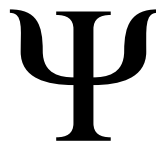




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



*Religion sin effekt på mental helse: kan, og burde, religiøse variabler
brukes som ressurs i terapi med religiøse pasienter?*

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Louise Markhus

Høst 2015

Veiledere:

Ole Blindheim og Rolf Reber

Forord

Jeg vil gjerne takke Ole Blindheim for sitt store engasjement som veileder, for sin genuine interesse i oppgaven, for god dialog og for spennende innspill. Jeg vil også takke Rolf Reber for gode forslag, konstruktiv kritikk og hurtige tilbakemeldinger.

Innholdsfortegnelse

Forord.....	3
Innholdsfortegnelse.....	4
Sammendrag.....	5
Abstract.....	6
Innledning.....	7
Religion og mental helse sett i historisk perspektiv.....	9
Metode.....	12
Religion gunstig for mental helse?: Meta-analyser og religiøse variabler.....	13
Meta-analyser angående forholdet mellom religion og mental helse.....	14
Deltakelse i religiøse aktiviteter og tjenester.....	15
Utførelse av religiøse ritulaer: bønn.....	18
Religiøse overbevisninger: Guds egenskaper, relasjon til Gud, mestring og dedikasjon.....	21
Religiøse variabler som ressurs i terapi: studier og behandlingsformer.....	27
Religion og behandling av depresjon: RCBT, RET og Vitaprojektet.....	28
Flere studier angående religiøse intervensjoner i terapiforløp.....	32
Religion som samfunnsressurs.....	35
Bidrag i religiøse miljø: preventivt arbeid.....	35
Bidrag i ikke-religiøse miljø: veldedighet og religiøse verdier.....	38
Diskusjon.....	39
Religiøse variabler sin effekt på mental helse: kan religion fungere som ressurs i terapi?.....	39
Religiøse intervensjoner: effekt og årsak.....	44
Religion i samfunnet: en ressurs?.....	45
Veien videre.....	46
Konklusjon.....	47
Referanser.....	49

Sammendrag

Religion er en vesentlig del av mange menneskers sine liv og kan påvirke eksempelvis personlighet, verdenssyn og mental helse. Denne oppgaven har undersøkt om deltakelse i religiøse aktiviteter, bønn og religiøse overbevisninger kan ha positive effekter på mental helse, både hos mennesker generelt og religiøse pasienter i terapi for angst og/eller depresjon. Dette har vært interessant å undersøke i forhold til spørsmålet om religiøse variabler kan, og kanskje burde, benyttes i terapi med religiøse pasienter. Det har også blitt undersøkt om religion kan brukes som samfunnsressurs. Flertallet av studiene viser at religiøse variabler har en positiv effekt på mental helse. I tillegg viser studier at religiøse intervensjoner kan ha like god, hvis ikke bedre, behandlingseffekt som tradisjonelle tilnærminger. Studier viser også at religion kan fungere som samfunnsressurs, spesielt med tanke på forebygging av risiko-atferd. Oppsummert indikerer studier at religion kan fungere som en verdifull ressurs i terapi.

Abstract

Religion is an important factor in many peoples lives and can have an influence on mental health. This paper has examined whether involvement in religious activity, prayer and religious beliefs can have positive effects on mental health with respect to people in general and religious patients in treatment for anxiety and/or depression. This has been explored to answer the question if religious variables can, and perhaps should, be used in therapy with religious patients. The paper also examines whether religion can be used as a resource in society. Most studies imply that religion indeed can have positive effects on mental health, and that religious intervention can have just as good, if not better, treatment outcome as traditional therapy. Studies also show that religion can be used as a resource in society, like preventing risky behaviour. In summary, studies indicate that religion could be a valuable resource in therapy.

Innledning

Mange mennesker opplever religion som å ha en stor og viktig rolle i livet. Religion eksisterer i alle samfunn i en eller annen form og defineres her som et menneskelig fellesskap og en sosial institusjon, tro basert på filosofisk, historisk og mytisk innhold, handlinger både av rituell og praktisk karakter og kommunikasjon/kontakt med det som oppfattes som guddommelig (Gilhus og Mikaelsson, 2007). Det kan påvirke flere aspekter ved mennesker sine liv som for eksempel personlighet, verdier, holdninger og subjektive syn på verden, og kan i tillegg ha en betydelig effekt på sosial atferd (Joshi og Kumari, 2011). Religion spenner dermed over flere viktige sider ved mennesker sine liv, og det er følgelig grunn til å tro at det også har potensiale til å påvirke mental helse og generell velvære. Dette er interessant å undersøke nærmere.

Det har vært vanskelig for fagfolk å komme til enighet om hvordan religion bør defineres (Hill et al., 2000; Gilhus og Mikaelsson, 2007). Det er likevel slik at de fleste studier som undersøker sammenhengen mellom religion og mental helse studerer effektene av spesifikke religiøse variabler på mental helse og subjektiv velvære, og disse variablene inkluderer aktiv deltakelse i religiøse organisasjoner/tjenester (se for eksempel Witter, Stock, Okun og Haring, 1985; Ellison, Burdette og Hill, 2009; Maseko og Kubzansky, 2006; Musick, 2000; Baetz, Bowen, Jones og Koru-Sengul, 2006), utførelse av religiøse ritualer eller handlinger (Francis og Kaldor, 2002; Levin og Taylor, 1998; Meisenhelder og Chandler, 2001; Poloma og Pendleton, 1991; Henry, 2015; Bradshaw, Ellison og Flannelly, 2008; Hank og Schaan, 2008; Krause, 2003) og religiøse overbevisninger (se for eksempel Francis, Gibson og Robbins, 2001; Wiegand og Weiss, 2006; Phillips, Paragment, Lynn og Crossley, 2004; Krause, 2005; Schieman, Pudrovska, Pearlin og Ellison, 2006; Rosmarin, Paragment og Mahoney, 2009; Paragment, Koenig og Perez, 2000; Exline, Park, Smyth og Carey, 2011).

Kjente psykologer som William James hadde en stor interesse for emner som omhandlet religion, og frem mot 1930 var religion et mye omtalt tema innenfor psykologi, både på godt og vondt (Joshi og Kumari, 2011). I denne tidsperioden ble religiøsitet ofte oppfattet som å påvirke mennesker sitt sinn i negativ forstand (Ellis, 1983; Freud, 1928), og i minst 30 år etter 1930 ble engasjementet blant psykologer for slike tema sterkt redusert (Joshi og Kumari, 2011). Etterhvert oppstod det likevel en ny interesse for religion blant psykologer i forhold til dens effekt på mental helse og velvære, og i motsetning til tidligere nevnte antakelser viser flere nylige studier at religiøse variabler kan ha en positiv påvirkningskraft, både på enkeltindivider og i samfunnet generelt (Koenig, McCollough og Larson, 2001; Paloutzian og Kirkpatrick, 1995; Pargament, Maton og Hess, 1992). I tillegg viser studier at slike komponenter kan være verdifulle i behandling av religiøse pasienter med psykiske lidelser, spesielt i behandling av angst og depresjon (Hodge, 2006; McCullough, 1999; Wade, Worthington og Vogel, 2007; Worthington og Sanderd, 2001; Koenig, 2012; Pearce og Koenig, 2013; Pearce *et al.*, 2015). Med bakgrunn i dette er det av interesse å identifisere hvilke komponenter ved religion som har potensiale til å styrke mental helse, og om terapeuter kan nyttiggjøre seg av disse som ressurs i behandlingsforløp med troende pasienter. I denne sammenhengen er det ønskelig å undersøke effektene av religiøse intervensjoner, hva som forårsaker effektene og hvordan slike ressurser kan brukes i terapi. Sist, men ikke minst, er det av interesse å undersøke om hvorvidt, og på hvilke måter, religion kan ha gunstige konsekvenser på samfunnet som helhet.

Oppsummert er målet med oppgaven å redegjøre for om religion kan ha positive effekter på mennesker sin mentale helse, både generelt og hos religiøse mennesker som opplever plager knyttet til depresjon og/eller angst i hverdagen. Dette er ønskelig å undersøke ettersom de fleste psykologer kommer til å behandle religiøse pasienter, og det er derfor av

interesse å finne ut av om religiøse variabler kan være hensiktsmessig å benytte seg av i terapi med religiøse pasienter som strever med angst og/eller depresjon. Dersom religion viser seg å kunne ha positive konsekvenser for mental helse, er det grunn til å tro at religiøse variabler kan brukes som ressurs i terapi for å fremme bedring. I denne forbindelse er det også interessant å undersøke på hvilke måter terapeuter kan bruke religion i terapi på en positiv og etisk riktig måte. Oppgaven vil også redegjøre for på hvilke måter religion kan bidra positivt til samfunnet som helhet. Dette er interessant med tanke på om religiøse variabler kan fungere som forebyggende med hensyn til atferd som kan være ødeleggende på samfunnsnivå, eksempelvis alkoholmisbruk. Dette eksempelet er kjent for å kunne føre til negative konsekvenser med hensyn til både psykisk og fysisk helse, og koster samfunnet store summer. For eksempel viser en undersøkelse av studier fra 12 ulike land angående alkoholforbruk og samfunnskostnader at slik forbruk koster samfunnet mellom 0,45% og 5,44% av BNP (bruttonasjonalprodukt) (Thavorncharoensap, Teerawattananon, Yothasamut, Lertpitakpong, og Chaikledkaew, 2009). Alle faktorer som kan forebygge risikofyllt atferd bør derfor undersøkes og brukes som ressurs både på individ- og samfunnsnivå.

Før nærmere utredelse av de nevnte punktene, vil det gis en kort innføring i religion sin tilknytning til mental helse gjennom historien, som etterfølges av en oversikt over nylige antakelser og teorier om religion sin potensielle effekt på mental helse. Dette er avgjørende for å kunne belyse hvorfor antakelser om forholdet mellom religion og mental helse forandret seg over tid.

Religion og mental helse sett i historisk perspektiv

Det finnes ikke tilstrekkelig bevis for at religion har oppstått samtidig med menneske, men det finnes likevel tegn til at mennesker i forhistorisk tid har hatt en eller annen form for tro på noe større enn seg selv (Gilhus og Mikaelsson, 2007). Som et resultat av sivilisasjonens

progresjon, har slike former for tro utviklet seg til institusjonaliserte religioner (Behere, Das, Yadav, og Behere, 2013), og disse institusjonene har som kjent hatt stor innvirkning på samfunnet, både på godt og vondt. Religiøse institusjoner i den vestlige verden har i lang tid vært opptatte av å gi underprivilegerte og syke mennesker en hjelpende hånd (Koenig og Larson, 2001), som å gi måltider og husly til fattige, tilby samtaler til individer som har det vanskelig, besøke eldre mennesker og hjelpe eldre med praktiske gjøremål (McFadden, 1995). Denne ivaretagelsen gjaldt også for mennesker som var plaget med psykiske lidelser (Koenig og Larson, 2001). For eksempel var kristne organisasjoner noen av de første til både å stifte og drive sykehus for mennesker med psykiske vansker (Moreira-Almeida, Neto og Koenig, 2006). På den annen side har religiøse ledere i tidligere tidsperioder fremvist mangelfull empati, medlidenhet og forståelse for mennesker med slike vansker, som ved å tilskrive slike vansker til overnaturlige fenomener som demonbesettelse og anvendelse av hekserier (Koenig og Larson, 2001). Ved mistanke om dette ble det gjennomført såkalt eksorsisme på vedkommende, etterfulgt av halshugging eller brenning på bål dersom det ikke var tegn til bedring (Kroll, 1973).

Det oppstod imidlertid et skifte på 1800-tallet, fra fokus på overnaturlige fenomener som opphav til psykiske lidelser til hvordan å behandle psykiske lidelser med utgangspunkt i moralske verdier (Koenig og Larson, 2001). I denne forbindelsen ble det sett på som viktig å hjelpe, samt behandle, pasienter i tråd med religiøse verdier og holdninger, noe som førte til at behandlingsformer som senere ble erklært uhensiktsmessige, eksempelvis isbad, ble avskaffet (Taubes, 1998). Taubes (1998) skriver også at det ble lagt større vekt på å motivere pasientene til å være aktive, både i religiøse og ikke-religiøse sammenhenger, ettersom dette virket å lette på psykiske plager. Denne oppdagelsen var med på å fremme teorier om at religiøse variabler

kanskje kunne ha en positiv innvirkning på mental helse fremfor kun negativ (Koenig og Larson, 2001).

Som en motsetning til nylige studier av religion sin assosiasjon til mental helse, tolket anerkjente fagpersoner på 1900-tallet, eksempelvis Freud (1928) og Ellis (1983), religiøsitet som en form for patologi utfra egne kliniske erfaringer med religiøse pasienter som allerede var syke (Behere et al., 2013; Meissner, 1984; Zilboorg, 1958). En kritikk mot dem er at slike tolkninger ikke hadde opphav i empiriske studier. Det var altså mangel på vitenskapelige studier som kunne bekrefte disse antakelsene, og det var ikke før omkring 1950 at religiøse variabler sin innvirkning på mental helse ble gjenstand for systematisk forskning (Koenig og Larson, 2001). Interessant nok bekreftet de første empiriske studiene antakelsene om at religion påvirker mental helse i negativ forstand (Sanua, 1969), men deltakerne i disse studiene bestod av enten unge studenter eller pasienter innlagt på psykiatriske avdelinger (Koenig og Larson, 2001). Studiene representerte således en spesifikk gruppe mennesker og er dermed utilstrekkelige i beskrivelser av den generelle religiøse populasjonen.

Nylig forskning sørger derimot for en bredere deltakergruppe, og inkluderer religiøse individer av ulik religiøs overbevisning, alder og mental status (se for eksempel Koenig et al., 2001; Hackney og Sanders, 2003). Disse studiene er derfor bedre egnet som indikator på religiøse variabler sin innvirkning på mental helse generelt, og flere av disse demonstrerer at det finnes en positiv relasjon mellom religion og bedre mental velvære. Studier viser blant annet at religion har potensiale til å fremme mestringsfølelse (Pargament, 1997), redusere stress (Henry, 2015), øke tilfredshet med livet (Poloma og Pendleton, 1991), lette på depressive og angst-relaterte symptomer (Razali, Hasanah, Aminah og Subramaniam, 1998) og øke en subjektiv følelse av generell velvære (Smith, Bartz og Scott, 2007). Slike funn har vært med på å utvikle større interesse for hvordan variablene kan brukes som ressurs i

forebygging av problemer på samfunnsnivå (Pargament et al., 1992; Chatters, Ellison og Levin, 1998; Hustedde, 1998), samt at de har økt nysgjerrigheten omkring slike variabler sin nytteverdi i terapeutisk arbeid med religiøse pasienter (Shafranske, 1996; Worthington, Kurusu, McCullough og Sandage, 1996). Dette vil redegjøres nærmere for senere i oppgaven etter en beskrivelse av metoden som er blitt brukt til å undersøke målene med oppgaven.

Metode

Denne oppgaven baserer seg på litteratur hentet via søkemotorene GoogleScholar og PsychInfo. Søkeordene “religion” og “faith” er blitt brukt i sammenheng med søkeordene “mental health”, “mental well-being”, «depression», «anxiety», «alcohol», «risky behaviour», «in therapy» og “community“. Det er også blitt søkt på «religion» i forbindelse med «negative outcomes» for å belyse oppgavens tema fra flere sider. «Religiousness» ble brukt sammen med begrepene «mental health» og «intrinsic and extrinsic», en distinksjon som forklares senere i oppgaven. «Mental health» ble brukt i sammenheng med søkeordene «christianity», «islam» og «judaism» og «religious affiliation». Til sammen produserte dette tusener av artikler, og litteraturen benyttet i oppgaven er blitt begrenset til studier som omhandler religion og ikke spiritualitet samt religion i forhold til angst og depresjon og ikke spiseforstyrrelser, schizofreni eller andre alvorlige psykiske lidelser. Oppgaven bygger også på referanser funnet i artikler som ved første øyekast ble vurdert som relevant for oppgavens mål. I tillegg valgte jeg å søke på forfattere som gjentatte ganger er blitt sitert i litteraturen. Disse forfatterne inkluderer «Levin», «Paragment», «Koenig», «Ellison», «Bergin» og «McCullough». Grunnet kjennskap til Modum Bad etter å ha vært i praksis på Betanien allmennpsykiatriske avdeling, er det også blitt søkt på «Vitaprojektet». Publikasjonene brukt i oppgaven er blitt valgt på bakgrunn av tilgang til dem enten via bekjente sine bøker, internett, eller på biblioteket. Litteraturen er videre blitt valgt på bakgrunn av sammendragets

relevans til hovedfokuset i oppgaven. I tillegg har jeg valgt å avgrense søkene til kunnskaps- og teorioppsummeringer, metastudier og enkeltstudier. Det har også vært fokus på engelske publikasjoner, med unntak av artikler knyttet til Vitaprojektet.

Ettersom oppgaven har som mål å finne ut av om religiøse variabler kan, og kanskje burde, brukes i terapi med religiøse pasienter, er det relevant å undersøke relasjonen mellom mental helse og religion. Dette er for å kaste lys over hvilke effekter religiøse variabler kan ha på psykisk helse, som videre vil kunne si noe om religion som potensiell ressurs i behandling av psykiske plager. I denne sammenhengen vil det nå redegjøres for meta-analyser angående forholdet mellom religion og mental helse, samt studier som undersøker hvilke innvirkninger deltakelse i religiøse aktiviteter og tjenester, bønn og religiøse overbevisninger kan ha på ulike aspekter ved mental helse. Dette etterfølges med en gjennomgang av studier som undersøker effektene av religiøse intervensjoner på angst og depresjon hos pasienter i terapi. Til sist redegjøres det for om religion kan ha positive konsekvenser for samfunnet generelt, noe som vil kunne bidra til en konklusjon om hvorvidt religiøse variabler kan være en verdifull ressurs i terapi eller ikke.

Religion gunstig for mental helse?: Meta-analyser og religiøse variabler.

Som nevnt i innledningen, ble religion vurdert som å ha en negativ innvirkning på sinnet (Ellis, 1983; Freud, 1928; Sauna, 1969), og noen studier på 1900-tallet virket å bekrefte dette (Koenig og Larson, 2001). Disse studiene begrenset derimot deltakere til innlagte pasienter eller studenter, og med hensyn til førstnevnte blir årsakssammenhengen uklar: fører religiøsitet til sykdom, eller fører sykdom til større grad av religiøsitet? (Koenig og Larson, 2001). På 1950-tallet og utover oppstod det en endring i synspunktet på religion (Koenig og Larson, 2001), og Koenig, Larson og Levin er blant fagpersonene som åpnet nye dører i forskningen på religion i forhold til mental helse (Behere et al., 2013). Med visse unntak

demonstrerte de, og deres etterfølgere, at religion kan være gunstig for mental helse (Behere et al., 2013). Religiositet er altså ikke en faktor som nødvendigvis øker sannsynligheten for utvikling av patologi, noe som Bergin, Stinchfield, Gaskin, Masters og Sullivan (1988) og Bartz, Richards, Smith og Fischer (2010) bekreftet i deres studier. Undersøkelsene baserte seg på religiøse mål og Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), og inkluderte 60 religiøse studenter. Sammenlignet med andre populasjoner var det ingen forskjell i sannsynligheten for utvikling av psykiske vansker (Bergin et al., 1988). I tillegg viste det seg at sammenlignet med skala-nivåene på første utfyllelse av MMPI, var samtlige skalaer redusert i forhold til det kliniske området da de tok MMPI på nytt noen år seinere (Bartz et al., 2010). Over tid virket altså religion som å ha en gunstig effekt på mental helse, ikke negativ.

Meta-analyser angående forholdet mellom religion og mental helse

Hackney og Sanders (2003) har undersøkt 35 nylige studier som omhandler religion sin effekt på mental helse. Flertallet av studiene viser at religion kan ha en positiv innvirkning på mental helse, mens resten av studiene viser tvetydige resultater eller at religion har en negativ effekt. De fant at disse variasjonene hadde årsak i definisjonene som ble brukt med hensyn til begrepet «religion» og «mental helse». Videre gjennomførte Koenig et al. (2001) en meta-analyse av 850 studier angående religion sin tilknytning til mental helse. Variablene som ble brukt som mål på mental helse inkluderte tilfredshet med livet, fravær av emosjonelle vansker og generell velvære, og flertallet av de undersøkte studiene fant signifikante positive korrelasjoner mellom religion og bedre mental helse (Koenig et al., 2001). Av studiene som fant en positiv korrelasjon mellom religion og depresjon, viste de også at denne korrelasjonen ble mer negativ jo mer religiøs deltakerne var. Videre ble det funnet positive korrelasjoner mellom religion og større grad av opplevd sosial støtte, samt mellom religion og lite bruk av rusmidler (Koenig et al., 2001). I tillegg viste meta-analysen at religiøse mennesker kan i

større grad være preget av optimisme og håp og at de kan oppleve en større mening med livet (Koenig et al., 2001). Bergin (1983 og 1991) har også funnet i sine meta-analyser at religion kan ha en positiv innvirkning på mental helse. Gartner, Larson og Allen (1991) fant også lignende resultater i sin meta-analyse av 200 studier, hvorav noen studier også indikerte en negativ korrelasjon mellom religion og blant annet angst. Payne, Bergin, Bielema og Jenkins (1991) fant også en positiv korrelasjon mellom religion og bedre mental helse, derimot fant de ingen signifikante funn som kunne indikere at religion kan fungere som forebyggende med hensyn til psykiske lidelser. Oppsummert viser disse meta-analysene at mange studier har funnet en positiv korrelasjon mellom religion og bedre mental helse, selv om noen studier viser motsatte resultater eller tvetydighet. Variasjoner i resultater på tvers av studier virker å ha sin forklaring i definisjonene som er blitt brukt i de ulike studiene, hvor noen definisjoner har fokusert på spesifikke religiøse variabler sin effekt på spesifikke aspekter ved mental helse.

En teoretisk tilnærming til religion sin positive effekt på mental helse er blitt foreslått av Levin (1994a og 1994b), og består av flere dimensjoner. Disse inkluderer en opplevelse av inkludering, støtte og aksept av sin religiøse omgangskrets, en følelse av velbehag som kan oppstå ved religiøse ritualer og en økt grad av velvære og trygghet som religiøse overbevisninger og verdier kan føre med seg. Disse dimensjonene skal nå utdypes nærmere som et ledd i å undersøke om religiøse variabler kan være betydningsfulle i behandling av religiøse pasienter i terapi.

Deltakelse i religiøse aktiviteter og tjenester

Tilhørighet til andre mennesker og grupper er en kilde til å oppnå sosial støtte og hjelp, som videre kan være med på å skape god helse, både psykisk og fysisk (Behere et al., 2013). Det er derfor grunn til å tro at deltakelse i religiøse organisasjoner, menigheter og

lignende kan ha en gunstig effekt på mental helse. I forbindelse med dette fant Witter et al. (1985) at religiøs aktivitet har en større signifikant effekt på mental helse sammenlignet med religiøse overbevisninger, og at religion sin assosiasjon til mental helse er av like mye relevans som andre variabler som er blitt undersøkt i relasjon til mental velvære. Det er foreslått flere årsaker til religiøs deltakelse sin positive effekt på mental helse, eksempelvis at det kan skape trygge tilknytninger til mennesker med lignende verdier og overbevisninger som en selv innehar (Witter et al., 1985), i tillegg til å fremme hyppigheten av sosial atferd (Bradley, 1995; Ellison og George, 1994). Dette kan ha en positiv effekt på mental helse ettersom sosial tilhørighet til, og sosial omgang med, mennesker som har lignende synspunkter og oppfatninger kan være bekreftende med hensyn til egne overbevisninger samt øke troen på at en vil komme til å motta støtte og hjelp når en har behov for det (Barkan og Greenwood, 2003; Lim og Putnam, 2010; 2011; Krause, 2006; Maton, 1987). For det andre kan sosial tilknytning til religiøse miljøer fasilitere og fremme en sunnere livsstil som igjen kan ha en positiv effekt på mental helse (Vanderpool, 1987). Dette vil redegjøres for nærmere under avsnittet som handler om religion som samfunnsressurs.

I forbindelse med deltakelse i religiøse tjenester og aktiviteter sin assosiasjon til mental helse, har studier funnet at en slik deltakelse kan ha en gunstig innvirkning på generell livsglede (Ellison et al., 2009; Maseko og Kubzansky, 2006; Musick, 2000), i tillegg til å fungere som en buffer mot utvikling av alvorlig depresjon (Baetz et al., 2006). Videre har Wheaton (1985) foreslått to stressmodeller som sier noe om religion sin funksjon som en stress-reducerende faktor. Den første stressmodellen inkluderer antakelsen om at forhøyet stress fremmer økt deltakelse i religiøse aktiviteter og tjenester, altså at stressnivå kan sees i sammenheng med hyppighet av religiøs deltakelse. Som allerede nevnt er det funnet en positiv korrelasjon mellom religiøs deltakelse og variabler knyttet til mental helse (Ellison et

al., 2009; Maselko og Kubzansky, 2006; Musick, 2000), slik at hyppig religiøs deltakelse i belastende livssituasjoner kan antas å fungere som forebyggende med hensyn til de negative konsekvensene som stress kan føre med seg (Wheaton, 1985). Den andre stressmodellen inkluderer antakelsen om at hyppig religiøs deltakelse har en større positiv effekt på stress jo høyere stressnivået er sammenlignet med slik deltakelse når stressnivået er lavt. Altså, desto større grad av stress, desto mer fungerer religiøs deltakelse som en buffer mot konsekvensene av stress.

Videre har studier funnet en positiv korrelasjon mellom religiøs deltakelse og bedre mental helse i alle aldersgrupper (Schieman, Bierman og Ellison, 2013), men at effektene av religiøs deltakelse øker i takt med stigende alder (Witter et al., 1985). Eldre mennesker kan altså ha større utbytte av religiøs deltakelse sammenlignet med yngre mennesker. Det er også funnet at religiøs deltakelse kan fungere preventivt med hensyn til stress hos både kvinner og menn (Maselko og Kubzansky, 2006), i tillegg til å forebygge utvikling av depresjon (McFarland, 2010; Norton et al., 2006). Derimot har en studie gjennomført av McFarland (2010) gitt resultater som tyder på en sterkere positiv korrelasjon mellom religiøs deltakelse og bedre mental helse hos menn sammenlignet med kvinner. Studien fant også at menn som ikke deltar i religiøse aktiviteter og tjenester kan ha dårligere mental helse sammenlignet med menn som deltar. Videre er det funnet forskjeller i effektene av religiøs deltakelse på mental helse blant ulike samfunnsgrupper (Schieman et al., 2013). Blant annet virker relasjonen mellom religiøs deltakelse og bedre mental helse å være spesielt sterk blant afro-amerikanere, noe som foreslås å være en konsekvens av afro-amerikanere sin fortid preget av forfølgelse, utnyttelse og undertrykkelse, hvor religiøs deltakelse fungerte som et avbrekk fra elendigheten (McRae, Carey og Anderson-Scott, 1998). Det er for eksempel funnet at

effektene av religiøs deltakelse på forebygging av depresjon og evne til å tilgi er større hos afro-amerikanere sett i forhold til hvite amerikanere (Krause, 2003).

På tross av de nevnte positive effektene som religiøs deltakelse kan ha på mental helse, er det også omstendigheter hvor slik deltakelse kan føre til negative konsekvenser for mental velvære, eksempelvis situasjoner hvor en ikke ser øye til øye med mennesker innen sitt religiøse nettverk (Schieman et al., 2013). I denne sammenhengen kan en oppleve seg dømt og kritisert (Schieman et al., 2013), som trolig kan redusere selvtilliten og følelsen av aksept. En studie av Exline et al. (2000) fant at til tross for at religion i sin helhet kan være kilde til komfort og trygghet, så kan uenighet med sitt sosiale nettverk angående religiøse tema føre til depressive symptomer.

Utførelse av religiøse ritulaer: bønn

Bønn er en religiøs variabel som kan fremme mental velvære hos religiøse individer (Ellison, Gay og Glass, 1989) og flere studier demonstrerer dette (Francis og Kaldor, 2002; Levin og Taylor, 1998; Meisenhelder og Chandler, 2001). Denne effekten kan først og fremst tilskrives en opplevelse av å ha kontakt med det guddommelige (Whittington og Scher, 2010). I denne forbindelsen tror for eksempel muslimer at Gud har skapt mennesker med en tilbøyelighet mot å tro på Gud, slik at følelsen av å være nær Ham forsterkes når en ber (Shah, 2005). En oppfattet personlig relasjon til en gud som ser alle individer som verdifulle kan øke selvfølelsen (Ellison, 1993), i tillegg til at det også kan fremme en oppfatning av livet som mer meningsfullt (Krause, 2003). Ellison (1991) foreslår også at en oppfattet relasjon til Gud kan øke tiltro til at vanskelige situasjoner kan overvinnes. Henry (2015) argumenterer videre for at en konsekvens av å ha nærhet til Gud er reduksjon av både stress og en følelse av ensomhet og isolasjon. Poloma og Pendleton (1991) fant for eksempel at bønn kan øke tilfredshet med livet og en følelse av indre ro, en effekt McCullough (1995) foreslår er et

resultat av troen på at sine bønner blir hørt og besvart. Henry (2015) foreslår dessuten at bønn kan oppmuntre til tilgivelse av egne synder, noe som kan redusere følelser knyttet til depresjon, slik som skam og skyld. En annen teori er at en personlig relasjon til Gud kan fremme et mer hensiktsmessig syn på vanskelige livshendelser grunnet troen på at det finnes en større mening bak dem (Pollner, 1989). Studier viser i denne sammenhengen at en oppfatning av livet som preget av orden og koherens påvirker mental helse i positiv forstand (Antonovsky, 1987), og Pollner (1989) foreslår at en slik oppfatning kan forsterkes av en opplevd relasjon til Gud. Farnsworth (1975) argumenterer for at bønn også kan føre til mer meningsfulle relasjoner til andre utenom Gud, som preges av kjærlighet. Han foreslår at dette har grunnlag i at et større fokus på Gud reduserer en følelse av å leve i et eksistensielt tomrom.

Bønn kan altså føre med seg flere positive konsekvenser. Derimot finnes det også studier som har funnet at bønn kan ha en negativ innvirkning på mental helse, som for eksempel økning i depressive og angstrelaterte symptomer (Bradshaw et al., 2008; Hank og Schaan, 2008; Krause, 2003). Det er likevel usikkert hvorvidt bønn i seg selv fører til forsterking av slike symptomer eller om slike symptomer fører til at en ber oftere (Schieman et al., 2013). I tillegg er det slik at bønn kan ha ulikt innhold, hvor det skilles mellom bønn som har et fokus på takknæmlichkeit og ærbødighet, og bønn som fokuserer på egne synder og svakheter (Whittington og Scher, 2010; Masters og Spielmans, 2007; Poloma og Pendleton, 1991). For eksempel viser en studie gjennomført av Whittington og Scher (2010) at førstnevnte kan føre til en bedre selvtilit og større grad av optimisme og tilfredshet med livet, mens sistnevnte kan føre til det motsatte (se også Masters og Spielmans, 2007; Poloma og Pendleton, 1991). Det er også funnet forskjeller mellom effekten av bønn på mental helse og ulike syn på Gud, hvor en oppfatning av Gud som nær og kjærlig kan gi økt resiliens mot

stress (Bradshaw et al., 2008). På samme måte kan en oppfatning av Gud som fjerntliggende og streng føre til forsterkning av stress (Bradshaw et al., 2008).

Med bakgrunn i at bønn har potensiale til å fremme bedre mental helse, foreslår McCullough og Larson (1999) at bønn kan brukes i behandling av religiøse pasienter med psykiske plager. De foreslår at bønn i terapirommet kan fasilitere trygghet til terapeuten og underbygge håp om at terapiprosessen skal bli vellykket. Masters og Speilmans (2007) foreslår videre at bønn kan resultere i positive endringer i mennesker sine kognitive prosesser som en konsekvens av de ord og tema som bønn kan inneholde, og har dermed potensiale til å lette på symptomer knyttet til psykiske vansker. Det kan tenkes at dette gjelder bønn som inneholder takknæmlichkeit og ærbødighet, slik at en negativ innstilling til livshendelser kan endres til noe mer positivt. I sammenheng med dette beskriver Henry (2015) en case-studie om en tiltagende deprimert muslimsk kvinne. Hun hadde tilbrakt store deler av livet sitt som hjemmeværende husmor til sine 3 barn, som alle flyttet utenlands. Hun mistrikket i sitt ekteskap og hadde ingen venner. Opplevelsen av livet som håpløst, og seg selv som hjelpeløs, gjennomsyret henne og hun ante ingen utvei. Henry jobbet ut fra flere terapeutiske tilnærminger uten særlig bedring, frem til han ved en tilfeldighet sa til henne at han skulle be for henne. Dette rørte ved henne, og ved videre samtale om bønn kom det frem at av og til når hun ba, kunne hun oppleve en intens energi preget av glede. Denne gleden ble derimot hurtig ødelagt av påtrengende negative tanker, som for eksempel at Gud ikke hadde tid til å høre på hennes uviktige problemer og at hun burde være fornøyd med alt Gud hadde gitt henne. Med dette så Henry en mulighet til å bruke bønn som en ressurs til å endre tanke- og følelseslivet til kvinnen, og han ba henne om å skrive ned både tanker og følelser som oppstod ved bønn. Videre ble disse diskutert og reflektert over i timene, samt måter å bruke bønn på i situasjoner hvor negative tanker ble påtrengende. Bønn ble dermed en større og mer bevisst del av livet

hennes og fungerte etterhvert som en buffer mot depresjon. Hun begynte å akseptere hva hun anså som Guds vilje, hun utviklet en større grad av empati for sine barn med tanke på hvorfor de flyttet vekk til andre land, og hun fant mot til å sørge over tidligere tap uten å føle bitterhet. Hun opplevde også økt omtanke for andre mennesker ettersom fokuset på Gud tok vekk fokus på seg selv, noe som gav livet hennes ny mening. Etterhvert fikk hun også en overbevisning om at Gud tilgav henne for syndene sine, noe som igjen førte til at hun tilgav seg selv. Dette igjen førte til mindre grad av skyldfølelse som igjen førte til redusering av depressive tanker og følelser. Bønn hadde altså en positiv innvirkning på hennes bedringsprosess, og bekrefter dermed antakelsene til blant annet Masters og Speilmans (2007).

Religiøse overbevisninger: Guds egenskaper, relasjon til Gud, mestring og dedikasjon

Så langt er det blitt redegjort for flere funn som indikerer at religiøse variabler, slik som religiøs deltakelse og bønn, er positivt korrelert med subjektiv velvære, mindre grad av plager knyttet til depresjon og angst, en følelse av at livet har mening og en høyere grad av mestringsfølelse (se også Allen og Wang, 2014; Barton, Miller, Wickramaratne, Gameraff og Weissman, 2013; Donahue, 1985). Likevel finnes det kontroversielle resultater med hensyn til religion sin effekt på mental helse, hovedsakelig med årsak i at både religion og mental helse har flere dimensjoner ved seg (Wulff, 1997). Det er altså kompliserte variabler å ta hensyn til i slike undersøkelser, og disse inkluderer variasjoner omkring oppfattelsen av hvem Gud er (Froese og Bader, 2010) og på hvilken måte en er religiøs på (Allport og Ross, 1967). Dette skal nå redegjøres for.

Gud som velvillig versus streng Troen på hvem Gud er kan variere fra person til person og kan ha konsekvenser for hvorvidt ens religiøse overbevisninger er gunstig for mental helse eller ikke. Froese og Bader (2010) foreslår at religiøse mennesker har ulike oppfatninger omkring hvordan Gud er og deler disse oppfatningene inn i fire kategorier: Gud er velvillig og

vennlig, Gud er autoritativ, Gud er skaper av verden, men fraværende, Gud er kritisk og kan straffe. Flere studier som undersøker innvirkningen av disse oppfatningene på mental helse viser at troen på Gud som velvillig og vennlig kan ha en positiv effekt på selvfølelse (Francis et al, 2001), humør (Wiegand og Weiss, 2006) og tilfredshet med livet (Phillips et al., 2004; Krause, 2005). I tillegg viser noen studier at en slik oppfatning av Gud korrelerer negativt med depresjon og angst (Schieman, Pudrovska, Pearlin og Ellison, 2006; Rosmarin et al., 2009). I motsetning til dette er det funnet at troen på Gud som streng, disiplinær og kald kan ha en negativ innvirkning på selvtillit (Francis et al., 2001; Phillips, Paragment et al., 2004) og at det kan føre til besymringer (Paragment et al., 2000) samt symptomer på angst og depresjon (Exline et al., 2011; Schaap- Jonker, Eurelings-Bontekoe , Zock og Jonker, 2002; McConnell, Pargament, Ellison og Flannelly, 2006). Silton, Flannelly, Galek og Ellison (2013) ville undersøke de fire ulike oppfatningene sin relasjon til psykiatriske symptomer, deriblant generalisert angstlidelse (GAD) og sosial angst. Studien bekrefter ovennevnte funn: troen på Gud som velvillig og vennlig kan være helsefremmende, mens troen på Gud som streng og disiplinær kan være helseskadelig. Silton et al. (2013) foreslår at førstnevnte har årsak i en opplevelse av at verden ikke er så farlig ettersom Gud er god og vil hjelpe, og at sistnevnte har årsak i en opplevelse av både verden og Gud som potensielt farlig. Det er altså flere måter å oppfatte Gud på, som videre har konsekvenser for ens mentale helse samt ens relasjon til Gud.

Gud som viktig tilknytningsperson I sammenheng med individer sin relasjon til Gud er det også blitt forsket på tilknytning. Studier har funnet at Gud kan fungere som en viktig tilknytnings»person» (Homan, 2014; Kirkpatrick, 2005; Granqvist og Kirkpatrick, 2013; Kirkpatrick og Shaver, 1992) og at en trygg tilknytning til Gud kan føre til økt generell velvære og færre mentale plager (Kirkpatrick, 2005). En trygg tilknytning til Gud

karakteriseres av at en søker nærhet til Gud via bønn, at en søker trøst og trygghet hos Gud i truende situasjoner og at en føler mestring i vanskelige situasjoner på grunn av en opplevd følelse av at Gud er ved ens side (Homan, 2014). Dette står altså i kontrast til konsekvensene nevnt av å oppfatte Gud som streng, disiplinær og potensielt farlig (Silton et al., 2013). I denne sammenhengen har studier også funnet at en positiv og trygg relasjon til Gud korrelerer negativt med depresjon og angst (Knabb og Pelletier, 2014; Bishop, 2008; Rowatt og Kirkpatrick, 2002) og at det korrelerer positivt med økt tilfredshet med livet (Freeze og DiTommaso, 2014). I tillegg foreslår Homan (2014) at en slik tilknytning til Gud kan fremme en selvmedfølende holdning til seg selv, ettersom vurdering av viktige tilknytningspersoner som kjærlig, ivaretakende og empatisk kan fremme en opplevelse av seg selv som verdig av kjærlighet og omsorg. En slik holdning kan fungere som en buffer mot symptomer på angst og depresjon (Raes, 2010; Leary, Tate, Adams, Allen og Hancock, 2007; MacBeth og Gumley, 2012), samt sørge for økt tilfredshet med livet, en økt opplevelse av tilhørighet til andre mennesker og en økt mestringsfølelse (Neff, 2003; Neff, Hsieh og Dejitterat, 2005). Homan (2014) ville undersøke om en trygg tilknytning til Gud kunne underbygge en selvmedfølende holdning til seg selv. Funnene fra studien viste at de som reagerte med angst eller emosjonell avstenging ved opplevd usikkerhet omkring Guds tilgjengelighet, viste en mindre grad av selvmedfølende holdning til seg selv sammenlignet med de som oppfattet Gud som kjærlig og nær. I tillegg korrelerte denne usikkerheten positivt med symptomer knyttet til angst og depresjon. Dette funnet står dermed i stil med funn som indikerer at en trygg relasjon til Gud korrelerer negativt med angst og depresjon (Knabb og Pelletier, 2014; Bishop, 2008; Rowatt og Kirkpatrick, 2002).

Gud som mestringsressurs Med hensyn til religiøse overbevisninger er det også slik at de kan påvirke hvordan en håndterer situasjoner og emosjonelle tilstander, ettersom mestring

påvirkes nettopp av kognitive prosesser og de overbevisningene en innehar (Moreira-Almeida et al., 2006). I denne forbindelsen viser studier at religiøse overbevisninger kan fremme en mestringsfølelse ved å fasilitere en følelse av kontroll (Janoff-Bulman, 1992; Proulx og Heine, 2008; Pennebaker og Stone, 2004). Dette er vist å kunne å ha en gunstig påvirkning på mental helse (Levin og Schiller, 1987). Janoff-Bulman (1992), Proulx og Heine (2008) og Pennebaker og Stone (2004) er blant dem som har funnet at oppfattelsen av verden som kaotisk og tilfeldig fremmer følelser av usikkerhet, som videre kan være opphav til angst og stress. I denne sammenhengen argumenteres det for at en opplevelse av å ha personlig kontroll i livet kan styrke psykologisk fungering (Janoff-Bulman, 1992) og skape en fornæmmelse av verden som håndterbar og organisert (Kay, Gaucher, McGregor og Nash, 2010). En opplevelse av kontroll kan dermed antas å fungere som en buffer mot konsekvensene som usikkerhet kan føre med seg, og Kay et al. (2010) foreslår at eksterne ressurser kan kompensere for mangel på personlig kontroll i vanskelige situasjoner. På denne måten opprettholdes synet på verden som å være preget av orden og mening, og kan dermed virke forebyggende med hensyn til angst og stress. I denne forbindelse har Kay, Gaucher, Peach, Friesen, Laurin et al. (2009) og Kay, Whitson, Gaucher og Galinsky (2009) undersøkt om religiøse overbevisninger kan fungere som en kilde til opplevelse av kontroll i situasjoner en ikke har personlig kontroll over. Flere trosretninger viser til Gud/en/flere guddommelighet(er) som å ha kontroll over verden, og Kay et al. (2010) foreslår at en mangel på følelse av personlig kontroll korrelerer med styrke i troen på at Gud/en/flere guddommelighet(er) styrer verden etter egen vilje: jo mindre følelse av personlig kontroll, jo mer overbevisning om Guds kontroll. De foreslår at dette har årsak i at religiøse overbevisninger kan fungere som en måte å mestre usikre og uhåndterbare situasjoner på. Ovennevnte studier bekrefter Kay et al. (2010) sine antakelser.

På den annen side er det noen som hevder at religiøse overbevisninger kan inkludere et mer negativt innhold, slik at overbevisningene ikke fungerer som en god kilde til mestring: de kan føre til oppfattelsen av at tragiske hendelser oppstår som straff fra Gud (Cook og Wimberly, 1983) og de kan føre til unnvikelse av ansvar som følge av troen på at Gud styrer alt (Pargament, Koenig, Tarakeshwar og Hahn, 2001; Pargament, Koenig, Tarakeshwar og Hahn, 2004). Religiøse overbevisninger kan altså ha både positive og negative effekter på mental helse, avhengig av enkeltpersonen sin tolkning av hvem Gud er.

I-religiøse versus E-religiøse I tillegg til ulike oppfatninger omkring hvem Gud er, finnes det også variasjoner med hensyn til hvilken funksjon religiøse overbevisninger har for ulike individer. I denne forbindelsen finnes det studier som kan argumentere for at måten man er religiøs på kan ha ulike konsekvenser for mental helse, hvor personlig og internalisert dedikasjon til religion har en større positiv effekt på mental helse sammenlignet med religiøsitet basert på ytre konsekvenser til egen fordel (Allport og Ross, 1967). Det skiller altså mellom religiøse individer som bruker religion som en kilde til å oppnå noe (eksempelvis omgjengelighet, sosial status, trygghet og rettferdiggjøring av seg selv) og dem som internaliserer, motiveres av, og lever etter, religiøse overbevisninger uavhengig av ytre konsekvenser (Allport og Ross, 1967). I denne sammenhengen utviklet Allport og Ross (1967) «Religious Orientation Scale» (ROS) med den hensikt å skille mellom de nevnte religiøse individene, hvor førstnevnte refereres til E-religiøse (orientert mot eksterne konsekvenser) og sistnevnte til I-religiøse (orientert mot indre konsekvenser). Denne skalaen er i senere tid blitt benyttet i ulike studier, inkludert i en studie utført av Bergin, Masters og Richards (1987) angående sammenhengen mellom religion og ulike personlighetsvariabler. Resultatene i studien viser at religion kan ha en positiv effekt med hensyn til adekvat personlig fungering og tilpasning, og at I-religiøse kan oppleve en mindre grad av angst-

relaterte plager sammenlignet med E-religiøse. Det ble også funnet at I-religiøse, sammenlignet med E-religiøse, kan oppleve en større grad av subjektiv mental velvære. Funnene i studien kan dermed være med på å forklare hvorfor noen studier viser negative effekter av religion på mental helse mens andre viser positive effekter (Bergin et al., 1987). En studie gjennomført av Baker og Gorsuch (1982) som måler relasjonen mellom religiøsitet og angst bekrefter det samme, altså at I-religiøse opplever mindre grad av angst sammenlignet med E-religiøse og at I-religiøse virker å oppnå en følelse av fredfullhet. Det kan derfor være slik at noen studier med et flertall av E-religiøse viser resultater som tyder på at religion har en dårlig effekt på mental helse, mens studier med flertall av I-religiøse viser motsatte resultater (Baker og Gorsuch 1982).

Sanders, Allen, Fischer, Richards, Morgan et al. (2015) undersøkte medlemmer av en kristen gruppe kalt Latter-Day Saints (mormonere), hvor det ble målt ulike psykologiske og religiøse variabler via spørreskjema. Resultatene i undersøkelsen viser at I-religiøse tenderer å være lite plaget med depresjon og angst, inkludert skam og perfeksjonisme. I tillegg ble det funnet at I-religiøse har en sterk følelse av at livet har mening, noe som kan fungere som en beskyttende faktor mot mentale problemer.

I tillegg til resultatene fra de nevnte studiene er det også blitt funnet at religion sin korrelasjon til mental helse varierer i styrke avhengig av definisjonen av religion som er blitt brukt: religion definert på bakgrunn av institusjonelle karakteristikk har de svakeste korrelasjonene til mental helse, ideologiske karakteristikk viser sterkere korrelasjoner, mens personlig dedikasjon til religion viser de sterkeste korrelasjonene (Hackney og Sanders, 2003). Solomon, Greenberg og Pyszcznski (1991) foreslår en teori om at tilhørighet til et verdenssyn som deles av flere, inkludert religion, kan fungere som en beskyttende faktor med hensyn til eksistensiell angst og som en kilde til tilfredshet med livet og økt selvtilit grunnet

opplevelsen av å være en del av et meningsfullt univers. Det vurderes likevel som vesentlig at verdenssynet er internalisert og ikke kun basert på institusjonelle aspekter ved slik tilhørighet (Hackney og Sanders, 2003). Deci og Ryan (1985) har utarbeidet en teori i forbindelse med dette som går ut på at religiøse handlinger utført for sin egen del kan ha en større grad av positiv effekt på mental helse enn religiøse handlinger utført for å oppnå noe. De ovennevnte studier støtter dette.

Religiøse variabler som ressurs i terapi: studier og behandlingsformer

Paragment et al. (2005) foreslår at informasjon om pasienter sitt forhold til religion kan gi verdifull innsikt i hvordan personen oppfatter og forholder seg til vanskeligheter i livet, noe som er betydningsfullt i behandling av pasienter med psykiske vansker. Hodges (2007) foreslår at det er betydningen av pasienten sine religiøse overbevisninger som er av signifikant relevans med tanke på hvordan terapeuter kan bruke religiøse variabler som ressurs i terapi. Det er derfor lite hensiktsmessig at terapeuter diskuterer med pasienter om hvorvidt pasienten sine overbevisninger er «riktige» eller ikke (Hodges, 2007; Shafranske, 1996), og det argumenteres også for at det er viktig at terapeuter reflekterer over egne verdier og overbevisninger samt egne begrensninger og styrker med hensyn til tema som gjelder religion (Paragment, 1997). Det kan tenkes at en slik avklaring vil kunne føre til at terapeuter kan forholde seg mer objektive til slike tema, som kanskje vil kunne fremme terapeutens evne til å bruke religiøse intervensjoner i terapi.

Studier har demonstrert at religiøse intervensjoner i terapi med religiøse pasienter kan redusere depressive symptomer i like stor grad som mer tradisjonelle tilnærminger (se for eksempel Koenig, 2012; Pearce og Koenig, 2013; Pearce et al., 2015; Johnson og Ridley, 1992; Propst, 1980; Hodge, 2006; McCullough, 1999; Wade et al., 2007; Worthington og Sandage, 2001), i tillegg til å redusere angst (se for eksempel Azar, Varma og Dharap, 1994;

Razali et al., 1998; Koszycki, Bilodeau, Raab-Mayo og Bradwejn, 2014). Det vil i denne forbindelse redegjøres for tre ulike tilnærminger til behandling av depresjon som nyttiggjør seg av pasienten sin religiøsitet, etterfulgt av studier som har undersøkt bruken av religion i behandling av angst og depresjon.

Religion og behandling av depresjon: RCBT, RET og Vitaprojektet

RCBT Koenig (2012) og Pearce og Koenig (2013) har vist at inklusjon av religiøse overbevisninger i kognitiv atferdsterapi (CBT) med religiøse pasienter har potensiale til å forsterke effekten av CBT-behandling av depresjon. Denne tilnærmingen til behandling er blitt kalt RCBT, hvor R står for «religiøse overbevisninger og ressurser», og har som mål å erstatte ødeleggende tankemønstre med helsefremmende verdier og prinsipper som står nedført i religiøse skrifter (Pearce et al., 2015). Terapeuten gjengir et sitat fra religiøse skrifter i henhold til pasienten sine religiøse overbevisninger og til temaet som er sentralt i timen, og ber pasienten innstudere dem (Pearce et al., 2015). Hensikten med dette er å styrke positive religiøse lærdommer i pasienten sin bevissthet slik at de kan brukes som en ressurs for å endre negative tanker og følelsesmønstre (Pearce et al., 2015). RCBT har også som mål å fasilitere atferd som kan fungere som forebyggende med hensyn til depresjon, slik som å be for andre og seg selv, tilgi andre og seg selv, være engasjert i sosiale relasjoner med likesinnede og snakke om egne overbevisninger, meditere, lese religiøse skrifter o.l. (Pearce et al., 2015). Terapeuten søker også å støtte oppunder sjenerøse handlinger, som for eksempel veldighetsarbeid, og atferd som kan underbygge pasienten sin opplevelse av å være takknemlig (Pearce et al., 2015). RCBT kan altså styrke pasienten sin evne til både å utfordre negative tankemønstre og å regulere følelseslivet (Pearce et al., 2015).

Pearce et al. (2015) gjennomførte systematiske RCBT-behandlinger av pasienter med ulike religiøse overbevisninger. Pasientene gikk i behandling for situasjonsbasert depresjon,

og studien viste at RCBT var minst like effektiv i behandling av depresjon som tradisjonell CBT-behandling. Terapiforløpet ved bruk av RCBT inkluderte ti behandlingstimer med spesifikke temaer, og foregikk som følger: I første time ble pasienten introdusert for innholdet i RCBT-behandling samt et relevant sitat fra religiøse skrifter som pasienten skulle innstudere. I tillegg fikk pasienten muligheten til å fortelle om sin livshistorie, religiøse overbevisninger og daværende vansker. I andre time ble pasienten oppfordret til både å bevisstgjøre seg på hvordan emosjoner og aktiviteter henger sammen, og å delta i religiøse aktiviteter som kunne endre negative følelser til positive. Pasienten ble også motivert til å støtte og be for minst én likesinnet person, med den hensikt å fremme evne til omtanke for andre, gi livet dypere mening og skape økt sosial støtte for seg selv. Tredje time ble brukt til å identifisere negative tanker samt hendelser som utløser de, hvorpå disse tankene ble utfordret teologisk. Pasienten ble også bedt om å øve på å reflektere over, og memorisere, avsnitt fra religiøse skrifter som kunne ha potensiale til å endre negative tanker i vanskelige situasjoner. Fjerde time ble anvendt til å fokusere på hvordan tolkninger av hendelser påvirker emosjoner. Timen ble også brukt til å reflektere over om pasienten sine religiøse overbevisninger kunne fasilitere mer hensiktsmessige måter å oppfatte hendelser på samt om deltakelse i religiøse aktiviteter kunne føre til større grad av mestring i vanskelige situasjoner. Femte time handlet om å utvikle pasienten sin aksept for følelse av tap, inkludert tap knyttet til Gud og religiøse overbevisninger (for eksempel følelsen av at Gud har forlatt en). Terapeuten forsøkte å motivere til overgivelse av kontroll til guddommelig makt, slik at pasienten kunne gi slipp på alt som ikke kunne kontrolleres og dermed utvikle større tillit til at det guddommelige ordner opp på sin egen måte. Temaet i sjette time omhandlet endringer i religiøse overbevisninger som hadde oppstått som en konsekvens av depresjon, og i denne forbindelsen ble både anger og meningen med tilgivelse diskutert. Syvende time handlet om takknemlighet, åttende time

om sjenerøsitet og altruisme, og niende time om hvilke positive konsekvenser depresjonen kunne ha ført til i forhold til personlig utvikling og om det kunne ligge en større mening bak pasienten sine vanskeligheter. Siste time fokuserte på håp og forebygging av tilbakefall, hvor det ble reflektert over ferdighetene som pasienten hadde lært i terapiforløpet, pasienten sine ressurser knyttet til religiøse overbevisninger og pasienten sitt syn på egen fremtid.

En av utfordringene under studien var terapeutens mangelfulle kjennskap til andre religiøse retninger enn sin egen. Som en konsekvens av dette ble det laget en manual til hver av de fem store religionene, som inkluderer Kristendom, Islam, Jødedom, Buddisme og Hinduisme (Pearce et al., 2015). Manualene inneholder veiledende råd om hvordan å diskutere religion med pasienten i tillegg til utfyllende informasjon om viktige begrep og ressurser innen de spesifikke religionene (Pearce et al., 2015). En annen utfordring var at det finnes flere ulike overbevisninger og måter å praktisere disse på innad hver religion, noe som ble for omfattende å utdype i hver manual (Pearce et al., 2015). Av denne grunn instrueres heller terapeutene i å innhente relevant informasjon om pasienten sine spesifikke overbevisninger fra pasienten selv (Pearce et al., 2015).

RET Albert Ellis, opphavsmann til RET(rational-emotive therapy), er som nevnt i innledningen blant dem som hadde et negativt syn på religion sin innvirkning på individet (Ellis, 1983). Han oppfattet religion som et hinder mot å oppnå sunn mental helse, og skriver for eksempel: «When and if humans fully accept the reality that there is no supernatural "force" in the universe that gives a damn about them or ever will, they will then be truly humanistic. Rational-emotive psychology is one of the main modern methods of helping them work toward that goal» (Ellis, 1973, s. 16). Slike påstander førte til antakelser om at RET ikke kan komplimentere en religiøs tankegang, og ble dermed vurdert som ubrukelig i behandling av religiøse pasienter (Wessler, 1984). Johnson og Ridley (1992) viste derimot i sine studier

at behandling av depresjon som inkluderer å erstatte irrasjonelle overbevisninger med religiøs visdom, har like god effekt på bedring som erstatning av irrasjonelle overbevisninger med humanistisk visdom. RET kan altså være en god behandlingsmetode i terapi med religiøse pasienter og behøver derfor ikke å utelukkes som behandlingstilnærming.

Vitaprojektet Modum Bad er en psykiatrisk institusjon i Norge som, i tillegg til behandling av ulike psykiatriske lidelser som angst og depresjon, driver forskning på psykiatri i sammenheng med sjelesorg, religion og eksistensielle problemstillinger (Austad og Stålsett, 2007). Institusjonen har opplevd samarbeid med prester som veldig viktig i behandlingen av pasientene, men fant likevel at religiøs og eksistensiell problematikk ikke ble integrert i behandlingen på en tilstrekkelig måte (Austad og Stålsett, 2007). Dette ville Austad og Stålsett (2007) endre på, og etter utvikling av en teoretisk modell med utgangspunkt i psykoanalytisk objektreasjonsterapi, affektteori, eksistensiell psykoterapi og narrativ teori, kom de frem til en behandlingstilnærming som siktet mot pasienter med eksistensielle og religiøse vansker. Det er hovedsakelig pasienter med depresjonsproblematikk og eksistensielle kriser som mottar denne behandlingen, hvor pasientens syn på, og opplevelse med, religion kan ses på som hemmende for pasienten eller som ressurs. Behandlingsforløpet strekker seg over tolv uker og inkluderer både individuelle og gruppetimer, hvorav gruppetimene dominerer behandlingen (Austad og Stålsett, 2007). I narrativ gruppe deler pasientene livshistorien sin med hverandre, som også inkluderer religiøse og eksistensielle opplevelser. Historien skrives ned tre ganger, i tillegg til at pasientene loggfører tanker, følelser og minner som erindres fortløpende. Pasientene skal også tegne sin mor, far, Gud og seg selv tre ganger per uke for å avsløre ubevisste representasjoner de har av disse. På denne måten kan affekter bundet til seg selv, foreldre og Gud bearbeides og dermed også forandres hvis affektene er delaktige i pasienten sine problemer. I dynamisk gruppeterapi blir pasientene

sin dynamikk seg imellom og med terapeutene gjort til gjenstand for utforskning, hvor reaksjoner, følelser og overføringer som oppstår i gruppene kan bearbeides og tolkes, og dermed legge grunnlag for å skape en økt evne til affektregulering. Behandlingen inkluderer også pårørendesamtaler, timer for evaluering av behandlingsprosessen, bevegelsesterapi, morgensamling med vekt på meditasjon samt avspenningsøvelser, og timer med eksistensielle tema som hovedfokus. Ved slutten av behandlingsforløpet får pasientene også tilbud om å snakke med en prest. Ett år etter behandlingen blir pasientene undersøkt på nytt, slik at behandlingen evalueres kontinuerlig. I denne forbindelse er det vist at behandlingsmodellen har en positiv effekt på symptomreduksjon (Austad og Follesø, 2003), som kan indikere at inkluderingen av religiøse og eksistensielle tema i terapi kan spille en rolle i prosessen mot bedring.

Oppsummert viser RCBT, RET og Vitaprojektet at innføringen av religiøse tema og variabler i terapi med deprimerte religiøse pasienter kan være gunstig i prosessen mot bedring. Det kan dermed være grunn til å argumentere for at slike intervensjoner burde brukes oftere med religiøse pasienter, og at psykologer generelt kanskje burde forhøre seg med hver enkelt pasient om religiøst ståsted og om pasienten ønsker å ta opp religiøse tema i terapi. Dette argumentet vil nå støttes videre av ytterligere undersøkelser angående bruk av religiøse intervensjoner i terapi, og det vil i denne sammenhengen redegjøres for flere slike studier med fokus på angst og depresjonsproblematikk.

Flere studier angående religiøse intervensjoner i terapiforløp

I tillegg til studiene angående RCBT, RET og Vitaprojektet sin effekt på behandling av depresjon, finnes det studier som demonstrerer religiøse intervensjoner sin effekt på depresjon og/eller angst. Azar et al. (1994) undersøkte 62 troende muslimer med generalisert angstproblematikk, hvorav 32 deltakere ble tilfeldig utvalgt til kontrollgruppe og resten til

tiltaksgruppen. Alle deltakerne ble behandlet med benzodiazepiner i åtte uker samt 12-16 terapitimer med fokus på å støtte pasienten, men det var kun tiltaksgruppen som diskuterte, og brukte, religiøse overbevisninger som ressurs i behandlingsforløpet. Etter tre måneder var det signifikante forskjeller mellom gruppene: tiltaksgruppen viste større grad av bedring sammenlignet med kontrollgruppen. Ved seks måneder var det ingen forskjeller mellom gruppene, som foreslås å ha årsak i at kontrollgruppen «innhentet» tiltaksgruppen sitt bedringsnivå (Azar et al., 1994).

I en annen studie av Razali et al. (1998) ble 203 muslimske pasienter med angst og depresjon undersøkt. Kontrollgruppen mottok standard behandling av deres plager, mens tiltaksgruppen også mottok religiøs-sosiokulturell psykoterapi. Dette bestod av oppfordring til bønn, studie av koranen og etterlevelse av livsstilen som profeten Mohammed anbefaler, og refleksjoner og diskusjoner angående sammenhenger mellom pasienten sine plager og pasienten sine religiøse overbevisninger. Ved tre måneder viste tiltaksgruppen større bedring med hensyn til både angst- og depressive plager, mens det ved seks måneder ikke ble funnet noen forskjeller mellom tiltaksgruppen og kontrollgruppen.

I en tredje studie av Koszycki et al. (2014) bestod deltakerne av 22 pasienter med generalisert angstlidelse, hvorav flertallet hadde en kristen bakgrunn. Både kontrollgruppen og tiltaksgruppen mottok samme behandling i form av psykoterapi med fokus på å støtte pasienten, men behandlingen av tiltaksgruppen inkluderte også fokus på grunnleggende holdninger og verdier som er felles for samtlige religioner. Resultatene viste at tiltaksgruppen opplevde mindre grad av generell besymring samt høyere toleranse for usikkerhet sammenlignet med kontrollgruppen.

Også Propst (1980) demonstrerte religiøse intervensjoner sin positive effekt på religiøse pasienter. Studien inkluderte 40 religiøse deltakere med depressive symptomer og

fire ulike behandlingsformer fordelt på tre kontrollgrupper og en tiltaksgruppe. Deltakerne i kontrollgruppe én og to fikk i oppgave å overvåke humøret sitt fra dag til dag. Kontrollgruppe tre mottok behandling med fokus på å visualisere situasjoner som fremkalte depressive tanker og følelser, med mål om å desensitivisere disse. Tiltaksgruppen fikk samme behandling som gruppe tre, men med fokus på visualisering av religiøse forestillinger sammen med forestillinger av vanskelige situasjoner. Resultatene viste at bruken av religiøse forestillinger reduserte depressive symptomer i større grad enn de andre tre behandlingsformene.

Det er også blitt gjennomført en meta-analyse i forskningen på hvorvidt religiøse og spirituelle tilnærminger til behandling av psykiske vansker har positiv effekt på bedring, hvor Smith, Bartz og Richards (2007) undersøkte 31 studier gjennomført mellom 1984 til 2005. Sammenlignet med kontrollgrupper som fikk standard behandling, viste deltakerne i tiltaksgruppene hurtigere bedring. Det er spesielt en generell følelse av velvære som økes blant pasientene som mottar slik behandling (Smith et al., 2007).

I forbindelse med hva det er med religiøse intervensjoner som øker bedring hos religiøse pasienter, fant Wade et al. (2007) at kristne pasienter følte et tettere bånd til terapeuten når religiøse intervensjoner ble brukt i behandlingsforløp, og foreslår at dette kan være en viktig del av årsaken til bedring hos pasienten. Stanley et al. (2001) gjennomførte en studie med 66 deltakere over 55 år med angst og depresjons problematikk, hvor det kom frem at 61 % følte det var viktig å diskutere religiøse tema som en del av terapeutisk behandling. Årsakene de oppgav til dette var troen på at det ville gi en større opplevelse av aksept, støtte og bekvemmelighet.

Men hva sier studier om religion på samfunnsnivå? Så langt i oppgaven har det vært fokus på religiøse intervensjoner på individnivå, og flere av de nevnte studiene har vist at religiøse intervensjoner kan ha en positiv effekt på religiøse pasienter i terapi (se for eksempel

Pearce et al., 2015; Azar et al., 1994; Razali et al., 1998). Dette er kanskje ikke overraskende med tanke på at flere studier også viser at religiøse variabler slik som bønn, religiøs deltakelse og religiøse overbevisninger kan ha en positiv effekt på ulike aspekter ved mental helse (se for eksempel Ellison et al., 2009; Schieman et al., 2013; Henry, 2015; Homan, 2014). Som nevnt innledningsvis er det også av interesse å undersøke hvorvidt religiøse intervensjoner kan ha en positiv funksjon på samfunnsnivå også, noe som kan enten svekke eller styrke en konklusjon om hvorvidt religiøse intervensjoner burde anvendes oftere, spesielt med tanke på hva som er fordelsaktig for mennesker sin mentale helse.

Religion som samfunnsressurs

Som nevnt i innledningen er religion en del av ethvert samfunn og det kan påvirke samfunnet på flere ulike måter. Det er et kjent faktum at religion har vært, og fortsatt er, en tilsynelatende kilde til flere konflikter i verden, som for eksempel krigen i Israel eller utførelse av terrorhandlinger i «Guds navn». Utnyttelse og traumatisering av mennesker i religiøse sekter er også et eksempel på negative effekter som religion kan ha på samfunnsnivå. Det kan likevel settes spørsmålstegn ved om slike konflikter og handlinger har absolutt årsak i religion som sådan, eller om det handler mer om menneskelige lyster og svakheter. Men ettersom dette faller litt utenom oppgavens rekkevidde, er det i henhold til målene med oppgaven av størst interesse å undersøke om religion kan ha positive effekter på samfunnet generelt, nærmere sagt om religion kan bidra positivt til mental helse på samfunnsnivå. Det vil i denne forbindelse vektlegges religiøse organisasjoner sitt bidrag til samfunnet, både innad religiøse miljø og ikke-religiøse miljø.

Bidrag i religiøse miljø: preventivt arbeid

I sammenheng med religion som samfunnsressurs, kan religion bidra positivt til samfunnet ved at religiøse organisasjoner driver preventivt arbeid (Maton og Wells, 1995). I

denne forbindelsen er det for eksempel stor fokus på familiesamhold innad religiøse miljø (McAdoo og Crawford, 1991), og det finnes studier som viser at religion kan bidra til gode og langvarige forhold mellom kone og ektemann (Hansen, 1992), samt gode forhold generelt innad kjernefamilien (Stinnett, 1979). Dette antas å være en konsekvens av de verdier og normer som religiøse skrifter formidler angående ekteskap og andre relasjoner (D'Antonio, Newman og Wright, 1982). Det er også slik at flere religiøse organisasjoner tilbyr diverse kurs med hensyn til å fremme positive familieforhold, som for eksempel kurs om hvordan å oppdra barn på best mulig måte (Maton og Wells, 1995). I tillegg kan ungdommer få informasjon om hvordan de kan bruke religiøse variabler som en kilde til å mestre utfordrende situasjoner som ungdomstiden ofte fører med seg (Maton og Wells, 1995). I denne sammenhengen er det vist at religion kan føre til avhold både når det gjelder rusmidler og sex før ekteskap (Maton og Wells, 1995). Sinah, Cnaan og Gelles (2007) gjennomførte en studie omhandlende risiko-atferd blant unge, nærmere sagt om religiøse ungdommer deltar mindre i slike aktiviteter enn andre unge. Deltakerne inkluderte 2004 individer mellom 11 og 18 år som var tilfeldig utvalgte. De ble kontaktet via telefon og intervjuet med spørsmål bestående av tema knyttet til religion og risiko-atferd. Religiøsitet ble målt etter hvor viktig religion er i livet og hyppighet av deltakelse i religiøse aktiviteter, mens risiko-atferden som ble målt inkluderte alkoholinntak, bruk av marijuana, skulking av skolen, depresjon, seksuell aktivitet og røyking. Studien fant at religion predikerte redusert risiko-atferd, altså at religiøse unge hadde mindre sannsynlighet for å utvikle slik atferd sammenlignet med ikke-religiøse. I en annen studie angående forholdet mellom religion og alkoholforbruk, gjennomført av Michalak, Trokci og Bond (2007), ble 7370 tilfeldig utvalgte deltakere kontaktet via telefon. De ble spurt om både demografiske og religiøse variabler, hvor førstnevnte inkluderte spørsmål om kjønn, etnisk bakgrunn, utdanningsnivå, inntekt, sivilstatus, alder, bosted og

jobbstatus. Sistnevnte inkluderte spørsmål angående grad av religiøsitet, om deres tro fremmer forbud mot å drikke alkohol og hvilken trosretning de hører til. Videre ble drikke-atferd delt inn i fire kategorier: ikke drukket på minst ett år, ikke drukket mer enn fem enheter per anledning det siste året, har drukket mer enn fem enheter per anledning det siste året, men ikke hver uke, drukket mer enn fem enheter per anledning minst én gang i uken. I forbindelse med religion og drikke-atferd, fant studien at variabler knyttet til religion har en sterk relasjon til avhold.

Med hensyn til alkoholforbruk ville Luczak, Prescott, Dalais, Raine, Venables et al. (2014) undersøke om religion har en effekt på alkoholforbruk og om det finnes ulikheter mellom ulike trosretninger. Studien bestod av 1209 deltakere med ulik religiøs tro, og studien fant at religion virker å redusere alkoholforbruk, og at muslimer, etterfulgt av hinduister, er de som har minst sannsynlighet for å innta alkohol sammenlignet med tamilere og katolikker. Dette antas å være en konsekvens av at mange muslimer vektlegger forbud mot dette ettersom Koranen slår hardt ned på alkoholinntak (Luczak et al., 2014). Forøvrig er det forbud mot misbruk av rusmidler i andre religioner også, eksempelvis kristendom og jødedom. Det vil derfor finnes variasjoner blant individer innad de ulike trosretninger i forhold til hvor stor grad en vektlegger slike forbud (Luczak et al., 2014).

Det har altså blitt gjennomført studier som viser at religion kan fungere som en preventiv faktor med hensyn til skilsmisser (Hansen, 1992), negative forhold innad kjernefamilien (Stinnett, 1979; Maton og Wells, 1995) og risiko-atferd (Sinah et al., 2007; Michalak et al., 2007; Luczak, Prescott et al., 2014). Det er kjent at skilsmisser, relasjonsproblemer innad familier og risiko-atferd kan føre til negative konsekvenser for mental helse hos individer, og at det på samfunnsnivå kan skape store kostnader, kriminalitet og utrygghet. Det kan derfor være hensiktsmessig at religiøse organisasjoner vektlegger de

aspektene ved religion som kan virke preventivt, som for eksempel veiledning i religiøse skrifter omkring ekteskap, familiedynamikk og atferd knyttet til potensiell risiko. Slik veiledning kan også brukes som ressurs i terapi med religiøse pasienter som har behov for hjelp med hensyn til ovennevnte relasjoner og atferd.

Bidrag i ikke-religiøse miljø: veldedighet og religiøse verdier

Religiøse organisasjoner er kjente for sin innsats med hensyn til veldedighetsarbeid i flere ulike sammenhenger, eksempelvis innsamlingsaksjoner til fattige land, tilstelning av julemåltid til individer som ikke har et sted å være og administrering av kafè for mennesker som for eksempel er ensomme, rusmisbrukere eller psykisk syke. Denne innsatsen kan antas å fremme en opplevelse av å bli tatt vare på og at noen bryr seg om en, noe som kan påvirke mental helse i positiv forstand. Religiøse tjenester kan også fungere som et støtteapparat for mennesker som gjennomgår kriser, hvor formidling av håp, mening med vanskelighetene en står ovenfor i tillegg til emosjonell støtte kan lette på besymringer og uro (Pargament et al., 1990; Propst, 1988). I tillegg kan et slikt støtteapparat redusere en følelse av ensomhet i vanskelige situasjoner ved at en opplever ivaretagelse (Maton og Wells, 1995). Noen religiøse organisasjoner deltar også aktivt i arbeid om å renovere boligstrøk som preges av fattigdom, noe som forekommer spesielt i USA (Cohen, Mowbray, Gillete og Thompson, 1992; Scheie, Markham, Mayer, Slettom og Williams, 1991). I tillegg er det slik at noen religiøse organisasjoner sørger for økonomisk støtte til familier og individer som ikke klarer å forsørge seg selv, samt økonomisk støtte til utdanning for personer med svekkede ressurser (George, Richardson, Lakes-Matyas og Blake, 1989; McAdoo og Crawford, 1991).

En annen måte religion kan bidra på med hensyn til samfunnet, foreslås å være opprettholdelse av positive sosiale normer samt økt rettferdighet (Kloos og Moore, 2000; Walsh-Bowers, 2000). Kloos og Moore (2000) og Walsh-Bowers (2000) beskriver religion

som å inneha en veiledende funksjon med hensyn til hvordan mennesker kan oppnå en harmonisk verden, og at verdier og normer grunnlagt i religion har som mål å styrke en følelse av egenverdi og nestekjærlighet uavhengig av personlige ulikheter og variasjoner.

Diskusjon

Hovedmålet med denne oppgaven har vært å undersøke om religion kan ha positive effekter på mennesker sin mentale helse, både generelt og hos religiøse mennesker som opplever depresjon og/eller angstrelaterte plager i hverdagen. Dette har vært ønskelig å undersøke grunnet interesse for om religion kan, og burde, brukes som ressurs i behandling av religiøse pasienter i terapi. Denne interessen har oppstått som et resultat av at religion generelt sett ikke er et tema på psykologistudiet, på tross av at de fleste utdannede psykologer kommer til å behandle religiøse pasienter. For å finne ut av om religion kan fungere som en ressurs for bedre mental helse, har det vært fokus på meta-analyser angående forholdet mellom mental helse og religion og på komponenter ved religion som har potensiale til å fremme ønskelige konsekvenser for mental helse. Undersøkelser som måler religiøse intervensjoner sin effekt på religiøse pasienter i terapi for angst og/eller depresjonslidelser er også redegjort for. Videre har det også blitt undersøkt om religion kan føre med seg positive konsekvenser på samfunnsnivå, av den grunn å enten styrke eller svekke antakelser om religion som fordelsaktig for mental helse.

Religiøse variabler sin effekt på mental helse: kan religion fungere som ressurs i terapi?

Meta-analyser gjennomført av Hackney og Sanders (2003), et al. (2001), Bergin (1983 og 1991), Payne et al. (1991) og Gartner et al. (1991) viser at religion kan føre til positive konsekvenser for mental helse. Flertallet av studiene i meta-analysene demonstrerer en positiv relasjon mellom religion og bedre mental helse på tvers av variasjoner i definisjonene som brukes med hensyn til begrepene «religion» og «mental helse», i tillegg til

at flere studier også viser at religion kan fungere som en buffer mot psykiske lidelser. Derimot gjelder dette som nevnt kun flertallet av studiene, som vil si at noen studier viser enten tvetydige resultater eller at det finnes en negativ relasjon mellom religion og bedre mental helse. Gartner et al. (1991) fant for eksempel ingen indikasjoner på at religion kan fungere som buffer mot psykiske lidelser. Oppsummert kan dette tyde på uenighet blant fagfolk om hva som best beskriver begrepene på en helhetlig måte, noe som Hill et al. (2000) påpeker angående begrepet «religion». Det vil dermed være desto viktigere å vise varmsomhet i konklusjoner omhandlende effekten av religion på mental helse ettersom effekten til en viss grad er betinget hvilke definisjoner som brukes. Likevel viser de fleste studier at det er grunn til å tro at religion kan føre til positive konsekvenser for mental helse.

Så hva er det med religion som kan føre til positive konsekvenser for mental helse? Studier viser at religiøse variabler som deltakelse i religiøse aktiviteter og tjenester, utførelse av religiøse ritualer slik som bønn og religiøse overbevisninger kan ha en positiv innvirkning på ulike aspekter ved mental helse samt fungere preventivt med hensyn til psykiske plager (se for eksempel Witter et al., 1985; Henry, 2015; Francis et al., 2001; Schieman et al., 2006). Deltakelse i religiøse aktiviteter og tjenester vurderes som å sørge for et fellesskap med likesinnede (Bradley, 1995; Ellison og George, 1994), som igjen kan gi opphav til ivaretagelse fra andre, støtte og opplevd aksept (Barkan og Greenwood, 2003; Lim og Putnam, 2010; 2011; Krause, 2006; Maton, 1987). Dette er faktorer som kan fremme mental velvære og som kan fungere som buffer mot psykiske plager. Med hensyn til religiøse ritualer, er det funnet at bønn kan skape en opplevelse av å ha en personlig relasjon til Gud (Whittington og Scher, 2010), noe som kan øke tilfredshet med livet og en indre ro (Poloma og Pendleton, 1991), samt fungere som en mestringsressurs i stressende situasjoner (Bradshaw et al., 2008). Dette foreslås å ha årsak i troen på at Gud lytter til, og bryr seg om,

ens problemer og hjelper en gjennom de (McCullough, 1995), troen på at vanskelige hendelser har en større mening i følge Guds vilje (Pollner, 1989) og opplevelsen av at en kan få tilgivelse fra Gud via bønn som igjen kan føre til selvtilgivelse (Henry, 2015). Sistnevnte kan lette på vanskelige følelser som skam og skyldfølelse (Henry, 2015), mens de førstnevnte kan være kilder til økt mening med livet (Krause, 2003) og en bedre selvfølelse (Ellison, 1993). Letting av skam og skyld, følelse av at livet er meningsfullt, god selvtilitt og selvfølelse og relasjoner preget av støtte og trygghet, er alle faktorer som kan tenkes å påvirke mental helse i positiv forstand og som kan fungere som forebyggende med hensyn til psykiske plager. Når det gjelder religiøse overbevisninger er det funnet at troen på Gud som velvillig og vennlig kan fremme en bedre selvfølelse (Francis et al., 2001), bedre humør (Wiegand og Weiss, 2006), økt tilfredshet med livet (Phillips et al., 2004; Krause, 2005) samt virke preventivt med hensyn til angst og depresjon (Schieman et al., 2006; Rosmarin et al., 2009). Siltan et al. (2013) foreslår at dette er et resultat av troen på at Gud er ved ens side, en tro som er med på å ufarliggjøre verden. I forbindelse med dette viser studier at Gud kan fungere som en trygg tilknytnings«person» (Homan, 2014; Kirkpatrick, 2005; Granqvist og Kirkpatrick, 2013; Kirkpatrick og Shaver, 1992), noe som også er med på å øke mental velvære og forebygge psykiske vansker (Kirkpatrick, 2005; Knabb og Pelletier, 2014; Bishop, 2008; Rowatt og Kirkpatrick, 2002; Freeze og DiTommaso, 2014). Det er kjent innen psykologifaget at en trygg tilknytning til viktige omsorgspersoner fører med seg mange positive konsekvenser for mental helse (se for eksempel Bowlby, 1988), og det er derfor ikke overraskende at de samme positive konsekvensene kan fremmes ved en oppfatning av Gud som en viktig og trygghetskapende «person» i livet. Det er også vist at troen på Gud kan fungere som mestringsressurs i form av å stole på Gud i situasjoner en ikke har kontroll (Janoff-Bulman, 1992; Proulx og Heine, 2008; Pennebaker og Stone, 2004). Dette kan

oppleves som en sekundær form for kontroll, som kan forebygge usikkerhet, angst og stress (Kay et al., 2010), og dermed fremme mental velvære. Sist, men ikke minst, er det også variasjoner i hvor dypt en tror på Gud, hvorav sterk tro virker å ha en større positiv effekt på mental helse sammenlignet med en svakere tro (Bergin et al., 1987; Baker og Gorsuch, 1982). Tar en i betraktning alt som allerede er nevnt med hensyn til religiøse overbevisninger, er det tenkelig at jo sterkere en tror på Guds eksistens, jo større potensiale har religiøsitet til å fremme positive konsekvenser for mental helse, spesielt dersom en vurderer Gud som vennlig og velvillig.

Ettersom mange studier viser at religiøse variabler kan ha en positiv effekt på mental helse, er det grunnlag for å tro at religion kan brukes som en ressurs i terapi med religiøse pasienter. Derimot er det også studier som viser at religiøse variabler kan ha en negativ innvirkning på mental helse, noe som er viktig å ta hensyn til. Blant annet kan deltakelse i religiøse aktiviteter og tjenester ha negative konsekvenser for mental helse dersom det oppstår uenigheter blant medlemmene, og som en studie gjennomført av Exline et al. (2000) tilsier, kan teologiske uenigheter føre til depressive symptomer. Dette kan tenkes å ha årsak i at aksept fra, og trygghet i, ens religiøse miljø kan svekkes. Det er også funnet at bønn kan fremme plager knyttet til angst og depresjon (Bradshaw et al., 2008; Hank og Schaan, 2008; Krause, 2003), spesielt bønn som inneholder selvkritikk og fokus på synder (Whittington og Scher, 2010; Masters og Spielman, 2007; Poloma og Pendleton, 1991). Denne negative effekten er også mer sannsynlig hos individer som vurderer Gud som fjerntliggende og streng i motsetning til kjærlig og nær (Bradshaw et al., 2008). Men er det slik at bønn fører til depresjon og angst, eller forårsaker depresjon og angst at en ber oftere (Schieman et al., 2013)? Sammenhengen mellom årsak og virkning er ikke helt tydelig, men det kan tenkes at bønn som fokuserer på synder og svakheter er en konsekvens av depresjon og angst. Det kan i

tillegg tenkes at en ber oftere i vanskelige perioder. Denne kombinasjonen kan altså være en ond sirkel: angst og depresjon kan fremme bønn som fokuserer på egen feilbarlighet og svakheter, som igjen opprettholder og kanskje forsterker plagene. Samtidig kan det tenkes at kombinasjonen mellom å be ofte og bønn som har et fokus på ærbødighet og takknemlighet kan redusere angst og depressive plager. Hvordan en vurderer Gud er også viktig med hensyn til hvilke konsekvenser religion kan ha for mental helse, hvor en vurdering av Gud som en som straffer og kritiserer kan fremme negative effekter på mental helse (Francis et al., 2001; Phillips et al., 2004; Paragment et al., 2000; Exline et al., 2011; Schaap- Jonker et al., 2002; McConnell et al., 2006; Siltan et al., 2013). I tillegg er det variasjoner med hensyn til hvilken funksjon religiøse overbevisninger har for individet, hvor religiøsitet basert på mer overfladiske verdier virker å gi en større sannsynlighet for angst og depressive plager sammenlignet med religiøsitet basert på indre dedikasjon og verdier (Baker og Gorsuch 1982; Bergin et al., 1987; Sanders et al., 2015).

Altså, selv om flertallet av studier viser at religion kan ha en positiv effekt på mental helse, er det også faktorer innad religion som kan ha en negativ innvirkning på mental helse og som dermed må tas i betraktning når en vurderer religiøse tema sin plass i terapi. I forbindelse med religiøse tema i terapi er det viktig å understreke for pasienter sammenhengen mellom indre verdier og mental helse og hvordan de kan fasilitere en mer ønsket livsstil og dermed fungere som en buffer mot mentale vansker i fremtiden (Bergin, 1991). I forhold til måter å være religiøs på (E versus I) kan terapeuter bygge på I-religiøse sitt eksisterende verdigrunnlag med tanke på videre vekst og mental styrke, og muligens fasilitere E-religiøse i retning mot å internalisere både religiøse og ikke-religiøse verdier og holdninger som kan være helsefremmende (Bergin et al., 1987). En annen strategi kan være å motivere til økt deltakelse i de religiøse aspekter som er av en positiv verdi til mental helse,

som å videre styrke det personlige individ-Gud-forholdet og/eller dedikasjonen til dette (Hackney og Sanders, 2003) og fokusere på bønn som inneholder egenskaper som takknemlighet og ærbødighet. Det er også viktig å stille spørsmålstegn ved de aspektene som virker å ha en mer negativ påvirkning på individet (Hackney og Sanders, 2003), eksempelvis vurdering av Gud som kritisk, fjerntliggende og autoritær. I denne sammenhengen kan terapeuter for eksempel tematisere tilgivelse og kjærlighet, slik at fokuset kan skifte fra frykt til trygghet.

Religiøse intervensjoner: effekt og årsak

Flere studier viser at religiøse intervensjoner, slik som RCBT, RET og Vitamodellen, har like god effekt på behandling av depresjon og angst som andre behandlingstilnæringer (se for eksempel Pearce et al., 2015; Johnson og Ridley, 1992; Austad og Stålsett, 2007; Azar et al., 1994; Razali et al., 1998), og kan i noen tilfeller dessuten ha en bedre effekt (Koszycki et al., 2014; Propst, 1980). I tillegg viser noen studier at en slik tilnærming til behandling kan føre til hurtigere bedring (Smith et al., 2007; Azar et al., 1994). Religiøse intervensjoner virker altså å ha en positiv effekt på mental helse hos religiøse pasienter i terapi, som støtter oppunder det at religion kan, og kanskje burde, brukes som ressurs i terapi. Men hvorfor har slike intervensjoner en god effekt? Wade et al. (2007) fant for eksempel at pasienter følte et tettere bånd til terapeuten hvis religion ble inkludert som et tema i behandlingsprosessen, og en studie av Stanley et al. (2001) fant at pasienter forventet følelser av aksept, bekvemmelighet og støtte i terapiprosessen dersom terapeuten initierte til religiøse tema. Relasjonen mellom pasient og terapeut er kjent for å spille en relativt stor rolle med hensyn til behandlingsutfall (Lambert og Barley, 2001), der gode relasjoner basert på tillit og åpenhet kan fremme bedring i større grad enn relasjoner som mangler dette (Bergin og Garfield, 1994). Det kan også tenkes at religiøse tema styrker troen på en positiv måte dersom fokuset

er på Gud som trygghetsskapende og kilde til mestring av vanskelige situasjoner, noe som kan fremme bedre mental helse. I tillegg kan fokus på religiøse tema tenkes å bevisstgjøre overfor pasienten verdier og holdninger en vil leve etter, noe som også kan fremme bedre mental helse. Religion har med andre ord potensiale til å brukes som ressurs i terapi ettersom dette temaet kan skape en god relasjon mellom pasient og terapeut, styrke sunne religiøse overbevisninger, samt bevisstgjøre indre verdier og holdninger. Alle disse faktorene kan tenkes å fremme trygghet og selvaksept.

Religion i samfunnet: en ressurs?

Det er studier som viser at religion kan være av forebyggende verdi med hensyn til skilsmisser (Hansen, 1992), familiekonflikter (Stinnett, 1979) og risiko-atferd som seksuell aktivitet og rusmisbruk (Sinah et al., 2007; Michalak et al., 2007; Luczak et al., 2014). Religiøse skrifter er kjente for å inneholde både forbud, påbud og ulike regler med hensyn til hvordan å leve livet i tråd med Guds vilje, noe som kan tenkes å skape trygge rammer samt forebygge atferd som er helseskadelig. Dette vil igjen kunne forebygge samfunnskostnader knyttet til for eksempel rusmisbruk og kjønnsykdommer. Derimot kan en slik veiledning også tenkes å føre til negative konsekvenser dersom en får skyldfølelse og skam ved manglende etterlevelse, i tillegg til at en for eksempel blir værende i destruktive forhold eller at en ikke inngår i intime forhold i det hele tatt pga homofil legning. Sistnevnte kan føre til isolering og ensomhet, som igjen kan fremme dårligere mental helse. I forbindelse med terapi kan det derfor være viktig å tematisere slike utfordringer og fokusere på aspekter som kan være til hjelp, eksempelvis tilgivelse og egenverdi.

Religiøse organisasjoner tilbyr også mennesker støtte i vanskelige situasjoner, uavhengig av religiøst ståsted (Pargament et al., 1990; Propst, 1988). Dette kan medføre trygghet og en følelse av ivaretagelse (Maton og Wells, 1995), faktorer som har positiv

innvirkning på mental helse. I tillegg tilbyr noen religiøse organisasjoner økonomisk støtte til vanskeligstilte familier eller individer, noe som kan redusere uro og besymringer knyttet til usikker økonomi og fremtidsutsikter (George et al., 1989; McAdoo og Crawford, 1991). Dette kan tenkes å fungere som forebyggende med hensyn til psykiske plager. Likevel må det også nevnes at religion har gjentatte ganger vært kilde til konflikter mellom ulike samfunnsgrupper, noe som har skapt uro, utrygghet og i verste fall flere dødsfall. Selv om religion kan ha en positiv effekt på samfunnet, eksisterer det altså tilfeller hvor religion ikke fungerer som ressurs.

Veien videre

Det er altså flere studier som viser at religion kan ha en positiv effekt på mental helse både på individnivå og samfunnsnivå, og at religiøse intervensjoner i terapi kan føre til bedring på likt nivå som mer tradisjonelle tilnærminger til behandling. Det er likevel viktig å nevne at mange studier som undersøker relasjonen mellom religiøse variabler og mental helse er korrelasjonsstudier, slik at årsakssammenhengen blir uklar: er det religion som har en effekt på mental helse, eller har mental helse en effekt på religiøsitet? Mest sannsynlig har begge faktorer gjensidig effekt på hverandre. På bakgrunn av innholdet i oppgaven er det likevel grunnlag for å tro at religion kan ha en betydelig effekt på mental helse, som også støttes av effektene som religiøse intervensjoner kan ha på bedringsprosessen i terapi. Som et ledd i videre forskning på dette temaet, kunne det vært interessant å undersøke religiøse intervensjoner sin effekt på mental helse hos spesifikke religiøse grupper, dette for å redegjøre for om slike tiltak må tilpasses ulikt for forskjellige trosretninger. I tillegg hadde det vært spennende å undersøke om andre variabler muligens medierer effektene som er blitt observert i de nevnte studiene, slik at konklusjonene omkring religion sin effekt på mental helse kan klargjøres i enda større grad. Det hadde også være interessant å undersøke nærmere mental

helse sin effekt på religiøsitet, også for ytterligere å klargjøre relasjonen mellom religion og mental helse. Sist, men ikke minst, hadde det vært spennende å undersøke om psykologer og religiøse ledere kunne i større grad forebygget helseskadelig atferd i samfunnet, ved å samarbeide. Her hadde psykologer kunnet bidra med kunnskap om hva som fungerer, mens religiøse ledere hadde bidratt med å overføre denne kunnskapen til praksis.

En annen svakhet ved oppgaven er at flertallet av de nevnte studiene undersøker relasjonen mellom mental helse og kristendom og islam, og ikke andre store religioner som hinduisme og buddisme. Funnene i oppgaven kan dermed ikke representere relasjonen mellom mental helse og «religion» som sådan, men sier heller noe om forholdet mellom mental helse og troen på en gud. Det kan i denne sammenhengen være spennende å undersøke effektene av andre store religioner på mental helse, slik at begrepet «religion» kan dekkes i større grad. Dette har dessverre ikke vært innenfor oppgavens rekkevidde i denne omgang.

Konklusjon

Spørsmålene som oppgaven forsøker å svare på, er om religiøse variabler kan ha en positiv effekt på mental helse, og om slike variabler kan, og kanskje burde, brukes i terapi med religiøse pasienter. Studier indikerer at religiøse variabler kan ha en positiv effekt på flere aspekter ved mental helse, både på individ- og samfunnsnivå. I tillegg virker religiøse intervensjoner å ha en like god effekt på behandling av angst og depresjon hos religiøse pasienter som tradisjonelle tilnærminger, hvis ikke bedre. Det kan dermed være fristende å konkludere at religion har en gunstig innvirkning på mental helse og at dette dermed skaper grunnlag for at religiøse variabler burde brukes i terapi med religiøse pasienter. Derimot er det viktig å understreke at oppgaven har begrenset litteraturen til å omhandle religiøse pasienter med angst og depresjon, i tillegg til at enkelte studier viser en negativ relasjon mellom religion og bedre mental helse. Konklusjonen blir derfor slik: Det kan være hensiktsmessig å

spørre pasienter om deres ståsted med hensyn til religion ettersom religiøsitet kan være en viktig del av livet. Dersom pasienten tilhører en spesifikk religion og vil tematisere dette i behandlingen, burde terapeuten være åpen for dette og bruke troen som ressurs i pasienten sin bedringsprosess. For at dette skal kunne gjøres på en best mulig måte, er det viktig å gi terapeuter opplæring i dette, muligens allerede i studietiden? Dette er iallefall verdt å tenke over.

Referanser

- Allen, G.E.K., & Wang, K.T. (2014). Examining religious commitment, perfectionism, scrupulosity, and well-being among LDS individuals. *Psychology of Religion and Spirituality*, 6(3), 257–264. DOI: <http://dx.doi.org.pva.uib.no/10.1037/a0035197>
- Allport, G.W., & Ross, J.M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 432–443.
<http://dx.doi.org.pva.uib.no/10.1037/h0021212>
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. The Jossey-Bass social and behavioral science series and the Jossey-Bass health series. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.
- Austad, A., & Follesø, G.S. (2003). Vitaprosjektet: Religiøse og eksistensielle erfaringer og psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 11(40), 937-944.
- Austad, A., & Stålsett, G. (2007). Klinisk religionspsykologi og psykoterapi: Vitaprosjektet. *Psyke & Logos*, 28, 805-821.
<http://ojs.statsbiblioteket.dk/index.php/psyke/article/view/8401/6961>
- Azar, M.Z., Varma, S.L & Dharap, A.S. (1994). Religious psychotherapy in anxiety disorder patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 1-3. Munksgaard 1994.
DOI: 10.1111/j.1600-0447.1994.tb01545.x
- Baetz, M., Bowen, R., Jones, G., & Koru-Sengul, T. (2006). How spiritual values and worship attendance relate to psychiatric disorders in the Canadian population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 654–661.
<http://search.proquest.com/openview/50f111d571c6a31476b3f30d2bf2bb74/1?pq-ori>

- Baker, M., & Gorsuch, R. (1982). Trait Anxiety and Intrinsic-Extrinsic Religiousness. *Journal for the Scientific Study of Religion, 21*, 119-122. DOI: 10.2307/1385497
- Barkan, S.E., & Greenwood, S.F. (2003). Religious attendance and subjective well-being among older Americans: Evidence from the General Social Survey. *Review of Religious Research, 45*, 116–129. DOI: 10.2307/3512578
- Barton, Y.A., Miller, L., Wickramaratne, P., Gameroff, M.J., & Weissman, M. (2013). Religious attendance and social adjustment as protective against depression: A 10-year prospective study. *Journal of Affective Disorders, 146 (1)*, 53–57.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.08.037>
- Bartz, J.D., Richards, S.P., Smith, T.B., & Fischer, L. (2010). A 17-year longitudinal study of religion and mental health in a Mormon sample. *Mental Health, Religion & Culture, 13*, 683-695. DOI:10.1080/13674670801944966.
- Behere, P.B., Das, A., Yadav, R., & Behere, A.P. (2013). Religion and mental health. *Indian Journal of Psychiatry, 55*, 187–194. DOI: 10.4103/0019-5545.105526
- Bergin, A.E. (1983). Religiosity and mental health: A critical reevaluation and meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice, 14*, 170–84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.14.2.170>
- Bergin, A.E. (1991). Values and religious issues in psychotherapy and mental health. *American Psychologist, 46(4)*, 394-403. DOI: 10.1037/0003-066X.46.4.394
- Bergin, A.E. & Garfield, S.L. (1994). (red.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley

- Bergin, A.E., Masters, K.S., & Richards, P.S. (1987). Religiousness and mental health reconsidered: A study of an intrinsically religious sample. *Journal of Counseling Psychology, 34*(2), 197-204. DOI: 10.1037/0022-0167.34.2.197
- Bergin, A.E., Stinchfield, R.D., Gaskin, T.A., Masters, K.S., & Sullivan, C.E. (1988). Religious life-styles and mental health: An exploratory study. *Journal of Counseling Psychology, 35*(1), 91-98. DOI: 10.1037/0022-0167.35.1.91
- Bishop, A.J. (2008). Stress and depression among older residents in religious monasteries: Do friends and God matter? *The International Journal of Aging and Human Development, 67*, 1–23. DOI: 10.2190/AG.67.1.a
- Bowlby, J. (1988). *A secure Base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Bradley, D.E. (1995). Religious involvement and social resources: Evidence from the data set “Americans’ changing lives”. *Journal for the Scientific Study of Religion, 34*, 259–267. DOI: 10.2307/1386771
- Bradshaw, M., Ellison, C.G., & Flannelly, K.J. (2008). Prayer, God imagery, and symptoms of psychopathology. *Journal for the Scientific Study of Religion, 47*, 644–659. DOI: 10.1111/j.1468-5906.2008.00432.x
- Chatters, L.M., Ellison, C.G., & Levin, J.S. (Eds.). (1998). Public health and health education in faith communities. *Health Education and Behavior, 25*, 700–799. DOI: 10.1177/109019819802500602

- Cohen, E., Mowbray, C.T., Gillete, V., & Thompson, E. (1992). Preventing homelessness: Religious organizations and housing development. *Prevention in Human Services, 10*, 169-185. DOI: 10.1300/J293v10n01_10
- Cook, J.A., & Wimberly, D.W. (1983). If I should die before I wake: Religious commitment and adjustment to the death of a child. *Journal for the Scientific Study of Religion, 22*, 222–238. DOI: 10.2307/1385967
- D'Antonio, W.V., Newman, W.M., & Wright, S.A. (1982). Religion and family life: How social scientists view the relationships. *Journal for the Scientific Study of Religion, 21*, 218-225. DOI: 10.2307/1385887
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
- Donahue, M.J. (1985). Intrinsic and extrinsic religiousness: Review and meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 48*, 400–419. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.48.2.400>
- Ellis, A. (1973). *Humanistic psychotherapy: A rational-emotive approach*. New York: McGraw-Hill.
- Ellis, A. (1983). *The case against religiosity*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Ellison, C.G. (1991). Religious Involvement and Subjective Well-Being. *Journal of Health and Social Behavior, 32*, 80-99. American Sociological Association. URL: <http://www.jstor.org/stable/2136801>

- Ellison, C.G. (1993). Religious involvement and self-perception among black Americans. *Social Forces*, 71, 1027–1055. DOI: 10.1093/sf/71.4.1027
- Ellison, C.G., Burdette, A.M., & Hill, T.D. (2009). Blessed assurance: Religion, anxiety, and tranquility among us adults. *Social Science Research*, 38, 656–667. DOI: 10.1016/j.ssresearch.2009.02.002
- Ellison, C.G., Gay, D.A., & Glass, T.A. (1989). Does Religious Commitment Contribute to Individual Life Satisfaction? *Social Forces*, 68, 100-123. Oxford University Press. DOI: 10.2307/2579222
- Ellison, C.G., & George, L.K. (1994). Religious involvement, social ties, and social support in a southeastern community. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 33, 46–61. DOI: 10.2307/1386636
- Exline, J.J., Park, C.L., Smyth, J.M., & Carey, M.P. (2011). Anger toward god: Social-cognitive predictors, prevalence, and links with adjustment to bereavement and cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100(1), 129–148. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0021716>
- Exline, J.J., Yali, A.M., & Sanderson, W.C. (2000). Guilt, Discord, and Alienation: The Role of Religious Strain in Depression and Suicidality. *Journal Of Clinical Psychology*, 56(12), 1481–1496. DOI: 10.1002/1097-4679(200012)56:12<1481::AID-1>3.0.CO;2-A
- Farnsworth, K.E. (1975). Despair that restores. *Psychotherapy, Research and Practice*, 12, 44–47. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/h0086405>

- Francis, L.J., Gibson, H.M., & Robbins, M. (2001). God images and self-worth among adolescents in Scotland. *Mental Health, Religion and Culture*, 4(2), 103–108.
DOI:10.1080/13674670126955
- Francis, L.J., & Kaldor, P. (2002). The relationship between psychological well-being and Christian faith and practice in an Australian population sample. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41, 179–184. DOI: 10.1111/1468-5906.00109
- Freeze, T.A., & DiTommaso, E. (2014). An examination of attachment, religiousness, spirituality and well-being in a Baptist faith sample. *Mental Health, Religion & Culture*, 17, 690–702. DOI: 10.1080/13674676.2014.899569.
- Freud, S. (1928). *The future of an illusion*. London: Hogarth Press.
- Froese, P., & Bader, C.D. (2010). *America's four Gods*. New York: Oxford University Press.
- Gartner, J., Larson, D.B., & Allen, G.D. (1991). Religious commitment and mental health: A review of the empirical literature. *Journal of Psychology and Theology*, 19, 6–25.
- George, Y.S., Richardson, V., Lakes-Matyas, M., & Blake, F. (1989). *Saving minds: Black churches and education*. Washington, DC: American Association for the Advancement of Science.
- Gilhus, I.S., og Mikaelsson, L. (2007). *Hva er religion?* Universitetsforlaget, Oslo.
- Granqvist, P., & Kirkpatrick, L.A. (2013). Religion, spirituality, and attachment. I K.I. Pargament, J.J. Exline, & J.W. Jones (Reds.), *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol 1): Context, theory, and research* (s. 139–155). Washington, DC: American Psychological Association. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/14045-007>

- Hackney, C.H., & Sanders, G.S. (2003). Religiosity and Mental Health: A Meta-Analysis of Recent Studie. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42, 43–55.
DOI: 10.1111/1468-5906.t01-1-00160
- Hank, K., & Schaan, B. (2008). Cross-national variations in the correlation between frequency of prayer and health among older Europeans. *Research on Aging*, 30, 36–54. DOI: 10.1177/0164027507307923
- Hansen, G. (1992). Religion and marital adjustment. I J.F. Schumaker (Red.), *Religion and mental health* (s. 189-198). New York: Oxford University Press.
- Henry, H.M. (2015). Spiritual Energy of Islamic Prayers as a Catalyst for Psychotherapy. *Journal of religion and health*, 54, 387-398. DOI 10.1007/s10943-013-9780-4
- Hill, P.C., Pargament, K., Wood, R.W., McCullough, M.E., Swyers, J.P., Larson, D.B., & Zinnbauer, B.J. (2000). Conceptualizing Religion and Spirituality: Points of Commonality, Points of Departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30, 51-77. DOI: 10.1111/1468-5914.00119.
- Hodge, D.R. (2006). Spiritually modified cognitive therapy: A review of the literature. *Social Work*, 51, 157–166. DOI: 10.1093/sw/51.2.157
- Hodges, S. (2007). Counseling religious students. Embracing spiritual diversity. In J.A. Lippincott & R.B. Lippincott (Reds.), *Special population in college students: A handbook for mental health professionals*, (s. 37–47). Alexandria, VA: American Counseling Association.

Homan, K.J. (2014). A mediation model linking attachment to God, self-compassion, and mental health. *Mental health, Religion and Culture*, 17(10), 977-989.

DOI:10.1080/13674676.2014.984163

Hustedde, R.J. (1998). On the soul of community development. *Journal of the Community Development Society*, 29, 153–165. DOI: 10.1080/15575339809489759

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*.

New York: Free Press.

Johnson, B.W., & Ridley, C.R. (1992). Brief Christian and Non-Christian Rational-Emotive Therapy With Depressed Christian Clients: An Exploratory Study. *Counseling and Values*, 36(3), 220-229. DOI: 10.1002/j.2161-007X.1992.tb00790.x

Joshi, S., & Kumari, S. (2011). Religious beliefs and mental health: an empirical review.

Psychiatry Journal, 14(1). Department of Psychology, Banaras Hindu University.

<http://medind.nic.in/daa/t11/i1/daat11i1p40.pdf>

Kay, A.C., Gaucher, D., McGregor, I., & Nash, K. (2010). Religious Belief as Compensatory Control. *Personality and Social Psychology Review* 14(1), 37–48. DOI:

10.1177/1088868309353750.

Kay, A.C., Gaucher, D., Peach, J.M., Friesen, J., Laurin, K., Zanna, M.P., & Spencer, S.J.

(2009). Inequality, discrimination, and the power of the status quo: Direct evidence for a motivation to view what is as what should be. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97, 421-434. DOI: 10.1037/a0015997.

- Kay, A.C., Whitson, J., Gaucher, D., & Galinsky, A.D. (2009). Compensatory control: In the mind, in our institutions, in the heavens. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 264-268. DOI: 10.1111/j.1467-8721.2009.01649.x
- Kirkpatrick, L.A. (2005). *Attachment, evolution, and the psychology of religion*. New York, NY: Guilford.
- Kirkpatrick, L.A., & Shaver, P.R. (1992). An attachment-theoretical approach to romantic love and religious belief. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 266–275. DOI:10.1177/0146167292183002.
- Kloos, B., & Moore, T. (2000). The prospect and purpose of locating community research and action in religious settings. *Journal of Community Psychology*, 28, 119–138. DOI: 10.1002/(SICI)1520-6629(200003)28:2<119::AID-JCOP2>3.0.CO;2-5
- Knabb, J.J., & Pelletier, J. (2014). The relationship between problematic Internet use, God attachment, and psychological functioning among adults at a Christian university. *Mental Health, Religion & Culture*, 17, 239–251. DOI:10.1080/13674676.2013.787977.
- Koenig, H.G. (2012). Religious versus conventional psychotherapy for major depression in patients with chronic medical illness: Rationale, methods, and preliminary results. *Depression Research and Treatment*. Online first. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/460419>
- Koenig, H.G., & Larson, D.B. (2001). Religion and mental health: evidence for an association. *International Review of Psychiatry*, 13, 67-78. DOI: 10.1080/09540260124661.

- Koenig, H.G., McCullough, M., & Larson, D.B. (2001). *Handbook of religion and health: a century of research reviewed*. New York: Oxford University Press.
- Koszycki, D., Bilodeau, C., Raab-Mayo, K., & Bradwejn, J. (2014). A multifaith Spiritually Based Intervention Versus Supportive Therapy for Generalized Anxiety Disorder: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Psychology, 70*(6), 489–509. DOI: 10.1002/jclp.22052
- Krause, N. (2003). Religious meaning and subjective well-being in late life. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 58B*, 160–170. DOI: 10.1093/geronb/58.3.S160
- Krause, N. (2005). God-mediated control and psychological well-being in late life. *Research on Aging, 27*(2), 136–164. DOI: 10.1177/0164027504270475
- Krause, N. (2006). Church-based social support and change in health over time. *Review of Religious Research, 48*, 125–140. URL: <http://www.jstor.org/stable/20058128>
- Kroll, J. (1973). A reappraisal of psychiatry in the middle ages. *Archives of General Psychiatry, 29*, 276-283. DOI: 10.1001/archpsyc.1973.04200020098014
- Lambert, M.J., & Barley, D.E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(4), 357-361. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357>
- Leary, M.R., Tate, E.B., Adams, C. E., Allen, A.B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*, 887–904. DOI:10.1037/0022-3514.92.5.887.

- Levin, J.S. (1994a). Investigating the epidemiologic effects of religious experience: Findings, explanations, and barriers. I J.S. Levin (Red.), *Religion in aging and health*. (s. 3-17). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Levin, J.S. (1994b). Religion and health: Is there an association, is it valid, and is it causal? *Social Science and Medicine*, 38, 1475-1482. DOI: 10.1016/0277-9536(94)90109-0
- Levin J.S., & Schiller, P.L. (1987). Is there a religious factor in health? *Journal of Religion and Health*, 26, 9-35. DOI: 10.1007/BF01533291
- Levin, J.S., & Taylor, R.J. (1998). Panel analyses of religious involvement and well-being in African Americans: Contemporaneous vs. longitudinal effects. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, 695–709. URL: <http://www.jstor.org/stable/1388151>
- Levin, J.S., & Vanderpool, H.Y. (1987). Is frequent religious attendance really conducive to better health?: Toward an epidemiology of religion. *Social Science and Medicine*, 24, 589-600. DOI: 10.1016/0277-9536(87)90063-3
- Lim, C., & Putnam, R.D. (2010). Religion, social networks, and life satisfaction. *American Sociological Review*, 75, 914–933. DOI: 10.1177/0003122410386686
- Luczak, S.E., Prescott, C.A., Dalais, C., Raine, A., Venables, P.H., & Mednick, S.A. (2014). Religious factors associated with alcohol involvement: Results from the Mauritian Joint Child Health Project. *Drug and Alcohol Dependence*, 135, 37-44. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2013.10.028
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32, 545–552. DOI: 10.1016/j.cpr.2012.06.003.

- Maselko, J., & Kubzansky, L.D. (2006). Gender differences in religious practices, spiritual experiences and health: Results from the US General Social Survey. *Social Science & Medicine*, *62*, 2848–2860. DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.11.008
- Masters, K.S., & Spielmans, G.I. (2007). Prayer and health: Review, meta-analysis, and research agenda. *Journal of Behavioral Medicine*, *30*, 329–338. DOI: 10.1007/s10865-007-9106-7
- Maton, K.I. (1987). Patterns and psychological correlates of material support within a religious setting: the bidirectional support hypothesis. *American Journal of Community Psychology*, *15*, 185–208. DOI: 10.1007/BF00919278
- Maton, K.I., & Wells, E.A. (1995). Religion as a Community Resource for Well-Being: Prevention, Healing, and Empowerment Pathways. *Journal of Social Issues*, *51*, 177-193. DOI: 10.1111/j.1540-4560.1995.tb01330.x
- McAdoo, H., & Crawford, V. (1991). The black church and family support programs. *Prevention in Human Services*, *9*, 193-203. DOI: 10.1300/J293v09n01_12
- McConnell, K.M., Pargament, K.I., Ellison, C.G., & Flannelly, K.J. (2006). Examining the links between spiritual struggles and symptoms of psychopathology in a national sample. *Journal of Clinical Psychology*, *62*(12), 1469–1484. DOI: 10.1002/jclp.20325
- McCullough, M. E. (1995). Prayer and health: Conceptual issues, research review and research agenda. *Journal of Psychology and Theology*, *23*, 15–29.
- McCullough, M. E. (1999). Research on religion-accommodative counseling: A review and meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, *46*, 92–98. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.46.1.92>

- McCullough, M. E., & Larson, D. L. (1999). Prayers. I W.R. Miller (Red.), *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners* (s. 85–110). Washington, DC: American Psychological Association.
- McFadden, S.H. (1995). Religion and Well-Being in Aging Persons in an Aging Society. *Journal of Social Issues, 51*, 161-175. DOI: 10.1111/j.1540-4560.1995.tb01329.x
- McFarland, M.J. (2010). Religion and mental health among older adults: Do the effects of religious involvement vary by gender? *Journal of Gerontology: Social Sciences, 65B*, 621–630. DOI: 10.1093/geronb/gbp112
- McRae, M.B., Carey, P.M., & Anderson-Scott, R. (1998). Black churches as therapeutic systems: A group process perspective. *Health Education & Behavior, 25*, 778–789. DOI: 10.1177/109019819802500607
- Meisenhelder, J.B., & Chandler, E.N. (2001). Frequency of prayer and functional health in Presbyterian pastors. *Journal for the Scientific Study of Religion, 40*, 323–330. DOI: 10.1111/0021-8294.00059
- Meissner, W.W. (1984). *Psychoanalysis in religious experience*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Michalak, L., Trocki, K., & Bond, J. (2007). Religion and alcohol in the U.S. National Alcohol Survey: how important is religion for abstention and drinking. *Drug Alcohol Depend, 87*, 268-280. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2006.07.013
- Moore, T. (1991). The African American Church: A source of empowerment, mutual help, and social change. *Prevention in Human Services, 10*, 147-168. DOI: 10.1300/J293v10n01_09

- Moreira-Almeida, A., Neto F.L., & Koenig, H.G. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 28, 242-250. DOI: 10.1590/S151644462006005000006.
- Musick, M.A. (2000). Theodicy and life satisfaction among black and white Americans. *Sociology of Religion*, 61, 267–287. DOI: 10.2307/3712579
- Neff, K.D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250. DOI:10.1080/15298860309027.
- Neff, K.D., Hsieh, Y., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4, 263–287. DOI:10.1080/13576500444000317.
- Norton, M.C., Skoog, I., Franklin, L.M., Corcoran, C., Tschanz, J.T., Zandi, P., Breitner, J.C.S ... Steffens, C.J. (2006). Gender differences in the association between religious involvement and depression: The Cache County (Utah) study. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 61B, 129–136. DOI: <http://dx.doi.org/pva.uib.no/10.1093/geronb/61.3.P129>
- Pargament, K.I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research and practice*. New York: Guilford Press.
- Pargament, K.I., Ensing, D.S., Falgout, E., Olsen, I., Reilly, B., Van 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, 793-824. DOI: 10.1007/BF00938065

- Pargament, K.I., Koenig, H.G., & Perez, L.M. (2000). The many methods of religious coping: Development and Initial Validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology, 56*(4), 519–543. DOI: 10.1002/(SICI)1097-4679(200004)56:4<519::AID-JCLP6>3.0.CO;2-1
- Pargament, K.I., Koenig, H.G., Tarakeshwar, N., & Hahn, J. (2001). Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. *Archives of Internal Medicine, 161*, 1881-1885. DOI: 10.1001/archinte.161.15.1881
- 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*, 713-30. DOI: 10.1177/1359105304045366
- Pargament, K.I., Magyar-Russel, G.M., & Murray-Swank, N.A. (2005). The sacred and the search for significance: Religion as a unique process. *Journal of Social Issues, 61*, 665–687. DOI: 10.1111/j.1540-4560.2005.00426.x
- Pargament, K.I., Maton, K.I., & Hess, R.E. (Eds.). (1992). *Religion and prevention in mental health: Research, vision and action*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Payne, I.R., Bergin, A.E., Bielema, K.A., & Jenkins, P.H. (1991). Review of religion and mental health: Prevention and the enhancement of psychosocial functioning. *Prevention in Human Services 9*, 11–40. DOI: 10.1300/J293v09n02_02

- Pearce, M.J., & Koenig, H.G. (2013). Cognitive behavioral therapy for the treatment of depression in Christian patients with medical illness. *Mental Health, Religion, and Culture, 16*, 730–740. DOI: 10.1080/13674676.2012.718752
- Pearce, M.J., Koenig, H.G., Robins, C.J., Nelson, B., Shaw, S.F., Cohen, H.J., & King, J.B. (2015). Religiously integrated cognitive behavioral therapy: A new method of treatment for major depression in patients with chronic medical illness. *Psychotherapy, 52*(1), 56-66. DOI: <http://dx.doi.org/pva.uib.no/10.1037/a0036448>.
- Pennebaker, J.W., & Stone, L.D. (2004). Translating traumatic experiences into language: Implications for child abuse and long-term health. In L.J. Koenig, L.S. Doll, A. O’Leary, & W. Pequegnat (Eds.), *From child sexual abuse to adult sexual risk: Trauma, revictimization, and intervention* (p. 201-216).
- Phillips, R.E., Pargament, K.I., Lynn, Q.K., & Crossley, C.D. (2004). Self-directing religious coping: A deistic God, abandoning God, or no God at all? *Journal for the Scientific Study of Religion, 43*(3), 409–418. DOI: 10.1111/j.1468-5906.2004.00243.x
- Pollner, M. (1989). Divine relations, social relations, and well-being. *Journal of Health & Social Behavior, 30*, 92–104. URL: <http://www.jstor.org/stable/2136915>
- Poloma, M.M., & Pendleton, B.F. (1990). Religious domains and general well-being. *Social Indicators Research, 22*, 255–276. DOI: 10.1007/BF00301101
- Poloma, M.M., & Pendleton, B.F. (1991). The effects of prayer and prayer experiences on measures of general well-being. *Journal of Psychology and Theology, 19*, 71–83.

- Propst, R.L. (1980). The Comparative Efficacy of Religious and Nonreligious Imagery for the Treatment of Mild Depression in Religious Individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 4(2), 167-178. DOI: 10.1007/BF01173648
- Propst, R.L. (1988). *Psychotherapy in a religious framework: Spirituality in the emotional healing process*. New York: Human Sciences Press.
- Proulx, T., & Heine, S.J. (2008). The case of the transmogrifying experimenter: Affirmation of a moral schema following implicit change detection. *Psychological Science*, 19, 1294-1300. DOI: 10.1111/j.1467-9280.2008.02238.x
- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 48, 757–761. DOI: 10.1016/j.paid.2010.01.023.
- Razali, S.M., Hasanah, C.I., Aminah, K., & Subramaniam, M. (1998). Religious-sociocultural psychotherapy in patients with anxiety and depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, 867-872. DOI: 10.3109/00048679809073877
- Rosmarin, D.H., Pargament, K.I., & Mahoney, A. (2009). The role of religiousness in anxiety, depression, and happiness in a Jewish community sample: A preliminary investigation. *Mental Health, Religion & Culture*, 12(2), 97–113. DOI: 10.1080/13674670802321933
- Rowatt, W.C., & Kirkpatrick, L.A. (2002). Two dimensions of attachment to God and their relation to affect, religiosity, and personality constructs. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41, 637–651. DOI: 10.1111/1468-5906.00143.

- Sanders, P.W., Allen, E.G., Fischer, L., Richards, P.S., Morgan, D.T., & Potts, R.W. (2015). Intrinsic Religiousness and Spirituality as Predictors of Mental Health and Positive Psychological Functioning in Latter-Day Saint Adolescents and Young Adults. *Journal of religion and health*, 5(3), 871-887. DOI: 10.1007/s10943-015-0043-4.
- Sauna, V.D. (1969). Religion, mental health, and personality: a review of empirical studies. *American Journal of Psychiatry*, 125, 1203–1213. DOI: <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.125.9.1203>
- Schaap-Jonker, H., Eurelings-Bontekoe, E., Zock, H., & Jonker, E. (2002). Development and validation of the Dutch questionnaire God image: Effects of mental health and religious culture. *Mental Health, Religion & Culture*, 11(5), 501–515. DOI: 10.1080/13674670701581967
- Scheie, D.M., Markham, J., Mayer, S.E., Slettom, I., & Williams, T. (1991). *Findings from year one of the Lilly Endowment Program*. Minneapolis, MN: Rainbow Research.
- Schieman, S., Bierman, A., & Ellison, C.G. (2013). Religion and Mental Health. I C.S. Aneshensel, J.C. Phelan, & A. Bierman. (Eds.), *Handbook of the Sociology of Mental Health* (s. 457-478). Springer Netherlands. DOI 10.1007/978-94-007-4276-5.
- Schieman, S., Pudrovska, T., Pearlin, L.I., & Ellison, C.G. (2006). The sense of divine control and psychological distress: Variations across race and socioeconomic status. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 45(4), 529–549. DOI: 10.1111/j.1468-5906.2006.00326.x
- Shafranske, E.P. (Ed.). (1996). *Religion and the clinical practice of psychology*. Washington, DC: APA Books.

- Shafranske, E.P. (1996). Religious beliefs, affiliations, and practices of clinical psychologists. I E.P. Shafranske (Red.), *Religion and the clinical practice of psychology* (s. 149–162). Washington, DC: American Psychological Association.
- Shah, A.A. (2005). Psychotherapy in vacuum or reality: Secular or Islamic psychotherapy with Muslim clients. *Pakistan Journal of Clinical and Social Psychology*, 3, 1–18.
- Silton, N.R., Flannelly, K.J., Galek, K., og Ellison, C.G. (2003). Beliefs About God and Mental Health Among American Adults. *Journal of Religion and Health*, 53, 1285-1296. DOI: 10.1007/s10943-013-9712-3.
- Sinha, J.W., & Cnaan, R.A., & Gelles, R.J. (2007). Adolescent risk behaviours and religion: findings from a National study. *Journal of Adolescence*, 30(2), 231-249. DOI: 10.1016/j.adolescence.2006.02.005
- Smith, T.B., Bartz, J., & Richards, S.P. (2007). Outcomes of religious and spiritual adaptations to psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 17(6), 643-655. DOI: 10.1080/10503300701250347
- Solomon, B.B. (1976). *Black empowerment*. New York: Columbia University Press.
- Solomon, S., Greenberg, J., & Pyszcznski, T. (1991). A terror management theory of social behavior: The psychological functions of self-esteem and cultural worldviews. I M.P Zanna (Red.), *Advances in experimental social psychology* (s. 93–160). San Diego, CA: Academic Press.
- Stanley, M.A., Bush, A.L., Camp, M.E., Jameson, J.P., Phillips, L.L., Barber, C.R., & Zeno, D ... Cully, J.A. (2011) Older adults' preferences for religion/spirituality in treatment

- for anxiety and depression. *Aging & Mental Health*, 15(3), 334-343. DOI: 10.1080/13607863.2010.519326.
- Steger, M.F., Fraizer, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 80–93. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80>
- Stinnett, N. (1979). Strengthening families. *Family Perspective*, 13, 3-9.
- Taubes, T. (1998). “Healthy avenues of the mind”: psychological theory building and the influence of religion during the era of moral treatment. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1001–1008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.155.8.1001>
- Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., Yothasamut, J., Lertpitakpong, C., & Chaikledkaew, U. (2009). The economic impact of alcohol consumption: a systematic review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 4(20). DOI: 10.1186/1747-597X-4-20.
- Wade, N.G., Worthington, E.L.Jr., & Vogel, D.L. (2007). Effectiveness of religiously tailored interventions in Christian therapy. *Psychotherapy Research*, 17, 91–105. DOI: 10.1080/10503300500497388
- Walsh-Bowers, R. (2000). A personal sojourn to spiritualize community psychology. *Journal of Community Psychology*, 28, 221–236. DOI: 10.1002/(SICI)1520-6629(200003)28:2<221::AID-JCOP8>3.0.CO;2-S
- Wessler, R.L. (1984). A bridge too far: Incompatibilities of rational-emotive therapy and pastoral counseling. *Personnel and Guidance Journal*, 62, 264-267. DOI: 10.1111/j.2164-4918.1984.tb00200.x

Wheaton, B. (1985). "Models of the Stress-Buffering Functions of Coping Resources."

Journal of Health and Social Behavior, 26, 352- 364. URL:

<http://www.jstor.org/stable/2136658>

Wiegand, K.E., & Weiss, H.M. (2006). Affective reactions to the thought of “God”:

Moderating effects of image of God. *Journal of Happiness Studies*, 7(1), 23–40. DOI:

10.1007/s10902-005-0930-6

Witter, R.A., Stock, W.A., Okun, M.A., & Haring, M.J. (1985). Religion and Subjective

Well-Being in Adulthood: A Quantitative Synthesis. *Review of Religious Research*,

26, 332-342. Religious Research Association, Inc. URL:

<http://www.jstor.org/stable/3511048>

Whittington, B.L., & Scher, S.J. (2010). Prayer and subjective well-being: An examination of

six different types of prayer. *International Journal for the Psychology of Religion*, 20,

59–68. DOI: 10.1080/10508610903146316

Worthington, E.L., Kurusu, T.A., McCullough, M.E., & Sandage, S.J. (1996). Empirical

research on religion and psychotherapeutic processes and outcomes: A 10-year review

and research prospectus. *Psychological Bulletin*, 119, 448–487. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.119.3.448>

Worthington, E.L., Everett, L., & Sandage, S.J. (2001). Religion and

spirituality. *Psychotherapy*, 38, 473– 477. DOI: 10.1037/0033-3204.38.4.473

Wulff, D.M. (1997). *Psychology of Religion: Classic and Contemporary* (Red.). New York:

Wiley and Sons.

Zilboorg, G. (1958). *Freud and religion: a restatement of an old controversy*. Westminster,
MD: Newman Press.