

# MIN GUD, MIN GUD, HVORFOR HAR DU FORLADT MIG?

**En diskussion om fagpersoner skal adressere tro og eksistentielle temaer i samtale og behandling af personer i livskrise**



Autoriseret psykolog, ph.d. cand.psych. Heidi Frølund Pedersen

Resumé: I mit arbejde som psykolog i sygehusvæsnet støder jeg på mennesker, der er ramt på eksistensen, når de oplever at kroniske smerter sætter en barriere for deres håb og drømme for livet. Indimellem bliver åndelige og eksistentielle spørgsmål udtalt i terapien, men oftest ikke. Måske fordi den sundhedsfaglige ramme, som jeg møder patienterne i, ikke fordrer en åbenhed om disse spørgsmål. Litteraturen peger ellers på at åndelig og eksistentiel lidelse i høj grad er forbundet med fysisk, psykisk og socialt helbred og velbefindende. Litteraturen finder også, at sundhedspersonale ofte undlader at adressere dette på grund af blufærdighed, mangel på tid eller en oplevelse af manglende færdigheder til at tage den svære samtale. Artiklen sætter fokus på spørgsmålet om sundhedspersonale skal spørge ind til samt inddrage patientens/klientens åndelige og eksistentielle overvejelser i forbindelse med livskrises som alvorlig sygdom. Der præsenteres forskellige mulige måder dels at opspore åndelig og eksistentiel lidelse, og rationalet for at inddrage en persons tro i behandling diskuteres.

I sundhedssektoren er opmærksomheden på at tale om tro og eksistens i forbindelse med livstruende sygdomme steget i takt med at forskningen indenfor især tro- og helbredsammenhænge har påpeget betydelige sammenhænge mellem tro, eksistentielle overvejelser, helbred og livskvalitet. Men er der belæg for, at sundhedspersonale som læger, sygeplejersker og psykologer skal spørge mere til trosmæssige og eksistentielle overvejelser i mødet med personer, der er ramt af livskrises som livstruende sygdom el-

ler kroniske smerter? Og i så fald, skal man gå skridtet videre og inddrage disse temaer i behandlingen af personen?

### Case

En mand i slut 30'erne kommer ud for et trafikuheld og pådrager sig efterfølgende nakkesmerter, rygsmerter og hovedpine. Et år efter ulykken er han stærkt smerteplaget og henvises til en tværfaglig smerteklinik, hvor der gøres forskellige indsatser blandt andet medicinsk behandling styret af en læge, graderet genoptræningsprogram ved en fysioterapeut, støtte fra en socialrådgiver med henblik på jobaflastning og samtaler med psykolog om accept af sin smertetilstand. På trods af den anbefalede tværfaglige behandlingsindsats oplever manden ikke forbedring men er stærkt forpint og opgivende. De involverede behandlere er frustrerede, fordi manden insisterer på at få stærkere medicin fremfor at tage imod de forskellige anbefalinger om at skære ned i sine arbejdstimer og fritidsaktiviteter, så han har mulighed for at prioritere den fysiske træning og give sig selv ro. Manden er aktiv i en kirke, hvor han fungerer som frivillig i socialt arbejde og prædikant, og vil ikke opgive dette eller sit fuldtidsarbejde. Behandlerne er på nippet til at afslutte ham til egen læge, men manden er fortvivlet og ønsker ikke dette. Men hvad så?

### En helhedsorienteret forståelse af mennesket

Igennem de sidste 40 år har det moderne sundhedsvæsen bevæget sig fra en bio-mekanisk forståelse af mennesket, altså forståelsen af menneskets krop som en maskine, der kan repareres ved den rette fysiske indgriben, til en mere holistisk forståelse kaldet den bio-psyko-sociale model, som blev introduceret af Engel i 1977. Modellen inddrager det fysiologiske, men også psykologiske og sociale aspekter og ligger til grund for den tværfaglighed, man ser inden for eksempelvis kronisk smertebehandling. Man har op igennem 1990'erne argumenteret for at udvide modellen til også at indbefatte en eksistentiel dimension, som man eksempelvis gør i palliations- og hospicetraditionen (Dyer 2011, 297-298). Her anvendes begrebet *total pain*, fordi lidelse i forbindelse med livstruende sygdom er fundet ikke kun at opstå på baggrund af fysiske symptomer, men også kan stamme fra psykologisk, social og eksistentiel lidelse (*existential distress*) (Saunders 1964, 29-32), hvorfor behandlingen også må rettes mod hele mennesket, herunder den eksistentielle og åndelige (LeMay og Wilson 2008, 489; Saunders 1988, 29-32). Den eksistentielle dimension er dog den dårligst beskrevne af de 4 fire dimensioner. I nogle tilfælde forstås den som noget religiøst eller trosrelateret, og af andre som en sekulær, almen menneskelig oplevelse af meningsløshed og trussel mod personens identitet og sammenhængskraft i skyggen af livstruende sygdom (Cherny, Coyle & Foley 1994, 57-70). Forvirringen om, hvad den eksistentielle dimension dækker har betydet, at der hersker tvivl blandt sundhedspersonale om, hvad åndelige og eksistentielle behov er, og hvordan omsorgen for disse behov udføres (på engelsk kaldet *spiritual care*) og af hvem.

I de seneste år har Sundhedsstyrelsen rettet fokus på at give en klarere forståelse af, hvad åndelig og eksistentiel omsorg er i forbindelse med behandling af personer med livstruende sygdomme, og det har givet sig udslag i anvisninger for hospice og palliative teams (Sundhedsstyrelsen 2017, 46-47), hvor åndelig og eksistentiel omsorg fokuserer på patientens oplevelse af egen situation, oplevelse af mening i livet, håb og styrke, og patientens forhold til det religiøse.

Hvor man er kommet et godt stykke vej med at beskrive og forstå betydningen af den åndelige og eksistentielle dimension for håndteringen af livstruende sygdomme, så er der ikke sket den samme bevægelse indenfor andre områder som eksempelvis kronisk smertebehandling, hvor man ellers anerkender at smerteoplevelsen er multi-dimensionel og skal behandles som sådan. Der kan argumenteres for, at livskriser i forbindelse med kronisk smerte eller andre sygdomme, hvor man oplever et funktionstab i lige så høj grad giver anledning til eksistentiel lidelse som ved livstruende sygdomme. Patienten kan opleve sig afskåret fra det som tidligere var betydningsfulde kilder til mening som eksempelvis karriere, forælderrollen og nære relationer og opleve håbløshed og usikkerhed om fremtiden eller opleve sig udfordret på sin tro eller livssyn. I behandlingen af kronisk smerte drages der ofte god omsorg for den fysiske og psykiske dimension, mens patienter sjældent oplever at den eksistentielle dimension berøres selvom undersøgelser viser, at oplevelsen af at der tages hånd om den eksistentielle dimension er associeret med mindre fysisk smerte, mindre depression og lavere funktionsnedsættelse (Dezutter et al. 2017, 563-575). I den indledende case, som foldes ud sidst i artiklen, finder vi et hint om at trods den massive behandlingsmæssige indsats, så har man ikke haft specifikt øje for den åndelige og eksistentielle dimension, og måske er det én af årsagerne til at de forskellige tiltag indtil videre har fejlet.

### **Tro, konflikt og helbred**

Når det eksistentielle og åndelige sjældent italesættes direkte, så hænger det dels sammen med fornævnte forvirring om, hvad det eksistentielle og åndelige dækker over. Derudover har man i flere undersøgelser fundet, at læger og sygeplejersker oplever manglende kompetence til at tage hånd om patienternes åndelige og eksistentielle behov og oplever en berøringsangst for især trosrelaterede temaer (Assing Hvidt et al. 2016, 385-393; Strang og Strang 2002, 857-864). Dette er ærgerligt set i lyset af, at forskningen igennem de seneste 25 år har fundet betydelige sammenhænge mellem tro, helbred og livskvalitet. Der har i særlig grad været fokus på troen som ressource – altså hvilke positive effekter en tro eller religiøs praksis har for den enkeltes helbred (Jim et al. 2015, 3760-3768; Koenig, King og Carson 2012; Paloutzian og Park 2014). Hvis ikke der spørges ind til patientens tro betyder det, at man potentielt overser muligheden for at understøtte vigtige ressourcer, som patienten har adgang til. Men man har også fundet negative sammenhænge mellem tro, helbred og livskvalitet (Abu-Raiya, Pargament og Magyar-Russell 2010, 389-412; Ano og Vasconcelles 2005, 461-480; Ex-

line 2013). Det har man i de tilfælde, hvor der er tale om en art konflikt i personens tro eller livssyn kaldet *spiritual struggle* (her oversat til *tros-konflikt*) (Pargament 1997; Pargament 2007). At opleve en konflikt i sit livssyn eller tro kan udspille sig i forskellige domæner: i forholdet det *transcendente* (negative følelser omkring personens tro på Gud/det transcendent eller oplevede forhold til Gud/det transcendent), noget *dæmonisk* (bekymringer om, at djævelen eller andre onde ånder angriber personen eller er skyld i negative begivenheder), *interpersonelt* (at være plaget af negative oplevelser med troende mennesker eller religiøse institutioner; interpersonel konflikt omkring religiøse emner), *moralsk* (at kæmpe med at følge moralske principper; bekymring eller skyld om overtrædelser begået af personen), *tvivl* (oplevet konflikt pga. tvivl om ens tro eller overbevisning), og *ultimativ mening* (manglen på oplevelse af dyb mening i ens liv) (Exline et al. 2014, 208-222). Tros-konflikt manifesterer sig både i affekt (følelser som vrede, afmagt, sorg), kognition (eks. tvivl eller oplevelse af meningsløshed) og adfærd (eks. isolation fra fællesskaber) og er fundet at være forbundet med både fysisk, psykisk og social livskvalitet.

### **Tros-konflikt og fysisk helbred**

Af studier der har undersøgt fysisk helbred og tros-konflikt fandt en metaanalyse, der inkluderede studier af unge med kroniske sygdomme, små til moderate sammenhænge mellem tros-konflikt og dårligere fysisk helbred (Reynolds, Mrug, Wolfe, Schwebel og Wallander 2016). En mulig forklaring på at tros-konflikt er korreleret med fysisk helbred er, at mange studier er tværsektionelle, og derfor er det vanskeligt at bestemme årsagssammenhængen, om det er personer med et dårligt fysisk helbred, der oplever mere tros-konflikt eller omvendt. Der er dog nogle få undersøgelser, som har fulgt deltagere over tid, blandt andet en undersøgelse af ældre indlagt på en medicinsk afdeling, som fandt at et højere niveau af tros-konflikt ved første måletidspunkt var forbundet med øget depression, dårligere fysisk funktion og livskvalitet 2 år efter (Pargament et al. 2004, 713-730). Undersøgelsen fandt også, at et højere niveau af tros-konflikt ved første undersøgelsestidspunkt var forbundet med øget dødelighed 2 år efter. En mulig forklaring på sammenhængen med fysisk helbred er, at tros-konflikt ofte giver sig udtryk i emotioner såsom vrede, frustration, afmagtsfølelse, frygt eller sorg, der alle manifesterer sig som kropslige udtryk og påvirker fysisk helbred i form af flere symptomer. Derudover kan det tænkes, at det øgede stressniveau, som en emotionel forankret tros-konflikt medfører, er med til at påvirke fysisk helbred i en negativ retning.

### **Tros-konflikt, mentalt helbred og livskvalitet**

Undersøgelser finder også en moderat sammenhæng mellem tros-konflikt og øgede forekomster af depression, stress og angst. En metaanalyse af unge med kroniske lidelser (Reynolds et al. 2015, 226-243) fandt, at tros-konflikt var forbundet med lavere livskvalitet og mere depression og angst. En systematisk litteraturoversigt af cancer-

relaterede studier fandt, at tros-konflikt var forbundet med dårligere tilpasning til sygdommen (Thuné-Boyle et al. 2006, 151-164), mens 2 metaanalyser af voksne populationer fandt, at tros-konflikt var forbundet med ringere sygdomstilpasning (Ano og Vasconcelles 2005, 461-480) og større forekomst af depression (Smith, McCullough og Poll 2003, 614-636). Igen er det værd at bemærke, at mange af disse studier er baseret på et tværsektionelt design, og derfor er det vanskeligt at skille ad, om det er tros-konflikt, der leder til eksempelvis depression eller omvendt. Det er dog meget sandsynligt, at det går begge veje og kan forstærke hinanden, men der mangler undersøgelser, der følger deltagerne tættere over tid for at kunne afklare netop dette spørgsmål.

### **Tros-konflikt og socialt velvære**

I forskningen af sammenhænge mellem tro og helbred bliver social støtte ofte fremhævet som en af de mest afgørende faktorer for den positive effekt. Vi ved fra andre studier, der undersøger social støtte, at trygge og sunde relationer er den mest potente faktor i forhold til at forudsige livskvalitet, helbred og livslængde (se f.eks. TED talk af Robert Waldinger der står i spidsen for Harvard Study of Adult Development). Personer, der praktiserer en tro, har ofte adgang til religiøse fællesskaber, som er præget af værdier som altruisme, tilgivelse og omsorg. Omvendt er fællesskaberne i sig selv potentielle kilder til tros-konflikt, eksempelvis i form af skuffelse over manglende nærvær i forbindelse med en livskrise eller oplevelse af fordømmelse, og har dermed mulighed for at have en stor indflydelse på livskvalitet og socialt velvære. En meta-analyse af undersøgelser blandt kræft-patienter (Sherman et al. 2015, 3779-3788) fandt, at personer der oplevede troen som en kilde til fred og harmoni oplevede større socialt velvære i form af social støtte, mens personer der oplevede troen som kilde til konflikt rapporterede lavere socialt velvære. Størstedelen af de inkluderede studier havde undersøgt tros-konflikt i forhold til Gud, mens det er uvist, hvilken indflydelse konflikter med menighed eller præst har for oplevelsen af socialt velvære. Andre undersøgelser peger på, at tros-konflikt eksempelvis i form af vrede mod Gud ikke anses for socialt acceptabelt (Exline, Kaplan og Grubbs 2012, 264-277), hvilket kan forklare, at personer der oplever en sådan konflikt oplever lavere socialt velvære, fordi de enten har oplevet fordømmelse eller andre negative responser fra et fællesskab eller forsøger at skjule det ved at isolere sig fra fællesskabet.

### **Tros-konflikt i et sekulært samfund**

Størstedelen af den netop gennemgåede litteratur bunder i amerikansk forskning, hvorfor man ikke kan overføre resultaterne direkte til en nordisk sammenhæng. Hvis vi kigger på et sekulært samfund som det danske, er der lavet langt mindre forskning i sammenhænge mellem tro og helbred generelt og overvejende er forskningen kvalitativt baseret. Dog er der lavet et par spørgeskemabaserede studier, der undersøger prævalensen af tros-konflikt og ét enkelt der har kigget på sammenhængen mellem tros-

konflikt og livskvalitet. En undersøgelse baseret på tvillingeregisteret (Hvidtjørn et al. 2014, 1329-1341) med i alt 3.686 personer fandt, at af de personer som havde oplevet en livskrise (eksempelvis alvorlig sygdom, tab eller økonomiske problemer) oplevede 12.7% af kvinderne og 8% af mændene, at troen på en højere magt var blevet vigtigere for dem efter livskrisen. Af de personer, der oplevede troen som vigtigere efter krisen, angav en mindre procentdel at kunne bruge deres tro som en ressource i tilpasningen til livskrisen (mellem 2% og 9.5% afhængig af copingstrategi), mens en endnu mindre del (mellem 1% og 6%) at have oplevet tros-konflikt. Af disse personer var det særligt mænd og personer, der havde mistet en ægtefælle eller et barn, som oplevede en tros-konflikt. Undersøgelsen havde ingen mål for livskvalitet med. En anden undersøgelse af danske patienter med lungekræft og kronisk obstruktiv lungesygdom fandt, at patienterne i højere grad end raske kontrolpersoner gjorde brug af troen som ressource (positive religiøse copingstrategier), om end forekomsten var langt mindre end sammenlignelige amerikanske studier (Pedersen et al. 2013, 188-203). Dog var der ingen korrelation mellem positiv religiøs coping og den overordnede livskvalitet. Forekomsten af tros-konflikt var mindre end forekomsten af positiv religiøs coping, men tros-konflikt var til gengæld korreleret med livskvalitet, således, at de patienter, der i højere grad gav udtryk for tros-konflikt også havde en lavere overordnet livskvalitet. Begge studier kan kritiseres for at have anvendt det amerikanske spørgeskema, Brief RCOPE (Pargament, Feuille og Burdzy 2011, 51-76), der i ordlyd kan være fremmedgørende for personer, hvis tro er mere udefineret og måske ikke retter sig mod en »personlig« Gud, som man kan interagere med (Pedersen 2013). I de to danske studier havde man spurgt ind til personens tro, og i undersøgelsen af Hvidtjørn og kollegaer (2014) fandt man, at personer, der havde en sikker tro på Gud (operationaliseret ved udsagnene »Jeg tror på Gud« og »Jeg ved at Gud eksisterer«) i højere grad gjorde brug af positive religiøse coping strategier end personer med en mere udefineret tro på noget højere (operationaliseret ved udsagnene »Jeg ved det ikke/er i tvivl« og »Jeg tror på en form for åndelig magt, men ikke en personlig Gud«). Det er bemærkelsesværdigt, at forekomsten af tros-konflikt var det samme blandt sikkert troende og de mindre overbeviste i undersøgelsen af Hvidtjørn og kollegaer. I studiet af Pedersen og kollegaer (2013) var niveauet af tros-konflikt sammenligneligt med amerikanske studier (mellem 2 og 16 procent afhængigt af udsagnet), også blandt personer som erklærede sig ikke-troende. Resultaterne kan tolkes således, at livskriser kan aktivere religiøse tanker, men at det for personer med en mindre sikkert defineret tro er sværere at anvende det som en ressource og dermed kan blive en kilde til konflikt. Resultaterne underbygges af et kvalitativt studie (Moestrup og Hvidt 2016, 618-629) blandt danske hospicepatienter, der fandt at tros-konflikt også er et tema hos personer, der ikke anser sig selv som meget troende. Nogle af deltagere beskrev Gud som fjern, ond og én, der svigtede ved at lade personen opleve en vanskelig sygdom, og de havde svært ved at finde Guds mening med, at de skulle være syge. Resultaterne fra de danske studier understøtter til en vis grad påstanden, at dan-

skernes tro er en krisereligion (la Cour 2005, 59-82) – altså netop en tro man forsøger at trække på i forbindelse med alvorlige livsbegivenheder. Problemet er dog, at for personer, hvor troen ikke er godt integreret i form af viden, praksis, og betydning, er det vanskeligt at aktivere noget som ressource, som ikke er tilstede. Til gengæld ser det ud til at tros-konflikter opstår uanset om man definerer sig som sikkert troende eller ikke, og at det er forbundet med lidelse, der kan påvirke den enkeltes velbefindende.

### **Faktorer forbundet med forekomsten af tros-konflikt**

Eftersom forskningen peger på potentielle negative effekter af tros-konflikter, så har man også undersøgt, hvilke faktorer der er forbundet med det at opleve en tros-konflikt. Er der eksempelvis bestemte omstændigheder eller personlighedstræk, som kan forklare, at man oplever en tros-konflikt? Her peger forskningen på, at tros-konflikt opstår i forbindelse med større negative livsbegivenheder, såsom alvorlig sygdom, død eller ulykke (Ellison et al. 2010, 287-304; Stauner et al. 2018). Andre undersøgelser har fundet, at personlighedstrækket neuroticisme, altså graden hvormed man oplever ængstelighed og negative emotioner, er forbundet med tros-konflikt (Ano og Pargament 2013, 419-434; Pedersen 2013). En systematisk litteraturoversigt fandt, at personer med narcissistiske personlighedstræk i højere grad oplevede troskonflikt i form af vrede mod Gud (Kim 2015). Derudover er en usikker tilknytningsstil, altså måden hvorpå man relaterer sig til andre og oplever tryghed og nærhed i relationer eller mangel på samme – forbundet med større troskonflikt (Pedersen 2013; Ano og Pargament 2013, 419-434). Eftersom troen på noget større ofte indbefatter en grad af personlig relation, giver det mening, at hvis personen i forvejen har vanskeligt ved nærhed i relation til andre mennesker, så kan dette også føres over i forholdet til noget transcendent. Noget empiri peger dog på, at Gud som tilknytningsfigur til en vis grad kan kompensere for manglende nære relationer (Granqvist og Kirkpatrick 2013, 139-155), mens andre studier har fundet, at personer med en ambivalent/usikker tilknytningsstil har flere skift i, hvad de tror på (Granqvist og Hagekull 2001, 527-545). Det kan dermed tænkes, at disse personer i højere grad oplever manglende nærhed og respons i troen, og håndterer det ved at forkaste deres tro for at finde en ny. Forskningen i hvilke faktorer, der forudsiger forekomsten af tros-konflikt, peger altså på, at måden hvormed troen forvaltes på og kan bringes i spil i forbindelse med livskriser i høj grad er formet af de ressourcer, som personen i forvejen har eller ikke har. Dette er vigtig viden for personer, der kommer i kontakt med personer i krise eksempelvis sjælesørgere og terapeuter, fordi personens eksisterende ressourcer potentielt set også har betydning for, om personen oplever, at tros-konflikten kan løses og lede til en positiv transformation/modning af troen eller ej.

### **Behov for opsporing af tros-konflikt**

Den nuværende forskning indenfor tros-konflikt i forbindelse med livskriser peger altså på, at det påvirker den enkeltes velbefindende, både fysisk, mentalt og socialt, også



i et sekulært samfund som det danske. Forskningen peger også på, at der er forskellige psykologiske faktorer tilstede, som er afgørende for, hvor gennemgribende troskonflikten kan blive. Derfor er der god grund til at anbefale sundhedsfaglige personer som læger, sygeplejersker og psykologer at være opmærksomme på personens tro og turde spørge ind til dette med henblik på at afdække mulige konfliktområder. Ikke nødvendigvis for selv at kunne løse personens oplevelse af konflikt, men for at møde patienten som et helt menneske og anerkende, at lidelse inden for det eksistentielle og åndelige område bidrager til patientens totale oplevelse af lidelse (Viftrup 2019). Men opmærksomheden på det eksistentielle og åndelige område er svingende, og eksempelvis fandt en nyere dansk undersøgelse blandt praktiserende læger, at der kun spørges ind til eksistentielle temaer i særlige kriseprægede tilfælde, og at der er en udpræget berøringsangst specifikt over for tro på grund af lægens blufærdighed om temaet og oplevelsen af manglende kompetence til at tale med patienten om tro (Assing Hvidt et al. 2016, 385-393). Undersøgelsen viste også, at lægerne kun meget sjældent henviste til en præst, og at der ikke var en konsistent henvisningspraksis. Dette ser sandsynligvis anderledes ud på sygehusafdelinger, hvor personalet er bekendt med sygehuspræsten, men ofte findes der ingen standardpraksis og selv her oplever sundhedspersonalet at være berøringsangste for at samtale om tro og tvivl, mening og meningsløshed, døden, lidelse og håb. Nogle af årsagerne skal findes i oplevelsen af manglende tid til at spørge ind til åndelige og eksistentielle overvejelser, men også de sundhedsprofessionelles oplevelse af at mangle viden og sprog for det åndelige og eksistentielle og manglende egen refleksion over disse temaer medvirker til at åndelige og eksistentielle behov ikke adresseres (Strang og Strang 2002, 857-864).

### **Hvad kan man gøre?**

Et par tiltag, der skal give sundhedspersonalet bedre mulighed for at adressere tro og eksistentielle temaer i forbindelse med patientforløb, er introduceret de seneste par år. Et eksempel er »Eksistenslaboratorier« som udbydes til sundhedspersonale med formålet at klæde personalet bedre på til at kunne tage »den svære samtale«. Et andet tiltag er et endags-kursus i »Eksistential kommunikation« for praktiserende læger, som lige nu er en del af et forskningsprojekt ved Syddansk Universitet. Projektet stiler også mod at udvikle og implementere en spørgeguide om eksistentielle temaer blandt praktiserende læger. De nævnte tiltag finder sted primært inden for det offentlige sundhedsvæsen, efter der i flere år har været rettet fokus mod den manglende opmærksomhed på den eksistentielle dimension i mødet med patienten. Der findes dog ingen danske undersøgelser af, i hvilken grad psykologer og psykoterapeuter tager en eksistential tilgang til klienten eller decideret inddrager personers tro i samtale. Ved den kristne forening »Agape«, som driver en psykologpraksis, har man netop i et kvalitativt pilotstudie undersøgt betydningen af at spørge til personens tro ved første konsultation og give mulighed for at inddrage dette aktivt i terapiforløbet (Andersen et al., *submitted*). De første resultater



peger på, at deltagerne der alle erklærede sig selv som troende bød det velkomment, at terapeuten spurgte til personens tro fra begyndelsen. Eftersom undersøgelsen er kvalitativ foreligger der ingen mål på, om det at inddrage personens tro har haft en bedre effekt end vanlig terapi.

### **Tro og eksistentielle overvejelser som en del af behandling?**

De ovenfor beskrevne tiltag er rettet mod opsporing af mulige eksistentielle eller trosrelaterede konflikter. I visse tilfælde er det muligt, at blot det at adressere temaet er nok for patienten/klienten. Men i nogle tilfælde kræver det mere end blot at anerkende dets tilstedeværelse, fordi disse konflikter ofte er vævet tæt sammen med psykisk sårbarhed eller social belastning, der kan påvirke den enkeltes måde at opleve konflikten på og mulighed for at håndtere denne. I USA ser man flere studier, der har undersøgt effekten af de såkaldte tros-integrerende terapier. Altså psykoterapi, hvor man søger at inddrage patientens tro eller livssyn i den eksisterende standardiserede terapi som eksempelvis kognitiv adfærdsterapi, narrativ terapi eller mindfulness baseret terapi. En nyere meta-analyse af disse studier (Captari et al. 2018, 1938-1951) fandt, at tros-integrerende psyko-terapi havde lige så god effekt på mentalt helbred, som andre sammenlignelige sekulære terapier, men at tros-integrerende terapier havde en langt større effekt på åndeligt velvære, dvs. oplevelsen af fred, mening og formål (Brady et al. 2002, 417-428), end de sekulære terapier. I Danmark er der lavet meget lidt forskning i terapier, der inddrager personens tro eller livssyn aktivt. Der kan argumenteres for, at visse etablerede psykologiske behandlingsformer implicit inddrager det eksistentielle og åndelige som eksempelvis Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) og Accept and Commitment Therapy (ACT), hvor der i høj grad er fokus på accept af lidelse (både fysiologisk, psykologisk, socialt og eksistentielt) (Hayes et al. 2006, 1-25). I ACT-behandling er der også fokus på at forbinde sig med de mest betydningsfulde livsværdier for på den måde at genskabe mening og formål i sit liv. Dog er der sjældent et specifikt fokus på tro og livssyn i disse terapier. For nyligt er en ny semi-struktureret metode, *SoMeCam*, (la Cour og Schnell 2016, 1-23; la Cour og Frølund 2017) til eksistentiel samtale introduceret for psykologer og præster, der bygger på kort-sorteringsmetode, hvor klienten sorterer 26 forskellige kort, der hver repræsenterer en kilde til mening. Klienten skal vælge de 3-5 vigtigste kilder til mening, og herefter udspringer en samtale om, hvad de valgte meningskilder betyder for klienten, hvad der truer dem, og hvorledes personen kan realisere dem i sin nuværende livssituation. Metoden bygger på et stærkt teoretisk og empirisk grundlag (Schnell 2009, 483-499; Schnell 2011, 667-673) og gør luftige eksistentielle temaer håndgribelige og praksisnære, hvilket inden for feltet åndelig og eksistentiel omsorg kan være svært at finde. Her kan tro også komme på banen, fordi det anses for en ligeværdig kilde til mening på linje med alle andre kilder til mening. Metoden er dog ikke undersøgt systematisk endnu, men kun i pilotform (la Cour og Frølund 2017). Af behandlingstiltag der fokuserer mere direkte på tro i behandling, er

der foretaget en enkel kvalitativ undersøgelse blandt medlemmer fra Pinsebevægelsen (Viftrup et al. 2016, 1-23), som deltog i en tros-integrerende gruppeterapi på baggrund af en personlig krise. Undersøgelsen fandt, at alle deltagerne oplevede at deres tro havde ændret sig i forbindelse med den personlige krise, men ikke alle oplevede en »sund« transformation. Til gengæld oplevede alle deltagerne, at gruppeterapiens psyko-educative del, som baserede sig på korsteologi, skabte nye rammer for fortolkning af deres krise, hvilket ledte til en mere integreret måde at bruge troen på i forhold til håndtering af deres personlige krise.

### Perspektiver

Forskningen peger altså på at opmærksomheden på eksistentielle og åndelige overvejelser – særligt trosmæssige overvejelser – er mangelfuld inden for sundhedssektoren, og at rationalet for at tage hånd om denne dimension er tilstede, eftersom empiri peger på fysiske, psykiske, og sociale konsekvenser ved eksistential og åndelig lidelse. Spørgsmålet om tro og eksistentielle temaer skal indgå i mødet med og behandlingen af en patient/klient i livskrise leder også hen i diskussionen, hvornår der skal en præst eller anden sjælesørger på banen – og hvornår der er behov for en psykologisk eller en social indgangsvinkel. Til det er svaret: det kommer an på problemstillingen – og det kalder på frugtbar interdisciplinær samtale mellem såvel psykologer, præster, teologer, og sundhedspersonale, så man i højere grad kan imødekomme personer, hvor tro og eksistentielle overvejelser er centrale i den lidelse, de står i. Men i første omgang kan enhver sundhedsfaglig person have en afgørende betydning ved at møde personen som et helt menneske og byde eksistentielle og åndelige overvejelser velkomne (Viftrup 2019) og derigennem kunne opspore mulig trosrelateret eller eksistential lidelse.

### Casen:

I den indledende case, hvor vi møder en kronisk smertepatient, der har fået behandling efter alle anvisninger i den bio-psyko-sociale forståelsesmodel, var der ikke én af implicerede fagpersoner, der fik spurgt ind til mandens åndelige og eksistentielle overvejelser, og om de havde noget af betyde i hans oplevelse af smertetilstanden. Nærmere blev mandens religiøse engagement tolket som et forstyrrende element i behandlingen. Psykologen og fysioterapeuten havde begge forsøgt at hjælpe manden til et lavere aktivitetsniveau, fordi de vurderede, at hans samlede aktiviteter i form af arbejde og fritidsaktiviteter i kirken var en belastning for ham. Han arbejdede som frivillig i kirken blandt socialt udsatte op til 15 timer om ugen ved siden af et fuldtidsarbejde og fungerede derudover som prædikant fra tid til anden. Man havde foreslået ham at deltidssygemelde sig, men manden nægtede og ønskede blot mere medicin for at holde aktiviteterne kørende. For de involverede behandlere blev det på et tidspunkt så frustrerende, at manden ikke var villig til at skære ned i sine aktiviteter, at han blev omtalt som ikke-motiveret og svær at samarbejde med, og de så ingen anden udvej end at afslutte ham

fra behandlingen. Men i stedet for at anskue mandens vedholdenhed ift. arbejde og religiøse aktiviteter som udtryk for manglende samarbejdsvilje, ville man have opdaget – hvis man havde spurgt åbent og interesseret til betydningen af det religiøse – at der bag dette engagement lå en dyb fortvivlelse over, at Gud ikke havde hørt mandens bøn om helbredelse. Og at han havde en stor angst for at falde fra hinanden, hvis han kom til at gå hjemme. Han havde selv oplevet, at bøn for syge havde hjulpet for andre, og han havde set mirakler ske for øjnene af ham blandt de socialt udsatte. For manden blev det skamfuldt, at han ikke selv blev hjulpet og helbredt. Han begyndte at tvivle på, om bøn overhovedet virker, eller om han mon troede nok. Han var bange for at menigheden i kirken ville se ned på ham, hvis han fortalte åbent om sin smertetilstand og bange for at de ville miste tilliden til ham som prædikant. Derfor var det svært for ham at skære ned på sine aktiviteter, fordi han ikke havde været ærlig over for sine omgivelser om, hvor smerteplaget han egentlig var. Udover den høje belastning i form af mange arbejdstimer, var manden svært følelsesmæssigt påvirket og fortvivlet. Hvor troen på Gud tidligere havde givet ham glæde, mening og fællesskab, følte han sig pludselig ensom, skamfuld og forladt, og oplevede at den eneste vej til bedring måtte være at gøre sig fortjent til Guds helbredelse gennem sit engagement i kirken.

I sådan en case kan en psykolog, læge eller fysioterapeut måske forsøge at tale fornuft til personen ved at vise ham, hvordan hans fastlåste adfærd og tankemønstre om tro har store konsekvenser for ham, men det vil sandsynligvis ikke hjælpe. I stedet risikerer man, at manden vil føle sig endnu mere forkert, skamfuld og ensom i sin situation. De forskellige parter kunne i stedet spørge ind til og anerkende det lidelsesfulde i tros-konflikten og opmuntre ham til at finde hjælp hos en præst eller sjælesørger, som vedkommende har tillid til, og som måske ikke er en del af den menighed, hvor manden oplever tros-konflikten udspille sig. At blive mødt med åbenhed og ægte interesse for det som er af allermest afgørende betydning kan i sig selv forme en stærk behandlings-alliance, og i casen havde det måske betydet, at manden havde fået større tillid og vilje til at lytte til fagpersonernes anbefalinger.

## Referencer

- Abu-Raiya, H.; K.I. Pargament og G. Magyar-Russell. 2010. »When religion goes awry: Religious risk factors for poorer health and well-being«. I: *Religion and psychiatry: Beyond boundaries*, redigeret af P.J. Verhagen, H.M. van Praag, J.J. Lopez-Ibor Jr., J.L. Cox og D. Moussaoui, 389-412. Oxford, UK: WileyBlackwell.
- Andersen, A.; D.T. Viftrup; H. Frølund Pedersen og K. Roessler. »Existential communication in psychological practice«. *Submitted*.
- Ano, G.G. og K.I. Pargament. 2013. »Predictors of spiritual struggles: An exploratory study«. *Mental Health, Religion, & Culture* 16: 419-434. doi:10.1080/13674676.2012.680434

- Ano, G.G. og E.B. Vasconcelles. 2005. »Religious coping and psychological adjustment to stress: A metaanalysis«. *Journal of Clinical Psychology* 61: 461-480.
- Assing Hvidt, E.; J. Søndergaard; J. Ammentorp; L. Bjerrum; D. Gilså Hansen; F. Olesen . . . . N.C. Hvidt. 2016. »The existential dimension in general practice: Identifying understandings and experiences of general practitioners in Denmark«. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 34 (4): 385-393. doi:http://dx.doi.org.ez.statsbiblioteket.dk:2048/10.1080/02813432.2016.1249064
- Brady, M.J.; A.H. Peterman; G. Fitchett, M. Mo og D. Cella. 1999. »A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology«. *Psycho-Oncology*, 8 (5): 417-428.
- Captari, L.E.; J.N. Hook; W. Hoyt; D. Davis; S.E. McElroy-Heltzel og E.L. Worthington Jr. 2018. »Integrating clients' religion and spirituality within psychotherapy: A comprehensive meta-analysis«. *Journal of Clinical Psychology* 74: 1938-1951. doi: 10.1002/jclp.22681
- Cherny, N.I.; N. Coyle og K.M. Foley. 1994. »Suffering in the advanced cancer patient: a definition and taxonomy«. *Journal of palliative care* 10 (2): 57-70.
- Dezutter, J.; M. Offenbaecher; M.A. Vallejo; S. Vanhooren; E. Thauvoye og L. Tousant. 2017. »Chronic pain care: The importance of a biopsychosocial-existential approach«. *The International Journal of Psychiatry in Medicine* 51 (6): 563-575. doi: 10.1177/0091217417696738
- Dyer, A.R. 2011. »The need for a new »new medical model«: A bio-psycho-social-spiritual model«. *Southern Medical Journal* 104 (4): 297-298.
- Ellison, C.G.; L.A. Roalson; J.M. Guillory; K.J. Flannelly og J.P. Marcum. 2010. »Religious Resources, Spiritual Struggles, and Mental Health in a Nationwide Sample of PCUSA Clergy«. *Pastoral Psychology* 59: 287-304. doi: 10.1007/s11089-009-0239-1
- Engel, G. og G.L. Engel. 1977. »The need for a new medical model: A challenge for biomedicine«. *Science (American Association for the Advancement of Science)* 196 (4286): 129-136.
- Exline, J.J. 2013. Religious and spiritual struggles. I *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol 1): Context, theory, and research*, redigeret af Kenneth I. Pargament, Julie J. Exline og James W. Jones, 459-475. Washington, DC, US: American Psychological Association. doi:10.1037/14045-007.
- Exline, J.J.; K.J. Kaplan og J.B. Grubbs. 2012. »Anger, exit, and assertion: Do people see protest toward god as morally acceptable?« *Psychology of Religion and Spirituality* 4 (4): 264-277. doi:http://dx.doi.org.ez.statsbiblioteket.dk:2048/10.1037/a0027667
- Exline, J.J.; K.I. Pargament; J.B. Grubbs; B. Joshua og A.M. Yali. 2014. »The religious and spiritual struggles scale: Development and initial validation«. *Psychology of Religion and Spirituality* 6 (3): 208-222. doi:10.1037/a0036465

- Granqvist, P. og B. Hagekull. 2001. »Seeking security in the new age: On attachment and emotional compensation«. *Journal for the Scientific Study of Religion* 40 (3): 527-545. doi:<http://dx.doi.org.ez.statsbiblioteket.dk:2048/10.1111/0021-8294.00075>
- Granqvist, P. og L.A. Kirkpatrick. 2013. »Religion, spirituality, and attachment«. I *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol 1): Context, theory, and research*, redigeret af Kenneth I. Pargament, Julie J. Exline og James W. Jones, 139-155, kapitel xxvii. Washington, DC, US: American Psychological Association. doi:10.1037/14045-007.
- Hayes, S.C.; J.B. Luoma; F.W. Bond; A. Masuda og J. Lillis. 2006. »Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes«. *Behaviour Research and Therapy* 44: 1-25.
- Hill, P.C. og R.W. Hood, Jr. 1999. *Measures of Religiosity*. Birmingham AL: Religious Education Press.
- Hvidtjørn, D.; J. Hjelmberg; A. Skyttøe; K. Christensen og N.C. Hvidt. 2014. »Religiousness and religious coping in a secular society: The gender perspective«. *Journal of Religion and Health* 53 (5): 1329-1341. doi: 10.1007/s10943-013-9724-z
- Jim, H.S.L.; J.E. Pustejovsky; C. L. Park; S.C. Danhauer, A.C. Sherman, G. Fitchett. . . . J.M. Salsman. 2015. »Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: A meta-analysis«. *Cancer* 121 (21): 3760-3768. doi:<http://dx.doi.org.ez.statsbiblioteket.dk:2048/10.1002/cncr.29353>
- Kim, P.K. 2016. »A literature review on divine struggle – seeking persona resolution of negative emotions towards God«. Ph.D. dissertation from Biola University, ProQuest Information & Learning. AAI3700289.
- Koenig, H. G.; D. King og V.B. Carson. 2012. *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press
- la Cour, P. 2005. »Danskernes Gud i krise«. I *Gudstro i Danmark*, redigeret af M.T. Højsgaard og H.R. Iversen, 59-82. København, Danmark: Anis.
- la Cour, P. og H. Frølund. 2017. »Kilder til mening – kortmetoden«. *Psykologi & Viden*, Dansk Psykolog Forening, <https://www.dp.dk/p-psykologernes-fagmagasin/fagartikler-psykologi-viden/kilder-til-mening-kortmetoden/> (set 30. december 2019).
- la Cour, P. og S. Schnell. 2016. »Presentation of the Sources of Meaning Card Method: The SoMeCam«. *Journal of Humanistic Psychology*: 1-23. doi: 10.1177/0022167816669620
- LeMay, K. & K.G. Wilson. 2008. »Treatment of existential distress in life threatening illness: a review of manualized interventions«. *Clinical Psychology Review* 28 (3): 472-493.
- Moestrup, L. og N.C. Hvidt. 2016. »Where is God in my dying? A qualitative investigation of faith reflections among hospice patients in a secularized society«. *Death Studies* 40 (10): 618-629. doi.org/10.1080/07481187.2016.1200160
- Paloutzian, R.F. og C.L. Park. 2014. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: Guilford Publications.

- Pargament, K.I. 1997. *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Pargament, K.I. 2007. *Spirituality integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*. New York: Guilford Press.
- Pargament, K.; M. Feuille og D. Burdzy. 2011. »The Brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping«. *Religions* 2 (1): 51-76.
- Pargament, K.I.; H.G. Koenig; N. Tarakeshwar og J. Hahn. 2004. »Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: A two-year longitudinal study«. *Journal of Health Psychology* 9: 713-730.
- Pedersen, H.F. 2013. *Religiosity and coping in a secular society*. Ph.D afhandling indleveret ved Psykologisk Institut, Aarhus University, Denmark.
- Pedersen, H.F.; K.I. Pargament; C.G. Pedersen og R. Zachariae. 2013. »Religious coping and quality of life among severely ill lung patients in a secular society«. *International Journal for the Psychology of Religion* 23 (3): 188-203. doi:<http://dx.doi.org.ez.statsbiblioteket.dk/2048/10.1080/10508619.2012.728068>
- Reynolds, N.; S. Mrug; K. Wolfe; D. Schwebel og J. Wallander. 2016. »Spiritual coping, psychosocial adjustment, and physical health in youth with chronic illness: A meta-analytic review«. *Health Psychology Review* 10 (2): 226-243. doi:<http://dx.doi.org.ez.statsbiblioteket.dk/2048/10.1080/17437199.2016.1159142>
- Saunders, C. 1964. »Care of patients suffering from terminal illness at St. Joseph's Hospice, Hackney«, *London. Nursing Mirror* 14: vii-x.
- Saunders, C. 1988. Spiritual pain. *Journal of Palliative Care* 4: 29-32.
- Schnell, T. 2009. »The Sources of Meaning and Meaning in Life Questionnaire (SoMe): Relations to demographics and well-being«. *The Journal of Positive Psychology* 4 (6): 483-499. doi:10.1080/17439760903271074
- Schnell, T. 2011. »Individual differences in meaning-making: Considering the variety of sources of meaning, their density and diversity«. *Personality and Individual Differences* 51: 667-673. doi:10.1016/j.paid.2011.06.006
- Sherman, A.C.; T.V. Merluzzi; J.E. Pustejovsky; C.L. Park; L. George; G. Fitchett . . . J.M. Salsman. 2015. »A meta-analytic review of religious or spiritual involvement and social health among cancer patients«. *Cancer* 121 (21): 3779-3788. doi:<http://dx.doi.org.ez.statsbiblioteket.dk/2048/10.1002/cncr.29352>
- Smith, T.W.; M.E. McCullough og J. Poll. 2003. »Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events«. *Psychological Bulletin* 129: 614-636. doi:10.1037/0033-2909.129.4.614
- Stauner, N.; J.J. Exline; K.I. Pargament; J.A. Wilt og J.B. Grubbs. 2018, May 21. »Stressful Life Events and Religiousness Predict Struggles About Religion and Spirituality«. *Psychology of Religion and Spirituality*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/rel0000189>

- Strang, S. og P. Strang. 2002. »Questions posed to hospital chaplains by palliative care patients«. *Journal of Palliative Medicine* 5 (6): 857-864. doi:<http://dx.doi.org.ez.statsbiblioteket.dk:2048/10.1089/10966210260499041>
- Sundhedsstyrelsen. 2017. *Anbefalinger for den palliative indsats*, 1-54. København.
- Thuné-Boyle, I.C.; J.A. Stygall; M.R. Keshtgar og S.P. Newman. 2006. »Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature«. *Social Science & Medicine* 63 (1): 151-164. doi:<http://dx.doi.org.ez.statsbiblioteket.dk:2048/10.1016/j.socscimed.2005.11.055>
- Viftrup, D.T. 2019. »Total pain. Patienter har brug for åndelig og eksistentiel omsorg: Der skal være plads til hele mennesker«. *POV. International*, 12. oktober 2019. <https://pov.international/patienter-har-brug-for-eksistentiel-og-andelig-omsorg-der-skal-vaere-plads-til-hele-mennesker-og-patienter/> (set 12. oktober 2019).
- Viftrup, D.T.; P. la Cour; N. Buus og N.C. Hvidt. 2016. »Religious transformation among Danish pentecostals following personal crisis and group psychotherapy: A qualitative study«. *Journal of Spirituality in Mental Health* 18 (1): 1-23. doi.org/10.1080/19349637.2014.998753
- Waldinger, R. 2015. [https://www.ted.com/talks/robert\\_waldinger\\_what\\_makes\\_a\\_good\\_life\\_lessons\\_from\\_the\\_longest\\_study\\_on\\_happiness](https://www.ted.com/talks/robert_waldinger_what_makes_a_good_life_lessons_from_the_longest_study_on_happiness)

## Forfatter

Heidi Frølund Pedersen  
Aarhus Universitetshospital  
Nørrebrogade 44, bygn. 2C, 1. sal  
8000 Aarhus C  
[heidifrolund@clin.au.dk](mailto:heidifrolund@clin.au.dk)

---

Artiklen er blevet godkendt ved en redaktions-  
uafhængig fagfælle vurdering.