

KLINISK RELIGIONSPSYKOLOGI OG PSYKOTERAPI: VITAPROSJEKTET

Arne Austad & Gry Stålsett

Artikkelen beskriver først den historiske bakgrunn for integrering av religionspsykologi i klinisk praksis ved Modum Bad Klinikken i Norge. Deretter omtales en ny behandlingsmodell, den såkalte Vitamodellen, utviklet som et behandlingstilbud for mennesker med hovedsakelig depressive lidelser som presenterer religiøse og eksistensielle temaer som et viktig element i sin lidelse, enten som konfliktområde eller ressurs for mestring av lidelsen. Vitamodellen bygger på en teori om en utviklingsmessig nær sammenheng mellom dannelsen av et indre gudsbilde, foreldrebilder og selvbylde og hvilken psykologisk funksjon gudsbildet kan ha (Rizzuto 1979). En sentral hypotese er at terapi fokusert på fikserte indre representasjoner kan være avgjørende for emosjonell og eksistensiell modning og føre til bedre psykisk helse. Artikkelen beskriver behandlingsmetoden og ender opp med en prinsipiell diskusjon rundt anvendelse av psykologiske teorier på religiøse erfaringer.

Når moderne religionspsykologi skal integreres i den kliniske hverdag vil man spørre seg om hvilke teoretiske perspektiver som egner seg best for å forstå den psykologiske betydningen av religiøse erfaringer. I Norge har det vært en lang tradisjon for å anvende religionspsykologi i sjelesorgfaget, men ikke systematisk innenfor klinisk, psykoterapeutisk arbeid. I løpet av de siste årene har det vært flere tilløp til integrering, men man havner lett i livssynsmessige motsetninger hvor man enten tar parti for eller mot religion.

Sentrale forløpere for klinisk religionspsykologi i Norge var brødrene Harald og Kristian Schjelderup. Førstnevnte var professor i psykologi og en pioner innen psykoanalysen i Norge. Sistnevnte var biskop i Hamar. I 1932 utgav de sammen en tyskspråklig, religionspsykologisk avhandling, som først 50 år senere ble utgitt i norsk oversettelse med tittelen »Religion og Psykologi. En studie over tre religiøse opplevelsestyper« (Schjelderup & Schjelderup 1972). Avhandlingen benevner de tre hovedtypene av religiøs opplevelse for fars-religion, mors-religion og selv-religion. Her anvendes

Arne Austad er psykiater ved Sykehuset Telemark, Skien, Norge. Tel.: 35003500. Fax: 35003187. E-mail: ar-aus@online.no.

Gry Stålsett er psykolog ved Research Institute, Modum Bad, Vikersund, Norge. Tel: 32789865. Fax: 32788308. E-mail: gry.sf@modum-bad.no.

en psykoanalytisk metode på kasusbeskrivelser, supplert med religionshistoriske eksempler, for å utforske det ubevisste grunnlag for ulike religiøse opplevelsestyper. Boken regnes i dag for et pionerarbeid innenfor denne gren av religionspsykologien.

En pioner innenfor norsk psykoterapi, Gordon Johnsen (1905-1987), var levende interessert i grensefeltet mellom psykoterapi og sjelesorg. Han ble tidlig inspirert av den danske overlege H. I. Schou, grunnleggeren av Dianalund Nervesanatorium (Aggebo & Refeld 1954). I mange år korresponderte han med sin danske kollega. Det var utvilsomt inspirasjonen fra Schou og Dianalund som vakte hans egen visjon om å etablere et norsk nervesanatorium. Sammen med sykehusprest Peder Olsen og legen og sjelesørgeren Einar Lundby, etablerte han stiftelsen »Det kristne Hvilehjem og Nervesanatorium«. Einar Lundby avsluttet sin legepraksis og åpnet det kristne hvilehjem, Solborg, hvor han i årene 1949 til 1964 viet sitt liv til sjelesorg. Gordon Johnsen grunnla i 1957 Modum Bads Nervesanatorium som en moderne nerveklinikk for 64 pasienter. Hans visjon var å gi mennesker et helhetlig behandlingstilbud hvor de også kunne få åndelig hjelp. Han var meget omhyggelig med å skille mellom psykoterapi og sjelesorg, som ble utøvet av sykehusprester.

Etter at Einar Lundby nedla sin virksomhet på Solborg, ble hans arbeid og visjon videreført ved byggingen av Institutt for Sjelesorg, Dr. Einar Lundbys stiftelse, beliggende nær Modum Bad. Etter at Sjelesorginstituttet ble innviet i 1975 er det utviklet en omfattende og mangfoldig virksomhet, bl.a. rekreasjon med tilbud om sjelesorg, kursvirksomhet, pastoralklinisk utdanning og forskning. Det nære samarbeidet med Nervesanatoriet har vært til gjensidig inspirasjon og skapt grobunn for fruktbar fagutvikling både innenfor teoretisk og klinisk religionspsykologi. Tidligere instituttstyrer Leif Gunnar Engedal, nå professor i religionspsykologi og sjelesorg ved Menighetsfakultetet i Oslo, skrev sin doktoravhandling om psykovitenskapelige identitetsteorier (Engedal 1999). Innenfor det religionspsykologiske fagmiljøet i Norge er det tatt flere doktorgrader de senere årene av forskere som har vært knyttet til Modum Bad-miljøet (Kaldestad 1995, Stifoss-Hanssen 1996).

De senere år har Modum Bad gjennomgått en ytre og indre modernisering og utbygging med økning av antall pasientplasser til 127 fordelt på seks spesialavdelinger. Man har utviklet spisskompetanse på angstlidelser, spiseforstyrrelser, følgetilstander etter traumer, alvorlige samlivs- og familieproblemer, sorgreaksjoner og eksistensiell/religiøs problematikk. Et forskningsinstitutt ble opprettet i 1985 med sikte på å utvikle og forbedre institusjonens behandlingsopplegg, drive forskning i grensefeltet mellom psykiatri og sjelesorg, samt å gi impulser til det øvrige psykiatriske hjelpeapparatet. Instituttet er involvert i landsomfattende forskernettverk og prosjekter og har stått bak flere doktorgradsprojekter. Et eget Ressurscenter for helsepersonell ble etablert i 1998 med tilbud om kurs og rådgivning for leger og sykepleiere som sliter med problemer i yrke og samliv. Et nytt Samlivs-

senter gir informasjon om samlivsspørsmål og utarbeider kurstilbud til par, fagpersoner og virksomheter.

Vitaprojektet ved Modum Bad Klinikken

Ved Modum Bad har man helt fra grunnleggelsen i 1957 gitt oppmerksomhet til tro og religion gjennom et nært tverrfaglig samarbeid med prester. Til tross for samarbeid, og forsøk på en helhetlig forståelse av pasientenes problematikk, har det likevel vært en gjennomgående erfaring at viktig emosjonelt ladet materiale, som kan ligge i pasientenes gudsforhold og troshistorie, ikke ble fullt ut integrert i terapien. Det hadde lenge vært et ønske om å få i gang fagutvikling og forskning på dette området. Denne ideen fikk støtte av nasjonale føringer gjennom Regjeringens opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 (St.prp. nr. 63, 1997-98): *»En person med psykiske problemer må ikke bare sees på som pasient, men som et helt menneske med kropp, sjel og ånd. Nødvendige hensyn må tas til menneskets åndelige og kulturelle behov, ikke bare de biologiske og sosiale. Psykiske lidelser berører grunnleggende eksistensielle spørsmål. Brukernes behov må derfor være utgangspunkt for all behandling og kjernen i all pleie, og dette må prege oppbygging, praksis og ledelse av alle helsetjenester«.*

Etter initiativ fra sykehusdirektør Ole Johan Sandvand ble det i 1998 nedsatt en tverrfaglig prosjektgruppe bestående av instituttstyrer Leif Gunnar Engedal, spesialpsykolog Gry Stålsett Follesø og psykiater Arne Austad. Gruppens mandat var å utvikle et kvalifisert behandlingstilbud som adresserer religiøse og eksistensielle temaer direkte i terapien, og bidra til kompetanseheving, teoriutvikling og forskning.

Med økonomisk støtte fra Sosial- og Helsedepartementet og stipend fra Norsk Psykiatrisk Forening reiste de to sistnevnte medlemmer av prosjektgruppen til USA våren 1998 for å møte fagfolk med kompetanse og erfaring innenfor psykoanalyse, klinisk religionspsykologi, pastoralpsykologi og eksistensiell psykoterapi, bl.a. Ana-Maria Rizzuto, William Meissner, David Wulff, John McDargh, James W. Jones, Robert C. Dykstra, Donald Capps og Irvin Yalom. Etter en planleggingsperiode, hvor vi gjennomgikk relevant faglitteratur, endte vi opp med en integrert teoretisk modell med elementer hentet fra objektrelasjonsteori, affektteori, eksistensiell psykoterapi og narrativ teori.

1. Psykoanalytisk objektrelasjonsteori

I utviklingen av psykoanalysen fra Freuds tid og frem til i dag har det skjedd en dreining fra en biologisk driftsteori til en mer relasjonsorientert tilnærming hvor relasjoner til andre mennesker får prioritet som motiverende kraft fremfor utladning av driftspenning. Allerede Freud beskrev hvordan alle viktige objekter i barnets liv internaliseres som bilder (imagos, objektrepres-

sentasjoner) under påvirkning av barnets affektive (libidinøse) tilknytning. Etter som barnet fjerner seg fra foreldrene og deres innflytelse, vil de indre objektene få den plass som foreldrene hadde. Indre representasjoner er mer enn bilder og begreper. Moderne psykoanalytisk teori definerer representasjoner som en kompleks sansemessig, begrepsmessig og emosjonelt ladet indre »organisasjon« som uttrykker hvordan et individ oppfatter seg selv og andre (Gullestad & Killingmo 2005). Teoretikere innenfor tilknytnings-teori og objektrelasjonsteori bruker beslektede begreper som »attachment representations«, »objektrepresentasjoner«, »internal working models« og »cognitive-affective schemas« om hverandre (Luyten & Corveleyn 2007). Objektrepresentasjonene er ikke speilbilder av foreldrene. De er heller ikke bare mentalt innhold. »I conceive of them as processes that involve representing, remembering, fantasizing, interpreting, and integrating experiences with others that are registered as nonconscious as well as preconscious and conscious memories (Rizzuto 2006). De går tilbake til flere utviklingsnivåer og kan bli tilgjengelige for psykisk bruk når situasjonen krever det (Rizzuto 1979). Ved psykiatriske lidelser ser vi ofte rigide og fikserte representasjoner relatert til affekter og sinnsstemninger.

Den argentinskfødte, amerikanske psykoanalytiker, Ana-Maria Rizzuto (1979) har gjort banebrytende forskning omkring sammenhengen mellom selvbilde, foreldrebilder og gudsbilde. Hun beskriver gudsrepresentasjonen som en spesiell objektrepresentasjon som får trekk både fra far, mor og andre viktige omsorgspersoner, i motsetning til Freud som anså Gud som surrogat og substitutt for faren. Gjennom utførlige kasesbeskrivelser og teoretisk analyse undersøker hun hvordan det indre gudsbildet dannes og hvilke psykologiske funksjoner det kan ha. Rizzuto er inspirert av objektrelasjonsteoretikerne, særlig Donald Winnicott, som så en sammenheng mellom barnets overgangsobjekt og evnen til lek og kulturell utfoldelse senere i livet gjennom musikk, kunst og religion (Winnicott 1971). Overgangsobjektet, ofte et mykt lekedyr, en spesiell pute eller et klesplagg, blir tillagt foreldrenes beskyttende og trøstende funksjoner og oppsøkes gjerne ved frustrasjoner. Etter hvert mister overgangsobjektet sin betydning. Andre symboler eller objekter overtar dets funksjon, for eksempel Gud eller andre religiøse objekter (Rizzuto 1979). Dette svarer til Winnicotts lokalisering av det religiøse liv til overgangsområdet (transitional space) mellom indre og ytre virkelighet. I dette overgangsområdet finner mennesker et hvilested i kampen for å holde indre og ytre virkelighet fra hverandre og likevel forbundet (Winnicott 1953).

I hvert utviklingsstadium gjennom hele livssyklus skjer en bearbeiding og psykisk omforming av gudsbildet, parallelt med den emosjonelle, kognitive og relasjonelle utviklingen for øvrig, og under påvirkning av det gudsbildet som barnet får presentert i den omgivende kultur. Man kan ta avstand fra gud og tro på et bevisst plan, men den gud man har tatt avstand fra kan fortsatt utøve psykologisk innflytelse. Sterke positive eller negative affek-

ter, som ubevisst er bundet til gudsbildet og foreldrebildene, kan aktiveres i møtet med viktige følelsesmessige og eksistensielle erfaringer senere i livet. Nye erfaringer kan endre gudsbildet, og gudsbildet påvirker tolkningen av erfaringene. Gjennom sin kliniske forskning har Rizzuto vist at gudsrepresentasjonen kan ha en viktig regulerende funksjon i kampen for å oppnå og opprettholde psykisk balanse under livets skiftende omstendigheter (Rizzuto 1979).

2. Affektteori

I løpet av de siste 20-30 årene har følelsenes innvirkning på opprettholdelse eller endring av psykiske forstyrrelser, samt hvilken rolle de tillegges i terapeutisk teori og teknikk, fått økt oppmerksomhet i faglitteraturen. Gjennom studier av tilknytningsatferd, sosialisering av emosjonell ekspressivitet, empati, personlighetsutvikling, samt anvendelsen av systemteoretiske perspektiver, har affektene fått endret status. De forstås som et kommunikativt signalsystem, de har fått primær motivasjonell status og ansees for å ha en sentral innvirkning på organisering av atferdsmønstre i personlighetsutviklingen (Monsen 1996). Forholdet mellom religionspsykologi og emosjonenes psykologi har vært neglisjert i faglitteraturen (Hill 1995, Watts 1996). Dette har skjedd på tross av den store grad av psykologiske komponenter som er involvert i emosjoner og hvor sentrale emosjonelle prosesser er i religion (Browning 1997). Men en faglig utvikling er underveis, ikke minst reflektert som temaer på internasjonale konferanser (Murken 1998). Nyere kunnskap om skammens dramatiske psykologiske makt, særlig i kombinasjon med religiøs kognisjon, gjør dette feltet sentralt for klinisk psykologi. Religiøs kognisjon kan være med å undertrykke eller kriminalisere følelser, og forbudte følelser gir gjerne skyldfølelse i stedet (Follesø 2005).

Psykolog Jon Monsen og medarbeidere har utformet et affektbevissthetsintervju (ABI) for å kartlegge affektorganiseringen, både med tanke på affektbevissthet, affekttoleranse og evne til å finne ord og uttrykk for affekter (Monsen, Eilertsen, Melgård & Ødegård 1996). Intervjuet fokuserer på ni definerte grunnfølelser: Iver og interesse, glede, angst, sinne, tristhet, skam, skyld, sjalusi og ømhet/hengivenhet. I Vitamodellen er dette intervjuet utvidet med henblikk på å kartlegge hvordan hver affekt forbindes med mor, far og Gud. Dette fører til en bevisstgjøring av affektorganiseringen i forhold til primærobjektene og Gud.

3. Eksistensiell psykoterapi

En eksistensiell tilnærming til psykoterapien har vært en del av den norske fagtradisjonen. Denne skoleretningen har vært inspirert av eksistensialistisk filosofi, særlig Heidegger og Kierkegaard, og eksistensielt orienterte psykiatere som Viktor Frankl, de sveitsiske Dasein-analytikerne Ludwig Binswanger og Medard Boss og deres amerikanske elever Rollo May og Irvin Yalom. Å eksistere betyr bokstavelig talt «å stå fram», komme til syne. Heidegger

sondrer mellom uegentlig og egentlig eksistens og det falske vs. sanne selv. Han vektlegger hvordan vi forholder oss til de gitte livsvilkår, som han kaller eksistensialer. Disse omfatter begrensninger i tid og rom, livets forgjengelighet, dødens uunngåelighet, friheten, ansvaret, skylden og meningsløsheten. Yalom beskriver eksistensiell psykoterapi som en dynamisk tilnærming hvor han anvender konfliktriangelet, kjent fra psykodynamiske teorimodeller. På linje med forbudte følelser og ønsker kan eksistensielle temaer vekke angst, skam og skyld og utløse bruk av uhensiktsmessige forsvarsmekanismer, for eksempel fortrenning og benektning, som kan skape symptomer og hemninger. Slik kan avstengte eksistensielle erfaringer hindre personlighetsutvikling og modning (Yalom 1980). Flere eksistensielt orienterte psykiatere og psykologer beskriver hvordan mennesker, ved å gjennomleve eksistensielle nødssituasjoner, kan oppleve et gjennombrudd til dypere lag i sin personlighet (Frankl 1971, Dürckheim 1982).

4. Narrativ teori

Innenfor sjelesorgfaget har livs- og troshistorien vært tillagt stor vekt, hvor konfidenten får hjelp til å tolke sitt eget liv i lys av de store fortellingene i Bibelen. Nyere narrativ teori og terapeutiske metoder dekker et bredt spektrum fra psykoanalyse (Spence 1984, Schafer 1992) til mer konstruktivistiske terapiformer (White & Epston 1990). Narrativ terapi vektlegger nøkkelfortellinger som er knyttet til ens selvforståelse, også til ens depresjon eller angst. Fortellinger om de nære relasjoner er med på å fargelegge de indre objektrepresentasjonene. Man bærer i seg mange fortellinger. Det er viktig å få fram nyanser, sortere, kunne se samme fortelling fra flere synsvinkler og tolkningsperspektiver. Gjennom bevisstgjøring av affektene og fortolkningens betydning klargjøres forskjellen mellom den historiske og den narrative sannhet i historien om en selv.

Behandlingsmodell

Vitaprojektet ble gjennomført i tidsrommet 1999-2000 som en pilotstudie med tre etterfølgende prosjektgrupper med åtte pasienter i hver gruppe. Resultatene har vært så lovende at prosjektet er videreført gjennom opprettelse av en egen avdeling for 16 pasienter. Behandlingsprogrammet varer i 12 uker og følger en fast struktur med ulike behandlingsgrupper og individualtimer på dagtid. Pasientene er formelt innlagt ved sykehuset, men bor på et internat i nærheten hvor husfelleskapet er selvbærende, uten kvelds- eller nattpersonale. De har tilgang til sykepleiervakt i nødssituasjoner. Avdelingen er delt i to grupper à 8 pasienter som følger hverandre gjennom hele behandlingstiden.

Vitamodellen er utformet for en selektert pasientgruppe, hovedsakelig pasienter med depressive lidelser og eksistensielle kriser hvor »utbrenthet«

i arbeid og tjeneste er et fellestrekk. Pasientene blir grundig utredet gjennom forvernsundersøkelser over 2-3 dager. Diagnoser er stilt i henhold til kliniske kriterier i ICD 10, supplert av M.I.N.I., SCID II-intervju og selvutfyllende skåringsskjemaer: SCL 90, Becks Depression Inventory (BDI) og Inventory of Interpersonal Problems (IIP). Hovedgruppen av pasientene fyller diagnosekriteriene for depressive lidelser av moderat grad (BDI ca 20) og tilpasningsreaksjoner (langvarig depressiv reaksjon); en mindre pasientgruppe fyller kriteriene for angstlidelser og posttraumatisk stresslidelse. Vi tar ikke imot pasienter med bipolare og psykotiske lidelser. Mange har avhengige, unnvikende og tvangspregede personlighetstrekk under symptomlidelsen. På IIP skårer de fleste pasientene på »underkastende«, »unnvikende« og »oversamvittighetsfull«. Flertallet av pasientene har vært sykemeldt over lang tid og har en langvarig behandlingshistorie bak seg med flere års psykoterapi og medikamentell behandling som ikke har ført til vesentlig bedring. Et fellestrekk er at eksistensielle temaer og religiøse kjerneproblemer ikke er blitt berørt i tidligere terapi. Gjennomsnittsalderen for pasientene ligger på ca 42 år med en liten overvekt av kvinner. Det har vært lagt vekt på å ha god aldersspredning og tilnærmet lik kjønnsfordeling i gruppene, med størst mulig bredde i sosial og religiøs bakgrunn.

Alle pasienter som søkes innlagt i Modum Bad Klinikken blir på forhånd bedt om å skrive et eget brev med hovedtrekkene i livs- og sykehistorien. Pasienter som beskriver religiøse og eksistensielle temaer blir i første omgang henvist til Vitaavdelingen. Religiøse erfaringer kan utgjøre viktige elementer i lidelsen, enten som traumatisk konfliktområde eller som ressurs i møte med psykisk og somatisk sykdom og livsproblemer. Det kan handle om strenge normer og trange livsrom, underkastelse under foreldre og kristne autoriteter og ledere, skam og skyld for følelser som er fordømt i miljøet, indre konflikter i menigheter, sekterfaringer, troskriser, opplevelse av meningsløshet og vanskelige sorgreaksjoner. De fleste har en kristen trospåvirkningshistorie, enten de fortsatt bekjenner seg til kristen tro eller ikke. Enkelte har erfaringer fra nyreligiøse miljøer. Vi har ikke hatt pasienter med bakgrunn fra andre religioner. Ved forvernsundersøkelsen kartlegger vi pasientenes affektorganisering gjennom et utvidet affektbevissthetsintervju. Det er særlig de pasientene hvor gudsbildet og foreldrebildene er affektivt ladet som vil ha nytte av behandlingsmodellen. En annen viktig forutsetning er at de egner seg for gruppebehandling. Det vektlegges å gi pasientene grundig informasjon om modellen og teste ut deres motivasjon for å utforske eksistensielle og religiøse erfaringer ut fra et psykologisk perspektiv. Dersom en slik bevissthet og motivasjon ikke er til stede, anses ikke pasienten egnet for Vitabehandlingen.

Behandlingsmodellen er gruppebasert med vekslende dynamiske og tematiske grupper. I *narrativ gruppe* deler pasientene fortellinger fra sitt liv, hvor eksistensielle og religiøse erfaringer inngår som en naturlig del. Livs- og troshistorien skrives tre ganger i løpet av behandlingen, forutgått

av *undervisning* om følelser og eksistensielle temaer. I tillegg til skrivning av livshistorie fører pasientene loggbok over følelser, tanker og minner som dukker opp underveis i behandlingen. En gang i uken er det *billedterapi* i strukturert form hvor pasientene tegner eller maler seg selv, far, mor og gud tre ganger. Billedterapi er en proaktiv metode for å uttrykke ubevisste indre representasjoner av seg selv, foreldrene og gud. Målet er å fremme strukturelle forandringer av rigide indre bilder gjennom bearbeiding av affekter som er bundet i representasjonene. Alle tråder samles i *dynamisk gruppeterapi* med fokus på her-og-nå-dynamikken i gruppen. Her kan følelser og reaksjoner på medpasienter og terapeuter uttrykkes og bearbeides, og uhensiktsmessige samspillmønstre bevisstgjøres. Overføringer innad i gruppen, og i forhold til terapeutene, tolkes for å kunne differensiere og nyansere sterke affekter og sortere mellom aktuelle og historisk betingede reaksjoner. Det gis en times ukentlig *individualterapi* som støtte til å våge å ta opp vanskelige og skambelagte temaer i gruppen og hjelp til å kunne se viktige sammenhenger mellom det som kommer opp i behandlingen og livet utenfor sykehuset. Nærmeste pårørende blir kalt inn til et par samtaler mot slutten av behandlingsopplegget. I såkalte *milepelsgrupper* evaluerer hver pasient sin egen terapiprosess og får tilbakemelding fra medpasienter og personale. *Bevegelsesterapi* gjennom trim, lek og turer gir en nødvendig fysisk avreagering av intense følelser som kommer opp i terapien.

Den eksistensielle dimensjon ivaretas gjennom en daglig morgensamling hvor personale og pasienter sitter sammen i *stille meditasjon* etter lesning av en kort eksistensiell tekst. Meditasjon oppøver evnen til oppmerksomhet, i nyere faglitteratur kalt »mindfulness«, som defineres som oppmerksomhet på øyeblikkets sinnstilstand med aksept (Germer 2005). Man oppøver evnen til å finne stormens »stille punkt« i seg selv, det »indre øye« som kan observere og registrere følelser og tanker som hendelser som kommer og går, uten å la seg rive med. Mellom ulike gruppesamlinger er det lagt inn *alenetid* i programmet med mulighet til indre samling og skrivning av livshistorie og loggbok. Dagen avrundes med at gruppen samles for å dele dagens inntrykk og avsluttes med *avspenningsøvelser*. Ved ukeslutt har vi en times *eksistensiell refleksjon* hvor gruppen samles med terapeutene og hver enkelt oppsummerer viktige livstemaer fra uken som har gått. En terapeut skriver ned temaene på en tavle for å skape distanse til følelsene. Fokus for denne sekvensen er å oppøve evnen til meta-refleksjon, det vil si evnen til å løfte seg opp og se seg selv fra et fugleperspektiv. Dermed fremmes evnen til å forholde seg til et sammensatt og ofte motsetningsfullt liv. Gjennom erkjennelse av det felles menneskelige reduseres skamfølelsen. De pasientene som ønsker det får et tilbud om *sjelesorgssamtale* hos en av sykehusprestene under siste del av oppholdet, på linje med sykehusets øvrige pasienter.

Ett år etter avsluttet behandling blir alle pasientene innkalt til *etterundersøkelse* med de samme undersøkelsene som i forvernet og en evaluering av behandlingsopplegget. Siden dette er en ny behandlingsmodell uten

sidestykke internasjonalt, er det nødvendig å utføre kontinuerlig *evaluering og forskning* for å dokumentere effekten av behandlingen. Med pasientenes skriftlige samtykke blir det gjort løpende forskning på klinisk materiale og skåringsskjemaer. Det er publisert en artikkel i Tidsskrift for Norsk Psykologforening (Austad & Follesø 2003) med resultater fra en pilotstudie av de første 24 pasientene. Det ble funnet en klinisk og statistisk signifikant symptomreduksjon fra moderat symptombelastning ved forvern til subkliniske verdier ved behandlingsslutt. Når det gjelder mellommenneskelige problemer, viste skåringer en klar endring fra patologisk underkastelse til sunn selvhevdelse, mindre unnavikelse og redusert mellommenneskelig overfølsomhet. To forskningsstudier, den første en oppfølgingsstudie av de første 40 pasientene, den andre en sammenlignende studie av 50 pasienter i Vitabehandlingen med en kontrollgruppe av 50 pasienter i annen behandling for depressiv lidelse, er til review for publisering. Behandlingsmodellen er blitt presentert på seminarer og konferanser både nasjonalt og internasjonalt (Austad, Stålsett Follesø, Engedal).

En kvalitativ pilotstudie ble presentert på IAPR-konferansen i Leuven i 2006 (Austad, Stålsett Follesø). Hensikten med studien var å teste ut våre hypoteser og mål for Vitabehandlingen på fire tilfeldig valgte, etterfølgende grupper som kom til ett års etterundersøkelse våren 2006. Pasientene ble gitt et kort spørreskjema med 3 spørsmål.

1. Hva opplever du som den viktigste forandringen det siste året?
2. Hvordan opplevde du det terapeutiske arbeidet med religion og gudsbilde?
3. Har du opplevd forandringer i din religiøse tro?

Undersøkelsen omfattet til sammen 31 pasienter. Av dem svarte 25 pasienter (80,6 %). Vi delte svarene i fem kategorier: Symtombedring, bedring av selvfølelse, bedre forhold til andre mennesker, økt affektbevissthet/bedre affektregulering og økt evne til meta-refleksjon.

På det første spørsmålet om den viktigste forandringen etter behandlingen svarte de aller fleste innenfor kategorien økt evne til metarefleksjon (22), økt affektbevissthet og bedre affektregulering (19). På de to siste spørsmålene svarte 18 at arbeidet med gudsrepresentasjonen var viktig. 13 av pasientene oppgav at arbeidet med gudsrepresentasjonen hadde ført til endring av deres tro.

Diskusjon

Vitamodellen reflekterer nyere faglige synspunkter på helsefremmende så vel som sykdomsskapende sider ved menneskers tro og religiøse erfaringer. Noen av de helsefremmende sidene kan sammenfattes i begrepene »sense

of coherence« og »salutogenesis«. Begrepene, hentet fra den amerikansk-israelske professor i sosiologi, Aaron Antonovsky (1924-1994), refererer til overordnede perspektiver på livet som gir en opplevelse av sammenheng, og styrke og pågangsmot i møte med sykdom (Lindstrom & Eriksson 2006, Johnson 2004). Mange nyere studier bekrefter troens betydning i møte med ulykker, sykdom og livskriser (Nylenna 2000, Torbjørnsen, Stifoss-Hanssen, Abrahamsen & Hannisdal 2000). Det er også kommet nyere forskningsrapporter om en positiv korrelasjon mellom spiritualitet og bedret mental helse for et bredt spektrum av psykiske lidelser (Culliford 2002). Når det gjelder sykdomsskapende sider ved tro og religion, har Vitamodellen hentet teoretiske perspektiver fra psykoanalytikerne Ana-Maria Rizzuto og William Meissner i Boston. Rizzuto beskriver hvordan fikserte indre foreldre- og gudsrepresentasjoner påvirker menneskers selvbylde og relasjoner og kan skape psykisk sykdom og lidelse. Meissner analyserer hvilken psykologisk og sosial funksjon religionen har, enten som meningsbærende ressurs for livsmestring og tilpasning, eller som medvirkende og vedlikeholdende årsak til personlige problemer og symptomdannelse. I første tilfelle taler han om en sunn tro, i siste tilfelle om en patologisk tro (Meissner 1996). Ofte er religionens funksjon sammensatt, med både patologiske og sunne komponenter.

Å bringe religiøse temaer inn i en psykoterapeutisk setting, byr på mange fallgruber. Tendensen til overføring og motoverføring er sterkere når verdiladede temaer bringes inn i terapien. Det synes å være et faktum at religiøse temaer sjelden blir tatt opp i klinisk praksis. Terapeuter unngår religiøse temaer, dels fordi den religiøse språk- og opplevelsesverden kan virke fremmed for mange, dels fordi man er redd for å gå ut over profesjonelle grenser (Bergin 1991, Shafranske 1996). På den annen side prøver mange pasienter å beskytte sine troserfaringer som noe spesielt og hellig, som de frykter kan bli krenket og psykologisert av terapeuten. Tro er for mange pasienter et mer intimt og sensitivt område enn seksualitet. I begge tilfeller vil religiøse temaer bli forsøkt holdt utenfor terapien. Både terapeut og pasient arbeider som om psykologisk og religiøst liv kan holdes fullstendig atskilt fra hverandre. Dermed kan man miste kjerneelementer av pasientens identitet og relasjoner (Marsh & Low 2006). For mennesker med religiøs bakgrunn kan den sterkeste følelsesmessige ladning ligge i deres gudsforhold, uløselig sammenvevet med deres relasjonserfaringer i en religiøs kontekst.

Vitamodellen er rettet mot en selektert pasientgruppe som har affektiv ladning knyttet til religiøse og eksistensielle erfaringer. Hos mennesker med sekularisert bakgrunn vil ikke gudsrepresentasjonen få en tilsvarende status. Å spørre pasienten om forholdet til tro og religion hører med i en fullstendig anamnese. Man merker seg hvordan pasienten svarer på spørsmål om religion, og når det synes å treffe følelsesmessige strenger, tar man opp en mer utfyllende troshistorie. Det er viktig at dette gjøres respektfullt og tentativt, slik man utforsker mer følsomt materiale i pasientens livshistorie. Rizzuto

hevder at de fleste mennesker i vår kultur utvikler en gudsrepresentasjon, som senere mister sin følelsemessige betydning, tilsvarende overgangsbjektet. Men den gud man ikke tror på, kan fortsatt utøve psykologisk innflytelse, og ubevisste gudsbilder kan bryte igjennom i alvorlige livskriser senere i livet (Rizzuto 1979). Vi har hatt flere ikke-troende pasienter som har gudsbilder med sterk følelsemessig ladning. For eksempel kan Gud tjene som projeksjonsskjerm for aggresjon mot foreldre, autoriteter eller etablerte samfunnsverdier, eller være et symbol for dype lengsler. Mange tegner Gud som uberørt natur, skjønnhet og harmoni, det ytterste gode i tilværelsen som gir håp, sammenheng og mening. Behandlingsmodellen legger vekt på affektiv bearbeiding av livshistorien, og de indre representasjoner som historien har nedfelt, spesielt med henblikk på å se sammenhenger mellom gudsbilder, foreldrebilder og selvbilde, og de relasjonserfaringer som ligger under. Relasjonen til Gud, selv og andre er nært forbundne. Nyere forskning viser at forandringer på ett relasjonelt nivå fører til forandringer i andre relasjoner (Cheston, Piedmont, Eanes & Lavin 2003). Endring av gudsbildet er uløselig knyttet til endring av selvbildet, og omvendt. Hva som kommer først og sist i en terapeutisk prosess med mye opplevd aksept fra terapeuter og medpasienter, er vanskelig å svare på. Vi har erfart at transformasjon av fikserte gudsbilder åpner muligheten for endring fra et patologisk tros-system henimot en sunnere tro, for eksempel fra et fordømmende og skyldinduserende gudsbilde til en kjærlighetsfull og aksepterende gud. Et godt og tillitsfullt gudsforhold kan konsolidere og styrke selvopplevelsen (Jones 1991).

I forskningslitteraturen synes disse teoriene å bli bekreftet. En god selvfølelse kan assosieres med et godt og kjærlighetsfullt gudsbilde, mens et lavt selvbilde er knyttet til et sint, avvisende og kontrollerende gudsbilde (Batson & Ventis 1982). Gudsbildene er formet i tidlige barneår og formet av foreldrebildene, både far (Vergote et al. 1969), mor (Tamayo & Dugas 1977, Wulff 1991) eller den foretrukne, idealiserte forelder (Beit-Hallahmi & Argyle 1975; Birky & Ball 1988). Nivået av emosjonelt distress, rigiditet og antagonisme er blitt assosiert til negative gudsbilder (Piedmont, Williams & Ciarrocchi 1997). Det har vært funnet korrelasjoner mellom gudsrelasjonen og intime forhold til andre, hvor et nært gudsforhold er relatert til gode parforhold med mindre konflikter (Hood, Spilka, Hunsberger & Gorsuch 1996).

Innenfor nyere psykoanalytisk teori har det vært drøftet i hvor stor grad innsikt skaper endring, eller om endringer hovedsakelig skjer gjennom nye og korrigerende emosjonelle erfaringer. Korrektiv erfaring har blitt fremhevet som en hovedfaktor i terapeutisk endring (Hartmann 1999). I Vitamodellen gis mange muligheter for å gjøre nye mellommenneskelige erfaringer. Ved at pasientene tør å blottstille skam- og skyldbelagte følelser og livstemaer i gruppen, og opplever å bli møtt med forståelse, aksept og gjenkjennelse av medpasienter og terapeuter, skjer det en endring av de-

res selvforståelse henimot større selvempati. Gjennom slike korrigerende erfaringer i det terapeutiske fellesskapet, kan selvbildet endres parallelt med oppmykning av et arkaisk superego, projisert inn i gudsbildet. Mange psykoanalytiske forfattere vil imidlertid fortsatt hevde at korrigerende emosjonelle erfaringer ikke er tilstrekkelig for å oppnå varig endring. Å oppnå innsikt gjennom tolkning av de indre representasjonene er en nødvendig forutsetning for å kunne ta projeksjonene tilbake (Gullestad & Killingmo 2005).

Om vi har valgt en psykodynamisk innfallsvinkel til gudsforholdet, kan samme fenomener studeres ut fra andre teoretiske perspektiver. Kognitiv analytisk terapi (CAT) opererer med begrepet »reciprocal roles« hvor man ser sammenhenger mellom konstruksjoner av selv, andre og Gud. Menneskers erfaringer i gudsforholdet gjenspeiler relasjonen til en selv, og relasjonen til signifikante andre (Marsh & Low 2006). I CAT taler man om at selvet er sosialt formet og konstituert av stemmer, ikke bare fra foreldrene, men også fra verdier og meningsbærende sannheter i den omgivende kultur. I en religiøs kontekst vil de indre stemmene inkludere skriftsteder og ord fra religiøse ledere og forkynnere, senere opprettholdt gjennom ritualer, bønn og religiøs disiplin. I den resiproke rolleteorien blir selvet beskrevet mer som multippelt enn enhetlig, sammensatt av forskjellige konfigurasjoner, dvs. forskjellige »selv« med forskjellige andre. De ulike selv-tilstandene kan være linket til stemmer fra tilsvarende gudsbilder, som kan være motsetningsfulle. Fordømmende og avvisende stemmer vil forvrengte evnen til å knytte brokkene av selvet sammen til en helhet (Marsh & Low 2006). Terapien har som mål å utvikle et »observerende selv«, et indre øye, »the eye which becomes an I« gjennom bevisst, selvreflekterende tenkning (Ryle & Kerr 2002). Å utvikle evnen til å evaluere strømmen av mentalt innhold er en mye brukt metode i mentaliseringsbasert terapi (Bateman & Fonagy 2004).

I psykoterapiforskning etterspørres prosessstudier for å få større forståelse av hvilke enkeltfaktorer som har vært virksomme, og samspillet mellom dem (Orlinsky 1994). Vår lille pilotstudie våren 2006 synes å bekrefte at terapeutisk arbeid med indre representasjoner fører til endringer i gudsbilde (72 %) og tro (52 %). Studien viser at økt evne til meta-refleksjon over følelsesmessige og eksistensielle tema blir vurdert høyest som positiv forandringfaktor. Dette samsvarer med nyere forskning på hva som er virksomme faktorer i psykoterapi, hvor oppøvelse av metakognitiv oppmerksomhet fremheves som viktig for å forebygge tilbakefall av depresjon (Teasdale et al. 2002). Men for å kunne svare mer utfyllende på hva som har vært virksomme faktorer i Vitamodellen, trenger vi et større materiale, og kvalitative analyser som kan fange opp kompleksitet og dybde i forandringprosesser som rører ved grunnleggende eksistensielle temaer. Det arbeides for tiden med å fullføre en kassustudie for publisering (Austad & Stålsett).

Det har vært reist kritikk mot den positive forsoningsprosessen som har skjedd mellom psykoanalyse og religion de siste 25 årene. I denne nytenkningen blir religion forstått som et normalt, sunt fenomen som kan ha positive funksjoner for mental helse. Det påpekes at fokus er forskjøvet fra Guds eksistens som transcendent virkelighet til en objektrelasjon innenfor illusjonens opplevelsesområde (transitional space), som kan fremme selvfølelse og psykisk balanse.¹ Spørsmålet om sannhetsinnholdet i religionen blir ikke lenger ansett som relevant og meningsfullt i terapissammenheng. Den grunnleggende motsetning mellom psykoanalyse og religion blir tildekket ved at psykoanalysen som sannhetssøkende disiplin går tapt. I Freuds avvisning av religion som en forvrengning av virkeligheten lå et dypt anliggende om å søke sannheten bak menneskers dyptliggende tro på nedarvede forestillinger, hinsides det som er vitenskapelig observerbart. I felles søken etter sannhet kan psykoanalyse og religion føre en fruktbar dialog mellom fundamentalt motsatte perspektiver på virkelighetens natur (Blass 2004).

Fra religionspsykologisk hold er det kommet kritiske innvendinger mot psykodynamisk dybdetilnærming til gudsrelasjonen. Bruk av objektrelasjonsteorien og begrepet »mentale representasjoner« anses lite egnet for empirisk forskning, både teoretisk og metodologisk. Det hevdes at tilknytningsteorien er et bedre alternativ enn den tradisjonelle dybdetilnærmingen for å kommunisere med mainstream psykologi og empirisk religionspsykologi (Granqvist 2006). Det føres for tiden en debatt mellom to kulturer innenfor fagfeltet med forskjellig syn på hvilke teorier og forskningsmetoder som egner seg for videre studier i klinisk religionspsykologi (Rizzuto 2006, Wulff 2006, Luyten & Corveleyn 2007).

Flere forfattere påpeker reduksjonismen i nyere psykologiske og opplevelsesorienterte tilnærminger til religiøse temaer, hvor pasienters gudsforhold kun blir sett i lys av psykologisk relasjonsdynamikk. Gud som objektrelasjon blir redusert til en indre representasjon, et psykologisk overgangsobjekt, som kan styrke selvet og bidra til psykisk balanse. I dette perspektivet kan menneskers erfaringer i møte med »den sanne Gud«, Gud som eksistensiell virkelighet for den troende, bli borte. Det siste forutsetter en erkjennelse av at menneskets forhold til Gud faktisk eksisterer, og at det er kvalitativt forskjellig fra interpersonlige relasjoner (Spero 1985, Wikstrøm 2002). Når vi har presentert Vitamodellen på fagkonferanser er det kommet kommentarer til vår bruk av affektbevissthetsintervjuet, hvor følelser i forhold til foreldrene blir overført på gudsforholdet. Dette kan tildekke utforskningen av mer spesifikke religiøse følelser. Den norske

1 Dette gjelder, ifølge artikkelforfatteren, ikke teoretikere som Rizzuto og Meissner. Begge sonder tydelig mellom religion som illusjon og religionens objektive virkelighet, som ikke kan gjøres til gjenstand for psykoanalytiske studier. Det refereres til andre som bruker deres forfatterskap til støtte for en generell trend.

filologen og Reich-terapeuten Ola Raknes refererer i sin doktoravhandling, *Møtet med det Heilage* (1927, ny utgave 1972) til Rudolf Otto og hans begrep »das Numinöse«, som han kaller »mysterium tremendum et fascinatum«. Møtet med det hellige, det som er annerledes og større enn et lite menneske kan fatte og forstå, vekker følelser av ærefrykt (reverence, awe) og ydmykhet (McDougall 1921). Beslektede følelser kan man oppleve i møtet med et annet menneske (Buber 1970, Levinas, 1993). Det diskuteres om følelser som ærefrykt og ydmykhet faller inn under varianter av de ni grunnfølelsene, eller er spesifikke følelser knyttet til egne nevrobiologiske systemer.

Avsluttende kommentarer

I Vitamodellen har vi tatt høyde for forskjellen mellom det menneskelige og det guddommelige ved å skille mellom »gud med liten g«, som betegner det psykologiske perspektivet på menneskers gudsforhold, og Gud med stor G som betegner det vertikale Gudsforhold som mennesker søker mot i bønn, meditasjon og gudstjeneste. Vi har i særlig grad fokusert på fastlåste, negative gudsbilder som har hindret en sunn personlighetsutvikling og modning. Et terapeutisk arbeid med begrensende gudsbilder kan åpne muligheten for å gjøre nye religiøse erfaringer på et eksistensielt plan for dem som søker Gud med stor G. Som terapeuter kan vi utforske dynamikken i pasientens resiproke rollekonstruksjoner av gud, selv og andre, men den Gud som måtte eksistere bortenfor gudsbilder og roller ligger utenfor psykoterapiens domene (Marsh & Low 2006). Ved vårt sykehus gis det et tilbud om sjelesorgsamtaler med prest for de pasienter som ønsker det. Mange søker stillheten i et kirkerom som alltid er åpent for bønn og kontemplasjon. Som terapeuter i Vitamodellen blir vi i særlig grad utfordret på vår nøytralitet og nødvendigheten av å arbeide med overføring og motoverføring under kyndig veiledning. Kristne terapeuter kan stå i fare for å gå inn i sjelesørgerrollen, og ikke-troende terapeuter kan overse menneskets genuine religiøse lengsler og erfaringer som kilde til personlig vekst og modning.

REFERANSER

- AGGEBO, A. & REHFELD, AA. (ed.) (1954): *H. I. Schou. En mand og hans værk*. København: G. E. C. Gads Forlag.
- ANTONOVSKY A. (1992): *Health, stress and coping*. London: Jossey-Bass Publishers.
- AUSTAD, A. & FOLLESØ, G.S. (2003): Vitaprojektet: Religiøse og eksistensielle erfaringer og psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 11, 40 (s. 937-944).
- BATEMAN, A. & FONAGY, P. (2004): *Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.

- BATSON, C.D. & VENTIS, W.L. (1982): *The religious experience: A social-psychological perspective*. New York: Oxford University Press.
- BEIT-HALLAHMI, B. & ARGYLE, M. (1975): God as father projection: the theory and evidence. *British Journal of Medical Psychology*, 48 (s. 71-75).
- BERGIN, A.E. (1991): Values and religious issues in psychotherapy and mental health. *American Psychologist*, 46 (s. 394-403).
- BIRKY, I.T. & BALL, S. (1988): Parental trait influence on God as an object representation. *Journal of Psychology*, 122 (s. 133-137).
- BLASS, R.B. (2004): Beyond illusion: Psychoanalysis and the question of religious truth. *Int. J Psychoanal*, 85 (s. 615-634).
- BROWNING, D. (1997): Can Psychology escape Religion? Should It? *International Journal for Psychology of Religion*. Vol. 7, No.1, 1-12.
- BUBER, M. (1970): *I and Thou*. New York: Simon & Schuster, 1996.
- CHESTON, S.E., PIEDMONT, R.L., EANES, B. & LAVIN, L.P. (2003): Changes in clients' images of God over the course of outpatient therapy. *Counselling and Values*, 47 (s. 96-108).
- CULLIFORD, L. (2002): Spiritual care and psychiatric treatment: An introduction. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8 (s. 249-261).
- DÜRCKHEIM, K. (1982): *Durchbruch zum Wesen*. Bern, Stuttgart, Wien: Verlag Hans Huber.
- ENGEDAL, L.G. (1999): *Ecce Homo. En studie av psykovitenskapelige identitetsteorier med særlig henblikk på identitetserfaringens konstituerende elementer og de metateoretiske forutsetningenes funksjon i teoriutformingene*. Oslo: Unipub forlag/Akademika.
- FOLLESØ, G.S. (2005): Vitamodellen. Eksistens og følelser. *Psykologisk Tidsskrift*, 1 (s. 72-77).
- FRANKL, V.E. (1973): *Der Mensch auf der Suche nach Sinn*. Freiburg: Herder.
- FREUD, S. (1927): *The Future of an Illusion*. SE 21.
- GERMER, C.G. (2005): Anxiety disorders: Befriending fear. IN: C.G. Germer, R.D. Siegel & P.R. Fulton (Eds.): *Mindfulness and psychotherapy*, (s. 3-27). New York: Guilford Press.
- GRANQVIST, P. (2006): On the Relation between Secular and Divine Relationships: An emerging Attachment Perspective and a Critique of the »Depth« Approaches. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 16(1) (s. 1-18).
- GULLESTAD, S.E. & KILLINGMO, B. (2005): *Underteksten. Psykoanalytisk terapi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- HARTMANN, E. (1999): Pasienten som veiviser i det terapeutiske terreng. IN: E. D. Axelsen og E. Hartmann (red.): *Veier til forandring. Virksomme faktorer i psykoterapi* (s. 164-186). Oslo: Cappelen Akademisk.
- HILL, P.C. (1999): Giving Religion Away: What the Study of Religion Offers Psychology. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 9(4) (s. 229-249).
- HOOD, R.W., SPILKA, B., HUNSBERGER, B. & GORSUCH, R. (eds) (1996): *The Psychology of religion: An empirical approach* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- JOHNSON, M. (2004): Approaching the salutogenesis of sense of coherence: The role of 'active' self-esteem and coping. *British Journal of Health Psychology*, 9 (s. 419-432).
- JONES, J.W. (1991): *Contemporary Psychoanalysis & Religion. Transference and Transcendence*. New Haven and London: Yale University Press.
- KALDESTAD, E. (1995): The Relationships among Religiosity, Personality and Mental Health Development and Standardizing of Assessment Instruments and Empirical Studies of such Relationships.
- LEVINAS, E. (1993): *Den annens humanisme*. Oslo: H. Aschehoug & co.

- LINDSTROM, B & ERIKSSON, M. (2006): Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, 21(3) (s. 238-244).
- LILLEVOLD, F.R. (2000): *Doktor Einar Lundby. Trosvitne og sjelsørger*. Oslo: Luther forlag.
- LUYTEN, P. & CORVELEYN, J. (2007): Attachment and Religion: The need to leave our secure base: A comment on the discussion between Granqvist, Rizzuto and Wulff. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 17(2) (s. 81-97).
- MCDUGALL, W. (1917): *An introduction to Social Psychology*. London: Methuen, 1921.
- MARSH, R. & LOW, J. (2006): God as other, God as self, God as beyond: A cognitive analytic perspective on the relationship with God. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79 (s. 237-255).
- MEISSNER, W.W. (1984): *Psychoanalysis and religious experience*. New Haven & London: Yale University Press.
- MEISSNER, W.W. (1996): The pathology of beliefs and the beliefs of pathology. IN: Shafranske, E.P. (ed.), *Religion and the clinical Practise of psychology*, s. 241-267. Washington DC: American Psychological Association.
- MONSEN, J.T. (1996): Affektens rolle i psykoterapeutisk teori og teknikk. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 33 (s. 867-877).
- MONSEN, J.T., EILERTSEN, D.E., MELGÅRD, T. & ØDEGÅRD, P. (1996): Affects and affect consciousness. Initial experience with the assessment of affect integration. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5 (s. 238-249).
- MURKEN, S. (1998): *Gottesbeziehung und Psychische Gesundheit. Die Entwicklung eines Modells und Seine empirische Überprüfung*. Münster: Wasmann.
- NYLENN, M. (2000): Tro og helse. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 120 (s. 297).
- ORLINSKY, D.E. (1994): Research-based knowledge as the emergent foundation for clinical practice in psychotherapy. IN: Taalley, P. F., Strupp, H. H. & Butler, S. F. (eds.), *Psychotherapy research and practice* (s. 99-123). New York: Basic Books.
- OTTO, R. (1924): *Det heliga. Jämte spridda uppsatser om det numinösa*. Stockholm: Diak.
- PIEDMONT, R.L., WILLIAMS, J.L. & CIARROCCI, J.W. (1997): Personality correlates of one's image of Jesus: Histogramic analysis using the five factor model of personality. *Journal of Psychology and Theology*, 25 (s. 363-372).
- RAKNES, O. (1972): *Møtet med det Heilage. Ein etterøknad om det psykologiske grunnlaget for religion*. Oslo: Gyldendal.
- RIZZUTO, A.-M. (1979): *The Birth of the Living God. A Psychoanalytic Study*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- RIZZUTO, A.-M. (2006): Discussion of Granqvist's Article "On the Relation Between Secular and Divine Relationships: An Emerging Attachment perspective and a Critique of the Depth Approaches. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 16(1) (s. 19-28).
- RYLE, A. & KERR, I.B. (2002): *Introducing cognitive analytic therapy: Principles and practice*. Chichester: Wiley.
- SCHAFFER, R. (1992): *Retelling a life: Narration and dialogue in psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- SHAFRANSKE, E.P. (1996): Religious beliefs, affiliations, and practices of clinical psychologists. IN: E.P. Shafranske, (ed.): *Religion and the clinical practice of psychology*, s. 149-162. Washington D. C.: American Psychological Association.
- SPENCE, D.P. (1984): *Narrative truth and historical truth*. New York: W. W. Norton.
- SPERO, M.H. (1985): The Reality and the Image of God in Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 1 (s. 75-85).

- STIFOSS-HANSEN, H. (1996): Seeking meaning or happiness? – Studies of selected aspects of the relationship between religiosity and mental health.
- TEASDALE, J.D., MOORE, R.G., HAYHURST, H., POPE, M., WILLIAMS, S. & SEGAL, Z.V. (2002): Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (2) (s. 227-239).
- WHITE, M. & EPSTON, D. (1990): *Narrative means to therapeutic ends*. New York: W.W. Norton.
- WIKSTRØM, O. (2002): God as »acting agent« in Psychotherapy. Paper read at the conference »Mental Health and Religion« in Krakow, Poland dec. 9-13 2002.
- TAMAYO, A. & DUGAS, A. (1977): Conceptual representation of mother, father and God according to sex and field of study. *Journal of Psychology*, 97 (s. 9-84).
- TORBJØRNSEN, T., STIFOSS-HANSEN, H., ABRAHAMSEN, A.F. & HANNISDAL, E. (2000): Kreft og religiøsitet – en etterundersøkelse av pasienter med Hodgkins sykdom. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 120 (s. 346-348).
- VERGOTE, A., TAMAYO, A., PASQUALI, L., BONAMI, M., PATTYEN, M. & CUSTERS, A. (1969): Concept of God and parental images. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 8 (s. 79-87).
- WATTS, F.N. (1996): Psychological and Religious Perspectives on Emotion. IN: *The International Journal for the psychology of religion*, 6 (2) (s. 71-87).
- WINNICOTT, D.W. (1953): Transitional Objects and transitional Phenomenal. *International Journal of Psycho-Analysis* 34:2.
- WINNICOTT, D.W. (1971): *Playing and reality*. London: Routledge.
- WULFF, D.M. (1991): *Psychology of Religion: Classic and contemporary views*. New York: Wiley.
- WULFF, D.M. (2006): How attached should we be to attachment theory? *The International Journal for the Psychology of Religion*, 16(1) (s. 29-36).
- YALOM, I. (1980): *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.