

Tro og Helbred

Teologiske perspektiver på religiøs 'coping'

Niels Christian Hvidt

For ikke længe siden var det en udbredt holdning, at religiøse forhold faldt udenfor sundhedssektorens genstandsfelter. I dag er billedet vendt. Der er en voksende anerkendelse af, at eksistentielle overvejelser og tro betyder meget ved sygdom, og at denne betydning må inddrages i sundhedsvidenskabelig forskning. Artiklens formål er at give et kort overblik over grundene til den genfundne dialog mellem teologi og sundhedsvidenskab for dernæst at præsentere teologien bag religiøs 'coping': religiøse overvejelser under krise kan føre til positive og negative resultater på mindst tre områder 1. ved analyse af sygdommens årsag, 2. bearbejdning af den krise, som sygdommen udvirker, og 3. beslutninger om intervention. Det er således af stor betydning, at religiøse mennesker, der rammes af sygdom eller traumatiske oplevelser, får den rette vejledning og støtte fra fagfolk både i sundhedssektoren og den religiøse sektor. Sådan bistand kan fremmes ved konstruktiv integration af viden og erfaring mellem lægevidenskab, psykologi og teologi, uden at det behøver at gå ud over religiøse sandhedsspørgsmål eller sundhedsvæsenets objektivitet.¹

1 Konflikt

Betydningen af religiøse spørgsmål i sundhedsvæsenets omgang med kriseramte er kompleks. Det er der mange grunde til. Den religiøse tilgang til verden handler om at tro, hvorimod den naturvidenskabelige tilgang, ikke mindst efter Karl

Popper, handler om at stille spørgsmålstegn ved og betvivle det, vi mener at have erkendt. Historisk betragtet har forskellige religiøse organisationer, bl.a. de kristne kirker, ofte sat sig op imod nye videnskabelige fremskridt, fordi de brød med datidens erkendelse og kulturelle horisont. Det har bidraget til skepsis fra sundhedsvæsenets to største videnskabelige ressourcer: lægevidenskab og psykologi.² Omvendt har lægevidenskabens store fremgang ført nogle medicinere til en næsten metafysisk overbevisning om, at den medicinske metode kunne fortsættes ind i alle områder af den menneskelige eksistens og forklare alt, der var væsentligt (Greaves, 2002, Thomas, 1978). Dette er gået ud over den religiøse tolkning af virkeligheden.

Det kan således ikke undre, hvis der i tidens løb har været udtrykt stor skepsis mod religion, særlig fra psykologisk og psykiatrisk hold. Allerede Sigmund Freud var kendt for sin religiøse antipati. Han kaldte religiøs tro for "...en universel tvangsneurose...infantil hjælpeløshed...en regression til primær narcissisme..." (Freud, 1962). Religiøs tro er i psykologisk sammenhæng endvidere blevet kaldt: "...en psykotisk episode..." (Horton, 1974) og "...en dysfunktion i temporalappen" (Mandel, 1980). Modstanden mod religion hænger sikkert sammen med de religiøse patologier, som især psykologer og psykiatere må stifte bekendtskab med: mange psykisk ustabile er overbeviste om at være Gud selv eller i alle fald hans særligt udvalgte (Coyle, 2001).

2 Dialog

Selvom der stadig kan spores modstand mod sundhedsfaglig forskning i troens betydning ved sygdom (Sloan, 2006), er der tegn på nybrud. Antallet af videnskabelige artikler om trosrelaterede emner fra lægevidenskabelige og psykologiske tidsskrifter har været stigende over de sidste 25 år på internationalt plan og det i en sådan grad, at Hall, Koenig og Meador taler om en "eksplosion" (Hall et al., 2004). En søgning på ordene "Religion", henholdsvis "Spirituality" på artikler MedLine, publiceret i forskellige treårige tidsrum, holdt op imod ordet "Medicine" (der vurderes at afspejle den generelle stigning i medicinske artikler) giver følgende udfald:

Periode	'Spirituality'	'Religion'	'Medicine'
1960-1963	0	384	39906
1965-1968	0	1170 (205 %)	48968 (22%)

1970-1973	0	1853 (58 %)	45046 (-8%)
1980-1983	11	2240 (20 %)	42864 (-5%)
1990-1993	65	3750 (67%)	59657 (39%)
1994-1997	196 (202%)	4404 (17%)	76242 (27%)
1998-2001	530 (170%)	5130 (16%)	96216 (26%)
2002-2005	1364 (157%)	6255 (21%)	116575 (21%)
Samlet Stigning	12300 % (i forhold til perio- den 1980-1983)	1529 %	192 %

Stigningen på søgeordene 'Spirituality' og 'Religion' er markant i forhold til den generelle stigning i antallet af publicerede artikler. Det bekræftes ved anden udregning i en nylig review-artikel om forskningen i tro og helbred indenfor det gerontologiske område (Weaver et al., 2005). Væksten på modebegrebet 'Spirituality' har været særligt stigende siden begyndelsen af 90'erne.³ Ligeledes er antallet af review-artikler om forholdet mellem tro og helbred vokset betydeligt.⁴ En ud af mange artikler om emnet konkluderer nu, at religion er "blandt de betydeligste faktorer, der strukturerer menneskelige erfaringer, tro, værdier, adfærd og sygdomsbilleder" (Lukoff et al., 1992). Der er mange grunde til den voksende tilnærkelse mellem tro og sundhedsvidenskab. Vi skal se på nogle af disse grunde i det følgende: 2.1. Teologi som videnskabelig ressource for sundhedsvæsenet, 2.2 Tro og helbred som relaterede, arketyperiske forhold, 2.3. Resultater fra tro-helbred-forskningen og 2.4. Usund religiøsitet kan være skadelig for livskvalitet og sundhed.

2.1 Teologi som ressource for sundhedsvæsenet

Forskningsaktiviteten indenfor tro og helbred er en videnskabelig delmængde – skabt af den udvidelse af de videnskabelige discipliner, som beskæftiger sig med emner inden for sundhedsområdet f.eks. medicinsk antropologi, sociologi, sundhedsøkonomi samt teologi og religionsvidenskab (Little, 2002, Nordenfelt, 1993). Denne brede spektrerede forskning har givet bedre indblik i patientens verden og verificeret, at religiøse emner er relevante sundhedsvidenskabelige forskningsfelter og dermed medført en generel international accept heraf.

Dialogen mellem teologi og lægevidenskab er imidlertid ikke ny. Historisk set har der været mange former for lægelig interesse for trosrelaterede emner. Denne interesse bygger på en filosofisk tradition for den overbevisning, at tro og fornuft ikke er modsatrettede størrelser. Tværtimod anses de for at kunne berige og

understøtte hinanden i gensidig voksende erkendelse af den virkelighed, der er vores (John Paul II, 1998).

Denne indsigt har ført til et langvarigt samarbejde mellem teologer og læger. Siden 1500-tallet har man i den såkaldte Helgenkårs-kommission i Rom undersøgt usædvanlige helbredelser, der er opstået i sammenhæng med religiøs praksis (Woodward, 1996, Hvidt, 2002, Resch, 1999, Resch, 2002a, Resch, 2002b). Det samme gør sig gældende i Lægekommisionen i Lourdes i Frankrig, der har eksisteret siden slutningen af 1800-tallet (Laurentin, 1957, Chiron, 2000, Bec, 2004, Perrier, 2003). Man har længe diskuteret de epistemologiske muligheder for videnskabeligt at kunne vurdere, om en helbredelse er af mirakuløs karakter, ikke mindst fordi selve begrebet under / mirakel er en teologisk term (Stempsey, 2002).

2.2 Tro og helbred som relaterede, arketyperiske forhold

Den akademiske diskurs mellem tro og helbred er et udtryk for noget langt mere fundamentalt antropologisk. Både tro og helbred udgør arketyperiske menneskelige forhold dybt rodfæstet i den menneskelige eksistens og erfaring. Erfaringen af livet, selve det at være til, udgør mere end summen af de enkelte livserfaringer og fører mange til at opfatte livet som noget arketyperisk, ofte med religiøse undertoner. Det er derfor ikke så mærkeligt, at menneskers refleksion over selve det at være til ofte har ledt dem til tanker om et evigt liv. I religiøs forstand er tankerne om evigt liv også den større referenceramme indenfor hvilken, livet på jorden giver mening med alle de genvordigheder, der tilhører det. Selv for ikke-troende er der en erkendelse af, at livets mening handler om mere og andet, end hvor lang tid vi lever, og hvor raske vi er. Men den religiøse tro er en interessant størrelse.

Mange forældre beretter om erfaringen af et barns fødsel som en religiøs erfaring ikke blot fordi, det er underfuldt, at der kommer en levende og fuldt udviklet person til syne men også fordi, det er en erfaring af, at *liv* bliver til. Forestillingen om, at et barns fødsel udgør en "mirakuløs" om end meget pinefuld begivenhed, synes at være meget udbredt, bl.a. hos kvinder på nordamerikanske universiteter (Cleeton, 2001). Omvendt kan det heller ikke undre, at mange mennesker, der har oplevet at blive ramt af sygdomme eller andre livstruende hændelser, er begyndt at tænke over livets religiøse dimension og er kommet til at tro, eller har fundet at den tro, de i forvejen havde, er modnet (Sittser, 2004). Det sker dels fordi, man tvinges til at tænke over livet som sådan, dels fordi man bliver mindet om, at livet her er tidsbegrænset. Undre kan det således heller ikke, at mennesker generelt siges at

tænke meget over troen og det evige liv, når de nærmer sig døden jf. den populære opfattelse, at der ikke findes ateister i et fly, der er ved at styrte til jorden.

I det større historiske perspektiv har der også i kristendommen været en særdeles vedholdende sammenhæng mellem sundhed og religiøse overvejelser, selvom man først for alvor er ved at genopdage dette forhold (Porterfield, 2005). Det samme gør sig gældende, når vi udvider perspektivet til andre kulturer især i udviklingslande (Sullivan, 1989). I langt størstedelen af verden samtænkes sygdom og religiøs tro meget ofte. Det er egentlig kun i det sekulariserede Vesten, at det har knebet hermed, selvom vi altså ser en ændring i disse år, og på trods af at det heller ikke her har været muligt helt at opdele de to sfærer: religion og lægekundskab (Porter, 1993). Det er en sammenhæng, der også reflekteres i sproget: ordene 'helbred' og 'hellighed' har samme rod. Det gælder også for ordparrene 'helbredelse' og 'frelse'. Når jøder, muslimer og kristne i årtusinder har ønsket deres nære shalom, salaam eller fred, er det således heller ikke kun et ønske om at leve uden krig men et ønske om velvære, sikkerhed, fylde og i sidste ende om at leve i Guds velsignelse. Ligesom ønsket om et liv i fred her i verden har været forbundet med håbet om et godt liv i evigheden, har lægers og præsters roller været nært forbundne. I mange kulturer har de været sammenfaldende i form af medicinmanden eller shamanen.

Men selv ikke i kulturer hvor de to områder er mere opdelt som i de sekulariserede vesteuropæiske samfund, har det været muligt fuldstændigt at opretholde grænserne mellem arbejdsfelterne. Et af de problemer, læger oplever, ligger i at leve op til den forventning til nærmest almægtigt helbredende evner, som patienter synes at være til dem (Hartling, 2003). Det er blevet belyst i forskellige sammenhænge, at der er en betydelig placeboeffekt forbundet med lægens optræden, når hun eller han kommer ind i sygeværelset med den rituelle hvide kittel og stetoskopet om halsen (Droege, 1991). Der er ikke langt til præstens fremtoning med messedragt og røgelseskar. At der således er ved at opstå en større dialog mellem spiritualitet og sundhedstjeneste kan, når vi betragter det større historiske og geografiske perspektiv, ikke komme som en overraskelse, hverken fra et teologiske eller et religionsfænomenologisk perspektiv. Det kan snarere overraske, at der i en periode har været en så skarp modsætning mellem områderne (Chatters, 2000).

2.3 Resultater

De sidste årtiers voksende sundhedsfaglige interesse for religionens betydning for sundhed har ført til opsigtsvækkende resultater med mange indikatorer for

sundhed, især øget livslængde (Larson et al., 2002, McCullough et al., 2000). Undersøgelser om korrelationen mellem tro og livslængde er fundet gentagne gange (Larson et al., 2002, McCullough et al., 2000), også i Danmark (la Cour et al., 2006). En nylig undersøgelse, der involverede ældre amerikanere af mexicansk afstamning, viste, at ugentlig kirkegang var forbundet med 32 % procent nedsat dødelighed (Hill et al., 2005).

Religionens positive virkning har beviseligt at gøre med sund livsførelse (Bagiella et al., 2005), håbets og kærlighedens betydning (Levin, 2001). Det er en udbredt opfattelse, at religionens positive virkning også har at gøre med socialt fællesskab, idet man har fundet evidens for øget livskvalitet og sundhed ved delagtighed i ikke-religiøse, sociale fællesskaber. En undersøgelse konkluderer således, at "sociale relationer, eller mangelen på samme, udgør en betydelig sygdomsrisiko på linie med veletablerede risikofaktorer så som cigaretrykning, forhøjet blodtryk, blodlipider, fedme og mangel på fysisk aktivitet" (House et al., 1982). Tros-effekten lader imidlertid også til at bestå efter korrektur for den sociale faktor (Bosworth et al., 2003).

Troen har særlig betydning som 'coping ressource' ved livstruende sygdomme - især kræft (Koenig et al., 2001a, Abernethy et al., 2002, Gall and Cornblat, 2002, Manning-Walsh, 2005). I en spørgeskema-undersøgelse spurgte S. R. Cohen og kolleger både raske og kræftsyge mennesker om, hvad der var vigtigst for deres livskvalitet. Man spurgte til fire områder: fysiske symptomer, psykiske symptomer, eksistentielt velvære og social støtte. For de raske patienter viste alle fire områder sig at være lige vigtige for deres livskvalitet. For kræftpatienterne derimod, udgjorde 'eksistentiel coping' det område, der havde størst betydning for livskvalitet. Cohens undersøgelse tyder altså på, at eksistentielle, herunder religiøse overvejelser er af større betydning end andre livsvæsentlige forhold, når livet trues af sygdom (Cohen, 1996). Lignende resultater vedr. troens betydning for livskvalitet er fundet i Finland (Hintikka, 2001).

Resultater er ligeledes fundet ved psykiske lidelser. Således har man haft gode resultater i behandlingen af lette til moderate depressioner ved at inddrage åndelige aspekter (i stedet for at tabuisere dem) hos patienter, der har en tro (Propst et al., 1992, Sherbourne et al., 1995, Bosworth et al., 2003, Koenig et al., 1992, Koenig et al., 1998a, Boscaglia et al., 2005, Smith, 2003, Hintikka, 1998, Miller, 2002, Braam et al., 1997, Berry, 2002). Den dynamik, som troen og ikke mindst det håb, troen og kærligheden indebærer, lader til at være en vigtig ressource for patienter med psykiske lidelser (Koenig et al., 2001b, Pargament et al., 2004, Abernethy et al., 2002, Ross, 1990, Cheng-Yi Hahn, 2004, Wink and Dillon, 2003,

Townsend et al., 2002). Sund religiøsitet kan således lede til 'positiv coping' med sygdom og lidelse.

2.4 Usund religiøsitet kan være skadelig for livskvalitet og sundhed

Omvendt viser undersøgelser, at religiøse patologier kan være en hindring for bedring, både indenfor det somatiske og det psykologiske område. I sidste ende kan det hænge sammen med livslængde. Religiøse forhold er derfor i høj grad af betydning for menneskelig sundhed og dermed et væsentligt emne for sundheds-væsenet.

Udfaldet af den religiøse coping afhænger af, om religiøsiteten er sund eller neurotisk. En efterhånden berømt studie ved R. Grossarth-Maticzek og kolleger fra afdeling for præventiv medicin ved "Det Europæiske Center for Fred og Udvikling" i Heidelberg er et udtryk herfor. Grossarth-Maticzek spurgte over en periode fra 1973 – 1988 over 30.000 mennesker om kost, livsvaner, livssyn etc. Resultaterne blev publiceret i forskellige artikler og viste bl.a., at psykologiske stressfaktorer alene ikke udgjorde en fare for sundheden, men at de gjorde det, når de blev kombineret med sundhedsskadelige vaner såsom rygning. Omvendt viste sundhedsfremmende personlighedstræk og livssyn (herunder også eksistentielle og religiøse forhold) at virke generelt livsforlængende både blandt rygere og ikke-rygere. Den livsforlængende virkning blev hæmmet af livsforkortende vaner såsom rygning men var også til stede hos mennesker, der havde sådanne vaner. Interessant er det at den enkeltstående psykologiske faktor, der havde størst betydning for livslængde, var det 'positive gudsforhold'.

I bogen *Autonomi training* præsenterede Grossarth-Maticzek forskellige data omkring menneskers livslængde, og hvornår de i gennemsnit først oplevede en svært kronisk sygdom (Grossarth-Maticzek, 2002). Han opdelte mennesker efter deres tro, idet han spurgte til fem former for tro: 1. Ateisme, 2. neurotisk ateisme, 3. konventionel religiøs indstilling, 4. neurotisk tvangspræget religiøsitet, 5. spontan emotionel religiøsitet. Gruppe ét udgjordes af mennesker, der sagde, de ikke troede på Gud, men at dette kun fik begrænset betydning for deres generelle livsmønster. Gruppe tre udgjordes af mennesker, der var troende pga. tradition og ikke pga. noget personligt gudsforhold. Menneskene i gruppe fem derimod oplevede et intetst og personligt gudsforhold, hvilket ikke forhindrede, at de kunne komme i en traditionel religiøs kontekst. I gruppe to og gruppe fire var troen (både den ateistiske og den religiøse) så forvredet, at den udgjorde en trussel for deres livskvalitet, hvilket også afspejlede sig i resultaterne, der gengives nedenfor.

Religiøs indstilling	Gennemsnitlig livslængde	Første alvorlige kroniske lidelse
1. Ateisme	73 år	64 år
2. Neurotisk ateisme	63 år	47 år
3. Konventionel religiøsitet	72 år	61 år
4. Neurotisk religiøsitet	64 år	52 år
5. Emotionel religiøsitet	84,7 år	71 år

Personer med spontan religiøsitet levede i gennemsnit 12,7 år længere end de konventionelt troende, 20,7 år længere end de neurotiske troende religiøse personer og 21,7 år længere end de neurotisk troende ateister. Resultaterne er interessante både fra sundhedsfaglige og teologiske perspektiver, idet de peger på konsekvenserne af, hvordan mennesker tror.

3 Teologiske betænkeligheder

Interessant er det nu, at den moderne, genfundne tilnærmelse primært kommer fra den medicinske verden og kun i ringere omfang fra den teologiske. Hvis man ser på litteraturen, der omhandler den voksende dialog mellem tro og sundhed, er der således en usammenlignelig overvægt af medicinske frem for teologiske kvalitetsstudier. Det for tiden nok væsentligste teologiske værk, skrevet af Joel James Shuman og Keith Meador fra Duke University Divinity School, forholder sig endvidere stærkt kritisk, hvilket også kan læses ud af bogens titel: *Heal Thyself - Spirituality, Medicine, and the Distortion of Christianity* (Shuman and Meador, 2003). Det, som teologer som Shuman og Meador særligt advarer imod, er en cost-benefit spiritualitet, der ikke kan have plads til diskussion af teologisk sandhed. Som det allerede hedder i bogens forord skrevet af den navnkundige Stanley Hauerwas: "Israels og Jesu Kristi Gud er mere end en utømmelig kilde til almengjort medfølelse, der altid er klar til at sympatisere med os, men den Gud, der dømmes synden, og især vores synd. Som Shuman og Meador gør det klart, har kirken gennem århundrederne ikke ladet os glemme, at vores sygdom—og den død, vores sygdom leder til—vel kan være et tegn om Guds dom."⁵ Bogens forfattere frygter, at mennesker vil søge til troen for at få lidt bedre livskvalitet, og her bliver sundheden Gud, og religionens Gud bliver det middel, der skal tjene sundheden. Shuman og Meador spørger, om der her overhovedet er tale om tro i klassisk forstand. De efterlyser en bevidst kristen tilgang i omgangen med lidende, der tager

højde for det for de fundamentale spørgsmål i debatten mellem tro og helbred: "Hvordan skal et folk, hvis største Gode er tilbedelsen af og venskabet med en korsfæstet Gud, tænke om og leve med deres egne og andres sygdom og lidelse?"⁶ Kun med et sådant perspektiv der grunder i beretningen om Kristi lidelse og død for menneskeheden, kan den menneskelige lidelse i dag tolkes med en empati og næstekærlighed, der er større end hensynet til egne behov, lyder det fra Shuman og Meador.

Religiøs tro kan aldrig være værdineutral, idet den fremsætter sandheder, som ikke bygger på alment tilgængelig erkendelse, der kan verificeres, men derimod på åbenbarede sandheder, der ikke umiddelbart kan efterprøves for deres almene gyldighed.

4 Generisk spiritualitet?

Lige gyldigt om man er enig eller ikke enig i sådanne religiøst forankrede perspektiver, er der fra en sundhedsfaglig synsvinkel det problem, at sundhedssektoren er nødt til at være værdineutral for derved ligeligt at kunne tilgodese mennesker af alle etniske og religiøse herkomster. Hvis der er et sted i samfundet, hvor der er behov for religionsfrihed, må det være sygehuset, hvor patienter ikke har energi til at skulle vurdere, om én tro er mere sand end en anden. Konkret giver dette behov sig udtryk i, at man i sundhedsvæsenet har søgt at fremme en såkaldt 'generic spirituality', dvs. en generel, grundlæggende spiritualitet, der som mindste fællesnævner ikke begrænses af konfessioner, men som de fleste religioner kan enes om. En sådan religionsform kendes også fra den såkaldte 'civilreligion', som er en term, der især er blevet belyst af Robert Bellah (Bellah and Hammond, 1980, Bellah, 1992). Der er nogen usikkerhed omkring begrebets legitime anvendelse i dag (York, 2004), men der er ingen tvivl om, at civilreligion f.eks. gør sig gældende, når USA's præsident siger "God bless America". Det defineres ikke, hvilken Gud der er tale om, idet den Gud, der skal velsigne alle amerikanere, må være alle amerikaneres Gud (Woolley, 2004). Civilreligiøse tendenser kendes også fra Danmark (Warburg, 2005). I Kongeriget Danmark, hvor Regenten officielt er overhoved for Den Danske Folkekirke, kan man ligeledes spørge sig, hvilken Gud der er tale om, når hun eller han siger: 'Gud bevare Danmark.' I en globaliseret og multikulturel tid kunne man håbe, at også herboende mennesker af anden religiøs baggrund end den kristne vil føle, at de kan tilslutte sig denne bøn.

Ikke overraskende er civilreligiøse, værdineutrale spiritualitetsformer særdeles udbredte i den voksende litteratur om tro og helbred. Det er ikke underligt, da det

er af afgørende betydning, at behandlerne ikke udnytter patienternes svaghed til at pådutte dem en særlig religionsform, der kan være dem fremmed. Der er således udbredt enighed om, at behandlerne skal være i stand til at respektere troende med forskellige baggrunde. Ellers vil der være tale om åndelige overgreb, der kan skabe eksistentielle kriser, der truer et godt behandlingsforløb (se ovenfor). Behandlerne må vandre med patienten så langt som muligt og i tvivlsspørgsmål facilitere kontakt mellem patienten og sagkyndige fra dennes religiøse tradition (Scheurich, 2003, Kliewer, 2004, Miller, 1999, Lomax et al., 2002, McCord et al., 2004). Behovet for at respektere patienters forskellige religiøse behov udgør ligeledes store udfordringer for sygehuspræster, der jo som præster for en særlig kirke aldrig kan være totalt religiøst neutrale (Tristram Engelhardt, 1998).

Selvom det er et krav, at den sundhedsfaglige tilgang til åndelige behov må være generisk og neutral, er det samtidig et religionsfænomenologisk faktum, at patienter (næsten) aldrig er religiøse uden også at være knyttet til en tradition og til et socialt fællesskab. Der findes (næsten) ingen 'generisk troende'. Den generiske spiritualitet er, som Hall, Koenig og Meador skriver, (næsten) udelukkende et konceptuelt begreb og (næsten) aldrig et begreb fra den religiøse virkeligheds verden (Hall et al., 2004).

Når jeg siger *næsten*, er det fordi, der findes en religiøs orientering, hvor spiritualiteten er kendetegnet ved at være ganske generisk, og det er New Age spiritualiteten. New Age spiritualiteten er karakteriseret ved at fremstå som internaliseret, almen og bundet til få eksterne religiøse strukturer. Man kan udmærket argumentere for, at denne spirituelle almengyldighed i sig selv udgør en særlig religiøs retning med en særlig karakteristik præget af østlig filosofi med forestillinger om Gud som kraft eller energi og reinkarnationen som et af de sikreste kendemærker (Hvidt and Johansen, 2004, Moberg, 2002, Tristram Engelhardt, 1998). Her er det væsentligt, at den ideelt set religiøst neutrale *generiske spiritualitet*, der er et krav indenfor sundhedssektoren, ikke ligestilles med New Age spiritualitet, selvom der findes religionsfænomenologiske ligheder mellem det konceptuelle begreb *generisk spiritualitet* og den fænomenologisk faktuelle religionsform *New Age*. Hvis dybt kristne eller muslimsk troende mødes med forestillinger, der er udbredte indenfor New Age, såsom reinkarnation, eller opfordres til at bede eller meditere på måder, der er dem fremmede, kan det medføre religiøse konflikter, der i sidste ende vil udgøre negative coping-mønstre.

Det er problemstillinger som disse, der gør tro-helbred-området komplekst og kræver kritisk og kreativ diskussion, også hos os i Norden. Selvom området er komplekst, står det på baggrund af de tusindvis af tro-helse-relaterede undersø-

gelses helt klart, at der er stort behov for at betragte og behandle mennesket som det hele menneske, det er - bestående af både krop, sind og ånd(lighed) - og dermed altså også tilgodese de eksistentielle behov hos patienter.

5 Teologien bag religiøs coping

Som nævnt ovenfor fylder religiøse overvejelser meget, når troende mennesker rammes af alvorlig sygdom eller traumatiske erfaringer. Når patienter søger at håndtere kriser, spiller religiøse overvejelser ind på tre måder: A. Analyse af krisen B. Bearbejdning af krisen (coping), og C. Beslutninger om intervention.

5.1 Analyse af krisen.

Når mennesker rammes af krise eller sygdom vil mange starte med at tænke: "Hvorfor mig?" Der igangsættes næsten per automatik en mental analyseproces, der søger at forstå det uforståelige og meningsløse. Denne spørgen hører for religiøse mennesker hjemme i det, der kendes som 'teodicéproblemet' eller 'det ondes problem'. Begrebet 'teodicé' (θεός (Gud) og δίκη (retfærdighed)) stammer fra den tidlige franske oplysningsfilosof Gottfried Wilhelm Leibniz, som først formulerede det i et brev fra 1697 til Dronning Sophie Charlotte af Preussen og siden skrev en bog om emnet, (Leibniz, 1985). Selve teodicé-problemet er imidlertid allerede udtrykt hos Epikur i hans brev til Lactantius, hvor det udgør den ældste filosofiske formulering af teodicéproblemet (Schumacher, 1994) eller i det mindste en 'teodicéanalog' gengivelse af det (Geyer, 1990):

Enten vil Gud afskaffe det onde og kan ikke; eller han kan, men vil ikke; eller han hverken vil eller kan; eller han både vil og kan.

Hvis han vil, men ikke kan, er han svag – og det kan man ikke regne med hos Gud.

Hvis han kan, men ikke vil, er han ond – hvilket er lige så fremmed for Gud.

Hvis han hverken kan eller vil, er han både svag og ond og derfor ikke Gud.

Hvis han både vil og kan, hvilket er det eneste, der sømmer sig for Gud, hvor kommer det onde da fra, og hvorfor afskaffer han det ikke? (Berthold, 2004).

I den medicinske og psykologiske litteratur om *religiøs coping* dukker dette problem op gang på gang. Som vi skal se, kaster mange undersøgelser lys på de svar, kriseramte kommer frem til i deres spørgen omkring teodicéproblemet, hvilke coping-mønstre disse svar indebærer og hvilke konsekvenser de får for både livskvalitet, psykisk og somatisk helbred. Det er et emne, der indebærer unikke behov og muligheder for integration af viden mellem teologi, medicin og psykologi.

I teologihistorien er der givet mange svar på teodicéproblemet (Hvidt, 2007). I forhold til religiøs coping kan vi med fordel fremhæve tre muligheder:

- A. Gud forårsager det, der sker, uden at man forstår grunden til det.
- B. Gud forårsager og straffer gennem det, der sker.
- C. Det er mindre vigtigt at vide, om Gud er årsag til lidelsen end at tro på, at han går med ind i den.

Som vi skal se i det følgende, leder disse tre svar til meget forskellige coping-mønstre.

5.2 Bearbejdning af krisen (coping-mønstre)

Mange undersøgelser belyser, hvordan mennesker søger at håndtere stressrelaterede kriser bl.a. ved den ovenfor skitserede religiøse analyse og dens forskellige udfald (Koenig et al., 1988, Koenig et al., 1998b, Pargament, 1992, Pargament et al., 1990). Gudsbilleder, hvor sygdom og krise er udtryk for Guds straf, er beviseligt forbundet med nedsat selvværd og øget stress, hvorimod det modsatte er tilfældet ved gudsbilleder, hvor Gud er den, der går med ind i lidelsen (Pargament et al., 1998).

5.2.1 *Negativ religiøs coping*

Troen på, at Gud er årsag til alt, der sker, er udbredt i de ældste lag af 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 indenfor Calvinismen (Weber, 1993, Köhlmoos, 1997). Troen på, at Gud står bag alle hændelser både gode og onde, er i dag især udbredt i udviklingslande. Her

synes den ofte at blive blandet synkretistisk med oprindelige religionsformer, der kun styrker forestillingen om Guds eller kosmiske kræfters styring af de jordiske hændelser. Mange filippinere var således overbeviste om, at Gud stod direkte bag Tsunamien i 2004 (Bankoff, 2004).

Meget tyder på, at en sådan determinisme for ikke at tale om fatalisme kan udgøre negative coping-strategier. De kan lede til resignation, sådan at patienter ikke gør, hvad de kan for at blive raske. Resignationen har naturligvis sine specifikke psykologiske forudsætninger, men meget tyder på, at den styrkes af de første to af de tre ovennævnte svar på teodicéproblemet: sygdommen er alligevel Guds vilje, så man kan lige så godt lade være med at kæmpe. *Fatalisme* er, når mennesker fuldt antager determinismen og er overbeviste om, at de intet kan gøre for at ændre, hvad der sker med dem (Craig, 1998). I sjældne udgaver af fatalismen er selv Gud underkastet skæbnen. Han ved måske, hvad der vil ske, men kan ikke ændre noget ved det.

Interessant nok viser en nylig norsk undersøgelse om irakiske politifolk, at determinismen imidlertid også kan udgøre en positiv coping-ressource (Weisæth, 2006). I denne undersøgelse var den eneste udslagsgivende faktor, der hjalp de irakiske politifolk med at klare den meget store belastning, de var udsat for, netop troen på at Gud havde kontrol lige meget, hvad der skete. Troen på Guds kontrol *behøver* altså ikke at lede til resignation og negativ religiøs coping, selvom der er fare for det.

Troen på, at Gud er årsag til alt, der sker, bliver derimod svært destruktiv, når den kombineres med en overbevisning om, at Gud straffer patientens synder gennem ulykke og sygdom (Svar 2 på teodicéproblemet ovenfor). Ligesom der i Det Gamle Testamente findes mange overvejelser omkring *årsagen* til lidelse, gives der mange svar på *grunden* til lidelsen. Det primære svar er, at Gud opdrager eller straffer gennem lidelse, et svar der især findes mange eksempler på i det Gamle Testamente (McDermott, 1990) og i Koranen (Gerlitz, 1997). Næret af gammeltestamentlige gudsbilleder har troen på, at Gud sender ulykker som straf for ugerninger ligeledes været udbredt op gennem vesterlandets historie (Cunningham and Grell, 2001, Aberth, 2001). Denne tro fortsætter i dag, f.eks. blandt evangelikale kristne. Således har den amerikanske TV-prædikant Pat Robertson flere gange tolket samtidshændelser som Guds straf. Bl.a. udlagde han Ariel Sharons blodprop og efterfølgende koma som udtryk for Guds straf fordi han rømte Gaza, hvilket går imod Robertsons teologi, da han mener, at det meste af Mellemøsten skal tilfalde Israel, fordi det står i Det Gamle Testamente: "I læser jo Bibelen: Dette er mit land og for enhver premierminister i Israel, der beslutter sig for at dele det op og give det væk, siger Gud nej, det er mit" (BBC News, 2006, CNN, 6 January 2006).

Det kan således ikke undre, at denne tro også er udbredt hos almindelige troende, både jøder, muslimer og kristne i vor tid. Det bekræftes af psykologisk forskning, der længe har peget på, at særligt børn anser sygdom som udtryk for 'immanent retfærdighed', dvs. at de tror, de i deres sygdom bliver straffet for "dårlig opførsel" (Winer and Raman, 1999, Raman and Gelman, 2004, Raman and Winer, 2002). Nogle undersøgelser tyder på, at også overraskende mange voksne bærer på sådanne forestillinger. Tre forskellige undersøgelser opsummeret i en artikel fra 2004 viste således at troen på 'immanent retfærdighed' var mere udbredt blandt voksne end blandt børn (Raman and Winer, 2004).

Forestillingen om, at Gud straffer mennesker gennem sygdomme og traumer, er, særligt efter Kenneth Pargaments forskning blevet kaldt et eksempel på 'negative religious coping'. Negativ religiøs coping har vist sig at være direkte hæmmende for psykisk stabilitet, livskvalitet og livslængde (Bosworth et al., 2003, Ano and Vasconcelles, 2005, Pargament, 1997, Pargament et al., 2001b, Koenig et al., 2001a, Pargament et al., 2004, Pargament et al., 2001a, Pargament et al., 2005, Pargament, 2004, Ross, 1990, Manning-Walsh, 2005). 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 *selvfordømmelse*, 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 and 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 (Pargament et al., 2004, Pargament et al., 2001a, Fitchett, 2004, Pargament et al., 2005).

5.2.2 *Positiv religiøs coping*

Ligesom troen kan udgøre negative ressourcer, når analysen af krisesituationen siger patienten, at den er udtryk for Guds virke og / eller straf, kan troen blive kilde til håb og en positiv bearbejdning af krisen. Man har f.eks. forsket i den krise, som Golfkrigen i 1991 samt terrorangrebet i New York 11. september 2001 udløste hos mange US amerikanere. Mange af disse undersøgelser fokuserede ligeledes på troens positive betydning og dens evne til positivt at forarbejde og transformere det meningsløse (Pargament et al., 1994, Meisenhelder and Mar-

cum, 2004, Talbott and Chanda, 2001, Lincoln, 2003, Stein et al., 2004, Whalen et al., 2004, Ai et al., 2005, Spiegel, 2005). I Tyskland har man lavet lignende undersøgelser om troens betydning for, hvordan mennesker håndterede angst for terrorangreb efter bombeangrebene i Istanbul (november 2003) og Madrid (marts 2004) (Fischer et al., 2006). I alle disse undersøgelser viste religiøs tro sig at være en væsentlig coping-ressource i håndteringen af kollektive kriser, og at troende var bedre til at håndtere kriser end ikke-troende. Troen var altså et væsentligt bolværk mod den stress, som kriseerfaringer som f.eks. terrorangreb udvirkede.

Efter Tsunamien i december 2004 har man i Norden udført lignende spørgekema-undersøgelser, der står for publikation, som omhandlede måden, hvorpå skandinaviske overlevende og pårørende til omkomne søgte at mestre den krise, Tsunamien forårsagede.⁷ Ligesom i de amerikanske undersøgelser ville det have været interessant at få belyst nogle få spørgsmål vedr. troens eventuelle betydning i denne proces, men sådanne spørgsmål blev ikke stillet. Det må ses som udtryk for, at man har mere erfaring for tro-helbred-forskningen i USA, hvilket igen må ses som udtryk for, at religion generelt fylder mere i amerikanernes end i europæernes bevidsthed.

Omfattende forskning belyser, hvordan mennesker ud fra religiøse forestillinger søger at finde mening i sygdom eller traumatiske erfaringer, hvor mening ellers ikke kan findes (Hoekema and Davis, 2001). Mange bruger religiøse overvejelser til "den positive fortolkning af lidelse" (Bussing et al., 2005). Man kan finde mange anstød til en sådan positiv fortolkning i de forskellige religioner, herunder kristendommen:

Krise kan transformeres positivt. Troen på Guds evne til at transformere og lade noget godt komme ud af kriser findes i de fleste religioner. Fra Bibelen kan man som eksempel give Paulus overbevisning: "Vi ved, at alt virker sammen til gode for dem, der elsker Gud, og som efter hans beslutning er kaldet" (Rom 8:28).

Krise som mulighed for personlig vækst. Overbevisningen om, at en krise kan føre til personlig vækst, har været særligt udbredt i den østkirkelige tradition, især hos Irenæus. I nyere tid er den blevet genoptaget af teologen John Hick. Han er overbevist om, at Gud tillader det onde i verden, for at det enkelte menneske og menneskeheden som sådan kan vokse og udvikle sig til større modenhed og dyd (Hick, 1985, Hick, 2001, Hick, 1981). Overbevisningen har rod mange steder i Bibelen, f.eks. i Korinterbrevet:

”Og for at jeg ikke skulle blive hovmodig af de overmåde store åbenbaringer, blev der givet mig en torn i kødet, en engel fra Satan, som skulle slå mig, for at jeg ikke skulle blive hovmodig. Tre gange bad jeg Herren om, at den måtte blive taget fra mig, men han svarede: »Min nåde er dig nok, for min magt udøves i magtesløshed.« Jeg vil altså helst være stolt af min magtesløshed, for at Kristi magt kan være over mig. Derfor er jeg godt tilfreds under magtesløshed, under mishandlinger, under trængsler, under forfølgelser og vanskeligheder for Kristi skyld. For når jeg er magtesløs, så er jeg stærk” (Kor. 12,7-10).

Krise som trosprøve. Overbevisningen om, at en krise kan udgøre en trosprøve, har rødder i både Det Gamle og Det Nye Testamente (Krašovec, 1999, McDermott, 1990). Særlig berømt er beretningen om Abraham, der kaldes til at dræbe sin egen søn som prøve på hans tro og trofasthed. Det er en trofasthed, der i de efterfølgende gammeltestamentlige skrifter, fremsættes som grundlaget for folket Israels udvælgelse (5. Mosebog 4:37; 7:6-8; 9:4-6; Nehemias 9:7f; Esajas 51:2f; Micah 7:20; Sirak 44:19-22). Derfor skal Israels Gud herefter kendes som Abrahams Gud (1. Mosebog 26:24; 28:13f; 31:42, 53; 32:9; 48:15f; Ex 3:6, 15f.) Abrahams handlen fremstilles også i Hebræerbrevet som eksempel på tillid og tro, der gør den troende retfærdig for Gud. Den grundlæggende bibelske logik i trosprøven er, at den troende, hvis han eller hun består prøven, kan opnå større velsignelse (McDermott, 1990, Rupert, 1972, Reventlow, 1968, Kilian, 1966).

Krise og guddommelig delagtighed i menneskelig lidelse. Overbevisningen om, at Gud er med i og støtter mennesker i kriser, er ligeledes meget udbredt i forskellige religioner og er beviseligt forbundet med positive coping-mønstre (Pargament et al., 1994).

Bibelsk kommer denne overbevisning bl.a. til udtryk i Hebræerbrevet. Fordi Kristus selv har lidt mange af de lidelser, mennesker kan komme ud for, er han også nu i stand til at leve med i de lidelser, mennesker oplever i dag. Denne tro bygger på den opfattelse, at selvom Gud er ophøjet og fuldkommen, kan han faktisk lide, i hvert fald i Guds enhed med det lidende menneske: ”Derfor måtte han i ét og alt blive som sine brødre for over for Gud at blive en barmhjertig og trofast yppersteprest, der kunne sone folkets synder. For som den, der selv er blevet fristet og har lidt, kan han hjælpe dem, der fristes” (Hebræerbrevet 2, 17-18).

Krise som delagtighed i Kristi Kors. De transformations-mønstre vi har betragtet ovenfor kan genfindes på forskellig vis i forskellige religioner. Et sidste trans-

formationsmoment findes imidlertid i ganske særlig grad indenfor kristendommen. Det er overbevisningen om, at den lidende kan forene sin lidelse med Kristi lidelse. Det Ny Testamente fokuserer så ofte og indgående med menneskelig lidelse i Kristi lidelses perspektiv, at man med McDermott med rette kan konkludere, at lidelse lader til at "hidrøre fra selve den kristne kaldelse" (McDermott, 1990). Videre er der en lang og stærk tradition for følgende overbevisning: Ligesom Kristus led for andre, sådan kan mennesker bære deres lidelser frem for Gud for at andre mennesker må opleve lindring. Denne overbevisning kan i sig selv give lindring, fordi den troende oplever, at han eller hun ikke blot bærer sin lidelse for sig selv, men at der faktisk kan komme noget godt og meningsfuldt ud af det ellers meningsløse også for andre (Echeverria, 2004, John Paul II, 1984, Ekstrom, 2004). Bibelsk forefindes sådanne tanker atter hos Paulus. Særlig to steder nævnes i denne sammenhæng: "Nu glæder jeg mig over det, jeg må lide for jer; og hvad der mangler af Kristi trængsler, udfylder jeg med min egen krop for hans legeme, som er kirken" (Kolossenserbrevet 1,24). "Herefter må ingen volde mig besvær; for jeg bærer Jesu sårmærker på min krop" (Gal 6,17). Disse skriftsteder kræver afvejet udlægning, men har haft væsentlig indflydelse på den såkaldte passionsmystik, som fokuserer på Kristi lidelse. Passionsmystikken inspirerede den opfattelse, af mennesker kan frembære deres lidelser som et slags offer, der kan komme andre til gode (McDermott, 1990).

5.3 Beslutninger om intervention

De ovennævnte transformatoriske coping-mønstre har væsentlige potentialer for at styrke mennesker i krisesituationer. De indholder imidlertid også den potentielle fare, at den religiøst semantiske transformation af menneskelig lidelse *kan* føre til, at patienter ikke tager den medicinske eller psykologiske intervention alvorligt nok, hvilket selvsagt kan være svært ødelæggende for en medicinsk eller psykologisk assisteret bedringsproces.

Religiøse overvejelser har således ført mennesker til *fravælgelse* af intervention. Et meget konkret eksempel er Jehovas Vidners berømte modvilje mod at få blodtransfusioner og de dilemmaer, det ofte fører læger ud i. En simpel søgning på PubMed med søgeordene "Jehovah's Witnesses Blood" i titlen giver 280 publicerede artikler. De handler i stor grad om, hvordan man kan redde medlemmer af Jehova's vidner, der skal opereres - især børn - ved samtidig at søge at honorere deres ønske om ikke at få nogen blodtransfusion. Lignende problemer kendes fra

”Kristen Videnskab”-bevægelsen, der skelner mellem tros-helbredelse og lægehjælp, og hvor man ofte foretrækker troens frem for lægens evner (May, 1995). Der er mange andre eksempler på, hvordan religiøse forhold determinerer patienters kliniske interventionsvalg (Lo et al., 2002, Schoenberger et al., 2002, Koenig et al., 2001a). I lyset af sådanne grelle eksempler på, hvordan patienter anser religiøs intervention for *alternativ* intervention, dvs. intervention, der træder i stedet for traditionel lægefaglig behandling, er det vigtigt, at religiøst lidende påmindes om, at religiøs intervention altid må være af *komplementær* art, og aldrig bør erstatte ansvarlig lægelig behandling.

Religiøse overvejelser gør sig imidlertid også gældende på områder, hvis vurdering ikke er helt så evident. Det gælder især ved problematiske spørgsmål fra bioetikken, såsom abort, passiv og aktiv dødshjælp, In Vitro Fertilisation, organdonation og –transplantation etc. De religiøse perspektiver på det bioetiske område har ifølge den tyske filosof Jürgen Habermas gjort det klart, at sekulariseringsprocessen ikke bare er kuldsejlet på globalt plan (især i mødet mellem islamisk og vestlig kultur) men også indenfor Vesten selv, idet det primært er religiøse forhold, der afgør, hvor man sætter grænserne på det bioetiske område. Habermas, der er blevet kaldt for ”sekulariseringens ypperstepræst” (Delkeskamp-Hayes, 2003), kalder således vores samfund for det ’post-sekulære samfund’ (Habermas, 2001, Sievernich, 2003).

Heldigvis er det mere normalt, at troen og dens praksis i stedet for *fravalg* af sundhedsfaglig bistand fører til *aktive tilvalg* af alternative og / eller komplementære interventionsformer. Det gælder også i kristendommen, hvor bønnen altid har udgjort en væsentlig coping-ressource. Bønnen er ikke alene den ældste åndelige interventionsform. Det er også den mest udbredte globalt set, når mennesker bliver syge. Som den jødiske rabbi J. D. Spivak påpegede for snart hundrede år siden, ”at ønske er at bede, og hvem, der er syg, ønsker ikke med hele sin sjæls inderlighed at blive rask?” (Spivak, 1917) ref. i (Rosner, 1975). Når vi taler om komplementær eller alternativ helbredelse, er vi hurtigt tilbøjelige til at tænke på østligt inspirerede åndelige traditioner 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.

I årtier har man fra forskellige undersøgelser fra USA vidst, at mere end 90 % af befolkningen beder (Gallup, Levin and Taylor, 1997). *The National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM), sponsoreret af *National Institutes of Health* (NIH), betragter forbøn som en blandt mange komplementære og

alternative helbredelsesformer (Verhoef et al., 2005, National Center for Alternative and Complementary Medicine). 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 fjerde pladsen (9,6 %) (Barnes et al., 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 et al., 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 et al., 2005). Ikke overraskende vokser den medicinske interesse for forbøn således også. En enkelt søgning i juni 2006 på PubMed med søgeordene "prayer therapy" gav et samlet udfald på 12.394 publicerede artikler.

Tillidsfuld bøn betragtes som regel som udtryk for et levende religiøst baseret håb om positive udsigter. Håb om positive udsigter har i en nylig norsk undersøgelse vist sig at være den væsentligste bedringsfaktor for soldater, der led af post-traumatisk stress (Weisæth, 2006). Håb har i mange undersøgelser vist sig at udgøre en positiv mestringsressource (Koenig et al., 2001a, Chen, 2003, Christman, 1990, Ross, 1990). Det kan således ikke overraske, at patienter udtrykker ønske om at få hjælp med at få deres håb styrket, når svær krise rammer (Moadel et al., 1999). F.eks. har bøn om et under vist sig at være et meget udbredt religiøst coping-mønster (Pargament et al., 1994).

Et sådant håb om et under har interessant nok vist sig at kunne udgøre både positive og negative mestringsressourcer. Bøn om et under har vist sig over tid at være forbundet med nedsat fortvivlelse i forbindelse med den krise, som Golfkrigen udløste i 1991 (Pargament et al., 1994). Om dette skyldes bønningen og Guds handlen vil forblive et trosspørgsmål, men håbet om bedring (der jo ligger i bønningen om et mirakel) har under alle omstændigheder vist sig at udgøre en positiv copingstrategi. Modsat gælder følgende: når håbet får karakter af en præstationstro, hvor den enkeltes tro er en forudsætningen for helbredelsen, kan skuffelserne ved udebleven helbredelse være så store, at de både kan udgøre svære troskriser og beviseligt negative coping-forhold (O'Reilly, 2000, Pargament et al., 1990).

6 Konklusion og perspektiv

Det betragtes som et evidensunderbygget faktum, at religiøs tro udgør en væsentlig ressource for lidende. Mennesker anvender religiøs tro i deres svar på kriser på mindst tre områder: analyse, bearbejdning, intervention. På alle tre områder er det klart, at troen kan udgøre en både positiv og negativ ressource alt efter hvilken spirituel semantik, patienter bevæger sig indenfor. Tro kan være en kilde til både styrket og svækket psykisk robusthed, når kriser rammer.

Det er derfor af største betydning, at religiøse mennesker, der rammes af sygdom eller traumatiske oplevelser, får den rette vejledning fra fagfolk både i sundhedssektoren og den religiøse sektor (Miller, 1999, Lomax et al., 2002, Kliwer, 2004, Richards and Bergin, 1997, Wicks et al., 1985). For at det kan ske, er det af største betydning, at vi får en fortsat kreativ integration af viden mellem teologi, lægevidenskab og psykologi, samtidig med at både religiøse sandhedsspørgsmål og sundhedsvæsenets professionelle integritet kan sikres.

Det kræver sundhedsfaglig agtsomhed mod ideologisk modstand mod religiøse emner. Der lurder nemlig den fare ved naturvidenskabeligt arbejde, at naturvidenskabelig metode let ender med at blive rendyrket til mere og andet end professionel metode: den bliver ophøjet til kosmologi. Naturvidenskab (science), fornuft (ratio) og verdsliggørelse af samfundet (sekularisering) bliver til deciderede *ismer* (scientisme, rationalisme og sekularisme) og som alle andre *ismer*, har disse *ismer* det med at bestemme over, hvad mennesker kan tro og tænke og truer således med at lægge bånd på sand videnskab og fri forskning, fuldstændig som da religionen lagde bånd på naturvidenskaben. Kosmologiske systemer går alvorligt ud over og bryder med den professionelle objektivitet, man må forvente af sundhedsvidenskaben, og som udgør en af dens bærende elementer. Det gælder både dens tilgrundliggende forskning og dens omgang med mennesker. Som Frankford skriver, bliver patientperspektivet i særlig grad sat over styr, når scientismen kombineres med absolutte krav om økonomisk rationalitet i sundhedsvæsenet (economisme).⁸ Sådan videnskabelig og økonomisk rationalisering af sundhedsvæsenet går let ud over plads og forståelse for patientens åndelige behov.

På nuværende tidspunkt er der stadig indicier for et misforhold i patienters ønske om plads for religiøse spørgsmål og behandleres vilje for at tilvejebringe den. Intet sted i samfundet tænkes der så meget over eksistentielle og religiøse forhold som på hospitalerne. Ingen steder er der åbenbart så stor fagligt betinget modstand mod at tale om religiøsitet som på hospitalerne. Det er blevet tydeligt i forskellige spørgeskema-undersøgelser. I en undersøgelse publiceret i 1994 rap-

porterede 77 % patienter, at de ønskede, at deres læge skulle inddrage spørgsmål om tro med dem. 37 % ønsker, at deres læger skal gøre det oftere. 48 % ønsker, at deres læger skal bede med dem. 68 % sagde, at deres læger aldrig havde gjort det (King and Bushwick, 1994).

Man har i lægevidenskabens, psykiatrisk og psykologisk regi ofte kritiseret religiøst motiveret modstand mod videnskabelig forskning og karakteriseret den som udtryk for mangel på videnskabelig objektivitet. Det gælder ikke mindst indenfor medicinske emner som stamcelleforskning men også indenfor psykiatri og psykologi, hvor man har angrebet religiøse fordomme overfor behovet for at diskutere seksualitet med patienter. Her er vi nødt til at vende spørgsmålet rundt og spørge: kan vi se denne sekularistisk og scientistisk betingede modstand som andet end udtryk for manglende videnskabelig objektivitet, når det er klart, at mange patienter ønsker at diskutere tro med behandlerne, og når et væsentligt antal undersøgelser tyder på, at denne inddragelse har direkte helsefremmende effekter?

Man kan perspektivere tingene på følgende tankevækkende måde: på Sigmund Freuds tid var der stor kirkelig modstand mod at tale om seksualitet. Psykologien opdagede, at seksualiteten udgør et grundlæggende behov hos mennesket og kan være både sygelig og frigørende. Derfor var der behov for at bryde med det seksuelle tabu, hvilket må siges at være sket. Man har således i dag ikke svært ved at tale med patienter om seksuelle problemer især ikke i terapisammenhæng.

Til gengæld er der i dag betydelig sundhedsfaglig modstand mod at tale om religion. Det er paradoksalt at denne modstand mod religiøsitet i dag minder om kirkens modstand mod seksualitet på Freuds tid. Ligesom seksualiteten udgør religiøsiteten for milliarder af mennesker et grundbehov, der både kan forkvakle og frigøre mennesker og være destruktivt og opbyggeligt. Ligesom der på Freuds tid for patientens skyld var behov for at bryde det seksuelle tabu, sådan er der i dag for patientens skyld behov for at bryde den moderne tabuisering af religion.

Det er forhold som disse, der kræver yderligere bearbejdning. På nuværende tidspunkt må vi blot fastslå, at den nyvundne interesse for relationen mellem tro og sundhed publiceret over en bred kam af anerkendte lægetidsskrifter, er et udtryk for, at sekulariseringen ikke har fået bugt med menneskers religiøse tro (Habermas and Ratzinger, 2005), og at den særlig viser sig at være på vej tilbage i sygdomssammenhæng, når mennesker mest udfordres i deres opfattelse af sig selv, af deres nære, af verden, af meningen med tilværelsen og evighedens spørgsmål. Mennesker oplever også i dag mindst lige så meget, som mennesker har gjort det før i tiden det religiøse håb såvel som forbøn og andre trosrelaterede coping-

og interventionsformer som meningsfulde og meningsskabende møder mellem Himmel og Jord. Fornuftig plads til eksistentielle og religiøse spørgsmål kan være med til at tilgodese "hele patientens" behov – både fysiske, psykiske og åndelige.

Noter

1 Emnet er genstand for undertegnede post-doc projekt som p.t. færdiggøres ved Forskningsenheden Helbred, Menneske, og Samfund, SDU, efter forskningsophold på Gregoriana-Universitetet i Rom, Kræftens Bekæmpelse i København og The University of Notre Dame, IN, USA. En varm tak til H. Lundbeck for det legat, der har muliggjort denne forskningstid. Emnet er af undertegnede hidtil bl.a. behandlet i (Hvidt, 2002, Hvidt and Johansen, 2004).

Et af denne artikels formål er at give en indgang til litteraturen på området. Der refereres så vidt muligt til litteraturen i brødteksten. Større litteraturhenvisninger eller henvisninger med kommentarer til litteraturen er henlagt til noterne.

2 Modstanden mod Galileos forskning fremsættes ofte som det primære eksempel. Dissektion var forbudt i antikken og besværliggjorde f.eks. Galens arbejde (Malomo et al., 2006). Derimod er det omdiskuteret i hvilket omfang, kirken satte sig op imod dissektion af menneskelig (Hofstadter, 1961, Shaw, 1992). Den første officielle tilladelse til dissektion af menneskelig blev givet i 1340 i Montpelier, men de første sikre fortegnelser over dissektion er af Mondino de Luzzi fra 1315. Hans dissektion af to kvindelige lig er optegnede i hans dissektionshåndbog, *Anathomia*, baseret på Galens værker og publiceret 1316 (Shaw, 1992, Malomo et al., 2006).

3 For en diskussion af de meget vigtige distinktioner mellem begreberne *spiritualitet* og *religion*, se (Hvidt, 2004b, Levin, 2001, Matthews and Clark, 1998). Diskussionen er relateret til distinktionen mellem indre og ydre religiøsitet, der for alvor blev introduceret af G.W. Allport og J.M. Ross i 1960'erne, se (Allport and Ross, 1967).

4 Følgende review-artikler er alene fra 2000 til midten af 2006: (Wong et al., 2006, Rew and Wong, 2006, Cotton et al., 2006, Sinclair et al., 2006, Johnson et al., 2005, Aukst-Margetic and Margetic, 2005, Smith et al., 2005, Lindberg, 2005, Coruh et al., 2005, Egbert et al., 2004, Ramondetta and Sills, 2004, Flannelly et al., 2004, Chiu et al., 2004, Shreve-Neiger and Edelstein, 2004, Seeman et al., 2003, Lin and Bauer-Wu, 2003, Larson et al., 2002, Lipe, 2002, O'Connor et al., 2002, Berry, 2002, Weaver et al., 2002, Townsend et al., 2002a, Weaver et al., 2001, Luskin, 2000, Luskin et al., 2000, McCullough et al., 2000, , 2000, Udermann, 2000).

5 "The God of Israel and Jesus Christ is not some ultimate source of generalized compassion always ready to sympathize with us, but the God of judgment on sin and, in particular, our sin. Through the centuries the church has not let us forget, as Shuman and Meador make clear, that our sickness—and the death our being sick beacons—may well be a sign of God's judgment" (Hauerwas, 2003).

6 "How are a people whose greatest Good is the worship of and friendship with a crucified God supposed to think about and live with respect to their own and others' sickness and suffering?" (Shuman and Meador, 2003).

- 7 De hidtil upublicerede forskningsresultater, udført især af *Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)* i Norge, se <http://www.nkvts.no> såvel som *Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri*, ved Upsala Universitet i Sverige, se <http://www.katastrofpsykiatri.uu.se> blev præsenteret og diskuteret ved Den 3. Skandinaviske Kriseterapeutiske Kongres, Oslo, 26. april 2006.
- 8 "Because biomedicine and health services research share positivist epistemic and methodological premises, both objectify the subjects they study, abstract those subjects from context, and thereby ignore the cultural dimensions of the problems at hand. Rather than inculcate an ethic and practice in which medicine focuses on the meaning of illness for a life, a cultural phenomenon, this form of positivism strengthens the tendency to reject meaning in favor of the causes and course of disease and the abstracted probability of its occurrence" (Frankford, 1994). Se også (Segal, 1997).

Litteratur

- ABERNETHY, A. D., CHANG, H. T., SEIDLITZ, L., EVINGER, J. S. & DUBERSTEIN, P. R. 2002 Religious Coping and Depression among Spouses of People with Lung Cancer. I: *Psychosomatics*, 43, 456-463.
- ABERTH, J. 2001 *From the Brink of the Apocalypse: Confronting Famine, War, Plague and Death in the later Middle Ages*, London, Routledge.
- AI, A. L., TICE, T. N., PETERSON, C. & HUANG, B. 2005 Prayers, Spiritual Support, and Positive Attitudes in Coping With the September 11 National Crisis. I: *Journal of Personality*, 73, 763-792.
- ALLPORT, G. W. & ROSS, J. M. 1967 Personal Religious Orientation and Prejudice. I: *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 432-43.
- ANO, G. G. & VASCONCELLES, E. B. 2005 Religious Coping and Psychological Adjustment to Stress: A Meta-Analysis. I: *Journal of Clinical Psychology*, 61, 461-480.
- BAGIELLA, E., HONG, V. & SLOAN, R. P. 2005 Religious attendance as a predictor of survival in the EPESE cohorts. I: *International Journal of Epidemiology*, 34, 443-51.
- 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. I: *Journal of Southeast Asian studies*, 35, 91-111.
- BARNES, P. M., POWELL-GRINER, E., MCFANN, K. & NAHIN, R. L. 2004 Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. I: *Advance Data*, 1-19.
- BBC NEWS 2006 Israel punishes US TV evangelist
- BEC, N. L. 2004 *Miracles de Lourdes : Les preuves médicales*, Charenton-le-Pont, Presses de Valmy.
- BELLAH, R. N. 1992 *The broken covenant : American civil religion in time of trial*, Chicago, University of Chicago Press.
- BELLAH, R. N. & HAMMOND, P. E. 1980 *Varieties of civil religion*, San Francisco, Harper & Row.
- BERRY, D. 2002 Does religious psychotherapy improve anxiety and depression in religious adults? A review of randomized controlled studies. I: *The International Journal of Psychiatric Nursing Research.*, 8, 875-90.

- BERTHOLD, F. 2004 *God, evil, and, human learning : a critique and revision of the free will defense in theodicy*. Albany, NY, State University of New York Press.
- BOSCAGLIA, N., CLARKE, D. M., JOBLING, T. W. & QUINN, M. A. 2005 The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer. I: *International Journal of Gynecological Cancer*, 15, 755-761.
- BOSWORTH, H. B., PARK, K. S., MCQUOID, D. R., HAYS, J. C. & STEFFENS, D. C. 2003 The impact of religious practice and religious coping on geriatric depression. I: *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 905-14.
- BRAAM, A. W., BEEKMAN, A. T., VAN TILBURG, T. G., DEEG, D. J. & VAN TILBURG, W. 1997 Religious involvement and depression in older Dutch citizens. I: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 284-91.
- BUSSING, A., OSTERMANN, T. & MATTHIESSEN, P. F. 2005 Role of religion and spirituality in medical patients: confirmatory results with the SpREUK questionnaire. I: *Health Qual Life Outcomes*, 3, 10.
- CHATTERS, L. M. 2000 RELIGION AND HEALTH: Public Health Research and Practice. I: *Annual Review of Public Health*, 21, 335.
- CHEN, M. L. 2003 Pain and hope in patients with cancer: a role for cognition. I: *Cancer Nurs*, 26, 61-7.
- CHENG-YI HAHN, M.-S. Y. M.-J. Y. C.-H. S. H.-Y. L. 2004 Religious attendance and depressive symptoms among community dwelling elderly in Taiwan. I: *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 1148-1154.
- CHIRON, Y. 2000 *Enquête sur les miracles de Lourdes*, Paris, Perrin.
- CHRISTMAN, N. J. 1990 Uncertainty and adjustment during radiotherapy. I: *Nurs Res*, 39, 17-20, 47.
- CLEETON, E. R. 2001 Attitudes and Beliefs About Childbirth Among College Students: Results of an Educational Intervention. I: *Birth: Issues in Perinatal Care*, 28, 192.
- CNN 6 January 2006 Robertson suggests God smote Sharon. New York.
- COHEN, S. R. 1996 Existential well-being is an important determinant of quality of life: Evidence from the McGill quality of life questionnaire. I: *Cancer*, 77, 576.
- COYLE, B. R. 2001 Twelve myths of religion and psychiatry: lessons for training psychiatrists in spiritually sensitive treatments. I: *Mental Health, Religion & Culture*, 4, 149.
- CRAIG, E. 1998 Fatalism. IN CRAIG, E. (Ed.) *Routledge Encyclopedia of Philosophy*. London, Routledge.
- CUNNINGHAM, A. & GRELL, O. P. 2001 *The four Horsemen of the Apocalypse: Religion, War, Famine and Death in Reformation Europe* Cambridge, Cambridge University Press.
- DELKESKAMP-HAYES, C. 2003 Euthanasia, Physician Assisted Suicide, and Christianity's Positive Relationship to the World. I: *Christian bioethics*, 9, 163-185.
- DROEGE, T. A. 1991 *The faith factor in healing*, Philadelphia, Trinity Press.
- ECHEVERRIA, E. J. 2004 The Gospel of Redemptive Suffering: Reflections on John Paul II's *Salvifici Doloris*. IN VAN INWAGEN, P. (Ed.) *Christian faith and the problem of evil*. Grand Rapids, Mich., W.B. Eerdmans Pub.
- EKSTROM, L. W. (2004) Suffering as Religious Experience. I: VAN INWAGEN, P. (Ed.) *Christian faith and the problem of evil*. Grand Rapids, Mich., W.B. Eerdmans Pub.
- FISCHER, P., GREITEMEYER, T., KASTENMULLER, A., JONAS, E. & FREY, D. 2006 Coping with Terrorism: The Impact of Increased Salience of Terrorism on Mood and Self-

- Efficacy of Intrinsically Religious and Nonreligious People. I: *Pers Soc Psychol Bull*, 32, 365-377.
- FITCHETT, G. 2004 Religious Struggle: Prevalence, Correlates and Mental Health Risks in Diabetic, Congestive Heart Failure, and Oncology Patients. I: *The International journal of psychiatry in medicine*, 34, 179.
- FRANKFORD, D. M. 1994 Scientism and economism in the regulation of health care. I: *J Health Polit Policy Law*, 19, 773-799.
- FREUD, S. 1962 *Civilization and its Discontents*, New York, W. W. Norton.
- GALL, T. L. & CORNBLAT, M. W. 2002 Breast cancer survivors give voice: a qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment. I: *Psycho-Oncology*, 11, 524.
- GALLUP, G. *Fifty Years of Gallup Surveys on Religion*.
- GERLITZ, P. 1997 Theodizee I - Religionsgeschichtlich. I: MÖLLER, G. & KRAUSE, G. (Eds.) *Theologische Realenzyklopädie (TRE)*. Berlin, W. de Gruyter.
- GEYER, C. F. 1990 Das Theodizeeproblem, ein historischer und systematischer Überblick. I: OELMÜLLER, W. & GEYER, C.-F. (Eds.) *Theodizee, Gott vor Gericht?* München, Wilhelm Fink Verlag.
- GREAVES, D. 2002 Reflections on a new medical cosmology. I: *J Med Ethics*, 28, 81-5.
- GROSSARTH-MATICEK, R. 2002 *Das Autonomietraining: Gesundheit und Problemlösung durch Anregung der Selbstregulation*, Berlin, Walter de Gruyter.
- HABERMAS, J. 2001 *Glauben und Wissen : Friedenspreis des Deutschen Buchhandels 2001*, Frankfurt am Main, Suhrkamp.
- HABERMAS, J. & RATZINGER, J. 2005 *Dialektik der Säkularisierung : über Vernunft und Religion*, Freiburg im Breisgau, Herder.
- HALL, D. E., KOENIG, H. G. & MEADOR, K. G. 2004 Conceptualizing "Religion". I: *Perspectives in biology and medicine*, 47, 386-401.
- HARTLING, O. 2003 Lægens magt og afmagt. I: HARTLING, O. (Ed.) *Læge-patient-forholdet. Refleksioner og visioner. Antologi*. København, Det Etske Råd.
- HAUERWAS, S. 2003 Foreword. I: SHUMAN, J. J. & MEADOR, K. G. (Eds.) *Heal Thyself: Spirituality, Medicine, and the Distortion of Christianity*. New York, Oxford University Press.
- HICK, J. 1981 An Irenaean Theodicy. I: COBB, J. B. & DAVIS, S. T. (Eds.) *Encountering evil : live options in theodicy*. Atlanta, J. Knox Press.
- HICK, J. 1985 *Evil and the God of love*, London, Palgrave Macmillan.
- HICK, J. 2001 *Dialogues in the philosophy of religion*, Houndmills, Basingstoke, Hampshire ; New York, Palgrave.
- HILL, T. D., ANGEL, J. L., ELLISON, C. G. & ANGEL, R. J. 2005 Religious Attendance and Mortality: An 8-Year Follow-Up of Older Mexican Americans. I: *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 60, S102-109.
- HINTIKKA, S. R. 1998 Associations between religious attendance, social support, and depression in psychiatric patients. I: *Journal of psychology and theology*, 26, 351.
- HINTIKKA, S. R. 2001 Religious attendance and life satisfaction in the Finnish general population. I: *Journal of psychology and theology*, 29, 158.
- HOEKEMA, S. & DAVIS, C. 2001 Loss and Meaning. I: *American Behavioral Scientist*, 44, 726-741.
- HOFSTADTER, R. 1961 *Academic freedom in the age of the college*, New York,, Columbia University Press.

- HORTON, P. C. 1974 The Mystical Experience: Substance of an Illusion. I: *American Psychoanalytic Association Journal*, 22, 364-380.
- HOUSE, J. S., ROBBINS, C. & METZNER, H. L. 1982 The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. I: *Am J Epidemiol*, 116, 123-40.
- HVIDT, N. C. 2002 *Mirakler. møder mellem himmel og jord*, København, Gyldendal.
- HVIDT, N. C. 2004a Tro og helbred. I: *Psykiatri-Information*, 11, 6-7.
- HVIDT, N. C. 2004b Tro og Helbred - Religiøse Aspekter. I: HVIDT, N. C. & JOHANSEN, C. (Eds.) *Kan tro flytte bjerge?* København, Gyldendal.
- HVIDT, N. C. 2007 *Forskningsprojekt om Religiøs Coping*.
- HVIDT, N. C. & JOHANSEN, C. 2004 *Kan tro flytte bjerge?*, København, Gyldendal.
- JOHN PAUL II 1984 *On the Christian meaning of human suffering : apostolic letter Salvifici doloris of the Supreme Pontiff John Paul II, to the bishops, to the priests, to the religious families, and to the faithful of the Catholic Church*, Washington, D.C., Office of Publishing Services United States Catholic Conference.
- JOHN PAUL II 1998 *Encyclical letter, Fides et ratio, of the supreme pontiff John Paul II : to the bishops of the Catholic Church on the relationship between faith and reason*, Washington, DC, United States Catholic Conference.
- KILIAN, R. 1966 *Die vorpriesterlichen Abrahams-Überlieferungen. Literarkritisch und traditions-geschichtlich untersucht*, Bonn, Hanstein.
- KING, D. E. & BUSHWICK, B. 1994 Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. I: *J Fam Pract*, 39, 349-52.
- KLIEWER, S. 2004 Allowing spirituality into the healing process. I: *Journal of Family Practice*, 53, 616.
- KOENIG, H. G., COHEN, H. J., BLAZER, D. G., PIEPER, C., MEADOR, K. G., SHELP, F., GOLI, V. & DIPASQUALE, B. 1992 Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men. I: *American Journal of Psychiatry*, 149, 1693-1700.
- KOENIG, H. G., GEORGE, L. K. & PETERSON, B. L. (1998a) Religiosity and Remission of Depression in Medically Ill Older Patients. *American Journal of Psychiatry*, 155, 536-542.
- KOENIG, H. G., GEORGE, L. K. & SIEGLER, I. C. 1988 The use of religion and other emotion-regulating coping strategies among older adults. I: *The Gerontologist*, 28, 303-310.
- KOENIG, H. G., LARSON, D. B. & LARSON, S. S. 2001a Religion and coping with serious medical illness. I: *Ann Pharmacother*, 35, 352-9.
- KOENIG, H. G., MCCULLOUGH, M. E. & LARSON, D. B. 2001b *Handbook of religion and health*, Oxford ; New York, Oxford University Press.
- KOENIG, H. G., PARGAMENT, K. I. & NIELSEN, J. 1998b Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. I: *J Nerv Ment Dis*, 186, 513-21.
- KÖHLMÖS, M. 1997 Theodizee II - Altes Testament. I: MÖLLER, G. & KRAUSE, G. (Eds.) *Theologische Realenzyklopädie (TRE)*. Berlin, W. de Gruyter.
- KRAŠOVEC, J. 1999 *Reward, punishment, and forgiveness : the thinking and beliefs of ancient Israel in the light of Greek and modern views*, Leiden ; Boston, Brill.
- LA COUR, P. P., AVLUND, K. K. & SCHULTZ-LARSEN, K. K. 2006 Religion and survival in a secular region. A twenty year follow-up of 734 Danish adults born in 1914. I: *Social science & medicine*, 62, 157-164.
- LARSON, D. B., LARSON, S. S. & KOENIG, H. G. 2002 Mortality and religion/spirituality: a brief review of the research. I: *Ann Pharmacother*, 36, 1090-8.

- LAURENTIN, R. 1957 *Lourdes, dossier des documents authentiques*, Paris,, P. Lethielleux.
- LEIBNIZ, G. W. 1985 *Theodicy : essays on the goodness of God, the freedom of man, and the origin of evil*, La Salle, Ill., Open Court.
- LEVIN, J. J. S. & TAYLOR, R. R. J. 1997 Age differences in patterns and correlates of the frequency of prayer. I: *The Gerontologist*, 37, 75-88.
- LEVIN, J. S. 2001 *God, faith, and health - exploring the spirituality-healing connection*, New York, J. Wiley.
- LINCOLN, B. 2003 *Holy terrors : thinking about religion after September 11*, Chicago, University of Chicago Press.
- LITTLE, J. M. 2002 Humanistic medicine or values-based medicine... what's in a name? I: *Medical Journal of Australia*, 177, 319-321.
- LO, B., RUSTON, D., KATES, L., ARNOLD, R., COHEN, C., FABER-LANGENDOEN, K., PANTILAT, S., PUCHALSKI, C., QUILL, T., RABOW, M., SCHREIBER, S., SULMASY, D., TULSKY, J. & LIFE., W. G. O. R. A. S. I. A. T. E. O. 2002 Discussing religious and spiritual issues at the end of life: a practical guide for physicians. I: *Jama*, 287, 749-754.
- LOMAX, J. W., 2ND, KARFF, R. S. & MCKENNY, G. P. 2002 Ethical considerations in the integration of religion and psychotherapy: three perspectives. I: *Psychiatr Clin North Am*, 25, 547-59.
- LUKOFF, D. D., LU, F. F. & TURNER, R. R. 1992 Toward a more culturally sensitive DSM-IV. Psychoreligious and psychospiritual problems. I: *Journal of nervous and mental disease*, 180, 673-682.
- MALOMO, A. O., IDOWU, O. E. & OSUAGWU, F. C. 2006 Lessons from History: Human Anatomy, from the Origin to the Renaissance (Lecciones de Historia: Anatomía Humana, desde el Origen hasta el Renacimiento). I: *International Journal of Morphology*, 24, 99-104.
- MANDEL, A. 1980 Toward a psychobiology of transcendence: God in the brain. I: DAVIDSON, R. J. & DAVIDSON, J. M. (Eds.) *The Psychobiology of Consciousness*. New York, Plenum Press.
- MANNING-WALSH, J. 2005 Spiritual Struggle: Effect on Quality of Life and Life Satisfaction in Women With Breast Cancer. I: *J Holist Nurs*, 23, 120-140.
- MATTHEWS, D. A. & CLARK, C. I. 1998 *The faith factor - proof of the healing power of prayer*, New York, Viking.
- MAY, L. 1995 Challenging Medical Authority: The Refusal of Treatment by Christian Scientists. I: *The Hastings Center report*, 25, 15-22.
- MCCORD, G., GILCHRIST, V. J., GROSSMAN, S. D., KING, B. D., MCCORMICK, K. F., OPRANDI, A. M., SCHROP, S. L., SELIUS, B. A., SMUCKER, W. D., WELDY, D. L., AMORN, M., CARTER, M. A., DEAK, A. J., HEFZY, H. & SRIVASTAVA, M. 2004 Discussing Spirituality With Patients: A Rational and Ethical Approach. I: *Ann Fam Med*, 2, 356-361.
- MCCULLOUGH, M. E., HOYT, W. T., LARSON, D. B., KOENIG, H. G. & THORESEN, C. 2000 Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. I: *Health Psychol*, 19, 211-22.
- MCDERMOTT, J. M. 1990 *The Bible on human suffering*, Slough, St Paul Publications.
- MEISENHOLDER, J. B. & MARCUM, J. P. 2004 Responses of Clergy to 9/11: Posttraumatic Stress, Coping, and Religious Outcomes. I: *Journal for the Scientific Study of Religion*, 43, 547-554.

- MILLER 2002 Adult religiousness and history of childhood depression: Eleven-year follow-up study. I: *Journal of nervous and mental disease*, 190, 86.
- MILLER, W. R. 1999 *Integrating spirituality into treatment - resources for practitioners*, Washington, DC, American Psychological Association.
- MOADEL, A., MORGAN, C., FATONE, A., GRENNAN, J., CARTER, J., LARUFFA, G., SKUMMY, A. & DUTCHER, J. 1999 Seeking meaning and hope: self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. I: *Psychooncology*, 8, 378-85.
- MOBERG, D. O. 2002 Assessing and Measuring Spirituality: Confronting Dilemmas of Universal and Particular Evaluative Criteria. I: *Journal of Adult Development*, 9, 47.
- MOLASSIOTIS, A., FERNADEZ-ORTEGA, P., PUD, D., OZDEN, G., SCOTT, J. A., PANTELI, V., MARGULIES, A., BROWALL, M., MAGRI, M., SELVEKEROVA, S., MADSEN, E., MILOVICS, L., BRUYNS, I., GUDMUNSDOTTIR, G., HUMMERSTON, S., AHMAD, A. M. A., PLATIN, N., KEARNEY, N. & PATIRAKI, E. 2005 Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. I: *Ann Oncol*, 16, 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).
- NORDENFELT, L. 1993 Concepts of health and their consequences for health care. I: *Theoretical Medicine and Bioethics*, 14, 277-285.
- O'REILLY, J. 2000 *The Hospital Prayer Book: A Partner for Healing*. I: *Literature and medicine*, 19, 61.
- PARGAMENT 2004 Religious Coping Methods as Predictors of Psychological, Physical and Spiritual Outcomes among Medically Ill Elderly Patients: A Two-year Longitudinal Study. I: *Journal of health psychology*, 9, 713.
- PARGAMENT, K. I. 1992 God Help Me (II): The Relationship of Religious Orientations to Religious Coping with Negative Life Events. I: *Journal for the scientific study of religion*, 31, 504-513.
- PARGAMENT, K. I. 1997 *The psychology of religion and coping : theory, research, practice*, New York, Guilford Press.
- PARGAMENT, K. I., ENSING, D. S., FALGOUT, K., OLSEN, H., REILLY, B., HAITSMA, K. V. & WARREN, R. 1990 God help me:(I): Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. I: *American journal of community psychology*, 18, 793-824.
- PARGAMENT, K. I., ISHLER, K., DUBOW, E. F., STANIK, P., ROUILLER, R., CROWE, P., CULLMAN, E. P., ALBERT, M. & ROYSTER, B. J. 1994 Methods of Religious Coping with the Gulf War: Cross-Sectional and Longitudinal Analyses. I: *Journal for the Scientific Study of Religion*, 33, 347.
- PARGAMENT, K. I., KOENIG, H. G., TARAKESHWAR, N. & HAHN, J. 2001a Religious Struggle as a Predictor of Mortality Among Medically Ill Elderly Patients: A 2-Year Longitudinal Study. I: *Arch Intern Med*, 161, 1881-1885.
- PARGAMENT, K. I., KOENIG, H. G., TARAKESHWAR, N. & HAHN, J. 2004 Religious Coping Methods as Predictors of Psychological, Physical and Spiritual Outcomes among Medically Ill Elderly Patients: A Two-year Longitudinal Study. I: *J Health Psychol*, 9, 713-730.

- PARGAMENT, K. I., MURRAY-SWANK, N., MAGYAR, G. M. & ANO, G. G. 2005 Spiritual Struggle: A Phenomenon of Interest to Psychology and Religion. I: MILLER, W. R. & DELANEY, H. D. (Eds.) *Judeo-Christian perspectives on psychology : human nature, motivation, and change*. 1st ed. Washington, DC, American Psychological Association.
- PARGAMENT, K. I., TARAKESHWAR, N., ELLISON, C. G. & WULFF, K. M. 2001b Religious Coping Among the Religious: The Relationships Between Religious Coping and Well-Being in a National Sample of Presbyterian Clergy, Elders, and Members. I: *Journal for the Scientific Study of Religion*, 40, 497-513.
- PARGAMENT, K. I., ZINNBAUER, B. J., SCOTT, A. B., BUTTER, E. M., ZEROWIN, J. & STANIK, P. 1998 Red flags and religious coping: Identifying some religious warning signs among people in crisis. I: *Journal of Clinical Psychology*, 54, 77-89.
- PERRIER, J. 2003 Cures and Miracles. Tarbes & Lourdes, Sanctuaire Notre Dame de Lourdes.
- PORTER, R. 1993 Religion and Medicine. I: VYNUM, W. F. & PORTER, R. (Eds.) *The Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. New York, Routledge.
- PORTERFIELD, A. 2005 *Healing in the history of Christianity*, New York, Oxford University Press.
- PROPST, L. R., OSTROM, R., WATKINS, P., DEAN, T. & MASHBURN, D. 1992 Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. I: *J Consult Clin Psychol*, 60, 94-103.
- RAMAN, L. & GELMAN, S. A. 2004 A Cross-Cultural Developmental Analysis of Children's and Adults' Understanding of Illness in South Asia (India) and the United States. I: *Journal of Cognition & Culture*, 4, 293.
- RAMAN, L. & WINER, G. A. 2002 Children's and Adults' Understanding of Illness: Evidence in Support of a Coexistence Model. I: *Genetic, Social & General Psychology Monographs*, 128, 325.
- RAMAN, L. & WINER, G. A. 2004 Evidence of more immanent justice responding in adults than children: A challenge to traditional developmental theories. I: *British Journal of Developmental Psychology*, 22, 255.
- RESCH, A. 1999 *Miracoli dei beati, 1983-1990*, Città del Vaticano, Libreria editrice vaticana.
- RESCH, A. 2002a *Miracoli dei Beati, 1991-1995*, Città del Vaticano, Libreria editrice vaticana.
- RESCH, A. 2002b *Miracoli dei Santi*, Città del Vaticano, Libreria editrice Vaticana / Congregazione delle Cause dei Santi.
- REVENTLOW, H. 1968 *Opfere deinen Sohn*, [Neukirchen-Vluyn], Neukirchner Verlag des Erziehungsvereins.
- RICHARDS, P. S. & BERGIN, A. E. 1997 *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*, Washington, DC, American Psychological Association.
- 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. I: *J Clin Oncol*, 18, 2505-2514.
- ROSNER, F. M. 1975 The efficacy of prayer: Scientific vs religious evidence. I: *Journal of religion and health*, 14, 294.
- ROSS, C. E. 1990 Religion and Psychological Distress. I: *Journal for the Scientific Study of Religion*, 29, 236.

- RUPERT, L. 1972 Das Motiv der Versuchung durch Gott in vordeuteronomischer Tradition. I: *Vetus Testamentum*, 22, 55-63.
- SCHEURICH, N. 2003 Reconsidering spirituality and medicine. I: *Acad Med*, 78, 356-60.
- SCHOENBERGER, N. E., MATHEIS, R. J., SHIFLETT, S. C. & COTTER, A. C. 2002 Opinions and practices of medical rehabilitation professionals regarding prayer and meditation. I: *J Altern Complement Med*, 8, 59-69.
- SCHUMACHER, T. 1994 *Theodizee : Bedeutung und Anspruch eines Begriffs*, Frankfurt am Main ; New York, P. Lang.
- SEGAL, J. Z. 1997 Public Discourse and Public Policy: Some Ways That Metaphor Constrains Health (Care). I: *Journal of Medical Humanities*, 18, 217.
- SEXTON, R. O. & MADDOCK, R. C. 1978 The Adam and Eve syndrome. I: *Journal of Religion and Health*, 17, 163.
- SHAW, J. P. 1992 A history of the enumeration of the cranial nerves by European and British anatomists from the time of Galen to 1895, with comments on nomenclature. I: *Clinical Anatomy*, 5, 466-484.
- SHERBOURNE, C. D., HAYS, R. D. & WELLS, K. B. 1995 Personal and psychosocial risk factors for physical and mental health outcomes and course of depression among depressed patients. I: *J Consult Clin Psychol*, 63, 345-55.
- SHUMAN, J. J. & MEADOR, K. G. 2003 *Heal thyself: spirituality, medicine, and the distortion of Christianity*, New York, Oxford University Press.
- SIEVERNICH, M. 2003 Pastoral Care for the Sick in a Post-Secular Age: An Ignatian Perspective. I: *Christian Bioethics*, 9, 23.
- SITTSER, G. L. 2004 *A grace disguised : how the soul grows through loss*, Grand Rapids, Mich., Zondervan.
- SLOAN, R. P. 2006 *Blind faith : the unholy alliance of religion and medicine*, New York, St. Martin's Press.
- SMITH, T. B. 2003 Religiousness and Depression: Evidence for a Main Effect and the Moderating Influence of Stressful Life Events. I: *Psychological bulletin*, 129, 614.
- SPIEGEL, E. B. 2005 Internal and Environmental Buffers of Terrorism-Related Anxiety. College Park, University of Maryland.
- SPIVAK, C. D. 1917 Hebrew Prayers for the Sick. I: *Ann. med. Hist.*, 1, 83-85.
- STEIN, B. D., ELLIOTT, M. N., JAYCOX, L. H., COLLINS, R. L., BERRY, S. H., KLEIN, D. J. & SCHUSTER, M. A. 2004 A National Longitudinal Study of the Psychological Consequences of the September 11, 2001 Terrorist Attacks: Reactions, Impairment, and Help-Seeking. I: *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 67, 105.
- STEMPSEY, W. E. 2002 Miracles and the limits of medical knowledge. I: *Medicine, Health Care and Philosophy*, 5, 1-9.
- SULLIVAN, L. E. 1989 *Healing and restoring : health and medicine in the world's religious traditions*, New York / London, Macmillan / Collier Macmillan.
- TALBOTT, S. & CHANDA, N. 2001 *The age of terror : America and the world after September 11*, New York, Basic Books / Yale Center for the Study of Globalization.
- THOMAS, L. 1978 Hubris in science? I: *Science*, 200, 1459-62.
- TOWNSEND, M., KLADDER, V. & MULLIGAN, T. 2002 Systematic Review of Clinical Trials Examining the Effects of Religion on Health. I: *Southern Medical Journal*, 95, 1429.
- TRISTRAM ENGELHARDT, J. H. 1998 Generic Chaplaincy: Providing Spiritual Care in a Post-Christian Age. I: *Christian Bioethics*, 4, 231.

- 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. I: *Integr Cancer Ther*, 4, 274-286.
- WARBURG, M. 2005 Gudspåkaldelse i dansk civilreligion. I: HØJSGAARD, M. T., RAUN IVERSEN, H. & BALSLEV-CLAUSEN, P. (Eds.) *Gudstro i Danmark*. Frederiksberg, Anis.
- WEAVER, A. J., FLANNELLY, L. T., STROCK, A. L., KRAUSE, N. & FLANNELLY, K. J. 2005 The Quantity and Quality of Research on Religion and Spirituality in Four Major Gerontology Journals Between 1985 and 2002. I: *Research on Aging*, 27, 119-135.
- WEBER, M. 1993 *The Sociology of Religion*, Boston, Beacon Press.
- WEISÆTH, L. 2006 Effekten av akutt intervensjon. *Den 3. Skandinaviske Kriseterapeutiske Kongres*. Oslo.
- WHALEN, C. K., HENKER, B., KING, P. S., JAMNER, L. D. & LEVINE, L. 2004 Adolescents React to the Events of September 11, 2001: Focused Versus Ambient Impact. I: *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 1.
- WICKS, R. J., PARSONS, R. D. & CAPPS, D. 1985 *Clinical handbook of pastoral counseling*, New York, Paulist Press.
- WINER, G. & RAMAN, L. 1999 Some Adults believe Illness can be "Payback" for Bad Behavior. I: *Research News*. Ohio, The Ohio State University.
- WINK, P. & DILLON, M. 2003 *Religiousness, Spirituality, and Psychosocial Functioning in Late Adulthood: Findings From a Longitudinal Study*. 916-924.
- WOODWARD, K. L. 1996 *Making saints - how the Catholic Church determines who becomes a saint, who doesn't, and why*, New York, Simon & Schuster.
- WOOLLEY, D. P. 2004 Perceptions of the Presidency: Civil Religion and the Public's Assessment of Candidates and Incumbents. I: *Graduate Faculty*. North Carolina, North Carolina State University.
- YORK, M. 2004 Civil Religion Aspects of Neo-Paganism. I: *The Pomegranate*, 6, 253-260.