



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

**Selvpsykologisk perspektiv i møte med åndelige behov
i psykisk helsevern**

Ingvill Ølstørn

Totalt antall sider inkludert forsiden: 36

Molde, 20.04.2022



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiattkontrollert i URKUND, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Kjellaug Klock Myklebust

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjennelse.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato:

Antall ord: 7604

Innhold

1.0	Introduksjon	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Litteratursøk	2
1.3	Litt om forskning rundt temaet	2
1.4	Problemstilling	4
1.4.1	Selvpsykologi som teoretisk perspektiv	4
2.0	Teori	5
2.1	Religiøsitet i psykodynamisk perspektiv	5
2.1.1	Religiøse behov	7
2.2	Selvpsykologisk perspektiv	8
2.2.1	Selvobjekt	8
2.2.2	Inntoning	9
2.2.3	Overføring og motstand	11
2.2.4	Undring	11
3.0	Empiri	12
4.0	Diskusjon	14
4.1	Religiøse grublerier og Bibelen	14
4.2	Fremmende eller hemmende?	16
4.2.1	Et anerkjennende gudsbilde	17
4.2.2	Et strengt gudsbilde	18
4.3	Selvrefleksivitet	19
4.3.1	Egen tro som utfordring og ressurs	19
4.3.2	Vrangforestilling?	21
4.4	Oppgavens begrensninger og forslag til videre forskning	22
5.0	Konklusjon	24
6.0	Litteraturliste	25

Sammendrag

Jeg jobber som sykepleier i psykiatrisk åpen døgnpost på sykehuset. Det er en avdeling med relativt høyt aktivitetsnivå og stor gjennomstrømning av pasienter. I en hektisk hverdag har jeg noen ganger reflektert over hvordan vi ivaretar pasientene. Ser vi hele mennesket? Mange av pasientene gir uttrykk for religiøse behov på ulike måter, det kan være Bibel på nattbordet eller at de har uttalelser som vitner om en tro. Mitt inntrykk er at det religiøse snakkes lite om i psykiatrien. Åndelige behov kan se ut til å være et ikke-tema. Litteratursøket jeg har gjort i forbindelse med denne oppgaven viste en stor interesse internasjonalt for sammenhengen mellom åndelige behov og psykisk helse. Problemstillingen er:

Hvordan kan man forstå og møte religiøse behov hos mennesker innlagt i psykisk helsevern?

Jeg har valgt å bruke et selvspsykologisk perspektiv som hjelp til å belyse dette.

I teoridelen presenteres hva som ligger i religiøse og åndelige behov i tillegg til hvordan religiøsitet defineres innenfor et psykodynamisk perspektiv. Deretter presenteres selvspsykologiske begrep som er relevante for oppgaven. Empiridelen er et narrativ satt sammen av ulike episoder og situasjoner fra døgnposten. Disse er videre satt sammen til en fiktiv pasient jeg har kalt for Ivar. I diskusjonskapittelet drøftes narrativet utifra et selvspsykologisk perspektiv. Til slutt sier jeg noe om oppgavens begrensninger og forslag til videre forskning.

1.0 Introduksjon

Temaet for denne oppgaven er religiøsitet innenfor psykisk helsevern. Som sykepleier i psykiatrisk døgnpost får jeg noen ganger et inntrykk av at religiøsitet enten blir tatt avstand fra eller sett på som et uaktuelt tema i miljøet på en avdeling. Dette har skapt refleksjoner hos meg i ulike situasjoner der det kan bli debatt blant personalet på vaktrommet når pasienter har hatt utsagn rundt et åndelig behov eller relatert til en tro. Historisk sett har religiøsitet ikke vært sett på som naturlig å innbefatte seg med i psykiatrien. En del av tankegodset kommer fra Freud, noe jeg kommer tilbake til i teoridelen. Jeg har valgt et selvpsykologisk perspektiv i denne oppgaven. Jeg begrunner dette nærmere i kapittel 1.1. Selvpsykologien er på mange måter en grunnholdning og jeg ønsker å se nærmere på hvordan selvpsykologien kan være til hjelp i møte med pasienter med religiøse behov.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Religiøsitet og tro sett i lys av psykisk helse er noe som har vært "i vinden" senere år. Religion er en levende virkelighet som man må ta hensyn til (Bergstrand 2017). På grunnutdanningen i sykepleie læres det at mennesket skal ivaretas på fire hovedområder: fysisk, psykisk, sosialt og åndelig. Temaer som håp, mening og lidelse blir fremhevet som spesielt viktig (Gonzales 2020). Det står også i Stortingsproposisjon nr 63(1997-98): «En person med psykiske problemer må ikke bare sees på som en pasient, men som et helt menneske med kropp, sjel og ånd. Nødvendige hensyn må tas til menneskets åndelige og kulturelle behov». Mennesket er også et åndsvesen, som betyr at vi er mer enn produkt av lovbundne naturforløp (Leenderts 2014). Utifra fenomenologisk/hermeneutisk tankegang er erfaringer og opplevelser subjektive og det som oppleves blir tolket. Hermeneutikk handler om å forstå og språket blir derfor en nøkkel til å forstå seg selv og andre. I dialog med andre utfordres vår forforståelse siden vi møter noen som har en annen erfaring (Tufte m.fl 2020). Vi er meningsskapende og meningssøkende, har evne til å håpe og tro og vi har skaperkraft, frihet og ansvarlighet (Leenderts 2014). "Å betrakte

mennesket som åndsvesen hører imidlertid til våre felles røtter, enten vi forankrer vårt menneskesyn i en religiøs eller en ikke-religiøs livsanskuelse” (Leenderts 2014, s.52). Utifra dette vil det være naturlig å tenke at religiøse og åndelige behov er tilstedeværende også hos pasienter innenfor psykisk helsevern.

1.2 Litteratursøk

Litteratursøkene ble gjort i databasene Oria, Ovid Nursing, Medline og Psycinfo. Jeg ønsket artikler som sa noe om helsepersonell i møte med religiøsitet i psykiatrisk sammenheng, både fra pasientens side og personalets side. Jeg brukte ulike kombinasjoner av søkeordene: «psykisk helse, tro, religious, attitude of health personell, religion, religious beliefs, religious practice, spirituality og mental health». Dette gav meg treff på 85 artikler i Ovid Nursing og Medline, 6 treff i Oria og 1 treff i PsycInfo. Blant disse var det 15 aktuelle artikler, fra år 2019 til 2021 i tillegg til 2 Masteroppgaver som var relevante for oppgaven. Gjennom manuelle søk fant jeg 3 aktuelle bøker og videre tips til forfattere jeg kunne søke direkte på. Det gav meg ytterligere 2 artikler og 1 doktorgradsavhandling som var relevant.

1.3 Litt om forskning rundt temaet

Flere av forskningsartiklene jeg har funnet er fra 2021 og spenner vidt internasjonalt, fra Australia og Kina, USA, Nederland, Sverige og England. Det som var gjennomgående er at det trengs mer kunnskap om hvordan helsearbeidere i psykiatrien skal imøtekomme åndelige behov (Elliot,Wattis,Chirema og Brooks 2020; Neathery,Taylor og He 2020; Chiang m.fl 2020; Green,Kim-Godwin og Jones 2020; Hawthorne og Gordon 2020). Et review av Best, Butow og Olver fra 2015 viser at pasienter selv mener det er viktig at det åndelige også er med i behandlingskonsultasjoner, men at det for legene ikke alltid er lett å identifisere behovet og vite hvordan dette skal gjøres på en god måte. En nyere studie konkluderer med at det å være opptatt av pasientens åndelige behov vil gi mer helhetlig omsorg som igjen gir raskere heling (Cone og Giske 2021). En annen studie

fra 2021 bekrefter at åndelige behov har vært en del av sykepleiefaget i århundrer og at det representerer en essensiell verdi for mennesker, inkludert både personal og pasienter, samt at der er evidens for at det åndelige kan bidra positivt på helse og velvære (Cooper m.fl 2021). En norsk artikkel, utgitt i fagbladet Sykepleien, viste at pasienter ofte ønsket å ta opp religiøse tema, men at personalet responderer forskjellig og tilfeldig i disse situasjonene og at det var uavhengig av utdanning blant personalet (Myklebust 2009). Forskningen viste at det er mye usikkerhet blant personalet angående dette temaet, man vet ikke hvordan man skal gå fram eller hva som er faglig hensiktsmessig (Clark og Emerson 2021). En norsk artikkel viste at å integrere den eksistensielle og åndelige dimensjon i behandlingssituasjon ved hjelp av sykehuspresten kunne redusere symptomer på angst, depresjon og medikamentmisbruk. Forskningen såg på eksistensielle grupper ledet av sykehusprest i tillegg til praksis hos personal i psykisk helsearbeid og hvilken verdi det hadde å inkludere den eksistensielle dimensjon i behandlingsforløpet. Åndelige og religiøse behov ble ansett som et relevant tema å diskutere i psykisk helsevern (Frøkedal m.fl 2019). En annen norsk artikkel viste at pasienters deltakelse i gruppe hos sykehusprest gav redusert stress og at å diskutere åndelige og religiøse tema ble opplevd som meningsfullt av pasientene (Frøkedal m.fl 2021).

En doktorgrad innenfor recoveryfeltet framhevet åndelige erfaringer som en viktig del av tilhelingsprosessen og som vesentlig for å gjenfinne verdighet og selvrespekt (Brekke 2019).

En masteroppgave hadde tittel " Menneskermøter i troens landskap. Profesjonelles møte med trosspørsmål i arbeid med psykisk helse". Deltakerne er personale i psykisk helsearbeid og deres møte med pasienter med religiøs tro. Masteroppgaven viste at de ansatte opplevde at religiøsitet kan komplisere psykiske plager samtidig som det kan være en ressurs. Det gav utvidet perspektiv og nye refleksjoner. Den viktigste erfaringen til deltakerne var at trosspørsmål handler om å anerkjenne mennesker for den de er og at det er viktig med åpenhet, respekt og varsomhet fra personal rundt egne holdninger og begrensninger. Det kom fram et behov for økt kompetanse blant fagfolk i forhold til hvilken betydning trosspørsmål kan ha for menneskers psykiske helse (Krane 2017).

En annen norsk masteroppgave med intervju av fem ungdommer om deres tro og hvordan fellesskap med andre med samme tro påvirker mental helse eller har

helsefremmende effekt, konkluderte med at tro har ganske mye å si for den psykiske helsen og for hvordan man takler livet (Teistedal 2019).

1.4 Problemstilling

For å oppsummere kan en si at forskningen viser at pasienter er opptatt av åndelige spørsmål samtidig med at personal er usikre på hvordan man skal møte dette behovet (Clark og Emerson 2021; Elliot,Wattis,Chirema og Brooks 2020; Neathery,Taylor og He 2020; Chiang m.fl 2020; Green,Kim-Godwin og Jones 2020; Hawthorne og Gordon 2020; Best,Butow og Olver 2015). En forskningsartikkel, “In crisis we pray”, viste en sterk økning i bønn som en måte å mestre motgang på og at religiøsitet har hatt vekst globalt grunnet pandemien (Bentzen 2021). Mennesker som er innlagt i psykiatrisk døgnpost opplever også å være i en krise, at livet er tungt. Utifra norsk lovverk skal pasienter med psykiske lidelser ivaretas på det åndelige plan (stortingsproposisjon nr 63 1997-98).

På bakgrunn av dette har jeg valgt følgende problemstilling:

Hvordan kan man forstå og møte religiøse behov hos mennesker innlagt i psykisk helsevern?

1.4.1 Selvpsykologi som teoretisk perspektiv

Jeg har valgt å bruke et selvpsykologisk perspektiv for å belyse problemstillingen i denne oppgaven. Selvpsykologien sier at gode relasjoner mellom mennesker er vesentlig for opprettholdelse av en sunn psykisk helse og at mennesker utvikler seg gjennom samspill med andre (Karterud 1997; Hartmann 2000). Gudsrelasjon er også et behov på like linje med andre behov ifølge nyere psykodynamikere (Stålsett 2014; Engedal 2014; Bergstrand 2017). Dette kommer jeg tilbake til i teoridelen. Begrepet religiøse behov kommer jeg også tilbake til.

2.0 TEORI

I dette kapitlet blir teori som er relevant for oppgaven presentert. Det kommer først et avsnitt om religiøsitet sett innenfor et psykodynamisk perspektiv. Religiøse behov blir utdypet i underpunkt 2.1.1. Deretter presenteres selvpsykologiens generelle teorigrunnlag i punkt 2.2.

2.1 Religiøsitet i psykodynamisk perspektiv

Freud (1856-1939) såg på religiøsitet som uttrykk for et substitutt, noe umodent. Det var en erstatning for manglende farskjærlighet og troen ble et psykisk forsvar som undergraver intellekt og refleksjon (Stålsett 2014; Leenderts 2014; Bergstrand 2017). På hans tid var jødisk-kristen religiøsitet det dominerende, det vil si at det var vanlig at det var relasjon til én Gud, noe det ikke alltid er i østens religiøsitet som kan være mer transendent (Stålsett 2014). I Freuds arbeid er derfor gudsbilde og gudsrelasjon sentralt. Han mente at menneskets behov for beskyttelse og vern gir opphav til religiøsitet (Engedal 2014; Bergstrand 2017). Dette drar han med seg over i relasjonen mellom en far og hans barn. Freud mente at religiøsitet oppstår som en følge av at en far representerer beskyttelse samtidig som det kan være noe litt overveldende og som har makt. Dette som far representerer for barnet gjenfinnes som gudsbilde i voksen alder sett utifra Freuds teori (Engedal 2014; Stålsett 2014). Selv om Freud var kritisk til religion og gudstro var han også fascinert av det og opptatt av religionens psykologiske betydning. Han utforsket hvilke prosesser som fører til dannelsen av gudsbilder (Engedal 2014; Bergstrand 2017).

Innenfor psykodynamisk terapi oppstod det på 30-tallet, anført av Klein, det man kaller objekt-relasjonsteori. Objekt-relasjonsteorien viser til at mennesker har behov for bekreftelse heller enn at man er styrt av ubevisste drifter. Relasjonen mellom et barn og dets omsorgsgiver kom i fokus for utforskning (Urnes 1997). Mennesker har minner og fantasier knyttet til viktige nære tilknytningspersoner og de første

leveårene blir spesielt viktige for hvordan man senere forholder seg til seg selv og andre (Stålsett 2014). Det dannes indre representasjoner av disse tilknytningspersonene og det er dette som kalles objekt-relasjoner. Den fremste religionspsykologiske bidragsyteren i nåtid er den argentinske psykodynamikeren Ana-Maria Rizutto (1932-). Hun mente at Gud var det glemte objekt i psykologien og hun såg på Gud som en egen objektrepresentasjon. Hun mente at gudsrepresentasjonen kan være påvirket av både far og mor og sitt eget selvbilde. Objektrepresentasjonene er ikke direkte avtrykk av erfaringer i forhold til mor eller far, men innbefatter behov og drømmer og kulturen man lever i. Man kaller det "representasjon" for å få fram kompleksiteten i det. Det handler om at hvilket forhold vi har til Gud er formet av våre relasjonelle erfaringer (Stålsett 2014). Rizutto gjorde forskning som gav evidens for at gudsrepresentasjonene vi har kan endres hvis det tilføres ny erfaring i summen av objektrepresentasjonene man har (Stålsett 2014). Hun kritiserte ellers Freud for å ikke gi svar på hva ikke-religiøse gjør i møte med sykdom, kriser og traumer og hvilke foreldrerepresentasjoner de har (Bergstrand 2017). Hun sier at et menneske kan ikke være menneske uten illusjoner, og mente med det at det området vi skaper mellom våre objekt og oss selv er en hvileplass der vi kan leve (Bergstrand 2017).

De norske Schelderup-brødrene påpekte på 30-tallet at Freuds analyse blir for ensidig og påpekte også at relasjonen til mor og til seg selv også er av betydning for gudsbilde (Engedal 2014). Et gudsbilde som er påvirket av mor har overvekt av trygghet, fred og hvile som sentralt religiøst erfaringsgrunnlag. Der farsrepresentasjon preger gudsbilde blir Gud sett på som en som autoritet som fryktes og elskes samtidig. Det er betimelig å nevne at dette synet på mors- og farsrollen nok er preget av en 30-tallsforståelse, altså noe stereotype framstillinger av kjønnsfordelingen. Schelderupbrødrene sier videre at et gudsbilde som speiler sitt eget selvbilde er vendt innover i seg selv mot det guddommelige og fullkomne som bor i mennesket (Engedal 2014; Bergstrand 2017). De mente at psykoanalysen ikke kan bedømme religionens sannhet eller gyldighet eller ta stilling til Guds eksistens, den kan bare si noe om betydningen av religiøs praksis (Engedal 2014).

2.1.1 Religiøse behov

På engelsk brukes "spirituality" som innebærer både det vi på norsk betegner som det åndelige og det religiøse. Det er denne forståelsen jeg bruker om religiøse behov i denne oppgaven. Det er et allmennmenneskelig fenomen som handler om det sjelelige ved mennesker i motsetning til det kroppslige (Danbolt og Nordhelle 2012). Det åndelige er like sammensatt, det kan ikke avgrenses til et eget livsområde. «Det er mer lik renningen i en vev. Den holder ting sammen. Alt det andre i livet flettes inn i det åndelige» (Brager og Wisløff 1990, s.15). Relatert til praksis som sykepleier kan et eksempel på et åndelige spørsmål være: Hva er meningen med denne lidelsen? Hvorfor må jeg ha det slik? I spørsmålene om mening, skyld, død og lidelse, hvem er jeg da? Den moderne sykepleien har røtter tilbake til slutten på 1800-tallet der det knyttes opp til kristne bevegelser og begreper som kall, barmhjertighet og nestekjærlighet (Danbolt og Nordhelle 2012). Ettersom legevitenskapen utviklet seg påvirket det også sykepleien. Det er ulike måter å forstå åndelige behov på. Man kan forstå det som en sekkebetegnelse som inneholder både religiøse og ikke-religiøse livsoppfatninger, og som forsterker seg i tider med følelsesmessige påkjenninger som for eksempel psykisk sykdom. I en snevrere definisjon handler åndelige behov om menneskers religiøsitet og gudstro (Danbolt og Nordhelle 2012). Det er likevel når mennesker er i krise at det blir tydelig hvilken måte man møter utfordringer og påkjenninger på (Brage og Wisløff 1990).

Åndelig omsorg de siste 30 årene er nært knyttet til helhetlig omsorg i sykepleiefaget. Helhetlig psykisk helsearbeid innebærer blant annet at man tar som utgangspunkt at kroppen uttrykker erfaringer som ikke nødvendigvis kan formidles med ord. Ifølge filosofen Gadamer (1900-2002) er helse en helhetstilstand der man er i samspill med verden rundt og at en persons liv og kontekst spiller en like stor rolle som kropp og diagnose. Det handler også om hva som gir opplevelse av mening (Almvik og Borge 2014). Helhetlig psykisk helsearbeid gir næring til menneskets opplevelse av å være et menneske med verdi, høre til i en sammenheng, kjenne at der er "noe mer». Undersøkelser viser at personer innlagt i psykisk helsevern først og fremst ønsker å bli møtt som hele mennesker, ikke som en sykdomstilstand (Borge og Fagermoen 2008 i Almvik og Borge 2014; Mohr 2006 i Almvik og Borge 2014).

«Samtidig er det når vi i noen grad møter hverandre som hele mennesker, at vi beveger oss inn i hverandres åndelige virkelighet. Da, når vi med oss selv og våre følelser, tar imot, bekrefter og anerkjenner pasienten som person, har vi mulighet til å nå inn til sentrum av smerten i dette menneskes liv. Og lette lidelsen (Brage og Wisløff 1990, s. 39).

Som en oppsummering kan det forstås slik at religiøse behov ikke bare handler om kristendommens forståelse av Gud, men også av den enkeltes, individuelle tro og gudsbilde. Det kan altså innbefatte annen gudstro, slik som i islam, eller hva den enkelte tenker er meningsskapende eller som gir håp. En slik forståelse av religiøse og åndelige behov er det jeg bruker i denne oppgaven.

2.2 Selvpsykologisk perspektiv

Selvpsykologi har røtter tilbake til psykoanalysen og Freud (1856-1939). Freud var først og fremst opptatt av at mennesket styres av drifter og at psykiske lidelser var uttrykk for manglende behovsdekking (Hartmann 2000, Karterud 1997; Stålsett 2014; Engedal 2014, Bergstrand 2017). Heinz Kohut (1913-1981) er i likhet med Freud av jødisk herkomst, men der Freud såg seg selv som en ateist, regnet Kohut seg som troende religiøs (Stålsett 2014; Engedal 2014). Han flyktet fra Østerrike under 2.verdenskrig og ble en anerkjent psykoterapeut i USA, Chicago. Utover 1970-tallet utviklet han en egen retning innenfor den psykodynamiske "grenen" som er selvpsykologi og tok etterhvert avstand fra psykoanalysen (Karterud 1997; Hartmann 2000).

2.2.1 Selvobjekt

Ifølge selvpsykologien utvikler vi oss i samspill med andre og den enkelte persons subjektive opplevelse står sentralt (Karterud 1997; Hartmann 2000). Kjerneselvet dannes de første månedene og selvpsykologien vektlegger relasjonen og tilknytningen til omsorgspersonene i starten av livet. De nære, viktige personene

kaller Kohut for selvobjekt, dvs det som støtter opp om individets selvopplevelse og som møter individets behov for tilknytning, fellesskap og bekreftelse. Dette er med på å skape selvregulering og et modent selv. Imidlertid blir man aldri så moden at man ikke har behov for selvobjekterfaringer (Hartmann 2000). Kohut sammenlignet betydningen av selvobjekt for individet med oksygenets betydning for kroppen. Han mente mennesker utvikler seg gjennom og har behov for tre typer selvobjekt. Speilende selvobjekt er de som gir bekreftelse, som regulerer og anerkjenner. Tvillingsøkende selvobjekt er noen å kjenne fellesskap med, noen å være lik, noen å føle seg likeverdig med, en "tvillingsjel". Idealiserende selvobjekt gir følelsen av å bli holdt oppe av noe større enn seg selv, kunne stole på og lene seg til en annen med større visdom, trygghet og tillit. (Karterud 1997; Stålsett 2014). Idealiserende selvobjekt kan være foreldre, men også en forening, et kirkesamfunn, gudstro, idrettslag, et dyr eller noe som betyr mye for en person (Karterud 1997). Forutsatt at man har en tro, mente Kohut at Gud er et selvobjekt, noe som gir næring til det idealiserende og søkende selvet. Han sier at relasjonen til Gud ikke har med erstatning av en far å gjøre, men har med relasjonen til noe større enn seg selv og at det er et behov på lik linje med andre menneskelige behov (Karterud 1997; Stålsett 2014). Han sammenligner dette med spebarns opplevelse hos en mor som gir ro, fred og trygghet (Bergstrand 2017). Selvet utvikler seg i samspill med selvobjektene og kan framstå i umoden og moden form. I moden form kan det idealiserende selvet være som en personlig forankring av etikk, mens i umoden form kan det være et sterkt behov for å bli holdt eller en søken etter faste holdepunkter (Karterud 1997; Stålsett 2014). «Vi kan med et psykodynamisk blikk få en økt forståelse av hvorfor religiøs tro for noen kan fungere mer psykologisk hemmende og være innvevd i et menneskes psykiske smerte, mens den for andre kan være en ressurs for personlig modning og frihet» (Stålsett 2014, s.108).

2.2.2 Inntoning

Daniel Stern(1934-2012) lanserte ulike inntoningstyper etter å ha studert mor-spebarnrelasjoner. Selvpsykologien har støttet seg til denne forskningen. Det er overførbart til voksent psykisk helsearbeid fordi man trenger å inntone seg til

pasientene for å kunne møte de på en måte som kan bygge tillit og for at selvutviklingen kan skje. Selvpsykologien er ikke mest opptatt av innsikt, men av at pasienten skal få en genuin opplevelse av å bli forstått. Det er relasjonen som er viktig. Det fører til en «reparasjon» av selvet og til økt selvsammenheng, at pasienten kan handle annerledes i situasjoner der han før var hemmet av frykt og usikkerhet. Ifølge Kohut har empati legende virkning (Hartmann 2000; Karterud 1997). Han var opptatt av foreldrenes væremåte og innlevelse i forhold til barnet allerede fra starten av når han snakker om det spirende selvet (Urnes 1997). Det er relevant å vite noe om hva som kan være gjort av feilinntoninger i oppvekst for å unngå å gjøre samme feil i behandlingssituasjon (Hartmann 2000; Hartmann 2013; Urnes 1997).

Selvpsykologien sier at i et empatisk riktig selvobjektmiljø vil det utvikles et sammenhengende selv som betyr en opplevelse av å føle seg hel og sammenhengende i tid og rom (Urnes 1997). Stern kalte det følelsesmessige samspillet mellom foreldre og barn for affektinntoning. Barnet og foreldrene stiller seg inn på hverandres følelsesuttrykk. Han snakket om fire uheldige typer inntoning: feilinntoning, selektiv inntoning, manglende inntoning og overinntoning (Urnes 1997). Feilinntoning er når foreldre gir inadekvat respons i forhold til de følelsene barnet viser. Det kan utvikles et "skjult selv", der barnet trekker seg inn i seg selv for å unngå å vise hva det føler. Barnet blir utrygg og vet ikke hva som forventes. Det kan da bli et fragmentert selv og barnet kan miste opplevelse av selvsammenheng, altså kan miste følelsen av å være «hel» (Hartmann 2000; Karterud 1997). Selektiv inntoning er at barnet får respons på kun utvalgte områder. Det kan gi et "falskt selv" og en følelse av tomhet og identitetsløshet der selvet blir knyttet til andres forventninger. Her kan det også nevnes et annet begrep innen selvpsykologien, vitalitetsaffekt. Vitalitetsaffekt er å føle seg levende og vital, som blir det motsatte av å føle seg tom. Å kjenne vitalitetsaffekt er å kjenne livsglede (Løvlie-Schibbye 1998). Ved manglende inntoning blir barnet ikke møtt på sine behov, får ikke bekreftelse på eget indre liv. Det kan gi følelse av å være annerledes enn alle andre og den manglende valideringen kan gjøre at barnet bygger opp sin egen fantasiverden med egen logikk og egne sosiale regler. Overinntoning er å bli overbeskyttet og kan oppleves innvaderende (Urnes 1997).

2.2.3 Overføring og motstand

I terapeutisk sammenheng kan det oppstå selvobjektoverføringer. Med dette menes at pasienten tillegger terapeuten egenskaper han/hun ikke har eller at terapeuten minner pasienten om noen, gir følelser og reaksjoner til viktige personer tidligere i livet (Hartmann 2000). Selvpsykologien sier at idealiseringsoverføring fra pasient skal imøtekommes med empatisk forståelse, altså at terapeuten skal kunne være en person pasienten kan idealisere, en som aksepterer overføringen (Karterud 1997; Hartmann 2000). Som terapeut med et selvpsykologisk perspektiv blir det viktig å skape et klima som gir opplevelse av å føle seg forstått og godtatt med alle sine gode og dårlige sider og de sidene som de forakter ved seg selv og som kan utløse forsvarsmekanismer. De trenger behandling som er mer ivaretagende enn det de erfarte som barn (Hartmann 2013). Motstand er et kjent begrep i selvpsykologien. Dette er når pasienten bevisst eller ubevisst hindrer utvikling eller fremdrift i terapien. Det er en beskyttelsesstrategi for å unngå ubehag og som beskyttelse mot retraumatisering. Selvpsykologien understreker at det ikke er motstand mot innsikt eller mot å bli frisk (Hartmann 2000). Motstand kan ofte komme av at pasienten har blitt mer utrygg og terapeuten har ansvaret for å oppklare og identifisere hvor det sviktet. I et selvpsykologisk perspektiv er det fortsatt mulig med terapeutisk endring, også når terapeuten svikter, så sant årsaken til at det stopper opp blir utforsket (Hartmann 2000).

2.2.4 Undring

En verdifull kilde til en god terapeutisk relasjon er undring. Undring har ikke et bestemt mål og det gir ikke alltid svar. Det er ikke det samme som å stille spørsmål eller utforskning. Det er mer en mellommenneskelig prosess der man gir rom og tid til refleksjon. Det er lov å være uklar, søkende og full av spørsmål. Ved å avgrense sitt eget selv gir man plass til den andres selv (Løvlie-Schibbye 1998).

3.0 Empiri

Dette narrative er satt sammen av flere episoder jeg har opplevd på psykiatrisk døgnpost. En mann jeg vil kalle for Ivar ble lagt inn på grunn av økende depresjonssymptomer og suicidale tanker. Jeg kommer inn til han på rommet en ettermiddag på seinvakt. Jeg ser at han har Bibel på nattbordet, er pent kledd og ser velstelt ut der han ligger i sengen. Han smiler til meg når jeg kommer inn. Han er lett å prate med og forteller at han har store søvnproblemer, at han ikke kjenner noen glede over ting og at han har en indre uro som er veldig ubehagelig og som gjør han rastløs. Siden det er vårt første møte informerer jeg han litt om avdelingen, hvordan vi jobber og motiverer han ved å foreslå ulike måter vi kan hjelpe han på. Han takker for samtalen. Utover i oppholdet har han uroperioder innimellom, da blir han motorisk urolig også og det blir mye snakk blant personale om hvordan vi kan hjelpe han best. Det startes opp med elektroshokkbehandlinger (ECT). Noen mener han bør få mer Sobril og beroligende tabletter. Han finner ro i å spille piano og gjør dette innimellom i fellesstua. Da spiller han ofte salmer eller "bedehussanger". Jeg hører på vaktrommet at noen sier at han er veldig religiøs og at det er "verste sorten" med tanke på suicid. Det sies også at han er vanskelig å få kontakt med og at mange ikke vet hvordan de skal vurdere han. Det blir laget en problemstilling i journalsystemet som man tittelerer "religiøse grublerier" og det diskuteres om man bør ha som tiltak å ta Bibelen ut av syne. En dag jeg er inne hos han sitter han og leser en roman. Han har flere bøker liggende. Jeg spør han litt om hva han leser og utifra boken han holder på med kommer vi inn på tema Gud og det å ha en tro. Han sier litt unskyldende at man skal jo helst ikke blande Gud inn i denne sammenhengen. Han forteller at hans ekskone var diakon og forteller videre at han ofte føler seg ensom. Han forteller om skyldfølelse for at han hadde forsøkt å ta livet sitt. Han sier han er en "fallen engel". Jeg sier til han noe om at det er lov å tro på Gud. Han virker overrasket. Han sier at han kaller seg kristen, og får mye trøst i det, men at han ikke har "oppført seg så kristent da". I rapporten samme dag blir det rapportert fra kollega at han er taus og at ingen kommer i god kontakt med han. Det blir også rapportert om vrangforestillinger. Lege foreslår at han kan få snakke med sykehuspresten. Noen dager senere sier han at det var et fint møte med presten, men at han ikke husker så mye av det. Han forteller at han går i en bibelgruppe, men at det er en stund siden sist

nå siden han er innlagt og har vært syk over en periode. Imidlertid snakker han på telefon med en i gruppa innimellom. Han sier disse samtalene har betydd mye for han. Spesielt hadde denne vennen sagt noe om at Jesus også opplevde smerte og at han vet hvordan det er å ha det vondt. Han sier han føler seg "båret" gjennom de tyngste dagene på grunn av dette fordi på disse dagene var det som tryggheten i troen forsvant og som om det ikke gjaldt lenger for han.

4.0 Diskusjon

I dette kapittelet blir ulike sider ved narrativet drøftet. I underpunkt 4.2.1 og 4.2.2 presenteres to ulike typer gudsbilder. Videre drøftes betydningen av personalets egen tro og selvrefleksivitet i møte med pasientene. Til slutt presenteres oppgavens begrensninger og forslag til videre forskning i punkt 4.4.

4.1 Religiøse grublerier og Bibelen

Som beskrevet i kapittel 3.0 ble det opprettet en problemstilling i journalsystemet med tittelen «religiøse grublerier». Dette fordi Ivar ble oppfattet som å ha mye tunge, mørke tanker og lite tiltakslust. Denne tittelen kan på ene siden framstå som et noe negativt lada uttrykk. Det kjennes som at fokuset blir på noe som er avvikende. Diskusjonen om å ta bort Bibelen framkaller spørsmål om det er ensbetydende med grubling når en pasient har Bibel på nattbordet? I samtale med Ivar kom det fram at han ikke orket å lese så mye. Han visste ikke helt hvorfor han hadde tatt Bibelen med til sykehuset. Utifra selvpsykologi er det naturlig å tenke at troen er et idealiserende selvobjekt, noe som gir trøst, et ankerfeste. Bibelen vil da representere noe trygt. Kanskje er det også en form for selvregulering? Det kan også minne han på en tilhørighet han har. Teistedal sitt studie (2019) viste at fellesskap med andre troende kunne være en kilde til god psykisk helse. En masteroppgave viste at religiøsitet gir mening og tilhørighet som er helsefremmende og som gir trygghet (Krane 2017). Ved å utforske i samhandling med pasienten vil det kanskje kunne framkalle refleksjon og undring mer enn grubleri? Ivars opplevelse av situasjonen vil ikke komme fram dersom ikke personal spør han om hans opplevelse. På den andre siden kan det i dialog med Ivar komme fram at Bibelen ikke alltid er en trøst, men at det kanskje heller er noe som alltid har vært der som en vane. Dersom hans gudsrepresentasjon er farget av dårlige relasjonelle erfaringer vil han kunne ha mye følelser som skyld, skam, sinne eller frykt. Gudsbilde kan være både preget av noe strengt og dømmende eller noe mer fritt og nyansert. Forskning sier at å ta dette med

i terapeutisk arbeid er gunstig (Krane 2017). I underpunkt 4.2.1 og 4.2.2 kommer to dialoger som viser to ulike gudsbilder.

Inntoning er ifølge selvpsykologien vesentlig i en relasjon (Karterud 1997; Hartmann 2000; Hartmann 2013; Urnes 1997). Når personalet kommer på jobb og skal sette seg inn i rapporten om Ivar, hvilken forforståelse får de når de leser at de skal hjelpe han med «religiøse grublerier»? Kan Ivar da bli møtt på en inadekvat og kanskje også uforutsigbar måte? En feilinntoning? Kanskje noen tar ut Bibelen på ene vakta, mens en annen lar den ligge? Hans idealiserende selvobjekt blir ikke forstått som noe verdifullt for han. Det kan gjøre at Ivar blir taus fordi han blir usikker på hva som er greit å snakke om og at han heller ikke vet hva som forventes. Det kan også kanskje være en selektiv inntonning siden han kun blir bekreftet på utvalgte sider av seg selv. Dette kan gi en tomhetsfølelse som igjen kan forsterke angsten og depresjonen. Dersom Bibelen blir tatt ut av rommet uten dialog med Ivar vil det være en overinntoning som kan oppleves innvaderende. En riktig inntonning vil tilstrebe å forstå følelsene og situasjonen til Ivar. Et eksempel på dialog kan være:

Ivar: Jeg orker ingenting i dag, det er bare tankekjør, jeg orker ikke lese Bibelen engang

Personal: Har du et ønske om å lese i Bibelen?

I: Det er vanskelig å konsentrere seg.....

P: Det kan ofte være slik når man ikke er i form....hva tenker du om at vi legger bort Bibelen en liten stund, til du orker litt mer?

I: Ja, det er sikkert lurt, for en stund iallefall

Mange personal tenker nok at den beste måten å hjelpe på er å la Ivar slippe å gruble så mye over det eksistensielle og åndelige, at han har nok med seg selv.

Selvpsykologisk vil dette ikke støtte eller utvikle selvet fordi Ivar ikke blir spurt om hva han tenker om det og at det heller kan bli en opplevelse av at et vesentlig selvobjekt blir tatt bort. Da vil Ivar sannsynligvis ikke føle seg verken møtt eller forstått. Å lage en problemstilling av at Ivar er opptatt av det religiøse kan tenkes å være en måte å se hans behov på, men kanskje man skulle heller benevne det som noe som trenger å bli møtt på lik linje med alle andre behov? Det kunne kanskje gi

personalet trygghet at en ikke tenkte å overse temaet? Hvis Ivar blir sett og møtt på sin interesse for Bibel og det åndelige vil det hjelpe han til å finne næring til selvet og til å anerkjenne seg selv og dermed kjenne selvsammenheng

4.2 Hemmende eller fremmende?

Narrativet viser at i møte med den enkelte pasient er åndelige problemstillinger på ulike måter synlig i hverdagen i psykiatrisk sengepost. Dette sammenfaller med studiene jeg fant. Forskningen viste at imøtekommelse av åndelige behov er hensiktsmessig i behandlingssammenheng (Clark og Emerson 2021; Cone og Giske 2021; Best, Butow og Olver 2015; Cooper m.fl 2021; Frøkedal m.fl 2019; Frøkedal m.fl 2021). Videre viste mye av forskningen at det er utrygghet hos personal angående religiøsitet og at det trengs mer kunnskap for å skape mer trygghet (Elliot, Wattis, Chirema og Brooks 2020; Neathery, Taylor og He 2020; Chiang m.fl 2020; Green, Kim-Godwin og Jones 2020; Hawthorne og Gordon 2020; Krane 2017). Spørsmålet er hvorvidt sykepleier/personal er bevisst dette i det daglige. Når personalet snakker om “verste sorten”, hva kan ligge i det? Forskning viste at ansatte har sett at religiøsitet kan komplisere behandling (Krane 2017). Ivar kaller seg noen ganger en «fallen engel» eller sier han er på vei til helvete, og det er naturlig nok utfordrende for personalet. I studiene jeg fant var det ingen direkte sammenheng mellom religiøsitet og suicid. Å bli møtt på åndelige behov kunne imidlertid redusere depresjon og angst (Frøkedal m.fl 2019; Frøkedal m.fl 2021). Noen av studiene viste også at gudstro kan ha helsefremmende effekt som virker positivt inn på hvordan man takler livet i tillegg til at det gir en følelse av verdighet og selvrespekt (Teistedal 2019; Brekke 2019; Cooper m.fl 2021). Det kan derfor være grunn til å stille spørsmål ved om personalets bekymring for økt suicidfare hos Ivar blir en myte som ikke har rot i virkeligheten?

4.2.1 Et anerkjennende gudsbilde

Med bakgrunn i objekt-relasjonsteori vil en religiøs tro kunne ha element av fred, hvile, trøst, trygghet og kjærlighet. Dette kan sammenlignes med forholdet mellom en mor og et spebarn. En foreldrerepresentasjon som bygger på varme og kjærlighet vil kunne gi et anerkjennende gudsbilde (Stålsett 2014; Bergstrand 2017).

Selvpsykologien vil kalle det for selvobjektrelasjon (Karterud 1997). For Ivar kan det idealiserende selvet få næring gjennom idealiserende selvobjekt som eksempelvis kan være hans gudstro, Bibelen, bibelgruppa eller pianospillingen. Når Ivar spiller piano sier han at det en avledning for han og noe som han har glede av. Utifra et selvpsykologisk perspektiv vil kulturen på en avdeling si at han trenger dette fordi det gir en vitalitetsaffekt, det som gir livsglede (Løvlie-Schibbye 1998). Dersom Ivar ikke hadde sagt noe om dette, vil det være selvpsykologisk å spørre han om hva det betyr for han. Kanskje er det ikke bevisst at han spiller «bedehussanger», men at det er dette han alltid har gjort hjemme? Utifra selvpsykologien vil Ivars opplevelse være det sentrale. I det følgende kommer et eksempel på dialog som viser at Ivar har et gudsbilde som gir han trygghet, mening og noe å lene seg til:

Personal: Jeg har sett at du har Bibel på nattbordet....hva betyr den for deg?

Ivar: Bibelen er viktig for meg, så den har jeg alltid med meg. Jeg leser ikke så mye da men....

P: Hvordan er den viktig for deg?

I: Jeg har en gudstro og den gir meg trøst når jeg har det vanskelig....selv om jeg ikke orker å lese, så gir den trygghet når jeg ser den ligger der.

P: Hva betyr troen for deg?

I: Den betyr veldig mye, jeg har hatt den hele livet og det er den som gir alt mening og innhold. Det hjelper meg nå når jeg er syk å vite at andre ber for meg.

P: Det høres fint ut å kjenne seg i en sammenheng. Opplever du det slik?

I: Ja, jeg tror Gud ser hvor vondt jeg har hatt det.... at han ser det i en større sammenheng og at han er en nådig Gud.

4.2.2 Et strengt gudsbilde

Noen pasienter vil nok kjenne det godt å få et «fristed» borte fra religiøs praksis dersom de har opplevd det som noe tyngende eller som gir mye skyldfølelse. Dersom Ivar har hatt en oppvekst der han opplevde ufrihet eller at han ikke fikk leve etter sine ønsker, vil det kunne bli en gudsrepresentasjon som er dømmende eller streng og fiendtlig (Stålsett 2014). Da vil religiøsitet ikke nødvendigvis bidra til å styrke eller trøste eller være et ankerfeste, spesielt ikke i en depresjon der man lett har katastrofetanker og ikke ser noen utvei. Det kan da være hemmende for han å ha et trosliv som han må regulere når han er psykisk syk. Å møte åndelige behov handler imidlertid om å se hele mennesket, med smerten og lidelsen (Brage og Wisløff 1990; Cone og Giske 2021, stortingsproposisjon nr 63 1997-98).

Ved å bruke selvspsykologien som hjelp vil en kunne finne at anerkjennelse og en inntoning som søker å vise best mulig forståelse kan åpne for dialog.

Dialogen under er et eksempel på et strengt gudsbilde:

Personal: Jeg ser du har Bibel på nattbordet....Hva betyr den for deg?

Ivar: Jeg vet ikke helt hvorfor jeg tok den med....Det med Gud har vel ikke noe her i denne sammenhengen å gjøre heller....Det er uansett min skyld og ikke andres...

P: Hva er det som er din skyld?

I: Jeg tenkte å ta livet mitt....

P: Hva tenker du om det her og nå?

I: Jeg tenker iallefall at Gud ikke kan hjelpe meg med dette...at jeg ikke fortjener det..

P: Tror du Gud tenker det samme?

I: Nei....jeg vet ikke, det er kun min egen feil....

P: Det høres vondt ut å ha det slik.....Hvordan opplever du det?

I: Jeg opplever at det ikke er håp for meg, at det er meningsløst alt sammen....

P: Betyr Bibelen noe for deg i denne situasjonen?

I: Den gir en viss trøst selv om den bare ligger der.....

Det kan også tenkes at Ivar svarer at han ikke ønsker å snakke om dette, at det blir for personlig. Samtidig viste de fleste forskningsartiklene at pasientene etterlyser mer åpenhet når det gjelder religiøsitet og er komfortable med at slike spørsmål og behov blir tatt opp (Cone og Giske 2021; Hawthorne og Gordon 2020; Best, Butow og Olver 2015). Gjennom felles undring med Ivar, uten et spesielt mål, vil det kunne gi rom for helheten i menneskelivet. Det kan også gi rom for mer refleksjon.

4.3 Selvrefleksivitet

Hvordan utfordrer det oss når vi møter andre med annen mening, annen tro eller manglende religiøs tro? Å imøtekomme trosspørsmål krever varsomhet og refleksjoner rundt egne holdninger og begrensninger. Det blir viktig å anerkjenne mennesker for den de er. Dette viser også forskningen (Krane 2017; Brekke 2019; Cone og Giske 2021). Selvpsykologien snakker om motoverføring, at man tillegger pasienten egenskaper som egentlig handler om seg selv (Hartmann 2000). Dersom man ikke har en egen tro vil det som pasienten uttrykker kunne bli noe ukjent. Det handler kanskje også om en kultur som har linjer tilbake til freudiansk tankegang, at religiøsitet handler om et substitutt? Å være reflektert om egen religiøs tro eller manglende tro vil være avgjørende for hvordan en vurderer det som pasienten sier. Det at man ikke tror selv kan lett føre til at andres tanker og uttalelser blir stemplet som vrangforestillinger. Samtidig gir ikke egen religiøsitet garanti for å inntone seg på rett måte. Det å ha selvrefleksivitet betyr å kunne selvavgrense seg, det å kunne skille sitt eget fra andres (Løvlie-Schibbye 1998).

4.3.1 Egen tro som utfordring og ressurs

I det følgende kommer et eksempel på dialog der personalet blir utfordret og det oppstår feilinntoning:

Ivar: Jeg vil ikke stå opp i dag....men jeg er jo en fallen engel, så jeg trenger ikke noe program..

Personal: Jeg tror du har lest for mye i den boka du har liggende, den Bibelen må vi ta bort.... Det blir for mye for deg.

I: Samme det...jeg skal jo til helvete uansett

P: Jeg tror jeg må høre med legen om hvilke medisiner du skal ha....

Noe av forskningen viste at sykepleiere/personal som har en aktiv kristen tro vil være mer opptatt av det åndelige og dermed ha et økt fokus på åndelige behov i daglig praksis (Taylor m.fl 2019; Janzen,Reimer-Kirkham og Astle 2019). I møte med Ivar vil det å ha en egen tro kunne være verdifullt for å forstå hans tankegang og hans bakgrunn. Gjennom samtidig å ha selvpsykologisk kunnskap vil det kunne belyse andre sider av hans uttrykte religiøsitet og bidra til refleksjon over hans livshistorie. I dialog vil det kunne hjelpe han med selvsammenheng og ha helsefremmende effekt. Samtidig viste forskningen at hvordan eller hvor mye personal responderer på pasientenes uttrykk for religiøse behov er uavhengig av utdanning (Myklebust 2009). Dette sier kanskje noe om at det er relasjonen og dialogen mellom personal og pasient som er vesentlig? Det følgende gir et eksempel på dialog der personalets tro kan være en ressurs:

Personal: Den sangen du spilte før i dag kjente jeg igjen fra bedehuset....

Ivar: Gjorde du? Er du kristen?

P: Ja, jeg kaller meg vel for det...

I: Det merket jeg på deg egentlig.....

P: Åja, hva merker du da?

I: Nei, at du bryr deg på en måte....

P: Det er hyggelig at du opplever det slik, jeg ønsker å bry meg...De fleste som jobber her vil gjerne det beste for pasientene..

I: Ja...,men det hjelper å vite at noen har samme livssyn som meg selv...

P: Ja, det er forståelig... Hvordan opplever du å være her på avdelingen?

4.3.2 Vrangforestilling

Ivar snakket om å være en «fallen engel», at det ikke er håp for han, at han er på vei til helvete. Er dette en vrangforestilling? De fleste i psykisk helsevern vil nok kalle det for det, men dersom Ivar har hatt en kristen tro hele livet, kan det komme til uttrykk på denne måten dersom han er forvirret eller dypt deprimert? Utifra selvspsykologien er pasientens opplevelse i sentrum. Da vil Ivars opplevelse være uavhengig av om det er vrangforestilling eller ei. Det er bare Ivar selv som kan vite hva han opplever (Løvlie- Schibbye 1998). Han kan møtes på det han opplever. Det handler ikke om hva som er sant, men hva som betyr noe for Ivar. Utifra psykodynamisk teori handler det ikke om religionens sannhet eller gyldighet, men om betydningen av religiøs praksis for det enkelte menneske (Engedal 2014). Personalet synes det er vondt å høre på og fryktelig at Ivar skal ha det slik. Da kan kanskje undring bli en terapeutisk relasjon i seg selv? Det å ikke lete etter bestemte svar, være søkende, at det er lov å ha ubesvarte spørsmål, at det kan være «mer mellom himmel og jord» enn vi tror. Det betyr at personalet må legge bort eget syn, egne holdninger og egen tro for å gi rom og tid til den andres refleksjoner. Gi rom for å være i en prosess. For å se, forstå og hjelpe den andre må vi ha oversikt over oss selv, ha evne til selvrefleksivitet og selvransaking. For Ivar kan møte med andre som har sine egne selvrepresentasjoner gjøre det mulig å skille egne opplevelser fra andres. Gjennom dette kan selvet styrkes (Løvlie-Schibbye 1998). Et eksempel på dialog her kan være:

Personal: Det er vanskelig for meg å høre på at du sier du er en fallen engel som skal til helvete....

Ivar: Ja....,men det er jo på grunn av det jeg har gjort...

P: Hva tenker du på da?

I: Jeg har jo gjort mye galt....mye jeg ikke skulle gjort....

P: Hva tror du Gud tenker om det?

I: Jeg tror ikke Gud straffer noen, han elsker alle mennesker...

P: Ja, jeg har ikke en religiøs tro selv, men jeg tror det er mer mellom himmel og jord enn vi aner.....

I: Det er litt vanskelig å se at det er noen framtid for meg....

P: Den vennen din i bibelgruppa, hva tror du han ville sagt hvis han hørte at du ser på deg selv som en fallen engel?

I: Han ville nok si at Gud er med gjennom alle slags dager.... og gjennom lidelse...

P: Hva tenker du om det?

I: Det føles godt å snakke om det..

Det er relasjonen mellom personal og pasient som er noe av kjernen i behandlingen og som kan utvikle selvet gjennom refleksjon(Hartmann 2013). Når personalet mener Ivar bør få Sobril for å roe seg ned skulle man kanskje utforske litt mer hva som gjør Ivar motorisk urolig? Helhetlig helse handler om å være i samspill med omgivelsene. Liv og kontekst er like viktig som kropp og diagnose (Almvik og Borge 2014). Mer kunnskap hos personalet ville trolig hjelpe til å se bort fra eget ståsted og lettere forstå betydningen av å inntone seg på pasienten på riktig måte. Forskningen viste også at det handler om å kunne åpne og utvide eget livsrom for å gi plass til andre sine livshistorier(Krane 2017).

4.4 Oppgavens begrensninger og forslag til senere forskning

I litteratursøket plukka jeg ut de artiklene som var passende til mitt tema og bokutvalget er et utvalg tilpasset formålet. Jeg valgte de nyeste studiene fra siste årene for å vise relevansen i det. I en senere oppgave kunne jeg ha søkt innenfor et større spenn i tid og mer systematisk for å få mer bredde i oppgaven. I et systematisk søk kunne jeg ha søkt spesifikt etter studium som kunne bekrefte eller avkrefte en korrelasjon mellom det å ha en religiøs tro og det å være suicidutsatt. Det ville kanskje hentet fram flere kritiske kilder og gitt et mer nyansert bilde. Narrativet er også hendelser og situasjoner som er plukka ut og gjort til en historie som beskriver temaet. I en masteroppgave kunne jeg intervjuet pasienter for å høre nærmere om deres faktiske opplevelse. Jeg har ikke nevnt noe om tvangsinnleggelse kontra frivillighet. Åndelige behov vil være tilstede uavhengig av hvilken type innleggelse, men det kan drøftes nærmere om hvorvidt tvang vil kunne påvirke pasientens behov

for det åndelige og hvordan personal tilnærmer seg det. Forskningen viste at personal opplever religiøse behov som både noe kompliserende og som en ressurs (Krane 2017). Det kunne også vært forsket videre på hvordan det fysiske og organisatoriske systemet i psykisk helsevern påvirker behandling av enkeltindivider. Her vil begrep som tid og effektivitet kunne være sentrale faktorer.

5.0 Konklusjon

Gjennom denne oppgaven ønsket jeg å bruke et selvpsykologisk perspektiv for å belyse problemstillingen: *Hvordan kan man forstå og møte religiøse behov hos mennesker innlagt i psykisk helsevern?*

Litteratursøket viste at åndelige problemstillinger hos mennesker er tilstedeværende som en realitet i dagens psykiske helsevern. Forskningen viser at interessen for religiøsitet er økende globalt og at det trengs mer kunnskap på området for ansatte i psykisk helsearbeid.

Det er ingen fasit på hva som er beste måten å møte menneskers åndelige behov på. I denne oppgaven er selvpsykologi foreslått som hjelp til å bli bevisst den enkelte pasients behov for adekvate og empatiske selvobjektrelasjoner som gir næring til det tripolare selvet. Ved å vise anerkjennelse, inntoning og forståelse kan jeg som sykepleier være et selvobjekt for pasienten. Kunnskap om religiøse behov eller Gud som objektrelasjon øker muligheten for at Ivar blir møtt som et helt menneske som kjenner seg sett og forstått og dermed opplever selvsammenheng og selvregulering.

6.0 Litteraturliste

Aalen-Leenderts, Torborg. 2014. *Person og profesjon, om menneskesyn og livsverdier i offentlig omsorg*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Almvik, Arve og Lisbet Borge. 2017. *Å sette farger på livet, helhetlig psykisk helsearbeid*. Oslo: Fagbokforlaget.

Bentzen, Jeanet Sinding. 2021. "In Crisis, we pray: Religiosity and the COVID-19 pandemic." *Journal of Economic Behavior&Organization* 192: 541-583.

Bergstrand, Gøran. 2017. *En illusion och dess utveckling*. Stockholm: S:t Lukas.

Best, Megan, Phyllis Butow og Ian Olver. 2015. "Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review." *Patient Education and Counseling* 98 (11): 1320-1328.

Brager, Eivind og Dag. S. Wisløff. 1990. *Så lenge vi lever*. Oslo: Cappelen.

Brekke, Eva. 2019. "Recovery in co-occurring mental health and substance use disorders: A qualitative study of first-person and staff experiences." Doktoravhandling, Universitetet i Oslo.

Chiang, Yi-Chien, Hsiang-Chun Lee, Tsung-Lan Chu, Chin-Yen Han, Ya-Chu Hsiao. 2020. "Exploration of the Association Between Religious Affiliation and Attitude Toward Spiritual Care in Clinical Nurses." *Journal of Nursing Research* 28(2): e77.

Cone, Pamela og Tove Giske. 2021. "Hospitalized Patients' Perspectives on Spiritual Assessment: A Mixed Methods Study." *Journal of Holistic Nursing* 39(2):187-198.

Cooper, Louise Katherine, Lauretta Luck, Esther Chang og Kathleen Dixon. 2021. "What is the practice of spiritual care? A critical discourse analysis of registered nurses' understanding of spirituality." *Nursing Inquiry* 28(2): e12385.

Danbolt, Torill og Grethe Nordhelle. 2012. *Åndelighet- mening og tro, utfordringer i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Elliot, Ruth, John Wattis, Kathleen Chirema, Joanna Brooks. 2020. "Mental health nurses' understandings and experiences of providing care for the spiritual needs of service users: A qualitative study." *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 27(2): 162-171.

Engedal, Leif Gunnar. 2014. «Den moderne religionspsykologiens pionerer: William James og Sigmund Freud.» I *Religionspsykologi*, redigert av Lars Johan Danbolt, Leif Gunnar Engedal, Knut Hestad, Lars Lien og Hans Stifoss- Hanssen, s. 71-83. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Engedal, Leif Gunnar. 2014. « I sporene etter William James og Sigmund Freud.» I *Religionspsykologi*, redigert av Lars Johan Danbolt, Leif Gunnar Engedal, Knut Hestad, Lars Lien og Hans Stifoss-Hanssen, s. 85-96. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Frøkedal, Hilde, Hans Stifoss-Hanssen, Valerie DeMarinis, Torleif Ruud, Anja Visser, Torgeir Sørensen. 2021. "Participation in existential groups led by norwegian healthcare chaplains-relations to psychological distress, crisis of meaning and meaningfulness." *International Journal for the Psychology of Religion* 2021. <https://dx.doi.org/10.1080/10508> .

Frøkedal, Hilde, Torgeir Sørensen, Torleif Ruud og Valerie DeMarinis, Hans Stifoss-Hanssen. 2019. "Addressing the existential dimension in treatment settings: Mental health professionals' and healthcare chaplains' attitudes, practices, understanding and perceptions of value." *Archiv fur Religionspsychologie* 41(3): 253-276.

- Green, Alexis, Yeoun Soo Kim-Godwin, Carolyn W. Jones. 2020. "Perceptions of Spiritual Care Education, Competence, and Barriers in Providing Spiritual Care Among Registered Nurses." *Journal of Holistic Nursing* 38(1): 41-51.
- Hartmann, Ellen. 2013. «Hva er virksomt i psykoterapi? : integrering av klinisk og forskningsbasert kunnskap.» I *God psykoterapi: et integrativt perspektiv*, redigert av Kirsten Benum, Eva Dalsgaard Axelsen og Ellen Hartmann, s. 21-40. Oslo: Pax .
- Hartmann, Ellen. 2000. «Fra drift til selv: konsekvenser for dynamisk psykoterapi.» I *Psykoterapi og psykoterapiveiledning: teori, empiri og praksis*, redigert av Arne Holte, Geir Høstmark Nielsen, Michael Helge Rønnestad, s.17-44. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hawthorne, Dawn M. og Shirley C. Gordon. 2020. "The Invisibility of Spiritual Nursing Care in Clinical Practice." *Journal of Holistic Nursing* 38(1):147-155.
- Janzen, Kyla C., Sheryl Reimer-Kirkham, Barbara Astle. 2019. "Nurses` Perspectives on Spiritual Caregiving: Tending to the Sacred." *Journal of Christian Nursing* 36(4): 251-257.
- Karterud, Sigmund. 1997. «Heinz Kohuts selvpsykologi.» I *Selvpsykologi: utviklingen etter Kohut*, redigert av Sigmund Karterud og Jon T. Monsen, s. 13-28. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Krane, Trude Wetting. 2017. «Menneskemøter i troens landskap. Profesjonelles møte med trosspørsmål i arbeid med psykisk helse.» Masteroppgave, UiT Norges arktiske universitet.
- Mamier, Iris, Elizabeth Johnston Taylor og Betty Wehtje Winslow. 2019. "Nurse Spiritual Care: Prevalence and Correlates." *Western Journal of Nursing Research* 41(4):537-554.
- Myklebust, Klock Kjellaug. 2009. «Psykotisk og religiøs.» *Sykepleien* 90 (12):38-41.

Neathery, Melissa, Elizabeth Johnston Taylor, Zhaomin He. 2020. "Perceived barriers to providing spiritual care among psychiatric mental health nurses." *Archives of Psychiatric Nursing* 34 (6): 572-579.

Schibbye, Anne Lise Løvlie. 1998. «Å bli kjent med seg selv og den andre: om selvrefleksivitet og undring i dialektisk relasjonsteori.» I *Psykiatri i endring: forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*, redigert av Anders Johan W. Andersen og Bengt Karlsson, s.163-182. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Sosial- og helsedepartementet. «Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998». Stortingsproposisjon nr.63 (1997-98). Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1998.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/?ch=1>

Stålsett, Gry. 2014. «Psykodynamiske perspektiver på religiøs tro-objektrelasjonsteori og selvpsykologi.» I *Religionspsykologi*, redigert av Lars Johan Danbolt, Leif Gunnar Engedal, Knut Hestad, Lars Lien og Hans Stifoss-Hanssen, s. 97-108. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Taylor, Elizabeth Johnston, Carla Gober-Park, Kathy Shoonover-Shoffner, Iris Mamier, Chintan K. Somaiya, Khaled Bahjri. 2019. "Nurse Religiosity and Spiritual Care: A Online Survey." *Clinical Nursing Research* 28 (5): 636-652.

Teistedal, Tonje Margrete. 2019. « En kvalitativ studie om ungdom, tro og psykisk helse: Troen har ganske mye å si for din psykiske helse. Det er et fundament for hvordan du takler livet.» Masteroppgave, Universitetet i Agder.

Tufte, Per Arne, Sissel Seim, Monica Kjørstad og Dag Jenssen. 2020. *Vitenskapsteori for sosial- og helsefag*. Oslo: Gyldendal.

Urnes, Øyvind. 1997. « Utviklingspsykologi og selvpsykologi.» I *Selvpsykologi: utviklingen etter Kohut*, redigert av Sigmund Karterud og Jon T. Monsen, s. 64-89. Oslo: Ad Notam Gyldendal.