PSYKOTERAPI & RELIGION

- Religion som ikke-tema i psykoterapien

Hovedfagsopgave
ved
Psykoterapi-uddannelsen
i Nordjylland 1997-2000

"Forholdet mellem Hjælperen og den der skal hjælpes må være sådan - at man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et menneske til et bestemt sted, først og fremmest må passe på at finde Ham der hvor Han er og begynde der. Dette er Hemmeligheden i al Hjælpekunst. - Al sand Hjælpen begynder med en Ydmygelse, Hjælperen må først ydmyge sig under den Han vil hjælpe og herved forstå, at det at hjælpe er ikke at herske men at tjene. - At det at hjælpe er villighed til, indtil videre at finde sig i at have Uret når du ikke forstår det din Næste forstår."

Søren Kierkegaard 1859

Jung skrev over indgangen til sin konsultation: "Kaldet eller ukaldet vil Gud være tilstede." (Falk 1995)

"Å se og bli sett danner grunnlaget for all identitets- og relasjonsutvikling, og også grunnlaget for et Gudsforhold."

Ana Maria Rizzuto 1979

Virkeligheden er én, men vi kan forholde os til forskellige delaspekter

Owe Wikström 1994

Kirsten Ernen Beck 27. april 1999

Overlæge Kirsten Ernen Beck, Jegstrupvej 61, 8800 Viborg.
Tlf. 86 61 47 77. kebeck@paradis.dk.

Indholdsfortegnelse

1. Indledning. ..... Side 1

2. Hoveddel..... Side 3
   2.1. Psykoterapi & Religion i historiens lys..... Side 3
   2.2. Psykoterapi & Religion i vor kontekst. ..... Side 5
      2.2.a. Patientens interesse for terapeutens livssyn ..... Side 5
      2.2.b. Nærhed og distance ..... Side 6
      2.2.c. Terapeutens neutralitet?..... Side 7
      2.2.d Sprogets begrænsninger. ..... Side 8
   2.3. Nyere psykoanalytiske studier af gudsbegrebet. ..... Side 9
   2.4. Fremtiden - en udviklende dialog?..... Side 13

3. Afslutning og Konklusion..... Side 21

4. Post scriptum: En metafor / min egen terapi (case)..... Side 23

5. Litteraturliste ..... Side 25

Overlæge Kirsten Ernen Beck, Jegstrupvej 61, 8800 Viborg.
Tlf. 86 61 47 77. kebeck@paradis.dk.

1. Indledning.

Det har længe undret mig, at religion synes at være et ikke-tema, måske ligefrem et tabu-emne i psykoterapien. Og dette selvom religion for mennesket må anses for at være et meget grundlæggende behov, som måske ligefrem kan sidestilles med de grundlæggende drifter: Aggressivitet og sexualitet. Og selvom religiøse ytringer i stigende grad gør sig gældende i vort samfund i øvrigt i mange forskellige former.

Psykoterapi kan ses som en verbalisering af patientens livshistorie. At "Al menneskelig diskurs så at sige lever på grænsen af sin egen kontext og en anden, fremmed, kontext", siger Bakhtin (Theilgaard 1998, p. 41). Alice Theilgaard fortsætter: "På det mest basale niveau har vi ordene, altså linguistikken og etymologien; på det mest komplicerede niveau finder vi "fortællingen", hvadenten den er fiktiv, historisk eller personlig, og det omfatter discipliner som teologi, psykologi, filosofi, historie, litterær kritik. Og som middel til at bygge bro mellem disse discipliner har vi metaforen. Forståelse af metaforen kræver en temmelig avanceret intellektuel evne i form af et "stereo-skopisk" syn, dvs. evnen til at opretholde to forskellige synspunkter på samme tid."
Jeg har i denne opgave vovet at afprøve mit "stereo-skopiske" syn på psykoterapien, idet jeg har forsøgt at forholde mig til såvel psykologiske som teologiske discipliner.

Jeg vil belyse nogle mulige årsager til at religiøse temaer synes at have været udelukket fra psykoterapien.
Historisk og kulturelt vil jeg begrunde dette, idet jeg i overvejende grad forholder mig til den kristne tro, som har været - og er - den dominerende religion i vort samfund, og som stadig - uanset engagement iøvrigt - i allerhøjeste grad præger vor tankegang (respekt for det enkelte menneske; det enkelte menneskes frihed og ansvar; håb og tro på forandringens mulighed - for blot at nævne nogle få aspekter, som er relevante for psykoterapien, men som ikke er indlysende i enhver kultursammenhæng).

Herefter konstaterer jeg, at der dog i visse kredse har været interesse for at holde dialogen åben mellem psykoterapi og teologi, en dialog der dog oftest har været præget af kamp og forsvar.

Problematikken søges herefter belyst/begrundet, som den findes aktuelt.

Jeg inddrager dernæst nyere tankegange fra Norge, Sverige og USA, hvor dialogen ændrer karakter, således at der bliver mulighed for at undersøge istedet for at forsvare. Måske kan der her være tale om, at forsvarsmekanismer modificeres til tilpasningsmekanismer (Nystrup 1997, pp. 23ff). Herunder ses på muligheder for at inddrage religiøse erfaringer og livsholdninger i psykoterapiens rum.

Overlæge Kirsten Ernen Beck, Jegstrupvej 61, 8800 Viborg.
Tlf. 86 61 47 77. kebeck@paradis.dk.

2. Hoveddel

2.1. Psykoterapi & Religion i historiens lys.

At religion synes at være et ikke-tema i psykoterapien ønskes først belyst historisk. Og vi må da tilbage til psykoanalysens barndom med Freud. Her skal kun ganske kort resumeres enkelte elementer, som er af betydning for denne opgaves emne, idet psykoanalysens historie iøvrigt forudsættes bekendt eller i hvert fald er tilgængelig for selvstudier via litteraturen.

Freud gjorde en vigtig opdagelse vedrørende menneskers tro. Han så, at der var en sammenhæng mellem et menneskes private billede af det, vedkommende kaldte gud, og de erfaringer som mennesket havde gjort i tidlig barndom.

Freud mente, at gudsbilledet opstår mod slutningen af ødipalperioden som et resultat af modstridende følelser overfor faderen. Det gudsbillede, som opstår, svarer til et idealiseret faderbillede.

Freuds egen grundopfattelse var, at et menneskes gud egentlig var billedet af menneskets far projiceret på hele tilværelsen. Dette lagde han til grund for en religionskritik, som bl.a. havde følgende indhold:

1. At gud *ikke var andet end* en projektion af den jordiske far.
2. At religionen var en kollektiv tvangsneurose.
3. At ligesom det enkelte menneske har sin udviklingshistorie fra barndom over voksenliv til alderdom, så havde menneskeheden en tilsvarende udviklingshistorie. Religionen skulle forstås udfra sin sammenhæng med hele menneskehedens udvikling. Den var et vigtigt indslag i menneskehedens barndomsfase. Men nu var barndomsfasen overstået for menneskeheden, den voksne tid skulle begynde og så skulle religionen erstattes af videnskaben.

Bergstrand (1996) betoner forskellen mellem: a) Den oprindelige opdagelse: Sammenhængen mellem indre forældrebilleder og indre gudsbilleder, og b) Den religionskritik, som lagdes ovenpå denne opdagelse, og som hører sammen med den kultursituation, som Freud levede i.

I den første tid kom de religionskritiske indslag til at dominere debatten, således at den oprindelige opdagelse kom i skygge. Psykoanalytikere og psykoterapeuter lyttede nemlig til profeten Freud, og når han havde spået religionens forsvinden, så handlede man straks som om profetien allerede var gået i opfyldelse. Og man fandt ingen grund til at beskæftige sig med det, som allerede var forsvundet eller meget snart skulle forsvinde som en naturlig del i menneskehedens historie. Man rettede

ikke nogen opmærksomhed i behandlingstimerne til det, patienterne havde at sige om Gud eller om deres tro. For Freud var *det* trods alt en virkelighed i menneskers indre, som han selv havde vist stor interesse for, og som han løbende forskede i - selvom han personligt lagde afstand til sin jødiske baggrund og fik en ateistisk livsindstilling - men hans efterfølgere var hurtigt kommet forbi denne virkelighed.

Teologisk set arbejdede man på Freuds tid, som han beskrev. Den liberale teologi bestod i høj grad af en psykologisering af religionen med fokus på antropologien.

Men med Barth og den dialektiske teologis nyorientering (1922) skete der en afstandstagen til den form for religion, som Freud så præcist havde beskrevet. Herefter forholdt teologien sig atter til Gud, som Han åbenbares i Bibelen. Det teologiske fokus flyttedes fra antropologi til *teo*logi. Denne 180-graders vending er ensbetydende med en stærk skepsis overfor den indre følelse af Gud. Gud åbenbarede sig lodret oppefra og tog ikke omvejen via nogen menneskelige oplevelser. Derfor var forestillingen om, at mennesker kunne bygge deres egne indre billeder af Gud gennem de tidlige oplevelser af forældrene, en afskyelig tanke for de dialektiske teologer.
Både Freud og den dialektiske teologi lagde altså afstand til den teologi, der var samtidig med Freud, men ud fra hver sit synspunkt (hhv. psykologisk og teologisk) med yderligere afstand mellem de to discipliner til følge.

Efter denne kultursituation var der i Norge og Sverige nogle grupper af mennesker, som ikke kunne gå udenom den virkelighed, som Freud havde undersøgt. Begge grupper bestod især af læger og præster, som stod midt i arbejdet med mennesker, og som havde set, at der var behov for samarbejde for at kunne møde hele problematikken hos mennesker med psykiske og religiøse vanskeligheder. Begge grupper arbejdede praktisk:
I Norge byggede man sygehus, et nervesanatorium: Modum Bad, med Gordon Johnsen i spidsen (Nervesanatoriet grundlagt i 1957, i 1975 udbygget med Institutt for Sjelesorg (som fra 1981 udgiver Tidsskrift for Sjelesorg), og endelig i 1985 åbnedes et forskningsinstitut ved Modum Bad med særligt forskningsfelt i grænseområdet mellem psykiatri og religion).
I Sverige opbyggedes fra 1940 en landsomfattende kæde af psykoterapi-mottagninger (= psykoterapi-ambulatorier): Sct. Lukasstiftelsen med Göte Bergsten i spidsen. Man havde set, at der fandtes behov for at hjælpe mennesker med at bearbejde

psykiske problemer. Man delte ikke Freuds syn, at religionen var en kollektiv tvangsneurose, men man så, at der var mennesker hvis psykiske vanskeligheder havde rødder i kristen opdragelse, kirkeligt milieu og religiøse forestillinger. Derfor ønskede man at gå ind og skabe helse og rette op på den skade, som kirken havde været med til at skabe. De arbejdede også med de spørgsmål om tro og psykisk helse, som Freud havde stillet. De *forsvarede* ivrigt det, de troede på og som var blevet udsat for et voldsomt angreb, de stod nærmest i en *kamp*situation. Af teologerne lærte de, at troen først og fremmest skulle ses som noget intellektuelt, og det gjaldt så om at have det rette indhold i troen, så skulle troen nok vise sig at være gavnlig for den psykiske helse. Forholdet mellem religion og psykoterapi var længe præget af *kamp og forsvar*, og heller ikke i disse grupper blev der arbejdet med Freuds opdagelse af sammenhængen mellem menneskets indre billede af sine forældre og dets indre billede af Gud. Man undersøgte heller ikke om denne opdagelse skulle kunne anvendes i det psykoterapeutiske arbejde eller i sjælesorgen. Det lå dybt forankret, at troen skulle komme gennem forkyndelse og undervisning, således åbenbarede Gud sig.

De seneste årtier er der imidlertid sket en forandring, idet man igen har set på Freuds opdagelse og gjort den central. Man står ikke længere i en kampsituation, men undersøger istedet. Og her kommer den amerikanske psykoanalytiker Ana Maria Rizzuto ind med vægtige overvejelser, se punkt 2.3.

2.2. Psykoterapi & Religion i vor kontekst.

I vor samtid, i vor kontekst er der i forhold til Freuds tid, en ganske anderledes åbenhed for religiøse erfaringer og ytringer - omend af meget forskellig art (her tænker jeg ikke blot på kristendom med sine mange forskellige nuancer, men også på de talrige nye former for religiøsitet, som importeres, sammenblandes eller på anden vis præger dagens samfund). Som tidligere anført vil jeg dog i særlig grad forholde mig til den kristne tro.

2.2.a. Patientens interesse for terapeutens livssyn.

Patienter med et aktivt og bevidst forhold til tro og livssyn er ofte optaget af terapeutens livssyn (Medhus 1996). Mange pt. har svært ved at forholde sig til terapeutens neutralitet specielt på dette område.

Medhus nævner forskellige bagvedliggende grunde hertil som af hensyn til behandlingen er vigtige at klarlægge. Ofte falder patientens problem ind under en eller flere

af følgende problemstillinger:

1. Patienten frygter, at terapeuten har et negativt forhold til pt.'s livssyn og at dette vil kunne hindre eller forstyrre behandlingen. Nogle pt. har oplevet at blive krænket af nuværende eller tidligere behandlere på dette område, eller har hørt venner eller bekendte med sådanne erfaringer.
2. Patienten kan have en fantasi om, at terapeuten kan misbruge den magt, der ligger i behandlingsforholdet til at "tage troen fra patienten".
3. Patienten kan frygte for at blive konfronteret med egne vanskeligheder i forhold til tro og livssyn, og har måske et håb om, at en terapeut med samme livssyn vil beskytte dette område fra terapeutisk udforskning.
4. Patienten kan frygte for, at udenforstående autoriteter (f.eks. menighedsledere, forældre, ægtefælle etc.) skal være kritiske til psykoterapeutisk behandling, og det vil være lettere at få accept for at søge hjælp hos en terapeut, som stiller sig positiv til patientens livssyn.
5. Patienten kan have en forestilling om, at en terapeut, som ikke deler patientens livssyn, ikke vil kunne forstå ham/hende.
6. Patienten kan have en forestilling om, at Gud er den som helbreder, og at problemerne er af åndelig eller moralsk og ikke af psykologisk karakter, og at enhver terapeut på en måde er et fremmedelement.

En del af disse problemer er ofte ubevidste for patienten og kommer først frem, når man udforsker, hvilken betydning spørgsmålet om terapeutens livssyn har. Dette vil da kunne være med til tidligt i forløbet at kaste lys over patientens problemstilling. Optagetheden af terapeutens livssyn vil aftage i takt hermed.
Patientens interesse for terapeutens livssyn er altså langt fra uden betydning for terapien.

2.2.b. Nærhed og distance.

Hans Stifoss-Hansen (Stifoss 1990) kommer ind på problemet med illusionen om det religiøse områdes *enhed*. Den kristne patient, som opsøger en kristen terapeut (eller søger sjælesorg istedet for psykoterapi af hensyn til fællesskabet i livssyn), forventer relativt entydige regler i det religiøse område, og dette er langtfra altid tilfældet. Her er det som i andre relationer nødvendigt med respekt for forskellige opfattelser. Nærhed i livssyn kan også indebære klare farer, fordi der let kan opstå uudtalte aftaler og situationsbetinget *blindhed overfor religiøs patologi*.

Stifoss-Hanssen refererer til en amerikansk undersøgelse (Northington og Gascoyne

1985), der viser, at for stor nærhed i livssyn kan reducere kvaliteten af behandlingen. Når resultaterne måles, ser det ud til at være vigtigt, at patienterne ved starten af behandlingen oplever en vis *nærhed* i værdier og sympati fra terapeuten for sine værdier. Forskellige typer kristne havde forskellige præferencer, idet lighed i livssyn åbenbart havde størst betydning for konservative troende. Endelig viste det sig, at de kristne patienter differentierede terapeuterne tydeligt på grundlag af indholdet i behandlingen, dvs med udgangspunkt i deres dygtighed.
Altså: *Stifoss understreger behovet for nærhed såvel som distance.*

2.2.c. Terapeutens neutralitet?

Terapeutens neutralitet er vigtig: Terapeuten må have kontrol over egne følelser og reaktioner (kontrol over modoverføring).
Og terapeuten skal ikke påtvinge patienten sine egne vurderinger og værdier.
Den størst opnåelige neutralitet ses i den egentlige klassiske psykoanalyse, hvor terapeuten er placeret udenfor patientens synsfelt (patienten liggende på briks, terapeuten ved hovedgærdet).
Men i andre former er terapeuten mere synlig og selvom der tilstræbes neutralitet, vil en mængde faktorer alligevel være åbenbare for patienten: Terapeutens køn, alder, påklædning, kropssprog o.m.a. - og trods intensiv træning og supervision vil terapeutens reaktioner allivevel ofte kunne aflæses af patienten.
Dertil kommer, at patienten ofte ved mere om os, end vi er os bevidste, via eksterne kilder.
Yderigere vil patienten være bekendt med terapeutens terapiform: Individuel psykoanalytisk psykoterapi, psykoanalytisk gruppeterapi, analytisk psykologi (Jungiansk analyse), kognitiv psykoterapi, adfærdsterapi, gestaltterapi, tegneterpi, musikterapi, systemisk familieterapi, transaktionsanalyse, neurolinguistisk programmering (NLP), bioenergetisk psykoterapi, kriseterapi, hypnoterapi etc. Patienten må altså forholde sig til, hvorvidt han ønsker at gøre brug af den ene eller den anden type, uden at det i øvrigt forpligter hende/ham til at overtage teorierne eller holdninger bag disse. *Summen af alt dette er, at neutraliteten er relativ.*

Men det kan være vigtigt at undersøge, på hvilken måde patienten forholder sig til den tilbudte terapiform, og ikke mindst hvorfor. Mange forskellige terapiformer kan føre til de samme resultater for patienten, *afgørende synes relationen mellem terapeut og patient at være*. Jf. Jung: *Det er ikke så vigtigt hvilken terapeutisk metode, man vælger, men den ånd man bruger den i.*

På samme måde kan terapeutens livssyn og religiøsitet have mange forskellige former. Hidindtil har vi i vid udstrækning holdt det fuldstændigt ude af synsfeltet ved at behandle religion som et ikke-tema, måske lader en mere åben forholden sig til dette gøre - på lignende vis som til vor terapiform - med effekt på terapien.
Da neutraliteten således er relativ, må det være rigtigt også at forholde sig til livssynet.

2.2.d Sprogets begrænsninger.

Alice Theilgaard (Theilgaard 1998) skriver, at ordene har en begrænsning, når det drejer sig om noget meget følelsesbetonet, noget væsentligt (herunder må patientens religiøsitet regnes). Der kan være mange grunde til, at noget ikke bliver fortalt: Fortrængning, andre defensive manøvrer, manglende mod til selverkendelse.
Sammen med Murray Cox har Theilgaard i "Mutative Metaphors in Psychotherapy" og i "Shakespeare as Prompter - The Amending Imagination and the Therapeutic Process" skrevet om *Narrative failure*: Når historien ikke kan fortælles. Når livshistoriens indhold ikke kan rummes af fortælleren, som så enten må opgive at fortælle sin historie eller se sig nødsaget til at digte en hel anden...Eller det kan dreje sig om patienten, som frygter, at terapeuten ikke kan tåle at høre historien.
Theilgaard fastslår, at dagligsproget ikke slår til, når det gælder de dybeste oplevelser, hvadenten det er religiøse eller intense mellemmenneskelige følelser. Når patienten fortæller sin historie, vil det ofte være i et helt andet sprog end det, de oprindelige oplevelser var kodet i. Det billedrige metaforiske sprog har langt større muligheder end det logiske, informative sprog for direkte at påvirke det ubevidste.
Ordet *metafor* er af græsk oprindelse og betyder *overføring af mening* (sv.t. *transference* fra latin). Metaforen giver patienten mulighed for at bruge forskellige betydninger på et ubevidst niveau på en for ham eller hende særegen måde, så at sige "bypass" fortrængningen.
Psykoterapien kan opfattes som en metaforisk procedure, idet den overfører mening fra en situation til en anden.
Theilgaard citerer Cox: "Psykoterapi er ofte anset for at være vogter af indsigt, men den er forarmet, hvis den ikke kan sameksistere med mystik. Evnen til at tolerere mystik, flertydighed og usikkerhed sammen med psykisk determinisme er sammenkædet med terapeutens Weltanschaung."
Sproget i terapien må altså også kunne rumme det mystiske.

2.3. Nyere psykoanalytiske studier af gudsbegrebet.

Wikström udtaler (Wikström 1994), at den fremherskende psykologi i årevis fornægtede, at der overhovedet fandtes noget sjæleliv. Efterhånden vendte sjælen tilbage i termer af jeg-psykologi eller kognitive processer.

Intellektuelt påstås vi nu at befinde os i *postmoderne eller post-post-moderne periode*. Den moderne videnskabs enkle fornuftstro og positivisme er brudt ned af såvel de hårde naturvidenskabers relativitetsteori og kvantemekanik som af humanioras fænomenologiske grundsyn. Der er nu et spektrum af metoder og teorier, som stadigt skifter.

Kristenheden har reageret forskelligt herpå:

1. Traditionalister overlever i ø'er med symboler og sprogsystemer, hvor de ikke kommer i kontakt med den moderne måde at tænke på.
2. Andre - fundamentaliske kreationister - følger med i videnskab og filosofi, men fører krig med samtiden.
3. Atter andre udgår fra arkaiske religioner, filosofiske og mytiske traditioner eller okkoltisme - Mind-body-grupper, holistisk medicin, New-Age-filosofi - ofte byggende mere på netværk end på organisation.
4. Nogle værdsætter videnskab og efterprøvet erfaring og søger at relatere en mere traditionelt klassisk kirkelig synsvinkel til de erfaringsområder, som er herskende i samtiden. Hverken for at tilpasse sig eller for at kritisere moderniteten, men for at udtrykke sin overbevisning i de tankestrukturer, som samtiden arbejder i. *Såvel teologi som filosofi støttes her af postmodernismens betoning af, fx. at subjekt og objekt ikke kan adskilles; og af indsigter om sprogets og kulturens rolle, og om strukturalismens betoning af myters funktion for at forstå verden.*

Den amerikanske psykoanalytiker, *Ana Maria Rizzuto*, M.D. udgav i 1979 bogen "The Birth of a Living God, A Psychoanalytical Study". Gennem systematiske interviewer af 20 patienter (protestanter, katolikker og jøder) studerer hun, hvorledes gudsbilledet opstår og udvikler sig hos det enkelte menneske.

Rizutto er uenig med Freuds tanker om gudsbilledet. Hun tillægger ødipalfasen en afgørende betydning, men hun mener, at barnet begynder at danne sig forestillinger om Gud på et meget tidligere tidspunkt. Hun finder heller ikke, at det kun er træk fra faderen, som indgår i gudsbilledet. Gudsbilledet er sammensat og man kan som regel finde træk fra begge forældrene deri samt træk fra barnets eget selvbillede. Man kan også se, at barnet indbygger træk fra en ønskefar eller ønskemor, en

forældrefigur, som har de egenskaber, som de virkelige forældre mangler. Og hvis en af forældrene mangler i det virkelige liv, kan barnet have behov for at have en Gud, som fylder den mangel.

De tidlige erfaringer barnet har med sine omsorgspersoner vil præge udviklingen af gudsrepræsentationen. Rizzuto lægger stor vægt på den tidlige "spejling" mellem mor og barn - hvor barnet bliver set og forstået, og dermed kan begynde at se og forstå sig selv. Rizzuto refererer her til skabelsesberetningen: "Gud skabte mennesket i sit billede" (1. mos 1,27). Det at se og blive set danner grundlaget for al identitets- og relationsudvikling, og også grundlaget for et gudsforhold.
Kulturelle og pædagogiske forhold kommer efterhånden ind og påvirker og modificerer den oprindelige forestilling. Men Rizzuto mener, at det første, personlige, barnlige gudsbillede vil være det grundlæggende udgangspunkt for senere forestillinger om en Gud.

Rizzuto hævder, at gudsbilledet psykologisk set repræsenterer *en speciel form for overgangsobjekt*. Som overgangsobjekt eksisterer Gud både inde i, udenfor og i grænseområdet mellem indre og ydre realitet. Som overgangsobjekt bruges Gud af barnet for at kompensere for de uundgåelige frustrationer barnet oplever fra forældrene. Gud er en personlig ven, som altid er tilstede.
I modsætning til andre overgangsobjekter er den psykologiske gud ikke en konkret ting, men en forestilling. Gud mister ikke sin betydning som andre overgangsobjekter gør. Dette kan hænge sammen med at barnet oplever, at også voksne forholder sig til Gud, og at der findes kirker og andre kulturelle udtryk for at Gud også er aktuel senere i livet.
Gudsbilledet udvikles og forandres også i takt med en persons generelle psykologiske udvikling. Såfremt gudsbilledet ikke revideres og udvikles, vil den psykologiske Gud opleves som uaktuel eller anakronistisk, hvilket kan medføre, at Gud lægges til side som ubrugelig.

Rizzuto hævder, at når der først er opstået en gudsforestilling hos et barn, vil denne aldrig ophøre. Den kan afvises, ignoreres, fortrænges eller midlertidig lægges til side, men den vil kunne hentes frem igen i specielle situationer, enten for at forkastes på ny eller accepteres som en virkelighed. Endvidere at menneskets selvbillede er påvirkelig af det gudsbillede, det bærer i sig.
Rizzuto understreger stærkt, at hendes forskning og dertil knyttede reflektioner

handler om den psykologiske gud, det indre billede mennesker har af det, de kalder gud. Gud som ydre realitet hører til teologiens område. Men hun understreger den positive psykologiske værdi i at have en gudstro. Her tager hun klart afstand fra Freud som så på den religiøse illusion som noget, mennesker burde lægge bag sig. Som Winnicott lægger Rizzuto en anden betydning i begrebet illusion. Illusion står ikke i modsætning til realitet, men er noget alle mennesker behøver, produkter af egen fantasi og skaberevne. Mennesket kan ikke leve uden illusioner. Den type illusion vi vælger, fortæller noget om vor personlige livshistorie og hvordan vi har lavet os vort eget overgangsområde, hvor vi kan finde hvile i livet.
Rizzuto påpeger, at gudsbilledet fornyes og udvikles livet igennem, svarende til udviklingsfaser og kriser. Fra den Gud, som giver tryghed, tager vare på og "spejler", til det specielle overgangsobjekt, som varetager barnets behov når forældrene kommer til kort, og videre gennem livet som en indre ven og følgesvend, som kan bære alle ens følelser (= en superterapeut, der kan containe alt og give det tilbage modificeret?).

Rizzuto (1995) hævder ud fra klinisk forskning, at de fleste mennesker i vor kultur har et indre gudsbillede, en repræsentation af Gud, som de kan have en relation til, stille sig ligegyldig til eller afvise. Hun hævder, at gudsbilledet formes i tidlig barnealder, får træk fra forældrene og andre vigtige personer, og står i dialektisk forhold til selvrepræsentationen. At gå ind på patientens gudsforhold kan give vigtig information om tidlige forældrerepræsentationer og selvbillede. Bearbejdning af forældre-relationerne fører ofte til en ændring af gudsbilledet. De nære sammenhænge mellem gudsbillede, forældrebillede og selvbillede burde medføre, at det religiøse liv tillægges lige så stor interesse og opmærksomhed som andre livsopmråder af følelsesmæssig betydning for patienten. Undgåelse af religiøse tema er ingen værdineutral holdning, ligeså lidt som en overfokusering på menneskers gudsforhold betinget af egeninteresser hos terapeuten er det. Neutralitet som terapeutisk position er i denne sammenhæng at lade religiøst materiale blive en naturlig del af behandlingen på linie med andet følelsesmæssigt ladet materiale.
At nærme sig, undersøge og analysere patientens personlige forhold til Gud kræver stor takt og respekt for patientens integritet. For mange er det religiøse livsrum det mest intime og hellige, som man ikke udleverer, før man har tillid til, at dette vil blive mødt, accepteret og respekteret af terapeuten.

Matti Hyrck, finsk teolog og psykoanalytiker (Hyrck 1991) sætter på lignende vis de

religiøse erfaringer i relation til objektrelationsteorien. Den indre verden med to indre objekt-repræsentationer og to indre selvrepræsentationer, som indbyrdes relaterer sig til hinanden, og som udspiller sig i hverdagslivet i vore indbyrdes vigtige mellem-menneskelige relationer (f.eks. forelskelse, hvor man hos den udvalgte udelukkende ser projektionen af sit eget indre gode objekt - indtil frustrationer dukker op, hvorefter man udelukkende ser projektionen af sit eget indre onde objekt - og vil skilles). Hyrcks antagelse er nu, at tilsvarende projektionsmekanismer gør sig gældende også i vore oplevelser af Gud. Den indre verden kan befinde sig i to forskellige positioner, som udviklingsmæssigt følger hinanden. Klein kalder dem den paranoid-skizoide position og den depressive position. Den tidligste og mest primitive af disse, den paranoid-skizoide er psykologisk den vigtigste for gudsoplevelsens opståen. Han gennemgår i sin artikel nogle tænkte dialoger mellem Gud som hhv. "Det givende Objekt" og "Det afvisende Objekt" og de forskellige selvrepræsentationer og de billeder, der i Bibelen svarer hertil, bl.a. den Paradisiske tilværelse i fortiden og det kommende Gudsrige, hhv. den strenge, straffende, retfærdige Gud i dele af Det Gamle Testamente, hvor mennesket er "under loven". Ligesom modenhed menne-skeligt indebærer en integrering mellem de forskellige indre selv- og objektrelationer, således vil et modent gudsbillede også nødvendigvis indebære integration - med de bestandige spændinger og spændingsfelter, dette medfører.

Iøvrigt må det konstateres, at ligesom der i alle mellem-menneskelige forhold indgår ambivalente følelser, vil dette også være tilfældet i forholdet til Gud (hvilket Bibelens Gud iøvrigt godt kan "tåle", jvf. f.ex Jobs bog Kap 42 og Salmernes Bog med skiftende lovprisning (sl 136), klage (sl 22,1) og vrede (sl 80)).

Bent Falk (Falk 1995) skriver om teologiens forhold til psykologien (og parallelt hertil: "Forholdet mellem sjælesorg og psykoterapi), at "spørgsmålet om grænsedragning" er et dårligt spørgsmål: Det drejer sig om to forskellige kategorier, to forskellige sprog".
Falk påpeger, at "psykologen, som forsøger at gøre Gud til et undersøgelsesobjekt i det psykologiske laboratorium tager lige så meget fejl, som den teolog, der forsøger at værne om Guds hellighed (og sin egen betydning) ved at benægte, at Gud, hvis det passer ham, også kan indfinde sig i laboratoriet eller terapirummet. Som om det var en anden Gud, der havde skabt den menneskelige psyke, end ham, der skabte resten af verden."
Freud og Barth havde altså fra hver sit synspunkt uret, når de kun betoner den ene:

gud eller Gud. Gud, der har skabt mennesket, giver sig også tilkende som en indre gudsrepresentation. Som kan være mere eller mindre forvreden af tidlige objektrelationer.

2.4. Fremtiden - en udviklende dialog?

Religion og livssyn er grundlæggende spørgsmål, som er uløseligt knyttede til menneskelig eksistens, og således noget vi alle har et forhold til.
Den psykoanalytiske tradition har historisk med vis ret kunnet opfattes som antireligiøs, og dette kan bidrage til, at psykoterapeuter slår sig til ro med et meget lidt gennemarbejdet forhold til egen religiøsitet (Medhus 1996). Dette kan skabe problemer i terapien med religiøse patienter, idet *terapeutens modoverføring* kan slå igennem i en for hurtig afvisning af problemerne, eller et forsøg på at formidle egne værdier.
Hvorfor figurerer religion så sjældent i psykoanalytisk litteratur? I vore egne terapier? Supervisioner? Pga vore egne vanskeligheder med religion? Er religion mere intimt end sexualitet?

Her som i andre problemstillinger behøver patienten hjælp til at blive klar over sig og sit og at finde sin egen vej.

Spørgsmålet, om hvordan det terapeutiske personale møder patienters religiøsitet i den psykoterapeutiske behandling, har igennem en længere periode været i fokus i det fagstrategiske råd ved Modum Bad (Thornes et al 1996). Dette er et tværfagligt sammensat råd bestående af behandlingspersonale ved Nervesanatoriet, sygehusledelsen, sygehuspræst og repræsentant fra Institutt for Sjelesorg.
Den overordnede målsætning er her som tidligere den bedst mulige behandling for psykiske forstyrrelser og relationsproblemer. Og hertil kræves en holdning af empatisk åbenhed.

Et væsentligt spørgsmål drejer sig om *menneskesynet.* Det Fagstrategiske råd foreslår dette søgt belyst gennem forskellige "dimensioner", som aktualiseres i relation til psykoterapeutisk arbejde. Man tilstræber at tage hele patientens erfaringsverden alvorligt, sådan som den kommer til udtryk både i somatisk, psykisk, sociokulturel og religiøs dimension. Dette har følger for det terapeutiske arbejde. Bl.a. medfører det, at en systematisk kortlægning af patientens livshistorie også må åbne for en samtale om vedkommendes "troshistorie" - altså de erfaringer patienten

har i relation til eksistentielle og religiøse grundspørgsmål, gudstro mm.
Dette indebærer ikke, at religiøs erfaring altid skal indgå som tema i terapien. Dette er kun aktuelt, når der er grund til at tro, at det spiller en væsentlig rolle i de problemer og/eller lidelser, som terapien fokuseres på.
Terapeuten forholder sig altid til en konkret menneskelig livshistorie, således som den udspiller sig i den smertende nutidserfaring. Dette sker dog ikke en spontan/ateoretisk proces. Klinisk praksis er altid uløseligt sammenbundet med den/de teoretiske traditioner, som terapeuten forholder sig til. Herunder kan nævnes teorier om forskellige sygdomstilstande, opfattelser om patologi og normalitet, teorier om dynamikken i den terapeutiske relation, tolkninger af menneskets egenart i psykologisk forstand mm.
Dette implicerer stillingtagen til en række grundlæggende (filosofiske) spørgsmål knyttet til f.eks. virkelighedsforståelse, erkendelsesteori, menneskebillede etc. I terapeutens arbejde kan dette være bevidst erkendt og eksplicit, men ofte spiller det med på implicitte, ikke-bevidstgjorte måder i de terapeutiske overvejelser. Eksempel på dette er terapeuters gennemgående afvisning/omgåelse af "religiøs erfaring" som relevant tema i psykoterapi (som det f.eks. fremgår af store dele af psykoterapeutisk litteratur, hvor religion og gudstro gennemgående udelukkes som fokus og tema i terapi).

Thornes et al. (1996) beskriver 5 "antropologiske dimensioner" som et forsøg på at klargøre vigtige sider ved det menneskebillede som former og strukturerer det konkrete terapeutiske arbejde i mødet med patientens livsvirkelighed. Disse "dimensioner" betragtes ikke som de eneste, men er udvalgte som væsentlige i det psykoterapeutiske arbejde. Det understreges, at disse dimensioner har almen karakter, dvs tolkningen af menneskets livsvirkelighed som dimensionerne repræsenterer, kan erkendes og beskrives (relativt) uafhængigt af tilhørsforhold til bestemte kulturtraditioner, livssyn etc.
Alle de nævnte dimensioner er uløseligt sammenvævede i det enkelte menneskes livserfaring, det er ikke adskilte virkelighedsområder. Sammen fremstår de som et samspil, hvor helheden er mere end delene.

En kort fremstilling af disse "dimensioner" følger:

1. Den somatiske dimension:
Menneskets kropslighed, mennesket som en del af naturen, indvævet i naturens

store økobiologi. Menneskets egenart som fundamentalt knyttet til dets kropslige-biologiske eksistens.

2. Den psykiske dimension:

Her tematiseres menneskets egenartede relation til sig selv. Først den selv-refleksive position: At mennesket ved sin bevidsthed kan træde ud af sit eget centrum, betragte sig selv og sin egen egenart: Hvem er jeg egentlig? - som person? I sin søgen efter svar på disse spørgsmål aktualiseres emotionelle og kognitive processer, som giver menneskets selvrelation dens konkrete indhold. Hertil hører spørgsmål om individets selvbillede, selvfølelse, o.l. Vor eksistens rummer spørgsmålet om, hvad vort liv er. Mennesket er den eneste art, der spørger om sin egenart. Vort livsperspektiv er ikke et instinktmæssigt lukket revir, men den åbne, meningssøgende horisont.

3. Den sociale dimension:

Her tematiseres menneskets relation til medmennesket og fællesskabet. For det første i *jeg-du-forholdets personlige møde*. Individets radikale samhørighed og afhængighed af andre mennesker. Uden interaktion med det medmenneskelige "du" indenfor kroppens ("berøringen") og sprogets ("samtalen") fællesskab, bliver "jeg" overhovedet ikke til som menneske.

For det andet fokuseres relationen til *sociale strukturer og kulturelle traditioner"* i kollektivets liv, et tilhør til samfundsmæssige strukturer: Det sociale, historiske og kulturelle fællesskab, som individet socialiseres ind i og som på afgørende måde betinger personens livserfaring.

4. Den historiske dimension.

Her tematiseres menneskets relation til tiden. Nutidens hændelser og oplevelser berøres og formes altid af det, som har været (fortid) og af det, som kommer (fremtid). Denne bevægelse må ses i en dobbelt skikkelse: Tidsløbet er *lineært og irreversibelt* forsåvidt som levet liv aldrig kan leves om eller gøres ugjort. Men samtidig *cyklisk tilbagevendende*: Det, der har været, lever videre. I erindringens form - som bevidst eller ubevidst materiale - aktualiseres fortidens erfaringer til stadighed ind i nutid og fremtid.

5. Den religiøse dimension.

Her forstået som den dimension ved menneskets erfaringsverden, som kan beskrives som "den grænseoverskridende tendens". Her retter mennesket sig mod

værdimæssige og eksistensielle meningssammenhænge, som går ud over det faktisk foreliggende resp. det empirisk givne. Sådanne trans-empiriske holdepunkter eller tolkningsperspektiver skønnes nødvendige med tanke på udformningen af forpligtende moralske værdier og et meningsgivende livssyn. Den religiøse dimension kan således fremtræde i mange forskellige skikkelser afhængig af kulturtradition og tidsalder. I vor sammenhæng har den jødisk-kristne traditions teistiske gudstro bidraget til udformningen af en række grundlæggende præmisser i tolkningen af den religiøse erfaring: Den religiøse dimension tematiseres her først og fremmest som individets forhold til og erfaring med en transcendent guddom. Gudsbillede og gudsrelation står i centrum. Den religiøse erfaring udfolder sig med den personlig-dialogiske relation mellem Skaberen og hans skabninger som dynamisk midtpunkt.

Thornes et al (1996) slår til lyd for indøvelse af en grundholdning udtrykt ved *"Semper major"*, dvs "altid større", "altid mere" - et udtryk som teologisk ofte bruges for at understrege Guds væsen som større og mere end vore begreber og kategorier kan beskrive. På tilsvarende vis påpeges, at mennesket altid er mere end det vore beskrivelser, vore tolkninger og vore diagnoser kan udtrykke. Menneskets livsvirkelighed rummer dybder og dimensioner, vi blot kan ane, selv ved gennemgribende analyse og fortolkning står vi overfor det mysterium, som et menneskeliv er. Og denne holdning bør appliceres på alle ovennævnte dimensioner. For at udvikle terapeutens ydmyghed og respekt i mødet med det andet menneske - hvor jeg trods al indsigt og viden, stadig må være fuldt bevidst om min egen uvidenhed - om grænserne for min indsigt. I kraft af denne "indsigtsfulde uvidenhed" sikres patienten mod overgreb: Det genuint menneskelige i relationen mellem patient og terapeut er truet, hvor patienten reduceres til et objekt, som fuldt ud kan analyseres og forklares i lys af behandlerens teorier og kundskab.
Respekten for menneskets menneskelighed kan kun varetages hvor patientens egen erfaring tages alvorligt.

Overlæge Kirsten Ernen Beck, Jegstrupvej 61, 8800 Viborg.
Tlf. 86 61 47 77. kebeck@paradis.dk.

Nystrup (Nystrup, 1997) illustrerer, hvorledes patient og terapeut har hver sit ekspertområde:

Patientens ekspertområde:	Fælles ekspertområde:	Terapeutens ekspertområde:
Livshistorie		
	Beretning om Livshistoriens	Livshistoriens sammenhæng med andre livshistorier
Symptomer som angst depression, hallucinationer	Behovet for lindring	Symptomernes betydning

Nystrup påpeger, at utilstrækkelig kommunikation og manglende anerkendelse af patientens ekspertområde er et stort problem og medfører stort ressourcespild.

Thornes et al. (1996) understreger igen, at psykoterapeutisk arbejde i lys af den flerdimensionelle model som beskrevet vil møde den religiøse erfaring med samme holdning som alle andre erfaringer, som er vigtige for patientens liv: Empatisk lyttende og kritisk spørgende.
De finder det påfaldende ved gennemgang af den psykoterapeutiske litteratur, at mærke, hvordan religiøse erfaringer og gudstro gennemgående udelukkes som fokus og tema i terapi. I deres søgen efter årsager hertil finder de følgende argumenter fra to norske psykologer (Larsen og Bergersen).

Larsen peger på følgende forhold som væsentlige:
1. At religion og religiøsitet er mere eller mindre utilgængelig for videnskabelige undersøgelser pga fenomenets komplekse karakter. Til dette bemærkes, at mange andre typer sociale fænomener og processer også kan hævdes at være svært komplekse, uden at de af den grund udelukkes fra fagområdet.

2. At mange norske psykologer har opfattet og godtaget den religionskritiske grundtone i Freuds psykoanalyse. Visse psykologer synes at opfatte religion som noget "regressivt tøv" som man snarest bør befri sig for.

3. En hævder, at religiøsitet er noget, som kun tilhører privatsfæren. Det er naturligvis et paradox at hævde dette som en grund til at lade være med at interessere sig for fænomenet. Man er jo ikke ellers tilbageholden med optagethed af forhold i individets privatsfære, f.eks. seksualitet.

4. Psykologer o.a. har ment, at religiøsitet er et område, som tilhører eller ejes af andre faggrupper.

Bergersen foretog en spørgeskemaundersøgelse blandt norske psykologer, som klart bekræftede indtrykket af, at religiøse temaer relativt sjældent tages op i terapi. Alt i alt vurderes at "arven fra Freud" vejer tungt, ligesom den forestilling at man må forlade sit eget fagområde, såfremt man går ind på spørgsmål knyttet til patienters religiøsitet.

Thornes et al. advokerer for, at den religiøse dimension gives plads såvel under psykologisk udredning som behandling. Det betyder ikke, at denne dimension skal "blæses op" i forhold til de andre dimensioner. Men da den så længe har været negligeret, kræves særlig bevidstgørelse og vejledning på dette område.

De opsummerer:
En kortlægning af patientens "troshistorie" bør høre med til den sædvanlige journaloptagelse. Terapeuter bør ideelt set have de nødvendige kvalifikationer for at udrede den religiøse erfarings historiske udvikling og dynamiske egenart.
Dette indebærer nogle centrale momenter, bl.a.:
- *Kvaliteten af patientens gudsrepræsentationer.* Gudstroen vil iflg. Rizzuto (1979) altid reflektere en emotionel kvalitet ved relationen mellem den troende og Gud. Gudstroen vil altid være farvet af ens erfaringsbaggrund m.h.t. medmenneskelige relationer, ligesom kvaliteten af disse relationer også vil virke ind på kvaliteten af gudsrelationen.
- *Forholdet mellem forældrerepræsentationer, gudsrepræsentationer og selvrepræsentation:* Ofte ses her samme kvalitet i de forskellige forhold (positivt: Præget af accept og tolerance, eller negativt: Præget af manglende accept og intolerance). Undertiden kan gud dog blive tillagt den modsatte position og f.eks. blive den absolut eneste accepterende instans til forskel fra alle menneskelige relationer. Dette vil kunne stimulere til problematisk "åndeliggørelse" og en flugt bort fra følelsesmæssigt konfliktstof.

- *Tro og tvivl:* Stabiliteten i Gudstroen vil ofte variere med livsomstændighederne. Ved at gå ind og udforske trosanfægtelserne, vil dette ofte give større dybde til forståelse af patientens eksistentielle dilemma og dermed være meget behandlingsmæssigt relevant.
- *Deltagelse i religiøse handlinger (privat eller sammen med andre):* En kortlægning heraf oplyser både om patientens religiøse udfoldelse og giver information om socialt netværk. Også patientens bønneliv kan være relevant at udforske, f.eks. hvornår ber patienten, alene eller sammen med andre, højt eller stille og hvordan udformer patienten sine bønner? Bønnens lov er troens lov (Lex orandi lex credendi).
- *Gudstroens funktion i forhold til intrapsykisk funktion:* Giver gudstroen øget forløsning af hele personligheden eller begrænser den ved at kun visse dele af personligheden accepteres og kan leves ud? I nogle tilfælde kan troen forstærke spændinger og modsætninger i personligheden melleem det følelsesmæssige og det rationelle niveau. I sådanne tilfælde kan det være nødvendigt at udforske trosgrundlaget, for at det ikke skal blokere for terapeutisk bearbejdelse.
- *Trosbetingede tankemønstre:* Kommer trosbetingede tankemønstre i konflikt med vigtige behandlingsmålsætninger? Eller faciliteres terapeutisk bearbejdelse på baggrund af sådanne?
- *Skyld- og bodsproblematik:* Her vil det ofte være vigtigt at se på hvordan skyldfølelse, bods- og tilgivelsesbehov gør sig gældende overfor Gud og overfor andre mennesker. I situationer, hvor skylden er virkelig og erkendes både "overfor mennesker" og "overfor Gud", kan sjælesorg og skriftemål være af stor betydning. I tilfælde, hvor der er tale om mere patologisk skyldfølelse uden grundlag i faktisk krænkelse af andre, vil skriftemål ikke være aktuelt.
- *Specielle religiøse erfaringer:* Enkeltstående religiøse erfaringer kan have fået gennemgribende virkning på patientens tanke- eller holdningsmønster og vil derfor være vigtige at udforske for at kunne forstå patientens "basic believes" fuldt ud.

De nævnte områder kan bidrage til en bevidstgørelse om, at den religiøse dimension hører med som et legitimt område i udredningen af en patients problematik. Terapeuten bør have faglig kundskab om den religiøse erfarings egenart, indsigt i hvordan religiøs tro og handlinger kan være en vigtig del af patientens eksistentielle virkelighed, og at den i visse tilfælde kan være indflettet i patientens psykopatologi. Sluttelig betones, at fokusering på religiøse erfaringer og religiøs tro langtfra er indiceret hos alle patienter.

Men fokus på religiøsitet bør haves:

- Hvor religiøs tro er en vigtig og intakt resource hos patienten, evt. som et af flere

intakte funktionsområder, som kan mobiliseres og give styrke i den terapeutiske proces.

- Hvor religiøse forestillinger er indvævede i patientens psykopatologi, først og fremmest som neurotisk farvede religiøse tankemønstre.

Generelt fastslås dog, at det religiøse tema får nøjagtig samme behandling som andre tema, dvs. at terapeuten hverken favoriserer eller ser bort fra de religiøse erfaringer, som patienten aktualiserer (Rizzuto 1995).

3. Afslutning og Konklusion.

I vor hverdag og i den psykoterapeutiske litteratur må vi konstatere, at religion for psykoterapien generelt synes at være et ikke-tema, et tabuemne.
Historisk set synes dette at stamme tilbage til psykoanalysens barndom med Freuds religionskritik.
Imidlertid synes den religiøse dimension og den psykologiske dimension at have adskilt sig unødvendigt langt fra hinanden. Begge er kun delaspekter af livet, ikke hele livet. Men begge er væsentlige delaspekter, som ikke gensidigt bør udelukke hinanden. Begge synes i årevis at have været præget af forsvarsmekanismer - måske er tiden nu inde til at modificere disse til tilpasningsmekanismer, med de muligheder for en mere dynamisk udfoldelse både hver for sig og sammen, som det rummer mulighed for (Nystrup 1997, pp27-31). Verden er én, omend den kan anskues på forskellige måder, fra forskellige synsvinkler.

Freuds opdagelse af, at et menneskes gudsbillede dannedes i barndommen via indre repræsentationer, medførte for ham en forkastelse af gud som Gud - dvs. af Gud som et af mennesket uafhængigt subjekt, således som teologien forkynder det. Gud som skabende, frelsende og fuldendende i fortid, nutid og fremtid.
Freud var i dette aspekt yderst præget af sin samtids tro på positivismen, på videnskabens fremmarch. Han troede på, at videnskaben efterhånden ville finde svar på alt. Dette er et reduktionistisk syn på virkeligheden.
- Ligesom det vil være reduktionistisk at påstå, at solen ikke står op, fordi det i virkeligheden drejer sig om, at jorden drejer rundt. Og i fortsættelse heraf fornægte alle de følelser, erindringer og ytringer, som er sammenhængende med f.eks. en smuk solopgang.
Til gengæld reagerede de dialektiske teologer stærkt imod (fortrængte): De kunne slet ikke forholde sig til gud som en indre repræsentation, men mente at Gud åbenbarede sig lodret fra oven, gennem sit Ord: Prædiken og Bibelen og gennem Ordet om Jesus Kristus, hans liv og gerninger, der åbenbarer hvad Gud er: *Das ganz Anderes!*

Theilgaard fastslår: "Vi er alle med i en større historie end vores egen livshistorie. Vi har ikke en vished om at kunne forklare alt, men tværtimod om, at verden er fuld af undere og muligheder, som ikke kan forklares eller forudsiges, fordi de har udspring i en side af virkeligheden, som unddrager sig tankemæssig forståelse. Vi er dele af en verden, som aldrig vil kunne rummes i en ensidig mekanistisk-materialistisk

beskrivelse. Der er sådanne øjeblikke i ens livshistorie, hvor tid og rum antager en større dybde, og hvor følelsen af at være i live er intens forstærket."
Hun henviser til Peter Kemp, som fastslår, at Den store fortælling - grundfortællingen - peger altid fremad mod de sidste ting: Eskatologi. Ved at se på døden som en integreret del af livet, selv om det er paradokst, vil vi trods alt gøre det lettere at leve. Hvis døden ikke eksisterede, ville livet være meningsløst.
Jeg vil slutte - som Theigaards artikel - med et citat fra Scott's "The Wild Prayer of Longing":
To affirm God's "existence" is not to assert that a particular being - the Supreme Being - dwells in some invisible realm behind or beyond the phenomonological world. Is is, rather, to declare, as a matter of radical faith, that Being is steadfast, reliable, gracious and deserves our trust. To say that God "exists" is, in short, to say that the Wholly Other, the uncreated rock of reality, is *for* us, not *against* us."

4. Post scriptum: En metafor / min egen terapi (case).

- og om centrale begreber i psykodynamisk psykoterapi. (Det *kursiverede er udtryk fra* Nystrup (1997).

En patient (her: Emnet Psykoterapi & Religion) søger hjælp ved Den Psykoterapeutiske Uddannelse i Nordjylland. *Problemet* er integration af to sider af *selvbilledet*.
En terapeut (her: Undertegnede) har frivilligt meldt sig til uddannelsen og dermed accepteret *en terapi* (her: Opgaveskrivning).
Der opstår hos terapeuten (med baggrund i netop hendes livshistorie) en særlig interesse for netop denne patient, hvilket gør, at terapeuten stiller sig til rådighed for en *relation*, som for pt. kan blive en *korrektiv erfaring*, båret af en *empati*, en *fordomsfri åbenhed* og *respekt for patienten*, samt en *nysgerrighed* for *patienten livshistorie*.
(Her må nødvendigvis indskydes en parentes, idet terapeuten normalt ikke må bruge terapien til eget formål eller egen udvikling. Jeg mener dog, at opgaveskrivningen drejer sig i lige så høj grad om opgaveskriverens udvikling/tilegnelse af stoffet som om det produkt, der kommer ud af processen).
Patienten vurderes *terapi-egnet* (den danske patient synes ikke at have været i terapi så mange gange *før*, omend hans slægtninge i udlandet flere steder synes at have fundet hjælp gennem terapi). Patienten skønnes at have en *fleksibel personlighed*, der vil kunne *tåle de frustrationer*, som ligger i at ville en forandring.
Problematikken synes relevant, omend de *rammer*, der kan tilbydes i form af *tidsbegrænset terapi* måske ikke er de ideelle? Men med en nødvendig *afgrænsning af fokus* kan en *bearbejdning af et delaspekt* få afsmittende effekt på andre områder i patientens liv. Og patienten kan evt. på et senere tidspunkt søge terapi pånу, såfremt der findes behov herfor.
Rammerne aftales, *slutdato* er sat. Der bliver en *ventetid*, før terapien går igang, men også denne kan udnyttes forberedende, hvilket får afgørende indflydelse på selve forløbet. Det normale forløb i *45 minutters sessioner* har ikke kunnet overholdes. I intervallerne, hvor patienten normalt arbejder videre med sit materiale, har terapeuten her arbejdet med i en grad som har invaderet nattesøvn og drømme, hvilket ikke normalt bør ske i en terapi. I dette tilfælde er det formentlig væsentligt og gavnligt for terapeuten selv. Væsentligt er, *at rammerne på forhånd er aftalte*.
Mødested - det psykoterapeutiske rum - er vigtigt med hensyn til at skabe *tryghed* for at åbenhed og mulighed for forandring kan være tilstede. Herunder hører *fred* og *uforstyrrethed.*

Uforanderligheden er vigtig, når *kaotiske kræfter slippes løs* - her har det egentlige terapiforløb kunnet ske afsondret i en celle i et nonnekloster igennem en uge.
Økonomien bør være klarlagt.
I kontakten mellem terapeut og patient må der lægges vægt på *følelser og oplevelser i lyset af patientens livshistorie, personlighed og relationer til familie, venner og arbejdskammerater.* Her har terapeutens følelser og oplevelser i høj grad været i fokus og vurderet med hensyn til modoverføringsfænomener.
Terapeutens neutralitet: Patienten må kunne udfolde sig frit, som den hun/han er, uden påvirkning af terapeutens holdninger (som dog gerne må være klare for terapeuten selv) - med en neutral holdning fremmes overføringen, således at følelser og holdninger som stammer fra tidligere relationer kan genspilles og analyseres med mulighed for korrektive erfaringer.
Terapiens mål skal tydeliggøres. Målet har her helt klart været at præstere et skriftligt arbejde omhandlende et psykoterapeutisk emne - og her har terapeutens valg af patient været afgørende for målet: At opnå en større integrering af de to delområder, som dog altid vil stå i et vist spændingsforhold til hinanden.
Faser i en psykoterapi:
I begyndelsesfasen er det vigtigt at arbejde med tryghed og tillid. Patienten har i dette tilfælde været villig til at fremlægge en mængde materiale; det har været svært at afgrænse emner og temaer, og undervejs er overraskende materiale dukket op.
I midtfasen har der været frustration på frustration - det har været nødvendigt at afgrænse og fastholde temaer - og opgavens oprindeligt tænkte udformning har måttet ændre sig herefter. Frustrationerne har nærmet sig kaos; fortid, nutid og fremtid har blandet sig. Og en venlig tanke er sendt til Murray Cox: "Structuring the therapeutic Process", hvor han bl.a. citerer en patient: "Chaos is in me. I am in chaos." Og hvor netop dette kaos trænger sig på med sit ønske om struktur, hvilket så også efterhånden danner sig.
I afslutningsfasen konsolideres arbejdet, det gennemarbejdes. Der er stadig nye indfaldsvinkler, der trænger sig på, men rammerne må ikke brydes, da dette vil kunne invitere til utryghed og en følelse af at være ufærdig ved afslutningen.
De aftalte rammer må fastholdes af hensyn til trygheden, således at afslutningen kan være færdiggjort. Terapien har været *superviseret* af en præst, der stadig studerer teologi.
Opgaven må herefter anses for at være løst efter min (for nuværende!) bedste evne! Men - livet går videre - også terapien fortsætter på sin egen måde - også efter afslutningen!

Overlæge Kirsten Ernen Beck, Jegstrupvej 61, 8800 Viborg.
Tlf. 86 61 47 77. kebeck@paradis.dk.

5. Litteraturliste.

Bøger:

Bergstrand, Göran & Brattemo, Carl-Erik:
Tro i psykoterapi. Libris 1997.

Falk, Bent:
At være - der, hvor du er. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck 1996.

Harbsmeier, Eberhard og Iversen, Hans Raun:
Praktisk teologi. Forlaget Anis 1995.
pp.384-423, pp. 445-460

Nystrup, Jørgen:
Psykoterapi. Psykiatrifondens forlag. 1997.

Rizzuto, Ana Maria:
The Birth of the Living God - A Psychoanalytic Study. The University og Chicago Press 1979. (Har jeg ej læst, men konstateret talrige referencer hertil!)

Roness, Atle:
Psykiatri og religion - en religionspsykologisk innføring. Universitetforlaget 1988.

Wikström, Owe:
Det bländande mörkret. Bokförlaget Libris, Örebro. 1994, pp. 45-90 og pp. 241-261.

Wikström, Owe:
Det blændende mørke. Forlaget Anis 1998, pp. 189-202.

Artikler:

(*TfS* = Artikel fra Tidsskrift for sjelesorg, Institutt for Sjelesorg, Modum Bad, Norge)

Austad, Arne:

Ansikt til ansikt - Tanker om relasjon og nøytralitet i psykoterapi. I *TfS 1996; 1, pp.30-37.*

Bergstrand, Gôran:

Guds närvaro i människan - bindning eller frigörelse. Gordon Johnsens minnesföreläsning, Modum Bad 6/9 1995. I *TfS 1996; 1, pp.41-54.*

Birch, Peter:

Og Gud så, at det var godt. Om tro og videnskab. I *Kristeligt Dagblad 22.03.1999.*

Bru, Inger Lise:

Nevrotiserende kristendomsfomer. Presentasjon og vurdering av eit kasus. I *TfS 1990;3, pp.45-52.*

Børresen, Arne J., Thornes, Kåre & Engedal, Leif Gunnar:

Del II: "I min fars hus" - presentasjon av et behandlingsforløp. I *TfS 1996;1, pp.19-25*.

Falk, Bent:

Teologi og psykologi: I hvilket land går grænsen mellem himmel og jord? I *TfS 1995;4, pp.178-189.*

Grevbo, Tor Johan S.:

Religionspsykologi på norsk. - En kritisk gjennomgang av Atle Roness' indføring. I *TfS 1990;1, pp.*49-56.

Hyrck, Matti:

Religiös erfarenhet i mannens verklighet. I *TfS 1991;3, pp. 37-44*.

Kieffer, Margareta:
Gud i människans avbild? Reflexioner om gudsbildens utveckling. I *TfS 1990;3, pp. 35-43.*

Lindheim, Ingebjørg:
Et møte med Ana Maria Rizzuto. I *TfS 1990;3, pp. 23-28.*

Medhus, Asgeir:
Terapeutisk nøytralitet og livssyn i *TfS 1996;1. pp. 26-29*.

Reinertsen, Anne Margrethe:
Guds bilde i oss. I *TfS 1990;3, pp. 15-22.*

Rizzuto, Ana Maria:
Psychic objects and object relations. Forelæsning på Modumseminaret 1995. (Har jeg ikke og har ikke læst, men refereres til).

Rizzuto, Ana Maria:
Psykoanalytisk psykoterapi og sjelesorg. Forelesning holdt på Sjelesorginstituttet 9. september 1995 i forbindelse med Modumseminaret. I *TfS 1996;2, pp. 95-107.*

Solberg, Karen Sidsel:
Trosutvikling - en utfordring for sjelesorgen. I *TfS 1998, pp. 161-168.*

Stifoss-Hanssen, Hans:
Prest eller terapeut - en falsk motsetning? I *TfS 1990;1, pp. 5-17.*

Stifoss-Hanssen, Hans:
Et program for rehabilitering av den religiøse erfaringen. I *TfS 1996;1, pp. 3-5.*

Theilgaard, Alice:
Livshistorien. Indlæg præsenteret i Forum for psykologer og teologer, maj 1997. I *Matrix 1998/99;1, pp. 39-50.*

Overlæge Kirsten Ernen Beck, Jegstrupvej 61, 8800 Viborg.
Tlf. 86 61 47 77. kebeck@paradis.dk.

Thelle, Notto R.:
Å nærme seg Gud i det terapeutiske og sjelesørgeriske landskap. I *TfS 1990;3, pp.5-14.*

Thornes, Kåre, Engedal, Leif Gunnar & Børresen, Arne J.:
Del I: Momenter fra en refleksjonsprosess ved Modum Bad. I *TfS 1996;1, pp. 6-18.* (Thornes et al. 1996)

Wikström, Owe:
Gud som Gud eller Gud som gud? Om själasörjares dilemma. I *TfS 1990;3, pp. 29-34.*

Wikström, Owe:
Depression and the Absence of God. I *Studia Theologica 52 (1998), pp. 130-146.*

Referater:
Follesø, Gry Stålsett:
Når sjælen bliver patient - en kursusdag i Århus febr. 1999 - arr. af Selskab for Kristne Psykologer, ref. v. Mette Schmidt, Kristeligt Pressebureau.