

# Tæt på døden

Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund

Nr. 12, 2010

# Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund

Nr. 12: *Tæt på døden*

© 2010 forfatterne og udgiverne.

## Redaktion:

Mette Bech Risør (ansv.), Forsningsklinikken for Funktionelle Lidelser, Århus Sygehus  
Torsten Risør, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet  
Gitte Wind, VIA University College, Århus  
Lotte Meinert, Institut for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet  
Marianne Rosendal, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet  
Peter Vedsted, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet  
Ann Dorrit Guassora, Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet  
Susanne Reventlow, Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet

## Gæsteredaktør:

Mette Asbjørn Neergaard, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet

*Peer review* foretages af et tværvidenskabeligt panel bestående af bl.a. læger, antropologer, filosoffer, historikere, psykologer og sociologer.

*Proof*: Thomas Christian Mikkelsen.

*Layout og prepress*: Jens Kirkeby, Aarhus Universitet, Moesgård.

*Tryk*: Werks Offset, Højbjerg.

## Udgiver:

Foreningen Medicinsk Antropologisk Forum,  
Afd. for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet, Moesgård, 8270 Højbjerg.

## Bestilling, abonnement, henvendelser og hjemmeside:

Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund.  
Afd. for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet, Moesgård, 8270 Højbjerg  
Torsdag kl. 9-12, tlf. 89424597, email: sygdomogsamfund@hum.au.dk  
www.sygdomogsamfund.dk

ISSN: 1604-3405

Tidsskriftet er udgivet med støtte fra Forskningsrådet for Kultur og Kommunikation.

## Formål:

*Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund* er et tværfagligt tidsskrift, der tager udgangspunkt i medicinsk antropologi. Tidsskriftet har til formål at fremme og udvikle den forskning, der ligger i grænsfeltet mellem sundhedsvidenskab og humaniora/samfundsvidenskab. Tidsskriftets målsætning er at fungere som et forum, hvor disse fag kan mødes og inspirere hinanden – epistemologisk, metodisk og teoretisk – i forskellige forskningssammenhænge. Tidsskriftet formidler den debat og teoretiske udvikling, der foregår i de voksende faglige samarbejds- og forskningsinitiativer, der udspringer af dette grænsfelt. Tidsskriftet henvender sig til alle med interesse for forskning i sygdom og samfund og i særlig grad til sundhedsmedarbejdere i forsknings- og undervisningssammenhæng med forbindelse til tværfaglige miljøer.

## Aims and scopes

*The Journal for Research in Sickness and Society* is an interdisciplinary journal which has a theoretical background in medical anthropology. The aim and purpose of the journal is to promote and develop research in the borderland between the health sciences and the humanities/the social sciences. The goal of the journal is to function as a forum in which these disciplines may meet and inspire each other – epistemologically, methodologically and theoretically. The journal conveys the debate and theoretical development which takes place in the growing collaboration and research initiatives emerging from this borderland. The journal addresses all with an interest in research in sickness and society and especially health professionals working with education and/or research in interdisciplinary institutions.

# Indhold

*Mette Asbjørn Neergaard og Marianne Rosendal*

Introduktion 5

*Tove Vejlgård*

Indsatsen overfor alvorligt syge og døende set fra et sundhedsfagligt perspektiv 11

*Michael Hviid Jacobsen*

Thanatosociologi – træk af en udviklingshistorik og tilstandsrapport 23

*Marie Konge Nielsen*

Det gode liv før døden 51

*Susan Rydahl-Hansen*

Lidelsens udtryksformer og vilkår - som beskrevet af uhelbredeligt kræftsyge patienter 75

*Mette Raunkjær*

At tale om døden – forskelle og ligheder mellem konteksten plejehjem og eget hjem 97

*Niels Christian Hvidt*

Patienters tro på guddommelig indgriben ved livstruende sygdom – en positiv eller en negativ ressource? 119

*Cecilie Rubow og Christine Tind Johannessen-Henry*

Variationer af liv i døden: Transcendenser i hverdagslivets (nye) polydoksi 135

*Mai-Britt Guldin*

De store teoriers fald. Træk af sorgteori gennem tiden 155

Abstracts in English 175

Forfatterliste 181

Skrivevejledning 185

Beskrivelse af nummer 13 188

# Patienters tro på guddommelig indgriben ved livstruende sygdom

*- en positiv eller en negativ ressource?*

Niels Christian Hvidt

---

Institut for Sundhedstjenesteforskning ved Syddansk Universitet  
nchvidt@health.sdu.dk

Hvidt, N.C. (2010). Patienters tro på guddommelig indgriben ved livstruende sygdom – en positiv eller negativ ressource?. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 12, 119-134,

*Tro og håb på guddommelig indgriben og især helbredelsesmirakler findes i de fleste religiøse traditioner. Denne artikel betragter denne tro og diskuterer hvordan den kan indebære både risikoer og fordele for livstruede patienter. På den ene side kan den indebære en risiko når den udgør en virkelighedsflugt, der kan komme til udtryk ved at patienter afviser lægelig behandling. Omvendt kan denne tro også udgøre en velintegreret del af det religiøse univers og fungere positivt ved at inspirere det håb der gør, at patienter finder mening og initiativ i situationer, hvor de ellers kunne være fristede til at give op. Med baggrund i disse overvejelser præsenterer artiklen rekommandationer for hvordan sundhedsprofessionelle og pårørende kan og bør forholde sig til patienters tro på mirakler i praksis.*

## *Troen på guddommelig indgriben som religiøst fænomen*

De fleste religiøse traditioner kender til tro på guddommelig indgriben. Uanset hvor forskellige bud der kan være på, *hvordan* Gud har virket ind i verden og *hvad* han har gjort derved, ligger der til grund for religionsbegrebet, at den Gud, som den religiøse opmærksomhed retter sig imod, kan nå ind til menneskeheden på underfuld vis. Det gælder især for de såkaldt abrahamitiske religioner eller bogreligionerne, dvs. religioner der anser sig selv for at have Abraham som fælles stamfader og som bygger på en central åbenbaringsbog, fx Jødedom, Kristendom eller Islam. Vor tid og vore vestlige samfund er i høj grad præget af sekulariseringstendenser, men religionsforskere er relativt enige om, at sekulariseringen ikke har gjort det af med religiøsitet og dens betydning, og dermed heller ikke med troen på mirakler, især der hvor der er særligt behov for dem (Norris & Inglehart, 2004).

Den bredere debat om guddommelig indgriben udgør en betydelig dialog mellem teologi, filosofi og naturvidenskab og opsummeres normalt under bregrebet *Divine Action* (Gwynne, 1996). At introducere til dette tværvideenskabelige forskningsfelt overskrider denne artikels grænser hvis formål det ikke er at diskutere teologien om guddommelig indgriben, men snarere hvilken betydning det kan have at tro på en Gud, der kan gribe ind. Det vil for denne artikels formål være tilstrækkeligt at nævne at troen på guddommelig indgriben normalt hævder, at Gud har virket noget i historien, som ikke var sket uden hans særlige indgreb. Der er stadig færre der kræver at der skal være et brud med naturlovene for, at der kan være tale om et under eller et mirakel, idet nyere tolkninger siger, at Gud handler under og i de lovmæssigheder, han har er ophav til, uden at bryde dem, men snarere bekræfter og virker igennem dem.

Helbredelsesmirakler er den mest almindelige form for oplevet guddommelig indgriben (Woodward, 2000). Det gælder især for kristendommen (Duffin, 2009; Porterfield, 2005). Helbredelsesmirakler opfattes som guddommelig indgriben der leder til bedring eller fuld helbredelse hos en patient med psykisk eller fysisk sygdom. Sådanne helbredelser kan opleves af den enkelte syge, men bliver ofte opfattet som guddommeligt indgreb af flere troende.

## *Troen på guddommelig indgriben i det 21. Århundrede.*

Eftersom troen på guddommelig indgriben udgør så stor en del af strukturen og indholdet af religiøs tro kan det ikke overraske, at en sådan tro også trives blandt

troende i det 21. årh. Vestlige samfund er som nævnt blevet præget af væsentlige sekulariseringstendenser, der ganske vist har ændret måden, hvorpå mennesker er religiøse, men ikke reduceret behovet for religiøs tolkning og mening væsentligt, især i forbindelse med livstruende sygdom (Norris & Inglehart, 2004). De organiserede religiøse institutioner og autoriteter er trængt tilbage og har mistet indflydelse og tilslutning. Samtidig er troen blevet mere individuel og religiøse overvejelser og religiøs praksis foregår i højere grad i privatsfæren. Når man sammenligner lande der anses for meget religiøse, som USA og mange lande i den Tredje Verden, med lande der anses for sekulariserede (som de nordeuropæiske), er den største forskel således *ikke*, hvor mange der siger, de tror på en Gud. Forskellen ligger primært i den religiøse praksis. I USA er der fx næsten sammenfald mellem religiøs tro og regelmæssig trospraksis i kirke, moske eller synagoge. Det er ikke tilfældet i Danmark hvor kun to procent praktiserer deres tro i form af fx ugentlig kirkegang, selvom over 85% forbliver medlemmer af Den Danske Folkekirke. Det har stor betydning for vores tema idet meget tyder på, at den anonyme, private og ofte slumrende og uafklarede kristendomsform som den kendes i Danmark, rykker frem i bevidstheden og fylder relativt mere ved krise, end når alt fungerer i livet, som det skal.

Religionssociologien har endvidere en lang tradition for evidensbaseret forskning i hvad der får mennesker til at bevæge sig fra lav til høj trospraksis. Konklusionen er at intensivering af religiøs tro oftest sker i forbindelse med livskrises, fx provokeret af livstruende sygdom eller generelt, når døden rykker nærmere (Rambo, 1993). Ifølge omfattende forskningsresultater ændres religiøs tro af samme grund ved alderdom og når døden generelt nærmer sig (review hos (Mansfield, Mitchell, & King, 2002)). Det gamle diktum "der er ingen ateister i et fly, der styrter ned" er ikke mindre sandt ved livstruende sygdom. Som M. E. Cavanagh skriver, "Cancerudgaven af talemåden 'Der er ingen ateister i skyttegrave' er: 'Der er ingen ateister i onkologiske og knoglemarvstransplantationsenheder'" (Cavanagh, 1994) (Hvidt, 2007). I et studie fra Duke University Medical Center i USA med en population af 337 patienter i almen praksis, hjerte-kar- og neurologisk behandling, svarede 90 %, at de til en vis grad brugte troen som en ressource til at håndtere deres sygdom. 40 % af patienterne svarede, at troen var deres væsentligste ressource til at mestre sygdommen (Koenig, 1998).

Forskning fra Danmark bekræfter den internationale forskning. Ikke overraskende har forskellige sygehuspræster i Danmark således udtrykt deres erfaring med patienter ved at sige at det i Danmark ikke længere er sygehuset, men hospitalet der i dag er »byens bedehus« eller »det mest religiøse hus i byen« (Steens, 2005). I en

spørgeskemaundersøgelse fra Rigshospitalet udført af Ausker, La Cour og kolleger blandt 867 indlagte patienter rapporterer 53 % at de har intensiveret deres tanker om eksistentielle og religiøse spørgsmål såsom mening og formålet med livet under deres behandling. Nogle patienter var blevet mere religiøse (8 %), 10 % har fundet trøst og styrke i religionen, og nogle har forøget religiøse aktiviteter som kirkegang (8 %) og bøn (14 %). 12 % svarer, at de har savnet en samtale om livsspørgsmål og religiøse emner i forbindelse med hospitalsindlæggelsen og sygdommen.

### *Troen på mirakler som ressource til håndtering af krise*

De ovennævnte forskelle mellem lidt og meget sekulariserede lande gør sig også gældende i forhold til troen på guddommelig indgriben. I USA, et land, der som nævnt er kendt for stærke, religiøse tendenser, viser gentagne spørgeskemaundersøgelser, at gudstro ikke alene er meget udbredt, men at amerikanerne også har en høj tro på mirakler. Ifølge en landsdækkende Gallup-rundspørge fra 1995 tror 79% på mirakler, 8 % ved ikke, hvad de skal svare, 12 % tror ikke, og 1 % har ikke nogen holdning til spørgsmålet (G. D. Gallup, 1996). Tallene er endnu højere i et studie udført i de særligt religiøse, afroamerikansk prægede sydøstlige stater af USA. Her siger 87 % at de "formentlig eller helt sikkert" tror på "religiøse mirakler" og 63% siger, at de "helt sikkert" tror på religiøse mirakler (Mansfield et al., 2002). Troen på mirakler er ikke blot udbredt hos patienterne, men også udbredt blandt behandlere. Således tror 73% af amerikanske læger at mirakler er mulige (Pawlikowski, 2007). I et studie fra det katolske Polen er tallene også relativt høje. Her svarer 70% polske studerende at de tror på mirakler defineret som overnaturlige fænomener, der er skabt af Gud (Pawlikowski, 2007).

I det sekulariserede Danmark har miraklerne en langt mindre betydning. The World Values Survey (WVS) og The International Social Survey Program (ISSP) fungerer begge som redskaber til at evaluere og sammenligne forskellige befolkningers tro, herunder også troen på religiøse mirakler. Blandt befolkningen i USA rapporterer 79%, at de tror på "religiøse mirakler" versus 25 % i Danmark. Når det drejer sig om specifikke, bibelske mirakler svarer 26 % af danskerne, at de tror på Jesu opstandelse. De for protestantismen mere perifere mirakler, såsom jomfrufødselen, er nede på 16%.

Tallet er imidlertid højere for mennesker der har stiftet bekendtskab med sygdom. I et pilotstudie under Kræftens Bekæmpelse om religiøse behov hos kvinder der overlevede brystkræft, svarede 55 %, at de troede på mirakler. Det er imidlertid ikke helt klart, hvilken type mirakler, der er tale om – det kan være, det er

mirakler bredere forstået som muligheder eller åbninger fra den guddommelige verden (Zilstorff, 2007). Meget tyder altså på at også skandinavere beder til Gud om hjælp, om et under eller om i det mindste at hjælpe lægen, så han eller hun kan gøre patienten rask – med Guds hjælp (Ahmadi, 2006).

Netop bøn om hjælp til helbredelse og håndtering af sygdom er blandt de ældste komplementære åndelige interventionsformer (McCaffrey, Eisenberg, Legedza, Davis, & Phillips, 2004; Roberts, Ahmed, Hall, & Davison, 2009). Det er ligeledes den mest udbredte globalt set, når mennesker bliver syge. Det gælder også kristendommen hvor bøn altid har udgjort en væsentlig ressource til at håndtere krise. Når vi taler om komplementær eller alternativ helbredelse er vi hurtigt tilbøjelige til at tænke på østligt inspirerede helbredelsestraditioner som akupunktur, biokinesiologi eller reiki-healing. Vi glemmer ofte at i de dele af verden hvor teistiske religioner som kristendom, jødedom og islam er mest udbredte, er bønnen den mest udbredte komplementære eller alternative interventionsform.

*The National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM)*, sponsoreret af *National Institutes of Health (NIH)*, beskriver forbøn som en blandt mange komplementære og alternative helbredelsesformer (National Center for Alternative and Complementary Medicine, 2002; Verhoef, Balneaves, Boon, & Vroegindewey, 2005). Gentagne undersøgelser fra USA har godtgjort, at omkring 75% af befolkningen beder mindst en gang dagligt (G. Gallup & Jones, 2000). En undersøgelse fra 2004 viste at 62 % af tilfældige (raske og syge) US-amerikanere havde brugt en eller anden form for alternativ helbredelse over de sidste tolv måneder. To former for forbøn for helbred var på toppen af denne liste: Ens egen bøn for én selv (43 %), andres bøn for én selv (24,4 %). Deltagelse i en bønsgruppe var på fjerdepladsen (9,6 %) (Barnes, Powell-Griner, McFann, & Nahin, 2004). En anden undersøgelse publiceret i 2005 med 493 patienter i et hospital i Texas viste, at 79,2 % af patienterne meldte, at de bad for deres eget helbred, og 71,9 % sagde, at andre bad for dem (Richardson, Sanders, Palmer, Greisinger, & Singletary, 2000). Lignende resultater er fundet fra europæiske undersøgelser, om end med lavere brug af 'Mind-Body-Interventions' som f.eks. åndelig helbredelse eller healing – herunder forbøn. En undersøgelse fandt, at 31 % af adspurgte patienter havde brugt sådanne interventionsformer, inden de blev syge, og 52 % af dem brugte dem efter diagnosen (Molassiotis, Fernandez-Ortega, Pud, Ozden, Scott, Panteli et al., 2005). Ikke overraskende vokser den medicinske interesse for forbøn således også. En enkelt søgning i december 2009 på PubMed, den primære lægevidenskabelige artikeldatabase, med søgeordene "prayer therapy« gav et samlet udfald på 16.216 publicerede artikler.



## *Positiv og negativ religiøs coping*

Spørgsmålet er så hvilken betydning denne tro på guddommelig indgriben kan have hos livstruede patienter. Den forskning der kontinuerligt finder sted under begrebet religiøs coping kan tjene til at belyse dette spørgsmål. Coping-begrebet er især inspireret af psykologen Richard S. Lazarus og dækker over måden, hvorpå mennesker søger at håndtere, minimere, reducere eller tolerere stress. Indenfor religionspsykologien er det især Kenneth Pargament, der har specialiseret feltet under begrebet religiøs coping, der belyser hvordan religiøse ressourcer kan hjælpe patienter med at håndtere sygdom. Mange velrenommerede videnskabelige artikler bekræfter at religiøs coping kan være positiv og desværre i nogen tilfælde også negativt, alt efter hvordan patienters gudsbilleder præger deres sygdomsbilleder (Pargament, 1992; Pargament, Ensing, Falgout, Olsen, Reilly, Haitsma et al., 1990). Gudsbilleder hvor sygdom og krise således er udtryk for den handlende Guds straf, er fundet associeret med nedsat selvværd og øget stress, hvorimod det modsatte er tilfældet ved gudsbilleder, hvor Gud er den, der går med ind i lidelsen og aktivt understøtter den troende (Pargament, Smith, Koenig, & Perez, 1998).

Psykologien har ofte forholdt sig relativt negativ over for patienters tro på mirakler (Coyle, 2001). Man har betragtet denne tro som et udtryk for virkelighedsflugt eller benægtelse af en krise der er for grusom for patienten at klare (deferering attitude). I dag er situationen imidlertid ændret således at der er voksende anerkendelse af, at behandlerne ikke straks har pligt til at tvinge patienten til at erkende sandheden og komme ud af benægtelsestilstanden, for nogen gange kan den være en nødvendig overgangstilstand, der beskytter patienten i krise. Der er imidlertid behov for at hjælpe patienten når benægtelsen får konsekvenser, der modvirker patientens chancer for at håndtere krisen på en fordelagtig måde (Sulmasy, 2007), især når troen øger risikoen for kræftrelateret depression (Fitchett 2004; Pargament, Murray-Swank, Magyar, & Ano, 2005).

Forestillingen om, at Gud straffer mennesker gennem sygdomme og traumer er, særligt efter Kenneth Pargaments forskning, blevet kaldt et eksempel på negativ religiøs coping'. Negativ religiøs coping har vist sig at være direkte hæmmende for psykisk stabilitet, livskvalitet og livslængde. Meget tyder på at mennesker krampagtigt tenderer mod at se Gud som den dømmende i krisesammenhæng, netop hvor troen og tilliden til Guds kærlighed og omsorg skulle sætte ind og hjælpe med at mestre krisen. Sexton og Maddock argumenterer for at der til grund for denne tendens ligger en *selvførdømmelse*, som de betragter som den værste og oprindelige menneskelige synd fra Edens Have, fordi den i sidste ende

indebærer en afvisning af Gud og hans væsen, da den går imod Guds bud om, at mennesket skal tro på guddommelig tilgivelse og kærlighed (Sexton & Maddock, 1978). Det kan føre til religiøs konflikt, angst og depression fordi den Gud man burde finde tryghed hos, nu er blevet den værste fjende. Resultatet er vrede mod sig selv eller mod Gud. Interessant nok kan troen på at Gud kan gøre mirakler føre til en forstærkelse af dette negative coping-mønster: hvis Gud *kan* gøre mirakler, men undlader at gøre dem over for mig, så må det være fordi han ikke *vil* udføre dem, og det må jo så være fordi han har noget imod mig.

Eftersom troen på mirakler normalt er forbundet med troen på guddommelig kraft, vil mange der tror på mirakler, også tro på guddommelig styring og kontrol. Troen på at Gud er årsag til alt der sker, er udbredt i de ældste lag af det Det Gamle Testamente: "Indse dog, at det er mig, kun mig, der er ingen Gud ved siden af mig; det er mig, der dræber og gør levende, har jeg knust, er det mig, der læger; ingen kan rive nogen ud af min hånd« (2 Mosebog 32,39) og i Koranen: "Han leder, hvem han vil, og han vildleder, hvem han vil« (Koranen 70:34). Den findes i jødisk tro og tænkning (i alle fald inden Auschwitz), Islam og visse retninger inden for Calvinismen (Weber, 1993). Troen på at Gud står bag alle hændelser, både gode og onde, er i dag især udbredt i udviklingslande. Her bliver den ofte blandet synkretistisk med oprindelige religionsformer der kun styrker forestillingen om Guds eller kosmiske kræfters styring af de jordiske hændelser. Over 80% af filippinere var således overbeviste om at Gud stod direkte bag Tsunamien i 2004 (Bankoff 2004).

En sådan tro på at Gud er årsag til alt der sker, kan blive svært destruktiv, når den kombineres med en overbevisning om, at Gud *straffer* patientens synder gennem ulykke og sygdom. Ligesom der i Det Gamle Testamente findes mange overvejelser omkring lidelsens *ophav*, gives der mange *begrundelser* for, hvorfor mennesker skal lide. Det primære svar er at Gud opdrager eller straffer gennem lidelse, et svar der især findes mange eksempler på i det Gamle Testamente (Bankoff, 2004) og i Koranen (McDermott, 1990). Næret af gammeltestamentlige gudsbilleder har troen på at Gud sender ulykker som straf for ugerninger ligeledes været udbredt op gennem vesterlandets historie (Gerlitz, 1997).

### *Helbredelsesmirakler som substitut for lægelig behandling?*

Religiøse overbevisninger influerer andet end forskelligartet coping. Den kan ændre beslutninger om medicinsk intervention ved at patienter betragter Guds handlen som en alternativ terapiform, der leder patienter til at afvise lægelig behandling. Det kendteste eksempel herpå Jehovas Vidners afvisning af blodtrans-

fusion og de dilemmaer, det ofte har ledt til. En enkelt søgning på PubMed med søgestrengen »Jehovahs Witnesses blood« i december 2009 gav 759 artikler der som regel diskuterer hvilke medicinske teknikker, der under komplekse operationer bedst tilgodeser ønsket om operation uden blodtransfusion af fremmet blod.

Troen på en Gud der kan gøre undere, kan også lede patienter til at betragte Guds indgriben som en alternativ helbredelsesform, der erstatter traditionel lægelig behandling. Sådant tro kendes fra "Kristen Videnskab"-bevægelsen, der skelner mellem tros-helbredelse og lægehjælp, og hvor man ofte foretrækker troens frem for lægens evner (Cunningham & Grell, 2001). Der er mange andre eksempler på hvordan religiøse forhold kan påvirke patienters valg af lægelig intervention (May, 1995). Fælles for mange af dem er at ønsket om at gå til lægen kan være et udtryk for svag tro. Denne tendens er naturligvis farlig idet den dækker over den basale holdning, at vores tro på Guds eksistens og handlen først for alvor viser sig som seriøs, når vi undlader at handle, som vi ellers ville have gjort, hvis vi ikke havde troet på Guds handlen.

Ekstremudgaven af denne tro møder vi i *The Church of God with Signs Following*, også kaldt *Snake Handlers* (Lo, Ruston, Kates, Arnold, Cohen, Faber-Langendoen et al., 2002). Der er tale om en kristen retning der har sin oprindelse i 1910, hvor man til gudstjenesterne medbringer giftslanger, som de troende lader vride sig om halsen, eller gift som de drikker, inspireret af udtalelsen om de troende i Markus 16,18: »...og de skal tage på slanger med deres hænder, og drikker de dødbringende gift, skal det ikke skade dem.« Her *undlader* man ikke alene at handle når man bliver syg, for at vise sin tro på at Gud nok skal handle, nej man *tilføjer* ligefrem en potentiel farekilde, for at Guds beskyttende og handlende virkning skal stå knivskarpt frem. At denne praksis har fået fatale følger, viser i sig selv, hvor uhenigtsmæssig fortolkning den er af den nytestamentlige tro på miraklernes Gud.

Faren ved alle disse former for at ville søge at bevise sin tro på Guds handlen er at troen på Gud bliver en præstation, hvor det er den enkeltes *tro* og ikke Guds virke, der er forudsætningen for helbredelsen. Det afgørende er hvad jeg gør, for at Guds handlen kan indtræffe. Troen på miraklernes Gud kan blive sygelig når den på denne måde bliver præstationsagtig og fokuserer på de troendes tros-evner i stedet for Guds kærlighed og omsorg. Der er mange eksempler på de skuffelser der kan indtræffe, når mirakuløs helbredelse udebliver. Sådanne skuffelser er ofte så store at de både udgør svære troskriser og evidensunderbygget negative coping-forhold (Hood, 1998; O'Reilly, 2000).

Vi har nu set på nogle af de eksempler hvorpå en tro på mirakler kan medføre uhenigtsmæssige mestringsressourcer. Meget tyder imidlertid på at troen

på mirakler ikke altid er negativ, men ofte hjælper patienter, når troen er velintegreret i et større trosunivers, der har blik for lidelsens religiøse betydning. Meget empiri tyder på at en levende tro på en levende Gud indebærer positive coping ressourcer, som hjælper patienter ved at holde deres håb oppe og tro på, at de ikke er opgivet. Kenneth Pargament, der om nogen har medvirket til psykologien omkring religion og coping, antog i sine tidlige studier om patienters religiøse håndtering af krise at troen på mirakler lå under kategorien benægtelse. Således lod han da også spørgsmålet om hvorvidt patienter ventede på et under, fungere som indikator for, om de var i en tilstand af benægtelse. I de undersøgelser der siden fulgte, viste troen på guddommelig indgriben sig imidlertid at være mere kompleks idet den, ud over at kunne lede til uhensigtsmæssige coping-attituder, overraskende også kunne lede til bedre mål for håndtering af krise (Pargament et al., 1990). Dette resultat er senere blevet bekræftet i andre undersøgelser (Belavich & Pargament, 2002; Pargament, 1997). Pargament konkluderer derfor at bønner om et under oftest er forbundet med bedre mestring, fordi den trods de dystre udsigter styrker den troende i selve gudsforholdet, selvom det altså ikke indeholdt det under, den bedende håbede på.

### *Patienters tro på mirakler i praksis*

Spørgsmålet er nu hvordan man i sundhedsvæsenet skal forholde sig til patienters tro på mirakler i praksis.

For det første må man understrege at der ikke er noget, der tyder på, at troen på mirakler i sig selv er tegn på nogen religiøs patologi. Som vi så i starten er troen på mirakler en integreret del af troen på Gud som levende, som skaber og som opretholder af universet og denne tro har langt de fleste religioner og trosretninger til fælles. Det er op til enhver om man vil "tro på denne tro", men ingen kan stille sig til dommer over andres tro og hævde, at der er noget galt med den, fordi den er anderledes end ens egen. Ligesom det naturligvis forventes at en troende læge ikke benytter et menneskes lidelse til at missionere for sin egen trosretning, lige så lidt må det forventes, at en ateistisk læge søger at overbevise en troende patient om, at dennes tro er forkert. Det er for det første imod religionsfriheden, der gælder på sygehuset i lige så høj grad som i andre offentlige steder i samfundet. For det andet er der forskning, der tyder på, at det kan være destabiliserende for patienter, hvis der rykkes ved det eksistentielle og religiøse univers, som udgør den væsentlige indre sammenhængskraft, der kan hjælpe dem gennem krisen.

Meget tyder på at problemet imidlertid ikke er, at behandlere går for meget ind over patienters private grænser. I en stor spørgeskemaundersøgelse fra 2006 under Kræftens Bekæmpelse fik patienterne følgende spørgsmål: "Føler du, at personalet har overskredet dine grænser eller er gået for tæt på i deres forsøg på at hjælpe dig?" Herpå svarede 98 procent af de over 2000 adspurgte kræftpatienter, at de aldrig har følt, at det var sket. Der er tydeligt en modstand mod at bevæge sig ind på det religiøse felt. Ironisk nok er denne modstand både ansporet af ateister og troende: 1. Af ateister, fordi de anser det religiøse felt som et irrationelt felt, underlagt tros-mæssige forhold, der unddrager sig empirisk og rationelt baseret argumentation. 2. Af troende, fordi de påberåber sig religionsfriheden og respekten for det religiøse univers. Buryška mener i en anset artikel (Thuné-Boyle, Stygall, Keshtgar, & Newman, 2006) at der især er tre forhold, der har medvirket til, at vi er så tilbageholdende over for at interagere med patienters kulturelle, religiøse eller åndelige sfærer:

1. Den nærmest absolutte værdi, vi tillægger individuel identitet og personlig autonomi.
2. Den grundholdning, der siger, at det kun er forhold, som kan undersøges empirisk, der har klinisk relevans.
3. Tendensen til at henlægge trosmæssige forhold til privatsfæren og dermed udelukke dem fra offentlig dialog.

Problemet er altså åbenbart ikke at der gøres vold på religionsfriheden. Problemet ligger snarere i en sekulariseret berøringsangst over for det religiøse univers, der ofte skjuler sig under respekten for religionsfriheden. I ovennævnte rundspørge under Kræftens Bekæmpelse rapporterede troende patienter således om utilstrækkelig forståelse for og støtte omkring eksistentielle og religiøse forhold i deres møde med de sundhedsprofessionelle. Ægte omsorg og respekt for mennesker og deres verden kan aldrig finde udtryk i distance til deres verden, men må kunne interagere med alle områder af patientens verden, også troens verden, og selv når behandlerne ikke deler patienternes tro. Det gælder således om at kunne finde måder at styrke patienterne i deres positive meningsdannelse, også når denne meningsdannelse har at gøre med troen på mirakler.

De fleste forskere med interesse for patienters religiøse mestringsressourcer mener endvidere at det religiøse felt også må være underlagt en vis grad af pragmatisk kvalitetsvurdering omkring patienters religiøse mestringsressourcer, sådan at de positive respekteres og de negative kan modgås, især når de har direkte

betydning for patienternes ve og vel i sundhedssammenhæng. Målet må altså være at kunne gå i dialog med patienter, især dem der gør brug af uhensigtsmæssige mestringsressourcer, uden at der gøres vold på religionsfriheden og uden at patienten destabiliseres unødvendigt.

Det kan være svært at vide hvornår en patients *fravalg* af behandling er udtryk for religiøs neurose eller sund tro. Fx vil der ikke være mange behandlere der ryster på hovedet, hvis et ældre menneske, mæt af dage, med sunde børn og børnebørn siger nej tak til potentielt set livsforlængende kemoterapi, med det argument, at vedkommende er klar til at vende hjem til sin Skaber. Omvendt vil man være nødt til at gøre noget hvis en ung patient afviser livsnødvendig behandling ud fra en religiøs tro på, at Gud vil gøre et mirakel, der skal være til ære for Gud. Der vil således være behov for evaluering af enkelttilfælde, ligesom man inden for den medicinske etik ofte er nødt til at applicere generelle retningslinjer til de så svære enkelttilfælde, der ofte befinder sig i gråzoner.

Når det kommer til det konkrete spørgsmål om hvordan *religiøse* argumenter skal håndteres i sygehussammenhæng, er det vigtigt atter at slå fast, at sundhedsprofessionelle til tider er nødt til at gå ind i diskussioner med patienter om religiøst baserede argumenter. Det vil imidlertid være bedre om de kan tilkalde religiøse kompetencepersoner, ideelt set fra patientens trossamfund eller, såfremt en sådan ikke findes, sygehuspræsten (Buryška, 2001). Daniel Sulmasy tilbyder en række kriterier til at evaluere hvornår en patient giver udtryk for en tro på Guds indgriben, der ud fra den pågældendes trossamfund er sund, eller om patienten er i en tilstand af fortrængning og iklæder denne tilstand med en tro på mirakler (Koenig, 2004).

1. Hvis patienten i sin bøn om et under samtidig kan bede om at Guds vilje må ske og være sig bevidst om, at Gud måske ikke ønsker, at helbredelsen skal ske, så vil der være større sandsynlighed for, at troen er sund. Hvis patienten derimod slet ikke vil anerkende den mulighed er faren for fortrængning stor.
2. Tror patienten, at Gud kan gøre underet her og nu, er der sandsynlighed for, at troen er sund og velintegreret. Kræver patienten derimod at lægerne fortsætter en behandling, som de anser for at være nyttesløs, for at Gud kan gøre sin gerning, er der stor sandsynlighed for, at der er tale om fortrængning og virkelighedsflugt.
3. Hvilken effekt har patientens tro på og håb om et under på patientens eget humør og på relationen til pårørende og behandlere på hospitalet?

Er patienten i harmoni med sig selv og sin Gud i håbet om hans indgriben, og er relationen til andre sund, så er troen det formentlig også. Fører patientens tro på og bøn om et under derimod til spændinger hos sig selv, de pårørende og behandlerne, er der større sandsynlighed for, at troen er usund.

4. Er patienten rede til at acceptere input fra andre medlemmer af den pårørendes trossamfund, også når de tolker troen på en anden måde, end patienten måtte gøre? I så fald er der formentlig tale om en velintegreret tro; i modsat fald vil den regnes den for at være usund. Så vil der efter stor sandsynlighed være tale om ovennævnte idiosynkratiske tro, hvor patienten har udviklet sin egen subjektive tro efter vedkommendes behov for at flygte fra de realiteter, der ifølge Sulmasy kan være for hårde at se i øjnene.

Sulmasy argumenterer med Buryska og andre imod at patienters tro skulle være et uimodsigeligt område, når troen modvirker patienters ve og vel. Han mener det er på sin plads at undersøge, om patienterne udviser tegn på mirakelteologisk virkelighedsflugt efter de ovenstående fire principper. Såfremt det er tilfældet kan det være en god idé at indbyde religiøse kompetencepersoner fra den troendes eget trossamfund eller psykologer med indsigt i religiøse forhold til at indgå dialog med den pågældende patient og ud fra trosretningens indre logik argumentere for, at troen må korrigeres.

### *Konklusion*

I denne artikel har vi set på patienters tro på helbredelsesmirakler og diskuteret hvordan behandlere skal forholde sig til den. Vi har set, at troen på mirakler i sig selv ikke kan anses for at være patologisk eller som et udtryk for virkelighedsflugt eftersom den er en integreret del af de fleste trosretninger, der har en transcendent guddommelig virkelighed som målet for tilbedelse. Ifølge de fleste religiøse retningers selvforståelse kunne der helt enkelt ikke være nogen tro hvis ikke Gud havde grebet ind i historien for at åbenbare sig selv og gøre undere, der gjorde mennesker opmærksomme på hans eksistens.

I psykologien har man imidlertid med rette tvivlet på om mirakeltroen var sund, eller om ikke den snarere var udtryk for en virkelighedsflugt der i værste fald kunne føre til, at patienten ikke tog sin egen krise alvorligt og undlod at handle imod den. Ligesom med de fleste aspekter af den religiøse tro kan også



troen på Gud som levende og handlende fungere positivt og negativt – den kan være kilde til *positiv og negativ religiøs coping*.

Alt for ofte anses det religiøse univers for at være et område af patientens verden som ingen sundhedsprofessionelle bør bevæge sig ind i. Denne holdning er ansporet af naturalistiske, naturvidenskabeligt inspirerede kosmologier der anser den religiøse verden for at være irrationel og lukket for fornuftig argumentation, eftersom den bygger på åbenbarede holdninger, hvis sandhedsværdi ikke kan efterprøves eller verificeres. Ironisk nok har også troende præget denne holdning idet de, med udgangspunkt i religions- og ytringsfriheden, har holdt fast i, at enhver har lov til at tro, hvad hun eller han ønsker at tro. De fleste forskere inden for feltet mener imidlertid i dag at den religiøse tro *godt* kan og bør gøres til genstand for kritisk refleksion, ikke mindst hvad dens konsekvenser for menneskers ve og vel angår. Forskning tyder på at patienters religiøse tro kan have direkte betydning for deres chancer for at komme sig efter sygdom, for deres risiko for depression, og for deres oplevede livskvalitet generelt, alt efter om den er indebærer positiv eller negativ coping.

Det gælder også troen på mirakler, som kan og bør granskes, netop som udtryk for at man tager den alvorligt. Derved hjælper man patienter med at opretholde troen som et aktiv, når den er sund, og med at kunne tænke anderledes inden for deres trosunivers, når den viser sig at have usunde konsekvenser. For at sikre kvaliteten og lødigheden af sådanne samtaler vil det imidlertid være bedst hvis de føres mellem patienten og religiøse kompetencepersoner fra patientens tros-samfund (Sulmasy, 2007).

Religiøse forhold kan have stor betydning for praksis og kan af samme grund ikke blot henskrives til private forhold, der ikke angår de sundhedsprofessionelle. I en moderne sundhedspraksis, hvor der er fokus på patienten som helt menneske, er hensyn til eksistentielle og spirituelle forhold en integreret del af praksis i det omfang, de påvirker patientens livskvalitet positivt eller negativt. Det gælder især for livstruede patienter for hvem de eksistentielle forhold ofte får særligt betydning.

## Litteraturliste

- Ahmadi, F. (2006). *Culture, Religion and Spirituality in Coping: The Example of Cancer Patients in Sweden*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis
- Bankoff, G. (2004). In the Eye of the Storm: The Social Construction of the Forces of Nature and the Climatic and Seismic Construction of God in the Philippines. *Journal of South-east Asian Studies*, 35(01), 91-111.



- Barnes, P.M., Powell-Griner, E., McFann, K. & Nahin, R.L. (2004). Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults: United States, 2002. *Advance Data*, 343, 1-19.
- Belavich, T.G. & Pargament, K.I. (2002). The Role of Attachment in Predicting Spiritual Coping with a Loved One in Surgery. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 9(1), 13-29.
- Buryaska, J.F. (2001). Assessing the ethical weight of cultural, religious and spiritual claims in the clinical context. *British Medical Journal*, 27(2), 118.
- Cavanagh, M.E. (1994). Ministering to Cancer Patients. *Journal of Religion and Health*, 33(3), 231-241.
- Coyle, B.R. (2001). Twelve Myths of Religion and Psychiatry: Lessons for Training Psychiatrists in Spiritually Sensitive Treatments. *Mental Health, Religion & Culture*, 4(2), 149.
- Cunningham, A. & Grell, O.P. (2001). *The Four Horsemen of the Apocalypse: Religion, War, Famine and Death in Reformation Europe* Cambridge: Cambridge University Press.
- Duffin, J. (2009). *Medical miracles : doctors, saints, and healing in the modern world*. Oxford ; New York: Oxford University Press.
- Fitchett, G. (2004). Religious Struggle: Prevalence, Correlates and Mental Health Risks in Diabetic, Congestive Heart Failure, and Oncology Patients. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 34(2), 179-196.
- Gallup, G. & Jones, T.K. (2000). *The next American spirituality : finding God in the twenty-first century*. Colorado Springs, Colo.: Cook Communications.
- Gallup, G.D. (1996). *The Gallup Poll: Public Opinion, 1995: Scholarly Resources*, Incorporated.
- Gerlitz, P. (1997). Theodizee I - Religionsgeschichtlich. In G. Möller & G. Krause (Eds.), *Theologische Realenzyklopädie (TRE)* pp. 210-215). Berlin: W. de Gruyter.
- Gwynne, P. (1996). *Special Divine Action : Key Issues in the Contemporary Debate, 1965-1995*. Roma: Pontificia Università Gregoriana.
- Hood, R.W. (1998). When the Spirit Maims and Kills: Social Psychological Considerations of the History of Serpent Handling Sects and the Narrative of Handlers. *International Journal for the Psychology of Religion*, 8(2), 71-96.
- Hvidt, N.C. (2007). Tro og Helbred. Teologiske perspektiver på religiøs coping. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 7, 97-127.
- Koenig, H.G. (1998). Religious Attitudes and Practices of Hospitalized Medically Ill Older Adults. *International Journal for Geriatric Psychiatry*, 13(4), 213-224.
- Koenig, H.G. (2004). Religion, Spirituality, and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice. *The Southern medical journal*, 97(12), 1194-1200.
- Lo, B. et al. (2002). Discussing Religious and Spiritual Issues at the End of Life: A Practical Guide for Physicians. *The Journal of the American Medical Association*, 287(19), 749-754.
- Mansfield, C.J., Mitchell, J. & King, D.E. (2002). The Doctor as God's Mechanic? Beliefs in the Southeastern United States. *Social Science & Medicine*, 54(3), 399-409.
- May, L. (1995). Challenging Medical Authority: The Refusal of Treatment by Christian Scientists. *The Hastings Center Report*, 25(1), 15-22.
- McCaffrey, A.M., Eisenberg, D.M., Legedza, A.T., Davis, R.B. & Phillips, R.S. (2004). Prayer for health concerns: results of a national survey on prevalence and patterns of use. *Arch Intern Med*, 164(8), 858-862.
- McDermott, J.M. (1990). *The Bible on Human Suffering*. Slough: St Paul Publications.

- Molassiotis, A. et al. (2005). Use of Complementary and Alternative Medicine in Cancer Patients: A European Survey. *Annals of Oncology* 16(4), 655-663.
- National Center for Alternative and Complementary Medicine. (2002). What Is Complementary and Alternative Medicine (CAM)? NCCAM Publication No. D156. Bethesda, MA: National Institutes of Health (NIH).
- Norris, P, & Inglehart, R. (2004). *Sacred and Secular*: Cambridge University Press New York.
- O'Reilly, J. (2000). The Hospital Prayer Book: A Partner for Healing. *Literature and Medicine*, 19(1), 61.
- Pargament, K.I. (1992). God Help Me (II): The Relationship of Religious Orientations to Religious Coping with Negative Life Events. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 31(4), 504-513.
- Pargament, K.I. (1997). *The Psychology of Religion and Coping : Theory, Research, Practice*. New York: Guilford Press.
- Pargament, K.I. et al. (1990). God Help Me:(I): Religious Coping Efforts as Predictors of the Outcomes to Significant Negative Life Events. *American Journal of Community Psychology*, 18(6), 793-824.
- Pargament, K.I., Murray-Swank, N., Magyar, G.M. & Ano, G.G. (2005). Spiritual Struggle: A Phenomenon of Interest to Psychology and Religion. In W. R. Miller & H. D. Delaney (Eds.), *Judeo-Christian Perspectives on Psychology : Human Nature, Motivation, and Change* (p. Chapter 13). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pargament, K.I., Smith, B.W., Koenig, H.G. & Perez, L.M. (1998). Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 710-724.
- Pawlikowski, J. (2007). The History of Thinking About Miracles in the West. *South Med J*, 100(12), 1229-1235.
- Porterfield, A. (2005). *Healing in the History of Christianity*. New York: Oxford University Press.
- Rambo, L.R. (1993). *Understanding religious conversion*. New Haven: Yale University Press.
- Richardson, M.A., Sanders, T., Palmer, J. L., Greisinger, A. & Singletary, S.E. (2000). Complementary/Alternative Medicine Use in a Comprehensive Cancer Center and the Implications for Oncology. *Journal of Clinical Oncology*, 18(13), 2505-2514.
- Roberts, L., Ahmed, I., Hall, S. & Davison, A. (2009). Intercessory prayer for the alleviation of ill health. *Cochrane Database Syst Rev*(2), CD000368.
- Sexton, R.O. & Maddock, R.C. (1978). The Adam and Eve Syndrome. *Journal of Religion and Health*, 17(3), 163.
- Steens, J. (2005). Sygehuset er det mest religiøse hus i byen. *Kristeligt Dagblad*. København.
- Sulmasy, D.P. (2007). Distinguishing Denial From Authentic Faith in Miracles: A Clinical-Pastoral Approach. *South Med J*, 100(12), 1268.
- Thuné-Boyle, I.C., Stygall, J.A., Keshitgar, M.R. & Newman, S.P. (2006). Do Religious/Spiritual Coping Strategies Affect Illness Adjustment in Patients with Cancer? A Systematic Review of the Literature. *Social Science & Medicine*, 63(1), 151-164.

- Verhoef, M.J., Balneaves, L.G., Boon, H.S. & Vroegindewey, A. (2005). Reasons for and Characteristics Associated With Complementary and Alternative Medicine Use among Adult Cancer Patients: A Systematic Review. *Integrative Cancer Therapies*, 4(4), 274-286.
- Weber, M. (1993). *The Sociology of Religion*. Boston: Beacon Press.
- Woodward, K.L. (2000). *The Book of Miracles - the Meaning of the Miracle Stories in Christianity, Judaism, Buddhism, Hinduism, Islam*. New York: Simon & Schuster.
- Zilstorff, L. (2007). *Kræft, tro og eksistens under lup*. Nyheder fra Cancer.dk. København: Kræftens Bekæmpelse.