



AKADEMIN FÖR UTBILDNING OCH EKONOMI
Avdelningen för humaniora

Tro och psykisk ohälsa

Om religiositet och andlighet hos personer med psykiska problem
relaterat till IPS/Borderline och beteendeproblematik

Hanna Gustavsson

Maj 2018

Examensarbete, Grundnivå (kandidatexamen), 15 hp
Religionsvetenskap
Människa-kultur-religionsprogrammet
Religionsvetenskap med inriktning kultur och identitet 61-90 hp

Handledare: David Carlsson
Examinator: Birgit Lindgren Ödén

Abstract

The relationship between religion and mental healthcare are somewhat complicated with the psychiatric need for control and religions attempt to accept what we cannot control. Swedish mental healthcare is undergoing a change towards a more individualistic and patient ruled care. Throughout the world clinicians are more and more convinced with the positive effects religion and spirituality can have on the recovery process for the mentally ill. This paper will show a variety of different studies made on the effect of combining religious coping with mental illness as well as showing result from interview made especially for the context of this paper. The result of these combined studies shows an overall positive effect of religious coping for the mentally ill. Focus within the primary study is behaviourproblematics with extra attention on IPS, emotionally instable personalitydisorder formerly known as borderline personalitydisorder and posttraumatic stresssymptom.

Keywords

Psychologic of religion, religion and mental care, religion and coping with mental health, IPS, Borderline, PTSD, DBT

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Syfte och frågeställning.....	2
Centrala begrepp.....	3
Psykologiska termer – diagnosförklaring.....	3
Religionsvetenskapliga begrepp.....	4
Tidigare forskning.....	6
Datainsamling och avgränsning.....	6
Religion och coping – relationen mellan andlighet och vetenskap.....	7
Religion som terapeutiskt verktyg.....	10
Religionsvetenskaplig Teori.....	13
Anknytningsteorin – en sammanfattning.....	13
Anknytningsteorin och religiositet.....	14
Teorins betydelse för uppsatsen.....	15
Metod.....	15
Arbetshypotes och urvalsprocess.....	16
Kvalitativ metod – intervjuprocess.....	16
Forskningsetik.....	18
Resultat – Intervjuredovisning.....	18
Patient A.....	18
Patient B.....	19
Patient C.....	20
Terapeut A och B.....	22
Resultatanalys.....	24
Tro och andlighet och psykisk ohälsa – en nödvändig men komplicerad relation.....	24
Religiositet i psykoterapeutisk behandling – nödvändig trend eller potentiell riskfaktor?.....	28
Diskussion.....	30
Uppsatsens uppbyggnad, metod och resultat.....	30
Vidare forskning.....	31
Referenser.....	32
Litteraturförteckning.....	32
Webbsidor - artiklar.....	32
Källor.....	33
Bilaga 1 – informationsbrev inför intervjudeltagande.....	34

Inledning

Psykisk ohälsa är ett ämne som alltmer kommer fram ur skuggorna och in i människors vardagsrum. Att lida av en psykisk sjukdom kan ofta vara starkt kopplat till skam men den sista tidens uppmärksamhet genom sociala medier tycks ha bidragit till allmänhetens växande intresse och medvetenhet. Att tro och andlighet är en lika naturlig del av människans medvetande och således kräver viss omsorg verkar dock förbli en känslig fråga i det sekulariserade samhället Sverige. Men kanske förändringens vindar blåser även här.

Jag valde att inrikta mig på en mellanstor stad i Sverige just för att jag finner svenskarnas religiositet extra intressant. I ett land där utbrändhet och stressrelaterad ångest är en av de vanligaste sjukskrivningsorsakerna förvånar det inte att traditionellt buddhistiska attribut som mindfulness och yoga har funnit ett starkt fäste i folkhemmen. Religion och coping är dock ett stort och brett ämne och jag valde att fokusera på en specifik problematik och sedan försöka relatera dess uttryck och behandlingsresultat till tro och andlighet. I undersökningsprocessen av uppsatsen passerade många texter och faktaböcker, en bok som inte riktigt passade in i tidigare forskning vill jag ändå lyfta fram såhär inledningsvis på grund av dess utgångspunkt just i svenskarnas religiositet. Religionshistorikern David Thurfjell diskuterar ämnet i sin bok *Det gudlösa folket – de postkristna svenskarna och religionen* och pekar på att oavsett bakgrund börjar även den sekulariserade svensken inse att tro och andlighet faktiskt är en naturlig del av människans utveckling. Kanske till följd av den stora flyktingströmmen som fört med sig flera trosföreställningar och redovisat den annars överrepresentativa religiösa majoriteten av jordens befolkning i ett samhälle där frasen ”jag är inte religiös men jag tror på Gud” förväntas förstås som helt naturlig. Thurfjell menar att en ny mer positiv inställning till tro och andlighet kan relateras till ett generationsskifte. Innehavarna av samhällets maktpositioner består idag till största del av 60 – och 70-talister, en generation som i viss mån fortfarande lider av en revolutionistisk anda. Kommande maktinnehavare och tillika 90-talisterna är istället uppvuxna i ett interreligiöst samhälle där tro och andlighet knappast ses som något skrämmande¹.

¹ Thurfjell (2015) s, 185-201

Att förstå människans behov av andlig utveckling är också att relatera det till den mentala hälsan. Svensk sjukvårds motvilja till religiösa attribut speglas av befolkningens sekularisering, frågan är om sjukvården hänger med i den nya trenden? Psykiatrin speciellt har genomgått en förändring mot ett mer individuell och patientfokuserat behandlingssystem och i andra delar av världen verkar det som att även relationen mellan människans religiositet och behov av andlig utveckling letat sig in i psykiatrins kliniska rum.

I den här uppsatsen kommer fokus hamna på den dialektiska beteendeterapin (DBT) som i viss mån bygger sin behandlingsform på ett buddhistiskt/andligt tankesätt med mindfulness som huvudsakligt behandlingsspar. Undersökningen kommer gå ut på att ta reda på huruvida tro och andlighet relateras till DBT-behandlingen och de patienter som sammanfattas av beteendeproblematik. Nedan följer en frågeställning utformat för uppsatsens räkning samt en förtydligande av studiens syfte och tillvägagångssätt.

Syfte och frågeställning

Uppsatsen syftar till att undersöka huruvida tro och andlighet relateras till psykisk ohälsa med specificering på personer med personlighetsproblematik och panikångest. Då flertalet personer med denna problematik även lider av posttraumatiska stresssymptom kommer uppsatsen även undersöka tro och andlighet i relation till trauma. Fokus kommer ligga på patienternas syn på sin problematik och om denna skiljer sig hos personer med stark andlighet jämfört med hos personer med svag eller ingen andlig tro. Undersökningen kommer inkludera både patienter och terapeuter. Detta dels för att kunna jämföra resultaten och dels för att skapa en så rättvis bild som möjligt. Till det empiriska materialet ingår även tidigare forskning som kommer redovisas och analyseras i anslutning till det egna materialet. För att skapa en vetenskaplig basis har den religionspsykologiska anknytningsteorin används som analysredskap. En frågeställning har sammanställts för att lättare strukturera upp arbetet samt begränsa uppsatsen till relevant tema. Uppsatsens främsta syfte är att besvara följande frågeställning;

- Hur relateras tro och andlighet till den psykiska hälsan hos personer med IPS personlighetsproblematik/borderline personlighetssymptom och/eller PTSD, posttraumatiskt stressymptom?
- Hur påverkas psykoterapeutisk behandling av patientens tro och andlighet?

Centrala begrepp

Här kommer en kort presentation av de begrepp som används frekvent genom uppsatsen.

Psykologiska termer – diagnosförklaring

- *Emotionellt instabil personlighetsstörning (IPS) även kallat Borderline personlighetsstörning* definieras av starka känslopåslag, relationsförstörande beteende samt självskadebeteende. Personer som lider av IPS ser ofta världen i svart eller vitt och formar sina känslouttryck därefter vilket leder till att känslostormar ofta sväller över eller helt stängs av, det finns inget mellanting. Flertalet personer med diagnosen lider även av ett eller flera missbruk då beroendeproblematik är ett av kriterierna. Några andra exempel på kriterier är en stark rädsla av övergivenhet, tomhetskänslor, självskadebeteende samt starka impulser och snabba vändningar. Diagnosen går att behandla och flertalet personer uppfyller oftast inte längre kriterierna för diagnosen efter avslutad behandling². Andra personer uppfattar ofta människor med IPS som ”överdrivna” och ”överkänsliga”. Diagnosen kan oftast spåras till tonåren och även om orsakerna kan variera handlar det i stora drag om en kombination av ärftliga sårbarhetsfaktorer och ogynnsamma uppväxtvillkor. Flertalet med diagnosen kan även lida av ett eller flera trauman orsakade av exempelvis sexuellt övergrepp³.
- *Posttraumatiskt stressymptom, PTSD* framkallas av speciellt chockartade händelser/händelse där utsatt person fruktat för sin säkerhet och ofta sitt liv. Händelser ofta kopplade till symptomen är bland annat krigsupplevelser, sexuella övergrepp, misshandel och naturkatastrofer. Vanliga symptom vid PTSD är panikångest, mardrömmar samt så kallade Flashbacks där minnet av

² 1177 Vårdguiden, Borderline (2018)

³ Nyman (2016)

händelsen inte är helt utan endast bitar kommer tillbaka oftast utan förvarning. Behandling innefattar ofta att gå igenom minnet bit för bit för att återskapa ett fullt minne. Vissa kognitiva beteendeterapeutiska behandlingsmetoder förekommer även⁴.

- *Dialektisk Beteendeterapi, DBT* är den terapiform speciellt utformad för personer med IPS/Borderline utvecklad av professor Marsha Linehan vid universitetet i Seattle i USA under 80-talet. DBT går ut på att lära patienterna hantera och känna igen sina känslor och hitta en inre balans. Centralt för terapin är medveten närvaro och acceptans. Terapin bedrivs både med hjälp av individualterapi och gruppterapi i form av färdighetsträning. Under färdighetsträningen genomgår patienterna fem moduler; medveten närvaro, känsloreglering, relationsbevarande färdigheter, att stå ut i kris – självtröst samt den gyllene medelvägen – om validering⁵.

Religionsvetenskapliga begrepp

Förutom de psykologiska begrepp som uppsatsen berör kommer vissa religionsvetenskapliga begrepp vara centrala. För att skapa en gemensam grund samt infoga vetenskaplig bas kommer här en kort begreppsanalys över de två mest centrala begreppen uppsatsen belyser, *religion* och *andlighet*.

Ingvar Svanberg och David Westberg presenterar en begreppsteoretisk sammanfattning i sin bok *Religion i Sverige*. Författarna inleder med att peka på att begreppsanalysen hänvisar till den vetenskapliga termen av ordets betydelse, i jämförelse med den vardagliga termen, som de menar i princip kan stå för vad som helst som vi väljer att kalla religion⁶. Vidare delas religionsbegreppet upp i fem dimensioner som gemensamt skapar begreppet. *Den narrativa* dimensionen som representerar berättelser i form av sånger, trosföreställningar och dogmer, *den rituella* dimensionen som representerar den religiösa praktiken genom riter. *Den etiska* dimensionen som står för handlingar och leverne, *den sociala* dimensionen som representerar församlings – och samhällspraxis och *den institutionella* dimensionen som representerar hierarkin inom en viss tradition⁷. Svanberg och Westerlund pekar dock på problematiken med att

⁴ 1177 Vårdguiden, PTSD (2018)

⁵ Kåver (2009)

⁶ Svanberg och Westerlund (2013) s, 13

⁷ Svanberg och Westerlund (2013) s, 13-15

enbart ha en begreppsuppfattning för religion och menar att fördelen med flera olika definitionsförslag är att det oftast behövs anpassas efter forskningsområde⁸.

Ingvild Saelid Gilhus och Lisbeth Mikaelsson bidrar till diskussionen i sin bok *Nya perspektiv på religion* genom att addera definitionen med olika praktiska konsekvenser. Ekonomiskt stöd från samhället är ett exempel som skulle kunna fungera som religionsdefinition⁹. Vidare presenterar författarna ett förslag som de menar innefattar samhällsaspekten och bäst fungerar när religion är föremål för vetenskapligt studium;

”Religion är människors förhållande till föreställningsuniversa som kännetecknas av kommunikation om och med hypotetiska gudar och makter.”¹⁰

För uppsatsens räkning kommer Gilhus och Mikaelssons definition agera referensram med viss uppbackning av de fem dimensionerna som presenterades av Svanberg och Westerlund. Definitionen skulle även kunna innefatta begreppet andlighet, men då uppsatsens empiriska resultat separerar begreppen erbjuds även en ytterligare definition. Antoon Geels och Owe Wikström behandlar begreppet andlighet/spiritualitet i boken *Den religiösa människan* som ett slags substitut till gruppbeteckningen New Age. De refererar till Liselotte Frisks förslag där definitionen berör en så kallad ”icke-officiell eller populär religiositet”. Geels och Wikström tydliggör att skillnaden mellan religion och andlighet inom det religionsvetenskapliga studiet oftast betonas av andligheten som en slags privat upplevd religiositet och religion som mer institutionaliserad och ritualiserad¹¹. En definition som lyfts fram är psykologen Jan D. Sinnotts som menar att andlighet är;

”Människans personliga relation till det heliga eller transcendentia, en relation som sedan genomsyrar andra relationer och meningen med ens eget liv. Spiritualitet kan möjligen innesluta livssyner, dogmer och övningar som delas med vilken som helst subkultur.”¹²

Vidare pekar Geels och Wikström på en allt mer växande grupp människor som definierar sin tro som personlig utan tillhörighet i en bestämd grupp med hänvisning till ”Jag är andlig, men inte religiös”¹³. För uppsatsens räkning bör den typen av trosdefinition ställas i relation med Sinnotts definition av andlighet vilket i korthet

⁸ Svanberg och Westerlund (2013) s, 15-16

⁹ Gilhus och Mikaelsson (2003) s, 38-39

¹⁰ Gilhus och Mikaelsson (2013) s, 46-47

¹¹ Geels och Wikström (2012) s, 389-391

¹² Geels och Wikström (2012) s, 391

¹³ Geels och Wikström (2012) s, 393

skulle resultera i en definition av andlighet som ”en privatiserad tro på någonting heligt”.

Tidigare forskning

Här presenteras ett urval av den forskning som bedrivs i ämnet religion och coping med fokus på mental ohälsa och religionens betydelse i copingprocessen. Ordet coping översätts vanligtvis inte i svensk litteratur och hänvisar till att hantera och eller bemästra en viss situation¹⁴. Först följer en presentation av det insamlade materialet.

Datainsamling och avgränsning

Insamling av tidigare forskningsresultat har hämtats genom att använda Högskolan i Gävles biblioteksdata-baser Academic Search Elite och Discovery. Genom att använda sökorden ”religion and coping” och sedan avgränsa till enbart resultat med fulltext hamnade sökresultatet på över 18,000 träffar. En modifikation på sökordet ”religion and coping with mental illness” samt ”religion and mental health” i kombination med specificeringen på resultat med fulltext och akademiska artiklar hamnade sökresultatet på en mer överkomlig nivå. Två artiklar och en E-bok mest relevanta till valt område valdes ut för att inkluderas i uppsatsen.

E-boken *Religion and Coping in Mental Health Care* författad av Joseph Pieper och Marinus van Uden 2005 behandlar både relationen mellan religion och psykisk ohälsa samt redovisar resultat av studier utförda både på patienter och terapeuter angående religionens påverkan på terapi. Artikeln *Changes in Attitudes Toward Religion Among Those with Mental Illness* författad av Steven A Rogers, Malony H. Newton, Esther M Coleman och Leslie Tepper publicerades av Journal of Religion & Health år 2002 ses som en studie vars syfte är att behandla huruvida en förändring skett i attityden gentemot religiositet inom den psykoterapeutiska sfären. Den andra artikeln publicerades 2001 av tidskriften International Review of Psychiatry och tituleras *Spirituality and religion in psychiatric rehabilitation and recovery from mental illness*. Författaren Roger D. Fallot presenterar resultat baserat på religiositetens betydelse för

¹⁴ Geels och Wikström (2012) s, 352

mentalpatienters rehabiliteringsprocess. Inledningsvis refereras till David Thurffjells *Det Gudlösa folket – De postkristna svenskarna och religionen*.

Böcker som inkluderats i tidigare kurslitteratur under programmets gång har även kommit till användning. I den tidigare forskningens resultat behandlas valda delar av Antoon Geels och Owe Wikströms religionspsykologiska verk *Den religiösa människan – En introduktion till religionspsykologin*, information gällande anknytningsteorin har även hämtats från Geels och Wikströms bok. För begreppsanalys och metodbeskrivning har Ingvild Saelid och Lisbeth Mikaelssons bok *Nya perspektiv på religion* samt Ingvar Svanberg och David Westerlunds *Religion i Sverige* konsulterats. För metod och intervjuunderlag har Johan Alvehus bok *Skriva uppsats med kvalitativ metod – En handbok* används som referens.

Religion och coping – relationen mellan andlighet och vetenskap

Religionspsykologen Kenneth Pargament presenteras som ledande inom ämnet religion och coping i Antoon Geels och Owe Wikströms bok *Den religiösa människan*.

Pargaments copingprocess agerar utgångspunkt för ämnet och beskrivs utifrån åtta förutsättningar; det första antagandet är att människan söker signifikans, både subjektivt och objektivt. Det andra antagandet berör människans primära och sekundära bedömning av en viss händelse. Tredje antagandet handlar om människans kulturella förutsättningar, så kallat orienteringssystem, som fungerar som referensram i olika händelser. Det fjärde antagandet vidareutvecklar orienteringssystemet med hypotesen att en specifik copingmetod behöver appliceras för att fullt förstå referensramen. Det femte antagandet kopplas till signifikanssökandet hos människan kopplat till copingprocessen och vilken Pargament menar drivs av både bevarande och förändrande mekanismer. I praktiken betyder det att de försvarsmekanismer som exempelvis förnekelse och fasthållande av en viss princip eller tro är väsentlig för att komma vidare i processen. Det sjätte antagandet är att människan väljer stresshanteringsmetod utifrån signifikansbevarande strategi. Som sjunde antagande utgår Pargament från copingens betydelse i kulturell kontext och det sista och åttonde antagandet berör utvärderingen av coping där nyckeln ligger i resultat och process¹⁵.

¹⁵ Geels och Wikström (2012) s, 359-363

Vidare pekar Geels och Wikström på relationen mellan religion och psykologi som essentiell i religionsantropologiska studier där Pargament menar att många av religionens tidigare självklara områden idag ersätts med psykologi. Det som tidigare omfattades av kyrkan i krishantering som själavård, bön och bikt har idag blivit psykoterapiens monopol med den distinkta skillnaden i att religiositeten uppmanar människan att bejaka det okontrollerbara medan psykologin ämnar hjälpa människan att ta kontroll¹⁶. I boken *Religion and Coping in Mental Health Care* inleder författarna Joseph Pieper och Marinus van Uden med ett kapitel dedikerat till den komplicerade relationen mellan religion och psykisk hälsa. Författarna inleder med att konstatera att problematiseringen i att definiera relationen mellan religion och psykisk ohälsa börjar redan vid definieringen av de båda begreppen. De menar att vad som anses som mentalt instabilt i en kultur ses som helt normalt i en annan, därav måste alltid attribut som social och kulturell bakgrund bejakas. Likaså bör religionsbegreppet appliceras till vald kontext och författarna förklarar att då majoriteten av forskningsresultat presenterade i boken baserats utifrån en judo-kristen religionsdefinition är det den definitionen som kommer användas¹⁷.

Vidare presenterar Pieper och van Uden fem olika områden som eventuellt kan definiera relationen mellan religion och mental hälsa, baserat på tidigare forskningsresultat. Det första området rubriceras *Religion som terapi* och ger övervägande positiva resultat. Religiösa ritualer som bikt, högtidsfirande och pilgrimsresor tas upp som exempel vars effekt har visat sig terapeutiska. Bland annat presenteras resultat som visar att människor under högtidsfirande och religiösa ceremonier lättare kan kanalisera sina känslor dels i takt med församlingen, dels beroende på ceremonin/högtiden. Andra resultat visar hur personer som led av depression radikalt minskade sina symptom under en pilgrimsfärd. Författarna lägger viss tyngd på bön som terapeutiskt hjälpmedel och presenterar resultat från flertalet forskare som visar hur bön inte bara är det vanligaste religiösa hjälpmedlet utan även det mest tillgängliga¹⁸.

Det andra förslaget återkopplas till den inledande tesen om bilden av mental ohälsa och hur eventuellt avvikande beteende kan kanaliseras eller dämpas av strikt religiös uppfostran eller religiös socialisering¹⁹. Det tredje området berör religiositet och

¹⁶ Geels och Wikström (2012) s, 354-355

¹⁷ Pieper och van Uden (2005) s, 25-26

¹⁸ Pieper och van Uden (2005) s, 27-31

¹⁹ Pieper och van Uden (2005) s, 31-33

specifikt den religiösa församlingens funktion som fristad för avvikande beteende och oroliga tankar. Författarna menar att det religiösa livet erbjuder ett reglerat och skyddat liv som inkluderar ett gudomligt beskydd såväl som det från församlingen. Vidare visar resultat att flertalet personer med psykiska problem och beroendeproblematik söker sig till strikta sektliknande religiösa grupper. Utfallet av en sådan kollision kan ge både positiv och negativt resultat. På den positiva sidan presenteras fall där personer med psykiska problem menar att den strikta och kontrollerade värld som skapas av exempelvis Jehovas Vittnen minskar frestelserna från omvärlden. Även om strikt religiöst liv kan ge både trygghet och en känsla av frihet från det psykiska problemen i form av kanalisering visar resultat att personer med allvarliga psykiska problem ofta byter religiösa grupper. Detta menar forskare kan bero på dels att naturen hos en beroendepersonlighet ofta tenderar hoppa mellan intensitet och apati samt att den psykiska ohälsan oftast "tar över" till sist²⁰.

Det fjärde exemplet berör den psykiska åkommans eventuella maskering i religiös kontext. Bland annat diskuteras mystikers uppenbarelser, tungtalande samt prästskapet som möjliga uttryck för att dölja en psykisk åkomma. Resultat från studier presenteras där det framkommit att en majoritet av präster lider av olika psykiska åkommor och att prästerskapet i sig ofta döljer sjukdomen som excentriska personlighetsdrag eller passionerad tro²¹. Det femte och sista området omfattas av religiositet som orsak till psykisk ohälsa. Här redogör författarna för resultat där patienter med psykiska problem förvärrat sitt mående i och med en strikt religiös extremism där Gud och det gudomligt allvetande jämförs med en terapeut eller en behandling. I dessa fall framstår behandlingen och/eller terapeuten ofta som obefintliga i jämförelse med gudomen vilket ökar avståndet mot ett tillfrisknande. Gud eller ett visst religiöst beteende kan även ursäktas patientens psykos som intensifieras genom en tro på gudomlig inverkan. Slutligen refererar författarna till Freuds idé om religiositet som bakomliggande psykisk sjukdom då det religiösa livet uppmanar till ett onormalt leverne som kan skapa skuld och splittrande känslor hos personer med tenderande mental oastabilitet²².

Slutligen pekar Pieper och van Uden återigen på vikten att placera individen och dess religiositet och sjukdomsbild i kontext till kulturell och social bakgrund²³, en idé som delas av såväl Geels och Wikström som Pargament. Som tidigare nämnt anger

²⁰ Pieper och van Uden (2005) s, 31-34

²¹ Pieper och van Uden (2005) s, 35-38

²² Pieper och van Uden (2005) s, 39-41

²³ Pieper och van Uden (2005) s, 42-43

Pergament människans orienteringssystem som en viktig och funktionell del i copingprocessen. Han menar att kulturella och sociala referensramar kan bidra till besvarandet av frågeställningen om när människor vänder sig till religiositet som copingstrategi. Utifrån attributionsteorin förklarar Pergament sammanhanget mellan individ, krissituation och kulturell/social kontext. Här erbjuds tre faktorer som ökar sannolikheten för religiös coping; *den personliga nivån* som förutom personlig tro innefattar människor med svårigheter, kvinnor, äldre, svarta och fattiga. *Den situationella nivån* som innefattar hur pass hotfull situationen är samt *den kontextuella nivån* som berör olika kulturer och samfunds vana av coping²⁴.

Religion som terapeutiskt verktyg

Tidskriften *Journal of Religion and Health* publicerade 2002 en studie vars syfte var att undersöka huruvida det fanns en förändrad attityd mot religion hos personer med psykisk ohälsa. Studien inleds med författarnas konstaterande att den amerikanska psykiatrin undergår en förändring gällande betydelse av religiositet och andlighet hos patienter med psykisk ohälsa. Då kliniker tidigare uppvisat en attityd av misstro och motvilja att validera mentalpatienters religiösa och andliga behov har nya studier visat att religiositet kan vara en drivande kraft i bearbetningen. Författarna pekar på resultat där majoriteten av personer med psykisk ohälsa uppgav att religiositet var en viktig del av deras liv. De poängterar dock att dragningen till det religiösa kan ligga i just den mentala ohälsan då religiositet erbjuder både stöd och tröst samt en känsla av mening och kontext till sin sjukdomsbild. De menar även att resultaten kan vara svårtolkade då personer med psykiska sjukdomsbilder ofta förstärker vissa upplevelser eller intensifieras tillfälligt av exempelvis religiositet²⁵.

Författarna slår fast att den tidigare slutsatsen att personer med psykisk ohälsa förblev konsistenta i sin religiositet inte längre går att applicera i och med nya forskningsresultat där motsatsen bevisats. Oavsett om förändringen i attityden gentemot sin religiositet resulterat i negativ eller positiv utkomma konstateras att en förändring sker och författarna menar att ytterligare forskning behövs för att besvara orsakerna bakom förändringen. Studien som presenteras inkluderar 406 individer alla diagnostiserade med allvarliga psykiska sjukdomsbilder, knutna till olika psykiatriska

²⁴ Geels och Wikström (2012) s, 363-365

²⁵ Rogers, Malony, Coleman och Tepper (2002) s, 167-168

kliniker i Los Angeles²⁶. Resultatet av studien visar att 54 % av deltagarna upplevde en förändring i sin religiositet i benämningen att den blev starkare eller svagare. Av dessa 54 % upplevde majoriteten att förändringen var något som pågick under tiden av mental ohälsa samt att den var positiv (här poängterar författarna att definitionen av *positiv* inte beror på huruvida religiositeten förstärkts eller försvagats utan enbart av deltagarnas egen definition av ordet och således kan resultera i både förstärkt och försvagad religiositet). Studien visar även på resultat gällande religion och coping där 92 % av deltagarna använder sig av någon form av religiös strategi som hjälpmedel dagligen och där bön var den mest förekommande ritualen²⁷. Att attityden förändrats är något som även Roger D. Fallot uppmärksammar i artikeln *Spirituality and religion in psychiatric rehabilitation and recovery from mental illness* publicerad 2001. Artikeln slår fast två trender som författaren finner ökat inom den psykiatriska vården i USA, omvårdnadspersonalens oro inför olika religiösa och spirituella uttryck och attribut hos patienter med allvarliga psykiska problem samt den alltmer accepterade och bemötande attityden mot religiositet och andlighet i rehabilitering från psykisk ohälsa.

Redan inledningsvis definierar Fallot terminologin för *religion* och *andlighet* i bemärkelsen att då båda ord involverar tron på en högre makt, mening och efterliv står religion för en något mer definierad kontext med ett gemensamt enhetligt trossystem och regelbundna ritualer. Vidare ringas tre olika områden in som signifikanta för rehabiliteringsarbetet hos personer med psykisk ohälsa; diagnoser, andlighetens roll i återhämtningsprocessen och andlighetens plats i rehabiliteringsarbetet på kliniker²⁸. Fallot diskuterar det första området, diagnoser, utifrån kriterierna satta av DMS-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) och påpekar att systemet är symptomorienterat och av det skälet fokuserar på de fall där religiositet och andlighet anses problematiska. DSM-IV erbjuder två alternativa bilder av psykiska sjukdomsdiagnoser och andliga erfarenheter. Det första indikerar att religiösa bekymmer är problematiska och anknyter till den psykiska sjukdomen. Här anses den psykiska sjukdomen som det primära attributet och det andliga uttrycket som sekundärt varpå de religiösa vanställningarna oftast försvinner i takt med att den primära sjukdomen behandlas. I det andra alternativet är det istället det religiösa bekymret i sig som är problemet och bör behandlas även om personen har en psykisk diagnos i

²⁶ Rogers, Malony, Coleman och Tepper (2002) s, 169-170

²⁷ Rogers, Malony, Coleman och Tepper (2002) s, 172-173

²⁸ Fallot (2001) s, 110

grunden. Det tillskrivs att personer med allvarliga psykiska diagnoser likväl kan drabbas av existentiella frågeställningar av naturliga slag som mer svårlösta funderingar relaterade till exempelvis religiösa upplevelser i psykos. Oavsett alternativ menar Fallot att nyckeln i behandlingen dels är förståelse av olika individers olika kulturella uttryck, dels förmåga att kunna placera individens specifika föreställning i direkt kontext²⁹.

Vidare konstaterar Fallot att studier gjorda i USA och UK visar att majoriteten av patienter som drabbats av psykisk ohälsa och vänder sig till religion och andlighet när det kommer till rehabiliteringsfasen funnit det hjälpfyllt. Han poängterar dock att även om det övergripande verkar finnas positiva indikationer på religion och andlighets inverkan på psykisk ohälsa finns det även en negativ sida. Kliniker pekar ofta ut svårigheter i behandling av exempelvis depression där religiösa erfarenheter och föreställningar adderar till skuldkänslor och religiösa ideal. Ett ytterligare problem kan ligga i olika religiösa ledares motvilja till viss medicin eller psykoterapi. Efter en närmare redovisning av studier gjorda direkt från patientperspektiv visar dock Fallot hur andlighet har en övervägande positiv effekt på rehabiliteringsprocessen. Här görs återigen skillnad mellan religion och andlighet där det poängteras att även då religiös kontext kan vara central i psykotiska föreställningar är andlighet en viktig del i rehabiliteringen³⁰. Även Pieper och van Uden behandlar aspekten religiositet och terapi och konstaterar att ur ett patientperspektiv visat studier tydligt att religiositet, andlighet och existentiella frågor är en viktig del i en bearbetningsprocess. Pieper och van Uden menar att kliniker och psykoterapeuter måste hänga med i trenden då de allt mer anklagas för att ignorera patienternas andliga behov³¹. Vidare presenteras de en studie gjord i Nederländerna på arbetande psykoterapeuters syn på religiositet i samband med behandling.

Resultaten inkluderar en mångfald av både kvinnor och män och religiös tillhörighet eller andlighet hos terapeuterna. I de fall där terapeuterna ansåg att religiositet spelade en roll i patienters hälsa var fördelningen relativt jämn i huruvida det ansågs som negativt eller positivt. I de fall där religiositeten ansågs ha negativ inverkan på patienterna var den största orsaken skuldbeläggande, antingen i form av en straffande gudomlighet eller människans syndfulla natur. I de positiva fallen var religiösa ritualer den främsta egenskapen där patienter ofta fann mening och kontext i både gemenskapen

²⁹ Fallot (2001) s, 111

³⁰ Fallot (2001) s, 112-113

³¹ Pieper och van Uden (2005) s, 63-65

given av församlingen och meningsfullhet inför ritualer som bön och bikt och meditation³². Fallot diskuterar vidare i ämnet genom att redovisa olika behandlingsmetoder där religiositet fått en plats. I de fall där patienter erbjudits en gruppterapeutisk behandling där religiösa spörsmål diskuteras har det visat att det gett patienterna en möjlighet att placera sina religiösa tankar i vardaglig kontext genom samtal med andra patienter, oavsett religiös tillhörighet. Flera exempel ges på grupper som fokuserar på religiösa och andliga funderingar patienter kan ha i samband med psykisk ohälsa där slutsatsen blir att kliniker ofta förespråkar den typen av fokusgrupp då religiositet undviks i institutionell behandling. På individuell nivå visar Fallot på en trend i inkludering av religiös kontext. Speciellt relaterat till självtröst och bearbetning av trauma är metoder som bön, meditation och mindfulness hjälpfulla redskap³³.

Religionsvetenskaplig Teori

För uppsatsens vetenskapliga basis har den religionspsykologiska *anknytningsteorin* valts ut. I det här stycket kommer teorin få en kort presentation för att sedan användas som underlag vid analys av resultat och tidigare forskning.

Anknytningsteorin – en sammanfattning

Antoon Geels och Owe Wikström benämner anknytningsteorin i sitt religionspsykologiska verk *Den religiösa människan* som en utveckling av de psykoanalytiska teorier som grundas i människans barndom. En del i den freudianska psykoanalys som författarna menar är en av de ledande inom religionspsykologin. Teorins fundament har sitt ursprung i 1950-talet där den utvecklades av John Bowlby som tillsammans med Mary Ainsworth tog den framåt. Efter millenniumskiftet vidtog den så kallade andra generationens forskare, en nyckelperson som funnit med över generationsskiftet är svenska religionspsykologen Pehr Granqvist³⁴.

Bowlby har plockat valda delar av den klassiska psykoanalysens fem antaganden för terapeutiska sammanhang. Den genetiska aspekten, idén om strukturell uppdelning i detet, jaget och överjaget samt den adaptiva aspekten accepteras till fullo medan den ekonomiska och dynamiska aspekten ratats. Bowlby var även intresserad av etnologi och anknytningsteorin visar tydliga spår av evolutionspsykologin, främst med

³² Pieper och van Uden (2005) s, 66-70

³³ Fallot (2001) s, 114

³⁴ Geels och Wikström (2012) s, 158-159

inspiration från människans biologiska roller. Teorin utgår från barnets tidiga relationer till de närmaste vårdnadshavarna och beskriver hur dessa kan tolkas till olika beteendemönster i den vuxna människans relationer³⁵.

Genom studiet av små barns beteende gentemot främmande personer i relation till vårdnadshavarna utvecklade Mary Ainsworth tre typer av anknytningsmönster; trygg – som kännetecknas av en balans mellan anknytningen (vårdnadshavarna) och utforskning (reaktion på främlingen), otrygg-undvikande – kännetecknas av otryggt eller undvikande beteende mot anknytningen och otrygg-ambivalent – som kännetecknas av barnets vecklande förhållningssätt mot anknytning och utforskning. I vuxen ålder visar forskning att trygga personer har lättare att skapa hållbara och nära relationer, personer med otrygg-undvikande personlighet har fler ytliga relationer och har klarar inte av närhetskrav medan personer med otrygg-ambivalent personlighet istället uppvisar en slags hyperemotionalitet där rädsla för att bli övergiven och stark längtan efter närhet är drivande. Senare forskning har genererat i en fjärde modell; desorganiserad anknytning som kännetecknas av en anknytning baserad på rädsla. Personer med denna anknytning präglas ofta av relationsstörande beteende i vuxen ålder då kärlek och trygghet gränsar till rädsla³⁶.

Anknytningsteorin och religiositet

Anknytningsteoretikerna menar att människan kan behöva en ”kosmisk anknytningsperson” som beskyddar oss. Teorin förutsätter en personlig gud eller konkret gestalt där många av egenskaperna som ofta beskriver Gud – kärleksfull, beskyddande, tröstande men också bestraffande och hämndgirig är egenskaper som även används för att beskriva en omvårdare. En persons relation till Gud eller annan religiös gestalt kan beskrivas genom att tillämpa de olika anknytningsmönstren, alltså kan relationen mellan människa och Gud jämföras med den mellan barn och vårdnadshavare³⁷. Granqvist vidareutvecklade anknytningsteorins förhållande till religiositet genom att skapa sex punkter för att känneteckna en anknytningsrelation; den består av (1) ett känslomässigt band mellan två parter där den anknutna (2) söker bestående närhet till anknytningspersonen och (3) använder vederbörande som en trygghet vid hot och fara samt (4) vid utforskande av nya omgivningar. Det kännetecknas även av att (5) den anknutne upplever obehag och/eller sorg vid ofrivillig

³⁵ Geels och Wikström (2012) s, 159-161

³⁶ Geels och Wikström (2012) s, 161-163

³⁷ Geels och Wikström (2012) s, 163-164

separation och permanent förlust samt att (6) anknytningspersonen varseblivs som starkare och visare. Dessa punkter kan appliceras på religiositet genom människans återkommande besök av olika heliga platser och speciellt i relation till krissituationer där Gud eller annan religiös gestalt agerar trygghet³⁸. Vid otrygg anknytning kan ibland Gud agera som en ersättare gentemot de tidiga vårdnadshavarna, en så kallad kompensationshypotes. Detta kan ställas i jämförelse med korrespondenshypotesen som kan uppstå ur en trygg anknytningspersons relation till Gud där denne förväntas vara kärleksfull och tillgänglig³⁹.

Teorins betydelse för uppsatsen

Anknytningsteorin kommer användas som vetenskaplig bas i resultatanalysen av det egna empiriska materialet och den tidigare forskningen som presenteras. Det innebär att resultaten relateras direkt till anknytningsteorins olika benämningar för att kunna placera in intervjupersonernas olika religiösa relationer. Teorins effekt på arbetet kommer sedan diskuteras under uppsatsens diskussionsdel.

Metod

I följande avsnitt presenteras uppsatsens uppbyggnad samt den metod som används för att analysera det empiriska materialet och besvara uppsatsens frågeställningar.

Uppsatsens empiriska material består av intervjuer uppdelat på terapeuter inom området samt personer med IPS som sedan kommer analyseras tillsammans med tidigare forskningsresultat inom ämnet. Närmare presentation av intervjumetod, deltagare samt datainsamling följer nedan. För att tolka materialet kommer en hermeneutisk förståelsehorisont åberopas. I korta drag innebär det att uppsatsens syfte är att tolka och återskapa den aktuella betydelsen av insamlad data. Till skillnad från ett fenomenologiskt förhållningssätt där den religiösa människans övertygelse är i fokus, handlar det hermeneutiska förhållningssättet om att placera det empiriska materialet i en kulturvetenskaplig kontext där kultur och kommunikationsaspekten får tolkningsföreträde⁴⁰. Dessa metoder tillsammans med uppsatsens teoretiska ramverk

³⁸ Geels och Wikström (2012) s, 164-165

³⁹ Geels och Wikström (2012) s, 165-166

⁴⁰ Gilhus och Mikaelsson (2003) s, 37-38

bestående av religionspsykologisk anknytningsteori kombineras för att analysera materialet. De intervjuer som gjorts för uppsatsens räkning kommer således att behandlas som empiriskt material och analyseras i direkt relation till tidigare forskningsresultat.

Arbetshypotes och urvalsprocess

Det inledande arbetsantagandet var att undersöka huruvida religiositet och andlighet hade någon inverkan på psykisk ohälsa, både sett från patienternas bearbetning och behandlings resultat. För att avgränsa området valdes en stad i Mellansverige ut som arbetsområde och beteendeproblematik som inriktning. Kontakt togs med länets landsting och DBT-enheten angående deltagande i intervjustudie. Enheten meddelade att de som regel inte tog emot studenter på kandidatnivå varpå patientdeltagandet föll bort. Två terapeuter vid enheten valde dock att delta. Kontakt togs sedan med två personer tidigare knutna till enheten samt en person som i skrivande stund står i kö för utredning av IPS. Valet av intervjudeltagare skedde slumpmässigt och inga värderingar lades i deltagarnas sociala eller kulturella tillhörighet. Samtliga deltagare är kvinnor, vilket inte hade betydelse för urvalsprocessen utan slumpat sig så på grund av det kvinnodominerade området. Nedan följer en presentation av intervjumetod samt deltagare.

Kvalitativ metod – intervjuprocess

För att få en översikt av intervjuerna som genomförts kommer först en kort förklaring av olika intervjumetoder;

- *Strukturerad* intervju påminner om en enkät där frågor och ibland svarsalternativ är förberedda. Strukturerade intervjuer är i regel kortare än semistrukturerade och ostrukturerade intervjuer
- *Semistrukturerad* intervju är den vanligaste av intervjuformer där intervjuaren förhåller sig till ett formulär med ett fåtal öppna frågor eller ett bredare tema som samtalet centreras kring
- *Ostrukturerad* intervju innebär att intervjuaren mer fungerar som vägledare för ett annars öppet samtal

De flesta intervjuer hamnar oftast emellan spektrumet för de olika metoderna och är då att betrakta som semistrukturerade⁴¹ så även intervjuerna genomförda i den här studien.

⁴¹ Alvehus (2013) s, 82-83

Nedan följer en kort presentation av intervjupersonerna samt intervjuens uppbyggnad, metod och uppskattade längd;

Patient A – Kvinna 27 år boende i centrala Staden där hon arbetar inom barnomsorg. Hon är under utredning för beteendeproblematik med svår panikångest och självskadebeteende. Semistrukturerad intervju genomfördes i kvinnans hem där intervjun inleddes med frågor kring kvinnans sjukdomsbild för att sedan övergå till en mer öppen diskussion kring tro och andlighet. Patient A ledde själv samtalet framåt med stöd från ett antal förutbestämda frågor. Intervjun tog ca 40 minuter.

Patient B – Kvinna 32 år boende i bostadsområde kopplat till Staden. Patient B har en heltidsanställning på kommunen men är för tillfället föräldraledig. Hon har tidigare genomgått en DBT-behandling för IPS diagnos där depression var övervägande i sjukdomsbilden. Semistrukturerad telefonintervju genomfördes under ca 20 minuter där ett antal öppna frågor förde samtalet framåt.

Patient C – Kvinna 30 år boende i bostadsområde strax utanför Staden. Patient C studerar på deltid och arbetar i detaljhandeln resterande tid. Hon har tidigare genomgått en DBT-behandling för IPS och PTSD. Semistrukturerad intervju genomfördes i kvinnans hem. På eget initiativ berättade kvinnan om sin sjukdomsbild för att sedan med hjälp av öppna frågor leda in samtalet på tro och andlighet. Intervjun tog ca 45 minuter.

Terapeut A – Kvinna 45 år boende i centrala Staden med psykologutbildning. Arbetar deltid på DBT-enheten då hon är halvtidssjukskriven. Semistrukturerad intervju genomförd tillsammans med Terapeut B i DBT-enhetens lokaler. Intervjun fördes framåt av öppna frågor och Terapeut A var drivande i samtalet som tog ca 40 minuter.

Terapeut B – Kvinna 46 år boende utanför centrala Staden. Utbildad socionom, socialpedagog och pågående psykoterapeututbildning. Arbetar heltid på DBT-enheten. Semistrukturerad intervju genomförd tillsammans med Terapeut A i DBT-enhetens lokaler. Terapeut B drevs på av samtalets öppna frågor samt Terapeut A.

Forskningsetik

Av forskningsetiska skäl har samtliga deltagare informerats om sekretessnivån och det frivilliga deltagandet i studien. Ett informationsbrev författades där uppsatsens omfång, syfte och akademiska nivå framgick. Informationsbrevet innehöll även kontaktuppgifter till handledare och student. Centralt för brevet var att det tydligt framgick att deltagande skedde helt frivilligt, konsekvenslöst samt att de skulle förbli anonyma. För närmare beskrivning se bilaga 1.

Resultat – Intervjuredovisning

I det här kapitlet kommer det empiriska material som samlats in för uppsatsens räkning presenteras. Materialet är i form av olika intervjuer och dessa kommer redogöras för i sammankopplad text var för sig, raka citat kursiveras.

Patient A

Patient A, som härnäst kommer kallas för Hillevi är en 27 årig kvinna som står i kö för utredning av sin panikångest och vad hon själv misstänker är en borderline personlighetsstörning. Hon har varit i kontakt med psykiatrin under flera år och redan genomgått en utredning som genererade i samtalsterapi för generell ångest, något som hon anser inte direkt hjälpte henne men ändå var en viktig del i att komma till insikt med problematiken. Hillevi definierar sig som kristen men lägger till att hon sällan deltar i gudstjänster mer än vid högtider. Redan inledningsvis, innan frågan är ställd, indikerar Hillevi att hon känner att hon borde vara ”en bättre kristen” och besöka kyrkan oftare. Hon diskuterar vidare att hon faktiskt ber varje kväll och att hon i sina böner ytterst sällan ber om något för egen vinning. Hillevi berättar att hon haft en gudstro så länge hon kan minnas. Att den skulle ta sig uttryck i den kristna tron menar hon är naturligt då det var den som präglade hennes barndom. Även om familjen inte var praktiserande kristna så var kyrkan och framförallt församlingshemmet ett ständigt återkommande inslag i vardagen. Hillevi förklarar att församlingshemmet snarast användes som en slags ungdomsgård där förutom kyrkans barntimme även ungdomskör, rollspel och fritidsverksamhet förekom. Skolavslutningarna hölls i kyrkan och det var de kristna högtiderna som firades. Att hennes tro skulle ta sig uttryck i någon annan

religiositet än den kristna var aldrig aktuell och här påpekar Hillevi att hon ändå studerat några religionsvetenskapliga kurser under sin universitetstid samt alltid varit väldigt fascinerad av all slags religiositet.

Att be varje kväll är en ritual Hillevi ägnat sig åt sedan långt tillbaka, exakt hur länge minns hon inte men indikerar att det började under de tidiga skolåren. Kvällsbönen är något Hillevi är väldigt noga med och enligt henne själv det ända som egentligen avslöjar hennes kristna tro i vardagen. Hon menar att hon lever ett liv som delas av de flesta singlarna i hennes ålder. Hillevi förklarar att hon är av uppfattningen att Gud borde förstå att situationen förändrats sen Jesus tid och att sex före äktenskap och liknande regler inte längre gäller. Hon ser inte sitt leverne som något okristligt utan anser att hennes sökande efter kärlek snarare är en del i hennes psykiska problematik. Bristen på en permanent kärlekspartner är enligt Hillevi grundorsaken till hennes ångestproblematik. Vid frågan om hennes tro hjälper henne i ångesten svarar hon både ja och nej. Hon förklarar att hon känner en viss trygghet i sin tro, speciellt i ritualer som kvällsbönen och i tron på efterlivet. Samtidigt berättar hon om hur hon ofta känner sig som en dålig kristen och misstänker att hennes obefintliga kärleksliv är ett straff skapat av Gud. Hillevi förklarar vidare att hon ofta känner sig som en dålig kristen då hon önskar sig kärlek. Hon menar att trots att hon är noga med att inte fråga efter något för egen räkning i sina böner misstänker hon att Gud ändå ser allt och så även hennes innerliga önskan och att det är just på grund av hennes ”själviska” önskningar som hon straffas genom att inte få dem uppfyllda. Hon tror dock inte att hennes psykiska problem skulle vara ytterligare straff från högre makter utan fokuserar mest på kärleken under samtalets gång.

Patient B

Patient B, hädanefter kallad Lillemor, är en 32 årig kvinna med tidigare borderline diagnos som behandlats med DBT under ett års tid och avslutades för fem år sedan. Lillemors problematik började under tonåren och bottnar i vad hon själv refererar till som ”*en trasig och stökig barndom*”. Lillemor kommer från en akademiskt lagd familj med nästintill obefintlig andlighet där vetenskapen oftast fick agera informationskälla. Hon förklarar att en andlig tro nästan blev en omöjlighet i både hennes familj som i hennes privatperson då hon formligen slukat faktabaserad information. Hon menar att hon för visso tror att det finns någonting som skapat allting i världen, även om hon till fullo tror på evolutionsteorin som efterföljd. Lillemor säger att hon väntar med spänning på att någon form av högre makt ska komma och motbevisa hennes bristande tro men

att även om det finns en Gud har han förmodligen gett upp hoppet eller bara glömt bort oss för länge sedan.

Även om Lillemor varken har någon befintlig gudstro eller andlighet sökte hon sig till en kristen kyrka under en period i sitt liv då hon kände sig ensam. Det var innan hon fick sin DBT-behandling och startade som ett volontärarbete. Det var framförallt tillhörigheten och ”atmosfären” i kyrkan som Lillemor tyckte var tilldragande. Hon förklarar att hon för första gången kände sig helt accepterad precis som hon var och att den delen av kristendomens budskap fortfarande sitter inpräglad i hennes inre. Det blev dock en relativt kortlivad kyrklig period för Lillemor som förklarar att hon efter en tid började se korruption och vad hon uppfattade som dubbelmoral hos både församlingsmedlemmar som religiösa ledare. Lugnet och harmonin som hon eftersträvat fann hon istället i DBT-behandlingens fokus på medveten närvaro.

Lillemor anser inte att hennes korta period som kyrklig egentligen orsakades av någon slags andlig nyfikenhet. Inte heller anser hon att hon känt varken skuld eller skamkänslor relaterat till sin tro eller till sin problematik. De buddhistiska inslag som förekommer i DBT-behandlingen i form av mindfulness relaterar hon istället till hjärnans kapacitet och psykets olika stadium.

Patient C

Patient C, hädanefter kallad Laura, är en 30 årig kvinna med tidigare kombinerad borderline och PTSD diagnos. Laura behandlades med DBT terapi under två års tid med avslut för ca ett och ett halvt år sedan. Laura kom tidigt i kontakt med psykiatrin på grund av flertalet panikångestattacker under de tidiga tonåren orsakade av ett sexuellt övergrepp. Laura berättar hur hon ”*slängts runt på olika psykiatriska enheter där män i vita rockar mest frågade om min barndom och relation till pappa*” något hon menar var helt orelaterat till hennes problematik. Hon förklarar att hon hade en mycket fin uppväxt med nära relation till både föräldrar, syskon och mor och farföräldrar. Redan som liten upplevde hon dock att hennes ”känslkostym” var av en betydligt större storlek än vad som ansågs passande i samhället. Hon berättar att hon ofta fick höra kommentarer om att hon överdrev och överreagerade vilket till slut bidrog till ett ifrågasättande av de egna känslorna och dess yttringar. Laura antog att hennes känslor var ”fel” eftersom ingen annan verkade reagera på samma sätt och började således trycka bort och stänga av de känslor som hon menar var mest besvärliga att hantera, såsom skam, skuld, sorg och rädsla. Hon resonerar vidare och berättar att hon förmodligen hade utvecklat en borderline diagnos även utan övergreppet men att det var den händelsen som drev henne

över kanten och bidrog till hennes PTSD diagnos. Hon menar dock att hennes redan då utvecklade känslöförmåga gjorde att övergreppet under flera år var så pass suddigt i minnet att hon flera gånger ifrågasatte huruvida det överhuvudtaget skett.

Laura fick sina diagnoser redan som 20-åring men valde då att frånsäga sig behandling då DBT terapin innefattar ett kontrakt där patienten binder upp sig på minst ett års behandling. Vid denna tid under Lauras liv var hon mitt uppe i ett mycket stökigt leverne som hon förklarar gjorde att hon inte var mottaglig för behandling och att *”blotta tanken på att binda upp sig på någonting under ett år fick det att krypa i skinnet”*. Det var först efter flera år av olika missbruk som till slut bottnade i ett grovt shoppingberoende Laura insåg att hennes enda utväg var behandling.

Laura definierar sig som en mycket andlig person men förklarar att hennes andlighet haft en tendens att byta fokus relativt ofta. Hon menar dock att den nu landat i en slags kombinerad kristen och buddhistisk tro där kristendomen är en slags bas och buddhismen snarare en livsfilosofisk strävan. Under uppväxten var det kristendomen som präglade vardagen i den mån att man firade högtiderna både i hemmet och skolan men inte besökte kyrkan mer frekvent än så. Hon beskriver sig som en sökare och berättar att hon redan som 12-åring började läsa om indisk kultur och fastnade för meditation och yoga. Som ung vuxen tampades hon av en slags revoltkänsla mot sin barndoms tro och gick mer och mer över till en buddhistisk andlighet, något som hon idag menar har landat i en kombinerad filosofi. Laura förklarar vidare att hennes gudstro orsakat henne både starka skuld känslor samt gett henne trygghet när hon mått som värst. Hon beskriver hur hon ofta sökt tröst i kyrkor och alltid fått en känsla av att *”komma hem”* när hon klivit in i en kristen kyrka. Samtidigt berättar hon hur hon under en lång tid var övertygad om att hennes problematik var ett direkt resultat av aningen dåligt karma, att hon varit en dålig person i ett tidigare liv och nu betalade priset eller att Gud straffade henne för att hon var en dålig person. Oavsett scenario var huvudsaken att hon blev straffad och många tankar gick åt att fundera på vad hon kunde göra för att gottgöra sig.

I DBT-behandlingen fick Laura hjälp med att använda sin andlighet *”på rätt sätt”* och se det som ett stöd och en hjälp till självtröst. Hon menar att då hon tidigare såg sitt trauma som en del av ett bestraffande behövde hon hitta ett sätt att både förlåta sig själv och Gud. Hon avslutar samtalet med att förklara att de skuld känslor hon hade gentemot Gud egentligen var skuld känslor mot sig själv för att hon inte gjorde mer för att stoppa övergreppet. Det var först i traumabehandlingen och i insikten att övergreppet

hände och acceptansen av att det inte går att förutse hur man ska agera under ett övergrepp som hon kunde börja förlåta.

Terapeut A och B

Terapeut A, här efter kallad Malin, är en kvinna på 45 år med psykologutbildning.

Terapeut B, här efter kallad Therese är en kvinna på 46 år med en bakgrund som socionom/socialpedagog samt en pågående psykoterapeututbildning. Malin har arbetat med DBT sedan 2003 och Therese sedan 2007. Samtalet inleds med frågan vad för slags relation de båda kvinnorna har till tro och andlighet. Malin börjar med att säga *”Jag är ju inte religiös men jag är troende”*. Hon förklarar vidare att då hon inte tillhör någon specifik församling eller kyrka praktiserar hon en slags egen religiositet. Hon menar att det finns både positiva och negativa aspekter av de flesta religioner och klargör att *”kärleksbudskapet som finns i alla religioner är väl egentligen det som jag tror på”*. Hon berättar att de korta stunder i hennes liv då hon inte praktiserat någon slags andlighet fick henne att känna sig både vilsen och nedstämd. Therese instämmer med Malins tankar kring religiositet och förklarar att hon tagit ställning för sin kristna tro men ändå inte vill kalla sig religiös. Trots att hon är med i en kristen församling definierar hon sin tro som personligt utformad. Hon tillägger dock att hon anser att människan har ett andligt behov och att tro är en viktig del för alla människor, oavsett uttrycksform.

Malin diskuterar vidare och förklarar att i de fall då patienter har en andlig tro skapar det en djupare dimension av behandlingen. Hon menar att trots att det finns tydliga spår av buddhismen och annan andlighet i behandlingsmaterialet är det ändå patienterna som avgör hur pass stor betoning som hamnar på exempelvis bön som del av självtröst eller den andliga aspekten av meditation. Therese håller med och menar att även om kanske hälften av alla patienter de stöter på har en andlighet är det mest på individualterapi som den delen får bejakas, detta då den andra hälften ibland kan motsätta sig direkt andliga inslag på gruppnivå. Hon förklarar att trots att exempelvis medveten närvaro inte betonas ur ett andligt perspektiv har det vid upprepade tillfällen hänt att patienter anklagat enheten för att bete sig som en sekt. Detta tror både Malin och Therese inte nödvändigtvis beror på de religiösa inslag som behandlingen i viss mån baserats på utan snarare handlar om en viss dynamik i just gruppbehandlingen. Therese gör en liknelse med AA-möten och menar att då det finns en mall för behandlingen blir det en enlighet och ett grupp beteende som kanske snarare är orsaken till sektliknelsen.

På frågan om tro och andlighet hjälper specifikt patienter med borderline personlighet svarar båda kvinnorna instämmande. Malin refererar till sitt tidigare uttalande angående behandlingens dimension och vilken skillnad det blir för en patient som har en tro att luta sig mot. Hon menar att det är en stor skillnad i patienternas öppenhet gentemot behandlingsmaterialet om de även har en öppen inställning till andlighet. Då stora delar av behandlingen går ut på medveten närvaro och acceptans menar både Malin och Therese att tron på något större än sig själv är oerhört hjälpsamt för att kunna bejaka behandlingens alla steg. Både Malin och Therese vittnar dock om undantag där religiositet påverkat patienter negativt. Therese berättar om två patienter som valt att frånsäga sig sin respektive tro då de känt sig otillräckliga i bilden av "en god troende" och där tron enbart hade en skuldbejakande inverkan. Malin berättar om en patient som brottades mycket med tankar på djävulen och en övertygelse om att vara besatt av någon slags ondska. Hon menar dock att den formen av tankar på skuld mot eller bestraffning från någon högre makt oftast försvinner under behandlingens gång. Både Malin och Therese berättar att gemensamt för dessa patienter är att skulden alltid ligger hos dem själva, aldrig på Gud eller annan religiös gestalt. På frågan om huruvida patienter med trauman påverkas av tro och andlighet hänvisar de båda kvinnorna till tidigare svar och förklarar att ungefär en tredjedel av alla patienter på enheten lider av trauma. Även om både Malin och Therese är överens om den positiva inverkan som tro och andlighet har i behandlingen är dem tydliga med att förklara att den aspekten helt styrs utifrån patienternas behov. Ser dem ett behov av andlighet eller en tendens till andlig tro menar båda kvinnorna att de alltid väljer att fokusera på det i individbehandling. Therese lägger dock till att det inte är lika självklart för alla terapeuter på enheten och att terapeuter med ingen andlig tro förmodligen skulle ge ett helt annat svar. Faktumet att behandlingsmaterialet innehåller delar direkt relaterade till religiositet har vid flera tillfällen diskuterats på enheten och valts bort just på grund av majoritetens motvilja. Malin berättar att då materialet kommer från USA är ett visst kristet eller andligt inslag helt naturligt men att man i Sverige valt att fokusera på de andra delarna. På frågan om hur eventuellt troende patienter som behandlas av icke troende terapeuter får chans att bejaka sin andlighet i behandlingen uppstår en diskussion. Både Malin och Therese ställer sig undrande till frågan och samtalet avslutas med många nya frågeställningar och tankar hos samtliga närvarande.

Resultatanalys

I följande kapitel kommer det empiriska materialet analyseras med hjälp av anknytningsteorin. Det empiriska materialet analyseras som en helhet i syfte att besvara den inledande frågeställningen.

Tro och andlighet och psykisk ohälsa – en nödvändig men komplicerad relation

Att relationen mellan religiositet och psykisk ohälsa är en komplicerad sådan verkar stå klart. Psykoterapin har länge varit en vetenskaplig forskningsgren baserat till stora delar av ett freudianskt tankesätt när det kommer till människans religiositet. Men som indikerad i tidigare forskningsresultatet har det under det senaste decenniet allt mer skett en förändrad attityd mot människans andliga behov. Oavsett om relationen är komplicerad eller inte är den uppenbarligen en nödvändighet som inte längre går att ignorera. Det går att relatera tro och andlighet till psykisk ohälsa på flera plan. Studien visar att i de fall där religiositeten får en negativ inverkan på den mentala hälsan handlar det övergripande om skuld känslor relaterade till bilden av hur en ”god troende” ska vara. För Patient A verkar definitionen av en god kristen handla om självupppoffring, något som framkommer i hennes tankar kring bön och misstanken att Gud skulle kunna straffa henne om hon ”ber själviskt”. Skuld kopplat till någon form av bestraffning från en gudom är vanligt förekommande som vi kan se i exemplet Patient C där den psykiska ohälsan sågs som en bekräftelse på efterdyningar från tidigare livs misstag.

De övervägande resultatet tycks ändå vara att tro och andlighet har en positiv inverkan på den mentala hälsan. Tro, oavsett hur den definieras, skänker trygghet och skapar känslor av hoppfullhet, något som kan bekräftas även av personer som inte definierar sig som religiösa. Här kan vi dra kopplingar till Patient B som trots sitt val att gå ur kyrkan fortsatt anamma kärleksbudskapet. Resultat från tidigare forskning visar även hur tro och andlighet ger individer en möjlighet att se sina problem i relation till någonting större samt applicera kontext till den psykiska ohälsans yttringar.

För att kunna applicera anknytningsteorin på deltagarna i studien måste vi först definiera personlighetsproblematiken i relation till de fyra anknytningsområdena. Att enbart placera in deltagare i de olika områdena baserat på deras relation till den egna religiositeten eller uppväxten skapar tydliga svårigheter i och med den psykiska

sjukdomsbilden. Som uppvisat i tidigare studier finns det en viss misstro mot de resultat som framkommit via patientundersökningar just på grund av nyckfullheten i den psykiska ohälsan. IPS/Borderline är specifikt utmärkande i ombytligheten hos individerna och ett impulsivt, ibland maniskt engagemang i olika projekt. Däremot går det heller inte att direkt bestämma att paralleller istället ska dras från barndomen för att kunna applicera de olika anknytningsområdena. Som uppvisat har både Patient A och C haft en trygg uppväxt även om deras religiositet uttrycks på olika sätt. Även relationen mellan den egna sjukdomsbilden och tron relateras olika hos deltagarna där Patient C innan behandling helt relaterade den mentala ohälsan till religiös bestraffning, Patient A enbart relaterade delar av sin problematik till religiös bestraffning och Patient B inte relaterade den mentala ohälsan till sin tro alls.

Om ett försök ändå ska göras där vi utgår från anknytningsteorins fyra personlighetsdefinitioner och applicerar dem på dels utkomsten av religiös inverkan, dels individernas relation till tro/andlighet skulle man kunna få fram följande resultat;

- Trygg anknytning – individen har antingen en fast religiös tro eller har skapat en egen andlig tro som känns stabil och självklar. Gud eller annat andligt väsen representerar en trygg bas dit individen ofta vänder sig för tröst i svåra stunder. Den mentala ohälsan relateras inte till religionen/andligheten men skuldkänslor gentemot sagd gudom kan ändå uppstå. Dessa kan likna skuldkänslorna mot en förälder eller vårdhavare som kan uppstå vid ett svek eller misstag och i samma utsträckning som bestraffning förväntas komma från föräldern/vårdhavaren förväntas också bestraffning komma från gudomen. En trygg anknytning borde dock leda till att relationen ändå bevarar sin trygga bas och religiositeten/andligheten blir en naturlig del i rehabiliteringsprocessen. Här kan vi relatera Patient A som uppger att hon haft en trygg uppväxt och en religiositet som delvis härstammar från barndomen delvis utvecklats under vuxen ålder. Gud representerar en trygghet som hon ventilerar med dagligen, hon uppger att kvällsbönen är en viktig ritual men att det även finns spår av fördömande i relationen till Gud som hon misstänker straffar henne om hon agerar ”själviskt”. Här skulle även Patient C kunna appliceras med en liknande familjesituation som Patient A. Patient C beskriver sin relation till familjen som mycket nära och tydliggör under intervjun hur familjesituationen inte relateras till hennes psykiska problem. På liknande vis beskriver hon

relationen till sin tro där hon definierar sig själv som kristen med en buddhistisk livsfilosofi. Då Patient C beskriver starka skuldkänslor riktade både mot och från Gud relaterat till sitt trauma passar hon så här långt in i mallen för trygg anknytning. Tittar vi dock på hennes beteende när det kommer till att hantera sagda skuldkänslor placeras Patient C även in under otrygg/ambivalent.

- Otrygg/undvikande anknytning – individen har antingen ingen eller svag religiös tro som manifesterar sig i flertalet flyktiga religionsrelationer. En mer privatiserad andlighet kan passa bättre då församlingsgemenskapen, om än lockande, troligen känns kvävande för individen. Den mentala ohälsan relateras med största sannolikhet inte till tron/andligheten på grund av det bristande engagemanget. I de fall där kompensationshypotesen förekommer och Gud eller annat andligt väsen kompenserar för förälder/vårdhavares bristande egenskaper skulle eventuellt gudomen kunna fungera som en trygghet i en rehabiliteringsprocess. En behandling skulle kunna omvandla den otrygga/undvikande anknytningen från förälder/vårdhavare till en trygg anknytning gentemot tron/andligheten. Här kan som sagt en mer privatiserad andlighet passa bättre in och skulle kunna ses som substitut. Patient B placeras bäst in här, både avseende familjesituationen och i trosföreställningen. Även om Patient B inte har en gudstro medger hon att hon sökte sig till en religiös grupp på grund av en gemensamhetslängtan, hypotetiskt som ett substitut för en frånvarande familj.
- Otrygg/ambivalent anknytning – individen har förmodligen anammat kompensationshypotesen och använder sig av sin tro/andlighet som substitut för en förälder/vårdhavare. Religiositeten uttrycks förmodligen i mer traditionella religiösa uttrycksformer med en personlig gud. Den mentala ohälsan ses kanske som en direkt konsekvens av en bestraffning från gudomen. Individen kan försöka gottgöra gudomen genom extremistiska handlingar eller intensivt engagemang i valt samfund. Här kan individen förmodligen tjäna på att reducera den religiösa inverkan i en behandling. Som nämnt tidigare i texten kan eventuellt Patient C även passa in här. Förmodligen skulle hon ha hamnat i denna kolumn utan behandling. Hennes beskrivning av att ständigt försöka ”gottgöra” för

eventuella misstag i tidigare liv eller för att helt enkelt vara en ”syndig människa” kan relateras till den otrygga/ambivalenta anknytningen. Två tankar bör dock registreras här, först skapas frågeställningen huruvida Patient C som haft en trygg uppväxt kan placeras in under otrygg/ambivalent. För det andra väcks frågan om just IPS-diagnosen komplicerar/försvårar anknytningsteorin på grund av sitt nyckfulla särdrag.

- Desorganiserad anknytning – individens religiositet/andlighet, om den är befintlig, representeras av en respekt som gränsar mot rädsla. Gudomen ses som en hämndlysten och bestraffande gestalt och den mentala ohälsan skulle kunna relateras till direkta följder av en sådan bestraffning. En person med desorganiserad anknytning skulle kunna manifesteras sin religiositet genom extremistiska grupper där rädslan för den hämndlystna guden driver relationen. I en behandling skulle religiositeten/andligheten kunna omvandlas till en positiv drivkraft. Ingen av intervjupersonerna relateras till den här beskrivningen. Terapeut A beskriver dock en före detta patient med föreställningar kring djävulen och misstankar kring bestraffning, här avslutades dock behandlingen innan resultaten hann registreras. Paralleller kan även dras till Pieper och van Udens fem områden beträffande relationsdefinitionen mellan religion och psykisk ohälsa. Det sistnämnda området benämns som religion som orsak till psykisk ohälsa och definieras av patienternas jämförelser mellan det gudomliga allvetande och terapeuten. Här kan även terapeuten ses som ett slags substitut för anknytningen där kompensationshypotesen tagit en ytterligare runda efter att terapeutens attribut ställts mot gudomens oövervinnerliga framtoning.

Som visat ovan uppkommer viss problematik i relaterandet mellan IPS personligheter och anknytningsteorins personlighetsbeskrivning. Här skulle vi kunna dra en parallell till Pargaments copingstrategi och specifikt det sjunde antagandena, att människan väljer copingstrategi efter hur pass signifikansbevarande metoden är. Om vi antar att båda teorier stämmer skulle det placera anknytningen i direkt relation till individens mentala hälsa och huruvida en eventuell psykisk ohälsa utvecklats från otrygg anknytning eller specifik händelse behandlats/bearbetats eller inte. För att tydliggöra kan vi se till det mest komplicerade fallet Patient C som skulle kunna

placeras in i både trygg anknytning som otrygg/ambivalent. Om Patient Cs ”originalram” relateras till trygg anknytning och genom olika omständigheter som lett till IPS diagnosen i vuxen ålder omvandlat den gudomliga relationen till en otrygg/ambivalent anknytning samtidigt som hon genom att välja signifikansbevarande copingstrategi (i detta fall DBT-behandling) skulle alltså Patient C efter behandling återgå till trygg anknytning.

Viktigt att vara medveten om vid studiet av ovan nämnda hypotes är anknytningsteorins fenomenologiska utgångsläge där det även förutsätts att religiositeten representeras av en personlig gud eller andlig gestalt. Genom att ta på sig de hermeneutiska glasögonen öppnas nya möjligheter för teorins användningsområde. Relationen mellan individernas psykiska ohälsa och en privatiserad andlighet ger dock samma resultat som om det vore en mer traditionell gudsgestalt. Skillnaden hamnar istället i tolkningsmöjligheten för de olika anknytningspersonligheterna och i utgångsläget för vilket sätt individernas psykiska ohälsa och religiositet granskas. Centralt för religionens roll i den psykiska ohälsan verkar dock vara att det är en del av patienternas medvetande som precis som övriga attribut behöver behandlingshjälp. Därav bör vi granska religiositeten i direkt relation till psykoterapeutiska behandlingsformer.

Religiositet i psykoterapeutisk behandling – nödvändig trend eller potentiell riskfaktor?

Att föreslå att personer med olika psykiska sjukdomsbilder skulle ha ett mindre andligt behov eller till och med att bejakande av den andligheten skulle kunna vara missödande för den psykiska sjukdomsbilden är inte längre ett accepterat argument. Dock indikerar resultat från bland annat Pieper och van Udens studie över huruvida religion och coping fungerar i Nederländerna att vissa personer med starka psykoser eller vanföreställningar direkt relaterade till religiösa vanföreställningar mår bäst av att dämpa all betoning på andlighet i behandlingsform. Den tesen stöds främst i denna undersökning av Terapeut A och Bs berättelser om de patienter som själva valt bort religiositeten efter att ha kommit till insikt om dess skadande effekter för sagd individ. Om vi fokuserar på majoriteten av patienter i studien handlar den negativa inverkan av religiositet övervägande om skuld och/eller bestraffning. Ur terapeutisk synvinkel tycks åsikten vara att skuld och skamkänslor relaterade till sjukdomsbilden ändå kan omvandlas genom behandling och resultera i en positivt bidragande effekt, Terapeut A uttalar sig

bland annat om hur tro och andlighet skapar en djupare dimension i behandlingen samt att patientens öppenhet mot behandlingsmaterialet ofta stämmer överens med öppenheten mot tro och andlighet. Undantag är som nämnt i de fall där psykosor direkt relateras till förvridna gudsbilder eller religiösa vanföreställningar.

Av de deltagarna som intervjuats för uppsatsens räkning har de två deltagarna som redan genomgått behandling förändrat synen på sin tro åt det positiva, även om de inneburit helt olika trosuppfattningar. Patient A som ännu inte genomgått någon behandling och med anknytningsteorins mått troligast faller in under trygg anknytning skulle en behandling förmodligen resultera i en fortsatt trygg gudsrelation men med betydligt färre skuld känslor relaterat till den egna viljan. Hon nämner i intervjun att den samtalsterapi hon genomgått hjälpte henne till insikt i hennes problematik men att en regelrätt behandling förmodligen behövs. Just ur ett DBT-perspektiv skulle Patient A även få möjlighet att konfrontera sin religiositet i relation till sin problematik och, med rätt terapeut, få chans att bejaka den sidan, något som Terapeut B benämner som en viktig för alla människor. Specifikt också för DBT-behandlingen är fokus på acceptans. I relation till skuld och skamkänslor gentemot eller från en gudom har acceptans en signifikant innebörd i hur den fortsatta andligheten manifesteras. En annan viktig del av behandlingen är självtröst och som resultatet visar är bön den övervägande majoritetens val av religiös coping, inom DBT handlar det främst i den individuella terapin då man det under färdighetsträningen refereras till mindfulness istället.

En ytterligare aspekt att betrakta är den bristande inställningen mot religiösa attribut som fortfarande finns inom psykiatrin. Även om det under det senaste decennierna har funnits en trend åt det andra hållet är majoriteten av studier presenterade i uppsatsen baserade i USA, ett land med ett helt annat förhållningssätt till religiositet än det Sverige har. Svenskarnas sekularisering som ibland gränsar till en rädsla för det religiösa uppmärksammas under samtalet med Terapeut A och B. Om utgångsläget är att personer med psykisk ohälsa och beteendeproblematik har ett andligt behov som bör bejakas i DBT-behandling stöter det onekligen på problem om hälften av terapeuterna som arbetar med behandlingen räds religiösa inslag. Resultaten av den här studien visar dock inte om det faktiskt är rädsla och/eller ovilja mot religiösa inslag som driver motviljan hos de terapeuter som inte väljer att bejaka patienternas andlighet eller om det enbart handlar om ointresse eller kanske rentav okunskap.

Slutsatsen resulterar ändå i en seger för religiös inverkan i terapi med tyngd på patientens önskemål. Viktigt är även att vara medveten om de olika definitionerna av

andlighet och personlig tro och inte hålla fast vid att andlig utveckling handlar om traditionellt religiösa uttrycksformer. Som studien visar har både bön och mindfulness positiv inverkan på en rehabiliteringsprocess. Vad vi lägger tyngdpunkt på i våra definitioner av begreppen är oväsentliga för den mentala hälsan, det centrala ligger i psykoterapiens öppenhet mot eventuell andligt och/eller religiöst behov hos patienterna.

Diskussion

I det här avslutande diskussionskapitlet kommer uppsatsen diskuteras som helhet. Metod, teori och analysredskap kommer analyseras och ifrågasättas. Kapitlet kommer till största del grundas på egna tankar och funderingar som uppstått under uppsatsens utförande, avslutningsvis kommer potentiell vidare forskning diskuteras.

Uppsatsens uppbyggnad, metod och resultat

Tillvägagångssättet och val av intervjumetod föll sig naturligt efter deltagarnas inverkan. Även om en färdig frågemall formulerades med olika frågor till patienterna och terapeuterna fördes samtalen framåt till stor del av deltagarna själva. Intervjumetoderna kändes självklara att använda när det stod klart att DBT-enheten inte tog emot studenter på C-nivå. Innan beskedet fanns tanken om att använda en enkätundersökning eller arbeta efter metoden med observation i fokusgrupp, något som förmodligen hade resulterat i en fördjupning. Nu blev istället fokus på enskilda individers upplevelser vilket även styrde valet av tidigare forskningsresultat.

Att analysera resultatet utifrån ett hermeneutiskt förhållningssätt har format uppsatsens utgångsläge och till viss del öppnat upp för nya tolkningsmöjligheter. I tidigare studier under utbildningens gång har ett religionsfenomenologiskt perspektiv använts där tolkningsföreträdare givits åt den religiösa människan. Om den religiösa människans perspektiv alltid förutsätts, eller kanske rättare sagt det förutsätts att människan är religiös i grunden blir resultatet naturligt påverkat. Även om ett fenomenologiskt förhållningssätt i viss mån hade stämt bättre överens med anknytningsteorin hade resultatanalysen med säkerhet sett annorlunda ut. Att exempelvis applicera teorin på Patient B hade kanske visat sig betydligt svårare. Den hermeneutiska förståelsehorisonten är mer tillåtande i analysredskapen då ny tolkning alltid uppmanas. Eventuella biverkningar kan dock inträffa i form av överanalys eller

tendens till märkbart hänsynstagande för nya infallsvinklar. I visionen att nya tolkningsmönster ska hittas och kulturella aspekter ska konsulteras skulle det kunna leda till ett slags stillastående eller rädsla att inte trampa någon på tårna. Ibland kan tydliga ramar och förbestämda förhållningssätt vara lättare att luta sig mot i vetenskapliga studier. Även om man bör vara medveten om sina begränsningar vid användning av exempelvis det fenomenologiska förhållningssättet bidrar det ändå med ett slags skyddsnät. Ett hermeneutiskt synsätt ger betydligt friare tyglar, på gott och ont.

Anknytningsteorin har haft stor betydelse för uppsatsens analys och besvarandet av frågeställningen samt bistått med kontextuell precision. Som alltid i vetenskapliga analyser bör man vara medveten om teorins eventuella resultatpåverkan. En aspekt av teorin som kan ha påverkat resultatet av uppsatsen är de förbestämda personlighetsuppdelningen i anknytningsområdena. Som nämnt tidigare är just IPS-beteendeproblematik karaktäristiskt i sin ombytlighet vilket gör det svårt att applicera bestämda beteendemönster på. Hit hör även den mänskliga faktorn som hittills hållits utanför uppsatsens tematik. Människor, oavsett psykiska problem eller inte, går sällan att placera in i exakta fack. Vi är och reagerar olika. Även om generella likheter eller till och med övergripande likheter går att finna hos en viss grupp visar oftast detaljstudier på avvikelser. Som visat i studiens resultat har Patient A och C trots liknande bakgrund, både socialt och kulturellt, olika beteendeproblematik och olika syn på sin religiositet och dess inverkan på den mentala hälsan. Anknytningsteorin har dock hjälpt studien framåt och i liknelse med argumentet att en förutbestämd ram erbjuder skyddsnät har även anknytningsteorin bidragit med tydlighet och vetenskaplig relevans.

Vidare forskning

Som nämnt tidigare fanns inledningsvis en idé om fokusgrupp och en observationsmetod. En naturlig vidareutveckling på uppsatsens studieresultat hade varit en fördjupning av både patientsynpunkt och terapeuternas syn på religiös betoning i behandlingen. En annan tanke är även att expandera till att inkludera ett större omfång av psykiatrin. En aspekt som den tidigare forskningen snuddar vid är beroendeproblematik i relation till religiös coping och här skulle paralleller kunna dras till missbruksproblematik.

Referenser

Litteraturförteckning

Alvehus, Johan (2013) *Skriva uppsats med kvalitativ metod: En handbok*. Stockholm: Liber Förlag AB

Fallot, Roger D (2001) Spirituality and religion in psychiatric rehabilitation and recovery from mental illness. *International Review of Psychiatry*, 13 (2) ss, 110-116.
DOI: 10.1080/09540260120037344

Geels, Antoon och Wikström, Owe (2012) *Den religiösa människan – En introduktion till religionspsykologin*. Tredje utgåvan. Stockholm: Bokförlaget Natur & Kultur

Gilhus, Ingvild Saelid och Mikaelsson, Lisbeth (2003) *Nya perspektiv på religion*. Stockholm: Bokförlaget Natur & Kultur

Pieper, Joseph och van Uden, Marinus (2005) *Religion and Coping in Mental Health Care*. Amsterdam: Brill Academic Publishers

Rogers, Steven A, Malony, H. Newton, Coleman, Esther M och Tepper, Leslie (2002) Changes in Attitudes Toward Religion Among Those with Mental Illness. *Journal of Religion & Health*, 41 (2) ss, 167-178

Svanberg, Ingvar och Westerlund, David (2013) *Religion i Sverige*. Andra upplagan. Stockholm: Dialogos Förlag

Thurfjell, David (2015) *Det gudlösa folket – De postkristna svenskarna och religionen*. Stockholm: Molin & Sorgenfrei Förlag

Webbsidor - artiklar

Nyman, Håkan (2016) *Emotionellt instabil*. <https://www.psykologiguiden.se/rad-och-fakta/symtom-och-besvar/personlighetsstoringar/borderline> [2016-02-09]

1177 Vårdguiden (2018) *Borderline-personlighetssyndrom*.
<https://www.1177.se/Orebro/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Borderline-personlighetssyndrom/> [2018-01-10]

1177 Vårdguiden (2018) *Posttraumatiskt stressymptom, PTSD*.
<https://www.1177.se/Orebro/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Posttraumatiskt-stressyndrom-PTSD/> [2018-01-14]

Kåver, Anna (2009) *Dialektisk Beteendeterapi (DBT)*.
<https://www.psykologiguiden.se/rad-och-fakta/fa-hjalp/olika-behandlingsmetoder/dbt>
[2009-12-09]

Källor

Patient A – intervju 2018-04-06

Patient B – telefonintervju 2018-04-06

Patient C – intervju 2018-04-18

Terapeut A och Terapeut B – samintervju 2018-04-24

Bilaga 1 – informationsbrev inför intervjudeltagande

Informationsbrev till undersökningspersoner

Detta brev är en förfrågan som riktar sig till dig som frivilligt valt att medverka i undersökning/c-uppsats bedriven av student på Gävle Högskola.

Undersökningen är i form av c-uppsats (15 högskolepoäng) författad av student på Människa-Religion och Kulturprogrammet (180 högskolepoäng) med tema tro och psykisk ohälsa. Undersökningen syftar besvara en frågeställning om huruvida tro och andlighet påverkar den psykiska hälsan hos personer med personlighetsproblematik/ posttraumatiskt stressymptom och eller panikångest.

Medverkan i studien innefattar intervju av uppsatsförfattaren där ett antal frågor (se bilaga) syftas att besvara/diskuteras. Intervjutiden beräknas vara mellan tjugo till fyrtio minuter. En medverkan i undersökningen innebär inga permanenta åtaganden och sker helt frivilligt och villkorslöst, intervjun kan när som helst avslutas utan motivering. Undersökningen sker anonymt och deltagaren kommer endast benämnas i uppsatsen som exempelvis ”Patient A” eller ”Person B från fokusgrupp”.

Undersökningen är en del i en akademisk utbildning och kan därav komma att läsas av andra studenter och personer vid olika universitet och högskolor. Uppsatsen kommer även finnas tillgänglig i olika högskolor och universitets databaser och på så vis vara tillgänglig för allmänheten. Uppsatsen är inte tänkt att figurera på sociala medier.

Vid frågor går det bra att kontakta uppsatsförfattaren eller handledare;

Hanna Gustavsson
Studera vid MRK-programmet Högskolan i Gävle
Hmr15hgn@student.hig.se

David Carlsson
Handledare, Lektor religionsvetenskap
Avdelningen för Humaniora/Akademien för utbildning och ekonomi
Högskolan i Gävle
David.carlsson@hig.se