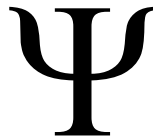




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



*Hva innebærer det for en psykolog å ha kompetanse innen
religion og åndelighet i klinisk praksis?*

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Karoline Dahl

Vår 2016

Veileder:

Camilla Løvvik

Forord

Helt siden jeg startet på profesjonsstudiet psykologi har jeg undret meg over den manglende sammenhengen mellom oppfattet etterspørsel om kunnskap blant mine medstudenter og den faktiske formidlingen av religion og åndelighet i undervisningen fra fakultetet. I løpet av utdanningsforløpet går vi gjennom nesten alt som handler om normalmenneskelige behov, normalmenneskelig adferd og utvikling, avvik fra dette og hvilke eventuelle risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer som påvirker menneskelige lidelser, og gleder. Selv om man vet hvor viktig religion og åndelighet kan være for mange på både godt og vondt, har derimot ikke religion eller åndelighet blitt lagt inn i studieforløpet som en av de mange viktige faktorene som kan være av betydning for normalmenneskelig fungering. Som et resultat av denne manglende undervisningen har jeg inntrykk av at vi er en samling av nyutdannede psykologer som mangler kunnskap og kompetanse til å håndtere en pasients åndelige og religiøse tro og praksis i behandlingsrommet.

Jeg ønsket å skrive om viktige områder innen religion og åndelighet i klinisk praksis mest for å heve min egen kompetanse innen disse temaene. Jeg håper samtidig at arbeidet mitt, med presentasjon av dette feltet, forskningen og de psykologiske teoriene, vil kunne være til nytte og inspirasjon for både deg som leser, og andre fagfeller.

Med utgangspunkt i noe av den litteraturen og forskningen som finnes i det religionspsykologiske fagfeltet vil jeg innledningsvis i denne oppgaven presentere bakgrunnen for hvorfor jeg mener det er viktig å rette fokus mot kompetanseheving innen religiøsitet og åndelighet i klinisk praksis blant psykologer. I oppgavens hoveddel legger jeg frem en oppsummert oversikt over hva det innebærer å ha en slik

kompetanse. Denne oversikten vil presenteres i tre deler, henholdsvis (1) holdninger, (2) kunnskap, og (3) ferdigheter.

Prosesen fra valg av tema til en ferdig oppgave har vært lang og til tider svært utfordrende. Jo mer jeg har lest og forstått av dette temaet, jo vanskeligere har det vært å avgjøre og prioritere hva som bør være med i en oppgave som denne. På tross av utfordringer har det likevel vært en spennende og svært lærerik periode.

Først og fremst vil jeg takke Camilla Løvvik for svært god veiledning gjennom hele prosessen. Tusen takk for en perfekt balanse av strenge krav til tekst, og oppmuntrende ord i trengende tider. En stor takk må også rettes til forloveden min Anders Aarskog for omsorg, tålmodighet og mange middager de siste månedene.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	6
Abstract.....	7
Innledning.....	8
Definisjonsavklaringer.....	12
Kompetanse.....	13
Religiøsitet og åndelighet.....	13
Åndelig og religiøs tro og praksis (ÅRTP).	14
Klinisk praksis.....	14
Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis	14
Religion, åndelighet og kulturelt mangfold i Norge	15
Oversikt over antall troende i Norge.....	17
Religiøs adferd og praksis.	17
Tilhørighet til organisasjoner.	18
Rapportert tro.	19
Sammenheng mellom religion og åndelighet og psykisk helse	20
Adressering av ÅRTP i klinisk praksis.....	22
Kompetanseutvikling innen ÅRTP i klinisk praksis i USA og Norge i dag.....	23
Hoveddel.....	24
1. Holdninger.....	25
Religiøsitet blant psykologer.....	26

Fordommer mot religion og åndelighet blant psykologer?	26
2. Kunnskap	27
Kunnskap om grunnleggende teologi og livssyn.	28
Ekstraordinære erfaringer og psykopatologi.	29
Religiøs utvikling.	31
Positiv og negativ religiøs mestring.	33
Etiske og juridiske problemstillinger.	36
3. Ferdigheter	37
Generelle basisferdigheter.	38
Kartlegging av ÅRTP i klinisk praksis.	39
Identifisering og adressering av problemer knyttet til pasientens ÅRTP.....	40
Anerkjennelse av egne begrensninger.	42
Implikasjoner	43
Oppsummering og konklusjon	45
Referanser	49
Vedlegg 1: Vieten og kollegers kompetansepunkter (2013, p. 136)	63
Vedlegg 2: ASERVICs kompetansepunkter (Cashwell & Watts, 2010).....	65

Sammendrag

Selv om forskning tyder på sammenhenger mellom en pasients åndelige og religiøse tro og praksis (ÅRTP) og hans/hennes psykiske helse, og religion fremdeles ser ut til å være aktuelt for mange mennesker i Norge, er status på kompetanseutvikling innen ÅRTP blant psykologer tilsynelatende mangelfull. For å undersøke hva det innebærer for en psykolog å ha kompetanse innen religion og åndelighet i klinisk praksis, tar jeg i oppgaven utgangspunkt i Vieten og kollegers (2013) og ASERVICs (Cashwell & Watts, 2010) religiøse og åndelige kompetansepunkter. Relevant litteratur og forskning presenteres i tre deler, henholdsvis hvilke *holdninger* man bør være klar over og hvordan man kan forholde seg til dem, hva man bør tilegne seg av *kunnskap* for å få en grunnleggende forståelse av ÅRTP, samt hvilke *ferdigheter* man bør ha og hva man kan gjøre i møte med en pasients ÅRTP i klinisk praksis. I denne oppgaven konkluderer jeg med at det er grunn til å anta at de fleste ferdigutdannede norske psykologer kan være i stand til å drive *behandling med åndelig bevissthet* (Saunders et al., 2010) på en kompetent måte (Kaslow, 2004) i klinisk praksis dersom de gjennomgår en grunnleggende bevisstgjøring om holdninger, kunnskapsheving og ferdighetstrening innen ÅRTP som presentert i denne oppgaven. Selv om forskning gjennomført i USA kan bidra en del til kompetanseheving innen ÅRTP for psykologer også her til lands, er mer tilsvarende forskning i Norge nødvendig.

Abstract

Although research suggests connections between a patient's spiritual and religious beliefs and practices (SRBP) and his/her mental health, and religion still seems to be relevant for many people in Norway, the actions for increasing competence within SRBP for psychologists seems to be insufficient. In order to examine what it means for a psychologist to have competencies in religion and spirituality in clinical practice, this thesis is based on the proposed framework of spiritual and religious competencies for psychologists provided by Vieten and colleagues (2013) and ASERVIC (Cashwell & Watts, 2010). Relevant literature and research is presented in three sections respectively the *attitudes* psychologists should be aware of and how to deal with these attitudes, the *knowledge* required for a basic understanding of SRBP, and what skills a psychologist should have as well as possible approaches when working with a patients SRBP in clinical practice. In this thesis I propose a conclusion that there is reason to assume that most graduated Norwegian psychologists may be able to engage in *spiritually conscious care* (Saunders, Miller, & Bright, 2010) in a competent manner (Kaslow, 2004) in clinical practice if they undergo basic training with regards to awareness of attitudes, increasing of knowledge and training of skills within SRBP as presented in this thesis. Although research conducted in the United States can contribute to the increasing of competence within SRBP for psychologists, more and similar research in Norway is required.

Innledning

To be sure, man's search for meaning may arouse inner tension rather than inner equilibrium. However, precisely such tension is an indispensable prerequisite of mental health. There is nothing in the world, I venture to say, that would so effectively help one to survive even the worst conditions as the knowledge that there is a meaning in one's life. There is much wisdom in the words of Nietzsche: "He who has a why to live for can bear almost any how".
(Frankl, 1985, p. 126)

Verdens helseorganisasjon definerer psykisk helse som «en tilstand av velvære der individet realiserer sine muligheter, kan håndtere livets normale stress, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra til samfunnet» (WHO, 2016). En mulig tolkning av sitatet av Viktor Frankl som jeg innleder denne oppgaven med, kan være at han hevder at det å finne mening i tilværelsen er en *forutsetning* for god psykisk helse. Hvorvidt denne konklusjonen er objektivt sann vil det nok alltid være ulike synspunkter om. Likevel kan man hevde at menneskets behov for å søke mening lenge har vært en sentral tematikk i både psykologi og religion.

I boken *Religionspsykologi* omtaler Lars Johan Danbolt *mening* som «en gjennomgripende erfaring av tillit, tilhørighet og sammenheng i tilværelsen» (Danbolt, 2014, p. 18). Videre skriver han at det moderne mennesket som oftest er plassert i en kultur som inneholder et mylder av ulike meningskontekster, der man kan fritt velge hvilke rammer for livstolkning som passer best etter hva man opplever som viktig i de forskjellige fasene av livet. Opplevelser av mening kan man altså tilegne seg nesten

over alt. Likevel er det vanlig å bruke begrepet *livssyn* som samlende begrep for ulike meningssøkende virkelighetsoppfatninger både med og uten religiøs tro (Danbolt, 2014). *Religiøse* livssyn inneholder en tro på en eller annen gud eller høyere makt, mens *sekulære* livssyn utelukker dette og kan inneholde for eksempel ulike andre ideologier, antakelser om naturen og menneskelig eksistens og fungering.

Religion er komplisert å definere med en universell forståelse fordi det er et bredt begrep som kan ha varierende grad av betydning for mange. Det finnes svært mange forsøk på definisjoner, og flere har problematisert nettopp dette. Religion kan på én måte anses som et strukturert rammeverk for meningsdannelse (Danbolt, 2014), mens Edward Tylor (1874) har definert religion som tro på åndelige vesener, og Shafranske og Sperry (2005) definerte religion/religiøsitet som en eksplisitt tilhørighet til en religiøs institusjon, og dens tilhørende dogmer/læresetninger. Av disse definisjonene kan man se at religion har flere nivåer av kompleksitet, blant annet på et filosofisk nivå der en kan fordype seg i den religiøse meningen med tilværelsen, et sosialt nivå der en kan fordype seg i religionens føringer for relasjonsdannelse og samfunnskonstruksjon, og et individuelt nivå der en kan fordype seg i religiøs erfaring, adferd og funksjon for den enkelte. Det er kanskje nettopp denne kompleksiteten som gjør religion så vanskelig og lite håndgripelig, men også viktig og relevant i møtet mellom psykolog og pasient.

Religionspsykologi som fagfelt forsøker i stor grad å belyse sistnevnte nivå. Danbolt definerer religionspsykologi som «et fag- og forskningsområde der det tas i bruk forskjellige slags teorier og metoder for å studere tro og livssyn som erfaring, adferd og funksjon» (Danbolt, 2014, p. 14). Med flere ulike teoretiske utspring er religionspsykologi et svært bredt fagfelt med flere ulike perspektiv med varierende grad

av omfang. Svært kort presentert fokuserer det *psykodynamiske perspektivet* på underbeviste krefter, forsvar og objektrelasjoner, *tilknytningsperspektivet* fokuserer blant annet på relasjonen til Gud, det *eksistensielle perspektivet* fokuserer på mening og grunnleggende spørsmål uten objektive svar, det *kognitive perspektivet* fokuserer blant annet på skjematisk systematikk i dannelsen av gudebilder, *nevropsykologisk perspektiv* fokuserer på nevrologisk forskning på religiøse fenomen, og *sosialpsykologisk perspektiv* fokuserer på samhold, konformitet, menneskelig behov for tilhørighet, og kultur (Danbolt, Engedal, Stifoss-Hanssen, Hestad, & Lien, 2014).

I sin enkleste form kan psykologi defineres som studiet av menneskelig sinn og adferd (Passer & Smith, 2004). I følge informasjon om profesjonsutdannelsen i psykologi på Universitet i Bergen (UIB) sine nettsider skal en profesjonsutdanning i psykologi gjøre studenten «i stand til å kunne forstå, forebygge og behandle psykiske lidelser, og utføre de viktigste formene for psykologisk arbeid med mennesker i alle aldre.» (UIB, 2016). Det er selvsagt naturlig at en slik omfattende målsetting vil føre til at enkelte områder ved menneskelig fungering faller utenfor hva utdannelsen klarer å dekke i undervisning og trening av sine psykologstudenter. På bakgrunn av teori og forskning som presenteres senere i oppgaven mener jeg imidlertid at *religion* er et for viktig område av normalmenneskelig fungering til at det er forsvarlig at det ikke inkluderes i utdannelsen.

Sammensetting av pensum, undervisningsrekker og praksis for å dekke nødvendige områder innen psykologi er vanligvis universitetenes ansvar. Når dette ikke har blitt spesifisert av utdannende instans, ønsket jeg å undersøke hvordan jeg kunne heve egen kompetanse innen religion og åndelighet i klinisk praksis. På grunn av mangfoldet i teori og forskning er det svært vanskelig å vite akkurat det innebærer å ha

kompetanse innen religion og åndelighet i klinisk praksis. Det finnes litteratur som drøfter ulike retningslinjer for å heve religiøs og åndelig kompetanse, men det ser ikke ut til å være noen presis konsensus i feltet (Bartoli, 2007; Cashwell & Watts, 2010; Hage et al., 2006; Hodge, 2004, 2011; Moreira-Almeida, Koenig, & Lucchetti, 2014; Saunders et al., 2010; Vieten et al., 2013).

Cassandra Vieten og kolleger utførte i 2013 en av få empiriske undersøkelser av kompetanse innen religion og åndelighet for psykologer. Gjennom grundig litteraturgjennomgang og fokusgrupper i ekspertpanel konstruerte de et sett med provisoriske kompetanser. Deretter konstruerte de en spørreundersøkelse på nett for 184 psykologer og professorer i mental helse, hvor 105 var erklærte eksperter i religionspsykologi, der disse kompetansene ble vurdert ytterligere og eventuelle nye kompetanser inkludert. Gjennom kvalitativ og kvantitativ analyse resulterte dette i et sett med 16 endelige kompetanser for psykologer innen religion og åndelighet (Vieten et al., 2013). Disse 16 kompetansene ligger som vedlegg.

Association of Spiritual, Ethical, and Religious Values in Counseling (ASERVIC) er en divisjon av American Counseling Association (ACA) og konsentrerer seg om åndelige og religiøse temaer i terapi (ASERVIC, 2016a). ASERVIC har utviklet et sett med 14 kompetanser som også er ment å dekke en fullverdig kompetanse innen religion og åndelighet (Cashwell & Watts, 2010). Disse 14 kompetansene ligger også som vedlegg.

Den litteraturen jeg har funnet ser ut til å drøfte mye bakgrunn for, og potensielle ulike områder for, kompetanseutvikling innen religion og åndelighet. Hvis man ønsker å vite konkret hva dette innebærer peker referansene mot andre liknende artikler eller på omfattende bøker. Med bakgrunn i litteraturgjennomgangen for denne oppgaven kan det

se ut til at feltet tilbyr lite oppsummert konkret informasjon på akkurat hva det innebærer å oppfylle kravene for en kompetanse innen religion og åndelighet. Med utgangspunkt i de 30 noe overlappende kompetansepunktene til Vieten og kolleger (2013) og ASERVIC (Cashwell & Watts, 2010), har jeg forsøkt å skrive en oppgave som vil belyse følgende problemstilling: Hva innebærer det for en psykolog å ha kompetanse innen religion og åndelighet i klinisk praksis?

For å kunne besvare denne overordnede problemstillingen har jeg valgt å fordype meg i og oppsummere noe av den teorien og forskningen som kan ligge til grunne for blant annet de følgende 2 eksempler (av i alt 30) noe overlappende kompetansepunkter: «3) Psychologists are aware of how their own spiritual and/or religious background and beliefs may influence their clinical practice, and their attitudes, perceptions, and assumptions about the nature of psychological processes» (Vieten et al., 2013, p. 136). Og «6) The professional counselor can describe and apply various models of spiritual and/or religious development and their relationship to human development.» (Cashwell & Watts, 2010, p. 5).

For å gjøre dette på en så ryddig måte som mulig, vil jeg videre i innledningen først gjøre rede for noen sentrale begreper, og så for bakgrunnen for hvorfor jeg mener det er viktig for psykologer å rette fokus mot kompetanseheving innen religiøsitet og åndelighet i klinisk praksis. Denne bakgrunnen er noe omfattende, men svært sentral for en grunnleggende forståelse av status for klinisk kompetanse på åndelig og religiøs tro og praksis (ÅRTP) i Norge.

Definisjonsavklaringer

For å få en felles forståelsesplattform og for å tydeliggjøre innenfor hvilke rammer problemstillingen vil bli besvart, er det viktig å redegjøre for sentrale begreper.

Kompetanse. Fritt oversatt definerer Kaslow kompetanse som «et individs evne og demonstrerte ferdighet til å forstå og gjennomføre visse oppgaver på en passende og effektiv måte i overenstemmelse med forventede kvalifikasjoner for det individets utdanning og trening innen aktuell profesjon» (Kaslow, 2004, p. 774). I denne sammenhengen blir dette altså psykologens evne og ferdighet til å forstå den religiøse eller åndelige pasienten, samt gjennomføre effektiv psykoterapi på en passende måte.

Religiøsitet og åndelighet. Internasjonalt har begrepet *spirituality* fått en stadig mer sentral rolle i religionspsykologien. Fordi det fornorskede begrepet *spiritualitet* kan ha flere betydninger, blir den nærmeste norske oversettelsen *åndelighet* (Danbolt, 2014). På samme måte som med religion/religiøsitet finnes det svært mange forsøk på å definere åndelighet, samt forsøk på definere forskjeller og likheter mellom de to begrepene. Det ser ut til å være en konsensus blant flere forskere om at begrepene er distinkte men overlappende (Exline & Rose, 2013; Kapuscinski & Masters, 2010; Piedmont, Ciarrochi, Dy-Liacco, & Williams, 2009; Zinnbauer & Pargament, 2005; Zinnbauer et al., 1997).

Psykologene Zinnbauer og Pargament (2005) drøftet åndelighet og religiøsitet i en felles artikkel og kom frem til en enighet om at åndelighet kan forstås som søken etter det hellige. I følge Danbolt kan «*hellig* forstås som en symbolsk egenskap individer eller kulturer kan tilskrive objekter eller erfaringer som de forbinder med å skape mening, og som de forholder seg til med dyp respekt» (Danbolt, 2014, s. 21). Zinnbauer og Pargament er derimot uenige om hvordan religiøsitet best kan forstås i forhold til åndelighet. Zinnbauer argumenterer for at religiøsitet er åndelighet innenfor rammene av organisert religion, slik at åndelighetsbegrepet blir all søken etter det hellige utenfor disse rammene. Pargament argumenterer derimot for at religiøsitet er

mer omfattende enn åndelighet fordi det innebærer all søken etter mening ved hjelp av det hellige, slik at åndelighet alene ikke trenger å være meningsfull (Zinnbauer & Pargament, 2005).

Bartoli (2007) hevder at Shafranske og Sperrys definisjoner på åndelighet og religion representerer den vanligste posisjonen i forskningsfeltet. Shafranske og Sperry (2005) definerte religion/religiøsitet som en eksplisitt tilhørighet til en religiøs institusjon og dens tilhørende dogmer/læresetninger, mens åndelighet kan forstås som en persons individualiserte, indre verdibaserte tilknytning til det hellige, som til tider kan være brytende med organiserte religiøse institusjoner. Det er disse definisjonene jeg har valgt å støtte meg til når jeg i denne oppgaven omtaler religion og åndelighet.

Åndelig og religiøs tro og praksis (ÅRTP). Saunders, Miller og Bright introduserte begrepet *spiritual and religious beliefs and practises* og forkortet det *SRBP* (Saunders et al., 2010). Fordi dette begrepet omfatter nokså presist hva jeg, og kanskje også andre norske psykologer, mangler kompetanse på i klinisk praksis, har jeg oversatt det til *åndelig og religiøs tro og praksis* og vil benytte forkortelsen *ÅRTP* utover i oppgaven. I oppgaven vil jeg veksle mellom ordvalg og begrepene religion, åndelighet og ÅRTP etter kontekstuel behov.

Klinisk praksis. I denne oppgaven bruker jeg begrepet klinisk praksis som en samlebetegnelse for all anvendelse av psykologisk forskning, teori og kunnskap via systematisk kartlegging og psykoterapi for å forstå, forebygge og lindre psykiske lidelser og utfordringer, samt fremme subjektiv velvære og utvikling for individer (pasienter) og deres eventuelle pårørende.

Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis

Med intensjon om å fremme virksom effektiv psykologisk praksis og forbedre folkehelsen opererer Norsk psykologforening (NPF) med prinsipperklæringer om evidensbasert psykologisk praksis (EBPP), oversatt og tilpasset til norske forhold etter: American Psychological Association (APA) *Policy Statement on Evidence-Based Practice in Psychology* (APA, 2002). «Evidensbasert psykologisk praksis er integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål.» (NPF, 2007, para 3). I NPF sin prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis defineres *beste tilgjengelige forskning og klinisk ekspertise* samt pasientens *egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål*. I denne oppgaven er det kanskje særlig viktig å merke seg punktene i prinsipperklæringen som omhandler pasientens egenskaper og hva denne består av, blant annet «c) sosiokulturelle faktorer og familie- faktorer (f.eks. kjønn, kjønnsidentitet, etnisitet, rase, sosial klasse, *religion*, funksjonsstatus, familiestruktur og seksuell orientering).» Og deres ønskemål kan være «e) personlige preferanser, verdier og ønskemål knyttet til behandling (f.eks. målvalg, *tro*, *verdenssyn* og forventninger til behandlingen).» (NPF, 2007, para 11, min uthevning).

Å kunne inkludere *religion*, *tro* og *verdenssyn* der det er aktuelt i klinisk praksis, er altså inkludert i prinsipperklæringen til Norsk psykologforening for å drive EBPP.

Religion, åndelighet og kulturelt mangfold i Norge

Den 12.mai 2012 ble grunnloven endret og Norge fikk et sekularisert styresett. Kristendommen som utøves i den Norske Kirke, en evangelisk-luthersk kirke, endret seg da fra statens offisielle religion til Norges folkekirke, og støttes nå av staten på lik linje med alle andre offentlige godkjente tros- og livssynsamfunn (Grunnloven, 2012).

Dette skapte diskusjon i media, og enkelte utsagn anså dette som et endelig bevis for at religion nå var et tilbakelagt kapittel i Norges historie (Furseth, 2015a).

Ingrid Furseth (2015a) undersøkte religionssosiologiens to store teorier om religionens tilbakegang *eller* religionens tilbakekomst i offentligheten siden 1980-tallet, og så blant annet på faktorer som statistikk, religion i politikken, religion i mediene og stat og religion. Funnene tilsier først og fremst at en påstand om *enten eller* blir for unyansert. En noe komprimert konklusjon kan tyde på at det i løpet tiden fra 1988 til 2013 har skjedd en sekularisering i befolkningen i form av nedgang i religiøs tro og praksis, at det religiøse og åndelige mangfoldet har økt, og at religion i medier og i offentlige sammenhenger har blitt noe mer synlig (Furseth, 2015b). Selv om det er færre som erklærer seg for troende, er Norge altså i ferd med å bli et mer religionskomplekst samfunn.

Totalt utgjør mennesker med første eller andregenerasjons innvandringsbakgrunn 16,3% av Norges befolkning (Statistisk Sentralbyrå, 2016b). Siden rundt 2007 til i dag har det vært en svak eksponentiell økning i antall innvandrere til Norge (Statistisk Sentralbyrå, 2016a). Per i dag består denne gruppen mennesker av 43% arbeidssøkende, 33% med ønske om familiegjenforening, 14% asylsøkende og 10% som har innvandret i forbindelse med utdanning (Statistisk Sentralbyrå, 2016b).

Flyktningkrisen i Europa har skapt overskrifter i media i mange land de siste månedene. Selv om kun et fåtall av den store folkemengden på flukt i Europa har kommet til Norge, blir vi likevel berørt av krisen. Tall hentet fra Utlendingsdirektoratet (UDI) i perioden Januar - februar 2016 viser at nåværende beboere i asylmottak hovedsakelig kommer fra Syria og Afghanistan (UDI, 2016). Begge disse landene har Islam som hovedreligion.

I følge DeMarinis (2014) er det godt dokumentert at mennesker med innvandrerbakgrunn har økt risiko for å utvikle psykiske lidelser. Burgra og Gupta (2010) mener at mennesker som har eller har hatt flyktningstatus på grunn av fiendtlige og/eller voldelige forhold i opprinnelseslandet har særskilt økt risiko for utvikling av psykiske lidelser. Slike forhold kan medføre mulige traumatiske opplevelser før det ble nødvendig å flykte fra hjemlandet, og det kan ha oppstått en rekke vansker med kulturelle overganger både før, under og etter migrasjonsprosessen.

Som utøvende psykolog i klinisk praksis i Norge er det altså viktig å huske på at vi befinner oss i et samfunn som preges av et mindre homogent religiøst landskap, og økende grad av mangfold både med tanke på kultur og religiøs tilhørighet. Dersom erfaringer i forbindelse med flukt og kulturelle overganger kan tenkes å bidra til økt behov for behandling er det ikke usannsynlig at man som utøvende psykolog i klinisk praksis før eller senere vil møte på mennesker med tilhørighet til andre kulturer og livssyn enn det store flertallet i Norge.

Oversikt over antall troende i Norge

For å få et inntrykk av religiøsitet i befolkningen påpeker Furseth (2015a) at det er vanlig å se på tre mål. *Behaving* (religiøs adferd og praksis), *belonging* (tilhørighet til organisasjoner), og *believing* (rapportert tro). Disse tre målene er vanlige å se på fordi religiøsitet og åndelighet er vanskelig å operasjonalisere og ingen av målene alene kan gjenspeile en presis oversikt.

Religiøs adferd og praksis. Et mål på religiøs adferd og praksis i befolkningen er svært vanskelig å tallfeste, og skaper umiddelbart definisjonsproblemer. For eksempel ville kanskje flere sterkt religiøse argumentere for at all deres adferd er religiøs fordi de forsøker å leve etter Guds vilje. Det vanlige er derimot å se på adferd

direkte knyttet til religiøse felleskap som rituelle overganger, deltagelse i gudstjenester eller spørreundersøkelser om bønn. Livsfaseritualer ser ut til å være svært viktige for den norske befolkningen, og den Norske Kirke er fremdeles den organisasjonen som utfører flest konfirmasjoner, dåpsritualer og begravelser, mens deres andel av gjennomførte vigslar har falt til under halvparten (Stifoss-Hanssen, 2014). Når det gjelder bønn peker noen funn i retning av at omtrent halvparten av befolkningen ber regelmessig eller sjelden, mens den andre halvparten aldri ber (Stifoss-Hanssen, 2014). Furseth (2015a) konkluderer med at oversiktstall siden 1988 fra den Norske Kirke viser at det er det færre som døpes, færre som konfirmeres, færre som gifter seg og færre som begravnes. I tillegg er det færre som går og flere mennesker som aldri går til gudstjeneste hver måned.

Tilhørighet til organisasjoner. Det finnes ikke noe register i Norge over personer fordelt etter religion eller livssyn. Tallene statistikken til Statistisk Sentralbyrå (SSB) er basert på er antallet registrerte medlemmer i statskirken eller andre tros- og livssynssamfunn som mottar statlig støtte (Daugstad & Østby, 2009). Av dette følger at antall medlemmer i tros- og livssynssamfunn som ikke mottar statlig støtte ikke kommer med i beregningene fra SSB, og at det reelle antallet i befolkningen som har tilhørighet til tros- og livssynssamfunn derfor kan være høyere enn tallene som presenteres her i denne oppgaven.

Cirka 74,3% av befolkningen i Norge har registrert medlemskap i Den Norske Kirke (Statistisk Sentralbyrå, 2014). Cirka 11 % av Norges befolkning er med i et tros- eller livssynsfelleskap utenfor den Norske Kirke. Av disse er de to klart største gruppene andre kristne organisasjoner (53%) og muslimer (25,2%), mens ulike livssynsfelleskap, med Human-Etisk forbund som største gruppe, og andre religioner utgjør de resterende

prosentene (Statistisk Sentralbyrå, 2016c). Når en ser på tallmessig endring i registrert medlemskap i disse religiøse grupperingene siden 2011, ser man at Den Norske Kirke har minket med 3,7%, andre kristne organisasjoner har økt med 11,1%, Islamske trossamfunn har hatt en økning på hele 32,1%, mens medlemskap i andre minoritetsreligioner og livssynfellesskap har holdt seg relativt stabilt gjennom flere år (Statistisk Sentralbyrå, 2016c). Av dette kan vi lese at det fremdeles er svært mange mennesker i Norge med religiøs tilknytning, at de fleste har en tilhørighet til Kristendom, og at Islam er den religionen som har raskest økende tilslutning.

Rapportert tro. International Social Survey Programme (ISSP) er et internasjonalt forskningsprogram som gjennomfører større kontinuerlige spørreundersøkelser med fokus på sosialvitenskapelige fenomener (ISSP, 2016). I 2008 gjennomførte de en global undersøkelse om religion (ISSP, 2008). Tabellen under presenterer noen av funnene fra undersøkelsen gjengitt av Peter la Cour (la Cour, 2014b).

Din egen oppfattelse av Gud:	Norge	Danmark	Sverige	USA
Jeg tror ikke på Gud	18%	18%	19%	3%
Jeg vet ikke om det er noen Gud og jeg tror ikke det finnes noen mulighet for å finne ut av det	14%	14%	19%	5%
Jeg tror ikke på en personlig Gud, men jeg tror på en eller annen form for høyere makt	24%	25%	29%	10%
Noen ganger tror jeg på Gud, andre ganger gjør jeg ikke	7%	9%	7%	4%
Selv om jeg har min tvil så føler jeg at jeg at jeg tror på Gud	22%	20%	15%	17%
Jeg vet at Gud eksisterer og det er jeg slett ikke i tvil om	15%	13%	10%	61%

Tabell 1. Oversikt over oppfattelse av Gud i tre nordiske land og USA (N>1000 pr land)

Av denne tabellen kan vi lese at 68% av *nordmenn* tror på Gud eller en eller annen form for høyere makt, 14% vet ikke, 18% tror ikke.

Når vi ser tallene fra undersøkelsen som ble utført ved ISSP i sammenheng med oversikter fra SSB om medlemskap i ulike trossamfunn, samt norske menneskers deltakelse i religiøs praksis, kan det se ut som at religiøsitet og åndelighet også i dag er aktuelt for mange mennesker i Norge.

Selv om antall personer i befolkningen som har en religiøs tilknytning står frem som et viktig argument for betydningen av å trekke ÅRTP inn i terapirommet, så er det alene ikke nok for å argumentere for kompetanseheving blant psykologer innen ÅRTP som en del av klinisk praksis.

Sammenheng mellom religion og åndelighet og psykisk helse

Sammenhengen mellom religion, åndelighet og psykisk helse har vært gjenstand for forskning og undersøkelser i flere år (Bonelli & Koenig, 2013; Cornah, 2006). Det ser ut til at den generelle tendensen i forskningsfunnene er at ÅRTP har blitt forbundet med flere positive konsekvenser innen psykisk helse/velvære, samt noen psykologiske problemer.

Det finnes blant annet forskning som viser at ÅRTP bidrar til identitetsutvikling hos både ungdom og voksne (Fukuyama & Sevig, 2002; Magaldi-Dopman & Park-Taylor, 2010), til utvikling av deres subjektive verdensbilde (Arredondo et al., 1996; Leong, Wagner, & Tata, 1995), og reduserer sannsynligheten for å bedrive risikoadferd (McNamara, Burns, Johnson, & McCorkle, 2010). ÅRTP kan gi mening og trygghet for mange i vonde og vanskelige tider (Arredondo et al., 1996; Pargament, Ano, & Wachholtz, 2005). Funn fra studier gjennomført i USA viser at mer enn 80% av pasienter med vedvarende og alvorlige psykiske plager rapporterer at de bruker religion og/eller åndelighet aktivt for å mestre tilværelsen (Rogers, Poey, Reger, Tepper, & Coleman, 2002; Tepper, Rogers, Coleman, & Malony, 2001). Tilsvarende funn ser vi i

studier som har undersøkt bruk av religion og/eller åndelighet for å mestre tilværelsen blant alvorlig fysisk syke pasienter (Ausker, laCour, Busch, Nabe-Nielsen, & Mørk Pedersen, 2008; Fryback & Reinert, 1999). Videre regnes ÅRTP som en viktig aktiv ingrediens i programmer mot rusmisbruk og alkoholisme (Delaney, Forcehimes, Campbell, & Smith, 2009). ÅRTP kan være til hjelp når individ blir utsatt for indre og ytre stress (Pargament, Ano, et al., 2005; Park, 2005), og positiv religiøs mestring har blitt vist i en rekke studier å bidra til bedre håndtering av stress (Ano & Vasconcelles, 2005; Pargament, 1997; Pargament, Ano, et al., 2005; Pargament, Koenig, Tarakeshwar, & Hahn, 2004; Thorbjørnsen, 2014). I tillegg har det blitt funnet en sammenheng mellom ÅRTP og økt opplevelse av resiliens, mening, retning, velvære, og lykke (Fredrickson, 2002; Fry, 2000).

Selv om de fleste av funnene tyder på at ÅRTP har positiv innvirkning på psykisk helse, er det også noe bevis for skadelige effekter av ÅRTP på psykisk helse (Bonelli & Koenig, 2013; Exline & Rose, 2013; Pargament, 1997; Pargament, Murray-Swank, Magyar, & Ano, 2005). Blant annet har svært skrupuløse moralske holdninger/adferd og hyper-religiøsitet blitt funnet å være sentralt i noen tvangs- og psykotiske lidelser (Greenberg, Witztum, & Pisante, 1987). *Spiritual bypassing* eller *åndelig unngåelse* har blitt brukt som begrep når man unngår å adressere og bearbeide viktige psykologiske problem ved å misbruke religion og åndelig terminologi eller praksis (Cashwell, Glosoff, & Hammond, 2010). Ved å undersøke dette begrepet i forhold til utvikling og forekomst av psykiske problemer fant Cashwell, Bentley og Yarborough (2007) at åndelig unngåelse kan være en faktor i utviklingen av både angst og depresjon, særskilt der pasienten viser lav evne til oppmerksomt nærvær, aleksitymi og narsissistiske tendenser. Negativ religiøs mestring har blitt forbundet med nedsatt

evne til å håndtere stress (Ano & Vasconcelles, 2005; Pargament et al., 1990; Pargament, Smith, Koenig, & Perez, 1998), og religiøse/åndelige problemstillinger kan være i seg selv årsak til utviklingen av enkelte psykiske vansker, for eksempel ved tap av/tvil i tro, eller religiøs omvendelse (Lukoff, Lu, & Yang, 2011).

Adressering av ÅRTP i klinisk praksis

Rose, Westefeld og Ansely (2001) fant at selv i grupper som er mindre religiøse enn majoriteten i USA, ønsker flertallet av pasienter fremdeles at religiøse og åndelige problemstillinger adresseres i terapi. I en dansk undersøkelse ble 480 sykehuspasienter spurt om tanker om religion, og flertallet gav uttrykk for behov for samtale om eksistensielle og religiøse emner (Ausker et al., 2008). Foreløpig finnes det ingen tilsvarende publisert forskning på preferanse hos norske pasienter så vidt meg bekjent.

I tillegg til at pasienter kan ønske at religion blir adressert i terapi, anerkjenner de fleste psykologer at religion kan ha en viktig funksjon for generell psykisk fungering (Crook-Lyon et al., 2012), og spesifikt for flere av pasientene sine (Sheridan, Bullis, Adcock, Berlin, & Miller, 1992).

Hathaway, Scott og Garver (2004) undersøkte hvor mye religiøse og åndelige problemstillinger faktisk adresseres i løpet av terapiforløpet hos et utvalg av 332 psykologer fra ulike stater i USA. De fant at religiøse og åndelige problemstillinger adresseres i terapiforløpet med omtrent 30% av pasientene, og hevder basert på dette at neglisjering av ÅRTP forekom ofte nok til at det var bekymringsverdig. De konkluderte med at det mangler rutinemessig kartlegging av ÅRTP som en del av standard terapi. I en meta-analyse av samme problemstilling fant Walker, Gorsuch og Tan (2004) tilsvarende funn, at bare ca. 20% av psykologene adresserte ÅRTP med pasientene sine.

Basert på forskningen jeg har presentert her, kan det se ut som om status er at selv om pasienten ønsker at religion blir adressert i terapi, samtidig som at mange psykologer anerkjenner ÅRTP som et potensielt viktig område av normalmenneskelig fungering, blir ÅRTP allikevel ofte oversett og utelatt i klinisk praksis.

Kompetanseutvikling innen ÅRTP i klinisk praksis i USA og Norge i dag

Hvorvidt religion inkluderes som et relevant tema i utdanningen av nye psykologer vil trolig ha innvirkning på deres bevissthet rundt og holdninger til temaet (Reme, 2014). Med bakgrunn i informasjon og forskningsfunn presentert til nå, kan det se ut til at religion og åndelighet kan være betydningsfullt for mange. En skulle en dermed anta at psykologstudenter får den nødvendige undervisningen og treningen i løpet av utdannelsen til å utvikle kompetanse på å møte en pasients religiøsitet i klinisk praksis. Dette ser ikke ut til å være tilfellet. Flere internasjonale studier tyder på at kliniske psykologer får lite undervisning og trening i hvordan adressere religiøse og åndelige problemstillinger på en etisk og effektiv måte i klinisk praksis (Brawer, Handal, Fabricatore, Roberts, & Wajda-Johnston, 2002; Hage, Hopson, Siegel, Payton, & DeFanti, 2006; Magaldi-Dopman, 2014; Schafer, Handal, Brawer, & Ubinger, 2011; Schulte, Skinner, & Claiborn, 2002; Vogel, McMinn, Peterson, & Gathercoal, 2013).

I Norge ser situasjonen ut til å være den samme. En gjennomgang av studieplan og pensum ved fire store universitet i 2006 (gammel studieplan) viste at religion ikke var på fagplanen eller ble dekket gjennom pensum (Reme, Berggraf, & Anderssen, 2009). Ved å gjennomgå emnebeskrivelser etter endret studieplan ser det ikke ut til at religion blir dekket i større grad nå heller (Universitetet i Bergen, 2016).

Bakgrunnen for hvorfor jeg mener det er viktig å rette fokus mot kompetanseheving innen religiøsitet og åndelighet i klinisk praksis er altså: I. religion

og åndelighet er inkludert i NPFs prinsipperklæring for evidensbasert psykologisk praksis som vi som utøvende psykologer må forholde oss til, II. selv om flere har et sekularisert livssyn i dag enn tidligere er det religiøse og kulturelle mangfoldet i Norge i ferd med å øke, III. religion og åndelighet ser fremdeles ut til å være aktuelt for mange mennesker i Norge, og IV. forskningen tyder på sammenhenger mellom religion/åndelighet og en rekke positive konsekvenser innen psykisk helse/velvære, men også noen psykologiske problemer. Videre fordi V. pasienter ser ut til å ønske at religion og åndelighet blir adressert i terapi og flere psykologer anerkjenner det som et potensielt viktig område av normalmenneskelig fungering, men det neglisjeres likevel ofte i praksis, og til sist fordi VI. status på kompetanseutvikling innen religion/åndelighet i utdannelsen er tilsynelatende mangelfull både i USA og Norge.

Hoveddel

I samsvar med kompetanseutvikling i andre multikulturelle områder (Arredondo et al., 1996; Sue & Sue, 1999), ser det ut til at mye av det som finnes av forskning, teori, og forslag i litteraturen på kompetanseutvikling innen religion og åndelighet kan deles inn i tre deler (Bartoli, 2007; Cashwell & Watts, 2010; Hodge, 2011; Moreira-Almeida, Koenig, & Lucchetti, 2014; Vieten et al., 2013), Dette er *holdninger, kunnskap, og ferdigheter*. Viktige områder for hva det innebærer å ha kompetanse innen ÅRTP vil derfor også presenteres i tre deler. Disse delene vil eksempelvis besvare spørsmål som (1) Hva bør man være klar over av eventuelle egne holdninger og fordommer mot ÅRTP? Hvordan bør man forholde seg til slike fordommer? (2) Hva bør man kunne av teori og forskning på feltet for å forstå ÅRTP bedre? Og (3) Hva bør/kan man gjøre i klinisk praksis i møte med en pasients ÅRTP? Er det spesifikke ferdigheter man bør mestre for bedre å møte en pasient med et religiøst eller åndelig livssyn?

Når disse delspørsmålene er presentert er det viktig å nevne at denne oppgaven ikke er gjennomført som en systematisk kunnskapsoppsummering av all tilgjengelig litteratur, og at en konsekvens av dette er at det kan være noe litteratur som ikke er inkludert. Ei heller er denne måten å belyse hva det innebærer for en psykolog å ha kompetanse innen religion og åndelighet i klinisk praksis den eneste måten å besvare en slik problemstilling på. Det er heller et forsøk på å gi konkrete forslag til kompetanseheving i samsvar med Vieten og kollegers (2013) og ASERVICs (Cashwell & Watts, 2010) punktlister.

1. Holdninger

Bartoli (2007) redegjør i sin artikkel om religiøs og åndelig kompetanseutvikling for farene ved negative holdninger og fordommer, og hevder at psykologens holdninger til ÅRTP påvirkes av tre faktorer. Dette er psykologens profesjonelle tilnærming til ÅRTP, psykologens personlige religiøse eller åndelige bakgrunn, og psykologens synspunkter på sammenhengen mellom ÅRTP og psykisk helse. Verdiladningen i disse tre faktorene av psykologens holdninger til ÅRTP vil kunne påvirke hvordan vi ordlegger oss til pasienten, hvor villige vi er til å stille oppfølgingsspørsmål og hvordan vi vurderer ulike situasjoner i terapi. Dersom verdiladningen er negativ og psykologen har negative holdninger og fordommer mot ÅRTP kan det ha skadelige effekter for samarbeid og allianse mellom psykolog og pasient i terapien (Bartoli, 2007).

For å hindre feilaktige og lite hensiktsmessige vurderinger bør det å bli kjent med eventuelle egne holdninger og fordommer være en prosess som kontinuerlig reflekteres over i klinisk arbeid med pasienter.

Religiøsitet blant psykologer. I samsvar med den såkalte «faglige-distansehypotesen» som hevder at fagområder som befinner seg lenger vekk fra religion, i mindre grad skaper indre konflikt hos deres respektive fagfolk enn fagområder som ofte overlapper med religion, ulike livssyn og tradisjoner (Lehman & Shriver, 1968), tyder forskningen på at psykologer er mindre religiøse enn fagfolk fra de fleste andre akademiske disipliner (Larson & Witham, 1997; Leuba, 1916). Det er også forskning som tyder på at vi på gruppenivå er mindre religiøse enn befolkningen generelt både i USA (Delaney, Miller, & Bisonó, 2013) og i Norge (Bergersen, 1995).

Hverken i utdanningstiden eller i arbeidstiden ser det altså ut til at vi er representative for den generelle religiøse og åndelige prevalensen i befolkningen. Det kan tenkes at det som et resultat av å være mindre religiøs, samt en tilsynelatende mangelfull undervisning og trening i religiøse og åndelige temaer, blir til at vi kanskje snakker mindre om ÅRTP, anser det som mindre viktig, og/eller rett og slett bærer med oss fordommer mot mennesker med et religiøst eller åndelig livssyn.

Fordommer mot religion og åndelighet blant psykologer? Som nevnt innledningsvis anerkjenner de fleste psykologer at ÅRTP kan ha en viktig funksjon for generell psykisk fungering (Crook-Lyon et al., 2012), og spesifikt for flere av pasientene sine (Sheridan et al., 1992). I tillegg fant Reme, Berggraf og Anderssen (2009) i en landsomfattende undersøkelse av norske psykologstudenters holdninger til religion i psykologien, at nesten 80% av studentene svarte at de ønsket religion som tema inn i undervisningen, samt avkreftet påstander om at religion ikke er relevant for psykologifaget.

Likevel ser det ut til at mange psykologer har både implisitte og eksplisitte fordommer mot religion og åndelighet. For eksempel har det blitt funnet at psykologer

kan vurdere pasienter med religiøs og åndelig tilknytning som mer psykisk syke, og at de kan gi dem dårligere prognose enn pasienter med sekularisert livssyn (O'Connor & Vandenberg, 2005; Ruff, 2008). I samme undersøkelse som nevnt ovenfor fant Reme også at omtrent 15% av studentene rapporterte opplevelser av negative holdninger fra forelesere gjennom direkte latterliggjøring av religiøse mennesker i undervisningen (Reme et al., 2009). Det er altså grunn til å anta at det finnes fordommer mot ÅRTP blant psykologer.

Som nevnt tidligere kan psykologens fordommer mot ÅRTP skade den terapeutiske alliansen på en slik måte at religiøse og åndelige temaer blir ukomfortable og utrygge å diskutere for pasienten i terapi (Bartoli, 2007). Dette er selvsagt noe man som psykolog ønsker å unngå.

Bartoli (2007) tilbyr konkrete forslag til hvordan man kan gjøre seg bedre kjent med sine egne, samt håndtere de på en slik måte at de ikke vil svekke den terapeutiske alliansen mellom psykolog og pasient. Blant annet hevder hun at man som psykolog bør gjennomgå hva man vet om religion og åndelighet og forsøke å finne ut om det ligger positive eller negative ladninger i den kunnskapen, undersøke sin egen religiøsitet/åndelighet/sekulariserte livssyn med historisk og relasjonell kontekst, og undersøke hvilke tanker og holdninger som eksisterer rundt forholdet mellom religiøsitet og åndelighet og mental helse for så å realitetsorientere dem gjennom den tilgjengelige forskningslitteraturen.

2. Kunnskap

Hvis statistikken på antall troende i landet vårt gjenspeiler den faktiske status, er det naturlig å tenke at religiøse og/eller åndelige temaer på et tidspunkt vil dukke opp i møtet mellom psykolog og pasient i klinisk praksis i Norge. Når dette skjer er det

selvsagt hensiktsmessig for den praktiserende psykologen å ha en viss kunnskap om åndelighet og religion for å få en generelt bedre forståelse for pasienten. Som nevnt innledningsvis finnes det svært mange teoretiske utspring i religionspsykologien, og litteraturen som forsøker å beskrive/forstå religion og åndelighet er meget omfangsrik. Det vil derfor bli umulig å oppsummere all relevant teori i en oppgave som denne. Med bakgrunn i den forståelsen jeg har opparbeidet meg gjennom grundig litteraturgjennomgang, vil jeg heller forsøke å fremheve den teorien og forskningen jeg opplever som særskilt relevant og viktig for en grunnleggende forståelse av religion og åndelighet i klinisk praksis i Norge.

Kunnskap om grunnleggende teologi og livssyn. Det er godt dokumentert at en god terapeutisk allianse en viktig faktor for et positivt resultat av behandlingsforløpet (Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds, & Horvath, 2012; Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000). I sin forskningsartikkel om terapeutisk allianse og flerkulturalitet argumenterer Melba Vasquez for at alliansen blir sterkere når psykologen forstår mer av pasientens perspektiv og verdenssyn. Derfor er det viktig at man tilegner seg så mye kunnskap om pasientens verdimeslige, normbaserte og kulturelle tilhørighet som mulig; for å styrke alliansen, unngå stereotypering og forstå normal og avvikende varians (Vasquez, 2007).

Som nevnt i den delen av oppgaven som beskriver religion, åndelighet og kulturelt mangfold i Norge, befinner vi oss i et land med et økende religiøst mangfold. Det vil være svært tidkrevende og ambisiøst å tilegne seg en grundig teologisk trosforståelse for samtlige religioner og andre livssynssamfunn. Reme (2014) argumenterer derfor for at det vil være hensiktsmessig å for en psykolog å fordype seg i en eller to religioner. De to religionene med størst tilslutning i Norge er Kristendom og

Islam (Statistisk Sentralbyrå, 2016c). For en psykolog å øke kunnskap innen religion og åndelighet i Norge, vil det kanskje derfor være hensiktsmessig å lære seg grunnleggende teologi i en av eller begge disse religionene. Eventuelt må man sette seg inn i aktuell religion når man møter på den i behandlingsrommet. En gjennomgang av grunnleggende teologi for Kristendom og Islam blir for omfangsrik for denne oppgaven, men det finnes god litteratur på hva som er aktuelt å lære seg av terminologi, symbolikk, ritualer, læresetninger og andre grunnleggende elementer i de ulike religionene for klinisk praktiserende psykologer. Blant annet tilbyr Richards og Bergin i boken *Handbook of psychotherapy and Religious diversity* en oversikt over hvordan man kan drive forsvarlig og effektiv psykoterapi med pasienter fra ulike religioner (Richards & Bergin, 2000).

Ekstraordinære erfaringer og psykopatologi. Austad (2014) omtaler *ekstraordinære erfaringer* som noe som avviker fra forventet erfaring i en gitt kontekst, eller opplevelser uten vanlig vitenskapelig forklaring. Wulff (2000) kaller dette mystiske opplevelser. Dette kan være tungetale, erfaring av dødes nærvær, healing, møter med engler, og mye mer, og de oppstår for mennesker med både sekulariserte og religiøse livssyn. Estimerer på hvor mange som opplever dette er avhengig av hvordan erfaringene defineres i spørreundersøkelsene. I følge de studiene Austad (2014) presenterer fra USA og Storbritannia har det blitt funnet at mellom 30-70% av befolkningen har hatt minst én slik erfaring.

Ekstraordinære erfaringer er viktig å ha med som noe en psykolog bør kjenne til i møte med en pasients åndelige og religiøse tro og praksis, både fordi slike ekstraordinære erfaringer kan være av viktig betydning for pasienten og fordi disse opplevelsene kan bli forbundet med symptomer på psykopatologi (Wulff, 2000). Med

bakgrunn i tidligere presentert forskning om sannsynlig eksisterende fordommer og manglene kunnskap blant norske psykologer (Reme et al., 2009), er det kanskje spesielt viktig. Det finnes dokumenterte tilfeller der pasienter har blitt ignorert eller sykelliggjort, eller blitt innlagt eller medisinert fordi de hadde beskrevet en ekstraordinær opplevelse (Vieten et al., 2013). Undersøkelser med deltakere uten psykiske problemer tyder derimot på at det er liten sammenheng mellom ekstraordinære erfaringer og psykopatologi, og at enkelte slike erfaringer, eksempelvis å høre stemmer, er en relativt vanlig menneskelig erfaring (Austad, 2014).

Det kan være vanskelig å skille harmløse ekstraordinære erfaringer fra psykopatologiske symptomer. For å forholde seg til slike erfaringer i skjæringsfeltet mellom psykiatri og religion argumenterer Austad for å rette fokus mot den beskrevne erfaringens funksjon fremfor innhold. I følge henne vil det kunne åpne opp for nye måter å skille mellom hvilke erfaringer som er ønskelige for pasienten og hvilke som er problematiske, samt gi nye innfallsvinkler til hvordan adressere ekstraordinære erfaringer i terapi (Austad, 2014). Et hypotetisk eksempel kan være en pasient som beskriver en intens opplevelse av at Gud talte til ham. Fremfor å undersøke hva som ble sagt, hvordan og hvorfor, og deretter vurdere det som en for eksempel feiltolkning av sanseinntrykk eller en auditiv hallusinasjon, kan man undersøke hvilken betydning denne opplevelsen har for pasienten, samt hvilken effekt den har hatt på hans funksjonsnivå. Ved å flytte fokus fra innhold til funksjon kan man åpne opp for nye innfallsvinkler til hvordan man kan adressere ekstraordinære erfaringer i behandling.

Det man bør ta med seg fra denne delen er altså en visshet om at ekstraordinære opplevelser både i og utenfor religiøs tro er relativt vanlig, at man bør undersøke om de

er problematiske eller ønskelige for pasienten, og at man bør være varsom med å vurdere disse ekstraordinære erfaringene til symptomer på psykopatologi.

Religiøs utvikling. Det kan være svært nyttig å ha en grunnleggende forståelse for generell religiøs utvikling i møte med en pasients ÅRTP i klinisk praksis. Særsilt fordi religiøsitet og åndelighet ikke nødvendigvis er statiske fenomen, men kan være foranderlige med individets utvikling og livsforløp (McCullough, Enders, Brion, & Jain, 2005). I teksten *Den religiøse tros utvikling* redegjør Peter la Cour for noen betydningsfulle religiøse stadieteorier for å illustrere hvordan religiøs tro kan utvikle seg med årene. Han bemerker med dette at disse teoriene er utarbeidet i en annen tid i en annen kultur, og vil derfor være mest relevant for mennesker oppvokst i religiøse omgivelser med et erklært forhold til religion.

James Fowlers (1981) religiøse stadieteori har tatt utgangspunkt i de store stadieteoriene til Piaget, Erikson og Kohlberg (Passer & Smith, 2004) og opererer med 7 stadier rangert fra 0 til 6. Han mener at mennesker går igjennom disse stadiene i stigende rekkefølge, men at det er vanlig å stoppe opp på et bestemt stadie som ikke nødvendigvis er det siste. Disse stadiene strekker seg fra *udifferensiert tro* i spebarnsalder til *universaliserende tro* som bare et fåtall mennesker oppnår ved å oppgi selvet for fellesskapets skyld. Stadiene imellom er fylt med hva Fowler vurderer som aldersadekvate innsikter i mentalisering, moral, relasjoner, samhold, konflikt, abstrakte begreper og aksept for tilværelsens gråsoner. Problemene kan oppstå ifølge Fowler når man er fastlåst for lenge i et stadie, eller i overgangene mellom dem (gjengitt i la Cour, 2014a).

Hans Streib (2001) er uenig med Fowlers fremstilling av de ulike stadiene som endelige og fastlåst i rekkefølge, og mener at det er mer rettmessig å fremstille tros-

stilartene med glidende overganger der det alltid vil være spor av andre stilarter. Han navngir stadiene på nytt, men den generelle utviklingen ser ut til å være i samsvar med normalmenneskelig utvikling, samt at religiøsitet beveger seg fra en form for umoden til moden tro (gjengitt i la Cour, 2014a).

I en annen tekst belyser Sigrid Haug (2014) det terapeutiske møtet med pasienters religiøsitet. I stedet for å fokusere på religiøse stadier i livsforløpet omtaler hun religiøs utvikling i lys av Ricoeurs hermeneutiske modell.

Paul Ricoeur (1970) mente at religiøs utvikling beveger seg fra *den første naiviteten*, som kjennetegnes av psykologiske konflikter, samt behov og forestillinger fra barndommen, til den *andre naiviteten (second naïveté)*, som er en mer moden tro og kjennetegnes av man bevisst og rasjonelt kan utsette troen sin for kritikk og utfordring slik at man på nytt kan hengi seg til gledene ved å tro. Dette skjer først gjennom *mistanke*, der man avkoder og utforsker problematiske deler ved troen sin. Så gjennom *gjenreisning* der man gjenoppretter mening i vid forstand. I følge Haug (2014) gjøres dette i terapi gjennom å vise omsorg for pasientens virkelighet, å lytte på et emosjonelt nivå, å vise ekte åpenhet i samspillet med pasienten, og å anerkjenne symbolenes intensjoner. Sistnevnte handler om å ta på alvor ulike meningsbærere i pasientens virkelighetsoppfatning, som kan være alt fra kosmiske begreper, som himmelen, til ritualer, som håndvask, til handlinger, som bruken av religiøse klesplagg, og andre former for trosuttrykk.

Hvis man som utøvende psykolog i klinisk praksis er opptatt av utviklingsstadier og kjenner seg dyktig nok til å hjelpe pasienter med disse overgangene, kan det være hensiktsmessig å gjøre seg mer kjent med en av de presenterte utviklingsteoriene for bedre å forstå hva det er pasienten kan oppleve som problematisk i sin religiøse

utvikling. Eventuelt kan man ta utgangspunkt i Ricoeurs modell for religiøs utvikling å hjelpe pasienten til å få en mer moden tro, dersom det vurderes som relevant for pasientens problematikk.

Positiv og negativ religiøs mestring. I følge store medisinske leksikon blir *mestring* definert som «en persons evne til å håndtere livshendelser, situasjoner og påkjenninger som overstiger det som kan klares på ren rutine» (Malt, 2009). Med andre ord kan man si at det er evnen til å tilpasse tanker og adferd etter spesifikt indre og ytre stress. Denne mestringsevnen er nært beslektet med evnen til generell problemløsning, og emosjonell reguleringsevne (Folkman & Lazarus, 1988). Selv om det finnes flere teorier og mye forskning på mestringsbegrepet, er det Richard Lazarus' kognitive og adferdsmessige prosessmodell for å forstå og beskrive stress og mestring som er den mest omfattende og anvendte teori per i dag (Lazarus & Folkman, 1984; gjengitt i Thorbjørnsen, 2014).

I løpet av profesjonsutdannelsen i psykologi møter man på dette begrepet på tvers av fag og psykologiske felt, og det både understrekes og oppleves som viktig i de fleste sammenhenger. Ofte kan jo noe av årsaken til at mennesker oppsøker psykologisk hjelp være at de vanlige etablerte mestringsstrategiene i hverdagen har sluttet å være effektive, at situasjoner har endret seg uten pasienten alene er i stand til å tilpasse mestringsstrategiene, eller at effekten av etablerte mestringsstrategier ikke lenger er ønskelige. Jeg mener derfor at å fokusere på religiøs mestring i møte med en pasients ÅRTP kan være hensiktsmessig.

Psykologen Kenneth Pargaments beskrivelse av religiøs mestring kan forstås som en tredelt definisjon: (1) En søken etter det signifikante; bla. mening i livet, emosjonell trøst, personlig kontroll, helse og spiritualitet, (2) i tider der man har det

vanskelig og stressende, (3) ved hjelp av det som er hellig (Pargament et al., 1998). Ved å bygge videre på blant annet Lazarus' prosessmodell for stress og mestring har Pargaments teori om *religiøs mestring* blitt en av de ledende teoriene innenfor dagens religionspsykologiske felt (Pargament et al., 1990; gjengitt i Thorbjørnsen, 2014). I denne mestringsprosess fremhever Pargament syv elementer som hver oppfyller en separat og viktig rolle. I følge Pargament vil religiøsitet entre denne mestringsprosessen på flere måter. For å jobbe med et problem i terapi er det viktig å vite hvor det oppstår. Dersom pasienten har problemer knyttet til sin ÅRTP kan en systematisk undersøkelse av hans/hennes mestringsprosesser gi en bedre forståelse av pasientens problematikk. Under vil jeg gjennomgå hva disse syv elementene er, som gjengitt av Thorbjørnsen (2014), og gi relevante eksempler på hvordan de kan ha religiøs karakter.

1. *Stressor(er)* er av subjektiv betydning for den enkelte, kan være alt fra en liten ergrelse til en livsforandrende hendelse og er hva som utløser mestringsprosessen. Eks. usikkerhet knyttet til en hellig skrift, religiøs omvendelse, tanker om livet etter døden o.l.
2. Subjektiv *vurdering* av stressorens betydning for den enkelte. Eks. Et individ som anser seg selv som kristen vil kanskje vurdere usikkerhet knyttet til en bibeltekst som en mer betydningsfull stressor enn en humanetiker.
3. Subjektiv *vurdering* av den enkeltes tilgjengelige ressurser og mulige mangler for å mestre stressoren. Eks. Å tro at Gud ikke vil utsette noen for mer enn de kan tåle vil kanskje hjelpe for håp og utholdenhet hos et individ i motgang. Å ha en svært skrupuløs holdning til adferd vil kanskje sette begrensninger for evnen til å tilpasse seg nye situasjoner.

4. Begge disse vurderingene gjøres ved hjelp av den enkeltes *orienteringssystem*. Dette er individets referanseramme som blant annet består av verdier, vaner, forestillinger, relasjoner og personlighet. Eks. Religiøs oppdragelse, gudebilder og gudsrelasjon.
5. Etter en slik vurdering vil den enkelte delta i ulike *mestringsaktiviteter*. Disse kan ha flere ulike former og kan rettes både utover mot situasjonen/stressoren og innover mot personens respons. Enhver mestringsdeltakelse vil ikke automatisk være konstruktiv og rasjonell, men kan også være ineffektiv og til tider skadelig for et positivt mestringsutfall. Eks. Å gå i sjelesorg, be, delta i diverse religiøse ritualer og gudstjenester, og lese i religiøse tekster.
6. *Resultat* av mestringsprosessen kan være mye forskjellig. De kan være av psykologisk, situasjonell, fysiologisk eller sosial karakter, kort- eller langvarige, positive eller negative eller en blanding av det meste. Eks. endring/utvikling i tro, tilslutning til religiøse trossamfunn, styrking/svekking av relasjonen til Gud eller sosiale nettverk i trossamfunnet o.l.
7. Til slutt vil hele mestringsprosessen *vurderes* av den enkelte om den virker med ønskelig effekt. Eks. vurdering av den enkeltes religions relevans for prosessen.

Hele denne mestringsprosessen kan være mulig kilde til både bedring og forverring av pasientens situasjonen. Ved å undersøke hvilke faktorer som fører til bedring og hvilke som fører til forverring utarbeidet Pargament, Smith, Koenig og Perez (1998) et spørreskjema ved navn Brief RCOPE som måler religiøs mestringsprosessen, og identifiserte to mestringsmønstre.

Et positivt religiøst mestringsmønster består i kjærlige religiøse fortolkninger, å søke Guds kjærlighet og støtte, søke hjelp fra Gud når en møter egne begrensninger, forsøke å styrke den åndelige relasjonen til Gud, be om tilgivelse for feilaktig adferd,

forsøke å flytte fokus fra egne problemer over på religiøse budskap, søke hjelp fra mennesker i tilhørende menighet og tilby religiøs hjelp til andre (Pargament et al., 1998).

Et negativt religiøst mestringsmønster består i straffende religiøse fortolkninger, å lure på om Gud har forlatt en samt grubling over adferden som kan ha forårsaket dette, tro på at djevelen er skyld i hendelser i livet, å betvile Guds makt, og å lure på hvorfor menneskene i tilhørende menighet har forlatt en (Pargament et al., 1998).

I likhet med rådene Austad gav for å håndtere ekstraordinære erfaringer i terapirommet, kan det å undersøke hvordan religiøsitet kan fungere som mestring for et individ flytte fokuset fra religionens *innhold* til dens *funksjon* (Thorbjørnsen, 2014). I samsvar med Danbolts definisjon på religionspsykologi åpner dette for muligheten til å undersøke hvordan religion kan påvirke individet (Danbolt, 2014).

Etiske og juridiske problemstillinger. I de ulike religionene finnes det ofte forskjellige læresetninger som er ment å legge føringer for menneskelig adferd, og hvis dette fremstår som problematisk for pasienten kan det oppstå etiske og juridiske problemstillinger i terapi (Vieten et al., 2013). For psykologen å unngå en patroniserende eller belærende tone kan det være viktig å forsøke å forstå hvorfor enkelte tema kan være ekstra vanskelig i lys av religionens tilhørighet. Dette kan være tema som abort, seksuelle lyster, bekledning, vaksiner, med mer. I tillegg til å kunne noe om kunnskap om hva religionen *faktisk* sier om disse temaene kan det være hensiktsmessig å vite spesifikt hva norsk lov sier om f.eks rett til svangerskapsavbrudd, kvinners rettigheter, ekteskap mellom mennesker av samme kjønn, medisinske intervensjoner for barn, med mer. Eksempelvis er det lov i Norge med omskjæring av gutter ved samtykke av foresatte samt gutten selv (Lov om rituell omskjæring av gutter,

2014), men ikke jenter (Straffeloven, 2011). Dette på grunn av alvorligheten i inngrepet og helsemessige konsekvenser.

Som psykolog med intensjon om å fremme en god allianse bør man så langt det er mulig forsøke å forstå og ta hensyn til pasientens religiøse ståsted (Vasquez, 2007). Dette gjelder derimot ikke når religiøse læresetninger strider med norsk lov. Som autorisert helsepersonell er vi bundet av loven, og plikter å opplyse andre aktuelle instanser ved fare for pasientens- og hans/hennes pårørendes liv og helse (Helsepersonelloven, 1999).

3. Ferdigheter

Saunders og kolleger (2010) har foreslått fire kategorier for ulike tilnæringer til åndelighet og religion i terapirommet for en psykolog. Den første er *behandling med åndelig unngåelse*, som handler om unngåelse av samtaler om religion og åndelighet. Den andre er *direkte åndelig psykoterapi*, som handler om å forsøke å opprettholde eller endre pasientens tro. Den tredje er *integrert åndelig psykoterapi*, som handler om å bruke ÅRTP som en del av psykoterapien. Den fjerde og siste er *behandling med åndelig bevissthet*, som handler om eksplisitt adressering av ÅRTP og hvordan det er relatert til henvisningsgrunn, samt å undersøke hvorvidt ÅRTP kan være til hjelp eller hinder for bedring (Saunders et al., 2010).

Med bakgrunn i informasjonen presentert til nå, mener jeg i likhet med Saunders og kolleger at *behandling med åndelig unngåelse* er en mindre forsvarlig tilnærming, og at autoriserte psykologer minst burde være i stand til å drive *behandling med åndelig bevissthet*.

I denne delen av oppgaven vil jeg presentere hva man kan eller bør gjøre, og hvilke mulige ferdigheter man bør mestre for å bedre møte en pasients åndelighet og religion i behandlingsrommet.

Generelle basisferdigheter. Kaslow (2004) mener at grunnleggende og generelt i psykologkompetansen ligger ferdigheten til å intervju på en respektfull, ikke dømmende, lyttende og passende måte, samt ferdigheten til å forstå på en empatisk måte, og ferdigheten til å kommunisere genuint. Alle disse ferdighetene er sannsynligvis viktig for å fremme en god terapeutisk allianse, og derfor viktig i møtet mellom psykolog og pasient.

Saunders og kolleger (2010) nevner at andre viktige kompetanser for en psykolog å mestre for å forholde seg til pasienters åndelighet og religiøsitet på en god måte er: en god forståelse for og anvendelse av etikk og etiske fremgangsmåter i terapi i de fleste situasjoner, forståelse for kulturelt mangfold og hvordan tilnærmet like stressorer kan påvirke individer på svært forskjellig måte, forståelse for at egne holdninger og bias kan påvirke samarbeidet i terapien, og ferdighet til å samarbeide med andre relevante instanser for pasienten. Videre antar de at disse kompetansene mest sannsynlig er tilstede hos de aller fleste autoriserte psykologer, og regner de som basiskompetanser eller basisferdigheter.

Dersom dette stemmer kan man si at flere av kompetansepunktene til Vieten og kolleger (2013) og ASERVIC (Cashwell & Watts, 2010) dekkes i utdanningen i Norge ved å legge dem frem i undervisningen og treningen som mer generelle ferdigheter en psykolog bør mestre. Med bakgrunn i egen erfaring og observasjon av andre studenter ved universitetets poliklinikker og eksternpraksis vil jeg si meg enig i at de aller fleste av oss mest sannsynlig mestrer det Saunders og kolleger (2010) regner som

basiskompetanser. Dersom vi på et tidspunkt i utdanningen hadde blitt gjort oppmerksom på generaliseringspotensialet i disse basiskompetansene til åndelige og religiøse temaer, kan det hende at færre psykologer ville unngått slike temaer i senere klinisk praksis. Enda bedre ville det vært om religiøse og åndelige temaer ble tatt opp konkret i treningen og undervisningen i utdannelsen. Enten i form av litteratur, forelesninger eller ved å inkludere «den religiøse pasient» i et rollespill for øvelse i basisferdigheter spesifikt knyttet til åndelige og religiøse problemstillinger.

Kartlegging av ÅRTP i klinisk praksis. Som nevnt innledningsvis finnes det ingen standard prosedyre for kartlegging av åndelige og religiøse temaer i terapi (Hathaway et al., 2004). Derimot finnes det flere forslag på hvordan en kan gjøre dette på en hensiktsmessig, sensitiv og effektiv måte (Hodge, 2006; Moreira-Almeida et al., 2014; Pargament et al., 1998; Saunders et al., 2010).

Moreira-Almeida, Koenig og Lucchetti (2014) gjennomførte en systematisk gjennomgang av funn og praktiske retningslinjer for å integrere åndelighet og religion i klinisk praksis, og fant at den mest anvendte og anbefalte metoden er å undersøke pasientens åndelige historie. Det vil si å undersøke hvordan ulike dimensjoner av religion og åndelighet som tro, ritualer, åndelige forbindelser, mystiske erfaringer, og relasjon til religiøse felleskap har oppstått og utviklet seg i løpet av pasientens liv. Videre anbefaler de to ulike kartleggingsverktøy for å kunne undersøke dette: FICA og Royal College of Psychiatrists Assessment (Moreira-Almeida et al., 2014).

Saunders og kolleger (2010) presenterte tre kategorier av spørsmål som kan være viktige for å drive *behandling med åndelig bevissthet*. Den første kategorien inneholder generelle spørsmål om holdninger, tro, og adferd. Eksempel: Er åndelighet eller religion viktig for deg? Den andre kategorien undersøker den mulige sammenhengen mellom

ÅRTP og henvisningsgrunn. Eksempel: Tror du at grunnen til at du søker hjelp nå har påvirket forholdet ditt med Gud, eller omvendt? Herunder kan det og være nyttig å undersøke hvor pasienten er i sin religiøse utvikling, og om dette kan være medvirkende årsak til problemutvikling. Den siste kategorien undersøker hvorvidt åndelig eller religiøs tilknytning kan være til hinder eller hjelp for behandlingen. Eksempel: Er det medlemmer i ditt religiøse fellesskap som kan være en potensiell ressurs for deg når du går gjennom dette? Sistnevnte kategori er nært beslektet med Pargaments og kollegers (1998) to mestringsmønstre.

Det er altså viktig å undersøke hvor stor betydning ÅRTP har hatt og fremdeles har i livet til pasienten: for å forstå hans/hennes verdensbilde, for å finne ut av om det er spesifikt knyttet opp til henvisningsgrunn, og for å vite om pasienten har et positivt eller negativt religiøst mestringsmønster. Uavhengig om pasienten svarer ja eller nei på innledningsspørsmålet: «Er åndelighet eller religion viktig for deg?», kunne det vært hensiktsmessig å inkludere det som et standard punkt i anamnesen.

Identifisering og adressering av problemer knyttet til pasientens ÅRTP.

Ved å tilegne seg denne oppgavens presenterte teoretiske og forskningsbaserte kunnskapsbase innen ÅRTP, og benytte seg av presenterte kartleggingsverktøy og anbefalte spørsmål om ÅRTP i klinisk praksis, vil man som psykolog i møte med en religiøs pasient mest sannsynlig forstå bedre hvordan ÅRTP påvirker den enkelte pasientens problematikk. Slik vil man forhåpentligvis også være i stand til å identifisere spesifikke religiøse utfordringer. Eksempelvis kan dette være: tap av eller tvil i tro (Lukoff et al., 2011), angstfremkallende tanker om himmel og helvete (Richards & Bergin, 2000), spesifikke ineffektive religiøse mestringsaktiviteter (Thorbjørnsen,

2014), et generelt negativt religiøst mestringsmønster (Pargament et al., 1998), stagnering i religiøs utvikling (Ricoeur, 1970), med mer.

Når som behandler man har fått en bedre forståelse for hvordan ÅRTP er unikt for denne enkelte pasienten, gjelder det å finne ut av hvordan denne forståelsen kan eller må integreres i behandlingsforløpet. Hvordan integreringen gjennomføres kommer an på pasientens problematikk. Fordi disse problemene kan være mange og av forskjellig omfang er det svært utfordrende å si noe generelt om adressering av problemer knyttet til pasientens ÅRTP. En systematisk gjennomgang av alle mulige problemer knyttet til en pasients ÅRTP ville vært for omfattende for en slik oppgave som denne. Så jeg må igjen nevne boken til Richards og Berkin (2000) som en nyttig kilde til spesifikk informasjon.

I USA har man gjennomført mange studier av hva Saunders og kolleger (2010) kaller *åndelig direkte psykoterapi* og *åndelig integrert psykoterapi*. Eksempler på dette gis i artiklene til Hodge (2004), og Richards og Worthington Jr. (2010). Opptil flere av de presenterte studiene i disse to artiklene, av evidensbasert psykoterapi med integrerte elementer fra ulike religioner, ser ut til å ha lovende resultater. Imidlertid problematiseres det ofte eksempelvis at deltakere er for få, operasjonalisering av begreper er for varierende og den generelle mengden av forskning som oppfyller kriteriekrav for god evidens er for liten (Hodge, 2004; Richards & Worthington Jr, 2010).

I Norge er studier med *åndelig integrert psykoterapi* tilsynelatende få, men Reme (2014) nevner en norsk studie der religionstilpasset behandling for en gruppe behandlingsresistente depresjonspasienter med religiøs tilknytning viste gode resultater. Reme påpeker videre at denne typen behandling bør oppfylle standard krav til evidens

før de kan brukes på lik linje som annen psykologisk behandling, men at det kanskje kan være et «uoppdaget potensial for fremskritt i behandlingsforskningen dersom religiøse og eksistensielle aspekter i større grad inkluderes og integreres i behandlingen» (Reme, 2014, p. 380).

Som nevnt tidligere i oppgaven (s.38) er det sannsynlig at psykologer etter endt utdanning mestrer det Saunders og kolleger (2010) omtaler som basiskompetanser. I tillegg vil jeg hevde i tråd målsettingen til Universitet i Bergen nevnt innledningsvis, at vi sannsynligvis også er i stand til å forstå, forebygge og behandle de fleste psykiske lidelser (UIB, 2016). Av dette følger at vi kjenner til evidensbakgrunnen for disse behandlingene, og vet når de bør implementeres for hvilke psykiske lidelser. Slik jeg har forstått litteraturen jeg har gjennomgått i arbeidet med denne oppgaven, kan ÅRTP inkluderes som en av de mange viktige faktorene som kan være av betydning for menneskelig fungering. Det ser også ut til at mange åndelige og religiøse problemstillinger som kan oppstå i klinisk praksis sjelden forekommer alene, men er en del av et større sykdomsbilde (Bonelli & Koenig, 2013). Det er derfor grunn til å tenke at ferdigutdannede norske psykologer kan være i stand til å drive *behandling med åndelig bevissthet* (Saunders et al., 2010) dersom de gjennomgår grunnleggende bevisstgjøring, kunnskapsheving og ferdighetstrening innen ÅRTP som presentert i denne oppgaven.

Anerkjennelse av egne begrensninger. En viktig forutsetning for å kunne drive forsvarlig og etisk behandling er å kunne innse begrensningene i egen kompetanse, og dette påpekes av flere forskere (Cashwell & Watts, 2010; Hodge, 2004; Saunders et al., 2010; Vieten et al., 2013). Selv for erfarne, høyt kvalifiserte og kompetente psykologer vil det være temaer innen religion og åndelighet som kan oppstå i klinisk

praksis som krever ekstra kursing og trening, ekstern konsultasjon og rådføring, eller videre henvisning (Vieten et al., 2013). En særlig ressurs kan være et samarbeidsmøte med pasientens religiøse leder(e). Vieten og kolleger (2013) argumenterer for at det er behov for bedre retningslinjer for å kunne gjennomføre dette uten å bryte taushetsplikten eller andre etiske grenser for noen av partene.

Implikasjoner

Som nevnt tidligere kan religion og åndelighet være en av de mange viktige faktorene som kan være av betydning for normalmenneskelig fungering. ÅRTP kan på lik linje med alle andre viktige faktorer for normalmenneskelig fungering være et sensitivt tema for mange pasienter. Selv om en profesjonsutdanning i psykologi dekker kompetanse innen de fleste andre temaer som kan være sensitive for en pasient, eksempelvis seksuell orientering og kjønn, diverse traumer, relasjonelle utfordringer og misbruk, identitet og rolleforvirring, emosjonsvansker, gruppetilhørighet og så videre, bør man ikke ta for gitt at denne kompetansen automatisk kan generaliseres til religion og åndelighet (Saunders et al., 2010).

Ideelt sett burde viktige områder for kompetanseheving innen ÅRTP blant psykologer være integrert i utdannelsen. Ved å utelate religion og åndelighet fra læringsmålene kan universitetene risikere at autoriserte psykologer ikke er kompetente nok til å møte en pasient med åndelig eller religiøst livssyn i klinisk praksis på en måte som oppfyller kravene til NPFs prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis (NPF, 2007).

Det finnes også arenaer for kompetanseutvikling etter anskaffet autorisasjon som tema- og kursdager på arbeidsplasser, og databaser med tilgjengelig teori- forskningslitteratur. Blant annet tilbyr ASERVIC allmenn-tilgjengelige læringsmoduler

på nett (ASERVIC, 2016b). Å tilegne seg kompetanse på denne måten innebærer imidlertid at enten psykologen selv eller arbeidsgiver er spesielt interessert i åndelighet og religion i klinisk praksis, fordi *noen* må ta initiativ til det. Med bakgrunn i den manglende implementering av kompetanseutvikling innen religion og åndelighet i klinisk praksis i både gammel og revidert studieplan ved Universitetet i Bergen (Reme et al., 2009; Universitetet i Bergen, 2016), tilsynelatende færre med religiøse livssyn blant psykologer enn i resten av befolkningen (Bergersen, 1995), og grunnen til å anta at det finnes fordommer mot ÅRTP blant psykologer (Reme et al., 2009), er mine refleksjoner rundt dette preget av bekymring for at psykologer og arbeidsgivere i Norge vil nedprioritere kompetanseheving innen religion og åndelighet.

Denne bekymringen er også knyttet til det økende religiøse mangfoldet i Norge (Furseth, 2015b). Som nevnt innledningsvis har Norge endret seg fra å være et land der den store majoriteten tilhørte den Norske Kirke, til å bli et mer sekularisert land, og et land med større religiøst mangfold. At færre innbyggere tilhører den Norske Kirke betyr imidlertid ikke at religion og åndelighet har sluttet å være aktuelt for mange. Med nye og flere religiøse minoriteter, hvor noen kan ha med seg opplevelser knyttet til flukt og forfølgelse, kan det åpne opp for nye utfordringer i behandlingsrommet. For eksempel kan det være utfordrende for en nyutdannet psykolog å drive traumebehandling med en sterkt religiøs pasient, uten ha kompetansekravene på ÅRTP presentert i denne oppgaven. Hva om religionen til denne pasienten er en kilde til mening og støtte? Eller en medvirkende årsak til angst? Hva om pasienten benytter seg av *spiritual bypassing* (Cashwell et al., 2010)? Eller har misvisende forestillinger om hva det vil si å være en del av en annen religion? Kompetanse innen religion og åndelighet er viktig for å kunne forstå pasienter med religiøse og åndelige livssyn bedre (Vasquez, 2007).

I tillegg til å være et viktig og relevant fagfelt kan kompetanse innen religionspsykologi også åpne opp for nye muligheter innen behandlingsforskning, hvis man i større grad åpner opp for mulighetene for å integrere religion i terapi (Reme, 2014). Blant annet med bakgrunn i at det religiøse landskapet er ganske annerledes i USA enn i Norge, fremstår behovet for forskning på ÅRTP i klinisk praksis i Norge som stort. Problemstillinger som bør belyses gjennom forskning på dette feltet er blant annet: Ønsker norske pasienter at religiøse og åndelige problemstillinger adresseres i terapi? Hvilke faktorer i ÅRTP er det som fører til verre og/eller bedre psykisk helse i Norge? Ved å undersøke sistnevnte kan man forsøke å inkludere eventuelle religiøse aktive ingredienser i ulike evidensbaserte terapier og gjennomføre mer systematisk forskning. Hvis man så finner nye og effektive behandlingsformer, når og hvor og med hvem kan *åndelig integrert psykoterapi* bli implementert etisk og effektivt? Hvis det med tiden utvikles og etableres konsensus blant psykologer og andre fagfeller i Norge om at kompetanse innen religion og åndelighet er viktig å integrere i profesjonsutdannelsen, er det en måte å måle dette på? Selv om forskning gjennomført i USA kan bidra en del til kompetanseheving innen ÅRTP her til lands, er mer tilsvarende forskning i Norge fortsatt nødvendig.

Oppsummering og konklusjon

Med utgangspunkt i noe av den litteraturen og forskningen som finnes i det religionspsykologiske fagfeltet har denne oppgaven besvart følgende problemstilling: Hva innebærer det for en psykolog å ha kompetanse innen religion og åndelighet i klinisk praksis?

Med bakgrunn i I. inkluderingen av religion og åndelighet i NPFs prinsipperklæring om EBPP, II. at Norge er preget av å bli et flerreligiøst samfunn, III.

at religion og åndelighet fremdeles ser ut til å være aktuelt for mange mennesker, IV. at forskning tyder på flere sammenhenger mellom ÅRTP og psykisk helse, V. at flere pasienter ser ut til å ønske at ÅRTP blir adressert i terapi, men psykologer ser ut til å neglisjere disse temaene, samt VI. at fokus på kompetanseøkning i utdannelsen er tilsynelatende mangelfull, mener jeg at et fokus på kompetanseheving innen religiøsitet og åndelighet i klinisk praksis kan være hensiktsmessig.

Ved å rette fokus mot religiøs og åndelig kompetanseheving fant jeg en del litteratur som drøfter ulike retningslinjer for å gjennomføre dette, imidlertid uten en tilsynelatende presis konsensus i feltet. Med utgangspunkt i kompetansepunktene til Vieten og kolleger (2013) og ASERVIC (Cashwell & Watts, 2010), har oppgaven belyst hva det kan innebære å ha spesifikk kompetanse innen ÅRTP, presentert i tre deler.

Delen om holdninger har redegjort for farene ved fordommer mot ÅRTP i klinisk praksis, og besvart hva man bør være klar over av eventuelle egne holdninger og fordommer mot ÅRTP, samt hvordan man kan forholde seg til dem på en hensiktsmessig måte.

Delen om kunnskap har redegjort for hvilke grunnleggende felt det kan være hensiktsmessig å ha kunnskap om for å forstå en pasients ÅRTP i klinisk praksis bedre, henholdsvis: grunnleggende teologi og livssyn, ekstraordinære erfaringer, religiøs utvikling, positiv og negativ religiøs mestring, samt enkelte etiske og juridiske problemstillinger som kan oppstå.

Delen om ferdigheter har først presentert fire kategorier for ulike tilnærminger til åndelighet og religion i terapirommet for en psykolog, før forslag til hva man bør/kan gjøre i klinisk praksis i møte med en pasients ÅRTP har blitt presentert, i form av

kartleggingstematikk og behandling. Denne delen har også drøftet hvorvidt spesifikke ferdigheter bør mestres for å bedre møte en pasient med et religiøst eller åndelig livssyn i klinisk praksis, samt påpekt viktigheten av å anerkjenne sine begrensninger.

Til sist i oppgaven har jeg inkludert en del om implikasjoner, hvor jeg har problematisert lærestedenes ansvar til kompetanseutvikling innen ÅRTP i klinisk praksis blant psykologer, påpekt det religionspsykologiske fagfeltets relevans i møte med en økende flerreligiøsitet i dagens Norge, samt nevnt fagfeltets evidensbehov og mulige områder for fremtidig forskning.

For å tilegne seg god og helhetlig kompetanse innen religion og åndelighet i klinisk praksis kreves det at forslag til kompetanseheving faktisk gjennomføres, for eksempel å bli kjent med og håndtere sine egne fordommer knyttet til ÅRTP (Bartoli, 2007), at områder som ble for omfattende for denne oppgaven dekkes i høyere grad, for eksempel grunnleggende teologi for Kristendom og Islam (Richards & Bergin, 2000), at kartlegging og behandlingsteknikker tas i bruk, for eksempel brief RCOPE (Pargament et al., 1998), og at mer forskning på feltet gjennomføres.

Denne oppgaven kan likevel bidra til en elementær innføring i et bredt og komplisert fagfelt, som en del av kompetanseheving innen ÅRTP i klinisk praksis. Funnene og litteraturen presentert i innledningen kan bidra til en grunnleggende forståelse av status for klinisk kompetanse på ÅRTP i Norge, og forskningen og drøftningen i hoveddelen kan bidra til å belyse spesifikt hva det innebærer for en psykolog å ha kompetanse innen ÅRTP i klinisk praksis. Ved å studere de vedlagte kompetansepunktene til Vieten og kollegers (2013) og ASERVIC (Cashwell & Watts, 2010), ser man at kompetanse innen ÅRTP er et sammensatt fenomen som krever både innsats og vilje fra psykologen å tilegne seg. Det er likevel grunn til å anta at de fleste

ferdigutdannede norske psykologer kan være i stand til å drive *behandling med åndelig bevissthet* (Saunders et al., 2010) på en kompetent måte (Kaslow, 2004) i klinisk praksis dersom de gjennomgår grunnleggende bevisstgjøring om holdninger, kunnskapsheving og ferdighetstrening innen ÅRTP som presentert i denne oppgaven. Ideelt sett skulle denne grunnleggende innføringen vært universitetets ansvar.

Litteraturbakgrunn

Som litteraturbakgrunn for denne oppgaven søkte jeg i Web of Science, med søkeordene (religio* OR spiritual*) AND ((clinical psycholog*) OR psychotherp* OR therap*) AND (competenc* OR qualification* OR proficienc* OR abilit* OR aptitude* OR sensitivity). Dette gav 347 treff som jeg gjennomgikk etter oppfattet relevans i tittel og deretter abstract. For noen av kjerneartiklene (Bartoli, 2007; Cashwell & Watts, 2010; Saunders et al., 2010; Vieten et al., 2013) søkte jeg både i citing articles og i deres referanseliste for annen relevant litteratur. For en grunnleggende forståelse av religionspsykologi som fagfelt har jeg tatt utgangspunkt i boken Religionspsykologi (Danbolt et al., 2014), samt flere av denne bokens sekundærreferanser. Annen litteratur er funnet i Google Scholar, og med vanlige nettsøk i Google Chrome.

Referanser

- American Psychological Association. (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist*, 57, 1052–1059.
- Ano, G. G., & Vasconcelles, E. B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61(4), 461-480. doi:10.1002/jclp.20049
- Arredondo, P., Toporek, R., Brown, S. P., Jones, J., Locke, D. C., Sanchez, J., & Stadler, H. (1996). Operationalization of the multicultural counseling competencies. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 24(1), 42-78. doi:10.1002/j.2161-1912.1996.tb00288.x
- Association for Spiritual Ethical and Religious Values in Counseling. (2016a). Spiritual Competencies. Retrieved from <http://www.aservic.org/resources/spiritual-competencies/>
- Association for Spiritual Ethical and Religious Values in Counseling. (2016b). Teaching modules. Retrieved from <http://www.aservic.org/resources/teaching-modules/>
- Ausker, N., laCour, P., Busch, C., Nabe-Nielsen, H., & Mørk Pedersen, L. (2008). Danske hospitalpatienter intensiverer eksistensielle tanker og religiøst liv (Danish hospital patients intensifies their existential thoughts and religious lives). *Ugeskrift for læger*, 170, 1828-1833.
- Austad, A. (2014). Ekstraordinære religiøse erfaringer. In L. J. Danbolt, L. G. Engedal, H. Stifoss-Hanssen, K. Hestad, & L. Lien (Eds.), *Religionspsykologi* (pp. 231-241). Oslo: Gyldendal.

- Bartoli, E. (2007). Religious and spiritual issues in psychotherapy practice: Training the trainer. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(1), 54-65.
doi:10.1037/0033-3204.44.1.54
- Bergersen, H. (1995). *Tro i terapi : en spørreskjemaundersøkelse om sammenhengen mellom psykologers forhold til religion og deres behandling av religiøse tema i psykoterapi*. Hovedoppgave. Psykologisk fakultet. Universitetet i Bergen.
- Bhugra, D., & Gupta, S. (2010). *Migration and mental health*: Cambridge University Press.
- Bonelli, R. M., & Koenig, H. G. (2013). Mental Disorders, Religion and Spirituality 1990 to 2010: A Systematic Evidence-Based Review. *Journal of religion and health*, 52(2), 657-673. doi:10.1007/s10943-013-9691-4
- Brawer, P. A., Handal, P. J., Fabricatore, A. N., Roberts, R., & Wajda-Johnston, V. A. (2002). Training and education in religion/spirituality within APA-accredited clinical psychology programs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(2), 203-206. doi:10.1037/0735-7028.33.2.203
- Cashwell, C. S., Bentley, P. B., & Yarborough, J. P. (2007). The only way out is through: The peril of spiritual bypass. *Counseling and Values*, 51(2), 139.
- Cashwell, C. S., Glossoff, H. L., & Hammond, C. (2010). Spiritual bypass: A preliminary investigation. *Counseling and Values*, 54(2), 162-174.
- Cashwell, C. S., & Watts, R. E. (2010). The New ASERVIC Competencies for Addressing Spiritual and Religious Issues in Counseling. *Counseling and Values*, 55(1), 2-5. doi:10.1002/j.2161-007X.2010.tb00018.x
- Cornah, D. (2006). *The impact of spirituality on mental health: A review of the literature*. London, UK: The Mental Health Foundation.

- Crook-Lyon, R. E., O'Grady, K. A., Smith, T. B., Jensen, D. R., Golightly, T., & Potkar, K. A. (2012). Addressing religious and spiritual diversity in graduate training and multicultural education for professional psychologists. *Psychology of Religion and Spirituality*, 4(3), 169-181. doi:10.1037/a0026403
- Danbolt, L. J. (2014). Hva er religionspsykologi? Begrepsavklaringer i en nordisk kontekst. In L. J. Danbolt, L. G. Engedal, H. Stifoss-Hanssen, K. Hestad, & L. Lien (Eds.), *Religionspsykologi* (pp. 17-31). Oslo: Gyldendal.
- Danbolt, L. J., Engedal, L. G., Stifoss-Hanssen, H., Hestad, K., & Lien, L. (2014). *Religionspsykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Daugstad, G., & Østby, L. (2009). Det flerkulturelle Norge. Et mangfold av tro og livssyn. *Samfunnsspeilet*, 3, 14-21.
- Delaney, H. D., Forcehimes, A. A., Campbell, W. P., & Smith, B. W. (2009). Integrating spirituality into alcohol treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 65(2), 185-198. doi:10.1002/jclp.20566
- Delaney, H. D., Miller, W. R., & Bisonó, A. M. (2013). Religiosity and spirituality among psychologists: A survey of clinician members of the American Psychological Association. *Spirituality in Clinical Practice*, 1(S), 95-106. doi:10.1037/2326.4500.1.S.95
- DeMarinis, V. (2014). Clinical psychology of religion and forced migration: challenges for meaning making in public mental health contexts. In L. J. Danbolt, L. G. Engedal, H. Stifoss-Hanssen, K. Hestad, & L. Lien (Eds.), *Religionspsykologi* (pp. 349-359). Oslo: Gyldendal.

- Exline, J. J., & Rose, E. (2013). Religious and spiritual struggles. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 315-330). New York: The Guilford press.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 59*(1), 10-17.
doi:10.1037/a0025749
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*(3), 466-475. doi:10.1037/0022-3514.54.3.466
- Fowler, J. W. (1981). *Stages of faith: The psychology of human development and the quest for meaning*. San Francisco: Harper.
- Frankl, V. E. (1985). *Man's search for meaning*: Simon and Schuster.
- Fredrickson, B. L. (2002). How does religion benefit health and well-being? Are positive emotions active ingredients? *Psychological Inquiry, 13*(3), 209-213.
- Fry, P. S. (2000). Religious involvement, spirituality and personal meaning for life: Existential predictors of psychological wellbeing in community-residing and institutional care elders. *Aging & Mental Health, 4*(4), 375-387.
doi:10.1080/713649965
- Fryback, P. B., & Reinert, B. R. (1999). Spirituality and People With Potentially Fatal Diagnoses. *Nursing Forum, 34*(1), 13-22. doi:10.1111/j.1744-6198.1999.tb00231.x

- Fukuyama, M. A., & Sevig, T. D. (2002). Spirituality in counseling across cultures. In P. B. Pedersen, J. G. Draguns, W. R. Lonner, & J. E. Trimble (Eds.), *Counseling across cultures* (pp. 273-295). Thousand Oaks: CA: Sage.
- Furseth, I. (2015a). Et religiøst landskap i endring 1988-2013. In I. Furseth (Ed.), *Religionens tilbakekomst i offentligheten? Religion, politikk, medier, stat og sivilsamfunn i Norge siden 1980-tallet* (pp. 9-37). Oslo: Universitetsforlaget.
- Furseth, I. (2015b). Religionens tilbakekomst, nedgang eller økende kompleksitet? In I. Furseth (Ed.), *Religionens tilbakekomst i offentligheten? Religion, politikk, medier, stat og sivilsamfunn i Norge siden 1980-tallet* (pp. 169-182). Oslo: Universitetsforlaget.
- Greenberg, D., Witztum, E., & Pisante, J. (1987). Scrupulosity: Religious attitudes and clinical presentations. *British Journal of Medical Psychology*, 60(1), 29-37.
doi:10.1111/j.2044-8341.1987.tb02714.x
- Grunnloven. (2012). Kap B. Om den utøvende makt, kongen og den kongelige familie og om religionen §16. Retrieved from
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2
- Hage, S. M., Hopson, A., Siegel, M., Payton, G., & DeFanti, E. (2006). Multicultural training in spirituality: An interdisciplinary review. *Counseling and Values*, 50(3), 217.
- Hathaway, W. L., Scott, S. Y., & Garver, S. A. (2004). Assessing Religious/Spiritual Functioning: A Neglected Domain in Clinical Practice? *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(1), 97-104. doi:10.1037/0735-7028.35.1.97

- Haug, S. H. K. (2014). "Handle with care"-om det terapeutiske møtet med pasienters religiøsitet. In L. J. Danbolt, L. G. Engedal, H. Stifoss-Hanssen, K. Hestad, & L. Lien (Eds.), *Religionspsykologi* (pp. 325-337). Oslo: Gyldendahl.
- Helsepersonelloven. (1999). Kapittel 6. Opplysningsplikt. Retrieved from https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell%20loven#KAPITTEL_6
- Hodge, D. R. (2004). Spirituality and People With Mental Illness: Developing Spiritual Competency in Assessment and Intervention. *Families in Society*, 85(1), 36-44.
- Hodge, D. R. (2006). A Template for Spiritual Assessment: A Review of the JCAHO Requirements and Guidelines for Implementation. *Social Work*, 51(4), 317-326. doi:10.1093/sw/51.4.317
- Hodge, D. R. (2011). Using Spiritual Interventions in Practice: Developing Some Guidelines from Evidence-based Practice. *Social Work*, 56(2), 149-158.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139.
- International Social Survey Programme 2008: Religion III. (2008). Datafil. Retrieved from <http://info1.gesis.org/dbksearch19/Docs.asp?no=4950>
- International Social Survey Programme. (2016). General Information. Retrieved from <http://www.issp.org>
- Kapuscinski, A. N., & Masters, K. S. (2010). The current status of measures of spirituality: A critical review of scale development. *Psychology of Religion and Spirituality*, 2(4), 191-205. doi:10.1037/a0020498

- Kaslow, N. J. (2004). Competencies in Professional Psychology. *American Psychologist*, 59(8), 774-781. doi:10.1037/0003-066X.59.8.774
- la Cour, P. (2014a). Den religiøse tros utvikling. In L. J. Danbolt, L. G. Engedal, H. Stifoss-Hanssen, K. Hestad, & L. Lien (Eds.), *Religionspsykologi* (pp. 173-187). Oslo: Gyldendal.
- la Cour, P. (2014b). Tro og alvorlig sykdom- om forskningen i en nordisk kontekst. In L. J. Danbolt, L. G. Engedal, H. Stifoss-Hanssen, K. Hestad, & L. Lien (Eds.), *Religionspsykologi* (pp. 315-326). Oslo: Gyldendal.
- Larson, E. J., & Witham, L. (1997). Scientists are still keeping the faith. *Nature*, 386(6624), 435-436. doi:10.1038/386435a0
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*: Springer publishing company.
- Lehman, E. C., & Shriver, D. W. (1968). Academic discipline as predictive of faculty religiosity. *Social Forces*, 47(2), 171-182. doi:10.1093/sf/47.2.171
- Leong, F. T. L., Wagner, N. S., & Tata, S. P. (1995). Racial and ethnic variations in help-seeking attitudes. In J. G. Ponterotto, J. M. Casas, L. A. Suzuki, & C. M. Alexander (Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (pp. 415-438). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Leuba, J. H. (1916). *The belief in God and immortality: A psychological, anthropological and statistical study*. Boston: Sherman, French & Company.
- Lov om rituell omskjæring av gutter. (2014). Samtykke til rituell omskjæring § 8. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-40?q=omskj%C3%A6ring>

Lukoff, D., Lu, F. G., & Yang, C. P. (2011). DSM-IV religious and spiritual problems.

Religious and spiritual issues in psychiatric diagnosis: A research agenda for DSM-V, 171-198.

Magaldi-Dopman, D. (2014). An "Afterthought": Counseling Trainees' Multicultural

Competence Within the Spiritual/Religious Domain. *Journal of Multicultural*

Counseling and Development, 42(4), 194-204. doi:10.1002/j.2161-

1912.2014.00054.x

Magaldi-Dopman, D., & Park-Taylor, J. (2010). Sacred adolescence: Practical

suggestions for psychologists working with adolescents' religious and spiritual

identity. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(5), 382-390.

doi:10.1037/a0020941

Malt, U. (2009, 13.02.2009). Mestring. Retrieved from <https://sml.snl.no/mestring>

Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance

with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of*

Consulting and Clinical Psychology, 68(3), 438-450. doi:10.1037/0022-

006X.68.3.438

McCullough, M. E., Enders, C. K., Brion, S. L., & Jain, A. R. (2005). The Varieties of

Religious Development in Adulthood: A Longitudinal Investigation of Religion

and Rational Choice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(1), 78-

89. doi:10.1037/0022-3514.89.1.78

McNamara, P., Burns, J. P., Johnson, P., & McCorkle, B. H. (2010). Personal religious

practice, risky behavior, and implementation intentions among adolescents.

Psychology of Religion and Spirituality, 2(1), 30-34. doi:10.1037/a0017582

- Moreira-Almeida, A., Koenig, H. G., & Lucchetti, G. (2014). Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, *36*(2), 176-182. doi:10.1590/1516-4446-2013-1255
- Norsk Psykolog Forening. (2007). Prinsipperklæring (1) om evidensbasert psykologisk praksis (2). Retrieved from <http://www.psykologforeningen.no/medlem/evidensbasert-praksis/prinsipperklaering-1-om-evidensbasert-psykologisk-praksis-2>
- O'Connor, S., & Vandenberg, B. (2005). Psychosis or Faith? Clinicians' Assessment of Religious Beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(4), 610-616. doi:10.1037/0022-006X.73.4.610
- Pargament, K. I. (1997). *The Psychology of Religion and Coping: Theory research and practice*. New York: Guilford Press.
- Pargament, K. I., Ano, G. G., & Wachholtz, A. (2005). The religious dimension of coping. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*, 479-495.
- Pargament, K. I., Ensing, D. S., Falgout, K., Olsen, H., Reilly, B., Haitsma, K., & Warren, R. (1990). God help me: (I): Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. *American Journal of Community Psychology*, *18*(6), 793-824. doi:10.1007/bf00938065
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., Tarakeshwar, N., & Hahn, J. (2004). Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: A two-year longitudinal study. *Journal of Health Psychology*, *9*(6), 713-730. doi:10.1177/1359105304045366
- Pargament, K. I., Murray-Swank, N. A., Magyar, G. M., & Ano, G. G. (2005). Spiritual Struggle: A Phenomenon of Interest to Psychology and Religion. In W. R. M. H.

- D. Delaney (Ed.), *Judeo-Christian perspectives on psychology: Human nature, motivation, and change* (pp. 245-268). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 710-724. doi:10.2307/1388152
- Park, C. L. (2005). Religion as a Meaning-Making Framework in Coping with Life Stress. *Journal of Social Issues*, 61(4), 707-729. doi:10.1111/j.1540-4560.2005.00428.x
- Passer, M. W., & Smith, R. E. (2004). *Psychology: The science of mind and behavior*, 2nd ed. New York, US: McGraw-Hill.
- Piedmont, R. L., Ciarrochi, J. W., Dy-Liacco, G. S., & Williams, J. E. (2009). The empirical and conceptual value of the spiritual transcendence and religious involvement scales for personality research. *Psychology of Religion and Spirituality*, 1(3), 162. doi:10.1037/a0015883
- Reme, S. (2014). Psykologiprofesjonens forhold til religion. In L. J. Danbolt, L. G. Engedal, H. Stifoss-Hanssen, K. Hestad, & L. Lien (Eds.), *Religionspsykologi* (pp. 371-382). Oslo: Gyldendal.
- Reme, S., Berggraf, L., & Anderssen, N. (2009). Er religion neglisjert i psykologutdanningen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46(9), 837-842.
- Richards, P., & Bergin, A. E. (2000). *Handbook of psychotherapy and religious diversity*: American Psychological Association.

- Richards, P., & Worthington Jr, E. L. (2010). The need for evidence-based, spiritually oriented psychotherapies. *Professional Psychology: Research and Practice*, *41*(5), 363-370. doi:10.1037/a0019469
- Ricoeur, P. (1970). *Freud and Philosophy; an Essay on Interpretation*. New Haven & London: Yale University Press.
- Rogers, S. A., Poey, E. L., Reger, G. M., Tepper, L., & Coleman, E. M. (2002). Religious Coping Among Those With Persistent Mental Illness. *The International Journal for the Psychology of Religion*, *12*(3), 161-175. doi:10.1207/S15327582IJPR1203_03
- Rose, E. M., Westefeld, J. S., & Ansely, T. N. (2001). Spiritual issues in counseling: Clients' beliefs and preferences. *Journal of Counseling Psychology*, *48*(1), 61-71. doi:10.1037/0022-0167.48.1.61
- Ruff, J. (2008). Psychologist bias in implicit responding to religiously divergent nonpatient targets and explicit responding to religiously divergent patients. *Journal of Dissertations*, *2*(1).
- Saunders, S. M., Miller, M. L., & Bright, M. M. (2010). Spiritually conscious psychological care. *Professional Psychology: Research and Practice*, *41*(5), 355-362. doi:10.1037/a0020953
- Schafer, R. M., Handal, P. J., Brawer, P. A., & Ubinger, M. (2011). Training and education in religion/spirituality within APA-accredited clinical psychology programs: 8 years later. *Journal of religion and health*, *50*(2), 232-239. doi:10.1007/s10943-009-9272-8

- Schulte, D. L., Skinner, T. A., & Claiborn, C. D. (2002). Religious and spiritual issues in counseling psychology training. *The Counseling Psychologist*, 30(1), 118-134. doi:10.1177/0011000002301009
- Shafranske, E. P., & Sperry, L. (2005). Addressing the spiritual dimension in psychotherapy: Introduction and overview. In E. P. Shafranske & L. Sperry (Eds.), *Spiritually oriented psychotherapy* (pp. 11-29). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Sheridan, M. J., Bullis, R. K., Adcock, C. R., Berlin, S. D., & Miller, P. C. (1992). Practitioners' personal and professional attitudes and behaviors toward religion and spirituality: Issues for education and practice. *Journal of Social Work Education*, 28(2), 190-203. doi:10.1080/10437797.1992.10778772
- Statistisk Sentralbyrå. (2014, 06.05.2015). Den norske kirke, 2014. Retrieved from https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/statistikker/kirke_kostr
- Statistisk Sentralbyrå. (2016a). Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 1. januar 2016. Retrieved from <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef/aar/2016-03-03>
- Statistisk Sentralbyrå. (2016b, 14.03.2016). Nøkkeltall for innvandring og innvandrere. Retrieved from <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/nokkeltall>
- Statistisk Sentralbyrå. (2016c, 25.11.2015). Trus- og livssynssamfunn utanfor Den norske kyrkja, 1. januar 2015. Retrieved from <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/statistikker/trosamf>
- Stifoss-Hanssen, H. (2014). Norge: Det religiøse kartet og religionspsykologien bidrag. In L. J. Danbolt, L. G. Engedal, H. Stifoss-Hanssen, K. Hestad, & L. Lien (Eds.), *Religionspsykologi* (pp. 33-41). Oslo: Gyldendal.

Straffeloven. (2011). Kjønnsslemlestelse § 284. Retrieved from

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28/KAPITTEL_2-10#KAPITTEL_2-10

Streib, H. (2001). Faith Development Theory Revisited: The Religious Styles

Perspective. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 11(3),

143-158. doi:10.1207/S15327582IJPR1103_02

Sue, D. W., & Sue, D. (1999). *Counseling the culturally different : theory and practice*

(3rd ed. ed.). New York: J. Wiley & Sons.

Tepper, L., Rogers, S. A., Coleman, E. M., & Malony, H. N. (2001). The Prevalence of

Religious Coping Among Persons With Persistent Mental Illness. *Psychiatric*

Services, 52(5), 660-665. doi:10.1176/appi.ps.52.5.660

Thorbjørnsen, T. (2014). Religiøs mestring. In L. J. Danbolt, L. G. Engedal, H. Stifoss-

Hanssen, K. Hestad, & L. Lien (Eds.), *Religionspsykologi* (pp. 127-141). Oslo:

Gyldendal Norsk Forlag.

Tylor, E. B. (1874). *Primitive culture: Researches into the development of mythology,*

philosophy, religion, language, art and customs (Vol. 1): H. Holt.

Universitetet i Bergen. (2016). Profesjonsstudiet i psykologi. Retrieved from

<http://www.uib.no/studieprogram/PRPSYK#uib-tabs-construction>

Utlendingsdirektoratet. (2016). Beboere i asylmottak etter statsborgerskap og status i

søknad. Retrieved from [https://www.udi.no/statistikk-og-](https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/beboere-i-asylmottak-etter-statsborgerskap-og-status-i-soknad-2016/)

[analyse/statistikk/beboere-i-asylmottak-etter-statsborgerskap-og-status-i-soknad-](https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/beboere-i-asylmottak-etter-statsborgerskap-og-status-i-soknad-2016/)

[2016/](https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/beboere-i-asylmottak-etter-statsborgerskap-og-status-i-soknad-2016/)

- Vasquez, M. J. T. (2007). Cultural difference and the therapeutic alliance: An evidence-based analysis. *American Psychologist*, 62(8), 878-885. doi:10.1037/0003-066X.62.8.878
- Vieten, C., Scammell, S., Pilato, R., Ammondson, I., Pargament, K. I., & Lukoff, D. (2013). Spiritual and religious competencies for psychologists. *Psychology of Religion and Spirituality*, 5(3), 129-144. doi:10.1037/a0032699
- Vogel, M. J., McMinn, M. R., Peterson, M. A., & Gathercoal, K. A. (2013). Examining Religion and Spirituality as Diversity Training: A Multidimensional Look at Training in the American Psychological Association. *Professional Psychology-Research and Practice*, 44(3), 158-167. doi:10.1037/a0032472
- Walker, D. F., Gorsuch, R. L., & Tan, S.-Y. (2004). Therapists' Integration of Religion and Spirituality in Counseling: A Meta-Analysis. *Counseling and Values*, 49(1), 69-80. doi:10.1002/j.2161-007X.2004.tb00254.x
- World Health Organization. (2016, 08.2014). Mental health: a state of well-being. Retrieved from http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
- Wulff, D. M. (2000). Mystical experience. In E. Cardeña, S. J. Lynn, & S. Krippner (Eds.), *Varieties of anomalous experience: Examining the scientific evidence* (pp. 397-440). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Zinnbauer, B. J., & Pargament, K. I. (2005). Religiousness and spirituality. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *The handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 21-42). New York & London: The Guilford Press.
- Zinnbauer, B. J., Pargament, K. I., Cole, B., Rye, M. S., Butter, E. M., Belavich, T. G., . . . Kadar, J. L. (1997). Religion and spirituality: Unfuzzifying the fuzzy. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 549-564. doi:10.2307/1387689

Vedlegg 1: Vieten og kollegers kompetansepunkter (2013, p. 136)

Attitudes

- 1) Psychologists demonstrate empathy, respect, and appreciation for clients from diverse spiritual, religious, or secular backgrounds and affiliations.
- 2) Psychologists view spirituality and religion as important aspects of human diversity, along with factors such as race, ethnicity, sexual orientation, socioeconomic status, disability, gender, and age.
- 3) Psychologists are aware of how their own spiritual and/or religious background and beliefs may influence their clinical practice, and their attitudes, perceptions, and assumptions about the nature of psychological processes.

Knowledge

- 4) Psychologists know that many diverse forms of spirituality and/or religion exist, and explore spiritual and/or religious beliefs, communities, and practices that are important to their clients.
- 5) Psychologists can describe how spirituality and religion can be viewed as overlapping, yet distinct, constructs.
- 6) Psychologists understand that clients may have experiences that are consistent with their spirituality or religion, yet may be difficult to differentiate from psychopathological symptoms.
- 7) Psychologists recognize that spiritual and/or religious beliefs, practices, and experiences develop and change over the lifespan.
- 8) Psychologists are aware of internal and external spiritual and/or religious resources and practices that research indicates may support psychological well-being, and recovery from psychological disorders.

9) Psychologists can identify spiritual and religious experiences, practices, and beliefs that may have the potential to negatively impact psychological health.

10) Psychologists can identify legal and ethical issues related to spirituality and/or religion that may surface when working with clients.

Skills

11) Psychologists are able to conduct empathic and effective psychotherapy with clients from diverse spiritual and/or religious backgrounds, affiliations, and levels of involvement.

12) Psychologists inquire about spiritual and/or religious background, experience, practices, attitudes and beliefs as a standard part of understanding a client's history.

13) Psychologists help clients explore and access their spiritual and/or religious strengths and resources.

14) Psychologists can identify and address spiritual and/or religious problems in clinical practice, and make referrals when necessary.

15) Psychologists stay abreast of research and professional developments regarding spirituality and religion specifically related to clinical practice, and engage in ongoing assessment of their own spiritual and religious competence.

16) Psychologists recognize the limits of their qualifications and competence in the spiritual and/or religious domains, including any responses to clients' spirituality and/or religion that may interfere with clinical practice, so that they (a) seek consultation from and collaborate with other qualified clinicians or spiritual/religious sources (e.g. priests, pastors, rabbis, imam, spiritual

Vedlegg 2: ASERVICs kompetansepunkter (Cashwell & Watts, 2010)

Culture and Worldview

1. The professional counselor can describe the similarities and differences between spirituality and religion, including the basic beliefs of various spiritual systems, major world religions, agnosticism, and atheism.
2. The professional counselor recognizes that the client's beliefs (or absence of beliefs) about spirituality and/or religion are central to his or her worldview and can influence psychosocial functioning.

Counselor Self-Awareness

3. The professional counselor actively explores his or her own attitudes, beliefs, and values about spirituality and/or religion.
4. The professional counselor continuously evaluates the influence of his or her own spiritual and/or religious beliefs and values on the client and the counseling process.
5. The professional counselor can identify the limits of his or her understanding of the client's spiritual and/or religious perspective and is acquainted with religious and spiritual resources, including leaders, who can be avenues for consultation and to whom the counselor can refer.

Human and Spiritual Development

6. The professional counselor can describe and apply various models of spiritual and/or religious development and their relationship to human development.

Communication

7. The professional counselor responds to client communications about spirituality and/or religion with acceptance and sensitivity.

8. The professional counselor uses spiritual and/or religious concepts that are consistent with the client's spiritual and/or religious perspectives and that are acceptable to the client.

9. The professional counselor can recognize spiritual and/or religious themes in client communication and is able to address these with the client when they are therapeutically relevant.

Assessment

10. During the intake and assessment processes, the professional counselor strives to understand a client's spiritual and/or religious perspective by gathering information from the client and/or other sources.

Diagnosis and Treatment

11. When making a diagnosis, the professional counselor recognizes that the client's spiritual and/or religious perspectives can a) enhance well-being; b) contribute to client problems; and/or c) exacerbate symptoms.

12. The professional counselor sets goals with the client that are consistent with the client's spiritual and/or religious perspectives.

13. The professional counselor is able to a) modify therapeutic techniques to include a client's spiritual and/or religious perspectives, and b) utilize spiritual and/or religious practices as techniques when appropriate and acceptable to a client's viewpoint.

14. The professional counselor can therapeutically apply theory and current research supporting the inclusion of a client's spiritual and/or religious perspectives and practices.