

Bacheloroppgave

En dypere sammenheng

Tro som kilde til opplevelse av sammenheng når
psykose preger livet

Agnes Oviedo Rahm

Sosialt arbeid

2021



HØGSKULEN
I VOLDA

Egenerklæring

Denne oppgaven er mitt selvstendige arbeid. De tar ikke i bruk andres arbeid uten at det er oppgitt, den tar ikke i bruk eget arbeid uten at dette er oppgitt, og kilder som er brukt er ført inn i både tekst og kildeliste på en måte som gjør at jeg ikke får en «ufortjent rennomegevinst». Den har heller ikke blitt brukt som eksamenssvar eller arbeidskrav tidligere.

Jeg vet at oppgaven vil bli elektronisk kontrollert for plagiat og at alvorlige brudd med «god sitatskikk» blir behandla som juks jf. UH-lov §4 – 7 og § 4 – 8 3. ledd.

Det er ikke behandlet personopplysninger i arbeidet med oppgava. Prosjektet er dermed ikke omfattet av personopplysningsloven.

SAMMENDRAG

Å tro og å praktisere vår tro er en rett vi alle har. Hvordan forholder vi oss til tro på institusjonene for psykisk helsevern i dag? Er troen også en rett for mennesker som i perioder bor der? I denne oppgaven undersøkes på hvilken måte sosialarbeideren kan imøtekomme religiøsitet på institusjoner i psykisk helsevern, og hvordan dette kan være en ressurs for mennesker med langvarige psykoselidelser. For å gjøre dette skal vi se i hvilken grad religiøsitet kan knyttes til Antonovskys begrep «opplevelse av sammenheng». Det er dette begrepet og sentrale elementer ved religiøsitet som vil utgjøre det litterære grunnlag. Som sosialarbeidere skal vi se hele mennesket. Når vi så møter religiøse individ, må religion naturligvis inngår i dette. Denne plikten gjelder alle brukere, også mennesker med langvarige psykoselidelser. Religiøsitet er derimot et tema som ofte neglisjeres i sosialt arbeid sin utdanning og praksis. Dette er en teoretisk oppgave som baserer seg på eksisterende litteratur og forskning på feltet. I diskusjonen kobles de ulike teoretiske perspektivene sammen med forskning på feltet for å finne svar på problemstillingen. Sunn religiøsitet kan se ut til å være en kilde til sammenheng i møte med psykosen. Gjennom ritualer, praksiser, felleskap og egen tro kan mening skapes i en heller kaotisk tilværelse. For at religiøsiteten ikke skal ta destruktive former er det sentralt at sosialarbeideren aktivt imøtekommer pasientens religiøsitet.

ABSTRACT

To believe and to practice our faith is a right we all have. How do we relate to faith in the institutions of mental health care today? Is faith also a right for people who at times live there? This thesis examines how the social worker can accommodate religiosity in mental health care institutions, and how this can be a resource for people with long-term psychotic disorders. To do this, we will see the extent to which religiosity can be linked to Antonovsky's concept of "sense of coherence". It's this concept and central elements of religiosity that will form the literary basis. As social workers, we must see the whole person. When we then meet religious individuals, religion must of course be included. This duty applies to all users, including people with long-term psychotic disorders. Religiosity, on the other hand, is a topic that is often neglected in social work's education and practice. This is a theoretical thesis based on existing literature and research in the field. In the discussion, the different theoretical perspectives are linked together with research in the field to find answers to the problem. Healthy religiosity may seem to be a source of SOC for persons with psychotic disorders. Through rituals, practices, fellowship and one's own faith, meaning can be created in a rather chaotic existence. In order for religiosity not to take destructive forms, it is important that the social worker actively respects and accommodates the patient's religiosity.

FORORD

For en tid. En bachelor-oppgave er ikke småtteri, hvert fall ikke den første. Som nysgjerrig student, oppvokst med pastor som far, ventet jeg spent på hvordan en sosialarbeider bør forholde seg til tro og tvil i møte med mennesker i krise. Svaret kom aldri, det ble ikke engang nevnt. I arbeidet med forskning og litteratur ble jeg svært overrasket over den store tilgangen på akkurat dette feltet. Feltet jeg fikk inntrykk av som ikke-eksisterende, det heller oversett eller kanskje glemt. Det er et tema som avhenger av ildsjeler som kanskje selv kjenner behovet for en åpen dialog angående tro og religion i profesjonell praksis.

Lærerikt har det hvert fall verdt. For å jobbe med så personlige temaer som tro og tvil er, må man evne både å distansere seg og samtidig gå inn i det med hele seg. Akkurat som man må i alt sosialt arbeid, helt til stede, likevel litt på avstand.

Så må jeg takke en hel haug. Jeg vil takke min kjære veileder, Kristin Ljoså Sørheim, for å holde ut kaoset jeg har skapt. For å stille de gode spørsmålene som peilet ut en vei når jeg kun så ned i de rotete notatene. Det er godt når omsorgen skinner gjennom alle råd og oppmuntrende smil. Jeg vil også takke kollokviegruppa som har hatt rom for klaging på slit og dårlig tid, og samtidig oppmuntring for å komme i mål. Mamma og pappa har stadig ringt og hjulpet til med tips, råd og korrektur. Jeg hadde aldri kommet i mål uten dem. Sist, men ikke minst, så må jeg takke min mann. Som tålmodig har latt stuebordet bli et endevendt bibliotek. Som stadig har kommet med motiverende sjokolade eller en god klem. Gjennom streng motivasjon har selv de tyngste dagene inneholdt litt jobbing.

Jeg sitter igjen med flere spørsmål enn da jeg startet med oppgaven, men jeg har fått svar på en ting; tro og tvil burde være en selvfølgelig del av sosialt arbeid!

INNHOOLD

Sammendrag	iii
Abstract.....	iv
Forord.....	v
Innledning.....	1
Problemstilling og forskningsspørsmål	4
Avgrensning og begrepsavklaring	5
Kunnskapsgrunnlag.....	6
Bakgrunn:.....	6
PSYKOSE:.....	6
Sosialarbeiderens rolle.....	8
Teoretiske perspektiver	10
Opplevelse av sammenheng.....	10
Religiøsitet	11
Ritualer og religiøs praksis	12
Religiøse fellesskap.....	13
Religiøs mestring.....	14
Gud en høyere makt.....	14
Forskning på feltet.....	16
Søkeprosess.....	16
Religiøsitet som fremmer helse.....	17
Religiøsitet som hemmer helse	18
Psykose og recovery	18
Diskusjon:.....	21
På hvilken måte kan imøtekommelse av religiøsitet øke opplevelse av begripelighet?	21
På hvilken måte kan imøtekommelse av religiøsitet øke opplevelse av håndterbarhet?	24
På hvilken måte kan imøtekommelse av religiøsitet øke opplevelse av meningsfullhet?.....	27
Avslutning	30
Referanser.....	32

INNLEDNING

Finnes det høyere makter? Er livet bare en stor tilfeldighet eller er tilfeldigheter en høyere makts anonymitet? Hva skjer når vi dør? Har livet en større mening? Religion og tro er for mange en viktig del av livet. Dette gjelder også mennesker med psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2013, s. 169). Imøtekommelse av hele mennesket inngår i vårt yrkesetiske grunnlagsdokument (Fellesorganisasjonen, 2015). For å oppnå en helhetlig imøtekommelse må religion og tro inkluderes (Danbolt & Nordhelle, 2012, s. 19). For mange vil tro være en kilde til mening og ressurser (Borge, 2012, s. 119). Litteratur forteller på hvilken måte mennesker nytter seg av religion som mestringsstrategi og støtte gjennom livet (Torbjørnsen, 2014, s. 127). I denne oppgaven skal vi se på religiøsitet gjennom Antonovskys begrep «opplevelse av sammenheng» (OAS), som har vist seg å være en kilde til bedre psykisk helse (Lindström & Eriksson, 2015, s. 58). At religion kan være et viktig aspekt i OAS er også belyst av flere (Antonovsky, 2012, s. 48; Fugelli & Ingstad, 2014, s. 290). Derimot finnes det begrenset tilgang på litteratur og forskning angående hvordan sosialarbeideren kan imøtekomme religiøsiteten for å fremme OAS hos pasienter med psykoselidelser. Religion er per dags dato heller utelatt av sosialt arbeid (Askeland, 2015, s. 293). Dette kan føre til usikkerhet i feltet (Borge & Mæland, 2017). I møte med mennesker med langvarige psykoselidelser må vi være forsiktig så vi ikke begrenser deres rolle til kun å være en diagnose (Helsedirektoratet, 2013, s. 124), og derfor er det helhetlige menneskesynet svært viktig (Eide & Skorstad, Etikk - til refleksjon og handling, 2018, s. 186).

Utredningen peker mot et samfunn der retten til å ha og praktisere en tro eller et livssyn, og på samme måte retten til å la være, skal kunne være en synlig og legitim del av samfunnet og livet. Utvalget mener at dette stiller krav til staten om aktivt å beskytte denne retten – for alle (NOU 2013: 1, s. 17).

En svært relevant utredning i denne settinga er «Det livssynsåpne samfunnet» (2013), hvor sitatet er tatt fra. Et hovedpoeng i utredninga er alles rett til religionsfrihet og trospraksis, både i det private og offentlige rom (NOU 2013: 1, s. 18). Denne retten angår også pasienter på sykehus (s. 167). Ikke bare skal den enkelte kunne tro fritt, men staten skal aktivt tilrettelegge for tro og praksis. Dette er en politikk Norge har valgt å holde på (NOU 2013: 1, 2013, s. 18). Videre fremheves det at «religion eller livssyn bør få være en synlig og akseptert del av dagliglivet» (s. 18) på institusjoner.

I dag er det Den Norske Kirke som primært skal ha ansvar for de religiøse komponentene på en institusjon. Men det er lite som er regelbestemt annet enn dette på helseforetakene, dette åpner for ulik praksis (s. 174). Utvalget poengterer samtidig viktigheten av religiøs imøtekommelse for mennesker på døgninstitusjon (s. 167), da disse menneskene har de samme religiøse og livssynsmessige behovene som resten av befolkningen, men ikke nødvendigvis den samme tilgangen (s. 169).

Det antas at rundt 4% av befolkningen opplever psykose i løpet av livet (Holmén, 2015). Jobber man under tvungent psykisk helsevern vil et stort flertall av pasientene ha psykoselidelser, samtidig som andelen pasienter som behandles frivillige for psykose er mye større (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010, s. 302). På døgninstitusjoner innen psykisk helsevern er det med andre ord stor sjans for å møte denne brukergruppen. Mennesker med langvarige psykoselidelser opplever at virkeligheten flyter, bakkekontakten forsvinner og verden oppleves annerledes, en opplevelse som vanskelig kan deles med andre (Holmén, 2015). Et treffende ord for psykose er kaos (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010, s. 303).

Antonovsky (2012) har utformet et perspektiv på helse som kalles salutogenese. Sentralt i dette perspektivet er individets «opplevelse av sammenheng» (OAS). Begrepet går ut på å forstå, håndtere og se mening i møte med stimuli og krav (kilde). Høy grad av OAS har vist seg å være en god buffer i møte med krise og er en kilde til god psykisk helse (Lindström & Eriksson, 2015, s. 58). I møte med psykose, hvor kaos rår, kan vi anta at opplevelse av sammenheng er vesentlig, dog utfordrende å oppnå.

Ifølge SSB (2020) oppgir 47% av den norske befolkningen over 16 år at de tilhører en religion eller et trossamfunn. Rundt 4 millioner er medlem i kristne kirkesamfunn (SSB, 2020). Videre ser man nå tendenser på en voksende interesse for åndelighet i hverdagen, flere søker støtte i noe større enn seg selv (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010, s. 192). Kriser har videre en tendens til å vekke menneskers interesse for religiøse og åndelige spørsmål (Borge, 2012, ss. 117-118). Flere studier viser at mennesker med psykiske lidelser scorer høyt på åndelighet og religiøsitet. Danbolt m.fl. (2011) viser at hele 75% av deres 31 informanter tror på Gud eller at Guds eksistens er sannsynlig, 61% rapporterer at de er religiøst aktive i samme studie. Stifoss-Hanssen (1994) har lignende funn, da 117 av 125 informanter oppgir at de enten er religiøst aktive eller passive, men da positive. Som sosialarbeidere i psykisk helsevern vil en del av våre pasienter identifisere seg som troende.

Som sosialarbeidere burde vårt kompass være hele mennesket, vi er pliktige til å se hver komponent i dette rare regnestykket. Da må vi spørre oss om vi er kompetente nok i dag til å møte den religiøsiteten vi står overfor i vårt virke. Kan vi på hensiktsmessige og faglige måter imøtekomme brukerens åndelige og religiøse behov? Og vel så viktig; ser vi ressursene troen tilbyr?

Problemstilling og forskningsspørsmål

Det sentrale element i oppgaven er religiøs imøtekommelse for å undersøke om denne komponenten kan være en ressurs for pasienter med langvarige psykoselidelser. Dette skal gjøres gjennom å se på koblinga mellom religiøsitet og Antonovskys begrep «opplevelse av sammenheng», OAS, da spesielt psykisk helse ser ut til å bedres av høy OAS. Problemstillingen for denne oppgaven er:

På hvilken måte kan sosialarbeiderens imøtekommelse av religiøsitet hos pasienter med langvarige psykoselidelser øke deres opplevelse av sammenheng?

For å svare på problemstillinga skal følgende forskningsspørsmål forsøkes besvart:

Den første komponenten i OAS er begripelighet (Antonovsky, 2012, s. 39). Dette er den komponenten som først fikk størst oppmerksomhet av Antonovsky og handler om kognitiv forståelse av situasjonen. Med tanke på at psykose ofte oppleves som ubegripelig for individet, må vi se på om religion har hensiktsmessige svar som kan øke forståelsen av situasjonen. Det første forskningsspørsmålet er derfor: Hvordan kan imøtekommelse av pasientens religiøsitet føre til økt opplevelse av begripelighet?

Komponent nummer to handler om ressurser. Håndterbarhet sikter til hvilke verktøy individet har tilgang på i møte med situasjonen (Antonovsky, 2012, s. 40). Dette gjelder både ressurser en sitter på selv og de man har tilgang på gjennom det sosiale nettverket. En helt essensiell del av oppgaven handler nettopp om religionens evne til å tilby gode verktøy og ressurser i møte med krise, og følgende forskningsspørsmål er dermed: Hvordan kan imøtekommelse av pasientens religiøsitet føre til økt opplevelse av håndterbarhet?

Sist, men absolutt ikke minst, har vi meningsfullhet. Denne komponenten handler om å følelsmessig forstå situasjonen og oppleve det som verdt å gå inn i situasjonen (Antonovsky, 2012, s. 41). Meningsfullhet anses som den viktigste komponenten da dette er kilden til motivasjon i OAS. For å svare på problemstillinga er det sentralt å vite om religiøsitet kan skape mening og motivasjon i møte med psykose. Siste spørsmål lyder derfor slik: Hvordan kan imøtekommelse av pasientens religiøsitet føre til økt opplevelse av meningsfullhet?

Avgrensning og begrepsavklaring

På grunn av oppgavens omfang kan kun de viktigste elementene inkluderes. Dette fører til at vi i denne oppgaven sikter til den kristne lutherske tro når vi skriver om konkret religiøsitet knyttet til gudsbilder og ritualer. Det er denne trosretningen som i dag har størst utbredelse i vårt samfunn (SSB, 2020a) og er dermed også det livssynet vi i størst grad vil møte som yrkesutøvere. Når teksten skriver om religiøse fellesskap og kirka menes følgende kirkesamfunn; Den Norske Kirke, Den Evangeliske Lutherske Frikirke. Dette valget er gjort på bakgrunn av forholdsvis teologisk og praktisk likhet. Dette er også større kirkesamfunn som har faste ordninger for kontroll med tanke på hvilken tro og praksis som forvaltes (Den Norske Kirke, 2016; Den evangelisk-lutherske frikirke, 2019). Forskning og litteratur er i stor grad utviklet i den vestlige del av verden hvor kristendommen i stor grad er det dominerende religiøse livssyn. Det er usikkert i hvilken grad dette bidraget vil være gyldig også i møte med andre kulturer og religioner. En faktor som dog vil være universell er menneskets iboende behov og interesse for det åndelige og eksistensielle.

KUNNSKAPSGRUNNLAG

Bakgrunn:

PSYKOSE:

Psykose er et mangfoldig og utfordrende fenomen som inngår i en rekke ulike lidelser (Skårderud, Haugsgjerd, & Stånicke, 2010, s. 303). Det som kjennetegner alle psykoser er en form for virkelighetsbrist, ens virkelighetsoppfatning påvirkes i stor grad av positive og negative symptomer (Løberg & Johnsen, 2016, ss. 107-108). Et enkelt skille mellom disse er at positive symptomer legges til individet, mens de negative svekker psykiske funksjoner. De positive symptomene er hallusinasjoner, vrangforestillinger og desorganisering (Melle, 2015, s. 17). Helsedirektoratet (2013, s. 130) har laget en god oversikt over de positive symptomene. En definisjon på hallusinasjon er sanseopplevelse som ikke utløses av ytre stimuli. Vrangforestillinger er derimot overbevisninger som strider mot kultur og baseres på individets indre liv i større grad enn de ytre omgivelser. Videre vil vrangforestillingene holdes fast ved, selv om ingen andre deler overbevisningene. Mange opplever det som kalle religiøse vrangforestillinger, det vil si en vrangforestilling med religiøst innhold. I slike tilfeller er det svært utfordrende for individet å skille mellom psykose og tro (Hanevik, 2014, s. 342). Desorganisering regnes også som positive symptom og sikter til forstyrrelser i tanker og tale (Helsedirektoratet, 2013, s. 130). Mange opplever at tankene går for fort, for sakte eller stopper helt opp. Disse symptomene vil i stor grad gå utover det verbale språket. De negative symptomene er ofte ikke like tydelige, men det handler om svekkelse av psykiske funksjoner (Løberg & Johnsen, 2016, s. 108). Dette kan være tilbaketrukkethet, passivisering, apati og så videre. Disse symptomene er vanskeligere å behandle og er oftest mer hemmende for individet enn de positive (Helsedirektoratet, 2013, s. 130). I tillegg er dette symptomer andre har vanskelig for å forstå, da man kan oppfattes som lat og tiltaksløs (Løberg & Johnsen, 2016, s. 108).

Kombinerer vi de to symptom-gruppene fører dette ofte til massiv funksjonssvikt. Mennesker med langvarige psykoselidelser vil ofte miste muligheten til å leve et A4-liv (Ueland, 2015, s. 144). Sykdommen kan være så hemmende at både utdanning og arbeid settes på pause eller avsluttes permanent (s. 144). Grunnet både positive og negative symptomer blir sosiale sammenhenger svært utfordrende. Det hjelper ikke at psykose i dag er både tabubelagt og objekt for stigmatisering (Simonsen, 2015, s. 136). Med andre ord vil mange med psykoselidelser marginaliseres og stenges ute fra viktige arenaer i samfunnet (Helsedirektoratet, 2013, s. 97). Marginalisering og ekskludering er på ingen måte helsebringende, og veien tilbake til et ønsket liv blir lang og kronglete (Ueland, 2015, s. 144). I tillegg fører psykoselidelser for mange til kontakt med helsevesenet, ofte i form av lengre døgnopphold. Dette gjør livet deres til objekt for andres makt (Levin, 2015, s. 42).

For pasienter med langvarige psykoselidelser er det mangeelement som må på plass for å oppnå bedring. Forbedring avhenger av tilhørighet, kontakt og relasjoner (Simonsen, 2015, s. 132). Holmén (2015) vektlegger deltakelse i samfunnet som et overordnet mål i behandling. I tillegg bør behandling føre til økt mestring. I Helsedirektoratets rapport skrives det at den sosiale deltakelsen må baseres på enkeltmenneskets interesser og at det dermed kan være behov for å trekke inn alternative aktører (Helsedirektoratet, 2013, s. 98). Eksempler på dette er frivillige organisasjoner, lag og foreninger. Helsedirektoratet setter enda et krav; disse sosiale arenaene må tilby meningsfulle aktiviteter. Skårderud m.fl. (2010, s. 323) skriver at ressurser i omgivelsene er en viktig faktor, som bekrefter Helsedirektoratets påstand.

Sosialarbeiderens rolle

Et samarbeid mellom bruker og sosialarbeider hvor målet er å styrke brukers posisjon, kalles gjerne empowerment (Askheim, 2012, s. 48). Dette er ifølge flere en viktig faktor for bedring (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010, s. 323) (Simonsen, 2015, s. 138). Hovedtrekkene ved tilnærmingen handler om å tro på iboende ressurser hos individet, at kun bruker er ekspert på eget liv og at veien til et bedre liv kun kan gjøres ved at bruker gjenvinner makt over eget liv (Askheim, 2012, s. 12). Empowerment er sådan både en prosess og et mål i seg selv (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 104). For å jobbe empowerment-orientert må noe av sosialarbeiderens makt svekkes og brukers styrkes (Lindström & Eriksson, 2015, s. 80). Sosialarbeideren gir ikke bruker empowerment, men kan tilrettelegge slik at bruker selv kan oppleve empowerment (Askheim, 2012). Begge parter sitter på hver sin kunnskap som begge er nødvendige i møte med problemet. Gjennom empowerment mener Skårderud m.fl. (2010, s. 323) at pasienten kan oppleve motivasjon som er svært viktig for bedring. Dette kan kobles til Psykologforeningas poeng om at håp og mestring er sentralt for tilfriskning (Holmén, 2015).

Det norske samfunn har de siste 20 årene blitt tydelig sekularisert (NOU 2013: 1, 2013, s. 50) noe også sosialt arbeid preges av. Spørsmålet blir om vi har gått så langt at sosialarbeiderrollen blir redusert, ved at viktige sider ved menneske ikke tas hensyn til (Danbolt & Nordhelle, 2012, s. 17). Ifølge Opptrappingsplan for psykisk helsevern skal mennesket oppfattes som en helhet bestående av kropp, sjel og ånd (St.prp. nr. 63, 1997-98). Videre poengteres viktigheten av å tilrettelegge for åndelig utfoldelse og imøtekommelse av åndelige behov. Intet individ skal begrenses til sin pasientrolle (Canda, Furman, & Canda, 2020, s. 27). Er det en gruppe som har blitt objekt for fordommer (Simonsen, 2015, s. 135) og marginalisering (Helsedirektoratet, 2013, s. 97) så er det mennesker med langvarige psykoselidelser. Da blir det lett å se mer sykdom enn mennesket.

Sosialt arbeid har i lengre tid vært i en prosess med økende profesjonalisering av faget (Eide & Skorstad, 2018, s. 178). Langs denne utviklingen har profesjonen tatt avstand fra de religiøse røttene som tidligere var sentrale (Danbolt & Nordhelle, 2012, s. 17). Dette kan ha sammenheng med vitenskapens fremmarsj som konkurrerte med religionen (s. 17). Religionens begrensede rolle i sosialt arbeid kan også sees i sammenheng med søken etter verdinøytralt personal (2017, s. 174). Nylig har også dette målet endret seg, siden verdinøytralitet hos sosialarbeidere ikke er fordelaktig i møte med brukere (Leenderts, 2020, s. 33). I stedet ønsker man i dag verdibevissthet (ss. 33-34). Den profesjonelle yrkesrollen tar utgangspunkt i mennesket som bærer rollen, vi klarer ikke skille helt mellom vårt personlige jeg og vårt profesjonelle jeg (Eide & Oltedal, 2015, s. 90). Våre personlige verdier og holdninger vil forme oss som sosialarbeidere (s. 89). Vi må derfor være bevisst på akkurat dette og samtidig på hvilke holdninger og verdier vi lar ta plass i møte med brukere (s. 90). Dette gjelder også med tanke på åndelighet (Borge & Mæland, 2017, s. 172). Å ha et nøytralt forhold til tro og religion er heller vanskelig i vår samfunn (Stifoss-Hanssen, 2014, s. 34). Så er det enda en fallgrube. Uten å forstå livssynets plass i menneskelivet kan en komme til å redusere tro til et verktøy. Et middel vi nytter for å oppnå ønsket resultat; «Slik kan religionen bli siste offer i medisins kolonialisering av livsverdenen» (Fugelli & Ingstad, 2014, s. 299).

TEORETISKE PERSPEKTIVER

Opplevelse av sammenheng

Dette begrepet inngår egentlig i Antonovskys salutogene perspektiv (Antonovsky, 2012). Det er uheldig å måtte plukke ut deler av helheten, men grunnet oppgavens omfang er dette helt nødvendig. Antonovsky var opptatt av det friske. I stedet for å lete etter hva som gjør en syk så leita han etter hva som gjør en frisk (Antonovsky, 2012, s. 16). Det er et begrep som har fått usedvanlig stor plass i salutogenesen; opplevelse av sammenheng (OAS). Det er vist at høy grad av OAS er forbundet med god psykisk helse, da det er en mestringsressurs i møte med stress og belastninger (Lindström & Eriksson, 2015, s. 46).

Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturert, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer det er verd å engasjere seg i (Antonovsky, 2012, s. 41).

Som det kommer frem i definisjonen består begrepet av tre deler som han kaller; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. I følge Antonovsky (2012, s. 42) blir et skille mellom disse komponentene noe kunstig siden de samvirker og gjensidig påvirker hverandre. Begripelighet er den rent kognitive komponenten og handler om å oppleve stimuli som forståelige og forutsigbare. Stimuli som ikke kan kalles forutsigbare kan, ved høy grad av begripelighet, likevel enkelt plasseres inn i en sammenheng (s. 39). Håndterbarhet er opplevelsen av å ha tilgang på nok ressurser til å håndtere krav og stimuli. Disse ressursene kan man enten sitte på selv eller få tilgang

på gjennom det sosiale nettverket (s. 40). Videre kan meningsfullhet defineres slik: "I hvilken grad livet er forståelig rent følelsesmessig, at i hvert fall noen av tilværelsens problemer og krav er verdt å bruke krefter på" (s. 41). Antonovsky trekker frem at handlingen eller situasjonen ikke trenger å være meningsfull i seg selv, men at konsekvensene er det. En jobb kan være meningsløs, men de økonomiske godene jobben gir kan gi mening. Meningsfullhet ser ut til å være den mest kraftfulle komponenten, da dette er kilden til motivasjon (s. 41). Denne motivasjonen kan deretter gjøre individet engasjert i å oppnå både større forståelse og opparbeide seg ressurser i møte med situasjonen. Med andre ord har meningsfullhet større potens til å påvirke de andre komponentene enn de andre komponentene har (ss. 43-44).

Religiøsitet

Innledningsvis ble det stilt en rekke spørsmål flere mest sannsynlig kjenner seg igjen i. Religion har utgjort en del av alle samfunn opp gjennom tidene (Schieffloe, 2011, s. 448). Religion sikter her til en opplevelse av tilhørighet til steder, ritualer, fortellinger og personer som representerer det hellige (Danbolt L. J., 2014, s. 20). Og det er akkurat disse ulike elementene mennesker ofte søker til når livet byr på godt og vondt. Religionen har en helt egen funksjon som meningsskapende (Schieffloe, 2011, s. 450). «Det er viktig å anerkjenne at tro og spiritualitet er viktige meningsdannelser i menneskers liv, og at det har betydning for hvordan man opplever mening med livet, verdier, selvfølelse, mestringstro, egenverd, sosial støtte og håp» (Borge, Helhet og sammenheng, 2012, s. 119). Religiøsitet er et begrep med mange definisjoner. Her vektlegger vi en persons tilhørighet til en spesifikk religion eller religiøs gruppe (Canda, Furman, & Canda, 2020, s. 117), i tillegg til personens form og grad av religiøst engasjement (Canda, Furman, & Canda, 2020, s. 98).

Religiøsitet har også et destruktivt potensial. Skadevirkninger i form av krig, undertrykkelse og hjernevasking skjer i forholdsvis liten grad i dagens Norge (Fugelli & Ingstad, 2014, s. 296). Det er derimot tre individuelle konsekvenser som er såpass sannsynlig at det er verdt å trekke frem. For det første kan religiøsitet i for stor grad se ut til å gå utover helsen, ved at grublerier og besettelser farger livet. Videre kan mennesker føle på skyld og frykt grunnet fokus på mennesket som syndig. I noen menigheter og miljøer kan religiøsitet bli til sosial kontroll, hvor man overvåkes og kontrolleres etter religiøse moraler. Dette ser vi mindre og mindre av, men det er fortsatt tilstedeværende i de mer tradisjonelle bygdene og miljøene.

RITUALER OG RELIGIØS PRAKSIS

Et særtrekk ved all religiøsitet er de mange ritualer (Canda, Furman, & Canda, 2020, s. 478). Et ritual kan defineres som en gjentakende handling som gjøres etter bestemte regler eller rammer (Schiefløe, 2011, s. 449). Ritualene brukes ofte for å skape mening, bekrefte tilhørighet og få livet til å henge sammen (Danbolt & Stifoss-Hanssen, 2014, s. 204). Selv om ritualer avhenger av kulturelle rammer, og er svært ulike i sin karakter, er menneskets tilbøyelighet til å forenkle og markere livets viktigheter gjennom ritualer universell (Canda, Furman, & Canda, 2020, s. 462). I følge Danbolt og Stifoss-Hanssen (2017, s. 355) er ritualisering; “symbolic activities people do in order to make meaning”. I møte med krise kan mennesket miste seg selv i en tapt fortid og en knust fremtid, et kaos. “The opposite of the religious is not the secular, but chaos, and in a state of chaos ritualizing is a basic human behavior where community and individuals perform symbolic practices together in order to make meaning” (Danbolt & Stifoss-Hanssen, 2017, s. 358). Ved bruk av ritualer i vanskelige livssituasjoner vil ritualet representere noe kjent i det ukjente (Danbolt & Stifoss-Hanssen, 2014, s. 213). Slike handlinger kan gi økt følelse av kontroll og balanse (Canda, Furman, & Canda, 2020, s. 480). Uttrykksterapien er et stort og spennende

felt, et viktig element her er nettopp ritualer (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010, s. 185). Terapiens form har mange funksjoner, men to av de sentrale er å komme i kontakt med egne følelser og finne andre måter å uttrykke seg på. Derfor anbefales denne tilnærmingen spesielt til mennesker med begrenset språk, som ved psykose (s. 185). Ritualer kan utføres både som deltaker og tilskuer, men gjennom å være deltakende grad vil ritualet ha større betydning for individet (Danbolt & Stifoss-Hanssen, 2014, s. 212).

Ved siden av de religiøse ritualene finnes det praksiser. I kristen tro står bønn (Den Norske Kirke) og bibel (Den Norske Kirke) sterkt, og mange ritualer kan inneholde disse elementene. I bibelen har man tilgang på fortellinger, en narrativ tilnærming til livet. Bønn er i kristen tro definert som å snakke direkte til Gud. Bønn kan være alt fra faste bønner som inngår i ritualer til et sukk (Den Norske Kirke). Ved siden å være en samtaleform er bønn også en måte å sette ord på livets lidelse og glede. Religiøse ritualer og praksiser er ikke ensbetydende med noe positivt. Noen ritualer kan være til direkte skade for de involverte (Canda, Furman, & Canda, 2020, s. 462). Ritualer og praksiser kan videre utføres på skadelige måter, for eksempel at ritualene får tvangsmessige preg.

RELIGIØSE FELLESSKAP

Religionsdefinisjonen vi her har tatt i bruk snakker om tilhørighet, både til plasser og personer. Kirka står som et sterkt symbol i Norge og representerer noe robust, gammelt og pålitelig (Danbolt & Stifos-Hanssen, 2017, s. 356). Den er senter for en rekke viktige hendelser her til lands, og derfor også en kilde til mening (rituals s. 356). Tilhørighet anses som en av religionens viktigste funksjoner (Schiefløe, 2011, s. 450). For Pargament avhenger religiøsitet av en «større sosial kontekst». Uten dette risikerer vi økt isolasjon, spesielt hos mennesker med psykoselidelser som allerede opplever sosial isolasjon (Hanevik, 2014, s. 346). Et religiøst fellesskap kan også gi identitet

(NOU 2013: 1, 2013, s. 109). Gjennom bønn og ritualer i fellesskap med andre kan opplevelse av skam reduseres (Stifoss-Hansse, 2020, s. 100).

RELIGIØS MESTRING

I denne delen skal Pargaments teori om religiøse mestringsstiler presenteres (Pargament, sitert i Torbjørnsen 2014, s 136). Teorien baserer seg på fire ulike mestringsstiler religiøse mennesker kan dra nytte av i møte med krise. Som det komme fram, er ikke alle stilene like hensiktsmessige.

- *Selvstyrt* – man tror på en Gud, men tar likevel selv ansvar for situasjonen, man tenker dermed ikke at Gud vil gripe inn.
- *Overførende* – Denne mestringsstilen går ut på at man gir Gud alt ansvar og kontroll og dermed setter seg selv i en passiv rolle.
- *Bedende* – Man ber Gud gripe inn, og inntar da rollen som avventende.
- *Samarbeidende* – Individet og Gud samarbeider gjennom krisen.

GUD EN HØYERE MAKT

Gudsbilde handler om hvilket bilde mennesket har av Gud og Guds egenskaper (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010, s. 194). Menneskets gudsbilde blir farget av en rekke faktorer, blant disse finner vi både barndomsopplevelser med religion, og samfunnets diskurs om hvem Gud er (s. 194). I barndommen skaper vi indre representasjoner av våre omsorgspersoner som vil påvirke ens selvbilde og gudsbilde. De fleste religioner baseres på en høyere makt, på grunn av dette er det ikke mulig for mennesket å kontrollere alt (Fugelli & Ingstad, 2014, s. 291). I dag har helse blitt et individuelt ansvar, sykdom er individets feil (s. 290). En kan i dag få

inntrykk av at lidelse ikke lenger er en naturlig del av livet, at det er mulig å beskytte seg om kriser og all uhelse (s. 291). Tanken om en høyere makt blir en motsats til dette, nettopp fordi livet ikke kan kontrolleres helt og fullt. Videre vil verdensreligionene alle skape en forventning om at livet består av både glede og lidelse (Austad, 2020, s. 18). Et bilde av Gud som en god kjærlig far kan skape trygghet, da har man alltid tilgang på å være elsket (Sørbye & Undheim, 2012, s. 172). For noen blir Gud et bilde på den gode faren man aldri hadde, mens for andre blir forholdet til Gud angstfylt. Det er svært viktig at negative gudsbilder ikke medisineres bort, men tas tak i gjennom samtale. Dette kan gjøres av helsepersonalet selv eller ved henvisning til for eksempel en prest (s. 173).

Forskning på feltet

SØKEGROSESS

Artiklene er i stor grad funnet gjennom kildene til litteraturen jeg har lest og deres kilder igjen. Denne prosessen har likhetstrekk med snøballmetoden (Tjora, 2017, s. 135). Dermed har jeg funnet studier gjennom databasene Idunn og Oria, som da representerer det Tjora kaller «førstekontakter». «Førstekontaktene» blir da kilden til den resterende forskningen som presenteres i denne delen. Grunnen til dette er at søkeord har gitt få eller lite aktuelle treff.

Søkeordene som er brukt er:

Religiøs mestring/religious coping, Pargament, Spiritualitet + psykose, psykose + språk, åndelighet + sosialt + arbeid, psykose + recovery

Interessen for åndelighet øker i det internasjonale forskningsmiljøet (Engedal, 2014, s. 43). Det er noe begrenset forskning på feltet i Norge, jeg vil derfor trekke inn studier også fra utlandet. På en side kan dette bli problematisk da religion er svært kulturbetinget (Canda, Furman, & Canda, 2020, s. 146), på den andre siden er åndelige behov en grunnleggende del av mennesket (Canda, Furman, & Canda, 2020, s. 6) og vi kan på den måten anta at dette er et universelt tema. Videre er alle studiene fra Vesten som til dels deler like religiøse og kulturelle trekk. At temaet er så lite tilgjengelig i en norsk kontekst understreker viktigheten av å skape mer kunnskap på feltet.

Denne delen deles opp i tre deler; religiøsitet som fremmer helse, religiøsitet som hemmer helse og recovery ved psykose. Dette er temaer som går inn i hverandre og påvirker hverandre, og flere av studiene som presenteres vil derfor inngå i alle delene.

RELIGIØSITET SOM FREMMER HELSE

Et gjennomgående funn i flere studier er at informantene i stor grad opplever religiøsitet som en ressurs og i svært liten grad som en byrde (Danbolt, Møller, Lien, & Hestad, 2011; Borge & Rolfsnes, 2009). Spesielt ser det ut til at samarbeidende mestringsstil oppleves svært positivt i møte med psykiske vansker (Phillips III & Stein, 2007, s. 530). Danbolt m.fl. (2011, s. 153) viser at informantene rapporterer om en sterkere sammenheng mellom et godt gudsbilde og gode helseeffekter, enn mellom negative gudsbilder og mer plager. Da er det verdt å nevne at alle informantene fra denne studien var helt eller delvis enig om at Gud er god. Danbolt m.fl. (2011, s. 153) har også funnet at et positivt gudsbilde kan linkes til opplevd støtte. Støtten informantene opplever er langt større hos pasienter som ber, henholdsvis 94/46%.

Ritualer kan også fremme helse. Bearbeidelse av vanskelige opplevelser blir mer begripelig gjennom bruk av ritualer. Videre kan ritualer også føre til økt fysisk tilstedeværelse (Krane, 2017, s. 34). Sharon og Melinda fant i sin kvalitative studie at religiøs og spirituell praksis styrket personlig recovery og opplevelse av empowerment (Smith & Suto, 2011, s. 83). Videre opplevde informantene at religiøs praksis var en kilde til mening og mestring ved vanskelige opplevelser ved psykiske helse. Borge og Rolfsnes (2009) viser at informantene som hadde samtaler med prest opplevde at dette fremmet annen behandling. 42 av 52 informanter nevnte at samtalene ga en opplevelse av helhet.

RELIGIØSITET SOM HEMMER HELSE

På samme måte som samarbeidende mestringsstil fremmer helse, ser to andre mestringsstilene ut til å hemme bedring. Hos informantene som tolker sykdommen som Guds straff eller konsekvens av Guds makt var plagene større og psykisk velvære redusert (Phillips III & Stein, 2007, s. 537). Da er det nærliggende å trekke inn Stifoss-Hanssen (1994) sin studie som viser at psykiske lidelser kan ha stor innvirkning på hvordan religiøsiteten uttrykkes. Funnet i studien sier at psykopatologi i større grad sammenfaller med rigid religiøsitet, da en gruppe pasienter med nevrose scoret langt høyere enn kontrollgruppa (s. 141). Rigid religiøsitet anses som uheldig ift. helse. Et lignende funn hadde Phillips og Stein (2007, s. 537), de fant at unge voksne med alvorlig psykisk sykdom i større grad tolket sykdom som Guds straff som igjen hadde negativ innvirkning på deres livskvalitet. Videre ser det ut til at negative konsekvenser betyr mer enn de positive (s. 537).

PSYKOSE OG RECOVERY

Personlig recovery ser ut til å være svært avhengig av en sosial kontekst (Leamy, Boutillier, Bird, Williams, & Slade, 2011; Nordaunet, 2019; Vindenes, 2019). Da er det problematisk at hele 52% av Danbolt m.fl. (2011, s. 149) sine informanter opplever sosialt funksjonssvikt. Vindenes (2019, s. 49) sine funn forteller at psykoselidelser kan gjøre det problematisk å etablere og opprettholde kontakt med omgivelsene. Grunnen var en kombinasjon av symptomer og skam i møte med andre. Flere forteller at de prøver å skjule sykdommen for andre.

I en metastudie angående personlig recovery ved psykoselidelse har forskerne funnet fem viktig prosesser for at dette skal være mulig; kontakt med omverdenen, håp og optimisme for fremtiden, egen identitet, mening

med livet og empowerment (Leamy, Boutillier, Bird, Williams, & Slade, 2011). Flere av disse faktorene går godt sammen med funnene til Borge og Rolfsens, blant annet at ens identitet ikke begrenses til å være pasient. I tillegg opplevde flere at samtalene med presten ga tilgang på mening.

I enda en metastudie undersøkes forholdet mellom aktiviteter og recovery (Nordaunet, 2019). Funnene deles inn i fire kategorier; (1) aktivitet fører til recovery, (2) aktivitet fører til opplevelse av tilstedeværelse, mestring og velvære, (3) å være aktiv er sosialt og skaper en arena for medborgerskap og (4) å være aktiv gir identitet gjennom handling. For å gi et bredt tilbud av aktiviteter vektlegges et samarbeid mellom offentlige og frivillige aktører (s. 73). Gjennom meningsfulle aktiviteter kan individet i større grad være til stede i det som skjer her og nå. Studien viser også at sosial støtte er svært viktig i en recovery-prosess og at aktiviteter i større grad enn antatt er sosiale. "Primærhelsetjenesten, sekundærhelsetjenesten, samt frivillige og ideelle aktører som tilbyr ulike aktiviteter må besørge at alle sikres likeverdig tilgang til aktivitetstilbud, også når det er alvorlige psykiske lidelser og /eller rusmisbruk involvert" (s. 77).

En annen faktor som kan se ut til å ha betydning for bedring ved psykose er språk. Av Danbolt m.fl. (2011) sine informanter forteller 16% om fattig språk og 10% opplever desorganisert tale grunnet symptomer. Basert på 6 kvalitative intervju finner Måseidvåg og Sørbø (2014) at kommunikasjon er et viktig tema for mennesker med psykose. Sykdommen fører fort til at språket enten forsvinner eller går over i kaos. Samtidig kommer det frem: "Det å ikkje bli forstått skaper meir fortviling og meir angst" (s. 45). Et poeng som går igjen, er relasjonen til hjelperen. Hvis relasjonen er god og tilliten er stor så er språket lettere å ta i bruk. Den profesjonelle må være interessert i å lytte til hva pasienten faktisk vil si (s. 46). Også Borge og Rolfsnes (2009, s. 146) finner relasjon som viktig, da flere trekker fram prestens rolle som likeverdig og medmenneskelig. I tillegg forteller informantene at

helsepersonellet hadde et mer patologisk fokus enn det presten hadde (s. 146). I en studie hvor helsepersonell ble intervjuet forteller flere at de synes den åndelige dimensjonen er svært utfordrende i møte med pasienter (Borge & Mæland, 2017). Flere trekker frem at utdanningen har vært mangelfull på dette området (s. 172). Et resultat av usikkerheten er at temaet ikke tas opp i praksis og forblir skjult (s. 175).

DISKUSJON:

Diskusjonen er delt inn etter forskningsspørsmålene. De tre delene handler dermed om religiøsitet i forhold til begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Når vi nå går inn i diskusjonen vil det fort bli klart at oppdelingen blir noe kunstig. Likevel har hver komponent sin kjerne og diskusjonen vil derfor deles opp på denne måten. Den røde tråden gjennom diskusjonen vil være sosialarbeiderens rolle, som vil kobles opp mot hver av de ulike komponentene.

På hvilken måte kan imøtekommelse av religiøsitet øke opplevelse av begripelighet?

I den første diskusjonen skal vi se på sammenhengen mellom religiøs imøtekommelse og begripelighet. Kan religiøsitet gjøre psykosen mer kognitivt forståelig? Fra tidligere forskning ser det ut til at spesielt ritualer tilbyr andre måter å begripe på når språket ikke holder mål (KILDE). Derfor vil diskusjonen starte med ritualers plass i forståelsen av sykdom. Videre skal vi se på hvordan forventning om lidelse kan gjøre lidelsen overkommelig. Til slutt tar vi opp religiøs mestring som kilde til begripelighet.

Begripelighet er som sagt den rent kognitive komponenten, og det sentrale for å oppnå høy begripelighet er å forstå situasjonen. Vi skjønner fort at dette kan bli vanskelig ved en psykose. I møte med det ubegripelige, hvor virkeligheten kan oppleves kaotisk og ordene svikter, trenger vi hjelpemidler. Ritualer kan være slike virkemidler som troende pasienter allerede har kjennskap til. Antonovsky bruker begrepene velordnet, strukturert, sammenhengende og klar informasjon om begripelighet. Alle disse komponentene finner vi i flere ritualer. For et ritual skal ha en fast form og brukes ved gitte situasjoner. Ritualer gir tilbud om konkrete handlinger i møte med vanskelige emosjoner. Kanskje vi til og med kan si at ritualene

kan skape orden i kaoset. Noe blir håndfast, styrt av tradisjoner og regler, man kan hengi seg litt til det som alt er satt. Nå er det ikke slik at når ritualet er begripelig så blir livet begripelig. Men som Danbolt og Stifoss-Hanssen (2017) trekker frem så blir ritualet noe kjent å holde seg fast til, et element som minsker kaoset. På den måten blir ritualer kanskje en link mellom psykosen og virkeligheten, en måte for pasienten å finne veien tilbake til et her-og-nå. Gjennom ritualer øker man fysisk tilstedeværelse for troende pasienter (Krane, 2017). Det er en direkte fordel at ritualer ofte er kroppsliggjorte prosesser, da psykose ofte går utover det verbale språket. Som uttrykksterapien viser, kan man på alternative måter få tilgang til uttrykk for egne opplevelser og erfaringer. Samtidig viser litteratur og forskning hvordan psykiske lidelser kan gå utover en persons religiøsitet. Da er det ikke unaturlig at også ritualer kan endres. Hvis dette skjer, kan ritualets kjente karakter forsvinne sammen med ritualets evne til å øke begripelighet. For å motvirke slike prosesser kan en løsning være å henvise pasienter til religiøse ledere som har både kunnskap og evne til å gå inn i og delta i ritualer. Også sosialarbeideren kan bidra til å motvirke ritualer som i stor grad preges av sykdom. Ved å føre samtaler og stille spørsmål kan pasienten selv bli bevisst på det som skjer.

Ved siden av ritualene har man også religiøs praksis. Bibelen tilbyr historier som andre kan kjenne seg igjen i og ordene er allerede der. Samtidig tilbyr bibelen forklaringer på hva som skjer og hvorfor. Begge disse funksjonene kan være kilder til økt begripelighet. En av indikatorene på begripelighet er som sagt forventning om forutsigbare stimuli, eller at overraskende hendelser i hvert fall kan plasseres i en større sammenheng. Glede og lidelse er grunnleggende temaer i alle verdensreligionene og tilbyr dermed en helt annen innstilling til livet enn hva dagens samfunn gjør. Man flytter fokuset fra individets helseprosjekt til lidelsens selvfølgelighet. En mulig konsekvens er nettopp at lidelsen ikke ryster individet som har en slik forventning i samme grad. Derimot kan det samme religiøse livssynet skape en tro om at alt som skjer har en større mening. Dette kan føre individet inn i grublerier.

Kombinerer vi dette med psykosens positive symptom kan alt annet enn begripelighet bli resultatet. Kaoset kan forsterkes ved at forklaringer tilpasses sykdommens symptom. Igjen kommer vi tilbake til sosialarbeideren. Disse grubleriene blir eksklusivt en del av pasientens indre liv, hvis det ikke finnes rom for religiøse temaer på institusjonen. Vi kan tenke oss at anerkjennelse og åpenhet om temaene vil senke terskelen for å søke samtale med personalet når tankene tar overhånd. På den måten kan man som sosialarbeider få mulighet til å ta tak i situasjonen i rett tid.

Når vi snakker om forventning til lidelse blir det naturlig å trekke inn mestringsstilene, da disse sier mye om hvordan individet oppfatter Gud og lidelsen. Hvis sykdom oppfattes som Guds straff vil dette i stor grad påvirke hvordan individet forstår lidelsen og årsaken. Her er det viktig å legge til at selv om en har negative gudsbilder og negative mestringsstiler så kan religion være kilde til økt begripelighet hvis disse forklaringene passer inn i det bilde man har fra før. Hvis Gud er en fordømmende makt, som straffer synderen, og alle mennesker er syndige, vil livets lidelser være helt naturlig. Dermed kan også usunn religiøsitet være kilde til økt opplevelse av begripelighet.

Imøtekommelse av religiøsitet ser ut til å være en kilde til økt opplevelse av begripelighet, ganske uavhengig av religiøsitetens karakter. Så lenge religiøsiteten gir et sammenhengende bilde av verden. Kommunikasjon og språk kan se ut til å ha betydelige fordeler av religiøsitet. Ritualer og praksiser gir individet mer enn kun egne ord for å forstå og kunne sette ord på egen situasjon. Som sosialarbeider vil det i forhold til denne komponenten være viktig med kommunikasjon. Når vi vet at språket i stor grad kan begrenses må vi tenke alternativ ved å ta i bruk de hjelpemidlene vi har. Samtidig er lytting viktig for å fremme åpenhet om viktige temaer. For å unngå de større fallgruvene må sosialarbeideren være villig til å sette seg inn i brukerens forståelse av situasjonen.

På hvilken måte kan imøtekommelse av religiøsitet øke opplevelse av håndterbarhet?

I det følgende skal religiøsitetens ressurser og byrder diskuteres når vi nå går inn i håndterbarhet. Her blir det sentralt å se om sosialarbeideren kan påvirke i hvilken grad religiøsitet oppleves som en ressurs. Passivisering vil i denne delen gå igjen da dette er en direkte trussel for pasientens ressurser. I likhet med forrige diskusjon skal vi også her se på håndterbarhet i forhold til de ulike elementene som er presentert innen religiøsitet. Siden recovery er så avhengig av sosial støtte, begynner vi med å drøfte religiøst fellesskap som kilde til ressurser. Deretter ser vi på ritualer som en mulig ressurs, før vi avslutter med å se på de ulike mestringsstilenes innvirkning på opplevelse av håndterbarhet.

Siden både religiøsitet og psykose kan føre til passivisering av pasienten, trues håndteringen av krisen. Ved passivisering kan nettopp ressursene individet har med seg undergraves. I tillegg kan vi si at passivisering som resultat av religiøsitet også undergraver den ressursen religiøsitet potensielt kan være. Her gjør sosialarbeiderens rolle seg svært gjeldende.

Empowerment handler om at pasienten skal ta kontroll over situasjonen. Ved å jobbe empowerment-retta kan en motvirke passiviseringa.

Forskning og litteratur er enige om at sosial støtte og tilhørighet er grunnleggende for recovery, og at mennesker med langvarige psykoselidelser ofte har begrenset tilgang på dette. For troende pasienters del vil det være naturlig å undersøke om det er interesse for å etablere kontakt med en menighet eller kirke, eventuelt om institusjonen kan tilrettelegge for vedlikehold av en eksisterende tilhørighet. Kirker og menigheter er fellesskap som kan tilby meningsfulle aktiviteter. Samtidig har vi sett at i noen religiøse fellesskap og menigheter kan skadelig religiøsitet utvikles. I samarbeid med pasienten kan sosialarbeideren få oversikt over pasientens religiøse interesse

og behov, og innsyn i eventuelle fellesskap hvor pasient alt inngår. De følgende kirkemiljøene som i innledningen ble presentert blir regelmessig kontrollert for trosgrunnlag og praksis.

Ved siden av at ritualer og praksis kan gjøre situasjonen mer begripelig, kan handlingene være måter å håndtere situasjonen på. For et menneske som tror på Gud, og tror at bønn er samtaler med Gud, så vil relasjonen kunne ha reelle effekter. Pasienten kan oppleve denne relasjonen som sosial støtte. Både ritualer og annen religiøs praksis er ofte av deltakende form. Det er handlinger som individet gjør aktivt. Som sagt er passvisering en stor utfordring i møte med brukergruppen. Vi kan tenke oss at ritualene kan motarbeide dette. De kirkelige ritualene som lystenning og nattverd er enkle og korte, og vil derfor ikke kreve for mye av pasienten. Samtidig kan det være en fare for at også ritualene passiviserer individet, nettopp fordi det er noe pasienten kan følge blindt, uten å faktisk ta en aktiv rolle. For å unngå dette kan det være aktuelt at sosialarbeideren er til stede og utfører ritualet sammen med pasienten. På den måten åpner det seg en mulighet for empowerment. Som en del av empowerment vil ofte den profesjonelles makt svekkes noe. Vi kan tenke oss at ved å bevege oss inn på temaer hvor usikkerheten rår så vil pasient og sosialarbeider likestilles og møtes ved et tema som angår dem begge. Ritualer er en prosess brukeren kan styre og ta kontroll over. I denne sammenhengen er yrkesrollene utfordrende. Det er sykehuspresten som har ansvar for religion og tro på helseforetakene, men institusjonen skal både forstå religionens viktighet og tilrettelegge for religiøs praksis. Hva skal presten gjøre, og hva kan en sosialarbeider gjøre? Hvor grensen skal gå mellom teolog og sosialarbeider kan vi ikke her gi noe fullstendig svar på. Derimot blir det tydelig at vi mangler kunnskap og erfaring på dette feltet. Når utdanningen innenfor sosialt arbeid også er mangelfull, kan dette resultere i uheldig eksperimentering i feltet, med ekte mennesker i ekte kriser.

Religiøs mestring kan anses som en ressurs individet har, som kan brukes i møte med krise. Som vi har sett vil samarbeidende mestringsstil være til stor støtte, mens overførende og bedende mestringsstil vil heller være destruktive. Dette avhenger igjen av hvilke gudsbilder pasienten har med seg. Er gudsbilde preget av allmakt, kan mestringsstilen fort preges av bedende eller overførende stil. Da underkjennes pasientens rolle i egen situasjon og vil dermed være en direkte hindring for empowerment. De sistnevnte vil hindre empowerment, da pasienten passiviseres. Gjennom samarbeid mellom pasient og sosialarbeider kan man identifisere hvilken mestringsstil som dominerer, for deretter å bli bevisst på hvilke konsekvenser dette har for situasjonen. Dette kan ikke skje med mindre lytteevnen er på plass som Måseidvåg og Sørbø (2014) fant i sin studie.

En må være bevisst på at religiøsitet og negative symptomer har passivitet som mulige følger. Empowerment er som sagt også en prosess, et verktøy. Det kan ikke brukes av sosialarbeideren, da empowerment må eies av brukeren. Derimot kan økt kunnskap om begrepet gjøre sosialarbeideren til en reell støttespiller og samarbeidspartner i empowerment-prosessen. Empowerment blir en motsats til passiviseringen, og kombinert med kunnskap om religiøsitet, kan dette ha stor innvirkning på bedringsprosessen.

Som det ble drøftet mot slutten av forrige diskusjon, kan både sunn og usunn religiøsitet være kilde til begripelighet. Derimot ser det ikke ut til at usunn religiøsitet tilfører ressurser, men heller undergraver dem, og vil dermed ikke ha noen direkte sammenheng med økt håndterbarhet. Sunn religiøsitet vil på en annen side kunne motvirke passivisering, gjennom å tildele pasienten en aktiv rolle i bedringsprosessen. Videre kan et religiøst livssyn gi tilgang på fellesskap og konkrete handlinger som gir styrke i vanskelige situasjoner. Som sosialarbeider er vår oppgave å tilrettelegge for at pasienten kan ta i bruk sine ressurser. Dette kan handle om å etablere kontakt mellom pasient og religiøse ledere og fellesskap, utføre ritualer

sammen med pasienten og være lydhør for pasientens religiøse tanker. Som NOU 2013:1 klart formidler skal det aktivt tilrettelegges for religiøs praksis. I møte med denne brukergruppen kan det hende denne tilretteleggingen innebærer å ta initiativ til slike aktiviteter. Grunnet både positive og negative symptomer kan det tenkes at pasienten ikke selv klarer å mobilisere eksisterende ressurser.

På hvilken måte kan imøtekommelse av religiøsitet øke opplevelse av meningsfullhet?

Den siste komponenten vi skal diskutere i lys av religiøs imøtekommelse er meningsfullhet. I en hverdag preget av kaos, hvordan kan religion være kilde til mening og motivasjon? I møte med psykose finnes det mange angrep akkurat mot meningsfullhet. Psykosens kjerne er kaos, og mange opplever at det som før ga mening mister sin kraft. Passiviseringa får følger for motivasjonen og selve religiøsiteten kan bli offer for psykosen. Dermed kan både ritualer og mestringsstil ta destruktive former. Det flere forskningsartikler hadde til felles var meningens plass i individets liv. Også dette delkapittelet vil følge den samme oppbyggelsen. Vi begynner med å se om ritualene og praksisen kan være en motsats til kaoset som en psykose kan forårsake. Dernest går vi videre for å undersøke hva religiøse fellesskap betyr for komponenten, og til slutt ser vi på Pargaments mestringsstiler.

Også når vi snakker om meningsfullhet ser ritualene ut til å ha et stort potensial. Ritualisering ser for eksempel ut til å være svært meningsskapende når livet utfordrer ved å ta del i handlinger som knytter en til en større sosial og historisk setting. Selv om ritualet kan være enkelt i seg selv så representerer symbolet noe større. Ritualer blir forenklinger av livets betydningsfulle hendelser som Danbolt og Stifoss-Hanssen skriver (2017). I

møte med psykose, hvor alle livets aspekter påvirkes av sykdom, kan vi anta at slike forenklinger kan være til stor hjelp. Det kan skape oversikt over det betydningsfulle. Derimot kan rigid religiøsitet knyttes til psykiske lidelser. Da kan vi anta at dette resulterer i et uheldig forhold til ritualer. Hvor ritualer ikke lenger skaper mening, men krav. Videre kan religiøse vrangforestillinger/hallusinasjoner føre til ritualer som er uheldige i seg selv. Fjerner man seg fra “den større sosiale konteksten” som Pargament skriver om, er kanskje faren større for at ritualene kan formes av sykdom og lidelse. Da hengir ikke individet seg lenger til det som er satt, men skaper heller noe eget i et mulig kaos.

Som det gjennomgående kommer frem i litteratur og forskning er åndelighet og religiøsitet sentrale deler av mennesket. Gjennom imøtekommelse av disse komponentene kan individet i større grad oppleve seg som helt. Denne helheten er videre svært viktig for å oppleve mening. På en annen side kan mennesker i møte med krise også oppleve at deres livssyn brister. Hvis religionen har spilt en sentral rolle i individets identitet, kan et religiøst livssyn i møte med krise fremme krisens oppløsende effekt. Individet vil da i større grad miste seg selv. Dette kan også være et resultat av visse former for religiøs mestring hvor Guds allmakt gjør mennesket handlinger ubetydelig

Som stortingsmeldinga sa, skal alle ha rett til å utfolde sin trospraksis og det skal tilrettelegges for nettopp dette. En måte å tilrettelegge for dette er nettopp henvisning til religiøse ledere eller, som Helsedirektoratet sier, finne arenaer for fellesskap. Dette kan i møte med troende pasienter være en kirke. Men hva skjer når mening og kaos blandes? Som sagt vil en del pasienter oppleve at deres positive symptom har en religiøs karakter. Som Hanevik (2014) skriver er det en utfordrende oppgave for pasienten å skille psykose og religiøsitet. Vil økt fokus på religiøsitet også øke symptomtrykket? Vil psykosene da i større grad preges av religiøsitet? At en del pasienter i dag opplever at de religiøse komponenter ikke imøtekommer

kan handle om usikkerhet og lite kunnskap. Det er heller ikke unaturlig å frykte forverring hos de pasientene som preges av religiøs vrangforestilling. Pargament sier derimot at religiøsitet må inngå i en større sosial kontekst for ikke å forsterke isolasjon. Dette kan fort bli resultatet hvis pasienten ikke kan åpne seg om sin religiøsitet på institusjonen. Dette kan øke avstanden mellom pasientens indre liv og omgivelsene. Da kan språket hemmes.

Sunn religiøsitet og tro ser ut til å være en svært meningsskapende komponent for mennesker med langvarige psykoselidelser. Gjennom aktiv imøtekommelse kan pasienten ta i bruk sitt livssyn for å møte sykdommen med håp og optimisme. Som vi har vært inne på kan man gjennom sin tro tolke livets hendelser som del av noe større. Er man overbevist om at ingen utfordringer er for store og at man aldri er alene, verken i lys eller mørke, kan man møte utfordring med et helt annet utgangspunkt. Usunn religiøsitet ser derimot ut til å være i direkte kontrast til meningsfullhet. Tro preget av negative gudsbilder, negative mestringsstiler, skyld og skam vil bremse individets motivasjon. Videre vil følelsemessig forståelse også bli vanskelig, da positive symptom og religiøsitet kan blandes. I slike tilfeller vil selve trofundamentet til pasienten trues. Sosialarbeideren må her tørre å gå inn i samtale pasienten tar initiativ til og faktisk lytte til hva pasienten sier.

AVSLUTNING

Det kan virke som at religiøsitet verken er konstruktivt eller destruktivt i seg selv i forhold til psykose, det avhenger av tolkning og praksis. Psykoselidelser kan i stor grad også påvirke pasienters religiøsitet og derfor kan det være viktig at individet får hjelp til å holde på den religiøsiteten som ikke farges av sykdom. Ved manglende kompetanse hos sosialarbeideren kan det åndelige utelukkes i relasjonen og dermed sitter pasienten alene med store tanker og spørsmål. Hvis vi skal kunne fremme religiøsitet som ressurs så må vi møte religiøse behov. Slik kan kanskje også destruktiv religiøsitet bli konstruktiv. Som sosialarbeidere er vi pliktige til å se hele mennesket. Det er tydelig at religiøs imøtekommelse inngår i denne plikten i møte med troende individer. Videre skal pasienter på sykehus i lik grad få uttrykke sin tro fritt og institusjonen må aktivt tilrettelegge for dette. Dette krever forståelse for dette feltet blant helsepersonell.

Ritualer har en sentral rolle i alle tre komponenter. Gjennom ritualer kan pasienter med langvarige psykoselidelser få tilbake noe av språket som sykdommen har tatt, som igjen gjøre krisen mer begripelig. Videre kan ritualene i seg selv være ressurser som tas i bruk for å håndtere situasjonen. Ritualer kan også være meningsskapende. For at ritualer skal ha denne effekten på OAS må ritualene preges av aktiv deltakelse. Videre er det sentralt at ritualene ikke har skadelige former eller utførelser. Her kommer sosialarbeideren inn som en viktig samarbeidspartner som kan hjelpe pasienten til å bli bevisst egen religiøs praksis.

Når vi så skal bestemme hva som er hensiktsmessig i møte med troende pasienter, er det tydelig at både imøtekommelse og ignorering av religiøsitet har sine utfordringer. Unngåelse vil, som vi har sett, ofte påvirke pasientenes opplevelse av seg selv. Dette kan hindre empowerment og det helhetlige menneskesynet. Derimot kan imøtekommelse gjøres på mange måter. Kun gjennom dette kan sosialarbeideren jobbe empowerment-retta. Dette er argumenter som tyder på at vi bør finne gode måter å imøtekomme religiøsitet da unngåelse ikke oppfyller vår plikt. Et sentralt spørsmål blir da hvor mye av religiøsiteten sosialarbeideren skal imøtekomme, og når religiøse ledere skal trekkes inn, slik som sykehuspresten.

Som informantene forteller er sykehuspresten et frirom, hvor makt og evaluering ikke tar plass. En slik rolle vil sosialarbeideren ikke få da man som helsepersonell både skal vurdere og dokumentere. At sosialarbeideren imøtekommer religiøsitet vil dermed ikke bety erstatning av yrkesroller som sykehusprest, men heller en større integrering av det holistiske menneskesynet.

Svaret på problemstillingen blir at sunn religiøsitet som aktivt brukes i møte med krise, kan øke pasienters opplevelse av sammenheng. Destruktiv religiøsitet kan derimot både skape og forsterke kaos, passivisere pasienten og gjøre bedring vanskeligere. For å endre praksisen rundt dette temaet så trenger vi at sosialarbeidere i psykisk helsevern tar aktivt del i prosessen. Kunnskap og kompetanse gjennom refleksjon og bevisstgjøring er essensielt. Da vil vi være et steg nærmere å se hele mennesket!

REFERANSER

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens Mysterium*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Askeland, G. A. (2015). Internasjonalt sosialt arbeid i globaliseringens tid. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L. Kleppe, *Sosialt arbeid - en grunnbok* (ss. 284-298). Oslo: Universitetsforlaget.
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Austad, A. (2020). Livssyn og livsmening i møte med lidelse. I A. Austad, L. Borge, T. A. Leendert, H. Stifoss-Hanssen, & M. Thomassen, *Mening, lidelse og livssyn* (ss. 17-30). Bergen: Fagbokforlaget.
- Borge, L. (2012). Helhet og sammenheng. I T. Danbolt, & G. Nordehelle, *Åndelighet - mening og tro* (ss. 117-134). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Borge, L., & Mæland, E. (2017, 08 30). Er det rom for livssystemer i dagens psykisk helsearbeid? *KLINISK SYGEPLEJE*, ss. 165-177.
- Borge, L., & Rolfsnes, J. K. (2009, 08 07). *Sykepleien.no*. Hentet fra Pasienters erfaring med sjelesorg i en psykiatrisk klinikk: <https://sykepleien.no/forskning/2009/08/pasienters-erfaring-med-sjelesorg-i-en-psykiatrisk-klinikk>
- Canda, E. R., Furman, L. D., & Canda, H.-J. (2020). *Spiritual Diversity in Social Work Practice*. New York: Oxford University Press.
- Danbolt, L. J. (2014). Hva er religionspsykologi? Begrepsavklaring i en nordisk kontekst. I L. Danbolt, L. Engedal, H. Stifoss-Hanssen, K. Hestad, & L. Lien, *Religionspsykologi* (ss. 17-31). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Danbolt, L. J., & Stifoss-Hanssen, H. (2017, December). Ritual and Recovery: Traditions in Disaster Ritualizing. *Dialog: A journey of Theology*, ss. 352-360.
- Danbolt, L. J., Møller, P., Lien, L., & Hestad, K. H. (2011, 04 19). The personal Significance of Religiousness and Spirituality in Patients With Schizophrenia. *International Journal for the Psychology of Religion*, ss. 145-158.

- Danbolt, L., & Stifoss-Hanssen, H. (2014). Ritualisering: Å skape mening gjennom symbolske handlinger. I L. Danbolt, L. Engedal, H. Stifoss-Hanssen, K. Hestad, & L. Lien, *Religionspsykologi* (ss. 203-215). Oslo: Gyldedal Norsk Forlag AS.
- Danbolt, T., & Nordhelle, G. (2012). Innledning. I T. Danbolt, & G. Nordhelle, *Åndelighet - mening og tro* (ss. 13-22). Oslo: Gyldedal Norsk Forlag AS.
- Den evangelisk-lutherske frikirke. (2019, 01 03). *Frikirken*. Hentet fra Retningslinjer for Frikirkens tilsynsmannsordning: <https://frikirken.no/site/frikirken.no/files/retningslinjer-for-ny-tilsynsmannsordning,-revidert-25.10.2019.pdf>
- Den Norske Kirke. (2016, 02 19). *kirken.no*. Hentet fra Kirkens tilsynstjeneste i lys av ny kirkeordning: https://kirken.no/globalassets/kirken.no/bispemotet/2016/dokumenter/bispemoetet_februar_2016_kirkens_tilsynstjeneste.pdf
- Den Norske Kirke. (u.d.). *Den Norske Kirke*. Hentet fra Bønn: <https://kirken.no/nb-NO/kristen-tro/kristen-tro/bonn/>
- Eide, S. B., & Oltedal, S. (2015). Verdiers betydning for vår forståelse og vår handling. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L. Kleppe, *Sosialt arbeidet - en grunnbok* (ss. 80-96). Oslo: Universitetsforlaget.
- Eide, S. B., & Skorstad, B. (2018). *Etikk - til refleksjon og handling*. Oslo: Gyldedal.
- Ellingsen, I. T., & Skjefstad, N. S. (2015). Annerkjennelse, myndiggjøring og brukermedvirkning. I I. Levin, I. T. Ellingsen, B. Berg, & L. Kleppe, *Sosialt arbeid - en grunnbok* (ss. 97-111). Oslo: Universitetsforlaget.
- Engedal, L. G. (2014). Posisjoner og teoritradisjoner i religionspsykologisk forskning. I L. Danbolt, L. Engedal, H. Stifoss-Hanssen, K. Hestad, & L. Lien, *Religionspsykologi* (ss. 43-58). Oslo: Gyldedal Norsk Forlag AS.
- Fellesorganisasjonen. (2015, 03). *FO.no*. Hentet fra Yrkesetisk grunnlagsdokument: <https://www.fo.no/getfile.php/1311735-1548957631/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>

- Fugelli, P., & Ingstad, B. (2014). Religion og helse. I L. Danbolt, L. Engedal, H. Stifoss-Hanssen, K. Hestad, & L. Lien, *Religionspsykologi* (ss. 287-302). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hanevik, H. (2014). Psykoselidelser, spiritualitet, meningsdannelse og behandling. I L. Danbolt, L. Engedal, H. Stifoss-Hanssen, K. Hestad, & L. Lien, *Religionspsykologi* (ss. 393-348). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helsedirektoratet. (2013, 06). *Helsedirektortet*. Hentet fra Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser:
[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utre
dning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer
%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%
20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/_/attachment/inline/a2c5a070-
19d8-47](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utre%20dning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/a2c5a070-19d8-47)
- Holmén, A. (2015, 11 27). *Norsk Psykologforening* . Hentet fra Hva er psykose?:
[https://www.psykologforeningen.no/publikum/informasjonsvideoer/v
ideoer-om-psykiske-lidelser/hva-er-psykose](https://www.psykologforeningen.no/publikum/informasjonsvideoer/videoer-om-psykiske-lidelser/hva-er-psykose)
- kirke, D. n. (u.d.). *Den Norske Kirke*. Hentet fra Bibelen:
<https://kirken.no/nb-NO/kristen-tro/kristen-tro/bibelen/>
- Krane, T. W. (2017, 05). Hentet fra Mennesemøter i troens landskap:
[https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/11818/thesis.pdf?seq
uence=1&isAllowed=y](https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/11818/thesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Leamy, M., Boutillier, C., Bird, V., Williams, J., & Slade, M. (2011, 12). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. Hentet fra Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis.
- Leenderts, T. A. (2020). Trygg i det utrygge. I A. Austad, L. Borge, T. A. Leenderts, H. Stifoss-Hanssen, & M. Thomassen, *Lidelse, mening og livssyn* (ss. 31-45). Bergen: Fagbokforlaget .

- Levin, I. (2015). Sosialt arbeid som speningsfelt. I I. T. Ellingsen, I. Levin, L. Kleppe, & B. Berg, *Sosialt arbeid - en grunnbok* (ss. 36-46). Oslo: Universitetsforlaget.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2015). *Haikerens Guide til Salutogenese*. Oslo: Gyldedal Norsk Forlag AS.
- Løberg, E.-M., & Johnsen, E. (2016). Psykoselidelser. I R. Hagen, & L. E. Kennair, *Psykiske lidelser* (ss. 104-121). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Melle, I. (2015). Psykotiske lidelser og samfunnet: Trenger vi kunnskap om miljøet i genetikkens alder. I S. R. Aminoff, T. V. Lagerberg, I. Melle, A. O. Berg, C. Simonsen, T. Ueland, & M. Aas, *Psykose og samfunn* (ss. 15-27). Oslo: Universitetsforlaget.
- Måseidvåg, N., & Sørbø, J. (2014, 04 29). Tap av språk ved psykose. *Sykepleien*, ss. 44-47.
- Nordaunet, O. M. (2019, 02 02). Aktiviteter i et recovery-perspektiv. En litteraturgjennomgang. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, ss. 70-79.
- NOU 2013: 1. (2013). Hentet fra Det livssynsåpne samfunn: <https://www.regjeringen.no/contentassets/eecd71cd8f2a4d8aabdf5a7742e96b4d/no/pdfs/nou201320130001000dddpdfs.pdf>
- Phillips III, R. E., & Stein, C. H. (2007, 04 24). God's Will, God's Punishment, or God's Limitation? Religious Coping Strategies Reported by Young Adults Living With Serious Mental Illness. *Journal of Clinical Psychology*, ss. 529-540.
- Schiefloe, P. M. (2011). *Mennesker og Samfunn -Innføring i sosiologisk forståelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Simonsen, C. (2015). Sykdomsforløp og bedring ved psykoselidelse: miljøets og samfunnets betydning. I S. R. Aminoff, A. O. Berg, T. V. Lagerberg, I. Melle, C. Simonsen, T. Ueland, & Aas Monica, *Psykose og samfunn* (ss. 115-141). Oslo: Universitetsforlaget.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken, sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Smith, S., & Suto, M. J. (2011, 02 06). Religious and/or spiritual practices: Extending spiritual freedom to people with schizophrenia. *Canadian*

- Journal of Occupational Therapy*, ss. 77-85. Hentet fra Religious and/or spiritual practices: Extending spiritual freedom to: <https://journals-sagepub-com.hvo-ezproxy-01.hivolda.no/doi/pdf/10.2182/cjot.2012.79.2.3>
- SSB. (2020, 11 18). *Statistisk sentral byrå*. Hentet fra Organisasjonsaktivitet, politisk deltakelse og sosialt nettverk, levekårsundersøkelsen: <https://www.ssb.no/orgakt>
- SSB. (2020). *Statistisk sentralbyrå*. Hentet fra Religion: <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/faktaside/religion>
- SSB. (2020a). *Statistisk sentralbyrå*. Hentet fra Religion: <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/faktaside/religion>
- St.prp. nr. 63. (1997-98). Hentet fra Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998.
- Stifoss-Hansse, H. (2020). Om kristne praksiser i møte med lidelse. I A. Austad, L. Borge, T. A. Leenderts, H. Stifoss-Hanssen, & M. Thomassen, *Lidelse, mening og livssyn* (ss. 93-105). Bergen: Fagbokforlaget.
- Stifoss-Hanssen, H. (1994). Rigid Religiosity and Mental Health: An Empirical Study. I L. B. Brown, *Religion, Personality and Mental Health* (ss. 138-143). New York: Springer- Verlag New York, Inc. .
- Stifoss-Hanssen, H. (2014). Norge: Det religiøse kartet og religionspsykologiens bidrag. I L. Danbolt, L. Engedal, K. Hestad, & L. Lien, *Religionspsykologi* (ss. 33-41). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sørbye, L. W., & Undheim, L. (2012). Å ta menneskets åndelige diemnsjon på alvor. I T. Danbolt, & G. Nordhelle, *Åndelighet - mening og tro* (ss. 167-182). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder* . Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Torbjørnsen, T. (2014). Religiøs mestring. I L. Danbolt, L. Engedal, H. Stifoss-Hanssen, K. Hestad, & L. Lien , *Religionspsykologi* (ss. 127-141). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ueland, T. (2015). Funksjon ved psykoselidelser med fokus på utdanning og arbeid. I S. R. Aminoff, T. V. Lagerberg, I. Melle, A. O. Berg, C.

Simonsen, T. Ueland, & M. Aas, *Psykose og samfunn* (ss. 143-166). Oslo: Universitetsforlaget.

Vindenes, H. (2019). *Høgskolen i Innlandet*. Hentet fra Bedringsprosess hos personer med psykoselidelse: <https://brage.inn.no/inn-xmlui/bitstream/handle/11250/2636671/Vindenes.PDF?sequence=1&isAllowed=y>