing, accepting, and releasing the suffering.

These steps do not automatically follow each other. In many cases, the process will not even get started. Kierkegaard lamented those who ignored suffering but were primarily concerned with achieving happiness. He saw in this attitude a forgetfulness of existence – which can lead to more harm, as Furchert (2012, p. 261, transl. TS) concludes: "To whom happiness is everything, suffering can take everything away." Surrender is yet another reaction to suffering. The burden seems overwhelming; there is no attempt at a factual confrontation. Bitterness or psychological disorders can be the result.

Yet there always remains the possibility of confronting suffering. The internalised attitude to suffering, as Kierkegaard described it, is characterised by having faced the fact that suffering is an essential part of existence. In Heidegger's words, this represents a step into authenticity (Norw. *egentlighet*). The confrontation with one's mortality and vulnerability is considered a typical catalyst for this. Suffering here is not something external, other. Instead, it is meant to take place as a conscious inner experience. Suffering does not become easier thereby. But it acquires an existential dimension that touches on the question of meaning. In this respect, it has transformative power.

Heidegger: Angst as a Necessary Step to Authenticity

For Martin Heidegger (1889-1976), suffering was part of the process that leads to an authentic, proper existence (Heidegger, 1963). He pointed out that angst arises primarily in the confrontation with our mortality. It emerges from the changed perspective that our finiteness opens up: On the one hand, we realise that we are 'thrown' into the world and cannot escape death; a feeling of powerlessness arises. On the other hand, this realisation confronts us with the question: *What have I done with my life until now? Am I on the right track? Have I used the freedom of my choices sensibly and responsibly?*

In this situation, familiar beliefs and illusions are called into question (Schnell, 2021). The frame of our previous life starts shaking; the casing crumbles - our existence becomes 'unheimlich' (non-homely, scary). This experience is harrowing, as several studies point out. It is accompanied by depressiveness, anxiety, pessimism, and negative mood (Damasio, Koller & Schnell, 2013; Schnell, 2009; Schnell & Krampe, 2020; Sørensen et al., 2019). Life satisfaction, hope, and self-efficacy are severely diminished, and resilience and self-regulatory processes are weakened (Hanfstingl, 2013; Schnell, 2021).

And yet, this suffering has great potential. As a wake-up call, it shows us that life can be different: less routine, functioning and fulfilling others' imagined expectations of us; more

honesty with ourselves and others, and authenticity. In this sense, Heidegger's understanding of angst as a necessary step toward selfhood is aptly reflected in Yalom's statement that "the physicality of death destroys us, but the thought of it can save us" (Yalom, 1980, p. 30).

Jaspers: Suffering as a Boundary Situation

Karl Jaspers (1883-1969) described life as invariably marked by boundary situations (1954). Even if we are unaware of them, they determine our existence: the inevitability of suffering, the givens of struggle, mortality, contingency, and entanglement in guilt. It is not possible to overcome or change these situations. They evoke the experience that nothing is absolute and unquestionable: Everything flows, is in restless movement. This is hard to bear, and the human mind has armed itself against acknowledging such situations. Deep down, most of us believe in a plan or system in which we are meaningfully embedded: "Something should be 'right,' a way of life, a worldview, a value hierarchy. Humans refuse to live only from tasks and questions. They demand recipes for their actions, definitive institutions" (Jaspers, 1954, p. 269, transl. TS).

According to Jaspers, three types of reactions emerge in the confrontation with potential boundary situations:

1. We are destroyed: Existential insecurity is followed by paralysis of action, cognition, and life.
2. We repress the doubts and contradictions that arise, arrive at illusory solutions, or resign.
3. We gain strength by accepting the doubts and contradictions.

The latter kind of reaction only becomes viable when we allow a situation to turn into a boundary situation and radically shake our existence. We realise that it is not a mistake, or a misunderstanding, which could be solved. We accept the doubts and contradictions that are inherently connected to it and bring down the shells [German: *Gehäuse*] that until then had provided stability and security: systematically fixed images of the world and values.

This process is comparable to Kierkegaard's suffering of inwardness. It suggests actively allowing suffering to occur, thus enabling its release later on. Both Kierkegaard and Jaspers posit that this accepting approach activates energies, triggers meaningfulness and spiritual growth. It is not a one-time event, as Jaspers cautions: "This strength is always a venture, an attempt to know what human beings and the world are, never a calm possession, not to be brought to recipes and rules" (Jaspers, 1954, p. 213, transl. TS). But whenever we engage in it, conscious suffering serves to illuminate existence.

Tillich: The Courage to Despair

The Protestant theologian and philosopher of religion Paul Tillich (1886-1965) was concerned with the significance of doubt. He regarded it as an expression of the general uncertainty of human existence. This, again, was based on three types of anxiety: anxiety about fate and death, anxiety about guilt and condemnation, and anxiety about emptiness

and meaninglessness. Tillich acknowledged that issues of finitude, the right life, and meaning in life - to which the three types of anxiety refer - cannot be resolved beyond doubt. There is no objective, unambiguous answer. The resulting doubt is burdensome - and yet a necessary step in recognition of one's being.

For this reason, according to Tillich (1952/1980), there is a need for *courage to be*. This courage does not have victory in mind. It is the courage to take doubt seriously, even to despair. We arrive at a kind of faith that does not have to give way to doubt by going through this doubt. Tillich calls it "absolute faith" (ibid, p. 171). It is "not a place where one can live, it is without the safety of words and concepts, it is without a name, a church, a cult, a theology. But it is moving in the depth of all of them. It is the power of being, in which they all participate and of which they are fragmentary expressions. ... The courage to be is rooted in the God who appears when God has disappeared in the anxiety of doubt" (ibid, p. 189f). What remains, according to Tillich, is the power of the Being-Self. It accepts us, affirms us, and gives us the courage to be (1973).

Connecting Existential Philosophy to Psychological Theories

The approaches proposed by Kierkegaard, Heidegger, Jaspers, and Tillich find their counterparts in the theories of Positive Disintegration (Dabrowski), Logotherapy (Frankl), and Existential Psychotherapy (Yalom). They are further supported by insights into posttraumatic growth (Calhoun & Tedeschi).

Dabrowski: Suffering as a Necessary Step Towards Authenticity

Kazimierz Dabrowski (1902-1980) was a Polish psychiatrist. He developed a new approach to understanding psychological neuroses, which were not a disease but a necessary step in development for him. His theory of Positive Disintegration assumes that psychological maturation can only occur when crises challenge the status quo. Such disintegration is considered positive if it leads to development, not merely to a restoration of the previous state.

Dabrowski's concept of positive disintegration shows proximity to Kierkegaard's suffering of inwardness and Jaspers' engagement with a boundary situation. In all three, it is a matter of actively confronting the situation that causes suffering, of enduring the contradictions and doubts, and thus of attaining a more complex worldview. All three authors also assume that this confrontation is accompanied by deeper self-knowledge and awareness. Based on these insights, the existential foundation is renewed. However, Dabrowski's theory of positive disintegration went further by radically re-evaluating negative emotions and even clinical disorders. According to Dabrowski, these are necessary steps for personal growth. He believed that if we engage honestly and realistically with ourselves and the world, we will not fail to notice things that hurt. When we perceive the abyss between our notion of a good world and the actual state of the world, it inevitably leads to experiences of dissatisfaction,

inferiority, fear, inhibitions, ambivalences and depressiveness. But all these are signs of mental health, as Tillier (1995) summarises:

Suffering, aloneness, self-doubt, sadness, inner conflict; these are our feelings that we have not learned to live with, that we have failed to appreciate, that we reject as destructive and completely negative, but in fact they are symptoms of an expanding consciousness. (Tillier, 1995, 1.4)

Why should such painful experiences be necessary on the way to an authentic life? According to Dabrowski, in line with Heidegger, low self-knowledge and awareness characterize everybody's primary personality integration. Action is primarily automatic and reflexive, determined by instincts on the one hand and social forces on the other. Norms and roles are adopted unquestioningly. This poses the danger of being manipulated and living according to the dictates of others, which can stand in the way of living out personal potential.

Frankl: The Meaning of Suffering

Viktor Frankl (1905-1997), the founder of logotherapy, also saw meaning in suffering. He even claimed that suffering is a unique way of finding meaning in life. He, too, referred to the tension between what is and what should be that we become aware of in suffering. He called it a "revolutionary" tension as it motivates a development toward what ought to be. In this way, he said, maturation can occur, a growth in suffering that makes us richer. As an example, Frankl refers to the resistance of mourners to taking sleeping pills to prevent "crying through the nights" (2005, p. 161, transl. TS). In contrast to escaping into unconsciousness, suffering through grief can lead to personal growth.

Frankl also took up the meaning of suffering in his concept of attitudinal values (2005). Attitudinal values come into play when we are confronted with unalterable conditions. As long as we are conscious, Frankl argues, we are free to adjust inwardly to these conditions. We have the choice between despair, rebellion, or abandonment on the one hand and brave and dignified acceptance of fate on the other. In turn, through the latter, meaning can arise, or existing meaning can be consolidated.

Yalom: Dealing with Existential Givens

Irvin Yalom (*1931) is a prominent representative of contemporary existential psychotherapy. He posits that a good life is only attainable based on self-knowledge. Self-knowledge arises from the confrontation with the "existential givens" (1980, p. 8] of our lives: death, freedom, isolation, and meaninglessness:

- Becoming aware of our *mortality* intensifies self-awareness. It can act as a catalyst to a more authentic mode of being.
- Realising the *freedom* we have in living our lives leads us to acknowledge that responsibility arises from this: the responsibility to direct our own lives as we see fit.

- Existential *isolation* comes with the understanding that there is an insurmountable divide between myself and every other being, between myself and the world. We each die alone, responsible for our choices, and author of our meanings.
- *Meaninglessness* stands for the absence of a given meaning, an overarching plan for every human life to guide and lead us. It is thus up to us to find a meaningful path and act accordingly.

All four existential givens are impositions that are experienced as difficult and often painful. With Heidegger, Yalom assumes that confronting these situations triggers existential angst, which in turn is necessary to live a more authentic life. Therefore, clients of existential psychotherapy are systematically confronted with the four existential givens. Several empirical studies show that such a 'wake-up call' is indeed associated with personal growth (e.g., Cozzolino & Blackie, 2013; Martin et al., 2004).

Posttraumatic Growth: Vulnerability as Strength

The theory of Posttraumatic Growth was developed by Richard Tedeschi and Lawrence Calhoun (1996). It describes positive psychological changes that result from confronting crises. Growth occurs when the crisis has disrupted previous convictions. The authors speak figuratively of an effect similar to that of an earthquake. Unstable constructs are destroyed and, in the case of positive development, replaced by sturdier ones that are more suited to reality. On a psychological level, such growth manifests in

- greater appreciation of life,
- more intense personal relationships,
- the discovery of new possibilities,
- spiritual change (or intensification of existential awareness; Tedeschi et al., 2017),
- a greater sense of personal strength.

Yet the resulting gain in personal strength is not characterized by a sense of invulnerability; instead, a more complex perception of self and world occurs. Paradoxes are seen and accepted. Personal strength is inherently linked with vulnerability.

Suffering in Practice

This text is meant to be an invitation not to fear and avoid experiences of suffering but to face them. Literature, poetry, and empirical studies suggest that this entry into the dark sets in motion a process that connects us to a deeper dimension of our existence. As Jaspers warned, the process itself is difficult to describe; there are no rules or recipes for its implementation. It requires acceptance of what is and a willingness to embrace it - at the risk of change and transformation.

This is no small challenge. And it should not be misunderstood as a call to dwell in pain and suffering. Like physical pain, mental, existential pain too might become chronic and no longer serve a useful purpose. During phases of suffering, grief, and crises of meaning, we ought to carefully introspect to recognise when we are ready to rise again from the depths we have experienced. In suffering, we are often isolated. It is difficult to communicate or even share. But the encounter with the depth of being provides an impetus. There is a turning point. Tillich describes it by the experience of absolute faith, after which new hope arises. And through the ages, we have witnessed it as night turns to day. A new dawn is a promise, full of possibilities. A change of perspective is necessary to see them: away from myself, towards others. Meaning arises above all in transcending oneself (Schnell, 2011). But to recognise this self, understand it, and learn to honestly and consistently inhabit it, suffering seems to be a - possibly necessary - precondition.

During such critical times, the presence of a trustworthy person is invaluable. It is indeed the presence that matters. As boundary situations are not problems but experiences to be encountered, it is not the task of a companion to present solutions for those who suffer or to take the suffering away from them. From Job's way of suffering, we learn that general truths or well-meant advice are superfluous here. Instead, it is a matter of standing by the side of those struggling for truth and meaning until they can see for themselves (Furchert, 2012). This is an important insight, particularly for all those who identify as helpers, whether privately or professionally. There is a lot that can and should be done practically, from relieving pain through medication or physiotherapy to facilitating social encounters to helping people sort out material or formal concerns. But all this should not replace companionship in suffering, the simple, but not at all easy presence.

The importance of this is even reflected in biological parameters. As several studies show, the presence of a benevolent person is associated with a reduced stress response to a current stressor. It acts as a "social buffer," cushioning cardiovascular and hormonal reactions to stressors. Consequently, people can approach the situation more openly and less tensely. This is evident in everyday life, where, for example, proximity to other people helps cope with critical life events (Hostinar et al., 2014) and in acutely stressful situations (Uchino & Garvey, 1997). If appropriate, this closeness may also be supported by empathic touch. Studies showed that such touch has analgesic effects (Master et al., 2009) and reduces stress reactions (Ditzen et al., 2007). This includes holding hands and hugging (Cohen et al., 2015).

The design of situations in which closeness is experienced is another key aspect. Rituals appear to be particularly powerful in this regard. There is ample evidence that participation in collective rituals can have positive effects on existential, mental and physical health (Schnell & Pali, 2013; Snodgrass et al., 2017; Tewari et al., 2012). Drawing on a range of examples, Danbolt and Stifoss-Hanssen (2011) demonstrate how rituals help to deal with

crises in a meaningful way. Their unique impact may be attributed to strong social-symbolic meaning, and a bodily dimension.

On the experiential level, the fact that a benevolent person (or group of persons) is present, with their full attention, opens up a safe space. Such presence offers support when looking into the abyss. It encourages to allow despair and thereby reach an absolute faith in the sense of Tillich: the experience that there is someone who accepts and affirms us - and that through this presence, the Being-Self may appear.

Chaplains, nurses, therapists, doctors, but also relatives and friends who are confronted with suffering do well to take its existential dimension seriously (Danbolt et al., 2021; DeMarinis, 2013; Schnell, 2021; Stifoss-Hanssen et al., 2019). Depending on background and profession, attitudes and expertise vary significantly in this regard. And even within the different professions, the willingness to engage in encounters with those who suffer varies from one person to the next. In principle, there is no need for sophisticated techniques or extensive training. Rather, it is crucial not to lose sight of boundary situations in our own lives but to engage with them on an existential level.

Bibliography

- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., Turner, R. B., & Doyle, W. J. (2015). Does hugging provide stress-buffering social support? A study of susceptibility to upper respiratory infection and illness. *Psychological Science, 26*(2), 135-147.
- Cozzolino, P. J., & Blackie, L. E. (2013). I die, therefore I am: The pursuit of meaning in the light of death. In J. Hicks & C. Routledge (eds.), *The Experience of Meaning in Life* (pp. 31-45). Springer.
- Damásio, B. F., Koller, S. H., & Schnell, T. (2013). Sources of Meaning and Meaning in Life questionnaire (SoMe): psychometric properties and sociodemographic findings in a large Brazilian sample. *Acta de Investigación Psicológica, 3*(3), 1205-1227.
- Danbolt, L. J., & Stifoss-Hanssen, H. (2011). Public disaster ritual in the local community: a study of Norwegian cases. *Journal of Ritual Studies, 25*(2), 25-36.
- Danbolt, L. J., Zock, H., Austad, A., Grung, A. H., & Stifoss-Hanssen, H. (2021). Existential care in a modern society: Pastoral care consultations in local communities in Norway. *International Journal of Practical Theology, 25*(1), 20-39.
- Ditzen, B., Neumann, I. D., Bodenmann, G., von Dawans, B., Turner, R. A., Ehlert, U., & Heinrichs, M. (2007). Effects of different kinds of couple interaction on cortisol and heart rate responses to stress in women. *Psychoneuroendocrinology, 32*(5), 565-574.
- Flynn, T. (2006). *Existentialism: A Very Short Introduction*. Oxford University Press.
- Frankl, V. E. (2005). *Ärztliche Seelsorge: Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse; zehn Thesen über die Person*. Deuticke.
- Furchert A. (2012). *Das Leiden fassen: Zur Leidensdialektik Søren Kierkegaards*. Alber.

- Hanfstingl, B. (2013). Ego- and Spiritual Transcendence: Relevancies for Psychological Resilience and the Role of Age. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, DOI:10.1155/2013/949838
- Heidegger, M. (1963). *Sein und Zeit*. Niemeyer.
- Hostinar, C. E., Sullivan, R. M., & Gunnar, M. R. (2014). Psychobiological mechanisms underlying the social buffering of the hypothalamic–pituitary–adrenocortical axis: A review of animal models and human studies across development. *Psychological Bulletin*, *140*(1), 256.
- Howe, L. A. (1994). Kierkegaard and the feminine self. *Hypatia*, *9*(4), 131-157.
- Jaspers, K. (1954). *Psychologie der Weltanschauung*. Springer.
- Kierkegaard, S. (1844/1980). *The concept of anxiety: A simple psychologically orienting deliberation on the dogmatic issue of hereditary sin*. (Reidar Thomte with B. Albert Anderson Trans.). Princeton University Press.
- Martin, L. L., Campbell, W. K., & Henry, C. D. (2004). The Roar of Awakening: Mortality Acknowledgment as a Call to Authentic Living. In J. Greenberg, S.L. Koole, T. A. Pyszczynski (eds.), *Handbook of Experimental Existential Psychology* (pp. 431-448). Guilford Press.
- Master, S. L., Eisenberger, N. I., Taylor, S. E., Naliboff, B. D., Shirinyan, D., & Lieberman, M. D. (2009). A picture's worth: Partner photographs reduce experimentally induced pain. *Psychological Science*, *20*(11), 1316-1318.
- Rilke, R. M. (1905). *Brief an Arthur Holitscher*, 13. Dezember 1905.
- Schnell, T. (2009). The Sources of Meaning and Meaning in Life questionnaire (SoMe): Relations to demographics and well-being. *Journal of Positive Psychology*, *4*(6), 483-499.
- Schnell, T. (2011). Individual differences in meaning-making: Considering the variety of sources of meaning, their density and diversity. *Personality and Individual Differences*, *51*(5), 667-673.
- Schnell, T. (2018). Einlassen, Zulassen, Loslassen. Ein philosophisch-psychologischer Zugang zu einem aktiven Leidensbegriff. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, *19*, 249-255.
- Schnell T. (2019). Einlassen, Zulassen, Loslassen: Über ein konstruktives Leidensverständnis. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, *144*, 1803-1809.
- Schnell, T. (2021). *The Psychology of Meaning in Life*. Routledge.
- Schnell, T., & Pali, S. (2013). Pilgrimage today: the meaning-making potential of ritual. *Mental Health, Religion & Culture*, *16*(9), 887-902.
- Snodgrass, J. G., Most, D. E., & Upadhyay, C. (2017). Religious ritual is good medicine for indigenous Indian conservation refugees: implications for global mental health. *Current Anthropology* *58*(2):257–284.
- Sørensen, T., Stifoss-Hansen, H., Lien, L., Pedersen, H. F., la Cour, P., DeMarinis, V., Danbolt, L. J., & Schnell, T. (2019). The Sources of Meaning and Meaning in Life Questionnaire

- (SoMe) in the Norwegian context: Relations to mental health, quality of life and self-efficacy. *International Journal for the Psychology of Religion*, 29(1), 32-45.
- Stifoss-Hanssen, H., Danbolt, L. J., & Frøkedal, H. (2019). Chaplaincy in northern Europe: An overview from Norway. *Tidsskrift for Praktisk Teologi*, 36(2), 60-70.
- Taylor, S.E., & Brown, J. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193-210.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471.
- Tedeschi, R. G., Cann, A., Taku, K., Senol-Durak, E., & Calhoun, L. G. (2017). The posttraumatic growth inventory: A revision integrating existential and spiritual change. *Journal of Traumatic Stress*, 30(1), 11-18.
- Tewari, S., Khan, S., Hopkins, N., Srinivasan, N., & Reicher, S. (2012). Participation in mass gatherings can benefit well-being: longitudinal and control data from a north Indian Hindu pilgrimage event. *PLoS One* 7:e47291. doi: 10.1371/journal.pone.0047291
- The British Pain Society (2021). What is pain?
<https://www.britishpainsociety.org/about/what-is-pain/>
- Tillich, P. (1952/1980). *The Courage to Be*. Yale University Press.
- Tillich, P. (1973). *Systematische Theologie I/II*. Evangelisches Verlagswerk.
- Tillier, B. (1995). *Be Greeted Psychoneurotics*. <http://positivedisintegration.com>
- Uchino, B. N., & Garvey, T. S. (1997). The availability of social support reduces cardiovascular reactivity to acute psychological stress. *Journal of Behavioral Medicine*, 20(1), 15-27.
- Yalom, I. (1980). *Existential Psychotherapy*. Basic Books

Note

This article draws on parts of earlier publications by the author (Schnell, 2018, 2019).

2. Concerning Psychological and Existential Health

Peter la Cour, Research Center on Existential Health, Innlandet Hospital Trust, Norway

The Old Testament refers to a distinction between body and soul. The New Testament unfolds a threefold division of body, soul, and spirit, imported from Greek thought. What is meant by the words? There are no definitions anywhere. Most people can probably agree on what the body is, but what about soul and spirit?

In the newly published “History of the Soul” (Høystad, 2021), the countless understandings of the soul in Western cultural history are dissected. Høystad begins his book: “Most people think they have one – very few can explain what it is.” I am not certain he is right. It might be the term “soul” is nowadays so problematic a term that far from everyone will claim to have one, as it is associated with old times Christianity, immortality, and transcendence. At the end of the reading of Høystad’s book, one is left very informed about the highly changeable character of the definitions of the soul, and it is even more difficult to confirm to have one. Nevertheless, I guess everyone will testify immediately to have a *consciousness* – which might or might not be the same.

Historically, the universe has been assumed to be well described and understood by different leading cultures. The intellectuals of the specific time meant to know of humans and nature and human nature as such, but in reality, they only spoke about their own time and place. Newer or revised understandings are always held high, sometimes even as universal. The history of science is the history of revised mistakes.

We are maybe a little more aware that things change with context at present time. We do more seldom hear about “the human” as a universal construct, as we are more aware of social, cultural, psychological, environmental, narrative, religious, and even biological contexts. We are not able to talk about any reality outside our culturally created language, our shared understanding of physics and logic, and our shared assumptions and definitions about what is up and down (Hendricks, 2021).

Likewise, we cannot talk about our psyche without talking about the reality of context, our language, our schooling, our actual and possible interactions, our learned behavior. As existent persons, we testify to each other's psyche to be psychologically existent ourselves. On the one hand, the interior of humans is 100% culturally and socially built, contextual, and therefore collective. There is no individual psyche.

On the other hand, we cannot talk about the psyche at all without already have acknowledged individual consciousness in ourselves and others: the fact that we all experience to exist. There is a “something” that wakes up in the morning, looks out through the eyes, and can hear the thoughts. This experience of the experiencer is 100% private, it can in no way be shared with others. Individual bodily sensations and feelings, e.g. waking up in the morning can be told of, but never experienced by another person. The psyche seems to have two very distinct dimensions that cannot be put on the same line. It is 100 % collective and 100 % private.

This chapter will consider some of our very basic concepts about the building stones which are creating the health of our psychological lives – and the relations to the body and the social and environmental outside world.

Vertical orientations: Principles of layers in the psyche

When cognitive psychotherapy theory hit mainstream psychology in the 1980s, the understanding of the psyche fell very deep from the high pedestals, in which older psychology and theology formerly had placed it. Deeply rooted in behaviorism and the principles of only working with observable data, cognitive/behavioral psychologists have always argued that the human psyche is basically a product of our learning processes. They divided our psyche into two main parts: the cognitive and the emotional, both of which can learn lessons and act appropriately based on the learned.

Extremist cognitive theorists and researchers now claim they have abolished the gap between body and psyche (Bolton & Gillett, 2019). They find the psyche to be an information processing machine and as such just part of our biology, since all biology, unlike physical and chemical processes, is characterized by interpretation of information. In physics and chemistry “A causes B”. In biology, “A causes B in the most observed cases”, as they write. Life interprets information and gives room for alterations and mistakes, and evolution is possible. Psyche is nothing but biology.

Few academics go that far in reductionism, but by claiming the psyche to be made of cognition and emotion, cognitive psychotherapy theory also washed away psychological essentials with the bathwater. One such essential was the conscience or what we wish to call it. The conscience had been a cornerstone in the understanding of human nature in nearly all theology for thousands of years, and it was a cornerstone in Freud's three-department human being (id/ego/superego). Most of our Christian religious culture is built on awareness of it, and it leans closely to one other essential left out: the consciousness as phenomena, as it escapes any possibility for being observable, even to be properly defined.

However, cognitive psychotherapy models are not flat. There are layers of learning built in. On the surface, there are *traits* and tendencies observable, and they build on habits and

automatic thoughts. The automatic thoughts are based on core assumptions or *schemata* and beneath them are *rules of living*, which can be helpful or not. The rules are products of cognitive and emotional learning through life. Learning biology and learning principles are at the bottom and thinking about thinking – called *meta-cognition* – is at the top of the cognitive vertical model.

The older psychoanalytic three department model was also layered. The near-to-biology needs and emotions are placed at the bottom, then comes the unconscious psychic life, then the conscious ego, and above the ego, the superego is created by significant relations during childhood. Cognition, emotion, consciousness, body, and society are somehow blended and mixed in this model, which makes it very hard to consider the respective single elements and to separate single psychic processes within the model.

Cognitive psychology had two basic elements in psychic life, cognition and emotion, and psychoanalysis counts three. The third model mentioned here comprises four hierarchical ordered elements. It is the model of modern esoteric psychology (Hauge, 2008). Here, humans are clearly layered and consist of what is named body, emotion, intellect, and spirit (more layers are claimed to exist in the transcendent but are not relevant here). The ranked four-tier system is depicted in Figure 1.



Figure 1. Modern esoteric psychology model of the human

The model has principles connected: it is an up-going system characterized by the fact that the higher layer can relate to the lower, it can “see” it, but the lower layer is not able to “see” and relate to the higher. The body cannot relate to anything – it is just there and by that, it is innocent by nature. The body is always innocent, even when it comes to disease and death.

The emotions are in the body, and they can relate actively to the body. Some of the emotions can be regarded as pure body sensations such as pain and some desires, while other emotions are more complex, but still experienced as emotions within the body. Similarly, the intellect can see and relate to both body and emotions, while the emotions cannot see and relate to the intellect. On top comes the spirit, and it can relate to all layers,

body, emotions, and intellect. Because a higher layer can relate to a lower, personal choice and guilt can be possible. Regarding health, the spirit can be guilty in all relations downwards: body, emotion, and intellect for example by choosing unhealthy food, denying certain emotional expressions, or lying to another human.

An encompassing model of humans in (a materialistic) context is the so-called hierarchy of natural systems, proposed among others by medical internalist Georg Engel (Engel, 1977). He places the human in the middle between the atoms and the biosphere (Figure 2).

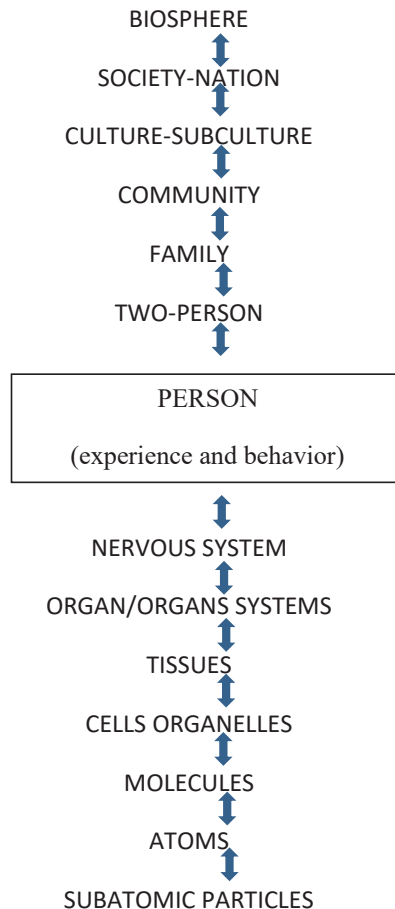


Figure 2. The original “Hierarchy of Natural Systems” model of G. Engel (1980)

The model is a model of *emergence*. The higher level is constituted by the lower level but comprises characteristics and abilities not represented or present at the lower level. Tissues are made of cells but have gained qualities and functions not present at the cell levels alone. The logic of emergence goes very well for the two main parts over and under the middlebox

named “person” in the figure. However, the logic cannot be applied to the levels under and over the box named “person”, as we have no idea of the relation between the nerves and the experience (and behavior). We do not know what experience is made of – it is somehow related to nerves, but it is not built of nerves. Neither do we know anything about the logical bonds between experience and a two-person unit. The two-persons unit is certainly not built of experiences as it is material and observable.

The model suggested a completely new idea related to health, however. It claimed that illness is not fixed to a special organ or level but is present everywhere through the hierarchy of natural systems. A heart failure is not just a failure of the heart but is represented at every level, disturbances can be found in the molecules, the blood, the person, as well as society. This original idea somehow disappeared in the following years, where the model became largely misinterpreted as classic psychosomatic thinking (Ghaemi, 2009, 2010).

Concerning psychological health, the model had nothing to offer at all. Later critique has focused on the wrong understanding of modern system theory (complexity theory) and the missing element of subjectivity in the model (la Cour, 2021). Attempts to define psychological health will be the focus of the following.

Horizontal orientations: Attempts to define psychological health

The disciplines of psychiatry and clinical psychology have dealt with psychological *bad* health in western culture for 150 years. Psychic illnesses are now listed in diagnostic manuals (as ICD11); a continuously updated number of officially labeled psychiatric diseases. Some of these are seen caused and closely related to body or nerve abnormalities for example dementia or abuse-related hallucinations, while others are seen almost independent of body and nerve functions, for example, social disabling pessimism or antisocial personality disorder.

Much less is written about being psychological *good* health. What does it mean to be psychologically healthy? There is certainly no single answer, but American psychologists Batson, Schonrade, and Ventis have listed the following seven different kinds of definitions nearly 30 years ago (Batson et al., 1993):

1. *Absence of mental illness*: The psychiatric thinking that if no mental disease is present, we are healthy (negative definition).
2. *Appropriate social behavior*: The cognitive psychology view of social adjustment as the best sign of psychological health (culture relative).
3. *Freedom from worry and guilt*: The psychoanalytic ideal of a ceasefire in the inner constant battle between conflicting inner forces.

4. *Personal competence and control*: The more power-oriented ideals of self-mastery (e.g. Adler)

5. *Self-acceptance or self-actualization*: The American humanistic psychology ideals of full personal growth into some sort of completion

6. *Personality unification and organization*: The ideal of a unique mature balance between personality and environment

7. *Open-mindedness and flexibility*: The ideology that close-minded and rigid persons live a less attractive life

As seen, the list ends with old school American values - as expected when developed in America in the late 1980s. It would not be too hard to bring such a list up to date by adding the buzzwords of the contemporary and modern psychotherapeutic movements. Concepts as “mindful”, “resilience”, “acceptance” and “commitment” might capture the dominant psychotherapeutic ideals in contemporary western psychology.

The kind of list could be expanded in multiple ways, and it highlights that psychological health can be seen and has been seen in an ideological and cultural malleable way, deeply related to societal context and contemporary cultural values.

Anyhow, something other is noteworthy. Some of the mentioned definitions see psychological health from the outside, as observable (e.g. social adaptation), while others see psychological health from the inside (e.g. self-acceptance).

The existence of two kinds of psychology

Let us consider the “inside” and “outside” kinds of psychology further. In the context of academic psychology, psychology as a discipline has developed along two different lines, sometimes called the ideographic and the nomothetic orientations to address the psyche. Historically, this division of psychology originated in the two schools of Wilhelm Wundt and William James (Hergenhahn, 1997), but it mirrored older dichotomies in theology, philosophy, and theory of science in general.

The two dimensions differ in what is considered as valid ways to get information about the psyche. The ideographic orientation and perspective take the subject seriously and see the conscious experience as the basis of knowledge of psychology. It can embrace things such as art perception, dream analysis, and existential concerns and attitudes. Its focus is on the *private* inner life and is less observant of what is given by context, biology, conditions, or building stones for psychology. The nomothetic perspective on the other hand sees the building blocks of psychological life in focus as valid knowledge of the psyche. It focuses on what is observable and common, shared between subjects, *collective*. It views the psyche as

learning biology, brain and brain functions are central knowledge. What is learned are the biological, cultural, and social givens: language, norms, social life, socio-ecology, and socio-economy. It does not take in the conscious experience or personal attitude and by that, it is less observant of the sides of inner life that cannot be objectified and shared.

Instead of trying to join the two incommensurable types of psychology, we could hold the idea of splitting them properly. That means to make a split between private and collective psychology. That is done by the contemporary psychologist and philosopher Ken Wilber (Wilber, 2007) among others. Wilber is known for combining the division of the inner and outer world with a division of the private and collective, giving a holistic picture of the human world seen as a “quadrant” (Watanabe, 2010). With a few modifications, the basic pluralistic picture can be presented as a “circumplex” model showing the two crossing continua, resulting in four dimensions, as seen in Figure 3.

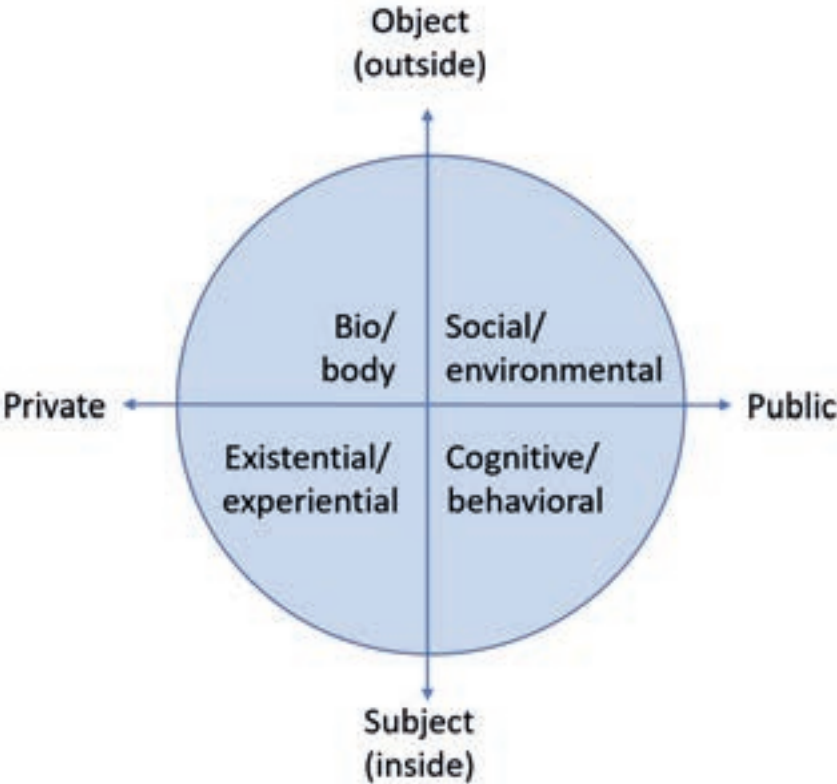


Figure 3. A circumplex model of human dimensions

Four dimensions of human life

These dimensions have previously also been considered as possible dimensions of health and illness, combining them with a symbol of complexity (la Cour, 2021, 2022). Here, let us short recapture the former description of the two upper dimensions before going further into what is important in this context, the distinction, and definitions of the “psycho” and the “existential”, here named as cognitive and existential.

The dimensions must be seen as all interrelated, but somehow segregated for and by humans, as we have no common concepts, language, or understanding of phenomena covering all four dimensions as one.

The first dimension (upper left) is “bio” (biological) represents the natural science perspective of a specific human. Bio represents the private, material body and comprises the body as an object, the body as “it”. Bio can be described positively in biological and medical terms. Bio links the concrete individual to basic biological matter and principles, such as the principles of regulation and homeostasis in the body (e.g. digestion, immune system, hormones).

Concerning health, taking a blood sample and analyzing it for specific antibodies can be an example of the biological dimension.

The second dimension, (upper right) “social”, represents individuals in relation to objectifiable surroundings, structures, and environment shared with others. It is the environmental and social science perspective. The social field comprises the physical, material environment, and the political characteristics (the social context) in the environment such as structures of groups and society, networks, workplaces, and the sociodemographic facts connected to this, standards of education, economy, social segregation, housing conditions, etc.

Concerning health, development, and communication of better nutritional advice can be an example of the social dimension.

The collective and private side of psychology (dividing the “inner side”)

The third dimension, (lower right) “cognitive”, represents those dimensions of the inner world that are common, connected to, and shared with others; our learning interactions with and within the collective, observable interpersonal reality. It is the inner side of the intersubjective world, all the abilities, and qualities of a person such as intelligence and personality, which others know or can know of, the trait personality as such. It is the psychological functioning when psychologically described (not the brain functions, which are bio). Psycho concerns all the intersubjective, cultural, and cognitive elements; the language learned and spoken, the schooling and education, the learned common knowledge of the

world. It comprises the behavior, cognitions and emotions learned and shared with others as interpersonal, the observable characteristics of relations to e.g. children, family, friends, and colleagues: the cognitive and social perspectives of psychology. Psycho concerns the daily automatic administration of psychological needs, traits, habits, and behavior of the person, e.g. the person's lifestyle, role-playing, dispositions, tendencies and learned social adjustment, the person's cognitive style, talents, and impairments, the personality in its exchange with social reality and groups. This includes subconscious patterns as well as conscious psychological patterns. Psycho comprises all observable psychology based on learning principles, along with observable or shared moods and problems. Mental health and psychiatric illness are included in this dimension when they are intersubjective, observable, and can be registered, described, and treated by others as signs of unusual mental functioning. Psychiatry and cognitive psychology are typical disciplines involved.

A health routine in this dimension could be diagnosis and treatment of depression or stress when these psychological dysfunctions are treated with cognitive style (learning-based) psychotherapy or behavioral regulation as working principles. For the patients/clients, the impact and changes resulting from such personal contact and learning are part of this third dimension.

The fourth dimension, (lower left) "existential", represents all experiences and orientations a human has on one's own, the "I" perspective. It is the thinker. It includes the experienced body, when it is seen as "me", the bodily sensations, perceptions, joys, and pains; experiences of wellbeing and suffering. The experienced body is constantly scanned for sensations and feelings, and it can feel well or sick.

The existential dimension embraces the subjective orientations, i.e. the personal reflections and choices made by the individual. It is a truly subjective, experiential dimension grounded in the basic experience of being alive and participating in the world, to be existent. The existential dimension comprises the inner life where the "I" makes its considerations over the world and its events, not mirroring, but valuing things. It comprises concepts as meaning, hope, will, purpose, life satisfaction, the joy of life, and all genuine choices in life, as well as the opposites: crisis, meaninglessness, hopelessness, agony, suffering, lack of engagement, and living without direction. Existential encompasses the personal narratives and includes experiences such as dreams, fantasies, and perception of art. The field covers the sources of meaning in life, personal values, ethics, world views, beliefs, convictions, religious orientations, ultimate concerns, political views and commitment, and the motivations and choices based on these orientations.

This dimension is the least objectifiable of all. Humanistic sciences are involved with disciplines like humanistic-oriented psychology, theology, anthropology, philosophy; disciplines that hold what is subjectively experienced as a reality, including the medical profession when understood as a humanistic discipline ("the good doctor" (Bailey, 1993)).

Some health-related examples: Some feel sick but are well in laboratory tests, others feel well but have abnormal lab tests. Some are very careful of keeping up good health, others do not care much about their body and are not cautious about it. Some can accept illness and thoughts of death, others cannot. Some engage, others capitulate during illness. Some experience loneliness even when surrounded by others. Some die from meaninglessness and sorrow. Some choose to commit suicide.

Limitations and strengths of the four dimensions

The four-dimensional model represents a reduction of reality like any model. Some aspects of reality will not fit anywhere in the model, and many other aspects will cross or be present in multiple or any of the fields. The lines between the fields are not intended to reflect reality as such but represent our cultural, social, and historical understanding at the present time. On the practical level, the borders may be set mainly by the language, routines, research, self-understanding, and practical handling of the perspectives in the dimensions.

Most important is the acknowledgment that all four fields are fully present all the time; none can be left out, but one or another can be in focus in specific contexts.

“Culture” is not placed anywhere specific. Culture is a concept extremely hard to define as it is all-pervading (Hatala, 2012). Culture is not a “thing” or a “process” that can be placed in any specific dimension as it is everywhere. Culture is in biology (e.g. the body develops and shapes under cultural conditions such as food traditions and fashions); culture is cognitive (e.g. in the cultural language learned); culture is social (e.g. work hours), and culture is existential (e.g. worldviews, ethics, and religion). Culture is convincingly also suggested to be understood in a 2 x 2 factorial design, very much like the four dimensions suggested here (Carriere, 2014).

A model is always a balance of what is captured for the ease of understanding and what is left out for the ease of understanding.

Health and illness

The model suggests the idea to hold a holistic concept of health and at the same time to specify health in all four dimensions: Physical health, social health, mental health, and existential health. Each dimension has possibilities for unfolding and development in linguistic and scientific concepts and expressions. The pathways of causations between the dimensions are also explorable. They are themselves very interesting, and Karunamuni et al (Karunamuni et al., 2021) have mapped these cross-discipline borderlands with central research areas such as psychoimmunology, stress/HPA axis, placebo, stigmatization, and life events research. These are indeed promising and upcoming research fields which have to

cope with the challenges of combining two or more languages and common scientific understandings.

A suggestion for defining health through the dimensions

When combining the initial part of this paper regarding the hierarchical nature of our human existence with the four-dimensional model, it could be tempting to end up coining some structural thoughts as a raw draft of definitions of what is healthy in the different dimensions.

In a sort of slogan-like manner, WHO has defined health as “more than the absence of illness”. But what is the content of the “more than the absence”? The interesting part is what *constitutes* the “more”. How is it defined? Can it be further elaborated?

I will briefly take my chance.

If we think of the four dimensions in a hierarchical structure, we can follow the principles of downward inclusion and upward blindness from Figure 1 and depict the four dimensions in hierarchical order as done in Figure 4.

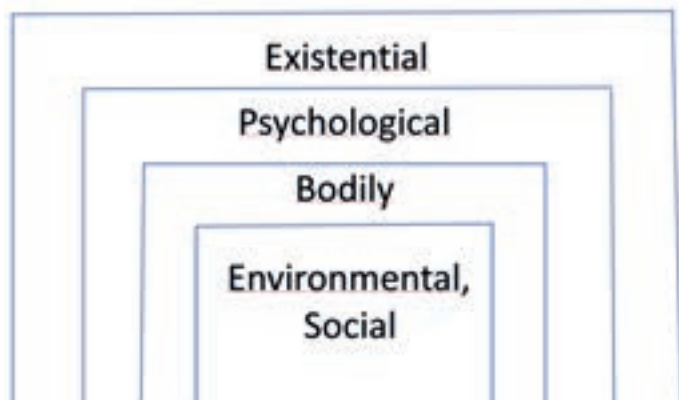


Figure 4. The four dimensions in a hierarchical structure

With this figure in mind, the health defining principle could now be suggested in this way: A specific layer of health is most healthy when it is able to serve the layer above well. This means making possibilities for nature of creating something more advanced, more evolved, and higher organized. Health may structurally be defined as *well-functioning in relation to making it possible to serve the dimension above*.

With this kind of definition, we will define health elements in every dimension by their function and *resources*. The idea of health seen as a resource was originally formulated by WHO in 1986 (World Health Organization, 1986). In this paper, it was also stated that health as a resource regards health as *a means* and not as *an end*. The concept has later been discussed and developed further (Williamson & Carr, 2009).

With these thoughts, we might even begin to define health in the dimensions.

Environmental/social health.

Resources for biological life are of course the basic building stones. Resources can be viewed as for example functional and reliable atmosphere, temperature, nutrition, environmental variations, and reproduction possibilities. Recycling processes must also be present, which paradoxically involves biological death as an environmental health resource. For more advanced mammal life, a healthy environment includes social resources for keeping up social bonding. For humans, healthy environment resources also include supplies of cultural, political, and organizational structures. In modern human civilization, all structures of a health care organization are healthy environmental resources, such as availability of health knowledge, healing professions education, functioning hospitals, high tech bio equipment, and common access to health care.

Physical health

Physical health is defined as resources for well-functioning of the layer above, the psychological/cognitive level. This implies biological resources for the creation and maintenance of emotions, attention, memory, and all learning processes. Cognitive functions are possible and served by well-developed and well-functioning body parts and processes, organs, homeostasis principles, including all brain functions. Physical injury or biological functional error is defined as unhealthy or ill if it disturbs or disrupts psychological/cognitive functioning.

This kind of definition might offer a solution to several endless health discussions, for example, whether well-medicated asthma or the absence of a little finger on the left hand can be regarded as an illness. Likewise, it can bring new light to the long-lasting discussions about health viewed as “apparatus-failure”, where any malfunction in the body-machine ideally must be corrected. The apparatus-failure viewpoint has made death the ultimate enemy in all medical history. But biologically seen, the body has its own biological project: it develops, reproduces, and dies. Death is as natural and healthy as reproduction; death is the holistic biological purpose of the body. Death is not the enemy, it is part of biological health to decay and die (la Cour, 2016), (and it might be a provoking thought that death might serve the higher levels also...)

Psychological/cognitive health

Psychological/cognitive health is present when the cognitive/emotional resources, psychological well-functioning, and development make subjective existential life possible. By

this, mental dysfunction is still an illness as defined in psychiatry. However, psychiatry has faced the problem of relativism, what is sick in one context might not be sick in another context. Psychiatry has been accused to be a completely constructivist activity, as there are no “objective” sick thoughts or measurements of such. The definition suggested here might offer something new to this discussion. The idea that psychology/cognition is healthy when serving the existential level might be a kind of steppingstone of the relativism of psychiatry. Dementia, depression, anxiety, stress, psychosis, etc. do not serve the existential dimension well.

Existential health

Existential health might be defined as the resources for the experience of living a fulfilling life. A fulfilling life might be seen as a preparation for even a higher level of existence, which includes transcendent life orientations such as religion, but it can also be fully seen as immanent as in the existential lines of thought with concepts such as meaning, hope, will, purpose, life satisfaction, the joy of life, and the ability to grow or derive meaning from crisis and life contradictions. Existential health is not the question of being alive, as in biology, but living a life valued as worth living, connected to an experienced life continuity of past, present, and future. Existential health also includes the experience of being “full of days”, then embracing personal death, death on time.

The open end will be the questions of what defines “fulfilling”. It could be something inherent in biology or the universe, or it could include dimensions of transcendence that go beyond ordinary time and space. These questions may be the upper ceiling for psychology, and where other disciplines take over.

Perspectives...

These lines of thought are certainly unfinished and complex, the intentions for writing them are to contribute and inspire further elaboration and rethinking, whether it be of medical, psychological, theological, or philosophical nature. It is the endless puzzle of the relation between subject and object; “what is me and what is not me” as William James has formulated the basic mystery.

References

- Bailey, I. (1993). Sir William Osler (1849–1919): Physician, Teacher, Historian, Biographer, Bibliophile. *Journal of Medical Biography*, 1(1), 2–10.
<https://doi.org/10.1177/096777209300100102>
- Batson, C. D., Schonrade, P., & Ventis, W. L. (1993). *Religion and the individual. A social-psychological perspective*. Oxford University Press.

- Carriere, K. R. (2014). Culture Cultivating Culture: The Four Products of the Meaning-Made World. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 48(3), 270–282. <https://doi.org/10.1007/s12124-013-9252-0>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/847460>
- Ghaemi, S. N. (2009). The rise and fall of the biopsychosocial model. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 195(1), 3–4. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.063859>
- Ghaemi, S. Nassir. (2010). *The rise and fall of the biopsychosocial model: reconciling art and science in psychiatry*. Johns Hopkins University Press.
- Hatala, A. R. (2012). The Status of the “Biopsychosocial” Model in Health Psychology: Towards an Integrated Approach and a Critique of Cultural Conceptions. *Open Journal of Medical Psychology*, 01(04), 51–62. <https://doi.org/10.4236/ojmp.2012.14009>
- Hendricks, S. (2021). You don't see objective reality objectively: neuroscience catches up to philosophy - Big Think. Thinking. https://bigthink.com/thinking/objective-reality-2/?utm_medium=Social&utm_source=Facebook&fbclid=IwAR0UGGOP_c0XjWErDKC7pwG4JShQ9QVIEbl5MKVmRuS1ub-Bc06-Co_BHg#Echobox=1641395392-1
- Hergenhahn, B. R. (1997). *An Introduction to the History of Psychology*. Third Edition. Brooks/Cole Publishing Company.
- Karunamuni, N., Imayama, I., & Goonetilleke, D. (2021). Pathways to well-being: Untangling the causal relationships among biopsychosocial variables. *Social Science & Medicine*, 272, 112846. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2020.112846>
- la Cour, P. (2016). Sundhed og det hele menneske. In J. Holten-Andersen, M. H. Richter, A. G. C. Jensen, S. Melgaard, R. Wolff, J. Eskildsen, & K. Holten-Hansen (Eds.), *Livet efter væksten - samfundsvisioner i en omstillingstid* (pp. 17–29). Hovedland.
- la Cour, P. (2021). *Hvad er vedvarende uforklarede fysiske symptomer?* FADLs Forlag.
- la Cour, P. (2022). *The four-dimensional model of health and illness*. Submitted to *Journal*.
- Watanabe, T. (2010). Metascientific foundations for pluralism in psychology. *New Ideas in Psychology*, 28(2), 253–262. <https://doi.org/10.1016/J.NEWIDEAPSYCH.2009.09.019>
- Wilber, Ken. (2007). *A brief history of everything*. Shambhala.
- Williamson, D. L., & Carr, J. (2009). Health as a resource for everyday life: advancing the conceptualization. [Http://Dx.Doi.Org/10.1080/09581590802376234](http://Dx.Doi.Org/10.1080/09581590802376234), 19(1), 107–122. <https://doi.org/10.1080/09581590802376234>
- World Health Organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion, 1986*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349652/WHO-EURO-1986-4044-43803-61677-eng.pdf?sequence=1>

3. Dostojevskijs Brott och Straff (1866). Om Gud och doften av det Heliga

Owe Wikström, författare och professor emeritus vid Uppsala Universitet

Inledning

Suset från planet gör att passagerarna snabbt kommer in i tystnaden. Vi är få ombord. Paradoxen är fullständig. Bara några decimeter till höger om min arm ligger rymden isande och tom utanför kabinfönstret. Det är en dryg mil ner till marken och jag färdas österut. Samtidigt anträder jag en resa inåt. Jag öppnar den tjocka boken och sugts in i handlingen. Andra nedkladdade pocketböckerna av Fjodor Dostojevskij (1821-1881) ligger i väskan. Nu läser jag om Sonja Marmeladova – den prostituerade – som samtalar bland annat, med mördaren Raskolnikov om heligheten och om Gud i romanen *Brott och Straff* (1866). Jag är på väg till St Petersburg.

Som vanligt läser jag några sidor och tittar sedan upp. Jag samtalar med dessa undflyende litterära figurer som inte finns och samtidigt finns. Några dagar framöver kommer jag leva inne i dessa påhittade världar som vi kallar romaner. När jag inte tittar ned i boken avser jag att följa författaren i fotspåren och att inte kasta mig fram för att "se hur det går", snarar för att ge mig tid att grunna.

Men snart ser jag *Neva*, den breda floden. Den gör en sväng genom den en gång så sankna marken. Hela staden är ju perforerad av kanaler som Peter den store lät bygga. Fuktig kyla och de stora pälsmössorna är djupt neddragna. En brant u-sväng med bilen och vi är framme vid hotellet.

Läsning som andakt

Jag vet inte för vilken gång i ordningen jag läser de välkända avsnitten ur dessa böcker. En del av dem kan jag nästan utantill. Visst idealiseras Dostojevskij ofta otillbörligt; han hade fruktansvärda antisemitiska åsikter och hans självgodslavism är påfrestande. Men däremellan kan jag inte annat än kalla honom andlig rådgivare, en själasörjare. Här i staden levde han i omgångar. Här fann han miljöer för oförglömliga scener, inte minst kring *Brott och Straff*. Ofta gömmer han sig bakom sina starka porträtt av ateisten, den troende, den fromme eller *Idioten*. Jag ligger kvar länge på hotellsängen och bläddrar vidare.

En lång stund blir jag stående inne i *Kristi förklaringskatedral* alldeles invid *Littjny prospekt*. Kristi gåtfulla, dova ögon ser ner på mig från flera av ikonerna. Innan jag går bugar jag mig och gör korssets tecken. Kristi ögon följer mig när jag går ut genom porten. Men - vem var han egentligen?

Den sjätte evangelisten

Författaren Fjodor Michailovitj Dostojevskij (1821-1881) uppfattar jag som den sjätte evangelisten efter musikens Johann Sebastian Bach (1685-1750) som med rätta kallats den femte. Längre har jag velat göra denna färd. Inga böcker har så djupt berört mig som Dostojevskijs. Ingen har som han kastat knivarna mot himlen i fasa inför Guds till synes oberörda hållning inför lidande och död. Ingen har som han vistats i tvivlets nätter. Ingen har som han lockat ut frågor ur mitt eget inre, den isande ångesten inför tillvarons brutala ondska. Samtidigt, ingen har som han hänvisat till godhetens mysterium och pekat hän mot tillvarons andliga centrum. Den som vill ta sina egna livsfrågor på allvar, den om "finns Gud" eller är Gud inte bara gigantiska fria fantasier, lockande men i själva verket barnsliga bilder, lika sanna som förbi ilande sagor och berättelser. Ingen kommer knappast förbi honom.

Medan jag går vidare genom snön tänker jag: i hans böcker lär man känna gestalter som jag har större gemenskap med än med mina egna vänner. Man umgås med Raskolnikov, mördaren, man lär känna den starke munken Aljosja men även den ständigt grubblande gudförnekaren Ivan Karamazov. Hans ateism kan man inte bara ignorera.

Hans självvårdande romaner finns överallt; på pocketstället på Arlanda, i sovrummets bokhylla, på flygplatsen i Berlin och på varje skola världen över. Vi som fascineras av hans världar bildar en slags underjordisk andlig gemenskap. Vi känner den prostituerade Sonja Marmeladova, som gör allt för att rädda sin alkoholiserade pappa. Vi lider med Raskolnikov, mördaren och vi kan ana hur epileptikern furst Myskin tänker i *Idioten* (1868).

Innan jag reste hit gick jag in på några *Dostoevsky home sites*. Olika amerikanska universitet har skapat ett slags "short version, study guide, the main plot, characters" etcetera. Det är praktiskt om man vill lära känna den store ryssen. Utan att bli nästan tokig på alla namn, händelser. Men det kan aldrig ersätta den strövande långsamma läsningen om man i stället vill komma närmare hans kamp mellan tro och vetande.

Men just nu vankar jag i Sankt Petersburg. Denna stad har sett Lenins revolution, Stalins terror, andra världskriget och röda arméns marscher, sovjettidens hyllande av ledaren, Perestrojkas öppna klimat och så nu -- den sociala nedmonteringen, en galopperande marknadsekonomi och ett starkt behov av att värja sig vid västmakterna. Vad hade Dostojevskij att säga till en andligt hungrade nutidsmänniska?

Men; innan dess: vem var han egentligen. Redan nu kan vi lägga märke till att religionsfilosofin döljer sig redan i hans namn . Fjodor går tillbaka till Teodor Teos Gud och Dora från grekiskan och Michael går tillbaka till hebreiskan Mi – ka – el. Vem är såsom Gud?

Biografisk skiss

Först – några centrala händelser i hans liv.

Fjodor Dostojevskij föddes i Moskva 1821. Pappan hade läst teologi en period men studerade sedan medicin. Hela sitt liv mindes han moderns böner inför ikonerna och hennes högläsning av de bibliska berättelserna. Den kristna föreställningsvärlden ligger som en fond i hela hans tänkande. Fadern var fattigläkare i Moskva. När Fjodor var barn satt han ofta och talade med patienter i väntrummen. Tidigt fascinerades han såväl av lidandet och onskan, han anade djupet den kristna trons innersta trygghet men spetsade allt med en genuint tvivel, skarpsinnig religionskritik ungefär likt vår egen super ateist, Hedenius, som ju sa drev den intellektuella moralens princip ”Man skall inte tro på något som de inte finns intellektuella skäl att hålla för sant”. Detta fanns i Dostojevskijs huvud – men tätt intill denna intensiva gudskritik fanns personer med starkaste tro.

Att läsa Dostojevskij

Det är hög tid att fundera lite närmare på läsandet av Dostojevskij. Han beskriver flera världar, gigantiska i sin komplexitet. Hans tro är skarpt ifrågasatt, mitt emellan övertygelse och stark misstro, hans syn på människans värde och skuld, hämningar och tillit, allt sådant - liksom hans människoskildringar - är bråddjupa och paradoxala. Hans är utomordentlig observant, såväl över naturens dofter, avundsjukan, smärta, skrällen inför döden som i beskrivningen av överlåtelsens glädje. Ibland är han arrogant kritisk frånstötande. Gudstrons ses då som en naiv tröst som människan i sin förtvivlan skapar och förlägger ut i rymden. Men Gud finns där inte annat än som efterlängtat. I rymden är det tomt. Andra gånger är hans gudstillit bergsäker, stillsam och skön.

Ofta måste åtminstone jag se upp från hans böcker. Jag lägger dem ifrån mig för att gå en vända. Detta därför att Dostojevskijs figurer blir så verkliga. De förvandlas i läsaren inre **till** högst reella samtalspartners. De talar man med när man hugger ved, när man väntar på bussen eller innan man somnar.

Eller det kanske snarare är tvärtom; hans figurer tränger sig på. De lever sitt liv inne i läsarens liv. Som ett jättelaboratorium är Dostojevskijs episka värld. Den är befolkad av människor som han kryper under skinnet på. Efter en tid lär vi känna dem – ofta bättre än våra egna vänner. Men poängen är att man lär känna ett antal gestalter som liknar och i kondenserad form framställer många av frågor av existentiell karaktär. Livsfrågor om guds

tystnad, döendets och lidandets ohyggliga, smärta och sorg, likaväl dessa som intensitetens epilepsins euforiska upprymdhet bryter igenom. Andra gånger - i mötena med starjetsen Sosima, munken Aljosja eller den tvivlande Ivan Karamazov i *Bröderna Karamasov* (1881) för att inte tala om hur gränserna mellan tro och tvivel finns i utarbetad i *Brott och straff* (från 1866) – alla dessa gränstillstånd blir delar av oss själva.

Brott och straff (1866)

Dostojevskijs personer ställer långt fler frågor än de besvarar. Samtidigt är frågorna just de som den vetenskapliga psykologin oftast väjer för. Det medför att hans verk lever. Hans personer gestaltar såväl skröplighet som salighet. De inte bara logiskt diskuterar livets gränssituationer, de *upplever* dem, de tänker inte på himmelriket, de *lever* i det. I *Brott och straff* blir vi bekanta med *Sonja*, som just betyder den visa. Hon som offerar sig som sköka och Raskolnikov möter och blir allt mer fascinerad utav henne. Just samspelet mellan tvivlaren och den fromma ligger i centrum för den andliga sidan av boken om brott och skuld. Vi lyssnar när de samtalar om detta cyniska; att Gud gav människan frihet, trots att hon missbrukar den så gruvligt. Man våndas över människans ensamhet.

Att tala om Dostojevskij som *psykolog* avskräcker naturligtvis. Den textmassa han producerat i form av brev, noveller, romaner och dagböcker är överväldigande. Hans liv, hans läsning och hans omvärld är komplicerad och mångtydig. Inte minst förvirrande blir det när psykologi och filosofi, teologi och estetik, iakttagelse och värdering, kropp och själ, samhälle och individ, ande och materia, ont och gott, Gud och Satan ständigt vävs samman. Vi möter en malande och till synes oändlig ström av tankar och skeenden.

Alltifrån det att han började ge ut sina böcker har Dostojevskij varit föremål för såväl beundran som vrede, hyllning som censur. Det är svårt att förhålla sig indifferent till de karaktärer som han tecknar. De är påträngande, efterhängsna.

Och tidigt uppfattades han som psykolog. I stort sett alla klassiska företrädare för psykologin har varit intresserade av honom, alltifrån Freud, Jung, Adler till Piaget och Kohlberg. Hans kritiker har givit honom så skiftande omdömen som "nervös talang", "skuldriden neurotiker", "morbid hysteriker som bara kan skriva om mördare, idioter och patologiska konstnärnaturer", som "unik skildrare av individens känsloliv", "nationalkänslans, kriminalitetens, mordets, självmordets, kluvenhetens uttolkare", som en "föregångare till Sigmund Freud" i sin förståelse av det omedvetnas roll för människan, dessutom som en "kriminolog", som "existentialfilosof" och "kristen mystiker". Andra har framhållit att han helt enkelt var oförmögen att teckna en helt normal människa, åter andra att han kände människans natt och dag långt bättre än den mest erfarne psykiater.

På ett plan är de problem som Dostojevskijs individer ger röst åt förankrade i den politiska

och socio-kulturella debatt som fördes i 1800-talet Ryssland. Här finns också de teman som vi tidigare tagit upp i avsnitten om gränsen och intensiteten.

Fjodor Dostojevskij blev redan under sin livstid mycket berömd och en förebild för det panslavistiska lägret. *Bröderna Karamazov* mottogs där med stor beundran. När han höll sitt berömda tal vid Pusjkinjubileet 1880 stod hans berömmelse och framgång som högst. Bara ett år senare dog han.

Nu är det hög tid att vi ger oss in i romanen och jag klipper ut några problem som han särskilt använder sig utav och jag gör det genom att särskilt följa två personer - Raskolnikov och Sonja och deras förhållande. Det blir en betraktelse över hur tron och misstron förhåller sig till människan. Han breder ut beskrivningen av den kluvne Raskolnikov liksom av den tystlåtna stillitfyllda tillitens Sonja.

Raskolnikov och Sonja – den kluvne och den visa

Brott och straff (1866) är kanske den bäst sammanhållna av Dostojevskijs romaner. Filosofiska, politiska, religiösa och socialrealistiska element samverkar och förstärker varandra. Som vanligt intresserar sig författaren inte så mycket för de yttre samhälleliga beskrivningarna som för de inre reaktionerna hos enskilda människor. I denna ”deckare” finns patetiska och ömsinta porträtt av förödmjukade och kränkta människor, som alkoholisten Marmeladov och hans hustru, den hysteriska och lungsiktiga Katerina Ivanovna, men främst av deras dotter, den unga Sonja Marmeladova som säljer sin kropp för att rädda sin styvmors barn från döden.

Denna splittrade familjen Marmeladova lär vi känna tidigt i romanen, då Raskolnikov, studenten, träffar på den alkoholiserade mannen. Begåvad, ambitiös, men hämmad av fattigdomen och plågad av underlägsenhetskänslor vägrar Raskolnikov att kapitulera från sin övertygelse. Han hävdar att det egna jaget har rätt, att det är den mäktigaste drivkraften hos människan. Han beslutar sig därför för att bevisa sin egen viljas styrka och sin obetvinglighet genom att döda en pantlånerska för att komma åt de pengar hon har i sitt lilla kyffe.

Dostojevskij låter Raskolnikov förkroppsliga idéer som fanns i den materialistiska socialismen. Som barn av det radikala – ateistiska och rationalistiska – 1860-talet drar han de logiska slutsatserna av att Gud är död. Och, om Gud är död finns inte några förnuftiga skäl till att han måste upprätthålla sådana moraliska värden som hade sin grund i en föråldrad naiv tro. Nej, individens frihet är den enda ledande principen för en handling. Och om det då inte finns någon Gud, så blir det människan själv som utgör den enda normativa kraften på jorden och den enda giltiga lagstiftaren. Det betyder att alla etiska värden är skapade av människor och därför relativa. Och om det förhåller sig så är allting tillåtet för en individ som

är stark nog att bejaka och till och med förstora sitt eget jag.

Raskolnikov delade upp hela mänskligheten i ett par typer: *dels* undantagsmänniskorna, de som var födda att härska och *dels* vanliga dödliga som lever för att behärras och genom att lyda. De få övermänskliga ledarna befinner sig på andra sidan om gott och ont. Endast de känner till den tragiska sanningen: att det inte existerar några obetingade morallagar, och "att allt egentligen är tillåtet". Men de behåller denna sanning för sig själva: massorna måste hållas inom sina moraliska illusioners gränser.

Studenten Raskolnikov grubblar därför över om det inte kan vara riktigt att – om det verkar nödvändigt – begå vilka förbrytelser som helst: i hans fall att döda en människa som betar sig förödande ont. Problemet var att han inte visste om *han själv* var en av dessa övermänniskor eller om även han var en av de darrande varelser vilkas plikt det var att lyda. För att pröva sin egen tes beslutar han sig för att begå ett mord. I en isande skickligt iscensatt berättelse låter Dostojevskij Raskolnikov 1) med sin yxa klyva skallen och döda den gamla pantlånerskan och 2) därefter lägga beslag på hennes penningpung. Utan att från början ha planerat det kom han även 3) i hast att dräpa den gamla damens vänliga och underliga syster. Som i trance stjal han samtidigt några saker - bland annat ett par kors ur en röd låda under sängen. Korsen lät han emellertid ligga kvar på bakgården. Brottet genomfördes så skickligt att det inte fanns något bevis som kunde röja förövaren. Raskolnikov var utom räckhåll för lagen och i säkerhet.

Raskolnikovs brott var fullständigt sanktionerat av hans logiska tänkande och av hans förnuft. Han trodde ju inte på några "högre värden" och var helt konsekvent när han antog att allt var tillåtet. Men - det var endast den rationella sidan av saken - Knappt var brottet genomfört förrän den irrationella, omedvetna sidan satte in sin moteld: här ljöd en helt annan röst inom honom än logikens och förnuftets. Det var som om en dubbelgångare hade dykt upp i Raskolnikovs eget inre. Den ville omintetgöra det brott som Raskolnikovs logik hade fört honom till. I hans eget omedvetna fanns tendenser som pekade i rakt motsatt riktning mot hans egen uppblåsthet. När brottet väl var genomgånget visade sig brottets konsekvenser. Klivenheten blir tydlig.

Han blir gång på gång överrumplad av ömhet och medlidande. Det börjar med en allt starkare överklighetskänsla. Mordet har isolerat honom från alla människor, inklusive hans egen mor och syster. Instängdheten stegras efter hand till den grad att den leder honom in i en total, nästan kosmisk tomhet. Det är första ledet i detta "inifrån" kommande självbestraffning, som så småningom blir allt mer förfärligt. Hans logiska argumentering om att mordet var en riktig handling hjälper inte. Den "omedvetna" delen av honom argumenterar inte med rationell logik, utan genom att han mår illa, blir sjuk, ser syner. Det är dessa ögonblick som hans inre "mjukhet" och tvivel beträffande sitt brott får en yttre motsvarighet i den självupppoffrande Sonja som han nu lär känna.

Sonja förkroppsligar – även via sitt påtvingade yrke som prostituerad – ödmjukheten och godheten. Hon är kärleken intill dess absoluta självutplåning när hon självdestruktivt offerar sig för sin far, den nedsupne Marmeladov. Hon blir i romanen en slags motpol till Raskolnikov. Hon representerar det yttersta ifråga om oförtjänt lidande och självupppoffring. Förföljd och pinad av skuldkänslor efter sitt brott dras Raskolnikov till henne och hon till honom. Efter en period förstår Sonja den isande insikten att Raskolnikov är den man som har mördat pantlånerskan för att komma åt hennes pengar. Det är då vi får höra henne säga: *”Vad har du gjort mot dig själv?”*. Raskolnikov böjer sig för henne, men ännu anklagar han inte sig själv för brottet. I stället förebrår han sig för att han varit svag, han dög inte till att vara verklig undantagsmänniska som kunde skygga för sina egna handlingar. Han uppfattar sig från början inte som en *syndare* som har begått ett moraliskt felsteg, utan mera som en som är *otillräcklig*. Gränsen mellan *”svaghet”* och *”skuld”* uppenbarar ansvaret eller den frihetens yta som är människans adelsmärke.

Raskolnikov vill alltså inte från början vidgå att han är moraliskt skyldig till ett brott. När hans syster Dunja, som har fått veta att det är han som är mördaren, mitt under hans inre förvirring faller yttrandet att brottet måste sonas, ryter han plötsligt till henne: *”Förbrytelse, vilken förbrytelse? Att jag slagit ihjäl en gemen, skadlig insekt, som inte var till nytta för någon? Var detta ett brott? Jag tänker inte på det, och jag tänker inte på att sona det /.../ Jag är längre än någonsin från att se en förbrytelse i detta.”*

Men medan han logiskt kommer att argumentera på detta vis, blir hans inre isolering så fruktansvärd, han blir så ensam i sin skuld under trycket av den motsatta sidan av sig själv att han till slut längtar efter straffet som en räddning. Dostojevskij menar att behovet av ett straff är ytterligare ett tecken på ansvarskänsla. Förmågan att ta på sig sin skuld, att *inte* uppfatta sig som blott en droppe i ett samhälleligt hav är tecken på människans egenart och andliga höghet.

Slutligen anger Raskolnikov sig själv: han bekänner sitt brott. Han tar på sig det officiella straffet (tvångsarbete i Sibirien) som om han i hemlighet hoppats att genom lidandet bli fri från den inre tomheten. Att sedan Sonja frivilligt följer med honom och stannar hos honom verkar som en förutsägelse om en fullständig inre förvandling hos Raskolnikov. Men vi tar nu ett nytt grepp och går rakt in i romanen och lyssnar på de två kombattanterna:

Samtalet mellan Sonja och Raskolnikov

Jag kan ju inte veta försynens mening ... och varför frågar ni det som man inte får fråga, varför gör ni sådana meningslösa frågor? Hur skulle det kunna bero på mitt beslut? Och vem har satt mig att döma om vem som skall leva eller inte leva? ... Men hon anar att han har något på hjärtat ... ”Säg hellre rentut vad ni vill, utropar hon” (s. 373).

När Sonja börjar gråta kan hon inte hålla sig längre, hon vidhåller att det enda svar som finns är överlåtelsen. Men åter ser vi hur de två tendenserna har splittrats upp. Först kommer den medvetandet givna berättelsen om mordet och därefter ger han sig hän åt hennes beskyllning

Han blev plötsligt som förvandlad, den ansträngt fräcka och vanmäktiga och utmanande tonen försvann. Även hans röst blev plötsligt svagare ... Det där om Ljusin och försynen sade jag för min egen skull... Jag bad om förlåtelse på det sättet, Sonja. Han försökte att le, men det låg något hopplöst i detta matta leende. Han lutade sig framåt och betäckte ansiktet med sina händer. (s. 376).

Men - plötsligt slår alltihop om igen och han går åt andra hållet. Då fylls hans hjärta av frätande hat mot Sonja. Han blev nästan förvånad och förskräckt över denna känsla, lyfte huvudet och såg uppmärksamt på henne. Men han mötte hennes oroliga och plågsamt ängsliga blick. Den uttryckte kärlek och hans hat försvann som ett spöke. *Det var ett misstag, han hade tagit fel på sin känsla. Det betydde bara att den rätta stunden var inne.*

Åter slog han händerna för ansiktet och böjde ned huvudet. Denna stund hade i hans medvetande en fruktansvärd likhet med det ögonblick då han stått böjd över den gamla procenterskan med yxan lossad ur öglan och med en känsla av att det inte var ett ögonblick att förlora.

Då blir Sonja rädd. Genom små antydningar och efter långa släpande minuter förstår Sonja till slut själv att det är Raskolnikov som mördat de två systerarna. Då kommer det verkligt påtagliga mötet. Eller snarare hon får en insikt – en plötslig insikt om mordets bestialitet:

”Har du gissat de?” viskade han slutligen – O Gud! ropade hon till full av fasa. Vanmäktigt sjönk hon ned på sängen med ansiktet mot kudden. Men efter ett ögonblick reste hon sig snabbt, flyttade sig hastigt intill honom och tog hans händer. Hon tryckte dem hårt som ett skruvstöd mellan sina fingrar. Hon rusade upp alldeles utom sig och gick mitt ut på golvet i det att hon vred sina händer. Men plötsligt vände hon tillbaka och satte sig bredvid honom så att hennes skuldra nästan vidrörde honom. Med en ryckte hon till som genomborrad av en kniv, gav till ett gällt skrik och sjönk ned framför honom utan att hon själv visste varför. (s.378)

Hos Sonja ser vi hennes intensiva skräck för Raskolnikov samtidigt som medlidande tar sig kroppsliga uttryck. Hon trycker hans händer hårt. Men kroppens språk kompletteras av icke-dömandets styrka. Hon säger:

Å, vad har ni gjort mot er själv, utbrast hon förtvivlat. Sedan sprang hon upp, kastade armarna om hans hals, omfamnade honom och tryckte honom hårt i sina armar.

Raskolnikov ryggade tillbaka och såg på henne med ett sorgset leende: Så besynnerlig du är Sonja, du omfamnar mig och kysser mig när jag har berättat för dig om detta. Du vet inte vad du gör.

Jag ville våga något, och så mördade jag henne...Jag ville bara våga något, det var hela orsaken Sonja. –Å var tyst, var tyst utropade Sonja med knäppta händer. Ni har gått bort ifrån Gud, och Gud har slagit er och lämnat er åt Djävulen. (s. 385).

Då svara Raskolnikov

Det var mig själv som jag mördade och inte henne. Jag slog ihjäl mig själv med ett enda slag och för alla tider. Men det var Djävulen som slog ihjäl gumman och inte jag. Han stödde armbågarna mot knäna och klämde händerna hårt mot huvudet. Vad ni måtte lida ! kom ett smärftfullt rop från Sonja. (s. 386).

Först nu är förutsättningarna klara för att en medveten konfrontation av hans skuld skall vara möjlig. Nu finns inte förnekelsen där. Han förstår sin delaktighet i det onda. Först nu kommer hennes svar om vad han skall göra – en rituell handling och en bekännelse:

Vad ni skall göra, utropade hon och sprang upp från sin plats, medan hennes ögon blixtrade. Stig upp. Gå genast i detta ögonblick och ställ dig vid en korsväg och buga dig först till jorden, som du har besudlat, och buga dig sedan för alla människor åt alla fyra vädersträcken och säg till all med hög röst "Jag har mördat", då skall Gud ge dig nytt liv. (s. 387)/.../Jo, det finns ingen olyckligare människa än du på hela jorden! utropade hon som i extas, utan att lägga märke till hans ord, och plötsligt började hon snyfta hysteriskt. (s. 379).

Och så kommer talet om korset. Nu skall jag bära Lisavetas kors, säger hon till Raskolnikov, och du kan få bära mitt. Men – han är ännu inte beredd att ta emot korset fullständigt.

Sonja tog båda hans händer och lutade huvudet mot hans skuldra. Denna lilla vänskapliga åtbörd slog Raskolnikov med häpnad. Han kände sig egendomlig till mods. Vad, inte den minsta lilla avsky för honom, inte den ringaste darrning i hennes hand. Detta var en oändlig förödmjukelse för hans eget jag, så tyckte han åtminstone. Sonja sa ingenting. Raskolnikov tryckte hennes hand. Han kände sig djupt beklämd. (s.380)

Samma beklämning som Raskolnikov erfor hos Marmeladov när denne – i fyllan och villan – långt tidigare hade berättat just om Sonja: "Hon sa inget. Hon såg bara tyst på mig. Så handlar de inte här på jorden utan däruppe... De förebrår inte... Det är det smärtsammaste ser ni, att de inte förebrår en". (s.23. Denna känsla återkommer nu:

En känsla som han inte erfarit på länge sköljde som en våg in i hans själ oh smälte genast isen. Han gjorde intet motstånd mot den: två tårar sipprade fram ur hans ögon och blev hängande i ögonfransarna. Och Sonja vill följa med honom till världens ände.

Eller som Dostojevskij skriver.

Det var som om hans hjärta smälte efter denna förfärliga tid. Han föll ned framför henne, han kysste hennes fötter och båda grät i varandras armar. Men han förstår ingenting av sitt handlande.

Jag är inte troende, men jag bad henne be för mig. Gud vet hur det hänger ihop. Sonja, jag begriper ingenting av alltsammans. /.../Det är sent. Jag måste gå. Jag skall gå och ange mig, men jag vet inte varför jag gör det. Det var hundra gången som han gjorde sig själv denna fråga men likväl gick han mot sitt mål. (482).

Han kom plötsligt ihåg Sonjas ord. Gå till en korsväg, buga dig för allt folket, kyss jorden, ty du har syndat mot den och säg med hög röst till hela världen" Jag är mördare". Han darrade i hela kroppen vid detta minne och han var så beklämd av sitt tröstlösa svärmod och sin ängslan under hela denna tid, men särskilt under dessa timmar, att han formligen störtade sig över möjligheten att få erfara denna nya hela fullständiga känsla. Den kom plötsligt över honom som ett anfall: Den tände i hans själ en gnista och svepte plötsligt in allting i en eld. Allting veknade plötsligt inom honom och tårarna strömmande fram. Just som han stod där sjönk han ned på jorden/.../ Han föll ned på knä mitt på torget, bugade sig till jorden och

kysste denna smutsiga jord med njutning och lycka. Så reste han sig upp och bugade för andra gången. (s.484). En rituell eller snarast renande handling blir nu aktuell för honom.

Direkt efter detta går han till polishuset för att anmäla sig. I trapphuset stannar han lite för att hämta andan, för att räta upp sig, för att kunna gå in som en människa. Först när medlidande kan samsas med ansvaret är man en hel person Han säger: "Det var jag som mördade den gamla tjänstemannaänkan och hennes syster Lisaveta med en yxa och rånade dem". Ilja Petrovitj öppnade munnen. Folk rusade till från alla sidor. Raskolnikov upprepade sin bekännelse" (s. 490).

Rättegången mot Raskolnikov pågick i fem månader. Han svarar villigt på alla frågor, löser gåtan. Man bedömer honom som en mördare som gjort sitt brott under sinnesförvirring, även om man tillika ser en uppriktig ånger hos honom. Genom dessa förmildrande omständigheter döms han till straffarbete av andra graden, åtta år i Sibirien.

Liksom Lazarus som uppstod från sin död, så uppstår nu Raskolnikov från sin andliga död, tycks Dostojevskij vilja säga. Men endast den offrande kärleken kan påverka honom att bryta med den rationellt motiverade cynismen. Sonja utgör därmed ett slags förstudie till furst Mysjkin i romanen *Idioten*, 1888 - den vars godhet förvånar alla, och i ännu högre grad till gestalter som staret Sosima och den unge munken Aljosja i *Bröderna Karamazov*.

Tillbaka i nuet Rysk jazz – mellan kletzmer och John Coltrane

Puh, jag är alldeles yr i huvudet när jag stapplar ut på gatan. Dessa teologiska bråddjup skapar svindel. Mysterier i all ära, men jag undrar var godheten och ömheten tog vägen? Är inte detta bara logiska finesser? Vad hjälper mystiken en människa när man anar bråddjupen i sitt eget inre? Nej, jag föredrar nog Aljosja eller Sonja och jag tänker på den helige Fransiscus, han som predikade fattigdomen. Han dolde sig inte alls bakom mystikens ordsvall. I stället sa han enkelt: "Ge åt de som inget har."

Det blir en sen kväll. Efter att ha irrat omkring längs kanalerna hittar jag till slut en jazzklubb. För att rensa huvudet sitter jag flera timmar och lyssnar på en kvartett från Kazakstan. Basisten har långt hår som svajar fram och tillbaka. Han dansar invid sin bas. Trumslagaren öppnar aldrig ögonen utan vistas bakom sina ögonlock. Musiken låter som en blandning av John Coltrane och polsk kletzmer. Ute i salongen sitter ungdomar. Där finns en stillsam uppmärksamhet trots rytmer som suger.

Dagarna går och jag vandrar runt i den kalla staden. Jag står en stund på balkongen där Lenin höll sina tal till massorna. Jag går en lov i eremitaget, men hallarna är kyliga och kilometerlånga.

Jag flyger hem och är snart tillbaka i det vanliga livet; studenter, undervisning, papper, telefoner, mail och sammanträden. Men jag kan inte släppa tankarna från den glest skäggige studenten. En kväll går jag bort till bokhyllan och tar ner Göran Tunströms *Juloratoriet*. Efter en hel del bläddrande finner jag stället. Han skriver:

”Gud ’finns inte’. Skulle han ’finnas’ vore han en fånge i språket och är alltså vår slav. Skulle vi ’finnas’ vore vi fångar i vårt språk. Det äro vi också. Så fort jag vänder min dvärgblick till Gud och försöker fixera honom försvinner han för att bli tydlig överallt där han inte är. Hans frånvaro är förutsättningen för hans existens. Så där kan man hålla på – och det gör jag. Vad jag avskyr dom som inte tror på Gud. Det är tillräckligt med tomhet i mig för att rosor skola vissna. Tillräckligt med skrik för att nätterna skola brista. Tillräckligt med längtan för att låta sig dödas i krig. Men utan Gud måste så många ord dö: de som inte längre hittar ett fäste.” (Tunström 1983, 229).

Referanser:

- Berdjajev, N. (1992) *Om Dostojevskij*. Skellefteå: Artos.
- Eco, U. (1994) *Six walks in the fictional woods*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Kjetsaa, G. (1987) *Fjodor Dostojevskij – ett diktarliv*. Stockholm: Atlantis. Originalalets titel *Fjodor Dostojevskij – et dikterliv*.
- Linnér, S. (1976) Fiktiva gestalter som verkliga? I: *Från Snoilsky till Sonnevi. Litteraturvetenskapliga studier tillägnade Gunnar Brandell*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Linnér, S. (1982) *Dostojevskij. Helgonbild och livsmystik*. Stockholm: Atlantis.
- Wikström, O. (1997) *Aljosjas leende. Om gudsfrånvaro, mystik och litteratur*. Stockholm: Natur och Kultur

4. A Conversation with the Father

Ellisiv Stifoss-Hanssen, forfatter

The only certain thing in life is death. We are all going to die. Even though this fact has been an unquestionable part of history and our own awareness since childhood, it still comes with a hint of surprise when illness and the prospect of our own or our loved one's death occurs. As if we never really believed it to be true, that it would actually happen. To me. To you. We all go through it, in our own way, this crisis of the inevitable. Meeting the only certain and most natural event in a life circle scares us shitless. The lot of us. Even the ones who choose to be in a line of work were dying and facing death is in the job description.

The same can be said about disease. Every day our cells reproduce, repair and die. In the beginning the production and repairing process works faster than the clean-up of old outdated parts. Which makes us grow. Keeps our skin smooth and muscles easier to maintain and strengthen. However, at some point – earlier than we care to think about – the tables turn. Around thirty, when many would say they have not even reached their peak, the process meets a turning point, and we all slowly start to die. In some cases sooner rather than later.

So, the question remains – how can it be that the only thing we know for certain is so problematic to handle? Emotionally, intellectually, in conversations and clinical practices. What academic field am I approaching, how can anyone attempt to answer this question with any kind of credibility?

Method: Well – I chose my method with ease. I did what I often do when I encounter impossible questions; I asked The Father, a method I recommend to anyone with a close relationship to Him. In this case, my father, Professor Hans Stifoss-Hanssen. I made him sit down, by pretending to need his help on a subject concerning a writing project (as a fiction writer that always does the trick), made a recording without his knowledge, and I am now publishing it without asking. Of course, you never know what The Father knows, but to the best of my knowledge, he will be as surprised, no, maybe not as surprised as you, knowing me, but still, surprised enough, and possibly quite uncomfortable. The conversation took place in Norwegian and has been translated and shortened. So, dear dad, all the wise thoughts that did not make the cut – mea culpa, that's on me. And it's not forgotten.

Strengths and limitations: Full disclosure; I am not objective – neither to the question, as a human being, I see that as impossible, nor to my subject. I entered the conversation with the expectation of actually getting closer to answering my own question, although He

cannot possess one. I did it based on empirical knowledge – 41 years' of experience, asking questions and having conversations on existential subjects with this particular father.

Defining the question – or who's talking?

E (Ellisiv) – How is it that the only thing we know for sure in this life is that we are going to die, and that it is so problematic to relate to? Do you see what I'm getting at?

F (Father) – There's nothing about the sentence that's difficult to understand.

“Laughter.”

F – I think on one level some people would say; but, isn't it obvious?

E – Yes! And what do you read into that? Why is it obvious?

F – Well, everyone's going to die. The trees lose their leaves in the autumn, and the world is round. This is something a little different, but it's one of the indisputable truths; that we're going to die. That's how it is.

E – Yes?

F – But that wasn't your question. What was it again?

E – Why is such an indisputable fact so difficult to handle? It is as if we are taking part in an eternal struggle against reality. I'm alive, hence, I will die.

F – If you didn't have this conversation with a psychology of religion-person, but an evolutionary psychologist, he would have started by mentioning survival and such, you know. That living organisms strive to survive. They do not even bother to prove it. They would say it's just so obvious that living organisms try to resist dying, that no one needs to ask. This is not *my* answer, I'm just saying that it's at the opposite end of a spectrum.

Ageing versus dying - What colors your glasses

F – Everyone knows they are going to die, and there is, among other things, a theory about people changing perspectives on life when they get old, that is, when they approach death, right? That they gain more overview, things become clearer – there is a philosopher or sociologist who writes about this – theorizing that there is a fourth phase of life, that when you grow old, you gain a more transcendent view on the whole of your existence. This is called the Gerotranscendence Theory (L. Tornstam). You know, Geros (Greek) means old. Gerontology is the study of ageing and topics concerning elderly people. However, before him there was a very famous psychologist named Erik Homburger Erikson, who was very concerned with human development, right, from childhood to adolescence, finding an identity and becoming an adult. He also operated with such a last phase, or an aging phase. That this last phase is where you realize that life will end, and that you're going to die and such, where in a way you reconcile with it.

E – So it's kind of a reconciliation?

F – The last phase is about clarity and overview. I think I came up with that word, reconciliation, to reconcile with some perspective on death. In the Bible, when people died,

it tends to say that they were old and full of years, right. But why is such an obvious thing so difficult to take in?

E – I get this impulse that, when you're buying a house, you become very concerned with house prices, and when you grow old, you become concerned that you are going to die. That when things move closer, they become more important, and I mean that in a very concrete sense. Because the same is true for everything; if you start exercising, you become preoccupied with heart rate. You're not terribly worried about hunger if you're always full.

F – And you are not concerned with death, if you're young and healthy and alive.

E – But is it the same process if you are a 35-year-old with a cancer diagnosis you might die from, as the aging reconciliation?

F – Good question.

E – Right? I'm glad.

F – What would be awkward is, if you had to answer this now, like, right away. If you were to have an exam or something.

E – Yes, I'm graduating in death. Or life. I hope the due date is delayed...

F – But of course, the context, in that, what is closest to you sparks an interest, comes into play. Although there is an obvious difference between the existential threat and depth of knowing that you are going to die, and knowing that you are going to exercise. Something is close, but when death creeps closer, you encounter something you will not survive. Some researchers tend to state as a fact, as if this is just something everyone knows: that when people get old and approach death, they become very preoccupied with existential issues, such as death. But that's not something anyone can really know. It is not the case, that all old people are preoccupied with death or want to talk about it. And besides, Tatjana Schnell has written a stack of books about meaning and meaningfulness. When she maps meaning and how people experience meaning in life, there is one scale for meaningfulness, and another for crisis of meaning, she found, in a huge empirical material with around 600 respondents²... (a representative sample from the German population), that there are some people who have a very low meaning score, but no crisis of meaning. Not a lot of meaning – but they don't give a damn.

E – But... that's cool!

F – Yes, it's... cool. It's actually quite important, especially for people like us, among others, those who work with psychology of religion and hospital chaplains, who think of it as our task to help people who are struggling with existential issues. In that situation, you cannot just meet a group of people who are approaching death and assume that they are all worried about dying. Not everyone is, quite simply.

E – Not everyone is bothered by it?

F – No, they're not bothered by it.

E – Not all of them.

² Schnell, T. (2010). Existential indifference: Another quality of meaning in life. *Journal of Humanistic Psychology*, 50(3), 351-373.

F – Most people are. Existential indifference is not something that applies to everyone, but the big surprise to us was to see that such a group exists. Maybe as many as 35 %.³

E – Wow!

F – In other words, a significant proportion of the population. Thus, it's not the case that there is a linear relationship showing; that the less meaning you've got, the greater the crisis of meaning. That's the thing; you can have no meaning, but if you don't expect that your life should be meaningful, you don't necessarily have a crisis of meaning.

E – But what is a crisis of meaning then?

F – It is an experience of life as frustratingly empty and meaningless.

E – And how is the relationship between a crisis of meaning and approaching death?

Whether it is due to old age or illness.

F – That I do not know. Of course, I think there is an increased loss of meaning associated with the awareness that one's life is about to end. I think it is true that approaching death and the awareness that one's health is about to fail, is a crisis. I think there is probably data that show, that there is an increased interest in existential issues, like; what should I do about the fact that I'm dying? Not, why am I going to die, but how am I going to deal with it, the fact that I am going to die soon?

Meaning, dying and quality of life

E – But if you were to say something about... this is a very leading question.

F – That's my specialty.

E – The two of us wrote an article that touches on time when I was personally dying, and how we as a family related to what can be called meaning in that situation.⁴ I wouldn't have used the term crisis of meaning to describe my experience. To me that feels wrong. If someone asked; Are you dying now, on a scale from zero to ten? I'd reply: Yes, nine and a half. And do you get meaning out of this and that? Yay, yay, yay. I would rather use the term *dense with meaning*. So how does the crisis phenomena relate to this?

F – The whole point of the Meaning in life research is to look at the influence of meaning on quality of life. The fact that meaning can be completely independent of whether you are healthy, whether you have a lot of money or not and so on.

E – Challenging the notion that "It's better to be wealthy and healthy than poor and ill", by asking whether being ill and poor can be just as meaningful?

F – In a way this is part of positive psychology. Which is a part of the psychology that is more about quality of life and wellbeing, than pathology, disorders, and disease.

E – If I understand you correctly, when you get older, or maybe even just very ill, I'm the one drawing that parallel here...

³ Schnell, T. (2010). Existential indifference: Another quality of meaning in life. *Journal of Humanistic Psychology*, 50(3), 351-373.

⁴ Stifoss-Hanssen, E. and Stifoss-Hanssen, H. (2013). Ventetid – i skyggen av sykdommen. *Tidsskrift for sjelesorg*, 4/2013, 245-256.

F – When it comes to comparing the sick with the old, I don't remember any material on that right now.

E – But they find a crisis of meaning more often in the elderly?

F – I think we have to distinguish between the near-death dimension and aging. Because aging on its own is associated with *increased* meaningfulness.

E – Wow. Ageing is to get more meaning and dying is to get less.

F – Dying is a threat to meaning.

E – And not just a threat to life?

F – No, so if you are going to speculate, in my opinion it seems obvious that it's sad, if you have a good relationship with places, things and people, and then your ability to nurture those relationships are reduced, due to age and illness. At least, the thought that they may end, is sad. It may all end now. If you are somehow in a terminal disease awareness, this can be a very conflicting situation.

Discussion

F – The mindset we are applying to the question right now, which is “the research on meaningfulness” take on it; it may not be the only or most fruitful way to understand or answer your question. How can it be that it's so difficult to accept something that is so obvious? It's a heartache. It can be like getting divorced. And if so, we are not in the world of science or psychology; then we are moving into poetry, wisdom of life and whatever you may call it. There are no doctors or other biologists who can answer why we are sad because we're about to die.

E – So we just agree not to think about it (Pascal).

F – Ah, that's the one! But those who are existentially indifferent are probably the ones who are closest to not thinking about it.

E – And they exist! That's very interesting.

F – Yes, I like to keep that in mind. And now Kjell Kallenberg⁵ suddenly came to mind. He studied people who had lost their spouse abruptly, and found that a quarter of the respondents (consisting of men) went back to work quite soon and, well, it passed quickly. When he interviewed them, they replied that it was sad, of course, but that they were doing okay. And it's a powerful form of “indifference” to be able to get over such a loss so seemingly painless.

E – Is there anything that characterizes those on the fast track?

F - There's nothing I can remember, but that they were men. Men with jobs. The other groups were probably both men and women. But no one has come close to claiming that there was anything pathological about them. That there was something wrong with them in any way. They probably cried at the funeral, and they were sad.

E – But I imagine that factors like age and...

⁵ Kallenberg, K. (1992). *Den mogna sorgen: en treårsuppföljning av sörjande som mist en nära anhörig i plötslig och oväntad död*. Nya Doxa.

F – Existing network.

E – How equipped they were at expressing their feelings.

F – But in a way, they managed without, and we must acknowledge that this is within the normal reaction span. It's weird, it feels weird, but there is also something comforting about it, because these people avoid a lot of the cost, right?

Take care – taking care

E – When healthcare professionals enter roles where they must deal with other people's mortality...

F – Dying patients, seriously ill patients.

E – How does the role affect their relationship to dying? I have this notion that when you choose to enter a healthcare profession, no matter which one, you do it because you want to help.

F – Just like... healthcare?

E – Yes actually, the whole of healthcare. I think so, whether you are a nurse, a doctor or whatever it is. Hospital chaplain. There is a different dimension to it than in many other occupations. And that you, well, if you become a geriatrician, I hope it has crossed your mind that you will have to deal with death. Or if you are treating cancer or other illnesses that can be very serious. The thing is that you've been teaching a lot of these people, so I would really like to hear what your impression is of their relationship to, or reflections on, dying? If you want to help someone, it is very often about wanting to help them survive. That's what we do in this world. We must keep the human race alive! Ergo: helping a human being is making them survive – which isn't always possible.

F – No, but now you are moving into the distinction between palliative and curative perspectives on care. Or maybe healthcare at all. Hippocrates urges doctors to cure sometimes, to relieve often, and to comfort always. Right? I think, it is primarily the classical medicine that has such a strong focus on curative goals. In other words, to repair something that is broken, and that this is one of the reasons why there are such major conflicts concerning the rehabilitation of people with disabilities. Because the curative medicine cannot see much else in this person than that he's injured, that there is something wrong with him that they must try to repair. That's kind of what they have to offer. But if you ask what values they bring with them into their encounters with patients, *that*, of course, is a very good question. I have no idea, but I don't really think that curing and repairing people is a very dominant concept in the consciousness of those studying to become a nurse. Their motives can probably, to a very large extent, humanly be seen as care and as healthcare. And healthcare is, in a broader sense, understood as strengthening public health and also helping people cope *with* an illness and so on. And of course in aiding in the recovery process, as most people who enter the healthcare system do not die.

E – That's true, but there is something about having to cope with people who are dying. It's uncomfortable to deal with their reactions. My experience was, quite often, that the type of

care or comfort I received was characterized by the individual nurse's own relationship to death. Instead of thinking "I care for you – what do you need?" they came into the conversation with more of a "this is my relationship with death – ergo, what you need is..."

F – This is, of course, very important, and I have spoken with a few hundred nurses, teaching crisis management, but it's not as easy as you might think to get there. They quickly become too private when they encounter such emotional situations at work.

E – How do they reflect around it?

F – Well, I meet these people who nod and say that; yes, gosh, this is very important! And as soon as they encounter it in real life, it's all forgotten. They just don't get it, and they are unable to turn theory into practice. They fail to identify the need for existential empathy when they see it. It's like they're too personally turned on. I'm generalizing, of course, but it happens all too often that they turn on an autopilot that connects the existential pain, which the patient expresses, to their own associations. Very often to forget that this is a challenge of professional empathy, and that they must use what they have learned, to listen and understand what is happening. And then keep in mind that it's the other person's perspective that matters. They are not supposed give a "correct" answer to any question, even if the patient asks; "why do you think I have become ill?" It's a question they shouldn't even begin to answer. And they are never to start a sentence with "well, I think you are ill because..." But – I think half of them turn to run, thinking; "If we don't get a hold of the hospital chaplain, I must find an older more experienced nurse who can bear this". And yet, others struggle to let it go. At VID Specialized University, we have organized groups in existential conversations, a training focusing on having this antenna turned on, and on when it is right to act on it. It's very difficult for them to identify even as it's happening right in front of them, and then be able to relax and just listen to what the patient has to say. Or they can, for example, say "I understand," or "what do *you* think?" or "what have you thought about such questions earlier in life?" or even "what tends to help?" That kind of thing. But something happens inside those who have a somewhat dysfunctional behavior, it's like a fight or flight response. To them you look like a huge roaring lion, asking "what is the meaning of life???" That can be a problem... They tend to fight or run away. But I have to stress that it's not all that bad. In my experience, it only becomes a problem if they lack the ability to listen, in practice, and it seems to be particularly difficult if the question comes from a slightly different philosophical standpoint than their own. This is the good old example, were the patient asks; why did God let this happen to me? I have always been a kind person, what did I do wrong?

E – Well, listen here...

F – Exactly. People can be so incredibly stupid, and they really are sometimes, that they begin to respond to the question. Or they can even bring themselves to say that; *I* cannot give you an answer, but I can find you someone who can, a priest or something... But it might be that the people *you* have experienced, who weren't able to listen or didn't know what to say – that the way I speak about it kind of excuses their behavior. The thing is; what

they're doing is poor healthcare. End of story. But there is still something human about it, that they don't get it.

E – That's the thing, it is a universal human problem. And when we all find it so hard, there's no one to fix it, so to speak. In my case part of the challenge was that I, in everyone's opinion, should feel bad.

F – That you had to be very sad?

E – Yes, I had to suffer. In turn I kind of had to say, you know like, yes, darn, it is very blah blah... and preferably something deep, to satisfy their need. So that they felt important, like they were helping me.

F – That shouldn't be necessary.

E – Well, it was a great learning opportunity... It taught me quite a bit about how to listen to...

F – Healthcare professionals?

E – Yes, and about *their* relationship with death. This kind of feeling that they had an intense desire to give me something they thought I needed. So that when I could catch on to which need they wanted to fill in me, I could give them that experience. And then we would meet in that space.

F – I don't think you should make this your life's task.

E – No, what I chose to do was to stop dying. Then it naturally passed.

F – These sentences could well have been written on a piece of paper somewhere. It is a view on healthcare that is extremely important!

E – But I wonder whether this is also influenced by the degree to which one realizes, when one enters a role, that one does it for oneself. I have never met a nurse who didn't choose their profession to fill a need in themselves. In other words, I fill a need in me by helping others. To me, this is very closely linked to my relationship to research, because as a researcher you're supposed to be so called neutral in an optimal world. In other words, one should be conscious of the fact that *I speak from a place* every time I communicate something, also when I interpret some results.

F – You should at least be strongly influenced by reflexivity.

E – And that the same reflection doesn't seem as strong when it comes to this type of life choice. The second you really take it in you will realize that; shit, I chose this because *I* want to give you an experience of meaning, *I* want to give you a better life, and that this *self* actually comes first, before the person you are intending to help.

F – That might be.

E – It just does. Because it occurs in *you* that you want to become a nurse, not in *the other*. It's about having that connection in oneself to the fact that, this role as a hospital chaplain is a choice due to *my* wishes, and it is obviously great if it also helps someone else.

F – There are quite a few hospital chaplains, nurses and so on, out there, who do not have this awareness at all. Who do not understand their own choice, which may consist of a thousand mixed reasons. I, at least, wasn't close to this reflexivity when I was twenty-six years old and started as a hospital chaplain. But just to confirm what you are saying; it is

about death and the individual's attempt to find meaning in his own life. To do something important, for example to help someone else because it makes me feel good. In turn, everyone's motives in welfare can be reduced to selfishness. But that's really not very interesting.

E – Totally agree.

F – It's a kind of process there. It's not surprising that people who are twenty-one, studying health and nursing, have a completely different and much less articulated inner dialogue when they choose their profession. If you ask them again at different ages, their answers will change. Develop. But I don't think you would find some expressed desire to stem death or mortality in humanity. Not at all. But you would find existential themes that are naturally associated with it. Many people explain their choice with some element from their own life story, their biography. And then there is probably also a lot of hidden or tacit knowledge. That was actually very interesting about one of those who defended their dissertation with us now, who simply read the journal notes from the last two or three days people were alive in the intensive care unit. She read both the texts written by doctors and by nurses.

E – Oh, that's exciting!

F – And the language differed. If the text read that the patient seemed sad and looked as if he was afraid to die, the author might not have been a doctor... Then the patient would rather be described as having "a somewhat elevated respiration rate".

E – Do you think that doctors and nurses understand their encounter with death differently? In the sense; their own personal experience of the encounter with death.

F – I don't know. It probably depends on whether the individual is in contact with their own stuff, and if they relate to what they learn, look at it, in their profession. If they give it validity. I think there are quite a few powerful defense mechanisms at play. But then, as I said, there are also things that happen emotionally, that you cannot put into words. Which is tacit knowledge. This does not mean that it does not exist, but that it's demanding to put it into words. It's hard work. Eivind Berthelsen, a hospital chaplain, set out to look for some of this tacit knowledge. He sat down quietly in the corner of the room and just observed, as people were dying. Made notes of everything that went on, and then interviewed the nurses afterwards. People came in and left again, just carefully watching over the patient, counting down. And now he's dead. What Berthelsen was looking for, among other things, was what actions they performed. They changed the covers on the duvet, cleared the bedside table and covered it with a new tablecloth, placed a candle and a dark old book on top. Usually if they found a bible or a hymnal, that was preferred. And then – when that person was dead, they opened a window. No one had taught them this in any scientific education.

E – That they should release the soul?

F – The soul should be allowed to go home to wherever it's supposed to go.

E – It is very strange that the soul is so restricted by glass. I find that a little exciting.

F – Then you need to do a little reading about the soul. You see, the soul needs to have a free path. In the old days the windows even had to be round for the soul to escape. But that's no longer necessary, now it seems to be enough to open a window.

E – How did they solve that problem back then? What about people who died at home and didn't have round windows?

F – There were people who could afford round windows, Ellisiv. We're talking about big farmers and the bourgeoisie and such.

E – So, most people were trapped in their houses? No wonder mediums have a lot on their plate!

F – No, but the souls, you see, were taught that if they grew up in a poor family, they would have to find their way out themselves.

E – Aha! That's tacit knowledge for you.

What is dying – really? Reflections

F – The fear of death, manifested as a serious illness, and the fear of the manifestation of mortality that exists in a hospital, and of our own personal mortality: It is difficult to get in touch with it, but it does exist in the way that almost everyone has lost someone. And now, this weekend, with my sister-in-law in the hospital... Which is a very intrusive example. I feel tired just thinking that I have to say that she is dying, I would rather not say it out loud. But since no one is listening, I have to say that it's on my mind a lot, I really worry that she might not wake up again. But I don't know if I would be able to put into words what these situations does to my relationship with death. What would you think about it? You've probably thought more about the possibility of dying than any of us. I've been confronted with the possibility that you could die, of course. But I wouldn't say that affected my own mortality. What affects my mortality - since no one is listening - is the health of my siblings. I don't know if I would use the word mortality outside this room, but I would at least say that it touches me in an existential way.

E – Isn't the difference between the two, that my mortality affects your experience of meaning *in life*, while your siblings remind you that you have the same genes, you're in the same generation, and *that* reminds you of your own mortality?

F – Yes, but it's also about them being my siblings. They're kind of my herd. Yes, it is obvious that they have health problems that may be genetically related to the health problems I've got and so on.

E – But is it the fact that your flock will be gone?

F – It's like I have a special relationship with them. I have a different kind of relationship to you and Maria (his other daughter) and Reidun (his wife). You are in a way much closer. While they are, like, my upbringing.

E – Yes, they're your story.

F – They're my story, my life witnesses. From the time I was born until they die.

E – You don't get afraid of dying facing the possibility that I'll die, but the fear of them dying is linked to your own mortality. Parts of your story, your life witnesses, disappear the day they die. And then some of you get lost on the way?

F – Isn't that what I just said? The answer is yes. I look at myself in the mirror and I *do* look like them. It's like I see myself in them.

E – But can it be that you just answered the question? That it's about the awareness of disappearing. Is that what we're afraid of? When we lose people – if I lose Maria or you or mom, I lose, not only you but also parts of myself.

F – Yes.

E – And that being confronted with other people's death, is seeing that we ourselves disappear. That eventually there is nothing left. Not in the physical sense, that you have to get up in the middle of the night to pee, or missing the morning coffee or nice walks in the sun. That it's rather this *something*, our story, we're afraid of losing. Because we do not lose ourselves, right. When we die someone else are the ones losing us. So, it's about the existential concept of being gone.

F – But I don't really feel that I disappear. I only experience the perspective or the prospect of disappearing. And it might be that I'll experience that I disappear more and more. I have often thought about a disease called ALS as a kind of showcase of how it is to live through some of the questions we're touching on. It's almost a linear process towards dying and giving up life. Having to give up the ability to do different things, right? While for the rest of us it is much less graphic. It happens more in chunks and may be a little surprising. For some it doesn't take long, but on the other hand, my sister-in-law can theoretically remain in that state for a long time (sadly, my loving aunt died a week later). But I think that what we are trying to do now is to answer something that is in... it is probably not beyond the realm of language. But it isn't easy to put into words straightforwardly, directly, clearly. It is possible to suggest something, to use images. And it is available for metaphors and narratives, comparisons. All those things.

Conclusion?

E – So, the answer to the question is fiction and art?

F – Yes, or the answer is poetry, really. And I do not mean poetry in the sense that it should be divided into verses and lines with an uneven margin, but... I definitely think so. In that sense, I perceive the religious texts as poetry, right? Which is precisely why it has an enormously rich resonance in relation to these questions.

E – Isn't that why we engage in philosophy and faith?

F – Yes. Some of us can even make a living out of it...

There are things that do not exist outside the language, that is enigmatic.

But more enigmatic is that there are things that do not exist within the language.

Stein Mehren

DEL II: Diakoni

5. Public Mental Health and Diaconal Work in the Norwegian Context

Valerie DeMarinis, Research Center on Existential Health, Innlandet Hospital Trust

This chapter aims to provide a space to reflect, through the framework of public mental health, on certain aspects of the Church of Norway's understanding of and plan for diaconal work through its local and global mission. The text is to be understood as a first step in bringing these topics into dialogue. A few points need to be noted from the start. First, I am approaching this reflection as a professional researcher in the area of public mental health as well as a clinician in that field. Second, as a public mental health professional in the Nordic contexts of both Sweden and Norway I belong to a growing Scandinavian, European and international field of researchers and program developers who acknowledge the importance of understanding and including an existential dimension of health as an integral part of public mental health and public mental health promotion. Third, the global experiences of Covid-19 that have been and remain with us, certainly have raised the need for public health in general and public mental health in particular to re-examine its way forward. This needs to be done with respect to its own mission, clarity of orientation, and last but not least a deeper understanding of what potential resources and partnerships might exist in order to more responsibly identify and address human sustainability in its fullest sense.

Public Mental Health

Public Mental Health as an Integral Base of Public Health

Public health is defined as the art and science of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organized efforts of society. The overall vision is to promote greater health and well-being in a sustainable way, while strengthening integrated public health services and reducing inequalities. In order to achieve this vision, the public health approach involves working with other sectors to address the wider determinants of health. (World Health Organization, WHO, 2012).

An approach to public health that includes public mental health with a health promotion focus recognizes protective factors for mental health and wellbeing as well as broader determinants, including the lifelong impact of mental ill-health and other risk factors. Good mental health is the basis of all health (WHO, 2004). Positive mental health results in health, psychosocial, and economic benefits, which are not due simply to the absence of mental

disorder. Moreover, promotion of mental wellbeing can both prevent mental and somatic disorders as well as assist in the recovery from these disorders. Promotion and prevention are important for the sustainable reduction of the burden of mental disorder since once it has arisen, treatment can only reduce a relatively small proportion of such burden. This is due to lack of treatment facilities and the fact that there often are many years from the first symptoms to treatment seeking behavior (partly due to stigmatization) (Boyd-MacMillan & DeMarinis, 2020). The challenge is to incorporate such interventions into non-clinical and clinical practice as well as engaging with a range of other service providers in the community.

A public mental health-wellbeing orientation focuses on both challenges (e.g. psychosocial impairment, distress) and strengths (e.g. wellbeing, resilience) no matter when or where one enters the process. (DeMarinis, 2018; DeMarinis & Boyd-MacMillan, 2019). In research among displaced populations, mental health, wellbeing, daily functioning, family cohesion and community members' interaction in general appear to benefit from integrated models of clinical and community care programs (Tol et al., 2011). When considering the implementation of care services that foster local agency, an ecological approach may promote culturally appropriate care (Ager et al., 2005). This kind of approach fits well with the Bronfenbrenner (1979) model that has become a standard reference.

Public Mental Health Promotion and Resilience

Public mental health promotion is coupled to the promotion of resilience throughout the lifecycle. A public mental health promotion approach focuses on protective and salutogenic factors that contribute to resilience (DeMarinis, 2014).

Resilience is a complex concept and continues to be both defined and approached in research in different ways. Generally, it is accepted that resilience is inherently related to the resources that an individual can draw on to overcome adversity (e.g. Richardson, 2002). These protective or promotive factors come in a wide variety of forms that combine to make a person resilient. Three interacting levels are involved (see further development in Boyd-MacMillan & DeMarinis, 2020).

Level 1 – Individual factors: Focus is on psychological and neurobiological factors that can play a role in maintaining and recovering wellbeing after traumatic events or setbacks.

Level 2 – Social factors: Focus is on the social relationships one has and whether an individual can call on and expect support in times of crisis.

Level 3 – Community factors: Focus here goes beyond individual capacities to include economic, institutional, ecological, and infrastructure capacities when evaluating which communities are most likely to be resilient in the face of tragedies either natural or human.

A person's resilience is, therefore, not only an individual process but also an interpersonal one, that is, a human resource that develops and thrives in a culturally defined group- and community context (Kirmayer et al., 2011). In a Swedish study related to minority group acculturation (Cetrez et al., 2021) it was found that assessing resilience only on an individual level does not provide an adequate picture of the actual situation and level of resilience when interpersonal resources are also considered.

Public Health, Public Mental Health and Social Justice

In public health, public mental health and global health, attention to a framework based on a social justice foundation is increasing. Examples of this can be found in relation to research and programs to address inter-personal violence and interactions with mental health (see for example Tol, 2020). The social justice theory from bioethicists Powers and Faden (2006) can be used to facilitate an analysis of the moral issues at stake in public health and health policy questions. In their more recent work, Powers and Faden (2019) make the case for social justice as the moral foundation for public health, in rather stark contrast to an often-used foundation of bringing about the greatest health benefits from limited public health resources. They understand the ultimate purpose that principles of justice aim to achieve, which they consider to be human wellbeing (Powers and Faden, 2019). Wellbeing is described as consisting of six irreducible elements: health (including mental health), personal security (encompassing freedom from interpersonal as well as other forms of violence), knowledge and understanding, equal respect, personal attachments, and self-determination. The aim of social justice then is to specify those background social and economic conditions that determine whether certain inequalities, that may themselves result from the promotion of other indispensable moral aims, should be seen as unfair.

Public Mental Health and an Existential Dimension of Health

The term existential functions here as an umbrella term to encompass a wide range of meaning-making operations which provide operational narratives, value structures, and decisional pathways as well as the ritualized expressions of such (DeMarinis, 2006, 2008). Theoretically, this way of thinking about an existential dimension of health has emerged over many years of healthcare related research in the Swedish and in the Norwegian cultural contexts where I have adapted and applied Arthur Kleinman's original model (1980) of including an existential dimension into an understanding of health dimensions.

The existential dimension is focused on the individual's understanding of existentiality and the way meaning is created. This dimension includes worldview conception, life approach, decision-making structure, way of relating, and way of understanding. It also includes the activities or expressions of symbolic significance, such as rituals and other ways of making meaning. As each individual has an

existential dimension and spiritual nature, the varieties of their expression include many different kinds of meaning systems. These can be associated with traditional religious systems or with other meaning-making systems. For the individual it is also possible to have elements of different systems combined (DeMarinis, 2006, pp. 44-45).

From a public mental health perspective that can be operationalized in complex multicultural contexts, this term is useful as it can map existential meaning-making operations that include traditional religious as well as other types of existential worldview constructions. Though this approach to an existential dimension of health has been expanded and operationalized in different studies, the main components are still central. In later research publications the social, contextual and cultural aspects of these components have been developed. Some examples of expanding into the social, contextual and cultural aspects of the existential health dimension with different populations include for example in the Swedish context work with forced migrant populations (DeMarinis, 2014; Sundvall et al., 2020) and in the Norwegian context with palliative care populations (Haug et al., 2016) and with existential groups for patients in hospital settings (Frøkedal et al., 2019).

Within the public mental health field, there is to date only one public mental health model for responding to natural disaster and post-conflict situations that includes an existential meaning dimension. This is the ADAPT model (Adaptation and Development After Persecution and Trauma) which was developed for and with vulnerable populations, such as refugees and asylum seekers (Silove 2013). It is a public mental health promotion model that can be used simultaneously to identify important areas to address in mental-health clinical work as well as for societal program planning for working together with such vulnerable populations in helping with the construction and reconstruction processes of postmigration challenges. It is now being used internationally, through a variety of program applications.

The ADAPT model organizes the ecosocial environmental-societal domains of every society into five core life systems that support safety and security; interpersonal bonds and networks; justice; identities and roles; and existential meaning (Silove 2013). The undermining or disruption of one, a few, or all five life systems is associated with core psychosocial reaction patterns at the micro (individual), meso (family, group) and macro (societal) ecosocial levels (Bronfenbrenners' model 1979). These psychosocial reactions can be organized according to the impact on the life systems:

- Chronic or recurrent threats to safety and security (Life system 1) generate fear and anxiety, and when the threat extends beyond the individual's/group's capacity to adapt, manifests in overt symptoms of PTSD and other forms of clinical anxiety.

- Multiple adversities, traumatic losses and separations (Life system 2) lead to grief and when unmitigated, result in complicated forms of bereavement and extreme separation anxiety, which in turn affect ongoing relationships.
- Exposure to gross human rights violations (torture, sexual abuse, massacres) often provokes an intense sense of injustice (Life system 3) associated with normative feelings of anger, a response that can become dysfunctional when anger expresses itself in inappropriate aggression.
- Loss of roles and identities (Life system 4) can challenge the sense of identity and at the extreme, lead to feelings of marginalization and anomie.
- Disruption of systems of existential meaning (Life system 5) challenges the individual/group to re-evaluate established belief systems, which in turn can lead to a sense of incoherence and existential despair. (These points are adapted from Boyd-MacMillan & DeMarinis, 2020).

There is now a growing body of evidence that working with this model and its understanding of these interdependent life systems in public mental health in coordinated clinical, group and community programs is effective. This regards not only in helping people to emerge from such crisis situations with more effective coping strategies, but also reduces the level of mental ill-health through serving as a means of resilience learning for the future (Quosh, 2013; Tay et al., 2015; Cetrez et al., 2020).

Within the international network developing programming related to the ADAPT model in different public mental health situations attention to the life system of existential meaning, is becoming a priority area. This includes mental health programming related to Covid-19 and its aftermath, both in low-middle and high-income countries,. This life system, understood in a public mental health framework, is the least developed and yet at many levels understood to be the central life system for resources that guide reparation of the other life systems.

Diaconal Work in the Norwegian Context through a Public Mental Health Lens

My interest in creating a dialogue space for public mental health and diaconal work, especially in Scandinavian contexts, is something that has grown in importance through the years. Initially, it began through scientific discussions and collaborations within the Swedish Uppsala context with Anders Bäckström and colleagues in diaconal research and with Thorleif Pettersson in sociology of religion research, particularly the World Value Study research. In Norway, there have been many research and clinical discussions from a public health and public mental health vantage point relating to diaconal work emanating from central parish structures as well as specialized diaconal work in social services as well as

healthcare contexts. Though there have been too many to name here, central ones have taken place related to ritual studies research with Hans Stifoss-Hansen at VID and Lars Danbolt at MF/ Research Center for Existential Health, Innlandet Hospital Trust. Clinical and public mental health cooperations with Lars Lien at the National Norwegian advisory board for concurrent addiction and mental health problems/Innlandet Hospital Trust (DeMarinis & Lien, 2022), and through the cooperative research work with psychologist Ingvild Vattø, MF/Innlandet Hospital Trust, on the Church of Norway's diaconal suicide prevention hotline (Vattø et al., 2020)).

Though diaconal work has a long history, the research around diaconal work has a much more recent history. It is therefore not surprising that there are so few research publications on diaconal work in international databases related to public health and public mental health in general. Yet, as one working on a daily basis in public mental health, the linking of these topics is necessary. In the sections following I want to explore two questions relating to linking these topics. In focus is an exploration of the National Council of the Church of Norway's: *Church of Norway plan for diakonia* (in Norwegian. Kirkerådet, 2008, rev. 2020).

Church of Norway Plan for Diakonia as a Public Mental Health Plan

Question 1: Could one argue that *the Church of Norway plan for diakonia* can be understood as a public mental health expression in line with the public mental health orientation outlined above?

The reflections below are not exhaustive, but do point in a clear direction.

The definition of diakonia is expressed as follows:

Diakonia is the caring ministry of the Church. It is the Gospel in action and is expressed through loving your neighbour, creating inclusive communities, caring for creation and struggling for justice" (p. 4)⁶

This definition and the four areas of expression parallel the multi-dimensional areas in public mental health orientations, policies, and programs that emphasize that local communities are essential for public mental health and for work that is done through an ecosocial framework.

In *Chapter 1 Introduction* (one page, p. 4) several other points are made that strongly align with a public mental health perspective that is built from a social justice perspective. In fact, the fourth diaconal expression 'struggling for justice' even names this perspective. Another essential point of orientation is that all voices need to be included, not least those that are the intended groups for different measures and activities. In addition, the focus of diakonia

⁶ All page numbers refer to the revised 2020 version. Translations from Norwegian by author.

is on the entire life cycle, with work from children through old age and all the ritual expressions that mark the cycle of life. This echoes the inclusive perspective of public mental health as well as the reality in public mental health research that the most effective programs are the ones that include those who are participating through an incorporation of their unique knowledge base. This also fosters resilience, through gaining information on all factor levels: individual, social, and community. It is noted that in ecumenical diaconal work there is a focus, in these times, more on what can be done together than on theological points that can divide efforts. Finally, there is an understanding of the importance of identifying resources that can nurture individual and societal development at different and integrated levels while at the same time knowing how to address situations where such nurture has not been present. In public mental health this correlates with the identification of protective factors as well as risk factors, and the important work of health promotion as well as early intervention in addressing situations and contexts at risk.

There is a special point made that diakoni is not only different measures and activities, but also a special *dimension (dimensjon)*. In diaconal organizations and institutions this *dimension* can find its expression in values, organizing and identity. In parishes this *dimension* can find its expression in worship services, preaching, faith education and child- and youth work. What exactly this use of *dimension* means is not further elucidated. However, the implication is that this *dimension* points to something vitally important for understanding the diaconal vision. Perhaps it can be linked to the importance of understanding how vital an orientation to health promotion and resilience is no matter when and where one enters a situation to work with people under their development and in situations of special needs and crises. Perhaps this *dimension*, in any of its expressions can help us to better understand the existential dimension of health, that which nurtures and sustains and makes possible hope in desperate situations.

There is also a link to the UN's 2030 agenda for Sustainable Development and its 17 specific goals, a part of every public mental health agenda. This agenda is one shared by church, states, municipalities, businesses and other actors in civil society. It is noted that many of the goals include themes that diakoni has worked with and therefore it is a useful framework not only for further development of the work of the church but also for deepening the coordinated work of the church with municipalities and other actors.

Chapter 3, Working methods, roles and methods (pp. 7-9) begins with an orientation that the church is a part of society: locally, nationally and internationally. Cooperation with other actors at all levels is emphasized. This can be directed towards care and community as well as change making and problem solving. Among the many working methods and arenas of diakoni is that of advocacy work for especially vulnerable groups in society. This can be done through involvement, dialogue, and statements made in the public sphere. The area of advocacy is of special importance in public mental health as vulnerable groups and

individuals are often in great need but all too often fall through the cracks of public mental health services.

In Chapter 4, Strategic Questions (pp. 11-15), reflective questions, illustrative examples, and areas of engagement are explored. Here the importance of cooperative social praxis and the provision of, as needed, intercession for vulnerable groups is noted.

Under *loving your neighbor*, the theme of violence is included bringing attention to the complexity of violence including sexual, physical and also psychological expressions. Violence in general and gender-based violence are essential components in public mental health work locally, nationally and globally.

Addressing ethical concerns here including both abortion and biotechnology applications are noted. It needs to be noted that there are very different understandings and dimensions of abortion that cannot be addressed here. What is important from this section for public mental health is that the addressing and perhaps even the identifying of unstated ethical concerns is part of the work of public mental health. It is not to be assumed that all that is legal is necessarily ethical. One very important area, for example, where public mental health has needed to be a societal moral voice has been around drastic changes in the area of migration policies related to family reunification and the dramatic implications for individual, family and community mental health of refugees (Cetrez et al., 2020).

Under, *creating inclusive communities*, two points are especially important from a public health perspective. First, the work with reconciliation can include all from working with relationships among individuals, local groups, ethnic groups or different countries. Second, the recognition and need to address the church's and society's roles in relation to grave injustice to the second official folk group in Norway, the Sami population, are important. The Sami population's right to their own language, history, cultural expression, economic system and co-determination need to be central to diaconal work.

Under, *struggling for justice*, it is noted that whether dealing with local or global situations, diakoni is never only a matter of helping. It also includes the struggle to build a society where all are treated as having the same worth. It is working with people to stand up for their own and others rights and to participate in the building of an inclusive and democratic society. Inclusive and democratic societies are cornerstones of public mental health.

In Chapter 5: Volunteerism, Responsibility and Leadership (pp. 16-19), the importance of the role of volunteers in the work of the diakoni is stressed. The role of volunteers through well trained and evaluated methods is a very important part of public mental health work, especially at the community mental health level. The volunteer component is also a mark of inclusivity and the recognition of the importance of local knowledge in activity- and program planning as well as evaluation.

At the conclusion of this reflection on the *the Church of Norway plan for diakonia*, I think the argument can be made that this plan can be seen as a public mental health expression in line with many of the central points outlined in the orientation to public mental health outlined above. As has probably been noted, attention to the theological basis of the diakoni plan has not been addressed. This leads us naturally into the second question of this reflection.

Revisiting the Existential Dimension through the Plan for Diakonia

Question 2: How can the theological basis of the plan be operationalized for both the Church of Norway's diaconal work and for public mental health work with the existential dimension of health?

Chapter 2 of the revised 2020 plan for diakonia is devoted to the theological basis of diakonia (pp. 5-6). It includes this quotation: "All diaconal care is built on reciprocity, equality and respect for the other." The theological basis or foundation is Christian belief and its special mandate to the church to serve humankind and all that is created. Through this active belief, nurture and strength are given to bring about action and involvement, and to take up the battle to make society a better place and correct the injustices that deprive people of their life opportunities. This injustice is a root cause of desperate human situations and human suffering.

The theological basis of diakoni is clear in the plan, and an essential part of how existential health is understood for those who do this work. However, does it not create a challenge to the wider work of diakoni for those outside of this theological belief system? Is there a way public mental health workers and researchers, outside of this confessional belief system, can find a way to understand what is at stake here for a functioning public health system?

To better identify the challenge, let me return to the above-described public mental health ADAPT model and one of important discussions that recently took place around the life system of existential meaning. One of the public mental health researchers noted that the existential meaning life system was difficult to operationalize in a general way for public health. This is due to the widespread tendency to conflate a particular and dominant religious and/or theological system with the intended understanding of what the existential meaning life system means that requires investigation into the exact meaning for each individual and group in the context of their lives.

To unpack this challenge, I will draw on a section of the work of Stifoss-Hanssen (2009) describing the research work he and Danbolt undertook related to the multi-dimensional church-related rituals following events of disasters and accidents (Danbolt & Stifoss-Hanssen, 2007). In this work the argument is made for needing different analytical perspectives on rituals. These perspectives include: a practical-theological, a comparative and a functional one.

The practical-theological perspective is what we know best from before, where we think normatively and historically about the verbal content of the rituals; the comparative perspective is the perspective of religious studies, which emphasizes ritual behavior as something universally human across religions and worldviews; and the functional perspective draws on a health professional, therapeutic and psychological thinking that, among other things, is interested in what the rituals do to people. (Stifoss-Hanssen, p. 176).⁷

He argues that by looking at these important rituals through different perspectives, the ability to understand the breadth and depth of them is strengthened.

And by showing that the functional perspective is a possible, if not one-sided perspective, we lift this into the church's action repertoire, and thus - not least - into the diakonia's field of attention. It simply means that we must be aware of the experiential realities that surround the church's ritual treasures, and we must develop the ability to understand these realities and the ability to act qualified in this field in a way that does not hurt and promotes empowerment. (Stifoss-Hanssen, p. 176)

Stifoss-Hanssen's articulation of these three analytical perspectives was addressed, in this publication, primarily though not exclusively to theologians and those researching and doing work related to diakonia. The critically important point is that understanding these three perspectives can help to guard against that what is done does not hurt others and does aim to promote empowerment. In this sense, and here the emphasis is mine, such perspective-taking is *essential* both for diakonia and for public mental health, especially for understanding the existential dimension of health and the existential meaning life system in the ADAPT model. Without these perspectives working *in tandem* others may be hurt and empowerment will not take place.

Translating these perspectives into a public mental health approach can be done by understanding *the practical-theological perspective as the particular normative framework of existential health the individual or group holds*. In this normative framework will be activities or expressions of symbolic significance, such as rituals and other ways of making meaning. Normative frameworks, even for those sharing them are dynamic and interpreted perhaps differently by different members of the group depending on life experiences, emotions involved, state of both mental and physical health, and a variety of other factors. The closer that normative framework is to the cultural context in which the public mental health worker is located, the more familiar it will be. In many respects, such a closeness provides an advantage to be able to draw on common references including symbolic resources. However, this closeness of a shared system can mask a degree of objectivity needed in professional work. The challenge in public mental health is to build a degree of trust in order

⁷ Translation from Norwegian by the current author.

that the particular normative framework of the individual or group understands existential health can be shared and then a plan for working with this in collaboration can be made.

The comparative perspective is the perspective of religious studies. For public mental health, *this perspective can be understood as identifying different expressions of the normative framework of existential health*, as these different expressions point to the same human need for activities or expressions of symbolic significance, such as rituals and other ways of making meaning. These different expressions of the normative framework of existential health are essential for public mental health workers and researchers who operate in multicultural contexts and/or in a variety of different cultural contexts.

The functional perspective draws on a health professional, therapeutic and psychological thinking framework that, among other things, is interested in what the rituals do to people. In many respects the functional perspective is the perspective of the public mental health professional. However, for public mental health I suggest that this perspective be renamed: *the contextually and culturally grounded functional perspective.* The need for this renaming is related to the reality that healthcare research, even that related to the topic of existential health, is never fully objective. In many areas and orientations of public mental health research there remains a dangerous ignorance of the damaging effects of transplanting public mental health programs from high income countries to low or middle income countries without critical reflection. This type of reflection needs to include understanding of the particular context and culture, the specific normative systems including those related to existential health and understandings of mental illness, as well as available resources.

Summarizing Conclusion

Returning to the example of the challenge to understand how to work with the existential meaning life system in the ADAPT model and with the existential health dimension, necessitates approaching this work responsibly. This involves professional development in these three perspectives in a coordinated way, in order to make accurate assessments of the situation and its existential configurations that will assist the public mental health professional to better understand how to gain access to and enable the necessary resources needed for engaging this existential life system. This requires for public mental health professionals just as for those in diaconal work in society, as noted by Stifoss-Hanssen (2014), the need for proper empirical training and proper evaluation to avoid harm and to identify what works towards empowerment. In this respect, understanding the role of empirical verification and evaluation for testing the outcomes of the activities and programs developed and run, supports the intention of method noted in *Chapter 3* of the plan for Diakoni (p. 9) to be able to review and revise to make sure that what one is doing is good.

Within the Scandinavian context, partnering with diaconal professionals, open to this three-perspective framework, might provide a very strong resource base to explore how the

ADAPT model and its existential meaning life system can be operationalized to identify and address the mental health and existential health sequelae that have and are continuing to develop for different groups in our societies resulting from the COVID-19 pandemic.

References

- Ager, A., Strang, A., and Abebe, B. (2005). Conceptualizing community development in war-affected populations: Illustrations from Tigray. *Community Development Journal*, 40(2), 158–168. <https://doi.org/10.1093/cdj/bsi024>
- Boyd-MacMillan, E. and DeMarinis, V. (2020). *Learning Passport: Curriculum Framework (IC-ADAPT SEL high level programme design)*. Cambridge, UK: Cambridge University Press & Cambridge Assessment.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design* (New Ed edition). Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Campion, J., Bhui, K., and Bhugra, D. (2012). European Psychiatric Association (EPA) guidance on prevention of mental disorders. *European Psychiatry: The Journal of the Assoc*
- Cetrez, Ö., DeMarinis, V., Pettersson, J., & Shakra, M. (2020). *Integration: Policies, Practices, and Experiences, Sweden Country Report. Working papers Global Migration: Consequences and Responses*, Paper 2018/10, May 2018, Uppsala University. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3951714>
- [Cetrez](#), Ö, DeMarinis, V. [Sundvall](#), M., Fernandez-Gonzalez, M., [Borisova](#), L., Titelman, D. (2021). A Public Mental Health Study Among Iraqi Refugees in Sweden: Social Determinants, Resilience, Gender, and Cultural Context. *Front. Sociol.*, 26 April 2021 <https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.551105>
- Danbolt, L. J., & Stifoss-Hanssen, H. (2007). *Gråte min sang*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- DeMarinis, V. (2008). The Impact of Postmodernization on Existential Health in Sweden: Psychology of Religion's Function in Existential Public Health Analysis, *Archive for the Psychology of Religion*, 30(1), 57-74. doi: <https://doi.org/10.1163/157361208X316962>
- DeMarinis, V. (2014) Public mental health promotion, meaning-making and existential meaning: Challenges for person-centered care of refugees in a secular, pluralistic context. In: G. Overland, E. Guribye, B. Lie (Eds.) *Nordic Work with Traumatized Refugees: Do We Really Care*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars (pp. 316-324).
- DeMarinis, V. (2018) Public mental health promotion in a public health paradigm as a framework for countering violent extremism. In: G. Øverland, G. and A. Arnfinn (Eds.) *Processes of violent radicalisation in the 21st century*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.

- DeMarinis, V. (2018) Public mental health promotion in a public health paradigm as a framework for countering violent extremism. In: G. Øverland, G. and A. Arnfinn (Eds.) *Processes of violent radicalisation in the 21st century*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.
- DeMarinis, V. and Lien L. (2022) Public Mental Health Promotion as an Integral Part of Clinical and Community Care Programmes. In *Uppsala Health Summit Pre- Conference Report And Post-Conference Brief Uppsala*: Uppsala Health Summit Publications at Uppsala University.
- DeMarinis, V., and Boyd-MacMillan, E. (2019). A mental health approach to understanding violent extremism [EU Radical Awareness Network (RAN) *Policy and Practice Report*]. Retrieved December 2021 from: https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/networks/radicalisation_awareness_network/about-ran/ran-h-and-sc/docs/ran_hsc_prac_mental_health_03062019_en.pdf
- Fanuelsen, O (2009) Det godes fiende i Kai Ingolf Johannessen, Kari Jordheim, Kari Karsrud Korslien (red.) *Diakoni- en kritisk lesebok*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag
- Frøkedal, H., Sørensen, T., Ruud, T., DeMarinis, V., Stifoss-Hanssen, H. (2019) Addressing the existential dimension in treatment settings: Mental health professionals' and healthcare chaplains' attitudes, practices, understanding and perceptions of value. *Archive for the Psychology of Religion*, 41 (3), 253-276.
- Haug, S. H. K., Danbolt, L. J., Kvigne, K., & DeMarinis, V. (2016). Older people with incurable cancer: existential meaning-making from a life-span perspective. *Palliative & Supportive Care*, 14(1), 20-32.
- Kirkerådet (rev.2020) *Plan for diakoni i Den norske kirke*. Oslo
- Kirkerådet. (2008). *Plan for diakoni i Den norske kirke*. Oslo
- Kirmayer, L. J., Dandeneau, S., Marshall, E., Phillips, M. K., and Williamson, K. J. (2011). Rethinking resilience from indigenous perspectives. *Canad. J. Psychiatry* 56, 84–91. doi: 10.1177/070674371105600203
- Kleinman, A. (1980) Patients and Healers in the Context of Culture. Berkeley: University of California Press, *Palliat Support Care*. 2016 Feb;14(1):20-32. doi: 10.1017/S1478951515000644.
- Powers M and Faden R (2006) *Social Justice: The Moral Foundations of Public Health and Health Policy*. New York: Oxford University Press.
- Powers M and Faden R (2019) *Structural Injustice: Power, Advantage, and Human Rights*. New York: Oxford University Press.
- Quosh, C. (2013). Mental health, forced displacement and recovery: Integrated mental health and psychosocial support for urban refugees in Syria. *Intervention*:

- International Journal of Mental Health, Psychosocial Work & Counselling in Areas of Armed Conflict*, 11(3), 295–320. <https://doi.org/10.1097/WTF.0000000000000012>
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307–321. <https://doi.org/10.1002/jclp.10020>
- Silove, D. (2013). The ADAPT model: a conceptual framework for mental health and psychosocial programming in post conflict settings, *Intervention*. Volume 11, #3; pp.237 - 248.
- Stifoss-Hanssen, H.(2009) Når verden raser sammen-Diakoniens identitet, ritualer som diakoni, og diakonens yrkesrolle i Kai Ingolf Johannessen, Kari Jordheim, Kari Karsrud Korslien (red.) *Diakoni- en kritisk lesebok*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag
- Stifoss-Hanssen, H.(2014) Diakonia as professional practice: Perspectives on research and education», in *Diakonia as Christian social practice – an introduction*. Eds S Dietrich, K K Korslien, K Nordstokke, K Jørgensen. Oxford: Regnum Studies in Mission.
- Sundvall, M., Titelman, D., DeMarinis, V., Borisova, L. & Cetrez, Ö. (2020). Safe but isolated – an interview study with Iraqi refugees in Sweden about social networks, social support, and mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, Sep 2020. <https://doi.org/10.1177/0020764020954257>
- Tay, A. K., Rees, S., Chen, J., Kareth, M., Mohsin, M., & Silove, D. (2015). The Refugee-Mental Health Assessment Package (R-MHAP); rationale, development and first-stage testing amongst West Papuan refugees. *International Journal of Mental Health Systems*, 9(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s13033-015-0018-6>
- Tol, W. A., Patel, V., Tomlinson, M., Baingana, F., Galappatti, A., Panter-Brick, C., ... van Ommeren, M. (2011). Research Priorities for Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Settings. *PLoS Medicine*, 8(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001096>
- Tol, W.A. (2020). Interpersonal violence and mental health: a social justice framework to advance research and practice. *Global Mental Health* 7, e10, 1–8. <https://doi.org/10.1017/gmh.2020.43>
- Vattø, I., DeMarinis, V., Haug, S.H.K., Lien, L. & Danbolt L.J. (2020) Emotional stressors among volunteers operating a diaconal suicide-prevention crisis line in Norway: a qualitative study, *British Journal of Guidance & Counselling*, 48:4, 563-575, DOI: [10.1080/03069885.2019.1646409](https://doi.org/10.1080/03069885.2019.1646409)
- WHO (2012) retrieved December 2020 from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/public-health-services>
- WHO (2004). Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice [Summary Report]. Retrieved from World Health Organization website December 2020: https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf

6. Diakoni og profesjonell praksis. Et empirisk blikk på diakonivitenskapelig forskning

Olav Helge Angell & Annette Leis-Peters, VID Vitenskapelige Høgskole, Oslo

Som professor i diakoni og profesjonell praksis ved ph.d. utdanningen i diakoni, verdier og profesjonell praksis har Hans Stifoss Hansen vært med på å prege et tverrfaglig, praksisnært forskningsfelt. I en artikkel i boka «Diakonia as Christian social practice» (Stifoss-Hanssen, 2014) skisserer Stifoss-Hanssen noen retninger han mener videre forskning på området diakoni som profesjonell praksis bør ta:

1. Eksploratoriske studier på feltet «kirken og samfunnet». Det innebærer studier som omfatter kartlegging av utsatte grupper i samfunnet og om og hvordan kirkelige aktører, dvs. kirker, diakoner og menigheter, har kontakt med eller hjelper disse gruppene.
2. Hjelpetiltak, dvs. praksiser og aktiviteter satt i gang av eller under ledelse av diakoner. Det innebærer å studere handlinger og praksiser som relaterer seg til modeller av og teorier om diakoni.
3. Innovative praksiser, dvs. intervensjoner som går utover slike som er vanlige i diakonien. Som formuleringen tilsier, innebærer dette å undersøke diakonal praksis som overskrider tradisjonelle – eller konvensjonelle – praksiser og forventninger. (Stifoss-Hanssen 2021, 71).

I denne artikkelen vil vi presentere en systematisk gjennomgang av vitenskapelig litteratur som behandler empirisk forskning gjort i akkurat disse skjæringspunktene mellom diakoni, samfunnsutvikling og innovasjon. Vi forklarer først hvordan vi har søkt etter den empiriske forskningen som Stifoss-Hanssen etterspør, sammenfatter deretter hvilke studier vi finner og hvordan de svarer til Stifoss-Hanssens forskningsprogram før vi identifiserer hullene og blinde flekker.

Kartleggingsprosess og forskningsspørsmål

Et systematisk litteratursøk kan gjennomføres på mange måter. Sammenlignet med for eksempel kreft- eller velferdsforskning er antallet av studier som direkte kan kobles til feltet diakoni som kristen sosial praksis, meget begrenset. Likevel er det et forvirrende område (som vi skal vise senere) som har flere urelaterte retninger som ofte og fortsatt baserer seg på nasjonale forskningsmiljøer (se for eksempel Schmidt (2019)). Derfor passer metoder som «scoping review» (Levac, Colquhoun, & O'Brien, 2010) eller metaetnografi (Noblit & Hare, 1988) særlig bra for å søke etter og analysere relevant forskningslitteratur på dette område.

En systematisk oversikt kan avdekke de viktigste tilnærmingene og funnene i skjæringspunktet mellom forskning på diakoni, sosial innovasjon og samfunnsutvikling. I motsetning til Levac et al. formulerer vi ikke et klart spørsmål (1), men tar Stifoss-Hanssens utfordringer som utgangspunkt. Vi sikrer et omfattende spektrum av studier (2) gjennom å inkludere forskjellige relevante databaser og forskjellige språk. Søket er likevel praktisk mulig siden forskningsfeltet er relativt begrenset. Vi har arbeidet som lag med artikkelen og dermed sikret en iterativ fremgangsmåte (3) og organisert de utvalgte artiklene i tematiske oversikter (4) som hjalp oss å strukturere den tematiske analysen (5). Levac et al. foreslår å diskutere resultatene med eksperter og utøvere fra praksisfeltet hvilket vi ikke har gjort. Isteden har vi latt oss inspirere av metaetnografi som heller sikter på interpretasjon enn på aggregasjon (Noblit & Hare, 1988, p. 2). I vår case innebar den interpretative analysen en refleksjon rundt begrepsbruk og rundt grenseoppgangene for empiriske versus teoretiske studier.

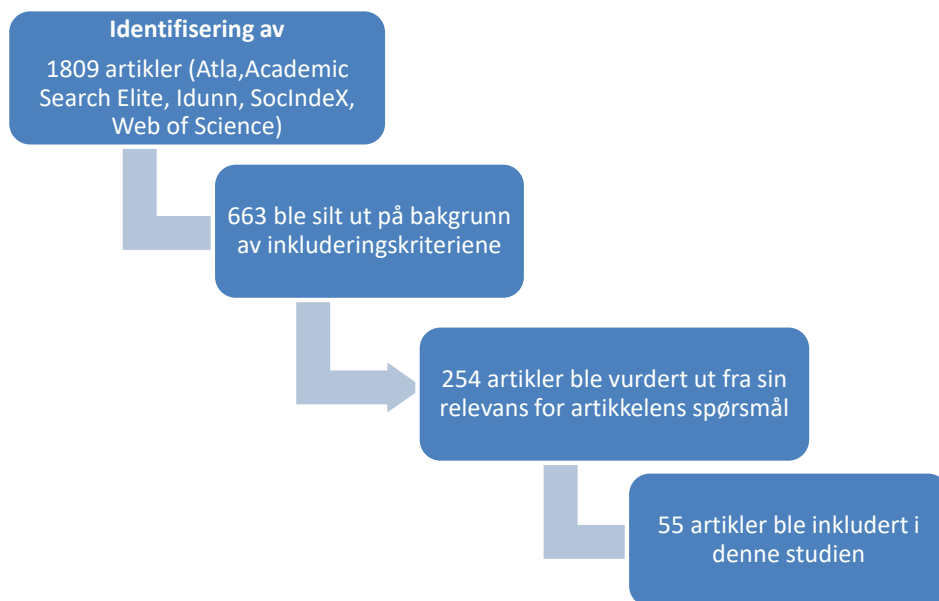
Mot denne bakgrunn formulerte vi følgende forskningsspørsmål for vår artikkel: Hvordan svarer den foreliggende og publiserte forskningen på oppdraget Stifoss-Hanssen formulerer om hvilket retninger som bør prege diakoniforskningen framover?

Litteraturgjennomgangen baserer seg på flere søk som ble gjennomført i følgende databaser: Idunn, ATLA, Academic Search Elite, SOSINDEX, og Web of Science. Søkene genererte store mengder av treff (se oversikt nedenfor) som gjorde en bevisst seleksjonsprosess nødvendig. Der brukte vi de følgende inkluderings- og ekskluderingskriterier:

Inkluderingskriterier	Ekskluderingskriterier
Vitenskapelige artikler publiserte i databasene SocINDEX, Academic Search Elite og Atla	Andre tekstformer publiserte i databasene SocINDEX, Academic Search Elite, Atla Vitenskapelige artikler og andre tekstformer som er ikke publiserte i databasene SocINDEX, Academic Search Elite, Atla
Vitenskapelige artikler på norsk, svensk, dansk, engelsk, tysk og fransk	Vitenskapelige artikler på andre språk
Empiriske studier (basert på kvalitative og kvantitative forskningsmetoder, inkludert dokument- og litteraturstudier) og studier som bearbeider empiriske studier	Teoretiske studier
Studier som bruker europeisk datamateriale	Studier som bare bruker ikke-europeisk datamateriale
Artikler publiserte i vitenskapelige, fagfelleverderte tidsskrifter	Artikler publiserte i andre tidsskrifter
Studier publisert 2000-2022	Studier publisert innen 2000
Studier som handler om sosialt arbeid/velferdsarbeid/helse- og omsorgsrelatert arbeid, religion/tro og profesjonell praksis	Studier som omhandler pedagogisk arbeid i form av opplæring, utdanning, undervisning eller sjelesorg og trosutvikling uten å formulere en eksplisitt kobling til diakoni.

Relevante publikasjoner for denne artikkelen ut fra søkene vi gjorde, ble identifisert ved hjelp av publikasjonenes oppgitte nøkkelord og sammendrag. Der nøkkelord og sammendrag ikke har gitt tilstrekkelig informasjon om innhold, er relevansen blitt vurdert ved å gå nærmere inn i innholdet i publikasjonen.

Ved hjelp av inkluderingskriteriene kom vi fram til 55 artikler som vi vurderte som de mest relevante for dette bidraget.



Vanskeligheter med søket

I sammenhenger der diakon* («diakon*»/»diakon*»/»deacon*») ble brukt som søkeord, kunne vi ende opp med at de fleste treffene viste til institusjonen forfatteren/forfatterne var tilknyttet snarere enn relevant profesjonell praksis. Dette gjaldt særlig enheter ved VID vitenskapelige høgskole («Diakonhjemmet» eller SDP/«Centre for Diaconia and Professional Practice»). Er all virksomhet som foregår ved Diakonhjemmet diakoni, og all forskningsvirksomhet på praksisen ved en slik institusjon å regne som diakoniforskning? I denne artikkelen er det gjort avgrensninger med utgangspunkt i at svaret på det siste spørsmålet er negativt. I de litteraturbasene vi har søkt i, fikk vi bl.a. treff som gjaldt spesialisert medisinsk praksis og tilhørende forskning der minst en av forfatterne arbeidet ved Diakonhjemmet sykehus. Treff av denne typen er ikke inkludert i den litteraturen som ligger til grunn for denne artikkelen.

Tilsvarende kunne treff i våre søk i stor grad vise til navn på tidsskrift heller enn relevant innhold i publikasjoner. Slike «falske treff» kom opp i særlig grad når et av søkeordene var

religion (f.eks. «Journal of Religion & Spirituality in Social Work», «Social Work & Christianity» og «Diaconia. Journal for the Study of Christian Social Practice»).

I et av søkene i undersøkelsen er frivillig (dvs. «voluntar*») brukt som et av søkeordene. Ordet er brukt blant annet for å fange opp relevante publikasjoner der diakonale aktører er omtalt som frivillige organisasjoner, eventuelt at aktørene er det vi kan kalle profesjonsbaserte organisasjoner som engasjerer frivillige i arbeidet. Det viste seg i noen tilfeller vanskelig å finne ut hva publikasjonene handlet om uten å lese gjennom dem. Tilsvarende gjaldt for eksempel litteraturenheter publisert av tunge akademiske institusjoner som ved gjennomlesning viste seg ikke å være vitenskapelige publikasjoner, og som heller ikke gjaldt profesjonell praksis.

Diakonidefinisjoner

Noen av de sentrale begrepene som er brukt i søk og publikasjoner, er diakoni, sosialt arbeid og profesjonell praksis. 'Diakoni' («diaconia», «diakonia» og avledete ord) er et begrep som særlig har utgangspunkt i en luthersk-kirkelig tradisjon, mens 'diakon' som relevant aktør («deacon») delvis kan ha andre betydninger i andre kirkelige tradisjoner enn i den lutherske. I denne artikkelen er utgangspunktet for å identifisere relevante publikasjoner en definisjon som Blennberger og Hansson har foreslått i sin drøfting av måter å forstå, avgrense og definere diakoni på (Blennberger & Hansson, 2008, p. 24):

Med diakoni avses social verksamhet som bedrivs inom eller med anknytning till ett kristet samfund/en kristen organisation och som ger uttryck för en kristen identitet i verksamhetenes utformning.

Artikkelen omfatter publikasjoner som formidler forskning knyttet til ulike kristne trossamfunn og organisasjoner. Vi har også inkludert forskning og publikasjoner som tematiserer religion og livssyn i ulike former for velferdsarbeid sjø om aktørene ikke er diakoner eller representerer diakonale/trosbaserte organisasjoner (jf. Stifoss-Hanssens tre punkt ovenfor). Det aktualiserer spørsmålet om hvordan vi skal forstå og definere/avgrense «diakoni». Diakoni som praksis dreier seg om diakoni som sosial handling. Tar vi utgangspunkt i sosiologisk handlingsteori, kan Max Weber være et sted å begynne. Hans teori om sosial handling omfatter dimensjoner som motiv, mål/intensjoner, middel og verdier (Angell, 2000; Weber, 2000). I norsk debatt om diakoni har det felles, konstituerende elementet gjerne vært at det er «kirken» som er aktør, forstått som den enkelte troende, diakonen, menigheten/forsamlingen, en kristent forankret organisasjon eller en kombinasjon (Angell 2000). Det handler altså om hvem som er handlingens subjekt (Blennberger & Hansson, 2008, p. 17). Måldimensjonen hos Weber svarer til det Blennberger og Hansson kaller handlingens karakter. Diakoni handler om å avhjelpe eller forebygge nød. I norsk debatt har det det også vært en diskusjon om det kreves et religiøst mål (frelse) for å konstituere handling som diakoni (Angell, 2000). Mål kan knyttes nært til motiv og intensjon.

Individuelle motiv og intensjoner blir i liten grad synlig i de artikler vi har funnet i vårt litteratursøk. På et kollektivt nivå, f.eks. i organisasjoner, kan det være lettere å studere, og kan uttrykkes i ulike typer av dokumenter.

Middeldimensjonen kan f.eks. handle om hvem vi kan klassifisere som diakonale aktører, bl.a. «hvilke personer som utfører diakoni» (Blennberger & Hansson, 2008, p. 18), men også om kvalitative sider ved de sosiale handlingene. Den aktuelle publiserte forskningen for denne artikkelen baserer seg på kollektivt organisert virksomhet. Begrenser diakoni seg til diakonale eller trosbaserte organisasjoner med medarbeidere som identifiserer seg med det teologiske eller ideologiske grunnlaget for organisasjonen, eller omfatter diakoni trosbaserte organisasjoner, uavhengig av religiøs tro og livssyn hos medarbeiderne? Spørsmålet kan også stilles motsatt: Omfatter diakoni det enkeltmedarbeidere eller grupper utfører av diakonalt motivert arbeid, av religiøst og livssynsrelatert virksomhet, i organisasjoner som ikke er diakonale eller trosbaserte (f.eks. offentlige organisasjoner)? I denne artikkelen har vi bl.a. inkludert publikasjoner som har det siste utgangspunktet. Blennberger og Hansson (ibid.) tenker seg også muligheten for å ha et så vidt diakonibegrep at det omfatter all støtte- og hjelpevirksomhet i samfunnet, uavhengig av hvem som utfører det. Et problem med en så vid definisjon er at den er så lite avgrensende for fenomenene som faller inn under den, at den ikke egner seg som avgrensning i et systematisk litteratursøk.

Verdidimensjonen i Webers handlingsteori aktualiserer spørsmålet om verdipremisser for diakonien som sosial handling. Blennberger og Hansson (2008, p. 19f.) knytter spørsmålet til diakoniens organisatoriske sammenheng. Å kategorisere en organisasjon som kristen, trosbasert eller diakonal ut fra formuleringer i formelle organisasjonsdokument kan på den ene siden si noe om en virksomhet som har et særskilt preg og på den andre siden vise til en virksomhet som «ikke på noen interessant måte skiller seg fra det andre organisasjoner gjør» (s. 20). Dette er en relevant problemstilling for det systematiske litteratursøket som denne artikkelen diskuterer. Forskning om diakoni og diakonale organisasjoner vil ofte ta utgangspunkt i formelle egenskaper (egenklassifisering, eierforhold, formuleringer i sentrale organisasjonsdokumenter).

Én side ved dette spørsmålet kan være, for å sette det litt på spissen: Er diakoni virksomhet som primært foregår på brukernes premisser eller på «kirkens» premisser (hva er i tilfelle «kirkens premisser»?) eller primært på statens premisser (staten som primær finansieringskilde og samfunnsmessig ansvarlig instans)? For å forenkle: Fordrer diakonal hjelpevirksomhet at den blir gitt på de etiske og livssynspremissene hjelpesøkerne sjøl kommer med, premisser som i et pluralistisk samfunn ikke uten videre er kristne, eller skal diakoni innebære å realisere *kristne* verdier i betydningen å være "forpliktet på Guds ord", dvs. på verdier og normer i Bibelen slik de er forstått av de diakonale aktørene? Med en sterk velferdsstat med et overordnet ansvar for velferdstjenestene, noe som kjennetegner de nordiske landene, vil handlingsrommet for diakonale organisasjoner være begrenset (jf. i norsk sammenheng: sosialtjenesteloven (Arbeidsdepartementet, 2009)). I foreliggende

litteratursøket har vi ikke utforsket grenseoppgangene som ligger i de forskjellige alternative måtene å definere diakoni på, og ikke stilt spørsmål til forfatterens definisjoner i publikasjonene.

Det samme gjelder profesjonell praksis som i vår sammenheng innebærer slik virksomhet som forfatteren/forfatterne sjøl karakteriserer ved dette uttrykket, og virksomhet som foregår som del av utøving av relevant yrke og i relevant organisatorisk sammenheng. Det er en mangel ved det foreliggende arbeidet, og kan være ei oppgave for videre forskning. I den videre analysen har vi lagt Stifoss-Hanssens tre retninger (se innledningen) til grunn.

(Diakonale) profesjoner som det blir forsket på

I søkene vi har gjort for denne artikkelen, er det satt særlig fokus på to profesjoner som er brukt som stikkord i søkeprosesser: sosialt arbeid og diakoni/diakoner. Her finnes det tydelige forskjeller mellom ATLA og de andre databasene vi brukte. Mens diakoner som profesjon ikke ble særlig synlige i søkeresultatene i de andre databasene, var det omvendt i ATLA, som er en database for forskning i religion og teologi. Her dominerte diakonprofesjonen stort, men de fleste artikler behandlet diakoner som et embete i kirken som må begrunnes teologisk, og ikke som en profesjon. Disse artikler spiller en pågående diskusjon i den ortodokse og den romers-katolske kirken og ble ikke inkludert i utvalget som denne artikkelen baserer seg på.

Mye sosialt arbeid foregår i diakonale organisasjoner, og ikke minst i ikke-lutherske sammenhenger kan sosialt arbeid være et uttrykk for diakoni i vår betydning der termen diakoni kan være brukt for samme type virksomhet i en luthersk sammenheng. I all hovedsak er det virksomhet eller praksis som er utgangspunktet for å klassifisere litteratur som relevant eller ikke i vår sammenheng, uavhengig av utdanningsbakgrunnen til utøverne av den relevante praksisen. Det innebærer for eksempel at sjukepleiere, teologer, psykologer og psykiatere er blant utøverprofesjonene som omfattes av denne undersøkelsen. Men her er det verdt å skille mellom utøvere av den profesjonelle praksisen og forfatterne av forskningspublikasjoner om denne praksisen. I en del tilfeller vil rollene være overlappende, i andre tilfeller ikke. Slik sett vil sosiologer i langt større grad være aktuelle forfattere enn utøvere.

(Diakonale) praksisfelt det blir forsket på

Mange praksisfelt er representert i litteraturen denne artikkelen omfatter. I titlene viser litteraturen minst like gjerne til profesjon (ikke minst sosialt arbeid) som til praksisfelt. Praksisfelt som artiklene forsker om er barnevernet (Furness & Gilligan, 2014), rusfeltet, somatisk helsefeltet (Holte, 2020; Pentaris & Thomsen, 2020), palliativ omsorg (Nelson-Becker, 2013), behandling og omsorg i psykisk helsevern (Vattø, Haug, DeMarinis, Lien, & Danbolt, 2020), eldreomsorg (Kumbruck 2009), sykehus (Askeland, 2011; Hordern, 2019), arbeid med migranter (Casteel, 2020; Darley, 2014; Hilden & Stålsett, 2012), fattigdomsbekjempelse (Benedict, 2015), lokalsamfunnsutvikling eller community

development (Addy, 2013; Beaumont, 2008b; Dunceková, Kosová, & Jurácková, 2016) «railway mission/Bahnhofsmision» (Moos, 2021; Siegl, 2021), tjenester for mennesker med funksjonshemming (Kahle, 2018; Lid, 2019), sjelesorg i ulike sammenhenger som for eksempel pilgrimsferd, ulykker av ulike slag, menighetsvirksomhet (Sammet & Steffens, 2005; Schützeichel, 2019) .

Oversikten over representerte praksisfelt peker på et stort mangfold av studier. Samtidig er det viktig å understreke at langt flere studier reflekterer over diakoniens rolle i samfunnet generelt uten å nærmere gå inn i et bestemt praksisfelt. Disse studiene legger seg oftest på nasjonalt og, mer sjeldent, på lokalt nivå. Litteraturen omfatter videre komparative studier (på tvers av land, trosbaserte organisasjoner med ulik religiøs forankring; trosbaserte og ikke-trosbaserte organisasjoner) (Leavey, Dura-Vila, & King, 2012; Skehill, 2000; Vetvik, Danbolt, Furman, Benson, & Canda, 2018) og – rett nok svært få – kritiske analyser av praksiser og ideologier som kommer til uttrykk i kirkelig organisert velferdspraksis (Flynn, 2020). Kvantitative studier forekommer også veldig sjelden og enda færre gir en oversikt over eksisterende diakonale virksomheter, mens det er litt vanligere å undersøke hva ulike grupper av mennesker synes om dem (Ven, 2011). Litteraturen omfatter også noen få analyser av flere empirisk baserte studier av diakonal praksis (McFeeters, Hammond, & Taylor, 2022). Særlig teologiske artikler er mindre opptatt av diakonale praksisfelt og studerer istedenfor rollefordeling mellom kirkelige profesjoner eller diakontjenesten som en vigslet tjeneste ved hjelp av empirisk forskning (Jordheim, 2018; Rodriguez Nygaard, 2015; Smedberg & Norrfjärd, 2015; Zagano, 2011).

Stifoss-Hanssens tre retninger som verktøy for analysen

Hvordan har de retningene som Stifoss-Hanssen spesifiserte ovenfor hjulpet oss som utgangspunkt for å analysere resultatene av søkeprosessen? Det var vanskeligere å klassifisere litteraturen ved hjelp av de tre retningene enn vi trodde når vi starter vår litteraturgjennomgang.

Den første retningen, eksploratoriske studier på feltet «kirken og samfunnet» er formulert veldig vidt og kan inkludere en stor bredde av studier med veldig forskjellige empiriske tilnærminger. Det er både en fordel og en ulempe for en systematisk litteraturgjennomgang siden retningen utfordrer til å tenke samtidig som den ikke gir tydelige kriterier for avgrensning.

Den andre retningen, «hjelpetiltak, dvs. praksiser og aktiviteter satt i gang av eller under ledelse av diakoner» er imidlertid formulert innsnevrende mot bakgrunn av det forskningsfelt som vi fant og ble derfor utvidet av oss. I denne artikkelen gjelder «diakoner» trosbaserte aktører mer allment. For eksempel omfatter presentasjonen også publikasjoner basert på forskning om relasjoner mellom diakoner som samarbeider om praksis (Rodriguez Nygaard, 2015). Dette aktualiserer også flere avgrensningsspørsmål. Ligger fokuset på diakoner eller på diakonale virksomheter mer generelt, dvs. inklusive diakoniinstitusjoner og organisasjoner? Vi tok med de sistnevnte, også fordi de får langt mer oppmerksomhet i

forskning utenfor Norge enn diakoner. Vi har også inkludert trosbaserte aktører og andre aktører i studien. Det betyr at f.eks. litteratur som handler om hvordan åndelige og religiøse spørsmål blir håndtert i organisasjoner som ikke er trosbaserte, er tatt inn i studien (se ovenfor) (Carlisle, 2016; Darley, 2014; Furman, Benson, & Canda, 2008; Hodge, Carpenter, Yopez, & Lietz, 2021).

For den tredje retningen spør Stifoss-Hanssen etter «innovative praksiser, dvs. intervensjoner som går utover slike som er vanlige i diakonien». Litteraturgjennomgangen finner kun veldig få artikler som eksplisitt bruker innovasjon som et sentralt begrep (Angell, 2016; Berglund, Lindberg, & Nahnfeldt, 2016; Langer, 2016). Utfra Stifoss-Hanssens oppgavebeskrivelse finnes det her fortsatt mye å gjøre for forskerne på feltet. Et relatert område der det finnes flere forskningsbidrag, men som ikke er nevnt i Stifoss-Hanssens punkt, er organisasjon og ledelse av diakonal virksomhet (Askeland, 2014; Bode, 2003; Forssell, Torres, & Olaison, 2015).

Vår analyse viser at en stor del av de artiklene vi finner, ikke lar seg plassere i noen av de tre retningene. Det gjelder for eksempel for de mange historiske og kontekstuelle studier. Likevel bør de telle som empiriske studier siden historiske og aktuelle dokumenter er empirisk materiale på samme måte som observasjonsnotater, svar på spørreundersøkelser eller intervjutranskripsjoner. I denne oversikten har vi tatt inn publikasjoner som baserer seg på dokumenter som materiale (Gause, 2010; Kaminsky, 2005; Leis-Peters, 2014), publikasjoner basert på historiske studier (Kumbruck, 2009; Skehill, 2000) og studier der relasjonene mellom diakonale aktører og religiøse, kulturelle og politiske omgivelser er sentrale (Angell, 2008; Beaumont, 2008a; Hofmann, 2015). Disse studiene kan både bli forstått som utforskning av feltet «kirke og samfunn» og undersøkelser av hjelpetiltak fra diakonale aktører. Sist, men ikke minst, er det merkbart i litteraturgjennomgangen at flere forskere har blitt interessert i å definere diakoni og kristen sosial praksis og hvordan det bør se ut, som tverrfaglig/teologisk forskningsfelt (Hofmann, 2020; Höver, 2021; Kleiven, 2015; Thorsen, 2019).

Svar og hull i den eksisterende forskning

Stifoss-Hanssens tre retninger er et bra startpunkt for den viktige oppgaven det er å kartlegge det tverrfaglige forskningsfeltet som tar sitt utgangspunkt i praksisfeltet diakoni og kristen sosial praksis. Utfra hva vi har funnet i de fem databasene vi har søkt i, og med de søkene vi har gjennomført, kan vi ikke svare utfyllende på Stifoss Hanssens forskningsutfordring. Samtidig ble det tydelig i gjennomgangen at det finnes mye relevant forskning som er publisert i tidsskrifter, bøker og rapporter som de fem databasene ikke har fanget opp. Den forskningen vi har identifisert gjennom vårt litteratursøk, tyder imidlertid på at diakoni og kristen sosial praksis er et forskningsfelt som fortsatt ikke har funnet sin kjerne og sin identitet. Flere artikler forklarer hva diakoni egentlig er og hvordan den kan bli forstått i visse kontekster. Derimot finnes det kun få overgripende kvantitative og/eller komparative

kartlegginger av virksomhetsfeltets struktur og karakter. Samme bilde trer frem i forskningen om de diakonale praksisfeltene (psykisk helsevern, barnevern, arbeid med migranter osv.). Også her fins det mange interessante kontekstuelle og kvalitative studier, men kun få forskere gjør et forsøk å koble sammen disse viktige brikkene til en større helhet, et større bilde. Stifoss-Hanssens kartleggingsoppdrag er altså bare så vidt besvart, og må besvares mer fullstendig med mye mer overgripende forskning. Dette forklarer delvis hvorfor det ikke foreligger flere diakonale innovasjonsstudier. For å forske på innovasjon må man definere status quo. Som tidligere konstatert, ligger forskningsområdet i skjæringsfeltet mellom empirisk og normativ forskning. Dette motiverer forskere på den ene siden til overgripende refleksjoner om fagfeltet (som det relativt store antallet artikler om diakoni som tverrfaglig eller teologisk forskningsområde illustrerer). På den andre siden kan denne karakteren innebære enn viss tilbakeholdenhet når det gjelder omfattende studier med empirisk eller til og med kvantitativ hovedvekt. Alt i alt må forskere i diakoni og kristen sosial praksis også i de kommende årene svare på og brytes med Stifoss-Hanssens forskningsutfordring. Det skulle være spennende å gjøre en lignende øvelse som den artikkelen vår representerer, om fem eller ti år.

Referanser

- Addy, T. (2013). New approaches to community-based work, social service, and Diaconia: Challenges from the CABLE approach. *Diaconia*, 4(2), 194-215.
- Angell, O. H. (2000). Diakoni som sosial handling: Eit samfunnsvitskapleg perspektiv på diakoniforståing i Den norske kyrkja. *Svensk kyrkotidning*, 96(40), 440-445.
- Angell, O. H. (2008). From market to state networking: Strategies for acquiring public legitimacy and financial resources in a Norwegian voluntary organization. *Voluntas*, 19(3), 296-315.
- Angell, O. H. (2016). Diakonia as Innovation: A Political and Organisational Perspective. *Diaconia*, 7(2), 142-158.
- Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (Lov om sosiale tjenester i NAV), (2009).
- Askeland, H. (2011). What do Diaconal Hospital Managers really do? *Diaconia*, 2(2), 145-169.
- Askeland, H. (2014). Leaders Should Be the Carriers of Institutional Values: An account of how leaders contribute to the value-base of diaconal Institutions. *Diaconia*, 5(2), 149-177.
- Beaumont, J. (2008a). Faith action on urban social issues. *Tijdschrift voor Economische en Sociale Geografie*, 99(4), 382-392.
- Beaumont, J. (2008b). Faith Action on Urban Social Issues. *Urban Studies (Sage Publications, Ltd.)*, 45(10), 2019-2034. doi:10.1177/0042098008094871
- Benedict, H.-J. r. (2015). Die Ausgegengzten: wie die Gesellschaft sich mit der sozialen Spaltung und Massenarmut abfindet, Kirche und Diakonie das aber nicht dürfen. *Zeitschrift für Evangelische Ethik*, 59(1), 17-29.
- Berglund, K.-E., Lindberg, M., & Nahnfeldt, C. (2016). Social Innovation Now and Then in the Church of Sweden. *Diaconia*, 7(2), 125-141.

- Blennberger, E., & Hansson, M. J. (2008). Vad menas med diakoni? In E. Blennberger & M. J. Hansson (Eds.), *Diakoni: tolkning, historik, praktik* (1. ed., pp. 13-27). Stockholm: Verbum.
- Bode, I. (2003). A New Agenda for European Charity: Catholic Welfare and Organizational Change in France and Germany. *Voluntas*, 14(2), 205. doi:10.1023/A:1023952128109
- Carlisle, P. (2016). Religion and Spirituality as Troublesome Knowledge: The Views and Experiences of Mental Health Social Workers in Northern Ireland. *British Journal of Social Work*, 46(3), 583-598. doi:10.1093/bjsw/bcv068
- Casteel, A. (2020). Lunch and the Passion: Reflections on an Evangelical Reception Center for Refugees in Greece. *Diaconia*, 10(2), 195-212
- Darley, M. (2014). Le bon, la brute et le migrant ? Le rôle négocié des acteurs religieux dans un dispositif policier d'enfermement des étrangers en Allemagne. *Sociologie du Travail*, 56(4), 472-492. doi:10.4000/sdt.2311
- Dunceková, A., Kosová, J., & Juráková, A. (2016). The Story of Two Annas and One Jana: The Beginning and the End of the Marginalized Community Miracle? *Diaconia*, 7(1), 98-109.
- Flynn, S. (2020). Discourse and religious doctrine: Professional social work and the moral regulation of the body in Roman Catholic Ireland. *Sexualities*, 1. doi:10.1177/1363460720964029
- Forssell, E., Torres, S., & Olaison, A. (2015). Care managers' experiences of cross-cultural needs assessment meetings: the case of late-in-life immigrants. *Ageing & Society*, 35(3), 576-601. doi:10.1017/S0144686X13000901
- Furman, L. D., Benson, P. W., & Canda, E. R. (2008). *The integration of religion and spirituality into social work practice and education*. Retrieved from Unpublished: <http://www.spiritualityreligionsurvey.com/Documents/2008%20US%20Executive%20Report.pdf>
- Furness, S., & Gilligan, P. (2014). 'It Never Came Up': Encouragements and Discouragements to Addressing Religion and Belief in Professional Practice—What Do Social Work Students Have To Say? *British Journal of Social Work*, 44(3), 763-781. doi:10.1093/bjsw/bcs140
- Gause, U. (2010). Gemeindeschwester Olga G: eine Fallstudie aus dem 19. Jahrhundert. *Pietismus und Neuzeit*, 36, 251-262.
- Hilden, P. K., & Stålsett, S. J. (2012). 'Other' by Law: Migration, Exclusion, and Naturalising Discourses of Citizenship and Rights. *Diaconia*, 3(2), 128-138.
- Hodge, D. R., Carpenter, B. M., Yopez, R. A., & Lietz, B. C. (2021). Spirituality and Religion in Leading Social Work Journals: A 10-Year Content Analysis. *Social Work Research*, 45(1), 43-50. doi:10.1093/swr/svaa026
- Hofmann, B. (2015). Diakonia between Church and Society: Learning from German Experiences and Challenges. *Currents in Theology & Mission*, 42(3), 220-226. R
- Hofmann, B. (2020). Wozu braucht es Diakoniewissenschaft?: Lernerfahrungen zwischen Orchidee, Wasserlilie und Kaktus. *Pastoraltheologie*, 109(10), 465-475.
- Holte, B. H. (2020). Covid-19 and The Islamic Council of Norway: The Social Role of Religious Organizations. *Diaconia*, 11(1), 51-70.
- Hordern, J. (2019). Diakonia and Healthcare's Contested Social Turn. *Political Theology*, 20(8), 668-683. doi:10.1080/1462317x.2019.1695405

- Höver, H. (2021). Diakoniewissenschaft - quo vadis?: Aktuelle Herausforderungen und Perspektiven eines nur scheinbaren 'Orchideenfaches'. *Theologische Literaturzeitung*, 146(6), 511-528.
- Jordheim, K. (2018). Diakonen som leder. *Tidsskrift for praktisk teologi*, 35(2), 16-28.
- Kahle, U. (2018). Change Processes in Organisations which care for Disabled People: First theses on the qualitative study referring transformations processes in Organisations which care for disabled people from an institutional point of view. *Diaconia*, 9(2), 87-100.
- Kaminsky, U. (2005). Zwischen Rassenhygiene und Biotechnologie: die Fortsetzung der eugenischen Debatte in Diakonie und Kirche, 1945 bis 1969. *Zeitschrift für Kirchengeschichte*, 116(2), 204-241.
- Kleiven, T. (2015). Empirical Diaconal research and normativity: a discussion about methodology in Diaconal Science illustrated by the term 'phronesis' and the understanding of power. *Diaconia*, 6(1), 43-60. doi:10.13109/diac.2015.6.1.43
- Kumbruck, C. (2009). Veränderungen in den Beziehungsaspekten der Pflegearbeit - eine qualitative Studie zur kirchlichen Pflegearbeit. *Arbeit*(1), 63-75.
- Langer, J. E. A. (2016). Social Innovations as Opportunities: How Can Innovations in Social Services Be Stimulated and Managed? *Diaconia. Journal for the Study of Christian Social Practice*, 7(2), 174-190.
- Leavey, G., Dura-Vila, G., & King, M. (2012). Finding common ground: the boundaries and interconnections between faith-based organisations and mental health services. *Mental Health, Religion & Culture*, 15(4), 349-362. doi:10.1080/13674676.2011.575755
- Leis-Peters, A. (2014). Hidden by civil society and religion?: Diaconal institutions as welfare providers in the growing Swedish welfare state. *Journal of Church and State*, 56(1), 105-127. doi:10.1093/jcs/cst134
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implement Sci*, 5(1), 69-69. doi:10.1186/1748-5908-5-69
- Lid, I. M. (2019). From Institutionalisation to Citizenship: Lessons Learned from Studying Diaconal Practice in a Norwegian Context. *Diaconia*, 10(1), 51-66.
- McFeeters, M., Hammond, M., & Taylor, B. J. (2022). Christian faith-based youth work: systematic narrative review. *Journal of Beliefs & Values: Studies in Religion & Education*, 43(1), 1-13. doi:10.1080/13617672.2021.1991645
- Moos, T. (2021). Bahnhofsmision als Forschungsgegenstand: Diakoniewissenschaftliche Perspektiven. *Evangelische Theologie*, 81(4), 297-307.
- Nelson-Becker, H. (2013). Spirituality in End-of-Life and Palliative Care: What Matters? *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 9(2/3), 112-116. doi:10.1080/15524256.2013.794000
- Noblit, G. W., & Hare, R. D. (1988). *Meta-ethnography : synthesizing qualitative studies*(Vol. v. 11).
- Pentaris, P., & Thomsen, L. L. (2020). Cultural and Religious Diversity in Hospice and Palliative Care: A Qualitative Cross-Country Comparative Analysis of the Challenges of Health-Care Professionals. *Omega: Journal of Death & Dying*, 81(4), 648-669. doi:10.1177/0030222818795282
- Rodriguez Nygaard, M. (2015). Care and conflicts among colleagues: Deacons' professional knowledge development in the Church of Norway. *Tidsskrift for praktisk teologi*, 32(1), 40-55. doi:10.48626/tpt.v32i1.5170

- Sammet, K., & Steffens, T. (2005). Die Professionalisierung der Seelsorge am Beispiel der evangelischen Krankenhausseelsorge: eine soziologische Perspektive. *Zeitschrift für Religionswissenschaft*, 13(1), 61-80.
- Schmidt, H. (2019). Diakoniewissenschaft 2015—2018. *Theologische Rundschau*, 84(4), 317-363. doi:10.1628/thr-2019-0013
- Schützeichel, R. (2019). Seelsorge im Wohlfahrtsstaat: Soziologische Beobachtungen. *Zeitschrift für Religion, Gesellschaft und Politik*, 3(2), 265-281. doi:10.1007/s41682-019-00044-7
- Siegl, C. (2021). Doing Bahnhoftsmission: Methodische Überlegungen zur empirischen Erforschung einer diakonischen Praxis. *Evangelische Theologie*, 81(4), 308-317.
- Skehill, C. (2000). An Examination of the Transition From Philanthropy to Professional Social Work in Ireland. *Research on Social Work Practice*, 10(6), 688-704. doi:10.1177/104973150001000602
- Smedberg, N., & Norrfjärd, K. N. (2015). The diaconate and diaconal work in Church of Sweden after the year 2000: development or backlash? to ve ordained -- a scene. *Estudos teológicos*, 55(2), 260-275.
- Stifoss-Hanssen, H. (2014). Diakonia as a professional practice: Perspectives on research and education. In S. Dietrich, K. Jørgensen, K. K. Korslien, & K. Nordstokke (Eds.), *Diakonia as Christian social practice: an introduction* (pp. 62-74). Oxford: Regnum.
- Thorsen, J. E. (2019). Diakoni som teologisk fagområde, videnskab og nyt universitetsfag i Danmark. *Dansk teologisk tidsskrift*, 82(1-2), 40-58.
- Vattø, I. E., Haug, S. H. K., DeMarinis, V., Lien, L., & Danbolt, L. J. (2020). The significance ascribed to contacting a diaconal suicide-prevention crisis line in Norway: a qualitative study. *Mental Health, Religion & Culture*, 23(2), 113-126. doi:10.1080/13674676.2020.1763281
- Ven, J. A. v. d. (2011). Inclusion and Exclusion from the Perspective of Socioeconomic Rights and Religion. *Diaconia*, 2(2), 114-144.
- Vetvik, E., Danbolt, T., Furman, L. D., Benson, P. W., & Canda, E. R. (2018). A comparative analysis of Norwegian and American social workers' views about inclusion of religion and spirituality in social work. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work*, 37(2), 105-127. doi:10.1080/15426432.2017.1422415
- Weber, M. (2000). Samfunnsvitenskapenes "objektivitet". In M. Weber (Ed.), *Makt og byråkrati: essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier* (pp. 159-220). Oslo: Gyldendal.
- Zagano, P. (2011). Remembering tradition: women's monastic rituals and the diaconate. *Theological Studies*, 72(4), 787-811.

7. Om representasjon, teologisk normativitet og liturgiske monstre – en feministteologisk respons på *me too*

Gyrid Gunness, VID Vitenskapelige Høgskole, Oslo

1.

I kristen liturgi møtes den kristne kirkes rituelle arv og nåtiden. I liturgiske praksiser som forstår seg selv som kontekstuelle, gjøres samtiden eksplisitt synlig. Dette skjer gjennom ulike former for tekstlige, kunstneriske eller fysiske representasjoner: tradisjonelle liturgiske elementer sammenstilles med allmenkulturelle elementer (eksempelvis sang og dikt), eller det lages nye rituelle elementer som bønner, sanger, symbolhandlinger eller visuelle representasjoner. Ofte tar kontekstuelle liturgiske praksiser utgangspunkt i et tema, en erfaring, eller en hendelse som på en særlig måte krever oppmerksomhet, en urett eller en krise. Kontekstuelle liturgier gir med andre ord menneskelig erfaring av smerte en *liturgisk representasjon*. Kontekstuell liturgi kan derfor kalles diakonal liturgi, fordi den på en særlig måte bringer sammen menneskelig erfaring av utsatthet og evangeliets budskap og former.

2.

I evalueringen av Kirkelig Ressurssenter mot vold og seksuelle overgrep (2019) (nå VAKE) dokumenterer Hans Stifoss-Hanssen, undertegnede og andre forskere ved VID vitenskapelige høyskole hvilken betydning liturgisk kontekstuell praksis kan ha for kvinner og menn som har vært utsatt for vold og seksuell vold (Gunnes, Stifoss-Hanssen, Østby, Nygaard, Sirris og Sverdrup, 2019:88-90). Eksempler på slike liturgier er Messe for verdighet, som årlig feires i mange domkirker i Den norske kirke. Ulike Messe for verdighet er arbeidet frem lokalt i samarbeid mellom kirkelige ansatte og bruker- og interesseorganisasjoner for voldsutsatte. Evalueringen dokumenterer at dette er en form for kontekstuell liturgisk praksis som oppleves som meningsfull (2019:88). Samtidig reiser både brukere og ansatte viktig spørsmål knyttet til kontekstuell liturgisk praksis: bidrar en slik praksis til ytterligere stigmatisering, ved å skape egne liturgiske rom for mennesker som er offer seksualisert vold (2019:92)? Hvordan skal menneskelig erfaring av overgrep og ønske om frigjøring gis en liturgisk representasjon? Kan en perle symbolisere et tegn på «verdighet» eller symbolsk knuse kirkevinduer? (2019:94)

Evalueringen viser at kontekstuell liturgisk praksis krever faglige klokskap og anerkjennelse av at gode intensjon aldri er nok. Denne teksten er et bidrag ytterligere til kompliseringen av forholdet mellom erfaring av seksuelle krenkelser og rituelle praksiser.

3.

Hvorfor dette fokuset på liturgi? Kontekstuell liturgisk praksis er et fellesskapsbasert, ikke-merittbasert og lokalt tilgjengelig fellesskap som av minst to grunner kan være en hermeneutisk ressurs for den voldsutsattes bearbeidelse.

For det første: Den kroppen som sitter i benkeraden er den samme kroppen som gir seg hen til erotisk lyst eller tvinges til seksuelle handlinger mot sin vilje. Det finnes ingen særegen «kristen» materialitet som trer i kraft når gudstjenesten begynner. Fordi den ikke kan finnes i verden annet enn som fellesmenneskelig materialitet (rom, sang, lys, bøker, brød, vin, kropper) er liturgisk praksis en levd utgave av første trosartikkel.

For det andre: Liturgiens materialitet (rommet, brødet og vinen, lysene, nye og tradisjonelle rituelle gjenstander) frir den utsattes egen fysiske kropp – den bløte hud, blodet og innvoller – fra å bære byrden av å skulle formidle erfaringen av vold til verden (partner, familie, hjelpeapparatet). Kontekstuell liturgi kan være et felles rom hvor det kroppslige minnet om voldserfaringen ledes bort fra offerets egen kropp, og inn i et delt og felles rom, til solidaritet, trøst og kamp. Offeret trenger derfor ikke risse inn smerten i hudens overflate: den kontekstuelle liturgiske praksisen lover å være en garantist for at smerten blir formidlet – representert, i et felles rom – slik at offeret ikke er alene med sin erfaring. Samtidig er liturgiens premiss – i likhet med scenekunstens - at det er forskjell på kroppens blod og teaterblodet. Ingen dør i liturgien eller på scenen. Man «dør». Dette metanivået gjør at scenen/kirkerommet og livet er ontologisk ulike størrelser. Den kontekstuelle liturgien leverer et dobbelt løfte til en utsatte: kontekstuell liturgisk praksis er drevet av en *etisk forpliktelse til en realistisk tale om menneskelig erfaring av smerte*, men lover samtidig en *formmessig distanse mellom representasjonen av smerte og den personlige erfaringen av smerte*.

4.

I denne teksten vil en slik kontekstuell liturgisk praksis, performansen *Herre du har skapt meg/livet mitt jeg gir deg/ta meg/me too* (2017), bli diskutert. Jeg laget performansen med utgangspunkt i en personlig erfaring av et voldstekstforsøk i voksen alder, med *me too* som klangbunn. Denne teksten kan derfor kalles teologisk auto-etnografi, ved at jeg bevisst bryter ned grensen mellom informantens fortelling om en hendelse og forskernes analyse av den samme hendelsen. Den vitenskapelige gevinsten ved et slik metodisk grep er at

vrangsiden, sømmene og stingene i den teologiske refleksjonen blir synlig: *det var slik jeg gikk frem for å bevege meg fra A til B*. Samtidig er det viktig å understreke at det finnes ingen rett linje fra erfaring til teologisk påstand eller liturgisk representasjon. Ofre for ulike former for urett vil gjøre ulike og kanskje motstridende tolkninger ut fra sine erfaringer. Verken min egen eller andres voldsoffererfaringen kan gjøre krav på en teologisk epistemologisk posisjon som produserer entydige eller endelige svar på hvordan en kontekstuell liturgisk respons på seksualisert vold eller vold bør utformes. Denne teksten er skrevet i dyp erkjennelsen av mangfoldet av teologiske stemmer som taler fra et offerperspektiv⁸. Denne tekstens mål er å bidra til dette mangfoldet.

5.

Høsten 2017 skyller *me too* over verden. *Me too* var et *kairos*, et øyeblikk som på en særlig måte grep inn i tiden og kalte offentligheten til *metanoia*, omvendelse: det ble skapt en ny konseptualisering av seksuell trakassering og overgrep i offentlig debatt som tidligere hadde vært normalisert. *Me too* tilførte ikke ny kunnskap. *Me too* magi besto i at det alle visste, plutselig ble sett med nye øyne og mange øyne.

Jeg visste at jeg måtte lage en feministteologisk *me too*, og at det måtte være en kontekstuell liturgisk praksis hvor min erfaring som offer for et voldtektsforsøk, profesjonell identitet som prest og politiske identitet som feminist kunne vedkjenne seg hverandre, ja kanskje til og med se hverandre i øynene⁹.

Herre du har skapt meg/livet mitt jeg gir deg/ta meg/me too er i på lik linje med Messe for verdighet en kontekstuell liturgisk praksis. Performansen er drevet av et ønske om å ramme kontekstuell liturgisk praksis for utsatte for seksuell vold og vold inn som en vitenskapsteoretisk problemstilling. Når dette skjer, handler ikke kontekstuell liturgisk praksis først og fremst om en bevegelse fra liturgisk *taushet og fornektelse* til *liturgisk åpenhet og bekreftelse* – dvs – liturgisk representasjon av ulike tabubelagte livserfaringer, eksempelvis erfaringer av seksuell vold. Når kontekstuell liturgi diskursivt rammes inn som en vitenskapsteoretisk praksis, åpnes det opp for nye typer spørsmål: kommer liturgiske representasjonen med en kostnad som går på bekostningen av integriteten i selve voldserfaringen? Dette åpner opp for å spørre: finnes det noen erfaringer – eller retttere sagt: erfarende subjektposisjoner - som øver motstand, spreller og vrir seg for komme løs, når de gjestfritt inviteres inn i en kontekstuell liturgisk praksis? Slike spørsmål plasserer kontekstuell liturgisk praksis ikke kun som et spørsmål om å finne den mest adekvate

⁸ Andre slike stemmer er *Proverbs from the Ashes - Violence, Redemptive Suffering and the Search for What Saves Us* av Rebecca Ann Parker og Rita Nakashima Brock og *For vår skyld – et rop til kirken* av Benedicte Ericson.

⁹ I etterkant har det vært *me too*-opprop i Svenska kyrkan, som www.vardejuls.se. I norsk sammenheng tok Elisabeth Torp ved Kirkelig Ressurssenter mot vold og seksuelle overgrep tok i 2017 initiativ til et kirkelig *me too* opprop (03.11.2017, Vårt land)

symbolske/estetiske/tekstlige liturgiske representasjon av overgrepserfaringer, men som et spørsmål om teologisk normativitet.

6.

Hvorfor normativitet? Fordi spørsmålet om kvinners seksuelle frihet eller manglede kontroll over egen seksualitet og reproduksjon (som i store deler av menneskets historie har vært et spørsmål om å potensielt dø i barsel eller ikke), kvinners mulighet til å elske og elske med andre kvinner, på ingen måte er nøytrale eller tilfeldig spørsmål i en teologisk og kirkelig sammenheng. Kristendommens bibelske, dogmatisk, institusjonelle, rituelle, visuelle og kulturelle arv er bærer av dyp misogyni. Kvinners kropp er blitt gjort til diskursive og symbolske størrelser som har begrenset og ødelagt seksuell glede og nytelse for jordiske kvinnekropper. Smerten fra hvert eneste heksebål og hos hvert barn som ble sosialt konstruert som en «lausunge» skal være en del av kunnskapsgrunnlaget for en teologisk respons på *me too*. Hvis ambisjonen er lavere, svikter feministteologien den smerten den selv springer ut av og henter sin vitenskapsteoretiske og etiske legitimitet fra. En slik ambisjon gjør at normativitetsspørsmålet i teologien sirkles inn: det er nettopp en konvensjonell forståelse av teologisk normativitet som har opprettholdt og forsterket disse forestillinger om kvinners kropp og kvinners seksualitet. Denne erkjennelsen gjør at en feministteologisk respons på *me too* ikke bare kan ha som ambisjon å tilby trøst, men må være villig til å sette i spill spørsmålet om teologisk normativitet. Det en feministteologisk *me too*-respons ønsker seg er derfor teologiens egen selvrefleksivitet og teologiens egen selvransakelse for sin egen deltagelse i å gjøre seksualitet og kropp til et utrygt sted for kvinner.

7.

Hva betyr det at normativitetsspørsmålet i teologien sirkles inn i kontekstuell liturgisk praksis? Det betyr å sette spørsmålsteget ved den tradisjonelle kirkelige normativitetens mulighet til å representere «Gud» liturgisk i kontekstuell liturgisk praksis. Det leder til en åpenhet mot alternative måter å representere «Gud», innenfor en kirkelig ramme. Hvis seksuell vold skulle bli gitt en liturgisk representasjon i performansen, var jeg derfor ikke villig til å la «Gud», slik konvensjonell kristendom har fremstilt Gud, være svaret, eksempelvis som mottaker av en bønn, symbolhandling, salme eller kyrie-rop. Å gå med på en slik representasjon av «Gud» ville være å ta til takke med for lite. En slik beskjedenhet ville være å forråde feministteologiens kunnskapsgrunnlag om hva den «Gud» og de som tror på «Gud» og handlet i denne «gudens» navn har gjort og ment med kvinners kropp. For «Gud» møter ikke den troende på andre måter enn nettopp filtrert gjennom lag på lag med institusjonelt (kirken) autoriserte refleksjoner rundt Gud (teologi – i vid forstand av ordet) og praksiser (liturgi, diakonale praksiser). Hvis teologi er et annet navn for kritisk

kunnskaps sosiologi om «Gud», hva er det konstruktive og normative følgene av en slik innsikt, særlig for en teologisk praksis hvor det står noe etisk, politisk og relasjonelt på spill, eksempelvis en tale til og i dialog med menneskers erfaring av vold og smerte?

En måte å gjøre dette på er, er å øve motstand som *liturgisk praksis* mot hvem denne «Gud» har blitt fremstilt som og, hvilke ideologier, forestillinger, moralske prosjekter som slike gudsbilder har gitt en verdimessig og eller institusjonell legitimering. Blasfemi er en slik alternativ teologisk normativitet, hvor nettopp verdi-og sannhetshierarkier snus på hode i forhold til det institusjonelt autoriserte. Hvis blasfemi forstås som en alternativ teologisk representasjonspraksis, kan blasfemiske uttrykk forstås som representasjon av smerten forårsaket (dirkete eller indirekte) av konvensjonell teologisk normativitet.

8.

Performansen begynner med at jeg står foran publikum, kledd i min vanlige presteskjorte med snipp og en nøytral bukse. Jeg har holdt en kort innledning, hvor jeg bla har understreket at jeg forstår denne performansen ikke som et brudd med, men som en måte å overholde mitt ordinasjonsløfte som prest i Den norske kirke. Så kler jeg av meg. Under hele performansen er jeg ikledd et mannlig prestestrippedkostyme. Å se en 40-åring ordinert kvinnekropp i dette kostymet er av deltagerne blitt beskrevet som noe av det rareste de har sett. Kroppen er feil. Dette er en offentlig fremstilt nakenhet, iscenesatt som en seksuell kropp, men som samtidig avseksualiserer: Dette er et kostyme ment for å fremheve og overseksualisere en mannskropp, kledd på en kvinnekropp. Denne kvinnekroppen har i tillegg ikke gjort noe for å forsterke det seksuelt attraktive som ved kostyme signaliserer: leggene er hårete, midjen er litt for tjukk til å leve opp til tradisjonelle skjønnhetsidealer. Like vel er eksplitt nakenheten til stede, gjennom det de delene av kroppen som faktisk er nakne, og i det gjennomsiktige materialet kostymet er laget av. Uttrykket vekker latter og undring. Bruken av de religiøse symbolene som brukes på strippedrakten – korset, snippen, alt utformet i billig plastikk – lar seg umulig kombinere med den respekten for disse symbolene som man vil forvente at en prest utviser, og som kirkens autoriserte tekstiltradisjon legger opp til. Det oppstår et visuelt paradoks: den kroppen som er kledd i den gjennomført uanstendige bruken av disse symbolene, er en kropp som har innledet med å love at denne performansen ikke er et brudd med med ordinasjonsløftet. Gjennom performansen er dette en kropp som tenner lys i lysgloben, kneler for å be, leser fra Bibelen. Dette ser ikke ut som konvensjonell kristendom. Men ateisme ser heller ikke slik ut. Dette er kristendom, men en kristendom handlet frem av en annen normativitetsdiskurs enn den konvensjonelle.

Går det an å destabilisere tradisjonell teologisk normativitet i liturgien og samtidig insistere på at det man holder på med er en liturgisk praksis feiret i navnet til den treenige Gud innenfor rammen av en kirke? Noen vil selvsagt hevde at det ikke er mulig. For dem gjøres den institusjonelt autoriserte forståelse av teologiske normativitet til et premiss for

deltagelse i kristen rituell praksis. Det er, rent empirisk, mange eksempler på at en slik posisjon ikke lar seg forsvare i møte med virkeligheten. Et av de mest kjente er det russiske punkebandets Pussy Riots bønn Punk Prayer. Teksten er en bønn til Jomfru Maria:

*Jomfru Maria, Guds mor, driv Putin bort,
driv Putin bort, driv Putin bort.*

*Jomfru Maria, Guds mor, bli en feminist
bli en feminist, bli en feminist¹⁰.*

Punk Prayer er et eksempel på nødvendigheten av å dekonstruere teologisk normativitet og erstatte dette med en alternativ teologisk normativitet. Grunnen er at den instansen som forvalter konvensjonell teologisk normativitet – institusjonen kirke – oppleves å ha gått moralsk, politisk og intellektuelt konkurs. I Pussy Riots tilfelle er dette den nære sammenkoblingen mellom den russiske stat under president Putins ledelse og Den russiske-ortodokse kirke. Performansen *Herre du har skapt meg/livet mitt jeg gir deg/ta meg/me too* står i samme tradisjon av alternative teologiske normativiteter som Punk Prayer. I begge uttrykk blir spennet mellom en dekonstruert normativitet og en konvensjonell normativitet stående. Å stå i dette spennet innebærer å ikke be om unnskyldning og søke trøst og legitimitet i tradisjonell teologisk normativitet. Men det betyr heller ikke å ende en ateistisk posisjon (slik de russiske påtalemyndighetene forsøkte å gjøre med bandets medlemmer, og som bandmedlemmene selv øvde motstand mot ved å fastholde at de selv er ortodokse kristne). En feministteologisk respons på *me too* måtte derfor makte å utforske teologisk normativiteter som holder fast på ambivalens. En slik fastholdt ambivalens gir kritikken av hva en tradisjonell teologisk normativitet har betydd for kvinners kropp og seksualitet, en representasjon innenfor liturgiens språk.

9.

Hvis en alternativ teologisk normativitet som blasfemi inkarnerte seg selv i en kropp, hvordan ville denne kroppen sett ut? Det kunne være *monsteret* som kulturell forestilling. Monsteret er i folklore, litteratur og kulturelle forestillinger et vesen som oppstår som er resultat av spesifikke forestillinger om normalitet og normalitetens utside. Monsteret er, som ikke-menneske, normalitetens forkastede utside. Samtidig er monsteret heller ikke et dyr, ved at det forholder seg til mennesket, og i mange tilfeller har fysiske likhetstrekk med menneske (eksempelvis at det går på to ben og kan kommunisere verbalt med menneske). Monsteret uttrykker derfor menneskets grenseflate mot det ikke-menneskelige. Slik monsteret er helt avhengig av normaliteten for å ha en eksistens (å være forkastet er også en eksistensbegrunnelse), er normaliteten helt avhengig av en ikke-normalitet som den kan avgrense seg fra. Monsteret står derfor i spennet mellom å *fornekte* (i kraft av sin eksistens

¹⁰ For hele teksten, se *Pussy Riot – a punk prayer for freedom* (2013).

som forkastet) og *oppretholde* menneskelige forestillinger om normaliteten (i kraft av å gi normaliteten en kontrast mot ikke-normaliteten)¹¹. Monsteret kan slik stå som en representasjon av alternative (teologiske) normativiteter: monsteret som liturgisk representasjon makter å oppretholde en spenning mellom ulike former for normativitet: monsteret som teologisk størrrelse er en forståelse av kristendom som verken er konvensjonell teologisk normativitet eller ateisme.

10.

Leses i performansen:

Et vanskapt menneske ved navn Anton Lavey kom høsten 1930 til Los Angeles. To måneder etter ankomsten, grunnla Lavey en sekt. Levy hadde en svulst som dekket det høyre kinnet. (...) Svulsten var en kjempemessig padde som en gang hadde sugd seg fast til kinnet hans og ødelagt livet hans.

Det hele var svært enkelt. Sekten var grunnlagt på en religion som bygget på satanisme, og med en menighet som helt og holdent bestod av vanskapte mennesker. Det var simpelthen monstrenes kirke. Man kan si: en menighet som bestod av mennesker hvis menneskelighet var blitt trukket i tvil. Satan, engelen som var blitt forstøtt og forkastet, ble sektens Gud. Mens Guds sønn hadde steget opp til himmelen, var Satan blitt kastet ned fra himmelen, ned til menneskene, og der hadde han forblitt. Dermed var han blitt de utstøttes helgen, de avvistes gud, de ikke fremgangsrike, de forkastede, de ikke-fullendte, altså menneskenes Gud. Stilt ovenfor spørsmålet: Hva er et menneske? et spørsmål som alle innenfor sekten mange ganger var blitt stilt ovenfor og av personlige grunner også gjerne ville ha svar på; stilt ovenfor dette spørsmålet benyttet de seg selv som svar, eller prøvde seg selv som svar.

Mot en tro på menneske som velskapt, normalt og ikke anstøtelig, stilte de seg selv. De vanskapte, de utstøtte, ble prøvesteinen, beviste på hvilken side man sto. På siden Gud en gang hadde forstøtt Gud, forstøtte nå monstrene Gud. De befant seg ved menneskets ytterste grense: der, ved grensen, slo de leir.

Fra *Styrtet engel* av Per Olov Enquist.

11.

En feministsteologisk respons på *me too*, må bli en monsterliturgi. Sagt på en annen måte: Liturgien må hige etter å selv bli et monster. Monsteret står som garantist for at den personlige erfaringen av å være voldsoffer og feministsteologiens minne over all smerte

¹¹ Analysen er inspirert av Garland Thomsons *Extraordinary bodies – figuring physical disability in American culture and literature* (1997). Et lignende perspektiv finnes i Gordon, Avery: *Ghostly matters – haunting and the sociological imagination* (1997).

kvinneliv har blitt påført av en tradisjonell teologisk normativitet, ikke skal måtte temmes for å bli innvilget representasjon i en kontekstuell liturgisk praksis. Monsteret er representasjonen av det ikke-integrerte, de alternative teologiske normalitet i en kontekstuell liturgisk praksis. Monsteret er det feministteologiske traumets liturgiske representasjon.

Å arbeide frem monsteret som liturgisk representasjon, er omsorg. For, som tidligere skrevet: den kontekstuelle liturgiens frigjørende potensiale finnes i dens dobbelhet: den ønsker både å snakke sant om livet. Og den lover samtidig at denne sannhetstalen beskytter den som våger å tale sant, gjennom at det formmessig skapes en distanse mellom representasjon i liturgien og den utsattes egen kropp. Liturgien sier: *Den avgrensede tiden, rommet, gjenstandene, symbolene, bibeltekstene, sangene og rituelle handlingene – alt som utgjør liturgien - er min kropp. Dette er min kropp, gitt for deg: riss erfaringen av vold inn min hud. Slik kan du spare din egen.*

Derfor er monsteret både som forestilling og fysisk gestaltning er viktig del av *Herre du har skapt meg/livet mitt jeg/gir deg/ta meg/me too*. Jeg iscenesetter meg selv som et liturgisk monster: først ikler jeg min ordinerte kvinnekropp i et mannlig prestestrippekostyme, som beskrevet ovenfor. Så dekkes denne kroppen til. Først med en samarie. Pipekragen henges rundt halsen. Så hvit alba over samarien. Stolaer i alle liturgiske farger over pipekragen. På med en messehagel. Hver for seg og adskilt er disse plaggene autoritetssymboler. Men når gjenstandene fordobles rent fysisk, fordobles ikke autoriteten som plaggene inngir til: Snarere skjer det en utvanning av autoritet når plaggene stables oppå hverandre. Summene av dem fremstår som uforståelig, utolkbar, ja endog latterlig. Den uautoriserte mengden av lag med symbolmettet tøy gjør kroppen monstrøs. Jeg blir et liturgisk monster. I kraft av å være et liturgisk monster blir jeg – kanskje for første gang i min profesjonelle yrke som prest – en prest som liturgisk kan forsøke å representere et større spekter av teologiske normativiteter enn høymessens konvensjonelle. Jeg kan bli en prest for de erfaringene som nekter å temmes for å delta i en liturgi, men som samtidig ikke ser det som noen redning i å drukne seg i ateistisk brakkvann¹²

12.

Alternative normativitetsdiskurser i teologisk virksomhet drives ikke bare fremover av en forpliktelse mot menneskelige erfaringer av smerte (eksempelvis seksuell vold). Det er også en bevegelse som finner en resonansbunn i kristendommens egne grunnforestillinger. Dette

¹² Feministteologisk og feministisk praksis som utforsker alternative teologiske normativiteter har en like lang tradisjon som den sekulære feminismen og en mer kirkelig orientert feminisme. Faxneld, Per: *Satanic feminism – Lucifer as the liberator of woman in the nineteenth-century culture* (2017) diskuterer historisk bruk av blasfemi og kunstneriske bruk av djevel-motivet som feministiske og feministteologiske diskursive strategier. I norsk sammenheng kan musiker og forfatter Jenny Hvals bok *Å hate Gud* (2018) leses som et eksempel på samme tendens. Hval skriver her frem en feministisk, ikke-voldelig og fellesskapsbasert satanisme.

blir tydelig når vi etterspør forholdet mellom korset som historisk hendelse/teologisk forestilling og monstret som litterær/kulturell forestilling. Dette forholdet kan beskrives på to måter. For det første: Korsdøden representerer en brutalitet ovenfor et annet menneskets kropp det er vanskelig å fatte i dag. Hvor ekstrem denne brutaliteten er, har forsvunnet når forbindelsen mellom korsfestelse som «empirisk» straffemetode og teologisk motiv brytes, etter hvert som århundrene skiller oss og Jesu samtid. Ved å gjenopprette denne forbindelsen, kan man spørre om Jesu kors i seg selv kan forstås som et monster, fordi korsfestelse som tortur -og drapsredskap forutsetter og produserer en dehumanisering av offeret: den som henges på korset ekskluderes fra å være et menneske som har krav på liv og rettsikkerhet. Denne fortolkningen av forholdet mellom korset og monstret har fellestrekk med frigjøringssteologiens tolkning av Kristus som den utstøtte.

Men forholdet mellom korset og monstret kan også tenkes vitenskapsteoretisk. Over Jesu korsdød hviler spørsmålet: er dette blasfemiker, eller er det Gud selv? (Matt 22:65) Kristendommens grunnfortelling stiller derfor opp teologisk normativitet som en plastisk størrelse, som noe den kristne som enkeltperson og som tilbedende (kirken) og reflekterende fellesskap (akademia) må unders over, ta stilling til og hvor det finnes ulike og delvis motstridende svar. Teologisk utforskning av korsets betydning er derfor ikke bare et spørsmål om soteriologi, men et reiser også vitenskapsteoretisk spørsmål: hvordan, hos hvem og med eller på vegne av hvilken autoritet kan vi vite hvor vi kan gjenkjenne Gud? I dette perspektivet er Jesu kors selv et teologisk monster, ikke fordi det dehumaniserer (som ovenfor), men fordi det viser at hva som regnes som normativitet og hva som forkastes som «falsk» og «usant» i religiøs forstand, aldri er gitt, en gang for alle: Han som de første kristne identifiserer som Gud, var en som av hans egen og deres egne samtids religiøse ledere ble identifisert som blasfemiker. Forstått som teologisk vitenskapsteori, er derfor Jesu kors et monster, fordi det, lik monstret, viser til en usikkerhet på kategoriernes renhet. Er monstret menneske eller dyr? Er Jesus Gud eller en blasfemiker? Med andre ord: en åpenhet for at det finnes alternative teologiske normativiteter.

13.

I norsk diakonal teologi har det vært et sentralt anliggende at diakonien henter sitt mandat fra den institusjonelle kirken. Men jo sterkere den institusjonelle og teologiske koblingen mellom diakonal praksis og kirke er, desto vanskeligere vil det være å utvikle subversive og kreative forestillinger om teologisk normativitet, eksempelvis det resonnementet som er først i denne teksten. Man kan derfor spørre om det er nødvendig å tenke mer anarkistisk om forholdet mellom diakonal praksis -og teologiutvikling og kirken som institusjon. Man kunne sett for seg en alternativ diakonal embetsteologi, som forstår «tilsyn» ikke bare som noe som skjer innenfor det kirkelige profesjonelle hierarkiet (biskopen). En diakonal embetsteologi kunne like gjerne innebære å spørre hva det betyr som *kirkelig profesjonsutøver å stå under tilsyn av monstret som kulturell forestilling*. Mens biskopen skal tilse at den kirkelige profesjonsutøveren forkynner og forvalter sakramentene i tråd med

kirkens lære (dvs. dens tradisjonelle normativitet) vil monsteret som en tenkt kirkelig tilsynsinstans by den kirkelige profesjonelle å dekonstruere konvensjonell teologisk normativitet når det kontekstuelle teologiske arbeidet med erfaringer av vold, sårhet og marginalitet krever det. Diakonal liturgisk praksis som står under tilsyn av monsteret ville da kunne tenkes som en praksis hvis faglige kvalitet og integritet ble vurdert på om monsteret kan rommes av en liturgisk praksis: Det liturgisk hjemløse monster er et tegn på at kirken har utviklet en liturgisk praksis som ikke makter å favne menneskelivet i all sin utsatte bredde.

14.

Men ville monsteret som forestilling alltid være en frigjørende og subversiv representasjon i en liturgisk praksis? Det er mulig at monsteret som liturgisk gestaltning som *et alternativ* vil komme til kort i møte med menneskelig erfaringer av funksjonsvariasjoner, dvs. kropper som på ulike måter – i likhet med monsteret – har hatt og har et kjempende og ikke-selvfølgerlig forhold til å bli inkludert i forestillinger om menneskelig normalitet. Det er et åpent spørsmål om det frigjørende potensialet ved monster-motivet svekkes når metanivået, forskjellen mellom levd liv og forestillingen/representasjon, mellom teaterblod og kroppens blod, forsvinner i møte med mennesker for hvem kroppslig annerledeshet ikke er et spørsmål om valg av virkemidler, men en kroppslig realitet som fortolker samfunnet rundt. Monsteret som liturgisk representasjon er derfor ingen sluttprodukt, men en invitasjon til videre tenkning.

Et kritisk funksjonalitetsperspektiv som ønsker å arbeide med alternative teologiske normativiteter vil derfor med stor grad av sannsynlighet også måtte dekonstruere monsteret som motiv, og lete etter andre og ennå uartikulerte liturgisk representasjoner. Et eksempel kan være ville kreative omskrivninger av lignelsen om den barmhjertige samaritan og den forslåtte mannen i veigrøften, hvor «oss» og «de andre» forskyves, forvirres og dekonstrueres, *samtidig* som reelle menneskelige erfaring av avmakt, sykdom og helt reelle behov for hjelp – dvs. behov for rettigheter og omsorg - fastholdes¹³.

15.

Lex orandi, lex credendi. Slik vi ber, tror vi. Arbeidet med liturgiske representasjoner er et teologisk arbeid som ikke forblir i arbeidet med kontekstuell teologi. Arbeidet med liturgiske representasjoner sparker opp døren til andre disipliner i teologien og trenger seg på: Kritikken av bruken av monsteret som en subversiv og frigjørende praksis rammer kristen tro i dens bløte buk. Forestillingen om monsteret som trenger seg ubedt på i teologien, gjør at teologin kan få øye på menneskelige erfaringer som selv den frigjøringsteologiske disposisjonen som har formet denne teksten kan overse. Vil monsteret være et monster? Eller vil monsteret kjempe for å slippe å være et monster, og heller passere som menneske?

¹³ En annen eksempel er kombinasjon av barnemishandling og sterk religiøs tro hos voldsutøver, beskrevet i Sigrund Hoels *Møte ved milepælen* (1947:53-74). Barnets reaksjon nettopp er å utvikle en alternativ teologisk normativitet, hvor farens gud for barnet identifiseres som djevelen.

Og er det forskjell på hvordan monsterets motstand mot monstreskap ser ut, om den artikuleres som en kollektiv og politisk frigjøringskamp, eller som en individuell strategi for å bedre sine livskår i en verden, eksempelvis i et forsikringsbasert helsevesen? Hvilke normativiteter – teologisk, økonomisk, politisk – muliggjør overlevelse for det fattige og ikke-organiserte monsteret, det som ikke har andre til å bistå seg enn utslitte kvinnelige familiehender?

Disse spørsmålene setter tenkningen om korset-som-monster i et nytt og ubehagelig lys. Det får en til spørre: Er den Gud som velger å bli sårbar (i inkarnasjonen) en Gud som dypest sett kjenner til sårbarhets dybder? Eller er det slik at den som velger å ta på seg «en tjeners skikkelse», aldri har vært i nærheten av å fatte hva det er å faktisk være en tjener i ordets materielle forstand? «For det som i verdens øyne er dårskap, det utvalgte gud for å gjøre de vise til skamme, og det som i verdens øyne er svakt, det utvalgte gud for å gjøre det sterke til skamme», skriver Paulus (1. kor 1:27). Men kunne det fattige, ikke-organiserte monsteret skrevet det samme? Når den som en som rammes av kulturelle forestillinger om hva det vil si å være «dåre» og «svak», kan ta seg råd til å ha andre ambisjoner enn å makte å karre seg ut av de samfunnsmessige posisjonene «dåre» og «svak», må ikke dette først og fremst forstås som et moralsk eller emosjonelt spørsmål («Gud elsker menneskene»). Like mye kan man hevde at dette forutsetter et mentalt og materielt overskudd, generert enten av å aldri egentlig ha forlatt himmelen eller å tilhøre et støttende kollektiv (enten en nasjonalstat, et organisert sosialt fellesskap).

I dette perspektivet kan man spørre om den Gud som velger å *ikke* bli født som menneske, men holder seg trygt i sin himmel fordi hen vet hvor forjævelig (bruken av adjektivet er bevisst) menneskelivets vilkår kan være, er den Gud som faktisk har grepet dybden av hva menneskelig sårbarhet, smerte og utsatthet innebærer. Kanskje er inkarnasjonen først fullendt, når Gud kan være modig nok til å romme den stusselige og fornedrende menneskelige erfaringen av å ikke orke å være solidarisk, eller å velge en forbeholden solidaritet som lar andre i stikken. Hvis inkarnasjonen virkelig skal være troverdig som reell menneskelighet, må kanskje fortellingen om den kristne gudens liv som menneske være en fortelling om en Kristus som opplever at de gode intensjonene og handlekraften ikke strekker til, men havner i et etisk tvilsomt landskap¹⁴.

Spørsmålet er hva denne innsikten kan ha å si for spørsmålet om liturgisk representasjon i møte med seksuelle overgrep. Det fattige monsteret vet alt om hvor skjør solidaritet er, for alle dem som ikke er Kristus, slik han fremstilles i evangeliene. Nettopp derfor kan det være at det fattige monsteret ikke ønsker noen liturgisk representasjon som monster, slik man ikke orker å lese skjønnlitteratur om arbeidsledighet når man selv er «inbetween jobs». Hvis det fattige monsteret skulle arbeide frem en liturgisk representasjon av hva det er å være et

¹⁴ Eksempelvis beskrevet i Lars von Triers film *Manderlay* (2005).

fattig monster, ville kanskje monsteret først vært taust en lang stund, og så sagt at det viktigste er at det er «fint» og «høytidelig», dvs ligner på noe som anses som er statusmessig attråverdig.

16.

Med andre ord: Det teologiske arbeidet med kontekstuell liturgi i møte med menneskelige erfaringer av smerte som seksuelle overgrep og vold, har så vidt begynt.

Litteraturliste

- Avery, G. (1997.) *Ghostly matters – haunting and the sociological imagination*. Routledge
- Ericson, E. (2019). *For vår skyld – et rop til kirken*. Embla forlag.
- Faxneld, P. (2017). *Satanic feminism – Lucifer as the liberator of woman in the nineteenth-century culture*. Oxford University press.
- Garland Thomson, R. (1997). *Extraordinary bodies – figuring physical disability in American culture and literature*. Colombia University Press.
- Gunnes, G., Stifoss-Hanssen, H., Sirris, S., Østby, L., Nygaard, M. R., Angell, O. H., Haugen, H.M., & Sverdrup, A. M. (2019) : *Evaluering av Kirkelig Ressurscenter mot vold og seksuelle overgrep*. VID-rapport, Oslo.
- Hoel, S. (1986). *Møte ved milepælen*. Gyldendal.
- Hval, J. (2018). *Å hate Gud*. Oktober forlag.
- Parker, A. R., Nakashima Brock, R. (2001) *Proverbs from the Ashes - Violence, Redemptive Suffering and the Search for What Saves Us*. Beacon Press.
- Pussy Riot – a punk prayer for freedom* (2013) The feminist press.

8. Seksuelle krenkelser i kirkelig kontekst. Diakoniens rolle og funksjon

Tormod Kleiven, VID Vitenskapelige Høgskole, Oslo

Anklager om seksuelle krenkelser mot kirkens egne tillitspersoner har vært en erkjent kirkelig virkelighet i Norge de siste tjuefem årene. Det er likevel all grunn til å anta at seksuelle krenkelser i kirkelig sammenheng, både i og utenfor Norge, har vært en del av den skjulte virkelighet så lenge kirken har eksistert.

Jeg ønsker i dette kapittelet å drøfte: *Hva er diakoniens rolle og funksjon i møte med seksuelle krenkelser når det skjer i kirkelig kontekst?*

Drøftingen behandler diakoniens ansvar for å ta et oppgjør med seksualisert maktmisbruk som blir utøvd av tillitspersoner og ledere i kirken, og mangler på kvalitetssikring innen kirkens organisering og struktur som kan avdekke og forebygge denne formen for maktmisbruk. Et sentralt anliggende er å diskutere om, og i tilfelle på hvilke premisser, diakonien kan stå opp for de som er utsatt for seksuelle krenkelser når det samtidig innebærer et oppgjør med den kirken som diakonien er en del av.

Kapittelet vil beskrive noen trekk ved kirkens nyere historie relatert til håndtering av anklager om seksuelle krenkelser mot tillitspersoner i kirken. Dernest vil jeg drøfte ulike forståelser av seksuelle krenkelser som kirkesamfunn har lagt til grunn i håndteringen av denne typen anklager. Dette er grunnlaget for å drøfte diakoniens innhold, rolle og funksjon.

Den tilsørte virkelighet: Seksuelle krenkelser i kirkelig kontekst

Da anklagene kom til overflaten

Vi finner i hele kirkens historie autoritetspersoner som har misbrukt sin tillitsposisjon til seksuelt å krenke barn, ungdom, kvinner og menn. Historiene kom til overflaten fordi de som var blitt utsatt for krenkelser, våget å fortelle sine historier i det offentlige rom.

Begrepet "seksualisert vold" ble anvendt for første gang innen forskningssammenheng i Norge så sent som i 1985.¹⁵ Feministisk forskning¹⁶ har hatt en sentral rolle i å endre fokus på temaet ved at seksualisert vold har beveget seg fra individuelle og dels patologiserende forklaringsmodeller, til en forståelseshorison hvor forholdet mellom menneskesyn, forståelse av kjønn og samfunnsanalyse spiller en langt mer sentral rolle. Endimensjonale årsaksforklaringer er erstattet med en prosessuell helhetsforståelse innenfor det normale og allmenne (Lundgren, 2004, s. 17-18).

Det er to kvinnedominerte "bevegelser" som har vært sentrale i det vi kan kalle et paradigmeskifte i kirkens forhold til seksuelle krenkelser. Disse «bevegelsene» oppstod på 1980-tallet og var begge basert på forskningsmessig arbeid om kvinners forhold i hjem og ekteskap. Den offentlige debatten som fulgte i kjølvannet av Eva Lundgrens bok «I Herrens vold» (1985) beveget og provoserte både kirkens lederskap og deler av dens medlemmer. Den andre «bevegelsen» var det arbeid som pågikk innenfor Den norske kirkes egne organer også her drevet fram i hovedsak av kvinner, og som resulterte blant annet i en bokutgivelse (Den norske kirke, 1984) og en rapport fra et forsøksarbeid (Kirkerådet, 1989). Målsettingen med forsøksarbeidet var å øke kirkens kompetanse og å prøve ut konkrete støttetiltak for mishandlede kvinner. Kirkemøtet i 1986 behandlet spørsmålet om et mer permanent kirkelig arbeid for mishandlede kvinner, og ba Kirkerådet å arbeide for «å skipa eit støttesenter i Oslo i kyrkjeregi for mishandla kvinner» (KM vedtak 9/86). Det gikk likevel ti år før «VAKE - Kirkelig Ressurssenter mot seksuelle overgrep»¹⁷ ble etablert. Dette synliggjør også et endret fokus; fra et senter for mishandlede kvinner, til et senter mot vold og seksuelle overgrep.

Behovet for kompetanse og retningslinjer

På begynnelsen av 1990-tallet var det flere konkrete saker i media hvor ansatte i Den norske kirke ble anklaget for seksuelle krenkelser mot ungdom og kvinner. Kirkens lederskap fikk gradvis øynene opp for at seksuelle krenkelser ikke var enkeltstående hendelser basert på noen «uregelmessige verb», men en virkelighet blant kirkens egne tillitspersoner som det var nødvendig å forholde seg aktivt til.

Arbeidet med å utarbeide retningslinjer for Den norske kirke startet i juni 1994. I løpet de neste ti årene etablerte de fleste større kirkesamfunn og kristne organisasjoner retningslinjer for håndtering av anklager om seksuelle krenkelser mot tillitspersoner i egne sammenhenger. Disse var i stor grad basert på mye av det samme innholdet som i

¹⁵ Begrepet ble brukt i Rådet for samfunnsvitenskapelig forskning i 1985; se RSF, *Forskningsprogram om kvinnemishandling*

¹⁶ Med det menes forskning ut fra en feministisk forutforståelse; "et menneskesyn som hevder at kvinner og menns likeverd, kombinert med en erkjennelse av at menns maktdominans, og ikke likeverd, preger den kulturelle og sosiale virkelighet -", (Hauge og Heiene, 1993, s. 17).

¹⁷ VAKE er dagens navn på ressurscenteret (fra 18.11.21). Navnet ved etableringen av senteret i 1996, var «Kirkens Ressurssenter for mishandlede kvinner».

retningslinjene til Den norske kirke. To sentrale temaer i retningslinjene var ivaretagelse av den krenkede og å ha en korrekt opptreden i forholdet til den anklagede. Den lokale kirkelige sammenhengen som den anklagede tilhørte, ble først og fremst sett på som et sted å hente informasjon om hendelsen (Den norske kirke, 1996). Menigheten har først de siste årene blitt ansett som direkte rammet, og at menigheten derfor har et selvstendig behov for bearbeiding av benektelse, sorg og sinne over at en tillitsperson i deres egne rekker har misbrukt den tilliten de har vist ham.

I forlengelsen av vedtatte retningslinjer ble det også etablert og utviklet kompetansegrupper regionalt eller sentralt i de kirkelige sammenhengene. Kompetansegruppene skulle på vegne av den kirkelige ledelsen undersøke og håndtere anklagene i samsvar med retningslinjene og bidra til at de berørte ble ivaretatt. Disse kompetansegruppene har samtidig hatt og har en rolle som pådriver i å holde denne virkeligheten synlig i kirken. De har blant annet bidratt til at temaet har blitt informert og undervist om, og at det har blitt utviklet skriftlig materiell for å synliggjøre hvordan krenkende atferd og holdninger kan avdekkes og forebygges.

Hva er viktig?

Det viktige vi kan lære er at kirken ikke er noe fristed hvor seksuelle krenkelser ikke skjer. Det paradoksale er at de sterke og positivt pregende fellesskapene også bærer i seg stor grad av sårbarhet for at seksuelle krenkelser kan skje. Personer som har takket ja til å forvalte tillitsmakt til beste for de som tilhører fellesskapet, kan også misbruke denne posisjonen ved å krenke medmennesker.

Historien kan også lære oss at den mest sannhetsbærende virkelighetsforståelse finner vi ved å lytte til de som er minst høyrøstede i fellesskapet. En forutsetning for å få kjennskap til at seksuelle krenkelser skjer, er å gi den utsatte mot til å fortelle sin historie fordi han eller hun har fått et berettiget håp om å bli hørt.

Diakonens mandat er å være tilgjengelig for enkeltmennesker som kan være i en sårbar posisjon (ut fra eksempelvis alder, kjønn og livsforhold), og som står i fare for å bli utsatt eller har blitt utsatt for krenkelser. Diakonien har også et ansvar for å ha et søkelys på kulturelle og strukturelle faktorer som kan bidra til å usynliggjøre krenkende holdninger og atferd.

Seksualitet eller maktmisbruk – eller begge deler? Forståelse av krenkelsesdynamikk

Forskning og faglitteratur om seksuelle krenkelser i kirkelig kontekst er omfattende. En del av litteraturen springer ut av beskrivelser og drøfting av overgrepshistorikken til den katolske kirke (Dokecki, 2004; Fortune og Longwood, 2003; Frawley-O'Dea, 2007; Lytton,

2008; Beste, 2021) Historikken er blitt ytterligere aktualisert med rapporten om overgrep i den katolske kirken i Frankrike offentliggjort i 2021.¹⁸ Rapporten forteller at mer enn 300 000 barn ble utsatt for seksuelle krenkelser i perioden fra 1950 og fram til i dag. Forskningen behandler imidlertid også temaet innenfor kirkelige sammenhenger generelt og ut fra ulike faglige perspektiv (Bera,1995; Fortune og Poling, 2004; Garland, 2006; Renzetti og Yocum, 2007; Kleiven, 2010; Balboni, 2011; Kleiven, 2018a). Litteraturen beskriver og diskuterer i stor grad kirkeledelsens håndtering og ansvarlighet og hvilke traumatiserende følger krenkelsene har for de utsatte.

Hva menes med seksuelle krenkelser?

Seksuelle krenkelser kan beskrives ut fra ulike fagdisipliner. Det medisinske, psykososiale og juridiske fagfelt har vært referanserammer som har preget kirkens og samfunnets forståelse av seksuelle krenkelser (Kleiven, 2010, s. 83-92). Krenkelser har blant annet blitt forstått som et spørsmål om sykdom eller personlighetsavvik hos krenkeren, som seksualitet, og som en urett som må gjøres opp for å oppnå rettferdighet (Kleiven, 2010, s. 344).

En undersøkelse av hvordan retningslinjer i tjuе ulike kirkesamfunn i Europa, Nord-Amerika og Australia forstår og definerer seksuelle krenkelser¹⁹, viser ulike perspektivvalg (Kleiven 2018b). Kirkesamfunnene vektlegger en eller flere av følgende fem kategorier; konkretiserte handlinger, subjektive opplevelser, brudd på etiske og kulturelle normer, seksualitet og misbruk av makt. I norsk kirkelig sammenheng er det i retningslinjene en etablert forståelse av at misbruk av makt er hovedperspektivet som legges til grunn for håndteringspraksis. Følgende definisjon (som også et vesentlig antall kirkesamfunn og kristne organisasjoner anvender i sine retningslinjer), er også lagt til grunn i dette kapitlet:

Med seksuelle krenkelser menes at den som har størst makt i en relasjon mellom personer i et asymmetrisk maktforhold, anvender en seksualisering av relasjonen på en slik måte at den andres intimitetsgrenser blir krenket (Kleiven, 2010, s. 358).

Definisjonen forutsetter at en seksualiserende atferd har funnet sted. Den fastholder at personen med størst makt er ansvarlig for hvordan en seksualisering av relasjonen anvendes. Hvorvidt det har skjedd en krenkelse, er først og fremst knyttet til om atferd og holdning har krenket den svake parts intimitetsgrenser. Eva Lundgren har gjort nettopp maktasymmetri til en hovedsak når hun sier at seksuelle krenkelser «alltid utføres i en seksualisert maktrelasjon, der den som forgriper seg også har makt til å definere situasjonen» (1994, s. 17). I beskrivelsen av innholdet i denne maktrelasjonen, bruker hun

¹⁸ NRK-oppslag; <https://www.nrk.no/urix/anslar-at-330.000-barn-er-utsette-for-overgrep-i-den-katolske-kyrkja-i-frankrike-1.15678118> (sett 08.10.21)

¹⁹ Engelskspråklige retningslinjer har brukt betegnelse «sexual misconduct» og «sexual abuse» på seksuelle krenkelser

begrepet «ugyldiggjøring»²⁰. Begrepet understreker krenkerens ansvarsrolle, ikke bare i de faktiske handlingene som skjer, men ved at krenker bruker sin maktposisjon til å konstruere en virkelighet som ugyldiggjør den andres selvforståelse og tolkning av det som skjer.

Denne tilnærmingen til seksuelle krenkelser er forankret i et menneskesyn som holder fast på at menneskets verdi er forankret i det å være menneske, «being», men hvor det samtidig ikke kan forstå seg selv uten gjennom et relasjonelt perspektiv, «being-in-relationship» (Patton, 2005, s. 23). Denne forståelsen underbygger at krenkelser ikke er isolert til krenkende handlinger. Ikke minst når krenkelsen er basert på tillitsmakt (som i all hovedsak er tilfelle i en kirkelig sammenheng), veves krenkerens virkelighetsforståelse inn i de krenkende handlingene. Når krenker representerer kirken som en åndelig autoritet, vil også krenkelsen kunne oppfattes som godkjent fra Guds side. Derfor vil den fortolkning krenker påfører den utsatte ikke bare etableres i selvbildet, men kan også innebære et påført løgnbasert gudsbilde.

Hva når kirken er på anklagebenken? Diakoniens rolle og funksjon

Hva er diakoniens kjennetegn?

Den norske kirke beskriver diakonien først og fremst som en *omsorgs- og fellesskapsbyggende tjeneste*:

Diakoni er kirkens omsorgstjeneste. Den er evangeliet i handling og uttrykkes gjennom nestekjærlighet, inkluderende fellesskap, vern om skaperverket og kamp for rettferdighet (Kirkerådet, 2020, s. 4).

Diakoni er kirkens omsorg for alle mennesker. Denne omsorgstjenesten er forankret i det kristne fellesskapet. Derfor blir også fellesskapsbyggende arbeid som gir gode livsbetingelser for gjensidig omsorg og kamp for rettferdighet, en naturlig del av diakoniforståelsen.

Diakonien karakteriseres av Hans Raun Iversen som «den tjeneste mennesket er sat i, når det har vendt sig mod Guds rige. *Diakoni er kort sagt efterfølgelsens praksis*» (2004, s. 161). Diakoniens innhold betegner han som "*livshjelp, hvor livet er truet*". Dette understreker to kjennetegn ved diakonal praksis. Diakoniens innhold forutsetter en stor grad av praksisnærhet, og etterfølgelse er i seg selv en erfaringsbasert bevegelse. Praksisnærhet er knyttet til forhold som aktualiserer at livets verdi og verdighet trues. «Den truedes posisjon» og «den svake part» har blitt brukt som en statisk og stereotypisert beskrivelse av enkeltmennesker og grupper. Dette er i seg selv krenkende. Hvem som er den svake part må knyttes til en analyse av maktposisjon i kontekst og forankres i maktutøvelsen utfra denne posisjonen. Diakoni er derfor å forstå som en praksisnærhet hvor «lydhørheten för

²⁰Begrepet, slik Lundgren anvender det, finner vi introdusert i en artikkel av den norske psykologen Halldis Leira, "Fra tabuisert traume til anerkjennelse og erkjennelse". Leira har utdypet tematikken og innholdet i begrepet; Leira, *Det gode nærvær* (2003).

nedtystade och nedtrampade människor» åpner veien til «en alternativ verklighetsoppfatning» (Frostin, 1992, s. 44).

Diakonien sin posisjon har historisk blitt forstått som en tjeneste med lav status basert på en lavmælt omsorgstjeneste (Nordstokke og Collins, 2000, s 108). John Collins sitt faglige oppgjør i møte med denne forståelsen (Collins, 1990) konkluderer med å beskrive diakonen som en autoritetsperson med en formidler- og mediatorrolle mellom den som utsettes for urett og den som er i en maktposisjon, betegnet som «go-between» (Nordstokke og Collins, 2000, s. 110). Dette gjør også at kamp for rettferdighet er et legitimt og nødvendig anliggende i diakonien hvor den forstås som «en tros- og rettighetsbasert praksis» (Nordstokke 2021, s. 17).

Diakonien sin bruk av makt betyr blant annet å gi den som Jesus omtaler som «en av mine minste» (Matt 25, 40), makt og myndighet til å framstå som et menneske skapt i Guds bilde med ukrenkelig verdi og verdighet. Men det innebærer også å stå opp mot den eller det som rammer og krenker nettopp et medmenneskes verdi og verdighet. Diakonien sin vesen forutsetter derfor at en står i en subjekt-subjekt-relasjon til den fattige, syke og undertrykte. Jürgen Moltmann uttrykker dette i en teologisk språkdrakt:

Before you can be for others you must live with others. - They must be respected for their dignity, honour, and worth; therefore, they are *subjects* in the kingdom of God, not the objects of our sympathy (1979, s. 25).

Dette innebærer ikke at en skaper en illusjon av maktsymmetri. Bevissthet om den faktiske maktsymmetri er en forutsetning for å oppnå en gjensidig opplevelse av symmetri i verdi og verdighet. Motsatsen til dette kan kalles for en objektiverende filantropi, også kalt for «godhetens asymmetri». Denne asymmetrien oppstår når godhet blir «et overskuddsfenomen som en sterk person viser overfor en svak», sier Jill Merethe Loga (2003, s. 70). Dette står i kontrast til hvordan Elisabeth Schüssler Fiorenza beskriver diakonien sin tjeneste som «'equality from below' in solidarity with all those who struggle for survival, self-love and justice" (1988, s. 289).

Et diakonifaglig perspektiv kan oppsummerende beskrives som forskning og praksis basert på at en

- stiller seg solidarisk med den svake part,
- avdekker og kritiserer urett og undertrykkelse,
- bidrar til innsikt i maktanvendelse og maktmisbruk av relasjonell, kulturell og strukturell art,
- forankrer analysene i de normene som gjelder for kirken (Kleiven 2010, s.63).

Hva er diakonien sin mandat i møte med seksuelle krenkelser?

Diakonien sin mandat er basert på en paradoksalt beskrivelse av diakonien sin vesen forstått som *utøvelse av makt ved å tjene*. Jesus som vasker disiplenes føtter, er en beskrivende praksis

på hva diakoni er. Fotvasking var tradisjonelt et arbeid for slaven. Jesu fotvasking innledes imidlertid med en beskrivelse av hans selvbevissthet om egen maktposisjon: «Jesus visste at Faderen hadde gitt alt i hans hånd, og at han var utgått fra Gud og gikk til Gud» (Joh 13,3). Jesus modellerer gjennom fotvaskingen at «den som vil være stor blant dere, skal være de andres tjener» (Matt 20,26). Diakoni forstått som etterfølgelse, betyr dermed å være seg bevisst sin maktposisjon, for så å anvende denne makten til å tjene (Kleiven, 2006, s. 10-12).

Etterfølgelse og identitet forankret i Kristus er den diakonale maktens basis. En helhetsforståelse av mennesket og en likeverdighet i et relasjonelt samspill, er premisser for maktanvendelsen. Diakonien mandat er å gi den krenkede makt til å reise seg ved å bli bekreftet på egen verdighet, den innebærer å ansvarliggjøre den som misbruker sin maktposisjon til å invadere og krenke et annet menneske. En drøfting ut fra et diakonifaglig perspektiv innebærer å behandle kirkens mulighet til å myndiggjøre den krenkede, ansvarliggjøre krenkeren og bidra til en virkelighetsforståelse hvor åpenhet, oppgjør og forsoning preger holdninger og handlingsstrategier i det kristne fellesskapet. Det spenningsfylte i dette er at diakonien som en del av kirken, like fullt skal ta et oppgjør med maktmisbruk og ukultur i kirken.

Kirkens diakonale identitet

Den kirke som ikke er diakonal er ingen kirke. Per Frostin skriver at «diakoni är inte en delaspekt av missionen utan själva kärnen i kyrkans mission» (1992, s. 23). Noe av det samme uttrykkes når LWF i sitt dokument «Diakonia in Context» beskriver «Diakonia as integral part of being Church» (LWF, s. 27; jfr. Nordstokke 2011, ss. 14 og 84). Diakoni utøvd innad i kirken må derfor forankres i hva som menes med å være en diakonal kirke.

Et sentralt element i denne forankringen er å hevde at kirken er relasjon. Når Kjell Nordstokke skal beskrive den diakonale kirke benytter han to gresk-språklige betegnelser som Bibelen anvender for å tydeliggjøre dette poenget (2021, s. 174). *Ekklesia* som betyr å kalle sammen, gjenfinner vi i flere søreuropeiske språk som betegnelse på «kirke» (iglesia, église). Fellesskapet er kjennetegnet ved det å være kirke. Det er der hvor vi kan være hos Gud og hverandre med våre liv. «Å være med-lem i kirken innebærer å være med-lem på Kristi kropp og hverandres med-lemmer i gjensidig tjeneste», skriver Nordstokke (2021, s. 174) og tydeliggjør dermed både det relasjonelle og det organiske i hva det er å være kirke (1.Kor. 12,27). *Kyriake* betyr det som tilhører Herren (*kyrios*), og som vi finner igjen både i det tyske «Kirche», det engelske «Church» og den norske «kirke». Kirken er Guds, gitt oss av ham slik han har vist seg selv «da han sto fram som menneske» (Fil. 2,7). Den makt som kirkens lederskap og tillitspersoner utøver forutsetter at den gir mennesker rom og plass til å være det som de er skapt til å være. Dersom makten misbrukes til å krenke og devaluere andre mennesker, er det kirkens diakonale oppdrag å ta et oppgjør med det. Alternativet vil være å bevare fasaden av å være kirke, men ha mistet kirkens gudgitte kjennetegn. Oppgjør

med sår som også kirkens egne tillitspersoner påfører andre mennesker både innenfor og utenfor kirken, er et kjennetegn ved kirkens vesen og diakonale preg.

Kirkens teologiske (ekkesiologiske) selvforståelse forankrer kirkens identitet. Samtidig er også kirken en samfunnsinstitusjon. Det betyr at krenkelser utøvd av tillitspersoner i kirken ikke er et internt anliggende. Seksuelle krenkelser i kirkelig kontekst skal vurderes ut fra norsk straffelovgivning på linje med anklager om seksuelle krenkelser i andre deler av samfunnet. Kirken skal også ta ansvar for å forvalte den tillit institusjonen har i samfunnsliv generelt, og ikke minst i den rollen kirken har i det diakonale nedslagsfelt. Kirken skal stå opp mot urett, krenkelser og undertrykkelse både i lokal, nasjonal og global sammenheng. Nordstokke beskriver diakoni som en tros- og rettighetsbasert praksis (2021, s. 17) og begrunner dette både ut fra et teologisk og samfunnsmessig perspektiv. Kirkens posisjon som samfunnsinstitusjon forutsetter transparens også når kirkelige tillitspersoner misbruker det oppdraget de i tillit er gitt av kirken. Det diakonale oppdraget er å ta et oppgjør hvor ansvar blir plassert på en slik måte at den utsatte opplever seg tatt på alvor. Det betyr ikke å sette den anklagede i en offentlig gapestokk. Det forutsetter imidlertid i mange tilfeller en åpenhet som innebærer offentlighet om hvor ansvaret for krenkelser som er begått, hører hjemme.

Å stå opp for den utsatte og ivareta de berørte

Kirken skal stå opp for den utsatte. Dette ble tydelig forankret i de kirkelige retningslinjene. Det samsvarer nettopp med forståelse av det som kjennetegner diakoni og en diakonal kirke. Det er et aktivt perspektivvalg å velge «offrets perspektiv» (Frostin, 1994, s. 42). Frostin beskriver samtidig hvilke motkrefter som alltid vil være der ved å peke på sammenhengen mellom «nedtystade människor och nedtystade erfarenheter hos dem som tystar ner» (1994, s. 45). Dette er basert på det han kaller fornektelsen av sider ved seg selv som blir aktualisert gjennom krenkelsene, men som er altfor plagsomt å forholde seg til. Det er imidlertid bare en del av de kreftene som bidrar til taushet om det som har skjedd. Den krenkede er nettopp gjennom krenkerens atferd (ikke minst når krenkeren er en tillitsperson for vedkommende) påført en virkelighetsforståelse hvor medansvar, skyld og skam er plantet inn i krenkelseshandlingene. Det fører til at også den utsatte kan bære på en selvforståelse som «tystar ner» og bagatelliserer det som har skjedd. Diakoniens mandat er å legge til rette for at den «nedtystade» stemmen til den som er krenket, gis rammebetingelser for å bli hørt med sin tvetydighet og ambivalens. Krenkelser skjer i relasjoner. Oppgjør med krenkelser er avhengig av relasjoner som modellerer en annen virkelighetsforståelse enn den som er påført den utsatte. Dette kan være ekstra krevende når den anklagede er en kirkelig tillitsperson. Det er derfor desto viktigere at diakoniens mandat er skriftliggjort i retningslinjer som kirkens lederskap anerkjenner som retningsgivende også når det rammer dem selv. En slik anerkjennelse er ikke minst viktig for å bygge en kultur hvor varheten for egne og andres personlige grenser bygges inn i en åpenhetskultur hvor det er legalt å påpeke hverandres grenseoverskridelser. Denne varheten er den sunne skammen. Den kan bidra til å oppdage sin egen og den andres

sårbarhet når en selv trækker for nær og over den andres personlige grenser (Farstad, 2016, s. 34 og 36).

Det er mange som er berørt av krenkelser. Det er i første rekke den utsatte og hennes eller hans nærmeste. Det er den anklagede sammen med de som står vedkommende nær. De som tilhører den kirkelige arenaen hvor den anklagede er gitt tillit, kan oppleve at selve fellesskapet blir truet. Det diakonale oppdraget er å ivareta alle de som er berørt. Dette har verken kirken eller retningslinjene vært like bevisste på. Det har til dels vært en forståelse av at det å stå opp for den krenkede har gjort at andres behov har blitt oversett eller underkjent.

Den som har krenket et medmenneske skal ikke bare behandles korrekt, men skal gis bistand til å erkjenne sin egen ansvarlighet (Kleiven og Granerud, 2020). Mennesket er skapt til å være ansvarlig for sitt liv. Derfor kan nettopp krenkerens erkjennelse av ansvar ved å vise i praksis at en vil bære konsekvensene av sitt misbruk av makt og tillit, også forstås som oppreisning i egne og andres øyne.

Menigheten og fellesskapet som har vært arena for krenkelsene, ble i de første retningslinjene først og fremst forstått som et informasjonssted. Menigheten ble ikke ansett som direkte rammet. Hele fellesskapet er imidlertid berørt og har et bearbeidingsbehov (Kleiven, 2018a).

Det å ivareta de berørte er i utgangspunktet sammenfallende med å stå opp for den utsatte. Det er å ta på alvor det brede nedslagsfeltet som seksuelle krenkelser i kirkelig kontekst har. Samtidig skal ivaretagelse av berørte verken underkjenne eller tildekke at den som først og fremst er rammet, er den utsatte. Derfor skal ivaretagelse alltid forankres i et ståsted sett fra den utsattes perspektiv.

Den diakonale kirke – en oppsummerende konklusjon

Spørsmålet som jeg har forsøkt å besvare er: *Hva er diakoniens rolle og funksjon i møte med seksuelle krenkelser når det skjer i kirkelig kontekst?* Forståelse av seksuelle krenkelser, av diakoni og kirke er beskrevet og reflektert over. Et sentralt anliggende har vært å tydeliggjøre at diakonien er en del av kirkens vesen og væren. Derfor vil diakonien ha en sentral rolle og funksjon også når anklager om seksuelle krenkelser rettes innad i kirken.

Kirken skal synliggjøre «De nedtystades Gud» (Bergmann, 1992). Gud som bor i det høye og hellige, er samtidig «hos den som er knust og nedbøyd i ånden» for «å gi hjertet liv» (Jes. 57,15). Derfor er et oppgjør med urett og krenkelser, enten de skjer i eller utenfor kirken, et gudsriketegn og ikke en bigeskjeft i det å være kirke.

Kirken er i bibelsk sammenheng presentert som en levende organisme med kropp og lemmer. Vi kan også si at kirken er relasjon. Det er et fellesskap hvor samliv på mange plan er et kjennetegn ved det å være kirke. Kirkens lemmer kan bli såret og kan søre, kan bli

krenket og krenke. Det betyr at lidelse og urett angår den diakonale kirken. Oppgjør, ansvarliggjøring og sårbehandling er en del av kirkens vesen. Å forvalte oppdraget gitt av Kirkens Herre innebærer derfor å være så transparent at oppgjør og «justice making» (Fortune, 2005, s. 134-135) er et kirkelig anliggende uavhengig av om den ansvarlige er en kirkelig representant eller ikke.

Organisatorisk betyr dette at den diakonale kirke er avhengig av å ha gode retningslinjer som tar på alvor at seksuelle krenkelser skjer i kirkelig sammenheng og at kompetansepersoner i kirken er gitt et mandat til å stå opp for den utsatte som blir krenket. Her har norsk kirkevirkelighet vært langt framme sett i et internasjonalt perspektiv. Det er like fullt fortsatt viktig å kvalitetssikre og videreutvikle både retningslinjer og systemer som ivaretar dette anliggendet. Det aller viktigste er imidlertid å bygge en kultur hvor den som melder fra om krenkelseserfaringer opplever seg tatt på alvor og ivaretatt. Dette forutsetter at vedkommende blir gitt mulighet for oppreisning ved at ansvaret for hendelser plasseres på den ansvarlige og at misbruk av tillit innebærer tap av roller og posisjon basert på denne tilliten.

Litteraturliste

- Balboni J. M. (2011). *Clergy sexual abuse litigation. survivors seeking justice*. FirstForumPress.
- Bera, W. (1995). Betrayal: Clergy Sexual Abuse and Male Survivors. In J. C. Gonsiorek (ed), *Breach of Trust. Sexual Exploitation by Health Care Professionals and Clergy*. SAGE Publications.
- Bergmann S. (red.) (1992). *De nedtystades Gud. Diakoni för livets skull*. Stockholm: Proprius
- Beste, J. (2021) Envisioning a Just Response to the Catholic Clergy Sexual Abuse Crisis. *Theological studies, 2021-03, Vol.82 (1)*, p. 29-54.
<https://doi.org/10.1177/004056392199604>
- Collins, J. N. (1999). *Diakonia: Re-interpreting the Ancient Sources*. : Oxford University Press
- Den norske kirke (1984). *Vold i ekteskapet. En betenkning fra et utvalg nedsatt av Bispemøtet*. Verbum.
- Den norske kirke (1996) *Retningslinjer og prosedyre for behandling av saker der det rettes anklage mot vigslet kirkelig medarbeider om seksuelt misbruk og/eller grenseoverskridende seksuell adferd*.
- Dokecki, P. R. (2004). *The Clergy Sexual Abuse Crisis. Reform and Renewal in the Catholic Community*. Georgetown University Press.
- Fortune, M. M. (2005). *Sexual Violence. The Sin Revisited*. The Pilgrim Press.
- Fortune, M. M. & Longwood, W.M. (ed) (2003). *Sexual Abuse in the Catholic Church. Trusting the Clergy?* The Haworth Pastoral Press.
- Fortune, M. & Poling, J. N. (2004). *Sexual Abuse by Clergy. A Crisis for the Church*. Wipf & Stock Publisher.

- Frawley-O'Dea, M. G. (2007) *Perversion of Power. Sexual Abuse in the Catholic Church*. Vanderbilt University Press.
- Farstad, M. (2016). *Skam. Eksistens, relasjon, profesjon*. Cappelen Damms Akademisk.
- Fiorenza, E. S. (1988). 'Waiting at Table': A Critical Feminist Theological Reflection on Diakonia. I N. Greinacher & M. Norbert (Red.) *Diakonia*. Concilium, 198, s. 84–94.
- Frostin, P. (1992). Kristendommens kairo – vågar kyrkorna säga nej till mammon och ja til de fattigas Gud? I S. Bergmann (Red.) *De nedtystades Gud. Diakoni för livets skull*. Proprius.
- Garland, D. R. (2006). When Wolves Wear Shepherds' Clothing. Helping Women Survive Clergy Sexual Abuse. *Journal of Religion & Abuse*, 2006-11-21, .8 (2), 37-70.
- Hauge, A. & Heiene, G. (1993). *Kirkens møte med kvinnemishandling*. Diakonhjemmets Høgskolesenter, Forskningsavdelingen. Rapport nr. 1/1993
- Kirkerådet (2020). *Plan for diakoni*; https://kirken.no/globalassets/kirken.no/om-kirken/samfunnsansvar/diakoni/plan-for-diakoni_rev2020.pdf. (hentet 23.11.2021)
- Kirkerådet (1989). *Samtale og sjelesorg for mishandlede kvinner. Rapport fra forsøksprosjekt i Kirkerådet*. Oslo.
- Kleiven, T. (2006). I maktens tjeneste eller makt til å tjene. Maktens og avmaktens ansikt i kirkens diakoni, i *Halvårsskrift for Praktisk Teologi* 23 (2)
- Kleiven, T. (2010). *Intimitetsgrenser og Tillitsmakt. Kirkesamfunns forståelse av og handlingsstrategier i møte med anklager om seksuelle krenkelser sett i lys av et diakonifaglig perspektiv*. Diakonova
- Kleiven, T. (2018a). "Not in My Church". When Sexual Abuse affects the Congregation. *Diaconia*,. 9(3)), 53–72
- Kleiven, T. (2018b). Sexual Misconduct in the Church: What Is it about? *Pastoral Psychology* 67(3), 277–289. <https://doi.org/10.1007/s11089-018-0807->
- Kleiven, T. & og Granerud, S. (2020). Ansvarliggjøring som frigjør. Hvordan hjelpe mennesker til å vedstå seg sin skyld? I *Tidsskrift for Sjelesorg* 40 (1), 84-101
- Leira, H. K. (2003). *Det gode nærvær. Kulturens psykologiske betydning*. Fagbokforlaget.
- Loga, J. M. (2003). Godhetsdiskursen. I *Berge, Kjell Lars, Siri Meyer og Tom Are Trippestad (Red.), Maktens tekster*. Gyldendal Akademisk.
- Lundgren, E. (1985). *I Herrens vold. Dokumentasjon av vold mot kvinner i kristne miljøer*. Cappelen Forlag.
- Lundgren, E. (1994). *La de små barn komme til meg. Barns erfaring med seksuelle og rituelle overgrep*. Cappelen forlag.
- Lundgren, E. (2004). *Våldets normaliseringsprosess*. ROKS.
- LWF (2009). *Diakonia in Context. Transformation, Reconciliation, Empowerment*. The Lutheran World Federation.
- Lytton, T. D. (2008). *Holding bishops accountable: how lawsuits helped the Catholic Church confront clergy sexual abuse*. Harvard University Press.
- Moltmann, J., Meeks, D. M., Hunter, R. J., Fowler, J. W. og Erskine, N. L. (1979). *Hope for the church: Moltmann in dialogue with practical theology*. Abingdon Press

- Nordstokke, K. (2011). *Liberating Diakonia*. Tapir Akademisk Forlag.
- Nordstokke, K. (2021). *Diakoni. Evangeliet i handling*. Verbum.
- Nordstokke, L. & Collins, J. N. (2000). Diakonia-teoria-praxis. *Svensk kyrkotidning*.96 (11).
- Patton, J. (2005). *Pastoral Care. An Essential Guide*. Abingdon Press.
- Raun Iversen, H. (2004). *Praktisk teologi*. Forlaget ANIS.
- Renzetti, C. M. & Yocum, S (Red.) (2007) *Clergy sexual abuse: social science perspectives*.
Northeastern.
- Rådet for samfunnsvitenskapelig forskning (RSF) (1985). Forskningsprogram om
kvinnemishandling. *Rapport nr. 1: Forslag til forskningsprogram*. Oslo: NAVF

9. Constructing Contextual Bible Studies in the Context of Health and Healing

Gerald O. West, University of KwaZulu-Natal and Ujamaa Centre, South Africa

Mwai Makoka, World Council of Churches, Health and Healing, Switzerland

Ezra Chitando, World Council of Churches, Ecumenical HIV and AIDS Initiatives and Advocacy, Southern Africa

Background

In this article we reflect on a participatory process in which Bible study resources have been constructed to address the realities of health and healing around the world. Our contribution fits well within the range of work characteristic of Hans Stifoss-Hanssen (Danbolt and Stifoss-Hanssen 2017; Røen et al. 2018; Stifoss-Hanssen, Danbolt, and Frøkedal 2019; Røen et al. 2019; Stifoss-Hanssen and Danbolt 2020), whom we honour in this volume, remembering in particular his links with African contexts (Stifoss-Hanssen 2005).

The project on which our article reflects was initiated by the Health and Healing Programme of the World Council of Churches. The WCC Central Committee that met in Geneva in June 2018 approved the Ecumenical Global Health Strategy (EGHS); one of the strategies is “To promote and facilitate theological and biblical reflection on health and healing through contextual Bible studies, training and other church programmes” (Makoka 2021). This strategy contributes to the Health-Promoting Churches (HPC) model that the EGHS promotes.

The WCC’s *Health-Promoting Churches Volume III: Contextual Bible Studies on Health and Healing*, on which we reflect in this article, builds on two other recent publications (Makoka 2020; Makoka 2021). Volume III will help the churches to deepen the biblical and theological underpinning of their health ministries. In addition, this publication provides valuable background material for the Ecumenical Conversation on Health at the WCC 11th Assembly, in Germany, 31 August to 8 September 2022, as well as motivation for the re-establishment of the Commission of the Churches on Health and Healing. The publication further contributes to the churches’ quest for holistic health and healing.

There have been ample experiential and theological affirmations on the unique role of churches on health, healing and wholeness. However, with the changing geo-political, socio-economic and health landscape, it is necessary to revisit these teachings and practices to see

how they apply to current prevailing situations. Contextual Bible study is a powerful tool for accompanying and equipping local congregations to re-frame their faith in these changing global and local contexts.

The WCC is already using the CBS methodology to address issues of sexual and gender-based violence, to engage with HIV and AIDS, and to promote transformative masculinities. CBS on health will build on these experiences.

Contextual Bible Study process

Contextual Bible Study has developed as a participatory Bible study method over more than forty years of community-based and church-based work, both through the work of Centro de Estudos Biblicos (CEBI), in Brasil, and the Ujamaa Centre for Community Development and Research, South Africa (West 2015b). Contextual Bible Study (CBS) is a process connecting scripture and context in cycles of conversation. CBS usually begins with a contextual concern or question that people of faith bring to scripture in order to hear God's word. CBS can also begin with scripture. As we listen to or read scripture, we may become aware of a connection to our context; we may hear scripture addressing our lived reality (Mesters 1989, 166). What matters is not where we begin but that we engage in the back-and-forth conversation between context and scripture, scripture and context, etc. Health and healing have always been a concern in our world, and are clearly a central theme within scripture. The CBS work reflected on in this essay builds on this resonance between context and biblical text.

Central to the CBS process is the threefold movement of See-Judge-Act, developed by the Catholic worker-priest movement in Europe and taken up in many Third World and Global South contexts (Arnal 1986; Erlander 1991; Mesters 1989, 158). CBS begins with 'See': analysing the realities of our context, both the individual realities and, specifically systemic realities. Jesus summoned his disciples to discern "the signs of the times" (Matthew 16:3), lamenting that the religious leaders of that time were unable to truly 'see' their context. In this WCC project, we were summoned to see the realities of health and healing in our contexts. CBS is particularly attentive to seeing reality 'from below', from the perspective of those who have a marginalised experience of health and healing.

CBS then continues with 'Judge', whereby we discern or judge contemporary reality from God's perspective in scripture. Does our contextual reality with respect to health and healing conform to God's will? Jesus taught his disciples to pray, "Your kingdom come, your will be done, on earth as it is in heaven" (Matthew 6:10). What can we learn from scripture about God's kingdom (or kin-dom) on earth with respect to health and healing? Having analysed our realities (See), CBS brings scripture into dialogue with our realities (Judge), using

scripture as a reflective surface within which we see what God wants to do in our contexts with respect to health and healing.

The CBS process concludes with a summons to action, 'Act'. If our contextual realities with respect to health and healing do not conform to God's kin-dom on earth, then what needs to change and how can we contribute to working with God for this change? When Jesus saw the reality of the two blind men sitting on the side of the road, he asked, "What do you want me to do for you?" (Matthew 20:32) Seeing reality in the light of God's prophetic vision for God's kin-dom on earth moves us, like Jesus, to act. "Moved with compassion, Jesus touched their eyes; and immediately they regained their sight and followed Him" (Matthew 20:34). Our actions will take many forms, but act we must, moved by compassion for those who yearn for health and healing.

Constructing CBS on health and healing

Each of the Bible studies in the WCC resource manual has been produced by participants from churches around the world who collaborated in a series of eight online workshops. Though constrained by the Covid-19 pandemic, the virtual platform provided by Zoom enabled us to engage with each other from all over the world.

When the CBS workshops were announced, 285 people registered for the workshops, 25 to 30 people participated in each workshop session. Each workshop was offered twice, enabling those from different time zones to participate, and simultaneous interpretation in French and Spanish was offered. Included among the participants were health-care practitioners, faith-based health workers, church leaders, theologians, and biblical scholars. There were participants from Colombia, Peru, USA, Mexico, Zimbabwe, South Africa, Australia, New Zealand, Canada, Germany, United Kingdom, Jamaica, Nigeria, South Korea, Thailand, Costa Rica, Malawi, Zambia, Sweden, Rwanda, Brazil, Nepal, and India. Each workshop participant not only contributed to the CBS construction, but was also equipped to become a CBS practitioner through our workshop training programme.

In preparation for the first workshop (5 & 8 July, 2021) participants who had registered were invited to prepare the following task:

Identify and analyse (See) one specific aspect of Health and Healing that you think we should engage though CBS. Work with others in your context, if possible. Try to be as specific as you can be, doing some preliminary analysis of your Health and Healing reality. Do not generalise; be context specific. Write a short summary of your contextual analysis, clearly identifying the specific aspect of Health and Healing you have identified. Please bring this summary with you to the first workshop.

CBS construction began with the lived realities of the participants, each reflecting on the health and healing concerns of their own particular contexts. Participants were encouraged to analyse their health and healing context from a range of intersecting perspectives, including the socio-economic, socio-political, socio-cultural, and socio-religious. Here are two examples of social analysis (See):

I used to be a community pharmacist. I remember a growing volume of prescriptions for anti-depressant medication, along with mood stabilisers, anxiolytics and other pharmaceuticals to help people with mental health issues. It bothered me that doctors prescribed drugs and sometimes counselling, but often failed to address more systemic issues of social isolation, workplace disempowerment, family violence and poor communication skills. (Karen Eller, Melbourne, Australia)

Among the four proposed dimensions (socio-economic, socio-political, socio-cultural, and socio-religious) associated with the Covid-19 pandemic, the socio-economic theme of inequity and poverty in Colombia is particularly relevant. Even though the pandemic affects all citizens in Colombia, by April 2021 most of the dead people (87.3%) belonged to the three lowest socioeconomic levels. (Edgar López, Bogotá, Colombia)

Not only did the 'See' workshop enable each participant to share an analysis of their own particular context, they also enabled us to construct a picture of our global health and healing realities and needs. At the end of the first workshop, we uploaded a recording of the Zoom session and its PowerPoint slides to a WCC portal, enabling those who could not attend a workshop to remain a part of the process.

Each workshop gradually offered additional resources for participants to become a part of the CBS process. The second workshop (12 & 15 July, 2021) focussed on the 'Judge' dimension of the CBS process. The 'Judge' moment required us to re-read the Bible carefully, using our contextual themes as a resource to summon scripture to speak redemptively concerning the health and healing contextual themes that we had identified. This second workshop made it clear that just as we had worked carefully and analytically to discern our contextual themes, now too we should work carefully and analytically to discern how biblical texts might speak to our contextual themes. We explained that CBS required a 'slow' (Riches et al. 2010, 41) and 'careful' 're-reading' of a particular biblical text, paying attention to the detail of the text, for it was this detail that had the potential to establish a prophetic conversation between biblical text and social context.

In this second workshop we offered an example of a CBS developed by the Ujamaa Centre (West 2021b) which addressed the theme of women's health and healing. We re-read a well-known healing story from Mark's gospel using the CBS process:

1. Do a dramatic reading of Mark 5:21-6:1, asking different participants to read the parts of the different characters.
2. What is the text about?
3. Who are the characters in this story and what do we know about each of them from the story? Draw a picture of the story to illustrate the role of each character?
4. Mark connects these two women, inviting us to see similarities in their experiences and their encounters with Jesus. By re-reading the story carefully we can identify a number of similarities between these two women. What do these two women characters have in common in the text and their world?
5. In what ways does Jesus' work with these women for healing and health?
6. These two women live in a world in which the health of women is marginalised. In what ways is the health of women in your context marginalised? Try to be specific in identifying the systems that marginalise women's health in your context.
7. Jesus acts to change the reality of these two women. What can you and your local church and community networks do to change health systems for women in your context?

What can you do immediately?

What can you do with careful planning?

Within the workshop we participated in the CBS together. Though the time was limited, and the Zoom format made small group work difficult, the exercise gave participants an understanding of the shape of a CBS. Having worked through this CBS, we then gave participants the following tasks in preparation for the third workshop: "Use this CBS example to identify a biblical text that has resources to engage your Health & Healing contextual theme. What are the redemptive details of the text you have identified?"

Once again, participants eagerly embraced this task, sending in biblical texts they had identified as having the potential to speak to their contextual health and healing theme. Here are two examples of scriptural analysis (Judge):

In Luke 24:13-35 two friends travelled towards Emmaus with a disturbed mind because the Messiah they had expected to save the Israelites was

crucified and died. This is like the situation around us (made worse by the Covid-19 pandemic), which can lead to mental disturbances and make us heavy hearted. Jesus' approach to their disturbed mind includes the following redemptive detail: journeying with them, listening to their stories, explaining using scripture, having fellowship with them over a meal. Likewise, we need to journey, listen, explain, and fellowship with those who are mentally disturbed. (Ronald Lalthanmawia, Thailand)

In Matthew 15:21-32 a marginalised nameless woman, who due to her socio-religious status as a woman, Gentile, mother of a possessed child, and a foreigner makes her impure or unclean, pushes all boundaries (including the disciples) to find healing for her only nameless daughter from an evil spiritual attack, which in contemporary times may be understood as mental illness. This woman may be a widow and does not have a son to represent her in sacred spaces. Although considered unclean due to her status, she addresses Jesus' face to face and stands firm and persistent in her faith until Jesus finally grants her request and compliments her faith. Her daughter's healing destroys the barriers for all to access Jesus and get healing for their family members (29-32), where Jesus proclaims his compassion for them. (Sinenhlanhla Chisale, South Africa)

In the third workshop (9 & 12 August 2021) we continued with a fuller analysis of this CBS, guiding participants to identify the movement within a CBS from questions which located the CBS in the community (Question 1 and 2), then to questions which probed the detail of the text itself (Questions 3, 4, and 5), and then to questions which returned to community appropriation of the biblical text (Questions 6 and 7).

By the end of the third workshop participants were well prepared to identify a biblical text that had the potential to address their health and healing contextual theme and to begin constructing a CBS. The task we set for them after the third workshop was to summarise "(1) the theme you have chosen to work with; (2) your contextual analysis of the theme; (3) the biblical text you have identified and your analysis of its redemptive detail; (4) the draft CBS you have constructed". Participants submitted their work to us, which formed the basis of each of the CBS in the WCC CBS manual. We worked carefully and respectfully with each CBS submitted, corresponding with each participant in order to ensure that they approved of the final version.

Our fourth and final workshop (16 & 19 August 2021) focussed on facilitation. CBS is a facilitated or animated process. CBS requires a different kind of leadership, not leadership from above but leadership from alongside. Again, the resources on facilitation, which this resource manual offers, have come from our workshops. We asked each participant to

respond to two questions: “What do you understand by ‘facilitation?’” and “What are the key qualities of being a good facilitator?” Furthermore, having reflected on these questions together, we returned to the Mark 5 CBS and used it as a frame to chart the facilitation process, guiding participants through each of the CBS questions and sharing resources on how we might facilitate the CBS, including the importance of local community liturgical resources, when to move into small-groups, how to divide participants into small-groups, how to recognise the contributions of each participant, how to deal with conflict, etc. (West 2021a, 144-149).

Many voices from many contexts shared their experiences of facilitation. We collated the contributions and have included them in the manual as a resource. Facilitation is a form of leadership from alongside participants in which the emphasis is on enabling the participation of each and every person and on ensuring that the CBS process is completed, moving from ‘See’ to ‘Judge’ to ‘Act’ (West 2021a, 145). Each CBS embodies a facilitation movement from a contextual health and healing theme (See), to a slow and careful re-reading of scripture (Judge), and then to context appropriate forms of action (Act).

Participants agreed that a fundamental requirement of a facilitator is that they should be a caring and attentive listener. Listening is perhaps the foundational requirement. Listening presupposes trust in the community of participants; and this trust is vital to the CBS process. Trust in the community of participants and trust in the CBS process are the two pillars of these Bible studies.

Another key dimension of the CBS process and facilitation is time. Re-reading scripture together changes us, so we must allow sufficient time for small-group discussion and scriptural re-reading to reshape us (West 2015a). CBS requires time, at least 1-2 hours per CBS. Though the Covid-19 pandemic has constrained how CBS is usually done within a person-person community context, it has taught us that we can do CBS workshops via online platforms like Zoom. But CBS remains an embodied process, so we agreed that facilitators need to be creative in how they construct embodied space and time when using online platforms.

In some of the CBS we included specific additional aspects of facilitation, particularly in cases where facilitators need to be particularly attentive to the health and healing topic being reflected on through Bible study, such as a CBS on psychological trauma.

By concluding the workshop process with a workshop on facilitation we were ensuring that we not only generated useful Bible studies but also useful CBS practitioners!

Contextual and textual framing of the CBS

Having revised and edited each CBS, we then situated each CBS briefly within its regional context of production, its biblical context, and its health-care context. We honoured the actual context site which generated the See and Judge processes by indicating at the outset where the CBS had its social location, noting, for example that a particular CBS had its origins among African-Americans, or among Zambian women, etc.

We also, within each CBS, offered facilitators a brief indication of how the selected biblical text fits within its larger biblical context, providing details of both the text's literary context and socio-historical context. For example, in the CBS on "inclusiveness of people with disability", using John 5:1-15, we offered the following "Notes on the text":

This story takes place at an important moment in the ministry of Jesus. According to John's gospel, this is the second time that Jesus comes to Jerusalem. When Jesus went to Jerusalem the first time (2:13) he disrupted and condemned the exploitative economic practices of the temple. On this second visit, the temple is not his destination. Instead, he goes to a place where those who are excluded from the temple gather for healing. Jesus only goes to the temple (5:14) in order to continue his healing care of the man he found by the pool outside the temple.

Given the focus on health and healing, we also offered facilitators an analysis of how a particular CBS theme fits into global health-care contexts. For example, we provided the following health-care framing for the CBS on Mark 5, focussing on women's health:

The theme of women's health is an intersection of biological, socio-cultural, religious, socio-economic, political and other factors. The biological nature of females means that they experience menstruation and its complications like anaemia and abnormal bleeding, the stress and complications of pregnancy and childbirth, and cancers of the breast and ovaries. There are taboos, myths and misconceptions around menstruation, which restrict women's participation in society. Some cultural norms limit women's access to information and services for their sexual and reproductive health. In many countries, there is a lack of political will and investment towards women's health issues. For example, on menstrual hygiene, in many settings there is no local manufacturing capacity for menstrual products, relying on imported and highly taxed products, and poor sanitation facilities to accommodate and encourage menstruating girls to attend school, etc. The totality of these factors continue to burden young girls and women with hampered opportunities for education and socio-economic emancipation.

As already indicated, within a CBS we have sometimes included specific facilitation guidelines. For example, in a CBS on “mental health for people who identify as LGBTIQ+ (and their Christian communities)” we offer the following facilitation suggestion:

The CBS comes in two parts, one for within LGBTIQ+ groups and one for the church more generally. Part 1 leads into Part 2, so Part 1 needs to be facilitated before Part 2, taking the resources of Part 1 into Part 2. Doing this CBS in this order will require careful preparation and planning.

Finally, we have also included with a particular CBS poetry provided by a participant as an additional resource. For example, in a CBS on “health-care for migrants and those displaced by conflict, economic factors, and the Covid pandemic” we use the poem “Return of the Labour Migrants” written and provided by Pratap Jayavanth to begin the CBS, before moving from the poem to a reading of Mark 6:30-34.

CBS on Health and Healing: lessons learnt

We found the process of constructing the CBS on Health and Healing quite challenging, but deeply rewarding. We drew a number of lessons from this exercise, including some that we have already highlighted in the foregoing sections. First, the enthusiastic response to the call that we made confirmed the ongoing significance of the Bible as a central sacred resource in the life of the faithful. Contributors from diverse contexts were clear that the Bible is a strategic resource in their meaning-making processes. They regarded the opportunity to contribute to the constructing the CBS on health and healing as yet another occasion where they could reflect more deeply and intently on the Bible.

Second, we were struck by the creativity and diversity of interpretations of different passages and contexts in life. Here, we drew the lesson that those driving such processes must, indeed, as the Ujamaa Centre regularly reminds us, “trust the process”. We had our initial worries and concerns regarding whether the initiative would succeed, given the impact of Covid-19 on our ways of working. However, as soon as the process got underway, we were impressed by how CBS methodology enabled contributors in different parts of the world to reflect on how social, economic, political, and other ‘systems’ impact on health and healing and on how a biblical text might offer resources for systemic change. We recognised the importance of liberating contributors to be guided by their own contexts and to select the specific biblical text they discerned would address their reality. Thus, we appreciated the value of trusting colleagues to develop sound and relevant reflections and resources.

Third, we were reminded of the capacity of CBS to shake us out of our inherited, everyday interpretations of biblical texts. Contributors came up with highly original and provocative ways of reading texts as they sought to relate them to the quest for health and healing in their contexts. We learnt that the text is open to be read in new and liberating ways, as

readers respond to new contextual challenges. The CBS process brought to life surprising, perplexing, and novel readings of biblical texts that promote human flourishing in the wake of multiple health challenges.

Fourth, although the process brought the inequalities in our world to the fore, it simultaneously laid bare the similar human condition that we share across our diverse contexts. Contributors from different parts of the world confirmed that health and healing remain key concerns for human beings. While access to health and healing can differ due to variables such as the location of the country (global North versus global South), class, race, gender, and other factors, it remains true that humans are concerned about disease, dying, health, and healing. The process of developing the CBS Manual on Health and Healing reaffirmed this fundamental reality.

Fifth, the constraints of the Covid-19 pandemic, though preventing us from participating in the workshops in person, constructed another kind of space, what our Ujamaa Centre colleague Sithembiso Zwane refers to as “invented space” (Zwane 2020). We worked carefully as a facilitation team to construct a safe, sacred, and inclusive space. As Arundhati Roy aptly puts it, reflecting on the revelatory capacity of Covid-19 in the Indian context, “Historically, pandemics have forced humans to break with the past and imagine their world anew. This one is no different. It is a portal, a gateway between one world and the next” (Roy 2020). Through this project, we have imagined our world and CBS anew, working together within a space invented by the CBS process and its participants.

Conclusion

This essay documents and reflects on a process. We have used the concept of ‘process’ regularly throughout this essay because it is a central concept. Doing CBS is a process and so too is constructing CBS. The WCC’s summons to produce a CBS Manual on Health and Healing has provided the opportunity to create this resource. The book in honour of Hans Stifoss-Hanssen has provided the opportunity for us to offer this essay as a reflection on the process that produced this CBS resource and to contribute an example of the kind of redemptive theological “ritualizing” practice that he has documented and analysed (Danbolt and Stifoss-Hanssen 2017; Stifoss-Hanssen and Danbolt 2020).

The process continues. Work remains to be done on the Manual. Meanwhile we have produced a Webcast introducing the Manual and inviting Christian communities to engage with it (WCC 2021). We are also exploring artwork to accompany the CBS in the Manual. What the process of producing the manual has demonstrated is that the process of producing CBS in areas of health and healing should continue. The Manual is a distinctive moment in that process, but we hope that the process itself will continue. We hope that others will be summoned by the Manual to access the online CBS training workshops and that they will then take up the process of See-Judge-Act for themselves and their context.

We anticipate that the Manual will continue to collect and incorporate such work, leading to further editions. The online participatory process we have pioneered throughout each component of this process offers significant opportunities for the process to continue.

References

- Arnal, Oscar L. 1986. *Priests in Working-Class Blue: The History of the Worker-Priests (1943-1954)*: Paulist Press.
- Danbolt, Lars Johan, and Hans Stifoss-Hanssen. 2017. "Ritual and Recovery: Traditions in Disaster Ritualizing." *Dialog* 56, no. 4: 352-360.
- Erlander, Lillemor. 1991. *Faith in the World of Work: On the Theology of Work as Lived by the French Worker-Priests and British Industrial Mission*. Acta Universitatis Upsaliensis Studia Doctrinae Christianae Upsaliensia 32. Uppsala & Stockholm: Acta Univ; Almquist & Wicksell.
- Makoka, Mwai. 2020. *Health-Promoting Churches: Reflections on health and healing for churches on commemorative world health days*. WCC Publications.
- Makoka, Mwai. 2021. *Health-Promoting Churches Vol II: a handbook to accompany churches in establishing and running sustainable health promotion ministries*. WCC Publications.
- Makoka, Mwai. 2021. "Churches and Health." In *That All May Live! Essays in Honour of Nyambura J. Njoroge*, edited by Ezra Chitando, Esther Mombo, and Masiwa Ragies Gunda, 393-400. Bamberg: University of Bamberg Press.
- Mesters, Carlos. 1989. *Defenseless Flower: A New Reading of the Bible*. Translated by Francis McDonagh. Maryknoll: Orbis Books.
- Riches, John, Helen Ball, Roy Henderson, Craig Lancaster, Leslie Milton, and Maureen Russell. 2010. *What Is Contextual Bible Study? A Practical Guide with Group Studies for Advent and Lent*. London: SPCK.
- Røen, Ingebrigt, Hans Stifoss-Hanssen, Gunn Grande, Anne-Tove Brenne, Stein Kaasa, Kari Sand, and Anne Kari Knudsen. 2018. "Resilience for Family Carers of Advanced Cancer Patients - How Can Health Care Providers Contribute? A Qualitative Interview Study with Carers." *Palliative Medicine* 32, no. 8: 1410-1418.
- Røen, Ingebrigt, Hans Stifoss-Hanssen, Gunn Grande, Stein Kaasa, Kari Sand, and Anne Kari Knudsen. 2019. "Supporting Carers: Health Care Professionals in Need of System Improvements and Education - a Qualitative Study." *BMC Palliative Care* 18, no. 1: 1-11.
- Roy, Arundhati. 2020. "The Pandemic Is a Portal." *Financial Times*. Accessed 29 October 2020, Form of Item. <https://www.ft.com/content/10d8f5e8-74eb-11ea-95fe-fcd274e920ca>.

- Stifoss-Hanssen, Hans. 2005. "Towards Clinical Contextual Theologies: Theology and Sickness, and the Hermeneutics of Clinical Pastoral Education." *Journal of Constructive Theology* 11, no. 2: 79-91.
- Stifoss-Hanssen, Hans, and Lars Johan Danbolt. 2020. "Ritual, Trauma and Liturgy: Memorial Services in Nordic Practical Theology." *Praktische Theologie* 55, no. 2: 76-81.
- Stifoss-Hanssen, Hans, Lars Johan Danbolt, and Hilde Frøkedal. 2019. "Chaplaincy in Northern Europe: An Overview from Norway." *Tidsskrift for Praktisk Teologi* 36, no. 2: 60-70.
- WCC. 2021. "Webcast: Contextual Bible Studies on Health and Healing." <https://www.youtube.com/watch?v=gAxyNfyEX6A>.
- West, Gerald O. 2015a. "The Biblical Text as a Heterotopic Intercultural Site: In Search of Redemptive Masculinities." In *Bible and Transformation: The Promise of Intercultural Bible Reading*, edited by Hans De Wit and Janet Dyk, *Semeia Studies*, 241-257. Atlanta: SBL Press.
- . 2015b. "Reading the Bible with the Marginalised: The Value/S of Contextual Bible Reading." *Stellenbosch Theological Journal* 1, no. 2: 235-261.
- . 2021a. "Contextual Bible Study and/as Interpretive Resilience." In *That All My Live: Essays in Honour of Nyambura J. Njoroge*, edited by Ezra Chitando, Esther Mombo, and Masiwa Ragies Gunda, 143-159. Bamberg: University of Bamberg Press.
- . 2021b. "Phantsi Patriarchy, Talitha Cum! The Quest for Post-Patriarchal Biblical Resources." In *Religion, Patriarchy and Empire: Festschrift in Honour of Mercy Amba Oduyoye*, edited by Lilian C. Siwila and Fundiswa Kobo, 123-145. Pietermaritzburg: Cluster Publications.
- Zwane, Sithembiso S. 2020. "Invited, Invigorated and Invented Spaces: A Trans-Development Approach." In *Faith, Class, and Labor: Intersectional Approaches in a Global Context*, edited by Jin Young Choi and Joerg Rieger, 212-233. Eugene: Pickwick Publications.

10. Diakoni i grenseland- tyveri som utgangspunkt for lokal diakoni?

Diakoni i samarbeid mellom politi, vekter og ungdomsdiakon

Marianne Rodriguez Nygaard, VID Vitenskapelige Høgskole, Oslo

Ragne Øybekk Sander, Ullensaker kirkelige fellesråd

«[...]Det er to helt forskjellige ungdommer man møter før man går opp på senteret, og den ungdommen man tar med seg ut derfra [...] De ber først om unnskyldning i en butikk, og opplever at det gikk bra...Så går det første møtet bra, «butikksjef tok imot unnskyldningen min» [...] Så går vi til neste butikk, og får samme beskjed. Og bare etter det, er de litt mer rakrygget. Så kommer vi inn til vekteren, som har ansvar for dette på senteret, og er veldig god på å si til alle som er innom han; «Takk for at du har gjort opp for deg på en ordentlig måte, dette står det stor respekt av». Jeg tror at de får en sånn oppreisning i det her, at de får en opplevelse av at de; «okay jeg tok et dumt valg akkurat den dagen, jeg gjorde noe jeg ikke burde ha gjort, men det går an å gjøre opp for seg igjen». De får tro på å bli tilgitt da» Ungdomsdiakon Eva som ledet et Tyveriltak (Sander, 2019, p. 37).

Innledning

Diakoni i lokalsamfunnet kan ta mange former, og kan være både kreativ og nytenkende (Rodriguez Nygaard, 2015; Sander, 2019). Ett eksempel på et kreativt diakoniprojekt i lokalmiljøet, er Tyveriltaket som presenteres i denne artikkelen. Tyveriltaket er et tilbud til ungdom som blir tatt for å stjele, og er et samarbeidsprosjekt mellom diakoner i Den norske kirke, vektere og politiet. Tyveriltaket er frivillig å takke ja til, og innebærer at de unge får tilbud om å samtale med en ungdomsdiakon. Tiltaket finnes flere steder i landet, og ble etablert første gang i 2012 av diakoner med utspring fra "13-20", et samtaletilbud for ungdom i alderen 13-20 år forankret i Den norske kirke.

I denne artikkelen ser vi nærmere på hvordan tyveri har vært utgangspunkt for utvikling av lokal diakoni. Vårt bidrag er basert på seminaret «Ungdomsdiakoni og samskaping - diakoni i grenseland» som vi holdt på Diakonikonferansen «Hva koster et menneske?» høsten 2021. Ragne Øybekk Sander arbeider som ungdomsdiakon i Den norske kirke. Hun har arbeidet

med ungdomsdiakoni og skrevet en masteroppgave om utvikling av diakoni som et samarbeid mellom politi, vektere og ungdomsdiakoner. Oppgaven tar blant annet utgangspunkt i unge mennesker som har stjålet i butikker i nærmiljøet (Sander, 2019). Marianne Rodriguez Nygaard har erfaringer med forskning på diakoner i Den norske kirke (Rodriguez Nygaard, 2015). I begges forskning på diakoners arbeid har vi benyttet oss av teori om hvordan ny innsikt kan skapes på grensene der allerede etablert kunnskap ikke lenger strekker til, men ny innsikt eller praksis ønskes (Akkerman & Bakker, 2011; Rodriguez Nygaard, 2015; Sander, 2019).

I dette festtidsskriftet har vi samarbeidet om å belyse Tyveriltaket med utgangspunkt i Akkerman og Bakker sin forskning på grensekryssing (2011). Det å møte utfordringene ved å være på grensen av det som allerede er kjent fordrer mulige former for kontinuitet på tvers av steder. Grensekryssing kan forstås som en persons bevegelse og interaksjon på tvers av ulike steder og eller organisasjoner, grupper etc. (Suchman, 1994) referert til i Akkerman, 2011 #186@133}. Vi ser særlig på tre kjennetegn ved grensekryssing og utvikling av ny innsikt: «identifikasjon», «koordinering» og «transformasjon» (Akkerman & Bakker, 2011). Identifikasjon handler blant annet om å se likheter og ulikheter på tvers av steder og grupper, koordinering handler om å sammenholde ulik kunnskap og handlinger, og transformasjon handler om endringer som skjer som følge av grensekryssende aktiviteter. I det følgende presenterer vi en vignett som er basert på empiriske erfaringer gjort av diakoner som har jobbet med Tyveriltaket. Erfaringene er hentet både fra Sanders master og andre ungdomsdiakoners erfaringer. Det var diakonene som startet og koordinerte Tyveriltaket.

Tyveriltaket - en vignett om en diakons arbeid som grensekryssende praksis

Som ungdomsdiakon i en mellomstor by i Norge, opplever jeg at kirkens mandat er å se etter behov i lokalsamfunnet. I diakoniplanen står det at diakonien skal være der hvor få eller ingen bryr seg, og jeg var derfor nysgjerrig på blant annet hva som skjedde med ungdommer som ble tatt i å stjele. I oppstarten av Tyveriltaket snakket jeg med politiet, og lurte på hvordan de arbeidet med ungdommene som blir tatt for å naske? Politiet svarte at småtyverier ofte forekommer, men at det ikke var andre tiltak enn en eventuell bekymringssamtale. Politiet uttrykte videre at de som begår alvorligere kriminalitet ofte har startet med tyveri, og at det kunne og burde gjøres mer for å forebygge kriminalitet.

Jeg fortalte politiet om formålet med tilbudet. Ønsket mitt var å gi ungdommen et rom for å reflektere over hendelsen, og å gi dem et møte med en trygg voksen som ser ungdommen bak handlingen. Dette, samtidig som at ungdommen skulle få mulighet til å gjøre opp for seg på kjøpesenteret, tenkte vi kunne bidra til å forebygge at tyveri skjer igjen.

Etter å ha snakket med politiet, introduserte jeg Tyveriltaket for ledelsen på kjøpesenteret og vekterne som arbeidet der. Alle ønsket å prøve dette ut. Samtidig var det flere

byråkratiske og juridiske elementer som måtte tas stilling til, både av senterledelsen og politi. Blant annet anmeldelser, straffelettelser, og hvordan et samarbeid med kirken skulle kunne se ut. Ellers opplevde jeg ofte at jeg måtte forsikre samarbeidspartnerne om at det ikke er farlig å la kirken bidra. De var skeptiske til om kirken som trosinstitusjon kunne møte idealer om nøytralitet, men jeg sa at vi ikke lurte folk til omvendelse. På den annen side hendte det at jeg tenkte at jeg brukte et språk som kollegaene mine i menighetsstaben kunne ha stusset på. Jeg sa for eksempel til de i Tyveriltaket at vi ikke snakker om Gud og Jesus, dersom ikke ungdommene selv bringer det på banen. Det hendte ofte at jeg lurte på om dette var diakoni, og om det var innafor teologisk?

Vi kom etter hvert til enighet om en kontrakt, der ungdom, foresatte, ungdomsdiakon, politi og vektere kunne skrive under. Kontrakten opphevet taushetsplikten mellom de ulike gruppene. I kontrakten ble det og informert om hva tyveriltaket innebar av samtaler, og at de når de var ferdige med samtaleforløpet, som var på tre til fem samtaler, kunne komme tilbake på senteret før utestengelsestiden er ute. De som ble tatt i å stjele, ble vanligvis utestengt i 6 måneder. Kontrakten beskrev videre at under siste samtale går ungdommen og diakonen til senteret sammen, og ungdommene kan be om unnskyldning til butikksjefen, vekterne og butikkansatte.

Det var tidkrevende prosesser, og fra jeg snakket med politiet første gang til oppstart av prosjektet tok det halvannet år. Til tross for mye usikkerhet, opplevdes det spennende å være diakon i en slik grensepraksis! Jeg kom i kontakt med ungdom som kirken ellers ikke er i kontakt med. I samtaler med ungdommene var det ofte ikke selve tyveriet, men hvordan de har det ellers i livet som ble mest sentralt. Mange av de unge ble overrasket over at de kunne snakke slik med noen i kirken, og enkelte hadde ingen andre voksne å prate med. Det viste seg at ungdommene som var med i Tyveriltaket var mindre tilbøyelige til å stjele igjen.

Tyveriltaket – på grensen

Hvordan kan erfaringer fra Tyveriltaket forstås som grensekryssende praksis? Både erfaringer fra Tyveriltaket og Akkerman og Bakkers forskning på grensekryssing viste at «identifikasjon», «koordinering» og «transformasjon» var sentrale forhold.

Identifikasjon

Forskning viser at identifikasjon i grensekryssende praksiser er sentralt og sammensatt (Akkerman & Bakker, 2011). Identifikasjon handler om å gjenkjenne både ulikheter og likheter på tvers av grensene. I en grensepraksis, der ulike yrkesgrupper møtes, vil deltakerne kunne se sin egen praksis i lys av de andres yrkespraksis.

I Tyveriltaket ble synet på ulike og felles forståelser identifisert på tvers av de ulike yrkesgruppene. Når det gjelder diakonens identifikasjon av ulikheter, ble tros- og

livssynsperspektiver tidlig et tema i identifikasjonen av det som var ulikt mellom dem. For diakonen kom dette fram på to forskjellige måter. For det første ble diakonen konfrontert med om det var mulig å samarbeide med kirken som livssynsinstitusjon. Hvordan kunne kirken møte idealet om trosnøytralitet i det tverrfaglige samarbeidet? Et sentralt spørsmål for diakonen ble «Hva er særegent for diakoni og kirkens arbeid? Når er noe diakoni?» Slike spørsmål stemmer overens med identifikasjonsprosesser som kan føre til betraktninger om kjerneidentitet hos hver av deltakerne i grensepraksisen, og kan føre til nye refleksjoner om hva som er egen identitet og hvor grensene for egenarten går eller forskyves (Akkerman & Bakker, 2011).

For det andre, og i tillegg, stilte diakonen i vignetten seg spørsmålet om hvorvidt hun var «annerledes» enn de andre i menighetsstaben. For eksempel lurte hun på om hun var «innafor teologisk» etter å ha sagt til samarbeidspartnere at de ikke snakket om «Gud og Jesus». Diakonen beskriver med andre ord seg selv i lys av ulikheter både utenfor menighetsstaben og innenfor menighetsstaben. I litteraturen kalles denne formen for identifisering for «othering», med andre ord hva som trer fram som annerledes enn samarbeidspartene (Akkerman & Bakker, 2011). I tillegg beskrev diakonen en dobbelt identifikasjonsprosess av det å være annerledes. Diakonen beskrev seg selv som annerledes både i det tverrfaglige teamet i Tyveriltaket og menighetsstaben.

En slik posisjon kan forstås som å være i mellomrommet, eller «in between». En slik mellomromsposisjon kjennetegnes av å være ved en grense som tilhører to ulike verdener (Akkerman & Bakker, 2011) referer til (Kerosuo, 2001). Diakonen var med andre ord ikke bare i mellomrommet mellom seg og de andre i Tyveriltaket, men også mellom seg og stabsfelleskapet. Dette stemmer overens med tidligere forskning som beskriver diakonenes praksis som kjennetegnet av å være i en mellomromsposisjon (Rodriguez Nygaard, 2015; Sander, 2019).

Samtidig ville trolig ikke Tyveriprojektet blitt noe av hvis det eneste som skjedde i samarbeidet var at deltakerne så ulikheter. Noe av grunnen til at Tyveriltaket lyktes, var trolig at det ble etablert en slags felles forståelse av hva behovene og målene kunne være. Sanders forskning på ungdomsdiakonens arbeid i Tyveriltaket viser at de ulike partene hadde et felles mål: Å bidra med å bedre ungdoms psykiske helse. Når partene finner et felles område å engasjere seg i, kan det åpnes opp for nye samarbeidsområder. En slik felles forståelse kan kalles et «delt problemområde», eller «shared problemspace» (Akkerman & Bakker, 2011). For å kunne dele et problemområde, må det legitimeres sameksistens. I følge Bogenrieder and van Baalen (2007), må mennesker som jobber sammen på tvers av ulike organisatoriske grupper, være klar over «interferens» som skjer gjennom alles deltagelse (Akkerman referer (Bogenrieder & van Baalen, 2007).²¹ Hvis Tyveriltaket skal ses i lys av interferensperspektivet, kan det forstås slik at hver yrkesgruppe bidrar med sine

²¹ I fysikken referer begrepet interferens til at to eller flere bølger opptrer på samme sted og danner et nytt bølgemønster <https://snl.no/interferens>

perspektiver som til sammen danner ett nytt handlingsmønster. I et slikt bilde, trer også legitimeringen av en sameksistens fram, fordi uten bidraget fra hver og en, ville det samlede tiltaket sett annerledes ut.

Identifiseringsprosessene var med andre ord sammensatte. Det var grunnlag for å finne likheter som skapte et delt problemområde, legitimering av prosjektet og stor grensepermeabilitet, og ulikheter som gjorde at enkelte grupper for eksempel tidvis fikk et større ansvarsområde. I tillegg opplevde diakonen at hun selv stilte spørsmål om hvorvidt hun ble for ulik sitt eget stabsfellesskap. Spenninger mellom likheter og ulikheter, gjorde at koordineringen av prosjektet ble viktig for å løse et felles problemområde.

Koordinering

I Tyveriltaket, var det som nevnt diakonen som ledet koordinasjonsarbeidet.

Koordineringen holder grenseaktivitetene samlet, og beskrives som sentralt i «learning at the boundary» (Akkerman & Bakker, 2011). Koordinering kan fungere som en nødvendig kommunikasjonsforbindelse mellom ulike perspektiver og praksiser (Akkerman & Bakker, 2011). Diakonen som koordinator muliggjorde trolig kommunikasjonsforbindelser mellom de ulike aktørene, samtidig var ikke dette enkelt ifølge diakonen i vignetten.

I denne delen ser vi særlig på koordineringsutfordringer knyttet til den største ulikheten mellom aktørene, nemlig synet på verdinøytralitet. Livssyn kan føre til at samarbeidspartnere begrenser mulighetene for samarbeid, fordi offentlig sosialt arbeid skal være livssynsnøytralt (Sander, 2019). Som nevnt tilpasset diakonen fagspråket, og valgte et annet innhold i språket enn det hun brukte med stabsmedlemmer i menigheten. Diakonen forsøkte å tilpasse seg de andre gruppenes grenser. Dette stemmer overens med forskning som peker på utfordringer knyttet til det å koordinere grensepraksiser. Koordinering av grensepraksiser krever ofte oversettelse mellom ulike verdener (Akkerman & Bakker, 2011). Språket som menighetsstaben har seg imellom, ikke minst referanser til teologisk kunnskap, blir i vignetten beskrevet av diakonen som fremmedgjørende for mennesker utenfor kristne sammenhenger. Samtidig kan det være en forventning i menighetsstabsfellesskapet, og andre kristne fellesskap, om at det kristne budskapet skal formidles eksplisitt med ord. Dette skaper et dilemma for diakonen, som lurte på hva kollegaer ville ha sagt om de hørte at hun lovet å ikke snakke om tro uoppfordret. Diakonen forholder seg til en grense der menighetens språk ikke lenger oppleves gangbart, eller ønsket, samtidig som diakonens intensjon er å komme i kontakt med ungdom som kirken kanskje ellers ikke ville ha kommet i kontakt med. Diakonen måtte artikulere egne ønsker for prosjektet, forsikre om at det ikke var skjulte hensikter, og forsøke å skape tillit slik at de andre kunne akseptere å samarbeide for å gjennomføre prosjektet. Diakonen fortalte at hun måtte skape tillit gjennom å love å ikke misjonere. De andre ville trolig ikke at Tyveriltaket skulle bli en plattform hvor kirken skulle kunne utøve press på de unges trosliv.

Koordineringen innebar dermed for diakonen å muliggjøre kommunikasjonsforbindelser mellom de ulike gruppene i grenseaktivitetene. I koordinasjonsarbeidet kombinerte diakonen innhold fra ulike kontekster og grupper, hvor oversettelse fra ulike «verdener» var en viktig del av det. Det ble også viktig for diakonen å forhandle og kombinere kunnskap fra ulike yrkesgrupper for å oppnå en praksis som alle samarbeidsparter kunne stå inne for.

Transformasjon

Tyveriltaket er en praksis som har ført til store endringer, og ikke minst er selve tiltaket i seg selv en ny, felles skapt praksis mellom diakon, politi og vektere som har bidratt til endringer i deres arbeidshverdag (Sander, 2019). Ifølge diakonene i Sanders forskning, var den viktigste endringen slik de så den at ungdommer som ikke har blitt fanget opp av noe system tidligere, fikk noen å prate med som har tid til dem. Sanders viser at diakonene var opptatt av at de ikke skulle skremme bort de unge og at de var en profesjon som ikke kunne utøve straff. Det var heller ikke nødvendig å snakke om selve tyveriet i samtalene. Ungdomsdiakonene ønsket at Tyveriltaket skulle være en mulighet for å være der ingen andre er. Deres visjon var å ha fokus på relasjoner gjennom å anerkjenne ungdommene, og å se mennesket bak handlingen. De ønsket å vise de unge at de faktisk hadde tid til dem. Det viste seg at da ungdommene fikk den tiden, våget de å dra tilbake til senteret og møte butikksjef og vekter igjen (Sander, 2019).

Vektere fortalte at de merket forandring hos ungdommen, og at ungdomsdiakonene fulgte opp på måter som øvrig hjelpeapparat ikke hadde tid til. Det ble iblant avdekket at noen av ungdommene var utsatt for vold, overgrep og tvangsekteskap, og ungdomsdiakonene tok seg tid til å prate med dem og opprettet kontakt med annet hjelpeapparat. De tyngste sakene ungdomsdiakonene fikk, var gjennom tyveriltaket. Stjelingen var ofte et symptom på større problem, og samtalene åpenbarte at mange av ungdommene hadde store problemer. Mye tydet på at ungdomsdiakonene så på tyveriltaket som en mulighet til å være der hvor ingen andre er. Målet for samtaletilbudet var at ungdommene skulle bli sett som noe verdifullt uavhengig av atferd (Sander, 2019).

Som nevnt innledningsvis, uttrykte ungdomsdiakonen Eva at det var helt forskjellige ungdommer hun møtte før de gikk opp på senteret og den «den ungdommen man tar med seg ut derfra». Etter at de hadde bedt butikksjefen, de ansatte i butikken og til slutt vekterne om unnskyldning, og blitt møtt med «Takk for at du har gjort opp for deg på en ordentlig måte, dette står det stor respekt av», erfarte Eva at de unge fikk en oppreisning, og en opplevelse av at de kunne erkjenne feil og gjøre opp for seg igjen. «De får tro på å bli tilgitt da» (Sander, 2019, p. 37).

Endringene som skjedde, kan ses i lys av begrepet transformasjon i grensekryssende praksiser. Transformasjon ledet til store endringer i praksiser, samtidig som unikheter i de ulike deltakende grupper ble opprettholdt. (Akkerman & Bakker, 2011). Tyveriltaket skapte

endringer i yrkesgruppes arbeidshverdag og ikke minst i de unges liv. Til tross for store endringer, ble unikheten i de forskjellige gruppenes praksis ivaretatt. Transformasjon i denne grensepraksisen bidro til både å skape endringer og bevare unikhet. Diakonen bevarte sin unikhet ved å ønske å være der ingen andre var, ha tid til å lytte og til å se de unges verdi uavhengig atferd. Når det gjelder de andre yrkesgruppene, ivaretok de også sin unikhet og sine sentrale oppgaver ved å følge opp sikkerheten på senteret og butikkenes drift samtidig som kriminaliteten ble redusert.

Grensepraksis – mulighetsrom eller et ingenmannsland?

Tyveriltaket kan kalles «in between practice» (Akkerman & Bakker, 2011), en praksis som oppstår i grensene mellom de ulike yrkesgruppene muligheter. Tyveriltaket kunne ikke blitt slik det ble med basis i kun en av yrkesgruppene. Tyveriltaket har oppstått i mulighetene mellom de ulike yrkesgruppene. Det har blitt bygd broer der ens egne muligheter alene ikke strekker til. Dette stemmer overens med at grensekryssende praksiser kan føre til store endringer, transformasjon, av eksisterende praksiser og skape nye praksiser (Akkerman & Bakker, 2011).

I Tyveriltaket var det diakonen som koordinerte de ulike gruppene, og en dobbelt «in between» praksis trådte fram. Diakonene måtte forhandle mellom de andre yrkesgruppene i tiltaket og stabsfellesskapet i menigheten. Brobyggende arbeid og «in between» praksis er allerede beskrevet i tidligere forskning som også peker på mulighetsrom og slitasje (Rodriguez Nygaard, 2015; Sander, 2019).

På den ene siden viser Tyveriltaket at det i et slikt mellomrom finnes muligheter. Samtidig kan diakoners grenseaktivitet være krevende, fordi grenser er tvetydige. Grenser tilhører flere systemer, kan både adskille og holde ulike sider sammen (Akkerman & Bakker, 2011) referer til (Kerosuo, 2001). Videre peker mellomrommet på at det er et ingenmannsland. Mellomrommet tilhører hverken helt den ene eller den andres verden (Akkerman & Bakker, 2011). I et slikt ingenmannsland kan det være krevende å være, og det er ut til at diakonene ofte befinner seg i en slik posisjon (Rodriguez Nygaard, 2015; Sander, 2019). Mange diakoner opplever dette belastende og ensomt (Rodriguez Nygaard, 2015).

I dette mellomrommet ser det likevel ut til at diakoner ser muligheter. Det finnes grensepermeabilitet. I et samarbeid kan grensepermeabiliteten, flyten mellom ulike parter i grensesamarbeidet, være slik at de som samarbeider nesten ikke er oppmerksomme på de ulike praksisene. Handlinger og interaksjoner kan erfares problemfrie, uten kostnader og store valg (Akkerman & Bakker, 2011). På den annen side kan det være store og ulike ansvarsområder som gjør at grensepermeabiliteten blir langt mer utfordrende. Et eksempel på at grensepermeabiliteten ble mindre på tvers av samarbeidspartene i Tyveriltaket, var det juridiske arbeidet med kontrakten. Det var kun politiets jurister som hadde profesjonskunnskapen som skulle til for å vurdere jusen i kontrakten som skulle utarbeides.

Ifølge diakonen var samarbeidet om denne kontrakten tidkrevende. På den annen side kan diakoner ha fleksibel nok profesjonskunnskap til å forhandle, slik at verdier kan tre fram og skape mening i nye kontekster. Noe kunnskap kunne holdes tilbake, mens annen kunnskap kunne tre fram. I en slik forhandling er mangfold sentralt. De ulike partene måtte møtes på grensen og diskutere hvordan de skulle forholde seg til tro, diakoni, jus og ungdom som stjeler. Betydningen av dette mangfoldet bekreftes av forskning på grensepraksiser som vektlegger behovet for å “face the challenge of negotiating and combining ingredients from different contexts to achieve hybrid situations” (Engeström et al., 1995, p. 319).

Diakonene måtte både identifisere likheter og ulikheter med de andre i grensepraksisene, forhandle hva de kunne gi slipp på og hva de ønsket å beholde, og koordinere et delt problemområde, slik at transformasjon kunne skje. Diakonenes erfaringer med å forhandle teologi og idealer om livssynsnøytralitet, kan være krevende. Ved denne grensen kan det oppstå dilemmaer om lojalitet (Sander, 2019). Diakonen i vignetten spurte seg om hun tilpasset seg for mye andres føring, og om hun stod i fare for å miste sitt eget? Diakoner kommer ofte i situasjoner der spørsmål om egenarten aktualiseres (Rodriguez Nygaard, 2015; Sander, 2019). Samtidig er det ikke nødvendigvis en trussel å være fleksibel eller å forhandle ved grensene. Til tross for grensers ofte krevende egenart mellom muligheter og ingenmannsland, ulikheter og likheter, kan unikheter ivaretas og forsterkes, og det kan skapes store endringer for mennesker som få andre når.

Referanser

- Akkerman, S., & Bakker, A. (2011). Boundary crossing and boundary objects. *Review of Educational Research, 81*, 132-169.
- Bogenrieder, I., & van Baalen, P. (2007). Contested practice multiple inclusion in doubleknit organizations. *Journal of organizational change management, 20*(4), 3,579-595,532. doi:10.1108/09534810710760090
- Kerosuo, H. (2001). Boundary encounters as place for learning and development at work. *Outlines: Critical Social Studies 3* (1) 53–65.
- Rodriguez Nygaard, M. (2015). *Caring to know or knowing to care? Knowledge creation and care in deacons' professional practice in the Church of Norway*. MF Norwegian School of Theology, Oslo.
- Sander, R. Ø. (2019). *Diakoni i grenseland : utvikling av ungdomsdiakoni i samarbeid mellom politj, vekter og ungdomsdiakon*.
- Suchman, L. (1994). Working relations of technology production and usevon. *Computer Supported Cooperative Work, 2*, 21-39.

DEL III: Sjelesorg og eksistensiell omsorg

11. What's in a Name? Conceptual Reflections from a Dutch Perspective

Hetty Zock, University of Groningen, The Netherlands

It is a hazardous enterprise addressing conceptual issues in a volume honoring Hans Stifoss-Hanssen. Hans is a meticulous, precise, critical thinker and researcher, always warning against over enthusiastic “big grasps” and asking questions such as: “What exactly do you mean?” Nevertheless, he himself has been involved in the study of a big topic indeed: pastoral care in a secularizing and pluralizing society. In this diffuse and rapidly changing context, the search for meaning and orientation in life is becoming increasingly separated from traditional religious language and rituals. The process of secularization brings with it the fundamental problem that people often no longer have an adequate language or rituals to deal with existential and spiritual questions. Thus, a new language is required for both the practice of daily pastoral care and to articulate the conceptual-theoretical underpinnings of pastoral care. Hans has contributed much to this field in his work, in tandem with his crony, Lars – always inseparable at conferences – and other Scandinavian colleagues.

Let us first look at the broader context. There is a general tendency in the field to speak of “spiritual care” instead of “pastoral care” to designate the care for life questions, existential and moral issues, and the search for meaning and orientation in life; a care that should be able to address all people, irrespective of their specific worldview or tradition, either religious or non-religious. This is especially the case for spiritual care in institutions such as hospitals and nursing homes, but also for pastoral care in communities. We mainly see this tendency in northern and western Europe, the US and Canada. It is striking that the English term “spiritual care” seems to set the tone and is even sometimes used as a technical term in German publications. In the Scandinavian countries, however, the term “existential care” is often preferred as an umbrella term. Studying the new conceptualizations in the field, we should above all keep in mind that the terms “spiritual” and “existential” have different semantic and emotional meanings in various languages and contexts. Thus, when we, as scholars from diverse backgrounds, speak about “spiritual care” it really is important to explain exactly what we mean to avoid Monty Python-like misunderstandings.

Hans has taken a clear position in these conceptual discussions, arguing that we should take “existentiality” as the core of a broad concept of spirituality, both in research and in pastoral care (Stifoss-Hanssen, 1999, 2019). “Existentiality” is defined as “serious work on the big

existential issues,” in the sense of Batson et al. (1993). Together with colleagues, Hans has sketched the recent transition in Norway from a “religious service” model to an “existential care” model (Danbolt et al., 2021).

The aim of this contribution is to present a few recent Dutch models of pastoral care, where it is conceived as broad, general and inclusive “spiritual care.” I will pay special attention to the role of the term “existential” in these models and make a tentative comparison with Scandinavian models.

Introductory remarks: Studying spiritual care in the Dutch context

First, it should be mentioned that in the Netherlands conceptual-theoretical discussions of spiritual care mainly take place among a professional group of spiritual caregivers in institutions and much less frequently among theologians in a Church context. In the Churches, we see a tendency toward conservatism and orthodoxy (although there are also missionary, “pioneering” activities, aiming at the revitalization of Church life), while professional spiritual caregivers in institutions aim at the broader kind of pastoral care under discussion here. This may be related to the fact that in the Netherlands there are a variety of Churches rather than one dominant Church as in Norway. Could it be that having a single public Church in a country is conducive to developing an inclusive model of pastoral care that aims to cover the spiritual needs of the whole population?

Second, there seems to be a difference in the backgrounds of Dutch and Scandinavian scholars studying spiritual care. My impression is that in the Scandinavian countries, this group mainly consists of psychologists of religion and theologians trained in psychology, who are doing empirical research, often in health-related contexts; while in the Netherlands, there are definitely more humanities scholars involved in the field. Nevertheless, empirical research is certainly also on the rise here, as in the case studies project initiated by Martin Walton and Sjaak Körver (Kruizinga et al., 2020), although new conceptual models of spiritual care are more often developed from an anthropological and philosophical perspective.

Third and finally, I want to draw attention to the fact that the term “existential” is used much less often in the Netherlands than in the Scandinavian countries – which I, being an Erikson scholar, regret of course. Moreover, the term “existential” is seldom used as a synonym for “spiritual,” as is done, for instance, by Hans and various of his colleagues, designating spiritual care as “existential care” (Stifoss-Hanssen, 1999, 2019; Danbolt et al., 2021); by DeMarinis and colleagues in their research on “existential health” (DeMarinis, 2008); and by la Cour and Hvidt (2010) and Saarelainen (2017), who propose “existential” as an umbrella term for secular, religious and spiritual issues. In most of the Scandinavian literature I have read (which unfortunately only includes those publications written in

English), “existential meaning-making” is considered to be the core of spirituality. This concerns coping with existential vulnerability, with the work of Irvin D. Yalom often mentioned as a source of inspiration. In the Netherlands, the term “existential” plays a much smaller role. The umbrella term used here is “geestelijke verzorging,” which is – referring to Christina Puchalski’s influential definition of spirituality – generally translated as “spiritual care.”²²

How can we explain this different use of the term “existential”? It could be that in the Dutch context this term is still very much associated with a specific philosophical and literary existential tradition and worldview (Kierkegaard, Camus and Sartre) and has somewhat weighty, problematic connotations. But the differences should not be overemphasized: the books by Yalom are also widely read in the Netherlands, and the term “existential” is, as I will show in the following, frequently used by spiritual care scholars to explain a new, encompassing view of spiritual care. In their publications, the term has roughly the same basic meaning as in Scandinavian countries: that which concerns human existence in the broad sense of the word; life questions, and especially “ultimate concerns” such as dealing with the universal issues of death and suffering.

The term “existential” in Dutch chaplaincy models of spiritual care

The Professional Standard of Dutch spiritual caregivers

The ambition of the main professional organization of spiritual caregivers in the Netherlands, the VGVZ, founded in 1971, is to bring together spiritual care professionals with diverse worldviews based on a conceptualization of spiritual care that embraces all people irrespective of their specific worldviews and their involvement in religious traditions and institutions. The VGVZ Professional Standard (2015) defines spiritual care as “professional support, guidance and consultancy regarding meaning and belief systems” (VGVZ, 2015, 10).

The key phrase here is “meaning and belief systems,” with the two terms belonging together, as it is supposed that “meaning” does not exist in itself, but is always constructed and found with the help of belief systems – worldviews, philosophies of life (the Norwegian “livssyn”?), which may be either explicit or implicit. Four dimensions of “meaning and belief systems” are distinguished:

- a) The existential dimension pertaining to a person’s existence as it is experienced in its everyday reality and with its sometimes contingent experiences of horror and wonder, and all things in between.

²² “Spirituality is the aspect of humanity that refers to the way individuals seek and express meaning and purpose and the way they experience their connectedness to the moment, to self, to others, to nature, and to the significant or sacred” (Puchalski et al., 2009, p. 887). It must be noted here that the literal translation of “spiritual care” in Dutch, “spirituele zorg,” is ambivalent. This term not only indicates spiritual care by professional spiritual caregivers, but also by nurses, doctors and other care professionals.

- b) The spiritual dimension pertaining to transcendental meaning and experience.
- c) The ethical dimension pertaining to values, standards and responsible conduct.
- d) The aesthetic dimension pertaining to constitutive experiences of natural and cultural beauty. (VGVZ, 2015, p. 10)

Here, I will only go into the existential and the spiritual dimensions. The term “spiritual” is not used in the above-mentioned broad sense of the word. It refers to what is considered specific to the diverse religious traditions: the particular perspective and experience of “transcendence” – which includes experiences of “vertical transcendence” linked to a god or other higher being and experiences of “horizontal transcendence” in the natural and social world. In reading the 2019 special issue on chaplaincy of the *Nordic Journal of Practical Theology*, it struck me that “transcendence” does not often figure in the presentations of spiritual care in Scandinavian countries. Why? Might this be due to the background of the Scandinavian scholars, who are less oriented toward theology? It is probable that the dimension of “transcendence” is considered more important in the plural Dutch religious landscape and in the VGVZ, which is still organized along confessional lines.

The Standard specifies the *existential* dimension as “existential questions”; “life-questions”; “questions of life and death”; “facing existential crises”; “fundamental questions” in the sphere of illness and health; and “ultimate meanings and concerns.” This word cloud roughly corresponds with the backbone of the Scandinavian use of “existential,” in line with Yalom. Furthermore, the Standard speaks about *existential competency*, one of the competencies required for a professional caregiver. It is defined as “the ability to take a position on existential, spiritual and ethical questions, in order to authentically and responsibly reach out to others” (VGVZ, 2015, p. 15). It must be noted that in the Standard “existential questions” are clearly distinguished from spiritual and ethical questions on the one hand, while on the other hand the elaboration of what is considered “existential” suggests that the diverse dimensions cannot be strictly separated. An “existential crisis,” for example, may bring with it moral dilemmas, spiritual issues such as feeling abandoned by God, and may hugely impact one’s daily experiences. Furthermore, the frequent use of the phrase “existential and spiritual questions” suggests that the terms, at least to some extent, overlap. It must be kept in mind that the VGVZ Standard is a consensus document, aiming to bring together various, diverging models of spiritual care. Let us now examine some of them.

Meaning and existential well-being (Smit)

In his PhD dissertation, the spiritual caregiver Job Smit recently developed a basic methodology of spiritual care in the present cultural context, in which the term “existential” plays an important role (Smit, 2015). His model is currently widely used in Master’s programs in spiritual care. Smit argues that spiritual care must be considered a public and

not a confessional discipline. Because spiritual care in our society is no longer a worldview-based practice (like pastoral care in the Churches), it needs to be legitimized in societal terms and has to be accountable within a public discourse. What we need is a generic discourse on spiritual care, not only for the foundation and daily practice of the discipline, but also for interdisciplinary communication. This does not mean that specific worldviews no longer play a role, but that they need to be put into a broader, general framework. Smit provides an anthropological, philosophical-theological foundation for spiritual care in the present cultural context, based on literature research and the analysis of actual spiritual care practices.

Smit's point of departure is the term "meaning-giving," referring to the core of spiritual care according to the VGVZ Professional Standard.²³ Inspired by James Fowler's conceptualization of faith, especially the concept of "ultimate environment," Smit describes the process of meaning-giving as "responding to life itself," "the call of life itself." He emphasizes that both religious and non-religious worldviews ("meaning traditions") may serve this spiritual process of meaning-giving. It is based on human beings' reflective capacity and is elicited by existential experiences of contingency, flaws and ambiguity – experiences of ultimateness, which Smit describes as "being radically struck and formed by 'life itself'" (Smit, 2015, p. 328).

Subsequently, Smit introduces the term "existential well-being" as the primary goal and central value²⁴ of spiritual care practices, serving as the methodological point of departure for the anthropological foundation of spiritual care. Existential well-being is defined as well-being with respect to "life itself." It is well-being at an underlying fundamental level, which integrates and structures well-being in other specific domains of life. In addition to Fowler, Smit's anthropological-philosophical foundation of spiritual care is inspired by existential thinkers such as Martin Heidegger and Viktor Frankl,²⁵ hermeneutic thinkers such as Paul Ricoeur and relational ethicists of care such as Joan Tronto.

In Smit's view, existential well-being consists of three layers: a) relational safety; b) vitality and plausibility of meaning traditions; and c) spiritual conformity, which is the extent to which one lives according to the perceived call of "life itself." Existential well-being manifests itself in engagement with and participation in life (Smit, 2015, pp. 154-157). Smit warns that the relation between spirituality and well-being must be established carefully; the instrumentalization of spirituality would be at odds with the character of spirituality, which responds to life itself. There may be a positive correlation between spirituality and well-being, but this positive correlation must be conceived as indirect, dialectical and critical.

²³ "Meaning-giving" is the literal translation of the Dutch word "zingeven." In the draft English translation of the Professional Standard, from which I quote in this article, "zingeven" is translated as "meaning."

²⁴ The term "value" is used in the sense of point of orientation: the things we want to achieve.

²⁵ Smit does not mention Yalom.

We may conclude that Smit has a broader view of spirituality than the VGVZ Professional Standard, and that he defines the core of spirituality in existential terms. In this sense, his model fits the Scandinavian conceptualizations of “existential care.” However, Smit’s concept of existential well-being is very different from that of “existential health” as used in health-related research by DeMarinis and colleagues, among others. These authors have a more functional approach and consider existential health as a dimension of health in the WHO tradition, while Smit focuses on existential well-being as a reflective, hermeneutic activity. Smit’s concept more closely resembles the ideas of Ola Sigurdson, who argues that existential health should not be seen as yet another dimension of health, but rather a *reflexive experience of health*. By “reflexive” Sigurdson means “an intentional relation to one’s own experience of ailment and health, including a relation to these experiences as one’s own” (Sigurdson, 2016, p. 7). This concerns a first- or second-person experience of health, rather than the objective, third-person perspective taken in health-related research. It comes as no surprise, then, that Sigurdson has a humanities background.

Contingency experiences and ultimate meaning (Michael Scherer-Rath)

Michael Scherer-Rath, an associate professor in spiritual care at Radboud University, Nijmegen, considers that the core of spiritual care practice consists in helping people to deal with existential experiences of contingency. His view of spiritual care is primarily inspired by narrative theories (Scherer-Rath et al., 2012; Scherer-Rath, 2013). He argues that the fundamental insecurity which contingency brings leads to a crisis of interpretation: contingency experiences do not fit into people’s available frames of reference, so they cannot situate them as meaningful. The disruption demands narrative reinterpretation, and hence Scherer Rath considers hermeneutic competencies to be central to the profession of spiritual care.

Scherer-Rath has developed a diagnostic instrument: a heuristic scheme of various contingency experiences that may serve in spiritual care conversations and guidance. The scheme encompasses four aspects of contingency: contingent life events may be experienced either *positively* (such as the birth of a child) or *negatively* (such as the death of a loved one or a serious illness); and they may have a *passive* character (experienced as “happening” to you, the dominant modus being receptivity) or an *active* character (one’s own choices, decisions and actions play a role). Furthermore, these experiences may become meaningful – become integrated into a new narrative frame – on three levels: the basic, *situational level* of daily life; the *existential level* (impacting one’s identity); and the *spiritual-religious level*, that is, linked to a religious or non-religious worldview which has a transcendent frame of reference. Transcendence may vary from “absolute transcendence” to “self-transcendence” in an immanent worldview.

Table 3: Aspects and dimensions of contingent life events (ADCL matrix)

	<i>Situational</i>		<i>Existential</i>		<i>Religious</i>	
	<i>Positive</i>	<i>Negative</i>	<i>Positive</i>	<i>Negative</i>	<i>Positive</i>	<i>Negative</i>
<i>Active</i>	Achievement	Failure	Duty	Guilt	Calling	Sin
<i>Passive</i>	Good fortune	Misfortune	Gift	Tragedy	Grace	Desolation

Scherer-Rath et al., 2012, p. 139.

Just like the VGVZ Professional Standard, Scherer-Rath defines “spiritual” as having to do with transcendence. However, his concept of “existential” seems a bit broader than that of the VGVZ’s: on the one hand, he also clearly distinguishes the “existential” level from the spiritual-religious, but on the other hand, he considers guidance with respect to “existential life-events” as the core of spiritual care.

An interesting difference from the Scandinavian models is that the latter focus more on existential anxiety and coping with difficult existential situations, while Scherer-Rath highlights the role of positive contingency experiences. In congregational pastoral care, the distinction between these two types of contingency experience may be especially helpful. I wonder whether Scherer-Rath’s heuristic scheme could be applied in work with “existential groups” in Norway (Frøkedal et al., 2017; Frøkedal & Austad, 2019). Furthermore, I would be interested to hear in what respects the scheme suits the findings of Suvi Saarelainen’s narrative research on coping with cancer, especially her distinction between the parallel spheres of religion, existential spirituality and a secular orientation (2017, p. 22).

Contrast experiences and worldviewing (Alma and Anbeek)

Christa Anbeek and Hans Alma (2013), humanist scholars working in spiritual care at VU University Amsterdam, also take positive and negative contingency experiences as the starting point in their model of spiritual care. It is especially experiences of vulnerability, they argue, that stimulate the search for existential meaning.

Christa Anbeek has coined the term “contrast experiences” to describe contingency experiences that question everyday interpretations of existence (Anbeek et al., 2018, p. 95). She was inspired here by Charles Taylor’s notion of “deep experiences,” which make life richer and more worthwhile. Taylor distinguishes two sorts of deep experiences that drive people to search for meaning: on the one hand, fleeting experiences of wholeness and wonder; on the other hand, fundamental experiences of brokenness and fragility (Anbeek et al., 2018, p. 97). These may consist of experiences of finiteness, of responsibility and failure, of insight, goodness, evil and suffering. These experiences are disruptive, in the sense that

they make one aware of one's own vulnerability, and the precariousness and fragility of existence. We vacillate between wonder and feeling "whole" on the one hand, and feeling disrupted and fragmented on the other. These contrasting feelings are often experienced simultaneously.

Like Scherer-Rath, Anbeek and Alma argue that because these positive and negative experiences shatter the everyday interpretation of existence and evoke feelings of vulnerability, they demand reorientation and reinterpretation, which may be guided by worldviews. In addition, like Valerie DeMarinis (2008), they emphasize that in the late-modern context, a new existential, ethical, spiritual language needs to be found in the search for a meaningful life, because religious traditions are no longer adequate. Alma and Anbeek prefer to speak of "worldviewing" as a verb, to emphasize the fluidity of the process. In their view, such a new language can only arise out of reflection on the concrete, particular experiences people have (Alma & Anbeek, 2018, p. 95).

Where should we situate Anbeek's and Alma's general model of spiritual care? Their use of the term "existential" is ambiguous: it is used in a broad, encompassing sense, but also to indicate a separate dimension of life, alongside the spiritual and the ethical. Like the two authors discussed above, "transcendence" is accorded an important role. Alma and Anbeek emphasize that transcendence always plays a role in contrast experiences, in the sense that the otherness of "beyond myself" breaks in – sometimes in the shape of wonder and beauty, sometimes in the shape of fragmentation and loss (2018, p. 99). Frequently, these two forms go hand in hand, creating an openness to the unknown. Thus, Alma and Anbeek consider transcendence, in the sense of self-transcendence, as a feature of all human existence, while Scherer-Rath distinguishes between meaning-giving in a more immanent or more transcendent way. Like Scherer-Rath, and unlike many Scandinavian models, Anbeek and Alma emphasize that it may not only be negative, but also positive, contingency experiences that elicit the search for meaning.

Pastoral care as existential work in a moral space: "Representing the Good" (Schumann and Damen)

Carmen Schumann and Annelieke Damen, both working at the University of Humanistic Studies in Utrecht, are, like the other Dutch authors presented above, inspired by Charles Taylor's analysis of late-modern culture. However, contrary to the majority of spiritual care scholars in the Netherlands, they prefer to speak of "*pastoral care*" instead of "*spiritual care*." In their view, the latter term is not specific enough, because it may not only refer to spiritual care provided by specialist spiritual caregivers, but also by various other professionals, such as nurses and doctors. Hence, it is necessary to develop adequate and convincing language to explain what is distinctive about the work of spiritual caregivers.

They define pastoral care as “engaging with people’s attempt to orient in ‘moral space’” (Schumann & Dahmen, 2018, p. 82, pp. 85 ff). Thus conceptualized, pastoral care does not depend on a specific, religious or non-religious worldview, neither of the pastoral caregivers nor of the receivers of pastoral care. It is further characterized as *existential* work, because orienting themselves in moral space is part and parcel of people’s existence. The term *moral* is used in Taylor’s broad sense of what makes life worth living – how to live a meaningful, fulfilling life – and is further specified with the help of Iris Murdoch’s conception of *the Good*. Murdoch associates “the Good” with “a secular idea of transcendence that is both a movement beyond the ego and an engagement with the reality of human vulnerability, suffering, and evil” (2018, p. 82). Here, we see “transcendence” again playing an important role. Schumann and Dahmen further qualify pastoral care as *spiritual* work, because “the question of what people perceive as ultimately *good* or sacred is a central issue. ... Pastoral caregivers represent a view of reality as ultimately mysterious and the faith that it makes sense not to give up on goodness” (2018, p. 94). They claim that this perspective on pastoral care not only highlights the existential and spiritual dimensions of pastoral care, but also its ethical and political dimensions, which are relevant for the wider society.

To summarize Schumann’s and Dahmen’s view: in the contemporary plural and secular context, where the self-evidence of traditional religious frameworks has been lost, pastoral care consists of assisting people in their existential search for meaning in moral space. The focus on the moral space and the “good” are specific characteristics of this general model of spiritual care, but it resembles the models discussed above in considering the search for meaning, existential issues and a hermeneutic framework as defining the profession of spiritual care.

Erik H. Erikson: A heuristic scheme of existential issues (Zock)

Finally, I would like to briefly mention my own work on Erik H. Erikson (Zock, 1990/2004², 2022). Erikson considers human development as first and foremost an existential process. In his life-cycle theory, he distinguishes eight stages of psychosocial development; in each stage, a specific “issue” or task comes to the fore. The psychosocial issues clearly have an existential ring: they are about finding a balance between trust and mistrust; autonomy and shame; initiative and guilt; industry and inferiority; identity and role confusion; intimacy and isolation; generativity and stagnation; and ego integrity and despair. Existential anxiety, the fear of “nothingness”, having no ground to stand on, is behind the negative poles. The psychosocial issues are existential modes available to all persons. It is all about acquiring a sense of existential identity, that “anchors” the psychosocial identity in place and time. Existential identity lays at the basis of psychosocial development and constitutes the infrastructure, so to speak, of diverse religious, spiritual and other ideological traditions – be it in the form of traditional religious or humanistic practices, of belief in God or in higher values such as human dignity and solidarity, or of any other spiritual practice that supports

the search for a meaningful life. Later, Erikson added “virtues”, “basic human strengths” (and their negative counterparts) to the psychosocial issues: hope, will, purpose, competence, fidelity, love, care, and wisdom; these have a rather moral angle. The virtues are also connected to “ritualizations”: societal manifestations of the virtues, such as religion, jurisdiction and education.

In my view, Erikson’s life-cycle theory, in which he links the developmental stages of life with ultimate, existential issues, offers a suitable theoretical framework to understand both traditional and deinstitutionalized fluid forms of spirituality in our secular times (Zock, 2022). It offers a general, hermeneutic model for analysing the very diverse religious and spiritual practices. The model is sensitive to the psychosocial, cultural context and to different cultural ritualizations, as Erikson has demonstrated in his studies of great religious figures such as Luther and Gandhi. His narrowly linking psychosocial and existential-religious development is in line with the characteristics of contemporary religiosity, in which the focus is on experience and the relevance of spirituality for daily life. It is in a person’s life history that existential and spiritual meaning is constructed and found. This also is in line with the presently dominant narrative approach in pastoral and spiritual care, in which the life-story of the interlocutor is the starting point.

Erikson’s existential view on development has not yet been taken up much in spiritual care, except by Donald Capps and colleagues in the US (Zock, 2018). Adapting Erikson’s life-cycle theory to a heuristic scheme for spiritual care in a secular and plural context might well be my next project.

Conclusion: Toward a common new conceptual underpinning of spiritual care

What can we conclude from this variety of new conceptualizations of spiritual care? Notwithstanding the different backgrounds of the scholars (either more oriented toward the humanities or move toward empirical psychological research) and the different umbrella terms that are used, there are some important similarities between the Scandinavian and the Dutch models. In all models, the term “*meaning*” plays a pivotal role; although many Dutch scholars prefer the phrase “search for meaning” to the more makeable coping term “meaning-making,” so as to highlight the receptive and hermeneutic character of meaning processes. Yet, all scholars agree that these processes have an “*existential*” character. They are about “existential concerns,” “ultimate meaning” and life questions, in the sense that they are fundamental for human existence, whether someone is religious, spiritual or secular. Dealing with existential issues requires a degree of reflective activity, which points to the role of *worldviews* in meaning-making processes. One interesting difference is that Dutch authors more often argue that existential experiences may be negative or positive, while Scandinavian authors more often conceive them as negative, in the sense of

problematic and linked primarily to coping with difficult situations. Furthermore, in the Dutch models, the *moral, ethical* dimension of existential-spiritual issues figures more prominently, as well as the dimension of *transcendence*. This might be understood by the Dutch scholars' background in the humanities, but perhaps also by the confessional organization of spiritual care in the Netherlands, which requires the specificity of the various religious traditions and institutions to be taken into account.

Finally, the common ground between the Dutch and the Scandinavian models simply begs for further collaboration in theoretical and empirical studies on spiritual care in our secular and plural societies. Our different perspectives may offer further stimulation and help us to explore new avenues of research. In any case, it is imperative to keep asking: "What exactly do you mean?" So, I do hope that Hans, although retired, will keep giving us his rich critical input.

References

- Alma, H., & Anbeek, C. (2013). Worldviewing competence for narrative interreligious dialogue: A humanist contribution to spiritual care. In D.S. Schipani (Ed.), *Multifaith voices in spiritual care* (pp. 149–169). Pandora Press.
- Anbeek, C., Alma, H., & van Goelst Meijer, S. (2018). Contrast Experiences and Social Imaginaries as Spaces for Truth-Seeking. In H. Alma, & G. Vanheeswijck (Eds.), *Social imaginaries in a globalizing world* (pp. 95-118). Walter de Gruyter GmbH.
- Batson, C.D., Schoenrade, P., & Ventis, W.L. (1993). *Religion and the individual: A social-psychological perspective*. Oxford University Press.
- Cour, P. la, & Hvidt, N.C. (2010). Research on meaning-making and health in secular society: Secular, spiritual and religious existential orientations. *Social Science & Medicine*, 71(7), 1292-1299. DOI: 10.1016/j.socscimed.2010.06.024
- Danbolt, L.J., Zock, H., Austad, A., Hege Grung, A., & Stifoss-Hanssen, H. (2021). Existential care in a modern society: Pastoral care consultations in local communities in Norway. *International Journal for Practical Theology*, 25(1), 20–39.
<https://click.newsletter.degruyter.com/?qs=007384df97656054a756d7e0e12affe36eb0bbb677daebdce314cd11c6bf244076964bac60e04693b0c3fe8e01e084c20520313be0ae9961>
- DeMarinis, V. (2008). The impact of postmodernization on existential health in Sweden: Psychology of religion's function in existential public health analysis. *Archive for the Psychology of Religion*, 30(1), 57–74. doi:10.1163/157361208X316962
- Frøkedal, H., & Austad, A. (2019). "I need someone who can convince me that life is worth living!" Experiences from existential groups led by healthcare chaplains in Norwegian mental healthcare. *Tidsskrift for praktisk teologi / Nordic Journal of Practical Theology*, 2, 100-110.

- Frøkedal, H., Stifoss-Hanssen, H., Ruud, T., DeMarinis, V., & Gonzalez, M.T. (2017). Existential group practice run by mental healthcare chaplains in Norway: A nationwide cross-sectional study. *Mental Health, Religion & Culture*, 20(8), 713–727. doi:10.1080/13674676.2017.1400528
- Kruizinga, R., Körver, J., Walton, M., & Stoutjesdijk, M. (Eds.) (2020). *Learning from case studies in chaplaincy. Towards practice based evidence and professionalism*. Eburon.
- Puchalski, C. et al. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the Consensus Conference. *Journal of Palliative Medicine*, 12(10), 885-904. doi: 10.1089/jpm.2009.0142
- Saarelainen, S.-M. (2017). *Meaningful life with(out) cancer: Coping narratives of emerging Finnish adults*. Diss. University of Helsinki.
- Sigurdson, O. (2016). Existential health: Philosophical and historical perspectives. *LIR:journal*, 6, 7-23.
- Scherer-Rath, M., Brand, J. van den, Straten, C. van, Modderkolk, L., Terlouw, C., & E. Hoencampf (2012). Experiences of contingency and congruence of interpretation of life-events in clinical psychiatric settings. *Journal of Empirical Theology*, 25, 127-152.
- Scherer-Rath, M. (2013). Narrative reconstruction as creative contingency. In R.R. Ganzevoort, M. de Haardt, & M. Scherer-Rath (Eds.), *Religious stories we live by: Narrative approaches in theology and religious studies* (pp. 81-88). Brill.
- Schuhmann, C., & Damen, A. (2018). Representing the Good: Pastoral care in a secular age. *Journal of Pastoral Care and Counseling*, 64(4), 405-41.
- Smit, J. (2015). *Antwoord geven op het leven zelf. Een onderzoek naar de basismethodiek van de geestelijke verzorging* [Responding to Life itself. An inquiry into a basic methodology of spiritual caregiving]. Eburon.
- VGZ Professional Standard [Beroepsstandaard Vereniging van Geestelijk VerZorgers] (2015). (Quotes in this article are from the draft English translation 2017.)
- Stifoss-Hanssen, H. (1999). Religion and spirituality: What a European ear hears. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 9(1), 25-33. DOI: 10.1207/s15327582ijpr0901_4
- Stifoss-Hanssen, H., Danbolt, L., & Frøkedal, H. (2019). Chaplaincy in Northern Europe. *Tidsskrift for praktisk teologi / Nordic Journal of Practical Theology*, 2, 60-70.
- Zock, H. (1990/2004²). *A psychology of ultimate concern. Erik H. Erikson's contribution to the psychology of religion*. Brill/Rodopi.
- Zock, H. (2018). Human development and pastoral care in a postmodern age: Donald Capps, Erik H. Erikson, and Beyond. *Journal of Religion & Health*, 57(2), 437-450. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0483-0>
- Zock, H. (2022). Erik H. Erikson, *Young Man Luther: A Study in Psychoanalysis and History* (1958). A psychosocial interpretation of Luther and its relevance for understanding religious identity formation today. *NTT Journal for Theology and the Study of Religion*, 75(4), 61-75.

12. Åndelig og eksistensiell omsorg: Én for alle - alle for én

Anne Hege Grung, Teologisk Fakultet, Universitetet i Oslo

Åndelig og eksistensiell omsorg er en aktivitet der mennesker søker etter mening og fellesskap i kriser. Det er noe allmennmenneskelig over både å gi og å få slik omsorg, slik det er en allmenn erfaring å oppleve sykdom, kriser og tap. Åndelig og eksistensiell omsorg eies ikke av profesjonelle omsorgsutøvere, men er noe langt større: Det er med på å bygge håp og fellesskap, og gjør mennesker i stand til å leve og blomstre. Det er en hverdagspraksis. I kristen sjelesorg og i kristne fellesskap er denne praksisen tolket inn i kristne teologiske paradigmer på forskjellige måter: Troen på en kjærlig og nærværende Gud, på alle menneskers umistelige verdi, på et inkluderende fellesskap. I lutherske, protestantiske kirker opererer vi også med begrepet «det allmenne prestedømmet» som i alle fall i teorien demokratiserer rettigheter og plikter blant medlemmene uavhengig av om de er vigset til en tjeneste som prest eller diakon, eller er «vanlige» medlemmer. I et pluralt og sekulært samfunn har den norske kirke utviklet en inkluderende refleks. Som det suverent største trossamfunnet i Norge har denne kirken tatt ansvar på forskjellige måter for å kunne tjene mennesker som ikke har en tro, eller som har en annen tro enn den kristne.

Dette essayet skal ta opp noen prinsipielle utfordringer knyttet til at den norske kirke i stor grad har tatt på seg ansvaret for den profesjonelle delen av åndelig og eksistensiell omsorgsbetjening av alle mennesker bosatt i Norge uavhengig av tro, livssyn eller uten tro/livssyn. Dette kommer særlig til uttrykk gjennom prestatjeneste i offentlige institusjoner knyttet til helse, kriminalomsorg, forsvaret og høyere utdanning der prestene betjener alle i stor grad, selv om det skjer en langsom og gradvis pluralisering (Grung & Bråten, 2019). Hans Stifoss-Hanssen har i flere årtier vært en sentral forsker innen feltene religionspsykologi, sjelesorg og eksistensiell helse og omsorg i en norsk kontekst. Han har vært sjelesorglærer på Det praktisk-teologiske seminar ved Universitetet i Oslo, professor i diakoni ved VID vitenskapelige høyskole, og har bidratt avgjørende til en empirisk vending i norsk forskning på sjelesorgpraksis.

Ett av dilemmaene Stifoss-Hanssen har satt et kritisk søkelys på er kobling mellom makt og forkynnelse i kristen sjelesorg. Han er opptatt av at presten som sjelesørger heller bør være «diakonal» enn «pastoral», og gi avkall på makten han opplever at forkynnelsen representerer. Marit Bunkholt diskuterer og utfordrer delvis posisjonen hans i innledningen til boka *Møtet med den andre. Tekster av Hans Stifoss-Hanssen: «Møtet med den andre som*

din gjensidige likeverdige er det beste vern mot overgrep. Vi står på like fot, kan gjøre hverandre vondt, men ingen har i utgangspunktet en mer-makt over den andre» (Bunkholt, 2007, s. 15). Under overskriften «Prest eller terapeut – en falsk motsetning?» senere i boka slår Stifoss-Hanssen fast at det er et behov for distanse i relasjonen sjelesørger – konfident etter mønster fra en terapeutisk relasjon. Han mener at religiøse forskjeller (innen den kristne tro) mellom sjelesørger og konfident er underbelyst i sjelesørgerisk sammenheng:

«Selvsagt kan sjelesørger og konfident noen ganger stå hverandre så nær at de i meget stor utstrekning taler det samme religiøse språk, men dersom vi er tilstrekkelig sensitive vil vi oppfatte at dette som oftest ikke er tilfelle. Vår utfordring vil da være å lytte oss inn til konfidentens religiøsitet og hjelpe på dennes premisser» (Stifoss-Hanssen, 2007, s. 132).

Dette sitatet kan oversettes til en advarsel mot det sosialantropologene kaller «tatt-for-gittheter» i rollen som profesjonell sjelesørger, fordi en slik holdning kan svekke den nødvendige sensitiviteten for konfidenten, og underslå forskjeller mellom sjelesørger og konfident når religiøs verdensanskuelse (som ulike tolkninger av hva kristen tro betyr). Poeten Stein Mehren uttrykker noe beslektet vis i diktet «Hvem er du som tror du kjenner». En strofe i dette diktet lyder slik: «Jo mer du tror du vet om meg, dess mindre kjenner du deg selv» (Mehren, 1975, s. 52). Sjelesørgerens selvrefleksivitet («å kjenne seg selv») i relasjonen kan hjelpe til med å utvikle sensitivitet overfor menneskelige forskjeller i en sjelesorgrelasjon og ikke gjøre vold mot den andres annethet.. Stifoss-Hanssen skriver: «På et allment plan er det vel slik at tvang til enighet og likhet paradoksalt nok er det som truer fellesskapet mest, og dette er spesielt følsomt i sjelesorgen» (Stifoss-Hanssen 2007, s. 132). Det synes opplagt at manglende sensitivitet for forskjeller og en uttalt eller mer innforstått forventning om enighet og likhet fra en sjelesørgers side skaper en maktubalanse som er uforenlig med «gjensidig likeverd» (jfr. Bunkholt).

I norsk kontekst skjer det både en sekularisering og en tros- og livssynsmessig pluralisering av befolkningen. Hva betyr dette for sjelesorgen, og for åndelig og eksistensiell omsorg i bredere forstand? Jeg har drøftet dette mer utførlig i andre sammenhenger, og blant annet foreslått at tros- og livssynsminoriteter i den norske konteksten der åndelig og eksistensiell omsorg i institusjonene våre stort sett ivaretas av prester fra Den norske kirke er gjenstand for en form for «underordnet inkludering» (Grung, 2021). Hvordan kan posisjonene og ressursene fra Stifoss-Hanssen og Bunkholts tekster publisert i 2007 kaste lys over denne situasjonen?

Mitt første spørsmål er: Kan tilstrekkelig avstand mellom sjelesørger og konfident samt tilstrekkelig grad av selvrefleksivitet hos sjelesørgeren gjøre det mulig for en sjelesørger å betjene alle menneskers behov for åndelig og eksistensiell omsorg, uavhengig av deres tro eller livssyn? Det andre spørsmålet er: Hvis vi tenker oss en situasjon der en stab av

sjelesørgere som alle har ulik tro eller livssyn rett og slett deler konfidenter mellom seg uavhengig av om tro og livssyn «matcher» med konfidentenes, hva skjer da? Det første spørsmålet relaterer tungt til den nåværende situasjonen i de fleste institusjoner som tilbyr åndelig og eksistensiell omsorg i dagens norske samfunn: prester fra den norske kirke snakker med alle. Det andre spørsmålet tar utgangspunkt i en organisering av slik omsorg som ofte kalles «interreligiøs» («interreligious»), der en stab med for eksempel en kristen, en muslimsk, en buddhistisk, en jødisk og en livssynshumanistisk sjelesørger jobber sammen og der alle kan betjene alle typer konfidenter. Det finnes noe nederlandsk empirisk forskning på det siste, der funnene er at en tros- og livssynsmatch mellom sjelesørger og konfident ikke har betydning for konfidentenes tilfredshet med samtalen (Liefbroer & Nagel, 2021). Jeg vil imidlertid gjerne forsøke å reflektere rundt disse spørsmålene på gjensidighetens og maktbalansens premisser, slik Stifoss-Hanssen og Bunkholt har uttrykt dem.

Stifoss-Hanssen er opptatt av at det er konfidenten som må legge premissene for en sjelesorgsamtale, men uttrykker også meget klart at det ikke på noen måte er likegyldig hvem sjelesørgeren er eller hvilken kompetanse hun har. Teksten «Prest eller terapeut – en falsk motsetning?» er opptatt av å ta begge roller på alvor. Presten kan engasjere seg på alle menneskelige områder. Uavhengig av hva presten sier og gjør er vedkommende alltid «prest», forstått som en representant for Kristus «i kraft av det han [presten] er» (Stifoss-Hanssen 2007, s. 134). Det er likevel avgjørende at presten kjenner sin egen kompetanse, og grensene for den (ibid). I denne tekstlige konteksten tar dette utsagnet særlig sikte på å understreke prestens kompetanse i forhold til kompetansen hos psykologer/terapeuter og annet helsepersonell. I en nåtidig norsk kontekst der tros- og livssynspluralitet i befolkningen har kommet mer opp til overflaten, er det naturlig å spørre om kompetanse også på andre religioner og livssyn enn sitt eget er i spill.

En av de andre bidragsyterne i dette festskriftet, Naveed Baig, er i gang med en PhD-avhandling der han blant annet undersøker behovet for åndelig og eksistensiell omsorg hos muslimske pasienter ved danske og norske sykehus. Hva har de behov for? Er det behov for en spesiell kompetanse i islam eller muslimsk trospraksis for å dekke disse pasientenes behov? Dette er nybrottsarbeid i en skandinavisk kontekst og vil gi oss sårt tiltrengt kunnskap. Ett av de viktigste forholdene å avklare er kanskje hvordan de muslimske pasientene artikulere sine behov når det gjelder hvem de ønsker å snakke med. Handler dette om formell kompetanse disse personene besitter, eller om deres tro, religiøse bakgrunn og eventuelle rolle i muslimske trossamfunn? Handler det om begge deler?

Stifoss-Hanssens poeng om representasjon og rolle knyttet til presten som utøver sjelesorg i teksten referert til ovenfor, er at prestens person og stilling som kalt tjener i kirken er avgjørende – i tillegg til relasjonell kompetanse. Dersom dette poenget er overførbart til andre relasjoner der sjelesørgere fra andre religiøse- og livssynsmessige sammenhenger, betyr dette at kvalifikasjoner alene ikke er nok, sjelesørgeren/den som gir åndelig og eksistensiell omsorg representerer også noe annet i kraft av sin person, sin tilhørighet, sin

tradisjon – og eventuelt posisjon i denne tradisjonen. Hvis dette er avgjørende, blir det et spørsmål om en muslimsk sjelesørger kan representere Kristus, en kristen prest kan representere livssynshumanisme, en livssynshumanist kan representere den islamske tro, og så videre.

Dersom man tar utgangspunkt i Bunkholts poeng om gjensidighet som et premiss som sikrer en maktbalanse mellom sjelesørger og konfident, blir de religiøse og livssynsmessige identitetsmarkørene mindre avgjørende. Det betyr at uttrykket i denne tekstens overskrift «én for alle – alle for én» er mer tenkelig som en beskrivelse av åndelig og eksistensiell omsorg for en tros- og livssynsplural befolkning.

Det er et problem at vi fortsatt har lite empirisk forskning i Norge på hvordan konfidenter som mottar åndelig og eksistensiell omsorg opplever å bli møtt og betjent, og hva deres behov er. Dette gjelder både i og utenfor institusjoner. Sjelesorgfaget har slitt med sin manglende empiriske forankring, noe ikke minst Stifoss-Hanssen har påpekt og arbeidet for å forandre. Den religionspsykologiske fagdiskursen har hele tiden vært en viktig forankring for ham, sammen med kristen teologi. Nå står vi i en situasjon der vi trenger å inkludere mange flere samtalepartnere dersom vi skal ruste sjelesorgen og den åndelige og eksistensielle omsorgen for utfordringene vi står i. Spørsmålene om gjensidighet, makt, likeverd, avstand i denne omsorgen, evne til selvrefleksjon hos sjelesørgeren/omsorgsgiveren samt hva hun representerer er tilbake med full tyngde, og på nye måter. Mer empirisk kunnskap er avgjørende, men ikke tilstrekkelig. Kritiske og konstruktive samtaler på tvers av både fagtradisjoner og tro/livssyn må fortsette og utvikles videre. Bare slik kan vi utvikle den nødvendige sensitiviteten og det nødvendige blikket for forskjellene slik at vi ikke havner i en situasjon med «underordnet inkludering» av tros- og livssynsminoriteter.

Referanser:

- Bunkholt, M. (Red.). (2007). *Møtet med den andre. Tekster av Hans Stifoss-Hanssen*. Det praktisk-teologiske seminars skriftserie nr. 13.
- Grung, A.H. (2021). «Pluralisering av åndelig og eksistensiell omsorg i norske institusjoner. utfordringer, muligheter, spørsmål». *Kirke og Kultur*, 126(4), Universitetsforlaget, 336-379. <https://www.idunn.no/doi/10.18261/issn.1504-3002-2021-04-07>
- Grung, AH & B. Bråten. (2019). "Chaplaincy and religious plurality in the Norwegian context", i *Tidsskrift for praktisk teologi. Nordic Journal of Practical Theology*,36(2), 71-80.
- Liefbroer, A. & I. Nagel. (2021). "Does Faith Concordance Matter? A Comparison of Clients' Perceptions in Same Versus Interfaith Spiritual Care Encounters with Chaplains in Hospitals". *Pastoral Psychology* ,70, 349-377 DOI: 10.1007/s11089-021-00947-4.
- Mehren, S. (1975). *Menneske bære ditt bilde frem*. Aschehoug.
- Stifoss-Hanssen, H. (2007). «Prest eller terapeut – en falsk motsetning?». I M. Bunkholt (Red.), *Møtet med den andre. Tekster av Hans Stifoss-Hanssen*. (s. 125 – 136). Det praktisk-teologiske seminars skriftserie nr. 13.

13. Troen og skildpadden – muslimsk og kristen sjælesorg

Naveed Baig, Teologisk Fakultet, Universitetet i Oslo

Jeg havde den gyldne mulighed at kunne tage min Master i Sjælesorg fra Københavns Universitet sammen med en række præster og kristne teologer. Det endte med et eksamensbevis i 2015. Allerede inden var jeg dybt optaget af sjælesorgen qua mit arbejde på københavnske hospitaler som koordinator for Etnisk Ressourceteam og hospitalsimam. I denne artikel vil jeg gøre kort rede for lighederne og forskellene mellem muslimsk og kristen sjælesorg samtidig med at jeg gerne vil give en personlig indføring i, hvad muslimsk sjælesorg er for en størrelse.

Det startede i Islamisk-Kristent Studieceter (IKS). Jeg blev inviteret af dr.theol. og præst, Lissi Rasmussen til at holde et foredrag om muslimsk sjælesorg i centret på Sortedam Dossering på Indre Nørrebro anno 2004. IKS var i færd med at etablere Etnisk Ressourceteam (ERT) som skulle være en besøgs- og omsorgstjeneste for etniske minoritetspatienter på hospitaler i Københavnsområdet. Jeg havde øvet og forberedt mig grundigt, også med hjælp fra andre, men jeg kom til kort. Der var vers fra Koranen og udsagn fra Profeten som jeg omhyggeligt havde med i mine Powerpoint slides (nok en af de første jeg havde lavet), men hvad sagde de egentlig om sjælesorg? Hvordan skal man bedrive sjælesorg i konkrete situationer og hvordan samtaler man med patienter egentligt? Jeg stod med et korpus af normative tekster, som skulle 'males og filtreres' til anvendelig teologi. Et andet spørgsmål, der rørte i mig var: hvad er den muslimske parallel (hvis den findes) til sjælesorg, der jo har rødder i kristendommen?

Sjælesorg betyder ordret 'omsorg for sjælen' og stammer fra det tyske *seelsorge*. Ordet chaplain der er engelsk, stammer fra det latinske cappelani, som betyder kappe. Ordet viser tilbage til en fortælling om St. Martin, som var romersk soldat (A.D. 316-397). Efter en dag at have hjulpet en fattig mand, der frøs, ved at rive sin kappe i to stykker og dække ham til med det ene, fik han en drøm. I drømmen så han Jesus ikklædt det ene stykke kappe, og synet førte til omvendelse for ham, og han viede sit liv til Gud (Maurey, 2014). En chaplain er derfor en person, der 'giver en del af sig selv' til et andet menneske. I dag er chaplaincy blevet til institutionaliseret omsorg, som mennesker med en tro /livssyn og en særlig uddannelse giver (Gilliat-Ray et al., 2013).

Sjælesorg og chaplaincy har det til fælles at de rækker ud til 'medmennesket', der står i en 'særlig livssituation' som kræver trøst og nærvær. Det kan være i form af en samtale, men det kan også være samværet. Kristen forkyndelse kan være en del af samtalen fra sjælesorgens side hvor de store og nødvendige spørgsmål om liv, død og efterliv kommer på banen.

Sjælesorg i Kristendom og Islam. Tekst tabel 1.

Ligheder	Kristendom	Islam
Formålet med sjælesorg	Trøste/lindre. Opret menneskets forhold til Jesus/Gud	Trøste/lindre. Søge Allahs tilfredshed
Gud og mennesket	Mennesket er Guds skabelse og skabt i Guds 'billede'- Gud er nær mennesket	Mennesket er Guds skabning, Guds <i>abd</i> , dvs. Guds tjener og Guds <i>khalifa</i> , (Guds stedfortræder på jorden)
Barmhjertighed	Den Barmhjertige Samaritaners historie som en slags kodeks for kristne	Profeten Muhammad sendt som 'barmhjertighed for alle' -et eksempel til efterfølgelse
Ritualer under sjælesorg	Giver sammenhæng, ro og åndelig mærkbarhed / bøn er et vigtigt ritual	Giver ro og trøst/bøn er vigtig – giver håb og følelsen af Guds nærhed
Narrativ etik	<i>Formidling af betydningsfulde historier/poesi/citater feks. for at fremme livsmod</i>	Formidling af betydningsfulde historier/poesi/citater i Koran eller Hadith, bl.a. for at fremme livsmod

Ligheder

Selvom der ikke er nogen tradition for institutionaliseret chaplaincy i islam (indtil for nyligt i Vesten), er der en implicit teologi, der understøtter og inspirerer til, hvad der kan paralleliseres med kristen sjælesorg (Baig, 2019). Der er en stærk formaning om at udvise barmhjertighed i islam og alle Koranens 114 kapitler (på nær en) starter da også med at understrege Guds barmhjertighed, ligesom flere af Guds navne identificeres med ordet barmhjertighed direkte eller indirekte. I den kendte hadith (profetiske overleveringer), som er den første hadith, man lærer mange steder på islamiske lærestudier, lyder det: *De der er barmhjertige vil modtage barmhjertighed af den Mest Barmhjertige. Udvis barmhjertighed overfor dem på jorden, og Den i himlen vil være jer barmhjertig* (Sunan al-Tirmidhī 1924). I den famøse Bjergprædiken fra Biblen siger Jesus *'Salige er de barmhjertige, for de skal møde barmhjertighed'* (Bjergprædiken, Matteus kap.5 vers 7). Både i kristendom og islam er der en tanke om at kere sig om sit medmenneske. Den barmhjertige samaritaner og næstekærlighedsbuddet er modus operandi for kristne. Profeten Muhammad er muslimernes forbillede, og hans barmhjertige egenskaber bliver forsøgt efterlevet. Selvom man kan sige, at Gud har skabt mennesket i sit eget 'billede' i både kristendom og islam, så er muslimer meget forsigtige med at sammenligne Gud med mennesket. Ordet 'billede' forstås derfor symbolsk som 'Guds attributter'.

Mission og dawa (invitation til islam) er centrale begreber i de to verdensreligioner. Et anspændt spørgsmål er, hvorvidt det at drive sjælesorg er båret af intentionen om at missionere/udføre dawa. Det er nærliggende at spørge om, hvad man lægger i de to ord (der begge har fået en negativ ladning), for de forstås forskelligt - også indenfor de enkelte religioner. Er der tale om et ønske om at omvende, forkynde, bringe vidnesbyrd eller måske 'sekulær mission/dawa' - tømt for al religiøs indhold - eller noget helt andet? Både muslimske og kristne sjælesørgere vil fremhæve, at det aldrig kan være rigtigt at pådutte den anden sin tro. Den nu afdøde hospitalspræst på Herlev Hospital, Tom Andersen Kjær, der var meget aktiv i oprettelsen af Etnisk Ressourceteams og underviste teamets frivillige, plejede at sige om præstegerningens væsen: vi må aldrig begå 'åndelig voldtægt' på vores patienter og deres pårørende'. Ligeledes er der en stærk formaning i Koranen, der fremhæver at der ingen tvang er i religionen. (Koranen, 2:256)

I begge religioners traditioner optræder forskellige lignelser og fælles historier som Noahs Ark, Jesu mirakler, Moses' brændende busk, Jobs sygdom osv. Jesus bliver set som 'den gode hyrde' i Biblen, og Profeten Muhammad sagde, at 'alle er hyrder for deres flok' - ensbetydende med, at de har et ansvar overfor deres familier, naboer og samfundet generelt (Ṣaḥīḥ al-Bukhārī 7138). Lignelsen fortæller illustrativt, hvor hyrdens opgave ligger. Det er at passe, pleje og beskytte sin næste. Den narrative tilgang i omsorgsarbejdet, hvor bl.a. de ovennævnte historier kan anvendes, er et uvurderligt redskab i samtalen både for muslimske og kristne sjælesørgere.

Religiøse ritualer er en anden praksis som de to religioner har til fælles sammen med en række andre religioner og livssyn. Ritualerne er konkrete og gentagende handlinger- ofte udført sammen i et fællesskab, en tradition, der giver sammenhæng, (ny)mening og trøst. I en sjælesørgerisk kontekst kan det f.eks. være præstens håndspålæggelse eller imamens Koran-recitation, som kan give ro og forløsning. Bønnen, der er en henvendelse til Gud, står helt centralt i både islam og kristendommen, men særligt i og under sjælesørgeriske samtaler kan behovet være stærkere. Her kan den gejstlige bede for konfidenten, eller de kan bede sammen.

Forskelle

Islam og kristendom er to forskellige verdensreligioner- begge monoteistiske, men med vidt forskellige forståelser af Gud, af skriftsyn og moral. I sjælesørgeriske samtaler kan der forekomme teologiske forskelle. En af de store forskelle mellem den kristne og den islamiske teologi vedrører spørgsmålet om mening. Er der en mening med lidelsen? Står Gud bag sygdommen? Her er vi inde på teodicé-problematikken: hvordan kan der være mennesker, der lider, hvorfor eksisterer det onde, når Gud er almægtig/god? Er der en mening med uretfærdighed? Den kristnes svar er bevæbnet med ordet meningsløshed. 'Der er ingen mening med at din far med kræft skal lide sådan' vil man typisk sige. I det muslimske svar vil det blive konstateret, at der er en mening med alt, også med lidelsen, og samtidig vil det blive påpeget, at man ikke altid kan forstå den. Sygdom og lidelse er i islam typisk set som prøvelser fra Guds side. Nogle kristne teologer skelner her mellem 'mening med' og 'mening i' og siger, at der ikke er en 'mening med' sygdom og lidelse, men at der godt kan være en 'mening i' den. Det handler om at finde en mening i det der sker lige nu, hvor ens kære er syg eller døende. 'Meningen i hændelsen' kunne f.eks. være muligheden for at være der for sin kære, gennem omsorg, støtte og trøst.²⁶

Islams stærke tro på skæbnen adskiller sig også fra den lutherske kristne forståelse. Flere sygeplejersker fra neonatale afdelinger og nogle af de hospitalspræster, der taler med muslimske forældre, har med jævne mellemrum fortalt mig, at fædre og mødre har lettere ved at 'acceptere' deres nyfødte barns død i forhold til andre patientgrupper. Det har uløseligt noget med den islamiske teologi om skæbnen og efterlivet at gøre. Der er en stærk tro på at alt er forudbestemt (ved Guds vilje), og det har en indflydelse på indholdet af den sjælesørgeriske samtale. Det er også yderst sjældent, at muslimske patienter retter deres vrede imod Gud, netop fordi de ser det som en del af Guds plan. Dette er også min erfaring gennem samtaler med muslimske patienter og pårørende de sidste 16 år. Om ligheder mellem kristendom og islam hvad angår skæbnen har jeg sommetider som et lidt kækt svar

²⁶ Hospitalspræst Christian Busch i fagbogen 'Religion, eksistens og sygepleje' (Nyt Nordisk Forlag, 2002) giver forskellige bud på hvordan man forstå og tolker mening.

til hospitalspræster citeret følgende fra Jobs bog i Biblen: Nøgen kom jeg ud af moders liv, nøgen vender jeg tilbage! Herren gav, Herren tog, Herrens navn være lovet' (Job, 1:21).

Dog er islams positive forhold til skæbnen ikke et opgør med den fri vilje. Den fri vilje er også en del af skæbnen, og mennesket opfordres til at handle moralsk rigtigt, tage hånd om sig selv og leve et ansvarligt liv (Rahman,1998).

En anden forskel mellem islamisk og kristen teologi, der tydeligt er kommet frem i forbindelse med mit eget virke, er den sjælesørgeriske samtales funktion. Flere af mine samtaler har haft en 'rådgivningsfunktion', hvor der mest var tale om en spørgsmål- svar-form. 'Hvordan skal vi begrave vores barn?', 'i hvilken retning skal jeg bede?', 'må jeg modtage organer?' osv. Nogle af samtalerne har været en kombination af rådgivning, udførelse af et ritual og en 'åben og fortrolig samtale'. Disse tre funktioner har været plastiske, forstået på den måde, at de har været flydende og at der ikke har været en 'dagsorden' for samtalen. Hvad forventes der egentlig af en muslimsk samtalepartner og/eller imam? Har man tradition for at tale med imamen om sit liv? I den kristne tradition har man haft skriftemålet og har det stadig i visse kirker, men dog især i den katolske kirke, hvor man besøgte kirken og talte med en gejstlig omkring sit liv og især de mindre gode dele af det. Selvom der i dag kun er skriftemål få steder i Folkekirken, så bruges præsterne stadig til personlige samtaler, om end karakteren har ændret sig. I islam har man ikke skriftemålet som et ritual. Mennesker kan selv søge tilgivelse fra Gud, hvor som helst og når som helst. Dermed udviskes på en måde imamens 'mellemandsposition'. Det er i kraft af imamens religiøse viden og åndelige indsigt, at samtalen med ham bliver eftertragtet og på sin vis får autoritet.

Sjælesorg i kristendom og islam. Tekst boks 2.

Forskelle	Kristendom	Islam
Gudsopfattelse	Gud er én men treenig på samme tid	Gud er én
Skæbne	Ingen skæbnetro- mennesket er fri men skal forsøge at leve efter Guds vilje	Skæbnen er fastlagt af Gud som er alvidende og den fri vilje er også
Teodicé	Sygdom og lidelse er meningsløst- Gud står ikke bag	Der er en mening med alt- Gud står bag lidelse og forløsning
Samtalens funktion	Åben og fortrolig samtale	Primært rådgivning og ritualer

Udover en monoteistisk gudstro, troen på et efterliv, håbets enorme betydning er troen som en skildpadde - hvis hjem altid er i nærheden. Det kan være at man ikke praktiserer sin tro. Alligevel har flere patienter fortalt mig (både kristne og muslimer), at de er troende – men på deres helt egen måde. De bruger troen og de religiøse fortællinger for at de kan trække sig ind og søge tryghed som en skildpadde.

Magtesløsheden og ensomheden er eksistentielle vilkår, som ingen kan undslippe - heller ikke muslimer og kristne. I islam er kuren at hengive sig til Gud, for Gud er altid med en. I kristendommen skal man være i magtesløsheden (og i meningsløsheden for den sags skyld), og det kan man, fordi Gud aldrig forlader en.

Muslims sjælesorg- almen og specifik

Man kan med rette stille dette spørgsmål når man læser artiklen, hvad kendetegner egentlig muslimsk sjælesorg? Svaret er både lige til men også indviklet. Hvad angår den almene forståelse af 'muslimsk sjælesorg' så kan man ikke komme uden om hvad ordet sjælesorg egentlig betyder- at give omsorg til menneskets kerne. Ens kerne her forstås bredt og kan karaktereres som noget der er essentielt og sjælelig signifikant for den enkelte. Men fokus i betegnelsen 'muslimsk sjælesorg' er på *mennesket* der er omdrejningspunktet for livet på jorden. Sa'di (d. 1292 AD) der er en persisk filosof og litterær etikker taler om menneskeheden som én størrelse der er forbundet til hinanden. Han skriver i sin digtsamling:

*The children of Adam are limbs of one another,
from one essential origin in their creation,
When fate causes one limb to suffer, the other limbs can find no comfort.
You who feel no grief at others' affliction,
are unfit to be called a human being (Sa'di, 2017).*

Hans udgangspunkt er at alle mennesket er skabt af Gud ligeværdigt. Han kendetegner menneskeheden som en krop og siger hvis én legemsdel lider eller er syg, så lider de andre legemsdele også. Der er et menneskelig forbundethed i hans tanker som er så radikalt at han understreger at en mangel på menneskelig medfølelse når andre lider, resulterer i en anti-menneskelig identitet. Derfor er barmhjertighed og medfølelse en integreret del af den muslimske sjælesorg uanset køn, religion, seksualitet og etnicitet. Koranen taler også om

menneskehedens pluralitet som en del af Guds plan, med det formål at de kan lære hinanden at kende og ende fremmedgørelsen.

I mennesker! Vi skabte jer af mand og kvinde, og Vi gjorde jer til folkeslag og stammer, så I kan komme hinanden ved. Den fornemste af jer er i Guds øjne den af jer, der er mest gudbevidst. Gud er vidende og indsigtfuld.' (49:13)

På den mere specifikke plan er muslimsk sjælesorg en kombination af barmhjertigt nærvær, rådgivning og udførelse af ritualer. I mit virke som hospitalsimam har jeg flere gange stået i situationer hvor alle tre funktioner kom i spil.

Sygeplejersken ringer omkring en kvinde fra Bulgarien der har kræft og er ved at få det dårligere. Afdelingen havde tidligere spurgt familien om de ville snakke med en imam men det ville de ikke på daværende tidspunkt. Men det vil de nu. Manden og moderen til patienten er tilstede sammen med tolken. De taler bulgarsk/tyrkisk. Kvinden har lige født og den nyfødte er også tilstede.

Samtalens omdrejningspunkt er om en drøm som kvinden har haft. En drøm som hun så i går hvor hendes farfar (der døde for et år siden) kom og smilede til hende.

Hun var bange forklaret hun og ville vide hvad det betød? Hun blev følelsesmæssigt berørt fordi hun troede at han var kommet for at 'tage hende med'. Patientens mand er også følelsesmæssig berørt under samtalen.

I denne samtale med den nybagt mor der også har kræft og hendes familie var der behov for alle tre funktioner. Der skulle trøstes og udvises medfølelse samtidig med at moderen havde spørgsmål om sin drøm. Hvordan skal drømmen forstås og kommer hun til at dø snart? Der var til sidst også Koran oplæsning og bøn som de gerne vil have. Som i de fleste cases ender det næsten altid med en ritual- bøn eller Koran recitation.

Eftertanke

Islamisk omsorgsarbejde (som jeg vælger at kalde det, og som et modul på master niveau ved det Teologiske Fakultet i Oslo hedder) har mange paralleller til den kristne sjælesorg. Det er de to religioners essens. Hvis ikke de to største verdensreligioner formår at tale ind til menneskets sårbarhed og afgrund, så ender religionerne med at være menneskefjerne. I takt med at religion og tro bliver mere individualiseret, efterspørger også muslimer- især unge - samtaler om de svære emner, typisk omkring deres følelser og om, hvordan det er at være dem. Dette spørgsmål må være omdrejningspunktet for alle, der arbejder med religiøs og eksistentiel omsorg: Hvordan er det at være dig?

Referencer:

- Baig, N (2019) *Omsorgsarbejde for muslimer på hospitaler i Sverige, Norge og Danmark* (skrevet til Det Teologiske fakultet, UIO, Norge)
https://www.tf.uio.no/forskning/forskergrupper/interreligios/fagrapporter/fagrappo_rtnaveed-baig.pdf
- Gilliat-Ray, S., Ali, M. & Pattison, S. (2013). *Understanding Muslim Chaplaincy*. Ashgate.
- Maurey, Y. (2014). *Medieval Music, Legend, and the Cult of St Martin*. Cambridge University Press.
- Rahman, F. (1998). *Health and Medicine in the Islamic Tradition*. ABC International Group.
- Sherazi, S. (2017). *Golestan*. Createsafe Publishing.

Note

Denne artikel (med ændringer/rettelser) er trykt i Tidsskrift om Islam og Kristendom, årgang 1/2021, side 41-50, i forbindelse med Islamisk-Kristent Studiecenters 25-års jubilæum.

14. Eksistensielle samtaler i praksis

Marit Bunkholt, Den norske kirke, Oslo

Innledende gratulasjon

Eksistensiell, samtale, praksis. Tre sentrale begreper i overskriften, og tre sentrale områder i mine mange faglige samtaler med Hans Stifoss-Hanssen– ikke minst gjennom det første tiåret av dette årtusenet da vi var kolleger ved Det praktisk-teologiske seminar. Vi stilte hverandre spørsmålene: Hva er det vi driver med når kirkens ansatte møter befolkningen til samtale, og hvordan gjør vi det på best måte? Jeg vil feire Hans med å melde inn tre undertemaer til denne faglige samtalen, temaer vi har snakket lite om.

Takk for mange og lange utvekslinger gjennom årene, Hans, og se: Det som utfordrer, tar aldri slutt!

Avklaring og avgrensning

Samtaler i kirkelig praksis

Jeg arbeider i kirken. Jeg skriver derfor i det følgende om eksistensielle samtaler i *kirkelig* praksis. Umiddelbart vil det for meg og mange andre bringe tankene til sjelesorg. Jeg har selv tidligere framholdt at nettopp det eksistensielle er karakteristisk for de samtaler vi kaller sjelesorg i kirken, da jeg skrev at sjelesorg «*er en samtale om eksistensielle tema*» (Bunkholt 2007). Den gang var dette viktig å si for å utfordre jubilentens forståelse av sjelesorg som «hjelpende samtale». Jeg ønsket å utvide forståelsen av hva som kan kalles sjelesorg, og hvilke samtaler som dermed skal bearbeides faglig i forsknings- og undervisningsfaget sjelesorg. Men både da og nå er det selvsagt slik at det foregår flere eksistensielle samtaler i kirken enn de vi kaller sjelesorg, enten vi har en smal eller bred definisjon av den slags.

Hva er «eksistensielle samtaler»?

Det eksistensielle knyttes til grunnleggende fenomener som både bærer og truer livet vårt; men som vi ikke kontrollerer: Død. Kjærlighet. Håp. Meningen med livet. Skyld. Identitet. Alt sammen fenomener som knyttes til erfaringer som vekker eksistensielle spørsmål. De eksistensielle samtaler dreier seg om disse spørsmålene, og foregår mellom minst to parter.

Samarbeid i samtaler

I fortsettelsen skriver jeg om de samtaler i en kirkelig kontekst hvor den ene er en profesjonell samtalepartner. Jeg har i praksis og faglig refleksjon vært opptatt av å finne fram til en forståelse av denne kirkelige, profesjonelle samtalepartneren som tar den andre

på fullt alvor, uten dermed å viske ut eksempelvis sjelesørgeren og dennes bidrag. Et viktig stikkord er derfor blitt «samarbeid». De eksistensielle samtaler mellom profesjonelle og befolkningen i en kirkelig sammenheng er et samarbeid. Jeg som prest er ikke ekspert verken på den andre eller eksistensielle spørsmål (og langt mindre på svarene), men jeg er trent i og villig til å snakke med andre om slike spørsmål (se mer om dette i Bunkholt, 2011).

Tre utfordringer fra aktuell praksis

Med dette som bakgrunn vil jeg i denne artikkelen – gitt oppdraget: «i praksis» – drøfte tre praksisutfordringer fra samtalefeltet jeg står i akkurat nå. Jeg mener de alle er av bredere relevans enn at de fins i min hverdag. Den første er hvilken rolle prosten inntar i (eksistensielle?) samtaler med sine medarbeidere. Den andre er hva som skjer med sjelesørgerens selvforståelse når hen går inn i et arbeidsfellesskap med profesjonelle med andre livssyn. Og den tredje er aktuelle utfordringer som gjelder samtaler med barn og unge (jeg vikarierer som konfirmantprest i vinter).

Lederens samtaler med medarbeiderne

Fra sjelesorg til ledelse

Jeg har som sjelesørger og sjelesorglærer brukt mye tid på å lete fram en forståelse av og en rolle i sjelesorg som gir den andre plass. En sjelesørger er en som åpent tar imot den andre og dennes tema eller behov. Hen er god på dialog, lytte, svare, bidra – men alltid med blikket festet til den andre og det den andre vil.

Men hva når feltet blir et helt annet? Når de eksistensielle samtaler ikke lenger er å forstå som sjelesorg? Noen felt ligner så mye at rolleforståelsen kan utvikles på lignende måte. For meg har arbeidet med sjelesorg og veiledning gitt konstruktiv faglig utveksling mellom to lignende felt. Men når vi så kommer til lederens samtaler med sine medarbeidere – som også ofte er eksistensielle nok! – hva skjer da? I hvilken grad er da sjelesørgeren og veilederen til hinder for utfoldelsen av rollen? Hva skjer når man blir prost og er vant til å være lærer, veileder og sjelesørger? Jeg vil utforske dette litt videre i dialog med egen forståelse av veiledning, sjelesorg og ledelse.

Samtalens plass i ledelse

Samtaler er for meg som leder mitt viktigste redskap. Jeg snakker med prestene om virksomheten, dem selv, fagutvikling, utfordringer, sykdom. Med mere. Korte telefonprater, e-postutvekslinger, lengre avtalte samtaler i fysisk rom. Jeg snakker med den enkelte på mitt initiativ og på deres. Noen oftere enn andre, de fleste antagelig månedlig eller oftere. Medarbeidersamtaler en gang i året er en fin ting, men den jevnlige kontakten er viktigere.

En prost er i liten grad (noen vil si ikke i det hele tatt!) sjelesørger i møte med sine medarbeidere. Jeg vil nok ut fra et allment nødsprinsipp mene at det kan skje at jeg trer inn i rollen som sjelesørger. Men dette er ikke normalen. Normalt er prosten leder, har

omsorgsplikt og styringsrett, skal invitere til medbestemmelse, men må ta avgjørelser og sørge for framdrift.

Tilbakeholdenhet og åpenhet i balanse

Et første poeng kan knyttes til det nevnte faktum at prosten normalt ikke er sjelesørger i møte med de ansatte. Dette vil naturlig føre til en gjensidig tilbakeholdenhet i samtalen mellom medarbeider og leder. Samtalen mellom medarbeider og leder skjer ikke i et like åpent rom som f.eks. sjelesorgsamtalen. Det er mer inne i bildet enn når man som prest tar imot en annen til sjelesorg. Ledelse er mer enn omsorg og åpenhet for den andre. Medarbeideren løper en viss risiko ved å dele mye med sin leder, og lederen løper en risiko ved å spørre og grave for mye. Samtidig er gjensidig tillit og åpenhet nødvendig hvis vi forutsetter at lederen har ansvar for virksomhetens retning, arbeidsmiljø og kvalitetssikring av den enkelte medarbeiderens bidrag. Sammen må vi lete etter god balansen mellom tilbakeholdenhet og åpenhet.

Lederens makt

I en artikkel i Tidsskrift for sjelesorg 2/2021 skriver jeg sammen med Beate Indrebø Hovland: «Kanskje er faren for maktmisbruk tross alt mindre i en sjelesørgerisk samtale enn mange tror. Så lenge vi holder oss til nettopp det; å samtale. Den andre står oftest på egne bein. Hen kommer fordi det er noe som gnager, utfordrer, krever ettertanke, og vil helst arbeide med dette sammen med en annen. Hen kommer som regel ikke for å få svar og oppskrift på veien videre, men for å ha noen å snakke *med*.»

Dette lettelsens sukk på sjelesorgens vegne setter på spissen forskjellen mellom lederen og sjelesørgeren. I motsetning til sjelesørgeren har lederen faktisk formell makt. Det er en utfordring for enhver leder å finne ut av hvordan hun skal forvalte denne makten. Arbeidsgivers styringsrett veier, i det minste formelt, tyngre enn en sjelesørgers potensielle autoritet. Prostens samtaler med medarbeiderne eller de ansatte eller de hen har styringsrett overfor (kjært barn mange navn), føres med mennesker som definitivt står på egne bein, men som samtidig er avhengig av relasjonen til meg som leder.

Enhver leder kan ha nytte av erfaring som veileder og sjelesørger. Mengdetrening i samtale er godt å ha når samtaler er et viktig arbeidsredskap. Det kritiske punkt hvor forskjellen særlig kommer til syne mellom samtaler i sjelesorg, veiledning og ledelse, er nettopp den formelle makten. Styringsrett fins, en leder kan og skal bruke den. Ansvar fins, en leder skal og kan ta det. Retning og visjon skal styre arbeidsfellesskapet, en leder skal og kan løfte dette fram i møte med medarbeiderne.

Makt er et mangslungent begrep, og ikke minst er det et relasjonelt begrep. Min ledermakt utfolder seg ikke helt likt i møte med enhver medarbeider. Det kunne vært sagt og skrevet mer om det her, men jeg velger snarveien og sier: Makten til å styre den andre er den viktigste forskjellen på sjelesorg og ledelse, selv om begge deler utfoldes i samme form: Samtalen.

Så er det nok likevel sant at også lederens samtaler framstår som et samarbeid, jf. det jeg sa over om sjelesorgssamtalenes preg. Det er skapende samtaler slik også sjelesorg er det. I sjelesorg kan det skapes teologi, endring, håp. I prestens samtaler med de ansatte kan det tilsvarende skapes endring, støtte, selvstendighet – og teologi. Men noen ganger er det makta som rår, og lederen tar grep og skaper endring som den andre slett ikke ønsker. For enhver lykkelig sjelesørger kan overgangen til å være leder bli hard. Og faren for å glemme sin maktmulighet bli stor.

Maktens begrensninger

Jeg trøster meg med at selv om jeg har den formelle makten, er ofte den andre også mektig nok. Mang en medarbeider viser evne til å stritte imot mine forsøk på å endre deres prioriteringer eller en aktuell praksis. Det er ikke så enkelt å få folk til å gjøre som du vil, det vet enhver som har vært lærer eller på annen måte hatt ansvar for endring og utvikling. Mennesker mener ofte at de vet mest og best om seg selv og sin virksomhet – og ofte har de rett. Også som leder er evnen til lyttende dialog viktig, ikke minst i en virksomhet som kirken. Den daglige avstanden mellom prestene i prostiet og meg selv er lang, tross små fysiske avstander. De arbeider selvstendig og har gjennom sin tjenesteordning en faglig selvstendighet som jeg ikke skal rokke ved.

Ofte tenker jeg at jeg som leder har det som en forkynner: Det er bare ordenes makt jeg kan stole på, jeg må la min overbevisnings kraft møte den andres ditto. Min formelle makt ønsker jeg å bruke forsiktig, og helst sjelden. Det som kan beveges framover ved godt samarbeid, er langt å foretrekke. Når jeg av og til sier «slik må det være», tross uenighet, er det ofte fordi jeg tar hensyn til flere parter og synspunkter. Ikke alle disse er det mulig å være åpen om, og det er i seg selv en utfordring i samarbeidet med medarbeiderne, og en forutsetning de må leve med.

Den lille, men viktige, forskjellen

Kanskje er ikke forskjellen mellom sjelesørgeren og lederen, når vi snakker om den jevne hverdagen uten store konflikter, så stor som jeg trodde. Det som var styrkende påstander for sjelesørgeren og veilederen Marit, er en stor ressurs for henne som leder. Friheten som ligger i å gi den andre stort rom og oppmerksomhet i en sjelesorgsamtale, snevres noe inn av krav til den som tar lederansvar. Men kanskje ikke farlig mye. Det er til å leve med. Men også viktig å være oppmerksom på.

Samtalene «sammen med» partnere med annen tro- og livssynsbakgrunn

Livssynsåpent samtalesenter ved Universitetet i Oslo (UiO)?

En sjelesørger må være åpen for det menneskelige mangfoldet. Det er så sant at det er en selvfølgelighet. Men det betyr ikke at det kommer av seg selv. Det kan være krevende å møte mennesker svært forskjellig fra seg selv til samtale. Det kan bli utfordrende for en

sjelesørger hvis den en snakker med, går ut av samtalen med retning mot helt andre valg enn en selv ville tatt. En sjelesørger må stadig renovere og utvikle sin åpenhet for den andre.

Dette har jeg med meg i tankene når jeg nå sitter i styringsgruppa for utvikling av det som enn så lenge kalles «livssynsåpent (samtale)senter» ved Universitetet i Oslo (UiO). Ved UiO planlegges det nå for en framtid med et senter for samtale og tros- og livssynsutøvelse for studenter av alle slags livssyn. Målet er å finne fram til noe som kan gi «oslostudentene tilbud om samtaler og livssynsbetjening fra partnere knyttet til flere ulike livssyn. Tilbudet bør så langt det er mulig favne livssynsmangfoldet hos studentene, da også gruppen uten livssynstilhørighet.» (Fra mandatet for prosjektet).

Ved UiO har det vært studentprester siden 1950-tallet. De har forvaltet sin åpenhet godt, og fungert som samtalepartnere for studenter på tvers av tro og livssyn. Sammen med UiO har de nå innsett at deres tid som eneste tros- og livssynsrepresentanter er over. Vi går mot en endring. Hva betyr denne endringen? Hvordan skal vi forstå den?

Den norske kirke i det livssynsåpne samfunnet

Utfordringene i arbeidet med utviklingen av det livssynsåpne senteret henger sammen med en av Den norske kirkes største utfordringer for tida: Å finne sin plass. Vi er en kirke som er vant til å være viktig for alle, for flertallet av befolkningen. Vi har vært vant til å stille opp for enkeltmennesker, grupper og hele samfunnet. Hvordan skal vi handle og tenke når vi er *ett* blant mange tros- og livssynssamfunn?

Jeg har to gode råd til oss selv i møte med denne utfordringen. For det første: Vi skal fortsette å være mer enn et trossamfunn. Vi er både trossamfunn og samfunnsaktør. Vi skal blande oss i det som skjer rundt oss, tilby oss, mene og bidra. Vi må finne nye veier til å gjøre dette nå, det er lenge siden presten satt i skolestyret som leder. Vi kan ikke lenger – og må absolutt ikke! – flyte på gammel makt og innflytelse. For det andre: DnK må lære, slik som arbeiderpartiet har måttet lære, å samarbeide med andre. Bidra som del av et større fellesskap, stå skulder ved skulder med andre som vil mennesker og samfunnet vel – enten det er andre trossamfunn, engasjerte enkeltmennesker, politikere eller hvem det nå måtte være.

I forlengelsen av dette kan Den norske kirke som kjent ikke lenger se det som selvsagt at vi skal fortsette å råde livssynsgrunnen alene i samfunnets felles institusjoner. Vi skal i stedet stå sammen med andre tros- og livssynssamfunn i å framholde at tro og livssyn er en ressurs i enkeltmenneskers liv og i samfunnet. Tros- og livssynssamfunnene bidrar på sitt beste til tillit og samhold, de skaper samtaler om verdier og eksistensielle spørsmål og utvikler møteplasser der mennesker kan samles. Vi har ansatte og frivillige som drives av ønsket om å bidra til bedre samfunn.

Livssynsåpent samtalesenter: Mange spørsmål

Med dette som utgangspunkt er det spennende og givende å være med og jobbe fram et livssynsåpent senter ved UiO. Men tross åpen velvilje oppstår det straks mange og krevende spørsmål. Når en snakker om en livssynsåpen samtaleteneste med representanter for forskjellige religioner og livssyn samlet i ett senter, dukker det opp spørsmål som disse: Hvem skal snakke med hvem? Hvem skal ta ledelsen? Hvordan skal tjenesten profileres? Hvordan skal folk ansettes? Hvordan sikres felles faglig kvalitet, og hvordan organiseres det vi i vår kirke kaller «tilsyn»?

Hvem skal snakke med hvem?

Jeg vil i denne sammenhengen se nærmere på ett av de mange spørsmålene som dukker opp: Hvem skal snakke med hvem?

Ett synspunkt på dette kan ta sitt utgangspunkt i at erfaringen av og samtalen om det eksistensielle i menneskers liv er ganske lik på tvers av religioner og livssyn. Hvis det som vi kristne kaller sjelesorg, er å dele eksistensielle refleksjoner på den andres premisser, kan sjelesorgen åpnes opp for mennesker med forskjellige livssyn og religiøse overbevisninger. Den konfidentsentrerte samtalepartnere er åpen for den andre og tar imot det som sies, uansett. Dette har student- og sykehusprester erfart gang på gang: Vi kan snakke med alle. Dog med den tydelige begrensningen at ikke alle ønsker å snakke med dem. Folk kan ha gode grunner for å avstå fra kontakten med en prest. Åpenheten for å snakke med alle kommer naturlig i forlengelsen av at de fleste ikke lenger forstår sjelesorg som «forkynnelse for den enkelte». Da kan den andre bli tatt imot med sitt, uavhengig av forskjeller på tro eller livssyn.

Men som jeg sammen med Beate Indrebø Hovland (Bunkholt og Hovland 2021) tidligere har påpekt: Som sjelesørger kommer jeg aldri unna at jeg selv bidrar i samtalen, og like viktig: kan begrense den. Jeg er som samtalepartner bærer av en tradisjon, et ståsted, menneskesyn og erfaringer formet av fortellingene om Jesus og en «luthersk Gud». Det er ikke selvsagt at dette er til nytte når en muslim strever med et vers i Koranen eller formen på sitt bønneliv.

Kanskje er samtalsens tema avgjørende for hvem som tar den i et tverreligiøst arbeidsfellesskap? Hvis jeg som kristen trenger drøfting av mitt fromhetsliv eller strever med mitt gudsbilde, er kanskje en prest den rette samtalepartner. Men hvis jeg uavhengig av religiøst (eller ikke-religiøst) ståsted kjemper med livets mening eller kjenner på sorg over kjærligheten eller andre tap, kan antagelig den gode samtalepartner uavhengig av tro og livssyn være til god hjelp. Utfordringen når samtalepartnerne til sammen representerer en rekke livssyn blir kanskje først og fremst logistisk? Det handler om hvordan mennesker og problemstillinger best mulig distribueres til rett «adresse»?

Jeg stopper der et øyeblikk. Hvis svaret er god og tjenlig logistikk, er all kamp mellom religioner over. Vårt nasjonale, luthersk-kristne hegemoni er lagt dødt. Og den pastorale lyst

(eller det pastorale kall?) til å vinne den andre til samme tro som seg selv, er borte. Hvor har da min tro på egne verdier, mitt eget håp, kampen for det rette, tatt veien?

En annerledes prestetjeneste?

Kanskje må vi framover se mer forskjell på prestetjeneste. Det er allerede en del forskjell på å være spesial- eller institusjonsprest og menighetsprest. Kanskje må menighetsprestene få et tydeligere ansvar for å bevare og utvikle den kristne tradisjonen gjennom aktiv og tydelig forkynnelse, relevant liturgi og utadretta diakoni. Mens institusjonsprestene i større grad tydeliggjøres som «eksistensielt orienterte» medarbeidere i et arbeidsfelleskap av ansatte med forskjellige livssyn. Medarbeidere som sammen med andre møter menneskers spørsmål og utfordringer modellert mer etter sekulære samtalepartnere enn etter de religiøse ledernes modell.

En mothake her er bakgrunnen for utviklingen av livssynsåpent samtalesenter ved UiO og andre liknende tiltak: Det har vært viktig å utfordre Den norske kirkes kristne livssynsmonopol. Vi så det tydelig da studentene ved NTNU ville kaste ut studentprestene sine fordi det ikke var plass til ansatte med annen religiøs og livssynsmessig bakgrunn. Tro og livssyn har betydning når de eksistensielle samtalen tas. Det kan kanskje spille en ganske stor rolle hvem du snakker med, også når samtalen ikke spesifikt tar opp temaer avgrenset til en spesiell religion.

Hensynet til den andre – og religionsfriheten

Et vesentlig poeng i forlengelsen av dette er å ta hensyn til den andres preferanser. Når student- eller sykehusprester har satt ord på erfaringen av at «vi kan snakke med alle», er det nok en gruppe som blir oversett: De som absolutt ikke vil snakke med en prest. Det kan være mange gode grunner til det, og prestene vil naturlig nok ikke få vite verken om motstanden eller om bakgrunnen for den. Når samfunnet etablerer en tjeneste av samtalepartnere med religiøs tilhørighet i sine institusjoner, må vi i våre 2020-dager selvsagt ta utgangspunkt i befolkningens religionsfrihet. Når vi som prester og kirke vil komme alle i møte, betyr det noen ganger å la den andre være i fred.

De gode svar på mine spørsmål ligger ikke klar, og dette er «work in progress». Jeg sa over at vi i vår kirke må lære oss å samarbeide. Og samarbeid er min trøst i dette. Vi skal ikke finne løsninger alene. Vi må lete etter gode svar sammen, på tvers av tro og livssyn. Det er vanskelig, men neppe umulig.

Samtalene med barn og unge

Taushetsplikt og profesjonelt skjønn

Jeg har ved flere anledninger beskjemmet innrømmet følgende: Gjennom mine år som lærer i sjelesorg ved Det praktisk-teologiske seminar ofret jeg i liten grad tid på å forstå kirkens samtaler med barn og unge. Og sier også her som jeg ofte har sagt: Jeg beklager!

I min jobb som fagsjef i Presteforeningen noen år tilbake fikk jeg mulighet til å bøte på dette. Sammen med representanter for Diakonforbundet, Kirkelig undervisningsforbund og Kirkens ressurscenter mot vold og seksuelle overgrep (som det het da, nå: Vake) utarbeidet vi ressursheftet «Kirkens samtaler med barn og ungdom». Heftet kom ut i 2016, og ligger blant annet på Presteforeningens nettsider. Det er nå under revisjon siden det har skjedd endringer i lovverket siden da.

Ressursheftets tittel har en undertittel: Om taushetsplikt og profesjonelt skjønn.

Utgangspunktet for arbeidet var taushetsplikten: Hvordan håndteres taushetsplikt når den andre er under 18 år? Og videre: Bør kirkelige ansatte, også prester, få meldeplikt til barnevernet? Det viste seg å ikke være helt klare svar på disse spørsmålene. Det ble i stedet avdekket et område hvor godt skjønn må rå. En rekke faktorer, som til dels er lovfestede, må avveies: Barns rettigheter, foreldreansvaret, barns beste, kirkelig ansattes profesjonelle forpliktelser og samfunnets krav til den enkelte. Det er ikke slik at hvis ikke avvergeplikten overstyrer taushetsplikten, så er det taushetsplikt som gjelder, uansett den andres alder. Helsevesenet har klare regler for dette, i kirken er det lite diskutert.

Lite diskusjon betyr ikke små problemer. I arbeidet med heftet snakket vi med ansatte i kirken som titt og ofte kjente seg i klemme mellom taushetsplikt, foreldres rett til å vite og i ytterste fall behovet for å melde fra til barnevernet om vanskeligheter barn og ungdom ikke bør håndtere alene. Ressursheftet løste ikke disse problemene, men presiserte behovet for å trene opp et godt skjønn og løftet opp viktig kunnskap som må ligge til grunn for skjønnsbruken. Jeg er usikker på hvor kjent heftet er blitt og hvor mye det er brukt. Men når jeg nå skal være vikar for en av prostiets konfirmantprester noen måneder, kjenner jeg behov for å tenke over noen av problemstillingene på nytt.

Det er særlig en utfordring jeg ser tydeligere når virkeligheten presser seg på: Hvordan sikre utvikling av godt skjønn hos de unge og uskolerte samtalepartnerne? Mini- og ungdomslederne, ja, også de unge voksne som kalles «voksenledere». Alle som har vært ledere for yngre barn og ungdom i egen ung alder, vet hvordan tillit kan oppstå og betroelser dukke opp. Hvordan skal vi best forberede yngre og uerfarne ledere på dette? Hvilke krav skal vi stille? Og hva bør deltakerne få vite om hva som skjer med det de eventuelt forteller oss? Jeg vet mange konfirmantmedarbeidere har skapt gode rutiner for dette, men tenker samtidig at det er et meget krevende felt. Her er vi ikke ferdig snakka – og her trengs virkelig godt og praktisk skjønn.

Hvordan blir samtaler med barn og ungdom eksistensielle?

Men når jeg nå tenker aktivt på samtalene med barn og unge, finner jeg også en annen stor utfordring: Hvordan få disse samtalene til å bli eksistensielle? Når man skal være konfirmantprest, blir dette et svært påtrengende spørsmål. Jeg utfordres i disse dager til å finne en vei til å komme i kontakt med en stor gruppe fremmede 14-15-åringer, forsøke å skape en tillit som åpner for felles samtale, lytte til og forsøke å forstå hva de har å si, og

finne ord for å formidle det jeg mener jeg på vegne av kirken bør si til dem. Og samtidig huske at noen av dem sikkert ikke vil snakke i det hele tatt, de er sjenerte, eller kjenner seg på feil sted, eller er fulle av energi som trekker mot alt annet enn å sitte ned og snakke.

Eksistensielle samtaler med barn og unge har jeg hatt utallige av som speider- og konfirmantleder fra jeg var tolv til jeg var tretti. Jeg tror jeg fortsatt vet hvordan jeg signaliserer evne til å lytte, tar kontakt og bidrar til en ro som gjør det mulig å snakke sammen. Men med hvilket språk skal jeg så formidle kristen tro og kulturarv inn i disse samtalene? Det er vel tross alt det konfirmasjon er: Et møte med kirken som gjør deg, som ung og på vei mot voksenlivet, kompetent til å velge tilhørighet til kirken, eller velge den bort.

Fra studietidas lesning av misjonsteoretikerne minnes jeg begrepet «tilknytningspunkt». Jeg kjenner meg ganske sikker på at de fleste konfirmanter i den delen av Oslo hvor jeg jobber, ikke har hatt bred kontakt med kirken i sin oppvekst. Jeg forutsetter at kirkens tradisjon er dem ganske fremmed. Men jeg håper og tror at kirkens budskap har potensial til å treffe deres livserfaringer og tanker om livet. De eksistensielle erfaringene vi møter i livet, er de erfaringene evangeliet adresserer, vi er hver især fylt av en rekke tilknytningspunkter gjennom våre relasjoner, håp og drømmer. Vår søken etter mening, og vår uro for livet og kampen mot døden, samler oss på tvers av forskjell i alder og livssituasjon, og fortellingen om Jesus møter disse erfaringene på forskjellig vis.

Jeg kjenner meg forpliktet på å gjøre konfirmantene kjent med Gud og Jesus, med gudstjenesten, med Bibelen og la dem kjenne etter hva bønn kan være. Men før jeg gjør det, må jeg komme i kontakt med dem. Jeg må høre deres stemme, enten ved at de faktisk snakker, eller ved å se dem utfolde seg på annet vis. Det kan være gjennom lek eller kunst eller noe annet – men uansett må vi bli mer kjent for å kunne komme i kontakt.

En mulighet: Kasualsamtalens metode

Jubilantens «kasualsamtalens teori» (Stifoss-Hanssen 2007) kan komme til nytte her og skape en forestilling om en arbeidsform. I casualsamtalen møter livserfaringen (fødsel, død, kjærlighet) kirkens tilbud om bearbeiding av den (dåp, begravelse, vielse). Erfaringen rettes mot en rite gjennom en samtale. Stifoss-Hanssen beskriver disse samtalene som liggende mellom «livet» og «ritualiseringen av livet». Erfaring og rite møtes og blir til en samtale hvor begge «kommer til orde», og står i tett dialog med hverandre. Menneskers livserfaringer og det kristne tros- og riteunivers møtes i en gjensidig tolkningsprosess. Denne gjensidigheten er reell i den forstand at begge «parter» kan påvirkes. Prester erfarer gang på gang at de velger å gjøre små og store endringer i fastlagte liturgier fordi de oppfatter menneskenes erfaringsbaserte utfordringer og synspunkter som gyldige nok til å skape slike endringer.

Konfirmasjonen har ikke en egen casualsamtale, men har til gjengjeld et halvt eller et helt år hvor hendelsen (konfirmasjonen) forberedes. Samværet, formidlingen og samtalene kan ha casualsamtalens teori som pedagogisk og ideologisk underlag. Målet kan være å skape

meningsfylt kontakt mellom ungdommers livserfaring og det kristne univers. Forventningen er at begge kan utfordres og forandres.

Problemet mitt er ikke løst. Jeg leter fortsatt etter relevante ord og begreper. Men jeg vet også at jeg møter en generasjon unge som jevnt over er langt mer verbalt utviklet enn de fleste av oss 14-åringere var på syttitallet den gangen jeg selv var konfirmant. Jeg håper på deres hjelp til å finne ordene. Det er kanskje det klokeste jeg kan gjøre.

Nye tider, nye samtaler

Eksistensielle samtaler er ikke noe nytt i kirken. Det er noe vi alltid har drevet med, dog muligens med litt forskjellige former på samtalene. I noen tider har nok vært litt mindre dialogiske enn andre. Tema og utfordringer har skiftet, selv om grunntemaene har vært mange av de samme. Vi har erfart fødsel, kjærlighet og død gjennom alle tider, har søkt etter mening når vi har hatt mental kapasitet til det, og levd med håp om en bedre hverdag i tunge tider. Det er likevel tegn i tiden som tyder på at vi trenger ytterligere klargjøring av hvordan vi snakker sammen, og åpenhet for nye og krevende tema.

Dialog er kanskje et forslitt ord for mange, men i vår kirkelige sammenheng er det et umistelig og helt grunnleggende krav til de samtalene vi kaller eksistensielle. Tiden stiller krav til oss. Vi må øve opp vår evne til å lytte før vi snakker, og lytte mens vi snakker. Verken som prost og leder eller konfirmantprest kan jeg forvente lydighet, etterfølgelse eller lite motstand. Den andre har autoritet, uavhengig av alder og verdighet, den andre skal komme til orde. Jeg kan og skal bidra, men må lene meg til min overbevisningskraft, ordets makt. Min hovedoppgave i tillegg til å lytte, er å søke å finne ord som gir gjenklang hos den andre; som gir mening til den andres erfaringer. Jeg sa for mange år siden at vi i vår kirke trenger et dialogisk tilsyn fra biskopene, de må innse sine medarbeideres selvstendige faglige ansvar. Jeg får disse ordene i mental retur mens jeg skriver denne teksten. Det har jeg godt av, og jeg velger å slutte meg til dem. Det skaper en annen praksis enn om jeg tror og mener at jeg har rett til å tale, og den andres oppgave er å lytte.

Det vil i all stillhet komme en markant endring for vår kirke når situasjonen krever av oss at vi skal samarbeide med andre. Samarbeid med sekulære institusjoner og organisasjoner, religionsdialog og forskjellig slags samarbeid om prosjekter på tvers av tro er ikke noe nytt. Men det kan være i ferd med å gjøre noe med vår kirkelige selvforståelse. Eksistensielle samtaler er ikke en «ufarlig» virksomhet, det er en virksomhet som kan bevege. Vi ser det for eksempel når vi sammen med annerledes troende snakker med og samler befolkningen når en krise treffer oss. Markeringene i etterkant av 22.juli, både i 2011 og årene senere, viser hvordan befolkningens og samfunnets behov utfordrer oss til å handle nytt. Det skaper nytt innhold og nye tanker om hvordan vi bruker våre kirker sammen med søsken fra andre livssyn og religioner.

Eksistensielle samtaler i praksis er mer enn noe annet preget av å være nyskapende. Mang en kirkelig endring har blitt født i en sjelesørgers tanke. Det er en stund siden (heldigvis!) det ble sagt at der forskjell på hva man kan si i sjelesorgens rom og på prekestolen. Forkynnelsen av evangeliet i det offentlige rom henter kvalitet fra eksistensielle samtaler med befolkningen, kolleger, familie og venner. Takk og pris. Og det er ikke noe nytt, vi kjenner det godt igjen fra vår kristne hovedfortelling i de fire evangeliene. Jesus formet også teologi i og ut fra møter med enkeltmennesker.

Referanser

- Kirkelig ressurscenter mot vold og seksuelle overgrep, Kirkelig undervisningsforbund, Det norske diakonforbund og Presteforeningen: (2016) *Kirkens samtaler med barn og ungdom. Om taushetsplikt og profesjonelt skjønn. Ressurshefte.*
<https://www.prest.no/wp-content/uploads/sites/2/2020/01/Ressurshefte.pdf>
- Bunkholt, M. (2007). Folkekirkelig sjelesorg. *Tidsskrift for Sjelesorg*, 27 (3), 185-195.
- Bunkholt, M. (2011). Makten og samtalen. *Tidsskrift for Sjelesorg*, 31 (1), 4-15.
- Bunkholt, M. & Hovland, B. I. (2021): Hvor skal jeg gjøre av meg selv? Medforfatterskap som sjelesørgerisk mulighet. *Tidsskrift for sjelesorg*, 41(2), 102-118.
- Stifoss- Hanssen, H. (2007). Hjelpende ritualer, forberedende samtaler. I M. Bunkholt. (Red.),: *Møtet med den andre. Tekster av Hans Stifoss-Hanssen.* (s.17-34)Det praktisk-teologiske seminars skriftserie 13

15. Å finne eksistensielt fotfeste. Sted og rom i sjelesorgen

Anne Austad, VID Vitenskapelige Høgskole, Oslo

«Jeg vokste opp med at det var en pult mellom og da var det sjelesorg. Så lukker vi døren og så passer vi på at alt dette her. Men nå har jeg hatt en som ringer i tretti år fire minutter en gang i uka, er det sjelesorg? Det er ganske dypt der og da. Kanskje vi tenker litt for snevert på sjelesorg. Hvert fall i min tradisjon» (prest i Den norske kirke)

Sitatet stammer fra et fokusgruppeintervju som Hans Stifoss-Hanssen og jeg gjorde høsten 2019. Det var før koronapandemien tvang sjelesorgsamtaler over på Zoom, Teams og Skype. Men også den gang var prester og diakoner opptatt av sjelesorgens rom og steder. Beskrivende plasserte de sin samtalepraksis på ulike steder. Fortolkende spurte de hva rom og sted betyr for sjelesørgerisk identitet.

Vi snakket med menighetsprester og diakoner. De var kirkelig ansatte som tjenestegjorde i lokalsamfunnet, og nettopp der, på sine lokale steder, beskrev de en romlig mangfoldig samtalepraksis. Det var samtaler på kontoret, i kirkerommet, i menighetssalen, på pasientrommet, på butikken, ved fotballbanen, på moske trappen, på kafeen, på gata, på digitale flater, i naturen. Hadde vi også intervjuet institusjonsprester, ville flere samtalesteder vært tillagt listen.

Men, selv om samtalepraksisen var mangfoldig, ble det skissert et sjelesorgens grunn-sted: to stoler, gjerne på skrå overfor hverandre, et tent lys, kleenex og en lukket dør. Jo lenger samtalen beveget seg bort fra dette sjelesorgens locus, jo mer påtrengende ble spørsmålet: Er denne samtalen fortsatt sjelesorg? Er det sjelesorg når jeg snakker med noen ved brødkutteren på butikken? Eller utenfor barnehagen? Eller på mosketrappen?

Jeg husker også fra min egen grunnutdanning i sjelesorg at vi brukte tid på samtalestedet. Det fysiske rommet skulle innredes slik at det bygget opp om konfidensialitet, og uttrykte passe nærhet og nødvendig distanse. Rollespillene vi øvde på foregikk i denne settingen. Riktignok ble det hevdet at sjelesorg også kan komme ut av tilfeldige møter på ulike steder (Okkenhaug, 2002 s. 79), men grunnstedet vi jobbet med utgangspunkt i var dette lukkede rommet.

Å åpne et lukket rom

Nå har flere sjelesorgfaglige fremstillinger i senere år vært opptatt av å åpne sjelesorgens rom – både som empiriske steder for praksis og som fortolkede sosiale rom. Et eksempel fra vårt naboland er antologien med den talende tittelen «Att öppna et slutet rom» (Idestrom & Edberg, 2018). Ved hjelp av etnografiske studier viser Idestrom og Edberg hvordan sjelesorgsamtaler foregår på ulike steder og det pekes på at praksisens sosiale og fortolkede rom må ses i sammenheng med det som ellers skjer i menigheten og i samfunnet. Artikkelen «From the private consultation in the counselling room to the open and public space of marketplace encounters» (Louw, 2012) er i samme ærend. Som en orientering bort fra vestlige individ-fokuserte forståelser, er Louw opptatt av at sjelesorg også skjer «på torget», i uformelle møter, i felleskap der mennesker er. Ved å bevege seg ut på åpne plasser, utvides ikke bare steder for praksis, men også forestillinger om kirkens rom. I det sjelesørgeriske møtet på torget, kan individets tilknytning til samfunnsanlegg som også angår det strukturelle, politiske og økologiske tre tydeligere frem (Miller Mc-Lemore, 2004).

Den spatiale vendingen

Før jeg går videre, må jeg si noe om begrepene «rom» og «sted». Disse spatiale begrepene har fått en økt interesse i senere tid og fungerer som tolkningsnøkler i det som er kalt «den spatiale vendingen» humaniora og samfunnsfag (Sæther & Aschim, 2020). Et spatiale fokus teoretiser over hvordan praksiser produserer og er produsert av rom og sted (Nynäs, 2008). Gitt et spatiale perspektiv, er rom og sted nemlig ikke bare en statisk bakgrunn for hvordan praksiser utfolder seg, men er nært forbundet med praksisen og erfaringen av den (Warf & Arias, 2009). Hvor ting skjer spiller inn på hvordan det skjer og hvorfor det skjer.

Begrepene sted og rom, på engelsk «place» og «space» brukes ofte om hverandre. De er også nært forbundet med hverandre (Sæther & Aschim, 2020). Likevel er det noen forskjeller. Sted (og plass), slik jeg bruker begrepet her, er den fysiske geografiske plasseringen og utformingen. Stedets plassering og utforming har betydning for menneskene som er der, det oppleves og sanses og brukes. Stedet har også en sosiokulturell mening. Denne meningen forteller hvilken praksis som oftest foregår på stedet, slik som prestens kontor med to stoler og en lukket dør sier noe om at her foregår det konfidensielle samtaler. Steder kan med andre ord leses som «kulturelle tekster» (Hale, 2000). Som arkitekturteoretikeren Norberg-Schulz (1988) hevder, har steder et sosialt innhold. De kan være hjemsted, værested, åsted eller fristed. De får sin mening i møte med mennesker (Norberg-Schulz, 1971).

Stedene er altså ikke nøytrale containere. De er en del av hendelsene som foregår der og har ett eller flere formål. (Nynäs, 2008). Steder kan oppleves, fortolkes og brukes på ulike måter. Butikken, for eksempel, brukes til å handle, men den er også et sted for småprat og lokal sladder. Kanskje er den også et sted for sjelesorg.

Mens sted refererer til den fysiske plasseringen og dens betydning, refererer rom til de sosiale formative rommene som oppstår der mennesker kommer sammen (Rønsdal, 2017). Fra sjelesorglitteraturen kjenner vi begrepet «mellomrommet» (Okkenhaug, 2002 s. 81) som betegner det bevisste og ubevisste samspillet mellom sjelesørger og konfident. Rom er imidlertid også tett knyttet til sted og påvirket av sted. Det sosiale rommet som skapes i samtalen på butikken er annerledes enn det som skapes på det lukkede samtalerommet. Stedet har betydning for hvilke rom som skapes, men rom kan også overskride stedets sosiokulturelle formål og mennesker kan bruke samme sted til ulike, noen ganger konfliktfylte, aktiviteter. Når en park brukes både til å forflytte seg, sole seg, ha fest og tigge, er alle på samme sted, men alle er ikke i samme rom (Rønsdal, 2018).

Det terapeutiske rommet, det rituelle rommet og det diakonale rommet

Det lukkede samtalestedet fremstår som et tydelig sjelesørgerisk rom fordi samtalen der ofte er avtalt og rammet inn nettopp som sjelesorg. Et slikt sted likner imidlertid også på det terapeutiske rommet. Med utgangspunkt i slike samtalesteder har det sjelesørgeriske fagmiljø hatt mange og lange diskusjoner om forholdet mellom sjelesorg og psykoterapi. Hans Stifoss-Hanssen har bidratt i debatten og påpekt at sjelesorg og terapi har mange likhetstrekk både i form, innhold og relasjon. I artikkelen «prest og terapeut en falsk motsetning» beskriver han hvordan det sjelesørgeriske og terapeutiske rommet overlapper, selv om utgangspunktet, profesjonsutøverens identitet, er ulik (Stifoss-Hanssen, 1990). Sted er ikke gjenstand for refleksjon i den artikkelen, men man kan tenke det indirekte til stede med betydning for det sosiale rommet som skapes mellom sjelesørger og konfident.

Det rituelle rommet og dets sjelesørgeriske betydning er også en stor del av Hans Stifoss-Hanssen forskning i kompaniskap med Lars Johan Danbolt (se f.eks. Danbolt & Stifoss-Hanssen, 2007; 2017: 2021). I denne forskningen er rituelle steder beskrevet, slik som rosehavet utenfor Oslo Domkirke 22. juli 2011, spontanaltere ved åsteder etter ulykker og lystenningssteder i minnegudstjenester. Det er ritualiseringen som er gjenstand for analyser og drøftinger i denne forskningen. Men da det (blant annet) anlegges et funksjonelt perspektiv, blir ritualiseringen betraktet som «bearbeidende handling» (Danbolt & Stifoss-Hanssen, 2007 s. 57 ff) og får dermed en sjelesørgerisk funksjon. Danbolt og Stifoss-Hanssen drøfter også rom og sted, og det er interessant å se hvordan et utvalg informanter i deres empiriske undersøkelse etter minnegudstjenester beskriver kirkerommet. For eksempel sier en at «jeg tror jeg ville hatt det [minnegudstjenesten] i en kirke, for det er noe med rommet, og det er en plass.. er sterkt. Og det er en plass vi har et forhold til at der er vi med døden» (Danbolt & Stifoss-Hanssen, 2007 s. 113). Selv om det er ulike erfaringer med kirkerommet blant informantene, oppleves det ikke som et nøytralt sted. Det oppleves som et affektivt rom, som et rom med bærekraft og et sted der det ligger minner fra tidligere overgangsriter (Danbolt & Stifoss-Hanssen, 2007). Med andre ord kan vi si at kirkerommet er et sted med et særegent potensial til å gi «eksistensielt fotfeste» (Nordberg-Schultz, 1988) i en vanskelig tid.

Hans Stifoss-Hanssen har også løftet frem diakoni som en paraplybetegnelse for sjelesorg (Stifoss-Hanssen m. fl., 2019; Danbolt m fl., 2021). Sjelesorg som diakonal praksis åpner for et mangfold av steder der sjelesorg kan foregå. Fordi diakoniens sted (*loci diaconiae*) er der menneskene til enhver tid lever sine liv (Rønsdal, 2018), vil en diakonal sjelesorg ta praktisk og refleksivt utgangspunkt i de rom mennesker faktisk befinner seg i (Rønsdal, 2018). Sjelesorg som en hendelse, spontan eller avtalt, forstås følgelig sammen med de steder og rom der menneskene er.

Både det rituelle rommet og det diakonale rommet åpner for steder og rom som går utover det lukkede samtalestedet. Noen slike steder har en annen sosiokulturell mening enn å være et samtalerom. Dermed bidrar de ikke i seg selv til tolkningen av en samtales sjelesørgeriske identitet, men former likevel samtalen, fra sitt sted.

Sjelesorgens sted og sjelesorgens innhold

I sjelesorglitteratur fra Skandinavia har begrepet kontekst vært innført for å innsirkle sjelesørgerisk identitet og praksis. Kontekst er ikke identisk med stedet samtalen foregår. Men stedet kan være en del av konteksten. I en mye anvendt definisjon skriver danskene Eberhard Harbsmeier og Hans Raun Iversen at sjelesorg er «en hjelpende samtale med det enkelte menneske, der sker i en kirkelig kontekst og på menighedens vegne» (Harbsmeier & Raun Iversen, 1995 s. 384). Harbsmeier og Raun Iversen peker her på den kirkelige konteksten som det sted der sjelesorgens egenart er festet. Et poeng for Harbsmeier og Raun Iversen er nettopp å legge vekt på kontekst fremfor samtalsinnhold, målsetting og metoder. Å definere sjelesorgens identitet på denne måten «aflaster fra tvangen til at lade det «kristelige» blive eksplicit i enhver samtale» (Ibid s.408), skriver de. Med andre ord, konteksten (hvor stedet er en viktig faktor), avlaster fordi det med sine symboler og sin sosiokulturelle mening bidrar med å fortolke samtalen. Den kirkelige konteksten gir et frirom til å samtale om helt sekulære emner i sjelesorg – hvis det er ønskelig. Men, når kontekster flyttes til andre steder enn de som forbindes med kirke, trengs en ny innramming for å bidra til samtalsinnholdets sjelesørgeriske identitet.

Nå vil en tydelig kirkelig kontekst, slik Harbsmeier og Raun Iversen skriver, være mer enn akkurat prestens og diakonens kontor. Det kan være sjelesorgrom man skaper, inviterer til og tydelig rammer inn på leir, på kafeer i åpen kirke, på pilegrimsvandring og på åsteder etter ulykker og katastrofer. Den kirkelige konteksten vises også i symboler og kirkelige klær som kan transporteres og være til stede når sjelesorg foregår utenfor kirkebygg. Men det finnes også ambivalente rom. Det finnes steder og rom der man som samtalepartner er usikker på hvilken rolle man har. Når samtaler kan foregå på private steder eller sjelesørgeriske rom er innvevd i andre kirkelige praksiser, får rommene en hybrid betydning. Sjelesørgeren har alltid vært (med) skaper av det sosial rommet mellom en selv og konfidenten. Men nødvendigheten av å ramme inn dette rommet, og i noen tilfeller også

verbalt definere det, blir mer påtrengende i ambivalente rom - slik som tilfeldige møter «på torget».

Levde menneskelige steder og rom

Å sette sted og rom i fokus handler ikke bare om innsirkling av sjelesorgens identitet. Dypest sett handler det om hvor vi tar utgangspunkt for vår tenkning og praksis.

I den sjelesørgeriske faglitteraturen har utgangspunktet blitt beskrevet som «det levende menneskelige dokument» («the living human document») (Boisen, 1936). Dette viser til konfidenten, eller det dyadiske samspillet mellom sjelesørger og konfident, som teksten som skal leses, fortolkes og omskrives gjennom samtalen. I nyere tid er metaforen utvidet til å omfatte hele det levende menneskelige nettet, «the living human web» (Miller-McLemore, 1993, 2018). Nettmetaforen peker på at mennesket ikke bare kan leses som et individ, men er forbundet med samfunnsmessige strukturer som familiemønstre, institusjoner, ideologier, rettsprinsipper og offentlig politikk.

I en artikkel i Tidsskrift for sjelesorg spør Leif Gunnar Engedal (2021) om vi nå er kommet til et punkt der vi trenger et utvidet repertoar med nye perspektiver og tolkningsressurser. Bakgrunnen er klimakrise, klimaangst, naturtap og økosorg. Situasjonen vi står i overskrider rammene for det «personale» (filosofi/psykologi/psykoterapi) og det sosiale (samfunnsvitenskap/sosiologi). Vi trenger tolkningsrom i retning biosfære og den økologiske veven, hevder han. Engedal skriver videre at teologien er det grunnleggende i sjelesorgfaget, men at vi også trenger kunnskap fra fagområder som tradisjonelt har levd nokså fjernt fra sjelesorgen (Engedal, 2021).

Slik jeg ser det, har den spatiale vendingen tolkningsressurser som kan bidra til å sette søkelys på utfordringene som klima og naturkrisen reiser. Kjærlighet til stedet og dens motsats, stedstapet har fått teologer til å undersøke hva sted betyr og hvordan Gud arbeider på steder og i spesielle kontekster slik som i naturen (Bergmann, 2007). Miljøpsykologi, klimapsykologi og økopsykologi utforsker på ulike måter interaksjonen mellom subjektet og omgivelsene (Bergmann, 2007). Et spatialt blikk på sjelesorgen handler med andre ord ikke kun om hvor sjelesorgsamtaler foregår – selv om sjelesorg i naturen kan være et bidrag i så måte. Det handler også om at konfidentens (og sjelesørgerens) forhold til steder blir gjenstand for utforskning. Den kroppslige persepsjon av stedet og forholdet til stedet som et estetisk, etisk og teologisk rom blir det levende dokumentet som leses og fortolkes i samtalen. Det gjelder forholdet til naturen, men også hjemstedet, fremmedheten i et nytt land eller byrommenes estetikk. Sjelesørgeriske praksiser kan «utforske mulighetsrommet for håp og handling i møte med økokrisen» (Engedal, 2021 s. 217), og jeg vil legge til, i møte med sted der en søker et eksistensielt fotfeste.

“Spacemaking” og “placemaking”

Som beskrevet over handler sjelesorg om å skape sosiale rom på ulike steder. Sjelesorg er en form for «spacemaking». Men sjelesorg kan også knyttes til hvordan man skaper steder. Stedskaping, eller «place making» er satt på kartet de senere år og refererer til hvordan lokalsamfunn lager og bruker byrom og landsbyrom til det beste for fellesskapet (Project for public spaces, u.å.). Det kan skje som spontane hendelser, som pop-up arrangementer og som utvikling i systematisk, planlagt form. Begrepet stedskaping brukes særlig i urbane kontekster, men i vid forstand innebærer det å styrke forholdet mellom mennesker og stedene de deler.

I sjelesørgerisk sammenheng foregår det stedskaping når etterlatte spontant lager altere på åstedet etter en ulykke. Rosehavet utenfor Oslo Domkirke og innretningen av et lysteningssted inne i kirken etter 22. juli 2011 er også eksempler på hvordan steder skapes for å åpne for nye sosiale rom. Et mer planmessig eksempel på stedskaping finner vi knyttet til Hovinbyen, en ny bydel i Oslo, der kirken ønsker å skape sted for livssynspraksis. Som livssynsåpen by (Oslo kommune, 2020) skal Oslo legge til rette for tros og livssynsutfoldelse. Likevel foreligger det ingen planer for bygg og rom med dette formålet i den nye bydelen. Dette har fått en gruppe til å igangsette et prosjekt med visjon om et flerreligiøst hus. Sammen med Arkitekt- og designhøgskolen i Oslo jobbes det nå med hvordan et slikt hus kan se ut, under overskriften «Building for the Divine in Hovinbyen» (Paadriv, 2022). Nye livssynshus har mulighet til å skape nye sjelesørgeriske rom. Med tanke på at sjelesorgen etter all sannsynlighet vil bli mer livssynsplural fremover (se Grung, 2022, kap. 12 i denne boken) vil stedskaping bli ekstra relevant. Når en stab med ulike livssyn skal fylle åndelige og eksistensielle samtaler vil også stedene for dette komme i spill idet de er meningsmettede og vil bidra som orienteringsrom i samtalene. Rom-og stedskaping på digitale flater vil også fremover være gjenstand for nye praksiser og refleksjon.

Til slutt

Jeg håper å ha vist hvordan et spatialt perspektiv kan kaste nye blikk på sjelesorgen. Gjennom teksten har jeg ønsket å peke på tre forhold. Først: Sjelesorgsamtaler foregår på et mangfold av steder, og det kan se ut som disse samtalestedene i større grad enn tidligere trekker ut på åpne plasser. Dette krever evne til fleksibel innramming, bygget på sensitivitet for hva stedet gjør med det sjelesørgeriske rommet. Dernest: Sjelesorgsamtalene kan, der det er relevant, tematisere konfidentens forhold til sted. Det kan handle om stedstap, men også om sted som eksistensielt locus for ritualisering. Og sist: Nye steder for samtale vil komme og bli gjenstand for refleksjon og deltakelse — ikke minst i et mer flerreligiøst og digitalt samfunn. Overordnet kan en slik refleksjon og deltakelse bidra med å skape rom og steder som gir eksistensielt fotfeste.

Referanser

- Bergmann, S. (2007). Theology in its spatial turn: Space, place and built environments challenging and changing the images of God. *Religion Compass*, 1(3), 353–379. <http://doi.org/10.1111/j.1749-8171.2007.00025.x>
- Boisen, A. (1936, 1971). *Exploration of the inner world: A study of mental disorder and religious experience*. University of Pennsylvania Press.
- Danbolt, L. J., & Stifoss-Hanssen, H. (2007). *Gråte min sang: minnegudstjenester etter store ulykker og katastrofer*. Høyskoleforlaget.
- Danbolt, L. J., & Stifoss-Hanssen, H. (2017). Ritual and recovery: Traditions in disaster ritualizing. *Dialog*, 56(4), 352–360.
- Danbolt, L. J., & Stifoss-Hanssen, H. (2021). Ritualizing after the terror attacks in Norway on 22 July 2011. In M. Hoondert, P. Post, M. Klomp, & M. Barnard (Eds.), *Handbook of disaster ritual, multidisciplinary perspectives, cases and themes* (pp. 297–312). Leuven.
- Danbolt, L. J., Zock, H., Austad, A., Grung, A. H., & Stifoss-Hanssen, H. (2021). Existential care in a modern society: pastoral care consultations in local communities in Norway. *International journal of practical theology*.
- Engedal, L. G. (2021). Jordens sang og sjelens klage. Sjelesorg og teologi i klimakrisens tid. *Tidsskrift for sjelesorg*, (3–4), 216–232
- Grung, A. H., Danbolt, L. J., & Stifoss-Hanssen, H. (2016). Sjelesorg på plass. På sporet av dagens sjelesorgpraksis i Den norske kirke. *Tidsskrift for Praktisk Teologi*, 33(1), 28–43.
- Hale, J. (2000). *Building ideas: An introduction to architectural theory*. Wiley.
- Harbsmeier, E., & Raun Iversen, H. (1995). *Praktisk teologi*. Anis Forlag.
- Ideström, J. (2018). Självavårdande måten i en väv av relationer. Ecklesiologiske refleksjoner om självavård och kyrka. In J. Ideström & G. L. Eberg (red.) *Att öppna ett slutet rum. Självavård och ecklesiologi*. (s. 91–107). Verbum.
- Louw, D. (2012). Challenges to ICPC pastoral and spiritual policy: From the private consultation of the counselling room to the open and public space of market-place encounters. In D. Louw, T. D. Ito, & U. Elsdörfer (Eds.), *Encounter in pastoral care and spiritual healing. Towards an integrative and intercultural approach*. VIT Verlag.
- Miller-McLemore, B. J. (1993). *The human web: Reflections on the state of pastoral theology*. *Christian Century*, 110(11), 366–369
- Miller-McLemore, B.J. (2004). Pastoral theology as public theology: Revolutions in the “Fourth area”. I: N.J. Ramsay (red.), *Pastoral care and Counseling: Redefining the Paradigms-* (s.45-64). Nashville, TN: Abingdon Press.
- Miller-McLemore, B. J. (2018). The living human web: A twenty-five year retrospective. *Pastoral Psychology*, 67(3), 305–321. <http://doi.org/10.1007/s11089-018-0811-7>
- Norberg-Schulz, C. (1971). *Existence, space & architecture*. Praeger.
- Norberg-Schulz, C. (1988). *Architecture: Meaning and place; selected essays*. Electa/Rizzoli.
- Nynäs, P. (2008). From sacred place to an existential dimension of mobility. In I S. Bergmann & T. Sager (Eds.), *The ethics of mobilities: Rethinking place, exclusion, freedom and environment* (pp. 173–192). Routledge.
- Okkenhaug, B. (2002). *Når jeg ser ditt ansikt: innføring i kristen sjelesorg*. Verbum.

- Oslo kommune (2020, 15.mars). *Livssynsutvalget: Tro det eller ei. Fremtidens tros- og livssynspolitikk i Oslo*. <https://www.oslo.kommune.no/politikk/byradet/byrad-for-kultur-idrett-og-frivillighet/kunngjoringer-fra-byradsavdeling-for-kultur-idrett-og-frivillighet/tro-det-eller-ei-fremtidens-tros-og-livssynspolitikk-i-oslo#gref>
- Paadriv (2022, 1. mars). *Får vi et flerreligiøst hus?*
<https://www.paadriv.no/arrangement/oslo-som-livssynsopen-by-far-vi-til-et-flerreligiost-hus>
- Project for public spaces (u.å.) What is placemaking? Hentet 25.mars 2022.
<https://www.pps.org/article/what-is-placemaking>
- Rønsdal, K. S. (2017). Hverdagsmarginalisering og bytilhørighet. I I. M. Lid & T. Wyller (Red.), *Rom og etikk. Fortellinger om ambivalens* (s. 55–72). Cappelen Damm Akademisk/NOASP.
<https://press.nordicopenaccess.no/index.php/noasp/catalog/book/18>
- Rønsdal, K. S. (2018). Spaces of Diaconia: The future yet to come? *Diaconia*, 9(1), 73–84.
<http://doi.org/10.13109/diac.2018.9.1.73>
- Stifoss-Hanssen, H. (1990) Prest eller terapeut?: en falsk motsetning? *Tidsskrift for sjelesorg*, 10(1), 5-18.
- Stifoss-Hanssen, H., Grung, A.H., Austad, A., & Danbolt, L.J. (2019). Sjelesorg i bevegelse. Kerymatisk, konfidentorientert, dialogisk sjelesorg - møte mellom teoretiske posisjoner og et empirisk materiale. *Tidsskrift for sjelesorg*, (1) s.75-95
- Sæther, K.-W., & Aschim, A. (2020). *Rom og sted: religionsfaglige og interdisiplinære bidrag*. Cappelen Damm Akademisk/ NOASP.
<https://press.nordicopenaccess.no/index.php/noasp/catalog/book/110>
- Warf, B., & Arias, S. (2009). *The spatial turn: Interdisciplinary perspectives*. Routledge.

16. Tilgivelse og sjelesorg, kunst og hardt arbeid

Gry Stålsett, Modum Bad/ MF Vitenskapelig Høgskole

Lars Johan Danbolt, Forskningscenter for eksistensiell helse, Sykehuset Innlandet

*Jeg tenker ofte på tilgivelsens kunst, men det tar sin tid
Hva hadde vi vært om vi fikk sjansen på ny, en gang til
Magnus Grønneberg i CC Cowboys*

Tilgivelse var et sentralt begrep i nylig avdøde erkebiskop Desmond Tutus arbeid med *Sannhets- og forsoningskommisjonen* i Sør-Afrika, og han kalte da også sin bok om oppgjøret etter apartheidida *No Future without Forgiveness* (Tutu, 2000). Tilgivelse ses som en grunnverdi for menneskelig sameksistens i det som kalles kristen og humanistisk arv, noe som for eksempel uttrykkes i den norske Opplæringslovens formålsparagraf (§ 1.1).

Tilgivelse og forsoning kan sees på som nært beslektet, men tilgivelse er ikke nødvendigvis det samme som forsoning. Et offer kan tilgi en overgriper, men likevel se på vedkommende som farlig, og vil derfor ikke forsones seg med ham eller henne, men skjerme seg for kontakt eller ta avstand. Det er også forskjell på å forsones seg med seg selv og klare å leve med ting man har gjort eller latt være å gjøre, og det å forsones seg med eller komme overens med en man har blitt krenket av. Vi kan legge ulike forståelser i beslektede begreper, noe som kan ha betydning for hvilke handlinger og prosesser vi tenker at hører med når vi snakker om tilgivelse og forsoning.

Tilgivelse er en kompleks prosess, der det som skjer kan oppleves som et kunststykke, noen ganger magisk, andre ganger som en gave – men oftest er det hardt emosjonelt arbeid. Betydningen av tilgivelse for psykososiale og eksistensielle sider ved helse har blitt vist økende interesse innen nyere psykologi og psykoterapi der flere former for tilgivelsesterapier har blitt tatt i bruk (se f. eks. Enright & Fitzgibbons, 2015). Det er også vist at tilgivelse kan være et viktig bidrag til å forebygge selvmord (Webb et al. 2015).

Traumatisering og tilgivelse

I en artikkel i *The Guardian* (25.03.2014) skrev Desmond Tutu åpenhertig om hvor smertelig det var for ham å vokse opp med en far som gjentatte ganger mishandlet sin kone. Som barn

var ikke Desmond i stand til å gjøre noe for å støtte eller redde moren som han var så glad i når faren lot sitt raseri gå ut over henne. Han bar med seg et nag mot faren gjennom hele livet. I artikkelen pekte han på noen dilemmaer som kan prege den vanskelige prosessen med å tilgi. Intellektuelt forsto han at faren hans forårsaket smerte fordi han selv hadde det vondt. Samtidig holdt han fast på, ut fra sin tro, at også faren hans kunne bli tilgitt, slik Gud kan tilgi alle. Likevel opplevdes tanken på å skulle tilgi sin far som vanskelig både emosjonelt og eksistensielt. Traumene fra oppvekstårene levde videre i minnene, og selv mange år senere kunne de forårsake ny smerte hver gang han husket dem.

Tutu reflekterer over hva han ville sagt til sin for lengst avdøde far om han hadde fått muligheten. I sitt indre drama med faren forestiller Tutu seg at det slett ikke ville vært sikkert at faren ville ha lyttet til ham. Uansett, skriver Tutu, så ville han tilgitt ham fordi han er overbevist om at tilgivelse er «*the only way to heal the pain in my boyhood heart*». Slik understreker Tutu at tilgivelse ikke kun handler om den andre, men like mye om en selv, at det å tilgi er en måte å frigjøre seg på og finne fred i sjelen.

Som en sentral kirkelig leder var Desmond Tutu en viktig eksponent for betydningen av tilgivelse i forsoningsarbeid etter apartheid. Han viste hvordan tilgivelsesprosesser kunne virke helende, men også at tilgivelse ikke må erstatte andre former for konfliktløsning og sorgarbeid (Brudholm, 2008). Det har i etterkant vært en helt nødvendig diskusjon om Sannhets- og forsoningskommisjonens grunnlag og arbeidsmetoder (Gready, 2010). Intensjonen om tilgivelse kan ha hoppet over offerets rettigheter og behov for rettferdighet (Worthington, 2006). Når det skjer så uhyrlige handlinger som det var snakk om i apartheidstaten, kan tilgivelsesspørsmålet fra ofrenes side oppleves som nytt overgrep. Spørsmålet om tilgivelse er komplekst. Det gjelder forholdet til overgriperen og om hvor forferdelig overgrepet og de langsiktige virkningene av det var. Og det handler om det som Tutu var inne på, at tilgivelse ikke kun relateres til overgriperen, men også til offerets helende prosess.

Forståelsen av tilgivelse dreier seg også om hvordan vi oppfatter onde handlinger. Om vi forstår ondskaper som drevet av feilinformasjon og lydighet overfor undertrykkende eller forførende autoriteter, dumskap eller uvitenhet eller bevisst ondskap med intensjoner om å påføre den andre smerte og lidelse, kan utløse ulike reaksjoner. Ikke minst er tilgivelse krevende i møte med det man oppfatter som sadisme, eksempelvis i form av idealistisk (pervertert) ondskap slik som ideologidreven terror. Det samme gjelder instrumentell ondskap når krenkende handlinger brukes for å kontrollere, manipulere eller undertrykke andre (Svendsen, 2001). Slik ondskap kan også oppstå som følge av traumevold, når et traumeoffer ikke kommer seg ut av den onde spiralen og selv blir overgriper.

Det er et stort spenn fra tilgivelses- og forsoningsprosesser i forbindelse med krig og vold til tilgivelse som en del av hverdagen der vi kan gjøre oss skyldige i å svikte og ikke se hverandre, lyve og bedra i samliv eller unnlate å dele anerkjennelse og håp i nære relasjoner som del av maktspill og destruktive dynamikker. Forsonende og tilgivende prosesser kan

«reparere revnene i nære relasjoner» og det kan bidra til «å holde samfunnsveven sammen», slik Tutu sier (2015). I slike hverdags erfaringer er det viktig at vi finner fram til nye måter å leve med revner på. Noen ganger trenger også overgriper å sørge over å ha gjort seg skyldig i onde handlinger.

Tilgivelse er et nøkkelord i kristen tradisjon

Tilgivelse er eksplisitt uttrykt i kirkens ritualer, eksempelvis i gudstjenester der syndsbekjennelsen avsluttes med ord om at Gud er trofast og tilgir oss alle våre synder, eller i nattverd liturgien som er preget av tanken om soning, forsoning, tilgivelse og nye muligheter.

En fortelling om tilgivelse som står sentralt i kristen tradisjon, er lignelsen om den bortkomne sønnen (Luk 15, 11-32) – historien om den unge mannen som fikk sin del av farsarven, sløste den bort, havnet i elendighet, «kom til seg selv» og vendte hjem til faren som tok imot ham med åpne armer. Seks-sju fanger i Hamar fengsel satt rundt et bord sammen med fengselspresten (Lars Danbolt) og leste denne historien på omgang, noen linjer hver. Da hele fortellingen var lest, ble det helt stille til en brøt tausheten: «*Hvorfor sier dere ikke noe, 'a gutter? Dette handler jo om alle oss jo, for faen!*» Etter litt bekreftende latter fra de andre dro dette i gang en samtale med stor grad av gjenkjennelse – både av elendigheten hos den bortkomne og av behovet for å bli tatt imot og tilgitt. Men ingen av dem ga uttrykk for at de hadde en far eller mor som ventet med åpne armer og stelte i stand fest og glede i heimen for å feire en form for forsoning. For flere var relasjonen til foreldre ødelagt, men lengselen etter en slik åpen favn var der like fullt.

Dette er en av kirkens kjernefortellinger som uttrykker hva tilgivelse innebærer. Den er en åpen mulighet, men for mange henger den sammen med en lengre prosess der «*vi må kjempe oss gjennom hatets og sinnets gjørmete stier*» (Tutu, 2015).

I kristen tradisjon er tilgivelse nært forbundet med skriftemål og absolusjon, det vil si en eksplisitt erklæring på Guds vegne av at du er tilgitt. Den lutherske reformasjonen tok et oppgjør med misbruk av absolusjon i forbindelse med avlatshandelen der adgang til tilgivelse ble gjort til en kommersiell virksomhet. Martin Luther la likevel stor vekt på skriftemålet, uten at det fikk status som sakrament i de lutherske kirkene, slik tilfellet er i de katolske. Skriftemålet har vært praktisert i sjelesorgens rom og ved dødsleier, men i relativt liten grad. En studie blant 305 norske prester på slutten av 1970-tallet fant at det kun var 42% som hadde forrettet skriftemål mer enn to ganger i løpet av det siste året (Bergan, 1982). En nyere undersøkelse der 404 prester og diakoner i menigheter i Den norske kirke deltok, viste at skriftemål hørte med til sjeldenhetene, kun 3% svarte at de forrettet dette «ofte» (Grung, Danbolt & Stifoss-Hanssen, 2016).

Denne studien viste likevel at tilgivelse var blant temaene i sjelesorgsamtaler, og en av fire sa at det forekom «ofte» (23%). I en lignende studie blant prester, diakoner, kateketer,

trosopplærere og ungdomsarbeidere som hadde sjelesorg blant ungdom som del av sin tjeneste, svarte 18% at tilgivelse «ofte» var tema i samtaler de hadde med ungdom. Samtidig viste studien at selv om tilgivelse som et enkelttema ikke var blant de hyppigste, så hang det sammen med en klynge med temaer som gjaldt tro og mening (Danbolt, Stokka, Sandsmark & Stålsett, 2022).

Tilgivelsens fornyede relevans

I de senere ti-årene har tilgivelse som en helende prosess blitt mer tematisert både i avisenes samlivsspalter og i psykologiske behandlingsopplegg for samlivsproblemer, konflikter og ulike krenkelseserfaringer. Sjelesorgen har inspirert psykologisk forskning og terapi på dette feltet. Kan hende er tiden inne for at sjelesorg kan hente inspirasjon og kunnskap tilbake for å videreutvikle sjelesorg som et sted for å arbeid med tilgivelse?

Det har i det senere kommet ulike former for tilgivelsesterapier (Enright et al., 2015). Vi er mer inspirert av behandlingstilnærminger som inkluderer tilgivelse i en helhetlig dynamisk forståelse av menneskelige erfaringer. En behandlingsmodell på dette feltet er VITA-behandlingen²⁷ ved Modum Bad der den bærende ideen var å etablere et behandlingsopplegg, en terapi, som kunne være til hjelp for pasienter som hadde religiøse og eksistensielle problemer innvevd i sine lidelser.

Terapi kan sees på som en sorgprosess over det tapte livet, det ulevde livet og det istykkerlevde livet. At noe har gått i stykker hos meg på grunn av andre eller at noe har gått i stykker hos andre på grunn av meg, kan føre til hat, angst, hevnfølelser, skyldfølelse og skamfølelse. Terapi er både en sorgprosess og en forsoningsprosess med livet slik som det har blitt, en kamp for å redde jeget, og ens egen livsfortelling og framtid. I denne forbindelse kan spørsmålet om tilgivelse bli sentralt i terapien: Kan jeg tilgi dem som har forvoldt meg alt det (v)onde? Kan jeg tilgi Gud? Kan jeg tilgi meg selv?

Mange kan komme langt på vei i en forsoningsprosess, uten at de nødvendigvis tenker at tilgivelse er naturlig eller relevant. Noen kommer dithen at de ønsker sjelesorg, at de vil snakke med prest og skrifte eller få forbønn. I VITA-behandlingen var sykehuspresten en viktig samtalepartner for pasienter som ønsket det, særlig etter et terapeutisk arbeid med å sortere kilder til giftige gudsbilder og patologisk tro. For pasientene kunne samtaler med kompetente sjelesørgere som evnet å skjelne mellom skyld og skam, og mellom reell skyld og *følelsen* av skyld være av stor betydning. Sykehuskirken (Olavskirken), som er åpen hele tiden, gir rom for individuelt å uttrykke følelser og eksistensielle temaer. Ukentlige morgengudstjenester med kollektivt skriftemål, absolusjon og nattverd har mange opplevd som styrkende i krevende tilgivelses- og forsoningsprosesser.

²⁷ I 1998 ble det ved Modum Bad satt ned en prosjektgruppe med støtte fra Helsedepartementet med psykiater Arne Austad, teolog Leif Gunnar Engedal og psykolog Gry Stålsett for å utvikle psykiatriens mandat i møte med eksistensielle og religiøse temaer i psykiske lidelser (Stålsett, Austad, Gude & Martinsen, 2010).

VITA-modellens behandlingsfilosofi integrerer *eksistensielle*, *narrative*, *dynamisk-rasjonelle* og *emosjonelle* perspektiver, forkortet til akronymet ENDRE. I det følgende vil vi drøfte hvordan denne tilnærmingen også kan anvendes i tilgivelsesprosesser i sjelesorgens rom (Follesø, 2005).

Tilgivelse som eksistensiell prosess.

Tilgivelse knytter an til vår måte å oppleve og ta ansvar for livet på. Det latinske verbet *eksistere* betyr å stå fram, være tydelig, med andre ord være et subjekt i sitt eget liv – som den som erfarer dette livet, tenker om det, utfører det og tar ansvar for det. I eksistensielt orientert psykoterapi, som Irvin Yalom²⁸ er en fremtredende representant for, tenkes det at mennesket er prisgitt noen eksistensielle grunnvilkår: døden, frihet, isolasjon og meningsløshet (Yalom, 2020). At man er prisgitt disse grunnvilkårene innebærer imidlertid ikke at mennesket er havnet i en passiv offerrolle. Psykiater og Holocaust-overlever Victor Frankl (2007) er opptatt av at gjennom smerte og lidelse kan vi vokse og bli modne og tydeligere som mennesker, og ta ansvar for hvordan vi forholder oss både til oss selv og våre erfaringer, og til dem som eventuelt har påført oss lidelse.

Tilgivelse som narrativ prosess

Å be om tilgivelse, få tilgivelse eller gi tilgivelse kan knyttes til hvilke fortellinger vi forteller om oss selv. Det kan være viktig å gjøre fortellingene «tykkere» og mer nyanserte, slik at en unngår rigide konklusjoner om seg selv og andre (se White & Epston, 1990). Våre livsfortellinger har mange lag, og hendelser og erfaringer i våre fortellinger kan ha ulik intensitet av smerte og skam forbundet med seg (Spence, 1984). Det kan ofte vanskeliggjøre arbeidet med å få den historiske tidslinjen i et hendelsesforløp på plass. Noen ganger er de sanneste fortellingene ikke de faktiske, et interessant perspektiv som løftes frem av Jo Nesbø (Nesbø, 2022). Vi er også selektive i hvilke fakta vi henter frem. Hukommelsen redigerer.

I VITA-terapien vektlegges nettopp at vi ikke bare har en fortelling om vårt liv, men flere, og at vi kan fortelle dem parallelt og i ulike perspektiver og emosjonelle tilstander. Pasientene får skrive narrativer om sitt eget liv flere ganger, slik at følelser bearbeides. Slike fortellinger har handlet om eget liv og hvordan det har blitt formet, egen troshistorie og hva som har påvirket den. Det er fortellinger om relasjoner og hvordan det som har gått i stykker har blitt møtt og håndtert.

Livsfortelling kan for mange være en sorgprosess over det ulevde livet, det tapte livet eller det istykkerlevde livet. Noen ganger handler det om at noe ble ødelagt i meg på grunn av noen andre, andre ganger at noe ble ødelagt hos andre på grunn av meg. Dette kan være en følelsessterk prosess i møtet mellom på den ene siden hat og hevn og på den annen side lengsel etter forsoning og tilgivelse. Det er i spennet mellom sorgen over det istykkerlevde

²⁸ Yalom var en av veilederne for VITA-prosjektet sammen med Ana-Maria Rizzuto.

livet og lengselen etter det oppreiste livet at endringer kan skje og en ny verdighet erfares. Gjennom VITA-pasientenes prosesser erfarte en at som regel kommer ikke tilgivelsesspørsmålet først, men heller *etter* en smertefull erkjennelsesprosess med bevisstgjøring, minnearbeid, sortering og integrering av følelser.

Innenfor sjelesorgfaget har en lagt stor vekt på å tolke eget liv i lys av de store fortellingene i Bibelen (se Austad & Follesø, 2003). Arbeid med troshistorier i sjelesorg henter inspirasjon fra narrativ teori. I sjelesorg er det et stort fokus på den helende kraften det kan være å formidle og bearbeide egen livs- og trosfortelling (McDargh, 2011; Engedal, 2008).

Sjelesorg kan tilføre en *mer*-faktor som handler om å reflektere over sin egen reise i et trosperspektiv, sortere det indre bildet av gud opp mot den Gud som forkynnes og formidles, søke forbønn, velsignelse, og hjelp til å tilgi – også som et åndelig verdivalg (Rizzuto, 1979; 1998). Andre ganger er det Guds tilgivelse en søker. Nettopp i erkjennelsen av egen skyldighet kan skriftemålsinstituttet ha en forløsende funksjon for mange. Men før det skjer, trenger mange å sortere forskjellen mellom en følelse av skyld som ikke alltid er skyld, og reell skyld, og å skjelne mellom skyld og skam (Follesø, 2003). I sjelesorgen vil våre fortellinger kunne relateres til det som ofte kalles den «store fortellingen» om en tilgivende Gud, slik lignelsen om den bortkomne sønnen er et eksempel på.

Tilgivelse som dynamisk-relasjonell prosess

I vårt indre drama, spiller våre viktige tilknytningspersoner, som mor, far, og for den troende, også Gud en rolle. Men også hos den som har avvist Gud, kan gud spille en rolle i det indre emosjonelle liv. Vi lever i sammenhenger, og i disse sammenhengene skjer ting vi angrer på og skulle sett ugjort. Anger er komplekst psykologisk. Mange beskriver det som en smertefull følelse, som noe som gnager og som en kan plages av, noe en søker å bedøve. Anger kan gi seg uttrykk i skyldfølelse, skam og fortvilelse, og kan relatere til hvem som er sentrale i det indre drama av personer som man føler seg skyldig overfor eller krenket av. Dette indre dramaet kan være preget av anger over ting man har gjort eller unnlatt å gjøre overfor viktige andrepersoner som mor eller far, søsken, partner, kollegaer, en selv – eller overfor Gud.

I det indre dramaet kan psykologiske forsvarsmekanismer gjøre seg gjeldene. Det skjer som *benekting* (det er ikke min feil, det var ikke galt det som skjedde), *fortrengning* (det var tross alt ikke slik det skjedde), *rasjonalisering* (det kunne ikke vært gjort annerledes, og alle ville gjort det samme), *bagatellisering* (glatte over, bruke hersketeknikker, undertrykking osv.) eller *projeksjon* (feilen ligger hos de andre). Dette er alminnelige psykologiske forsvarsmekanismer som kan distansere oss fra en umiddelbar opplevelse av anger, skyld eller skam. Når forsvarsmekanismer kapsler inn behovet for oppgjør, soning eller tilgivelse, kan dette bidra til depresjon, angst eller andre psykiske plager. Hvis en ikke vil ta inn skuffelsen overfor den som har sviktet en, kan en rette det innover mot seg selv i stedet for å ta tak i tristheten eller raseriet mot den som har gjort en urett. En annen reaksjonsform er

å rette skamraseriet utover ved å laste den indre smerten over på andre mennesker, på samfunnets strukturer eller ytre omstendigheter.

Det krever mot å ikke gå utenom. Mange vil trenge støtte i både terapiens og sjelesorgens rom når det gjelder å ta opp alvorlige hendelser som grenseoverskridelser i form av fysiske eller åndelige overgrep. Særlig vanskelig er det å ta inn over seg at viktige andre har sviktet, den smertefulle de-idealiseringsen av folk man har tillit til og har stolt på. Det er ikke uvanlig at en tar på seg «skylden» selv, for å unngå smerten i å innse at en annen nærstående har sviktet (se f. eks Theophilakis, 1980). Selverkjennelse, kontakt med egne følelser og å anerkjenne smertefulle erfaringer er viktige byggesteiner for en tilgivelsesprosess.

Tilgivelse som emosjonell prosess

Å bli utsatt for grenseoverskridelser, invadering, krenkelser, vold og overgrep vekker sterke følelser. Det kan være hele spekteret fra skrekk, frykt, angst, skam, skyld, aggresjon, sjalusi, fortvilelse og hat. Følelsene må gis betydning for at tilgivelse faktisk skal fungere. Hvis du ikke føler at den andre virkelig er lei seg og angrer betyr ikke ordene noe. Hvis du selv ikke erkjenner ubehaget i egen skyld, din medvirkning i å ha såret, sviktet, krenket eller skadet noen, virker ikke dine unnskyldninger hverken for deg selv eller andre.

I forventningen om at en må tilgi kan det tenkes at man i en sjelesørgersk situasjon kan ha undervurdert følelsenes kompleksitet og dybde, og at en faktisk må arbeide for å integrere og «eie» følelsene sine. Her kan forskning på tilgivelse og følelser fra terapien ha relevans også for tilgivelsesprosessene i sjelesorgens rom. Eksempelvis kan et avklart forhold til aggresjon være avgjørende. Både å erkjenne eller «eie» sitt sinne, hente kraft fra det i møte med urett og å få styrke fra det til å kunne si fra og kreve beklagelse fra den som har gjort en urett, kan være av stor betydning. Det samme gjelder å kunne erkjenne når egen aggresjon har rammet andre.

I VITA-behandlingen har mange pasienter i samarbeidet mellom terapi og sjelesorg nettopp hatt nytte av å kunne rope ut sine sanne følelser overfor den Gud en tror på, og noen ganger til den gud en har behov for å ta avstand fra. Noen ganger er det et psykologisk behov å ikke tro, fordi ens tro kan ha vært så ødeleggende. Det å gi slipp på en tro som har vært mer til byrde enn støtte, kan for mange føre til en ny åpenhet som kan virke frigjørende. Dette gjelder ikke minst om man har bakgrunn i et miljø der det ble lagt vekt på å ha bare «godkjente» følelser. Her kan idealer om å bære «åndens frukter», som glede, mildhet, godhet og kjærlighet ha virket undertrykkende, mens følelser som sinne og avsky kan ha vært tabuiserte. Paulus nevner jo sinne i samme åndedrag som avgudsdyrkelse og sier at sinne ikke er forenlig med å skulle arve Guds rike (Gal 5,19-26).

Å arbeide med følelser i sjelesorg handler derfor også om teologi. Her har Leif Gunnar Engedal (2008) gitt viktige bidrag gjennom anvendelse av en trinitarisk tilnærming til sjelesorg der det hele mennesket er gitt rom og legitimitet. I denne sammenheng innebærer det at vi er skapt med følelser –og erfarer dem både som lette og mer krevende. Når reelle

følelser har blitt skjøvet vekk og fortrent, kan det for mange føre til en manglende følelse av autentisitet, en opplevelse av indre tomhet og følelse av å være «usann». Det truer troverdigheten og hindrer de frigjørende mulighetene som kan springe ut av ektefølt skyld og anger.

I kristne miljøer kan en noen ganger utvikle en kultur der de mer ideelle følelsene dyrkes frem, fremfor de reelle. Dette kan komplisere tilgivelses- og forsoningsprosesser. Religiøse miljøer former våre følelser (Tsai et al, 2013). Sjelesorgen trenger en teologi om tilgivelse som tar inn erfaringene vi kjenner fra levd liv, der ideale forestillinger bidrar til inspirasjon mer enn til fortrenning og resignasjon. At tilgivelse ideelt sett ikke har noen begrensninger (Mt 18,21-22) er en frigjørende tanke for mange, men kan også ha vært brukt som et krav overfor ofre for krenkelser og overgrep, noe teologen Astri Hauge tok et oppgjør med på 90-tallet med artikkelen «Kan man tilgi mer enn Gud?» (Hauge, 1991). Tilgivelse kan ikke kreves eller tvinges fram, men kan være en dynamisk mulighet der friheten til å ikke tilgi også finnes.

Skam, skyld og tilgivelse

Skam er en viktig kilde til psykiske plager. Hvordan man lytter til og adresserer skamerfaringer har fått økende oppmerksomhet i sjelesorgsammenhenger de siste ti-årene.

Å kunne skjelve mellom skyld og skam er sentralt for hele spørsmålet om tilgivelsens relevans. Noen ganger forveksler personer som har opplevd krenkelser følelsen av skam med skyld når de ønsker skriftemål og tilgivelse. Pastoralteologen Donald Capps bruker det sterke uttrykket "konseptuell vold" for å beskrive virkningen når de som har opplevd skam, blir tilbudt en skyldteologi (Capps, 1993, s. 86). Da kan det være at en sjelesørger skal invitere til å snakke om hvor skylden hører hjemme slik at skriftemål ikke blir en måte å plassere skylden hos offeret på. Offeret kan trenge mer støtte og omsorg, eventuelt forbønn og velsignelse, som hjelp til å kunne plassere skylden der den hører hjemme (Follesø, 2003).

Mange som har opplevd alvorlige krenkelser har behov for former for renselse, bli fri en følelse av å være rammet eller skitnet til. Dette kan føre til at de overfor en sjelesørger melder et sterkt behov for tilgivelse. Det er vesentlig at sjelesørgeren har en utforskende tilnærming som kan nyansere forholdet mellom behov for renselse og behov for tilgivelse.

Når tilgivelse er et sentralt tema, er timingen viktig, at en ikke tilbyr skriftemål som en rask løsning for smertelindring, men at erkjennelses- og bearbeidelsesprosessene gis tid.

Tilgivelse må være spesifikk. Men for mange vil erfaringene som dette behovet refererer til være kaotiske. Å tilgi det uspesifikke kan for noen gi en umiddelbar lettelse, men vil kanskje i mindre grad bidra til langsiktige helende prosesser. Tilgivelse fordrer i mange tilfeller en prosess som inkluderer Vitamodellens ENDRE-dimensjoner.

Tilgivelsen i rammen av sjelesorgens relasjonelle triangel

Kristen sjelesorg gir rom for et relasjonelt triangel med Gud, medmennesker og en selv i dynamiske samspill. Vi har forsøkt å vise hvordan eksistensielle, narrative, dynamisk-relasjonelle og emosjonelle tråder er vevd i hverandre og har betydning for tilgivelse og andre helende prosesser. Kompetanse om innholdet i disse «ENDRE»-prosessene er viktige også for sjelesorgfaget. Det gjelder å kunne lytte seg inn, språkliggjøre og være seg bevisst sjelesorgens mandat som noe annet og med muligheten til noe «mer» enn det som kan skje i terapiens rom.

Tilgivelse har alltid vært en sterk og viktig faktor i kristen tradisjon. Tilgivelse kan frigjøre, men også være forbundet med tvang og press, noe blant andre Paul Leer -Salvesen (2021) og Astri Hauge (1991) har påpekt. Det er en akse mellom skyld og tilgivelse som det er viktig å ikke forkludre (jf Capps, 1993). Kirken har mulighet til å være et avlastende emosjonelt og eksistensielt sted gjennom samtaler, stillhet, fortelling av livserfaringer, og ved bruk av ritualer og ulike symbolske uttrykk. Sjelesorg kan bidra til at ENDRE-prosesser kan finne sted, og at samtalepartnerens krevende arbeid med tilgivelse kan bli anerkjent, bevitnet og støttet.

CC Cowboys tar poenget når de sier at tilgivelse er kunst og at det tar sin tid. Kanskje kan sjelesorg være et rom for drømmen om å *starte det hele på ny? Tilgivelse kan være en frigjørende og helende mulighet. Desmond Tutu (2014) uttrykker sin holdning slik:*

There are times when all of us have been thoughtless, selfish or cruel. But no act is unforgivable; no person is beyond redemption. Yet, it is not easy to admit one's wrongdoing and ask for forgiveness. "I am sorry" are perhaps the three hardest words to say.

Selv om ikke alle kan støtte Desmond Tutu i at alt kan tilgis, at det faktisk er utilgivelige handlinger, kan vi likevel holde frem tilgivelse som en viktig verdi, et håp – og kjempe for det menneskelige. Det er krevende arbeid, noen ganger det umulige kunst.

Referanser

- Austad, A & Stålsett, G. (2007). Klinisk religionspsykologi og psykoterapi: Vitaprojektet. *Psyke & Logos*, 28,805-821.
- Austad, A., & Follesø, G. S. (2003). Religiøse og eksistensielle erfaringer og psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, s. 937–944.
- Bergan, H. 1982. Skriftemål og skriftestol: skriftemålet i Den norske kirke fra reformasjonstiden til i dag. Universitetsforlaget.
- Brudholm, T. (2008). *Resentment's virtue: Jean Améry and the refusal to forgive*. Temple University Press.
- Capps, D. (1993). *The depleted self*. Fortress Press.
- Danbolt, L. J., Stokka, E., Sandsmark, A., & Stålsett, G. (2022). Sjelesorg med ungdom. Hva snakkes det om og hva er rammene? *Tidsskrift for Praktisk Teologi*, 39(1), 22-38.

- Engedal, L. G. (2008). Sjelesorgens teologiske forankring og egenart. *Tidsskrift for sjelesorg* (2), 76-93.
- Enright, R. D., & Fitzgibbons, R. P. (2015). *Forgiveness therapy: An empirical guide for resolving anger and restoring hope*. American Psychological Association.
- Follesø, G. S. (2005). Vitamodellen. Eksistens og følelser. *Psykologisk Tidsskrift*, 2005 (1), 71-77.
- Follesø, G.S. (2003) Skam og skyld. I T. Anstorp, B. I Hovland & E. Torp (red), *Fra skam til verdighet: teologisk og psykologisk arbeid med vold og seksuelle overgrep*. (s 100-134). Universitetsforlaget.
- Frankl, V. (2007). Vilje til mening. Cappelen Damm.
- Gready, P. (2010). *The era of transitional justice: The aftermath of the truth and reconciliation commission in South Africa and beyond*. Routledge.
- Grung, A. H., Danbolt, L. J., & Stifoss-Hanssen, H. (2016). Sjelesorg på plass: På sporet av dagens sjelesorgpraksis i Den norske kirke. *Tidsskrift for praktisk teologi*, 33(1), 28-43.
- Hauge, A. (1991/2017). Skal vi tilgi mer enn Gud? *Tidsskrift for sjelesorg* (1991 (1), 4-17.
- Leer-Salvesen, P. (2021). Ettetanker om tilgivelse. *Prismet*, 72(3), 233-239.
- McDargh, J. (2011). Imagining the real: the art of poetry and the art of pastoral attending. *Pastoral Psychology*, 60(3), 451-465.
- Nesbø, J. (2022). Kan Putin slås med fortellinger. *Aftenposten*. 11-03.2022
<https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/jaJ9xb/kan-putin-slaas-med-fortellinger?>
- Opplæringsloven (2008). Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa. Lovdata.
- Rizzuto, A.M. (1979). *The Birth of the Living God. A Psychoanalytic Study*. The University of Chicago Press.
- Rizzuto, A.M. (1998). *Psychoanalytic psychotherapy and pastoral guidance*. *Journal of Pastoral Care*, 52(1), 69-78.
- Spence, D. P. (1984). *Narrative truth and historical truth*. W.W. Norton.
- 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*, 21(2), 76-91.
- Svendsen, L. F. H. (2001). *Ondskapens filosofi*. Universitetsforlaget.
- Theophilakis, M. (1980). *Den vanskelige skylden: om selvbilde, skyld og ansvar i behandling*. Universitetsforlaget
- Tsai, J. L., Koopmann-Holm, B., Miyazaki, M., & Ochs, C. (2013). The religious shaping of feeling. I: R. F. Paloutzian & C. L. Park, (Red.) *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. Guilford Publications, s. 274-291.
- Tutu, D. (2000). No future without forgiveness. *Fellowship*, 66(5-6), 18.
- Tutu, D. (2014). 'I am sorry' – the three hardest words to say. *The Guardian*, 22.03.2014.
- Tutu, D. M. (2015). *Tilgivelse—fire steg mot fred med deg selv og fred i verden*. Vårt Land Forlag.
- Webb, J. R., Hirsch, J. K., & Toussaint, L. (2015). Forgiveness as a positive psychotherapy for addiction and suicide: Theory, research, and practice. *Spirituality in Clinical Practice*, 2(1), 48.
- White, M. & Epston, D. (1990) *Narrative means to therapeutic ends*. W.W, Norton
- Worthington Jr, E. L. (2006). Just Forgiving: How the Psychology and Theology of Forgiveness and Justice Inter-relate. *Journal of Psychology & Christianity*, 25(2).
- Yalom, I. D. (2020). *Existential psychotherapy*. Hachette UK.

DEL IV: Tro og helse

17. Kan tro flytte bjerge? Eller flytter bjerge troen? To modsatrettede tendenser i forholdet mellem tro og helbred

Niels Christian Hvidt, Syddansk Universitet

Karsten Thomsen, Syddansk Universitet

Indledning

I dette kapitel vil vi fremlægge den nyeste forskning i forholdet mellem dagligdagens 'hvilereligiøsitet', som kan intensiveres ved sygdom, og den 'krisereligiøsitet', der kan gøre sig specifikt gældende i en krise som f.eks. akut sygdom.

Forskning i forholdet mellem religion og helbred peger på, at der er tale om to på mange måder modsatrettede kræfter: 1. Tro ser ud til at flytte bjerge i den forstand, at religion er forbundet med godt helbred og bedre coping ved sygdom. 2. Bjerge af dårligt helbred ser ud til at bevæge troen, men vi mangler præcise undersøgelser af, hvordan og hvor meget. Vi har undersøgt disse to modsatrettede tendenser i en befolkning på 3.000 unge danske tvillinger, hvor alle slags udtryk for religiøsitet viste sig at være forbundet med dårligt helbred (Hvidt et al. 2017). Vi mener, at årsagen til dette nye fund er, at den undersøgte gruppe er usædvanligt sekulær, og at bjerget, der flytter troen, har fået overtaget i denne gruppe, så vi altså her finder langt mere 'krisereligiøsitet' end 'hvilereligiøsitet'. Vi foreslår, at forskning om religion og helbred skal fortolkes i lyset af sådanne modsatte religiøse tendenser, der i forskningen potentielt udvander resultaterne, men som også har kliniske og sjælesørgiske implikationer, idet man i sekulære lande som Danmark vil møde tilsvarende flere krisereligiøse patienter og bør have kendskab til, hvad der kendetegner dem.

Det gamle udsagn om, at alle beder i skyttegravene eller i et fly, der er ved at styrte ned, passer ikke ubetinget i dag, hvor en gennemført sekulær tilværelse er en mulighed mellem andre. Et af de første fund i den nu godt 15 år gamle tradition for forskning i forholdet mellem tro og helbred i Danmark var, at der først og fremmest er tale om en intensivering af den *eksisterende* religiøsitet, når mennesker rammes af alvorlig sygdom (Ausker m.fl. 2008). Mange beretninger fra danske (ofte ikke-religiøse) soldater i regulær krig peger på, at de næsten alle er glade for at bruge værnspræsten til debriefing og sprarring og som sjælesørger, ligesom soldaterne ofte også er glade for indbydelsen til gudstjenestefejring.

Disse interagerende "kræfter" i "tro-helbred-kraftfeltet" er altså komplekse og bør undersøges grundigt, både teoretisk og empirisk.

Tro flytter bjerge - Bjerge flytter tro

Flytter tro bjerge? Resultater fra en række undersøgelser om religion, spiritualitet og helbred, hvis tal er vokset eksplosivt i løbet af de sidste årtier (Hall, Koenig, and Meador 2004), giver et bekræftende svar. De fleste grundlæggende udtryk for religiøsitet, især kirkegang, er forbundet med positive mentale og fysiske helbredsresultater (Harold G. Koenig, King, and Carson 2012; Pargament 2013; H. G. Koenig, VanderWeele, and Peteet 2022, forthcoming) og længere levetid (H. G. Koenig 2006). Også undersøgelser fra Danmark (Thygesen et al. 2011) og Norge (Sørensen et al. 2011) bekræfter de internationale fund.

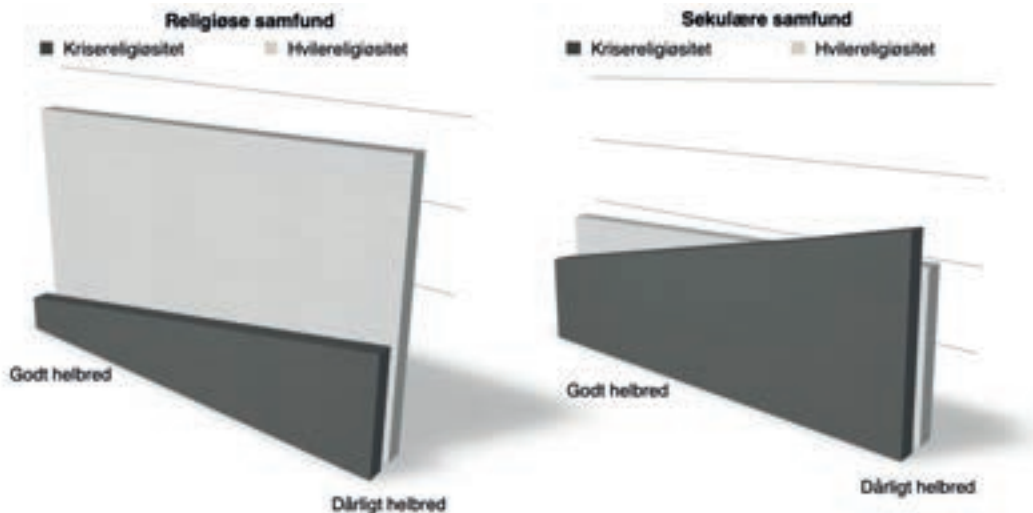
Tidligere forskningsoversigter påpeger, at 72 % af undersøgelserne har vist en positiv sammenhæng mellem religion og mentalt helbred, 16 % har vist en negativ sammenhæng, og 12 % har ikke vist nogen sammenhæng (Larson et al. 1992; Larson et al. 1986; Bonelli and Koenig 2013). Forskerne forklarer resultaterne med sund livsstil, gode mentale og følelsesmæssige ressourcer, oplevet formål, personlig meditation og bøn, ugentlig hviledag, samt sociale netværk (Harold G. Koenig, King, and Carson 2012; Strecher 2016; H. G. Koenig, VanderWeele, and Peteet 2022, forthcoming), men også med mere komplekse psykologiske kausale modeller (Aldwin et al. 2014; Levin, Chatters, and Taylor 2011) og med placebo (Evers et al. 2018; Enck et al. 2013). Selvom nogle forskere stadig anser de kliniske implikationer af denne forskning for kontroversielle (Sloan 2006), og selv om konceptualiseringen og målingen af "religion" og "spiritualitet" udgør stadige udfordringer (Hall, Koenig, and Meador 2004), er det ubestridt, at der er en grundlæggende positiv sammenhæng mellem religion og helbred.

Omvendt peger forskningen også på, at *bjerge flytter tro*. Intet ser ud til at drive, aktivere og intensivere religiøs søgen så meget som bjerge af krise og sygdom (Ferraro and Kelley-Moore 2000). Nogle studier om religiøse coping-mål (såsom personlig bøn eller 'det at finde Gud' eller betydningsfuld personlig religion) er forbundet med højere forekomst af depression, hvilket ikke kan overraske: Mennesker, der er deprimerede eller står over for et problem, beder generelt mere og finder troen på Gud mere betydningsfuld, fordi de føler behov for Guds hjælp (Nicholson, Rose, and Bobak 2010). Et dansk studie fra 2020 om forældre i sorg dokumenterer, at lignende intensivering af religiøs søgen og religiøse behov ligeledes gør sig gældende i Danmark (Eklund et al. 2020).

Vi ser på disse to tendenser i forskningen om religion og helbred som modsatrettede kræfter, der potentielt ophæver eller fortynder hinanden, og at målingen af hver af tendenserne skævvrides, når det kun er en samlet sum af begge tendenser, der bliver synlig: I enhver given gruppe, der undersøges for religiøsitet, vil der være nogle mennesker, der hovedsageligt er religiøse, fordi de hviler og føler sig hjemme i deres tro, mens andre

menneskers religiøsitet hovedsageligt drives af sygdom og krise. Nogle grupper kan være mere præget af den første form, andre mere af den anden. Den første form er mere udbredt i religiøse samfund som USA, og den anden form er mere til stede i sekulære samfund som i Nordeuropa. Den første form er blevet beskrevet som "internalisering gennem identifikation", hvor tro drives og internaliseres ved personlig vilje og værdi, typisk på baggrund af langvarig religiøs berigelse, præget af grundfæstethed og hvile (herefter "hvilereligiøsitet"), mens den modsatte form, "internalisering gennem introjektion" typisk fremkaldes af gruppepres eller stress, og fremstår som øget fordybelse i religion under krise (herefter "krisereligiøsitet") (Ryan, Rigby, and King 1993). Andre teoretikere har skitseret lignende dikotomier, såsom Ross–Allports skelnen mellem intrinsisk (indre) og extrensisk (ydre) religiøsitet, der indikerer forskelle mellem dem, der *lever* deres religion, og dem, der *bruger* deres religion. Intrinsiske personer er så at sige troende for troens skyld, fordi det giver dem mening og en følelse af sandhed, og extrensisk troende er troende, fordi noget tvinger dem til det (familiestrukturer), eller fordi de på anden måde føler sig drevet til religion på en presset måde (Allport and Ross 1967). Dette blev senere opdateret med begrebet *søgen* (quest) i retning af en mere detaljeret præsentation af motivation i religiøsiteten (Batson, Schoenrade, and Ventis 1993), som andre forskere igen har foreslået opdateringer til (Neyrinck et al. 2010).

I vores undersøgelse antog vi, at jo mere sekulær en given befolkning er (med lave grader af religiøs tro, praksis og betydning), desto mere sandsynligt ville det være, at den anden tendens ville få overhånd over den første: Den første form for religiøsitet, der hviler i sig selv og er i stand til at flytte helbreds-bjerge, vil fylde mere på "tværnsnitsscenen" og blive domineret af den anden form, hvor tro aktiveres af bjerge af sygdom og krise. Under krydspres af en høj nok grad af sekularitet kan *krisereligiøsitet* til sidst "vinde" over *hvilereligiøsitet* og blive den fremherskende religiøse og epidemiologiske kraft i dette "kraftfelt".



Figur 1 & 2. De to figurer illustrerer den relative forskel mellem krise- og hvilereligiøsitet i religiøse og verdslige samfund. I begge samfund vil krisereligiøsitet stige med øget sygdom (figur 1), men i sekulære samfund vil krisereligiøsitet til sidst overvinde hvilereligiøsitet (figur 2).

Denne hypotese fandt vi yderligere understøttet af et studie fra Kina: Forskere, der undersøgte en udpræget sekulær befolkning i det vestlige Kina, fandt, at der skulle være en høj grad af stress og traume, før folk søgte religion som copingressource, da religiøs coping ikke anvendes i den generelle kultur i befolkningen. I sådanne tilfælde kan religiøsitet faktisk være en "markør" for nød eller sygdom og dermed skjule nogle af de helbredsmæssige fordele, der er forbundet med religiøsiteten (Wang et al. 2016). Vi ønskede at undersøge, om vi kunne finde lignende tendenser i Danmark, der jo som bekendt regnes for et særlig sekulært land.

Undersøgelsens metode og svarpersoner

Populationen består af 3.000 yngre danske tvillinger, der deltog i en stor tværfaglig undersøgelse af den genetiske indflydelse på holdninger og værdier i almindelighed, herunder etiske, politiske og religiøse spørgsmål, og som er blevet beskrevet tidligere (Hvidtjorn et al. 2013; Hvidtjørn et al. 2014; Klemmensen et al. 2012).

I oktober 2009 sendte vi en invitation til 6.707 tvillinger født 1970-1989 om at deltage i en online undersøgelse. Deltagerne kunne anmode om en papirversion, hvis de foretrak det. Ni spørgsmål var tidligere blevet brugt i 2008-udgaven af Den Europæiske Værdiundersøgelse (EVS) (Gundelach 2008), en meget anvendt og citeret undersøgelse om holdninger og

værdier generelt, herunder politisk og etisk overbevisning, oplevelser af livskriser, religiøse holdninger og eksistentielle værdier. Fem nye spørgsmål om religiøsitet og krisehåndtering blev udviklet specifikt til undersøgelsen.

Spørgeskemaet blev indledt af spørgsmål om alder, køn, helbredsstatus og uddannelsesmæssig baggrund. Dernæst havde vi en række variabler om religiøsitet: Vi konceptualiserede religiøsitet ud fra eksisterende forskning (la Cour and Hvidt 2010), der inddeler religiøsitet i tre vigtige dimensioner:

1. Kognition – relateret til overbevisninger og trosforestillinger,
2. Praksis – relateret til den praksis, der er tilknyttet disse overbevisninger, og
3. Betydning – relateret til den erfarede betydning, disse overbevisninger har i en persons liv.

Tro på Gud (ja/nej) og *Liv efter døden (ja/nej)* blev konceptualiseret som Kognition, *hyppighed af personlig bøn* (en gang om ugen eller mere/mindre end en gang om ugen) og *kirkegang* (en gang om måneden eller mere/mindre end en gang om måneden) som Praksis, og oplevelsen af *Guds betydning* og det at *finde trøst og styrke i religion* som Betydning (de to sidstnævnte variabler blev dikotomiseret til ja eller nej, fra en ti-punkts Likert-skala opdelt på de fem punkter).

Variablerne for helbred og krise var følgende: Alvorlig sygdom diagnosticeret af en læge (kræft og epilepsi), regelmæssig brug af medicin (ekskl. vitaminer og prævention), kronisk sygdom (selvrapporteret), selvvurderet helbred opdelt i god (fremragende, meget godt, godt) versus dårlig (ikke så godt og dårligt), livstruende sygdom (selvrapporteret) og det at have oplevet, hvad respondenterne selv betragtede som en livskrise.

Resultater

I alt gennemførte 3.686 tvillinger undersøgelsen, hvilket resulterede i en samlet svarprocent på 55 %. Onlineversionen af spørgeskemaet blev besvaret af 3.652, hvorimod kun 34 tvillinger brugte papirversionen. Præcis 3.000 respondenter besvarede spørgsmålene om religion og krise, hvilket resulterer i en svarprocent på 45 % for denne del af spørgeskemaet. Langt størstedelen (82,6 %) var medlemmer af den Den Danske Folkekirke, hvilket svarer ret nøjagtigt til det nationale niveau i 2009 ("Folkekirkens medlemstal" 2021). 60% af respondenterne var kvinder, og næsten dobbelt så mange mænd som kvinder var ikke religiøst affilierede. I den henseende repræsenterer svargruppen i høj grad danske kultur.

Selv om medlemskab af Folkekirken svarede til gennemsnittet i Danmark, viste alle andre religionsmål, at nærværende population er særlig sekulær. I sammenligning med den amerikanske befolkning, som Danmark ofte sammenlignes med socioøkonomisk, rapporterede kun 6 % af tvillinge-deltagerne at gå i kirke en gang om måneden eller mere

versus 73 % amerikanere, og når 98 % af amerikanere angiver, at de tror på Gud, var dette kun tilfældet for 41 % af deltagerne i nærværende studie (se tabel 1).

Tabel 1. Procentdel af mennesker i Danmark, Storbritannien og USA, der svarer ja på spørgsmål om religiøsitet i dimensionerne; Kognition, Praksis og Betydning, at gøre og være.

Svarer ja, procenter ("Ved ikke"-kategori udeladt)	Religiøsitets- dimension	DK tvillinger ^a	DK ^b	Storbritannien	USA ^c
Tror du på Gud?	Kognition	41 %	64 %	68 % ^b	89 %
Tror du på livet efter døden?	Kognition	42 %	36 %	55 % ^b	72 % [*]
Beder du en gang om ugen eller mere?	Praksis	11 %	17 %	29 % ^b	66 %
Går du i kirke en gang om måneden eller mere?	Praksis	6 %	10 %	23 % ^c	44 %
Finder du trøst i religion?	Betydning	26 %	35 %	42 % ^b	69 % ^{**}
Er Gud vigtig i dit liv? Svar på en Likert- skala fra 0-10, dikotomiseret ved 5.	Betydning	19 %	27 %	50 % ^c	79 %

a Fra denne undersøgelse

b Fra Den Europæiske Værdiundersøgelse 2008

c Fra World Values Survey 2010-2014

* "Tror du på helvede?"

** "Finder du religion vigtig?"

Tvillingepopulationen viste sig at være endnu mindre religiøs end den gennemsnitlige danske befolkning, målt i EVS. Kun halvt så mange tvillinger som danskerne generelt gik i

kirke en gang om måneden eller mere, og mens 17 % af den danske befolkning beder til Gud mindst en gang om ugen, var dette kun tilfældet for 11 % af tvillingerne.

I modsætning til resultaterne af næsten alle tværsnitsundersøgelser om religion og helbred (Harold G. Koenig, King, and Carson 2012), fandt den nuværende tværsnitsundersøgelse, at religiøsitet var forbundet med oplevelser af krise og dårligt helbred. Uanset hvilken af de tre religiøsitetdimensioner, vi målte på, fandt vi en association til dårligt helbred: I kognitionsdimensionen var kun livstruende sygdom signifikant forbundet med tro på Gud, mens vi i praksisdimensionen så, at næsten alle mål for dårligt helbred og krise var signifikant korrelerede med bøn til Gud. Sådan var det også med det mål, der oftest og mest kraftfuldt er forbundet med godt helbred: nemlig kirkegang (Harold G. Koenig, King, and Carson 2012, 488; Powell, Shahabi, and Thoresen 2003; Hill and Pargament 2008). Også kirkegang var i vores population forbundet med øget hyppighed af kroniske eller livstruende sygdom. I Betydnings-dimensionen var næsten alle helbredsmål stærkt forbundet med Guds betydning og behovet for at finde trøst og styrke i religionen (se Hvidtjørn m.fl. 2014). Af de 3.000, der svarede på undersøgelsesafsnittet om religion, krise og mestring, rapporterede 1.838 (61 %) at have haft en kriseoplevelse, som de oplevede som "tung at bære". Over halvdelen af disse svarede bekræftende på spørgsmålet "Har krisen fået dig til at tænke mere på religiøse spørgsmål?" (Tabel 2).

Diskussion

Vi har her rapporteret en tværsnitsprøve fra en svargruppe, der i forhold til en række religiøsitetsmål præsenterer sig som en usædvanligt sekulær population, måske den mest sekulære, der nogensinde er undersøgt. Der kan være mindst tre grunde til, at populationen er så sekulær.

For det første er Danmark kendt som et af de mindst religiøse lande i verden, ligefrem betegnet som et "samfund uden Gud" (Zuckerman 2008). Selvom Danmark har den højeste andel af betalende kirkemedlemskab i verden, hvor 74,3 % af danskerne i 2021 frivilligt betaler skat til Den Danske Folkekirke (81,5 % i 2009, hvor tvillingerne besvarede spørgeskemaet) ("Folkekirkens medlemstal" 2021), går kun 10 % af danskerne i kirke på månedlig basis (mod 44 % i USA), hvilket udgør en af de laveste grader af kirkelig praksis på verdensplan (tabel 1). En yderligere væsentlig indikator for sekularisering er troen på en "absolut sandhed": 95 % af pakistanerne, 70 % af nord-amerikanere, 40 % af briter, men kun 10 % af danskere tror på en absolut sandhed (Raun Iversen et al. 2008).

For det andet er den nærværende population ung (mellem 20 og 40 år 1. november 2009), og unge har tendens til at være mindre religiøse. Den middelalderlige italienske digter Ludovico Ariosto citeres for at have sagt: "Når djævelen bliver gammel, går han i kloster". Det afspejler en populær forestilling om, at folk vender sig til tro, jo mere de ældes

og nærmer sig døden, og derfor er unge generelt mindre religiøse end ældre. Forskning bekræfter denne forestilling (Levin, Chatters, and Taylor 2011).

For det tredje kan tvillinger være mindre religiøse end enkeltfødte. Selvom undersøgelser har identificeret tvillinger som repræsentative for befolkningen som helhed (Johnson and Zhang 2002), antyder nogle undersøgelser, at det at have en tvilling kan reducere risikoen for selvmord, muligvis på grund af det sikre tvillingefællesskab (Tomassini et al. 2003), hvilket også kan reducere behovet for støtte fra og fællesskab med Gud.

I betragtning af, at vores stikprøve viste sig at være endnu mere sekulær end det gennemsnitlige danske (sekulære) samfund, var vi således interessede i at se på, om vi her ville finde en befolkning, hvor vores hypotese ville blive bekræftet: Er religiøse i sekulære samfund mere syge end deres mindre religiøse jævnaldrende, eftersom en primær drivkraft for religion i et sådant samfund kunne være krise?

Indtil videre har den eneste store undersøgelse af religiøsitet og helbredsstatus i Danmark kun bekræftet de nord-amerikanske resultater om religion og helbred. I en population af 12.000 baptister og adventister i Danmark havde begge grupper en signifikant lavere risiko for sygdomme som kræft (40 % samlet reduktion) og især livsstilsrelaterede sygdomme såsom lungekræft (72 % reduktion) (Thygesen et al. 2012). I en anden population på 734 mænd og kvinder født 1914 i Glostrup, levede kvinder, der gik i kirke "en gang imellem" i gennemsnit 2,6 år længere end kvinder, der ikke gjorde det. Effekten blev reduceret, men forblev signifikant, når man korrigerede for kendte confoundere såsom rygning, alkohol og BMI (La Cour, Avlund, and Schultz-Larsen 2006).

Disse to nævnte populationer er imidlertid ikke repræsentative for den generelle danske befolkning. Baptister og adventister er et mindretal i Danmark, der er kendt nøjagtigt for deres usædvanlige religiøse engagement, ligesom de fleste religiøse mindretal (Finke and Stark 1998). Glostrup-kohorten består af ældre, der vides at være generelt mere religiøse end yngre og gennemsnitlige befolkningsgrupper. De kan være vokset op i en tid, hvor religion i større grad var en del af samfundet, end det er tilfældet i dag.

Omvendt er alle primære religiøsitetsmål i populationen bag nærværende bogkapitel-tekst forbundet med krise og dårligt helbred: De religiøse i studiet er mere syge end deres ikke-religiøse jævnaldrende. Faktisk er alle mest anvendte religiøsitetsmål på tværs af de tre religiøsitedimensioner af Kognition, Praksis og Betydning forbundet med oplevet krise, kronisk sygdom og livstruende sygdom. Selvom vores undersøgelse ikke indeholder specifikke definitioner af hvilereligiøsitet versus krisereligiøsitet, er vores forsigtige fortolkning af disse data, at vi med denne population ser, at krisereligiøsiteten er mere hyppig end hvilereligiøsiteten, der normalt er forbundet med gode helbredsresultater. Denne fortolkning styrkes yderligere af det ovennævnte fund om, at over halvdelen af de adspurgte tænkte mere på religiøse spørgsmål på grund af oplevet krise, og at religiøsitetmålet, der var stærkest forbundet med sygdom, var at "Finde trøst i Gud".

Tabel 2. Tal og procentdele på, hvor meget en krise ændrede tanker om religiøse spørgsmål blandt tvillingerne, der oplevede en krise.

Har krisen fået dig til at tænke mere på religiøse spørgsmål?	
Slet ikke	870 (47 %)
En lille smule	397 (22 %)
Noget	402 (22 %)
Rigtig meget	169 (9 %)

De to religiøse typologier, vi har identificeret i undersøgelsen, har vi kunnet genfinde i senere studier på den Europæiske Aldringskohorte *SHARE*, der består af over 480.000 ældre Europæere, der har svaret på en række spørgeskemaer. Her har vi anvendt de standard-religions-mål, man har benyttet fra kohortens begyndelse i 2004 til at grovsortere en subpopulation af 23.000 respondenter i hvilereligiøse, henholdsvis krisereligiøse. De hvilereligiøse identificerede vi som dem, der beder, har gået i kirke som børn og går i kirke nu, de krisereligiøse omvendt som dem, der beder *uden* at have gået i kirke som børn eller nu – ud fra den hypotese, at hvis man beder for noget, uden at være særlig vandt til at praktisere en tro, så er sandsynligheden stor for, at man beder for noget, der stresser en, f.eks. en sygdom. Og ganske rigtigt fandt vi, at de hvilereligiøse havde markant bedre helbred, end de krisereligiøse (Opsahl et al. 2019; Ahrenfeldt et al. 2020; Ahrenfeldt et al. 2018)

Konklusion

Konklusionen på denne undersøgelse er firedobbelt.

For det første tænker vi, at undersøgelsen dokumenterer interaktionen mellem de to tendenser, der vil være til stede i de fleste tværnsnitsstudier om religion og helbred. Den "negative krisekraft", altså dem, der udgjorde de *krisereligiøse*, der måske for første gang er blevet dokumenteret i denne undersøgelse, ville sandsynligvis have været endnu stærkere, hvis ikke det var for de enkeltpersoner i vores population, der repræsenterede "den positive hvilekraft", altså den, der udgjorde de *hvilereligiøse*. Derfor ville tendensen til en positiv sammenhæng mellem religiøsitet og helbred, der hidtil blev offentliggjort fra flere

religiøse befolkninger, i praksis være større end hvad disse undersøgelser har rapporteret på grund af en sådan fortyndende eller gensidigt ophævede effekt, der kun sporadisk er blevet taget højde for i forskningen.

For det andet, jo mere sekulært et land bliver, desto større må andelen af krisereligiøse nødvendigvis være i summen af aktivt religiøse mennesker.

For det tredje er den krisereligiøsitet, der er identificeret i vores undersøgelse, og som ikke er blevet internaliseret på en grundfæstet, hvilefuld måde før krisen, formentlig ikke særlig sikker og bæredygtig. Internationale undersøgelser tyder på, at mennesker, der før en given krise er usikre på og ikke har internaliseret deres religiøsitet hvilefuldt og for troens egen skyld, har tendens til at udvikle negative religiøse coping-mønstre, der faktisk øger risikoen for sygdomsrelateret depression (Fitchett et al. 2004), eftersom deres coping-mønster udgør en uforberedt og utrænede ressource. Det indikerer, at sundhedsvæsenets opmærksomhed på de åndelige behov og smerter hos syge (World Health Organization 2002) faktisk ville være endnu mere berettiget i særligt sekulære nationer, hvor færre patienter kommer ind i krisefeltet med den robuste ressource, som en hvilefuld, velintegreret religiøsitet, der ville stå fast i krise og sygdom, kan udgøre.

For det fjerde skal der udvikles flere studier, der inkluderer spørgsmål, der bedre er rettet mod at identificere de to typer religiøsitet, undersøgelsen præsenterer for at evaluere (a) Hvordan krisereligiøsitet udvikler sig over tid og (b) Om den omdannes til og vedvarer som hvilereligiøsitet, selv efter sygdomskrisen, eller ikke. Ligeledes bør prospektive undersøgelser udføres for at evaluere, hvordan hver af de to typer religiøsitet kan være forbundet med godt eller dårligt helbred over tid.

Implikationen af den nuværende observation er potentielt kontroversiel i verdslige samfunds sundhedsvidenskabelige kontekst. Der er ingen tvivl om, at en målrettet indsats i sundhedsvæsenet for at fremme den eksistentielle og åndelige omsorg kan ikke bare hjælpe mennesker i svær livskrise, men også styrke den figurative "sjæl" i sundhedsvæsenet (Vesterdal, Juhl, and Hvidt 2021). Kunne samfundsmæssig støtte til eller samarbejde med tros-baserede sundhedsindsatser, der har vist sig at være afgørende i tredjeverdenslande ("Lancet Series on Faith-Based Health Care" July 7, 2015), udgøre et omkostningseffektivt supplement til den traditionelle indsats, der tilbydes mennesker ramt af krise eller sygdom, selv i sekulære samfund?

Implikationen af studiet for en mere traditionel sjælesørgerisk kontekst tænker vi som følger: Når vi her har fremlagt en status over den sundhedsvidenskabeligt baserede forskning i forhold mellem tro og helbred med udgangspunkt i et særligt prægnant dansk studie, vil der for mange, særligt måske for præster og helt særligt for sygehuspræster, næppe være meget overraskende i, at der ikke blot findes 'hvilereligiøsitet', der kan intensiveres ved krise, men også 'krisereligiøsitet', som øjensynligt først opstår i forbindelse med en krise, og at de fleste troende på forskellige tidspunkter i livet kan være

mere eller mindre præget af hver af de to tendenser. Måske er der også allerede en fornemmelse af, at krisereligiøsiteten bliver mere og mere dominerende i forhold til hvilirelgiøsiteteten efterhånden, som samfundet fortsat bliver mere sekulært. Når vi alligevel mener, at et studium, som det her fremlagte er vigtigt, også for sjælesørgere, har det tre grunde:

For det første er der altid en fare for, at usystematiske iagttagelser fra praksis, f.eks på et sygehus, fører til fejlslutninger, og måske endda præges af fordomme. Vil man være sikker i sin sag, hvis man f.eks. skal argumentere for, at der er mere at lave for netop præsten på et sygehus i et sekulært samfund, så gør man klogt i at få sine iagttagelser undersøgt systematisk.

For det andet er det sprog, som en undersøgelse som den her fremlagte taler, det eneste, der høres i sundhedsvæsenet og i store dele af offentlig administration og politik, hvor det store bonord er *evidens*. Skal man f.eks. kunne argumentere for, at det er klogt at give plads til kirken på hospitalet, må man kunne henvise til evidens. Ellers er der mange, der ikke lytter.

Endelig for det tredje kan det være, at både klinikere, teologer og sjælesørgere kan blive endnu klogere på deres patienters / konfidenteres situation gennem undersøgelser om patienters åndelige behov, men også klogere på deres egne iagttagelser, praksis og måske sågar deres teologi ved at arbejde videre med evidensbaserede undersøgelser som en del af bagagen.

Referencer

- Ahrenfeldt, L. J., Niels Christian Hvidt, T. Opsahl, and S. Möller. 2020. "Letter to the Editor of Public Health in response to "Religiousness and depressive symptoms in Europeans: findings from the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe"." *Public Health* 185: 37-38. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.04.025>. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S003335062030130X> <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S003335062030130X?via%3Dihub>.
- Aldwin, Carolyn M., Crystal L. Park, Yu-Jin Jeong, and Ritwik Nath. 2014. "Differing pathways between religiousness, spirituality, and health: A self-regulation perspective." *Psychology of Religion and Spirituality* 6 (1): 9-21. <https://doi.org/10.1037/a0034416>.
- Allport, G. W., and J. M. Ross. 1967. "Personal religious orientation and prejudice." *Journal of Personality and Social Psychology* 5. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/h0021212>.
- Batson, Charles Daniel, Patricia Schoenrade, and W. Larry Ventis. 1993. *Religion and the individual: A social-psychological perspective*. Oxford University Press.
- Bonelli, Raphael M., and Harold G. Koenig. 2013. "Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review." *Journal of religion and health* 52 (2): 657-673. <https://doi.org/10.1007/s10943-013-9691-4>.

- Eklund, M. V., C. Prinds, S. Mork, M. Damm, S. Moller, and D. Hvidtjorn. 2020. "Parents' religious/spiritual beliefs, practices, changes and needs after pregnancy or neonatal loss-A Danish cross-sectional study." *Death Stud*: 1-11.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1821260>.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32960749>
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07481187.2020.1821260>.
- Enck, P., U. Bingel, M. Schedlowski, and W. Rief. 2013. "The placebo response in medicine: minimize, maximize or personalize?" *Nat Rev Drug Discov* 12 (3): 191-204.
<https://doi.org/10.1038/nrd3923>. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23449306>.
- Evers, Andrea WM, Luana Colloca, Charlotte Blease, Marco Annoni, Lauren Y Atlas, Fabrizio Benedetti, Ulrike Bingel, Christian Büchel, Claudia Carvalho, and Ben Colagiuri. 2018. "Implications of placebo and nocebo effects for clinical practice: expert consensus." *Psychotherapy and psychosomatics* 87 (4): 204-210.
- Ferraro, Kenneth F, and Jessica A Kelley-Moore. 2000. "Religious Consolation Among Men and Women: Do Health Problems Spur Seeking?" *Journal for the Scientific Study of Religion* 39 (2): 220-234.
- Finke, Roger, and Rodney Stark. 1998. "Religious choice and competition." *American Sociological Review*: 761-766.
- Fitchett, G., P. E. Murphy, J. Kim, J. L. Gibbons, J. R. Cameron, and J. A. Davis. 2004. "Religious struggle - Prevalence, correlates and mental health risks in diabetic, congestive heart failure, and oncology patients." *The International Journal of Psychiatry in Medicine* 34 (2): 179-96.
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=15387401](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt= Citation&list_uids=15387401)
https://journals.sagepub.com/doi/10.2190/UCJ9-DP4M-9C0X-835M?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&.
- "Folkekirkens medlemstal." 2021. Kirkeministeriet. Accessed April.
<https://www.km.dk/folkekirken/kirkestatistik/folkekirkens-medlemstal>.
- Gundelach, Peter. 2008. "European Values Study 2008: Denmark (EVS 2008)." *Department of Sociology, University of Copenhagen, Denmark*.
- Hall, Daniel E. , Harold G. Koenig, and Keith G. Meador. 2004. "Conceptualizing "Religion"." *Perspectives in Biology and Medicine* 47 (3): 386-401.
- Hill, Peter C., and Kenneth I. Pargament. 2008. "Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research." *Psychology of Religion and Spirituality* S (1): 3-17.
<https://doi.org/10.1037/1941-1022.S.1.3>.
- Hvidt, Niels Christian, Dorte Hvidtjørn, Kaare Christensen, Jesper Bo Nielsen, and Jens Søndergaard. 2017. "Faith Moves Mountains—Mountains Move Faith: Two Opposite Epidemiological Forces in Research on Religion and Health." *Journal of religion and health* 56 (1): 294-304. <https://doi.org/10.1007/s10943-016-0300-1>.
- Hvidtjorn, D., I. Petersen, J. Hjelmborg, A. Skytthe, K. Christensen, and Niels Christian Hvidt. 2013. "Familial resemblance in religiousness in a secular society: a twin study." *Twin Research and Human Genetics* 16 (2): 544-53. <https://doi.org/10.1017/thg.2013.3>.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23433031>
http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FTHG%2FTHG16_02%2FS1832427413000030a.pdf&code=24757b98b1c188e6a22b52fd9ff5084a.

- Hvidtjørn, Dorte, Jacob Hjelmberg, Axel Skytthe, Kaare Christensen, and Niels Christian Hvidt. 2014. "Religiousness and religious coping in a secular society: The gender perspective." *Journal of religion and health* 53 (5): 1329-1341.
http://download.springer.com/static/pdf/145/art%253A10.1007%252Fs10943-013-9724-z.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs10943-013-9724-z&token2=exp=1453905107~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F145%2Fart%25253A10.1007%25252Fs10943-013-9724-z.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%252F10.1007%252Fs10943-013-9724-z*~hmac=dfdad8cac3ff3820b8080e17dc549a1344b5256d4b5097c54b9b022fdb61431d
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4226847/pdf/nihms-640024.pdf>.
- Johnson, C. D., and J. Zhang. 2002. "Survival of other fetuses after a fetal death in twin or triplet pregnancies." *Obstet Gynecol* 99 (5 Pt 1): 698-703.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11978275>.
- Klemmensen, Robert, Sara B Hobolt, Peter T Dinesen, Axel Skytthe, and Asbjørn Sonne Nørgaard. 2012. "The Danish political twin study: Political traits in Danish twins and the general population." *Twin Research and Human Genetics* 15 (01): 74-78.
- Koenig, H. G. 2006. "Religion, Spirituality and Aging." *Aging and Mental Health* 10 (1): 1-3.
<https://doi.org/10.1080/13607860500308132>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16338807>
<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/13607860500308132>.
- Koenig, H. G., T. J. VanderWeele, and J. R. Peteet. 2022, forthcoming. *Handbook of religion and health, 3rd ed.* New York, NY: Oxford University Press.
- Koenig, Harold G., Dana E. King, and Verna Benner Carson. 2012. *Handbook of religion and health.* 2nd ed. Oxford / New York: Oxford University Press.
- La Cour, Peter, Kirsten Avlund, and Kirsten Schultz-Larsen. 2006. "Religion and Survival in a Secular Region. A Twenty Year Follow-Up of 734 Danish Adults Born in 1914." *Social Science and Medicine* 62 (1): 157-164.
http://findtext.library.nd.edu:8889/ndu_local?sid=Entrez%3APubMed;id=pmid%3A16002195
- la Cour, Peter, and Niels Christian Hvidt. 2010. "Research on meaning-making and health in secular society: secular, spiritual and religious existential orientations." *Social Science & Medicine* 71 (7): 1292-9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.06.024>.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20691529>
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953610005216>
http://ac.els-cdn.com/S0277953610005216/1-s2.0-S0277953610005216-main.pdf?_tid=e278620e-7351-11e6-9507-00000aacb35d&acdnat=1473070801_cf54a4e0f0ec6c384a8da88228e47c45
http://ac.els-cdn.com/S0277953610005216/1-s2.0-S0277953610005216-main.pdf?_tid=e66138de-7656-11e6-b6c9-00000aab0f6b&acdnat=1473402808_ae40a1b4e614d453dbd42f2b539a6b00.
- "Lancet Series on Faith-Based Health Care." July 7, 2015. *The Lancet*, 386. Accessed January.
<http://www.thelancet.com/series/faith-based-health-care>.

- Larson, David B., E. Mansell, M. D. Pattison, Dan G. Blazer, Abdul R. Omran, and Berton H. Kaplan. 1986. "Systematic Analysis of Research on Religious Variables." *Am J Psychiatry* 1 (43): 329.
- Larson, David B., Kimberly A. Sherrill, John S. Lyons, Frederic C. Craigie, Samuel B. Thielman, Mary A. Greenwold, and Susan S. Larson. 1992. "Associations between dimensions of religious commitment and mental health reported in the American Journal of Psychiatry and Archives of General Psychiatry: 1978–1989." *American Journal of psychiatry* 149 (4): 557-559.
- Levin, Jeff, Linda M Chatters, and Robert Joseph Taylor. 2011. "Theory in religion, aging, and health: An overview." *Journal of religion and health* 50 (2): 389-406.
http://download.springer.com/static/pdf/298/art%253A10.1007%252Fs10943-009-9319-x.pdf?auth66=1417702477_d8f4977b35788ee6e738e9d936e4b248&ext=.pdf
http://download.springer.com/static/pdf/298/art%253A10.1007%252Fs10943-009-9319-x.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs10943-009-9319-x&token2=exp=1467722585~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F298%2Fart%25253A10.1007%25252Fs10943-009-9319-x.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%252F10.1007%252Fs10943-009-9319-x*~hmac=892ee5aaff255deadd009e8730df0e32a4fc3642505b4403b44c1225b4742198.
- Neyrinck, Bart, Willy Lens, Maarten Vansteenkiste, and Bart Soenens. 2010. "Updating Allport's and Batson's Framework of Religious Orientations: A Reevaluation from the Perspective of Self-Determination Theory and Wulff's Social Cognitive Model." *Journal for the scientific study of Religion* 49 (3): 425-438.
- Nicholson, Amanda, Richard Rose, and Martin Bobak. 2010. "Associations between different dimensions of religious involvement and self-rated health in diverse European populations." *Journal of Health Psychology* 29 (2): 227-235.
<https://doi.org/10.1037/a0018036>.
<http://psycnet.apa.org/journals/hea/29/2/227.pdf>.
- Opsahl, Tobias, Linda Ahrenfeldt, Sören Möller, Kaare Christensen, and Niels Christian Hvidt. 2019. "Religiousness and Depressive Symptoms in Europeans: Findings from SHARE." *Public Health* 175, no. 111-119.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.07.011>.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033350619302380?via%3Dihub>.
- Pargament, Kenneth I. 2013. *APA Handbook of Psychology, Religion, and Spirituality*. 2 vols. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Powell, Lynda H., Leila Shahabi, and Carl E. Thoresen. 2003. "Religion and Spirituality. Linkages to Physical Health." *American Psychologist* 58 (1): 36.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=buh&AN=9390820&loginpage=Login.asp&site=ehost-live>
- Raun Iversen, Hans, Peter Gundelach, Margit Warburg, and Københavns Universitet. 2008. *I hjertet af Danmark - Institutioner og mentaliteter*. 1. udgave ed. *Religion i det 21. århundrede* 22. København: Hans Reitzel.

- Ryan, Richard M, Scott Rigby, and Kristi King. 1993. "Two types of religious internalization and their relations to religious orientations and mental health." *Journal of Personality and Social Psychology* 65 (3): 586.
- Sloan, Richard P. 2006. *Blind Faith: The Unholy Alliance of Religion and Medicine*. New York: St. Martin's Press.
- Strecher, V. J. 2016. *Life on Purpose: How Living for What Matters Most Changes Everything*. HarperCollins.
- Sørensen, Torgeir, Lars J Danbolt, Lars Lien, Harold G Koenig, and Jostein Holmen. 2011. "The relationship between religious attendance and blood pressure: The HUNT Study, Norway." *The International Journal of Psychiatry in Medicine* 42 (1): 13-28.
- Thygesen, Lau Caspar, Niels Christian Hvidt, Helle Ploug Hansen, Andreas Hoff, Lone Ross, and Christoffer Johansen. 2012. "Cancer Incidence among Danish Seventh-Day Adventists and Baptists." *Cancer Epidemiology* 36 (6): 513-8.
<https://doi.org/10.1016/j.canep.2012.08.001>.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22910035>.
- Thygesen, Lau Caspar, Niels Christian Hvidt, Kristian Juel, Andreas Hoff, Lone Ross, and Christoffer Johansen. 2011. "The Danish Religious Societies Health Study." *International Journal of Epidemiology* 41 (5): 1248-1255.
<https://doi.org/10.1093/ije/dyr089>.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21676996>
<http://ije.oxfordjournals.org/content/41/5/1248.full.pdf>
[BMJ 327: 373-374.
<https://doi.org/10.1136/bmj.327.7411.373>.
<http://www.bmj.com/bmj/327/7411/373.full.pdf>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC175106/pdf/3270373.pdf>.](https://watermark.silverchair.com/dyr089.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAArcwggKzBgkqhkiG9w0BBwagggKkMIICoAIBADCCApkGCSqGS1b3DQEHAeBg1ghkgBZQMEAS4wEQQMInFlvFfWG7mw6EciAgEQgIIcatK0chCOTCGfeCmtg6J12wO1mwZ7mKp4sJNhCJbm1LduMjmh-uTI71cDQcQ5EOV7LFf5Xo8E5tGwEeEseDf5y9luZsLLbITwngmqLkK0m_avPihluJjv0oLx-y1QOgNTlo2ldtn3fggSHkGME76EpbNwSBL2jKuvzO_r4tC_wuenvnqnIwF8iWtjTqpUglha_JXof7f-q66cBwM8izilAbLxYuQzQfQuWyC72qDjYfUpeLvlpFFL8iju1luXUDIWbYxLolSpDjEz7pWlI-DruTWBaY1sWNh0dMRJKGX9EjzHcps58iLBXI4E-1Hx1-CFRPTQyqPCXBqa0mavGN8AQEDZYryXL_ZDQZeGeSGSFmXEgrVtdzSEmp4yFtXEHQT1sbl_0llhjfKgQ4fOh-4Mz9hBW6BKzBenDVTu7m3FJB_-IGS4hl20YqGao0ceOVD15sDhJAp26FapGJbVvEBwjTKD5GIMqJpww0o9kN8BGjMQB9nnwkc7gWaT2tQijYMDGxYssyCr-Ee8eWETxZ4TgoNvp8_H7HmRtvHhI6SZuZ2kHp9s-oROMbv9l6XeR8Uypu19t5Ce03uGmFPwSTm1QWD4NyPF26ytNhhBBd71jL81Czg-QGK2Mms3sz1Fc_djcreLSQt2qi0FaMy08Cg2aZXX_EUv2672i7X5BLSwbdGyAFGzAom4TYFbbzZuE3x5khNSqt1qwJHxYBrHpU-QMqfnmph-77PJXQ-9r3p2O0KWPGfnUbM6GCulHmqL-rhilZlLcURG79LvplzpUIPNFW1anqk5TrK6cbNmovPW7ESGplDHpupgA.</p>
<p>Tomassini, Cecilia, Knud Juel, Niels V. Holm, Axel Skytthe, and Kaare Christensen. 2003.)
- Vesterdal, Lone, Inger Uldall Juhl, and Niels Christian Hvidt. 2021. "Eksistentiel og åndelig omsorg er sjælen i sundhedsvæsenet. Tværpårlige erfaringer fra Skotland og deres

- implikationer for danske forhold." In *Sjælesorg i bevægelse - En introduktion til hovedspor i sjælesorgens teologi og praksis i Danmark*, edited by Lone Vesterdal and Thomas Gudbergesen, 181-200. København: Eksistensens Forlag.
- Wang, Z., H. G. Koenig, H. Ma, and S. A. Shohaib. 2016. "Religion, Purpose in Life, Social Support, and Psychological Distress in Chinese University Students." *J Relig Health* 55 (3): 1055-64. <https://doi.org/10.1007/s10943-016-0184-0>.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26818682>.
- World Health Organization. 2002. "National Cancer Control Programs: Policies and Managerial Guidelines." *WHO*: xv-xvi.
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
- Zuckerman, Phil. 2008. *Society without God : what the least religious nations can tell us about contentment*. New York: New York University Press.

Note

Artiklen bygger på Hvidt N. C., Hvidtjørn D., Christensen K., Nielsen J. B. & Søndergaard J. (2017). Faith Moves Mountains—Mountains Move Faith: Two Opposite Epidemiological Forces in Research on Religion and Health. *Journal of religion and health* 56(1) 294-304. <https://doi.org/10.1007/s10943-016-0300-1>. En tidligere udgave af kapitlet er bragt i Hvidt N. C., Hvidtjørn D. & Thomsen K. (2021). Krisereligiøsitet og hvilereligiøsitet - To modsatrettede tendenser i forholdet mellem tro og helbred. I L. Vesterdal & T. Gudbergesen (Eds.) *Sjælesorg i bevægelse - En introduktion til hovedspor i sjælesorgens teologi og praksis i Danmark* (pp. 151-167). Eksistensens Forlag. Med tak til de øvrige medlemmer af forskerholdet bag undersøgelsen.

18. Existential Care in Cancer — Perspective of Emerging Adults

Suvi-Maria Saarelainen, University of Eastern Finland

Urgent Need to Understand the Existential Wellbeing of Young People with Cancer

Hundreds of thousands of Europeans live with the consequences of being diagnosed with cancer in their years of adolescence or young adulthood. Annually, 20,000 young people in Europe are diagnosed with cancer. Even though the overall cure rate is 80%, cancer is the most common cause of disease-related death for young people. (Vassal et al., 2014; Nass et al., 2015; Doherty et al., 2015.) Post-traumatic stress, depression, and anxiety are likely to follow for those who go through and survive from treatment; psychological effects may last for years (Patterson et al., 2015; Sansom-Daly & Wakefield, 2013). From the viewpoint of care, the age-specific needs of young people with cancer are rarely met (e.g. Wong et al., 2017; Cheung & Zebrack, 2017).

Hardly any studies focus on the content and prevalence of existential wellbeing or existential care among young people with cancer. In general, most of the studies focusing on young patients coping with cancer are quantitatively driven (see Saarelainen, 2017a; 2016; Kent et al., 2012; Grinyer, 2009; 2007). My previous research indicates that cancer at a young age engenders a deeply existential process in which the spheres of religion, spirituality, and the secular intersect (Saarelainen, 2016, 2017a; 2017b; 2020).

This article analyses the need for existential care among emerging adults going through a cancer process. By analysing qualitative narrative data, I aim to answer to two questions. First, what kind of needs for existential care emerge among young people during their cancer process? Second, how are these care needs captured in their visual representations?

Theoretical Framework

Existential wellbeing is comprehended in terms of experience of meaning, purpose, value, and satisfaction in life (see e.g. Visser et al., 2017; Mazzotti et al., 2011; Edmondson et al., 2008). Within existential wellbeing the religious, spiritual, and secular orientations intersect: this approach is based on their actual appearance in real life (laCour & Hvidt, 2010; see also Saarelainen, 2017b; Stifoss-Hanssen, 1999). Existentiality is likely to be at the core of definitions for “religiosity” and “spirituality” (Stifoss-Hanssen, 1999) and significant in

reflections on life linked to secular worldview (LaCour & Hvidt, 2010). During the two decades since this insight was reached, the existential dimension has become more important in health-related studies (e.g. O’Connell & Skevington, 2010; DeMarinis, 2008; Moreira-Almeida & Koenig, 2006).

Based on a conceptual grid by laCour and Hvidt (2010), I understand that “existential” is an overarching concept that includes secular, spiritual, and religious domains. This is in line with my earlier studies focusing on the meaning-making process in cancer (e.g. Saarelainen, 2019a; 2019b). Religious existential orientation is formed from personal belief in God or a higher power. It includes meaningful practices that support the individual belief system and is (often) linked to particular religious traditions. Spiritual existential orientation lines up with the religious domain; yet it includes more personal and individual aspirations to relate to transcendent reality. Secular existential orientation is formed from the search for existential meaning in life, personal values, and reflections on existential questions (such as mortality, isolation, or one’s place in the universe).

Method

For this study, sixteen emerging adults (aged between 18 and 35) going through remission from cancer were interviewed. All the participants had ended their cancer treatment, but they were still regularly visiting the doctor to make sure that that cancer had not returned. Table 1 summarizes the participants’ pseudonyms, situation with cancer (type and stage or spreading), and time since treatment when being interviewed.

Table 1. Participants

Name	Cancer	Time from the treatment
Anna	Hodgkin, first diagnosis 2A was changed to 3 after six months of chemotherapy.	5 years
Ava	Non-Hodgkin, more local but made breathing difficult and caused other symptoms.	2 years
Beth	Hodgkin, 4A. Remission time: a couple of years.	2 year
Cain	Testicle cancer, spread to lymph nodes.	5 years
Chloe	Hodgkin, 4B, relapsed during treatment.	3 years
Emily	Non-Hodgkin, no description of spreading. Six months of treatment and no external signs of cancer could refer to more local cancer.	5 years

Emma	Hodgkin, 4B.	1 year
Gina	Lymphoma, large spreading and multiple tumours refers to 4B.	3 years
John	Hodgkin, 4B. Relapse after seven years in remission.	Right after the treatment
Macy	Lymphoma, diagnosis changed during the treatment to spreading 4.	7 months
Mark	Hodgkin, no descriptions of spreading. Six months of treatment could refer to more local cancer.	7 months
Olivia	Hodgkin, 2A.	During the treatment and 4 months after
Sarah	Hodgkin, no information given on exact spreading. Symptoms: tumour on armpit and tiredness.	5 years
Sophia	Osteosarcoma (knee). More local cancer since an amputation was not needed.	5 years
Thea	Sarcoma (back), 4B.	4 years
Tom	Osteosarcoma (knee), chemo, and amputation. Refers to spreading to some extent.	2 years

The narrative interviews began with a visualization drawing assignment. Each participant was given the same instruction: “I ask you to think about your life, thus far, as a tree. What does your tree look like?” All the participants completed this voluntary assignment. I asked prompting questions about the trees, and they were asked to narrate about the elements, colours, and symbols in their drawings. The drawing assignment was followed by an autobiographical, story-eliciting, thematic interview (main themes: childhood memories, story of their youth, story of their cancer, religion and worldview during different life stages, and views of the future). The approximate length of the interview was 90 minutes. In addition, time was spent to discuss the research in general and related ethical considerations, and to sign consent forms. I recorded all the interviews with an MP3 player. When I transcribed the audio data, it provided 414 pages of raw transcription. Further, I kept a detailed research diary, in order to remember non-verbal details from the interviews, the atmosphere, and my personal thoughts.

I subjected textual data to narrative holistic analysis from a thematic perspective (see Lieblich, 1998; Riessman, 2008). The data was divided into units of meaning and openly coded. Further, changes in the storyline, unfinished thoughts, and disturbing matters were marked in the margins of the transcript. I formed thematic lists that included main themes and subthemes. I also noted the connections between the themes within each case. After the textual analysis, visual analysis of the drawings followed. First, tree-related narration was detected from the transcripts, and I wrote down a general assessment (such as “there is no colour other than black”). Second, the drawings were coded based on the participants’ own ideas (e.g. explanation on the use of colours and symbols). Third, I noted how the tree-coding formed themes and connections in the narrative and

compared the tree themes with the holistic theme lists. As a result of the visual-narrative analysis, the drawings formed thematic accounts that I used to give metaphorical descriptions of the cancer experience. These steps are presented in Figure 1.

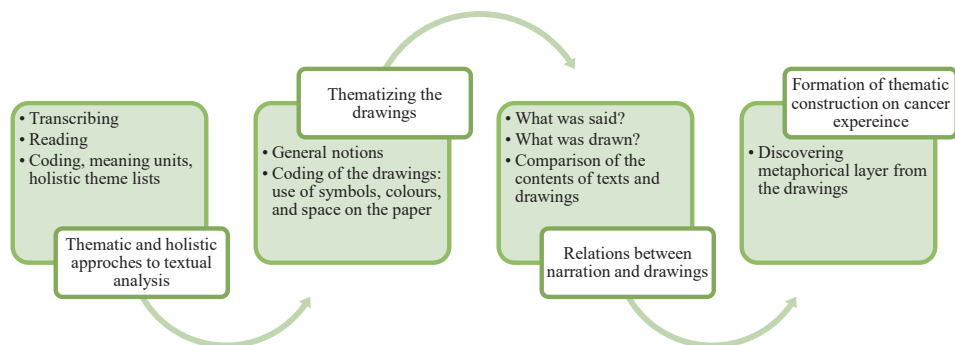


Figure 1. Steps of the analysis

First, I analysed the data case by case; only then did I search for overarching themes and connections between cases.

Results

Need for information

From the first suspicions of cancer until the end of the treatment period, participants highlighted the need for information. Informational support as a theme includes the importance of information and insufficient information.

The participants described that it was stressful to wait for a confirmation of diagnosis. During this period, many of them said that they were searching for information online to discover the possible diagnosis. The internet seemed to provide them with a tool that showed them all “the worst possible scenarios.” After getting to know to the worst-case outcomes, some of them found their actual diagnoses a relief. From the viewpoint of care, it seemed that the waiting time to confirm the diagnosis varied from a couple of weeks up to several months. Thus, the time of uncertainty varied greatly among the participants. Yet, it was common that before the official diagnoses, they were provided with hardly any further information, support, or possible explanations for their health condition.

Experiences of insufficient information became vivid especially in those narrations that described how the information was given and the lack of knowledge about the treatment outcomes. Some described doctors that were not able to provide the diagnoses respectfully. For instance, Tom depicted how his doctor refused to provide him with a diagnosis and “He just did not say anything. He told me over the phone that there was something malignant there and he asked someone else to call and explain what was going on.” The diagnoses were commonly delivered by phone, which raised questions for some, whereas others found it good to receive the diagnosis in the place where they had chosen to be. No matter where the diagnosis was given, the lack of empathy in the atmosphere seemed to cause the experience that information was not received in the proper manner.

Participants also reported lacking information on the side effects of their treatment. For instance, some of them said that they became aware of the impact of the treatment on their future fertility by reading a leaflet they were given, as one of the interviewees, Sarah, narrated:

I had the drip feed in the back of my hand and the nurse brought me a guide to read about the treatment. So, the medicine was dripping already and then I read that it was likely that I would have challenges to become pregnant.

This aspect raises ethical concerns. First, as the participant describes, she was left alone to familiarize herself with the information. Second, she was left alone in an emotionally draining situation. From the ethical viewpoint, this provokes questions as to why fertility issues were not presented in advance. Also, Sarah reported that she had to fight for her right to get her eggs collected and stored before her treatment. Male participants said that

fertility was hardly mentioned during their treatment, even though they also ran the risk of becoming infertile.

Lack of information was evident in the transition to survivorship. Several participants narrated that the facts about the secondary diseases that are likely to follow cancer treatment came as a surprise. Further, participants were ambushed by the second peak of distress that is known to occur when entering survivorship. Anna describes this time by saying that the “energy boost” after the treatment quickly faded away and she was left with questions about how to live life after the cancer treatment. Macy captured this same experience in her drawing of a tree (Drawing 1).



Drawing 1

Macy explains that the root of the tree is so big as she sees that the “cancer is in the root.” She does not yet know how the cancer will impact on the growth of the tree. Yet, “the leaves are there to show that is not a dead tree.” Even though Macy has not found or constructed a meaning for cancer, and she does not know how to live her life with the fact that she has had cancer, she expresses that she has a hope for future revival and growth. This description points out that realistic knowledge and reflections are needed for a young patient to engage with issues of identity and meaning raised by the cancer.

Emotional encounter provides comfort

The need for emotional support and care was longitudinal. In all the phases with cancer (diagnosis, treatment, and remission), emotional encounter was depicted as significant. As a theme, emotional encounter includes three sources of support: professionals, family members as key persons, friends providing needed space from and for cancer.

In the subtheme appreciation of professional support, the role of personal nurses was highlighted. When a nurse had the main responsibility for meeting the patient during the treatments, a trustful atmosphere was formed. “I had a great personal nurse who took care of me. She was a great person” said Anna. By this she meant that during her treatment, she was able to share her thoughts and questions with her nurse. Positive encounters with nurses and other healthcare staff also assisted in forming a rhythm for daily life. This type of support was described by nearly third of the participants. More than half of the participants had meetings with psychiatric nurses, psychiatrists, or psychologists. For emotional care and stability in care, it seems that the opportunity to form prolonged relationships with the health care staff promotes emotional sharing, trust, and support.

Besides the official care givers, emotional support was usually hoped for and received from family members. Parental support was often available as many of the participants had to move back to their parents’ house to cope with the physically demanding treatment period. This type of tangible family support was captured in Tom’s drawing of a tree (Drawing 2).



Drawing 2

Tom explains that if you take a close look on the roots of the tree “there is nothing wrong with the roots and it connects to other trees. So, it is not alone.” Tom draws the roots of other trees to represent his family and spouse who supported him during the cancer process. In Tom’s drawing, others keep the tree in balance. Still, positioning the family members as support providers is not always a simple solution. For instance, Olivia said that

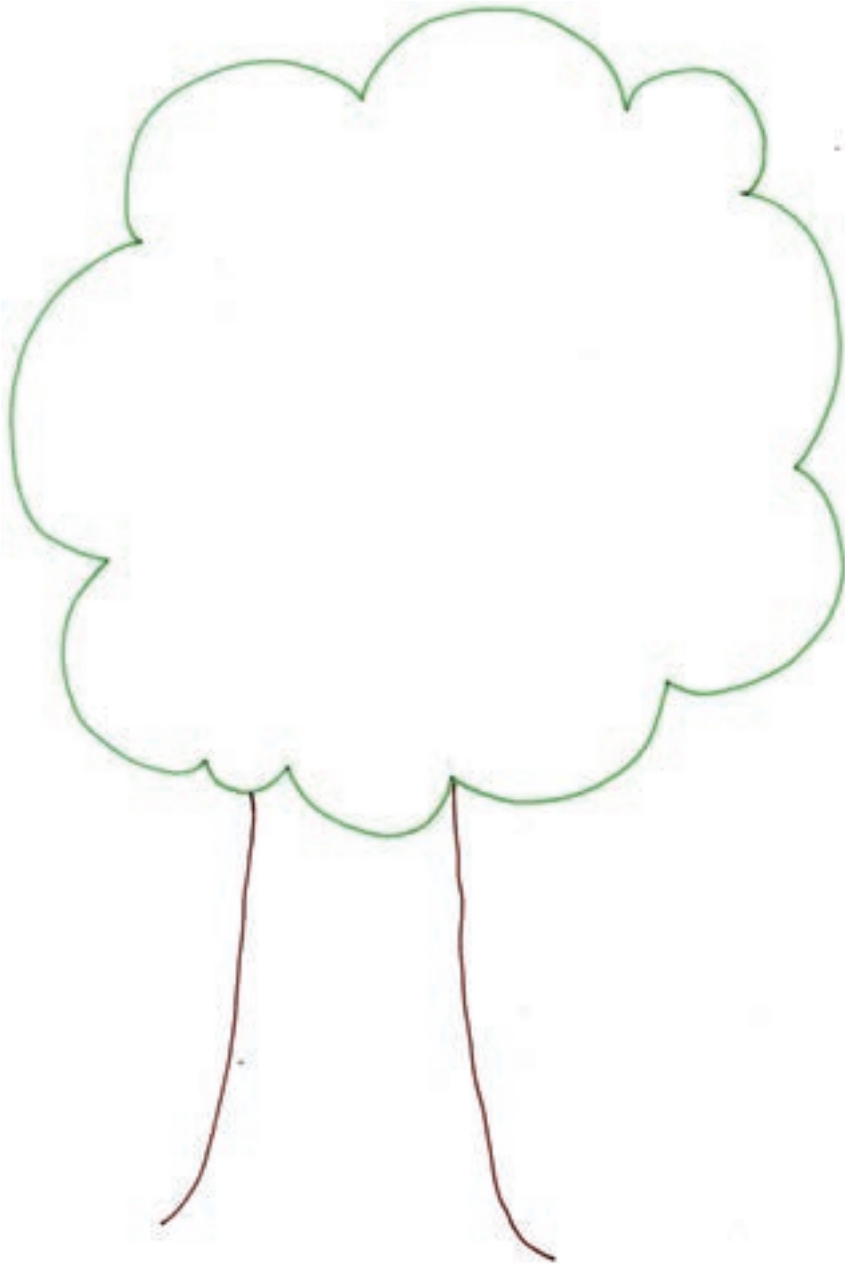
she has “never cried in front of my mum” as she wanted to protect her mother from the burden of her cancer. Olivia words remind us that cancer is a crisis for the whole family and existential issues haul the nearest and dearest into the process.

Compared to professionals and relatives, friends had a different role in the cancer process. With friends it was possible to deal with the cancer-related concerns or to take a break from ongoing cancer thoughts. Having an opportunity to forget cancer for a while gave young patients hope that one day they could live a cancer-free life. Some of the participants got involved in a peer support system with former cancer patients. Those meetings with peers provided hope that it was possible to survive the treatments and continue life after cancer.

Existential seeking

The cancer process led most participants into existential seeking. They searched for meaning for the cancer itself and for its religious meaning. Participants also narrated seeking in terms of renewing their values in life. In their narratives, these three elements were often closely intertwined.

The value-based renewal process seemed to begin during treatment. Many participants narrated how cancer made them stop. This halt was not always a pleasant shift. For instance, both Chloe and Sophia described it as an unpleasant end to “the fairytale” – by this they meant that cancer made them grow up into adulthood realities faster than they would have wanted. Cancer made them and many others aware of the fact that bad things in life may happen to anyone. Afterwards this forced halt included different tones, as Mark depicts while explaining his drawing of a tree (Drawing 3).



Drawing 3

At the first glimpse, Mark's tree might seem somehow empty. However, the drawing strongly captures changes in Mark's daily values. He explained that due to cancer he finally learned "how to live in the moment" as he had long wished for. The fact that branches and

small details are left out of the tree presents his willingness to live in the present. In general, participants narrated changes of values in terms of softening values and ability to live life according to values that one discovered personally meaningful. For Mark this change was not “the purpose of cancer,” but cancer “made it possible” to discover this kind of life change. For many of the participants, a stronger sense of personal values and buffered identity made cancer a meaningful life event. Often, meaningfulness was captured as new understanding of the value of close relationships (e.g. in Drawing 2). These participants found that appreciating family, friends, and new relationships that formed due to cancer, gave meaning to the illness experience itself.

Religious explanations were sought in particular at the beginning of the illness process and during treatments. Being diagnosed with cancer made many of the participants ask existential “why” questions, often of God. Beth even considered that her cancer relapse was an act of God who wanted to make her “reconsider her values in life.” Religious coping methods included saying prayers before each treatment and during the night when being afraid. More than half of the participants prayed regularly; additionally, intercessions by friends and others provided them comfort. Some of the interviewees narrated that cancer triggered a religious process that made them consider their personal relationship with God. They were driven to think about how and what to believe. For instance, Olivia described how before cancer she had been searching for her “spiritual path in Eastern traditions”; after the cancer, she moved closer again to her earlier Christian conviction. Even though religious activation and seeking seemed common among the participants, religious elements or personal religious conviction were described rarely in the life-tree drawings.

Discussion

The aim of this article was to analyse the need for existential care expressed in visualizations by emerging adults with cancer. I identified three main themes that were all linked to existential wellbeing. These themes and their connections to needs for existential care are outlined in Table 2.

Table 2. Themes and needs for existential care

Need for information	Emotional encounter	Existential seeking
<ul style="list-style-type: none"> - Gaps in knowledge create anxieties - Ethical issues arise from lack of information 	<ul style="list-style-type: none"> - Longitudinal by nature (diagnosis, treatment, and afterwards) - Key role of family members (inc. practicalities) - Friends and peer survivors 	<ul style="list-style-type: none"> - Value-based search for life and living - Meaning of cancer - Religious explaining

Existential care		
<ul style="list-style-type: none"> - Support with uncertainty - Confirmation of realities 	<ul style="list-style-type: none"> - Opportunity to share and be heard - Opportunity to have a break from cancer thoughts - Realism in emotional journey 	<ul style="list-style-type: none"> - Reflective discussions on values and existential explanations - Discovering balance in meaning in life

As a theme, need for information carries existential aspects. Existential questions derived from specific health concerns: participants felt insecure due to a lack of information about fertility issues, side effects, and secondary diseases related to cancer. Further, participants were often not informed that a peak of distress is likely to follow entering the remission period (see Kwak et al., 2013). Difficulties with receiving sufficient information was narrated in relation to different phases of the cancer process. The young patients themselves were often left to clarify their situation independently. Applied to the context of existential care, this finding highlights the need to support young patients going through uncertainties. The existential wellbeing of young people with cancer is challenged in manifold ways (self-esteem, body image and physical legacy, emotions, family dynamics, fertility issues, future plans, difficulty to trust one's health) that provoke distress (Saarelainen, 2019; 2017; Echo et al., 2016; Warner et al., 2016; Nass et al., 2015; Park et al., 2014; Grinyer, 2009; 2007). In order for support to create genuine hope, it must be based on realistic understanding of the person's life situation (e.g. Saarelainen 2019; Lester 1995).

Existential care in the form of emotional encounter is crucial for young people with cancer as the long-term legacy of cancer can contribute to both positive and negative outcomes. Psychological affects (post-traumatic stress, depression, anxiety) may follow for years or even decades after the cancer treatment (Nass et al., 2015; Patterson et al., 2015; Vassal et al., 2014; Doherty et al., 2015; Sansom-Daly & Wakefield, 2013; Grinyer, 2009). The opportunity to share and be heard (Zebrack et al., 2014a; Zebrack et al., 2014c; Yi et al., 2015), and to plan for the future seem to make it more likely for young cancer patients to find benefits in their experience of cancer (Saarelainen, 2019; Belizzi et al., 2012; Kyngäs et al., 2001).

What does it mean to have cancer at this age? How should I live my life from now on? There is a deeper meaning for my cancer! There is no meaning to my cancer! These and many other questions and thoughts were faced by emerging adults going through a cancer process. Particularly at a young age, it takes time to reach the understanding that death is an inevitable part of each of our lives. Death salience requires reflective presence and consideration (Little & Sayers, 2004). Going through cancer at a young age engenders a variety of possible identifications: labels range from victim and patient to survivor and conqueror. Young patients seek to be identified as “someone who has had cancer” and this type of survivorship identity is linked with better adjustment to the changed life situation. Identifying oneself as a survivor and a member of cancer community were positively correlated with adjustment. Seeing oneself as a victim or patient, in contrast, correlated negatively with adjustment to life after cancer. (Cho & Park, 2015; see also Kumar & Schapira, 2013; Grinyer, 2009.)

Religious explaining and searching were narrated often. In existential care, it is important to identify elements of religious coping, as young patients report unmet needs for spiritual and religious counselling (Zebrack et al., 2014b; see also Saarelainen, 2020). Spiritual trouble among young cancer patients leads to misuse of alcohol (Park et al., 2009) and difficulties in the adjustment process (Park & Cho, 2017).

In conclusion, the need for information, emotional encounter, and existential seeking all include existential aspects. When existential care is understood as having intertwining domains of the religious, spiritual, and secular, it is possible to provide care that meets these manifold existential needs.

References

- Belizzi, K.M., et al. (2012). Positive and negative psychological impact of being diagnosed with cancer as an adolescent or young adult. *Cancer*, 118(20), 5155–5162.
- Cheung, C.K., & Zebrack, B. (2017). What do adolescents and young adults want from cancer resources? Insights from a Delphi panel of AYA patients. *Support Care Cancer*, 25, 119–126.
- Cho, D., & Park, C.L. (2015). Cancer-related identities in people diagnosed during late adolescence and young adulthood. *British Journal of Health Psychology*, 20(3), 594–612.
- DeMarinis, V. (2008). The Impact of Post-Modernization on Existential Health in Sweden: Psychology of Religion’s Function in Existential Public Health Analysis. *Archive for the Psychology of Religion* 30 (1), 57–74.
- DeMarinis, V. et al. (2011). Philosophy’s role for guiding theory and practice in clinical contexts grounded in a cultural psychiatry focus: A case study illustration from southern Norway. *WCPRR* June, 75–83.

- Docherty, S.L., Kayle, M., Maslow, G.R., & Santacroce, J. (2015). The adolescent and young adult with cancer: A developmental life course perspective. *Seminars in Oncology Nursing, 31*(3), 186–196.
- Echo, L.W., Kent, E.E., Trevino, K.M., Parsons, H.M., Zebrack, B.J., & Kirchoff A.C. (2016). Social well-being among adolescents and young adults with cancer: A systematic review. *Cancer, 122*(7), 1029–1037.
- Edmondson, D., et al. (2008). Deconstructing spiritual well-being: Existential well-being and HRQOL in cancer survivors. *Psycho-Oncology, 17*, 161–169.
- Grinyer, A. (2007). *Young people living with cancer: Implications for policy and practice*. Buckingham: Open University Press.
- Grinyer, A. (2009). *Life after cancer in adolescence and young adulthood: The experience of survivorship*. New York: Routledge.
- Kent, E.E., et al. (2012). “You’re too young for this”: Adolescent and young adults’ perspectives on cancer survivorship. *J Psychosoc Oncol., 30*(2), 260–279.
- Kumar, A.R., & Schapira, L. (2013). The impact of intrapersonal, interpersonal, and community factors on the identity formation of young adults with cancer: a qualitative study. *Psycho-Oncology, 22*(8), 1753–1758.
- Kwak, M., et al. (2013). Trajectories of psychological distress in adolescent and young adult patients with cancer: A 1-year longitudinal study. *J Clin Oncol, 31*(17), 2160–2166.
- Kyngäs, H., et al. (2001). Coping with the onset of cancer: coping strategies and resources of young people with cancer. *Eur J Cancer Care, 10*(1), 6–11.
- laCour, P., & Hvidt, N.C. (2010). Research on meaning-making and health in secular society: Secular, spiritual and religious existential orientations. *Social Science & Medicine, 71*(7), 1292–1299.
- Lester, A.D. (1995). *Hope in pastoral care and counseling*. Louisville, Kentucky: Westminster John Knox Press.
- Lieblich, A. (1998). The holistic-content perspective. In A. Lieblich, R. Tuval-Mashiach, & T. Zilber (Eds.) *Narrative research. Reading, analysis and interpretation*, (pp. 62–87). Thousand Oaks, California: SAGE.
- Little, M., & Sayers, E.-J. (2004). While there’s life... hope and the experience of cancer. *Social Science & Medicine, 59*(6), 1329–1337.
- Mazzotti, E., et al. (2011). Predictors of existential and religious well-being among cancer patients. *Support Care Cancer, 19*, 1931–1937.
- Moreira-Almeida, A., & Koenig H. G. (2006). Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: A commentary on the WHOQOL SRPB group’s “A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life”. *Social Science & Medicine, 63*(10), 843–845.
- Nass, S.J., et al. (2015). Identifying and Addressing the Needs of Adolescents and Young Adults with Cancer: Summary of an Institute of Medicine Workshop. *Oncologist, 20*(2), 186–195.

- O'Connell, K.A., & Skevington S.M. (2010). Spiritual, religious, and personal beliefs are important and distinctive to assessing quality of life in health: A comparison of theoretical models. *British Journal of Health Psychology* 15, 729–748.
- Park, C. (2013). Religion and meaning. In R. Paloutzian, C. Park. (Eds.) *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 357–379), 2nd edition. New York: The Guildford Press.
- Park, C.L., & Cho, D. (2017). Spiritual well-being and spiritual distress predict adjustment in adolescent and young adult cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 26(9), 1293–1300.
- Park, C.L., Edmondson, D., Hale-Smith, A., Blank, T.O. (2009). Religiousness/spirituality and health behaviors in younger adult cancer survivors: Does faith promote a healthier lifestyle? *Journal of Behavioral Medicine*, 32(6), 582–591.
- Park, C.L., Wortmann, J.H., Hale, A.E, Cho, D., & Blank, T.O. (2014). Assessing quality of life at a young adult cancer survivors: development of the Survivorship-Related Quality of Life scale. *Quality of Life Research*, 23(8), 2213–2224.
- Patterson, P., McDonald, F.E.J., Zebrack, B., & Medlow, S. (2015). Emerging issues among adolescent and young adult cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 31(1), 53–59.
- Riessman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Thousand Oaks, CA:Sage.
- Saarelainen, S.-M. (2016). Coping-related themes in cancer stories of young Finnish adults. *International Journal of Practical Theology*, 20 (1), 1–28.
- Saarelainen, S.-M. (2017a). Emerging Finnish adults coping with cancer: Religious, spiritual, and secular meanings for the experience. *Pastoral Psychology*, 66(2), 251–268.
- Saarelainen, S.-M. (2017b). *Meaningful life with(out) cancer – Coping narratives of emerging Finnish adults*. (Diss.). Helsinki: Unigrafia.
- Saarelainen, S.-M.K. (2018). Anteeksianto ja sovinto syöpää sairastaneiden nuorten aikuisten narratiiveissa (Forgiveness and reconciliation in the narratives of emerging adults with cancer). *Teologinen Aikakauskirja*, 4, 33–46.
- Saarelainen, S.-M.K. (2019). Landscapes of hope and despair: Stories of the future of emerging adults in cancer remission. *Journal of Pastoral Theology*, 29(2), 67–84.
- Saarelainen, S.-M. (2020). Meeting the spiritual care needs of emerging adults with cancer. *Religions* 11(1), 16.
- Sansom-Daly, U.M., & Wakefield, C.E. (2013). Distress and adjustment among adolescents and young adults with cancer: an empirical and conceptual review. *Transnational Pediatrics*, 2(4), 167–197.
- Stifoss-Hanssen, H. (1999). Religion and spirituality: What a European ear hears. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 9(1), 25–33.
- Warner, E.L, Kent, E.E., Trevino, K.M., Parsons, H.M., Zebrack, B.J., & Kirchhoff, A.C. (2016). Social well-being among adolescents and young adults with cancer: A systematic review. *Cancer*, 122(7), 1029–1037.

- Vassal, G., et al. (2014). Challenges for children and adolescents with cancer in Europe: The SIOP-Europe Agenda. *Pediatric Blood Cancer*, *61*(9), 1551–1557.
- Visser, A. et al. (2017). Existential Well-Being: Spirituality or Well-Being? *Journal of Nervous & Mental Disease*, *205*, 234–241.
- Wong, A.W.K., Chang, Tt., Christopher, K. et al. (2017). Patterns of unmet needs in adolescent and young adult (AYA) cancer survivors: in their own words. *Journal of Cancer Survivor*, *11*, 751–764.
- Yi, J., Zebrack, B., Kim, M.A., & Cousino M. (2015). Posttraumatic growth outcomes and their correlates among young adult survivors of childhood cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, *40*(9), 981–911.
- Zebrack, J.B., et al. (2014a). “Cancer sucks,” and other ponderings by adolescent and young adult cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, *32*(1), 1–15.
- Zebrack, B., et al. (2014b). Psychosocial Service Use and Unmet Need Among Recently Diagnosed Adolescent and Young Adult Cancer Patients, *Cancer*, *119*(1), 201–214.
- Zebrack, B., et al. (2014c). The relationship between posttraumatic stress and posttraumatic growth among adolescent and young adult (AYA) cancer patients. *Psycho-Oncology*, *24*(2), 162–168.

19. Pårørendes åndelige/eksistensielle behov i kreftomsorgen

Ingebrigt Røen, St. Olavs hospital, Trondheim

Ingvild Hammersnes, St. Olavs hospital, Trondheim

Innledning

Når alvorlig sykdom og tanker om døden blir en del av hverdagen, følger ofte mange åndelige/eksistensielle spørsmål og behov med, både for pasienter og pårørende. Dette kapitlet handler om åndelige/eksistensielle behov hos pårørende til pasienter med alvorlig kreftsykdom i spesialisthelsetjenesten. Vi vil først presentere forståelsen av det åndelig/eksistensielle og rammen for dette arbeidet i lindrende behandling (palliasjon) i kreftomsorgen. Vi tar utgangspunkt i vår egen praksis og erfaring med pårørendearbeid fra preste- og samtalejenesten ved et norsk universitetssykehus. I tillegg bygger kapitlet på forskningsbasert litteratur og egen forskning.

Lindrende kreftomsorg

I 2020 fikk 35 515 nordmenn diagnosen kreft, mens 10 981 døde av kreft. Ved inngangen til 2021 var det 305 503 personer som hadde kreft eller hadde hatt kreft (Kreftregisteret, 2021). Dette utgjør 17,9% av en befolkning på 5,4 millioner. Hvis vi regner med familie, venner, og andre pårørende, er en stor del av befolkningen berørt av kreftsykdom i Norge. Hvordan ivaretar helsevesenet disse pårørende åndelig og eksistensielt?

Ivaretagelse av pasienters og pårørendes spiritualitet har en anerkjent plass i palliativ (lindrende) kreftomsorg internasjonalt og i Norge. Det var Cecily Saunders som startet palliative care - bevegelsen, gjerne tidfestet til 1967, da hun grunnla St. Christopher's Hospice i London (Strømskag, 2012). Saunders, som var utdannet både sykepleier, sosionom og lege, arbeidet med døende. Hun skjelnnet mellom fysisk, psykisk, sosial og åndelig smerte, og er kjent for å ha introdusert begrepet «total pain». Palliasjon omtales ofte som en filosofi, og kan betraktes som en helhetlig tilnærming til pasient og pårørende, sykdom, behandling, pleie og omsorg.

Verdens helseorganisasjon (WHO) slår fast at palliative care er en tilnærming som bedrer livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, og lindrer fysisk, psykisk, sosial, og åndelig lidelse (World Health Organization (WHO)). Åndelig og eksistensiell

ivaretagelse av pårørende skal dermed inngå i lindrende behandling og pleie. Palliative care ble i begynnelsen forstått som en tilnærming som skulle brukes i siste ende av et kreftforløp, men er nå en tilnærming som skal brukes tidlig i forløpet og også i andre pasientgrupper (Kaasa et al., 2018) (World Health Organization (WHO), 1984). Den palliative fasen var i begynnelsen definert som de aller siste dager og uker av en kreftpasients liv, og man sa at palliativ behandling først startet når kurativ behandling var avsluttet. I dag tenker man at palliative care skal settes inn så snart det er bruk for det, og samtidig med kurativ behandling. Etter hvert avtar og avsluttes den kurative, mens den palliative øker, og fortsetter også etter døden som ivaretagelse av etterlatte (Ferris et al., 2002).

Åndelig/eksistensiell ivaretagelse i lindrende kreftomsorg

Fagfeltet for denne artikkelen heter på engelsk «spiritual care in palliative care». Hvordan skal vi oversette det til norsk? I dette kapitlet bruker vi mest «åndelig/eksistensiell omsorg eller ivaretagelse i lindrende behandling» i tråd med praksis i norsk helsevesen. Både «palliative», «care», og «spiritual» er utfordrende begreper. Det første er ukjent for svært mange. Det oversettes imidlertid med «lindrende», som er et presist og forståelig uttrykk. Det engelske begrepet «care» blir, når det brukes i uttrykket «palliative care», forstått som både behandling, pleie, og omsorg. Når hele uttrykket «palliative care» oversettes, kaller man det gjerne «palliativ behandling», som i «seksjon for lindrende behandling». Betydningen dras da i retning fysisk, medisinske behandling. I de nordiske land unngår man i litteraturen ofte problemet ved å kalle palliative care for «palliasjon».

For å få med bredden i betydningen av «spiritual care», kunne man oversette det med «åndelig behandling, pleie, og omsorg». I stedet blir det gjerne oversatt med «åndelig omsorg», som er et snevrere begrep enn det engelske. Uttrykket «åndelig» oppfattes ulikt. Historisk har det i Norge og Vesten nærmest vært et synonym for «religiøs», gjerne kristen religiøsitet. I dag forstår man gjerne åndelighet som det overordnede begrepet, mens religiøsitet er en potensiell underkategori. Man kan altså være åndelig uten å være religiøs. I nasjonale retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen heter det at åndelighet handler om verdier, eksistensielle behov og livssyn enten det er religiøst eller ikke religiøst (Helsedirektoratet, 2015). Disse tre dimensjonene er også med i definisjonen av åndelighet som de fleste nå bruker i forskning innen palliasjon: «Åndelighet er den dynamiske dimensjonen ved menneskelivet som er relatert til hvordan personer, både som individer og fellesskap, opplever, uttrykker og/eller søker mening, hensikt og transcendens, og måten de er knyttet til øyeblikket, til seg selv, til andre, til naturen, til det betydningsfulle og/eller det hellige» (Nolan et al., 2011). I Nordisk lærebok i palliasjon og retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen oversettes spiritual med «åndelig og eksistensiell» (Hirsch & Røen, 2016b) (Kaasa, 2007). Helsevesenet skal aktivt legge til rette for trosutøvelse (Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2017). Definisjonen til Stifoss-Hanssen og Kallenberg er godt kjent blant oss sykehusprester, og blir ofte brukt i lindrende kreftomsorg: «Åndelig omsorg kan

forstås som det å være oppmerksom på brukerens eksistensielle spørsmål og ressurser, å lytte til den mening disse har i brukerens livshistorie, og å assistere brukeren i hans/hennes arbeid med eksistensielle spørsmål, med utgangspunkt i hans/hennes eget livssyn» (Stifoss-Hanssen & Kallenberg, 1998).

Organiseringen av det åndelige/eksistensielle arbeidet

Norges offentlige utredninger (NOU) 2013:1 «Det livssynsåpne samfunn», løfter fram fire prinsipper som er relevante for tilrettelegging for åndelig/eksistensiell omsorg i offentlige institusjoner og den fremtidige religiøse og livssynsmessige betjeningen (Kultur- og likestillingsdepartementet, 2013). De fire prinsippene er: 1) Tros- og livssynsfriheten beskyttes for alle. 2) Aktiv tilretteleggelse for alle borgeres tros- og livssynspraksis. 3) Likebehandling. 4) Alle borgere bør akseptere å bli eksponert for andres tros- og livssynspraksis i det offentlige rom. Arbeidet med å ivareta åndelig/eksistensielle behov i helsetjenestene, skal favne det livssynsmessige og religiøse mangfoldet i det enkelte sykehus sitt opptaksområde.

I Norge er det 20 helseforetak. De fleste av dem består av flere enkeltsykehus. I 2017 gjorde Helse- og omsorgsdepartementet en spørreundersøkelse i de regionale helseforetakene om hvordan de legger til rette for tro og livssyn i helseforetakene og de enkelte sykehusene. Alle de 20 helseforetakene oppgir at de har en prestedtjeneste. Omfang og organisering av disse varierer. Ikke alle enkeltsykehusene har tilgang til sykehusprest (Bråten, 2019).

Mange steder har enhetene endret navn til preste- og samtaletjenesten. Det er i all hovedsak prester og noen diakoner som er fast ansatt. Ansatte i preste- og samtaletjenester formidler kontakt med representanter fra andre tros- og livssynssamfunn (Bråten, 2019). Det blir stadig flere med annen tros- og livssynstilknytning som blir ansatt i ulike preste- og samtaletjenester. Disse blir ofte ansatt i prosjektstillinger.

Ved St. Olavs hospital i Trondheim har preste- og samtaletjenesten ansatt en muslim som kulturkonsulent. Den ansatte underviser personalet om kulturforståelse, bidrar når kommunikasjonen blir preget av misforståelser og manglende tillit på grunn av kulturelle forskjeller, og kan også opptre som imam. Kultur og religion påvirker hvilke temaer pårørende er opptatt av, og hvordan man kommuniserer. Kultur og religion påvirker også hvordan pårørende forholder seg til sykdom og død, og hvilke ritualer som blir viktige ved død. Sykehushumanister med praktisk filosofi som fag er nå ansatt ved flere norske sykehus. Dette understreker at det åndelige ikke bare handler om det religiøse.

Beret Bråten viser gjennom sin forskning at åndelig/eksistensiell omsorg har fått lite oppmerksomhet i sykehusdebatter og fra ledelsen i helseforetakene (Bråten, 2019). Det finnes ikke egne nasjonale retningslinjer for hvordan åndelige/eksistensielle behov og tro og livssyn skal ivaretas i sykehusene. Hvert enkelt helseforetak bestemmer dette. For det

norske forsvaret er dette nedfelt i en forskrift (Bråten, 2019). Bråten viser at endringer i organiseringen og hva som får fokus og oppmerksomhet i arbeidet i veldig stor grad skjer på initiativ fra preste- og samtaletjenestene.

Pårørendes åndelige/eksistensielle behov får lite oppmerksomhet i offentlige retningslinjer og dokumenter. I NOU 2017: 16 om palliasjon står det lite om åndelige/eksistensielle behov, både hos pasienter og pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). I Helsedirektoratets pårørendeveileder nevnes det åndelige/eksistensielle bare i forbindelse med omsorg for familien ved livets slutt (Helsedirektoratet, 2017). Det er som regel i møte med livets avslutning og død at åndelige/eksistensielle behov hos pårørende blir nevnt og gitt oppmerksomhet. Bråten forstår den sparsomme omtalen av det åndelige i offentlige dokumenter som en konsekvens av at det er lite fokus på det åndelige/eksistensielle i helseforetakene og kommunene. På den andre siden ser hun det også som en årsak til at det får lite oppmerksomhet fordi det sjeldent blir omtalt i offentlige dokumenter, enten det dreier seg om palliasjon eller andre områder. Det er også slik at helsevesenet er til primært for pasienten, ikke pårørende. Helsepersonell rapporterer mangelfulle systemer for journalføring av pårørendearbeid, egne pårørende-konsultasjoner og registrering av pårørendes behov (Røen et al., 2019). De rapporterer også mangelfull opplæring i åndelig/eksistensiell omsorg (Røen et al., 2019).

Pårørende

Pårørendes bidrag og belastninger

Som pårørende til en kreftpasient regnes barn og voksne familiemedlemmer, venner, naboer og andre. Den nærmeste pårørende utpekes av pasienten. De pårørende utfører en betydelig innsats for pasienten med stor samfunnsmessig betydning. Helseministeren har uttalt at pårørende utfører omkring halvparten av omsorgsoppgavene i Norge, tilsvarende 100 000 heltids-stillinger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017; Helsedirektoratet, 2017). Oppgaver pårørende til kreftpasienter utfører, omfatter ofte koordinering av avtaler med helsevesenet, hjelp med medisiner og praktiske pleieoppgaver. Pårørende følger gjerne pasienten til konsultasjoner, og hjelper pasienten å huske viktig informasjon. Ikke minst er pårørende ofte pasientens mest fortrolige, og bidrar med viktig følelsesmessig støtte. Flere faktorer bidrar til at pårørendes innsats har økt i kreftomsorgen, og at vi må regne med at denne utviklingen vil fortsette. Pasientene tilbringer mindre tid på sykehus enn tidligere, og mer omsorg og pleie gis i hjemmet, i tråd med nasjonale føringer (Regjeringen, 2012). Nye behandlingsmetoder medfører at kreftsyke lever stadig lenger, og at man dermed er pårørende over lenger tid. Mange nærmeste pårørende opplever det meningsfullt å hjelpe den syke (Henriksson et al., 2015) og at forholdet til pasienten styrkes (Hudson, 2004). Det er imidlertid også betydelige påkjenninger forbundet med å være pårørende. Studier blant pårørende til pasienter med langtkommen kreftsykdom har vist negativ påvirkning på fysisk

og mental helse, sosiale relasjoner og sorg-håndtering hos pårørende (Funk et al., 2010; Sanderson et al., 2013; Stajduhar et al., 2010).

Ansvar og belastninger

Det er en tendens til at pårørenderollen idylliseres. Pårørende roses for at de er så snille og utholdende og stiller opp. «De skulle bare visst», sa en partner. Rollene i et parforhold endres gjerne i alvorlig sykdom. Kanskje må han være mer hjemme, ja nesten bare hjemme for å passe på henne. Det kan føre til nærmere forhold og dypere samtaler, men det kan like gjerne skape frustrasjon og krangel. Ikke alle pårørende er like motivert for å stille opp for den syke. Det kan skyldes felles historie, dårlige relasjoner, eller ønske om å fokusere på seg selv.

Skal pasienten hjem? Ofte har pasienten et sterkt ønske om det. Noen ganger er det et litt urealistisk ønske, og i alle fall krever det stor innsats av pårørende. Dette er en problematikk som ofte tematiseres i formelle og uformelle tverrfaglige møter i sykehuset. Mange opplever å møte forventninger til hvordan de skal være pårørende, ikke minst forventning om at de må la pasienten få lov til å være hjemme, og «ikke sende han hjemmefra». Vårt inntrykk er at det kan være skam knyttet til å ikke oppfylle dette ønsket.

Det er et stort ansvar å være pårørende. Med ansvar kan det følge både skam og skyld. Pårørende får mye ansvar for viktige ting i et annet menneskes liv som de ofte ikke har så mange å dele med. Mye står på spill. Selv om hjemmetjenesten er innom flere ganger i døgnet, er det fortsatt mange timer igjen hvor den pårørende har ansvaret. I palliasjon handler det også om at pasienten skal dø.

Pasienten er ofte den viktigste støttepersonen for pårørende. Mange opplever at det blir vanskeligere å være pårørende mot slutten av livet. Da er gjerne pasienten fysisk sterkt preget, og kanskje mentalt redusert eller glir ut og inn av bevissthet. Den man har delt det vanskelige og viktige med, er ikke lenger tilgjengelig. Mange pårørende opplever at de er mer sårbare for kritikk enn ellers, særlig hvis den kommer fra pasienten selv eller andre nære.

Belastningen ved å pleie noen fram til døden kan være svært store, og helsevesenets ressurser må settes inn for å avlaste. Det kan imidlertid også oppleves både meningsfylt og nødvendig å sette seg selv til side og slite seg nesten ut før pasienten dør. Den åndelig/eksistensielle omsorgen i denne situasjonen kan være å gi hjelp til å finne balansen mellom å slite seg ut og å ta vare på seg selv.

Den andre er viktigst

Både pasient og pårørende er gjerne mest opptatt av hvordan den andre har det. «Det er pasienten som skal dø», kan den pårørende si. «Det er hun som skal leve videre», sier pasienten. Vi opplever derfor at begge parter holder tilbake overfor hverandre hvordan de egentlig har det, og ikke vil belaste den andre ytterligere med sin bær. De er redd det vil få

den andre til å gråte, eller «bryte sammen» som de ofte uttrykker det. De vil imidlertid gjerne at den andre skal si ærlig hvordan hen har det. Denne dobbeltheten trenger mange hjelp til å snakke sammen om for å unngå å bli ensomme. Noe av vårt bidrag er å bryte tausheten. Åpenhet overfor hverandre skaper gjerne fellesskap og støtte, også om opplevelsen av situasjonen kan være ulik.

Under trykket fra sykdommen

Det er ikke alltid slik at pårørende og pasient er til støtte for hverandre. Det kan handle om at de oppfatter alvorlighetsgraden av sykdommen forskjellig, noe som ofte er tilfellet. Helsepersonell forteller om pårørende som ikke har skjønt eller akseptert at pasienten er nær ved å dø, og at det vanskeliggjør arbeidet deres. Informasjon, samtale og tid bidrar til å erkjenne og akseptere situasjonen som den er. Det kan også være vanskelige relasjoner pårørende imellom. Alvorlig sykdom er en belastning som kan føre til kortere lunte og kramgel, både i parforhold og andre nære relasjoner. Pårørende anklager hverandre for ikke å stille opp nok, og par krangler om praktiske ting og hvem om håndterer krise og sorg riktig. Her bidrar preste- og samtaletjenesten ofte, både i individuelle samtaler og samtaler med par og familier. Noen ganger kan det allerede før sykdommen ha vært manglende tillit og forståelse eller konflikt. Dette er situasjoner som er vanskelige å løse under trykket av sykdommen. Mange er likevel i samme rom, mens andre finner løsninger hvor de er hos pasienten hver sin gang. Helsepersonell blir ofte involvert i disse situasjonen for å legge forholdene praktisk til rette. Løsning av langvarige konflikter er sjeldent.

Livet er urettferdig

«Det er så urettferdig at han skulle bli syk!». Vi opplever at pårørende snakker om urettferdigheten ved at pasienten har blitt syk oftere enn pasienten selv. Kanskje handler det om at det er lettere å stå opp for andre enn for seg selv. Det handler nok også om behovet for å kunne gjøre noe i stedet for å kjenne seg unyttig, hjelpeløs og avmechtig. «Men jeg vet jo at det kan skje med hvem som helst», legger mange til. Ja, det er urettferdig at noen blir syke, mens andre ikke blir det. Hvordan man forholder seg til urettferdighet, handler ofte om eget livssyn, aksept, og forsoning med at livet er som det er. Noen knytter urettferdigheten til Gud. Det er ofte dramatisk når Gud oppleves fjern eller svikter i en vanskelig situasjon. På den annen side opplever mange å hente styrke fra troen på at Gud er der når alt annet svikter. «Enten vi lever eller dør hører vi Herren til», er en bibeltekst som ofte leses ved kristne begravelser. Mennesker har behov for å se seg selv og det som skjer i livet i en større sammenheng. Det trenger ikke handle om en religiøs sammenheng. Noen snakker om en kraft, eller "Noe" eller «Noen». Andre snakker om en personlig Gud. Mange bruker Gud til å be en daglig takkebønn for livet.

Pasientens lidelser i sykdom og død

Å se at pasienten lider fysisk, psykisk, sosialt eller åndelig/eksistensielt er en stor belastning for pårørende. Hvis pasienten har det bra, lurer pårørende gjerne på om hen kommer til å få det vondt. Dette er noe de snakker med oss om. Informasjon fra helsepersonell er god

åndelig/eksistensiell støtte i disse situasjonene. Det er også belastende for pårørende å ikke selv kunne bidra til å lindre smertene. Det skaper ofte følelse av avmakt og hjelpeløshet. All hjelp pasienten får med smerter og lidelse fra helsepersonell, er også en hjelp til den pårørende. En tillitsfull relasjon mellom pleiepersonell og pårørende har vist seg å være fundamentalt viktig for pårørende (Røen et al., 2018). Relasjonell, sosial støtte er i det hele tatt viktig hjelp både for pasient og pårørende. Den pårørende ser ikke alltid sine egne bidrag til å lindre pasientens lidelse, og trenger å bli gjort oppmerksom på det. Ofte er de den viktigste smertelindringen. «Det at du sitter her ved sengen, er en handling», hender det vi sier til pårørende. Det er ingen selvfølge at de kommer og tåler å være der. I kronisk lidelse er nærværet noen ganger det viktigste åndelige/eksistensielle bidraget.

De nyanserte historiene

Når døden nærmer seg, bruker pårørende samtale med sykehuspresten som anledning til å trekke fram det positive ved pasienten. Hvis flere er til stede, deler de gode minner mens latter veksler med gråt. Verre kan det være å snakke om det som har vært vanskelig, særlig hvis pasienten er til stede. Derfor er det viktig å tilby pårørende samtale alene, slik at de får mulighet til å snakke sant om det som har vært. Da kommer gjerne de nyanserte historiene. «Det har ikke alltid vært så enkelt», sier mange. Det er ikke lett å ta opp vanskelige ting med noen som er alvorlig syk og skal dø. Det kan imidlertid være et sterkt behov. Derfor er det et mål å komme tidligere i gang med de åndelige/eksistensielle samtaler. Da tar par ofte opp både det gode og det utfordrende i samlivet. Voksne barn kan også trenge å få snakke om vanskelige relasjoner uten at mor eller far eller pasientens nye partner er til stede.

Dødsleiet og avskjeden

I kreftsykdom kommer som oftest døden ventet, selv om det kan gå fortere på slutten enn pårørende har tatt inn over seg. Man kan dermed ha tid til å snakke sammen. Å snakke om døden er imidlertid vanskelig for mange, og omgivelser og ansatte er ikke nødvendigvis gode på det. Det hører til den faglige tenkningen i palliasjon at samtaler om døden bør komme inn på et tidlig tidspunkt i sykdomsforløpet. Noen besøker ikke sin far eller mor på dødsleiet. Det kan vekke moralsk forargelse hos personalet eller andre i omgivelsene. Vi vet imidlertid ikke hvordan den døende har oppført seg mot dem. Ofte tenker pårørende over hvordan de har vært mot den døende. Hvis de føler at de har gjort for lite, kan det føre til kompenserende atferd på slutten, for eksempel ved at de står ekstra på overfor legene.

Ofte møter vi forestillinger om at den døde er til stede. Noen refererer til nær døden-opplevelser de har lest eller hørt om, for eksempel at alvorlig syke har forlatt kroppen og fulgt med fra et sted i rommet utenfor kroppen. På samme måte kan mange tenke at den nettopp avdøde er i rommet og til stede. De beskriver gjerne at dette fortsatte nærværet gir dem trøst og styrke. Det å ha en grav å gå til kan nok være et uttrykk for ønsket om å minnes det som har vært og om fortsatt fellesskap. Forestillingene om hva som skjer etter døden varierer. Noen tenker at sjelen går videre til nye liv. Mange tenker at det er slutten på en bevisst tilværelse. Mange håper også å få møte den døde igjen, og at den døde nå får truffet

sine kjære. Både det og ønsket om en fin begravelse og gravplass er uttrykk for omsorg for den døde.

Ritualer

Ved fødsel og død og andre store hendelser i livet har de aller fleste kulturer ritualer. Dette kalles gjerne overgangsritualer (Hirsch & Røen, 2016a). Å ta hverandre i hånden når vi treffes og å vinke farvel ved avskjed er hverdagslige handlinger, som de fleste kanskje ikke tenker på som ritualer. De fleste foreldre lærer imidlertid barna fra de er små til å vinke og si ha det når de går, og til å markere at de kommer tilbake. Slik får barn hjelp til å bli trygge i disse overgangssituasjonene. Ritualer kan oppfattes som noe litt stivt og gammeldags. Et ritual kan imidlertid være spontant og ha betydning for livet her og nå. Eksempler på det siste er lystenning og at barn lager tegninger til avdøde. I palliasjon brukes ritualer mest i tilknytning til døden, som er den store avskjeden. Når døden nærmer seg, samles noen familier for å fortelle de felles historiene og le av de samme minnene, eller takke hverandre for det de andre har betydd for en. Avskjedsstund har vokst fram som et ritual i palliasjon. En dødssyk mann reiste seg opp i senga og pekte nærmest anklagende på familien rundt seg og sa: «Dere skal miste bare én, men jeg skal miste alle». Voksne søstre hadde behov for syning da faren deres var død, for å forsikre seg om at han som hadde utsatt dem alle for incest nå virkelig var død og maktesløs og ikke kunne gjøre dem mer vondt. Ritualet inneholdt ingen velsignelse av den døde, men atskillige forbannelser og takk for at han var død. Oftere handler en slik syning eller minnestund om å minnes det som var bra. Begravelse er vel det ritualet ved død som er mest kjent. I likhet med andre overgangsritualer har det en psykologisk, sosial og åndelig/eksistensiell betydning. Begravelsen er psykologisk støtte samler de gjenlevende og bekrefter slik fellesskapet av de gjenlevende på nytt, og tekster leses og taler holdes som kan bidra til mening og framtidshåp. (Danbolt, 2002; Stifoss-Hanssen & Danbolt, 2014), Ritualer kan også være en omsorgshandling. Når pårørende som selv ikke har noen gudstro ønsker at en prest skal syng, lese eller be for pasienten, tenker de at det vil være betydningsfullt for pasienten. Ritualer for de ansatte praktiseres også på sykehuset. «Hvilepuls» er et enkelt ritual hvor man tenner tre lys, ett for dem som er døde den siste tiden, ett for de sørgende, og ett «for oss som skal leve videre med livsmotet og slitestyrken i behold».

Atle Dyregrov framholder betydningen av at barn får delta i ritualer ved død (Dyregrov, 2010). Han skriver at ritualenes psykologiske funksjon for barn er å redusere følelsen av uvirkelighet, forhindre fantasier, og gi mulighet for å ta farvel.

Ritualer ved død skal legges til rette for ulike livssyn (Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn (STL), 2012). Her er noen eksempler. I islam skal det ikke være blomster eller levende lys på rommet. Rituell vask er viktig, og skal foretas av en muslim av samme kjønn. I hinduismen og buddhismen er blomster, lys og røkelse viktig, og stell av den døde gjøres i forståelse med de pårørende. En buddhist skal helst dø med ro og klar tanke, og

sløvende medisiner bør ikke gis hvis de kan unngås. I det mosaiske trossamfunn skal trosbekjennelsen framsies, og stell gjøres av en av samme kjønn. Humanetisk begravelse skal være verdig, og i tråd med ønsket til den avdøde.

Er det et liv etter døden for pårørende?

For pårørende kan perioden etter dødsfallet være vel så krevende og vanskelig som sykdomsperioden. De første dagene og ukene etter et dødsfall er det mye som skjer og som skal ordnes. Etter litt tid blir stillheten og tomheten mer påtrengende. For mange pårørende aktiverer dødsfallet spørsmål om egen identitet. Hvem er jeg nå? Hva skal jeg bruke tiden til? Hva er meningen med livet sånn som det er blitt nå?

Sorgarbeid tar mye tid og krefter. Nyere sorgforståelse beskriver en pendling mellom sorg, håpløshet og savn på den ene siden og planlegging, håp og fremtidstro på den andre (Stroebe & Schut, 1999). Mange som mister en partner eller annen veldig nærstående person, kjenner på en annerledeshet ved å være i sorg. En typisk kommentar er: «de andre lever videre som om alt er vanlig, men mitt liv er helt annerledes og jeg vet ikke hvordan jeg skal leve det». Når én er borte, skal oppgaver fordeles på nytt, og roller og måter å være sammen på endres, noe som kan være nokså krevende.

Barn som pårørende

Barn i alderen 0-18 år, er pårørende når en nær omsorgsperson eller et søsken blir alvorlig fysisk eller psykisk syk, utsatt for ulykke, har store funksjonsnedsettelse eller har alvorlige rusproblemer. Barn er også pårørende som etterlatte når nære omsorgspersoner eller søsken dør. Alt helsepersonell har ansvar for å ivareta barn som pårørende (Helsepersonelloven § 10a og 10b). I spesialisthelsetjenesten skal det også være egne barneansvarlige blant personalet (Spesialisthelsetjenesteloven §3-7a). Mye av det vi gjør for å ivareta barn som pårørende handler om informasjon, praktiske ting i hverdagen og å mobilisere nettverket rundt dem. Mange barn og unge har også behov for å sette ord på tanker og følelser knyttet til situasjonen de er i og tanker om eget liv slik det er nå (Hirsch & Røen, 2012).

Den som er samtalepartner prøver å skape et rom for at barn og unge skal kunne sette ord på ulike tanker og følelser, eller få hjelp til å finne disse ordene. Vår erfaring er at det å sette ord på følelser ofte også leder oss inn på åndelige/eksistensielle temaer hos barn og unge. Noen eksempler på det følger. Følelsen av *skyld* kan henge sammen med tanker rundt årsaker til sykdommen. Mange barn og unge tar på seg skylden for sykdommen og det som skjer. *Skam* leder ofte inn i tanker og følelser knyttet til at familien min, og dermed også jeg, er annerledes. Disse tankene og følelsene gjør noe med deres opplevelse av seg selv og sin plass i verden. Dette handler om eksistensielle spørsmål knyttet til identitet og selvforståelse. *Tristhet* leder mange ganger til spørsmål om mening og sammenheng. Hva er meningen med dette? Hvorfor rammer det oss? I følelsen *sinne* finner vi ofte tanker om (u)rettferdighet og spørsmål om hvorfor akkurat deres mamma er syk og ikke andres. *Glede*

er for mange en følelse som kan være komplisert eller vanskelig. Det er ikke alltid lett å finne noen i familien å dele gledene med og mange lurer på om det er greit å være glad når mye er trist og vanskelig.

Andre eksistensielle tema vi ofte møter hos barn og unge er døden, endringer og håp. Det handler ofte om hva døden er, hva som skjer med de som dør og tanker om egen død. Barn uttrykker ofte konkrete forestillinger om det som skjer etter døden. «Dere sa at pappa skulle opp til himmelen, men han ble jo gravd ned i jorda». «Bestefar sitter på en sky». «Mamma flyr sammen med englene». Ofte tegner barn slike forestillinger. Barn tenker gjerne at de døde er på en god plass. Ungdommers forestillinger ligner mer på de voksnes. Barn og unge snakker sjelden om at de skal treffe mamma eller pappa igjen. Det er jo så lenge til de selv skal dø. Endringer i livssituasjon og nære relasjoner gir utfordringer til hvordan vi nå skal fordele oppgaver og roller i familien og hvordan jeg best kan forholde meg til forandringer som er konsekvenser av sykdom eller død. Håpet handler ofte om troen på at ting kan endre seg til det bedre (igjen) eller at en håper det kan bli godt eller morsomt igjen, selv om det ikke fortsetter å være på akkurat samme måte som tidligere.

Framblikk

Sykepleiere er gjerne krumtappene i den åndelige/eksistensielle kartleggingen og ivaretagelsen på sykehus. Alle ansatte må være skolerte til å kartlegge og ivareta åndelige/eksistensielle behov, og det bør være en del av alle profesjonsutdanninger for helsepersonell og i videre opplæring. Alle som arbeider i preste- og samtalejenester ved norske sykehus må ha god kompetanse i åndelig/eksistensiell omsorg. Samtalepartnere fra alle tros- og livssynssamfunn som sykehusene inviterer inn i samtaler med pasienter og pårørende bør ha kjennskap til grunnleggende prinsipper i palliasjon og åndelig/eksistensiell ivaretagelse.

Pasienter og pårørende er mest hjemme selv når pasienten er alvorlig syke. Derfor er det viktig at de ressurspersonene som er tilgjengelige på hjemstedet har de nødvendige kvalifikasjonene. Vi mener derfor at palliasjon og åndelig/eksistensiell ivaretagelse av pasienter og pårørende bør være en del av grunnutdanningen til prestene og diakonene i Den Norske Kirke. Slik mange ansatte i preste- og samtalejenester på sykehus er integrert i opplæring og videreutdanning av helsepersonell og samtalepartnere ved sykehuset, bør de også kunne bidra i opplæring og utdanning av helsepersonell og samtalepartnere utenfor sykehuset.

Referanser

Bråten, B. (2019). Døden et kirkelig anliggende. I L. Thoresen & B. H. Gripsrud (Red.), *Alt som lever må dø. Døden som tverrfaglig forskningsfelt*. Scandinavian Academic Press.

- Danbolt, L. J. (2002). *Den underlige uka de sørgende og begravelsesriten*. Verbum.
- Dyregrov, A. (2010). *Å ta avskjed. Ritualer som hjelper barn gjennom sorg*. Fagbokforlaget.
- Ferris, F. D., Balfour, H. M., Bowen, K., Farley, J., Hardwick, M., Lamontagne, C., Lundy, M., Syme, A., & West, P. J. (2002). A model to guide patient and family care: based on nationally accepted principles and norms of practice. *J Pain Symptom Manage*, 24(2), 106-123. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(02\)00468-2](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(02)00468-2)
- Funk, L., Stajduhar, K., Toye, C., Aoun, S., Grande, G., & Todd, C. (2010). Part 2: Home-based family caregiving at the end of life: a comprehensive review of published qualitative research (1998-2008). *Palliat Med*, 24(6), 594-607. <https://doi.org/10.1177/0269216310371411>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *NOU 2017:16 På liv og død — Palliasjon til alvorlig syke og døende. Utredning fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 11. mai 2016. Avgitt til 20. desember 2017*. Hentet 16.2 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/>
- Helsedirektoratet. (2015, 14.oktober 2019). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen* Hentet 16.2 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>
- Helsedirektoratet. (2017, 28.1.2019). *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet 17.2 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parendeveileder#referere>
- Henriksson, A., Carlander, I., & Arestedt, K. (2015). Feelings of rewards among family caregivers during ongoing palliative care. *Palliative & Supportive Care*, 13(6), 1509-1517. <https://doi.org/10.1017/S1478951513000540>
- Hirsch, A., & Røen, I. (2012). Å snakke med barn i sorg og krise I A. Ramsfjell & S. Sagberg (Red.), *Livstolkning og livsmestring* (s. 23-34). IKO-forlaget.
- Hirsch, A., & Røen, I. (2016a). Ritualer ved sykdom og død. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok* (2. utg., pp. 73-82). Gyldendal Norsk Forlag.
- Hirsch, A., & Røen, I. (2016b). Spiritual and existential care. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok. (Title in English: Palliative care. Nordic Textbook)* (3. utg., s. 315-326). Gyldendal Norsk Forlag.
- Hudson, P. (2004). Positive aspects and challenges associated with caring for a dying relative at home. *Int J Palliat Nurs*, 10(2), 58-65; discussion 65. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2004.10.2.12454>
- Kreftregisteret. (2021). *Kreft i Norge – hva sier tallene? Oslo: Kreftregisteret, 2021*. Hentet 16.2 fra <https://www.kreftregisteret.no>
- Kultur- og likestillingsdepartementet. *NOU 2013:1 Det livssyns åpne samfunn — En helhetlig tros- og livssynspolitik*. Hentet 16.2 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2013-1/id711212/>
- Kaasa, S. (2007). *Palliasjon Nordisk lærebok* (S. Kaasa, Red.. 2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Kaasa, S., Loge, J. H., Aapro, M., Albrecht, T., Anderson, R., Bruera, E., Brunelli, C., Caraceni, A., Cervantes, A., Currow, D. C., Deliens, L., Fallon, M., Gomez-Batiste, X., Grothmol, K. S., Hannon, B., Haugen, D. F., Higginson, I. J., Hjermstad, M. J., Hui, D., . . . Lundeby, T. (2018). Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. *Lancet Oncol*, 19(11), e588-e653. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(18\)30415-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30415-7)
- Nolan, S., Saltmarsh, P., & Leget, C. (2011). Spiritual care in palliative care: Towards an EAPC Taskforce *European Journal of Palliative Care*, 18(2), 4.

- Norwegian Ministry of Health and Care Services. (2017). *På liv og død - Palliasjon til alvorlig syke og døende. NOU 2017:16 (Title in English: Life and death - Palliative Care for patients with advanced disease and for terminal patients)*. . Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/>
- Regjeringen. (2012). *St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 19. juni 2009, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Stoltenberg II)*. Hentet 17.2 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Roen, I., Stifoss-Hanssen, H., Grande, G., Brenne, A. T., Kaasa, S., Sand, K., & Knudsen, A. K. (2018). Resilience for family carers of advanced cancer patients-how can health care providers contribute? A qualitative interview study with carers. *Palliat Med*, 269216318777656. <https://doi.org/10.1177/0269216318777656>
- Roen, I., Stifoss-Hanssen, H., Grande, G., Kaasa, S., Sand, K., & Knudsen, A. K. (2019). Supporting carers: health care professionals in need of system improvements and education - a qualitative study. *BMC Palliat Care*, 18(1), 58. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0444-3>
- Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn (STL). (2012). *Livsfaseriter. Religions- og livssynspolitiske utfordringer i Norge*. <https://www.trooglivssyn.no/wp-content/uploads/2018/03/STL-Livsfaseriter.pdf>
- Sanderson, C., Lobb, E. A., Mowll, J., Butow, P. N., McGowan, N., & Price, M. A. (2013). Signs of post-traumatic stress disorder in caregivers following an expected death: a qualitative study. *Palliat Med*, 27(7), 625-631. <https://doi.org/10.1177/0269216313483663>
- Stajduhar, K., Funk, L., Toye, C., Grande, G., Aoun, S., & Todd, C. (2010). Part 1: Home-based family caregiving at the end of life: a comprehensive review of published quantitative research (1998-2008). *Palliat Med*, 24(6), 573-593. <https://doi.org/10.1177/0269216310371412>
- Stifoss-Hanssen, H., & Danbolt, L. J. (2014). Om å stå oppreist etter katastrofen - ritualer og resiliens etter 22.juli (Title in English: Standing upright after the catastrophe - rituals and resilience in the aftermath of July 22th). *Omsorg*, 1, 52-57.
- Stifoss-Hanssen, H., & Kallenberg, K. (1998). *Livssyn og helse. Teoretiske og kliniske perspektiver (English: View of life and health. Theoretical and clinical perspectives)*. Ad Notam Gyldendal.
- Stroebe, M., & Schut, M. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224.
- Strømskag, K. (2012). *Og nå skal jeg dø. Hospicebevegelsen og palliasjonens historie i Norge. (English: And yet, I shall die. The history of hospice and palliative care in Norway)*. Pax.
- World Health Organization (WHO). (1984). *Health promotion : a discussion document on the concept and principles : summary report of the Working Group on Concept and Principles of Health Promotion*. WHO Regional Office for Europe. Hentet 3.4. fra <https://www.who.int/iris/handle/10665/107835>

20. Existential Groups in Norwegian Mental Healthcare.

Hilde Frøkedal, Akershus Universitetssykehus

How it started, description, type of care and the challenge of bridging different discourses: a pragmatic approach

In the beginning was the helping groups and then the existential groups came along

Humans have continuously used groups to heal their ills. Already in 1905 Joseph Pratt started up with helping groups in the US (Scheidlinger, 2004). The intended meaning of these groups was to teach patients suffering from tuberculosis how to care for themselves at home. Psychiatrists like Trigant Burrow (1875-1950) in the US and Alfred Adler (1870-1937) in Europe followed up this practice by establishing groups in a psychiatric context. From the formation of helping group, group therapy saw major growth during second World War when numerous soldiers in short-staffed military hospital in both the US and the UK needed psychiatric treatment. Central contributors in the development of group treatment in the 40s were Kurt Lewine (1890-1947), Sigmund Foulkes (1898-1976) and Wilfred Bion (1897-1979). In the clinical pastoral care traditions Malcom Kowles (1913-1997) became central, following Eduard C. Lindeman (1885-1953) ideas.

The existential approach to group therapy came along with the first appearance of the existential philosophy after first world war. Followed by a second breakthrough after second world war. This was a time when Europe and part of the world was in crisis suffering from war and trauma. Carl Jaspers (1883-1969), a psychiatrist and philosopher called these situations for "limit situations" as an expression for situations where people are meeting suffering, guilt, crisis and death. In this kind of environment or situation existential philosophy came into new life and recognized as to be most influential for both psychology, psychiatry, and theology.

From the 60s and onward Norwegian healthcare chaplains have participated in Clinical Pastoral Care Education (CPE) program in the US (Farsund, 1980; Høydal, 2000). It is believed that when the first Norwegian chaplains returned to Norway after completed their CPE this was the beginning and starting point of the clinical existential group practice (EG) in the mental healthcare services (Farsund, 1982). The first group practice began in the late 60s at Modum Bad by Per Frick Høydal. However, already in the 50s a pre runner for this type of group was led by the chaplain Peder Olsen at Lovisenberg Hospital in Oslo. Recently, 49

Describing and defining the existential groups led by healthcare chaplains

In the EGs, patients are invited to share stories about their life, reflect upon existential issues, talk about meaning in life or crisis of meaning, hopelessness and share thoughts about hope or faith. Telling and sharing stories could be seen as psychosocial constructs and considered to be of importance to human health as it allows ones to incorporate contrasting qualities in one's life into a more unifying and purpose giving whole (McAdams, 2008).

In mental healthcare setting as well as healthcare settings in general, the existential dimension has been described as an independent and fundamental health dimension that influences other health dimensions (biological, sociological, psychological) (DeMarinis, 2008; Melder, 2011). The existential dimension is further understood as a comprehensive concept incorporating a worldview conception, a life approach and a decision-making structure, including rituals and other ways of making meaning (DeMarinis, 2003).

An existential group led by healthcare chaplain has been understood as « a type of group that focusses on the existential dimension by making space for human stories. Additionally, core questions in life and existential meaning making encompassing existential, religious and spiritual issues are discussed, assisted by a variety of psychological and existential theories» (Frøkedal, 2020, p. 23). In mental healthcare treatment setting the focus on the existential dimension could be of significance due to our contemporary postmodern society in which multiple choices and ambiguous social worlds exist. Meaning making is believed to be especially challenging where no guidelines for how humans should live their life or what life means is provided (DeMarinis, 2008; Giddens, 1991).

Considering this, the space provided by the existential groups for telling and sharing stories is of importance. Thus the healthcare chaplains' clinical practice could be viewed as a narrative-based chaplaincy emphasizes the therapeutic significance of illness and health narratives in encounters with patients (Swinton, 2002). A narrative approach to therapy has also been understood to offer privileged entrance to the subjective experience of illness, offering the person experiencing illness an opportunity to express his or her altering sense of self and identity (Kleinman, 1988; Woods, 2011). Furthermore Kirmayer (2000) has argued for the prominence of using metaphors when patients' stories are broken and no overarching narrative exist:

Just as fragments of poetry can be written with no overarching narrative, or only the briefest strand hinted at, so can we articulate our suffering without appeal to elaborate stories of origins, motives, obstacles, and change. Instead, we may create metaphors that lack the larger temporal structure of narrative but are no less persistent and powerful. Such fragments of poetic thought may be the building blocks of narrative: moments of evocative and potential meaning that serve as turning points, narrative opportunities, irreducible feelings and intuitions that drive the story onward. (Kirmayer, 2000, p. 155)

Bridging different discourses in mental healthcare

From my experience as a healthcare chaplain within mental healthcare, trained in both clinical pastoral care and psychodynamic psychotherapy, I have learned that you probably need some time to get an overview of the various viewpoints existing in the clinic. At least that was my case. As time went by I recognized three different discourses existing within the clinical settings of mental healthcare (Sutherland, 2000, pp. 275-277):

(1) *The psychiatric discourse* is employed with the ideology of the brain. Commonly a biological conception of brain illness is used to explain severe mental disturbance. Hence, there is little interest in searching for the origin of the mental disturbance in each individual's psychosocial history. Pharmacological and behavioral treatments are considered most suitable to reduce symptoms.

(2) *The psychological-social discourse* is engaged with the ideology of the mind, emphasizing human life stories. Therapeutic process of reconstruction and reworking of an individual's emotional biography within a dynamic relationship between patient and therapist are considered as a proper treatment of the mental health disorders.

(3) *The spiritual-theological discourse* emphasizes a holistic ideology of personhood. The tradition has roots in mystical theology and clinical pastoral care, both of which highlight the negotiation with the profound parts of emotional life involved in a deeper union with God and the search of health. Mental health disturbance is perceived as a process of discernment of an individual's life journey and experiences. A trusting and containing relationship between an individual and clinical care practitioner become important in this type of treatment.

The different discourses could represent competing ideologies and be challenging to bridge. For example, the understanding of words such as 'treatment' and 'care' vary between different discourses. Picturing mental healthcare as a *building site* (representing a multitude of different work processes going on at the same time) is a helpful metaphor for me. And it's especially true at the clinic. The same patient might receive antidepressant for symptom reduction from the psychiatrist, offered psychological treatment within a dynamic therapeutic relationship by the psychologist, be involved in effective milieu therapy at the ward and hopefully get the opportunity to work with his or her existential meaning making together with the chaplain, during the hospitalization. I have learned instead of focus on the different discourses as competing ideologies I view them as different traditions coexisting side by side, even overlapping and working together aiming for the same goal- improving the patients mental health. You could think of the roots of pastoral care that is building on a deep relationship between pastoral care and psychiatry (Sutherland, 2000). The founder of clinical pastoral education (CPE), Anton Boisen (1951), developed CPE from his own experience of mental illness.

Bridging different theoretical positions

The existential groups are situated in clinical settings within mental healthcare in which differing ideologies and methodologies are interwoven into the interdisciplinary treatment environment. Considering the coexisting discourses described above, health professionals including healthcare chaplains working in this context are anchored in different philosophy of science traditions and their views of knowledge according to their professional background (Sutherland, 2000). Against this background the paradigm of pragmatism became a good choice of research paradigm when I was exploring the existential groups as part of my doctoral work (Cherryholmes, 1992).

Pragmatism could be viewed as a philosophical movement rising in the aftermath of the American civil war, accentuating democracy, plurality and reconstruction. The paradigm are represented with central thinkers as Charles Sanders Peirce (1839-1914), William James (1842-1910), and John Dewey (1859-1952) (Neal, 2011). Pragmatism accentuates practical answers to problems autonomously of ideologies and methodologies (Patton, 2002). Furthermore the paradigm emphasizes on finding the best way to answer specific research questions (Morgan, 2007). Nevertheless, pragmatism is built on secular reason and the view of knowledge and truth that has no ultimate end, so I struggled a bit with bridging pragmatism and pastoral care. Eventually I discovered that pragmatism also has influenced theology and religion by what has been called a reconstructive spirit, claiming that the pragmatic secularism could contribute with a support to faith rather than a denial (Anderson, 1998). I also discovered that the idea of pragmatism had previously been incorporated into pastoral theology (Doehring, 2006). Likewise Henriksen (2017) has followed a pragmatist approach to religion, whereas religion is not mainly seen as a doctrine, but rather as resources for orientation and transformations in human life.

What type of care are the chaplains providing: Pastoral care and pastoral psychotherapy?

The understanding of pastoral care has been contested worldwide and different viewpoints exist side by side (Ballard, 2004). Lately however pastoral care has been defined within an all-encompassing multifaith context (O'Connor & Meakes, 2021), comprising both non-religious /secular including Islamic pastoral care (Nolan & MacLaren, 2021). Pastoral care within a Christian and Jewish context has commonly included different terms (care/counselling/psychotherapy) labelled to *fostering growth, healing and empowerment for just and loving engagement with the world* (Cooper-White, 2006, p. 5).

The healthcare chaplains' role and professional practice has also been debated extensively within healthcare contexts in European countries and also at large in the US (Kofinas, 2006; Miller & Burton, 2014). Should the healthcare chaplains for instance be considered as

healthcare professionals, religious specialist workers, spiritual care providers, or existential care providers? While working with my doctoral thesis on exploring existential groups it became apparent to me that questions concerning the role of healthcare chaplains have evolved from processes of professionalisation and de-professionalisation shaping the western society in the last several decades (Brint, 1994; Pill & Hannigan, 2010). The professions strive for legitimation, and the demand for evidence-based practices is suggested to develop from these processes.

Two models of reasoning might provide understanding of how the healthcare chaplains role and identity could be effected of these processes (Stifoss-Hanssen, Danbolt, & Frøkedal, 2019): Firstly, *the religious service model* that views the chaplain as a religious specialist worker. The main tasks are to preach the word of God, officiate baptisms and funerals, and offer pastoral care to patients and staff members. Secondly, *the existential care model* that views chaplains as health professionals. The main task is securing and improving users' health and wellbeing and enhancing their capacity to cope with crisis, emphasising meaning in life, existential and spiritual support, and comfort.

So consequently, if you think of the role of healthcare chaplains as to *fill a function* within the healthcare system, then most likely a struggle for recognition will start in competition with other professionals. The role as a healthcare profession is probably the most desired. Or if you think of healthcare chaplains as *virtuous agents* whose purpose and goals are informed by the critical sense of their tradition then you will most likely identify as a religious specialist worker.

Based on a growing body of research both in Europe and the USA, aiming at documenting chaplains' professional practice within healthcare settings it could be argued that the existential care model has become more relevant compared to *the religious service model*.

My doctoral theses might be seen as a small contribution along this line.

The following quote could give voice to the struggle for recognition from and within the healthcare system that healthcare chaplains across countries are familiar with:

But what about chaplains? Are we not healthcare professionals who indeed have the time and training needed to listen for stories? Are we not "professional listeners" who are as Tim Thurston who says 'interpreters' or human experience and 'reflectors' who enable meaning-making in the midst of suffering? Chaplains need not be so mute an invisible. Instead, I think that we offer a most prophetic witness in healthcare environments that calls for greater expression. Chaplains know already by their own experience how to establish a report of attentive listening presence with their patients [...]. Chaplains need to claim this experience and communicate it better to others (Mundle, 2011, p. 179; Thorstenson, 2012).

It might also look like conflicts concerning what type of care the chaplains in a Norwegian healthcare context are providing are not of recent date. Some 30 years ago Hans Stifoss-Hanssen (1990) asked if it could be that pastors/chaplains and therapists were sat against each other as a false dichotomy. In other words, either being a chaplain or being a therapist. When exploring the healthcare chaplains running the EGs I discovered that healthcare chaplains reported a double competence in both clinical pastoral care and various type of therapy, including psychodynamic and psychoanalytic psychotherapy (Frøkedal et al., 2017). The patients participating in the EG also linked dimensions of pastoral care and therapy together. They expressed that EG both contributed to enhance their existential reflection of life and hopes for better mental health was described as a reason for continuing in the EG (Frøkedal & Austad, 2019).

These findings ties well inn by Steve Nolan's recently descriptions of common factors of psychotherapy and pastoral care based on analysis of empirical materiel (Nolan, 2020). Common factors described by Nolan (2020, p. 92) are: *making assessment, building report, using active listening, intentionally using self and challenging, and demonstrating core therapeutic attitudes*. The specific factors of pastoral care are determined: *affirming the divine or supporting transcendence, working with belief or life philosophy, creating and conducting rituals (religious or otherwise) being-with (presence) and supporting the institution*. The categories are according to Noland overlapping rather than final and suggested contributing to shaping a meaningful framework in discussing the conundrum of understanding what type of professional care healthcare chaplain are providing.

In Scandinavia pastoral psychotherapy is however not a common terminology in use but could be seen as a specialised form of pastoral care requiring a dual competence of both theology and psychology. Within the clinical treatment setting in Norwegian mental healthcare the healthcare chaplains running groups keep this dual competence (Frøkedal et al., 2017). In light of this I understand pastoral care as a mode of *healing intervention therapy held with a constructive creation affirming theology* in line with Pamela Cooper-White (Cooper-White, 2006, p. 5). Cooper-White is however emphasizing the use of psychoanalytic theory and unconscious process within the therapeutic relationship whereas I would argue for a broader understanding.

Summing up

Healthcare chaplains running existential groups in mental healthcare are in their clinical work challenged by different discourses, theoretical positions, and the co-existence of competing ideologies. By this the healthcare chaplains must find their way and wisely navigate. Perhaps this clinical environment even makes the healthcare chaplains more reflective of their own professional role and position. What is my contribution, the healthcare chaplains may ask themselves – surrounded by a wealth of other experts in the

clinic. A pragmatic viewpoint might become handy. In my view the clinical environment represents multiple viewpoints of reality in which healthcare chaplains' dual competence of both theology and psychology constitutes one part. The healthcare chaplain is not in charge or responsible for the patient's treatment but is one of many contributors in an interdisciplinary team and by this challenged to position oneself in this clinical environment of experts. In light of the healthcare chaplains professional practice of running groups in Norwegian specialist mental healthcare, I fully agree with Stifoss-Hanssen (1990) that chaplains and therapists is a false dichotomy. In the existential groups both these dimensions are integrated. Pastoral care is about paying attention to the pain and brokenness of the human condition. In my view the existential group run by healthcare chaplains represent a practice in which co-creating of psychological, cultural and theological meaning are continually taken place. By this giving voice to the tiniest hint of potential meaning in broken narratives.

References

- Anderson, V. (1998). *Pragmatic theology: Negotiating the intersections of an American philosophy of religion and public theology*. Albany: State University of New York Press.
- Ballard, P. (2004). The clergy: An interesting anomaly. In S. Pattison & R. Pill (Eds.), *Values in professional practice: Lessons for health, social care and other professions*. (pp. 47–55). Oxford, England: Radcliffe Medical Publishing.
- Boisen, A. T. (1951). Clinical training in theological education: The period of beginnings. *Chicago Theological Seminary Register*, 41(19-22).
- Brint, S. (1994). *In a age of experts*: Princeton University Press.
- Cherryholmes, C. H. (1992). Notes on pragmatism and scientific realism. *Educational researcher*, 21(6), 13-17. doi:<https://doi.org/10.3102/0013189X021006013>
- Cooper-White, P. (2006). *Many voices: Pastoral psychotherapy in relational and theological perspective*. Minneapolis: Fortress Press.
- DeMarinis, V. (2003). *Pastoral care, existential health, and existential epidemiology*. Stockholm, Sweden: Verbum.
- DeMarinis, V. (2008). The impact of postmodernization on existential health in Sweden: Psychology of religion's function in existential public health analysis. *Archive for the Psychology of Religion*, 30(1), 57–74. doi:10.1163/157361208X316962
- Doehring, C. (2006). *The Practice of Pastoral Care. A Postmodern Approach*. Louisville, Kentucky: Westminster John Knox Press.
- Farsund, G. (1980). Fra Embetsprest til pastoralklinisk virksomhet [From official priest to clinical pastoral care activities]. In C. Astrup, A. A. Dahl, & N. Retterstøl (Eds.), *Gaustad sykehus 125 år. Det psykiatriske sykehus i dag—Fra enhet til mangfold [Gaustad Hospital at 125 years. The psychiatric hospital today—From unity to diversity]* (pp. 120–134). Oslo: Universitetsforlaget.
- Farsund, G. (1982). Livssynsgrupper for psykiatriske pasienter. En pasoralklinisk erfaring [Philosophy of life for psychiatric patients. A pastoral clinical experience]. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 102(1), 27–30.

- Frøkedal, H. (2020). *Existential groups led by healthcare chaplains within norwegian specialist mental health services. Patient and interdisciplinary perspectives.* . (Doctoral dissertation). VID Specialized University, Oslo. Retrieved from <https://hdl.handle.net/11250/2684722> (17)
- Frøkedal, H., & Austad, A. (2019). «I need someone who can convince me that life is worth living!» Experiences from existential groups led by healthcare chaplains in Norwegian mental healthcare. *Nordic Journal of Practical Theology*, 36(2), 100–110.
- Frøkedal, H., Stifoss-Hanssen, H., Ruud, T., DeMarinis, V., & Gonzalez, M. T. (2017). Existential group practice run by mental healthcare chaplains in Norway: Anationwide cross-sectional study. *Mental Health, Religion & Culture*, 20(8), 713–727. doi:10.1080/13674676.2017.1400528
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age.* Stanford, CA: Stanford university press.
- Henriksen, J.-O. (2017). *Religion as orientation and transformation: A maximalist theory* (Vol. 90). Tübingen, Germany: Mohr Siebeck.
- Høydal, P. F. (2000). Studiet av levende menneskelige dokumenter. Endringer og ettertanke i forbindelse med pastoral-klinisk utdannelse [The study of human living documents. Changes and reflections related to clinical pastoral care education]. *Tidsskrift for Sjelesorg*, 20(1-2), 6–13.
- Kirmayer, L. J. (2000). Broken narratives: Clinical encounters and the poetics of illness experience. In C. Mattingly & L. Garro (Eds.), *Narrative and the cultural construction of illness and healing.* (pp. 153–180). Berkeley University of California Press.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing & the human condition.* New York, NY: Basic Books.
- Kofinas, S. (2006). Chaplaincy in Europe. *Southern Medical Journal*, 99(6), 671–675.
- McAdams, D. P. (2008). Personal Narratives and the Life Story. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (3 ed., pp. 242–262). New York: Guilford Press.
- Melder, C. A. (2011). *Vilsenhetens epidemiologi: en religionspsykologisk studie i existentiell folkhälsa [The epidemiology of lost meaning. A study in psychology of religion and existential public health in a Swedish context]* (Doctoral dissertation). Uppsala University, Uppsala, Sweden.
- Miller, A., & Burton, M. (2014). Challenges for the Future of European Health Care Chaplaincy—A Report of the European Network of Health Care Chaplaincy 13th Consultation, Salzburg, Austria, 28th May to 1st June 2014. *Health and Social Care Chaplaincy*, 2(1), 123–129. doi:10.1558/hsc.v2i1.123
- Morgan, D. L. (2007). Paradigms lost and pragmatism regained: Methodological implications of combining qualitative and quantitative methods. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1), 48–76. doi:10.1177/2345678906292462
- Mundle, R. G. (2011). *Prophetic Pastoral Care and the Refashioning of Identity in Hospital Chaplaincy:* LIT.
- Neal, R. (2011). Democracy, Difference, and Reconstruction: Religion, Theology, and the Spirit of Pragmatism. *Religion Compass*, 5(12), 731–742. doi:10.1111/j.1749-8171.2011.00326.x
- Nolan, S. (2020). Chaplains` case study research. Building towards a theory of chaplaincy care? In Kruizinga R, Körver J, den Toom N, Walton M, & Stoutjesdijk M (Eds.),

- Learning from case studies in chaplaincy. Towards practice based evidence & professionalism* (pp. 85-102). Utrecht: Eburon Uitgeverij.
- Nolan, S., & MacLaren, D. (2021). Religious, Spiritual, Pastoral... and Secular? Where Next for Chaplaincy? *Health and Social Care Chaplaincy*, 9(1), 1–10.
- O'Connor, T. S. J., & Meakes, E. (2021). Three Emerging Spiritual Practices in the Canadian Association for Spiritual Care (CASC): From Pastoral Care and Counselling to Multi-Faith, Evidence-Based Spiritual Care and Psycho-Spiritual Therapy. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 15423050211036662. doi:10.1177/15423050211036662
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative evaluation and research methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Pill, R., & Hannigan, B. (2010). Changing Health Care, Changing Professions. In S. Pattison, B. Hannigan, & R. Pill (Eds.), *Emerging values in health care: The challenge for professionals* (pp. 23–41): Jessica Kingsley Publishers.
- Scheidlinger, S. (2004). Group Psychotherapy and Related Helping Groups Today: An Overview. *American Journal of Psychotherapy*, 58(3), 265–280. doi:<http://dx.doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2004.58.3.265>
- Stifoss-Hanssen, H. (1990). Prest eller terapeut – en falsk motsetning? *Tidsskrift for Sjelesorg* (1).
- Stifoss-Hanssen, H., Danbolt, L. J., & Frøkedal, H. (2019). Chaplaincy in Northern Europe. *Nordic Journal of Practical Theology*, 36(2), 60–71.
- Sutherland, M. (2000). Towards Dialogue: An Exploration of the Relations between Psychiatry and Religion in Contemporary Mental Health. In J. Woodward, S. Pattison, & J. Patton (Eds.), *The Blackwell reader in pastoral and practical theology*: Malden, MA: Blackwell Publishing Ltd.
- Swinton, J. (2002). Rediscovering mystery and wonder: Toward a narrative-based perspective on chaplaincy. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 13(1), 223–236.
- Thorstenson, T. A. (2012). The emergence of the new chaplaincy: Re-defining pastoral care for the postmodern age. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 66(2), 1–7. doi:10.1177/154230501206600203
- Woods, A. (2011). The limits of narrative: Provocations for the medical humanities. *Medical Humanities*, 73–78. doi:10.1136/medhum-2011-010045

21. Rus og meningsdannelse – kliniske perspektiver

Torgeir Sørensen, VID Vitenskapelige Høgskole, Oslo

Lars Lien, Sykehuset Innlandet / Høgskolen i Innlandet

I dette kapitlet spør vi hvilken betydning det har for ruspasienter og deres behandling å søke mot objekter som går utover deres umiddelbare behov, såkalt selvtransendering, og om slik søken har betydning for forebygging av tilbakefall. Det kan synes som om eksistensielle temaer og spørsmål om mening i livet er underkommunisert i rusbehandling i Norge generelt. Samtidig har en rekke norske behandlingsinstitusjoner i rusfeltet et diakonalt verdigrunnlag. Ved noen institusjoner kommer dette tydeligere frem i selve behandlingen enn hos andre.

Kunnskap om betydningen av meningsdannelse og kilder til mening i behandling, samt forebygging av tilbakefall blant pasienter med rusproblemer som presenteres i dette kapitlet, kommer fra et forskningsprosjekt ved en slik rusinstitusjonen. Det er gjort fokusgruppeintervjuer med behandlere og pasienter ved denne institusjonen, i tillegg til dybdeintervjuer med pasienter som hadde gjennomgått et tolv måneders behandlingsopplegg samme sted. Funnene indikerer at selvtransenderende faktorer er viktige i bedringsprosessen hos pasienter i rusbehandling og i forebygging av tilbakefall.

Rus og samfunn

Misbruk av rusmidler er et betydelig problem for den enkelte, familien og andre nære personer og for samfunnet generelt. Rusmisbruk er en av de viktigste årsakene til sykdom og tidlig død i verden, både i form av selvmord og ulykker, men også for alle typer somatisk sykdom. I tillegg øker rusmisbruk risikoen for utvikling av de vanligste psykiske sykdommer som igjen ofte forverrer rusmisbruket. For alle typer avhengighet samlet snakker vi om ca. 400 000, eller en av 10 voksne personer i Norge, som til enhver tid har betydelig nedsatt livskvalitet knyttet til avhengighet. Alkohol er det dominerende rusmidlet. I Norge konsumerer 13% av den voksne befolkningen såpass mye alkohol at de trenger rådgivning og/eller oppfølging av helsetjenesten for sitt alkoholbruk (FHI, 2020). Siden disse dataene er selvrapporterte, er det grunn til å tro at det finnes mørketall. Det viktigste tegnet på alvorlig avhengighet er tap av kontroll og at bruk av rusmidler fortsetter til tross for åpenbare skadelige effekter for den enkelte og familien. Bruk av rusmidler vil for mange løse

problemer på kort sikt, men gir for de fleste store utfordringer på lengre sikt. En av medaljens baksider er utvikling av skam.

Behandling

I løpet av ett år mottar ca. 70.000 personer i Norge tverrfaglig spesialisert rusbehandling poliklinisk eller ved innleggelse (Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon, 2021). Antakelig vil mer enn 20% av befolkningen oppleve et avhengighetsproblem eller misbruk i løpet av sin levetid (Kringlen, 2001). Statistikk knyttet til rusmisbruk inneholder en rekke feilkilder med tanke på rapportering og representative utvalg. Derfor fluktuierer også tallene for hvor mange som får tilbakefall etter endt behandling fra 40 til 75% (Andersson et al., 2019). Rusbehandling i Norge ble så sent som i 2004 en del av spesialisthelsetjenesten. Før det var det kommunene som hadde ansvar for rusomsorgen, som i stor grad var knyttet til sosiale og individuelle sårbarhetsfaktorer som forståelsesramme for behandlingen. Med spesialisthelsetjenesten har biologiske og psykologiske faktor fått større betydning for forståelsen av avhengighet.

Tradisjonen med at en rekke private behandlingstilbud driver rusbehandling ble videreført etter 2004, men nå finansiert av de regionale helseforetakene eller direkte over statsbudsjettet. En betydelig andel av disse eies og drives av organisasjoner og stiftelser som har en diakonal forankring. Imidlertid varierer det i hvilken grad disse institusjonenes verdigrunnlag gjenfinnes i selve behandlingen. Dette gjenspeiler utfordringen disse institusjonene har med å være diakonale og samtidig være profesjonaliserte på en slik måte at det kommuniserer med forventninger i dagens samfunn. Det er blant annet et krav om at pasienter ved slike institusjoner skal ha frie valg knyttet til religionsutøvelse, for at institusjonen skal få offentlig finansiering. Noen av disse institusjonene klagjør på sine nettsider at deres behandling og behandlere har en helhetlig tilnærming, der det fokuseres på pasientenes fysiske, psykiske, sosiale, så vel som åndelige og eksistensielle behov. Samtidig understrekes det at det er pasientens behov og ønsker som står i sentrum.

I forbindelse med et forskningsprosjekt ble det samlet inn datamateriale fra en diakonal institusjon som både i sitt verdigrunnlag og i behandlingen hadde et bevisst forhold til en slik helhetlig tilnærming (Sørensen et al, 2015). Der hadde de en individuell tilnærming til pasientene og inkluderte de fire dimensjonene, inklusive den åndelige, i sitt 12-måneders behandlingsopplegg. Institusjonen hadde et bredt sammensatt behandlingsteam med blant annet lege, psykolog, spesialsykepleiere og fysioterapeut. Flere av de ansatte hadde også bakgrunn som diakon. I tillegg hadde institusjonen en egen institusjonsprest. På denne måten ønsket institusjonen å imøtekomme kravet om profesjonalitet som kom fra helseforetaket som finansierte driften. På den annen side ivaretok de sitt verdigrunnlag ved å fokusere på den åndelige og eksistensielle dimensjonen i behandlingen.

Norge er beskrevet av sosiologer som et av de mest sekulære landene i Europa. Samtidig viser undersøkelser at en stor del av befolkningen støtter seg til noe utenfor seg selv, enten det er Gud, en høyere makt, eller en skjebne som ordner tilværelsen. Mange studier har vist at alle pasienter har behov for å bli møtt på sine eksistensielle og åndelige behov, men særlig der lidelsen er langvarig og medfører endringer i forståelsen av selvet. Samtidig er det en mangel på kompetanse og oppmerksomhet omkring slike temaer blant behandlere. Verdibaserte, diakonale rusinstitusjoner bidrar til å dette fylle gapet i behandlingstilbudet gjennom et helhetlig tilbud og en grunnleggende åpenhet i møte med pasienten sammen med profesjonelle vurderinger.

Personer med rusmisbruk

Personer med rusmisbruk er en svært sammensatt gruppe. De kommer fra alle aldersgrupper, alle samfunnslag og ulike kjønn. Det er et betydelig spenn når det gjelder sosioøkonomisk status, fra de som bor på en benk i parken til de som skjuler seg bak tunge gardiner og høye hekker. Grad av forbruk og type forbruk varierer. Noen bruker ett rusmiddel, mange kombinerer. En ikke ubetydelig gruppe har også store psykiske problemer.

Personer som opplever avhengighet av rusmidler, er i berøring med en rekke eksistensielle spørsmål. De lever til dels svært krevende tilværelser hvor de ofte beveger seg helt ute i livets yttergrenser. Mange ruspasienter har enten forsøkt å ta sitt eget liv eller av andre årsaker vært svært nære døden. Årsakene til rusmisbruk er mange og sammensatte og avhenger av profesjonelt ståsted. For sosiologer og økonomer vurderes avhengighet som valg utfra tilgjengelig muligheter. For dynamisk orienterte psykologer og psykiatere handler det om mangel på impulskontroll og egostyrke, mens for biologisk orienterte handler det om vaner, læringsteori og medisinske modeller knyttet til hjernens belønningscenter. Tidligere, og muligens fortsatt, har avhengighet blitt sett på som dårlig eller svak moral. Det vi vet i dag er at en rekke forhold spiller inn, men gjennom nyere forskning ser vi hvordan traumer og omsorgssvikt kan påvirke genetikken og gi epigenetiske forandringer som øker risikoen for avhengighet.

Mening og kilder til mening

Mening som psykologisk begrep favner ganske vidt og omfatter både meningsfullhet, meningskriser og hvilke kilder til mening som anvendes for å skape mening i tilværelsen (Schnell, 2021). Opplevelsen av meningsfullhet er basert på en for det meste ubevisst vurdering av livet som sammenhengende, betydningsfullt, at livet har en retning og at man hører til et sted. Sammenheng knytter seg til at livets enkelte bestanddeler bidrar til en helhet som skaper mening. At livet har en retning, knytter seg til å ha mål i livet. Det betydningsfulle knytter seg til den enkeltes iboende verdier. På den annen side forstås

meningskrise som en vurdering av livet som frustrerende, tomt, formålsløst, at det mangler mål, og at man er uten tilhørighet.

En rekke ulike kilder danner basis for opplevelse av et meningsfullt liv. Det kan dreie seg om opplevelsen av velvære og tilhørighet til andre. Tradisjoner og verdier kan spille en rolle. Utnyttelsen av sine egne potensialer, utvikle seg og å oppnå noe kan være viktig for opplevelse av mening. I tillegg er det kjent at det å søke mot objekter som går utover ens umiddelbare behov, såkalt selvtransending, har stor betydning. Det benevnes som horisontal selvtransending når for eksempel oppmerksomheten rettes mot samfunnet, omgivelsene og kommende generasjoner. Et slikt uselvisk prososialt engasjement betegnes ofte som 'generativitet' når man er mer opptatt av de andres beste og mindre av sitt eget ve og vel. Vertikal selvtransending er den andre hovedgruppen av selvtransending. Dette er en søken som kan forstås som religiøsitet når den foregår i kollektive, organiserte sammenhenger og er knyttet til bestemte trostradisjoner. Vertikal selvtransending består også av dimensjonen åndelighet (engelsk – 'spirituality'). Åndelighet representerer den enkeltes relasjon til og søken mot det hellige, forstått som Gud, en høyere makt, eller noe eller noen som har gudelignende kvaliteter.

Selvtransending og særlig de delene som knytter seg til generativitet og vertikal selvtransending, blir i dette kapitlet gitt mest oppmerksomhet siden det kan se ut til at disse faktorene har størst betydning for mennesker med avhengighet. Det har vist seg at kildene som vektlegger det kollektive og prososiale, og kildene som vektlegger verdier, religiøsitet og åndelighet, bidrar til en dypere form for mening sammenliknet kilder som vier oppmerksomhet til realisering av eget potensial (Reker & Wong, 2012). Altså har kilder som knytter seg til de store spørsmålene i livet og det som er viktig for mange, det vi kaller global mening, større betydning for opplevelsen av mening enn den enkeltes opplevelser og erfaringer i hverdagen.

Hva vi vet om betydningen av mening, kilder til mening og rusbehandling

Betydningen av opplevelser av dypere mening kommer tydeligere frem når vi går inn i forskningslitteraturen og ser hva andre har funnet ut når det gjelder opplevelsen av mening og sammenheng med fare for rusmisbruk og fare for tilbakefall for ruspasienter. Generelt vet vi fra kvantitative studier at høyere grad av meningsfullhet er relatert til bedre livskvalitet og mindre angst og depresjon. Det er også lavere forekomst av rusmisbruk blant de som opplever livet som meningsfullt. Blant ruspasienter som har gjennomgått rehabilitering er meningsfullhet assosiert med lavere risiko for tilbakefall. Vi vet også at intervensjoner i rusbehandling som inkluderer religiøsitet og åndelighet er mer effektive sammenliknet med metoder som ikke har med disse dimensjonene. Vi ser fra tidligere forskning at opplevelsen av mening ofte er det vi kaller for en medierende faktor. Altså at

kilder til mening kan innvirke på opplevelsen av mening og at opplevelsen av mening i neste omgang har positiv innvirkning på alvorlighetsgraden av rusbruk.

Åndelighet og kontakt med noe utenfor en selv kan gi et videre perspektiv på livet og kan motvirke meningsløshet. Åndelige opplevelser, for eksempel i forbindelse med deltakelse i ritualer, kan også bidra til ro i en krevende livssituasjon. En slik ro kan legge til rette for et ordnet og forutsigbart liv i tillegg til følelsen av å høre til i et fellesskap. Nedenfor vil vi presentere noen av viktigste funnene fra en studie av en diakonal behandlingstilbud for rusmiddelavhengighet.

Behandlers erfaringer

For behandlerne ved den aktuelle institusjonen handlet åndelighet først og fremst om hvordan de møtte og så pasientene i ulike sammenhenger gjennom omsorg og respekt. Grunnleggende i deres tilnærming var et helhetlig menneskesyn der den fjerde dimensjonen, den åndelige, var innvevet i de tre andre, den fysiske, psykiske og den sosiale. Etter deres oppfatning handlet pasientenes åndelighet om å gå utover seg selv, samtidig som åndelighet handlet om å identifisere kjernen i seg selv. Åndelighet var ifølge behandlerne nært knyttet til verdier, tematisert i terapirommet så vel som relatert til hverdagslivet. Rammene for behandlingen ved institusjonen var i stor grad preget av at institusjonen over mange år hadde vektlagt sin diakonale profil samtidig som profesjonelle vurderinger lå til grunn i behandlingen. Det overordnede målet i behandlingen var at pasientene skulle gjenoppdage sin egen verdighet. I forbindelse med kartleggingen ved inntaket på institusjonen ble også pasientens åndelige historie etterspurt. Det var imidlertid opp til pasientene selv om religiøse og åndelige spørsmål skulle være en del av terapien eller ikke. Presten var ikke en del av terapeitemet ved institusjonen. På den annen side var prestens arbeid og hans tilbud om ritualer, sjelesorg og samtalegrupper en del av institusjonens totale behandlingstilbud.

Pasienter og selvtransending

I Norge er det begrenset kunnskap om på hvilken måte pasienter med avhengighet forholder seg til selvtransending i behandling og forebygging av tilbakefall. I materialet fra den diakonale rusklinikken var generativitet særlig fremtredende. Pasientene la inn betydelig innsats for å holde seg rusfrie for sine barns skyld og barnas velvære. Samtidig ønsket de å gi noe tilbake til samfunnet og fellesskapet ved å dele sine erfaringer og å støtte mennesker som strever. Gjennom et år med rehabilitering ble verdier viktige og nye innsikter i så måte gjorde at pasientene ønsket å rydde opp i sine personlige anliggender og betale gjeld i flere betydninger av ordet. Så lenge de var rusmisbrukere hadde døden representert en form for mening som et alternativ til det krevende livet de levde. Gjennom behandlingen fant imidlertid pasientene etter hvert mening i å holde seg i live, for sin egen del så vel som for de

som stod dem nær. Når det gjaldt vertikal selvtransending, var det særlig åndelighet som var fremtredende, i og med at pasientene fremhevet betydningen av en individuell tro på en skjebne som ordnet tilværelsen for dem og tro på en høyere makt utenfor dem selv. Samtidig hadde verdiene de la for dagen ofte tilknytning til et religiøst, kristelig fundament. Kirkelige ritualer bidro til å fylle et tomrom med noe verdifullt.

Verdier

Fraværet av rus og et års opphold på rehabilitering bidro til at pasientene ble bedre kjent med seg selv. Det kan se ut til at de gjennomgikk et skifte hvor de åpnet seg opp for nye perspektiver. Verdier og det som ble vurdert som betydningsfullt i livet hadde gjennom mange år vært skjult av tungt misbruk. Behandlingen bidro til å se hva som hadde gått galt og hva de nå trengte å gjøre. Hva som er meningsfull er blant annet basert på en vurdering av hva som er betydningsfullt i livet. Bevissthet omkring verdier og hva det kan innebære har stor betydning for erfaring av en dypere mening og kan på den måten bidra til rehabilitering og forebygging av tilbakefall. Pasientene nevnte flere verdier som kan betegnes som global mening, altså verdier flere enes om. Eksempler på dette var sannhet, lojalitet, pålitelighet, rettferdighet, generøsitet og det å sette andre høyere enn seg selv. Slike verdier kan bidra til en opplevelse av dypere mening i livet, sammenliknet med verdier knyttet til realisering av ens egne potensialer og personlig velvære (Reker & Wong, 2012).

Pasientene hadde et svært høyt refleksjonsnivå knyttet til disse spørsmålene. Dette kan settes i sammenheng med terapien og samtalene med institusjonspresten, så vel som refleksjoner i eksistensielle samtalegrupper ledet av presten. Slike settinger kan ha hjulpet pasientene til å sette ord på sine kognitive prosesser, deres behov og hva som har betydning og gir mening i livet. Denne muligheten og evnen til å artikulere hva de trenger etter rehabiliteringsoppholdet, har antakelig også bidratt til å unngå situasjoner hvor faren for tilbakefall er stor.

Generativitet

Generativitet er en sterk prediktor for opplevelsen av meningsfullhet. Det er grunn til å tro at rehabiliteringsprosessen bidro til et forsterket engasjement for de andres beste mer enn for sitt eget. Pasientene viste et sterkt uselvisk engasjement for omgivelsene sine, for familien og kanskje særlig for sine egne barn. For at barna deres skulle ha det bra, var pasientene sterkt motivert for til å unngå tilbakefall. Det er også grunn til å tro at pasientenes fremvoksende uselviske engasjement for omgivelsene og fellesskapet kan ha styrket deres følelse av mestringsevne (engelsk – 'self-efficacy'). Samtidig er det kjent at en styrket mestringsevne bidrar til motstandskraft og minsker faren for tilbakefall. Det er derfor gode grunner for å støtte pasienter med rusmisbrukslidelser i deres engasjement for andre. Dette perspektivet styrkes ytterligere av engasjementet for et større sosialt prosjekt, og

andres ve og vel, siden dette bidrar til en dypere og mer «effektiv» form for mening, sammenliknet med individuell og selvcentrert meningsdannelse.

Døden og å holde seg i live

Ifølge Yalom (2002) er vi avhengige av å erkjenne dødens realitet for at vi skal kunne se verdien av det å leve. Antakelige har pasienter med ruslidelser i større grad enn mange andre erkjent dødens realitet gjennom et svært krevende liv, overdoser og ønsker om å ta sitt eget liv. Selv om informantene i det aktuelle materialet forteller om opplevelser svært nær døden, forteller de at de ikke er redde for å dø, men heller er nysgjerrige på hva døden innebærer. Samtidig beskriver de en prosess gjennom behandlingsperioden fra å ha et ønske om å dø til et ønske om å leve. Denne prosessen kan ses i sammenheng med behandlingsperioden og bevisstgjøringen hos pasientene med hensyn til verdier og hva som er viktig i livet, og da ikke bare pasientenes eget liv, men også hensynet til de som står rundt. Livet i seg selv og viljen til å holde seg i live fremstår i så måte som den mest fremtredende verdien, noe som blir en sterk drivkraft for å gjennomføre behandling og samtidig unngå situasjoner som kan bidra til tilbakefall.

Samtaler om livet og døden betegnes ofte som eksistensielle samtaler. Ulike studier viser til betydningen av dette i behandling. Samtidig erkjenner behandlere at dette vies for liten oppmerksomhet og at de ofte mangler kompetanse når det gjelder eksistensielle spørsmål. Det kan være grunn til å hevde at manglende fokus på dette temaet henger sammen med sekulariseringen som har vokst frem i Norge de siste tiårene. Spørsmål om tro og eksistensielle temaer regnes som en privatsak som ikke vedkommer terapirommet, men det kan også dreie seg om en form for sjenanse blant behandlerne. Samtidig understrekes det at på tross av at Norge betegnes som sekulært, har den enkelte fortsatt eksistensiell og åndelige behov (DeMarinis, 2013). I dette stykke er det antakelig mulig å lære av de verdibaserte institusjonene og deres vektlegging av en helhetlig tilnærming og en grunnleggende holdning om åpenhet overfor pasienter. Sammen med profesjonelle overveielser vektlegger slike institusjoner globale verdier og hva som har betydning for den enkelte i hverdagslivet. Slik bidrar meningsdannelse til positive fremtidsutsikter for pasientene.

Religiøsitet og åndelighet

I de senere tiår er det registrert en endring fra organisert religiøsitet til individuell åndelighet i Norge (Repstad, 2020). Dette gjelder også pasientene i forskningsprosjektet vi her presenterer. Deres vertikale selvtransending kan betegnes som åndelighet i og med at de beskrev en tro på noe utenfor dem selv, en høyere kraft, eller skjebnen som ordner tilværelsen, heller enn å kalle det tro på Gud. Deres åndelige tilnærming var basert på ulike trostradisjoner i tillegg til individuelle refleksjoner og meninger. Samtidig var det mulig å

spore elementer av organisert religiøsitet, særlig med tankegods fra en kristen tradisjon, spesielt når det kom til etiske og moralske spørsmål og hvilke verdier som hadde betydning i livet. I tillegg var ritualene de benyttet seg av tilknyttet en kirkelig referanseramme.

Som tidligere nevnt, har åndelighet og religiøsitet betydning for rehabilitering og forebygging av tilbakefall. Informantene i undersøkelsen refererte til erfaringer om at de hadde fått hjelp fra en høyere makt i krevende livssituasjoner. De var også ganske klare på at noe utenfor dem selv styrte og skapte orden i livet. Dette bidro til tillit og trygghet i en verden som kunne være kaotisk. I andre studier av pasienter med misbrukslidelser som gjennomgår helhetlig langtidsrehabilitering, har man sett at pasientene gjennomgår det som kan kalles en 'spiritual makeover' (McClure, 2019). I en slik prosess utvikles en varig åndelighet gjennom refleksjoner og samtaler om eksistensielle spørsmål og verdier, slik det også er nevnt over. En slik åndelighet representerer et fundament som gir et viktig bidrag for pasientene til å unngå tilbakefall etter rehabilitering.

Ritualer

Det er kjent at vertikal selvtransending og en søken mot objekter utenfor en selv gjennom ritualer bidrar til identitetsutvikling, en følelse av tilhørighet og opplevelse av mening, i tillegg til orden i tilværelsen (DeMarinis, 2013). Ifølge pasientene i forskningsprosjektet stod ritualene de deltok i ved institusjonen i sterk kontrast til det stressende og urolige livet de hadde levd som misbrukere av rusmidler. Morgenandakter og gudstjenester foregikk i en beroligende atmosfære i institusjonens kapell. Deltakelsen der ga fred og ro. Det var viktig for dem å kjenne på skjebnefellesskapet med de andre som deltok. Det er godt kjent at sosial interaksjon med andre bidrar til bedre mental helse. Samtidig vet vi også at religiøse og åndelige fellesskap bidrar ytterligere til god mental helse så vel som minsket fare for tilbakefall etter rehabilitering.

En viktig forutsetning for forebygging av tilbakefall er endring av adferd. Et godt eksempel på adferdsendring er pasienten som fortalte at hun tidligere hadde praktisert et drikkeritualet med stearinlys og behagelig musikk, men at hun nå gjennomførte et rituale hver morgen der hun leste en verdibasert tekst, mediterte og gjorde yoga. Det var et bevisst valg at hun brukte den samme metoden, men altså med et vesentlig nytt innhold, der åndelige elementer hun hadde tatt med seg fra institusjonen var viktige bestanddeler. Drikkeritualet er godt kjent blant pasienter med alkoholproblemer. Hensikten med disse er ofte å få energi til å løse ulike problemer, selv om dette sjelden skjer i praksis. Ifølge den aktuelle pasienten ga imidlertid dette nye ritualet en form for energi hun ikke kunne finne andre steder, med unntak av besøk i et kirkerom, ved morgenandaktene på institusjonen, eller i naturen. For henne ga dette nye ritualet og kontakten med en større dimensjon hjelp til å holde seg unna rus, selv om det kunne være vanskelig å beskrive hva dette 'større' var.

Privat skriftemål er ikke en utbredt praksis i Norge. Likevel kan det synes som privat skriftemål i rammen av et kirkelig rituale var ganske utbredt på den diakonale institusjonen. Dette kan antakelig sees i sammenheng med at denne institusjonen hadde en egen prestetjeneste som var bevisst på å tilby dette. Samtidig bidro den verdibaserte behandlingen til prosesser og refleksjoner hos pasientene som i løpet av oppholdet bidro til ønsker om å gjøre opp for mistak de hadde begått som rusmisbrukere. Å motta tilgivelse er en forutsetning for å kunne uønskede handlinger bak seg og kunne gå videre i livet med større motstandskraft. I rammen av et organisert, kirkelig rituale fungerer en slik tilgivelsesprosess som en form for åndelig mekanisme. Ritualet får betydning for den det gjelder i og med at vedkommende i en slik setting forplikter seg både overfor seg selv, overfor presten som gjennomfører ritualet, så vel som overfor Gud eller den høyere makten deltakeren forventer er en del av denne spesielle seremonien.

Sammenfatning

I dette kapitlet har vi fokusert på selvtransenderende faktorer og deres betydning for opplevelsen av mening i livet og hvilken betydning opplevelsen av mening kan ha for pasienters rehabiliteringsprosess og forebygging av tilbakefall. De viktigste selvtransenderende kildene som ligger til grunn for en dypere mening er globale verdier, generativitet, religiøsitet og åndelighet. Fokus på disse faktorene kan bidra til betydningsfulle refleksjoner om verdier og hva som skal gi retning i livet for pasienter etter behandling. For eksempel forteller pasienter at et usevvisk engasjement for sine nære og omgivelsene ellers styrker deres mestringsfølelse, selvtillit og trygghet i livet og at slik generativitet er en sterk motivator for å holde seg rusfri. Deltakelse i religiøse ritualer bidrar til ro og gir en form for energi de ikke finner andre steder. Åndelighet og søken mot en høyere makt bidrar til orden i livet. Deltakelse i privat skriftemål i rammen av et kirkelig ritual kan hjelpe pasienter i rusbehandling å legge feilgrep bak seg, starte på nytt og gå videre i livet.

Diakonale institusjoner med en helhetlig behandling som inkluderer den åndelige dimensjonen fyller et viktig tomrom i dagens norske rusbehandling. Det kan se ut til at deres verdibaserte tilnærming setter i gang viktige selvtransenderende prosesser som bidrar til opplevelse av mening hos pasientene. Dette kan i neste omgang gi et bedre behandlingsresultat og også styrke forebyggingen av tilbakefall.

Referanser

- Andersson, H.W., Wenaas, M., & Nordfjærn, T (2019). Relapse after inpatient substance use treatment: A prospective cohort study among users of illicit substances. *Addictive Behaviors* 90, 222-28. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.11.008>.
- DeMarinis, V. (2013). Existential meaning-making and ritualizing for understanding mental

- health function in cultural context. In H. Westering (ed.) *Constructs of meaning and religious transformation*, 207-22. Vienna: Vienna University Press.
- Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon (2021). 23 500 personer mottok rusbehandling i løpet av årets første fire måneder. <https://www.rusfeltet.no/nyhetsarkiv/23-500-personer-mottok-rusbehandling-i-lopet-av-arets-forste-fire-maneder-article2735-28.html> (Innhentet 27.12.21.).
- FHI (2020). Alkohol i den voksne befolkningen. <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/omsetning-og-bruk/alkoholbruk-i-den-voksne-befolkningen/?term=&h=1> (Innhentet 30.12.21.).
- Kringlen, E., Torgersen, S. & Cramer, V. (2001). "A Norwegian psychiatric epidemiological study." *American Journal of Psychiatry* 158, 1091–98.
- McClure, P.K. (2019). Recovering theism. Three biographical case studies in Alcoholics Anonymous. *Implicit Religion* 22(2), 122-39. <https://doi.org/10.1558/imre.37830>.
- Reker, G. T., and Wong, P. T. P. (2012). "Personal Meaning in Life and Psychosocial Adaptation in the Later Years," in P. T. P. Wong (ed.) *The Human Quest for Meaning: Theories, Research, and Applications (2nd ed.)*, 433–56. New York: Routledge.
- Repstad, P. (2020). *Religiøse trender i Norge*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schnell, T. (2021). *The Psychology of Meaning in Life*. Oxon: Routledge.
- Sørensen, T., Lien, L., Landheim, A. & Danbolt, L.J. (2015). Meaning-making, religiousness and spirituality in religiously founded substance misuse services – A qualitative study of staff and patients' experiences. *Religions* 6, 92-106. doi:10.3390/rel6010092
- Yalom, I (2022). Religion and Psychiatry. *American Journal of Psychotherapy* 56(3), 301-316.

22. Three-Dimensional Spiritual Care for People with Dementia

Peter Kevern, Staffordshire University, UK

Although it can be difficult to define Spiritual Care, we generally have a fairly good idea of what good spiritual care looks like. Whether delivered by a ‘professional’ (such as a Pastor, Chaplain, Nurse or Counsellor) or by a volunteer or family member, we expect it to include a number of elements. We expect the carer to listen attentively to the wishes, desires, stories and struggles of the person they are encountering; to participate with them in the search for meaning in their situation, and to leave them feeling happier or more reconciled to their situation. As summarised in a recent large-scale Danish study of healthcare professionals, it recognises the importance of the person’s spirituality and seeks to work with their beliefs and spiritual history to secure the best outcomes for them: “using dialogue to explore their thoughts, feelings and outlook on life; and assisting patients in finding meaning and purpose in the things they value, and, if possible, gaining inner peace and well-being” (Hvidt *et al.*, 2020, 5).

In my experience, the spiritual care offered to people living with dementia does not often look like this. This is particularly true in the later stages of the condition, when if spiritual care is offered at all it is most often in the form of a shortened worship service for a group of people or some prayers with the individual. There is usually very little attempt to explore outlooks on life or to help somebody find meaning in their situation. On reflection, it is easy to see why this tends to be the case.

Although the definition of spiritual care I offered above is good for most situations, it presents problems when we are thinking about people living with dementia, for two reasons. In the first place, it depends very heavily on the use of language and dialogue to establish what matters to a person, what their wishes are, and how their needs may be met. This is in the best traditions of *person-centred care*, the approach to the patient that takes into account their uniqueness and their preferences rather than trying to impose a standard set of solutions on everybody (Kitwood, 1997). However, in the later stages of dementia it is usual for the person to have difficulty in expressing their wishes and preferences. They may also lack self-insight into what they desire and what matters most deeply to them (Kevern, 2015), so a ‘person-centred’ approach may require more information than it is possible to gather by listening carefully to the person themselves.

The second problem with this approach is that we may understand 'care' very narrowly and imagine that it is enough to help somebody to 'feel better'. Part of the confusion is that, as Janice Clarke maintains, Spiritual Care may be treated as an aspect of good, holistic, nursing care (Clarke, 2013). Since nursing is the vocation to help people to get better (or at least to *feel* better), good spiritual care can be judged by its contribution to this overall goal: the question of what makes such care 'spiritual' is forgotten. This can lead to some very shallow care in practice: if a person with dementia can participate in a hymn, stay quiet for a prayer and appear calm and content at the end of the session it is counted as a 'success' because it represents 'good care' although there is very little spiritual about it apart from the use of a few religious words. This is what I have called elsewhere a 'palliative' approach to spiritual care (Kevern, 2015): the belief that the role of spiritual care is only to make somebody feel better, without engaging with the task of "finding meaning and purpose in the things they value". It overlooks the fact that a person living with dementia may have work to do, challenges to meet and tasks to complete, and so remains very superficial.

Underlying both of these issues is the question of identity: who is the person receiving spiritual care, and what do they need? According to the account of the philosopher John Locke, what makes a human being a person is the capacity to tell a narrative about themselves, the 'story of their life'. What makes the person I call 'me' is the story or stories I tell of myself, and they provide a key source of meaning (McAdams, 1993; Hughes, Louw and Sabat, 2006). Hence, in times of illness or existential threat, spiritual care maybe understood as a way of helping somebody to reframe the narrative of their illness in constructive ways (Lasair, 2020). But this presents a problem for thinking about spiritual care when the person concerned has dementia: if there is no clear story, no narrating self, does it make any sense to talk of a 'spirituality' that provides the basis for spiritual care?

As Julian Hughes put it, ". . . spirituality is part and parcel of what it is to be a person, qua human being in the world. Therefore, our models of dementia – person-centred, palliative, supportive – must be broad enough to encompass spirituality, not as an add-on, but as a fundamental feature." (Hughes, 2011, 205). Conversely, our understanding of spirituality and spiritual care must be broad enough to encompass people living with dementia, and the definitions above seem to have a problem doing this. It follows that we need to expand our view of what contributes to the spirituality of a person living in the later stages of dementia, and to find ways of understanding their spiritual needs that do not depend upon their ability to reflect and communicate them clearly to us.

In this chapter, I will explore how we may expand our view of spirituality, and so of spiritual care, to make it expansive enough to include people living with dementia. I will argue that to do this we need to come to a deeper understanding of the person by drawing on additional sources of information and insight. We need to use this material to help to construct a self-narrative for the person living with dementia and so to gain enough wisdom to offer spiritual

care in an appropriate way. I propose we gain this insight by reflecting on three aspects of the person's identity that are often set aside when we offer spiritual care:

Past – where has the person's spirituality come from?

Present – who and what feeds a person's spirituality now?

Future – what challenges and opportunities for growth are they facing?

Expanding spiritual care for people living with dementia: past, present and future

Past – the role of acquired spirituality.

The majority of people living with dementia now in northern and western Europe grew up in a world where religion was a significant and normative part of life. It is easy and natural, then, to assume that a person's spirituality can be traced by reference to the religious tradition and practices they grew up with, and to shape 'care' along the lines of religious worship. However, this approach should only be used with caution (see, for example, Christian Council on Ageing and Methodist Homes for the Aged, 2014). The person may never have been very attached to the tradition of their childhood, and may even have been traumatised by it; there is no simple relationship between the religion of our childhood and the spirituality of our later years. A different approach is required.

One way to understand spirituality is as a set of symbols, beliefs and practices that build up our sense of the meaningfulness of life before we become fully aware of them, and persist long after we have forgotten the reason for them. These may be the main symbols and practices of a religious tradition, but we develop a unique relationship with them over the years. This means that our spirituality is largely hidden from us, comprised of what may be termed EFEMeRA: Early-acquired, Frequently-repeated, Emotionally Memorable Ritualised Activity. The practices and emotions linked to these EFEMeRA do not depend upon conscious awareness, but on procedural memory (e.g. how to make the sign of the cross) and emotional memory (e.g. a response to an image or icon) which persist after the loss of explicit conscious recall. Thus Vance (Vance, 2005) has developed a form of Procedural and Emotional Religious Activity Therapy (PERAT) that identifies and strengthens the support that people with dementia find in their deeply-ingrained spirituality. Similarly, by paying attention to the responses (positive or negative) of the person living with dementia to particular rituals and symbols from their background, it may be possible to reawaken an ingrained spirituality in them that goes beyond words or conscious thought. A rather beautiful example of how this works is given by Oliver Sacks, who had a patient with a memory span of a few seconds and no memory of the last forty years:

One tended to speak of him, instinctively, as a spiritual casualty – a 'lost soul': was it possible that he had really been 'de-souled' by the disease? 'Do you think he has a soul?' I once asked the Sisters. They were outraged by my question, but could see

why I asked it. 'Watch Jimmie in chapel,' they said, 'and judge for yourself.' I did, and . . . I saw there an intensity and steadiness of attention and concentration that I had never seen before in him or conceived him capable of. I watched him kneel and take the Sacrament on his tongue, and could not doubt the fullness and totality of Communion, the perfect alignment of his spirit with the spirit of the Mass. . . . There was no forgetting, no Korsakov's then . . . for he was no longer at the mercy of a faulty and fallible mechanism . . . but was absorbed in an act, an act of his whole being, which carried feeling and meaning in an organic continuity and unity . . . Clearly Jimmie found himself, found continuity and reality, in the absoluteness of spiritual attention and act. The Sisters were right – he did find his soul here. (Sacks, 1998, 40)

Present – the spiritual self in the social network

Contemporary understandings of spirituality are a product of a modern world which starts with an isolated, self-conscious individual. This model of the human person distorts the concept of 'person-centred care' because it implies that the individual maintains their own 'self' and their spirituality without any help from others. In contrast, Stephen Sabat and Rom Harrej (Sabat and Harrej, 1992) discuss the ways in which the 'person' is a social construction, made up of the different ways that different members of the community recognise, value, remember and respond to the individual. We only have limited control over how this aspect of our individuality is constructed, and it can be a source of distress or a means of controlling us as well as a way of supporting our sense of self. However, without a network of people who recognise and value us, we are likely to suffer from mental illness and spiritual desolation.

If this is the case, we are not going to understand how to give spiritual care to an individual with dementia unless we listen to the people who know them best, who know what has always been important to them, and who help to remember and maintain their individuality. In a recent study of the spiritual insights of carers, for example, we identified one case where the person with dementia and their husband thought of themselves as 'sent'; to each other; and another where the Christian faith of the whole family appeared to have shaped their understanding of dementia (Kevern and Stifoss-Hanssen, 2020).

So we need to be alert to the fact that carers and people close to the person with dementia will be bringing their own perspective and interests. As another conversational thread in the same study demonstrated, some carers may wish to find evidence of positive spiritual growth in the person living with dementia while others may see only decline and loss. As Kitwood pointed out in developing his 'dialectical model of dementia', sometimes the expectations and hopes of the people closest can make the experience of dementia worse (Kitwood, 1997). It is also striking that clergy who offer religious services in elderly care homes may see one of their roles as monitoring the carers for signs that they are abusing

residents: not all carers want the best of the person living with dementia (Kevern and Walker, 2013).

Having said that, for most people their individuality and spirituality is built up and maintained by their social networks. Most of us are very aware of how much we owe to the people and networks around us, but this is particularly clearly the case regarding people living with dementia. One way to understand our life-course is as one in which individual, personal identity is 'lent' to us for a time. The community makes each of us an individual in our early years, and if we later develop dementia, may once again take on the role of supporting our individuality. At this time, those around us may take on extra responsibility for maintaining our sense of self, for, "active, collective authorship of the self-narrative" (Radden and Fordyce, 2006, 73). Although we are used to thinking of our spirituality as something very individual and even private, for most of us it takes place in a social context, shared with those closest to us.

It is therefore vitally important that there are people around who can hold and keep alive those stories so that the person with dementia can maintain an identity, even though he or she may forget that identity. . . These are the components which, together, enable the person with dementia to remain a person, with an identity, a purpose and a community. (Goldsmith in Green *et al.*, 2011, 172)

Future – what are the spiritual challenges of dementia?

One of the things that makes us human is that we have things that need to be done. Existentially, we are presented with challenges to face and life tasks to perform as we grow and change. The way we approach these tasks is closely related to our spirituality.

This is true for all human beings, and we must assume that it continues to be true for a person living with dementia. They may perhaps attain a state resembling what Tornstam terms 'gerotranscendence' in the very old (Tornstam, 2011). Turning specifically to older people living with dementia, Christine Bryden speaks of a similar sense of fulfilment that arises from the need to live always in the 'now' (Bryden and MacKinlay, 2002). Thus, for example, one of the carers who contributed to our study of spirituality and caring said that her mother reached a state of deep enlightenment and peace in the later stages of her dementia (Kevern and Stifoss-Hanssen, 2020), but it is noteworthy that other participants in the conversation reacted strongly to this account by the carer concerned. In the exchange of views that followed, it became clear that, to some extent, carers see what they want to see. Some will see only suffering, others enlightenment, and we need to take care when we guess at what is happening in each person's spiritual life.

However, whether there is a calm growth into transcendence or a daily struggle with distress, there may be challenges that require spiritual care and support. Referring to older

people generally, Pope Francis speaks of them as ‘spiritual pioneers’ who are exploring, for the first time in human history, what it means to develop spiritually in their 80s and 90s (Pope Francis, 2017). Specifically in the case of people living with dementia. Naomi Feil draws on a lifetime of experience to conclude that they, as other people, may have work to do before they die - reconciliation, resolution, forgiveness – which they may manifest as restlessness or anxiety (Feil, 1985). It is, she says, evidence of a struggle between Resolution and Vegetation, requiring spiritual care and support. This is the dimension of spirituality for a person living with dementia that may be overlooked, misunderstood or minimised by those offering spiritual care: they may see signs of distress and respond by offering soothing, distraction or medication in an effort to restore calm, not recognising the possibility of real spiritual growth at that moment. In the terms offered by Naomi Feil, they may encourage the person in distress towards ‘Vegetation’, rather than supporting their attempt to seek resolution.

A rare insight into the challenges of a living spirituality in the face of dementia are given by the words of Robert Davis, a Baptist Minister reflecting on his experience. They raise the question: how may this journey be supported and encouraged by sensitive spiritual care?

. . . Perhaps the journey that takes me away from reality into the blackness of that place of the blank, emotionless, unmoving, Alzheimer’s stare is in reality a journey into the richest depths of God’s love that few have experienced on earth. Who knows what goes on deep inside a person who is so withdrawn? At that time, I will be unable to give you a clue, but perhaps we can still talk about it later in the timeless joy of heaven. . . .

Right now, I walk in partial moonlight. How depressing it would be if all I had to look forward to in life was to journey down into this darkening moonlight only to end up in the cold blackness of the grave. However, I can look beyond the moonlight and see glorious ‘Sonlight’ emanating from . . . heaven. This view makes life makes sense, gives me patience, and produces a yearning in my heart. (Davis and Davis, 1989, 137)

Conclusions – feeding back into SC practice

When we visit a person with dementia to offer spiritual care, we usually see only a part of what makes them a unique person. They may have forgotten a lot of the experiences of their past that make them unique and continue to shape them. They may be living in a residential home away from their social network and the people who know them really well; they may find it difficult to imagine their own future or to communicate about the challenges they face. Because we see only a small part of the person, it is easy to fall into a trivial sort of spiritual care that is only about trying to give them a fleeting sense of comfort and calmness. This may itself be a valuable outcome, but it is a very small view of what spiritual care is – it

does not engage with questions of meaning and purpose, or help somebody to grow or develop into their unique vocation as a person. If we believe in the value of each person living with dementia, we should be trying to offer them more.

In this chapter I have tried to argue that, if we want to offer better spiritual care, we need to start by knowing more about the person. We need to learn more about what has shaped them and continues to live on in their habits, their attitudes and their fears. We need to get to know the people who are close to them and love them, who continue to weave the 'self-narrative' that tells the story of this person, of their meaning and value, their place in the world. We need to be alert to the spiritual insights they may be gaining and the challenges they may be facing, as they lose some capacities to interact with the world and, perhaps, turn to embrace death.

There are two stories that can be told about the spirituality of people entering the world of late-stage dementia. The first is a story of decline and dehumanisation: in this story, everything that makes the person unique and valuable is taken away from them until they are a walking corpse, an empty sack of meat, and there is nothing for the spiritual carer to do but to keep them comfortable until the body has died alongside the mind. This is what Franck would call the 'Chaos' narrative of sickness (Frank, 1993).

The other story, what Franck would call the 'Quest' narrative, is one of continued growth and change, as the person adapts to a life of dementia and rises to the challenges that it brings. In this story, the role of the spiritual carer is to discern and support a process of transformation in which what is being stripped away is the surface layer of distractions and activism, and what is left is the person themselves:

I believe that people with dementia are making an important journey from cognition, through emotion, into spirit. I've begun to realise what really remains throughout this journey is what is really important, and what disappears is what is not important. I think that if society could appreciate this, then people with dementia would be respected and treasured. (Bryden, 2005, 159)

In the end, the story we tell and act upon says as much about ourselves as about the person living with dementia. In what has been called a 'hypercognitive' society (Post, 2000) we are conditioned to value people who can remember, decide, communicate and act with speed and efficiency. This cultural background makes it hard for us to see the spiritual journey of a person living with dementia. When we offer spiritual care for a person living with dementia we do not just challenge them – we challenge ourselves to see beyond our own prejudices and enlarge our understanding of what it means to be human.

References

- Bryden, C. (2005) *Dancing with dementia: My story of living positively with dementia*. Jessica Kingsley Publishers.
- Bryden, C. and MacKinlay, E. (2002) 'Dementia--A spiritual journey towards the divine: A personal view of dementia.', *Journal of Religious Gerontology*. US: Haworth Press, 13(3-4), pp. 69-75.
- Christian Council on Ageing and Methodist Homes for the Aged (2014) *Worship and people with dementia*. Available at:
http://www.mha.org.uk/files/2314/1105/5961/17578_Dementia_Worship_NEW_2014_v2_12.09.pdf .
- Clarke, J. (2013) *Spiritual Care in Everyday Nursing Practice: A New Approach*. Palgrave Macmillan.
- Davis, R. and Davis, B. (1989) *My journey into Alzheimer's disease*. Tyndale House Publishers Wheaton, IL.
- Feil, N. (1985) 'Resolution: The Final Life Task', *Journal of Humanistic Psychology*. 25(2), pp. 91-105.
- Frank, A. W. (1993) 'The Rhetoric of Self-Change : Illness Experience as Narrative', *Sociological Quarterly*, 34(1), pp. 39-52.
- Green, P. et al. (2011) *Spirituality and Personhood in Dementia*. Jessica Kingsley Publishers.
- Hughes, J. C. (2011) *Thinking through dementia*. Oxford University Press.
- Hughes, J. C., Louw, S. J. and Sabat, S. R. (2006) *Dementia: mind, meaning, and the person*. Oxford University Press Oxford.
- Hvidt, N. C. et al. (2020) 'What is spiritual care ? Professional perspectives on the concept of spiritual care identified through group concept mapping' *BMJ open*, 10(12), e042142.
- Kevern, P. (2015) 'The spirituality of people with late-stage dementia: a review of the research literature, a critical analysis and some implications for person-centred spirituality and dementia care', *Mental Health, Religion and Culture*, 18(9) pp.765-776
- Kevern, P. and Stifoss-Hanssen, H. (2020) 'The challenges of dementia care and the (un)making of meaning: Analysis of an online forum on carer spirituality', *Dementia*, 19(4) pp.1220-1236
- Kevern, P. and Walker, M. (2013) 'Religious communities: What can they offer?', *Journal of Dementia Care*, 21(4) pp.26-28
- Kitwood, T. (1997) *Dementia Reconsidered. The Person Comes First*. Open University Press, Buckingham, Philadelphia.
- Lasair, S. (2020) 'A Narrative Approach to Spirituality and Spiritual Care in Health Care', *Journal of Religion and Health*, 59(3), pp. 1524-1540.
- McAdams, D. P. (1993) *The stories we live by: Personal myths and the making of the self*. Guilford Press.
- Pope Francis (2017) 'Homily 27th June 2017, Pauline Chapel'.
- Post, S. (2000) 'The concept of Alzheimer disease in a hypercognitive society', *Concepts of*

- Alzheimer disease: Biological, clinical and cultural perspectives*. Johns Hopkins University Press Baltimore, pp. 245–256.
- Radden, J. and Fordyce, J. (2006) 'Into the darkness: losing identity with dementia', in Hughes, J. C., Louw, S. J., and Sabat, S. R. (eds) *Dementia: mind, meaning and the person*. Oxford: Oxford University Press, pp. 71–88.
- Sabat, S. R. and Harrej, R. O. M. (1992) 'The Construction and Deconstruction of Self in Alzheimer 's Disease', pp. 443–461.
- Sacks, O. (1998) *The Man Who Mistook His Wife For A Hat: And Other Clinical Tales*. Simon and Schuster.
- Tornstam, L. (2011) 'Maturing into Gerotranscendence', *Journal of Transpersonal Psychology*, 43(2).
- Vance, D. E. (2005) 'Procedural and Emotional Religious Activity Therapy', *Activities, Adaptation & Aging*. Routledge, 29(1), pp. 27–45.

23. Dikt og demens: eksistensielle og estetiske språklege prosessar

Oddgeir Synnes, VID Vitenskapelige Høgskole, Oslo

Nordlyset

Husker en kveld
jeg kjørte hjem fra Narvik
Jeg kom til broa
Og der!

Jeg stoppet bilen
og gikk ut

Det var akkurat som nordlyset
ordnet noe inni meg

Jeg kom ikke hjem før det ble natt

Ingeborg Mølmen

Diktet "Nordlyset" er skrevet av Ingeborg Mølmen. Ingeborg lever med ein demenssjukdom og har vore brukar av Råkhaugen dagsenter for personer med demens i Molde kommune. I løpet av den tida ho har vore brukar ved Råkhaugen har ho deltatt i diktgrupper som del av prosjektet "Dikt og demens". Gjennom samtalar med brukarar ved dagsenteret har det blitt laga dikt basert på det deltakarane har fortald. Samtalane har blitt tatt opp på lydband, transkribert og lytta til. Ved å bruke tid og verkeleg lytte til kva som blei sagt i samtalane, har vi oppdaga poetiske uttrykk, små detaljar frå barndom og ungdom, tankar om kvardagen. Og som i diktet til Ingeborg er alle ord og uttrykk deltakaren sine.

I arbeidet med deltakarane og dikta såg vi at dikta som blei produserte hadde kvalitetar som fortente eit større publikum. I september 2018 innleidde vi eit samarbeid med Bjørnsonfestivalen i Molde som i alle år har vore opptatt av marginaliserte grupper og ytringsfridom. Under Bjørnsonfestivalen blei eit utval av dikta lesne av ein skodespelar for

ein fullsett sal og med mange av deltakarane på dei fremste radene.

Samstundes innleidde vi samarbeid med det lokale busselskapet (Fram), og under festivalen kørte bybussane i Molde rundt med dikt av personar som lever med demens både bakpå og inne i bussane.

Prosjektet dikt og demens var også eit forskingsprosjekt der vi gjennom nærlesing av dikta, observasjonar under kursa og intervju med helsepersonell og familiemedlemmer undersøkte kva eit slikt tiltak kan innebere (Synnes, Råheim, Lykkeslet & Gjengedal, 2021; Synnes, Gjengedal & Råheim, akseptert). I kapitlet vil eg dele nokre av resultatata og erfaringane frå prosjektet. Argumentet vil vere knytt til at å arbeide med diktskriving og eit poetisk språk innan demensomsorg, kan vere eit språk som opnar for å sjå potensiale og mulegheiter i kvardagsspråket til personar som lever med ein demenssjukdom. Og vel så viktig: møtet med dikta til personar med demens kan også gjere noko med oss, med tilhøyrarane og lesarane av dikta. Å bringe dikta ut til eit større publikum kan innebere ein del av eit narrativt medborgarskap ved demens ved at tekstane syner fram delar av levd liv, men også ved at tekstane bidrar til å utvide vår eiga forteljing og forståing.

Demens: eit samansett fenomen

Demens er ein samlekategori for ei rekkje symptom som inneber endringar i hjernen. Desse er kjenneteikna av tap av kognitive funksjonar som m.a. redusert hugs, merksemd, orienteringsevne og kommunikasjon. Men sjølv om demens er knytt til tap av funksjonar i hjernen, har det vakse fram ei aukande erkjenning av at demens også er eit samansett fenomen som blir påverka av sosiale settingar, personlege ressursar, miljøet ein er ein del av og større samfunnsforhold.

Ein konsekvens av å sjå demens som noko som blir påverka utover det kognitive, er at den tradisjonelle forståinga av at tap av kognisjon inneber tap av identitet blir utfordra. Sjølv om det kognitive sviktar, inneber ikkje det at ein treng miste seg sjølv. Kven vi er, er ikkje berre knytt til kva vi som individ kan hugse. Musikkpreferansar, humor, kva vi likar å ete, gleda ved å vere saman med andre menneske, å vere ute i naturen treng ikkje forsvinne. Men det krev at vi evnar å legge til rette for deltaking og samhandling. Demens fordrar ei forståing av at vi er alle relasjonelle personar som er avhengige av andre menneske for å kunne leve gode liv.

Korleis vi møter og samhandlar med personar med demens kan oppretthalde, stadfeste eller underminere deira personstatus. Ei slik forståing av demens legg vekt på at identiteten og sjølvet vårt er noko som ikkje berre er kognitivt, men er relasjonelt, kroppsleg og innfelt i meningsfulle samanhengar og kulturar. Ein har difor i ulik forskning og diverse praksisar på demensfeltet fått ei auka interesse for tilrettelagte aktivitetar som tar inn over seg det kroppslege og det relasjonelle som viktige føresetnader for at personar med demens kan delta. Omgrep som relasjonelt medborgarskap (relational citizenship) og kroppsleg

medborgarskap (embodied citizenship) (Kontos et al, 2017) peikar på dette. Å tenke annleis kring språket til personar som lever med ein demenssjukdom kan vere eitt bidrag til å tenke nytt om deltaking og meiningsskaping.

Dikt og demens: i praksis og i forskning

Det kan synast paradoksalt å skulle arbeide med språk når det å leve med ein demenssjukdom nettopp er kjenneteikna av tap av språk og ord. Likevel har det blitt understreka av fleire forskarar at personar med demens framleis er aktive språklege individ («linguistic agents») (Swinnen & de Medeiros, 2018). Eitt døme på ei meir nyansert forståing av språk og demens er arbeidet til den svenske psykologen Lars-Christer Hydén som i ei årrekkje har undersøkt samskapande forteljingar ved demens («collaborative storytelling»). Hydén viser korleis mange personar med demens (i alle høve i tidlegare fasar) kan uttrykkje seg sjølv og ei forteljing om seg sjølv gjennom støtte frå ein person som kjenner vedkomande og som kan støtte opp under og framheve element under forteljesituasjonen (2018). Hydén åtvarar mot å tenke for tradisjonelt og snevert kring vande narrative normer for kva ei forteljing er. Inspirert av psykoanalytikaren Theodor Reich sitt omgrep “å lytte med eit tredje øyre” (listening with a third ear), vil Hydén legge vekt på at vi må lytte bortanfor det innhaldsmessige, ved også å ta innover oss kroppslege uttrykk, det emosjonelle, gestar, rytme og jamvel poetiske kvalitetar. Slik kan vi sjå og finne lingvistiske uttrykk og «forteljingar» hos personar som lever med ein demenssjukdom som det elles ville ha vore lett å oversjå.

Å tenke utanfor det vi oftast tenker som det språket vi brukar til å fortelje om oss sjølv, i særleg grad det narrative, har gjort at fleire har interessert seg for poesi som ein sjanger som kan ha særskilt relevans for demens, både praktisk og akademisk. Igjen kan dette synast paradoksalt: poesi er gjerne den sjangeren som er kjenneteikna av å vere særleg avansert som språkbruk og som krev meir av både forfattar og lesar enn til dømes kvardagsspråket. Men den engelske poeten John Killick, som i mange år har arbeidd med praktiske prosjekt der han har skrivne dikt saman med personar som lever med ein demenssjukdom (2018) hevdar at det nettopp er poesien som sjanger som best kan fange det språket som personar med demens framleis har. I følgje Killick er språket til personar med demens nærmare poesien ved at det ikkje alltid følgjer ein narrativ struktur eller har ein opplagt koherens og samanheng, men der ein kan finne ein eigen rytme og der originale uttrykk og metaforar ofte dukkar opp. Medan Killick sitt arbeid består i å lytte og å ta opp på lydband eller skrivne ned samtalar med personar med demens for deretter å lage poesi basert på samtalan og opptaka, har andre knytt poesien i demensfeltet til det performative. Poesien har alltid hatt ei sterk performativ side og ved å utnytte lyrikkens verkemiddel av rytme, musikalitet og gjentaking har den amerikanske poeten Gary Glazner gjennom sitt Alzheimer’s Poetry Project (2005) (<http://www.alzpoetry.com>) arbeidd med ulike former for gruppebasert poetisk praksis. Ein måte Glazner arbeider på er gjennom resitasjonar av kjende dikt der

Glazner byr inn deltakarane i ein såkalla «call and response»: Glazner roper ut ei linje og så gjentek dei andre deltakarane denne. Ofte er resitasjonane følgde av kroppslege uttrykk som handklapping og gestar for å understreka orda. Andre gongar inviterer Glazner til improvisasjon over konkrete tema som t.d. kjærleik eller årstider, og der innspela frå deltakarane blir utgangspunkt for poesi som deretter kan lesast høgt. Sentralt i Glazners arbeid er prinsippet om gjentakning av korte linjer som gjer at alle kan delta, stundom berre gjennom å bevege leppene. Eit anna kjent arbeid som er opptatt av det performative og augeblikket er Anne Basting (2009) og metoden TimeSlips (<https://www.timeslips.org/>). Basting er kjend for credoet «forget memory, try imagination» (2009) og legg vekt på improvisasjon og imaginasjon i augeblikket framfor reminisensbaserte aktivitetar som freistar å aktivere minnet. Gjennom bruk av bilete, som er opne for mange ulike tolkingar, legg Basting til rette for samskaping av poetiske små forteljingar som er knytt til eit skapande no der alle kan vere med og der ingenting blir sett som galt.

Kva er det med poesi som sjanger som kan ha særskilt verdi ved demens?

Før eg går inn i mitt eige praktiske arbeid med dikt og demens vil eg gi nokre teoretiske innspel frå litteraturvitskap og poetar som kan gi ei auka forståing av kvifor poesi som sjanger kan vere særleg fruktbar i møte med demens.

Eitt poeng eg vil trekkje fram er korleis poesien representerer ei anna tidsforståing og språkpraksis enn prosa, slik vi til dømes finn det innan narrasjonen eller forteljinga. Eitt eksempel på denne skilnaden finn vi uttrykt hos Jan Erik Vold når han i eit dikt skriv at "Prosa er linje, poesi er punkt" (Vold, 1969). Der prosaen med si linje og retning framover følgjer eit tidsforløp, er poesien punktuell, knytt til eit her og no. Denne skilnaden er ikkje minst interessant med tanke på språk og demens, til dømes slik vi ser det i Glazner og Basting sine poetiske prosjekt som eg har presentert ovanfor. Poesien føreset ikkje minne på same måten som forteljinga og kan opne for eit potensiale her og no gjennom imaginasjon og performativitet. Skilnaden mellom poesi og prosa som Vold her peikar på er i denne samanhengen også særskilt interessant i lys av debattar om identitet og språk knytt til demens der demenssjukdommar er kjenneteikna av at det blir vanskeleg å halde fast i ein samanhengande eller kronologisk forståing av språket og tida som horisontal. Ein sentral tanke om kva identitet består av er nettopp knytt til evna å halde fast i ei sjølvrefleksiv forteljing der ein kan fortelje om kven ein er basert på, kvar ein kjem frå og kvar ein er på veg. Omgrep som narrativ identitet og eit narrativt sjølv peikar på dette.

Ein slik form for narrativ identitet er naturleg nok vanskeleg å skulle oppretthalde over tid om ein lever med ein demenssjukdom. Fleire har difor tatt til orde for at personar med demens lever med eit svekka narrativt sjølv, eller lever i ein situasjon der ein har mista sin identitet. Samstundes har ei einssidig forståing av det narrative sjølv blitt kritisert innan

demens. Eitt døme er dei tyske filosofane Michela Summa og Thomas Fuchs (2015) som ut frå eit fenomenologisk perspektiv argumenterer for at det narrative sjølv og ein medviten kognitiv måte vi er i verda på, er berre ein av mange måtar ein person forstår seg sjølv og agerer på. Det vi hugsar kan også vere implisitt og kroppsleggjort i vanar og assosiative minne som dukkar opp. Dei omtalar difor eit *episodisk sjølv* som ein viktig del av ei nyansert forståing av sjølv og knytt til personar med demens. Viktige aspekt ved sjølv og knytt til personar med demens. Viktige aspekt ved sjølv og knytt til personar med demens, trass i at kapasiteten for eksplisitt narrativ meningsskaping er redusert.

I sitt arbeid med demens og eit episodisk sjølv er Summa og Fuchs opptatt av korleis dette kan bli bevart i t.d. kroppslege minne, men dei er ikkje innom eit språk som kan bevare dette. I eit nyleg kapittel (sjå Synnes, Gjengedal & Råheim, 2022) koplar vi tankar om eit episodisk sjølv og poesi. Eit særmerke med poesien er den evna den har til å ta eit augeblikk og halde det fast. I det konkrete arbeidet med dikt og demens kan nettopp ei slik forståing av sjølv og knytt til personar med demens, Der prosaen og forteljinga nettopp er knytt til det samanhengande over tid, opnar poesien for det punktuelle som kan sjåast i lys av tankar kring eit episodisk sjølv.

Men kva er det poesien held fast? I følgje den amerikanske lyrikaren og professoren i litteratur, Susan Stewart (2002) handlar poesi om språkleg formgjeving av førstepersonsperspektiv. Stewart som står i ein fenomenologisk tradisjon hevdar at poesien gjennom historia har synt oss kva eit førstepersonsuttrykk kan vere – den har gitt form til det flyktige og medvitte vårt og slik har poesien gitt oss ei auka forståing for kva eit indre medvit er. Vidare kan poesien, i følgje, Stewart knytast til intersubjektivitet, altså at noko blir tilgjengeleg for fleire gjennom forma. Den poetiske form gir ei varigheit og ei forlenging av bevissteita og individuelle sanseopplevingar som opnar for ein intersubjektivitet, både for enkeltpersonar og samfunn. For Stewart inneber difor poesi ei kreativ handling som opnar for ei potensiell gjenkjenning mellom menneske som kan verke mot isolasjon og gløymse.

Men den formgjevinga av sanseintrykk som Stewart er opptatt av er naturleg nok knytt til den ytre verda. Det er inntrykk av ei sanseleg verd. I følgje den amerikanske poeten Gregory Orr (2002) er ei av dei sentrale oppgåvene til poesien å namngje verda. Poesien gir liv til ei sanseleg og meningsmetta verd, og gjer denne, gjennom den poetiske forma, både deleleg og minneverdig.

Både Stewart og Orr skriv ut frå eit perspektiv som poetar og knytt til skjønnlitterære praksisar, ikkje ut frå eit perspektiv om demens. Men eg vil hevde at innsiktene deira om kva poetisk språk inneber kan gi auka forståing av kvifor poesien kan vere særleg produktiv i møte med demens.

Eitt eksempel kan vere diktet eg byrja dette kapitlet med, “Nordlyset”. Dette er eit dikt som

fokuserer på eitt minne eller ein episode som gjennom språket og sanslege detaljer inneber ein intersubjektivitet mellom forfattar og lesar. Eit minne som har gjort inntrykk blir gjennom det poetiske språket løfta, ikkje minst ved den treffande formuleringa “nordlyset ordnet noe inne i meg”, og ved at minnet blir sett opp som eit dikt, gitt rom og rytme gjennom linjedelingar - noko som gjer det delbart og minneverdig.

Dikt og demens-prosjektet i Molde

Prosjektet “dikt og demens” blei arrangert som eit samarbeid mellom Høgskolen i Molde og Råkhaugen dagsenter for personer med demens i Molde. Intensjonen var at vi ønskte å både gjere eit praktisk prosjekt og undersøke korleis deltakarar, tilsette og pårørnde opplevde tiltaket. Råkhaugen hadde over fleir år arbeidd med diktgrupper, og no ønskte dei å gjere dette til eit større prosjekt. Mi rolle i prosjektet var, saman med dei to tilsette Bente Fiksdal og Elisbath Gravdehaug, å leie diktgrupper for heimebuande personar med demens som var brukarar av dagsenteret.²⁹ Hausten 2017 og våren 2018 møttest fire grupper på mellom tre og fire deltakarar i kvar gruppe over to gongar, kvart møte varte om lag ein time.

Gruppene besto av at vi såg på diverse bilete saman, vi las poesi og så freista eg å opne for kommentarar eller samtalar mellom deltakarane. Samtalane og kommentarane blei tatt opp på lydband, og eg og medleiarane av gruppene noterte også ned ord og uttrykk undervegs. Fleire av deltakarane var i byrjinga både spente og urolige for å seie noko feil. Vi brukte difor tid til å understreke at det viktige var prosessen, at ingenting var galt, at vi først og fremst var saman for å ha det hyggeleg – og kanskje lage nokre dikt saman. Nokre gongar skreiv vi dikt der og då; nokre utsegner blei spontant noterte ned, lett redigerte og lesne høgt for deltakarane. Men dei aller fleste dikta blei laga basert på transkripsjonane. Like i etterkant av samlingane sette eg meg ned og transkriberte lydbandopptaka. Same kveld sette eg meg ned med prosjektmedarbeidar Arne Ruset, som er poet og alderspsykiatar. Saman las vi og “lytta” til transkripsjonane og redigerte dikt ut av materialet. Etter modell av Killick (2018) hadde vi aldri love å legge til noko, alle ord i dikta måtte vere deltakarane sine egne. Vi gjorde heller ingen store endringar der vi t.d. flytta rundt på setningar. Men vi kunne fjerne nokre setningar, mindre ord; og vi sette tekstane opp som dikt med inndelingar i verselinjer og strofer for å framheve rytme og poeng. Deltakaren er forfattaren medan vi er redaktørar. Neste samling blei dikta så lesne høgt for deltakarane som også fekk tekstane i trykt versjon.

²⁹ Prosjektgruppa for «dikt og demens» har bestått av: Førstemanuensis Oddgeir Synnes, Høgskolen i Molde og VID vitenskapelige høyskole Poet Arne Ruset Professor Else Lykkeslet, Høgskolen i Molde Professor Eva Gjengedal, Høgskolen i Molde og Universitetet i Bergen Professor Målfrid Råheim, Høgskolen i Molde og Universitetet i Bergen Dagleg leiar Marit Hoemsnes Angen, Råkhaugen dagsenter Hjelpepleier Elisabeth Gravdehaug, Råkhaugen dagsenter Hjelpepleier Bente Fiksdal, Råkhaugen dagsenter

I det følgjande vil eg peike på noko av det potensialet som sjangeren poesi kan ha i møte med personar som lever med ein demenssjukdom:

Eitt aspekt er at poesien gir eit anna blick og ei ny fortolkingsramme for språket til personar med demens. Å tenke på kvardagsspråket til personar med demens som potensielle dikt gjorde at vi "las" utsegnene på ein annan måte. I staden for å sjå etter samanhengande forteljingar såg vi etter formuleringar som kunne settast opp som dikt. Og i dette arbeidet blei vi overraska over kor mange dikt vi kunne finne etter ei times samling. Då vi byrja tenkte eg kanskje at vi ville kunne lage eit dikt eller tre etter ei slik samling. Men i arbeidet då eg transkriberte lydbandopptaka blei eg slått over kor mange gode og originale uttrykk som hadde kome fram, noko som eg slett ikkje hadde fått med meg då vi hadde vore samla under kurset. Og dette blei ytterlegare forsterka då vi las gjennom transkripsjonane. Ved å fjerne eitt og anna overflødig ord, ei setning m.m. kunne vi finne titals dikt etter kvar samling. Og vi blei slått av kvaliteten på mange av formuleringane. Stundom var det små kommentarar mellom deltakarane som kunne bli eit lite dikt, andre gongar var utsegnene små forteljingar som fungerte som dikt, det Gregory Orr (2002) omtalar som lyric stories, små forteljingar sentrerte rundt eitt minne og med berre to eller tre karakterar. Vi fann mange slike lyriske forteljingar. Dette er forteljingar som sjeldan hang saman med livshistoria til deltakaren, men som spontant dukka opp som eit minne i løpet av samtalane under kurssamlinga. Slik sett er dette lyriske forteljingar som snarare må sjåast som representasjon av eit episodisk sjølv enn eit narrativt sjølv. Eller kanskje ein kan sjå dei som tekstar som befinn seg mellom det episodiske og narrative sjølv. Eitt eksempel kan vere det følgjande diktet:

Danserytmen kom tidlig inn i kroppen

Jeg var oppkalt etter en avdød onkel oppe i Sulis
Han spilte trekkspill, flink musiker
Døde da han var noen og tredve
av tuberkulose

Mor hans hette Astrid Hansen
og da ho kom nedover til barnedåpen min
og fikk se det pene guttebarnet
Så bestemte ho med en gang
at han skulle hete Valter
etter hennes avdøde sønn

Og seinere, når tante Astrid så meg
Så tok ho meg på armen
(Ho var stor og kraftig)
og dansa med meg

Så jeg fikk danserytmen tidlig
inn i kroppen

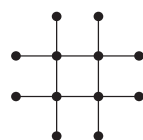
Eitt anna aspekt ved dette arbeidet er kva dikta gjorde med deltakarane. Neste samling tok vi dikta attende til deltakarane, leste dei høgt og samtalte om dei. Deltakarane blei gripne av tekstane. Det var mykje latter, men også tårer når dei fekk tekstane attende. Dei kjende att tekstane som sine, dei hugsa formuleringane og tekstane. Men samstundes opplevde dei at dikta også var noko meir, dei var løfta opp. Å sette opp ein tekst som eit dikt gjer noko med korleis vi les diktet. Det gjer at kvar verseline får ei auka vekt og at vi tillegg orda ein annan kvalitet enn om vi les det som prosa. Møtet med dikta gjorde at deltakarane begeistra og stolte. Det blei skapt ei høgtidsstund der deltakarane etter kurssamlinga gjekk rundt, tok kvarandre i handa og takka for samværet. Ei eldre kvinne uttalte: «Ja, dette var noko anna enn bla, bla, bla.». Og ein eldre mann som tidvis hadde store problem med språket løfta opp hendene og sa: «dette var så stort!». I samtalar med dei tilsette fekk vi høyre korleis skrivegruppa også hadde gjort at deltakarane blei kjende med kvarandre på ein ny måte og det hadde oppstått vennskap som ikkje hadde vore der før gruppa byrja. Etter eine samlinga overhørte ein tilsett følgjande samtale mellom to av dei mannlege deltakarane:
"Eg hadde aldri trudd at eg skulle bli diktar!"
"Det er hit du må kome om du skal bli frisk"

Det siste aspektet eg vil trekkje fram er korleis dette arbeidet også kan ha noko å seie i eit større samfunnsperspektiv. I sitt arbeid med narrativt medborgarskap og demens er Clive Baldwin (2008) opptatt av å legge til rette for at personar med demens skal kunne ha ei forteljing i samfunnet. Dette gjer at vi må tenke nytt om språket til personar med demens. Kanskje vi også må innlemme kroppslege uttrykk og rørsler, spør Baldwin, ikkje berre tradisjonelle forteljingar som vi veit personar med demens ofte har problem med å uttrykkje. Baldwin nemner ikkje dikt, men eg vil hevde at å tenke poesi i møte med personar med demens kan innebere eit blick og eit fortolkingsrom som kan sjå ressursar og potensiale som elles fort ville ha oversett. Eit anna perspektiv ved Baldwin si forståing av narrativ medborgarskap ved demens er korleis personar med demens også kan bidra til vår forteljing. Etter å ha arbeidd med dette prosjektet over tid, har eg erfart kva tekstane kan ha å seie for dei som får lese dei, ikkje berre blant deltakarar i prosjektet, men også familiemedlemmer og andre interesserte som under Bjørnsonfestivalen. Og dikta held fram med å gjere inntrykk på nye lesarar. I september i 2021 blei også diktboka *Tellagulla: dikt av personar som lever med ein demenssjukdom* (Synnes & Ruset, 2021) lansert i Molde. Og i Aschehoug sitt *Ren poesi julehefte* (Wisløff, 2021) blei diktet eg opna dette kapitlet med, Ingeborg Mølmen sitt "Nordlyset" trykt, saman med dikt frå etablerte lyrikarar som Kolbein Falkeid, Cecilie Løveid og Jan Erik Vold. Dikta frå deltakarane i dette prosjektet minner oss på kva som framleis er til stades. Om vi evnar å lytte og legge til rette for det.

Litteratur

- Baldwin, C. (2008). Narrative (,) citizenship and dementia: The personal and the political. *Journal of Aging Studies*, 22(3), 222–228.
- Basting, A. D. (2009). *Forget memory: Creating better lives for people with dementia*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Glazner, G. M. (2005). *Sparking memories: The Alzheimer's poetry project anthology*. Santa Fe, NM: Poem Factory.
- Hydén, L. C. (2018). *Entangled narratives: Collaborative storytelling and the re-imagining of dementia*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Killick, J. (2018). *Poetry and dementia: A practical guide*. London, England: Kingsley.
- Kontos, P., Miller, K. L., & Kontos, A. P. (2017). Relational citizenship: supporting embodied selfhood and relationality in dementia care. *Sociology of Health & Illness*, 39(2), 182–198.
- Orr, G. (2002). *Poetry as survival*. Athens: University of Georgia Press.
- Stewart, S. (2002). *Poetry and the Fate of the Senses*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Summa, M., & Fuchs, T. (2015). Self-experience in Dementia. *Rivista internazionale di Filosofia e Psicologia*, 6 (2): 387–405.
- Swinnen, A., & de Medeiros, K. (2018). “Play” and people living with dementia: A humanities-based inquiry of time slips and the Alzheimer's Poetry Project. *The Gerontological Society of America*, 58(2), 261–269.
- Synnes, O., Råheim, M., Lykkeslet, E., & Gjengedal, E. (2021). A complex reminding: The ethics of poetry writing in dementia care. *Dementia*, 20(3), 1025-1043.
- Synnes, O., Gjengedal, E. & Råheim, M. Time and dignity: A phenomenological investigation of a poetic practice in dementia care. I: O. Lehmann, O. V. & O. Synnes (red.) *A Poetic Language of Ageing*. London: Bloomsbury. Akseptert for publisering.
- Synnes, O. & Ruset, A., (red.)(2021), *Tellagulla: dikt av personar som lever med ein demenssjukdom*. Molde: Råkhaugen dagsenter for personer med demens; Høgskolen i Molde.
- Wisløff, E. (red.) (2021). *Ren poesi julehefte anno 2021: når nettene blir litt for lange*. Oslo: Aschehoug.

ISSN: 2464-3777



VID