



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BVP331-H-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	30-04-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	14-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BVP331 1 H 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	337
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7980
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *: Ja

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	26
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



BACHELOROPPGAVE

Religion og psykiatri – et essay om
hvordan møte pasientens religiøse
erfaringer.

*Religion and psychiatry – an essay concerning how to face
patient's religious experiences.*

Kandidatnummer: 337

Antall ord: 7980
Bachelor i vernepleie
Fakultetet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for velferd og deltaking
Bergen

14.05.2021

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle
kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Sammendrag

Hvordan skal vi håndtere pasienters religiøse forestillinger innenfor psykiatrien? Da jeg hadde min praksis på et psykiatrisk sykehus, ble jeg fortalt av min veileder at vi ikke skulle snakke med pasientene om religion. Jeg fikk ingen forklaring på hvorfor, og jeg opplevde det som vanskelig da flere av pasientene virket som at de ønsket å snakke om dette. I dette essayet skal jeg se nærmere på hvilken plass religion skal ha på et psykiatrisk sykehus. Skal man ignorere utsagnene og behandle dem som vrangforestillinger, eller skal man åpne opp for det religiøse aspektet? Jeg vil belyse problemstillingen med forskjellige perspektiver og hele veien reflektere og stille spørsmål til leseren.

Abstract

How should we handle patients religious experiences within the psychiatry? When I had my internship at a psychiatric hospital, I was told by my counsellor not to talk about religion with the patients. I got no explanation to why this was the case, and I experienced it as difficult as a lot of the patients seemed interested in talking about their beliefs. In this essay, I'm going to take a closer look on which position religion should have at psychiatric hospitals. Are we supposed to ignore the religious statements and handle them as delusions, or will it be better to be open-minded for the religious aspect? I will approach the research question from different angles and will throughout the paper reflect and question the reader.

Innhold

Innhold.....	3
Innledning.....	4
Å skrive Essay	6
Historisk Bakgrunn:	8
«Du er ikke syk, men besatt!»	8
Samfunnet endrer seg – mer skepsis mot religion?.....	12
«Gudgitte opplevelser» eller vrangforestillinger?.....	13
Med troen som tabu	15
Religion – opium, tabu, virkelighetsflukt?.....	16
Religion – en virkelighetsflukt	16
Religion – et resultat av folks svake fornuft	18
Religion – et indre forsvar	20
Religion – meningsskapende, frigjørende og harmoniserende?	22
Religionen – en vei til indre mening	22
Religion, en tjener for individet og fellesskapet.....	24
Religion - en frigjørende kraft.....	26
Å se <i>hele</i> mennesket	28
Referanser	29

Innledning

Jeg og min veileder sitter utenfor rommet til en av pasientene på en skjermingsvakt.

«Har du blitt fortalt om temaene vi ikke snakker om her på avdelingen?»

«Hvilke temaer sikter du til?»

«Det er to temaer vi ikke snakker om på avdelingen, det er politikk og religion.»

Jeg følte ikke for å stille noen oppfølgingsspørsmål der og da. Veilederen min har tross alt jobbet her i over 20 år og har god erfaring innenfor psykiatrifeltet. Det var heller ikke en oppsiktsvekkende beskjed. Alle vet jo at både politikk og religion kan føre til krangel, diskusjoner og for alt jeg vet kan det være pasientene blir verre av å snakke om slike temaer. Det viste seg at denne «enkle» beskjeden ifra veileder ikke var fullt så enkel å gjennomføre som man skulle tro, for var det et tema som gikk igjen blant pasientene så var det religion.

Flere ganger kom pasientene med uttalelser som

- *«Jeg har et oppdrag fra Gud»*
- *«Gud har fortalt meg at»,*
- *«Gud har sendt meg for å»*

Når pasientene kommer med disse uttalelsene, opplever jeg at jeg blir stresset og prøver å få samtalen inn på andre veier. Dette går fint, men det er noe i meg som opplever dette som feil. Jeg tenker at det må oppleves som nedlatende for pasienten. Kan den gode relasjonen mellom meg og pasient bli brutt hvis jeg prøver å lede samtalen inn i et annet spor? Hvem vil vel ha en samtalepartner som bevisst ikke vil snakke om temaer man selv er interessert i? Jeg opplever det som frustrerende å ikke kunne snakke om disse temaene. Jeg er svært interessert i teamet religion og kjenner derfor at jeg er interessert i å finne ut mer om hva pasientene faktisk mener med det de sier.

I denne oppgaven skal jeg ta for meg hvordan religion forstås og tas hensyn til i behandlingen av pasienter på psykiatriske sykehus. Opplevelsene som kommer frem i fortellingen over gjorde inntrykk på meg, og jeg begynte å stille spørsmål til hvordan disse pasientene kan bli møtt på en god måte.

Er det riktig å velge å ignorere de religiøse utsagnene? Blir pasientene «verre» av å snakke om religion? Hvor går skillet mellom å være åndelig og psykisk syk? Hva tolereres av religiøsitet?

Disse spørsmålene og flere dukket opp i løpet av praksisperioden. Jeg ønsket å finne ut mer, og søke etter kunnskap rundt temaet. Religion og psykiatri hadde ikke vært et tema gjennom utdanningen og jeg hadde heller ikke noen spesiell kunnskap innenfor dette emnet.

Folkehelseinstituttet har estimert at mellom 30 og 50 prosent vil få en psykisk lidelse i løpet av livet (Mykletun, 2016). I 2017 la regjeringen frem en strategi kalt «Mestre hele livet», en strategi som ønsker å tydeliggjøre livskvalitet og mestring som viktige deler av det psykiske helsefeltet (Departementene, 2017). Regjeringen har fem overordnede mål for strategien:

- Psykisk helse skal være en likeverdig del av folkehelsearbeidet
- Inkludering, tilhørighet og deltakelse i samfunnet for alle
- Pasientens helse- og omsorgstjeneste
- Styrket kunnskap, kvalitet, forskning og innovasjon i folkehelsearbeidet og i tjenestene
- Fremme god psykisk helse hos barn og ung. (Departementene, 2017)

I strategien nevnes ikke religion, tro eller livssyn.

Basert på opplevelsene mine fra praksis og mangelen på informasjon om religion i regjeringens strategi, ble dette noe jeg ønsket å undersøke nærmere. Jeg skal gjennom oppgaven belyse forskjellige perspektiver på religion og psykiatri, samt se på religionens betydning innenfor norsk psykiatri gjennom historien. Jeg vil gjennom oppgaven drøfte de forskjellige perspektivene på religion og forsøke å komme frem til hvilken plass religion skal ha innenfor psykiatrien i dag. Den problemstillingen jeg skal reflektere over i dette essayet er *hvilken betydning religion skal ha i klinisk praksis på et psykiatrisk sykehus.*

Å skrive Essay

Religion er et stort tema. Det er også for mange noe dypt personlig og er derfor et tema som bør omtales med respekt. Religion kan være vanskelig å definere og ens egen religiøsitet er ofte subjektiv og basert på egne opplevelser og erfaringer. Da jeg bestemte meg for å skrive om temaet religion og psykiatri, tenkte jeg at jeg ville ha en åpen og reflekterende holdning til temaet som belyser flere sider av problemstillingen. Etter å ha lest meg opp på sjangeren *essay*, fant jeg ut at denne formen ville passe mitt tema bra.

«Essay er åpent og søkende, sanselig og reflekterende» (Bech, 2003, s. 17). Ved å skrive essayistisk kunne jeg reflektere rundt tema, uten nødvendigvis å gi noe konkluderende svar (Bech, 2003, s. 17).

Jo Bech Karlsen skriver at essayet er forankret i virkelighet og erfaring (Bech, 2003, s. 20). Gjennom min praksisperiode opplevde jeg flere episoder der pasientene kom med religiøse utsagn som ikke ble møtt. Ved å skrive essay kunne jeg bruke disse opplevelsene som et utgangspunkt for å finne kunnskap, reflektere og stille spørsmål.

Et essay er personlig (Bech, 2003, s. 35). Det er personlig i den form av at vi selv er med i det vi skriver. Denne oppgaven kommer derfor til å inneholde egne refleksjoner som er subjektive og personlige. Essayet har også en dialogisk struktur. Derfor vil jeg gjennom oppgaven drøfte og stille spørsmål til leseren, spørsmål som er ment for åpne for refleksjon (Bech, 2003, s. 19).

Essayet er et møtested mellom det saklige og det personlige, og for å belyse begge perspektivene, ønsker jeg å skrive *fagessay* (Bech, 2003, s. 25). Et fagessay utvikler nye perspektiver på faglige emner (Bech, 2003, s. 19). For å få et helhetlig bilde på oppgaven ønsker jeg å få frem disse perspektivene ved å henvise til teoretikere, forskning og erfaringer med ulik oppfatning av temaet. Essaysjangeren åpner også opp for å fortelle *andres* erfaringer, noe jeg gjennom oppgaven kommer til å gjøre for å belyse forskjellige sider ved problemstillingen (Bech, 2003, s. 21).

«Et essay skal være kunnskapsrikt, men ikke lærd i teoretisk-vitenskapelig forstand» (Bech, 2003, s. 21). Essayet skal *vise* fremfor å bevise, og målet er ikke å forklare, men å forstå og utvikle sin *egen* kunnskap (Bech, 2003, s. 21). Med dette essayistiske kunnskapssynet som utgangspunkt for oppgaven, ble det viktig for meg å finne kilder som sier noe om tema, og

samtidig kunne åpne for refleksjon. Jeg ønsket å stille spørsmål og sammenligne teoriene, historiene og forskningen, og på denne måten utvikle min egen kunnskap.

Historisk Bakgrunn:

«Du er ikke syk, men besatt!»

«Året er 1978. En ung kvinne i starten av 20 årene har nettopp blitt mishandlet av 8 prester på Os rett utenfor Bergen. De 8 prestene hadde holdt munnen hennes åpen med makt slik at demoner skulle fare ut, og de måtte bruke makt for å «beskytte henne mot seg selv». Kvinnen uttalte i ettertid at hun var forslått over hele kroppen. Hun klarte ikke bevege nakken og det tok dager før hun klarte å holde på maten. «Diagnosen» kvinnen hadde fått av prestene var at hun var besatt. Hun var besatt av 16 ånder og måten hun kunne bli frisk på, var ved drive dem ut. Kvinnen ble i ettertid av opplevelsen så traumatisert at hun måtte få behandling på et psykiatrisk sykehus» (Apollon et al, 1981, s. 14).

Psykiater Jon Høyersten skriver at fra de eldste tider og fra alle kulturer har vi oppfattet galskap som forårsaket av påvirkninger utenfra, og påvirkningen har vært oppfattet som demonisk i sitt utspring (Høyersten, 2009). I folkemedisinen var den gale først og fremst et offer for onde makter og et vanlig syn var at sykdom ble sett på som straff. Dette gjaldt kanskje særlig galskap, som var Guds straff for synd. Perspektivet ble kalt demonologi, og «behandlingen» fungerte ved at en prest skulle drive ut djevelen (Kringlen, 2013, s. 34).

Presten spilte en viktig rolle i sykebehandlingen på denne tiden. Han var ofte den eneste i bygda som var lesekyndig og folk flest hadde stor respekt for hans kunnskaper, også når det gjaldt medisinsens område. Prestens kunnskap innenfor medisinfeltet var som oftest bygd på egne erfaringer, tradisjonell folkemedisin og lesning av legebøker, men fra 1700 tallet ble flere og flere områder innen den tradisjonelle sfæren medikalisert. Legenes posisjon ble endret og fenomenen som tidligere hadde ligget utenfor den medisinske sfæren, kom nå under legens domene. Særlig gjaldt dette fenomenet galskap og forvirret atferd (Kringlen, E, 2013, s. 34).

Til tross for at legevitenskapen tok over fagområdene som angikk galskap, vil ikke det si at folk sluttet å tro på ånder og besettelser. Demonbesettelse med eksorsistiske ritualer dukker jevnlig opp i vestlige samfunn, særlig innenfor karismatiske miljøer (Høyersten, 2009).

Troen på at mennesker kan besettes av onde ånder hadde et sterkt oppsving i Norge på 70/80 tallet. Bevegelsen, som ofte blir omtalt som «den karismatiske bevegelsen», oppsto som en protest mot etablerte kirkesamfunn i USA mot slutten av 60 tallet. Bevegelsen hadde sitt utgangspunkt i et sterkt moraliserende engasjement med norm i at alt som avvek fra en tradisjonell kristen norm, var å regnes som satanistiske krefters fremstøt (Apollon et al, 1981, s. 133). Avgrensingene åpnet for en dualistisk virkelighetsforståelse der skillet mellom Gud og verden markeres skarpt, et skille som enten defineres som Satans makt eller som Guds makt (Apollon et al, 1981, s. 134).

Derek Prince var en amerikansk predikant som hadde stor innflytelse på prestenes djevleutdrivelse i Norge. Derek hadde et stort fokus på hvordan demoner påvirket mennesket. Demoner var ifølge Derek lyst, begjær, løgn, frykt og andre følelser, og alle seksuelle «avvik» var ifølge Derek, sex-demoner. Eksempler på sexdemoner kunne være homofili, onani og ha flere seksuelle partnere. Derek kunne drive ut ånder fra homofile slik at de ble heterofile, og han kunne kurere onani ved utdrivelse. Det fantes også andre type demoner slik som for eksempel «selvmordsdemoner». Kvinnen fra Os var et eksempel på en kvinne som var besatt av blant annet en selvmordsdemon, i tillegg til en rekke andre demoner (Apollon et al, 1981, s. 51).

Demonutdriverne hadde også en forakt for medisinsk og psykologisk viten, og i enkelte tilfeller forkastet de kunnskapen totalt. Mentale sykehus var ifølge Prince mennesker som var besatt av onde ånder. Han uttalte at «den virkelige årsaken til åndelig og personlige problemer finner man i onde ånder» (Apollon et al, 1981, s. 53). Det var heller ikke *kun* mentale problemer som skyldes onde ånder. Somatiske sykdommer slik som kreft, epilepsi, svulst og hjerte- karr sykdommer skyldes også onder ånder som Prince kunne drive ut (Apollon et al, 1981, s. 54).

Demonutdrivelsene i Norge startet ofte med at en ung og ensom jente tar kontakt med en prest og forteller om problemene sine. Problemene får navnet «besettelse» og sammen med en eksorsist blir jenta fortalt at hun er besatt av satan og dette blir gjentatt som et slags mantra. Identiteten til kvinnen viskes ut, hun er nå «den besatte» (Apollon et al, 1981, s. 26). Jenta blir ofte avhengig av eksorsisten ettersom det er *han* som kan gjøre henne frisk. Dette blir ekstra sårt hvis eksorsisten bryter kontakten som et resultat av at eksorsismen ikke fører frem. Jenta står igjen alene, fult overbevist om at hun er besatt og i den tro om at den

eneste som kan befri henne har forlatt henne. Eksorsisten fungerer som en uansvarlig terapeut, og dersom samme prosedyrer hadde tatt plass i et terapirom, ville man kalt terapien for overgrep og åndelig tortur (Apollon et al, 1981, s. 27).

I boken *djevleutdriverne* forteller flere jenter om hva de opplevde under utdrivelsene: Solveig på 27 år var deprimert og ble oppsøkt av en prest.

«Han sa at djevelen hadde tatt bolig i meg og fanget og bundet meg. Han bød djevelen fare ut av meg. Det hendte ingenting, men jeg ble kvalm og kastet opp. Jeg følte meg helt elendig og enda mer deprimert. Han sa til sist at mitt hjerte var forherdet... Jeg prøvde å finne ut en måte å drepe meg på. Jeg var besatt og var nødt til å være det.» (Apollon et al, 1981, s. 31-32)

Gro på 25 år og hennes partner var medlemmer av en karismatisk bevegelse som drev med demonutdrivelser.

«Vi har nå begge brutt ut av dette spesielle miljøet... Problemene vi opplevde i vårt samliv oppstod fordi vi ikke lenger klarte å snakke sammen som to mennesker. Hvis følelsene våre var i ulage, måtte de repareres ved utdrivelse... Vi har begge store psykiske problemer å leve med – både som enkeltpersoner og i forhold til hverandre... Det vil ta hele livet å bygge opp igjen den uhyggelige praksisen rev ned i oss.» (Apollon et al, 1981, s. 33-36)

Biskop Thor With uttalte i 1978 at «demonutdrivelse skjer i all stillhet og er underlagt taushetsløfte,» og det er derfor vanskelig å finne nøyaktige tall på hvor mange som har vært gjennom en utdrivelse (Apollon et al, 1981, s. 16). Vi vet likevel at djevleutdrivelsene som fant sted, hadde store skadevirkninger på ofrene. Utdrivelsene som ofrene opplevde forstørret de kroppslige, psykiske og religiøse spenningene hos ofrene. Disse spenningene resulterte ofte i sammenbrudd, tap av verdiorientering i livet og økende selvforakt. Ofrene kjente ofte på bitterhet og skam, og få turte å fortelle om opplevelsene til sine nærmeste. Mange prøvde å glemme og fortrenge opplevelsene og skyldte på seg selv for at de har vært med på det. Reaksjonsmønsteret og følelsene har mye til felles med voldteksttilfeller (Apollon et al, 1981, s. 122).

Historiene om jentene som har blitt utsatt for eksorsisme og djevleutdrivelser viser hvordan religion kan bli brukt for kontrollere, manipulere og undertrykke personer. Jentenes historier

viser hvor fatalt det kan gå dersom man ser på psykiske lidelser som et religiøst fenomen og som et resultat av en besettelse. Historiene som kommer frem er hentet fra 70/80 tallet, en periode der flere nordmenn trodde på Gud og flere var medlem i Den Norske Kirke (Statistisk Sentralbyrå, 2020). Når jeg leser om psykiatriens historie i Norge og hvordan religion har blitt misbrukt, undrer jeg meg hvilken plass religion har i det norske samfunn *i dag*? Er det en like stor «åpenhet» rundt religion, og har folk et positivt syn på religion i Norge i dag?

Samfunnet endrer seg – mer skepsis mot religion?

Dagbladet kunne i 2020 skimte med overskriften «Stadig færre tror på Gud» der de henviste til statistikk som pekte på at fra 1985 til 2020 har andelen norske som tror på Gud sunket fra 53 til 30 prosent (Dagbladet, 2020). Tallene viser en drastisk nedgang og SSB konkluderer i sine tall med at det religiøse Norge er i endring (Taule, 2014).

Samtidig som det norske folk stadig blir mindre troende, virker det norske media til å ha et spesielt fokus på religion den siste tiden. Høsten 2020 viste brennpunkt tre episoder som tok for seg forskjellige «kristne» samfunn hvor det kom frem maktmisbruk, sosial kontroll og utlevering av seksuelle detaljer (NRK, 2020). Filmen *Disco* er også et eksempel på hvordan religion kan bli portrettert i media. I filmen møter vi en ung jente som er aktiv i en kirke der hun utover i filmen tydelig blir preget av manipulasjon, sosial kontroll og overfladiskhet (Vestmo, 2019). Dokumentarene og filmen tar for seg sekter basert på *kristendommen*, men det viser seg også at norske medier har en uforholdsmessig og skjev dekning av islam. Funn fra UIO viser at islam som oftest blir fremstilt i et konfliktperspektiv som kan bidra til stereotypier og fremmedgjøring (Wanounou, 2018).

Integreringsbarometeret viste i 2018 at 1/5 av nordmenn er skeptisk til mennesker med kristen tro. Førsteamanuensis i religionssosiologi Irene Trysnes mener mediene bygger opp under opprettholdelsen av kristne stereotypier. I samme undersøkelse kommer det frem at nesten halvparten av nordmenn er skeptisk til personer med islamsk tro (Integrerings mangfoldsdirektoratet, 2018).

Hvilke konsekvenser får det at nordmenn er skeptiske til mennesker med en religiøs tro? Blir pasientene møtt med fordommer og stereotypier, eller klarer psykiatere og annet helsepersonell å legge vekk egne holdninger i møte med disse pasientene? Hvis man overfører tallene fra integreringsbarometeret til sykehuset, vil mange av de ansatte være skeptisk til religion. Jeg tenker at dersom 1 av 5 ansatte på sykehuset er skeptisk til kristne og hver andre er skeptisk til muslimer, (jmf undersøkelse fra integreringsbarometeret) vil vel dette få en betydning for behandlingen? Jeg lurer på hvordan det oppleves for pasientene at behandlerne er skeptiske til noe som for dem oppleves helt reelt? Kan behandlerens holdninger ovenfor pasientene ha noe å si for hvilken behandling de får?

«Gudgitte opplevelser» eller vrangforestillinger?

«Du skjønner ikke, det er Gud som gir meg disse beskjedene!»

Jeg ser spent mot behandleren i håp om at hun kommer til å be pasienten forklare utsagnet. Forklare hva han mener med «beskjeder» og be han utdype.

«Ok, men hvordan synes du medisinen din funker?»

Gjennom min praksis innenfor psykiatrien merket jeg meg en skepsis mot å snakke om religion med pasientene. Hadde jeg bare vært «uheldig» med praksisen min siden det ikke var rom for slike temaer? Eller er dette fremtredende trekk i psykiatrisk praksis?

Førsteamanuensis Kjellaug Myklebust gjennomførte en studie som skulle se på hvordan helsepersonell håndterer religiøse tema blant pasienter på psykiatriske sykehus. Hun ville finne ut av hvordan pasientenes religiøsitet møtes av de ansatte (Myklebust, 2009).

Statistikken til Myklebust viser at på de psykiatriske sykehusene opplever 81 % av informantene at pasientene kommer med utsagn vedrørende religion daglig, eller minst en gang i uka. 37 % av informantene opplever ofte at pasientene ønsker samtale om religiøse tema (Myklebust, 2009).

Videre i samme undersøkelse får vi presentert statistikk på hvordan personalet ville håndtert en pasient som hevder han har fått et oppdrag ifra Gud.

- 22% ville forklare at dette er en del av sykdommen hans og vurdere medisinene hans.
- 44% ville anbefale han å vente med å snakke om dette til han hadde blitt bedre og friskere.
- 33% ville be han fortelle mer om hans oppdrag ifra Gud (Myklebust, 2009)

Undersøkelsen belyser en motsetning mellom det pasienten kaller «Gudgitte» opplevelser, og det personalet ofte kalle vrangforestillinger.

Samtidig mener kun 11% av personalet at det er uviktig å snakke med pasientene om disse temaene, mens over 50% mener det er *viktig* å snakke med pasientene om disse opplevelsene. 59% mener at det kan ha positiv terapeutisk effekt at pasienten kan snakke

om sin religiøsitet selv om han er psykotisk og de mener at det er personalets ansvar å snakke med disse pasientene om disse temaene (Mycklebust, 2009).

Jeg lurer på hvordan det kan ha seg at personalets praksis ikke samsvarer med det de mener er best for pasientene? Kun 33% av personalet ville snakke om «gudsoppdraget», mens over 50 % mener det er *viktig* å snakke om disse temaene og at det er personalets oppgave å ta disse samtalene. Er det mangel på kompetanse som gjør at personalet velger å ikke ta samtalene? 60 % av de ansatte mener at en samtale kan ha en positiv virkning for pasientene, men hele 44 % har blitt lært at de *ikke* skal ta disse samtalene. Jeg tenker at det kan oppleves som ubehagelig for personalet å bli fortalt noe som ikke stemmer overens med hva man opplever som riktig. Samtidig som mange mener det kan ha en positiv effekt på pasienten, så er de ansatte bekymret for at å snakke om opplevelsene kan forverre lidelsen.

For meg virker det som om spørsmålet om *hvorfor* ikke personalet skal ha samtale med pasientene om religion, ikke er blitt besvart og redegjort for. Hva er grunnen til det? Flere i personalet har blitt lært at man ikke skal snakke om temaet med pasientene, men hvilken kunnskap ligger til grunn for det? Jeg lurer på hvorfor det skal være slik når nærmere 60% av de ansatte mener at samtale om religion kan ha en *positiv* innvirkning på pasienten. Bør ikke også de ansattes faglige skjønn og erfaringsbaserte kunnskap vektlegges i samtalen om hvorvidt religion skal være et samtaleemne eller ikke? Kan det være at sykehusene ikke vil forbindes med religion da man har sett skadevirkningene religion kan ha? Er det forhistoriens mørke fortellinger om overgrep, maktmisbruk og besettelser som gjør at sykehuset velger å ikke møte pasientens religiøse erfaringer?

Med troen som tabu

Den psykiatriske sykepleieren Brith Dybing har selv fått kjenne på hvordan hennes tro var et tabu da hun var innlagt på et psykiatrisk sykehus. Hun kom fra et religiøst miljø der hun ble fortalt at hun var besatt av demoner. Hun ble alvorlig psykisk syk av dette og ble flere ganger innlagt. Da hun prøvde å ta opp demonene, tro og kristendom ble hun avvist og ble fortalt at det var et *ikke-tema*. I hennes masteroppgave «*Troen som ble en byrde*» intervjuet hun en rekke religiøse utbrytere og fant ut at de fleste ikke ble tatt på alvor og hadde hatt store problemer med å få hjelp (Buer, 2019).

At religionen er et «ikke-tema» bekreftes av professor i psykologi Silje Reme. I et intervju med magasinet psykisk helse uttaler hun at «*religion er et tabu innenfor psykologien*» (Buer, 2019). Hun har sammen med en medstudent skrevet sin hovedoppgave om religion innenfor profesjonsutdanningen som psykolog. Undersøkelsen involverte 564 psykologistudenter og viste at 93 prosent av studentene opplevde at religion ikke var vektlagt i utdanningen. 92 prosent av dem trodde undervisning i religion ville bidra til en bedre forståelse for mennesker med annen religiøs og kulturell bakgrunn, og 78 prosent ønsket religion innlemmet som tema (Buer, 2019)

Reme forteller om et miljø på psykologiutdanningen som var preget av harselering, sterk ateistisk kultur og nedlatende holdninger mot kristendom og andre religioner.

Hovedoppgaven som Reme skrev ble gjennomført i 2006, men på spørsmål om det har skjedd noe nytt siden hun skrev oppgaven, svarer Reme at det har vært et par selvvalgte prosjekter ifra studenter, men ingenting ifra institusjonen sin side. Reme mener at psykologer har for lite kompetanse om religion og peker på at for noen personer er troen det viktigste i livet. Hun mener det bør være et særlig fokus på hvilke religiøse opplevelser som er normale innenfor sin trosramme og hvilke som dreier seg om vrangforestillinger og psykose. Uten denne kunnskapen om religion kan det være vanskelig å skille mellom det sykelige og det åndelige (Buer, 2019).

Jeg undres om dette er grunnen til at psykologen på praksisplassen min velger å se bort ifra pasientenes utsagn om religion? Har det å gjøre med mangel på kunnskap og at psykologer aldri har fått noen opplæring i dette? Men hvorfor da denne skepsisen? Kommer den av at personalet ikke har nok kunnskap og dermed stiller seg skeptisk til det ukjente? Bliir skepsisen en måte å slippe og håndtere disse spørsmålene?

Religion – opium, tabu, virkelighetsflukt?

Hvordan kan det ha seg at religion og eksistensielle spørsmål ikke er lagt til rette for verken innenfor psykiatrien, men heller ikke som en del av utdanningen? Som vi har sett både gjennom studien fra det psykiatriske sykehuset og fra studien til Reme og Dybing, er det tydelig at religion framstår som et tabu. Religion spilte en større rolle innenfor psykiatrien tidligere, men er det historiene om besettelser, demoner og ånder som skremmer psykologene i dag for å nærme seg feltet? Eller handler det om hvilket perspektiv man har på religionspsykologien?

Religion – en virkelighetsflukt

«Religionen er det betregnte kreaturs hjertesukk, en hjerteløs verdens sinn og en åndløs tilstands ånd. Den er folkets opium.»

Mannen bak disse ordene er den tyske filosofen Karl Marx (Fjeld, A. 2020). Han fikk stor betydning innenfor fagområder som filosofi og samfunnsvitenskap på grunn av sine analyser av det kapitalistiske samfunnet (Stølen, S. 2020). Marx var ateist og anså religionen for å være en virkelighetsflukt som, ved å lindre folkets lidelser, hindret et politisk oppgjør med grunnlaget for lidelsene i samfunnet. Mennesket, kunne ifølge Marx, bare gjenvinne sitt menneskelige vesen gjennom en historisk bevegelse hinsides det sosiale behovet for religiøs virkelighetsflukt (Fjeld, A. 2020).

Som vi kan se gjennom Marx sitt sitat, kobler han sammen religion og undertrykkelse. Religion er et resultat av et undertrykt folk og fører til avmakt hos folket. Å frigjøre seg fra religionen kan derfor føre til endring. Marx anerkjente at religion kunne gi svar og komfort i folkets nød, men at religion forhindrer mennesket fra å gjøre noe som kan *forandre* deres situasjon (McGuire, 2002, s. 239).

Kan religion føre til at folk blir undertrykt, og dermed føre til at de forblir syke? Ved å ha et Marxistisk syn, kan det tenkes. Hva om pasienten slår seg til ro med at de er syke og at det er Guds plan? Hva om pasienten hevder at sykdommen er en straff fra Gud og at pasienten ikke ønsker behandling for det går imot Guds plan? Tanken på at det er en mening i lidelsene, kan føre til det Marx kaller en «virkelighetsflukt». Den sløver ned pasienten og bidrar ikke til endring, derav sammenligningen til opium. Jeg undres om personellet på de psykiatriske sykehusene er forsiktig med å snakke om religion fordi man har sett eksempler på at religion er blitt benyttet som noe undertrykkende?

For Brith Dybing ble troen hennes en byrde. Hennes menneskelige følelser ble sett på som demoner og hvis noe gikk galt var det *hennes* feil. Hun ble utsatt for seksuell undertrykkelse og sosial kontroll av menigheten, og til slutt ble troen en så stor byrde at hun forsøkte å slutte å tro, noe hun ikke klarte (Buer, 2019). I et slikt tilfelle blir religion undertrykkende og hindrer forandring. Så hvordan skal disse undertrykkende overbevisningene møtes? Skal man unngå å snakke om dem? Eller bør man forsøke å overbevise pasienten om at deres religiøse opplevelser er en virkelighetsflukt?

Religion – et resultat av folks svake fornuft

Skepsisen mot religion kan ha mange røtter, også i vitenskapen. Psykologiens far, Sigmund Freud var en europeisk medisinere og forsker, grunnlegger av psykoanalysen og virksom professor ved Universitet i Wien (Danbolt et al, 2014, s. 79). Professor Silje Reme sier i et intervju at psykologiens store fokus på Freud, kan forklare hvorfor religion fortsatt er tabubelagt innenfor psykologien (Buer, 2019).

Freud var kritisk til religion og hadde en skeptisk holdning ovenfor religiøse erfaringer. Han ønsket å utforske gudstroens dynamiske basis og opphav, og forstå hvilke intrapsykeiske prosesser som danner et dynamisk gudsbilde. For å komme frem til dette baserte Freud sitt arbeid på psykoanalyse, religionsvitenskap, evolusjon og filosofi. På grunn av at Freud kom fra et naturvitenskapelig miljø var all kunnskap som ikke kunne bevises ut ifra systematiske observasjoner og kritiske analyser uakseptabelt (Danbolt et al, 2014, s. 79). Freud så derfor på det religiøse og vitenskapelige som uforenlig.

Gjennom sitt arbeid med psykoanalysen fikk Freud et ambivalent forhold til folks fornuft. Freud erfarte hvor svak og begrenset menneskets egen fornuft er, og hvordan den er styrt av irrasjonelle og ubevisste krefter. Han konkluderte med at religion var en illusjon og ønsket å vise hvilke krefter som er opphavet til denne illusjonen (Danbolt et al, 2014, s. 80).

For å forstå religionens opphav og sterke makt mente Freud at man må undersøke de fundamentale betingelsene for menneskelig liv. Det er særlig tre grunnleggende forhold som religion svarer til;

1. Vår sårbarhet og avhengighet til andre
2. Vår avmakt i møte med en nådeløs natur
3. Vår smertefulle uvitenhet i møte med livets viktigste spørsmål (Danbolt et al, 2014, s. 81)

Religionens betydning er ifølge Freud knyttet opp til styrken og dybden på disse utfordringene. Freud skriver at Guds makt speiler menneskets avmakt og når det kommer til stykket er Gud en ubevisst kosmisk projeksjon som et resultat av en høyst jordisk virkelighet. Freud sammenlikner religion med fangenskap og anser den psykoanalytiske religionsteorien som et bidrag til frigjøringen fra religiøse illusjoner. Han konkluderer med at fremtiden må

handle om et liv befridd fra religionens illusjoner i tjeneste for rasjonalitet, vitenskap og sannhet (Danbolt et al, 2014, s. 83).

Nyere forskning kan også være med på å bekrefte Freuds kritiske syn på religionspsykologien. Dr. Andrew Newberg ønsket å se på sammenhengen mellom individets religiøsitet og deres hjerne. Han fant en rekke positive resultater, men også en rekke potensielle negative konsekvenser. Dersom individets religion fronter hat mot ikke-troende, kan hatet påvirke hjernens stresshormoner som fører til et økt stressnivå hos individet. Han forklarer også at dersom religionen innebærer at man anser sykdommen som en «straff» ifra Gud, fører dette til at det er mindre sannsynlig at de søker hjelp. Professor i psykologi Kenneth Pargament skriver at dersom den troende føler at Gud har forlatt dem, eller at tviler på at Gud elsker dem, kan det føre til en psykisk emosjonell belastning som kan øke sjansen for å dø tidligere (Rettner).

Jeg tenker at dersom Freuds sin verdensanskuelse er utgangspunkt for dagens psykologi og dermed psykiatri, er det ikke rart at religion er tabubelagt innenfor psykiatrien. Freud anså det religiøse og vitenskapelige som uforenlig. Kan det være denne tanken om uforenlighet som gjør religion tabu innenfor psykiatrien i dag? Dersom utgangspunktet er at religion er fangenskap og uforenlig med det vitenskapelige, blir det ikke da meningsløst å diskutere disse temaene med pasientene? Er det beste for pasientene at helsepersonell anser de religiøse erfaringene som en falsk trøst til virkeligheten? Skal vi la pasientene leve med deres vrangforestillinger, eller er det beste for pasientene å konfrontere virkeligheten i den form at deres religiøse opplevelser kun er en illusjon?

Religion – et indre forsvar

Hva er det så som gjør at disse religiøse vrangforestillingene forekommer? Hvilke underbevisste krefter er det Freud sikter til? Dette var spørsmål Yrvin Yalom stilte seg i sitt arbeid med sine pasienter. Han fikk i 2001 utdelt Oscar Pfizer prisen for hans verk *Religion og Psykiatri*, en pris han selv var overasket over å motta siden han selv betrakter seg som en ateist (Yalom, 2007, s. 26). Han regnes av mange som en pioner innenfor feltet og anses som grunnleggeren av en egen form for psykoterapi kalt *eksistensiell psykoterapi* (Yalom, 2007, s. 12/13).

Ved å lese foredraget om eksistensiell psykoterapi og religiøs sjelesorg, er det tydelig at Yalom har blitt inspirert av Freud. Når Yalom er opptatt av religion er det først og fremst fordi han ser på den som et problem (Yalom, 2007, s. 9). Den vitenskapelige verdensanskuelsen som man finner hos Freud finner man også hos Yalom, og Yalom utviklet troen på at den religiøse og den vitenskapelige verdensanskuelsen er inkompatible (Yalom, 2007, s. 29). I likhet med Freud mener også Yalom at egne erfaringer kan være skjøre, feilbarlige og utsatt for påvirkning og at erfaringene i seg selv ikke strekker til som bevis for virkeligheten (Yalom, 2007, s. 30).

I sitt arbeid utviklet Yalom det han kalte *eksistensiell psykoterapi*. Eksistensiell psykoterapi ligner andre former for psykoterapi i den form at den går ut ifra at motstridende ubevisste krefter påvirker hvordan det bevisste fungerer, men den skiller lag ved å spørre «*Hva består de motstridende indre kreftene av?*» Disse motstridende kreftene handler ifølge Yalom om vår konfrontasjon med eksistensens «grunnvilkår» (Yalom, 2007, s. 34). Grunnvilkårene handler om spørsmålene om død, isolasjon, meningen med livet og frihet (Yalom, 2007, s. 35).

Dødsangst er en faktor som blir trukket frem av Yalom. For å håndtere dødsangsten har mennesker kommet frem til forskjellige forsvarsmekanismer som kan tas i bruk for å fornekte døden. To former for forneking av døden er troen på at man er personlig usårbar, og/eller at man lever under en evig beskyttelse av en alltid nærværende befrier.

Forsvaret man bygger opp kan holde angst på avstand, men hindrer utvikling og fører til et innsnevret og utilfredsstillende liv. Yaloms måte å behandle pasienter med dødsangst, handler om å konfrontere døden. Dette vekker angst, men kan føre til en eksistensiell oppvåkning og berike livet. Gjennom å konfrontere døden og akseptere tanken på en endelig

eksistens, mener Yalom at man kan oppnå et liv karakterisert av fred og fravær av frykt og smerte (Danbolt et al, 2014, s. 150).

Det som jeg finner interessant med Yalom er at til tross for at han har et kritisk og skeptisk syn på religion, er han empatisk i møte med sine troende pasienter. «*Jeg har noen ganger oppfordret dem til å gå dypere ned i sin religiøse tro for å få den trøst den burde kunne gi dem*» (Yalom, 2007 s. 51). Yalom uttrykker at man som psykiater har et ansvar for å være *informert* om pasientens religiøse standpunkt og innhente *kunnskap* om pasientens tro (Yalom, 2007, s. 51).

For Yalom er religion noe negativt, men det virker ikke til å være *tabu* slik det kan oppleves innenfor norsk psykiatri. Yalom er skeptisk til religion, men ikke til å *snakke* om de religiøse erfaringene. Kan det være at ved å snakke om de religiøse erfaringene så kan man, slik som Yalom fremmer, bryte ned forsvarsmekanismene som hindrer eksistensiell oppvåkning? Om man skal følge prinsippene til Yalom, innebærer det en annen form for samtaleterapi enn den jeg opplevde i min praksis. Kan man, ved å ta i bruk eksistensiell psykoterapi, berike livene til pasientene? Kan det være at religion ikke bør være tabu, men heller noe som bør brytes ned? Jeg spør meg, kan man ved å ta i bruk eksistensiell psykoterapi i den norske psykiatrien føre til at pasientene «frigjør» seg fra religion og dermed blir friskere og får et bedre liv?

Religion – meningsskapende, frigjørende og harmoniserende?

Religionen – en vei til indre mening

Som vi ser gjennom Freud, Marx og Yaloms teorier, beskrives religion som noe negativt. Den er en falsk trøst og en virkelighetsflukt, og kan ha opphav i menneskets ubevisste krefter, men hvilken *virkning* har religionen? Hvordan påvirker troen livskvaliteten? Hvilke følger får det for personen at de er religiøse? Hvordan påvirker det helsen at man er religiøs? Hva fremmer egentlig god helse?

Aaron Antonovsky var en israelsk-amerikansk sosiolog som var spesielt interessert i det sistnevnte spørsmålet, «hva fremmer god helse?» (Lønne, A. 2020). Han tok for seg dette spørsmålet da han introduserte begrepet *salutogenese*. Salutogenesen sier noe om hva som holder oss friske og er dermed å anse som en motvekt til *patogenesen* – hva som fremmer sykdom (Lønne, A. 2019).

Møte mellom lege og pasient preges lett av begrensinger istedenfor muligheter og dette kan bidra til at pasientene får en dårligere livskvalitet enn sykdommen skulle tilsi. Salutogenesen blir derfor benyttet av helsepersonell som en modell for å gi et strukturert grunnlag for å motvirke en oppgitt holdning hos pasienten (Walseth, 2004).

Antonovski gjorde studier på hvilke «motstandsressurser» som har betydning for hvordan vi takler sykdom. Gode motstandsressurser er god økonomi, sosialt nettverk, høy egostyrke og religion (Walseth, 2004). Disse motstandsressursene svarer til det Antonovski kaller «Sense Of Coherence» (SOC). Å ha en sterk SOC er viktig for å ha god helse og avhenger av tre spørsmål:

- Om vi tror situasjonen er påvirkbar
- Om vi tror situasjonen lar seg forklare
- Om vi tror situasjonen byr på overkommelige utfordringer (Lønne, A. 2019)

Så jeg spør meg, kan religion være en ressurs som kan svare til alle punkter for god SOC?

Dersom man har en religiøs tro på en allmektig og god Gud, slik man for eksempel finner i Kristendommen, vil ikke Gud at du skal være syk. På denne måten blir situasjonen *påvirkbar* og man får et optimistisk syn på tilværelsen. Situasjonen er ikke statisk, og Gud har kontroll

over den og vil at du skal bli frisk. På denne måten kan man også finne *mening* i tilværelsen. Kanskje kan troen på at Gud har en mening med livet ditt hjelpe til med å forklare situasjonen man befinner seg i. Antonovski skriver at personer som scorer høyt på meningsfullhet, er fast bestemt på å finne mening i situasjonen og å gjøre sitt beste for å komme seg gjennom den (Antonovski, 2012, s. 41) Kanskje har Gud en mening med situasjonen du befinner deg i? Og dermed føles det heller ikke så demotiverende, Gud har jo tross alt en plan.

Ved å ha en religiøs tro kan dette også innebære at man får styrke og selvtillit som lar deg overbevises om at den nåværende situasjonen er *overkommelig*. Ved å for eksempel ha en overbevisning om at «ved hjelp av Gud er alt mulig», kan dette være en motivasjon for å få behandling og styrke troen på at en selv kan bli frisk.

Nyere studier kan også forsvare det Antonovsky hevder. I 2020 presenterte Cambridge University en systematisk oversikt over en samling av flere studier som så på sammenhengen mellom religiøsitet og mental helse. Resultatene som kommer frem viser til at religiøsitet har store positive effekter når det kommer til å hindre selvmord og rusmisbruk, og religiøse personer har sjeldnere depresjon, personlighetsforstyrrelser og traumebaserte lidelser (Koenig, 2020). Videre i oversikten presenterer forskerne religionens påvirkning på faktorer som gjør individet *motstandsdyktig* mot psykiske lidelser. I oversikten ser forskerne på familiestabilitet, sosial støtte og psykisk velvære, og hvilken sammenheng disse områdene har med religiøsitet. Nærmest samtlige av studiene viser at religiøsitet har positive virkninger på alle områdene (Koenig, 2020).

Den systematiske oversikten viser til at religiøsitet kan bidra positivt for mental helse, men også hvordan religion har sammenheng med Antonovski sin «sence of coherence» teori. Religion kan bidra til en sterk SOC og er dermed et viktig aspekt innen salutogenesen, men jeg undres på om det er så enkelt som at det å ha en religiøs tro fører til at man blir friskere? I så fall burde vel dette vektlegges på psykiatriske sykehus? Eller finnes det andre aspekter ved religiøsitet, som ikke nødvendigvis er positive? Er fokuset på de psykiatriske sykehusene mer rettet mot patogenesen enn salutogenesen? Hva blir i så fall konsekvensen av det? Man kan jo spør seg om fokuset på diagnose, medisin og sykdom er med på å hindre pasientene fra å bli friske?

Religion, en tjener for individet og fellesskapet

Er behandlerne ved psykiatriske sykehus for interessert å se etter *opphavet* til det de kaller vrangforestillinger? Er de mer interessert i å finne ut hva som gjør pasienten syk, fremfor hva som gjør pasienten frisk? Dersom eventuelt denne «vrangforestillingen» gir personen bedre livskvalitet, hva skal man da gjøre? Medisineren og forskeren William James hadde en klar filosofi rundt dette. Akkurat som Freud og Yalom, plasserte James individets religiøsitet som et sentralt tema i sin forskning. James deler Freuds perspektiv på at menneskets eksistens er sårbar og truet, og at religion bidrar til å overvinne den truende sårbarheten ved å gi mennesket trygghet og beskyttelse. Det som skiller James fra Freud, er at James er positiv, åpen og anerkjennende overfor den virkelighet som den religiøse erfaringen representerer. For James var mer interessert i religiøsitetens *følger og virkninger* i menneskers liv enn i dens eksistensielle opphav slik Freud var (Danbolt et al, 2014, s. 72).

James skiller mellom to typer religiøst liv. Det autentisk religiøse og det konvensjonelle religiøse livet. Det autentiske religiøse livet handler om religiøse erfaringer og opplevelser som er individuelle, originale og personlige. Det konvensjonelle er mer vanepreget og ritualisert med en større forankring i religiøs tradisjon. For James var det de autentiske religiøse erfaringene han fant interessante, og hans fokus dreide seg om individets indre erfaringsverden. Som nevnt så lå James sin motivasjon i å finne ut hvilken *virkning* de religiøse opplevelsene ga. James lurte på om den religiøse erfaringen gjør noen vesentlig forskjell i livet til personen, og i så fall hvilke spor setter den religiøse erfaringen i personens tanker, følelser og handlinger (Danbolt et al, 2014, s. 74).

Gjennom sin forskning skiller James mellom to typer religiøse erfaringer. Den første type erfaring karakteriseres av en tro preget av lykke og tillitsfull åpenhet. Disse personene ser ofte lyst på livet og lever i et positivt og harmonisk forhold til sine omgivelser og Gud. Denne type religiøs erfaring kan knyttes opp mot Antonovski sin SOC-modell ved at religiøsiteten fører til at man finner livet meningsfylt, håndterbart og begripelig. Den andre type erfaring James presenterer er den totale motsetning. Det religiøse livet her preges av lidelse, tvil og er fullt av dype motsigelser og mye smerte (Danbolt et al, 2014, s. 75).

«Den mystiske erfaringen» er et begrep James lanserer i sin bok. Det han sikter til er de særlig dyptgående og *intense* religiøse opplevelsene. Disse opplevelsene anser James som særlig sentrale. James hevder gjennom sine analyser at eksemplene på disse erfaringene er

så mange og troverdige at de skiller seg markant fra psykotiske tilstander (Danbolt et al, 2014, s. 77).

Til tross for at det finnes religiøse erfaringsformer og praksiser som er problematiske og nedbrytende, er det ifølge James ingen tvil om at religionens verdi kommer ut med et markert positivt resultat. Religionen har en avgjørende betydning som eksistensiell mestringsressurs, moralsk motivasjon og livsmestring. Slik James vurderer det, tilfører religion både individer og fellesskapet en rekke goder og verdier. Gjennom sitt arbeid finner han også en enighet om noe alle religioner står sammen om. All form for religion svarer til «fornemmelsen om at noe i tilværelsen er feil». På denne måten gjør religion noe positivt i den form av at den møter lengselen og dermed leverer et grunnleggende gode både for individer og fellesskap (Danbolt et al, 2014, s. 78).

James fremmer religion som noe positivt både for individet og for fellesskapet. Ved å følge hans perspektiv, bør ikke religion være noe tabubelagt innenfor norsk psykiatri, men heller noe man *fremmer*. Dette får meg til å lure på om behandlerne heller bør se på hvilken konsekvens og virkning troen har for pasientene, fremfor å se på opphavet til disse erfaringene? Og hva skal egentlig regnes som vrangforestillinger, og hva skal regnes som religiøse erfaringer? Skal man tolerere all form for religiøse erfaringer, eller skal man fortsatt behandle noe som vrangforestillinger? Kan det være at norsk psykiatri i dag hindrer livsmestring og motivasjon ved å ikke anerkjenne de religiøse erfaringene? James var tydelig på at det var et markant skille mellom «den mystiske erfaringen» og psykose. «Den mystiske erfaringen» er noe gjennomgående positivt og kan hjelpe personer med å finne mening og retning i livet (Danbolt et al, 2014, s. 77). Så kan det være at psykiatere har et for snevert syn på hva som er åndelige opplevelser og hva som er psykose?

Religion - en frigjørende kraft

Dersom vi skal ta utgangspunkt i James sin teori om den positive religiøse erfaring, betyr ikke det også at vi må klare å *skille* mellom de «gode» og de «dårlige» religiøse erfaringene? Hvordan skal behandlerne klare å skille mellom disse erfaringene? Og hvilke former for religiøsitet kan vi «tillate» innenfor norsk psykiatri i dag? En teoretiker som delte James positive holdning ovenfor religion var Gordon Allport. Han var enig i James sin teori om at religiøse erfaringer kan virke positivt, men at det ikke *alltid* er tilfelle og erfaringene ikke alltid er konstruktive for menneskelig modning og fellesskap. Å skille mellom de konstruktive og de ødeleggende religiøse erfaringene ble utgangspunktet for Allport sin forskning. Han ville finne ut av *hvilke former* for religion som fremmer sunnhet og personlighetsvekst og hvilke som ikke gjør det (Danbolt et al, 2014, s. 85).

For Allport var det et sentralt spørsmål om religiøsiteten kunne defineres som et *sentiment*. Med begrepet sentiment mente Allport en form for relativt stabil psykisk struktur eller funksjon som bidrar til å gi innhold og retning i en persons liv. Gjennom bruk av spørreundersøkelser og statistiske analyser bearbeidet Allport et omfattende empirisk materiale. Med bakgrunn i hans empiriske forskning etablerer Allport to hovedtyper personlig religiøsitet. Han navngir de to typene «intrinsikal religiøsitet og «ekstrinsikal religiøsitet» (Danbolt et al, 2014, s. 86).

Den *intrinsikale* religiøsiteten representerer en moden, velintegrert og autentisk form for religiøs erfaring og kan minne om James sitt perspektiv på den *autentiske* religion. Den er forankret i indre overbevisning og basert på personlig overveielse og valg. Den er en meningsgivende, veiledende og frigjørende kraft i individets liv og bidrar konstruktivt til personlighetsutvikling og modenhet. Ifølge undersøkelsene til Allport fører denne formen for religiøsitet til positive utfall slik som økt sosialt engasjement, mindre psykiske lidelser, økt selvaksept og mindre frykt for døden (Danbolt et al, 2014, s. 86). Resultater som vi også kan finne i dagens forskning (jmf Koenig, H).

Den *ekstrinsikale* religiøsiteten derimot, er en mer umoden form for religiøs tro og praksis som er mer bestemt av sosiale bånd og føringer enn av personlig overbevisning. I denne formen for religiøsitet virker ikke religionen som en verdi i seg selv, men heller som et middel for å oppnå andre goder slik som fellesskap, tilhørighet, vennskap og sosial status. Denne religiøsiteten er motsetningen til den intrinsikale, og personer med denne typen

religiøsitet skårer lavere på altruisme, sosialt engasjement og er negativt assosiert med mental helse (Danbolt et al, 2014, s. 86).

Et eksempel på det Allport ville kalt intrinisikal religiøsitet kan være opplevelsen til psykoterapeuten Martha Rodriques. Hun har selv opplevd hvordan religion kan ha en *positiv* innvirkning på behandlingen av psykiske lidelser. Da hun skulle søke hjelp og terapi for hennes depresjon slet hun lenge med å finne noen som inkluderte troen hennes som en del av behandlingen. Tidligere hadde Martha valgt å ikke fortelle om hennes tro til terapeuter, men da hun til slutt fant en terapeut som hadde tilstrekkelig kunnskap om hennes tro og religion, valgte hun å fortelle. Terapeuten forsto verdien og betydningen av troen hennes og var støttende, oppmuntrende og engasjerende. Hun lærte etter hvert å se hvordan hennes tro og terapi *sammen* kunne hjelpe henne. Hennes religiøse tro var ikke hovedfokuset i terapien, men den ble kombinert sammen med psykoterapi. Hun opplevde at troen ga henne håp, positive tanker og sterke sosiale bånd, som fungerte som forsvarsmekanismer mot depresjonen. «*Det var min tro som reddet meg... Bønn og meditasjon ble mine mestringsstrategier. (Rodriques, 2020)*»

Alle religiøse erfaringer er ikke nødvendigvis positive for individet. Dersom vi som helsepersonell skal fremme de religiøse erfaringene, må vi kunne skille mellom de forskjellige typene. Klarer vi å fremme den intrinisikale religiøsiteten, kan det gi positive utslag for individet og kan være til hjelp for å få pasienten «frisk». Om vi derimot fremmer den ekstrinikale erfaringen, kan dette gi negative virkninger. Ved å ha et åpent syn på religion kan man trolig hjelpe pasientene som opplever en intrinisikal religiøsitet, men uten tilstrekkelig kunnskap om emne kan det være vanskelig å skille mellom de forskjellige type religiøse erfaringer. Hvordan skal man for eksempel forholde seg til pasienter med *ekstrinikal* religiøsitet? Og hvordan skal man skille tydelig mellom disse religiøse erfaringene? De fleste religiøse pasientene jeg møtte i min praksis var i mine øyne vanskelig å plassere i en kategori. Flere av pasientene kunne virke til å ha positive religiøse erfaringer, men samtidig så kunne religiøsiteten bli en sperre for behandlingen. Hvor plasserer man disse pasientene innenfor rammene til Allport?

Å se *hele* mennesket

Så, hvilken betydning skal religion ha i den kliniske praksisen på et psykiatrisk sykehus? Det hadde vært utrolig praktisk å kunne gi et enkelt og konsist svar på spørsmålet, men jeg tror ikke det er mulig. Religion er som så mye annet, et område med både positive og negative sider. Religion kan være undertrykkende, kontrollerende og være en byrde i folks liv, men religion kan også være meningsgivende, frigjørende og gi håp. Som helsepersonell på psykiatriske sykehus møter vi mange forskjellige mennesker med forskjellig tro og livssyn, og vi som helsepersonell skal respektere deres integritet, behov og selvbestemmelse (phvl §1-1). Men, hva innebærer det?

Som en del av min utdanning som vernepleier har jeg lært av vi skal se *hele* mennesket, men hvordan gjør man det uten å se på personens religion og livssyn? En person er jo mer enn kjøtt og blod. Jeg tenker at dersom man skal se hele mennesket, må man også ta hensyn til individets tro og finne ut hva troen betyr for pasienten. Fungerer troen som en sperre, eller som en motivator for behandlingen? Tror pasienten på en Gud som vil straffe dem, eller på en Gud som er tilgivende og kjærlig? Jeg tenker at hvis vi skal finne ut hvilken funksjon religionen har for pasienten, må vi tørre å snakke med pasientene om religion. Det bør ikke handle om at religion enten er positivt eller negativt, men det bør handle om hvilken *betydning* troen har for pasienten. Som Martha Rodriques så fint poengterer;

«Vi må fokusere på de positive mestringsressursene som er knyttet til religion og påvirkningen dette har for mennesker med psykiske lidelser.» (Rodriques, 2020)

Referanser

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens Mysterium – Den salutogene modellen*. Gyldendal Akademisk.
- Apollon, D., Lundgren, E., Torp, O., Walaas, E. (1981). *Djevleutdriverne – Eksorsisme i Norge*. Pax Forlag
- Audhild, L. (2020) *Aaron Antonovsky*. Hentet fra: https://snl.no/Aaron_Antonovsky
- Audhild, L. (2019) *Salutogenese*. Hentet fra: <https://sml.snl.no/salutogenese>
- Bech Karlsen, J. (2003). *Gode fagtekster – Essayskriving for begynnere*. Universitetsforlaget.
- Buer, L. (2019). *Terapi og tro: Syk av troen*. Hentet fra: <https://psykiskhelse.no/bladet/2019/dybing-0219>
- Dagbladet. (2020). *Stadig færre tror på Gud*. Hentet fra: <https://www.dagbladet.no/nyheter/stadig-faerre-tror-pa-gud/72519866>
- Danbolt, L., Engedal, L., Hanssen, H., Hestad, K., Lien, L. (2014). *Religionspsykologi*. Gyldendal Akademisk.
- Departementene. (2017) *Mestre hele livet – Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf
- Fjeld, A. (2020) *Religion er opium for folket*. Hentet fra: https://snl.no/religion_er_opium_for_folket
- Høyersten, J. (2009). *Sinnslidelsenes historie – noen temaer og tablåer*. Hentet fra: <https://www.michaeljournal.no/i/2009/05/Sinnslidelsenes-historie-noen-temaer-og-tabl%C3%A5er>
- Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. (2018). *Integreringsbarometeret 2018*. Hentet fra: <https://www.imdi.no/arkiv/arkiverte-publikasjoner/integreringsbarometeret-2018/>
- Koenig, H., Al-Zaben, F., Vanderweele, T. (2020) *Religion and psychiatry: recent developments in research*. Hentet fra: <https://www.cambridge.org/core/journals/bipsych->

advances/article/religion-and-psychiatry-recent-developments-in-research/358B30940A36C1CD3AFE7991431BA1A9

Kringlen, E. (2007). *Norsk Psykiatri Gjennom Tidene*. N.W. DAMM & SØN AS

McGuire, M. (2002) *Religion: The Social Context, Fifth Edition*. Waveland Press Inc

Mycklebust, Kjellaug Klock (2009). Psykotisk og religiøs. Hentet fra:

<https://sykepleien.no/forskning/2009/03/psykotisk-og-religios>

Mykletun, A., Knudsen, A., Mathiesen, S. (2016) *Psykiske lidelser i Norge: Et*

folkehelseperspektiv. Hentet fra: <https://www.fhi.no/publ/eldre/psykiske-lidelser-i-norge-et-folkeh/>

NRK. (2020). *Brennpunkt – Guds utvalde*. Hentet fra: <https://tv.nrk.no/serie/brennpunkt-guds-utvalde>

Psykisk Helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62). Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62#KAPITTEL_1

Rettner, R. (Ukjent år) *God Help Us? How Religion is Good (And Bad) For Mental Health*.

Hentet fra: <https://www.livescience.com/52197-religion-mental-health-brain.html>

Rodriguez, M. (2020) *My Faith Saved Me*. Hentet fra: <https://www.nami.org/Blogs/NAMI-Blog/July-2020/My-Faith-Saved-Me>

Skålevåg, S. (2019) *Psykiatriens Historie*. Hentet fra: https://sml.snl.no/psykiatriens_historie

Statistisk Sentralbyrå. (2020). *Medlemmer av tros- og livssynssamfunn, nyeste tall*. Hentet fra: <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/faktaside/religion>

Stølen, T. (2020) *Karl Marx*. Hentet fra: https://snl.no/Karl_Marx

Taule, L. (2014). *Norge – Et sekulært samfunn?* Hentet fra: <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/artikler-og-publikasjoner/attachment/164168?ts=144de41b4e0>

Vestmo, B. (2019). *Disco*. Hentet fra: <https://p3.no/filmpolitiet/2019/10/disco/>

Walseth, L., Malterud, K. (2004) *Salutogenese og empowerment i allmenntedisinsk perspektiv*. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2004/01/kronikk/salutogenese-og-empowerment-i-allmenntedisinsk-perspektiv>

Wanounou, D. (2018). *Mediene bidrar til islamfrykt*. Hentet fra: <https://www.vl.no/religion/2018/06/01/mediene-bidrar-til-islamfrykt/>

Yalom, I (2007). *Religion og psykiatri – md forord av Finn Skårderud*. Arneberg Forlag.

