

Religionspsykologi og klientarbejde

Den kliniske religionspsykologi har ingen lang tradition i Danmark. Artiklen giver i kort form begrundelser for, viden om og ideer til, hvordan man som psykolog kan nærme sig denne del af klienternes livsverden.

Sundhedsvidenskab ■ Af Peter la Cour

■ Religionspsykologien har næsten fuldstændig skiftet fokus og indhold de sidste 10-20 år, og den nyere religionspsykologi har fået en mere umiddelbar relevans for den psykologprofessionelle omgang med klienter og patienter.

Moderne sundhedsopfattelser – også omkring den mentale sundhed – har siden 1970'erne helt selvfølgelig bygget på en multidimensionel opfattelse af mennesket, ”den biopsykosociale model”. Der er efterfølgende i sundhedsvidenskaben opstået en erkendelse af, at denne tredeling mangler en fjerde dimension, nemlig det bredt eksistentielle. Tager man udgangspunkt i mere moderne helhedsopfattelser af mennesket som fx Ken Wilber (2007), er det da også gan-

ske logisk, at denne dimension naturligt må indgå i menneskers livsverden (*Figur 1*).

Det synes historisk set at have været svært for mainstreampsykologien at medtænke de eksistentielle/spirituelle orienteringer i menneskeforståelsen – både teoretisk og praktisk i klientkontakten. Specielt i Danmark har der været tale om et særligt modsætningsforhold mellem fagene psykologi og teologi, der gensidigt har forsøgt at udelukke hinandens menneskeforståelser (som det nok stadig er tilfældet for de ældre generationer i begge fag).

Men der er en afgørende eksistentiel dimension i ethvert menneske. Helt kort kan den anskues ved en citatstump fra Tolstoj: ”Hvis mennesket ikke troede, at der var noget at leve for, ville det overhovedet ikke leve.” Altså at vi er klar over, at vi selv nødvendigvis skal dø, og at vi med denne bevidsthed er nødt til at forholde os til, hvad der kan være af mening med, at vi ikke dør med det samme.

Strengt taget ved vi ikke, om vores liv generelt har nogen værdi, mening eller formål (set under det helt store perspektiv), og da slet ikke, om vores egen personlige eksistens har nogen som helst værdi eller betydning for noget. Når vi alligevel bliver ved med at leve, er det, fordi at vi antager, at der er en idé, en fidus af en slags gemt inden i selve det at

FIGUR 1.
Vores biopsykosocialeksistentielle livsverden

(ad modum Ken Wilber)

	Privat	Offentlig
Ydre	Krop (bio)	Samfund (social)
Indre	Eksistens (spirituel)	Kultur (psyko)



MODELFOTOS: BAM/SCANPIX

være i live. Vi ved det imidlertid ikke. Vi *tror* det. Vi må nødvendigvis tro, at livet er værd at leve. ”Tro” er her ikke brugt i en kristelig forstand, men som helt alment begreb – at tro på livet, at der er mening og formål med det.

Det er meget forskelligt og ofte kendetegnede for enkeltpersoner, hvor meget de tror på livet, og det er her, den kliniske relevans begynder at vise sig åbent. Der er langt lettere at arbejde med mennesker, der tror på deres liv.

De tre orienteringer

Vi kender i vores kultur til tre *domæner*, hvor det eksistentielle folder sig ud – i form af sprog, narrativer og handlinger, og som dermed giver muligheder for at orientere sig som menneske (se la Cour & Hvidt, 2010). Det drejer sig om det *sekulære* domæne (fx en ateistisk, eksistentiel psykologisk orientering), om det *spirituelle* domæne (fx en orientering omkring en større universel sammenhæng) og det

>

- > *religiøse* domæne (fx orientering mod en personlig gud-dom).

Menneskelige eksistentielle orienteringer kan foldes socialt ud i alle tre domæner. Tager man den helt almenmenneskelige og kropsnære oplevelse af at stå og kigge op i stjernehimlen, så er oplevelsen i sig selv jo blot en oplevelse, hvorimod dens italesættelse vil bringe oplevelsen ind omkring enten sekulær, spirituel eller religiøs orientering: henholdsvis fx udtryk for benovelse over det store ukendte, udtryk for følelse af personlig sammenhæng med universet eller udtryk for glæden ved Guds skaberværk. Det er i en klientsituation nødvendigt, at man kan forholde sig respektfuldt til alle tre orienteringer.

Forstået på denne måde er der ikke noget, der hedder eksistential "ikke-tro" (det skulle i givet fald være bevidstløshed), men det er klart, at troen kan placeres forskellige steder i personligheden. Fundamentalistisk tro er lige fundamentalistisk, hvad enten det drejer sig om en ateist, en energihealer eller en amerikansk bibelbæltekristen.

På nogle områder har de fleste mennesker et forhold til alle tre orienteringer. Spørger man bredt, hvad der sker efter døden, vil de fleste kunne svare inden for de tre katego-

” Hvis mennesket ikke troede, at der var noget at leve for, ville det overhovedet ikke leve. ”

rier: Vil der blive sorg, og har det personlige liv efterladt noget aftryk på verden? (Det sekulært eksistentielle spørgsmål). Er der, eller er der ikke et sjæleligt liv ud over kroppen? (Det spirituelle spørgsmål). Vil der være en forløsning til sidst? (Det religiøse spørgsmål).

En sådan overordnet synsvinkel kan være første trin til, at emneområdet kan bringes ind i en professionel psykologsamtale. Det er uden betydning, om verdensbilledet stemmer overens mellem psykologen og klienten eller ej. Eller: det bør være af lige så ringe relevans, som at psykologens



personlige seksuelle orientering er afgørende for, om klienten har mulighed for at tale om seksualitet med sin psykolog.

Helt forkortet kunne man sige, at de sekulære eksistentielle orienteringer handler om tanker om mening og formål, de spirituelle orienteringer handler om en personlig stræben, og de religiøse orienteringer handler om teistisk tro.

Kriseforståelse og religionspsykologi

Det eksistentielle/spirituelle/religiøse område har i nyere empiri vist sig at være af betydning for den mentale og fysiske sundhed, også i Danmark. Det fører for vidt her at folde den omfangsrige forskning ud, men der kan gives nogle enkelte eksempler på denne vigtige baggrundsviden. For nemhed skyld (og fordi der er foretaget mest og grundigst forskning her) vil religiøsitet blive brugt mest som eksempel.

1. *Religiøsitet før krise: a) Fysisk sundhed.* Det er gentagne gange og mange steder i den vestlige verden blevet påvist, at der er en solid sammenhæng mellem kirkegang og levealder. Herhjemme er det i 2006 vist, at kirkegang (nogle gange om året eller mere) korrelerer med en forventet længere levetid på et par år, højest for kvinder, hvis der måles fra alderen 70 år og frem (la Cour et al., 2006). I USA er sådanne undersøgelser blevet elaboreret yderligere, og hvis man med disse forudsætninger beregner den forventede

længere levetid ved kirkegang for en 20-årig, ville den være omkring syv år (McCullough et al., 2000). Det er, hvad 20 cigaretter om dagen nedsætter den forventede levealder med! Selv om intet er sagt om, hvorfor det forholder sig sådan, må tallene tages for pålydende, og ingen, betvivler heller disse undersøgelses status. Der findes tilsyneladende en robusthed indbygget i et moderat kirkeliv.

Religiøsitet før krise: b) Psykisk sundhed. Det er ligeledes et gentaget og ikke-betvivlet fund, at der er en temmelig stor korrelation mellem religiøsitet og nedsat depression. Generelle religionsmål korrelerer alle ca. 20 % med nedsat depression, og drejer det sig om organiseret religiøs aktivitet som fx kirkegang, nedsættes sandsynligheden for en al-

vorlig depressiv episode med ca. 40 % (McCullough & Larson, 1999). Tilsvarende, men mindre eksplicitte fund er gjort i seks europæiske storbyer (Braam et al., 2001).

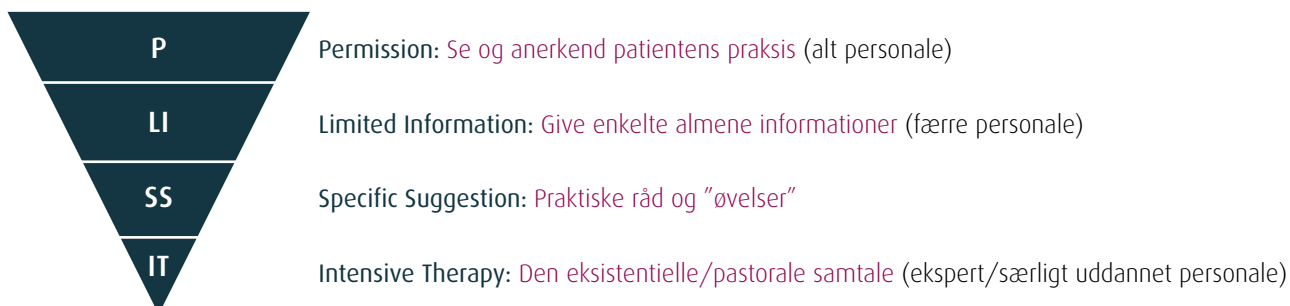
Det er blevet livligt diskuteret, hvad der udløser sådanne åbenbare sundhedseffekter af religiøsitet. Et bud kunne lyde, at religiøsitet ofte medfører to ting, der fungerer som en sundhedsmæssig fordel: 1) Religiøsitet medfører socialitet, hvilket igen hænger sammen med social støtte og bevidstheden om ikke at være alene i tilværelsen. 2) Religiøsitet kan bruges til kognitiv restrukturering af ens tanker om livet i krisefyldte tider – såkaldt religiøs coping – hvilket bringer os til næste punkt.

2. Religiøsitet under krise. Positiv og negativ religiøs coping.

>

FIGUR 2. Plissit-modellen

adapteret fra Jack Annon (1976)



> Siden 1997, hvor Kenneth Pargament udgav klassikeren "Religious coping", har der især i USA været forsket intenst i religiøsitetens rolle, når man først er i krise. Ofte gøres dette i sammenhæng med den såkaldte livskvalitetsforskning, hvor der er ført mange forskningsresultater til torvs. Man finder oftest, at religiøs coping er et tveægget sværd: den kan positivt lindre og facilitere, at svære ting bliver nemmere at klare (fx ved at føre en indre dialog med en højere magt), men den kan også negativt være med til at gøre ondt værre (fx hvis ulykke bliver knyttet sammen med tanken om straf fra Gud). Overordnet ses dog langt mest positiv indvirkning (Pargament, 2002).

Der er mange grunde til, at man må tage denne forskningstradition og dens resultater varsomt i betragtning i Danmark, hvor religiøsitet spiller en ganske anden rolle end i USA, men det er til gengæld ganske sikkert, at religiøse, eksistentielle og spirituelle elementer også i Danmark bliver sat intensiveret i spil, når mennesker er i krise, hvilket er dokumenteret for nylig i flere omgange (fx Ausker et al., 2008). Netop derfor er det af central betydning, at folk, der arbejder professionelt med kriser (psykologer) i det mindste har en basisviden om disse ting og forskellige religiøse elementers rolle i kriseforløbet.

3. *Religiøsitet efter krise. Spiritualitet som out-come.* Der er gjort flere forsøg på at specificere, hvad der kan ligge i udtrykket 'posttraumatisk vækst', altså tanken om, at man kan komme styrket ud af et kriseforløb. Shaw et al. (2005) har sammenfattet tre punkter: 1) En ændret selvopfattelse, hvor man erkender egen sårbarhed, men også føler sig forholdsvist stærkere. 2) Ændring i de personlige relationer, hvor man elsker sine elskede mere og er mere åben og har større medfølelse med andre. 3) Ændringer i livsfilosofien, hvor der ses større spiritualitet, større værdsættelse af hver dag, ændrede livsværdier og forståelse for, at livet er dyrebart. Disse ting synes stadig at fremstå ret normative, men tanken om mulig visdom som udbytte efter en krise ligger vel de fleste nær. Og visdom involverer nu engang en mere

integreret omgang med livets store spørgsmål. Det er vel derfor også naturligt at italesætte netop disse dimensioner både som led i og måske især ved afslutningen på et psykologisk samtaleforløb. Men igen er det nødvendigt, at klinikerer er i stand til at orientere sig i landskabet.

Hvordan gør man?

Baggrundsviden er vigtig, men klinisk handler det naturligvis også om praktisk applikation. Det er ret enkelt at åbne den professionelle samtale for disse emner. Man skal blot *spørge til dem* og dermed signalere, at sådanne emner er



velkomne. For klinikerne, der ikke er vant til at spørge nysgerrigt til sådanne emner, minder situationen måske om tidligere klinikers forhold til seksualitet. Det er nærliggende at benytte modeller for klient-psykolog-forholdet fra dengang. Man kan spørge og være villig til at høre på alle problemstillinger, men samtidig erkende, at man nogen gange, men ikke altid er den rette fagperson til at gå videre med sagerne.

Dette er anskueliggjort i den såkaldte PLISSIT-model (Figur 2). Ideen er her, at alle professionelle som minimum skal være i stand til at se og anerkende klienternes tanker og praksis, mens de mere specifikke spørgsmål, overvejelser og praksisformer i stigende grad må henvises til eksperter på området, her fx præster, imamer, spirituelle/eksistentielle autoriteter eller til specifik litteratur.

Det gælder først og fremmest om, at man som kliniker sta-

dig er i stand til at åbne og måske nuancere feltet. Der er igennem de sidste 15 år udgivet forskellige eksempler på *spørgsguides*. En vellykket guide er udarbejdet af Ferrell (2007).

Der er for nylig udviklet en begrebsramme for den lidt mere ambitiøse afdækning af emnerne i et sekulært samfund som det danske (la Cour & Hvidt, 2010). Begrebsstrukturen er fremkommet på baggrund af et ønske om at nå "hele vejen rundt" og på baggrund af et temmelig stort arbejde med definitioner af de tre involverede domæner og dimensioner.

Idealet består i, at man nysgerrigt kan spørge til alle former for meningsdannende elementer, både deres orientering omkring intern eller ekstern meningskabelse (konstruktivistisk kontra transcendent meningskabelse), og deres udfoldelse i forskellige livsdimensioner. Ud fra en systematisk gennemgang af mulighederne er der valgt tre dimen-

>

FIGUR 3. Eksempler på spørgsmål om meningskabelse og sygdom i relation til The Grid

Meningskabelse	<i>Knowing</i> : Kognitioner	<i>Doing</i> : Praksis	<i>Being</i> : Betydning
Sekulær eksistential Orientering	I hvor høj grad føler du, at livet er værd at leve, selv om du har smerter? Hvorfor og hvordan – eller hvorfor ikke?	Mens du har været syg – i hvor høj grad har du været i stand til at foretage dig det, som du sætter størst værdi ved? Er der noget, der forhindrer, at du bruger tid på det, du virkelig værdsætter?	I hvor høj grad prøver du at leve dit liv efter dine idealer – også i denne periode med smerter? Giver disse idealer stadig mening for dig.
Spiritualitet	Mens du er syg – i hvor høj grad tænker du på livet som styret af energier eller kræfter, der er større end dig? Hvordan forstår du eller afviser du sådanne principper?	Har du, efter at du er blevet syg, haft større trang til at bekræfte din følelse af at være en del af universet, for eksempel ved at meditere, lytte til musik eller at være alene i naturen? Bruger du tid på sådanne aktiviteter?	Hvis du mener, at du selv har en spirituel side, hvor vigtig er spiritualitet så under denne krisefyldte periode? Opnår du fx styrke eller trøst fra disse dimensioner af livet?
Religiositet	Har det at være syg betydet noget for den måde, du tænker på religion? Hvis det er sket, på hvilke områder er du blevet mindre sikker, og på hvilke er du blevet mere sikker?	Har du følt et større behov for at komme i en kirke, bede en bøn eller læse i religiøse bøger, mens du har været syg? Har du faktisk ændret den mængde tid, du bruger på sådanne ting?	Hvis der er nogle religiøse elementer i dit verdensbillede, i hvor høj grad har disse styrket eller svækket din mulighed for at komme gennem denne periode med sygdom? Hvis der er sådanne elementer, hvilke er så især vigtige for dig i denne situation?

- > sioner for udfoldelse: *Kognition* – svarende til indholdet af det, man kan sige med ord om emnerne, hvis man spørges til området, fx om tro på en Gud eller ej. *Praksis* – der prøver at indfange, hvad man rent faktisk gør i relation til at opbygge, opretholde eller berige sit verdensbillede og værdier, fx at være sammen med sine elskede eller udførelse af små ritualer som fx at tænde et lys. *Betydning* – der forsøger at indfange nuet, i hvor høj grad de religiøse, eksistentielle eller spirituelle faktorer er i spil, hvor intenst de melder sig både i dagligdagen og under en eventuel krise.

Figur 3 på forgående side viser en række kliniske spørgsmål, som de kunne se ud ved en problemstilling, der omhandler sygdom og smerter. Det er klart, at det kun er *eksempler*, og at spørgsmålene skal reformuleres konkret for hver enkelt klient; der er ikke tale om en recept, men om inspiration til en respektfuld ændring af en klinisk praksis.

Ovenstående må ses som en introduktion et stort psykologisk fagområde, der ikke har nogen lang tradition i Danmark. En så kort fremstilling må nødvendigvis medføre, at komplicerede sammenhænge og indsigter forenkles både i sprog og tanke, men kan forhåbentlig anspore til, at også



danske psykologer begynder at inddrage den nye viden, både i teori og klinisk praksis.

Peter la Cour, ph.d. i religionspsykologi,
specialist i sundhedspsykologi. Ansat på Tværfagligt
Smertecenter, Rigshospitalet

REFERENCER ■

Ausker, N., la Cour, P., Busch, C., Nabe-Nielsen, H., & Mørk Pedersen, L. (2008). Danske hospitalspatienter intensiverer eksistentielle tanker og religiøst liv. *Ugeskrift for Læger*, 170, 1828-1833.

Braam, A.W., Van den Eeden, P., Prince, M.J., Beekman, A.T.F., Kivelä, S.-L., Lawlor, B.A. et al. (2001). Religion as a cross-cultural determinant of depression in elderly Europeans: results from the EORUDEP collaboration. *Psychological Medicine*, 31, 803-814.

Ferrell, B. (2007). Meeting Spiritual Needs: What Is an Oncologist to Do? *Journal of Clinical Oncology*, 25, 467-468.

la Cour, P., Avlund, K., & Schultz-Larsen, K. (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, 157-164.

la Cour, P. & Hvidt, N.C. (2010). Conceptual Issues in Research on Meaning Making and Health in Secular Societies. Religious, Spiritual and Secular Existential Orientation. *Social Science & Medicine*, 71, 1292-1299.

McCullough, M.E. & Larson, D.B. (1999). Religion and depression: a review of the literature. *Twin Research*, 2, 126-136.

McCullough, M.E., Hoyt, W.T., Larson, D.B., Koenig, H.G., & Thoresen, C. (2000). Religious Involvement and Mortality: A Meta-Analytic Review. *Health Psychology*, 19, 211-222.

Pargament, K.I. (1997). *The Psychology of Religion and Coping*. New York, London: The Guilford Press.

Pargament, K.I. (2002). The Bitter and the Sweet: An Evaluation of the Costs and Benefits of Religiousness. *Psychological Inquiry*, 13, 168-181.

Shaw, A., Joseph, S., & Linley, P.A. (2005). Religion, spirituality, and posttraumatic growth: a systematic review. *Mental Health, Religion & Culture*, 8, 1-11.

Wilber, K. (2007). *A brief history of everything*. Shambhala Publications.