



DET TEOLOGISKE
MENIGHETSAKULTET

Relasjoner i forandring

Hvordan kan vi forstå åndelige og eksistensielle behov hos palliative pasienter i lys av tilknytningsteorien?

Håvard Ervik

Veileder

Professor Lars Johan Danbolt

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved

Det teologiske Menighetsfakultet og er godkjent som del av denne utdanningen

Det teologiske menighetsfakultet, (2015, vår)

AVH8010: Masteravhandling (30 ECTS)

Master i klinisk sjelesorg

Innhold

1. Knyttet til Gud	5
1.1 Pasienthistorier	5
1.2 Bakgrunn for mitt valg av tema	7
1.3 Problemstilling	8
1.4 Begrepsavklaring og avgrensning	9
1.5 Historier om tro	11
1.6 Døden som eksistensielt grunnvilkår	12
1.7 Tilknytning	13
1.8 Åndelige og eksistensielle behov i palliasjon	13
1.9 Metode	14
1.10 Materiale	16
2. Åndelige behov hos palliative pasienter	17
2.1 Hva er palliasjon?	17
2.1.1 Den palliative omsorgens utvikling.	18
2.2 Hvor vanlig er religiøse forestillinger hos palliative pasienter	19
2.3 Hvilke åndelige og eksistensielle behov har palliative pasienter?	21
2.3.1 Trygghet som åndelig behov.	22
2.4 Åndelig omsorg og palliasjon	23
2.5 Sjelesorgens plass i palliasjon.....	24
2.5.1 Teologisk refleksjon med særlig relevans for palliasjon.....	25
2.5.2 Sjelesorg som palliativ omsorg.....	26
2.5.3 Palliative pasienters samtaler med sykehusprester.....	28
2.6 Anerkjennelse av ulike behov.....	28
2.7 Kriterier for god åndelig omsorg	29
2.8 Tilknytningsmønster og palliative pasienter	30
3. Tilknytning	32
3.1 Tilknytningsteoriens opphav	32
3.2 Hva er tilknytning?.....	33
3.3 Voksen tilknytning og affektregulering	35
3.3.1 Regulering av følelser	38
3.4 Stabilitet og forandring i tilknytningsmønster hos voksne og eldre	38
3.5 Religionspsykologi og tilknytningsteori	39
3.5.1 Kriterier for tilknytningsrelasjon og forholdet til Gud som tilknytningsrelasjon	40

3.5.2 Utrygg tilknytning og gudsrelasjonen.....	41
3.5.3 Utrygg tilknytning og omvendelse.....	42
3.6 Tilknytningsmønster og palliasjon.....	42
3.7 Relasjoner og tilhørighet. Psykodynamiske perspektiv på religiøs tro.	43
4. Åndelige og eksistensielle behov i lys av tilknytningsteorien.	45
4.1 Hvorfor er tilknytningsteori relevant for palliasjon?.....	45
4.2 Det relasjonelle aspektet i palliativ omsorg	46
4.3 Hva har åndelige behov og tilknytningsatferd til felles?	47
4.4 Gudsforholdet som trygg base i utforskingen av åndelige og eksistensielle spørsmål.....	48
4.5 Å ta hensyn til tilknytningsatferd	49
4.6 Nye relasjonelle erfaringer	50
4.7 Korresponderende eller kompenserende erfaringer.	51
4.7.1 Hypotesen om korresponderende tilknytning	51
4.7.2 Hypotesen om kompenserende tilknytning	52
4.8 Tilknytningsatferd i en religiøs kontekst - Ritualer og symboler	53
4.9 Sjelesørgerisk praksis og palliasjon	55
5. Oppsummering og utblikk	57
Litteraturliste.....	61

*Ver du min visdom, mi sanning og trøyst,
tal du det levande ord med di røyst!
Far, lat meg vere barn her hjå deg,
kom til meg, Herre, ja, bu du i meg*

Irsk tekst frå 700-tallet. Oversatt til norsk ved Arve Brunvoll

1. Knyttet til Gud

Ikke lenge etter at jeg hadde startet å arbeide som sykehusprest fikk jeg anledning til å ha praksis på Hospice Lovisenberg i forbindelse med at jeg tok Pastoralklinisk utdanning der. På Hospice var det 12 plasser til døende pasienter. Det gjorde sterkt inntrykk på meg hvordan livets store spørsmål kom så tydelig frem i samtalene med pasienter og pårørende. Jeg opplevde at både forholdet til Gud og forholdet til de nærmeste ble ekstra viktig for pasientene i denne livsfasen. Møtene med pasienter og med deres familier har jeg med meg enda.

Tilsvarende opplevelser har jeg også hatt mange ganger senere når jeg har møtt palliative pasienter i samtale. Eksistensielle tema blir aktuelle og livets store spørsmål må luftes og snakkes om på nytt. Jeg sitter ofte med en opplevelse av at tiden er kommet for å sjekke om tro gir håp i livet nå. Hvem eller hva venter på andre siden? Hvordan lever minnet om meg videre? Hvem skal kunne hjelpe meg nå? Disse og lignende spørsmål vikler seg inn i sorgen over å skulle forlate, og følelsen av å bli forlatt.

Jeg har valgt å bruke «Relasjoner i forandring» som tittel for denne oppgaven. Dette fordi jeg ønsker å fokusere på hvordan pasientens relasjoner påvirkes i en palliativ kontekst. Det synes å være en nytolkning og utdyping av forholdet til Gud og til nære. Før jeg presenterer rammene og hensikten med oppgaven ønsker jeg, gjennom de innledende pasienthistoriene, å gi leseren et innblikk i hvordan relasjoner på ulikt vis blir tema i samtaler med palliative pasienter. Historiene bygger på samtaler jeg har hatt med pasienter. Jeg har anonymisert og satt sammen ulike samtaler i de fem korte fortellingene.

1.1 Pasienthistorier

Lars ligger på rommet innerst i gangen. Han har blitt svakere og klarer ikke lenger å komme seg opp fra senga.

Vi har hatt mange samtaler. Om arbeid, reiser, livet og døden. Lars vet døden nærmer seg. Raskere nå enn han er klar for. Tro er forholdsvis ukjent for Lars. Han forteller om barnetro og at han lærte bibelhistorier og bønn hjemme hos far og mor. Men som voksen har han «vært vant til å greie seg selv». Familien er viktig, men arbeidet har også stått høyt på prioriteringslista.

I løpet av de siste ukene kommer Lars religiøse behov tydeligere frem. Hva var det foreldrene fant trygghet i? I samtalene med meg begir han seg ut i en søken etter noe større, noe guddommelig. En erfaring av Gud som kan gi trygghet i møte med det ukjente og utrygge.

Ingvill er på isolat. Kjemoterapien har tvunget immunforsvaret i kne og nå kan en ellers uskyldig smitte plutselig bli til en alvorlig og livstruende blodforgiftning. Inne på isolatet er det stille. En sluse med dobbel dør ut mot gangen holder lyder og liv på avstand. På rommet er et vindu med utsikt ut mot fjorden, en tv, nattbord, seng og noe medisinsk utstyr. Hun vet at døden nærmer seg og deler med meg sine tanker om døden og usikkerheten om hvordan det skal gå med dem som er igjen. Sorgen over å måtte forlate barn og barnebarn så tidlig er det som gjør mest vondt. Hun har så mye livslyst, men så lite helse. Hun har alltid vært knyttet til familien. Nå er de ikke her. Det er vanskelig for dem å komme på besøk. Besøkende må ha på munnbind, frakk og hansker. Det blir ofte korte besøk der avstanden mellom deres ulike fremtid blir så tydelig.

Utryggheten herjer, spesielt om natten. Hun strever og finner ingen trygg havn. Hun sier at hun må ha en hånd å holde i. Et fysisk nærvær for å være rolig.

Marie har alltid hatt en tydelig og sterk tro. Kirka har vært som et hjem for henne. Hun har gjort en stor innsats gjennom frivillig engasjement. Hun har ledet møter, holdt andakter og besøkt menighetens ensomme. For Marie og familien er tro en naturlig del av hverdagen. Nå har sykdommen tatt overhånd. Medisinene hun må ha for å kontrollere smertene sløver et ellers våkent sinn. Angsten for å miste sin overbevisning sløves ikke. Håpet om himmel, gjensyn og grønne enger blir en samtidig frykt for å svikte i innspurten. I samtaler med meg forteller hun om sin tro på Gud som en rød tråd gjennom livet. En tro som har gitt trygghet og forutsigbarhet. Nattverd, fadervår og velsignelsen bærer troen de siste dagene. Når Marie selv glemmer ordene i sin faste bønn lyser frykten i øynene. Sykepleieren og presten ber høyt. Det gir lindring.

Kurt sier at han har hatt et strevsomt liv. Det har vært så vanskelige relasjoner til sine nærmeste. Han ble tidlig skilt og samværet med sine to barn var i mange år sporadisk. En opplevelse fra ungdommen kommer sterkt frem nå når kreftene begynner å ta slutt. Han opplevde et sterkt møte med en kristen menighet. Det var sterke opplevelser og store ord. Troen som ble «født» i denne omvendelsen fant aldri sin form i hans hverdag. Ikke siden

konfirmasjonen har Kurt mottatt nattverd. Han har et ønske om å "falle på kne" og overgi seg Gud. Det er det vel tid for nå?

Yngvar lever på lånt tid. Han er forberedt på at døden nærmer seg. Han har gjennomgått mye behandling som har gitt ham muligheten til å leve lenger. Det har også gitt ham lidelser. Familien er preget av en lang tid med sykdom og sykehus. Han tenker mye på sin barndom og sitt forhold til sin mor som han var så glad i, men som han mistet tidlig i livet. Nå spør han meg om jeg tror han kommer til å møte igjen mor i himmelen. Jeg svarer at Bibelen forteller at vi i alle fall ikke skal komme til å savne noe. Jeg tror det betyr at vi skal møte igjen dem vi er glade i. Han trekker et lettelsens sukk. "Det var det jeg håpet på".

1.2 Bakgrunn for mitt valg av tema

Møter med palliative pasienter er rammen for mitt valg av tema for masteroppgaven. Som sykehusprest og sjelesørger er det sterke møter om livet, tett inn på døden. En observasjon jeg tidlig gjorde var at noen pasienter trekker seg tilbake og lukker seg inn som for å gjøre seg klar for døden, mens andre tviholder på livet og relasjoner. Slik synes jeg også å se tilsvarende bevegelse i forhold til religiøsitet. For noen blir tro sterkere og tydeligere i palliativ fase, mens det hos andre ikke synes å være noen forandring, eller at tro heller ikke nå oppleves som relevant. Et fellestrekk i samtalene er pasientenes behov for å fortelle om livets viktige relasjoner og erfaringer. Fortellinger som synes å gi både mening, nytolkning og håp i den situasjonen de befinner seg i.

Mitt inntrykk er at mange palliative pasienter mot slutten av livet kan oppleve ensomhet og isolasjon. Relasjonene er i forandring. Det er som om både pasient og deres nære forbereder avskjeden. Noen evner å sette ord på det som er i ferd med å skje. For andre forblir prosessen ordløs. Som observatør kan jeg se at bekjente vil forandre sin oppførsel i pasientens nærvær. Familie, venner og kolleger kommer på besøk og gir spesiell oppmerksomhet. For noen er det viktig å bruke ekstra tid sammen. Mange vil ta farvel, mens andre vil late som ingen verdens ting. Kanskje vil noen, i frykt for den vanskelige samtalen eller pinlig taushet unngå kontakt. Enkelte vil gi uttrykk for sterke følelser eller bli melankolske og alvorstynget. Andre av pasientens nære vil bidra med viktig støtte til pasienten mens andre vil trenge støtte når de ikke utholder situasjonen.

Mange pasienter har gode samtaler med sine nærmeste. Gode, nære samtaler om det som er og har vært viktig mellom dem. Det kan være avklaringer og spørsmål av praktisk karakter eller andre ønsker og tanker som er viktig å sette ord på. Samtaler om begravelse, arv og siste ønsker. I noen sammenhenger er de pårørende så rammet av pasientens sykdom at det kan synes som om det er pasienten som må trøste og være «sterk».

Vissheten om at døden er nært forestående, den endelige adskillelsen, gjør relasjoner så viktig. Relasjoner til familie og venner, til helsepersonell og for mange også til Gud. For oss som arbeider med palliasjon er det avgjørende å ta hensyn til at vi arbeider med menneskelig atferd i en situasjon preget av tap, avskjed og hjelpeløshet. Nettopp for å forstå pasientens spesielle behov og utfordringer mener jeg teorien om tilknytning kan være viktig også for våre møter med palliative pasienter.

Jeg har ikke funnet andre sjelesorgfaglige arbeider om sammenhengen mellom palliative pasienters åndelige og eksistensielle behov, og tilknytningsteori. En tysk forskergruppe under veiledning av Harold Koenig har imidlertid sett nærmere på forholdet mellom åndelighet og tilknytningsteori i en palliativ kontekst (Loetz et al., 2013). Artikkelen gir støtte for å hevde at åndelighet kan være uttrykk for tilknytningsatferd. Noe som også jeg legger til grunn i mitt arbeid med oppgaven.

En norsk religionspsykologisk kvalitativ studie (Haug, Danbolt, Kvigne, & Demarinis, 2014) viser hvordan relasjoner er viktige for eldre pasienter med uhelbredelig kreft. Her kommer det tydelig frem hvordan arbeid med åndelige og eksistensielle spørsmål oppleves viktig for livskvalitet i denne fasen. Studien gir innblikk i helsearbeideres møte med denne pasientgruppen. I denne sammenheng gir den støtte for å hevde at arbeid med åndelige og eksistensielle spørsmål er viktige i en palliativ fase.

1.3 Problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å få dypere forståelse for hvordan tilknytningsteorien kan være til hjelp i møter med palliative pasienter, og spesielt i forhold til deres åndelige og eksistensielle søken. Det er viktig for meg at problemstillingen også gir meg mulighet til å bruke oppgaven til å vise hvordan tro og religiøs overbevisning kan være en god ressurs for palliative pasienter. Jeg vil derfor i denne oppgaven besvare «**Hvordan palliative pasienters**

åndelige og eksistensielle behov kan forstås i lys av tilknytningsteori». Jeg ønsker å ha ekstra fokus på er hvordan palliative pasienters livssituasjon aktualiserer tilknytningssystemet og dermed utfordrer både tidligere og nye relasjoner. Det blir også viktig for meg å finne tid og form på den åndelige og eksistensielle omsorgen i pleien av palliative pasienter. For å hjelpe meg i dette stiller jeg følgende to spørsmål: Hva kjennetegner palliative pasienters åndelige behov? Og: Hvilken betydning har prestetjeneste/sjelesorg for palliative pasienters arbeid med sine åndelige behov?

Jeg vil derfor gjennom oppgaven forklare teorien om tilknytning med henblikk på den palliative pasientens virkelighet. Jeg vil også beskrive den palliative pasienten og åndelig og eksistensielle behov som kommer til uttrykk i denne livsfasen. I oppgavens siste del vil jeg bringe sammen de foregående delene og la disse forklare mulig ny kunnskap palliative pasienters åndelige og eksistensielle behov sett i lys tilknytningsteori.

Jeg kunne naturligvis valgt ulike teorier for å belyse palliative pasienters åndelige behov. Det ville for eksempel være nærliggende å bruke mestringsteori for å se på hvordan arbeid åndelige og eksistensielle behov kan gi bedre mestring i en palliativ kontekst. Når jeg har valgt tilknytningsteori er det for å ha særlig fokus på forståelsen av relasjoners betydning i palliasjon.

1.4 Begrepsavklaring og avgrensning

Jeg vil her gi korte beskrivelse av definisjoner som ligger til grunn for min bruk av noen sentrale begrep i oppgaven.

Åndelige og eksistensielle behov - og omsorg

Det hersker en viss begrepsforvirring når det gjelder omsorg inn mot området i menneskelivet der religiøsitet, verdier og åndelighet finnes. I engelskspråklige sammenhenger er «spirituality» et vidtfavnende begrep som ikke umiddelbart kan oversettes og forstås med den norske direkte oversettelsen «spirituell». Dette assosieres lettere med det mystiske, åpne og utforskende.

Vi tilbyr ulike definisjoner, mer eller mindre åpne og vidtfavnende. Kenneth Pargament definerer ordet «spirituality» som en søken mot det hellige «a search for the sacred» (*Kenneth*

I. Pargament, 1997). Det hellige (the sacred) gir mulighet til å bruke termen inkluderende om dem som søker i religion og dem som ikke har noen religiøs overbevisning (H. Koenig, 2002). Det er nettopp i forhold til religiøsitet at begrepet «spirituality» skaper et større rom.

David Wulf skriver at ordet «religion» har fått et dårlig rykte. Det har blitt et ord som lett forbindes med fordomsfullhet, vold og skjermede miljø (Wulff, 2010). Religion kan forbindes med trangsynthet, dogmatisme og obligatorisk religiøs praksis. En viktig fagbok på området heter «Handbook of psychology of religion and spirituality» (Paloutzian & Park, 2014) og kan lede oss til å tro at disse begrepene ikke kan være synonyme. Det er ulike forståelser av begrepene religion og «spirituality». I en artikkel av Pargament og Brian Zinnbauer blir ulik forståelse av forholdet mellom religion og «spirituality» belyst (Zinnbauer et al., 1997). Zinnbauer forstår «spirituality» som mer vidtfavnende enn religiøsitet. Han definerer religiøsitet som søken etter det hellige innenfor en trostradisjon eller organisert religion. Pargament forstår derimot «spirituality» som snevrere enn religiøsitet.

Jeg vil i oppgaven bruke “åndelig og eksistensiell” i en vid betydning der religiøsitet og søken etter svar på eksistensens grunnleggende spørsmål finnes. I det norske helsevesenet blir i stor grad «åndelig og eksistensiell» behov/omsorg brukt om det samme området (T. F. Danbolt & Nordhelle, 2012). Åndelig og eksistensiell omsorg er derfor samtalen og interessen for dette området i menneskets liv slik Stifoss Hansen og Kallenberg (Stifoss-Hanssen & Kallenberg, 1998, p. 21) viser i sine tre punkt:

- Å være oppmerksom på brukerens eksistensielle spørsmål og ressurser
- Å lytte til den mening disse har i brukerens livshistorie, og
- Assistere brukeren i hans/hennes arbeid med eksistensielle spørsmål, med utgangspunkt i hans/hennes livssyn.

Tilknytningsteori er stadig gjenstand for forskning og utvikling. John Bowlby (1907-1990) la grunnlaget for dette gjennom sin triologi «Attachment and loss». Mary Ainsworth (1913-1999) bidro også i dette arbeidet, og særlig gjennom utviklingen av «Strange situation procedure» for å vurdere kvaliteten på tilknytningsrelasjoner (Halstensen, 2014). Jeg ser meg ikke i stand til å gi en uttømmende presentasjon av teorien i oppgaven, men vil fokusere på det som har relevans for problemstillingen.

Likeens er **palliasjon** et fagfelt som jeg finner hensiktsmessig å presentere med utgangspunkt i det jeg finner relevant for å kunne finne sammenhenger jeg søker gjennom oppgaven.

Sjelesorg er vidt presentert hos Grevbo (Grevbo, 2006) med ulike beskrivelser. For denne oppgavens del vil jeg legge vekt på det relasjonelle aspekt i sjelesorgen med utgangspunkt i følgende definisjon « Sjelesorg er å vise omsorg for menneskets liv i relasjon til den treenige Gud, seg selv, medmennesker, naturen og materielle verdier, sett i en kulturell, sosial og kirkelig sammenheng» (Grevbo, 2006, p. 503). Definisjonen viser sjelesorgens omsorg for menneskets liv og relasjoner på flere plan. Den ivaretar ikke bare omsorgen for gudsrelasjonen men også til de materielle og mellommenneskelige forhold. I palliasjon er sjelesorg nettopp vidtfavnende idet relasjoner til både Gud, mennesker, egen livshistorie og fremtid ofte er tema.

1.5 Historier om tro

Historier om tro i en palliativ sammenheng kan forstås på mange måter. Det kan forstås som et redskap for å gjenopprette sammenheng og mening i livet når alvorlig sykdom bryter inn i livsfortellingen (Kenneth I Pargament, 1996). Trosfortellinger kan også forstås som uttrykk for en narrativ identitet der fortellingene presenterer fortelleren samtidig som det foregår en fortolkende prosess idet pasienten setter ord på sine troserfaringer (Gerkin, 2005). Samtaler med pasienter i livets siste fase er både tilbakeskuende og fremtidsrettet. Gjennom fortellingen om livet som har vært kan pasienter hente ressurser til å møte de utfordringer de nå står overfor. Også i forhold til tro blir tidligere erfaringer gjort tydelige gjennom historien som fortelles. På den måten kan tråder samles og oppleves styrkende for relasjonen til Gud. Anders Olivius skriver at «Konfidenten kjemper for å bli tydelig og synlig for seg selv, for sjelesørgeren og for Gud» (Olivius, 1996). Jeg har i oppgaven valgt å fokusere på hvordan fortellingene om tro er et ledd i en søken etter relasjon. Derfor er min bruk av tilknytningsteorien rammeverket for å forstå de åndelige behov som kommer til uttrykk gjennom fortellingene.

Jeg har så langt ikke definert «åndelige og eksistensielle» behov til å tilhøre spørsmål innenfor den kristne tro. Det er heller ikke min tanke at problemstillingen jeg behandler bare dreier seg om pasienter med en kristen trobakgrunn. Det vil likevel komme frem både gjennom min erfaring og gjennom litteraturen jeg har valgt at utgangspunktet er kristen tro.

Jeg vil bruke Gud, gud og guddommelig først og fremst i en kristen kontekst. Der jeg skriver gud (med liten g) er det i hovedsak for å beskrive de indre gudsbildene.

1.6 Døden som eksistensielt grunnvilkår

Døden kan i noen tilfeller være velkommen. Jeg har mange ganger møtt pasienter som har forsonet seg med livet og med døden og gir uttrykk for trygghet i møte med døden. Den kan være den eldre, syke og dagsmette pasienten som i trygghet venter på å få slippe. Men langt vanligere er at livslysten er sterkere enn behovet for å slippe, i alle fall langt forbi der behandlingen går fra et helbredende til et lindrende fokus. Paulus beskriver døden som «Den siste fiende» (1. kor 15:26). En slik beskrivelse er lett å kjenne igjen i pasienters kamp mot døden.

Jeg har med de innledende pasienthistoriene ønsket å vise hvordan palliative pasienter lever i spennet mellom livslyst og vissheten om at døden nærmer seg. Noen gir uttrykk for at de har forsonet seg med døden. Andre klarer aldri å finne ro i at livet nå er i ferd med å ta slutt. Det er for mye å leve for. I alle de fem korte fortellingene blir både forholdet til de nærmeste og forholdet til Gud tematisert.

Den svenske forskeren Lisa Sand (Sand, 2008) sier at i møte med døden frykter mennesker i hovedsak tre ting: frykt for smerte (og annen fysisk lidelse), frykt for å miste autonomi og frykt for ensomheten. Dødsangsten har sammenheng med disse tre.

I følge Irvin Yalom er eksistensiell ensomhet noe alle mennesker bærer (Holgernes, 2004). Mennesker kan dele mye: liv, tanker og følelser, men det innerste er vanskelig å sette ord på. Det finnes aspekter i alle mennesker som vanskelig lar seg dele med andre, følelser og sammenhenger som ikke blir tydelig for andre. Vissheten om nærstående død aktiverer den eksistensielle ensomheten. Døden synliggjør ensomhet. Ingen kan dø med eller for noen andre. Døden må man møte alene.

I de innledende pasienthistoriene gir pasientene på ulike måter uttrykk for relasjoners betydning for trygghet i møte med døden. Familie, venner og gudsrelasjon gir styrke til livet som palliativ pasient (Haug et al., 2014).

1.7 Tilknytning

I denne oppgaven vil jeg bruke tilknytningsteorien for å kaste lys over de prosessene som skjer når palliative pasienter arbeider med åndelige og eksistensielle spørsmål.

Religionspsykologien har vist hvordan forestillingen om en gud kan være tilknytningsfigur (Granqvist, Mikulincer, Gewirtz, & Shaver, 2012; Kirkpatrick, 2005). Tro kan både bli sett på som en ressurs i form av tilknytningsrelasjon, og som et forsøk på og utforske det ultimate ukjente – mysteriet i sin egen død. Dette fordi, slik jeg ønsker å vise, åndelighet i en palliativ kontekst kan forstås som tilknytningsbehov/tilknytningsatferd. Dette innebærer å søke en base som gir trygghet i møte med døden, og å utforske det ukjente landskapet som åpner seg etter hvert som døden kommer nærmere. Åndelighet er forstått som en mulig menneskelig tilknytningsatferd som på en spesiell måte gir nye muligheter til livets siste fase. Mens alle andre bånd brytes i døden er den religiøse tanken nettopp det at de relasjonelle båndene varer gjennom døden. Jeg vil bruke oppgaven spesielt til å utforske, vise og gi økt forståelse for hvordan årvåkenhet i forhold til og arbeid i det åndelig og eksistensielle området kan være av stor verdi for den palliative omsorgen og den palliative pasient.

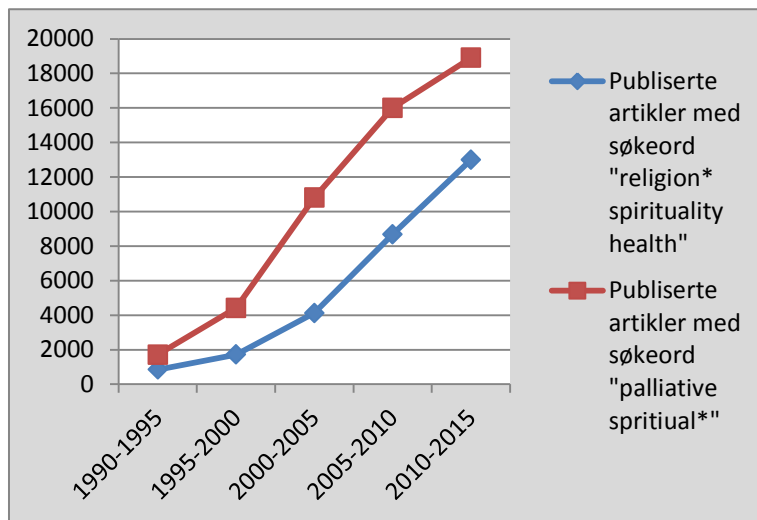
1.8 Åndelige og eksistensielle behov i palliasjon

«Palliativ omsorg er den totale aktive omsorg for pasienter med en sykdom som ikke responderer på kurativ behandling. Kontroll av smerter og andre symptomer og lindring av psykologiske, sosiale og åndelige problemer står i høysetet»

WHO's definisjon av palliativ omsorg sitert i: (Juul Busch & Hirsch, 2008, p. 115)

Det synes å være stadig mer oppmerksomhet om palliative pasienters åndelige og eksistensielle behov. Et søk på Google scholar etter publiserte artikler i området helse og religiøsitet er illustrert i figuren nedenfor og viser en formidabel økning i publiserte artikler,

oppgaver og bøker i dette området i løpet av de siste 25 år:



Figur 1 Resultat fra søk på Google scholar med resultat i intervaller som oppgitt (juni 2015).

Religion, medisin og helse har tradisjonelt hatt en nær forbindelse. Det hører med til historien at helsearbeid alltid har vært en del av den kristne kirkes oppgave. I Norge oppstod mange helseinstitusjoner i kirkens ordener.

Den økte interessen for skjæringspunktet mellom religiøsitet og helse henger nok i stor grad også sammen med innflytelse fra USA der sammenhengen mellom åndelighet og livskvalitet har vært gjenstand for stor interesse (Paloutzian, 1996, p. 53). Religionspsykologisk forskning har også i Skandinavia hatt et særlig fokus på helserelaterte faktorer (DeMarinis, Wikström, & Cetrez, 2011, p. 8). Slik jeg viser i oppgaven er det i helsearbeid en økende bevissthet om den åndelige og eksistensielle dimensjonens viktighet for pasienters opplevde livskvalitet mot slutten av livet.

1.9 Metode

Jeg vil undersøke hvordan tilknytningsteori kan gi meg bedre forståelse for palliative pasienters behov for å knytte seg til Gud. Min fremgangsmåte vil være å gjøre søk i litteratur i databaser etter sammenhenger mellom tilknytningsteori, palliasjon og åndelig/eksistensielle behov. Jeg har valgt å hente materiale fra norske og internasjonale tidsskift og fremstillinger både av tilknytningsteori, palliasjon og sjelesorg. Det har også vist seg at noen forskere har sett på denne sammenhengen allerede. Jeg skal i det videre vurdere validiteten til disse tekstene inn mot en norsk virkelighet.

Oppgavens sjelesorgfaglige innfallsvinkel gjør at jeg finner en hermeneutisk metode å være den beste fremgangsmåten for å gi dybdekunnskap om emnet jeg ønsker å belyse. I

formulering av problemstillingen har jeg ønsket å få sjelesorg, palliasjon og psykologi i samtale. Dette krever innsikt fra forskjellige typer tekster.

I arbeidet med oppgaven vil jeg også trekke inn egen erfaring fra arbeidet med palliasjon og et utvalg anonymiserte og konstruerte pasientmøter som kaster lys over problemstillingen. Noen av disse er allerede presentert i innledningen.

En hermeneutisk metode gir meg mulighet til å gå i dialog med tekstene og hente ut både en primær og sekundær forståelse (Wetlesen, 1983). I samtale med teksten stiller forskeren spørsmål, utlegger teksten og anvender den. Spørsmålene stilles i spenningsfeltet mellom min egen forståelse og avsenderes forståelseshorisont. Jeg blir dermed deltaker og ikke tilskuer/referent til tekstene jeg bruker i oppgaven. Begrepet «Den hermeneutiske sirkel» uttrykker denne forståelsesprosessen der bevegelse mellom tekstens deler og hele vil bringe forståelse nærmere. Rammene for det som skal forstås er ikke utelukkende teksten men også den som skal tolke den.

Som alle lesere har også jeg mine fordommer i møte med tekster. Jeg er nær mitt eget arbeid og har mine egne pasientmøter og erfaringer i minne når jeg leser tekster som omhandler dette. Som Gadamer hevder (Føllesdal & Walløe, 2000) er ikke slike forforståelser eller fordommer noe negativt men tvert i mot en forutsetning for forståelse. Men mine fordommer må justeres slik at de passer inn med det vi søker å forstå. Denne gradvise justeringen kalles horisontsammensmeltning.

Opgaven henter materiale fra både psykologi, medisin og teologi. En modell for en praktiskeologisk refleksjon med utgangspunkt i de ulike fagområdene har jeg funnet i John Swinton and Harriet Mowat sin bok «Practical theology and qualitative research» (Swinton & Mowat, 2006). Jeg vil gjennom oppgaven, med utgangspunkt i denne modellen, ha utblikk til hvordan den nye kunnskapen jeg finner kan blir utgangspunkt for en revidert eller ny praksis for mitt møte med palliative pasienter.

Flere har rådet meg til å bruke en kvalitativ metodisk tilnærming i oppgavearbeidet og bruke intervju av pasienter som utgangspunkt. Dette kunne være særlig relevant ettersom jeg er på jakt etter å finne sammenhenger som det finnes lite materiale på. Når jeg har valgt en tekstbasert tilnærming er det først og fremst fordi jeg vil fokusere på det teoretiske rammeverket. Jeg vil slik kunne få en bedre forståelse av åndelige behov hos palliative

pasienter med utblikk til betydningen dette kan ha for min og andres praksis i møte med disse behovene hos palliative pasienter.

1.10 Materiale

Jeg har gjort søk i oria, google scholar, pubmed og i andre databaser etter sammenhenger mellom «attachment theory» og «spiritual care» og «palliative» eller «end of life care». Jeg har brukt ulike sammensetninger og søkeord for å finne artikler og fremstillinger som kunne bidra med kunnskap til å svare på problemstillingen i oppgaven. På sykehuset der jeg arbeider har fagbiblioteket vært til god hjelp og jeg har fått nyttig veiledning i litteratursøk her. Også gjennom samtaler med kolleger i det palliative arbeidet på sykehuset har jeg hentet ideer og fått nyttige innspill til oppgaven.

Når det gjelder tilknytning har jeg særlig funnet materiale i «Handbook of attachment» (P. R. Shaver & Cassidy, 2008) og i Kari Halstensen bidrag om dette i boken Religionspsykologi (Halstensen, 2014) i tillegg til artikler og andre fremstillinger jeg har funnet særlig relevante. Jeg har også brukt egne notater fra forelesninger Kari Halstensen hadde på den pastoralkliniske utdanningen.

For presentasjonen av palliasjon har Kjell Erik Strømskags bok «Og nå skal jeg dø» (Strømskag, 2012) vært viktig i forberedelsene. Gode samtaler med ham og med andre ressurspersoner i dette feltet på sykehuset har jeg med meg i forberedelsene. Jeg har også funnet materiale i Stein Kaasas bok «Palliasjon» (Kaasa, 2008) i tillegg til artikler og andre fremstillinger som nevnt i henvisningene.

2. Åndelige behov hos palliative pasienter

I dette kapittelet vil jeg gi en nærmere beskrivelse av hvordan åndelige og eksistensielle behov kommer til uttrykk hos palliative pasienter. Jeg vil beskrive det palliative fagfeltet i den grad det er relevant for oppgaven og kommer særlig inn på hvordan sjelesorg er relevant i palliasjon.

Palliativt team har det siste året blitt betegnet «lindrende team» i Helse Møre og Romsdal. Ved navneskiftet ønsker vi å gjøre forståelsen av hva teamet bidrar med enda tydeligere i møte med pasienter, pårørende og annet helsepersonell. Det er lindring av fysisk, psykisk, sosial og åndelig-eksistensiell smerte som er fokus for vårt arbeid. Noe av bakgrunnen for navnebyttet var også at det syntes som om «Palliativt team» lett var å forstå som en siste stasjon før døden. Det har vært viktig for oss å understreke at vårt arbeid er å forstå som livshjelp. Dette mener vi kommer bedre frem i den nye betegnelsen. Lindrende team møter pasienter som har eller er i ferd med å passere grensen for livreddende behandling. Nå er ikke målet lenger å bli ferdigbehandlet og frisk, men å gi behandling og pleie som gir god livskvalitet.

I det tverrfaglige arbeidet er lege, sykepleier, ernæringsfysiolog, sosionom, ergoterapeut, fysioterapeut, logoped og prest. I et typisk forløp vil de ulike yrkesgruppene arbeide sammen for å finne god lindring og tilrettelegge for pasientens spesielle situasjon. En del av dette arbeidet skjer på tverrfaglige møter der pasienter blir drøftet i forhold til aktuelle utfordringer. Ofte er enkelte av medlemmene i teamet i direkte kontakt med pasient og pårørende. En del pasienter møter vi gjennom behandling på sykehuset tidlig i forløpet.

2.1 Hva er palliasjon?

Behandling, pleie og omsorg av pasienter med kort forventet levetid er i dag et eget medisinsk område som blir kalt palliasjon / palliativ medisin. Tilnærmingen til den pasienten er her forandret fra å bekjempe sykdom til å lindre smerte og ubehag. I Legeforeningens «standard for palliasjon» blir begrepet definert slik:

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og

åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet.

European Association for Palliative Care (EAPC) / Verdens helseorganisasjon (Norsk forening for palliativ medisin, 2004)

I Norge er palliasjon en innarbeidet del av helsetjenesten. Den tverrfaglige arbeidsmåten ivaretas i stor grad gjennom palliative team på sykehus. Noen få steder i Norge finnes hospice som er egne institusjoner der palliativ kompetanse er samlet og pasienter får en tverrfaglig og helhetlig behandling. Andre steder finnes palliative senger i sykehus og sykehjem med særlig kompetent og tverrfaglig personell.

2.1.1 Den palliative omsorgens utvikling.

“I will be a window in your home”

David Tasma

Begrepet palliasjon oppstod i England der Cicely Saunders arbeidet med lindring for døende pasienter. Det innledende sitatet fra den polske og jødiske David Tasma er hentet fra samtalen mellom dem da hun pleiet ham i 1948 (Strømskag, 2012, p. 34). Det oppstod en nær relasjon mellom dem. Hun så at hans behov for omsorg innebar hele mennesket. Han testamenterte 500 pund til hennes arbeid med ordene i sitatet. Slik ble grunnlaget lagt for bevegelsen Saunders startet og var en pådriver for hele livet.

Begrepet palliasjon kommer av det latinske «pallium» som kan oversettes med kappe. Brukt i betydningen å legge en beskyttende kappe rundt den som trenger det. Cicely Saunders arbeidet med smertebegrepet. Hun hadde observert at pasienters smerte var mer enn den rent fysiske smerten. I 1962 brukte Saunders begrepet “multi faceted understanding of pain” og i 1964 introduserte hun begrepet “total pain” (Strømskag, 2012). I dette begrepet ligger forståelsen av at smerten kan ha ulike karakterer og kan være sammensatt av både fysiske, psykiske, åndelige, sosiale og relasjonelle aspekter.

Senere har man begynt å bruke termen holistisk, og at man i palliasjon har en “holistisk tilnærming til pasienten”. Dette er å forstå som at alle sider ved pasientens liv virker sammen til styrke og til smerte. Helsearbeidere ønsker da å møte alle sider ved pasientens liv slik at smerten kan lindres på best mulig måte og man kan gi hjelp til å frigjøre pasientens egne ressurser i livets siste fase.

I avhandlingen “Og nå skal jeg dø” gir Kjell Erik Strømskag et bredt og personlig bilde av hospicebevegelsen og palliasjonens historie i Norge. Han viser hvordan idealisme har blitt til fag og hvordan forståelse av og forskning på den døende pasient har gitt både bedre smertelindring og livshjelp i livets siste fase.

Hensynet til den fysiske smerten er avgjørende viktig for pasienten. Likevel står ikke den fysiske lindringen alene, men er en del av den helhetlige omsorgen for pasienten.

Undersøkelser viser at pasienter og pårørende i større grad enn helsepersonell vektlegger viktigheten av psykososial og spirituell mening. En undersøkelse gjort på hva som oppleves som av størst betydning for “en god død” er fred med Gud og nærvær av familie oppgitt som viktigst (Steinhauser et al., 2000).

Det relasjonelle aspektet står sterkt i palliativ tenkning. I en kontekst der teknologisk medisin gjorde pasientbehandling mer upersonlig var et viktig mål å ivareta fokus på pasienten som helt menneske. Dame Cicely Saunders uttrykte dette slik: “Palliative care is a philosophy based not on physical facilities but on attitudes and skills, as the many interpretations around the industrialized and developing world show forceful” (Milligan & Potts, 2009, p. 21). Både pasienten og dens familie er gjenstand for den palliative omsorg og familiemedlemmene skal tilbys hjelp til mestring gjennom pasientens sykdomsperiode og dødsprosess. Jesu ord fra Getsemane «Våk med meg» var viktig for Saunders. Med disse ordene forstod hun viktigheten av å være nær pasienten og pårørende i en palliativ fase (Strømskag, 2012). I denne tiden blir relasjonen til de nærmeste, til helsepersonell og til religiøs overbevisning særlig aktuell.

2.2 Hvor vanlig er religiøse forestillinger hos palliative pasienter

Religiøsitet og spiritualitet er viktige dimensjoner for de fleste palliative pasienter og er assosiert med bedre livskvalitet (Quality Of Life) i følge (Edwards, Pang, Shiu, & Chan, 2010) en nyere amerikansk metastudie. I en annen amerikansk studie fra 2011 (Pearce, Coan,

Herndon II, Koenig, & Abernethy, 2012) viser det seg at så mange som 91% av pasientene rapporterte at de hadde spirituelle behov. Så mange som 17% fikk ikke den åndelige omsorgen som de skulle ønske. Pasienter som ikke får den åndelige/eksistensielle omsorgen de ønsker rapporterer flere depressive symptom og mindre mening og fred.

I en tredje amerikansk studie (Balboni et al., 2012) viser det seg at 42% av innlagte pasienter ønsker å samtale om religiøse og åndelige behov, mens bare omkring halvparten får denne typen omsorg. Forskerne fant også at 86% av kreftpasientene i undersøkelsen mente åndelig omsorg "spiritual care" var en viktig del av den medisinske behandlingen (Balboni et al., 2012).

De høye tallene i disse og andre amerikanske studier kan bære preg av den gjennomgripende religiøse kulturen i landet (la Cour, 2014). Min egen erfaring som sykehusprest i Molde er i tråd med undersøkelsene fra USA i den forstand at det hos de aller fleste pasienter finnes tidligere religiøse erfaringer som blir aktuelle i en palliativ sammenheng. I vår kulturelle kontekst i denne delen av Norge er kristen tro noe de aller fleste har et forhold til. Bedehus og kirker er viktige samlingspunkt i mange byer og bygder og langt de fleste pasienter kan fortelle om en barnetro som på enkelte tidspunkt i livet har vært viktig.

Dette henger nok også sammen med at mange pasienter er eldre. Ettersom den eldre befolkning er mer religiøse enn den oppvoksende generasjon er det kanskje ikke så overraskende at en stor del av de palliative pasientene opplever å ha religiøse, åndelige behov. En annen grunn til at religion er så vanlig blant palliative pasienter er at når mennesker blir alvorlig syke vil mange oppleve stress og bekymring for forandringene som sykdommen medfører. Mange som tidligere ikke var så religiøst aktive vil søke religion for trøst og mestring (H. G. Koenig, 2004). I samme studie viser Koenig at så mange som 90% rapporter at de har "brukt" religion i noen grad for å mestre sykdommen. 40% viser til at religion var det som holdt dem gående i en vanskelig tid.

Flere studier viser i tillegg hvordan tro på en høyere makt gir bedre livskvalitet, mindre depresjon, bedre compliance, mindre medisinbruk og bedrer relasjoner til både nær familie og andre sosiale kontakter (McClain, Rosenfeld, & Breitbart, 2003; Pearce et al., 2012; Whitford, Olver, & Peterson, 2008).

Kanskje er det slik at åndelige behov hos palliative pasienter gjenspeiler åndelige behov hos resten av befolkningen? Tall fra Statistisk sentralbyrå kan fortelle om en synkende oppslutning om den norske kirke (Statistisk sentralbyrå, 2015). Færre deltar i gudstjenester og kirkelige handlinger, dåpstallene synker og antallet konfirmanter går ned. Derimot tyder tallene på at flere deltar på kirkelige kulturarrangement og nystartede tilbud til barn og unge har voksende oppslutning.

Utenfor den norske kirke viser tallene at flere trossamfunn opplever vekst. Noe av dette kan forklares med økende innvandring til Norge. Åndelige og eksistensielle behov hos palliative pasienter taler for at det også i den friske delen av befolkningen finnes en religiøs referanseramme som i særlig grad blir aktuell når livet trues av sykdom og død.

Som jeg har vist til i henvisningene over er religion nært knyttet til helse hos mange. Verdens helseorganisasjon (WHO) har i sitt arbeid med definisjon av helse anført at også åndelig velvære bør være en komponent i forståelsen av helse. I palliasjon kommer dette det religiøse element enda sterkere til syne slik det tydelig fremgår av sentrale dokumenter, retningslinjer og gjennom forskning på området.

I en norsk kartlegging av religiøsitet hos kreftpasienter hevder 38% at de har endret tro som følge av kreftsykdommen. Nesten alle forteller at de er blitt mer troende (Torbjørnsen, Stifoss-Hanssen, Abrahamsen, & Hannisdal, 2000). Torbjørnsen og medarbeidere konkluderer med at kreftsykdom aktiverer religiøsitet og kan bidra til mestring.

2.3 Hvilke åndelige og eksistensielle behov har palliative pasienter?

Hvilke tema palliative pasienter ønsker å ta opp i samtale kan være vanskelig å finne ut av. For det første er det kulturelt betinget. Tema vil også kunne aktualiseres i møter mellom helsepersonell og pasienter, og mellom prestetjenesten og pasienter. Jeg vil kort nevne to undersøkelser som er gjort i forhold til hvilke tema som blir berørt i samtaler med palliative pasienter.

Ut fra erfaring og inntrykk kan man selvfølgelig antyde temaområder som synes å være viktige for palliative pasienter. Den åndelige og eksistensielle omsorgen baserer seg på å ta utgangspunkt i pasientens egne behov.

Det finnes flere kvalitative studier på hvilke åndelige / eksistensielle tema som er viktige hos palliative pasienter. I en internasjonal metastudie (Edwards et al., 2010) fant forfatterne at man kunne samle palliative pasienters åndelige og eksistensielle samtaler i følgende syv temaområder.

1. Historier om livet, takknemmelighet for livet. 2. Relasjon til seg selv – selvaksept og å forsone seg med seg selv. 3. Relasjoner til andre som familie, venner og omsorgspersoner. 4. Relasjoner med naturen og musikk. 5. Relasjon med Gud eller et høyere vesen som kan beskytte pasienten mot dødsfrykt og ensomhet. 6. Håp, mening og hensikt i livet. 7. Religiøs tro i tradisjonell forstand.

Susan Strang (Susan Strang, 2002) gjør en oppstilling av emner i samtalen i forhold til hvilke eksistensielle tema de berører.

Spirituality	Religion	Existentialism
Meaning	God	Freedom
Transcendence	Worship	Isolation
Higher power/source of energy	Rituals	Meaning/meaninglessness
Relationship	Social Manifestation	Death
Religious dimension		

Relasjoner står sentralt i den åndelige og eksistensielle området. Også en nyere norsk studie (Haug et al., 2014) finner relasjoner som en sentral faktor i livskvalitet for palliative pasienter.

Palliative pasienter ser ofte seg selv som en del av familien og slekten. De ser på seg selv som et ledd i slektens gang som binder sammen fortid og fremtid. Det gir mening i den aktuelle situasjonen og det gir tilhørighet ut over eget liv. Denne relasjonelle forståelsen av eget liv er en åndelig/eksistensiell tolkning som bidrar til å gi mening og håp.

På bakgrunn av dette synes det som om pasienter i palliativ pleie har et vidt spekter av åndelige og eksistensielle behov. Det relasjonelle aspektet er tydelig. Likeså er behovet for å finne sammenheng og tilhørighet i en åndelig virkelighet.

2.3.1 Trygghet som åndelig behov.

I en studie av Milberg et al (Milberg et al., 2012) mente palliative pasienter at følelse av trygghet var det viktigste åndelige og eksistensielle behovet. Trygghet kunne være å oppleve

seg ivaretatt av trent personell på sykehus. Det kunne også være å oppholde seg hjemme i kjente omgivelser. Trygghet kunne også forstås i rammen av nære relasjoner og i forhold til egen religiøs overbevisning.

I en norsk studie fra 1997 har Hilde Mjølnerød (Mjølnerød, 1997) undersøkt den åndelige/eksistensielle dimensjonen hos 9 palliative pasienter. Hun fant at forholdet til den nære familie og kvaliteten på denne relasjonen var viktig. Informantene ga imidlertid uttrykk for at det kunne være vanskelig å snakke om døden til de nærmeste. Ønsket om forsoning med sine nærmeste var viktig. Studien viste at venner fikk mindre betydning i denne fasen. Tro og religiøsitet var aktuelt for alle de 9 respondentene. Både hos de med en sterk gudsbevissthet og hos de med en mer vaklende tro, oppsto en endring. Å snakke om Gud var et tabuområde, men undersøkelsen viste at respondentene allikevel ønsket å snakke om sin tro og tvil. Håp og forventning til gjenstående tid og til noe etter døden var fremtredende.

2.4 Åndelig omsorg og palliasjon

Irvin Yalom gir et personlig bidrag til forståelsen av dødsangst i sin bok «Staring at the Sun». Der oppfordrer han til å la døden gir krefter til livet. Han skriver:

“It’s not easy to live every moment wholly aware of death. It’s like trying to stare the sun in the face: you can stand only so much of it. Because we cannot live frozen in fear, we generate methods to soften death’s terror. We project ourselves into the future through our children; we grow rich, famous, ever larger; we develop compulsive protective rituals; or we embrace an impregnable belief in an ultimate rescuer”
(Yalom, 2008).

Det uunngåelige i døden prøver vi å gjemme oss for så lenge vi kan. Viljen til å leve og til å holde fast i livet er sterk. For kreftpasienter er ofte bare en minimal sjanse til å kunne leve litt lenger motiverende nok til å eksponere seg selv for livsfarlige behandlinger med en rekke dramatiske bivirkninger (Slevin et al., 1990).

Det er i dag en økende enighet om at det åndelig og eksistensiell området er å forstå som mer en det religiøse. Den bredere forståelsen har mer å gjøre med menneskets søken etter mening og verdi enn religioners svar på disse spørsmål. Når vi møter negative livsutfordringer som

for eksempel kreftsykdom eller annen alvorlig sykdom prøver vi å forstå hvorfor dette skjer nå. Uten en opplevelse av sammenheng «sense of coherence» er det vanskelig å få følelse av kontroll med situasjonen. Det er lettere å finne en mening dersom vi har et verdensbilde som gir oversikt i situasjonen. Et slikt verdensbilde kan være sekulært eller religiøst.

Den palliative tilnærmingen til pasienten ønsker å ta dette på alvor idet også det åndelig og eksistensielle området i mennesket blir gitt rom. Dette kommer tydelig frem i forståelsen av smertebegrepet i palliativ medisin, i den tverrfaglige tilnærmingen og, i norsk sammenheng, gjennom standard for palliasjon (Norsk forening for palliativ medisin, 2004):

Målet med palliasjon er å gi pasienten og de pårørende best mulig livskvalitet i pasientens siste levetid. Dette oppnås gjennom forebygging og lindring av fysiske symptomer, sammen med informasjon, samtaler og tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer

2.5 Sjelesorgens plass i palliasjon

Owe Wikstrøm skriver at "Sjelesorg er, utfra den kristne kirkes tro og virkelighetsoppfatning, gjennom samtale med den enkelte, å støtte menneskets åndelige og psykiske utvikling» (Geels & Wikström, 2009)

I boken Palliasjon definerer Juul og Hirsch begrepet slik: «Sjelesorg er å hjelpe mennesker til et sunt og sant forhold til seg selv, til andre mennesker og til Gud» (Juul Busch & Hirsch, 2008).

Sjelesorgen beskrives med utgangspunkt i en religiøs tro og virkelighetsoppfatning. Den skjer i et personlig møte mellom individer der hensikten er å støtte både åndelig og menneskelig utvikling. Som tidligere nevnt er det relasjonelle aspektet i sjelesorgen viktig i denne sammenheng. Grevbos utfyllende presentasjon av sjelesorgens landskap og hans definisjon (Grevbo, 2006, p. 503) viser tydelig sjelesorgens fokus på relasjon. Hans videre arbeid med «Viatorisk sjelesorg» gir også muligheter for å holde sammen både den medvandrende og lyttende holdning til pasienten samtidig som sjelesørgeren er bevisst hvordan han eller hun for mange også vil representere Gud. Grevbo understreker dette ved å låne ord fra Frank Lake: «Jeg trenger mindre et råd om å gjøre noe jeg ikke vet, som kraft til å gjøre det jeg alt vet er rett». Med dette forstår jeg at sjelesorgen aktualiserer allerede eksisterende trosforestillinger hos pasienten og åpner muligheten for å sette ord på og tydeliggjøre dette.

Empati har en sentral plass i sjelesorgen. Det innebærer to samtidige og dialektisk motsatte relasjonelle tilnæringer til konfidenten. På den ene siden skal sjelesørgeren etablere kontakt og tillit med konfidenten i den grad at relasjonen oppleves trygg og omsorgsfull. På den andre siden skal sjelesørgeren opprettholde tilstrekkelig avstand til å gjøre observasjoner og refleksjoner i forhold til egne følelser og tanker. Slik er empatien i sjelesorgen en balansekunst (Doehring, 2006).

Det er nettopp i den trygge og åpne samtalen mellom sjelesørger og pasient at rommet for å samtale om åndelige og eksistensielle behov kan åpne seg. Der helsepersonell noen ganger kan være fokusert på å behandle symptom kan sjelesorgen være et sted pasienten kan fremstå med sitt liv og sine tanker uten å møte korresponderende tiltak i form av medisiner og intervensjoner. Der sjelesorgsamtalen åpner åndelige og eksistensielle tema i pasientens liv vil det i seg selv kunne være med på å gi støtte og styrke til å komme til rette med disse.

2.5.1 Teologisk refleksjon med særlig relevans for palliasjon

Mennesker blir i større grad oppmerksomme på sine verdier og grunnleggende livstolkninger når de møter kriser eller omveltninger i livet (P. Strang, 2011). Slik er det også for pasienter som opplever å bli alvorlig syke og blir konfrontert med uhelbredelig sykdom og utsikter til begrenset livslengde. Mange har tidligere i liten grad vært opptatt av å sette ord på denne dimensjonen i livet. Når sykdom rammer og livet er truet vokser behovet for å samtale om de eksistensielle og åndelige sidene i livet. Hvis man kan bruke et ord som «klinisk teologi» må det være sjelesorgens funksjon der den møter disse behovene gjennom samtale «ved sengen», på sykehuset. Teologi er en måte å samtale om de grunnleggende vilkårene i menneskers liv. Hvilke verdier som har vært og er viktige. Hvilken betydning relasjoner har. Forsoning med livet og håp for fremtiden.

Forståelsen av eget liv og egne verdier må for mange omformuleres. Tidligere svar på livets utfordringer er kanskje ikke like tilfredsstillende nå. Nye spørsmål kan oppstå om liv, død og opplevelse av sykdom som straff. Disse tankene kan tappe pasienten for krefter.

Stone og Duke hevder at mennesker som møter kriser går gjennom en prosess der verdier og tro evalueres og rekonstrueres. De skiller mellom «embedded theology» og «deliberative theology» (Stone & Duke, 2013). Innebygd teologi (embedded theology) er å forstå som den forståelse og lærdom vi har med oss fra vår kirkelige tilknytning og eller religiøse overbevisning. Det er vår grunnleggende forståelse av tro og den praksis det innebærer. Vår

innebygde teologi inkluderer det vi trodde som barn og fortsatt holder for sant i dag. Denne overbevisningen er i stor grad tillært og ikke gjort til vårt eget gjennom egen refleksjon og erfaring.

Reflekterende teologi (deliberative theology) er den forståelsen av tro som kommer ved en prosess der man reflekterer over egen innebygd teologisk overbevisning. Den stiller spørsmål med tidligere antagelser og vurderer kritisk hva som holder mål.

Denne prosessen, der man i møte med kriser må revurdere tidligere overbevisning, har også å gjøre med religiøs mestring (coping). Pargament (Kenneth I Pargament, 1996) hevder at det finnes to hovedstrategier i coping der den ene er konserverende og den andre transformerende. I en konserverende strategi kan individet mestre opplevelsen av stress ved å forsterke allerede etablert religiøsitet. Dette er den mest dominerende reaksjonen ettersom den henter mening og styrke for å overkomme en belastende situasjon i allerede etablerte mønstre.

En transformerende strategi innebærer en nyorientering idet individet søker etter ny forståelse og ny mening med bakgrunn i de utfordringer den nye situasjonen reiser for egen tro.

Palliative pasienter opplever store omveltninger både når det gjelder helse og mellommenneskelige forhold. Relasjoner er i forandring på flere plan. Også gudsrelasjonen blir gjenstand for prøving idet man der skal finne svar og trygghet i møte med døden.

2.5.2 Sjelesorg som palliativ omsorg

I NOU1999:2 blir sykehusprestens tjeneste beskrevet slik.

Den pastoral-kliniske tjeneste, som er etablert ved de fleste sykehus, har ansvar for å stimulere til oppmerksomhet på pasientens og pårørendes åndelige behov og muligheter. I kommunehelsetjenesten ivaretas dette som oftest av menighetspresten eller andre kirkelig ansatte.

Prestens rolle i det åndelige/eksistensielle arbeidet er av stor betydning. Den pastoral-kliniske tjenesten ved norske sykehus har utviklet betydelig kompetanse gjennom mange år, og ivaretar deler av denne omsorgen overfor både pasienter, pårørende og personalet med ulike livssyn og tros-tilknytning (Sosial - og helsedepartementet, 1999).

Det er ikke alle pasienter som vender seg til det guddommelige / åndelige i kriser. Hvorvidt en hendelse blir tolket i en religiøs ramme er naturligvis avhengig av personen og konteksten. Pasienter har også i ulik grad behov for å samtale om egne verdier, åndelige og eksistensielle spørsmål.

Den pastoralkliniske tjenesten ved sykehus er opptatt av å møte pasienter med utgangspunkt i hans eller hennes eget behov. I vår kulturelle kontekst er ofte barnetro og tidligere religiøse og åndelige erfaringer et av flere tema som pasienter ønsker å samtale om med sykehuspresten. Den sjelesorg som en sykehusprest kan tilby er fokusert på anerkjennelse og eventuell aktualisering og nytolking av pasientens egen overbevisning. Sykehuspresten er også budbringer. Mange vil forbinde sykehuspresten som representant for kirke og Gud og slik aktualisere tro og åndelige spørsmål for pasienten. Det ligger også til sjelesørgeren å være budbringer uten å presse tema eller sin egen overbevisning på pasienten (Grevbo, 2006).

Robert Dykstra gjengir Nouven i sin bok «images of pastoral care» (Dykstra, 2005) med følgende ord (min oversettelse):

En prest er ikke en lege som har som sin hovedoppgave å ta bort smerte. Men heller å utdype erfaringen av smerte til et nivå der det kan deles. Når noen kommer med sin ensomhet til presten kan han bare forvente at hans ensomhet vil bli forstått og følt slik at han ikke lenger trenger å flykte fra den men kan akseptere den som et uttrykk for grunnleggende menneskelig erfaring.

Kanskje er prestens hovedoppgave å forhindre at mennesker lider av gale årsaker. Mange lider på grunn av falske forventningen til livet. Deres forventning er at det ikke skal være ensomhet, forvirring eller tvil. Men denne lidelsen kan bare bli håndtert når den blir forstått som sår, integrert i vår menneskelige betingelser. Derfor er prestatjeneste en konfronterende tjeneste. Den tillater ikke mennesker å leve i illusjonen om udødelighet og helhet. Den minner andre om at de er dødelige og brutte, men også: i anerkjennelsen av dette finnes starten til friheten.

Dykstra løfter frem presten som symbolsk skikkelse og som samtalepartner for åndelige og eksistensielle tema. Det er ikke vanskelig å tenke seg at møtet med sykehuspresten vil aktualisere eget forhold til åndelige og eksistensielle spørsmål for mange pasienter. Å være i livets grensesituasjoner aktualiserer i seg selv grunnleggende åndelige og eksistensielle behov

for palliative pasienter. Å bli møtt på disse områdene gjennom sjelesorg er god palliativ omsorg.

2.5.3 Palliative pasienters samtaler med sykehusprester.

Der er i Sverige gjort en undersøkelse på innholdet i samtalene mellom palliative pasienter og sykehusprester (S. Strang & Strang, 2002). Det ble identifisert fem kategorier. 34% av møtene inneholdt samtale om mening, 21% om død og dødsprosessen, 13% om smerte og sykdom, 15% om relasjon og 8% om religiøse spørsmål. Spørsmål av en eksistensiell karakter utgjorde hovedvekten av samtalene. Selv om undersøkelsen ikke sier noe videre om kvaliteten på samtalene er det likevel tydelig hvordan samtalene dreier seg om åndelige og eksistensielle behov.

Sykehusprestens funksjon er i dag i stor grad preget av å være en kompetent samtalepartner for pasienter i forhold til eksistensielle og åndelige behov uavhengig av pasientens religiøse ståsted. Jeg vil senere i oppgaven komme nærmere inn på hvordan ulike sjelesørgeriske virkemidler kan ha særlig relevans i den palliative omsorgen.

2.6 Anerkjennelse av ulike behov

I en norsk undersøkelse gjort av Haug, Danbolt, Kvigne og DeMarinis i 2014 (Haug et al., 2014) kommer det tydelig frem at god pleie til eldre palliative pasienter frigjør evne til å tilpasse seg endringer. Det kan også virke som om den personsentrerte omsorgen gav pasientene bedre muligheter til å bearbeide eksistensielle utfordringer og finne mening i nye livssituasjon. Anerkjennelsen av åndelige og eksistensielle behov er viktig for palliative pasienters mestring av livssituasjonen (Blæsterdalen, Hammoud, & Wien, 2013; Sosial - og helsedepartementet, 2007).

En annen undersøkelse viser at så mange som 35% av palliative pasienter mener at de ikke fikk tilstrekkelig åndelig / eksistensiell omsorg. I samme undersøkelse viser det seg at pasienter som ikke får den åndelige/eksistensielle omsorgen de trenger rapporterer mer symptomer på depresjon, mindre opplevelse av mening og fred (Pearce et al., 2012). Dette avviket mellom pasienters behov og helsehjelpens tilbud er det flere studier som har pekt på (Balboni et al., 2012; la Cour, 2014).

Hvordan kan det ha seg at så mange pasienter ikke opplever seg møtt på dette området når det er så sentralt for den palliative omsorgen? En mulig forklaring kan være at samtaler på dette området krever kjennskap og tillit. Relasjonen mellom pasient og helsepersonell må være trygg og åpen. Det må finnes tid til slike samtaler og muligheter for å komme tilbake til tema med samme person. I psykologien viser man til terapeutisk allianse for å forklare hvordan sammenhengen mellom person, terapeut og behandlingsplan kan være. Der er det anerkjent at den personlige relasjonen mellom pasient og behandler ofte er avgjørende for terapien. Anerkjennelsen av pasientens flerdimensjonale behov må også føre til en tilrettelegging av tid for å møte de ulike sidene av omsorgen. De åndelige / eksistensielle områdene krever en god ramme for å gi trygghet til samtalen.

En undersøkelse nærmere vår norske virkelighet er gjort i Sverige i 2002 (Susan Strang, Strang, & Ternestedt, 2002). Undersøkelsen er gjort blant sykepleiere og viser personalets sterke ønske om å legge til rette for en helhetlig omsorg der også åndelige og eksistensielle behov blir fanget opp og møtt med adekvat omsorg. På tross av at personellet hadde vansker med å definere innholdet i en slik omsorg understreker funnene en sterk anerkjennelse av slike behov hos pasientene.

2.7 Kriterier for god åndelig omsorg

Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (Sosial - og helsedepartementet, 2007) har en gjennomgang av den palliative pleien/omsorgen der også kompetansekrav inngår. Et sentralt punkt der er å vise respekt for pasientens egen evne til å hankses med slike spørsmål, eventuelt i samtale med de nærmeste personene og andre nettverk. Selv om alle typer åndelige spørsmål er viktige, og det er ren tjenesteforsømmelse om helsevesenet overser dem, er det ikke alle pasienter som trenger ressurser fra dette hold for å komme videre.

Den gode åndelige omsorgen sørger for at behovet i denne retningen blir skikkelig kartlagt over tid, som ledd i en helhetlig strategi. Følgende personlige egenskaper og kvalifikasjoner er av betydning i følge handlingsprogrammet (Sosial - og helsedepartementet, 2007):

- innlevelse i ulike sider ved menneskelivet og menneskers forskjellighet
- avklaring av forholdet til egen åndelighet, tro og død
- motivasjon for helhetstenkning omkring den alvorlig syke og døendes situasjon

- evne til å merke seg og vise respekt for pasientens egne åndelige mestringsforsøk
- bred kunnskap om ulike sider ved det åndelige felt og selve dødsprosessen
- evnen til lytting og reell tilstedeværelse
- Kommunikasjonsevnen som forener ærlighet og følsomhet.
- evnen til å leve med uløste spørsmål hos seg selv og pasient.
- evnen til å nyttiggjøre seg veiledning debriefing (som må inngå som faste ordninger også når det gjelder den åndelige siden ved palliasjon)

I det samme handlingsprogrammet blir også viktige sider ved palliative pasienters åndelige og eksistensielle utfordringer nevnt som følger:

- lengsel etter å få uttrykke alle salgs følelser
- lengselen etter å overvinne den store ensomheten – samtidig med behovet for å være alene
- lengselen etter å oppleve at ens liv har vært meningsfylt
- lengselen etter å oppleve mening og håp i den aktuelle situasjonen (samle fam., forsoning osv.)
- lengselen etter fortsatt å kjenne seg nyttig.
- lengselen etter å bevare verdigheten og kontrollen over livet
- lengselen etter fotfeste i noen større enn en selv
- lengselen etter å løse seg fra livet.

Med dette går det tydelig frem at den åndelige og eksistensielle dimensjonen i omsorgen for pasienter er sentral for palliasjonens holdning og behandling.

2.8 Tilknytningsmønster og palliative pasienter

Pasienten var en mann i 60 årene. Han bodde alene. Han hadde sporadisk kontakt med sine to sønner, men beskriver det ikke som noe nært forhold.

I løpet av to uker på sykehuset blir han oppfattet som en krevende pasient. Han er egenrådig og lite samarbeidsvillig. Han vil gjøre ting på sin måte og lytter lite til leger og sykepleiere. Vi kommer i kontakt da det er praksis at sykehuspresten hilser på palliative pasienter. Det er tydelig at han har relasjonelle vanskeligheter. Han har ingen nære relasjoner og kontakten med meg blir viktig. I regelmessige samtaler, ofte hver dag, våger han å vise mer av sine

følelser og sin sårbarhet. Et sentralt tema for ham er sorgen han føler på ettersom han vet at det nå er tid for å forlate sønnene. I samtalene får han hjelp til å gi samtalen med sønnene en ny dimensjon. Han forteller dem mer om seg selv og sine tanker. Han står tydeligere frem med “hele seg” i møtene med sønnene og en dypere relasjonen dem imellom utvikler seg de siste dagene han lever.

Det kan synes som om pasienten har en tilknytningsstil som ikke uten videre tillater ham å åpne seg for andre. Frykten for å bli avvist er for stor. Samtalene med sykehuspresten blir en base for trygghet – og slik til hjelp for å trosse frykten og begi seg inn i en dypere kontakt med sine sønner. Den nyetablerte tryggheten i møte med egne følelser gir også en nysgjerrighet på hva som finnes i døden. Hva troen som han bærer på kan bety for ham nå.

En opplevelse av trygghet gir et godt utgangspunkt for å utforske nye sider av livet. Også det religiøse. En trygg base gir større evne og overskudd til å forholde seg til forandringer.

Tilknytningsteori har blitt gjenstand for mye oppmerksomhet i den senere tid i relasjon til hvordan mennesker mestrer stress og alvorlig sykdom. Med denne pasienthistorien vil jeg i det videre gi en presentasjon av sider ved tilknytningsteorien jeg mener vil være av betydning for å kunne forstå palliative pasienters åndelige og eksistensielle behov.

3. Tilknytning

Tilknytning kan forstås som utvikling av sterke følelsesmessige bånd mellom barn og omsorgsgiver i barnets første leveår. Kvaliteten på barnets tilknytning til omsorgspersonen antas å være av betydning for hvordan man forholder seg i andre relasjoner senere i livet. Mye av forskningen på tilknytningsrelasjoner har fokusert på utviklingsmessige trekk eller tilknytningsstilers betydning for sosiale bånd på andre livsområder. Teorien beskriver fire ulike tilknytningsstiler: trygg, utrygg-unnvikende, utrygg-ambivalent og desorganisert. For denne oppgavens sikte finner jeg det tilstrekkelig, i hovedsak, å forholde meg til trygg versus utrygg tilknytning uten å komme nærmere inn på de ulike tilknytningsstilene.

3.1 Tilknytningsteoriens opphav

Den britiske barnepsykiateren John Bowlby tok sin utdanning i medisin og psykoanalyse i mellomkrigsårenes England. Han hadde en spesiell interesse for arbeid med mistilpassede og avvikende barn. I etterkrigsårene ble denne interessen forsterket ettersom mange barn hadde blitt skilt fra sine foreldre enten ved død eller evakuering. I løpet av noen år hadde han samlet en stor mengde observasjoner og teori som underbygget tilknytningens betydning for barns utvikling. Bowlby hadde med sitt arbeid høstet såpass anerkjennelse at han ble bedt om å utarbeide WHO's rapport om psykisk helse hos etterkrigstidens hjemløse barn i Europa. Rapporten «Maternal Care and Mental Health» ble publisert i 1951 (P. R. Shaver & Cassidy, 2008, pp. 24-25).

Bowlby la heller ikke skjul på at hans interesse for barns tilknytning til nære omsorgspersoner hadde utspring i egne erfaringer. Han vokste opp i en høyere-middelklassefamilie der far var hofflege. Selv om han bodde hjemme med sine fem søsken var det lite nærhet og kontakt mellom foreldre og barn. Nærhet og trygghet fikk han hos barnepiken som var ansatt i familien. Foreldrene møtte han stort sett til te, en time hver dag. Da Bowlby var fire år gammel sluttet barnepiken hos familien. Senere beskriver han tapet av barnepiken som like tragisk som tapet av en mor.

Bowlby var interessert i å finne ut hvordan ulik tilknytning synes å bli overført i generasjoner. I sin utarbeidelse av tilknytningsteorien forsto han tilknytningsatferd som en grunnleggende evolusjonsstrategi for overlevelse. Behovet for å søke beskyttelse hos en større og sterkere mente Bowlby kom til uttrykk i små barns tilknytningsatferd. Bowlby og Ainsworth arbeidet i

en tid preget av utviklingsteorien til Darwin, Erikssons epigenetiske system og Winnicott sin objektrelasjonsteori.

Sammen med Mary Ainsworth la Bowlby grunnlag for utallige studier om tilknytning som også har forandret hvordan vi forstår barns utvikling. Deres bidrag har ikke bare påvirket hvordan foreldre forstår oppdragelse, men også hvordan avtrykk av nære relasjoner gjennom livet preger oss. Da Bowlbys elev og senere kollega Ainsworth fant ulike stiler i tilknytning førte dette til en dypere forståelse og bredere anvendelse av teorien. I 1965 beskrev Ainsworth «strange situation procedure» der man vurderer tilknytningsstil ut fra hvordan barnet reagerer på en serie adskillelser og gjenforeninger med sin primære omsorgsperson der også en fremmed prøver å trøste barnet.

3.2 Hva er tilknytning?

Tilknytning er det båndet som dannes mellom barnet og dets nære omsorgsperson.

Tilknytningsatferd er barnets uttrykk og søken etter den nære omsorgspersonen.

Alle barn som forholder seg til omsorgspersoner vil utvikle en tilknytning, og vil nytte denne tilknytningsfiguren som en kilde til trygghet og trøst i møte med utfordringer. Kvaliteten på relasjonen og i hvilken grad relasjonen er til trøst og trygghet, kan være svært ulik. Derfor er det viktig å kunne skille mellom at det finnes en tilknytningsrelasjon og kvaliteten på denne. Å danne tilknytningsrelasjon er nødvendig for utvikling. Det er et biologisk behov (P. R. Shaver & Cassidy, 2008, pp. 3-22). I følge Bowlby vil et barn danne tilknytningsrelasjon til omsorgspersonen så fremt denne er tilstede og interagerer med barnet. Der barn vokser opp uten omsorgsperson, f.eks. i institusjon med stadig utskifting av personalet vil ikke barnet danne tilknytningsrelasjon. For alle andre, også der barnet blir mishandlet, vil tilknytningsrelasjon til omsorgspersonen dannes.

Gjennom gjentatt interaksjon med de samme voksne over tid vil barn gjenkjenne de voksnes væremåte og handlingsmønster. Bowlby og Ainsworth fant at denne tidlige gjenkjenningen kunne ha både en biologisk og psykologisk hensikt. For barnet sikret relasjonen overlevelse ved instinktivt å vite om mat og omsorg. Psykologisk hvor barnet kunne hente trøst og oppmuntring.

De beskrev barnet som biologisk predisponert for å bruke omsorgspersonen, vanligvis mor, som en “haven of safety” og “secure base”. Når barnet opplever trussel vil det søke til omsorgspersonen for trygghet og trøst «safe haven». Når barnet skulle utforske nye områder var det avhengig av tryggheten som finnes i relasjonen til omsorgspersonen «secure base». Bowlby og Ainsworth beskrev en balansegang i barnet mellom utforskning av omgivelsene og nærhetssøkende når det opplevde trussel. Individuelle forskjeller kommer lettere til syne i denne tilknytning - utforsknings balansen.

Når barnet søker nærhet, trøst eller trygghet viser det seg i tilknytningsatferd. Det kan være gråt, søke og få fysisk nærhet. Adferden vil være tilpasset graden av opplevd trussel. Det er individuelle forskjeller på kvaliteten; timing og effektivitet i adferden. Studiet av tilknytning vil ikke dreie seg om kvantiteten i tilknytningsatferd men organiseringen, effektiviteten av tilknytningsrelatert adferd i relasjonen - kvaliteten i tilknytningsrelasjonen.

De individuelle forskjellene i tilknytningsrelasjon har i prinsippet blitt delt i to. Trygg og utrygg tilknytning. Trygg og utrygg beskriver ikke bare barnets adferd i tilknytningsrelasjonen men snarere tilsynelatende persepsjon av omsorgspersonens tilgjengelighet når barnet opplever trussel (P. R. Shaver & Cassidy, 2008, p. 79). Barnet lærer å kjenne igjen omsorgspersonens respons på ulike uttrykk og danner seg en indre arbeidsmodell for hvordan denne relasjonelle interaksjonen foregår. Denne arbeidsmodellen blir i det senere også et grunnleggende relasjonelt kompass som styrer individet i sosial interaksjon og nære relasjoner.

Der barn opplever gjentatt avvisning eller inadekvat respons på tilknytningsatferd vil tilknytningsatferden kunne bli forstyrret. Det vil kunne vise seg ved at barnet blir klengete og stadig er underernært på trygghet. Også når det ikke finnes noen trussel vil barnet søke trygghet hos omsorgspersonen. Det vil også kunne vise seg ved at barnet ikke gir uttrykk for å søke tilknytningspersonen (P. R. Shaver & Cassidy, 2008, p. 26). Når barnet opplever en reel trussel vil det ikke kunne vise adekvat tilknytningsatferd eller ikke bli trøstet like raskt. Fordi usikre tilknyttede barn ikke har samme trygghet i utforskningen av omgivelsene kan de heller ikke få den samme tryggheten i seg selv eller opplevelse av mestring av omgivelsene som trygt tilknyttede barn kan.

Det er minst fire forklaringer på hvordan tilknytningsrelasjoner påvirker senere utvikling (Weinfield, Stroufe, Egeland, & Carlson, 2008). De er ikke gjensidig ekskluderende. For det første kan tilknytningsrelasjonen ha en biologisk påvirkning av hjernens utvikling. For det andre kan den tidlige tilknytningserfaringen tjene som utgangspunkt for å lære følelsesregulering. For det tredje kan tilknytningserfaringen påvirke senere utvikling av atferdsregulering. For det fjerde vil at tilknytningserfaringer danne indre arbeidsmodeller (internal working models) som forteller hva man kan forvente i ulike situasjoner.

Tilknytningsteorien åpner også for at ny relasjonell erfaring forandrer indre arbeidsmodell. Der barn har opplevd manglende omsorg kan senere god omsorg gi erfaringer som utvikler og bygger videre på den indre arbeidsmodellen. Dette kommer jeg nærmere inn på senere i oppgaven.

Barn vil etter hvert danne representasjoner av tilknytningspersonen. Representasjoner er i denne sammenheng indre bilder og forestillinger om tilknytningspersonen. Disse kan være dannet av faktiske egenskaper ved personen, men kan også bli tillagt egenskaper og kvaliteter. Rizzuto beskriver dannelsen av indre representasjoner slik: «multiple memory processes of bodily sensations, experienced affects, relational exchanges, thoughts and beliefs about primary objects and objects in the present» (Stålsett, 2014, p. 103). Dette kommer jeg tilbake til i kap. 3.7.

3.3 Voksen tilknytning og affektregulering

«Du vet hvor redde små barn blir hvis de går seg bort og ikke kan finne sin mor, og hvordan de leter og leter? Jeg tror det er den samme følelsen voksne har når en de er glad i dør, de fortsetter å lete også. Jeg tror det er det samme instinktet som starter i spebarn og utvikles gjennom livet ettersom mennesker blir eldre og som blir en del av den voksne kjærligheten»

John Bowlby i følge sin sønn (min oversettelse)

(P. Shaver & Fraley, 2008, p. 48)

For voksne har barndommens tilknytning stor betydning for nye relasjoner. Ifølge tilknytningsteorien utgjør det første årets erfaringer fra samspill med de nærmeste grunnlaget for utviklingen av indre arbeidsmodeller, strategier eller mønstre for tilknytning. Indre arbeidsmodeller dreier seg om forventninger til seg selv eller andre og hva som er mulig i relasjon til andre. Oppfølgingsundersøkelser tyder på at mønstre som dannes etter barndommens relasjonelle erfaringer er relativt stabile over tid (Magai, 2008). Det er grunn til å tro at arbeidsmodellene også er styrende for reaksjoner og atferd videre i livet, særlig i nære følelsesmessige forhold og spesielt i situasjoner som oppleves som truende eller smertefulle. Tilknytningssystemet hos voksne aktiveres på samme måte som hos barn når man opplever stress eller trussel eller der nære relasjoner trues.

Tryggheten barnet kan hente hos tilknytningspersonen når sterke følelser aktiveres gir en egenkontroll over følelser. I følge tilknytningsteorien gir interaksjon med en tilgjengelig og støttende tilknytningsfigur en opplevelse av trygghet, positive følelser og gir individet ressurser til å takle krevende situasjoner (Mikulincer & Shaver, 2015, p. 35). Sammenhengene vises gjennom det utstrakte forskningsmaterialet som finnes om omkring tilknytning og regulering av følelser.

Konseptet “voksen tilknytningsstil” oppstod i forskningen til Hazan og Shaver (Hazan & Shaver, 1987) som appliserte tilknytningsteori på voksne relasjoner.

De fant at den romantiske relasjonen mellom voksne kjennetegnes ved mange av de samme tegn som mellom barn og mor.

- Begge er trygge når den andre er i nærheten
- Begge deler kroppslig nærhet og kontakt.
- Begge kan bli usikre når den andre ikke er tilgjengelig
- Begge deler nye opplevelser med den andre.

Disse funnene ledet Hazan og Shaver til å hevde at romantiske relasjoner mellom voksne er tilknytningsrelasjoner.

Dette funnet har implikasjoner for teorien om voksen tilknytning. For det første: Dersom den romantiske relasjonen mellom voksne er en tilknytningsrelasjon kan også denne være av forskjellig kvalitet slik som Ainsworth fant var tilfellet hos barn?

For det andre: Hvis den romantiske relasjonen mellom voksne er en tilknytningsrelasjon vil også denne fungere på samme måte som relasjonen mellom mor og barn?

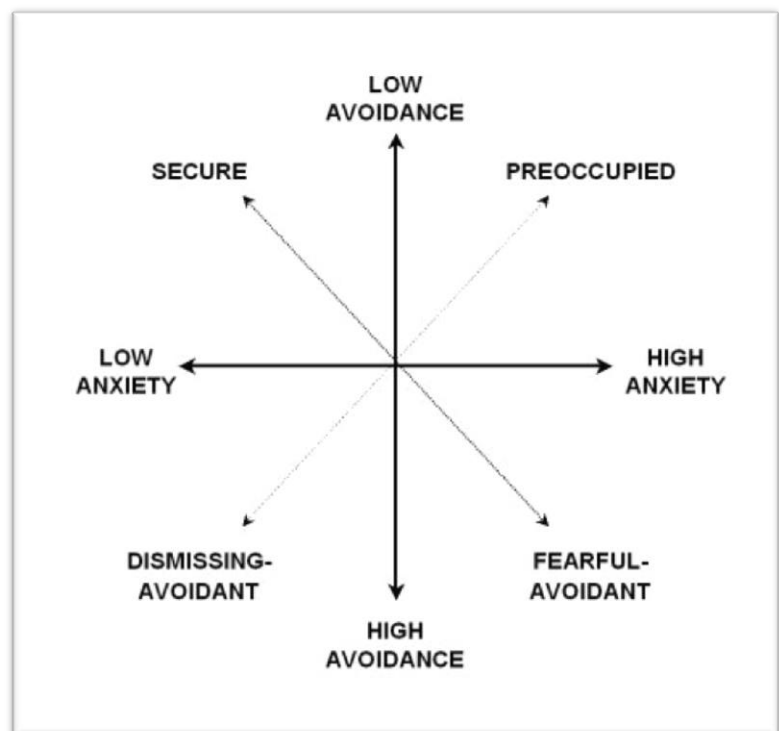
For det tredje: Hvorvidt en voksen er trygg eller utrygg i sine relasjoner kan ha med barndommens relasjonelle erfaringer å gjøre.

Barn vil etter hvert danne representasjoner av tilknytningspersonen. Representasjoner er i denne sammenheng indre bilder av tilknytningspersonen. Denne vil kunne gi trygghet, trøst og mulighet for å regulere følelser. Den kan være dannet av faktiske egenskaper ved personen, men kan også bli tillagt egenskaper og kvaliteter. Rizzuto beskriver dannelsen av representasjoner slik: «multiple memory processes of bodily sensations, experienced affects, relational exchanges, thoughts and beliefs about primary objects and objects in the present» (Stålsett, 2014, p. 103).

Kelly Brennan (Brennan, Clark, & Shaver, 1998) arbeidet videre med hvordan voksne relasjoner påvirkes av tilknytningsstil. Hun hevder det er to dimensjoner i voksen tilknytningsmønster. En akse kaller hun tilknytningsrelatert angst (attachment-related anxiety). De som skårer høyt på denne har en tendens til å bekymre seg for hvorvidt partneren er tilgjengelig, responsiv og oppmerksom osv. Lave skår er tryggere på respons fra partner.

Den andre aksen kaller hun tilknytningsrelatert unngåelse (attachment-related avoidance). Høye skår på denne skalaen viser til lite behov/ønske om å åpne seg

for andre. Lave skår tyder på trygghet i forhold til å stole på andre og la andre bli avhengig av en selv. En illustrasjon av dette viser hvordan tilknytningsstiler henger sammen med unngåelse og angst.



3.3.1 Regulering av følelser

En viktig side ved tilknytningsteorien (Bowlby, 1979) er tilknytningssystemets funksjon i reguleringen av negative følelser som oppstår når personen opplever trussel eller fare. Når man opplever noe truende er det ikke slik at man bare reagerer med “fight or flight” responser, men man har også tendensen til å søke støtte i en visere, sterkere og beskyttende tilknytningsperson. Main (Main, Tomasini, & Tolan, 1979) kalte dette den primære tilknytningsstrategi. Barn - og voksne kan man søke nærhet til og støtte fra en tilknytningsfigur enten ved å faktisk være fysisk nær denne eller ved å hente frem minner, bilder og følelser fra en slik tilknytningsfigur (representasjon). Voksne kan også ty til selvberoligende handlinger tillært i interaksjon med tilknytningsfigur. Den primære tilknytningsstrategien er sentral i effektiv affektregulering (P. R. Shaver & Cassidy, 2008, p. 507).

3.4 Stabilitet og forandring i tilknytningsmønster hos voksne og eldre

Det finnes forholdsvis lite forskning på relasjoner i eldre liv sett fra et tilknytningsteoretisk perspektiv (Magai, 2008). Når barn utvikler tilknytningsstiler og indre arbeidsmodeller på bakgrunn av sine relasjonelle erfaringer allerede første leveår kan det være relativt stabile mønster. De kan forstås som prototyper på hvordan man forholder seg i nære relasjoner. Noe forskning viser at tilknytningsmønster blir karaktertrekk ved personen (Magai, 2008, p. 535). Bowlbys modell var imidlertid rimelig foranderlig ettersom nye relasjonelle erfaringer kunne skape forandring i tilknytning ved å skape korrigerende erfaringer som la seg til individets indre arbeidsmodeller. Senere studier viser at 32% av barn viser forandring i tilknytningsmønster (Magai, 2008, p. 536) Tilsvarende foranderlighet har vist seg også i studier av unge voksne (Magai, 2008).

Når det gjelder eldre finner man altså ikke støtte for å hevde tilsvarende utvikling eller forandring i tilknytningsmønster. Magai skriver at dette kan skyldes både tilknytningsmønsters stabilitet, men det kan også ha å gjøre med vurdering av tilknytningsstil. Verktøy for vurdering av tilknytningsstil er ikke utviklet for eldre. I følge Magai tyder mye på at eldre utvikler mer differensierte tilknytningsstiler som vanskelig lar seg fange gjennom allerede utviklede vurderingsmetoder. I dette området savnes forskning som utdyper stabilitet og forandring i tilknytningsmønster hos eldre.

Kari Halstensen skriver at tilknytningsteorien er håpets teori (Halstensen, 2014) og viser til Bowlbys åpning for at nye erfaringer justerer indre arbeidsmodeller. For denne oppgavens del er dette perspektivet viktig selv om det, i følge Magai, enda ikke er forskningsmessig godt nok belyst for eldre aldersgrupper. Jeg kommer nærmere inn på hvilken betydning denne forutsetningen kan ha for åndelig og eksistensiell omsorg for palliative pasienter.

3.5 Religionspsykologi og tilknytningsteori

Bare i løpet av de siste tre tiårene har flere studier med utgangspunkt i religionspsykologi utvidet forståelsen for hvordan tilknytning til Gud kan ha betydning for mental helse.

Kirkpatrick (Kirkpatrick, 2005) utarbeidet en motsetning i to hypoteser for å finne ut hvordan individuelle forskjeller i tilknytningsmønster kan relatere til religiøs tilknytning. Basert på Bowlbys observasjon av tilknytningsmønster som går igjen i ulike tilknytningsrelasjoner fant Kirkpatrick at dette kunne anvendes på religion og spesielt på forholdet til Gud.

Tilknytningsstilen kan være å forstå som predominant for hvordan individet relaterer til Gud. Der individet har et mønster av trygg tilknytning vil også forholdet til Gud være preget av trygg tilknytning der Gud er en trygg havn og trygg base som innbyr til nær relasjon. Jeg vil senere gå nærmere inn på en slik korresponderende tilknytning.

Gudsforholdet kan også ha en annen funksjon i forhold til tilknytningsstil. Kirkpatrick fant, med utgangspunkt i Ainsworth sin forskning, at relasjon til Gud kan kompensere for utrygg tilknytning (Granqvist & Kirkpatrick, 2008, p. 915). Dermed kan Gud eller andre gudommelige figurer fungere som surrogat for utilstrekkelige menneskelige tilknytningsfigurer. Denne hypotesen baserer seg på Ainsworths diskusjon om bruk av surrogattilknytning blant barn med utrygg tilknytning.

For mennesker med religiøs tro kan relasjonen til Gud er være en viktig kilde til trygghet og trøst i møte med livets utfordringer. Hvis dette kan forstås som en tilknytningsrelasjon vil troende mennesker gjennom relasjon til Gud ha en tilgang til en «trygg havn» og «trygg base» slik tilknytningsteorien beskriver tilknytningsrelasjoners funksjon. Dette vil kunne gjelde både for dem som har trygge og utrygge tilknytningsmønster.

3.5.1 Kriterier for tilknytningsrelasjon og forholdet til Gud som tilknytningsrelasjon

Relasjoner har ulik karakter. Selv om mange relasjoner setter spor i oss kan ikke alle nære relasjoner kan sies å være tilknytningsrelasjoner. Bowlby utviklet fem kriterier for å skille tilknytningsrelasjoner fra andre relasjoner (Granqvist, 2002):

- ønsket om å søke og å beholde nærhet til tilknytningspersonen
- opplevelsen av at tilknytningspersonen som trygg havn
- opplevelsen av at tilknytningspersonen som trygg base
- ubehag ved separasjon
- en anerkjennelse av at tilknytningspersonen er sterkere og klokere enn en selv

Individet føler trygghet i Guds stadige nærvær, tilgjengelighet og respons. I kristen troslære er Gud omnipresent (alltid og allesteds nærværende). Troende har gjennom symboler og handlinger mulighet til å oppleve et spesielt nærvær av Gud. Dette kan være gjennom å bruke symboler som kors, bibel eller andre konkrete «påminnere» om gudsforholdet. Gud kan også oppleves spesielt nær gjennom bønn, sang, samtaler eller ritualer (Granqvist, 2002).

Når det gjelder relasjonenes funksjon som «trygg havn» er dette godt dokumentert i religionspsykologisk forskning (Granqvist, 2002, p. 36; Halstensen, 2014). Når individets tilknytningssystem aktiveres, som ved ytre fare, stress eller ved truende livshendelser er gudsrelasjonen tilgjengelig som et sted der man kan søke trygghet og trøst. Ettersom individet opplever dette nærværet og tryggheten til Gud i ulike situasjoner blir Gud å regne som en tilknytningsfigur med funksjon som «trygg havn».

I møte med nye livsutfordringer vil en naturlig respons på usikkerhet være å søke bekreftelse/trygghet i Gud. En slik funksjon beskrives som trygg base (Halstensen, 2014). Individet med trygg tilknytning vil ha et positivt bilde og en positiv opplevelse av Gud som for eksempel omsorgsfull og beskyttende. Likeledes vil den trygge tilknyttede også forstå seg elsket og verdig Guds kjærlighet. Der relasjonen til Gud har funksjon som «trygg base» viser forskning at individet har større evne til å utforske tro og åndelige/eksistensielle spørsmål (Beck, 2006). I den kristne tro er Gud blant annet beskrevet som «Far», «gjeter», «tilflukt» og den som gir styrke og kraft. Disse beskrivelsene av Gud er med å beskrive Gud som delaktig og nærværende i livets utfordringer. Gud er en som ikke lar den troende stå alene når vanskeligheter oppstår men er den som går med i «dødsskyggens dal» (Salme 23).

Når det gjelder separasjonsubehag mener Kirkpatrick at dette er vanskelig å finne hos troende. Dette menes å ha sammenheng med troens lære om Gud som allestedsnærværende. I en av mine innledende pasienthistorier møter vi imidlertid Marie som opplever en sterk redsel når hun ikke lenger husker ordene i sin faste bønn. Dette kan være et uttrykk for separasjonsubehaget idet denne bønningen har vært så viktig for opplevelsen av gudsnærværet for henne.

Det siste kriteriet er anerkjennelse av personens styrke og visdom. I den forbindelse må nevnes at Gud, i den kristne tros lære, er å forstå som himmelens og jordens skaper og opprettholder. I dette ligger anerkjennelsen av Gud som den absolutte makt, alfa og omega, begynnelsen og slutten.

3.5.2 Utrygg tilknytning og gudsrelasjonen

Med utgangspunkt i beskrivelsen av et utrygt tilknytningsmønster vil det være sannsynlig å forstå at individet vil oppleve relasjonen til Gud på en svært forskjellig måte enn der individet har et trygt tilknytningsmønster. Man kan tenke seg at den utrygt tilknyttede vil oppleve:

- Psykisk avstand fra og / eller uinteressert i Gud, med bakgrunn i en overbevisning og forventning om at Gud er utilgjengelig og ikke gir respons i truende situasjoner. Gud vil ikke kunne bidra med trygghet hverken som trygg base eller trygg havn.
- Engstelig, ambivalent og/ eller bekymret for om Gud er villig til å respondere i truende situasjoner. Dette med utgangspunkt i en overbevisning om at Gud er inkonsistent i sin respons og tilgjengelighet.

Den troende med et utrygt tilknytningsmønster vil kunne oppleve at det er en avstand mellom Gud og seg selv (Proctor, Miner, McLean, Devenish, & Bonab, 2009). Avstanden kan muligens karakteriseres som at Gud har trukket seg tilbake eller forlatt ham eller henne, spesielt i situasjoner der behovet er størst slik at opplevelsen er å forstå som fravær av trygg havn funksjon.

Hos noen kan denne opplevelsen av Guds fravær søkes forklart i negative egenskaper hos Gud. Et slikt individ vil kunne devaluere, forkaste sin relasjon til Gud og avskrive relasjonen som ikke relevant. Han eller hun vil sannsynligvis unngå å ”stole” på Gud, om mulig tilkjenne et ønske om å stå på egne bein med henvisning til egen styrke og uavhengighet fra Gud. Dette kan forstås som fravær av trygg base funksjon.

Til sammenligning vil individ med ambivalent tilknytningsstil oppleve Gud som inkonsistent i sin tilgjengelighet og respons – spesielt i truende situasjoner (Proctor et al., 2009). Til tross for et sterkt ønske om beskyttelse fra Gud vil opplevelsen av dette kunne være usikker. Gud kan når som helst trekke tilbake sin omsorg og beskyttelse og blir å forstå som en inkonsistent trygg havn funksjon. Denne opplevelsen av den uberegnelige Guds omsorg gir seg utslag i varierende følelser i relasjonen til Gud. Nye utfordringer og utvikling vil også bære preg av usikkerhet idet individet ikke vil kunne stole på at Gud faktisk stiller opp når det trengs.

3.5.3 Utrygg tilknytning og omvendelse

Granqvist og Kirkpatrick gjør i sitt bidrag til «Handbook of attachment» (Granqvist & Kirkpatrick, 2008) rede for hvordan kompensasjonshypotesen og korrespondansehypotesen gir forståelse til gudsforhold. Jeg vil gi en bredere vurdering av dette senere. De fant at dem som gradvis kom til tro på Gud relaterte til trygg tilknytningshistorie og sosialiseringbasert religiøsitet. Dette er i tråd med korrespondansehypotesen da tidligere tilknytningsmønstre predikerer hvordan individet forholder seg til Gud som tilknytningsfigur. Plutselige omvendelser derimot var i følge Granqvist og Kirkpatrick assosiert med utrygg tilknytningshistorie og en emosjonelt basert religiøsitet. Dette er i tråd med kompensasjonshypotesen som viser hvordan forholdet til Gud kan fungere som erstatning for annen manglende omsorg (Granqvist & Kirkpatrick, 2008).

3.6 Tilknytningsmønstre og palliasjon

I følge Bowlby (Bowlby, 1979, p. 50) blir tilknytningsdynamikker trigget når en person opplever trussel, er redd eller syk. For palliative pasienter er mye i forandring, og usikkerheten kan oppleves truende. Behovet for trygghet er stort både i form av en «trygg havn» og en «trygg base» slik dette blir beskrevet i tilknytningsteorien.

Bowlbys teori ser også mot hvordan indre arbeidsmodeller kan forandres over tid. Hvordan nye relasjonelle erfaringer kan justere og forandre forventninger til kommende relasjoner og

føre til en gradvis økt trygg tilknytning. Han hevder at individet også gjennom en terapeutisk relasjonen kan oppleve forandring i tilknytningsstil. Der terapien kan tilby en trygg relasjon og bidra til justeringer i deres indre arbeidsmodeller og utvikle mer hensiktsmessige og sunne modeller for relasjonen til seg selv og andre.

Det er grunn til å tro at pasienter med en utrygg tilknytningsstil også gjennom kontakt med sjelesørger og andre omsorgspersoner i en palliativ setting vil kunne gjøre seg nye erfaringer av relasjoner. Om disse kan ha kvaliteter som påvirker tilknytningsmønster vil det øke sjansene for at konfidentens negative «indre arbeidsmodeller» kan justeres og forme positive relasjonserfaringer som grunnlag for sunnere relasjoner til selv og andre.

Der relasjonen til sjelesørger kan oppleves som trygg er muligheten til stede for at pasienten også vil kunne uttrykke mer negative følelser til Gud. Woodhouse, Schlosser, Crook, Ligiero og Gelso fant at klienter med trygg tilknytning til sine terapeuter hadde gitt uttrykk for mer negativ transferens (Woodhouse, Schlosser, Crook, & Ligiero, 2003). Dette er i tråd med Bowlbys tanke om at klienter er i stand til å utforske mer krevende materiale og uttrykke mer negative følelser når terapeuten oppleves som en trygg base. Det er ikke usannsynlig at tilsvarende dynamikk vil finnes i relasjonen til Gud når pasienten opplever en trygg relasjon til sjelesørger. Dette i den grad relasjonen til sjelesørger kan fungere som trygg base i utforskning av krevende åndelig og eksistensielt materiale. I en slik relasjon vil negative og vanskelige følelser kunne bli akseptert og tatt i mot og konfidenten vil kunne oppleve at ikke bare sjelesørgeren men også Gud ser og tåler dette (Wikström, 2004, p. 89). Forholdet til Gud kan dermed oppleves å romme mer av konfidentens livserfaring og uttrykk og slik utvikle seg til en sterkere relasjon (Engedal, 1994). At sjelesorg slik kan ha funksjon som trygg base vil være av stor interesse for sjelesorgen, men synes forskningsmessig lite belyst.

3.7 Relasjoner og tilhørighet. Psykodynamiske perspektiv på religiøs tro.

Hvordan er Gud? Bibelens fortellinger om Gud vil sammen med det vi leser og hører naturlig nok danne utgangspunkt for vår oppfatning av Gud. Likevel er det ikke til å komme fra at vi alle har ulike indre bilder av hvem Gud er og ulike følelser knyttet til disse forestillingene. Klinisk religionspsykologi arbeider ut fra tanken om at vi ikke kan danne oss bilde av Gud uten gjennom våre relasjonelle erfaringer (Stålsett, 2014). Jeg vil her kort beskrive noen sentrale moment som vil være viktige videre i oppgaven.

Religiøsitetens funksjon i menneskers liv har vært vurdert ulikt innenfor psykologien. Sigmund Freuds kritiske posisjon til religiøsitet fikk lenge dominere fagfeltets forhold til religion. Freud hevdet at religion var en illusjon og projeksjoner av menneskers ønsker og drømmer. Gud var derfor ikke annet enn ønsker og drømmer som fikk sin oppfyllelse i en selvskapt illusjon av en guddom. Denne guddommen fikk så funksjon som forsvar både mot livsangsten og dødsangsten. (Engedal, 1996).

Donald Winnicott var en av hovedeksponentene i objektrelasjonsteorien. Her forstår man ikke mennesket som hovedsakelig styrt av drifter, slik Freud hevdet, men som relasjonssøkende. Når spedbarn søker mors og fars blick og nærhet er det behovet for relasjon som er det viktige. Disse erfaringene danner indre avtrykk eller indre objekt. Barnet blir bærer av avtrykket som tryggheten i mor og far gir. Senere kan andre ytre objekt bli tillagt kvaliteter fra disse tidlige erfaringene. Også gudsbilder og gudsrepresentasjon blir påvirket av disse erfaringene (Geels & Wikström, 2009, p. 129; Stålsett, 2014). Objektrelasjonene finnes i det som Winnicott beskriver som overgangsområdet. Geels og Wikström (Geels & Wikström, 2009) beskriver det som hverken et ytre objektivt område eller et indre subjektivt område. I overgangsområdet møtes den indre og den ytre verden. Der finnes fantasi, lek, kunst og religion.

Anna Maria Rizzutos forskning er viktig for forståelsen av hvordan gudsbildet dannes. Hennes tese er at alle har et bilde av gud. Også de som ikke tror på gud vil kunne fortelle hvilken gud de ikke tror på (Stålsett, 2014). Rizzuto skiller mellom et individs gudsbegrep og gudsrepresentasjon. Med gudsbegrep forstår hun det bildet av Gud som individet blir bærer av gjennom kulturell og religiøs tilknytning. Denne Gud kan diskuteres og forfektes som sann eller usann. En gudsrepresentasjon er derimot noe alle har. Dens komplekse sammensetting inneholder materiale fra tidlige erfaringer, egne drømmer og idealer, selvilde og andre kulturelle og psykologiske faktorer (Geels & Wikström, 2009; Stålsett, 2014).

For palliative pasienter kan åndelige og eksistensielle spørsmål være et stort arbeid. For sjelesørgeren er det viktig å kjenne ulike måter å forstå gudsrepresentasjonens tilblivelse og funksjon for å kunne møte disse behovene på en adekvat måte. Jeg vil ha med meg dette perspektivet inn i drøftingen i oppgavens siste del.

4. Åndelige og eksistensielle behov i lys av tilknytningsteorien.

Min hensikt med denne oppgaven er å forstå palliative pasienters arbeid med åndelige og eksistensielle behov bedre ved å la meg informere fra tilknytningsteorien. Jeg har så langt beskrevet hvordan tilknytningsteorien forstår tidlige relasjoners betydning for senere tilknytningen og hvordan voksne knytter seg til sine nære på bakgrunn av indre arbeidsmodeller. Jeg har også hentet materiale fra forskning som viser hvilke åndelige og eksistensielle behov palliative pasienter kan ha og hvordan disse blir møtt i ulike sammenhenger. Med utgangspunkt i dette har jeg ønsket å vise hvordan sjelesorgen spiller en sentral rolle i pasienters arbeid med åndelige og eksistensielle behov. Jeg vil i denne delen følge tanken om at åndelige og eksistensielle behov hos palliative pasienter kan forstås som adekvate uttrykk for tilknytningsatferd. Dette vil kunne lede til å forstå åndelige og eksistensielle behov både som en ressurs for nye erfaringer av trygg tilknytning, og et forsøk på å utforske det ukjente i ens egen død. Jeg vil derfor vise hvordan åndelig og eksistensiell omsorg er et viktig område i palliasjon forstått med et tilknytningsteoretisk utgangspunkt. Mot slutten vil jeg prøve å se sammenhenger til tjenesten som sykehusprest, og hvordan denne kunnskapen kan gi ny forståelse og betydning for klinisk praksis.

Tekstene jeg har brukt i oppgaven kommer fra ulike fagtradisjoner. Det er en metodisk utfordring å sørge for at teologiske, psykologiske og medisinske tekster samtaler med hverandre. De representerer ulike måter å tilnærme seg mine problemstillinger. Jeg vil anvende en hermeneutisk metode der jeg søker å gå i dialog med tekstene (Jf. 1.9). Dialogen bærer preg av tekstenes møte med meg og min forståelse av hvordan tekstene møter hverandre. Her vil jeg være særlig observant på hvordan min egen erfaring og kliniske praksis preger min tolkning.

Med hensyn til den kliniske praksis som sjelesørger vil jeg ta utgangspunkt i den praktisk teologisk metode (Swinton & Mowat, 2006), slik jeg presenterer den i kap. 1.9. Dette vil kunne gi meg mulighet til å hente innspill til ny forståelse og ny praksis for sjelesorg i en palliativ kontekst.

4.1 Hvorfor er tilknytningsteori relevant for palliasjon?

Den palliative pasienten er i ferd med å miste alle sine relasjoner. De nære bånd til familie og venner blir for mange styrket i en palliativ fase. Likevel med vissheten om at det nå nærmer seg tiden da bånd skal brytes og avskjeden blir endelig. For andre pasienter blir nære

relasjoner preget av så mange uforløste følelser. Mange finner ikke rom for å snakke om død, sin alvorlige sykdom, sine triste tanker eller frykt til sine nærmeste (Kaasa, 2008, p. 91). Det kan være fordi de vil beskytte dem mot det vonde som da blir tema eller fordi relasjonen rett og slett aldri har rommet samtaler på et slikt eksistensielt nivå.

Like fullt er den siste tiden en tid da mye er i forandring. Den medisinske behandlingen skifter fokus. Legen er ikke lenger pasientens allierte i kampen for å forlenge livet men er nå en medvandrer mot døden. Andre livsoppholdene tiltak og relasjoner i sykehuset forandres og pasienten kan kjenne seg forlatt og oppgitt.

Med denne bakgrunn er det naturlig å forstå den palliative pasientens situasjon som preget av tap, separasjon og hjelpeløshet. Med dette også behov for å knytte seg til noe eller noen sterkere og stabile, og slik søke mot trygghet i alt det utrygge. Derfor er tilknytningsteori relevant for palliasjon.

Tilknytningsteorien gir en god forståelse av relasjoners betydning og kompleksitet i menneskers utvikling. Den gir innblikk i hva som skjer med våre relasjonelle behov når vi opplever oss truet eller utfordret. Erfaringer fra mine møter med palliative pasienter har jeg tidligere i oppgaven brukt for å vise at mange pasienter i denne fasen av livet er på leting etter trygghet i møte med døden og det ukjente. Her mener jeg at nettopp tilknytningsteorien kan gi helsepersonell og andre nyttig innspill i forhold til hvordan vi skal møte disse behovene og hvordan vi skal forstå vår egen funksjon i møtene med palliative pasienter og deres familier. Dette har også særlig relevans for sykehusprestens møte og sjelesorg med palliative pasienter.

4.2 Det relasjonelle aspektet i palliativ omsorg

I palliasjonens tverrfaglige tilnærming til pasienter er det interessant å se hvordan den helhetlige omsorgen er viktig. I behandlingen av pasienter vil man ha fokus på lindring av mange symptom. Det er tydelig at også det relasjonelle aspektet i møte med pasienter og pårørende er viktig. Dette blir særlig uttrykt gjennom Cicely Saunders arbeider (jf. 2.1). Hun viser hvordan både pasient og pårørende står i store følelsesmessige utfordringer som innebærer ulike tapsopplevelser. Å møte disse opplevelsene er en viktig side av den palliative omsorgen i følge Saunders.

Å fremme god og åpen kommunikasjon er nødvendig for at samtalen skal være til hjelp for pasient og pårørende. Empati er viktig i tilnærmingen til den palliative pasienten og dens

pårørende. En empatisk grunnholdning som gir hjelperen mulighet til å få en forståelse for pasientens følelser og opplevelser og slik legge til rette for samtaler om tema som det kan være vanskelig å finne ord til. Empatien skiller seg fra sympati og medlidenhet ved at den først og fremst henter informasjon fra den andre. Sympati og medlidenhet er hjelperens egne følelser og trenger ikke ha så mye med pasientens virkelige situasjon å gjøre (Juul Busch & Hirsch, 2008).

I en sjelesørgerisk relasjon forstår man empati som en balansekunst mellom nærhet og avstand. Sjelesørgeren søker i kontakten med konfidenten å gjøre erfaringer av hvordan det er å være han eller henne nå. Samtidig opprettholdes avstanden ved å være bevisst sine egne følelser og reaksjoner (Doehring, 2006, p. 18). Der dette mellomrommet blir opprettholdt kan sjelesørgeren være konfidenten til hjelp (Engedal, 1994).

Tilknytningsteorien forstår mennesket som relasjonelt. Fra tidlig alder legges mønster for hvordan vi forholder oss til andre. Disse representasjonene og mønstrene (indre arbeidsmodeller) vil i voksen alder ha betydning for kvaliteten på nære relasjoner og i hvilken grad personen kan oppleve trygghet. Teorien beskriver denne funksjonen som trygg havn der man kan søke trygghet når man opplever trussel eller fare, og trygg base som utgangspunkt for utforsking av nye områder.

Det er særlig interessant å se hvordan religionspsykologien finner at gudsrelasjonen kan være en tilknytningsfigur og slik fungere både som trygg havn og trygg base (jf. kap. 3.6). På bakgrunn av dette vil det være av stor betydning for pasient og pårørende at det legges til rette for god og målrettet omsorg på det åndelige og eksistensielle området. Kvaliteten på omsorgen må være av en slik art at pasient og pårørende kan bli møtt på og utforske relasjonell trygghet.

4.3 Hva har åndelige behov og tilknytningsatferd til felles?

En bevegelse mellom nærhet og avstand kjennetegner begge. En dynamisk bevegelse i balanse mellom trygghet og separasjon. Barnet er prisgitt sin tilknytningsfigurs evne til å vise omsorg og nærhet. Senere erfaringer fra andre nære relasjoner er også med på å danne indre arbeidsmodeller eller «representasjoner» som bygges i løpet av første leveår, men som er foranderlige og «lærer» av relasjonelle erfaringer.

For spebarn er tilknytningsfiguren mor eller andre nære personer. Senere i livet kan mentale representasjoner fylle rollen som tilknytningsfigur, slik som Gud. Om man lykkes i å etablere og finne trygghet i en guddommelig tilknytningsfigur vil man kunne ha en trygg base som spiller en viktig rolle i selvregulering av følelser (Halstensen, 2014).

Vår utvikling er avhengig av trangen til å utforske omgivelsene og å gjøre oss kjent med nye og ukjente sider av tilværelsen. En trygg tilknytningsstil hjelper oss i å opprettholde et adekvat og stabilt emosjonelt system idet vi gjennom fysiske tilknytningsfigurer eller mentale representasjoner finner nødvendig trygghet i stressede og truende situasjoner.

I følge Bowlby forholder det seg slik at utforsking og aktivering av tilknytningssystemet gjensidig utelukker hverandre. Dersom tilknytningssystemet blir aktivert, om man blir redd og opplever trussel, vil man søke trygghet i tilknytningsobjektet. Tilknytningssystemet deaktiveres når man opplever at kontakten er etablert og gir trygghet.

Religionspsykologien har vist hvordan Gud kan ha funksjon som en trygg tilknytningsfigur (Granqvist et al., 2012). Det er derfor naturlig å forstå at denne relasjonen også kan tjene som trygg havn og trygg base. En trygg havn når tilknytningssystemet blir aktivert da Gud kan være en mental representasjon som kan tilby trygghet og trøst. For palliative pasienter er dagene fylt med mye som kan aktivere tilknytningssystemet: kroppslige smerter og plager, vissheten om adskillelse og sorgen over å skulle forlate livet og sine nære, angst for selve døden og dødsprosessen. At gudsrelasjonen kan være en kilde til trygghet har jeg også illustrert i de innledende pasienthistoriene.

Jeg vil i kap 4.8 og 4.9 beskrive nærmere hvordan sjelesørgeriske virkemidler kan tenkes å fungere med hensyn til tilknytning i møte med palliative pasienter.

4.4 Gudsforholdet som trygg base i utforskingen av åndelige og eksistensielle spørsmål.

Når den palliative pasienten gir uttrykk for åndelige og eksistensielle behov kan det altså forstås som en type tilknytningsatferd (Jf. 3.6). Pasienten kan finne trygghet og styrke gjennom sin religiøse praksis eller gjennom samtaler om åndelige og eksistensielle spørsmål. Det er dermed viktig for den pastoralkliniske tjenesten og andre omsorgspersoner å kunne ta hensyn til pasientens tilknytningsatferd. Hvis den er aktivert vil det være naturlig å søke

trygghet i etablerte og kjente overbevisning og ritualer. Dersom pasienten opplever trygghet vil det være lettere å utforske og reflektere over egen tro og egne verdier.

En slik utforsking kan for mange ha stor verdi, og samtaler i dette området må ta på alvor pasientens behov for å komme til rette med sine spørsmål og tolkninger av troens betydning i den aktuelle situasjonen. Det er ikke plassen for å komme med lettvinne svar, men kan være et sted der tidligere religiøse erfaringer og tro finner nytt språk. Slik vil pasienten kunne arbeide mot dypere innsikt og trygghet i sin religiøse overbevisning.

En trygg base i stabile og beskyttende relasjoner er et viktig grunnlag for å være i stand til å utforske det åndelige og eksistensielle. Familie, venner, omsorgspersoner og andre nære er viktige relasjoner for pasientens trygghet i møte med døden. Disse nære «ytre» relasjonene er viktige ressurser i pasientens opplevelse av trygghet når døden nærmer seg. Likeså er «indre» representasjoner viktige (Jf. 3.8) I en palliativ kontekst er relasjonen til Gud spesielt relevant. Det vil være utilstrekkelig å beskrive forholdet til en høyere makt som indre representasjon alene. For en pasient vil forholdet til Gud kunne ha funksjon trygg base i en utforsking av det ukjente og usikre.

For den troende er Gud til stede i to virkeligheter. Gud finnes både i vår verden og etter døden. Dette gir en ny dimensjon til forståelsen av opplevd trygghet i tilknytningsfiguren. I den kristne trosforestillingene er Gud både den som gir trygghet mens vi lever og den som tar imot oss når vi dør. Slik kan relasjonen til Gud være både en svært nær relasjon og samtidig en relasjon til det ukjente. Denne dualiteten gjør forholdet til en Gud til en relasjon med helt spesielle kvaliteter og kan fungere som en kanal mellom det trygge og det utrygge, og mellom liv og død. Slik Halstensen viser (Jf. 3.6.2) kan gudsrelasjonen være av stor betydning for opplevd trygghet. Sammen med de innledende pasienthistoriene understreker det hvordan gudsrelasjon gir trygghet også i møte med døden. Åndelig og eksistensiell omsorg med særlig vekt på å bekrefte og utdype tro og gudsrelasjon vil derfor kunne være av stor betydning for den palliative pasienten.

4.5 Å ta hensyn til tilknytningsatferd

For å komme i møte åndelige og eksistensielle behov hos palliative pasienter er det derfor viktig at palliativ omsorg tar hensyn til pasientens tilknytningsatferd på dette området.

Dersom pasienten er utrygg og tilknytningssystemet er aktivert er det nødvendig å etablere

trygghet for pasienten. Det kan for eksempel være til hjelp å fokusere på kjente rutiner, bruke pasientens nære relasjoner til støtte og tilby nærvær for å stabilisere pasientens tilknytningsatferd. I en slik situasjon vil det være lite hensiktsmessig å utforske tro og tvil men heller bruke ritualer, bønn, nærvær og samtale som kan trygge pasienten.

Er pasientens tilknytningssystem deaktivert og denne opplever å ha en trygg base vil det være mulig å utforske åndelige og eksistensielle spørsmål i større grad. Det er like fullt viktig å etablere en trygg base for samtalen og finne trygghet i indre representasjoner og ytre relasjoner idet man avdekker utrygghet i denne utforskingen. Målet med en slik samtale må være å gi pasienten mulighet til å finne ny trygghet i møte med spørsmål som trigger utrygghet. Ny trygghet kan oppstå når man gjennom en reflekterende samtale kan finne nye ressurser i sine tilknytningsrelasjoner (indre og ytre) for å tåle usikkerhet og takle frykt.

4.6 Nye relasjonelle erfaringer

Tilknytningsteorien blir sagt å være «håpets teori» (Halstensen, 2014). Det er fordi man siden Bowlby har hevdet at nye relasjonelle erfaringer er med på å påvirke indre arbeidsmodeller og tilknytningsmønstre. Mennesker gjør nye tilknytningserfaringer gjennom hele livet. Nye trygge erfaringer vil kunne virke til mer trygghet i den som er preget av utrygge relasjonelle erfaringer. For den som opplever utrygghet i sine relasjoner vil også det kunne påvirke tilknytningsmønstre i en trygg retning.

Palliative pasienter er i en situasjon som for mange er preget av stor indre og ytre utrygghet. Behovet for å søke støtte i sine tilknytningsrelasjoner er sterkt. Også hos disse vil nye relasjonelle erfaringer legge seg til og påvirke indre arbeidsmodeller. Mange pasienter gir uttrykk for at de finner trygghet i samtaler og omsorg fra helsepersonell idet de mottar pleie på sykehus og i hjemmet. Mange etablerer en stor grad av trygghet til helsetjenester og omsorgen de mottar. Noen opplever at nære relasjoner blir enda viktigere. Sterke bånd blir bekreftet og satt ord på idet man opplever at sykdom truer livet og relasjonen. Nettopp det at man i krisen søker sammen og bekrefter relasjonen er i seg selv en relasjonell erfaring som i sin tur kan virke inn på ens indre arbeidsmodeller.

Det er grunn til å understreke at åndelighet også må forsås som relasjon. I den kristne tradisjon er forholdet til Gud en personlig relasjon (salme 27, Jes 49:15, 64:8, Joh 20).

Gjennom samtaler med familie, venner, representant fra menighet eller sykehusprest kan relasjonen til Gud bli utdypet og styrket.

4.7 Korresponderende eller kompenserende erfaringer.

For betydningen av møtene med den palliative pasienten er det interessant å se på hvordan nye nære relasjoner kan påvirke etablerte tilknytningsmønstre. Jeg mener at dette er av stor relevans for forståelsen av sjelesorgens mulige funksjon som relasjonell erfaring. Noe som i sin tur også kan påvirke pasientens opplevde relasjon til Gud.

Kirkpatrik (Kirkpatrick, 2005) fremsatte to ulike hypoteser til forklaring på hvordan tilknytningsstil påvirker gudsrelasjonen. Basert på Bowlbys tanke om at indre arbeidsmodeller skaper tilsvarende tilknytning til ulike tilknytningsfigurer fremsatte han tanken om at indre arbeidsmodeller også definerer kvaliteten på tilknytningen til Gud. Den som har trygge relasjonelle erfaringer og indre arbeidsmodeller som er formet av disse vil kunne oppleve trygghet til Gud.

De som derimot har hatt utrygge relasjonelle erfaringer og har utviklet en utrygg tilknytningsstil vil kunne etablere kompenserende trygg tilknytning til Gud. Denne tilknytningen vil kunne være et surrogat for utilfredsstillende menneskelig tilknytning. Kirkpatrik baserer seg her på Ainsworths (Ainsworth, 1985) diskusjon om surrogattilknytninger for utrygge barn.

4.7.1 Hypotesen om korresponderende tilknytning

Kirkpatrik viser altså at det er en nær sammenheng mellom de erfaringene barnet gjør med sine foreldre og kvaliteten på forholdet til Gud senere i livet. Den som vokser opp med en trygghet på å bli beskyttet, møtt og tatt vare på av sin mor og far har lettere for å oppleve en grunnleggende trygghet på disse områder også i sin gudsforestilling. Der individet har en utrygg tilknytning vil også relasjoner senere i livet bære preg av negative forventninger til kvaliteten på disse. Dette vil også gjelde for gudsrelasjonen (Granqvist & Kirkpatrick, 2008).

Det er interessant å merke seg at teorien om dannelsen av gudsbilde slik Rizzuto utvikler den også innebærer en nær sammenheng mellom relasjonen til foreldre og bilde av Gud. Der barn har opplevd en nært og trygt forhold til sine foreldre har man senere, som voksen, lettere for å forestille seg Gud med de gode kvalitetene som foreldre modellerte. Man henter altså

materiale til en indre representasjon av Gud gjennom tidligere erfaringer fra nære relasjoner – og da spesielt fra sin relasjon til far og mor (Jf. 3.8).

4.7.2 Hypotesen om kompenserende tilknytning

Barn som opplever utrygg tilknytning til sin primære omsorgsperson vil ofte finne andre relasjoner som gir den tryggheten som trengs. I en familie der for eksempel mor er syk og ute av stand til å gi den nødvendige nærhet og omsorg barnet trenger vil barnet kunne finne trygghet i far, søsken, besteforeldre eller andre. Funksjonen denne erstatteren fyller vil vi kunne kalle tilknytningssurrogat. Denne relasjonen vil være med på å gi trygghet og fungere som trygg base og sikker havn. Gud vil også kunne fungere som en slik tilknytningserstatning (Granqvist & Kirkpatrick, 2008).

Kari Halstensen (Halstensen, 2014) viser til forskning som forklarer religiøsitetens funksjon i denne sammenhengen. Det som er særlig aktuelt i sammenheng med palliative pasienter er at forskning har avdekket at utrygt tilknyttede personer oftere opplever plutselige omvendelser enn trygt tilknyttede personer. Søken til Gud som et kompenserende surrogat er i første rekke en bevisst strategi for å regulere emosjonelle reaksjoner. Forskningen viser også at religiøsiteten hos mennesker med denne tilknytningen er lite konstant men varierer sterkt etter hvilket behov som aktualiseres. Det er spesielt viktig å merke seg at i tilfeller der tilknytningssystemet aktiveres, og behovet for å finne trygget i surrogatet er sterkt, vil den bevisste responsen kunne være å søke trøst og nærhet til Gud. Men på et ubevisst plan vil ikke personen ha indre arbeidsmodeller som leder til å søke nærhet til Gud. Selv om den utrygge aktivt søker trygghet hos Gud vil en ubevisst utrygg indre arbeidsmodell tilsa at trygghet ikke er å finne hverken hos Gud eller mennesker.

Det kan derfor være grunn til å møte palliative pasienters åndelige behov med denne kunnskapen om tilknytning i bakhodet. Det kan vises til flere undersøkelser som støtter gudstilknytningens stabiliserende og positive psykologiske funksjon (Granqvist & Kirkpatrick, 2008, pp. 923 - 925). Arbeid med åndelige og eksistensielle behov kan hos palliative pasienter, slik det fremgår av kompensasjonshypotesen, være med på å prege gudsrelasjonens funksjon som trygg tilknytningsrelasjon.

4.8 Tilknytningsatferd i en religiøs kontekst - Ritualer og symboler

Barn gir uttrykk for tilknytningsatferd når de opplever utrygghet blant annet ved å gråte, strekke seg etter omsorgspersonen eller holde fast i denne når de skal skilles (Granqvist & Kirkpatrick, 2008). De søker aktivt nærhet. Også religiøse uttrykk kan være å forstå som tilknytningsatferd (Paloutzian, 1996).

Som jeg beskrev tidligere er Gud å forstå som allestedsnærværende og dermed alltid innenfor rekkevidde. I kristen litteratur blir Gud ofte beskrevet som den som alltid går med, som våker over sine og som omgir oss på alle sider.

I vår norske tradisjon har vi et rikt tilfang av måter å uttrykke behov for nærhet til Gud. Granqvist henviser til bønn som den fremste måten å søke Guds nærhet på (Granqvist & Kirkpatrick, 2008). Gjennom bønn gjenoppretter individet kontakten med Gud og kan oppleve trygghet på Guds tilgjengelighet. Symboler og ritualer er handlinger troende benytter for å opprettholde mening, kontroll og tilhørighet. Det er grunn til å tro at også ritualer kan gi trøst og trygghet slik forskningen til Danbolt viser (L. J. Danbolt, 2014).

Wikstrøm skriver om ritual (min oversettelse):

Derfor er religionens rite ikke en regresjon i patologisk mening. Tvert imot tilbyr religionen og dens mytiske system og symbol en sosialt akseptert måte å bearbeide individets tidligste konflikt. Det tilbyr håp. Ut fra dette perspektivet kan man betrakte de religiøse ritene som kollektivt kultiverte handlinger som bearbeider menneskets grunnbehov (Geels & Wikström, 2009, p. 149).

Et kjennetegn ved ritualer er evnen disse har til å være bærere av mening og opplevelse som ikke fanges i ord. Gjennom sitt faste mønster og bundne form er ritualer en symbolsk handling. Det har en mening som peker ut over handlingen og åpner for gudsrelasjonen. Når kjente ritualer blir gjentatt betones det ikke-foranderlige og pålitelige. For den palliative pasienten kan dette være viktig. Nattverd er for mange en slik handling som tydelig bekrefter tilhørighet og reetablerer forholdet til Gud. Velsignelsen og fadervår kan også ha en slik funksjon idet de, forstått som ritualer, bekrefter pasientens gudsrelasjon mer enn gjennom ordene som uttales.

Hvorfor virker ritualene? Dette spørsmålet behandler Stifoss-Hanssen i boken «Møtet med den andre» (Bunkholt, 2007). Han finner svar, blant annet, i den psykologiske teorien om overgangsområdet. Teorien forklarer hvordan barn i sin utvikling danner seg indre

representasjoner av viktige personer i livet. Disse representasjonene kan hentes frem når barnet senere møter utfordringer og kan da «benytte» seg av tryggheten disse personene representerer. Religionspsykologien forstår at gudsforestillingen oppstår i overgangsområdet og at dermed Gud finnes tilgjengelig gjennom ritualer som åpner dette området (Jf. 3.8)

Også teorien om regresjon i jeget tjeneste (et begrep skapt av Ernst Kris (1900 – 1957)) gir bidrag til forståelsen av ritualer. Begrepet innebærer en gjenkallelse av den grunnleggende tryggheten som finnes i tidlige relasjonelle erfaringer. Det blir forstått som en positiv og nødvendig respons på trussel der individet er i stand til å reetablere følelsen av trygghet og harmoni. Ritualer kan forstås som regresjon i jegets tjeneste idet man «henter» den naive tryggheten gjennom ritualets faste form.

Til sist nevner Stifoss-Hanssen en narrativ forståelse av ritualer. Våre livsfortellinger veves sammen med gudsfortellingen idet individet deltar i ritualer. Slik blir den lille fortellingen føyd inn i en større sammenheng, en større fortelling. Dette kan forsterke opplevelsen av mening i tilværelsen og en styrket relasjon til Gud som gjennom ritualer blir en del av individets liv.

For den palliative pasienten er tilgangen til kirke, menighet eller sammenhenger for deltakelse i vante ritualer begrenset. På sykehuset eller i hjemmet er han eller hun ofte avskåret fra deltakelse i sammenhenger der ritualene skjer. Det kan derfor være av stor betydning å legge til rette for tilpassede ritualer for pasienter i denne situasjonen. Det vil kunne gi opplevelse av trygghet, tilhørighet og kontinuitet (Kenneth I Pargament, 2007, p. 104). Der er logisk at også pasientens opplevelse av gudsnærvær vil styrkes gjennom ritualer. I innledningen til oppgaven forteller jeg om Kurt og Maria som begge ga uttrykk for at ritualer var spesielt viktige for gudsrelasjonen i den aktuelle situasjonen.

Ritualer kan forstås som virkemidler for å reetablere og styrke kontakten med Gud. I rammen av tilknytningsteori kan dette forstås som å styrke kontakten med tilknytningsfigur og på den måten redusere negative opplevelser. Bruk av ritualer kan også ha en forbyggende effekt. Det er gjort forskning på hvordan individer reagerer på stress når de på forhånd har blitt presentert positive bilder av tilknytningsfigurer (Mikulincer & Shaver, 2015, p. 35). Det viser seg der at en slik forebygging har en positiv effekt.

I den sjelesørgeriske kontakten med palliative pasienter kan sjelesørgeren gjøre bruk av ulike virkemidler. Samtalen er i seg selv et viktig ledd i å styrke tilknytningsrelasjonen til Gud.

Bruk av ritualer som blant annet nattverd, bønn og bibellesning vil kunne være viktige bidrag til å gi pasienten trygghet, og styrker evnen til å gjennomgå stress.

Min egen erfaring er at mange pasienter finner tilbake til tro som i perioder av livet ikke har kommet tydelig frem. Palliative pasienter kan for eksempel fortelle at de ikke har mottatt nattverd siden konfirmasjonen. En styrking av gudsforholdet kan forstås som en reetablering av skjulte ressurser i egen tro. En tro som ikke bare gir trygghet i form av tilknytningsrelasjon men som også kan være en bro mellom liv og død.

4.9 Sjelesørgerisk praksis og palliasjon

Sjelesorg har som tidligere nevnt et relasjonelt sikte (Jf. 1.4). Overfor de pasienter som nærmer seg døden handler sjelesorgen om å gi støtte og mulig hjelp til å akseptere at livet ble som det ble. For noen også hjelp til å forson seg med at døden nærmer seg. For mange er tro og relasjonen til Gud viktig ressurs i denne prosessen siden det er i dette området de eksistensielle spørsmål arbeider. Sjelesørgeren har et rikt tilfang av sjelesørgeriske virkemidler i møte med konfidenten. Bønn, ritualer, samtale, stille nærvær, sang og høytlesning er eksempler på hvordan sjelesørgeren kan bruke ressurser fra kristen tradisjon til å styrke og utdype tro.

I møte med palliative pasienter kan relasjonen til sjelesørgeren bli viktig. For palliative pasienter er relasjoner i forandring og noen vil erfare at det kan være vanskelig å snakke åpent om bekymringer til sine nærmeste. Der pasienten har en bakgrunn fra kirke eller menighet kan nye eksistensielle og åndelige problem være samtaletema som kan virke urovekkende å ta opp med de nærmeste. Tanker om tro og tvil kan være tabu både i familier der tro har vært sterkt til stede og der tro sjelden eller aldri har vært tematisert. Nettopp der åpner sjelesorgen rom for samtaler om slike tema og kan bli en arena for arbeid med åndelige og eksistensielle spørsmål. Slik gir sjelesorgen pasienten albuerom for å ta opp konfliktfylt og vanskelige tema i relasjon til egen tro.

I relasjonen mellom sjelesørger og konfident finnes også muligheten for nye relasjonelle erfaringer. Presten kan ha funksjon som symbol og representerer i noen grad Gud i samtalen. Slik vil samtalen også bære i seg mulighet for en helbredende interaksjon ikke bare mellom sjelesørger og konfident men også i forhold til Gud. Samtalen om livet som skjer i møte med

sjelesørgeren kan også forstås i rammen av ritual der konfidentens fortelling blir tatt i mot og hørt av Gud.

En tilnærming til det guddommelige kan skje gjennom sjelesorgsamtalen. I den grad pasienten opplever relasjonen til sjelesørgeren som omsorgsfull, trygg, aksepterende og bekreftende vil det også kunne gi en opplevelse av trygghet i møte med Gud. Slik kan forståelsen av tilknytningsteorien som «håpets teori» (Halstensen, 2014) gi mening for sjelesorgen.

Å være bevisst sin rolle og funksjon som sjelesørger er viktig. Grevbo gir utfyllende beskrivelser av ulike måter å forstå og praktisere sjelesorg (Grevbo, 2006). Balansen mellom en lyttende tilnærming og bevisstheten om sin budbærende funksjon vil være av stor betydning for å kunne være til hjelp i møte palliative pasienters åndelige og eksistensielle behov. En lyttende og aksepterende grunnholdning er nødvendig for å opprette en relasjon som gir rom for slike samtaler. Der en trygg relasjon er etablert vil det også være situasjoner der sjelesørgeren kan ta initiativ til å åpne opp tema, og slik ha funksjon som budbringer. Det innebærer naturligvis en særlig varsomhet og lydhørhet for ikke å presse på pasienten tema som ikke han eller hun vil samtale om.

Dykstra gir innblikk i ulike forståelser av sjelesorg i sin bok «Images of pastoral care» (Dykstra, 2005). Der finnes også Margaret Zipse Kornfeld sin forståelse av sjelesørgeren som gartner (The Gardener). Hun hevder at vi trenger sjelesorgteori og teknikker som gjør oss i stand til å se helheten. Hun forstår sjelesorg å være den helbredende kontakten mellom konfident og sjelesørger. I denne relasjonen må vi kunne identifisere fysiske og psykiske symptomer som ofte finnes når noen er i åndelig ubalanse. Noen ganger, slik det også skjer med gartnere, er det ikke noe vi kan gjøre for å reparere. Noen ganger kan vi ikke annet enn å være sammen med den som opplever livet vanskelig. Vi kan lære å akseptere våre begrensninger og utvikle tålmodighet. Ofte kan vi ikke vite sikkert hvilken effekt vår aksepterende holdning og vår tilstedeværelse har. Vi kan føle oss ineffektive, men også lære at gjennom kontakten er viktige relasjoner styrket.

5. Oppsummering og utblikk

Arbeid med åndelige og eksistensielle behov i en palliativ kontekst innebærer samtaler om tap og relasjoner. Jeg har gjennom oppgaven ønsket å belyse åndelige og eksistensielle behov hos palliative pasienter med tilknytningsteori. For å besvare hovedproblemstillingen har jeg arbeidet med to forskningsspørsmål for å komme nærmere et svar.

Første forskningsspørsmål har vært:

Hva kjennetegner palliative pasienters åndelige behov?

For å besvare dette har jeg hentet materiale fra palliasjon og sjelesorg. Jeg har sett på flere undersøkelser av palliative pasienters åndelige og eksistensielle behov. Disse undersøkelsene viser at åndelige og eksistensielle behov er særlig viktig. Noen av undersøkelsene bærer preg av å ha blitt gjort i en amerikansk kontekst der det religiøse landskapet skiller seg tydelig fra vårt norske. Gjennom de innledende pasienthistoriene og undersøkelser nærmere norsk kultur finner jeg likevel at disse behovene er sentrale. Dette underbygges også av den palliative tilnærmingen til disse spørsmål slik det blant annet fremgår av lærebøker og retningslinjer jeg viser til. Fra ulike kilder har jeg hentet nærmere beskrivelser av hvordan innholdet i de åndelige og eksistensielle behovene er å forstå. Her har særlig det nasjonale handlingsprogrammet (Sosial - og helsedepartementet, 2007) vært viktig.

Det andre forskningsspørsmålet har vært:

Hvilken betydning har prestetjeneste/sjelesorg for palliative pasienters arbeid med sine åndelige behov?

For å svare på dette har jeg vist hvordan sjelesorg er å forstå i en palliativ sammenheng ved å ta utgangspunkt i den tverrfaglige tilnærmingen til pasienten. Denne arbeidsmåten ivaretar ulike sider ved pasientens omsorgsbehov der også sykehuspresten og sjelesorgen er en viktig del. Jeg har videre brukt sjelesorgfaglig materiale for å utdype ulike sider ved sjelesorgen. Med dette har jeg også ønsket å utdype forståelse av hvordan relasjonen mellom sjelesørgeren og konfidenten kan inneha kvaliteter som påvirker tilknytningen i gudsrelasjonen. Her har arbeidet med tilknytningsteorien gitt muligheter for å forstå sjelesorgens funksjon som bidrag til økt opplevelse av trygghet. Relasjonen mellom sjelesørger og pasient kan bidra til at gudsbilde og gudsrelasjon kan forandres idet erfaringen av denne relasjonen kan inneha tilknytningsrelasjonelle kvaliteter.

Jeg har også vist hvordan sjelesørgerens tilgang på religiøs praksis i form av samtale, bønn, sang, ritualer og så videre gir mulighet for å styrke gudsrelasjonen hos konfidenten. Dette er særlig aktuelt ettersom mange palliative pasienter kan oppleve isolasjon fra sosiale og kulturelle sammenhenger (Kaasa, 2008, pp. 91-92).

Gjennom dette arbeidet har jeg lagt grunnlag for å kunne svare på min hovedproblemstilling:

Hvordan kan palliative pasienters åndelige og eksistensielle behov forstås i lys av tilknytningsteorien?

I innledningen til oppgaven ga jeg innblikk i noen av mine møter med palliative pasienter, gjennom anonymiserte pasienthistorier. Hensikten med dette har vært å vise hvordan relasjoner er i forandring og hvordan åndelige og eksistensielle behov kom frem i samtaler der også tro ble tematisert.

Jeg beskriver i oppgavens to teoretiske deler palliasjon og tilknytningsteori. Begge med særlig henblikk på gudsforholdet. Det går tydelig frem at åndelig og eksistensielle behov er sentrale for den palliative pasienten. Retningslinjer og forskning understreker at omsorgen også gir rom for denne dimensjonen i behandling og pleie av pasientene.

Tilknytningsteorien har jeg presentert i den grad jeg finner den relevant for problemstillingen. Teorien er hyppig gjenstand for forskning og utvikling også i religionspsykologisk sammenheng. Noe av dette har jeg med i presentasjonen.

Dette leder meg frem mot det jeg opplever å være et av de to sentrale funnene i oppgaven: Sykehusprestens funksjon som teologisk samtalepartner og sjelesørger åpner opp for nye relasjonelle erfaringer som også kan ha kvaliteter med betydning for pasientens tilknytning. Dette finner jeg støtte for i tekster fra Granqvist og Kirkpatrick (Jf. kap. 4.7) som tydeliggjør gudsrelasjonens potensiale som en kompenserende tilknytning. Dette finner jeg særlig interessant med tanke på palliative pasienters åndelige og eksistensielle søken. Det er sannsynlig at sjelesorgen vil kunne bidra til å fokusere relasjonens betydning for pasienten i denne fasen gjennom å legge til rette for og gjøre bruk av ulike religiøse ritual og uttrykksmåter (Jf. Kap. 4.8).

Det andre viktige funnet er gudsforholdets funksjon som trygg base i møte med døden og relasjonelle tap i den palliative fasen. En trygg base er grunnlag for å være i stand til å utforske nye sider i tilværelsen og for å kunne møte utfordringene det innebærer å skulle

forberede avskjed med sine nærmeste. Der gudsrelasjonen har funksjon som trygg base vil en aktualisering og refleksjon over egen religiøs erfaring og tro kunne gi pasienten ny innsikt og trygghet i sin religiøse overbevisning. Gudsrelasjonen vil da også kunne være gjenstand for negative følelser, klage og sinne der gudsbildet åpner for slike uttrykk.

Det særegne med Gud som tilknytningsobjekt til forskjell fra andre tilknytningsobjekter er troen på at Gud finnes også etter døden. Det er en relasjon som ikke brytes slik andre relasjoner. Dermed er tapet i forhold til Gud ikke aktuelt på samme måte. Denne egenskapen ved gudsrelasjonen kan være viktig for den opplevde tryggheten i møte med døden.

Mitt valg av metode har gitt mulighet til å arbeide med tekstene og gi meg bedre forståelse av betydningen av palliative pasienters åndelige og eksistensielle behov. Det har også vært fruktbart for å kunne se hvordan teorien kan hjelpe til en utdypet forståelse av hvordan den relasjonelle kvaliteten på sjelesorgen kan være av betydning for pasientens gudsforhold.

Jeg vil tro at det også ville være interessant å gjøre bruk av intervju og kvalitativ metode i møte med dette tema. Ikke minst fordi det er et område det finnes lite forskning på. For den sjelesørgeriske praksis sin del har min bruk av praktisk teologisk metode (Jf. kap.1.9) gitt mulighet for å se nærmere på hvilken betydning min funn vil kunne ha for sjelesorgen (Jf. kap. 4.9).

«I de nordiske landene er det ikke lenger kirken som er Guds hus, men sykehuset» skriver Peter la Cour (la Cour, 2014) og referer til sykehusprestens uttalelser om at tro kommer tydelig til syne på sykehus ved alvorlig sykdom. Dette er i forandring. Oppgaven har i hovedsak tatt utgangspunkt i pasientens møte med palliativ omsorg og sjelesorg på sykehus. De senere år har helseomsorgen utviklet seg mot kortere liggetid på sykehus og mer poliklinisk behandling. For palliative pasienter innebærer dette blant annet mindre tid på sykehus og mer tid i hjemmet og på sykehjem. Dette medfører nye utfordringer for ansatte og frivillige i lokale kirker og trossamfunn. Der den åndelige og eksistensielle omsorgen for disse pasientene i stor grad har blitt ivaretatt av sykehuset og sykehusprester vil også kontakten med lokale kirker og trossamfunn være særlig viktig. For prester og sjelesørgere vil graden av samarbeid med kommunal omsorg og gjensidig erfaringsutveksling være av betydning for hvordan pasientenes åndelige og eksistensielle behov blir møtt. Forskning på dette området ville kunne bidratt til å oppdage og møte pasienters åndelige og eksistensielle behov, styrke samarbeid og gi økt opplevelse av trygghet for pasienten. Det vil være viktig at også lokale prester og sjelesørgere arbeider videre med generell kunnskap om sjelesorg i en

palliativ kontekst og spesielt om hvordan teorien om tilknytning har relevans for denne omsorgen.

Litteraturliste

- Ainsworth, M. D. (1985). Attachments across the life span. *Bulletin of the New York Academy of medicine*, 61(9), 792.
- Balboni, M. J., Sullivan, A., Amobi, A., Phelps, A. C., Gorman, D. P., Zollfrank, A., . . . Balboni, T. A. (2012). Why is spiritual care infrequent at the end of life? Spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training. *Journal of Clinical Oncology*, 461-467.
- Beck, R. (2006). God as a secure base: Attachment to God and theological exploration. *Journal of Psychology and Theology*, 34(2), 125.
- Blæsterdalen, B. T., Hammoud, A. F., & Wien, S. R. (2013). Liverpool Care Pathway: et nyttig verktøy ved livets slutt?
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affective bonds*. London: Tavistock Publications.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76).
- Bunkholt, M. (2007). *Møtet med Den andre. Tekster av Hans Stifoss-Hanssen* (M. Bunkholt Ed.). Oslo: Det praktiske teologiske seminars skriftserie.
- Danbolt, L. J. (2014). Ritualisering: Å skape mening gjennom symbolske handlinger. In L. J. Danbolt, L. G. Engedal, H. Stifoss-Hanssen, K. Hestad & L. Lien (Eds.), *Religionspsykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Danbolt, T. F., & Nordhelle, G. (2012). *Åndelighet - mening og tro: utfordringer i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- DeMarinis, V., Wikström, O., & Cetrez, Ö. (2011). Inspiration till religionspsykologin: kultur, hälsa och mening.
- Doehring, C. (2006). *The practice of pastoral care: A postmodern approach*. Louisville: Westminster John Know Press.
- Dykstra, R. C. (2005). *Images of Pastoral Care: Classic Readings* (R. C. Dykstra Ed.). St. Louis: Chalice Press.
- Edwards, A., Pang, N., Shiu, V., & Chan, C. (2010). The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliat Med*.
- Engedal, L. G. (1994). Guds hjerte og menneskets sjel. *Tidsskrift for sjelesorg*(2).
- Engedal, L. G. (1996). *Gudsrelasjon, primærrelasjoner og den intrapsykiske scene. Psykoanalytiske tolkninger av religiøs erfaring*. Oslo: Unipub.
- Føllesdal, D., & Walløe, L. (2000). *Argumentasjonsteori, språk og vitenskapsfilosofi* (7 ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Geels, A., & Wikström, O. (2009). *Den religiösa människan. En introduktion till religionspsykologin*. Stockholm: Natur och kultur.
- Gerkin, C. V. (2005). Reclaiming the living human document. In R. C. Dykstra (Ed.), *Images of Pastoral Care*. Saint Louis: Chalice press.
- Granqvist, P. (2002). *Attachment and religion: An integrative developmental framework*. (PhD), Uppsala universitetet, Uppsala.
- Granqvist, P., & Kirkpatrick, L. A. (2008). Attachment and religious representations and behavior. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment*. New York: The Guilford Press.
- Granqvist, P., Mikulincer, M., Gewirtz, V., & Shaver, P. R. (2012). Experimental findings on God as an attachment figure: Normative processes and moderating effects of internal working models. *Journal of personality and social psychology*, 103(5), 804.
- Grevbo, T. J. S. (2006). *Sjelesorgens vei: en veiviser i det sjelesørgeriske landskap-historisk og aktuelt*: Luther Forlag.

- Halstensen, K. (2014). Når mennesket knytter bånd til Gud - tilknytningsteoriens bidrag til kunnskap om gudsrelasjonens egenart og funksjon. In L. J. Danbolt, L. G. Engedal, K. Hestad, L. Lien & H. Stifoss-Hanssen (Eds.), *Religionspsykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Haug, S. H. K., Danbolt, L. J., Kvigne, K., & Demarinis, V. (2014). How older people with incurable cancer experience daily living: A qualitative study from Norway. *Palliative and Supportive Care*, 1-12.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*, 52(3), 511.
- Holgernes, B. (2004). *Angst i eksistensfilosofisk belysning. En studie i Irvin D Yalom og Søren Kirkegaard*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Juul Busch, C., & Hirsch, A. (2008). Eksistensiell og åndelig omsorg. In S. Kaasa (Ed.), *Palliasjon: Nordisk Lærebok*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kaasa, S. (2008). *Palliasjon : nordisk lærebok* (S. Kaasa Ed. 2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkpatrick, L. A. (2005). *Attachment, evolution, and the psychology of religion*. New York: Guilford Press.
- Koenig, H. (2002). Spirituality: Spirituality in Patient Care. *Jama*, 288(12), 1530.
- Koenig, H. G. (2004). Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. *South Med Journal*, 97(12), 1194-1200.
- la Cour, P. (2014). Tro og alvorlig sykdom - om forskningen i nordisk kontekst. In L. J. Danbolt, L. G. Engedal, K. Hestad, L. Lien & H. Stifoss-Hanssen (Eds.), *Religionspsykologi*. Oslo: Gyldendal.
- Loetz, C., Müller, J., Frick, E., Petersen, Y., Hvidt, N. C., & Mauer, C. (2013). Attachment theory and spirituality: Two threads converging in palliative care? *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013, 14.
- Magai, C. (2008). Attachment i middle and later life. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (2 ed.). New York: The Guilford Press.
- Main, M., Tomasini, L., & Tolan, W. (1979). Differences among mothers of infants judged to differ in security. *Developmental Psychology*, 15(4), 472.
- McClain, C. S., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *The lancet*, 361(9369), 1603-1607.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2015). Attachment-Related contributions to the study of psychopathology. In P. Luyten, L. C. Mayes, P. Fonagy, M. Target & S. J. Blatt (Eds.), *Handbook of Psychodynamic Approaches to Psychopathology*. New York: The Guilford Press.
- Milberg, A., Wåhlberg, R., Jakobsson, M., Olsson, E. C., Olsson, M., & Friedrichsen, M. (2012). What is a 'secure base' when death is approaching? A study applying attachment theory to adult patients' and family members' experiences of palliative home care. *Psycho-Oncology*, 21(8), 886-895.
- Milligan, S., & Potts, S. (2009). The history of palliative care. In S. Milligan, S. Potts, E. Stevens, S. Jackson & S. Milligan (Eds.), *Palliative Nursing: Across the spectrum of care*. Oxford: Wiley-Blackwell Chichester.
- Mjølnørød, H. (1997). *Den Åndelige/eksistensielle dimensjon slik den uttrykkes hos pasienter i livets slutfase: " i mitt indre livsrom finnes Gud, men jeg tør ikke snakke om det"*. (Master), Universitetet i Oslo, Oslo.
- Norsk forening for palliativ medisin. (2004). Standard for palliasjon (pp. 44 s.). Oslo: Den norske lægeförening.
- Olivius, A. (1996). *Att möta människor*. Stockholm: Verbum.
- Paloutzian, R. F. (1996). *Invitation to the psychology of religion* (2 ed.). Massachusetts: Allyn & Bacon.
- Paloutzian, R. F., & Park, C. L. (2014). *Handbook of the psychology of religion and spirituality*: Guilford Publications.
- Pargament, K. I. (1996). Religious methods of coping: Resources for the conservation and transformation of significance. In E. P. Shafranske (Ed.), *Religion and the clinical practice of psychology*. Washington: American psychological association.

- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Pargament, K. I. (2007). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*: Guilford Press.
- Pearce, M. J., Coan, A. D., Herndon II, J. E., Koenig, H. G., & Abernethy, A. P. (2012). Unmet spiritual care needs impact emotional and spiritual well-being in advanced cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 20(10), 2269-2276.
- Proctor, M.-T., Miner, M., McLean, L., Devenish, S., & Bonab, B. G. (2009). Exploring Christians' explicit attachment to God representations: The development of a template for assessing attachment to God experiences. *Journal of Psychology and Theology*, 37(4), 245.
- Sand, L. (2008). *Existential challenges and coping in palliative cancer care: Experiences of patients and family members*. (PhD), Institutionen för onkologi-patologi/Department of Oncology-Pathology, Stockholm.
- Shaver, P., & Fraley, C. (2008). Attachment, loss and grief: Bowlby's views and current controversies. In P. R. Shaver & J. Cassidy (Eds.), *Handbook of attachment* (2 ed.). New York: The Guilford Press.
- Shaver, P. R., & Cassidy, J. (2008). *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (2 ed.). New York: Guilford Press.
- Slevin, M. L., Stubbs, L., Plant, H. J., Wilson, P., Gregory, W. M., Armes, P. J., & Downer, S. M. (1990). Attitudes to chemotherapy: comparing views of patients with cancer with those of doctors, nurses, and general public. *Bmj*, 300(6737), 1458-1460.
- Sosial - og helsedepartementet. (1999). *NOU 199:2 Livshjelp - Behandling, pleie og omsorg for uheldelig syke og dødende*. www.regjeringen.no: Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1999-2/id141460/>.
- Sosial - og helsedepartementet. (2007). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Sosial - og helsedirektoratet.
- Statistisk sentralbyrå. (2015). Den norske kirke 2014. from http://www.ssb.no/kultur-og-fritid/statistikker/kirke_kostr
- Steinhauser, K. E., Christakis, N. A., Clipp, E. C., McNeilly, M., McIntyre, L., & Tulsky, J. A. (2000). Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *Jama*, 284(19), 2476-2482.
- Stifoss-Hanssen, H., & Kallenberg, K. (1998). *Livssyn og helse: teoretiske og kliniske perspektiver*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Stone, H. W., & Duke, J. O. (2013). *How to think theologically* (3 ed.). Minneapolis: Augsburg Fortress press.
- Strang, P. (2011). Att møta dødsangest hos cancerpatienter. In V. Demarinis, O. Wikström & Ö. Certez (Eds.), *Inspiration till religionspsykologin - kultur hälsa och mening*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Strang, S. (2002). *Spiritual/existential issues in palliative care. With special reference to patients with brain tumours and their spouses*. (PhD), Gøteborgs universitet, Gøteborg.
- Strang, S., & Strang, P. (2002). Questions posed to hospital chaplains by palliative care patients. *J Palliat Med*, 5(6), 857-864. doi: 10.1089/10966210260499041
- Strang, S., Strang, P., & Ternestedt, B.-M. (2002). Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*, 11(1), 48-57. doi: 10.1046/j.1365-2702.2002.00569.x
- Strømskag, K. E. (2012). *Og nå skal jeg dø*. Oslo: Pax.
- Stålsett, G. (2014). Psykodynamiske perspektiver på religiøs tro. In L. J. Danbolt, L. G. Engedal, K. Hestad, L. Lien & H. Stifoss-Hanssen (Eds.), *Religionspsykologi*. Oslo: Gyldendal.
- Swinton, J., & Mowat, H. (2006). *Practical theology and qualitative research*. London: SCM.
- Torbjørnsen, T., Stifoss-Hanssen, H., Abrahamsen, A., & Hannisdal, E. (2000). Kreft og religiositet-En etterundersøkelse av pasienter med Hodgkins syndrom (Cancer and religiosity: A follow-up study of patients with Hodgkin's syndrome). *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 3, 346-348.

- Weinfield, N., Stroufe, A., Egeland, B., & Carlson, E. (2008). Individual differences in infant-caregiver attachment: Conceptual and empirical aspects of security. In P. Shaver & J. Cassidy (Eds.), *Handbook of attachment* (Vol. 2). New York: The Guilford Press.
- Wetlesen, J. (1983). Samtaler med tekster i lys av Gadammers hermeneutikk. *Norsk filosofisk tidsskrift*, *18*, 219-244.
- Whitford, H. S., Olver, I. N., & Peterson, M. J. (2008). Spirituality as a core domain in the assessment of quality of life in oncology. *Psycho-Oncology*, *17*(11), 1121-1128.
- Wikström, O. (2004). Självården mellan språk och erfarenhet - religionspsykologiska perspektiv. In M. Ekedahl & B. Wiedel (Eds.), *Mötet med den splittrade människan*. Stockholm: Verbum.
- Woodhouse, S., Schlosser, L., Crook, R., & Ligiero, D. (2003). Patient attachment to therapist: Relations to transference and patient recollections of parental caregiving. *Journal of Counseling Psychology*, *50*, 395-408.
- Wulff, D. M. (2010). Psychology of religion. In D. A. Leemin (Ed.), *Encyclopedia of psychology and religion* (pp. 732-735): Springer.
- Yalom, I. (2008). *Staring at the sun*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Zinnbauer, B. J., Pargament, K. I., Cole, B., Rye, M. S., Butter, E. M., Belavich, T. G., . . . Kadar, J. L. (1997). Religion and spirituality: Unfuzzifying the fuzzy. *Journal for the scientific study of religion*, 549-564.