

Fra frelse til well-being?

Hospitalspræsters tænkning, tro og praksis i en terapeutisk kultur

af

Ole Raakjær



AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

Dissertation submitted 2018

Ph.d. indleveret: April 2018

Ph.d. vejleder: Professor, Michael Hviid Jacobsen,
Aalborg Universitet

Ph.d. bivejleder: Lektor, Jan Brødslev Olsen
Aalborg Universitet

Ph.d. bedømmelsesudvalg: Lektor Anders Petersen (formand)
Aalborg Universitet
Lektor Kirstine Helboe Johansen
Aarhus Universitet
Lektor Henrik Reintoft Christensen
Aarhus Universitet

Ph.d. serie: Det Samfundsvidenskabelige
Fakultet, Aalborg Universitet

ISSN (online):
ISBN (online):

Udgivet af: Aalborg Universitetsforlag
Skjernvej 4A, 2. sal
9220 Aalborg Ø
Tlf. 99407140
aauf@forlag.aau.dk
forlag.aau.dk

På forsiden: *Vandringsmanden* efter tilladelse
fra kunstneren, maleren Arne
Haugen Sørensen

© Copyright: Ole Raakjær

Trykt i Danmark af Rosendahls, 2018

Normalsider: 387 sider (å 2400 anslag inkl. mellemrum og fodnoter)



Curriculum vitae

Ole Raakjær (f. 1956), 1978 exam.art. i historie fra Aarhus Universitet, 1987 cand.theol. fra Aarhus Universitet, 2012 Master i Humanistisk Palliation fra Aalborg Universitet.

Sognepræst i Sulsted sogn, Aalborg Stift 1987-1999. Sognepræst i Sulsted sogn og præst ved KamillianerGaardens Hospice og i Det Palliative Team, Aalborg 1999-. Siden 2014 ph.d.-studerende på privatist-vilkår ved Den Samfundsvidenskabelige Ph.d.-skole, Institut for Sociologi og Socialt Arbejde finansieret af Aalborg Stift og Aalborg Universitet

English summary

From salvation to well-being?

– The reflections, beliefs and practices of hospital chaplains in a therapeutic culture

This thesis explores if and, if applicable, how, why and with what consequences the therapeutic culture or therapeutic ethos has an impact on the reflections, beliefs and practices of Danish hospital and hospice chaplains. This research is based on the literature commonly referred to in connection with terms such as “the therapeutic culture”, “the age of psychology”, “the psychological society” and “the triumph of therapy”. Common for this literature is the demonstration of the influence of psychology on the level of society as well as on the individual level, and the extremely critical attitude towards this influence.

The starting point is that psychology has shaping consequences. Psychological language and explanations are said to have conquered areas which traditionally are not presumed to be part of the theoretical and practical terrain of psychology and have thus become the stipulation of man. Allegedly, all institutions of culture are influenced by this. However, the impact seems particularly clear when compared to the former authority of the religious institutions, the Church and the chaplains. The market of making sense is thus said to have been taken over by the therapists. The presence of psychology in the 20th century is compared to the presence and significance of religion in premodern societies. The psychology and the self/the ego have replaced religion and God’s authority respectively as the aspect that determines the individual’s place in society and instructs the individual on how to live. The therapists have become the new chaplains.

This cultural background has been condensed into what I have called the five basic assumptions of the therapeutic ethos: “The self at the center. The self as both the goal and the means”, “Man has unimaginable possibilities”, “All problems are individual – including suffering”, “Man is a victim and guilt must be relieved” and “Man is condemned to self-realization”. These basic assumptions together with Evangelical Lutheran theology and hospital culture make up the exploratory concepts or themes which determine the first part of the analysis. This part is mainly deductive. Taking its starting point in the agency perspective, the second part is more inductively inspired. The focus is the chaplains’ own understanding of their role in the hospital/hospice. Thereby, the theoretical and the empirical aspects of the research process are linked with the purpose of nuancing and possibly further developing the theories on the therapeutic culture.

Methodology

The study places itself within the hermeneutic paradigm and makes use of a phenomenological-hermeneutic approach. With the therapeutic culture as the main starting point, the focus is the chaplains' so-called "ordinary theology" – i.e. their descriptions of themselves, their experiences, faith, reflections, actions, experiences and attribution of opinion/purpose/meaning. As the main methodological approach, thus must contain the theoretical universe in literature as well as the chaplains' own opinions, Derek Layder's adaptive theory or approach is used as it takes into consideration the agency as well as structures, and it links approaches which test theories to approaches which generate theories. The empirical data which this thesis is based on are generated partly through semi structural qualitative interviews, and partly through focus groups interviews with hospital and hospice chaplains. The latter are meant to complement and expand on the first interviews with data on the interpretations, interactions and norms of the social groups. All interviews have been taped and transcribed before using them as the basis for the parts of the analysis.

Findings

The hypothesis of the absolute dominance of the therapeutic culture cannot be confirmed based on the informants' so-called "ordinary theology". The ontology, anthropology and mindset of the therapeutic culture are by no means universal. On a number of central points, the informants construct man in accordance with mainstream Evangelical Lutheran theology. The therapeutic culture is primarily significant as a mindset or an ethos which the chaplains either distance themselves from or actively take into consideration, and which contributes to sharpening both important theological points and the hospital chaplains' special profile compared to other professions. The demand or wish for solving the problem of guilt, powerlessness, meaninglessness, grief, dependency and suffering, which the therapeutic ethos and its intensification in the hospital culture create in patients and relatives as well as medical staff, is transformed into burdens or conditions of life by the informants. The informants see it as their primary task to legitimize and share these burdens.

The study has shown that the chaplains are dealing with complex linking and hybridization of religious and therapeutic discourses. Even though the patients' well-being is important to the informants, the therapeutic ethos has not ruled out Evangelical Lutheran Christianity or transformed the hospital chaplains into semi therapists. On the contrary, the therapeutic culture seems to sharpen their

special profile as the ones who see man as a whole and answers suffering human's need to be seen, heard and met with compassion and sympathy. The informants resist being measured on the same evidence-based scales as other employees in the health service and maintain that precisely their differentness or liminality means that they have something to offer.

Psychological insight and therapeutic experiences seem to have strengthened them in their role as chaplains and help to define where the theology makes sense. Contrary to what could be expected, it looks as though psychology and its tools of understanding are used in the service of theology and pastoral care. The informants swim in the waters of the therapeutic culture. They do swallow a few mouthfuls of water, but they do not drown.

Dansk resume

Fra frelse til well-being?

– Hospitalspræsters tænkning, tro og praksis i en terapeutisk kultur

Afhandlingen undersøger om og eventuelt hvordan, hvorfor og med hvilke konsekvenser den terapeutiske kultur har betydning for danske hospitals- og hospicepræsters tænkning, tro og praksis. Undersøgelsen sker på baggrund af den litteratur, man almindeligvis refererer til under begreber som ”den terapeutiske kultur, ”psykologiens tidsalder”, ”det psykologiske samfund” og ”terapiens triumf”. Denne litteratur har det til fælles, at den påviser psykologiens indflydelse på såvel samfunds- som individniveau og er stærk kritisk heroverfor. Udgangspunktet er at psykologien har formende konsekvenser. Psykologisk sprog og forklaringer hævdes at have erobret områder, som ellers ikke traditionelt formodes at høre til psykologiens teoretiske og praktiske terræn og er blevet totalbestemmelsen af mennesket. Alle kulturens institutioner påstås at være påvirket heraf, men gennemslagskraften synes særlig tydelig i forhold til den autoritet, de religiøse institutioner, kirken og præsterne tidligere var i besiddelse af. Markedet for mening hævdes således at være blevet overtaget af terapeuterne. Psykologiens tilstedeværelse i det 20. århundrede sammenlignes med religionens tilstedeværelse og betydning i det førmoderne samfund. Psykologien og selvet har erstattet henholdsvis religionens og Guds autoritet som det, der fastsætter individets plads i samfundet og fortæller det, hvordan det skal leve. Terapeuterne er blevet de nye præster.

Dette kulturelle baggrundstæppe er i afhandlingen kondenseret i det, jeg har kaldt den terapeutiske etos’ fem grundantagelser: ”Selvet i centrum. Selvet som både mål og middel”, ”Mennesket har uanede muligheder”, ”Alle problemer er individuelle – også lidelsen”, ”Mennesket er offer og skyldfølelse kan afhjælpes” og ”Mennesket er dømt til selvrealisering”. Grundantagelserne udgør sammen med evangelisk luthersk-teologi og hospitalskulturen de orienterende begreber eller tematikker, der er styrende for 1. del af analysen, der har en fortrinsvis deduktiv tilgang. 2. del har en mere induktivt inspireret tilgang, hvor aktørperspektivet er udgangspunktet og fokus er præsternes egen forståelse af deres rolle på hospitalet/hospice. Herved forbindes forskningsprocessens teoretiske aspekter med de empiriske med henblik på at nuancere og eventuelt videreudvikle teorierne om den terapeutiske kultur.

Metodologi

Studiet placerer sig indenfor det fortolkningsvidenskabelige paradigme og anvender en fænomenologisk-hermeneutisk tilgang. Med den terapeutiske kultur som hovedoptik er fokus præsternes såkaldte ”almindelige teologi”, dvs. deres beskrivelser af sig selv, deres oplevelser, tro, refleksioner, handlinger, erfaringer og meningstilskrivninger. Fordi den metodiske tilgang således både skal kunne rumme det teoretiske univers, der er sat af litteraturen, og præsternes eget meningsrum, anvendes Derek Layders adaptive teori eller tilgang, der netop tilgodeser hensynet til såvel individ som struktur og bygger bro mellem teoriafprøvende og teorigenererende tilgange. De empiriske data i afhandlingen er genereret gennem dels semistrukturerede kvalitative interviews dels fokusgrupper med hospitals- og hospicepræster, hvor de sidste tænkes at supplere og uddybe de første med data om sociale gruppers fortolkninger, interaktioner og normer. Alle interviews er optaget og transskriberet og anvendt som grundlag for de to dele af analysen.

Fund

Det, der kommer til udtryk i informanternes såkaldte ”almindelige teologi”, kan ikke bekræfte hypotesen om den terapeutiske kulturs absolutte dominans. Den terapeutiske kulturs ontologi, antropologi og soteriologi er på ingen måde enerådende. På en række centrale punkter konstruerer informanterne mennesket i overensstemmelse med mainstream evangelisk-luthersk teologi. Den terapeutiske kultur har i hovedsagen betydning som et tankesæt eller en etos, der tager afstand fra og positionerer sig aktivt i forhold til, og som bidrager til at skærpe både vigtige teologiske pointer og hospitalspræsternes særlige profil i forhold til andre faggrupper. De krav eller ønsker om problemløsning af skyld, magtesløshed, meningsløshed, sorg, afhængighed og lidelse, som den terapeutiske etos og dens forstærkninger i hospitalskulturen skaber hos såvel patienter, pårørende som sundhedsprofessionelle, transformerer informanterne til byrder eller livsvilkår, som de ser som deres primære opgave at legitimere og dele.

Studiet har vist, at der er tale om komplekse sammenkoblinger og hybridiseringer af religiøse og terapeutiske diskurser. Selvom patienternes well-being spiller en vigtig rolle for informanterne, har den terapeutiske etos ikke udraderet evangelisk-luthersk kristendom eller forvandlet hospitalspræsterne til halvterapeuter. Tværtimod ser den terapeutiske kultur ud til at skærpe deres særlige profil, som dem, der tænker mennesket sammen og svarer på det lidende menneskes behov for at blive set, hørt og mødt med barmhjertighed og medlidenhed. Informanterne modsætter sig at blive målt på samme evidensbaserede vægt som andre ansatte i sundhedsvæsenet og fastholder, at det netop er deres anderledeshed eller liminalitet der gør, at de har noget at bidrage med.

Psykologisk indsigt og terapeutiske erfaringer synes at have styrket dem i deres rolle som præster og er med til at præcisere, hvor teologien giver mening. I modsætning til hvad man skulle have forventet, ser det på flere felter ud til, at psykologien og dens forståelsesredskaber bliver sat i teologiens og sjælesorgens tjeneste. Informanterne svømmer i den terapeutiske kulturs vand og sluger da også mundfulde af det, men de drukner ikke i det.

Tak

Tak til mine vejledere, Michael Hviid Jacobsen og Jan Brødslev Olsen, som hver på deres måde har bidraget med inspiration, nye vinkler, følgeskab, kritiske bemærkninger men også med opmuntring og trøst, når ph.d.-processen føltes tung.

Tak til biskoppen over Aalborg Stift, Henning Toft Bro, som tilbage i 2013, da jeg kom og præsenterede ideen til ph.d.-projektet, bakkede det op og efterfølgende fandt økonomiske midler, så projektet kunne gennemføres som et 4-årigt forløb.

Også tak til mine hospitals- og hospicepræstekolleger, som så velvilligt stillede op til interview og så generøst gav mig indblik i deres tanker, følelser og praksis.

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	17
1.1. Fra gatekeeper via pædagog til ressourceperson	18
1.2. Terapeuter er de nye præster	20
1.3. Den terapeutiske kulturs kolonisering af religionens område	22
1.4. Fra teologi om overgang til tabets psykologi	23
1.5. Det psykologiske sprog som samfundsmæssig forståelseshorisont	24
1.5. Hvad betyder det for religionens gamle præster?	25
1.6 Forskningsoversigt	30
1.6.1 Øget fokus på forholdet mellem tro og helbred	31
1.6.2 Svag forskningsmæssig interesse for hospitalspræster	32
1.6.3 Hospitalspræster – terapeutisk effektive eller nyttige pga. deres marginalitet?	33
1.6.4 Hospitalspræsten på kanten af de dominerende narrativer om tro og medicin.....	35
1.6.5 Spiritual fitness.....	36
1.6.6 Episodisk identitet.....	37
1.6.7 Sjælesorg som helligt rum.....	38
1.6.8 Hospitalspræstens funktionalisering.....	38
1.6.9 Opsamling	40
1.7. Afhandlingens disposition	40
2. Metode	43
2.1. Kapitlets disposition	43
2.2. Indkredsning af undersøgelsesfeltet	43
2.3. Det fortolkningsvidenskabelige paradigme	50
2.4. Forforståelse	52
2.5. Metodologi	55
2.5.1 Adaptiv tilgang	55
2.5.2. Mellem Grand Theory og Grounded Theory	61
2.5.3. Socialkonstruktivistisk perspektiv og teologi	63
2.5.4. Orienterende begreber	67
2.6. Forskningsdesign	69
2.6.1. Semistrukturerede kvalitative interviews	70
2.6.2. Udvælgelsen af informanter, individuelle interviews	72
2.6.3. Fokusgruppeinterviews.....	79
2.6.4. Udvælgelsen af informanter, fokusgruppeinterviews	86
2.7. Opportunistisk forskning	89
2.8. At interviewe kolleger	92

2.9. Ethiske overvejelser i forskningsprocessen	98
2.10. Reliabilitet, validitet og generaliserbarhed	100
2.11. Forskningsprocessen	102
2.12. Præsentation af informanterne	106
2.12.1. Informanter, individuelle interviews.....	107
2.12.2. Informanter, fokusgrupper	108
3. Teori	110
3.1. Kapitlets disposition	110
3.2. Indledning	111
3.2.1. Den terapeutiske kultur – en definition	111
3.2.2. Psykologiens gennemslag i senmoderniteten.....	114
3.2.3. Psykologiens sociopolitiske implikationer.....	116
3.2.4. Psykologiens nye kritiske historiografi	117
3.2.5. Den terapeutiske etos.....	120
3.3. Den terapeutiske etos’ 5 grundantagelser	122
3.3.1. Den terapeutiske etos’ 1. grundantagelse: Det psykologiske selv i centrum. Selvet som både mål og middel.....	123
3.3.1.1. Det transparente, rationelle selv.....	123
3.3.1.2. Det psykologiske selv.....	124
3.3.1.3. Verden skabes indefra	127
3.3.1.4. Det aktivt vælgende individ	128
3.3.1.5. Samfundet underordnes selvet	129
3.3.1.6. Terapi som frigørelse.....	129
3.3.1.7. En selvreferentiel etos.....	131
3.3.1.8. Det uafhængige, afhængige menneske.....	132
3.3.1.9. Opsummering	133
3.3.2. Den terapeutiske etos’ 2. grundantagelse: Mennesket har uanede muligheder	134
3.3.2.1. Absolutt alt i livet kan forbedres. Og du skal gøre det selv	134
3.3.2.2. Oprindelighedsmetafysik.....	135
3.3.2.3. Du bliver, hvad du tænker	136
3.3.2.4. Humanistisk psykologi	137
3.3.2.5. Kognitiv psykologi.....	137
3.3.2.6. Positiv psykologi	140
3.3.2.7. Coaching	141
3.3.2.8. Mindfulness	142
3.3.2.9. Narrativ psykologi.....	144
3.3.2.10. New Age	146
3.3.2.11. Opsummering	148
3.3.3. Den terapeutiske etos’ 3. grundantagelse: Alle problemer er individuelle – også lidelsen	148

3.3.3.1. Sociale, strukturelle, politiske og eksistentielle problemer kodes som individuelle	148
3.3.3.2. Man har kun sig selv at takke eller bebrejde.....	150
3.3.3.3. Autenticitetens mytologi.....	151
3.3.3.4. Opsummering.....	153
3.3.4. Den terapeutiske etos' 4. grundantagelse: Mennesket er offer og skyldfølelse kan afhjælpes	154
3.3.4.1. Mennesket er et sårbart offer	154
3.3.4.2. The cult of the vulnerable self.....	155
3.3.4.3. Der er ingen skyld, kun skyldfølelse	156
3.3.4.4. Opsummering.....	157
3.3.5. Den terapeutiske etos' 5. grundantagelse: Mennesket er dømt til selvrealisering	158
3.3.5.1. Den terapeutiske kulturs forståelse af frelse	159
3.3.5.2. Det religiøse frelsesnarrativ erstattes af et terapeutisk narrativ om selvrealisering.....	160
3.3.5.3. Instant gratification	161
3.3.5.4. Det sakraliserede selv.....	162
3.3.5.5. Det nye hellige.....	164
3.3.6. Opsamling: Den terapeutiske etos som mekanisk sammensætningstænkning.....	166
3.3.7. Analysemodel I.....	167
3.4. Evangelisk-luthersk teologi.....	168
3.4.1. Indledning	168
3.4.2. Evangelisk-luthersk ontologi	170
3.4.2.1. Gud er skaberen	170
3.4.2.2. Gud har skabt verden	170
3.4.2.3. Mennesket er skabt.....	171
3.4.2.4. Svaghed og sårbarhed som fællesmenneskelige vilkår	174
3.4.2.5. Opgør med skabelsesteologien	175
3.4.3. Evangelisk-luthersk antropologi.....	177
3.4.3.1. Skabelse, fald og genløsning.....	177
3.4.3.2. Menneskets dobbeltbestemmelse: skabt i Guds billede og under syndens magt	178
3.4.3.3. Det syndige og skyldige menneske.....	179
3.4.4. Evangelisk-luthersk soteriologi/eskatologi	181
3.4.4.1. Retfærdiggørelse ved troen alene.....	181
3.4.4.2. Simul justus et peccator	182
3.4.4.3. Mennesket bliver ikke sig selv indefra.....	183
3.4.4.4. Allerede nu og endnu ikke.....	184
3.4.4.5. Kritik af den eskatologiske frelsestanke	186

3.4.5. Opsamling: Evangelisk-luthersk teologi som dialektisk sammenhængstænkning.....	186
3.4.6. Analysemodel II.....	187
3.5. Hospitalskulturen	188
3.5.1. Indledning	188
3.5.2. Fra lindring og pleje til behandling og helbredelse	189
3.5.3. Det senmoderne hospitals rødder: arven fra Athen og arven fra Manchester	191
3.5.4. Mennesket som en biologisk maskine	193
3.5.5. Vidensillusionen og konsekvenserne for det lidende menneske	193
3.5.6. Kompartimentalisering og specialisering	197
3.5.7. Det lidende menneske føler sig overset.....	198
3.5.8. Opsamling	200
3.5.9. Analysemodel III.....	200
3.6. Afsluttende bemærkninger	202
4. Analyse	204
4.1. Kapitlets disposition	204
4.2. Selvet i centrum	205
4.2.1. Indledning	205
4.2.2. Hvordan bliver mennesket sig selv?.....	205
4.2.2.1. Det resonante menneske	205
4.2.2.2. Værdighed er ikke færdighed	208
4.2.2.3. Opgør med gerningsretfærdigheden.....	210
4.2.3. Psykologisk determinisme versus håb	213
4.2.3.1. Det psykologiske sprogs objektiverende karakter.....	213
4.2.3.2. Fremtiden er Guds.....	217
4.2.3.3. Bønnen og velsignelsens betydning	219
4.2.4. Hvor er det moralske kompas, mennesket skal styre efter?....	224
4.2.4.1. Hellere etik end moral	224
4.2.4.2. Sandhed med stort "S" versus sandhed med lille "s"	230
4.2.5. Opsamling	240
4.3. Mennesket har uanede muligheder.....	241
4.3.1. Indledning	241
4.3.2. At være magtesløs med den magtesløse	243
4.3.3. Hospitalspræsten er ikke ekspert.....	249
4.3.4. En tredje instans	252
4.3.5. Opsamling	253
4.4. Alle problemer er individuelle – også lidelsen.....	254
4.4.1. Indledning	254

4.4.2. Sorg som livsvilkår	258
4.4.3. Sorg som kærlighedens pris	262
4.4.4. Det fortsatte nærvær her - og hisset	264
4.4.5. Lidelsen som grundvilkår	268
4.4.5.1. Lidelsen hører med til tilværelsen	268
4.4.5.2. Et rum for meningsløsheden og lidelsen	270
4.4.6. Opsamling	274
4.5. Mennesket er offer og skyldfølelse kan afhjælpes	276
4.5.1. Indledning	276
4.5.2. Møder præsterne skyld i deres praksis?	277
4.5.3. Hvad stiller præsterne op med skylden?	282
4.5.4. Ikke at tage skylden fra nogen	287
4.5.5. Opsamling	290
4.6. Mennesket er dømt til selvrealisering	292
4.6.1. Indledning	292
4.6.2. Himlen som håbsdimension og håbshorisont	293
4.6.3. Gud frelser versus "gør-det-selv-frelsen"	297
4.6.4. Opsamling	304
4.7. Hospitals- og hospicepræstens rolle i en terapeutisk kultur	307
4.7.1. Indledning	307
4.7.2. Præsten som medmenneske eller medvandrer	308
4.7.2.1. Den barmhjertige samaritaner	313
4.7.2.2. Emmaus-vandringen	316
4.7.3. Tid som nærvær	320
4.7.3.1. Nærværets embede	320
4.7.3.2. Hospitalspræsten – en hilsen fra Gud	332
4.7.3.3. Præsten som ritualbærer	336
4.7.4. Præsten som manden m/k med leen og håbsbærer	344
4.7.4.1. Præsten som manden m/k med leen	344
4.7.4.2. Præsten som håbsbærer	347
4.7.4. Opsamling	353
5. Konklusion	356
5.1 Hovedkonklusion	356
5.2 Delkonklusioner	357
5.2.1 Mennesket er sat i et forhold til verden, næsten og Gud	357
5.2.2 At manøvrere efter patienternes well-being	358
5.2.3 Ikke ekspert men medvandrer	358
5.2.4 Sorg som livsvilkår og relation	359
5.2.5 Lidelsen som livsvilkår	360
5.2.6 At lade skylden være skyld	360

5.2.7 Opstand mod eller tilpasning til gør-det-selv-frelsen?.....	361
5.2.8 Fastholdelse af samaritaner-ideologien.....	362
5.2.9 Hospitalspræsten - en hilsen fra Gud.....	363
5.2.10 Odd-size og fremmede fugle.....	363
5.3 Afhandlingens fund sammenholdt med anden forskning.....	364
5.3.1 Teologien er ikke ætset bort.....	364
5.3.2 Psykologien sættes i teologiens og sjælesorgens tjeneste	366
5.4 Den adaptive tilgangs betydning for udviklingen af teorierne om den terapeutiske kultur	366
Litteraturliste.....	370
Bilag	400

1. Indledning

Denne afhandling undersøger, om den samfundsmæssige forandringsproces, som har fået overskrifter som ”psykologiens tidsalder” (Havemann, 1957), ”terapiens triumf” (Rieff, 1966/2006), ”det psykologiske samfund” (Gross, 1978), ”den terapeutiske stat” (Nolan, 1998, Polsky, 1993) og ”den terapeutiske kultur” (Furedi, 2004, Imber, 2004, Madsen, 2010) har betydning for danske hospitals- og hospicepræsters tænkning, tro og praksis. Som jeg kort skal præsentere i indeværende kapitel og yderligere uddybe i teorikapitlet, bygger spørgsmålet på den teoretisk funderede antagelse, at den terapeutiske kultur ikke kan undgå at have betydning, fordi det at være menneske i dag er at være et psykologisk væsen. Psykologi er senmodernitetens monoteistiske ontologi (Madsen, Brinkmann, 2011: 179), eller som den anglikanske præst Wesley Carr siger det:

”The world in which today’s pastor works is therapeutically saturated. The assumptions of most people, however unconsciously, are psychologically informed” (Carr, 1997:235).

I sammenhæng med spørgsmålet om denne forandringsproces har betydning, vil dette studie endvidere undersøge, *hvordan den har det, hvorfor den har det og med hvilke konsekvenser*. Den marokkansk-fødte og israelsk bosiddende kultursociolog Eva Illouz påpeger, at selvom kritikere af den psykologiske diskurs er enige om, at den har sejret, så er der stadigvæk meget lidt viden om, hvordan og hvorfor den har sejret (Illouz, 2008:4). Illouz’ hypotese om den terapeutiske etos’ verdensomspændende gennembrud er i overvejende grad en generel teori (grand theory), som har behov for yderligere empirisk verifikation og undersøgelse (Madsen, Ytre-Arne, 2012:21). Dette studie er netop et forsøg på empirisk at undersøge denne generelle teori i en hospitals- og hospicepræstekontekst. Det er dette ”om”, ”hvordan” og ”hvorfor”, som adresseres her: Hvad sker der, når hospitals- og hospicepræsterne, ligesom resten af kulturen, med den amerikanske historiker Stephanie Muravchiks ord nedsænkes i psykologiens syrebåd? (Muravchik, 2011: 154) Bliver teologien psykologiens tjenestepige? (Walter, 1996b:123) Sekulariseres og psykologiseres teologien, så den kristne forestilling om frelse reduceres til et terapeutisk og individuelt spørgsmål om well-being? Indoptager præsterne terapeutiske metoder og praksisser for at legitimere, at de er bærere af et religiøst narrativ og har et konfessionelt tilhørsforhold? Eller viser disse metoder og praksisser sig tværtimod at være værdifulde hjælpere i

præsternes sjælesørgeriske praksis? Udvikler de en form for relativisme, hvor enhver bliver salig i sin tro? Bliver de (halv-)terapeuter og billige ”stand-ins” for de psykologer, hospitalets personale, patienter og pårørende måske egentlig foretrækker eller måske en slags psykosociale støttepædagoger, der har til opgave at forbedre patienters modstandskraft og mestringsevne og derved reducere antallet af liggedage? Eller skærper den terapeutiske og psykologiserede kultur netop hospitals- og hospicepræstens særlige profil, så hun fremstår som en modkultur i hospitalets evidensbaserede og rationelle systemverden? (Mowat, Swinton, 2005:5) Og endelig, hvilken plads har præsten i det moderne hospitals økologi, hvis hun ikke kan/vil godtgøre sin nytte på samme måde som andre faggrupper eller tilbyde værktøjer og redskaber til at fikse problemer?

1.1. Fra gatekeeper via pædagog til ressourceperson

Præstens rolle, som ellers for mange står som et symbol på det konstante, er under stadig forandring. Patienterne på det middelalderlige Hospice de Beaune i Bourgogne døde i bogstavelig forstand med dommedag for øjnene. Endevæggen i det rum, de lå i, var dækket af en altertavle, hvis centrale billede forestillede Kristus på himlens trone, hvorunder ærkeenglen vejer de dødes sjæle. Til venstre for Ham ser man de fortabte blive opslugt af helvedes ild og til højre de frelste gå ind til himlens herlighed¹. Det vigtigste var ikke at redde liv, men at anspore den syge til at angre, gøre bod og skrifte, så den hinsidige frelse kunne sikres. Præstens i bogstaveligste forstand livsvigtige opgave var her at (for-)berede den døende til evigheden. Det første skridt i behandlingen af legemlige sygdomme var ikke medicinsk behandling, men forsoning med Gud og beredelse af den syge/døende gennem skrifte og bod (Biller, Ziegler, 2001). Klosterhospitalet var i kirken, og i dennes gennemgående religiøse økonomi var præsten en nøglefigur.

Men ved reformationen rejser præsten sig i billedlig forstand fra dødslejet og efterlader en tom stol, hvor lægen nu sætter sig (Walter, 1994: 14). Martin Luthers understregning af den nådige Gud gjorde præsten overflødig som en nødvendig formidler af frelsen. Enhver troende havde direkte adgang til Gud og kunne uden præstens medvirken bekende sine synder og angre. Præsten ændrer funktion fra at være gatekeeper til at være pædagog eller opdrager (Busch, 2011: 180). Præstens rolle transformeres fra at være den, der administrerer kirkens

¹ Billedet er lokaliseret 13.01.2018 på https://en.wikipedia.org/wiki/Hospices_de_Beaune#/media/File:Rogier_van_der_Weyden_001.jpg

KAPITEL 1. INDLEDNING

magtfulde nådemidler (sakramenter) overfor den syge og døende til at være den, der verbalt indprenter dem tålmodighed, udholdenhed, taknemmelighed og tro (Swift, 2009: 24). Han er nu til stede på hospitalet som en af medicinens hjælpepersoner, hvis ideologiske funktion er at underbygge institutionens ideologi og f.eks. få patienten til at ligge stille og udholde smerterne ved operationer, som blev foretaget uden bedøvelse. Hvor centrum for den katolske præst var ritualer i form af kommunionen (nadværen), absolutionen (syndsforladelsen) eller den syges salvelse (den sidste olies sakramente), er det nu sproget, der bliver det centrale. Præsten er den, der underviser, belærer eller kommer med trøstende ord, hvormed han finder sig selv i en ny rolle, som handler om styring af patienten. Han bliver dermed medproducent af en ny subjektivitet (Swift, 2009: 27). Præstens opgave er at danne dydige, nyttige og taknemmelige borgere (Karlsen, 2008: 93). Denne nye rolle afspejler sig også i den måde kirken rent fysisk er lokaliseret på hospitalet. Fra at være en selvstændig bygning, hvor (kloster-)hospitalet var bygget sammen med eller lå rundt omkring den kirke, der udgjorde dens centrum, bliver hospitalskirken nu bygget ind i hospitalet, sådan som man f.eks. kan se på psykiatrisk sygehus i Risskov, hvor hospitalskirken blev indviet i 1857. Kirken er *i* hospitalet.

Der er både tids- og tankemæssigt meget langt fra præsten som opdrager til nutidens danske hospitals- og hospicepræster. Man kan måske sige, at hun netop har mistet pastoralmagten, som ifølge Michel Foucault tegner et første omrids af den *gouvernementalitet* eller styringsrationalitet, som kendetegner det moderne velfærdssamfund. Teologen Mads Peter Karlsen hævder ligefrem, at den moderne videnskabelige praksis *par excellence*, sundhedsvidenskaben, har indoptaget og transformeret aspekter af kristen pastoral ledelse og dermed overtaget teologiens og kirkens rolle som den moralske og institutionelle instans, der forsøger at håndtere og regulere vores liv (Karlsen, 2008). I den forstand er hospitalet som institution mere præst end præsten i betydningen: den, der opdrager og formaner. I en evidensbaseret sundhedsfaglig kontekst, som næsten udelukkende lægger vægt på det, der kan kvantificeres og generaliseres, betyder det, at hospitalspræsten grundlæggende bliver en sær eller underlig person (Woodward, 2001: 94), en mærkelig fremmed fugl, som har bevæget sig fra at være hospitalets absolutte centrum til på alle måder at befinde sig på kanten eller i periferien af det. I kraft af hospicebevægelsens fremvækst og dens læggen vægt på total *pain*-begrebet, dvs. forståelsen af smerte som rummende såvel fysiske, psykiske, sociale som eksistentielle/religiøse aspekter, kombineret med en svækket tro på den medicinske videnskabs formåen, har præsten måske nok igen sat sig på stolen ved siden af den alvorligt syge og døende patient. Men det er ikke som gatekeeper og slet ikke som opdrager. Det er som ressourceperson eller som det sidste pilleglas i medicinskabet

KAPITEL 1. INDLEDNING

(Busch, 2011: 185). Når der ikke længere er noget at gøre, kalder man på præsten som en slags sidste terapeut.

Det er i debatten om de nye supersygehuse interessant at lægge mærke til, at regionerne ikke vil lave kirkerum, men multireligiøse bederum med udskiftelige religiøse symboler:

”Vi skal ikke have nogen symboler mejslet i betonen. Der skal være mulighed for at lade forskellige religiøse symboler blive fremtrædende, men de skal kunne skiftes ud, afhængigt af hvem der er der. Det vil sige, at et kors enten kan være noget, man kan tage frem eller projicere op på væggen”,

siger Ida Götke, der er sygeplejefaglig direktør og med i den holdledning, der er bygherre på det nye hospital i Gødstrup nær Herning.² Hospitalspræsten er blevet hjemløs på hospitalet. Eller man kunne måske sige, at kirken er blevet til præsten, kirken er blevet subjektiveret, hvad der i sig selv er en udfordring for den enkelte hospitalspræst i det daglige arbejde, fordi han eller hun så skal bære det hele selv. Fordi hospitalspræstens legitimitet således hverken grunder sig i kirken som en konkret synlig lokalitet, der er bærer af kollektive værdier, eller i en rolle som en ekspert, der kan løse klart definerede problemer, kan der stilles spørgsmålstegn ved hendes nytteværdi. Det er ikke længere indlysende, hvorfor mennesker skal gå til præsten, når de rammes af sygdom eller på anden måde har ondt i livet.

1.2. Terapeuter er de nye præster

”I dag opsøger vi psykoterapeuterne med de problemer, vi tidligere ville have gået til præsten med: følelsesmæssig forvirring, tab af mening, fristelser af den ene eller anden slags og naturligvis angst for døden.”³

Sådan skriver en af nutidens populære ”ypperstepræster”, den schweizisk/britiske filosof, forfatter til et utal af selvhjælpsbøger og populære TV-vært Alain de Botton. Med stor selvfølgelighed argumenterer han for, at terapeuten i dag er den sekulære ækvivalent til præsten. Det samme hævder - dog med et mere kritisk blik - den

² Lokaliseret 22.01.2016 på <http://www.kristeligt-dagblad.dk/danmark/hospital-bygger-bederum-med-udskiftelige-religiøse-symboler>

³ Lokaliseret 10.10.2018 på <http://alaindebotton.com/x-htm/> (min oversættelse)

KAPITEL 1. INDLEDNING

danske religionsforsker Iben Krogdahl. Terapeuter er de nye præster, og guddommen er det ubevidste i mennesket eller selvet. Kosmologi er i den senmoderne verden i vidt omfang blevet erstattet af psykologi.⁴ Selvet er blevet sakraliseret (Wolton, 1996). Psykiatere, psykologer og terapeuter påstås at være blevet det nye præsteskab, som forstår at dechiffrere selvets emotionelle sprog. Den amerikanske sociolog James Nolan siger med den nok mest profilerede og indflydelsesrige kritiker af den terapeutiske kultur, sociologen og kulturkritikeren Philip Rieffs ord, at den gamle moralske ordens kustoder, præsterne, er blevet erstattet af psykiatere og psykologer, som nu har erobret rollen som senmodernitetens spirituelle guider (Rieff 1987, 249, 255 in Nolan, 1998, 7). Markedet for mening, som før tilhørte kirken og senere ideologierne, hævdes nu at være blevet overtaget af terapeuterne. Den norske professor i pædagogisk psykologi Steiner Kvale taler om, at psykologiens tilstedeværelse i det 20. århundrede er så massiv, at den tåler sammenligning med religionens tilstedeværelse og betydning i førmoderne samfund. Psykologien er blevet sekulariseret religion (Kvale 2003). Og psykologen Ole Jacob Madsen, som har den terapeutiske kultur som sit hovedforskningsområde, peger på, at psykologerne og terapeuterne har overtaget den opgave, der tidligere var religionens og præsternes, nemlig at forvalte menneskelig lidelse og give lindring og trøst. Psykologien og selvet erstatter henholdsvis religionens og Guds autoritet som det, der fastsætter individets plads i samfundet (Madsen, 2012b), og som fortæller, hvordan man skal leve (Kvale, 2003:11). Ikke bare arbejdsliv, uddannelse og pædagogik er ifølge den danske professor i psykologi Svend Brinkmann koloniseret af psykologiske forståelsesformer og dermed psykologiseret, men efter psykologiens opkomst i det 19. århundrede overtog den også kirkens rolle som skaber af menneskets forestillinger om tilværelsens indretning og deres forståelse af sig selv som subjekter (Brinkmann, 2012). Den skotske moralfilosof Alasdair MacIntyre hævder, at mennesker har vendt sig fra præsterne mod terapeuterne i håb om, at de kan sørge for det moderne modstykke til frelse, nemlig mental sundhed (MacIntyre, 1984:13), og præsterne er ifølge Rieff selv bukket under for “their logical and historical successors, the psychologists” (Rieff, 1966/2006:3).

Sekularisering, individualisering, pluralisering, aftraditionalisering og emotionalisering er træk ved senmoderniteten, som både danner baggrund for og påvirkes af den terapeutiske kulturs fremvækst. En række sociologer, psykologer og filosoffer understreger således, at alle kulturens institutioner - uddannelsessystemet, retssystemet, velfærdsydelser, det politiske liv og medicinen - er påvirket heraf. De

⁴ Lokaliseret 20.01.2018 på <http://www.kristeligt-dagblad.dk/kirke-tro/terapeuter-er-de-nye-praester>

påpeger endvidere, at gennemslagskraften er særlig tydelig i forhold til den autoritet, de religiøse institutioner, kirkerne og præsterne tidligere var i besiddelse af (Rieff, 1966/2006, MacIntyre, 1984, Nolan, 1998, Kvale, 2003, Furedi, 2004, Madsen, 2010, Brinkmann, 2012).

1.3. Den terapeutiske kulturs kolonisering af religionens område

At det forholder sig sådan, kan ses som et udtryk for, at de store narrativers tid er forbi (Lyotard, 1996). De overordnede, kollektive, mytiske rammer for individets forståelse af sig selv er erstattet af fragmentariske, individuelt organiserede fortællinger. Det er op til hver enkelt at vælge sin egen livshistorie og sin egen tro. Troen er min tro, mit udtryk. Den canadiske filosof Charles Taylor har betegnet denne forandringsproces som den subjektive vending, ”the massive subjective turn of modern culture” (Taylor, 1991: 26). De britiske religionsforskere Paul Heelas og Linda Woodhead konstaterer, at det på den ene side har medført en undergravning af det, man kunne kalde den traditionelle religionsform, hvor mennesket underlægger sig en given ydre autoritet, som definerer det. Og på den anden side har det befordret den form for individualiseret spiritualitet, hvor det for den enkelte handler om at finde sig selv. Religion ses som noget udvendigt, dogmatisk og ufrigt. Den ensretter og begrænser, i modsætning til spiritualitet eller åndelighed, som er uden regler, noget indre, der betragtes som den dybe, sande del af religionen. Spiritualitet sætter fri, hjælper mennesker til at blive dem, de er, og gør op med religion som et system (Heelas et al., 2005). Denne individualisering, hvor det er selvet eller den personlige udvikling eller vækst, der er i centrum, snarere end religion som en kollektiv ramme, influerer naturligvis på den måde, man tror på. Religion er ikke længere noget, man overtager eller sættes ind i, men noget man vælger og ofte i stærkt individualiserede udgaver (Krogsdal, 2012). Ole Jacob Madsen taler om, at hverken nyreligiøsitet eller ny-åndelighed kan betragtes som modstykke til den terapeutiske etos’ gennemslagskraft. Tværtimod opmuntrer den terapeutiske kultur netop til en individuel søgen efter mening (Madsen, 2010). Selvet er blevet det ultimative arnested for frelsen, som den amerikanske historiker og psykoterapeut Philip Cushman udtrykker det (Cushman, 1990), hvad der betyder, at også den moralske holdning er et produkt af selvet. Ifølge Illouz danner netop forestillingen om, at det er selvet og det enkelte individs følelser, der er den bedste guide og den højeste autoritet, grundlag for et globalt psykologisk tanke- og talesæt omkring individualiteten, der udgør den kulturelle ramme, der ved siden af den politiske liberalisme og markedsliberalismens økonomiske profitlogik har øvet størst indflydelse på det 20. århundredes tænkning om individualiteten

(Illouz, 2007, Illouz, 2008). Der er tale om en ny emotionel stil såvel på arbejdspladsen som i intimsfæren, hvor det er psykologien, der på én gang beskriver, låner sprog til og viser vejen til kernen af det moderne menneskes identitet. Illouz hævder, at den terapeutiske diskurs har skabt et transnationalt sprog om selvet, der både i dets udbredelse og indhold har lighedspunkter med det traditionelle religiøse sprog og på mange områder erstatter dette. Markante røster peger derfor på, at kirken og dens præster er i defensiven og må kæmpe med det nye præsteskab, psykologerne og terapeuterne, om det senmoderne menneskes opmærksomhed.

1.4. Fra teologi om overgang til tabets psykologi

Ifølge den britiske sociolog Anthony Giddens er selvidentitet i det post-traditionelle samfund udelukkende blevet et refleksivt projekt, som den enkelte er ansvarlig for. Hele tilværelsen bliver et spørgsmål om at vælge og træffe beslutninger, så man fortsat kan opretholde en selvfortælling. Således udvikler individer internt referentielle livsforløb, da man ikke genoptager og genlever sin forgængers livsform, med mindre det kan retfærdiggøres refleksivt. Individet lever således ikke primært ud fra ydre moralske forskrifter, men via en refleksiv organisering af selvet. Ved identitetskriser vil individet ifølge Giddens derfor i kraft af sin refleksivitet konstruere sit livsforløb og fastholde en sammenhængende biografi i forsøg på at konfrontere og opløse krisen (Giddens, 1996:175).

Det er en af forklaringerne på, at koloniseringen af religionens område er særlig manifesteret i den måde, hvorpå samfundet beskæftiger sig med fænomener som tab, sorg og død, som tidligere netop var reserveret kirken og præsten. Den britiske sociolog Tony Walter viser, hvordan erfaringen af sorg er skiftet fra tidligere tiders fælles religiøse ritualer til sorgprocessen, som placeres i den sørgendes psyke (Walter, 1999). Det er tabets psykologi, folk vil vide noget om, ikke ritualerne eller en teologi om overgang og det evige liv. Psykologi- eller selvhjælpsbøger om sorg og tab er blevet bestsellere, og hvis religion nævnes i disse bøger, er det i hovedsagen som en ressource til at hjælpe mennesker med at komme overens med deres tab. Religion er ifølge Walter blevet psykologiens tjenestepige (Walter, 1996b: 123). Hvor autoriteten i forhold til døden i det, Walter kalder de traditionelle samfund, lå hos præsten, skifter det i det moderne til lægen og flyttes i det senmoderne til den sørgende selv. Den ultimative autoritet er nu det individuelle selv (Walter, 1994: 54). I kraft af sin funktion som gatekeeper var præsten tidligere eksperten ved dødslejet, som ofte var i hjemmet. Hans intervention i form af den syges salvelse (den sidste olie), nadver og syndsforladelse var nødvendig for at

undgå fortabelse. Hvor man tidligere så død og tab i en religiøs optik, opfattes den nu i især medicinske og/eller psykologiske modeller. Der fokuseres på individuelle valg assisteret af eksperter af psykologisk/terapeutisk observans. Kombineret med hospitaliseringen af døden har denne forandringsproces helt konkret indflydelse på præstens rolle i almindelighed og hospitalspræstens i særdeleshed. Hospitalspræsten er ikke bare geografisk og professionsmæssigt marginaliseret på det moderne hospital, men også hendes traditionelle plads i forhold til fænomener som tab, sorg og død er udfordret. Hun er nu fælles med andre faggrupper om det, man har kaldt ”the talking cure” (McLeod, Wright, 2009).

1.5. Det psykologiske sprog som samfundsmæssig forståelseshorisont

Hvor psykologisk behandling tidligere primært var noget, der hørte kriser til, og som skulle afsluttes hurtigst muligt, har det i dag fået mere præg af omsorg og udvikling. Psyken skal ligesom kroppen plejes og holdes fit. I den vestlige verden bruges det terapeutiske sprog ikke kun til at beskrive det enkelte individs emotionelle univers, men anvendes bredt i historiske, sociale, politiske og økonomiske sammenhænge.⁵ Illouz hævder med den amerikanske litteraturkritiker Lionel Trilling, at den terapeutiske diskurs er blevet kulturens slang (Trilling, 1955 in Illouz, 2008: 10). Den overskrider alle nationale og regionale forskelligheder og danner grundlaget for et invasivt globalt tankesæt, der ikke længere er en teori blandt mange om, hvordan verden og mennesket er indrettet, men er selve rammeværket, den fælles forestillingshorisont (Brinkmann, 2008b). Påstanden er, at det at være menneske i dag er at være et psykologisk menneske. Det er den verden, vi tager for givet. Det er det sprog, vi bruger, når vi skal tale om mening, identitet og betydning. Når vi skal forklare tilværelsen og os selv, peger vi ikke længere opad mod himmelske sandheder, bagud på traditionen og fortiden eller udad på en ydre orden, men indad mod vores egen psyke og alle de tanker og følelser, som vi oplever os som summen af (Krogdøl, 2009a, 32). Det er *Innover vi må gå*, som er titlen på en af de seneste analyser af den terapeutiske kulturs fremmeste

⁵ Krigen i 1864 omtales f.eks. som et ”nationalt traume”. Man taler om ”Den danske folkeskoles traume”, at ”Irak er Vestens store traume” eller at ”Stress-traumer sender flest danskere på førtidspension”. Journalister rapporterer om ”national fortrængning”, og overskrifter som ”Lavt selvværd påvirker unges opfattelse af deres psykosociale arbejdsmiljø”, ”Lavt selvværd kan styrkes hele livet” og ”Hvordan cope med arbejdsløshed” peger på, at det blevet så almindeligt at bruge psykologiske begreber, at vi praktisk talt er holdt med at lægge mærke til det.

repræsentanter, selvhjælpslitteraturen, hvor sociale, strukturelle, politiske og eksistentielle problemer typisk forstås som noget, der kan og skal løses af det enkelte individ (Madsen, 2014). I den forstand kan man sige, at den terapeutiske kultur er disciplinerende. Den beskriver ikke bare virkeligheden, men er medskaber af den og af de normer, der gælder i den. Det enkelte individ er ikke fuldstændig fri til at vælge mellem forskellige forståelser, når det på forskellige måder sættes under pres af alvorlig sygdom, sorg og tab. Antagelsen er, at den måde, hvorpå den terapeutiske etos konstruerer individet, er medbestemmende for, hvordan det vestlige menneske erfarer verden, de andre og sig selv. I en Foucaultsk optik kan ingen slippe fri af diskursen og sproget. Vi kender kun virkeligheden gennem den. Den terapeutiske diskurs medierer vores erfaringer, også de religiøse. Den sætter legitimiteten, følelsen af at være et rigtigt menneske. Spørgsmålet er, hvad det betyder for hospitals- og hospicepræsters tænkning, tro og praksis?

1.5. Hvad betyder det for religionens gamle præster?

Hvis Illouz m.fl. har ret i, at den terapeutiske etos er kulturens matrix (Illouz, 2008), kunne man forestille sig, at præsten, kirken og teologien svarer på udfordringen fra den terapeutiske kultur ved at tilpasse sig dens sprog, erkendelser og antagelser. Brede analyser hævder som nævnt, at den terapeutiske kulturs gennemslagskraft er særlig tydelig i forhold til den autoritet, de religiøse institutioner, kirkerne og præsterne tidligere var i besiddelse af, og at de er specielt følsomme barometre for denne transformationsproces. Selvom disse analyser ikke først og fremmest har kirkens og præstens rolle som deres hovedfokus, konkluderer de nogenlunde enslydende og generaliserende, at den terapeutiske kultur har overtaget religionens rolle i det senmoderne samfund, at det nye præsteskab er psykologerne og terapeuterne, og at det gamle legitimerer sin rolle ved at læne sig ind eller måske direkte overtage terapeutiske metoder og sprog.

Den amerikanske sociolog Andrew Abbott demonstrerer i sit studie af professioner, at det nye præsteskab er psykologerne og terapeuterne i betydningen: de, der nu har jurisdiktionen over eller er blevet eksperterne på menneskers personlige problemstillinger, og han støtter dermed Rieffs mere spekulative observationer. Abbott viser, hvordan præsterne i Nordamerika i de sidste 100 år på det felt er udskiftet med først psykiaterne og senere psykologerne (Abbott, 1988:280ff). Madsen mener, at det samme er tilfældet i en norsk

KAPITEL 1. INDLEDNING

sammenhæng (Madsen, 2012a:174) og Krogsdal, som nævnt, i en dansk⁶. Men spørgsmålet er, om det har medført, at traditionelt religiøst sprog og tænkning har mistet sin betydning: at religion er blevet instrumentaliseret og ikke længere kan skelnes fra terapi, og at præster kopierer terapeutiske metoder og sprog? Har præsterne reelt overgivet sig, sådan som Abbott konkluderer (Abbott, 1988:308)).

Stephanie Muravchik har i bogen *American Protestantism in the Age of Psychology* (Muravchik, 2011) netop udfordret påstanden om, at psykologiens dominans på amerikansk grund har medført en afsvækkelse af religion, dyder og fællesskab. Hun hævder, at kritikernes dødsdom over en moralsk og samfundsopretholdende kristendom er for forhastet. Og hun understreger at for at forstå, hvordan psykologi har påvirket religion i USA, er det ikke tilstrækkeligt at analysere lærebøger, populærpsykologiske artikler og erindringer, som ifølge hende er kritikernes mest almindeligt brugte dokumentationsmateriale. Det er nødvendigt at se på kristnes konkrete erfaringer for kunne vurdere, hvordan de har forstået og transformeret psykologi i deres eget liv (Muravchik, 2012: 146). I en note tilføjer hun, at de fleste af disse kritikeres studier har en skarp polemisk kant og er baseret på sproglige og intellektuelle analyser. Hun fremhæver specielt Rieff og den amerikanske historieprofessor Christopher Laschs skelsættende bøger (Rieff, 1966/2006, Lasch, 1991) som både eksempler på og modeller for, hvordan man drager omfattende sociale konklusioner på baggrund af det, hun kalder en nærlæsning af "elite texts" (Muravchik, 2012: 157, note 13), dvs. tekster, der er forfattet af samfundets intellektuelle elite. Analyserne har dermed ofte overskrifternes og påstandenes form og kalder ifølge Muravchik på empiriske undersøgelser af psykologiens betydning for konkrete præsters tænkning, tro og praksis. Det er netop dette studies fokus.

Ifølge Illouz er der i analysen af den terapeutiske kultur i det hele taget en tendens til at bruge det, hun med en fransk sociologs ord kalder bulldozerbegreber, dvs. begreber, som er så altomfattende, at de overser eller tromler det sociales kompleksitet og mangfoldighed (Illouz, 2008: 4). Denne kritik rammer ikke kun sociologernes analyser. Disses antagelser overtages og skærpes af især amerikanske teologer, kristne psykologer og filosoffer. Den protestantiske teolog Paul Tillich og den katolske psykolog Paul Vitz anklager psykologien for at begå hybris, fordi den overskrider sin rolle som empirisk videnskab og selv har form af en myte (Tillich, 2001). Vitz mener ligefrem, at Amerika har skiftet sin sjæl ud med psyken og erstattet religion med terapi. Psykologi er blevet "a secular cult of the self", som han udtrykker det (Vitz, 1994:xii). William Kilpatrick, der er professor i

⁶ Lokaliseret 20.02.2018 på <http://www.kristeligt-dagblad.dk/kirke-tro/terapeuter-er-de-nye-praester>.

KAPITEL 1. INDLEDNING

pædagogisk filosofi, taler om, at de kristne kirker har ladet sig forføre eller lokke, så det i mange sammenhænge er vanskeligt at se, hvor den psykologiske tro slutter og den kristne begynder. Troen på Gud er erstattet med troen på selvet og dets muligheder. En af de mest destruktive konsekvenser af denne blanding af terapi og tro er ifølge Kilpatrick dels et fravær af et begreb om transcendens, dels en stærkt nedtonet betydning af begrebet synd. Han citerer her Rieff: "Religious man was born to be saved, psychological man is born to be pleased" (Kilpatrick, 1999:24). Også den amerikanske litteraturprofessor Roger Lundin advarer mod at tilpasse evangeliet for at gøre det "relevant" (Lundins egne citationstegn) i en terapeutisk kultur. I det lange løb mener han, det vil svække kirken, dens tro og dens praksisser og eliminere det sprog, hvor man kan tale om synd og nåde, dom og tilgivelse, død og opstandelse (Lundin, 1993:6,30). Udover at disse analyser er af ældre dato, og ingen af dem er danske, bygger såvel Tillich, Vitz, Kilpatrick som Lundins analyser på litteraturstudier, altså på nærlæsning af elitetekster og er netop ikke empiriske studier.

Den konservative, kristne, amerikanske professor i filosofi H. Tristram Engelhardt, der snævert beskæftiger sig med hospitalspræstens rolle på moderne amerikanske hospitaler, drager også vidtrækkende slutninger på baggrund af litteraturstudier af især filosofisk karakter. Han nævner i sit studie ikke specifikt den terapeutiske kultur, da hans interesse centrerer sig om hospitalskulturens indflydelse, som han mener har resulteret i en decideret afkristning af hospitalspræsten. Han oplister to versioner, den traditionelle hospitalspræst og den post-traditionelle, hvor den traditionelle mener, at frelse er vigtigere end sundhed, og hvor den post-traditionelle først og fremmest er optaget af patientens psykosociale behov, hans spirituelle og psykosociale well-being (Engelhardt, 2003). Det interessante i denne sammenhæng er, at hans beskrivelser af den post-traditionelle hospitalspræst stemmer overens med antagelsen om den terapeutiske kulturs indflydelse på (hospitals-)præstens rolle. Selvom man kan være uenig i Engelhardts teologi, er der ingen tvivl om, at han har en vigtig pointe, hvad angår religionens ændrede position i det senmoderne samfund. At den har bevæget sig fra ontologi, fra livsgrundlag til mestrings- eller copingstrategi, kan netop ses som en følge af den terapeutiske kulturs indflydelse. Internationale studier af alvorlig syges religiøsitet fokuserer på coping eller mestring og dermed på, hvordan religiøsitet kan forbedre livskvaliteten (Pargament, 2001, Pedersen, Zachariae, 2005a). Et nyere dansk studie af yngre cancerpatienter taler ligefrem om en "PN-religiøsitet" (Pro Necessitate), dvs. en religiøsitet, der kan tages efter behov som medicin for at lindre i øjeblikket, også selvom det måske betyder, at man i situationen skal tro på noget andet, end man ellers gør (Ausker, 2014). Troen bliver på den måde instrumentel, og præsten skal være nyttig i betydningen: øge patienters velvære, forbedre

KAPITEL 1. INDLEDNING

compliance, fremme accepten af og bidrage til en god død for at få en respekteret plads, ikke bare på hospitalet eller på hospice, men i samfundet som sådan. Det stemmer helt overens med en på især engelsk og amerikansk grund optagethed af at udvikle og afprøve kvantitative tests og screeningredskaber, der kan måle og kvantificere patienter og pårørendes tilfredshed med hospitalspræstens indsats for på den måde at legitimere sig i og tilpasse sig det evidensbaserede sundhedssystem (Flannelly et al., 2007, Beardsley, 2009, Sullivan, 2014:22ff). Ikke desto mindre må man med Illouz stille spørgsmålet, om ikke også Tillich, Vitz, Kilpatrick, Lundin og Engelhardts analyser på linje med deres sociologiske søstres og brøders netop tromler det sociales kompleksitet og mangfoldighed med deres bulldozer-begreber. Kigger man på det meget begrænsede antal empiriske studier af den terapeutiske kulturs betydning for præsters teologi, tro og praksis, er billedet, som vi nu skal se, mere flimrende.

Da Tony Walter i 1996 udgiver bogen *The Eclipse of Eternity*, må han helt tilbage til 1975 for at finde en empirisk undersøgelse af hospitalspræsters måde at møde sørgende patienter og pårørende. Han spørger, hvor er der i al den psyko-snak, der flourer omkring døden og den døende, plads til åndelig omsorg (spiritual ministry)? (Walter, 1996b: 138) Og han svarer ved at henvise til et ældre, amerikansk, sociologisk studie, der identificerer to tilgange, nemlig traditionalistens og humanistens. Humanisten identificerer sig med rollen som psykologisk rådgiver, der typisk opmuntrer patienten til at udtrykke og dele følelser og inddrager gængse psykologiske eller terapeutiske indsigter og teknikker. Traditionalisten derimod er den pastorale hyrde, der gerne måler patientens religiøse temperatur, deler tro og ser det som sin opgave at føre patienten til frelse (Wood, 1975). Traditionalistens tilgang har ifølge Walter ikke nogen plads på et sekulariseret, engelsk hospital. Derimod vil hospitalspræsten typisk have den humanistiske, terapeutiske tilgang, som opfordrer patienten til at udtrykke følelser, er lyttende og ikke dømmende (Walter, 1996b). Også et nyere svensk studie af sognepræsters åndelige omsorg for døende og sørgende efterladte antyder noget lignende. Disse præster er tilbøjelige til at benytte to forskellige sprog. I deres kontakt med døende bruger de i højere grad traditionelt teologisk (rituelt) sprog, mens de, når det gælder efterladte, hvor de har en langt bredere kontakt, benytter sig af en mere sorgterapeutisk, psykologisk præget diskurs (Grassman, Whitaker, 2006). Også Madsens studie af den liturgiske reform af den norske højmesse (Madsen, 2012a) drager på baggrund af en udbredt brug af citater fra norske præster og teologers udtalelser i dagspressen, artikler, bøger, forskning og andres undersøgelser af præster (f.eks. Leer-Salvesen, 2005) og med en målestok, der teologisk er meget konservativ, den konklusion, at den terapeutiske kultur radikalt har forandret såvel almindelige menneskers forståelse af kristendom som præsters teologi og praksis. Det betyder, at det er vanskeligt at se

KAPITEL 1. INDLEDNING

forskel på kristendom og den terapeutiske etos. Præsten og psykologen er kommet til at ligne hinanden (Madsen, 2012a:184). Disse undersøgelser synes altså at bekræfte tesen om den terapeutiske kulturs indflydelse.

Men billedet er netop ikke entydigt. I bogen *Helping the Good Shepherd: Pastoral Counselors in a Psychotherapeutic Culture, 1925-1975*, viser Susan E. Myers-Shirk, hvordan liberale, protestantiske præster på amerikansk grund anvender principper og praksisser fra de psykologiske discipliner som hjælpsomme nye måder at relatere til deres sognebørn, og at det psykologiske sprog hele tiden forholdes til det teologiske som den grundlæggende ramme (Myers-Shirk, 2010). Og i et stort dybdestudie af amerikanske præster, der fra 1930 og frem til 1980 deltog i det, der blev kendt som "Clinical Pastoral Education" (CPE), og som var stærkt psykoanalytisk inspireret, viser ovenfor omtalte Stephanie Muravchik, at psykologiske tænke-måders indflydelse på præsters teologi og praksis ikke var så sekulariserende, som man ifølge Rieff, Furedi, Nolan, Tillich, Vitz, Lundin, Engelhardt og andre kunne have forventet. Præsterne modificerede deres nyerhvervede terapeutiske praktikker og ideer, så de kom til at passe til en mere traditionel, protestantisk vægtlægning på fællesskab, næstekærlighed og pastoral omsorg (Muravchik, 2012). Det religiøse sprog blev ikke elimineret. Den terapeutiske diskurs er åbenbart ikke altdominerende. Der er tilsyneladende en mere kompleks relation mellem det, den engelske sociolog Derek Layder kalder aktør og struktur, mellem aktørernes, dvs. hospitalspræsternes meningsskabelse, aktiviteter og intensioner (livsverdenen) på den ene side og den terapeutiske kultur, institutioner, magt, reproducerende praksisser og sociale relationer (systemelementer) på den anden (Layder, 1998b, 27). Muravchik understreger i denne sammenhæng som nævnt en vigtig pointe: for at forstå, hvad den terapeutiske kultur har betydet for religion, kirke og præster, er det ikke nok alene at undersøge lærebøger, populærpsykologiske artikler eller erindringer. Det er også nødvendigt at studere individuelle præsters erfaringer for ad den vej at få adgang til, hvordan de selv forstår og forvandler psykologiske indsigter i deres eget liv, altså deres agency. Det er netop denne afhandlings fokus. Muravchiks studie er det, hun selv kalder en socialhistorisk analyse, der bygger på de involverede præsters egne skrevne og udgivne erindringer, CPE-superviseres (Clinical Pastoral Education) og underviseres interne noter, lærebøger, sociologiske studier, interne rapporter, curriculaer, konference materiale m.m. Det har altså først og fremmest en historisk karakter. Det kigger tilbage. I modsætning hertil vil dette ph.d.-projekt undersøge den terapeutiske kulturs aktuelle betydning for danske hospitals- og hospicepræsters tænkning, tro og praksis.

Man kan undre sig over, at et sådant studie ikke tidligere har fundet sted. En mulig forklaring kan være, at selvom man i en amerikansk kontekst allerede

KAPITEL 1. INDLEDNING

i 1925 kunne tale om ”pastoral counselors” i en psykoterapeutisk kultur, ville noget lignende ikke give mening i en dansk sammenhæng. I state-of-the-art-værket *Sjælesorgens vei. En veiviser i det sjælesørgeriske landskap – historisk og aktuelt* understreger den norske professor i sjælesorg Tor Johan Grevbo, at man i dansk teologi og kirkeliv - i modsætning til Norge, Sverige og Finland - har været langt mindre optaget af sjælesorgen, og at denne sjælesørgeriske manko skyldes en markant indflydelse fra den tyske dialektiske teologi. Denne lagde hele vægten på den proklamatoriske forkyndelse og tog samtidig et kraftigt opgør med alle former for psykologisering og menneskelig navlebeskuelse i kirkens rum (Grevbo, 2006: 432). I den forstand er dansk teologi historisk vaccineret mod psykologisk indflydelse. Det har først ændret sig op i 90’erne og nullerne, hvor især præsten og psykoterapeuten Bent Falk har haft stor indflydelse på sjælesorgsmiljøet gennem såvel sine terapeutiske kurser, som mange hospitals- og hospicepræster har deltaget i, som sine meget læste bøger (Falk, 1996, Falk, 1998, Falk, 2006).

En anden forklaring kan være, at empirisk kirkeforskning er et relativt nyt fænomen i Danmark. Allerede lige efter 2. verdenskrig taler man i USA om den ”empiriske vending” indenfor pastoral vejledning og sjælesorg (Bach, 2016). Det samme har man gjort i tysk praktisk teologi siden 1970’erne (Iversen 2018:39). Men selvom der på dansk grund er en del eksempler på empiriske undersøgelser fra de sidste 30-40 år, er det først med oprettelsen af *Folkekirkens Uddannelses- og Videnscenter* i 2013, at der fra folkekirkens side officielt er kommet fokus på at iværksætte og understøtte empiriske undersøgelser af kirkelige og teologiske problemstillinger. Også ansættelsen i 2014 af den første danske professor i empirisk kirkeforskning, dr.theol. Ulla Schmidt, på Teologisk Institut, Aarhus Universitet, Center for Samtidsreligion, giver en fornemmelse af, at det i en dansk kontekst er relativt nyt at anvende sociologiske metoder til at undersøge teologiske problemstillinger. Mit projekt er et beskedent forsøg på at bidrage til denne udvikling og netop ved hjælp af sociologiske metoder at undersøge den terapeutiske kulturs betydning for den teologi, som hospitals- og hospicepræster praktiserer.

Som sognepræst i Sulsted Sogn siden 1987 og præst på KamillianerGaardens Hospice og i Det Palliative Team i Aalborg fra 1999 har jeg en både personlig og faglig interesse i dette ph.d.-projekts spørgsmål. Hvilke fordele og ulemper det giver, vil jeg se nærmere på i afhandlingens metodekapitel, som følger efter et afsnit, hvor jeg angiver, hvilket felt afhandlingen skriver sig ind i.

1.6 Forskningsoversigt

KAPITEL 1. INDLEDNING

I dette afsnit vil jeg gennemgå centrale dele af den eksisterende forskning i hospitalspræsters tænkning, tro og praksis for at indkredse afhandlingens forskningstematik og derigennem tydeliggøre det videnshul, den bidrager til at udfylde nationalt som internationalt. Først omtales forskningen i tro og helbred, som har bidraget til en øget fokus på patienters trosliv i store dele af sundhedssystemet, måske især på cancerområdet og i det palliative felt, men ikke på præsters. Herefter vil jeg vise, hvordan den tidligere svage forskningsmæssige interesse for hospitalspræster nu er erstattet af et øget fokus på denne gruppe, fordi man her særligt tydeligt kan iagttage, hvordan samfundsændringer påvirker religiøse aktører, og hvordan disse agerer i sekulariserede institutioner. Endelig vil jeg se på de relativt få studier, der findes på dansk grund af institutionspræster og konkludere, at man her kan tale om et forskningsmæssigt deficit. Hovedfokus er embedsteologien og praksisformerne, mens undersøgelser af præsters levede teologi stort set er fraværende. Oversigten er ikke udtømmende, men dækker, hvad jeg mener, der er vigtigt for projektets problemstilling.

1.6.1 Øget fokus på forholdet mellem tro og helbred

På både internationalt og nationalt niveau er der de sidste par årtier kommet øget fokus på udforskningen af forholdet mellem tro og helbred. Amerikanske undersøgelser har vist, at Gud får en særlig stor betydning under sygdom (Koenig, McCullough & Larson, 2001). Den amerikanske professor i psykologi, Kenneth Pargament, som forsker i, hvordan man kan bruge religion til at overkomme stress, sygdom og andre udfordringer (se f.eks. Pargament, 2001, Pargament, 2002, Pargament, Raiya, 2007), hævder, at hvor der før 1997 kun var lavet 200 undersøgelsesstudier i engelsktalende lande om religiøs coping med sygdom, er der efter 1997 lavet over 1000 undersøgelser⁷. Man kan ligefrem tale om en ”eksplosion” på området (Hall, Koenig & Meador, 2004). Indenfor denne hovedsageligt religionspsykologiske orienterede forskning er det således påvist, at religiøse ressourcer kan være betydningsfulde faktorer til håndtering af stressende livssituationer (Spilka et al., 1977, McCrae, 1984). Troen har en særlig betydning som mestningsressource ved livstruende sygdomme (Koenig, Pargament & Nielsen, 1998). Menneskets trosindstilling har direkte indvirkning på sundhedstilstanden, hvad der f.eks. viser sig som en sammenhæng mellem positiv religiøsitet og selv vurderet helbred (Highfield, 1989), livskvalitet (Cotton et al., 1999) og

⁷ Udtalelse af Pargament på en konference om forholdet mellem tro, helbred og håndtering af sygdom på Syddansk Universitet i maj 2010. Lokaliseret 16.10.2018 på <https://www.kristeligt-dagblad.dk/liv-sjæl/sundhedssystemet-på-åndelig-rejse>

KAPITEL 1. INDLEDNING

forøgelse af håb (Mickley, Soeken & Belcher, 1992). Den spirituelle dagsorden ser ud til at blive fremherskende for mange patienter i sidste del af livet (Murray et al., 2004), eksistentiel balance er af stor betydning for livskvaliteten for den syge (Cohen et al., 1996), og palliative patienter bliver mindre økonomisk omkostningstunge, hvis deres behov for åndelig omsorg imødekommes (Balboni et al., 2011).

Også på dansk grund ser man væsentlige resultater. En spørgeskemaundersøgelse fra Rigshospitalet viser, at en stor gruppe patienter intensiverer deres tanker om eksistentielle og religiøse spørgsmål og finder nye livsværdier under sygdom/indlæggelse (Ausker, 2008), og jo mere alvorlig sygdommen er, jo mere påvirkes de eksistentielle emner (la Cour, 2008). Religiøse følelser og eksistentiel balance influerer positivt på kræftpatienters livskvalitet (Pedersen, Zachariae, 2005b), og der ser ud til at være en positiv relation mellem tro og livslængde (La Cour, Avlund & Schultz-Larsen, 2006). Danmarks første professor i åndelig omsorg, Niels Christian Hvidt, der har gjort sammenhængen mellem sundhed og religion til sit forskningsområde, understreger, at forskningen entydigt viser, at det at være troende kan påvirke ens sundhed i positiv retning (Rasmussen, 2016). Det er altså slået fast, at eksistensspørgsmål og tro er vigtige for patienterne, hvad der kan have betydning for den måde hospice- og hospitalspræster bliver modtaget på. Men ud over at disse studier generelt mere er optaget af religiøsitetens effekt end af dens indhold, som mit projekt har fokus på, kan man f.eks. hverken i Hvidts publikationsliste eller i lederen af Videnscenter for funktionelle lidelser, specialist i sundheds- og religionspsykologi, Peter La Cours, der også har forsket i sammenhængen mellem tro og helbred og interesserer sig for religionens psykologiske betydning, finde studier eller referencer til studier af præsters tro.⁸ Mens der således findes mange undersøgelser af patienters tro, synes der netop at være et videnshul, hvad præsters og specielt hospitalspræsters tro angår. Den forskningsmæssige interesse for denne gruppe har været svag.

1.6.2 Svag forskningsmæssig interesse for hospitalspræster

Mowat og Swinton konstaterer i 2006, at mens der på britisk og amerikansk grund har været interessante empiriske studier af præsteembedets natur og formål, har der forskningsmæssigt ikke været en særlig opmærksomhed på

⁸ Publikationslisterne er lokaliseret 20.10.2018 på <http://www.hvidt.com/default.asp?page=pub&CatHead=57&CatMain=116> og <http://peterlacour.dk/publikationsliste/>

hospitalspræsterne (Swinton, Mowat, 2006:156). Men Giles Legoods *Chaplaincy: The Church Sector Ministries* (Legood, 1999) og Helen Orchards *Hospital Chaplaincy: Modern and Dependable?* (Orchard, 2000) åbner feltet op på britisk grund. Legood understreger, at den dramatiske stigning i antallet af præster, der arbejder udenfor kirken i forskellige sektorer i samfundet, har været en af de måder, hvorpå kirken har svaret på de udfordringer, som sekulariseringen og den dertil hørende signifikante nedgang i tilslutningen til traditionel institutionel religion har stillet den overfor. Han konstaterer, at disse specialpræster har meget at bidrage med i forhold til spørgsmålet om, hvilken rolle kirken skal have i fremtiden (Legood, 1999), men specielt i forhold til hospitalspræsterne er der såvel her som i andre lignende udgivelser et alvorligt teologisk deficit (Seeley et al., 2017:17). Det er, som vi nu skal se, rollen, der typisk er fokus på.

1.6.3 Hospitalspræster – terapeutisk effektive eller nyttige pga. deres marginalitet?

I Orchards studie af hospitalspræster i London (Orchard, 2000) beskæftiger hun sig netop med deres kompetenceområde, som hun mener er utydeligt og dårligt egnet til en professionel praksis på et hospital, hvordan hospitalspræsten forstås af andre faggrupper, og hvad det betyder for hende at arbejde i en multikulturel og multireligiøs institution. Det ser ud til, at den generelle bevægelse i samfundet fra religion til spiritualitet har bidraget til en identitetskrise blandt hospitalspræster. Her kunne man måske have forventet, at den terapeutiske kultur og de sociologiske analyser, dette begreb er en sammenfatning af, i det mindste blev nævnt, men det sker ikke. Orchard konkluderer, at alvorlige anstrengelser “need to be expended in demonstrating to other health-care professionals what chaplains are bringing to the bedside that is therapeutically effective rather than simply edifying” (Orchard, 2000). Om danske hospitalspræster mener, at de skal være terapeutisk effektive på linje med andre behandlere på hospitalet, er netop et af de centrale spørgsmål, denne afhandling adresserer.

James Woodwards empiriske undersøgelse fra 1999 (Woodward, 1999) har også fokus på, hvordan hospitalspræster forstår og håndterer deres rolle og konstaterer, at de oplever sig spændt ud mellem kirkens verden og hospitalsvæsenets, og at de forsøger at løse denne spænding ved at prioritere og imødekomme de behov og forventninger, de bliver mødt med fra såvel patienter, pårørende som hospitalets ansatte. Det er uden tvivl genkendeligt for danske hospitalspræster, men denne undersøgelse går et skridt videre og beskæftiger sig med, hvilken pris denne udprægede behovsorientering, som jeg indholdsbestemmer vha. den terapeutiske etos og de forstærkninger heraf, der sker i hospitalskulturen, har for hospitalspræsters tænkning, tro og praksis, deres levede teologi. Hvad

KAPITEL 1. INDLEDNING

betyder spændingen for måden, præsterne bringer eller måske netop ikke bringer deres teologiske bagage i spil på?

I Mowat og Swintons empiriske studie af skotske hospitalspræster, *What do Chaplains do?* (Mowat, Swinton, 2005) rides ligesom hos Legood og Orchard indledningsvis den samfundsmæssige kontekst op. Også her nævnes bevægelsen fra religion til spiritualitet, hvor man kan tale om en mere individualiseret og subjektiv søgen, hvor der ikke er brug for en formel struktur, en lære eller en forankrethed i et fællesskab af ligesindede. Sammen med den voksende forskningsmæssig interesse for sammenhængen mellem tro og helbred og sundhedsvæsenets almene anerkendelse af nødvendigheden af at møde patienters åndelige behov, giver det både nye begrundelser og nye udfordringer for hospitalspræstens rolle. Antagelsen af, at alle har åndelige men ikke nødvendigvis religiøse behov, åbner feltet op for andre faggrupper end præster. Det betyder, at hospitalspræsten - ligesom også Orchard peger på - grundlæggende synes at befinde sig i en identitetskrisen: Fra at give specifik religiøs omsorg skal hun nu levere generisk åndelig omsorg, som netop er defineret som en form for omsorg, der ikke snævert retter sig mod religion (Swinton, Mowat, 2006:162). Det har den konsekvens, at hospitalspræsten ofte refererer til sig selv - ikke som "Christian minister" - men som "spiritual carer" (ibid.164). Heller ikke her nævnes specifikt den terapeutiske kultur. Studiet peger især på to områder, som forfatterne mener har særlig betydning for hospitalspræstens teologi og praksis. For det første opfatter de deres job som grundlæggende forskelligt fra jobbet som sognepræst, hvad der relateres til den generelle tendens i samfundet til at distancere sig fra institutionel religion (ibid.179). For det andet har præsterne fokus på åndelige behov, som de ikke nødvendigvis ser som noget, der kræver en tydelig forkyndelse af eller tilknytning til en specifik religiøs tro. Det særlige ved deres profession er netop, at den er "agenda-free" (ibid.185). Der ser således ud til at være en spænding mellem på den ene side deres erklærede mål om at være behovsorienterede ("needs-led") og patientcentrerede og på den anden side deres rolle som kristne præster, hvis opgave er "to love and serve God and to enable others to do the same" (Mowat, Swinton, 2005:40), altså en spænding mellem "the chaplain's vocation, calling and training as a specifically Christian minister, and the political ideal of spiritual neutrality" (Swinton, Mowat, 2006:187). Præsterne løser denne spænding ved at udvikle en form for spirituel korrekthed à la den politiske. De identificerer sig mindre med kirken som institution og dens dogmer, end de gjorde og følte sig forpligtet på som sognepræster, men mener samtidig, at de netop på hospitalet bedre er i stand til at praktisere og leve evangeliet og her være mere "Christlike" (ibid:189). Mowat og Swinton konstaterer, at i en kultur, der er behovsstyret, ser det ud til, at det at agere "som Kristus" ikke først og fremmest er afledt af teologiske forståelser, men af en

KAPITEL 1. INDLEDNING

sekulær humanisme (ibid:190). Der er altså tale om en defensiv strategi. Selvom hospitalspræsterne sætter pris på ikke at være bundet til en bestemt trosretning, understreger de, at deres egen tro gør en forskel i deres arbejde, fordi den giver dem en begrundelse for deres praksis, giver dem styrke og mod og støtter dem åndeligt. Uanset om Gud nævnes direkte i kontakten med patienterne er Gud med. De ser mere Biblen som en kilde til inspiration, trøst og vejledning for praksis end som en lovbog, ”Emmaus-vandringen”⁹ opfattes som et eksempel på en bibelsk begrundelse for hospitalspræstens rolle, og deres egen spiritualitet ligner til forveksling samtidens postmoderne individualistiske spiritualitet (Swinton, Mowat, 2006:188). Mange af disse temaer vil, som det vil fremgå i denne afhandling, kunne genfindes i en dansk kontekst. Men jeg vil gennem en nuancering og præcisering af såvel den samfundsmæssige kontekst i form af den terapeutiske kultur, præsternes teologiske bagage som den hospitals- og hospicekultur, de arbejder i, forsøge at komme tættere på, hvordan danske hospitals- og hospicepræster på mikroplanet konstruerer deres teologi, tro og praksis. Hvor befinder de sig i forhold til de dominerende narrativer om tro og medicin?

1.6.4 Hospitalspræsten på kanten af de dominerende narrativer om tro og medicin

I forhold til dette studie er den britiske præst og forsker Christopher Swifts bog *Hospital Chaplaincy in the Twenty-first Century* (Swift, 2009) derfor også særlig interessant. Han kortlægger her historisk den britiske hospitalspræsts ændrede roller og udforsker gennem detaljerede autoetnografiske studier og den politiske debat, som både truer og fastholder præstens tilstedeværelse på hospitalet. Han konkluderer, at når menneskers individuelle narrativer kolliderer i forbindelse med alvorlig sygdom, ser det ud til, at hospitalspræsten bidrager til at skabe ny mening og et håb om et bæredygtigt narrativ (ibid:175). En central del af præstens rolle er netop at tale i tegn (”speak in signs”) med dem, der bliver udsat for traumer (ibid:176). Hun befinder sig på kanten af såvel de dominerende narrativer om tro og medicin, mellem religiøs fundamentalisme og grov materialisme, og bliver derved den person, der i særlig grad er uddannet til og erfaren i at lægge værdi til såvel personalets som patienternes fortællinger om netop at befinde sig i kulturens margener. Hun er ”...a unique auditor of the impact on people’s lives that illness makes” (ibid.177). Hospitalspræsten har mistet sin autoritære og disciplinerende rolle. Hun har ingen (pastoral-)magt og opfatter ikke sig selv som missionær, hvad der iflg. Swift betyder, at hun bliver langt mere tilgængelig og imødekommende for

⁹ Se Lukasevangeliet 13.24-35

KAPITEL 1. INDLEDNING

patienternes erfaringer og virkelighed. Der er således hospitalspræstens marginalitet, der gør hende nyttig (ibid.178). Det er helt anden forståelse end f.eks. Orchards. På den måde illustrerer Orchard og Swifts studier to grundlæggende forskellige forståelser af hospitalspræstens rolle. Hvor danske hospitalspræster placerer sig i denne diskussion, vil dette studie undersøge.

Som nævnt ovenfor er såvel Susan E. Meyers-Shirks (Myers-Shirk, 2010) som Stephanie Muravchiks (Muravchik, 2012) studier af amerikanske protestantiske menighedspræster væsentlige, fordi de begge interesserer sig for hvilken rolle psykologiske forståelser og terapeutisk træning har for præsters tænkning, tro og praksis. De har altså en optik, der kan sammenlignes med min, og konkluderer, at godt nok anvender præsterne principper og praksisser fra de psykologiske discipliner som hjælperedskaber i deres rolle, men de transformerer dem, så de passer til en mere traditionel protestantisk vægtlægning på fællesskab, næstekærlighed og pastoral omsorg. Det religiøse sprog elimineres ikke. Det ser imidlertid anderledes ud, når opmærksomheden rettes mod amerikanske ”chaplains”.

1.6.5 Spiritual fitness

Winnifred Fallers Sullivan konkluderer i bogen *A Ministry of Presence* (Sullivan, 2014), at amerikanske ”chaplains”, som dækker over alle former for institutionspræster (hospital, skole, politi, brandvæsen, militær osv.), tilpasser og delvist afsvækker den teologi, de har med sig fra den trosretning, de har deres udspring i. De gør den til en form for nærværsteologi, der har fjernet sig fra dens kristne rødder og blevet til en slags minimalistisk og flygtig form for åndelig omsorg (ibid:173). Iflg. Sullivan sker det ikke først og fremmest pga. den terapeutiske kulturs indflydelse men dels pga. den amerikanske forfatnings adskillelse af religion og stat, hvor det lovmæssigt er forbudt at proselytisere, dels den politiske og eksistentielle situation, som er præget af religiøs diversitet og konkurrence og dels den manglende forståelse af traditionelle religiøse praksisser i en fragmenteret og voksende ikke-kirkelig befolkning (ibid.174). De har fokus på religion/spiritualitet som mestringsstrategi, på ”spiritual fitness” (ibid.22 ff.) og gør derfor også på brug af forskellige former for screeningværktøjer, der skal afdække behovet for åndelig omsorg. Også sociologen Wendy Cadges undersøgelse af amerikanske hospitaler peger på, at det for chaplains ikke så meget handler om religion i konfessionel betydning, men om en mere diffus spiritualitet, der overskrider grænserne mellem forskellige religioner (Cadge, 2012). Læst med en dansk præsts øjne synes faren for en kommodificering af tro og spiritualitet nærliggende. Altså at tro gøres til en vare, der skal sælges og derfor også formes

KAPITEL 1. INDLEDNING

efter behovet, og hospitalspræsten derfor også tilpasser sin tro og teologi til det, systemet kræver. Om danske hospitalspræster, der i modsætning til deres amerikanske kolleger er ansat og lønnet af kirken, men ligesom dem opererer i en sekulær/postsekulær kontekst, også interesserer sig for tro som en mestringsstrategi og fjerner sig fra deres kristne rødder for at imødekomme institutionernes og patienternes behov, vil dette studie se nærmere på. Hvad er bestemmende for deres identitet som hospitalspræster?

1.6.6 Episodisk identitet

På dansk grund har antropologen Cecilie Rubow foretaget en undersøgelse baseret på etnografiske interviews og studier af fem sognepræsters uddannelse og hverdagsliv (Rubow, 2006). Undersøgelsen har fokus på, hvad der gør en person til en præst og anlægger et autoritetsperspektiv. Hun viser, hvordan præsterne er præster og personer i forskellige situationer, og hvordan identitet og autoritet er en ”hændelse” eller ”en forbigående begivenhed” ved de forskellige handlinger fremfor en indre kerne af identitet og autoritet. Deres identitet er ”episodisk”. Den dannes fra situation til situation og er stærkt kontekstbundet (ibid:10). En sådan episodisk identitet finder man også, når man undersøger, hvordan danske hospitals- og hospicepræster varetager deres embede i mødet med palliative patienters og pårørendes transcendent forestillinger (Stimpel, Raakjær, 2012b). Patienternes antropocentriske transcendent forestillinger, hvor himlen opfattes som et sted, hvor et gensyn kan finde sted, tvinger tilsyneladende præsterne til at tale om, tro og håbe med på disse forestillinger, selvom de ikke umiddelbart ligger i forgrunden i forhold til deres egne akademiske refleksioner og teologiske forestillinger. Og det ikke kun som noget pragmatisk, præsten benytter sig af for at trøste, men som noget, han/hun i situationen tror med på (ibid:65). Også den norske professor i etik, Paul Leer-Salvesens interviewundersøgelse af 19 norske teologisk konservative præster peger på, at præsterne i den sjælesørgiske samtale nedtoner deres eget syn på fortabelse og deres holdninger til etiske spørgsmål som f.eks. homoseksualitet og vielse af fraskilte for at møde mennesker, hvor de er (Leer-Salvesen, 2005). Der synes altså at være en spænding mellem præstens levede teologi og hendes personlige religiøse holdninger og identitet. Det er et vigtigt opmærksomhedspunkt i indeværende studie. Betyder denne episodiske identitet, at præsten helt forlader de forståelser og tydinge af tilværelsen, som evangelisk-luthersk teologi som idealtipe traditionelt står på? Hvordan konstruerer hospitalspræsten den sjælesørgiske samtale?

1.6.7 Sjælesorg som helligt rum

Antropologen Hanne Bess Boelsbjerg foretog i 2010-2012 15 interviews med hospitalspræster¹⁰ og kom på den baggrund frem til, at de anser sjælesorgssamtalen som et forståelsesrum, der markant adskiller sig fra den biomedicinske kontekst, hvor der er fokus på behandling (Boelsbjerg, 2013). Samtalen med præsten opfattes som et ritual, der etablerer en overgang fra én virkelighedsforståelse til en anden, et ”helligt rum”, hvor man overskrider en gængs forståelse af virkeligheden, træder ind i et andet betydningsunivers og etablerer en særlig form for nærvær, hvor noget ”andet” lytter med. I en kristen tradition bliver præsten opfattet som et slags ”talerør” til eller en mediator i forhold til Gud. Der bliver her plads til at tale om ”noget større” og tumle med de store livsspørgsmål. Sjælesørgeren ser det som sin opgave at læse en anden fortælling end den biomedicinske ind i det eksistentielle rum, patienten forsøger at orientere sig i, og derved sikre, at forskellige synsvinkler på mennesket som et lidende væsen repræsenteres (ibid:84). Selvom arbejdsdelingen mellem præster og psykologer på hospitalet hovedsagelig handler om, det er en psykologisk eller eksistentiel/religiøs konflikt, der er på spil, fremhæver Boelsbjerg, at sjælesørgeren forsøger at supplere psykologens indsats ved at afdramatisere sin rolle som religiøs autoritet og fremhæve sig selv som samtalepartner (ibid:70). Af særlig interesse for mit studie giver hun således her et bud på, hvordan præsten konstruerer sin rolle på hospitalet, selvom man også her kan tale om et teologisk deficit hvad angår de mere dogmatisk-teologiske overvejelser. Det er funktionen og embedsteologien, det handler om, hvilket vi nu skal se, også er hovedfokuset i to nyere danske undersøgelser.

1.6.8 Hospitalspræstens funktionalisering

Afsluttende er særligt to nyere empiriske undersøgelser af præster i Danmark vigtige at fremhæve, nemlig *Funktionspræster i Danmark – en kortlægning* (Kühle, 2015), som består af såvel en større spørgeskemaundersøgelse (71 besvarelser), semistrukturerede interviews med institutionspræster (31) og fokusgruppeinterviews med sundhedspersonale (3) og *Hvad vil det sige at være præst? – En kvalitativ undersøgelse af danske folkekirkepræsters syn på embede og arbejde* (Felter, 2016), der bygger på 25 kvalitative interviews med præster, hvoraf fire er institutionspræster. Begge studier har som sagt mere fokus på rollen og

¹⁰ Af de 15 informanter var 13 kristne præster og 2 muslimske imamer.

KAPITEL 1. INDLEDNING

embedsforståelsen end på, hvordan præsterne lever deres teologi og tro i det konkrete møde med mennesker. Kühles (m.fl.) undersøgelse tegner en profil af hospitals- og hospicepræster, der helt stemmer overens med mine informanternes: kvinde på 50+, der tidligere har været ansat som sognepræst og som har suppleret sin teologiske uddannelse med terapeutiske kompetencer (Kühle, 2015:79). Arbejdsmæssigt fylder de såkaldt improviserede ritualer meget i disse præsters hverdag, og de ser sjælesorgen som deres vigtigste opgave (ibid:47), ligesom også samtaler med personalet fylder op. Der er generelt stor tilfredshed både med deres arbejde på hospitalet og med tilknytningen til det sogn, de er knyttet til, og de vurderer det som meget vigtigt, at personalet henviser til dem og at de er synligt tilstede her (ibid:84). De ser sig som kritikere af sundhedssystemets fokus på helbredelse (ibid:92) og oplever sig pressede af tidens psykologisering (ibid:94). Undersøgelsen konkluderer, at præsternes arbejde for at etablere religionens naturlige tilstedeværelse sker på institutionens præmisser, som er sekularitetens og religionsfrihedens. På den måde balancerer præsterne mellem ”at blive funktionaliseret og dermed have et selvstændigt bidrag og på den anden side at undgå fuld funktionalisering, som vil reducere dem til lightudgaver af de psykologer og terapeuter, der findes i disse institutioner” (ibid:106). Hvordan præsterne på mikroplanet manøvrerer i dette spændingsfelt, er mit studies hovedinteresse. Felters studie har hovedfokus på sognepræsters selvforståelse og anlægger – ligesom mit – et aktørperspektiv på det at være præst, men har embedsteologien som hovedinteresse (Felter, 2016:198). Præsten er i øjenhøjde med mennesker på en anden måde end psykologen, fordi hun deler deres eksistentielle spørgsmål (ibid.51). Hun kan bruge nogle andre ord end psykologer og er til stede som et troende menneske (ibid.53), hvor bønner er vigtig (ibid.160). Det særlige for præsten er, at hun kan tilgive mennesker deres synder, lede gudstjenesten og forrette nadveren. Hun er ritualforvalter ved livets knudepunkter, sætter ord på mennesker liv og tolker det i sammenhæng med kirkens tro (ibid.154). Hun kommer med budskabet om noget godt, hun ikke selv har fundet på (ibid.155). Hun har en særlig tavshedspligt (ibid.158), kan sætte tabuiserede emner som tro og død på dagsordenen og er den tålmodige lytter, der er tilstede i uvisheden og afmagten (ibid.158) uden nødvendigvis at ville flytte tilhøreren (ibid.156). Gennem sin bevidst ikke-resultatorienterede tilstedeværelse tilbyder hun mennesker et frirum i et præstationsfokuseret samfund og har derved en symbolsk funktion som repræsentant for en modkultur (ibid.187). Undersøgelsen konkluderer, at det, der konstituerer præstens særlige faglighed, peger i to retninger. Den ene retning lægger vægt på præsten som en teologisk fagperson, der optræder som fortolker af eksistensen. Hun kan sætte ord på det, mennesker ikke selv kan sætte ord på, hæve det specifikke op til noget generelt menneskeligt og bringe det evangeliske budskab ind den konkrete

KAPITEL 1. INDLEDNING

situation. Den anden retning betoner præsten som medmenneske, som den, der netop ved at være unddraget det øvrige samfunds målrationalet kan være til stede som repræsentant for noget større, for Gud eller det kristne fælleskab (ibid.187). Men det ene udelukker ikke det andet. Nærværet ser ud til at udgøre forudsætningen for at kunne tale ind i situationen (ibid.181). Der synes også at være et kontinuum mellem et syn på forkyndelsen som defineret ved et prægnant kognitivt indhold, der i princippet kan formidles uafhængigt af præstens person og en tilsvarende principiel opfattelse af forkyndelsen som indlejret i den medmenneskelige relation (ibid.186). Om hospitals- og hospicepræsters faglighed ligger i forlængelse af ovenstående har mit studie hovedfokus på.

1.6.9 Opsamling

I forskningsoversigten har jeg vist, at de fleste studier af præster i almindelighed og hospitalspræster i særdeleshed har fokus på embedsteologien og rollen, men at der er et tydeligt videnshul, hvad angår deres tænkning og tro på mikroplanet, hvilket dette studie i særlig grad har fokus på. Hvordan ser deres dogmatisk-teologiske overvejelser bag deres praksis ud? Også det at bruge den terapeutiske kultur som hovedoptik på hospitalspræsterne er ikke set tidligere, hverken på dansk eller international grund. Dette giver et særligt indblik i, dels hvilke sammenhænge der er mellem præsternes opfattelse af og syn på deres rolle, og så den måde de konstruerer deres tænkning og tro på i mødet med mennesker, dels hvordan den teologi, de lever, forholder sig til den bagage, de må formodes at have med sig som protestantiske teologer. Studiet kan således være med til at afdække, hvorledes religiøse aktører udfolder sig inden for grundlæggende sekulære samfundssektorer, som blandt andre den britiske religionssociolog Kim Knott har understreget betydningen af, og derved mindske det, han kalder religiøs analfabetisme i den offentlige debat (Knott, 2018:341). Endelig kan det bidrage til at kaste lys over den terapeutiske kulturs dominans i senmoderniteten og dermed til teoriudviklingen i feltet.

1.7. Afhandlingens disposition

Afhandlingen består af tre hovedkapitler. I kapitel 2 vil jeg indkredse undersøgelsesfeltet, redegøre for min forforståelse, gennemgå projektets metodologi, forskningsdesign, hvilke problemstillinger det rejser at forske i egen praksis og interviewe kolleger og overveje etikken i projektet. I afhandlingens 3. kapitel, som udgør projektets teoretiske ramme, udvikler jeg i tre afsnit den optik

KAPITEL 1. INDLEDNING

eller de heuristiske redskaber, jeg har brug for i analysen, dvs. det, jeg kalder de fem grundantagelser, evangelisk-luthersk teologi og hospitalskulturen, der skal forstås som idealtyper i Webersk forstand. Det 4. kapitel indeholder analysen, som falder i to dele: først en fortrinsvis deduktivt orienteret tilgang og dernæst en mere induktivt inspireret. Afhandlingen afsluttes med en konklusion.

2. Metode

2.1. Kapitlets disposition

Indledningsvis vil jeg forsøge at indkredse, hvad det er, jeg vil kigge på hos hospitals- og hospicepræsterne for at undersøge, om - og eventuelt hvordan og hvorfor - den terapeutiske kultur har betydning. Herefter vil jeg placere projektet indenfor det fortolkningsvidenskabelige eller hermeneutiske paradigme; redegøre for min forforståelse; gennemgå projektets metodologi, som jeg med inspiration fra den engelske sociolog Derek Layder overordnet vil betegne som adaptiv; diskutere brugen af socialvidenskabelige metoder i et projekt, der involverer teologiske analyser og se på forskningsdesignet, dvs. de konkrete metoder til indhentning af data, herunder udvælgelsen af informanter. Jeg vil jeg også beskæftige mig med de udfordringer, der er forbundet med at forske i egen praksis og interviewe kolleger, og jeg vil overveje etikken i projektet. Afslutningsvis vil jeg kort redegøre for forskningsprocessen med henblik på at skabe gennemsigthed og præsentere informanterne.

2.2. Indkredsning af undersøgelsesfeltet

Generelt kan man sige, at religionsforskeres opmærksomhed er flyttet fra ”rigtig” religion, dvs. den form, man finder i verdensreligionernes klassiske, kanoniske tekster, til levende eller ”non-conformal” religion, som er den form, mennesker praktiserer og erfarer i deres daglige liv. At forstå religion kræver indsigt i dens oprindelse, historie, udbredelse og teologi. Men selvom doktrinerne og de religiøse tekster er væsentlige bidrag til at forstå den pågældende religion, er de sjældent repræsentative for andre end en lille elite og siger ikke meget om praksis (Borup, 2010), heller ikke præsters praksis, selvom de i formel forstand hører til eliten og i kraft af deres uddannelse som teologer netop har beskæftiget sig med kristendommens klassiske, kanoniske tekster. Der er ikke nogen lige linje fra

KAPITEL 2. METODE

dogmatiske studier af Den Danske Folkekirkes bekendelsesskrifter¹¹ til, hvordan den enkelte præst f.eks. forvalter muligheden for at vie homoseksuelle eller fraskilte. Moderne religionsforskning, herunder også forskning i præsters praksis (se f.eks. Leer-Salvesen, 2005, Mowat, Swinton, 2005, Rubow, 2006, Swift, 2009, Muravchik, 2012), er i bredeste forstand præget af det, den amerikanske professor i sociologi og antropologi Meredith McGuire kalder levet religion ("lived religion"), som er

"the ever-changing, multifaceted, often messy - even contradictory - amalgam of beliefs and practices that are not necessarily those religious institutions consider important" (McGuire, 2008:4).

I studiet af levet religion har man fokus på "religions-as-practiced" og interesserer sig for de idiosynkratiske komplekse og dynamiske måder, hvorpå personer praktiserer deres værdier og tro (McGuire, 2008:5), måder som ikke nødvendigvis er simple mikrokosmosser af de officielle religioners store fortællinger:

"We should expect that all persons' religious practices and the stories with which they make sense of their lives are always changing, adapting, and growing" (McGuire, 2008:12).

McGuire understreger, at hendes fokus er, hvordan religion og spiritualitet praktiseres, erfares og udtrykkes af almindelige mennesker og ikke af religionernes officielle talsmænd, f.eks. præster eller imamer. Danske hospitals- og hospicepræster¹² hører netop til kristendommens officielle talsmænd, hvorfor McGuires begreb strengt taget ikke kan anvendes her. De har ved ansættelsen underskrevet det såkaldte præsteløfte, hvor de lover,

"at forkynde Guds ord rent og purt, således som det findes i de profetiske og apostoliske skrifter og i vor danske evangelisk-lutherske folkekirkes symbolske bøger... og bekæmpe sådanne lærdomme, som strider mod folkekirkens trosbekendelse"¹³.

¹¹ Lokaliseret 25.02.2018 på <https://www.folkekirken.dk/om-troen/at-vaere-kristen/trosbekendelse/bekendelsesskrifter>

¹² Når jeg fremover bruger ordet "hospitalspræster" inkluderer det også hospicepræster

¹³ Lokaliseret 14.12.2017 på <http://www.kristendom.dk/indføring/sådan-lyder-præsteløftet>,

KAPITEL 2. METODE

Der er altså et fortegn for præstens tænkning, tro og praksis, som er anderledes end lægfolks. Men heller ikke den enkelte præsts måde at praktisere sine værdier og tro på er et simpelt mikrokosmos af folkekirkens bekendelsesskrifter eller præsteløftet. Der er et dialektisk forhold mellem den formelle ramme, der er sat for præsten og så det indhold, hun selv fylder i den eller den måde, hun forstår den i den kontekst, hun fungerer i. Også præsters praksis og de fortællinger, med hvilke de giver deres liv og professionelle rolle mening og betydning, står hele tiden i et dynamisk forhold til såvel den brede samfundsmæssige kontekst (f.eks. den terapeutiske kultur), den snævrere jobmæssige (sogn, somatisk hospital, psykiatrisk hospital, hospice m.m.) som den enkeltes personlige relationer, erfaringer og holdninger. Levet religion er nok knyttet til det enkelte individ, men den er ikke kun subjektiv. Også præster konstruerer i lighed med alle mulige andre mennesker deres religiøse verdener i samspil med andre. Individuel religion er i fundamental forstand et socialt fænomen, siger McGuire (McGuire, 2008:13). Og fordi ”religion-as-lived” mere baserer sig på praksis end på religiøse ideer og tro, er den ikke nødvendigvis logisk sammenhængende,

”rather, it requires a practical coherence: It needs to make sense in one’s everyday life, and it needs to be effective, to ”work”, in the sense of accomplishing some desired end” (McGuire, 2008:15).

Det er denne praktiske sammenhæng, der er af afgørende betydning i hospitalspræstens hverdag, hvorfor man kan sige, at begrebet levet religion også er anvendeligt i dette projekt.

Som jeg senere i dette kapitel vil argumentere for, har jeg som dataindsamlingsmetoder valgt individuelle, semistrukturerede, kvalitative interviews samt fokusgruppeinterviews. Det er altså primært teologien forstået som den del af religionen, der kommer til orde i sproget, jeg har mulighed for at sige noget om. Det er det sproglige udtryk for den måde hospitals- og hospicepræsters ”religious belief” og ”religious believing” viser sig i deres egne refleksioner og fortællinger om, hvad de tænker, tror og gør. For at kunne vurdere den terapeutiske kulturs betydning for hospitalspræsters tænkning, tro og praksis er det nødvendigt at fokusere på noget eksplicit og genkendeligt teologisk, dvs. præsternes teologiske begrundelser for og refleksioner over den måde, de varetager deres rolle samt den måde, de i samtaler, møder og kontakter artikulere/ikke artikulere tro på Gud, Jesus, synd, frelse, dom osv. Et projekt som dette kræver således også en teologisk vurdering, hvorfor jeg som teolog og præst vil have en række fordele, når empirien skal analyseres.

Det er altså ikke bare præsternes levede religion, jeg vil se på, men deres almindelige teologi (*ordinary theology*). Dette begreb kan tilskrives den

KAPITEL 2. METODE

britiske teologiprofessor Jeff Astley (Astley, 2002), hvis interesse netop er "theology in context", hvor man tager forholdsordet "i" alvorligt:

"It is used to express the sense that theology needs to be done from inside a particular framework of interests and concerns" (Astley, 2002:1).

Det er altså en teologi, som gøres eller leves inden for en bestemt ramme, f.eks. et hospital eller et hospice med de særlige interesser og problemstillinger, der er på spil her. Astley understreger, at der ikke tale om anvendt teologi ("applied theology"), fordi et sådant begreb kunne antyde, at teologien ikke er påvirket af interaktionen med praksis og kan tildeles en slags immunstatus i forhold til de forandringer, erfaringen kunne medføre, hvad han tager afstand fra. Det er tværtimod en form for praktisk teologi eller en teologi i praksis, en interaktiv, dynamisk og dialogisk proces af gensidige forandringer (Pattison, Woodward, 2000:3). Ifølge Astley mener man almindeligvis, at en persons teologi handler om indholdet af hans eller hendes religiøse tænkning og tale, men det er en alt for snæver forståelse, for

"theology is process as well as content, and therefore includes the set of processes and practices of holding, developing, patterning and critiquing these beliefs, thoughts and discourse. Theology is thus both beliefs and believing, both thoughts and thinking, both the content of what people say about God and that talking itself (and also their taking about their God-talk), both something we "have" and something we "do". In short it is both theology and theologizing" (Astley, 2002:56).

Når man skal undersøge, hvad den terapeutiske kultur betyder for hospitals- og hospicepræster, synes en sådan forståelse umiddelbart anvendelig, blandt andet fordi den holder fast på, at teologi ikke kun er indhold, men også proces eller kontekst. Men udfordringen er, at Astleys forskningsmæssige hovedinteresse med begrebet *almindelig teologi* - ligesom McGuires *levet religion* - ikke er præster, ikke er akademisk uddannede teologer, men netop lægfolk:

"Ordinary Christian theology is my phrase for *the theology and theologizing of Christians who have received little or no theological education of a scholarly, academic or systematic kind*", siger han (Astleys kursivering). Ordinary theology er termen for "the content,

KAPITEL 2. METODE

pattern and processes of ordinary people's articulation of their religious understanding" (ibid.56).

Det er altså en måde at gribe, lægge værdi til og se almindelige, ikke teologisk skolede menneskers tro som noget, der ikke kun er sociologisk, men også teologisk interessant. Astley er optaget af at skelne mellem disciplinerede, akademiske, teologiske studier og så den form for teologi, som mennesker lever og gør, og som involverer dem som personer, hvor netop deres personlige tro er central (Astley, 2002:55). Men betyder det så, at begrebet *almindelig teologi* ikke kan bruges i forbindelse med forskning i hospitalspræsters praksis, fordi de netop er teologisk, akademisk og systematisk skolede?

For det første kan man sige, at for at kunne svare på projektets spørgsmål, må opmærksomheden rettes mod den måde hospitalspræsterne gør og lever teologien. Fokus er det, man kunne kalde hands-on teologi. Der er sansningen til forskel på at studere systematisk teologi, og så skulle tale med den alvorligt cancersyge fru Jensen på stue 10, hvor råddenskab fra hendes cancersår eller den stærke urinlugt fra den ikke helt tætte stomi-pose står en i næsen. Det er en meget forskellig setting teoretisk at beskæftige sig med praktisk teologi, sjælesorgens proprium eller sorg som et teologisk begreb og så at stå ved en hospitalsseng, hvor der ligger en ung mor, der skal dø fra sine to små børn. Det første behøver ikke nødvendigvis at udfordre præsten personligt og eksistentielt. Det sidste kan undgå at gøre det. Man kan mene, at der bør være en sammenhæng, men for den akademiske teologi er personlig betydning ikke essentiel, ligesom det at være troende heller ikke er det (Astley, 2002:66). Det er anderledes for hospitalspræsten. Det, der kommer ud af munden eller hænderne på hospitalspræsten, er teologi, både som noget hun har, og noget hun gør, noget, der involverer hende og hendes tro personligt, og noget, hun personligt må stå inde for, hvis hun skal holde jobbet og sig selv ud som menneske og som præst. Det er naturligvis ikke det samme som at sige, at hendes akademiske skoling er ligegyldig, men det, der i denne sammenhæng er interessant, er hendes *almindelige teologi*. Det er den teologi, der udfolder sig i såvel hendes forståelse af, hvad der særligt er hendes pastorale rolle på hospitalet i samtaler og møder med patienter og pårørende, i undervisningen af hospitalets personale osv., såvel som i den betydning troen har for hende selv og i det, hun konkret gør i disse forskellige sammenhænge. Det er såvel teologi som tænkning, følelse og handling. For det andet antyder Astley selv, at begrebet *almindelig teologi* er så bredt, at

"it may be said to exist among ordinary believers who have received no formal academic theological education, as well as in the

KAPITEL 2. METODE

lairs of academic theologians” (Astley, 2002:57) (min understregning).

Også akademiske teologer begynder deres liv som almindelige teologer, hvorfor man kan se den akademiske teologi som en modifikation af en grundlæggende, tidligere model, som i mange sammenhænge stadigvæk vil være virksom. Man kunne her drage en parallel til læringsforskning. I bogen *Hvor lærer lærere at være lærer?* (Lindhart, 2007) opererer Lars Lindhart med begrebet læringsbaner, som han definerer som ”den måde en person sammensætter sin deltagerbane med henblik på at realisere et bestemt læringsforløb over tid og sted.” Lindhart viser, hvordan læringsbanerne konstrueres ud fra en persons livshistorie, personens eksisterende standpunkter og orienteringer ud i fremtiden, og den enkeltes forståelse af sig selv i et fremtidigt professionelt virke. Den unge lærers læringsstil i klasselokalet er i høj grad præget af noget, han har med sig og udfolder sig i den aktuelle kontekst afhængig af personens ståsted i konteksten og i mindre grad af den undervisning, han har fået på seminariet (Lindhart, 2007). Den ”tidligere” model er i høj grad virksom. Også religionspsykologiske studier peger i samme retning, idet de viser, at menneskers indre billeder af Gud ser ud til hænge tæt sammen med den enkeltes primære omsorgspersoner (mor, far osv.) (Rizutto, 1979, Kirkpatrick, Shaver, 1990, Raakjær, 2011). Astley siger det på den måde, at indeni i den akademiske teolog slumrer stadigvæk ”the ordinary theologian”. Den udgør det indre ”kernetræ” uden om hvilken, de mere komplekse, akademiske årringe lægger sig (Astley, 2002: 58). Man kunne forestille sig, at netop de konstante, personlige, eksistentielle og religiøse udfordringer, præsten konfronteres med i hospitalets eller hospicets dagligdag, i højere grad end f.eks. hos den universitetsansatte teolog eller den almindelige sognepræst vækker den slumrende ”ordinary theologian” eller får det indre kernetræ til at træde frem og derfor er med til at gøre begrebet *almindelig teologi* anvendeligt som en måde at afgrænse, hvad det er, jeg særligt vil se på.

De to pastoral counselors John Foskett og David Lyall tilføjer endnu et aspekt til denne tematik, idet de skelner mellem *learned theology* og *owned theology*. Den lærte teologi er den teologi, man har indsamlet fra bøger, det er ens teoretiske fundament, hvor den ejede teologi, er ”the most basic beliefs and values of the learner, growing out of a total life experience” (Foskett, Lyall, 1988: 47). Den sidste vil typisk være under konstant revision, fordi den hele tiden udfordres af svære eksistentielle situationer som f.eks. egne og andres tab. Når hospitalspræsten som sjælesørger skal yde trøst til den ramte patient eller pårørende, vil hun sandsynligvis bruge det, der giver hende selv trøst, altså den teologi, der er blevet hendes egen (Gade, 2014). Den amerikanske professor i pastoralteologi Charles V. Gerkin taler i bogen: *The Living Human Document: Re-visioning Pastoral*

KAPITEL 2. METODE

Counseling in a Hermeneutical Mode ganske vist om ”the pastoral counselor”, men det samme kan siges om hospitalspræsten:

”The pastoral counselor is not only listener to stories; he or she is also a bearer of stories and a story. The pastoral counselor does not come empty-handed to the task of understanding the other’s story and offering the possibility of a new interpretation. The pastoral counselor brings his or her own interpretation of life experience with its use of both common symbols, images and themes from the cultural milieu of the counselor, and the private, nuanced meanings that have been shaped by the pastoral counselors own life experience and its private interpretation” (Gerkin, 1984:27).

Den amerikanske professor i Pastoral Care and Counseling Carrie Doehring foreslår netop at bruge begrebet *lived theology* til at beskrive ”...this emotionally charged constellation of values, beliefs, and practices that make sense emotionally and spiritually” (Doehring, 2015:4). Dette begreb peger således på teologien som ”embodied”, dvs. som en følelsesladet indre logik af værdier (tænkning), tro og praksis (ibid:5).¹⁴

Man kan sige det på den måde, at præstens almindelige, ejede eller levede teologi er et udtryk for hendes deltagelse i en række livssammenhænge og fortolkningen af dem, som f.eks.

- det konkrete møde på hospitalet eller hospicet med patienten, den pårørende, den sundhedsprofessionelle, hospitals- og hospicekulturen
- barndom, ægteskab, forældreskab, venskaber
- universitetsstudie, ordination, embede som sognepræst, efteruddannelse, kollegafællesskaber
- samfundsborger, osv.

hvor deltagelse i de foregående har indvirkning på deltagelse – handling og erfaring – i de efterfølgende. Den amerikanske filosof og pædagog John Dewey bruger begrebet ”kontinuitet” til at betegne den tætte forbindelse, der er mellem den erfaring, man har og den erfaring, man vil opnå i fremtiden. En erfaring bygger altid på tidligere erfaringer og rækker frem mod efterfølgende erfaringer (Dewey, 2008). Præstens levede teologi har altså en stærk relationel og kontekstbundet karakter,

¹⁴ Ligesom Astley bruger begrebet *ordinary theology* bruger Doehring *lived theology* til at beskrive den form for teologi, som ikke teologisk skolede mennesker lever og gør, og som involverer dem som personer, hvor netop deres personlige tro er central. Men, som jeg ovenfor har argumenteret for, har også teologisk skolede en *ordinary* eller, som Doehring udtrykker det, en *lived theology*.

KAPITEL 2. METODE

hvor man i princippet kan forestille sig, at den betydning, den terapeutiske kultur eventuelt måtte have, er forbundet til forskellige livs- og erfaringssammenhænge: hun kan have positive eller negative personlige erfaringer med terapi. Hun kan have taget en terapeutisk efteruddannelse, oplevet at forskellige former for psykologi har været hjælpsom i kontakten med patienter og pårørende eller have erfaringen af at være en slags billig stand-in om natten og i weekenderne, hvor hospitalets psykolog ikke er til rådighed. Patienter og pårørende kan møde præsten med forventningen om, at hun ligesom psykologen har værktøjer, der kan hjælpe dem til at få det bedre og lindre smerte, sorg og angst. Sygeplejersker, læger og hospitalets eller hospicets ledelse kan have en forestilling om, at hun på linje med andre faggrupper på hospitalet kan intervenere og at hendes nytteværdi kan dokumenteres. Og endelig kan man forestille sig, at den akademiske teologi, specielt den del, der beskæftiger sig med praktisk teologi og sjælesorg, er påvirket af den terapeutiske kultur. Moderne sjælesorg synes nemlig ikke bare at være stærkt inspireret af psykologiske forståelser og begreber, men ser ifølge den norske professor i sjælesorg Tor Johan Grevbo til tider ud til helt at være opslugt af dem, så man kan tale om en gigantisk sekularisering af teologien og tilsvarende spiritualisering af psykologien (Grevbo, 2006:21). Med denne indkredsning af undersøgelsesfeltet i baghovedet, vil jeg nu tage fat på metodeovervejelserne.

2.3. Det fortolkningsvidenskabelige paradigme

Alle former for forskning placerer sig indenfor bestemte videnskabsparadigmer eller verdensbilleder, som definerer forskellige virkeligheder. Forskningsparadigmet er de briller, hvorigennem man ser sin forskningsgenstand. Med mindre man er positivist, kan man sige, at disse paradigmer hver især rummer såvel ontologiske antagelser, dvs. læren om verdens beskaffenhed, hvad der er i verden og dermed, hvad der er muligt at skabe viden om, som epistemologiske, dvs. antagelser om kilden til viden og relationen mellem dem, der ved og det, der vides, og metodiske antagelser, dvs. de teknikker, vi bruger til indsamling af viden. Forskellige paradigmer eller verdensbilleder definerer forskellige virkeligheder. Vi har altså at gøre med sociale konstruktioner. Man kan naturligvis diskutere, om et paradigme er noget, den enkelte forsker bevidst kan vælge eller det er noget, man bliver socialiseret ind i i kraft af sit fag, fordi det implicit rummer en række antagelser, der styrer teorier og metoder, sådan som videnskabshistorikeren Thomas Kuhn understreger (Kuhn, 1970). Nogle fagdiscipliner, som f.eks. medicin, har næsten udelukkende ét paradigme, som man næsten ubevidst tager udgangspunkt i,

KAPITEL 2. METODE

mens andre, som f.eks. sociologi, har konkurrerende paradigmer (Launsø, Rieper, 2005:43). Det er af afgørende betydning, at der er en indre sammenhæng mellem forskningsparadigmet, det metodologiske perspektiv, forskningsmetoden og forskningsobjektet. En test af et nyt medicinsk produkts virkning kalder på et andet paradigme end en undersøgelse af mobningens konsekvenser for eleveres læring i folkeskolen. Dette studie placerer sig indenfor det, man kunne kalde det fortolkningsvidenskabelige paradigme (Launsø, Rieper, 2005:59), netop fordi det interesserer sig for, hvordan et socialt fænomen som den terapeutiske kultur erfares, og hvad den betyder for hospitalspræsters tænkning, tro og praksis. Med den terapeutiske kultur som optik er fokus, som nævnt ovenfor, præsternes almindelige teologi, dvs. deres beskrivelser af sig selv, deres oplevelser, tro, refleksioner, handlinger, aktiviteter, erfaringer og meningstilskrivninger, hvorfor der netop er brug for en fænomenologisk-hermeneutisk tilgang. Det centrale er deres intentionelle forklaringer, dvs. deres egne beskrivelser af de opfattelser og indsigter, de har og dermed den mening, de tilskriver deres handlinger, netop fordi vi som mennesker hele tiden foretager fortolkninger for at kunne agere i verden. En viden om og en indsigt i disse forhold bygger altså på en dybtgående og indlevende forståelse på basis af en hermeneutisk fortolkning. Men denne individuelle meningstilskrivelse finder ikke sted i et vakuum. Den har sine forudsætninger eller baggrund i kulturen i almindelighed og - kunne man i formode - i den terapeutiske kultur i særdeleshed, netop fordi det hævdes, at psykologiseringen af samfundet har sat spørgsmålstegn ved, om der rent faktisk er vokabularer eller alternative diskurser til rådighed, der er ikke berørt af psykologien (Madsen, Brinkmann, 2011:183). Ifølge den forståelse vil konteksten forstået som den terapeutiske kultur indgå som en integreret del af fortolkningen, både i præsternes egen fortolkning eller forståelse af sig selv, deres rolle på hospitalet/hospicet, opgave og praksis og i min fortolkning eller forståelse af dem. Udfordringen er med andre ord at skulle foretage en fortolkning af noget, der allerede er fortolket, dvs. at både de hospitalspræsters virkelighedsforståelse, jeg vil studere, og min egen er socialt konstrueret og indeholder således per definition altid subjektive elementer. Den amerikanske antropolog Clifford Geertz taler ganske vist i antropologiske studier om, at

“what we call our data are really our own constructions of other people’s constructions of what they and their compatriots do”
(Clifford, 1973:9),

men det gælder i ligeså høj grad i denne sammenhæng. Forskningen bygger altså på en dobbelt fortolkning eller, som Giddens benævner det, en dobbelt hermeneutik:

KAPITEL 2. METODE

"Sociology... deals with a universe which is already constituted within frames of meaning by social actors themselves, and reinterprets these within its own theoretical schemes, mediating ordinary and technical language." (Giddens, 1993:170).

Min tolkning kan således gå ud over eller transcendere hospitalspræsternes oplevede selvopfattelse eller selvforståelse, ligesom de teoretiske begreber, jeg bruger, overskrider deres mere erfaringsnære og hverdagsagtige forståelser (Launsø, Rieper, 2005, 60). Der er tale om et dobbeltblik (Hastrup, 1992:43f) forstået på den måde, at jeg både skal leve mig ind i informanternes kulturelle forståelser, men også kunne distancere mig og se mønstre i disse forståelser, som informanterne ikke nødvendigvis selv kan se. Hastrup taler om afstanden mellem den manifesterede virkelighed og den hypotetiske sandhed, mellem den umiddelbare virkelighed og den komprimerede videnskabelige indsigt. Hvor den første kan beskrives, er den sidste en indsigt, som ikke umiddelbart er tilgængelig, og som ikke er en del af beskrivelsen af fænomenet, hvorfor den må søge om bag ordene, læse mellem linjerne og sætte tavsheder i tale (Hastrup, 1992:14). Videnskab må fastholde retten til at tale om og hen over de umiddelbare indtryk (Ibid.67).

Jeg skal senere i dette kapitel vende tilbage til denne prekære balance mellem loyal, solidarisk nærhed og kritisk distance, idet den i særlig grad aktualiseres af det faktum, at præster må formodes at have en religiøs tyding af tilværelsen, som på en række områder står i et spændingsforhold til en sociologisk normalvidenskabelig¹⁵ forståelse af, at alle verdener er private og intersubjektivt bestemte. Inden jeg nu nærmere udfolder dette projekts metodologiske tilgang, vil jeg redegøre for min forforståelse.

2.4. Forforståelse

Når sygeplejersker og læger på hospice introducerer mig for en patient eller en pårørende, sker det ikke så sjældent med ordene: "Ole, ham kan I godt snakke med. Han er ikke så meget præst, det gør noget! Han er sådan mere psykologagtig!" Hvis man sagde det samme om lægen eller psykologen: "Hende, kan I godt tale med, hun er ikke så meget læge eller psykolog, at det gør noget!" kan

¹⁵ Den amerikanske videnskabsteoretiker Thomas Kuhn definerer forekomsten af normalvidenskab ved den specialisering, som forekommer i et paradigme, hvor der er enighed om regler og standarder for videnskabelig praksis (Kuhn, 1970).

KAPITEL 2. METODE

man høre det absurde i udsagnet: At blive præsenteret eller introduceret som det, man ikke er!

Det er i forbindelse med et forskningsprojekt i almindelighed vigtigt at gøre sig sin forforståelse eller sine fordomme klart, og det er det i særdeleshed med et studie som dette, der placerer sig indenfor det fortolkningsvidenskabelige paradigme. Ifølge Gadamar er forudsætningen for enhver forståelse, at man må besidde en forforståelse af den sag eller det forhold, man ønsker at forstå (Dahlager, Fredslund, 2011). Historiciteten, dvs. det forhold, at vi allerede befinder os indenfor en forståelseshorisont, som danner baggrund for, at vi kan udlægge verden, er altid udgangspunkt for forståelsen. Vi møder ikke verden forudsætningsløst, og vi foretager hele tiden tolkninger af det, vi møder. Forforståelsen bliver dermed et aktivt element i forståelsen af et givent fænomen og har altså betydning for både valget af forskningsobjekt, det teoretiske udgangspunkt, indsamlingen af empiri, analysen og fortolkningen.

Min forforståelse har været en drivende kraft til overhovedet at gå i gang med indeværende ph.d.-projekt. Jeg har været sognepræst i Sulsted Sogn i Aalborg Stift siden 1987, men blev i 1999 ansat i en 50%'s stilling på det dengang nyoprettede KamillianerGaardens Hospice og det dertil knyttede Palliative Team. Og det er især her, hvor jeg er del af et tværfagligt team bestående af læger, sygeplejersker, fysioterapeut, socialrådgiver og psykolog, at jeg på egen krop har mærket det, jeg selv har identificeret som den terapeutiske kulturs indflydelse. Som den lille vignet ovenfor viser, er der en slående selvfølgelighed over, at det er psykologen, som mennesker, der har det svært i livet, ønsker at tale med. I modsætning til præsten kræver det i dag ingen yderligere præsentation eller introduktion at bringe hende på banen. Men historisk set er det interessant, at præsten har været der hos det ramte, lidende og anfægtede menneske i næsten et par årtusinder, før psykologen dukkede op og gjorde krav på hendes stol. Sjælesorg, som er betegnelsen for en af præstens vigtigste opgaver, kendes helt fra kristendommens første århundreder og er blevet forstået som en del af kirkens diakonale opgave med forbillede i Jesus som den gode hyrde, der opsøger de fortabte og praktiserer næstekærlighed. Sjælesorgens medium er samtalen, og det primære sigte er at afhjælpe menneskers åndelige nød og anfægtelser. Men samtidig med dette kritiske syn på psykologiens dominerende rolle og til tider irritation over at blive reduceret til den sidste pille i medicinskabet, er jeg også selv et eksempel på en præst, der har langt hen ad vejen har inddraget og været stærkt inspireret af psykologiske forståelser, metoder og indsigter. Allerede i studietiden var jeg optaget af forholdet mellem psykologi og teologi. Jeg har igennem årene løbende modtaget supervision af min praksis, taget en supervisorsuddannelse af systemisk observans

KAPITEL 2. METODE

og fulgt forskellige former for efteruddannelse af psykologisk karakter, blandt andet på sorgområdet. I forbindelse med en 3-måneders studieorlov i 2007 opholdt jeg mig på den psykiatriske behandlingsinstitution ”Modum Bad” i Norge. Derudover har jeg taget aktiv del i opbygningen af hele det palliative felt i Danmark. Jeg har i mange år haft en udbredt foredrags- og undervisningsvirksomhed, er formand for Foreningen for Palliativ Indsats, som er en forening for de faggrupper, der beskæftiger sig med palliation i Danmark, og jeg tog i 2012 mastergraden i Humanistisk Palliation ved Aalborg Universitet. Gennem alle årene har jeg således været optaget af mellemrummet mellem teologi og psykologi, sjælesorg og psykoterapi, mellem præsten og psykologen teoretisk såvel som praktisk, og det har blandt andet udfordret mig til at tydeliggøre overfor mig selv og andre, hvad der egentlig er præstens særlige bidrag (se f.eks. Raakjær, 2015).

Hvad min teologiske for forståelse angår, vil jeg med præsten og psykoterapeuten Bent Falk sige, at der ikke findes nogen særlig åbenbaret psykologi eller sociologi, ligesom der ikke findes nogen særlig åbenbaret geografi (Falk, 1998:27). Hvordan verden og herunder mennesket og dets psyke er, må vi finde ud af på andre måder end gennem åbenbaringer. Noget andet er den normative og forpligtende samtale med Gud om, hvad vi skal stille op med den verden, vi lægger mærke til, og med os selv i den. Biblen fortæller ikke noget principielt nyt om menneskets og verdens indretning, siger Falk, men den fortæller noget afgørende nyt om Gud, nemlig at Gud er kærlighed og ikke alt muligt andet, som han ligeså godt kunne være, hvis vi nøjedes med en fænomenologisk iagttagelse af verden. På den baggrund fremsætter Biblen den tolkning af verden, at den er skabt af Gud, dvs. i kærlighed til kærlighed. Så langt er jeg enig med Bent Falk. Men når han tilføjer, at

”kristendommen handler lige som andre religioner bl.a. om *værdier* og *vurderinger*... Psykologien, derimod, handler ikke om værdier... men kun om folks adfærd... Psykologien er m.a.o. *beskrivende*, og den befinder sig således på et andet erkendelsesmæssigt niveau end teologi og etik, som er normative” (Falk, 1998: 27),

er jeg mere skeptisk. Der findes ganske vist ikke nogen særlig kristen psykologi, men det er ikke fordi, der er en kategori- eller niveauforskel på psykologi og religion, hvad angår værdier og vurderinger. Psykologiens nye kritiske historiografi (Brinkmann, 2012), som jeg vil redegøre nærmere for i teorikapitlet, hævder netop, at psykologien hverken er moralsk eller etisk neutral og derfor også kan komme på kant med kristendommen. Ifølge denne forståelse vil enhver form for psykologi rumme bestemte verdens- og menneskesyn, bestemte vurderinger af, hvad der er

KAPITEL 2. METODE

sundt eller sygt, rigtigt eller forkert, og er dermed medskaber af det samfund, den er indlejret i og de mennesker, den tilbyder sine forståelser. Svend Brinkmann taler om, at psykologien efter dens opkomst i det 19. århundrede overtog kirkens rolle som skaber af menneskers forestillinger om tilværelsens indretning og deres forståelse af sig selv som subjekter (Brinkmann, 2012:757). I den forstand er der en parallelitet mellem religionens og psykologiens kulturelle funktion. Forholdt det sig ikke på den måde, ville dette ph.d.-projekt i grundlæggende forstand være meningsløst, fordi det så bare ville være et spørgsmål om at afklare arbejdsdelingen mellem psykologi og teologi, mellem psykoterapi og sjælesorg, mellem præsten og psykologen.

Det er denne forforståelse, der har motiveret valget af problemstilling og problemformulering, og jeg vedkender mig denne forudindtagetethed og betragter den som en følgesvend igennem hele forskningsprocessen. Samtidig er jeg er mig bevidst, at den ikke må hindre mit udsyn og sløre blikket for, at empirien kan vise resultater, der peger i en helt anden retning end mine egne individuelle erfaringer og pastorale identitetskampe. Jeg er således opmærksom på, at mine erfaringer indebærer en stærk bias i form af forudindtagede holdninger og forestillinger om den terapeutiske kulturs koloniserende kraft. Eller sagt mere præcist: Jeg kan i kraft af min forforståelse komme til overvurdere den terapeutiske kulturs betydning for mine informanter. Jeg vil bestræbe mig på at imødegå dette ved at bruge de valgte teorier som et fortolkningsredskab, som empirien både kan bekræfte, afvise og modificere og derigennem udfordre (bekræftende og/eller afkræftende) tesen om den terapeutiske kultur. Fordi vi alle sammen holder af data, som passer til vores teorier, hypoteser og fordomme, er det især, når man forsker i egen praksis, vigtigt at være djævelens advokat eller ”Rasmus Modsat” og systematisk at lede efter data, som ikke passer med ens hypoteser eller fordomme og aktivt søge efter alternative forklaringer på det, man finder (Nielsen, Repstad, 2006:259).

Jeg vil nu vende mig mod projektets metodologiske tilgang, hvor jeg med den engelske sociolog Derek Layders adaptive teori eller tilgang vil understrege, at den teoretiske ramme, jeg har valgt som optik, skal ses som et refleksionsredskab til at processere og udvikle teoretiske pointer.

2.5. Metodologi

2.5.1 Adaptiv tilgang

KAPITEL 2. METODE

For at kunne svare på spørgsmålet om og eventuelt hvordan den terapeutiske kultur har betydning for hospitalspræsters tænkning, tro og praksis, er der, hvad angår metodisk tilgang, et dobbelt hensyn at tage. Den skal med Giddens på én gang kunne rumme det univers, som er konstitueret eller sat af hospitalspræsternes eget meningsrum og det teoretiske univers, jeg som forsker kommer med. Det vil sige, at de ontologiske og epistemologiske perspektiver, der anlægges, skal være i stand til at rumme såvel subjektive som objektive strukturer. Der skal være plads til både mikrofænomener som social interaktion i afgrænsede sociale sammenhænge og makroforhold og historiske fænomener. Der skal være rum for såvel livsverdenselementer som systemelementer, såvel et aktør- som et strukturniveau. Der er derfor brug for både en empirisk styret (induktiv) og en teoristyret (deduktiv) undersøgelse. En fænomenologisk tilgang, hvor man søger at fremstille et fænomen i dets "rene form" (Fredslund, Dahlager, 2011:71) vil i denne sammenhæng være utilstrækkelig. Et deskriptivt fokus, som alene retter sig mod hospitalspræsternes subjektive oplevelser, udgør kun det ene ben. For at svare adækvat på projektets spørgsmål behøves desuden en teoristyret deduktiv undersøgelse, fordi jeg netop vil undersøge noget helt bestemt og på forhånd har forestillinger (teorier) om, hvor og hvordan fænomenet optræder og udfolder sig i den enkelte præsts tænkning, tro og praksis. Den subjektive meningstilskrivelse (aktørniveau) må forstås i forhold til den overordnede teoretiske ramme (systemniveau) samtidig med, at den teoretiske ramme kan påvirkes, nuanceres, korrigeres og udvikles af den subjektive forståelse. Jeg har altså brug for en metodologisk tilgang, der lægger vægt på kombinationen af forskellige metoder fremfor at dyrke en enkelt vinkel. Man kan endda mene, at en sådan dualitetstilgang er særlig påkrævet, når man beskæftiger sig med psykologiens betydning, fordi psykologi som videnskab har det, Ole Jacob Madsen har kaldt en ideologisk slagside (Madsen, 2010:21). Det vil sige tendensen til at benytte individuelle løsninger på samfundsmæssige problemer. Psykologen Isaac Prilleltensky taler om, at problemet i psykologien(erne) er, at mange psykologiske forklaringer tager udgangspunkt i et akontekstuellet syn på individet, hvor

"the analysis of human behavior is conducted without a satisfactory consideration of the social and historical circumstances"
(Prilleltensky, 1989:797).

Psykologisk forskning er ifølge Prilleltensky ofte præget af en teoretisk og metodisk individualisme, dvs. individet studeres uden tanke på den sociale sammenhæng, det lever i, eller forskere tager ikke tilstrækkeligt hensyn til den umiddelbare samfundsmæssige sammenhæng, de undersøgte personer befinder sig i, når de

KAPITEL 2. METODE

videnskabelige data fortolkes. Kun hvis hospitalspræsten studeres i konteksten, i den sociale sammenhæng, som hun virker i, kan jeg komme nærmere en besvarelse af projektets spørgsmål. Ligesom alt ikke kan forklares individuelt med reference til motiver, tanker og følelser, kan alt heller ikke forklares samfundsmæssigt eller socialt. Dialektikken må fastholdes.

Den tidligere professor i sociologi på University of Leicester Derek Layders metodiske tilgang, kaldet ”Adaptive Theory” eller ”Adaptive Approach”, synes netop at tilgodese hensynet til såvel individ som struktur. Bogen, hvor han udfolder denne tilgang, har den sigende titel *Sociological Practice – Linking Theory and Social Research* (Layder, 1998b) (min understregning). Her udfordrer han blandt andet den kløft, der traditionelt har været mellem teoretisk og empirisk forskning i sociologien og forsøger at bygge bro mellem dem. I stedet for at se f.eks. deduktion og induktion som to formelt adskilte og principielt modsatte måder at opnå viden på, så er de koblet sammen. Det vil sige, at de er komplementære former for vidensudvikling, to faser i en vekselvirkende proces, der

”kan tage udgangspunkt i et induktivt præget projekt, der fra et nyt empirisk grundlag opbygger generaliseringer, og disse kan indgå i en teoribygning, som kan benyttes til at udlede nye, præciserende hypoteser, som derefter kan afprøves empirisk-deduktivt” (Riis, 2001:8).

Adaptiv teori kaldes da også ”den tredje vej til viden” (Jacobsen, 2007), fordi den forsøger at sammentænke, kombinere og bygge bro mellem tidligere tilsyneladende modsatte positioner og perspektiver som induktion og deduktion, objektiv versus subjektiv, kvalitativ kontra kvantitativ, aktør kontra struktur, en fænomenologisk, forståelsesorienteret tradition og en hermeneutisk, fortolkningsorienteret tradition. Det er netop koblingen mellem dem, der er det særlige for den adaptive tilgang, og som gør den velegnet som metodologisk grundlag for dette ph.d.-projekt, hvor udfordringen på den ene side er at vægte struktur- og systemniveauet uden det sker på bekostning af aktør- og subjektivitetsperspektivet, og på den anden side at fokusere på aktørerne og deres livsverden uden at underbelyse det strukturelle, systemiske og objektive samfundsniveau. Altså et projekt, som handler om at udforske

“connections between abstract characterizations of social change and their embodied and situated effects as they are manifested and played out” (McLeod, Wright, 2009:128)

KAPITEL 2. METODE

som de to australske samfundsforskere Julie McLeod og Katryn Wright meget præcist formulerer det. Den adaptive teori

”centralizes the interconnections between, on the one hand, actors’ meanings, activities and intentions (lifeworld) and, on the other, culture, institutions, power, reproduced practices and social relations (system elements)” (Layder, 1998b: 27).

Som nævnt i det indledende kapitel er såvel sociologiske som teologiske analyser langt hen ad vejen enige om, at den terapeutiske kultur har koloniseret religionens område; at terapeuter er blevet de nye præster, og at de gamle er trængt i defensiven. Sådan ser det ud, når man deducerer fra systemniveau til aktørniveau, og den åbenlyse risiko her er naturligvis, at man uretmæssigt kan komme til at lægge denne forforståelse eller struktur ned over den enkelte hospitalspræsts udsagn og dermed blive blind for den modstand, empirien kan yde. Selvom det er småt med empiriske undersøgelser af, hvordan den terapeutiske kultur opleves af den enkelte præst, så kunne det - som nævnt i det indledende kapitel – nemlig se ud til, at den ikke nødvendigvis er så imperialistisk og invasiv, som den set fra systemniveauet påstås at være. Omvendt, fokuserer man udelukkende på hospitalspræsternes egne subjektive forståelser af sig selv og deres rolle, og har man ikke øje for den terapeutiske diskurs’ betydning i senmoderniteten, går man glip af det fokus eller det – i ordets bedste forstand – snæversyn, teorien giver en, med risiko for at overse de nedslag, materialiseringer eller spejlinger af den terapeutiske kultur, der måtte vise sig i det empiriske materiale.

Udtrykt med Layders eget begreb er hospitalspræsternes beskrivelser og forståelser og mine tolkninger af dem på den ene side filteret gennem eller tilpasset, adapteret de teorier om den terapeutiske kultur, jeg har stiftet bekendtskab med (Layder, 2005:38). Min egen rent praktiske tilgang til projektets problemstilling og udarbejdelsen af interviewguiden (se nedenfor) er netop vejledt af eller forankret i de teoretiske antagelser og overvejelser, jeg har fået gennem en grundig læsning af såvel sociologisk, psykologisk som teologisk litteratur om emnet. Det er ifølge Layder principielt umuligt at forstå empirien uden sådanne forudgående teoretiske antagelser. Empiriske data er, som allerede C. Wright Mills udtrykte det, blinde uden teori (Mills 1959(2002) in Jacobsen, 2007:249). Man går aldrig uhildet til det empiriske materiale, sådan som positivismens empirisme ellers hævdede, men har altid på forhånd bestemte (teoretiske) briller på. Og uden dem ville de iagttagne begivenheder være isolerede og i grunden uforståelige, sådan som sociologiens grundlægger August Comte formulerede det (Comte in Elias 1978:34 in Jacobsen, 2007:34). På den anden side er teori indholdsløs uden data (Mills

KAPITEL 2. METODE

1959(2002) in Jacobsen 2007:249). Teorierne om den terapeutiske kultur skal adapteres, dvs. nuanceres, tilpasses og bearbejdes på baggrund af det empiriske materiale, altså af hospitalspræsternes subjektive forståelser og meningstilskrivelser. De eksisterende begrebers forklaringskraft er måske ikke tilstrækkelige. Der kan være behov for en nuancering eller for helt nye begreber for at kunne forklare nye aspekter. Det er altså netop måden, hvorpå forskningsprocessens teoretiske aspekter er forbundet med de empiriske og den kontinuerlige relation eller vekselvirkning mellem dem, som er det afgørende ved Layders tilgang. Der er tale om et dialektisk samspil, en vedvarende pendulering eller, måske bedre udtrykt, en opadgående cirkelbevægelse mellem teori og empiriske data, hvor hver ny omgang repræsenterer et nyt niveau med nye opdagelser og - hvis der er brug for det - ny teori. DNA-strengens dobbeltspiral, som viser sig som to roterende tråde (teori og data), der på en og samme tid er forbundet og adskilt, kan bruges som en konkret visualisering af metodologien. I den forstand er adaptiv teori både en proces (vekselvirkningen eller dialektikken mellem teori og praksis) og et produkt (ny teori), både en tilgang og et resultat af denne tilgang (Jacobsen, 2007:261).

Layder bestræber sig altså på at kombinere metoder for anvendelse af eksisterende teori med teori genereret af analyser af empiriske undersøgelser og derved sammenkoble deduktive teoritestende tilgange og induktive teorigenererende tilgange. Han anser begge for at være lige betydningsfulde og i stand til gensidigt at påvirke hinanden, når det drejer sig om at tilvejebringe adækvat viden om samfundet, og han fremhæver, at

”The whole point of a focus on relations between agency and structure in research is to underline their simultaneous implication in each other – to trace their actual interpretations and linkage – and not to abandon this task because of methodological ”problems” ”
(Layder, 1998b:145).

Han betragter dem altså som potentielle åbne diskurser i stedet for rigide og dogmatiske opfattelser af, hvordan ”rigtig” (social-)videnskab skal bedrives og afviser enhver form for analytisk tilgang, der tager udgangspunkt i, at virkeligheden kan forstås ud fra et enkeltstående princip eller træk, som f.eks. diskurser, reproducerede praksisser, intersubjektive meninger eller aktørers begrundelser og motiver. Hver for sig repræsenterer de ufuldstændige ontologiske tilgange og leder til tendentiøse eller skæve former for analyser (Layder, 1998b:177). Virkeligheden er tværtimod karakteriseret ved det, Layder kalder multiple ontologiske domæner. Den er både i analytisk og faktisk forstand inddelt i forskellige domæner, som nok er indbyrdes relaterede men samtidig også adskilte. De er altså karakteriseret ved

KAPITEL 2. METODE

det, man kunne kalde en samtidig sammenhæng og adskilthed. Og kun sådan kan den favne og inkorporere den sociale virkeligheds multifacetterede væsen (Layder, 1998a: 87). Derfor fremhæver Layder også, at der i hele projektfasen må ske en kontinuerlig og dynamisk vekselvirkning mellem induktion og deduktion. Ikke kun for at styrke de frugtbare muligheder, der findes i deres gensidige vekselvirkning, men også fordi det er en epistemologisk præmis; det er den måde viden opnås på. Sagt med Michel Foucault: Tilværelsens historicitet implicerer, at tænkningen og den samtid, den tager afsæt i, gensidigt former og formes af hinanden. Den teoretiske refleksion kan ikke længere betragtes som adskilt fra den praktiske sammenhæng, som der teoretiseres over, men griber altid samtidig ind i denne sammenhæng (Karlsen, 2008:39).

Layders afgørende kritikpunkt i forhold til sociologer som Talcott Parsons, Anthony Giddens, Louis Althusser, Erving Goffmann, Harald Garfinkel, Pierre Bourdieu og en lang række andre er, at de ikke overbevisende formår at forbinde struktur- og aktør-, makro- og mikroniveau og måske i særlig grad, at de ikke overbevisende evner at belyse forbindelserne imellem dem, fordi de privilegerer den ene eller den anden af disse dualiteter (Jacobsen, 2007:258). Layder indrømmer, at han selvfølgelig ikke er alene om denne metodologiske syntesitering, og at han står i gæld til andre syntesebaserede sociologiske projekter. Men han kritiserer f.eks. Giddens for, at der bag kulissen finder "undergrundsreduktionisme" sted, dvs. at man blander egenskaberne ved og effekterne af de forskellige domæner og dermed mister deres respektive særpræg og bidrag til teoriudviklingen:

"for example, structuration theory rejects all forms of objectivism outright and thus favours intersubjectivity, while Foucault rejects individualism and intersubjectivity in favour of objective discourses and practices" (Layder, 1998a:90).

Professor Michael Hviid Jacobsen hævder, at kritikken for undergrundsreduktionisme kan rettes mod Layder selv på grund af hans tendens til at privilegere netop strukturniveauet og makroperspektivet og den deraf følgende risiko for det, Alfred North Whitehead har betegnet som "the fallacy of misplaced concreteness", dvs. at man lokaliserer strukturer og systemer selv der, hvor der reelt ikke er noget at se (Jacobsen, 2007:280). Den kritik er det overordentlig vigtigt at have i baghovedet, når jeg skal analysere min empiri. Er hospitalspræsternes meningstilskrivelser, forståelser og handlinger rent faktisk håndgribelige materialiseringer eller instantieringer af den terapeutiske kultur og etos, eller er der tale om "the fallacy of misplaced concreteness", dvs. at jeg lokaliserer disse strukturer, hvor de ikke er. Det er balancegang på en knivsæg, fordi dette ph.d.-

KAPITEL 2. METODE

projekt, som nævnt ovenfor, jo placerer sig indenfor det fortolkningsvidenskabelige paradigme, hvor jeg som forsker fortolker hospitalspræsternes fortolkning og derved vil gå ud over eller transcendere deres subjektive forståelser. Validiteten eller bekræftbarheden af disse tolkninger skal derfor gennemgås kritisk.

Som vi nu har set, er den adaptive teori ikke så meget et sammenhængende forskningsparadigme, som det er en tilgang, en ”approach”, som Layder også selv kalder den (Layder, 2005:1). Den lægger sig ikke fast på en bestemt metode eller en specifik sociologisk teori, men er eklektisk og pragmatisk i forhold til den viden, man ønsker at opnå (Jacobsen, 2007:263), hvad der netop gør den interessant i dette projekt. Men disse teorier må naturligvis udvælges systematisk, hvad jeg vil argumentere for i afhandlingens teorikapitel. Jeg vil nu se på, hvilke yderpunkter den adaptive tilgang befinder sig mellem med henblik på nærmere at karakterisere dens særpræg og vise dens specifikke nytteværdi for dette projekt.

2.5.2. Mellem Grand Theory og Grounded Theory

I dette projekts sammenhæng er ikke bare forholdet eller forbindelsen mellem induktion og deduktion af stor betydning, men også den hertil relaterede diskussion mellem empirisme og rationalisme, dvs. diskussionen om de epistemologiske præmisser. Sagt på kort form insisterer empirismen på, at valid viden kun kan opnås gennem observationer af fænomener fra den sociale verden, som de kommer til udtryk gennem vores sanser. Den knytter sig altså til induktive metodiske tilgange. I rationalismen derimod er udgangspunktet, at vidensproduktionen udgøres af a priori-viden, dvs. af viden, der er uafhængig af erfaringen, hvilket ofte fører til forskellige former for argumenter og fornuftsslutninger (Layder, 1998b:137). Viden opnås altså her gennem fornuft, analyse og deduktion. I denne diskussion forsøger den Adaptive Theory-tilgang at bygge bro mellem det, man kunne kalde Grand Theory (generel teori) og Grounded Theory, mellem teori-testende og teori-genererende tilgange.

Begrebet Grand Theory, som tilskrives den amerikanske sociolog C. Wright Mills (Mills, 1959/2002), betegner et altomfattende teorisystem, der er forankret i sit eget begrebs- og metodeunivers, og som påberåber sig forklaringskraft på stort set alle områder. Marxistisk teori er et eksempel på en sådan generel teori, hvor begreberne har fortrinsret i forhold til forståelsen eller tolkningen af det empiriske materiale. Selvom de store narrativers tid ifølge den franske filosof Lyotard er forbi (Lyotard, 1996), så peger McLeod og Wright på, at netop den terapeutiske kultur ofte bliver opfattet gennem metanarrativer som f.eks. kulturelt forfald, social regulering eller social transformation, hvad der resulterer i

KAPITEL 2. METODE

en tendens "to elide contradictory impulses and collapse all too readily into simplistic condemnations" (McLeod, Wright, 2009: 136). Man kan f.eks. kritisere den danske religionsforsker Iben Krogsdal for at forfalde til metanarrativer, når hun i sin ph.d.-afhandling på baggrund af en undersøgelse af terapiformen NLP (Neurolingvistisk programmering) taler om den terapeutiske kulturs (spiritualitetens) uskrevne selvrealiseringsmyte, ifølge hvilken livet er én lang, forudbestemt rejse frem imod at realisere det sande og guddommelige i den enkelte (Krogsdal, 2009a). Et mindre studie af terminalt syge hospicepatienter viser, at de f.eks. hverken er så sekulariserede, aftraditionaliserede eller subjektiverede, som man ifølge Krogsdal kunne have forventet (Stimpel, Raakjær, 2011). Den indbyggede fare ved generel teori er altså, at den sociale virkeligheds kompleksitet kan overses, fordi begreberne har fortrinsret. De empiriske data presses eller tvinges ind i teorien, som antager en næsten sakrosant karakter.

På den anden side af det, Søren Kristiansen kalder det "kvalitative kontinuum" (Kristiansen, 2002) befinder Grounded Theory sig. Grounded Theory er udviklet af Barney G. Glaser & Anselm L. Strauss og er netop et eksempel på en teori, som mener, at den sociale virkelighed kun er modtagelig overfor én metodologisk tilgang, idet legitim teori

"must emerge through observation and faithful rendering of the lives of people whose experiences it attempts to represent" (Layder, 1998b: 137).

Teori, der ikke retter sig efter eller bøjer sig for den empiriske verdens autoritet, sådan som den gennem observationer og målinger viser sig for os gennem vores sanser, anses her for at være illegitim. I Grounded Theory begynder forskeren ikke med et fokuseret forskningsspørgsmål, men med en beskrivelse af problemet med fokus på sociale strukturer og processers indflydelse på, hvordan betydning og mening forhandles og forstås gennem sociale aktioner. Teoriudvikling sker altså udelukkende på baggrund af mikrofænomener, hvad der i Layders øjne er både en fordel og en ulempe. Det er en fordel, fordi Grounded Theory's vægtlægning på udviklingen af nye begreber kan bidrage med øget viden om sociale fænomener, men det er også en ulempe, fordi indsamlingen af empiriske data let bliver spredt, da undersøgelsen formelt set må påbegyndes med mindst mulig teoretisk forforståelse, og man derfor ikke helt ved, hvad det er, man kigger efter. Noget af datamaterialet kan dermed vise sig at være ubrugeligt i forhold til udvikling og validering af begreber.

Man kan altså med Layder sige, at lige så reduktionistisk, indskrænket og forsimplet et billede af den terapeutiske kulturs betydning for

KAPITEL 2. METODE

hospitalspræsters almindelige teologi det ville give, hvis jeg udelukkende brugte en deduktiv teori-testende metode, fordi den har svært ved at rumme, at den sociale verden også er sammensat af aktørers meninger og subjektive forståelser og meningstilskrivelser, og at menneskers adfærd ofte er uforudsigelig og aldrig udtømmende kan bestemmes af et overordnet princip. Lige så reduktionistisk ville det være udelukkende at bruge en induktiv "Grounded Theory"-tilgang, fordi det ville gøre det vanskeligere at få øje på, at præsternes sociale virkelighed ikke bare er bestemt af intersubjektive meninger, men også af f.eks. den terapeutiske kultur forstået som senmodernitetens ontologi. Hvor Grounded Theory altså kan siges at være ensopret i den forstand, at teorien udelukkende emergerer fra datamaterialet, er Layders tilgang tosporet hvad angår teoriudvikling. Den anvender både eksisterende teori og empiri (Jacobsen, 2007:264). Han siger, at

"the adaptive theory approach includes attention to theory which emerges in conjunction with specific research projects, as well as to theory which exists prior to specific research projects such as general theories, hypotheses in need of testing, or some other body of accredited assumptions and axioms about a particular facet of social life or substantive area" (Layder, 1998b: 38).

Denne tosporede tilgang - den deduktivt orienterede og den induktivt inspirerede - tilgodeser på den ene side det forhold, at hospitalspræsterne må formodes at være præget af de objektive strukturer, dvs. af den brede kontekst, som den terapeutiske kultur hævdes at udgøre. Hvordan italesætter og gør de denne kultur med de fortolkningsressourcer og -repertoarer, der er til rådighed i senmoderniteten? På den anden side lægger den også værdi til de subjektive strukturer, dvs. hvordan denne kultur opleves fra et førstehåndsperspektiv, og hvilke forståelser og meningstilskrivelser præsterne har af og tillægger deres særlige rolle i den. På den måde forbindes forskningsprocessens teoretiske aspekter med de empiriske og kan være med til eventuelt at nuancere og videreudvikle teorierne om den terapeutiske kultur. Jeg vil nu se på den adaptive tilgangs ontologiske præmisser i forhold til en teologisk funderet ontologi.

2.5.3. Socialkonstruktivistisk perspektiv og teologi

Ifølge en postmodernistisk forståelse findes der kun sandheder i flertal. Altomfattende metanarrativer, som f.eks. kristendommen, er principielt umulige. At tale om en objektiv sandhed er meningsløs, og den gamle skelnen mellem subjekt og objekt er opløst. Alt er relativt, og der ikke noget fast

KAPITEL 2. METODE

referencepunkt. Ordene er selv-referentielle eller, som man i særlig grad vil pointere indenfor en socialkonstruktivistisk tænkning, samfunds-referentielle. Sproget er ikke en neutral afspejling af verden, som den er. "Language (...) is not a mirror of life, it is the doing of life itself" (Gergen 1999). Enhver forståelse er afhængig af sin sociale, historiske og kulturelle kontekst. Viden om verden skabes i sociale og kulturelle processer og indoptages først sekundært i det enkelte individ (Jørgensen, 2002b:19). Hvor den moderne liberalisme

"allowed (in principle) for a plurality of private worlds in which people could hold a diversity of religious or personal beliefs, postmodernity insists that all worlds are equally private" (Middleton and Walsh 1995 in Goodliff, 1998:55).

Det er intersubjektiviteten, der er det afgørende; der findes kun private verdener og lokale sandheder. Dette socialkonstruktivistiske perspektiv har indenfor forskellige fagområder - heriblandt også dele af sociologien – næsten opnået status af normalvidenskab, og det udgør en særlig udfordring, når forskningen retter sig mod præster og deres teologi, tro og praksis. Professor i praktisk teologi John Swinton og gerontologen dr. Harriet Mowat taler om, at

"the inherent tendency of qualitative research to assume a fundamentally non-foundational epistemology which is highly sceptical about the possibility of accessing truth that has any degree of objectivity, stand in uneasy tension with the theological assumption that truth is available and accessible through revelation" (Swinton, Mowat, 2006:73).

Som formalt udgangspunkt regner præsten som præst med at verden foreligger (som skabt) før det enkelte individs subjektive opfattelse af den, og at der findes en Sandhed med stort "S". Der er altså en uoverensstemmelse mellem det, man kunne kalde en kristen ontologi og en postmodernistisk ditto, fordi den sidste per definition vil reducere ethvert teologisk udsagn om virkelighedens beskaffenhed og sandhedens mulighed til alene at være et intersubjektivt fænomen. Den sociale verden "is *nothing but* a series of ever-changing social constructions" (Swinton, Mowat, 2006:76). Derfor er det socialvidenskabelige studie af religion med Astleys ord "most vulnerable in its a priori conceptualizations, rather than in its a posteriori appeal to experience" (Astley, 2002:99). Det er netop faren for en reduktionistisk forståelse af religion, der får nogle teologer til overhovedet at afvise muligheden for at studere religiøs tro med socialvidenskabelige metoder, fordi "scientific social

KAPITEL 2. METODE

theories are themselves theologies or antitheologies in disguise”, lyder kritikken (Milbank, 2008:3). De er ukritiske eller ignorerer naivt deres egne ideologiske perspektiver og forudsætninger. Det vil dog være fåbeligt at forkaste socialvidenskabens hårdt tilkæmpede metodologiske fremskridt og substantive indsigter i forhold til at forstå religionens natur. Den teologiske kritik retter sig da også mere mod socialvidenskabens teoretiske implikationer og forudsætninger end mod de kvalitative eller kvantitative forskningsmetoder i sig selv:

”we must resist any wholly constructivist, idealist and relativist account of notions of truth and explanation that may accompany the qualitative research perspective” (Pring, 2004:43ff).

Formuleret ind i dette projekt betyder det, at bruger jeg udelukkende en sådan tilgang, vil min tolkning af empirien ikke bare gå ud over hospitalspræsternes oplevede selvopfattelse eller selvforståelse, men decideret lægge afstand til den. Det indebærer en risiko for, at forskningsprojektets resultater vil være mindre anvendelige for og i den praksis, hvis teoretiske fundament jeg gerne vil bidrage til at udvikle. Helt basalt kunne man spørge, om det overhovedet er muligt loyalt at beskæftige sig med kristen tro og praksis i en hospitalssammenhæng, hvis enhver form for metanarrativ på forhånd afvises som værende illegitim (Goodliff, 1998:26ff)? Og hvordan finder jeg en metodologi, som ikke kolliderer med en essentiel teologisk metodologi?

Swinton og Mowat udvikler i bogen *Practical Theology and Qualitative Research* (Swinton, Mowat, 2006) en for dette projekt anvendelig model for forskning i teologisk praksis, som de betegner som grundlæggende hermeneutisk, korrelativ, kritisk og teologisk. Hermeneutisk fordi den anerkender fortolkningens centrale rolle, når det handler om de måder, mennesker møder verden på og forsøger at læse de ”tekster”, de støder ind i. Korrelativ fordi den forsøger at sammenholde og korrelere i det mindste tre forskellige perspektiver: situationen, den kristne tradition og andre kilder til viden. Kritisk fordi den nærmer sig verden og tolkningen af den kristne tradition med en mistænksomhedens hermeneutik, som både er åben for forståelsen af mennesket som ”falden” (falleness) og for kompleksiteten af de kræfter, som former og strukturerer vores møde med verden. Og endelig teologisk for så vidt som den lokaliserer sig i verden og samtidig relaterer sig til evangeliernes narrativ om en åbenbaret eskatologi, et narrativ som tilkendegiver, at sandheden og det at forstå eller gribe den rent faktisk er muligt (Swinton, Mowat, 2006:76). Man kan altså sige, at denne model også låner inspiration fra socialkonstruktivistisk tænkning.

KAPITEL 2. METODE

Layders adaptive approach bygger på nogle områder bro til denne model, idet han lægger afstand til en ensidig subjektivistisk tilgang:

”While I do not in any sense want to deny the importance of the humanist ontology (intersubjectivity and so on), it is even more important not to lose sight of the objective moments of society in the clamour to vilify positivism” (Layder, 1998a:87).

Sandheden afvises altså ikke, men

”the adaptive theory approach responds to the fact of the complexity of the social world not by abandoning the search for ”truth” in the form of greater adequacy and validity (as in postmodernism), but by the accelerating the effort to apprehend it and by devising increasingly sophisticated methods, strategies and explanatory devices with which to achieve it” (Layder, 1998b:9).

Det er altså ikke tale om en tilbagevenden til en positivistisk ide om, at der findes én universel, objektiv sandhed. Men der er hos Layder en forestilling om, at der findes en verden, som vi kan opnå ”objektiv” viden om, dvs. en viden, der med det opdaterede kendskab og den nyeste forståelse, vi har, kommer nærmest sandheden. Den repræsenterer altså ”the latest stage” i udarbejdelsen af teorien (Layder, 1998b:9). Han hylder det, man kunne kalde et kritisk, realistisk perspektiv eller en ”moderat objektivisme” (Jacobsen, 2007:260), og slår fast,

”that there is a world which is independent of, and indifferent to, any particular person’s attempt to ”know” or appropriate it in various ways (such as building models of it)” (Layder, 1998b:151).

Virkeligheden er i en vis forstand tilgængelig og konstruktivisme er ikke alt. I både analytisk og faktisk forstand er virkeligheden inddelt i forskellige ”domæner”, der på en gang er adskilte og sammenhængende:

”the social world must be understood as ontological multidimensional and as constituted by a number of domains which are interrelated in a complex manner. This ontological differentiation must be conceived in conjunction with an epistemological pluralism which is able to embrace and incorporate

KAPITEL 2. METODE

the multifaceted nature of social reality within its explanatory terms of reference” (Layder, 1998a:87).

Layder forsøger altså at forene tanken om, at mange karakteristiske træk ved det sociale liv må forklares ud fra de enkelte aktørers meninger og subjektive forståelser samtidig med, at andre aspekter af det sociale liv har mere tilfælles med naturlige fænomener og forklares i mere ”objektive”, videnskabelige termer (Layder, 1998b:140). Næsten enslydende hermed taler Swinton, der er en af ophavsmændene til ovennævnte model for forskning i teologisk praksis, at det er nyttigt at tænke

“in terms of a continuum between a naive realism that accepts the truth can be fully accessed through human endeavor, that is, that theoretical concepts find direct correlates within the world, and a form of mediated or *critical realism* that accepts that reality can be known a little better through our constructions while at the same time recognizing that such constructions are always provisional and open to challenge” (Swinton, 2001:97).

Layders ontologiske multidimensionalitet synes altså i det mindste at være åben for det, jeg ovenfor har betegnet som en kristen ontologi og dermed være et frugtbart metodologisk udgangspunkt for at give svar på dette projekts spørgsmål. Og netop svar, der på en og samme gang har forståelse for hospitalspræsterne og ”deres” ontologi, respekterer deres tænkning og forholder sig kritisk og reflekteret til den.

Fra disse overordnede ontologiske overvejelser, vil jeg nu vende tilbage til de mere epistemologiske, altså hvordan jeg kan opnå viden om den terapeutiske kulturs betydning for hospitals- og hospicepræster.

2.5.4. Orienterende begreber

Som det er fremgået ovenfor, kan man i et forskningsprojekt ifølge Layder i princippet begynde enten deduktivt eller induktivt, men han synes dog at foretrække, at man allerede fra starten er vejledt af visse teoretiske overvejelser (Jacobsen, 2007:266). Det er også dette projekts udgangspunkt. Det er en beskæftigelse med den terapeutiske kultur i bred forstand, der har vakt min nysgerrighed i forhold til spørgsmålet om, hvordan hospitalspræsten konstruerer sin identitet i senmodernitetens psykologiserede og individualiserede kultur. Det handler altså om at låne illustrative eller rammende begreber fra eksisterende teorier for ad den vej at give retning til eller vejledning i de indledende faser af et forskningsprojekt. Layder kalder disse begreber orienterende begreber eller

KAPITEL 2. METODE

baggrundsbegreber og understreger, at de kan findes i såvel overordnede traditioner eller paradigmer som i enkeltstående forfatteres begrebsverdener eller i bestemte fagområder; at de har en tosidet natur, dvs. at de henviser til både subjektive og objektive aspekter af det sociale liv, og at de refererer til sociale processer (Layder, 1998b:102). Det er naturligvis vigtigt at være opmærksom på, at når Layder taler om objektive aspekter af det sociale liv, har det ikke med ontologi at gøre, men refererer til, at disse aspekter af den sociale verden ikke er direkte observerbare. Man kan ikke direkte iagttage den terapeutiske kultur, men man kan eventuelt erfare eller registrere den på den effekt eller betydning, den har på og for det sociale liv, på og for det system af normer, handlinger og meningstilskrivelser, som i denne sammenhæng hospitalspræster har og gør. Det betyder derfor heller ikke, at deres måde at agere på udtømmende er bestemt af de objektive aspekter, men blot at social agens er betinget og formet af sociale systemer så som værdier, ideologiske magtforhold etc. samt af den socialt organiserede setting, den foregår i (Layder, 1998b:141). De orienterende begrebers funktion er derfor at stille indledende forklaringer eller synsvinkler på mønstre i social adfærd i det indsamlede datamateriale til rådighed og er således en analytisk ramme, der kan mindske den enorme mængde af potentielt relevant data for forskningsspørgsmålene (Layder, 1998a:101).

De teoretiske analyser af den terapeutiske kultur er hovedsagelig styret af sociologiske og psykologiske perspektiver og synsvinkler og de begrebsverdener og paradigmer, der knytter sig her til. Disse analyser beskæftiger sig også med denne kulturs betydning for og indflydelse på religionens rolle i det senmoderne samfund, så det er indlysende, at de orienterende begreber eller måske mere præcist de orienterende tematikker må findes eller udledes herfra. Udvælgelsen af de anvendelige tematikker fra de forskellige teorier er efter Layders forbillede således hverken tilfældig, opportunistisk eller lemfældig (Layder, 1998b:178), men udtryk for en ”disciplineret” eklektisme (Jacobsen, 2007: 258). Den skal netop ske med henblik på begrebsmæssigt at indkredse den terapeutiske kulturs objektive, dvs. strukturelle aspekter, og ad den vej gøre den forskbar. Men skal jeg være i stand til at svare på spørgsmålet om, hvilken betydning den terapeutiske kultur har for den måde, hospitalspræster gør deres teologi på, må jeg nødvendigvis også hente orienterende begreber eller tematikker fra en teologisk begrebsverden. For ligeså naturligt det er, at sociologer tænker ”sociologisk” og psykologer ”psykologisk”, ligeså indlysende er det, at præster tænker ”teologisk” og (også) forstår sig selv og deres rolle i teologiske termer. Udfordringen er altså, at analysen af den terapeutiske kultur, dvs. af struktur- eller systemniveauet, langt hen ad vejen er formuleret i et sociologisk og psykologisk begrebsapparat, mens de enkelte hospitalspræsters subjektive forståelser og indsigter (livsverdener eller

KAPITEL 2. METODE

aktørniveau) typisk vil være præget af teologiske begreber/tematikker og heraf afledte forståelser og meningstilskrivelser. Den sociologiske og psykologiske optik må derfor suppleres med en teologisk for at være i stand til at indkredse de områder, opmærksomheden skal rettes mod i interviewene. Der er altså ikke tale om en ”simpel” testning af teorierne, som det ville være i et rendyrket deduktivt design, men det handler om på forhånd at finde ud af, hvad det er for refleksioner, handlinger, værdier og meningstilskrivelser, jeg særligt skal være opmærksom på for at kunne svare på projektets problemstilling. En udelukkende deduktiv, teoritestende tilgang med henblik på en verificering/falsificering ville i øvrigt også være problematisk i forhold til at få hospitalspræster til at medvirke som informanter. Det er ikke usandsynligt, at de ville være skeptiske overfor projektet, hvis dets hovedinteresse udelukkende var at checke, om og hvordan de var påvirket af den terapeutiske kultur, fordi jeg så måske let kunne opfattes som en slags ”teologipoliti”, som ville måle deres dogmatiske temperatur og udstille deres mere eller mindre politisk korrekte forståelser og tydninger af kristendommen. Projektet har netop ikke et præscriptivt, men et descriptivt fokus. Der er tale om en eksplorativ undersøgelse, der sigter på både kreativt og konstruktivt at nuancere og videreudvikle teorien om den terapeutiske kultur. Med Layder:

”The point of adaptive research is to explore and test-out the fit, applicability and explanatory relevance of certain concepts as they confront empirical data/evidence” (Layder, 2012:137).

I dette kapitals næstsidste afsnit (Forskningsprocessen) vil jeg redegøre for udvælgelsen af de orienterende begreber og tematikker, og i teorikapitlet vil jeg udvikle de heuristiske redskaber eller den samlede optik, jeg vil bruge i analysen. Jeg vil nu gå videre og redegøre for projektets forskningsmetoder, dvs. de specifikke teknikker, jeg har anvendt til indsamling af data.

2.6. Forskningsdesign

Hvad dataindsamlingsteknikkerne angår, vil jeg først argumentere for brug af det semistrukturerede kvalitative interview og dernæst fokusgruppeinterviewet som to ligeværdige kilder til forskellige perspektiver på problemstillingen. Jeg vil under hver af de to metoder forholde mig til samlingen, dvs. hvordan udvælgelsen af informanter er foregået. Dernæst vil jeg se på de

særlige problemstillinger, der rejser sig, når man forsker i egen praksis og interviewer kolleger samt beskæftige mig med etikken i projektet.

2.6.1. Semistrukturerede kvalitative interviews

Metodologien er naturligvis rammesættende eller medbestemmende for de metoder, der kan anvendes, og placeringen af projektet indenfor det fortolkningsvidenskabelige paradigme lægger op til kvalitative metoder. Projektets interesse er, hvad et socialt fænomen som den terapeutiske kultur betyder for hospitalspræsters tænkning, tro og praksis. Denne treenighed har jeg ovenfor defineret som deres almindelige teologi (Astley, 2002), hvorfor fokuset naturligt retter sig mod præsternes beskrivelser af sig selv, deres oplevelser, refleksioner, handlinger, tro, aktiviteter og erfaringer. Det centrale er deres intentionelle forklaringer, dvs. deres egne beskrivelser af de opfattelser og indsigter, de har og dermed den mening, de tilskriver deres handlinger. Det er det sproglige udtryk for denne almindelige teologi, jeg interesserer mig for. Så hvor kvantitative metoder giver viden om ”hvad” og ”hvor meget”, går kvalitative metoder netop spadestikket dybere og muliggør undersøgelser af ”hvordan” og ”hvorfor” (Fredslund, Dahlager, 2011: 67), hvad der er nødvendigt for at kunne besvare dette projekts spørgsmål.

I arbejdet med at understøtte en mere solid teoriopbygning understreger Layder vigtigheden af en både teoretisk og metodisk triangulering med input fra forskellige teoretiske positioner og flere metodiske strategier, hvor der netop ikke sondres mellem vigtigheden af kvalitative eller kvantitative teknikker (Jacobsen, 2007: 272). Man kunne derfor overveje, om en spørgeskemaundersøgelse med faste svarkategorier måske kunne bidrage til at afdække, hvad hospitalspræster f.eks. anser for at være deres særlige bidrag på hospitalet i forhold til patienter og pårørende. Men der ville være en lang række problemer med en sådan undersøgelse i dette projekts sammenhæng. I en artikel fra 2007 redegør en række amerikanske forskere på baggrund af et litteraturreview af studier af ”family satisfaction” for udarbejdelsen af et såkaldt ”assessment tool” til at måle effektiviteten eller virkningen af den pastorale omsorg for pårørende på hospitalet (Flannelly et al., 2007). Assessment-skemaet, der består af 20 punkter (Flannelly et al., 2007: 24), er herefter pr. e-mail udsendt til 40 hospitalspræster, som på en skala fra 1 til 5, hvor 1 = Ikke værdifuld overhovedet, og 5 = Meget værdifuld, er blevet bedt om at rate de 20 punkter. Det interessante i denne sammenhæng er, at de seks punkter, hospitalspræsterne samlet anser for at være de mest værdifulde for de pårørende (”Treat you with dignity and respect”, ”Listen to your concerns”, ”Respect your opinions and beliefs”, ”Communicate caring for you and your family”, ”Help you

KAPITEL 2. METODE

deal with difficult decisions”, ”Help you cope with your loss”) efter al sandsynlighed ville have være præcis de samme, som sygeplejersker eller andre faggrupper på hospitalet ville have vurderet højt. Hvorimod de punkter, man måske set udefra ville have formodet var de vigtigste for hospitalspræster, som f.eks. ”Take the time to pray with you” eller ”Meet your other religious or spiritual needs” rater de gennemsnitlig selv lavere. Pointen er, at en kvantitativ undersøgelse på dette område nødvendigvis kun kan give overfladesvar. Man kan f.eks. forestille sig, at der rent faktisk er teologiske begrundelser og meningstilskrivelser bag disse hospitalspræsters rating, men de befinder sig under den kvantitative radar og ville først blive tydelige ved brug af kvalitative interviews, der netop er velegnede til at indkredse viden om menneskers oplevelse eller fortolkning af bestemte fænomener (Fredslund, Dahlager, 2011: 69). Fordi projektets fokus er hospitalspræsternes almindelige teologi, er der tale om individuelle og komplicerede processer, som ikke meningsfuldt lader sig indfange i kvantificerbare størrelser, men kræver en samtale, hvor man kan bede informanten uddybe sine udsagn og forfølge tematikker, som vedkommende er optaget af, og som har relation til projektets overordnede interesse. Det ansporer til at vælge det semistrukturerede forskningsinterview, som ifølge Steinar Kvale forstås som

”et interview, der har til formål at indhente beskrivelser af den interviewedes livsverden med henblik på at fortolke betydningen af de beskrevne fænomener” (Kvale, 1997: 19).

Da jeg ikke på forhånd kan vide om, og eventuelt hvordan og hvorfor, den terapeutiske kultur har betydning for hospitalspræsten, er det af afgørende betydning at bevare den åbenhed i undersøgelsen, som det lidt upræcise begreb ”semistruktureret” lægger op til. Her er hverken tale om et fuldstændig åbent eller styret interview, derimod en af interviewerens styret samtale, der forløber ”som en interaktion mellem forskerens spørgsmål, hvoraf nogle er planlagt på forhånd, og interviewpersonens svar” (Tanggaard, Brinkmann, 2010: 36). Det er en balancegang mellem for meget og for lidt styring. Vil man have kontrol over interviewet, er risikoen at gå glip af vigtig indsigt og sammenhæng. Ved for lidt kontrol kan samtalen komme ud af fokus og blive snak om alt muligt andet (Fredslund, Dahlager, 2011: 73). Jeg har søgt at tage højde for det sidste ved at udfærdige en indgående interviewguide (se bilag 4). Som Tanggaard og Brinkmann gør opmærksom på, vil det, som fortælles, altid være konstrueret i den samtaleinteraktion, interviewet udgør. Men der er også væsentlige paradigmatisk forskelle mellem kvalitative forskere, når man ser på målet med interviewforskningen. En fænomenologisk tilgang vil være optaget af, hvordan den

KAPITEL 2. METODE

terapeutiske kultur opleves fra et førstehåndsperspektiv, hvor en socialkonstruktivistisk eller diskursanalytisk tilgang vil fokusere på, hvordan den italesættes og dermed gøres af mennesker, der trækker på de diskursive ressourcer og fortolkningsrepertoier, der er til rådighed i denne kultur (Tanggaard, Brinkmann, 2010: 31). Netop for at fastholde den, for dette projekt, vigtige sammenhæng mellem aktør- og strukturniveau må begge disse tilgange anvendes, både når de enkelte interviews foretages og senere i analysen af dem. Jeg ønsker altså hverken at sætte mig på den fænomenologiske stol, der mener at kunne grave viden op af informanternes dyb og opnå en præcis beskrivelse af, hvordan et bestemt fænomen opleves fra førstehåndsperspektiv, eller den diskursive stol, der alene ser interviewet som en social episode, hvor erfaringen konstrueres i interaktionen, men jeg vælger det, man kunne kalde et postmoderne perspektiv, hvor man vil

”være tilbøjelig til at konkludere, at man både kan sige noget om fænomener uden for interviewet, og at fortællingen om disse bringer aspekter frem, som ikke fandtes i interviewpersonens oplevelsesverden før selve interviewet” (Kvale & Brinkmann 2009).

Dette såkaldte postmoderne perspektiv på interviewet synes netop at tilfredsstille projektets ambition om på baggrund af interviews også at kunne udsige noget om hospitalspræstens praksis i forhold til patienter, pårørende og professionelle.

2.6.2. Udvalgelsen af informanter, individuelle interviews

Udgangspunktet for rekrutteringen af deltagere til et forskningsprojekt som indeværende er, helt enkelt formuleret, at man udvælger personer, som har oplevet eller er involveret i det, man ønsker at undersøge. Det handler om at få et så righoldigt og mangfoldigt datamateriale som muligt, hvorfor der kan være en tendens til at tænke kvantitativt, dvs. at tænke i repræsentativitet med risiko for at sprede sig over for mange forskellige aktører for at få alt med (Fredslund, Dahlager, 2011: 72). Ud over at der ved en sådan tilgang er fare for, at man drukner i datamængden (data-døden) og ikke får udarbejdet en sammenhængende og nyskabende fortolkning af materialet (Tanggaard, Brinkmann, 2010: 32), handler kvalitative undersøgelser i grundlæggende forstand ikke om repræsentativitet. I modsætning til den såkaldte statistiske sampling, hvor stikprøvens størrelse er ligefrem proportional med resultatets validitet, kan man med Layder tale om en såkaldt ”purposive” eller ”problem sampling”, som

KAPITEL 2. METODE

”means choosing people, events, incidents, and so on, to serve as the data or evidence for a research project in terms of their relevance to key problem-questions” (Layder, 2012:114).

Antallet af og udvælgelsen af informanter foretages hverken tilfældigt, systematisk eller ud fra forudbestemte kategorier, men er strategisk målrettet: ”Its purpose is to provide data of maximum relevance to the focus and the questions” (Ibid:121). Det er så og sige projektets problemstilling og de data, man efterhånden får, der afgør, hvem og hvor mange det er relevant at interviewe (Fredslund, Dahlager, 2011: 67). Udvalget er med andre ord analytisk selektiv (Neergaard, 2001) Der er tale om en teoristyret strategi (Ibid:23) i den forstand, at den er guided

”on equal terms by the idea that existing knowledge of analytic problems and explanatory concepts have a crucially important role to play in research design or data collection and analysis” (Layder, 2012:121).

Samplingen er problemfokuseret, dvs. dens repræsentativitet ”is determined by the problem-relatedness of the units sampled” (Layder, 2012:126). Denne samplingsmetode peger på den gruppe af præster, der er ansat på såvel somatiske som psykiatriske hospitaler suppleret med hospicepræster. Når man, som i dette projekt, arbejder med kvalitetskriterier som forståelse af konteksters betydning for meninger, opfattelser og perspektiver

”er det de kvaliteter, enhederne besidder, deres essens, der konstituerer enhederne, og relevante kontekster, der er afgørende og ikke antallet af enheder” (Launsø, Rieper, 2005: 103).

Ifølge netsiden praesterisundhedssektoren.dk er der p.t. (maj 2015) i alt 103 præster ansat i sundhedssektoren, fordelt på 61 i somatikken, 23 i psykiatrien og 23 på hospicer og i palliative teams. Heraf er de 73 kvinder. Antalsmæssigt er der tale om en voldsom stigning fra begyndelsen af 70'erne, hvor der kun var 14 (Kühle, 2015:90). Sammenlignet med den stagnation eller meget lille vækst, der i samme periode har været i den offentlige sektor, er det bemærkelsesværdigt. Præsterne er ansat af folkekirken på kvoter mellem 25% og 100%, hører ledelsesmæssigt under biskoppernes ledelse og lønnes fuldt ud af de kirkelige midler. Bortset fra de tre fuldtidsansatte præster ved Rigshospitalet i København, har alle andre ved siden af deres ansættelse på hospitalet eller hospicet deltidsstillinger i et sogn. Organisatorisk er hospitals- og hospicepræster altså knyttet til sognemenighederne og ikke formelt

KAPITEL 2. METODE

en del af hospitalets eller hospicets organisation. Udtrykt i et militært sprog er de i organisatorisk forstand deployerede sognepræster. Det rejser naturligvis spørgsmålet, hvorfor jeg i dette projekt har gjort hospitals- og hospicepræster til mit interesseområde? Kunne jeg ligeså godt have valgt præster, der alene er sognepræster?

Det vigtigste argument for dette valg er, at hospitals- og hospicepræsten må formodes at være et særligt følsomt barometer for den terapeutiske kulturs indflydelse, fordi hun netop på hospitalet eller hospicet er fælles med andre faggrupper om det, man har kaldt ”the talking cure” (McLeod, Wright, 2009)¹⁶, og dermed er konkurrenceudsat på en mere direkte måde end sognepræster i almindelighed. Som en slags repræsentant for Gud er hun på den ene side institutionelt forankret i Den danske Folkekirke, og på anden side konfronteres og eksponeres hun dagligt for skiftende kulturelle normer på hospitalet eller på hospicet, hvor hendes arbejde sker på sekularitetens og religionsfrihedens præmisser, og hun typisk er den eneste af sin faggruppe. Denne gruppe af præster synes dermed at være særlig egnet som objekt for en lakmusprøve på den terapeutiske kultur.

Et yderligere argument herfor er den særlige betydning, som såvel hospitalet/hospicet som hospitals-/hospicepræsten selv tillægger denne rolle. Selvom hospitals- eller hospicepræsten ikke formelt er ansat i sundhedsvæsenet, omtales hun i en række af Sundhedsstyrelsens anbefalinger og behandlingsstandarder som en væsentlig ressourceperson¹⁷. Det hænger sammen med, at sundhedsvæsenets opgave ikke kun retter sig mod patienters fysiske lidelser, men at pleje og behandling også må tage højde for, at patienter og deres pårørende kan have eksistentielle, åndelige eller religiøse behov, som ikke kan adskilles fra deres fysiske og psykiske behov. Denne såkaldte åndelige omsorg (spiritual care) defineres i stigende grad som en vigtig del af sygeplejens selvforståelse. Og selvom den i en dansk sammenhæng ofte beskrives i en kristen kontekst (Schärfe, 1988, Nielsen, Kaasgaard, 1995, Chemnitz, 1997, Chemnitz, 1998, Overgaard, 2003, Busch, 2008, Busch, 2011, Nielsen, 2012, Mørk, Normann, 2014), er der i udenlandsk litteratur bestræbelser for at udvikle et sprog om åndelig omsorg, der lægger afstand til dens religiøse konnotationer (McGrath, 2005, Walter, 1996a, Walter, 1997). Men selvom den engelske professor i End of Life Care Allan

¹⁶ Psykoterapi beskrives almindeligvis som ”The talking cure” og henviser til behandlingsmetoder som betjener sig af lingvistiske virkemidler. Her skal begrebet dog forstås bredere som forestillingen om, at det altid hjælper at tale om tingene, altså den såkaldte ”disclosure”

¹⁷ se f.eks. *Anbefalinger for den palliative indsats 2017*, lokaliseret 25.02.2018 på <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/~media/79CB83AB4DF74C80837BAAAD55347D0D.ashxfoor>

KAPITEL 2. METODE

Kellehear polemisk taler om, at ”åndelig omsorg er alt for alvorlig en sag til at overlade til præster” (Kellehear, 2002: 175), så har den på dansk grund indtil nu været forbundet med eller knyttet til hospitalspræsten i den forstand, at hun bliver anset for at være specialisten på dette felt og bliver inddraget i undervisningen af sundhedspersonale på områder, der vedrører eksistentiel og åndelig omsorg. I den forstand er præsten funktionaliseret uden at være ansat og lønnet af hospitalet eller hospicet.

Også for præsten selv ser det ud som om, at det at være hospitals- eller hospicepræst spiller en særlig rolle, som hun trives godt med, som en undersøgelse af funktionspræster i Danmark fra 2015 dokumenterer (Kühle, 2015:87) . Ulla Brit Sørensen, der er ansat som præst i Sankt Jørgensberg Kirke, Roskilde (kvote 75%) og hospitalspræst på Psykiatrisk Center Sankt Hans (kvote 25%) og formand for PRIS, Præster i Sundhedssektoren, som er en såkaldt delforening under Den danske Præsteforening, skriver på en blog under overskriften ”Lille kvote – stor identitet”:

“Skal jeg kort karakterisere mit arbejde i psykiatrien må det være: ”lille kvote – stor identitet”. Vi er 116 præster i alt i Danmark som har en eller anden form for arbejdsmæssig tilknytning til sundhedssektoren. Nogen er 100% eller næsten 100% hospitalspræster, men mange har som jeg i virkeligheden kun en lille kvote. Men for dem, jeg har talt med, gælder det, at den særlige funktion bliver en stor del af ens identitet som præst”.¹⁸

Denne forståelse kan bekræftes af Mowat og Swintons studie fra 2005 af 44 skotske hospitalspræster: ”What do Chaplains do? – The role of the Chaplains in meeting the spiritual needs of patients” (Swinton, Mowat 2006). Historisk har disse hospitalspræster været og er stadig præster i The Church of Scotland, men i modsætning til danske hospitalspræster er de lønnet af hospitalerne. En i denne sammenhæng interessant konklusion på dette studie er netop, at hospitalspræsterne

”sought to distinguish themselves as professionals with a discrete mode of ministry that was different from parish ministers. In other words, chaplains tended to identify themselves not by what they do,

¹⁸ Lokaliseret 02.05.2015 på http://www.praesteforening.dk/Weblog_NY2/Fire-sygehuspraester-blogger.aspx,

KAPITEL 2. METODE

but by what they did not do. This related to a general tendency for chaplains to distance themselves from institutional religion” (Swinton, Mowat, 2006: 179).

Det, at hospitalspræsterollen er en særlig funktion, som udgør en stor del af præsternes identitet, stemmer overens med Ulla Brit Sørensens kommentar. Selvom det for dette projekt er interessant, at de skotske hospitalspræster har en tendens til at distancere sig fra den institutionelle religion, som de ser sognepræsterne som repræsentanter for, og at det måske kan være et udtryk for den terapeutiske kulturs betydning, har vi indtil nu ingen valid viden om, hvorvidt det samme gør sig gældende for danske hospitalspræster. Men det kan dette studie måske kan råde bod på.

På trods af hospitals- og hospicepræstens formelle organisatoriske tilknytning til sognemenighederne, giver det altså på baggrund af dels det sekulære sundhedsvæsens anerkendelse af patienten og den pårørendes behov for åndelig/eksistentiel omsorg og dermed præstens særlige rolle på hospitalet eller hospicet, dels hospitals- og hospicepræstens personlige oplevelse/erfaring af at være noget andet end almindelig sognepræst mening at udsondre denne gruppe som en særlig case, der har fælles træk og specielle karakteristika.

Jeg havde ikke på forhånd lagt mig fast på, hvor mange individuelle interviews, jeg ville foretage, men havde overvejet 10-15 informanter. Men ad vejen ville jeg være opmærksom på, hvornår præsterne, trods interviewenes forskellighed, begyndte at gentage pointer fra tidligere interviews. Skete det ikke, ville jeg lave yderligere interviews med henblik på at opnå datamætning. Validiteten og meningsfuldheden af indeværende projekt har netop mere at gøre med

“the informationsrichness of the cases selected, and the observational and analytical capabilities of the researcher, than with sample size” (Layder, 2012:126).

Med henblik på at afprøve interviewguiden udførte jeg tre pilotinterviews i november og december 2014 (Agnes, Frida og Bente) med et tilfredsstillende resultat i den forstand, at interviewene så ud til at levere et materiale, der var anvendeligt i forhold til projektets spørgsmål. Herefter udførte jeg i løbet af 2015 yderligere syv interviews à ca. to timers varighed. Da de syv interviews, på trods af individuelle forskelle, kredsede om de samme tematikker og på de store linjer gentog de samme pointer, vurderede jeg, at 10 informanter var tilstrækkeligt. I transskriberet form løber omfanget af disse interviews op på knap 400 normalsider.

Selvom kvalitativ forskning som nævnt ovenfor ikke handler om

KAPITEL 2. METODE

repræsentativitet, lagde jeg ved udvælgelsen af informanter vægt på at få en fordeling mellem mænd og kvinder, som svarer til landsfordelingen (1/3 mænd og 2/3 kvinder), mellem præster ansat i psykiatrien og somatikken (hospital og hospice), mellem yngre og ældre og mellem ansatte i Region Hovedstaden og landets øvrige regioner. Endelig undlod jeg at udvælge hospitals- og hospicepræster, jeg personligt er venner med, da det ville gøre det nærmest umuligt at sætte mit forhåndskendskab til dem og deres liv til side og kun lade det, der direkte kommer til udtryk i interviewet tælle med i materialet.

Denne form for problemsampling er begrundet i følgende: Flere studier viser, at kvinder i varierende aldre er mere tilbøjelige til at identificere sig som religiøse (Ausker, 2008). Kvinder er mere religiøse end mænd (Trzebiatowska, Bruce, 2012), og de er i højere grad end mænd tiltrukket af New Age, som ifølge Ole Jacob Madsen er en integreret del af den terapeutiske kultur (Madsen 2010:75). I Heelas og Woodheads undersøgelse af det religiøse/spirituelle landskab i den sydengelske by Kendal var 80% af de aktive i det holistiske miljø i byen kvinder, 78% af grupperne var ledet eller faciliteret af kvinder, og 80% af de individuelle praktiserende på området var ligeledes kvinder.

”The conclusion is obvious: much of the growth of associational, holistic spiritualities of life is due to the fact that women have decided to participate” (Heelas et al., 2005: 94).

Man kunne derfor have en formodning om, at den terapeutiske kultur ville have større betydning for kvindelige end mandlige præster,

Med hensyn til fordelingen mellem præster, der er ansat i somatikken (hospital og hospice) og psykiatrien kunne man forestille sig, at præster, der er ansat i psykiatrien, er mere opmærksomme på at skelne mellem terapi og sjælesorg, da de i dagligdagen arbejder ved siden af psykiatere og psykologer og dermed i højere grad end præster på somatiske hospitaler og hospicer er konfronteret med mistanken om at overskride deres kompetencer og netop derfor bliver ved deres læst. Viser der sig at være en forskel på den terapeutiske kulturs betydning for de to grupper af præster, kaster det vigtig information af sig med henblik på at bestemme hospitalspræstens særlige rolle og identitet.

Hvad angår præsternes alder som kriterium for udvælgelse handler det om, at der er store forskelle på at have studeret teologi i 80'erne og i nullerne. 80'erne var præget af tysk teologi og dens meget intellektuelle måde at forholde sig til kristendommens praksis i almindelighed og præstens egen praksis i særdeleshed. Sekulariseringstesen, dvs. forestillingen om, at moderniteten nødvendigvis ville føre til sekularisering, var stadig dominerende (Berger, 1967), og det var lidt pinligt,

KAPITEL 2. METODE

grænsende til det skamfulde, at være teologistuderende og endnu mere pinligt, hvis man var ”from”, dvs. selv havde en praksis, hvor bøn og spiritualitet var vigtig. En hospitalspræstekollega i begyndelsen af 60’erne har f.eks. sagt om sig selv, at han hører til ”skamgenerationen”, og da jeg refererer denne udtalelse i en af fokusgrupperne, siger en jævnaldrende kvinde spontant, at det kan hun genkende (1.36 Karen). Teologistuderende i nullerne, hvor kun få læser tysk, henter derimod hovedsagelig deres teologiske viden fra angelsaksisk teologisk litteratur, hvor der er en større vægt på og interesse for spiritualitet¹⁹. Måske som et spejl af den interesse for det åndelige, der vokser frem i slutningen af det 20. århundrede og i begyndelsen af det 21., er det nu spændende, når man fortæller, man studerer teologi. Der er blandt disse præster generelt en større frimodighed til f.eks. fri bøn, dvs. at formulere en bøn med egne ord, sådan som f.eks. den 41-årige Helga netop giver udtryk for i opposition til sine ældre kolleger (Helga 44). Denne yngre gruppe er ikke så bange for at blive beskyldt for at være fromme og er mindre blufærdige omkring deres egen private religiøse praksis. Om det betyder, at yngre hospitalspræster ville være mere positive eller negative overfor visse træk i den terapeutiske kultur end deres ældre kolleger, kan interviewene måske vise.

Endelig kan det betyde noget, hvor man geografisk er hospitalspræst i Danmark. Den svenske religionsforsker Olav Hammer taler om, at New Age er storbyernes religion (Hammer, 1997). Der er i hovedstadsområdet mindre viden om, hvad kristendommen handler om, der er et større forbrug af forskelligartede former for New Age-spiritualitet, og der er lettere adgang til dem. Det kunne have den konsekvens, at man som hospitalspræst i hovedstadsområdet oftere bliver konfronteret med nedslag af terapeutisk kultur hos patienterne og de pårørende. Om det har en positiv eller en negativ indflydelse på den terapeutiske kulturs betydning for informanterne kan ikke afgøres på forhånd.

I juni 2014 fik jeg mulighed for kort at præsentere forskningsprojektet for ca. 50 kolleger på et efteruddannelseskursus for præster i sundhedssektoren med henblik på at få informanter. Jeg lagde ikke skjul på min intention og understregede, at jeg ville undersøge:

”Hvad det betyder for os, for religionens ”gamle” præster, at det nye præsteskab er psykologerne og terapeuterne? At Gud er blevet selvet eller det ubevidste i mennesket, og at meningen med livet

¹⁹ ”De fleste tyske tekster på teologistudiet bliver læst i engelske oversætter”, lokaliseret 31.01.2019 på <https://www.kristeligt-dagblad.dk/ide-tanke/de-fleste-tyske-tekster-paa-teologistudiet-bliver-i-dag-laest-i-engelske-oversaettelser> og ”Hvordan har teologien ændret sig de seneste 25 år?” lokaliseret 04.02.2019 på <https://www.kristeligt-dagblad.dk/kirke-tro/hvordan-har-teologien-aendret-sig-de-sidste-25-aar>

KAPITEL 2. METODE

ikke findes i Biblen, men i psykologibøgerne eller selvhjælpslitteraturen? Påvirker det vores tænkning, tro og praksis?" (se bilag 1)

Denne passus gik også igen i de mails (se bilag 2), jeg i efteråret 2014 og foråret 2015 efterfølgende sendte ud til de personer, jeg på baggrund af ovenstående kriterier havde udvalgt som informanter. Det var her vigtigt for mig, at jeg solidarisk inkluderede mig selv som en del af felten, og at jeg havde disse antagelser helt fremme i "udstillingsvinduet". Informanterne skulle ikke bagefter kunne komme og sige, at de følte sig ført bag lyset, tjekket eller kontrolleret, fordi jeg ikke havde informeret dem om, hvad jeg kiggede med og kiggede efter. På den anden side er faren ved så tydeligt at præsentere optikken allerede i introduktionen, at jeg måske kommer til at tale en problemstilling op, som mere er min end deres, og at det påvirker deres svar. Jeg vurderede dog, at det ikke er en reel fare, da præster ikke er en svag og udsat gruppe, der er let at manipulere. Mine kolleger fandt projektet både spændende og vedkommende, og bortset fra et par enkelte fik jeg på mine første skriftlige henvendelser positiv respons og næsten omgående tilsagn om at medvirke. I slutningen af dette kapitel præsenterer jeg samlet alle informanterne.

2.6.3. Fokusgruppeinterviews

Ifølge Layder er den metodiske triangulering som nævnt ovenfor vigtig, fordi data fra forskellige metodiske strategier og datakilder bidrager til at skabe energi og syntese, som understøtter en mere solid teoribygning (Jacobsen, 2007: 272). Men hvor kvalitative metoder jf. ovenstående ikke syntes at kunne bidrage konstruktivt til besvarelse af projektets spørgsmål, vil fokusgruppeinterviews med grupper af hospitalspræster derimod kunne forstærke de individuelle interviews, der fokuserer på de enkelte præsters livsverden, med data om sociale grupperes fortolkninger, interaktioner og normer, netop fordi fokusgruppens særkende er

"their explicit use of group interaction to produce data and insights that would be less accessible without the interaction found in a group" (Morgan, 1997: 2).

I valget af forskningsmetoder må man hele tiden overveje, om metoden passer til det, man vil vide eller erkende noget om, og man kan argumentere for, at når man interesserer sig for, om og eventuelt hvordan en samfundsmæssig diskurs som den terapeutiske sætter sig igennem i hospitalspræsternes almindelige teologi, vil det

KAPITEL 2. METODE

felt, man kunne formode den ville være særlig tydelig i, netop være relationer, sprog og omgangsformer mellem mennesker i almindelighed og præster i særdeleshed. Dels fordi denne forståelse af begrebet teologi ikke kun er indhold, men også kontekst eller proces, dels fordi præster, når de er sammen, må formodes at diskutere og udveksle denne teologi med hinanden i en proces, hvor de bevæger sig mellem det personlige udtryk og mere almene generaliseringer eller, sagt med Layder, mellem aktørniveau og strukturniveau. Fokusgrupper er med Halkiers ord ”gode til at producere data om mønstre i indholdsmæssige betydninger i gruppers beretninger, vurderinger og forhandlinger” (Halkier, 2008:10).

Fokusgruppeinterviews synes altså at kunne bidrage til at nå projektets mål.

Der er ifølge Bente Halkier flere forskellige teoretiske perspektiver på fokusgruppeinterviews, men vælger man det, hun kalder en moderat socialkonstruktivistisk vinkel, vil man forstå den viden, som produceres som kontekstafhængig, relationel og potentielt foranderlig, og man vil se samtalerne i fokusgruppen som socialt performative, hvorfor det ikke kun handler om at analysere indholdet af samtalerne, men også i nogen grad interaktionsformerne, dvs. det der sker mellem deltagerne. Samtalen er altså udtryk for en social handling og er ikke bare beretninger om begivenheder eller handlinger, sådan som interviewdata ellers traditionelt forstås (Halkier, 2010: 122). Hun skelner her mellem *account about action*, som refererer til deltagerens beretninger om handlinger og forståelser i det, der i denne sammenhæng er deres professionelle liv, og *accounts in action*, som viser hen til, at deltagerne udveksler beretninger om handlinger og forståelser som en del af interaktionen i en hverdagslignende kontekst, som fokusgruppeformen kan lægge sig tæt op ad (Halkier, 2008). Så hvor jeg, som nævnt ovenfor, har valgt det, Kvale og Brinkmann kalder et postmoderne perspektiv på det individuelle interview, hvor det altså både kan sige noget om fænomener udenfor interviewet og betragtes som en social handling - dog med vægten på det første - så ligger vægten på forståelsen af samtalen i fokusgruppen på det sidste. Hvor det individuelle interview i dette perspektiv hovedsagelig genererer fortolkninger af anden orden, fordi interviewudsagn typisk udgør refleksioner over allerede indtrufne begivenheder, og de fortællinger, man lægger øre til, ”må betragtes som interviewpersonernes syn på sig selv og deres verden under det givne interviews omstændigheder” (Vangkilde et al., 2006: 1130), vil fokusgruppeinterviewet i højere grad generere fortolkninger af første orden og vil derved være mere i familie med feltarbejde og deltagerobservationer. Sammenlignet med individuelle interviews ligger en af fokusgruppens fordele netop i mulighed for at observere

KAPITEL 2. METODE

”interaction on a topic. Group discussions provide direct evidence about similarities and differences in the participants’ opinions and experiences” (Morgan, 1997: 10), og

”the comparisons that participants make among each other’s experiences and opinions are a valuable source of insights into complex behaviors and motivations” (Ibid.15),

hvad der er vigtigt i dette projekt. Når det handler om den terapeutiske kulturs betydning, er det ikke utænkeligt, at der i samtalen og diskussionen præsterne imellem kan dukke andre elementer op end i de individuelle interviews, fordi de enkelte deltagere bliver inspireret og reflekterer videre over kollegernes bemærkninger og kommentarer.

På den negative side er det fra socialpsykologien almindelig kendt, at interaktionen i en gruppe influerer på den enkeltes bidrag både i retningen af konformitet og polarisering, dvs. at gruppens deltagere både kan tænkes at afsvække deres meninger og udtalelser af frygt for gruppens sanktioner, og at de i gruppen udtrykker mere ekstreme meninger eller holdninger, end de ville have gjort i de individuelle interviews (Morgan, 1997: 15). Desuden kan man med blandt andre Layder også pege på, at interviewudsagn altid formes indenfor en given diskurs, hvor visse ting kan italesættes, visse subjektpositioner legitimeres, mens andre illegitimeres samt visse udsagn betragtes som sande og andre som falske (Layder, 2005:119). Man kan således forestille sig, at den teologiske diskurs er mere dominerende i fokusgruppen end i de individuelle interviews, hvor informanten kun skal stå til regnskab for sine holdninger i forhold til mig. Det er derfor vigtigt at sammenholde dataene fra de individuelle interviews med fokusgruppesamtalerne med henblik på at korrigere for sådanne usikkerheder. Som jeg skal vende tilbage til i afsnittet om sampling, tænker jeg af logistiske grunde at udvælge nogle af de supervisionsgrupper for hospitalspræster, der har kørt igennem længere tid. Her kender deltagerne i forvejen hinanden indgående og er vant til at dele svære faglige og personlige problemstillinger, hvorfor de måske hverken er så bange for at være uenige med hinanden eller i så høj grad har brug for at profilere eller positionere sig, som man kunne forestille sig ville være tilfældet i fokusgrupper, som alene var sammensat til lejligheden.

Det er i fokusgruppen således også den sociale interaktion, der er kilden til data (Morgan, 1997: 15). Det er gruppediskussionerne, dvs. deltagernes spørgen ind til hinandens udtalelser og kommentering på hinandens erfaringer, der er middel til at producere mere komplekse data end det individuelle interview giver mulighed for (Halkier, 2010: 123). Endelig er fordelene ved fokusgruppeinterviews deres evne til at producere koncentrerede data på en relativt tilgængelig måde, der

KAPITEL 2. METODE

ikke er så tidskrævende og påtrængende som f.eks. feltarbejde eller deltagerobservationer (Morgan, 1997: 13). Der kunne argumenteres for, at netop feltarbejde og deltagerobservationer kunne være relevante dataindsamlingsmetoder i dette projekt, fordi én ting er, hvad hospitalspræsterne fortæller mig, de siger og gør i kontakten med patienter og pårørende, noget helt andet kan være, hvad der rent faktisk siges og gøres i det konkrete møde. Men for det første er det ikke mødet som sådan, jeg, jævnfør ovenstående, er interesseret i, men præsternes almindelige teologi. Det er, hvad de tænker, tror og siger, de gør, og tænker om det, de gør. For det andet ville jeg skulle bruge meget lang tid på at hænge ud i felten og håbe på, at der sker noget, der er interessant, dvs. noget, der positivt eller negativt relaterer sig til den terapeutiske kulturs betydning. Og for det tredje har det vist sig at være ganske vanskeligt, for ikke at sige umuligt, at få lov at følges med mine kolleger i deres hverdag, både fordi de er blufærdige og ikke bryder sig om at være overvåget, og fordi de mener, at en observatør vil forstyrre den personlige kontakt i mødet med mennesker, der på forhånd er i meget udsatte og svage positioner. Da jeg skulle lave pilotinterviewene, forsøgte jeg at få lov at følge informanterne i et kortere eller længere tidsrum, men det blev afvist. Dette synes at være en kendt problematik, når det drejer sig om forskning i hospitalspræstens arbejde.

Den amerikanske teolog og etiker David B. McCurdy taler om, at der blandt hospitalspræster er en grundlæggende skepsis eller direkte frygt for konsekvenserne "about the implications of importing "science" into chaplaincy and pastoral education". Og fordi det netop er et felt, "that relies on intuition, finely attuned responsiveness in the moment, and the leading of the Spirit" (McCurdy, 2002:157), ser der ud til at være en særlig frygt for at forstyrre relationen til patienten, hvis man inviterer en forsker med til samtalerne. Det samme synes at være gældende i en dansk kontekst. Antropologen Hanne Bess Boelsbjerg foretog som nævnt ovenfor i 2010-2012 femten interviews med hospitalspræster med henblik på at undersøge, hvad der foregår under en sjælesorgssamtale. I den forbindelse havde hun et ønske om at få lov at overvære samtaler for ad vej at få indsigt i de ordløse udvekslinger mellem sjælesørger og patient. Men efter en del afslag bliver hun optaget af at undersøge, hvad det er, sjælesørgeren forsøger at beskytte, og kommer frem til, at udelukkelsen af hende som forsker fra sjælesorgsrummet hovedsagelig skyldes en hensyntagen til den tillidsrelation og det frihedsrum, som gerne skulle etableres under samtalen (Boelsbjerg, 2013, 76). Bagsiden af at vælge deltagerobservationer fra er selvfølgelig, at jeg derved sandsynligvis så går glip af interessante ting, som jeg kun ville kunne få adgang til ved at være tilstede i kontakten, fordi fokusgruppen er

KAPITEL 2. METODE

”(a) limited to verbal behavior, (b) consist only of interaction in discussion groups, and (c) are created and managed by the researcher” (Morgan, 1997, 8).

For selvom jeg som observatør på f.eks. en samtale mellem hospitalspræsten og en patient alene ved min tilstedeværelse ikke ville kunne undgå at påvirke situationen, er fokusgruppen dog i højere grad det, Morgan kalder en ”unnatural social setting” (Ibid.8). Jeg skal senere i dette kapitel vende tilbage til, hvordan deltagerne i fokusgruppeinterviewene er udvalgt.

Litteraturen om fokusgrupper opererer med tre modeller med forskellige grader af strukturering af interviewet og styring, dvs. i hvor høj grad moderatoren eller undersøgeren involverer sig i samtalen. Overvejelser over moderatorens eller undersøgerens rolle er naturligvis særligt vigtige, fordi det også er den sociale interaktion, der kan være med til at producere data af en anden slags end det individuelle interview. Den første model er en løs model med få og meget brede, åbne startspørgsmål, som egner sig som forstudier i forhold til f.eks. individuelle interviews. Her får deltagerne så vidt muligt selv lov til at vælge, hvordan de taler om emnet (Morgan, 1997: 40). Denne model egner sig bedst i de tilfælde, hvor forskeren er klar over, at han eller hun selv ikke ved nok om hvilke mønstre og perspektiver, der præger felten, og derfor har brug for, at deltagerne fortæller så meget som muligt ud fra deres synsvinkel. Den er ikke specielt relevant i dette projekts sammenhæng, da jeg selv på forhånd både erfarings- og videnskæssigt er del af felten. En anden model er en mere stram udgave, som bedst egner sig til projekter, hvor undersøgeren har relativt omfattende viden om felten, og hvor der mere er fokus på indholdet af diskussionerne end den sociale interaktion i gruppen (Halkier, 2010: 126). En sådan model kunne være relevant, men da argumentet for at supplere de individuelle interviews med fokusgruppeinterviews netop var, at de sidste i højere grad end de første er stand til at generere data af første orden, og min opmærksomhed her altså ikke alene retter sig mod indholdet af diskussionerne, men også mod, om og eventuelt hvordan den terapeutiske diskurs sætter sig igennem i relationerne, sproget og omgangsformerne, vil den tredje model, den såkaldte ”tragtmodel” (Morgan, 1997: 41f), som er et kompromis mellem de to første, bedre kunne tilfredsstille denne interesse. Her begynder man med en åben og mindre struktureret tilgang og slutter mere stramt og struktureret, så man både giver plads og rum til deltagerens perspektiver, erfaringer og refleksioner og samtidig sikrer projektets specifikke vidensinteresse (Halkier, 2010: 126). Netop fordi dette projekt på forhånd har et bestemt fokus, nemlig den terapeutiske kulturs betydning for hospitalspræster, har det brug for den rettet, som moderatorens styring af samtalen kan være med til sikre (Morgan, 1997: 54).

KAPITEL 2. METODE

Merton et al. taler om fire brede kriterier for effektive fokusgruppeinterviews: range, specificity, depth og personal context (Merton, Fiske & Kendall, 1990). Rækkevidde handler om at give plads til, være åben for og nysgerrig i forhold til synsvinkler på emnet, som jeg ikke på forhånd havde forudset ville dukke op. Jeg skal være varsom med at indsnævre diskussionen ved på forhånd at antage hvilke vinkler, der er de vigtigste. Specificitet handler om at fokusere på deltagernes konkrete og detaljerede erfaringer, så man så vidt muligt undgår overordnede generaliseringer. Det samme med dybde, som understreger vigtigheden af deltagernes involvering i emnet.

Når det handler om hospitalspræster, vil der sandsynligvis ikke være nogen fare for manglende involvering. Fokusgruppens emne optager i særlig grad hospitalspræster. Problemet kan snarere være en manglende specificitet, fordi præster let forfalder til generaliseringer og er meget talende. Derfor skal diskussionsspørgsmålene eksplicit lægge op til udvekslinger af personlige erfaringer. Med det sidste kriterium - personlig kontekst - retter Merton et al. forskerens opmærksomhed mod den kontekst, som de enkeltes udtalelser, meninger og tanker vokser ud af. Hvad er det hos den enkelte deltager, som får ham eller hende til at udtrykke sig på netop den måde? Er det hans eller hendes sociale rolle? Er det konteksten? Er det individuelle erfaringer? Sådanne sammenhænge, som måske ellers ikke er helt bevidste for den enkelte deltager, bliver særligt tydelige i fokusgruppen, fordi man måske skal forklare og forsvare ens perspektiv over for nogen, som tænker helt anderledes. At bruge fokusgruppen til at skabe sådanne interaktioner kan give mulighed for at observere noget, som det ellers er vanskeligt at få adgang til (Morgan, 1997: 46), men som netop kan være en vigtig brik i det puslespil, der udgør den enkelte præsts almindelige teologi.

Fordi jeg interesserer mig for deltagernes mere generelle forståelser, erfaringer og normer på området, lod jeg fokusgruppen begynde med åben diskussion af emnet. Helt konkret brugte jeg den første halvdel af interviewet på brede startspørgsmål af blandet, beskrivende og evaluerende karakter, hvor de første lægger op til beskrivelser og udveksler erfaringer, mens de sidste lægger op til, at man foretager normative vurderinger og diskuterer disse (Puchta, Potter, 2004: 82ff). Interviewguiden er i ordets bogstaveligste forstand en guide og ikke en rigid oplistning af spørgsmål, der slavisk skal følges. Det skal være muligt at springe over temaer, som allerede har fået opmærksomhed og eventuelt følge nye spor, der måtte dukke op i samtalen (Morgan, 1997: 48). Diskussionsspørgsmålene er delvist bestemt eller vejledt af de på dette tidspunkt allerede foretagne individuelle pilotinterviews. I anden halvdel af interviewet lagde jeg med inspiration fra Paul Leer-Salvesens interviewundersøgelse fra 2004 af 19 norske præster (Leer-Salvesen, 2005) en patientcase frem for fokusgruppedeltagerne (se bilag 5), og bad dem tale

KAPITEL 2. METODE

med hinanden om, hvordan de ville gribe en sådan samtale an? Hvad der eventuelt kunne være vigtige pointer at nå frem til? Om hospitalspræsten i en sådan samtale havde en særlig opgave? Denne såkaldte vignette-metode (Halkier, 2008:46) har den fordel, at den kan præsentere temaerne kropsliggjorte eller associationsfremmende, dvs. ikke som spørgsmål om kontekstløse meninger, men som fortællinger om mennesker. Der præsenteres en situation, der ligger tæt på præsternes arbejds- og livssituation (Leer-Salvesen, 2005:18). Derved skaber jeg et slags eksperimentarium, hvor jeg måske i højere grad end i første halvdel af fokusgruppesamtalen får mulighed for at iagttage, hvad der sker mellem deltagerne og dermed generere data af første orden.

Faren for en uerfaren fokusgruppeinterviewer som mig er at overføre spørgsmålstyper fra individuelle former for interviews til spørgsmål i fokusgrupper. Hvor spørgsmålene i de første har til formål at få interviewpersonen til at svare så detaljeret som muligt, har spørgsmålene i de sidste en mere igangsættende karakter og skal understøtte diskussioner, udvekslinger og forhandlinger mellem deltagerne (Halkier, 2010: 130). I fokusgruppesamtalen er interviewerens rolle da også mere moderator end interviewer i klassisk forstand, netop fordi det ikke alene er indholdet i samtalerne, der er i fokus, men også den sociale interaktion i gruppen. Moderatoren skal selvfølgelig ligesom intervieweren opføre sig som en professionel lytter og være opmærksom på at skabe et åbent og fleksibelt rum for social interaktion. Men han skal også få deltagerne til at tale sammen om de emner, der undersøges og håndtere sociale dynamikker blandt dem (Halkier, 2010: 127), dvs. han skal være proceskatalysator eller procesfacilitator:

”The title”moderator” highlights this role’s orientation toward helping out someone else’s discussion” (Morgan, 1997: 48).

Jeg har ikke tidligere lavet fokusgruppeinterviews, men jeg har til gengæld i kraft af mit arbejde som præst på hospice og i Det Palliative Team mangeårig erfaring med at facilitere samtaler i grupper, typisk hvor et familiemedlem er alvorligt syg eller døende. Den træning, jeg har i aktivt at skabe rum og plads for de forskellige familiemedlemmers tanker og refleksioner samtidig med, at jeg er opmærksom på, hvad der sker imellem dem, mener jeg, giver mig et godt og solidt grundlag for at arbejde med denne dataindsamlingsform. Man kan sige, at både individuelle interviews og arbejdet med fokusgrupper netop spiller på præsters

”existing strength: abilities to develop relationships, listen well to people, observe the nonverbal alongside the verbal, etc” (McCurdy, 2002: 155).

Jeg skal hverken være revolver-journalist eller ven, fordi den første type levner for lidt plads til interviewpersonernes livsverden, og den sidste forstår for meget af, hvad interviewpersonerne tager for givet, hvorfor der ikke bliver spurgt nok ind til de sociokulturelle selvfølgeligheder (Halkier, 2008:48). Jeg skal senere i dette kapitel vende tilbage de særlige udfordringer, der består i forske i egen praksis og interviewe kolleger, hvor netop faren for at blive for meget ven ubetinget er den største. Se bilag 5 for instruktionen for den konkrete afvikling af fokusgruppen.

2.6.4. Udvalgelsen af informanter, fokusgruppeinterviews

Når man skal lave fokusgrupper med hospitals- og hospicepræster, er det frem for alt en logistisk udfordring. De er geografisk spredt ud over hele Danmark, og de er i forvejen travle mennesker, som det praktisk talt er umuligt at samle alene til et interview af 1½ - 2 timers varighed. Allerede tidligt i processen viste det sig derfor også, at min eneste mulighed var at knytte an til de supervisionsgrupper, som de fleste hospitals- og hospicepræster i forvejen deltager i, og som mødes en gang hver eller hver anden måned. Man kan indvende, at det ikke er nogen ubetinget god ide, da supervision er en psykologisk inspireret setting og som sådan kan farve deltagerne i en psykologisk retning. Ifølge Kirkeministeriets betænkning fra 2008 er formålet med supervision eller arbejdsvejledning, som blev det begreb, der i en pastoral kontekst modsvarer begrebet supervision i andre fagsammenhænge (Bach 2018), ”at støtte og dygtiggøre præsterne i deres daglige arbejde og give mulighed for refleksion over egen praksis” og som bestemmes som

”en løbende proces, der ikke knytter sig til særlige opgaver, men muliggør, at man som præst regelmæssigt kan mødes i en kollegial atmosfære under tavshedspligt og under ledelse af en supervisor for at opnå en øget bevidstgørelse om ens præstelige praksis.”²⁰

Da ordningen i sin tid blev indført, var der en del kritiske røster, der netop pegede på faren for en psykologisering af præsteuddannelsen. Ifølge den tidligere rektor for præsternes efteruddannelse, dr.theol., Ole Jensen, kan det være forbundet med fare for teologisk selvmord, når teologien benytter sig af det, han kalder det psykologisk-terapeutiske fagsprog, fordi muligheden for f.eks. at tale om frelse i kristen forstand

²⁰ Se Betænkning 1503, *Uddannelse og efteruddannelse af præster*, Kirkeministeriet, december 2008, lokaliseret 11.05.2015 på <https://bibliotek.dk/da/moreinfo/netarchive/870970-basis%253A27788637>, s. 142

KAPITEL 2. METODE

så forsvinder (Jensen 1997). Men måske bestemt af det direkte fokus, jeg i disse interviews lagde på hospitalspræstens forståelse af sin rolle i forhold til psykologens, ser det, som det vil fremgå af analysen, ikke ud til at medføre teologisk selvmord. Men f.eks. fremhæver præsterne i fokusgruppe 2, at de hele tiden er på en oversættelsesopgave i forhold til det dominerende psykologiske sprog (2.206 Nelly; 2.227 Poula).

På en anden måde viste det sig dog at være problematisk med dette hovedsageligt pragmatisk begrundede valg. Deltagerne i disse relativt små grupper (5-8 deltagere) kender typisk hinanden rigtig godt og er vant til at dele svære problemstillinger. De er respektfulde og øvet i at lytte til hinanden og at have fokus på at uddybe hinandens forståelser af sig selv og deres praksis. Det er let for dem at tage del i samtalen, fordi de er trygge og af erfaring ved, hvordan de andre normalt reagerer. De kan uddybe hinandens perspektiver på grund af delte erfaringer og oplevelser (Halkier, 2008:30). Formelt tilsidesætter det naturligvis ikke den rivalisering og positionering, der altid er på spil i grupper. Men selvom man kunne tænke, at det måske endda ville være særligt fremtrædende, når den relativt faste struktur og styring, som supervisoren normalt har ansvar for, suspenderes i fokusgruppen, kom det i hvert fald ikke til overfladen. Men måske fordi de i supervisionsgruppen ikke bare har en fortid, men også har en fremtid sammen, hvor man kan blive stillet til regnskab både for det, man har sagt og måden, man har sagt det på, kan den sociale kontrol overfor individuelle udtalelser, som er skæve i forhold til, hvad man normalt siger og gør, være mere dominerende (Ibid:30). Det kunne være en af grundene til, at det faktisk viste sig at være vanskeligt at få en decideret diskussion i gang. Supervisionssettingen synes også at sidde i kroppen på deltagerne under interviewene. De er næsten for respektfulde, for forstående og for empatiske i forhold til synspunkter, de ikke nødvendigvis deler. Nogle gange skulle jeg direkte spørge, om også resten af gruppen delte et bestemt synspunkt, for at få forskelle frem. ”Jeg forstår godt, hvad du siger” er en ikke sjældnen måde at indlede en sætning på, hvis man ikke er helt enig i det, der lige er blevet sagt (se f.eks. 2.198 Poula). Mht. deltagerantallet var der fire i den ene gruppe og seks i den anden. Morgan taler om, at

”small groups thus work best when the participants are likely to be both interested in the topic and respectful of each other” (Morgan, 1997: 42),

hvad netop disse supervisionsgrupper lever op til. De er både respektfulde overfor hinanden og lidenskabeligt optaget af ph.d.-projektets problemstilling, hvad jeg ser min meget lette adgang til grupperne som et udtryk for. For valget af disse relativt

KAPITEL 2. METODE

små grupper talte også, at større grupper har brug for en stærkere styring og dermed en mere erfaren moderator end undertegnede for at være i stand til at kontrollere diskussionen uden at disciplinere den (Ibid 42). Morgan anfører som tommelfingerregel, at projekter bør bestå af 3-5 grupper, fordi flere grupper sjældent tilvejebringer nye indsigter, men understreger, at det dels afhænger af gruppernes homogenitet/heterogenitet dels af, hvornår man relativt nøjagtigt kan begynde at forudsige, hvad der vil blive sagt i den næste gruppe (Morgan, 1997: 43). Gruppen af hospice- og hospitalspræster er som nævnt ovenfor en meget homogen gruppe, hvad der taler for et mindre antal grupper. Jeg ville i første omgang lave to fokusgrupper, en i Jylland og en på Sjælland, eventuelt suppleret med en tredje, hvis der viste sig at være store uoverensstemmelser grupperne imellem og mellem de data, jeg fik her, og de data, jeg havde fået i de 10 individuelle interviews. Det viste sig ikke at være tilfældet, så jeg vurderede, at to grupper var tilstrækkeligt.

Da supervisionsgrupperne er organiseret stiftsvist, og da der ikke er nogen central instans, jeg kunne kontakte, henvendte jeg mig i første omgang til par kolleger pr. telefon og derefter pr. mail med en kort introduktion til projektet og en anmodning om, at de tog denne med til det næste supervisionsmøde for at høre, hvad deres gruppe tænkte (se bilag 3). En uge efter mailens udsendelse ringede jeg til disse personer, dels for om nødvendigt at uddybe min introduktion, dels for at høre, hvornår de næste gang skulle mødes i supervisionsgruppen. Her blev der aftalt, hvornår jeg kunne forvente at få en tilbagemelding. Hvis vedkommende mente, det var påkrævet, at jeg in persona mødte op inden eller efter en supervisionsseance for at orientere gruppens medlemmer om projektet, ville jeg naturligvis gerne det, men det skønnede man ikke var nødvendigt. Jeg fik grønt lys fra begge de grupper, jeg havde udvalgt.

Rent praktisk lå interviewet i forlængelse af supervisionen og foregik på den lokalitet, hvor præsterne alligevel var samlet. Der kunne måske have været problemer med sammenfald i den forstand, at de personer, jeg havde lavet individuelle interviews med, også kunne have været med i de to supervisionsgrupper. I så fald ville de på forhånd være sporet ind på de områder, jeg særligt var interesseret i med den konsekvens, at deres tilkendegivelser måske ville være knap så spontane og umiddelbare som deres kollegers. Men der var ingen sammenfald.

Hvad angår det tekniske omkring interviewet kunne det, netop fordi fokusgruppen ikke kun handler om indhold, men også om proces, være fristende at videooptage interviewet og ad den vej få adgang til det ordløse i interaktionen mellem deltagerne. Men ifølge Morgan er der ”really very little to recommend it for social science research and there are several reasons to avoid it” (Morgan, 1997: 56). Den vigtigste forskel på lyd- og videooptagelse er sidstnævntes voldsomme

KAPITEL 2. METODE

påtrængenhed, dens "intrusiveness" (Ibid.56). De fleste mennesker kan forstå forskerens behov for at optage diskussionerne og glemmer hurtigt mikrofonen eller diktafonen. Til sammenligning er videooptagelser, hvor man skal kunne se alle deltageres ansigter - ud over at være meget teknisk kompliceret og derfor også dyrt at sætte i værk - vældig påtrængende og kan opleves som en ubehagelig indtrængen i privatlivet, der påvirker deltagernes spontanitet og umiddelbarhed, og for nogen måske endda vil betyde afvisning af deltagelse i interviewet. Af pragmatiske grunde valgte jeg derfor at nøjes med lydoptagelser, der så til gengæld rummer den store udfordring, der ligger i at holde styr på hvem, der taler til hvem. For at være i stand til at identificere fokusgruppemedlemmernes stemmer, når interviewene efterfølgende skulle transskriberes, bad jeg indledningsvis deltagerne om at præsentere sig med navn, arbejdssted, hvor lang tid, de havde været hospitals- eller hospicepræst m.m. Umiddelbart efter de to møder transskriberede jeg interviewene for på den måde bedre at kunne fastholde tonen og stemningen. I transskriberet form løber omfanget af disse interviews op på knap 75 normalsider.

Jeg vil nu se på de særlige udfordringer, der er forbundet med at forske i kollegers praksis.

2.7. Opportunistisk forskning

Hvor den fænomenologisk orienterede forsker tilstræber at tøjle sin forforståelse og interessere sig for fænomenet, som det erfares af deltagerne, kan man sige, at forforståelsen i hermeneutikken bruges aktivt med henblik på at undersøge, hvad fænomenet betyder for deltagernes væren-i-verden med henblik på at opnå en ny forståelse af fænomenet (Dahlager, Fredslund, 2011). Som nævnt er dette projekt netop fænomenologisk-hermeneutisk i sin karakter, hvorfor jeg som forsker selv aktivt har del i forskningsprocessen. Umuligheden i at tøjle sin forforståelse er særligt tydelig i og med, at jeg har valgt at interviewe kolleger, og ovenikøbet kolleger, som for manges vedkommende er kendte. Antallet af hospitals- og hospicepræster i Danmark er relativt beskedent. Vi ved, hvem hinanden er fra forskellige former for efteruddannelse og faglige kurser. Desuden er jeg via min undervisningspraksis, diverse artikler i fagblade og bøger og formandskab i Foreningen for Palliativ Indsats ikke et ubeskrevet blad i kollegasammenhænge. Jeg er altså i særlig grad ikke kun forsker, men også medmenneske, kollega, ven, fjende,

KAPITEL 2. METODE

overlegen, lærling, sympatisk, usympatisk, eller hvordan jeg nu bliver opfattet (Nielsen, Repstad, 2006:247). I lyset af den mere ortodokse tradition indenfor antropologien og sociologien, hvor man tilskriver forskerens outsider-perspektiv værdi, er det kritisabelt. Der er risiko for det, man her kalder "going native", at man bliver for "indfødt", dvs. at forskeren kommer til at adoptere insiderens "skyklap-perspektiv" (McEvoy, 2002).

På den anden side er der i socialvidenskaberne en tendens til at negligere det, den amerikanske professor i sociologi Jeffrey W. Riemer kalder forskerens "at hand"-viden og ekspertise, dvs. hans eller hendes

"own unique biographies, life experiences and situational familiarity when these could opportunistically serve as important sources for research ideas and data... ", og at netop "an opportunistic research strategy could benefit the sociological enterprise" (Riemer, 1977:467).

Riemer henviser her til C. Wright Mills' bog *The Sociological imagination*, hvor Mills skriver

"you must learn to use your life experience in your intellectual work: continually to examine and interpret it. In this sense craftsmanship is the center of yourself and you are personally involved in every intellectual product upon which you may work" (Mills, 2000:196).

Det er denne personlige og pastorale livserfaring og "at hand"-viden, der jo blandt andet betyder, at jeg ikke bare ved om ("know about") mit forskningsfelt gennem andres beskrivelser, men kender det indefra ("know") (Riemer, 1977:469). Jeg kan hospitalspræsternes hverdagssprog, som både er kulturbærer og kulturskaber. Jeg kender både feltets "fy-fænomener", dvs. de områder, man ikke snakker så højt om, og dets "hurra-fænomener", dvs. det, der trækkes frem, når man skal beskrive, hvor meningsfuldt og betydningsfuldt hospitalspræstejobbet er (Nielsen, Repstad, 2006:250). Denne "at hand"-viden er på en og samme gang projektets styrke og dets akilleshæl.

Fordelene ved en sådan opportunistisk forskningsstrategi er først og fremmest, at jeg på forhånd passer ind i settingen og har en legitim grund til at være der i kraft af min egen rolle som hospicepræst. For det andet er jeg på forhånd i en eller anden relation til såvel de hospitalspræster, jeg vil undersøge, som til deres praksis. Jeg kender som nævnt sproget og de symbolske forståelser, hvad der

KAPITEL 2. METODE

mindsker risikoen for meningsløse og irrelevante spørgsmål og letter undersøgelsen af sensitive områder og emner. De ved, at jeg ved, hvor skoene trykker. Det betyder, at der er en større chance for at informanternes svar er spontane og valide. Tanggaard og Brinkmann taler da også om, at erfaringen i praksis viser, at de bedste interviews laves af interviewere, der har stor viden om det emne, de interviewer om, fordi de netop kan stille de meste relevante og vedkommende spørgsmål (Tanggaard, Brinkmann, 2010:37). Endelig giver en sådan forskningsstrategi mulighed for en mere præcis tolkning af dataene. Fordi jeg allerede på forhånd kender præsternes ”dialekt”, deres særlige sprog og både uddannelsesmæssigt og erfaringsmæssigt deler verden med dem, vil jeg være i stand til at fortolke deres verden mere sandfærdigt. ”Being an ”insider” serves as a built-in truth check”, som Riemer udtrykker det (Riemer, 1977:474). Jeg vil uden videre kunne anvende mine egne erfaringer i min fortolkning af det, de gør, og fortællingen om det, de gør, samtidig med at subjektiviteten også er en fejlkilde, og der er fare for perspektivforskydninger. Mit personlige engagement i det felt, jeg undersøger, og den problemstilling, jeg interesserer mig for, kan være så stærkt, at det kommer til at styre tolkningen af dataene, og jeg ikke kan se skoven for bare træer (Nielsen, Repstad, 2006:249).

Fordelene er altså samtidig også den opportunistiske forskningsstrategis bagside. Jeg kan blive så emotionelt involveret i det, præsterne siger, at min objektivitet bliver påvirket. I de tre pilotinterviews, jeg foretog med henblik på at undersøge, om den udarbejdede interviewguide fungerede efter hensigten, var det retrospektivt meget tydeligt, at jeg nogle gange blev alt for ivrig og begyndte at forklare, ja nærmest undervise mine informanter frem for at være nysgerrig på, hvordan de forstod og tolkede deres rolle på hospitalet. Det betød, at interviewet til tider mere fik karakter af diskussion og erfaringsudveksling, hvad jeg naturligvis forsøgte at korrigere i de efterfølgende interviews.

En anden fare er naturligvis, at jeg, inden jeg har undersøgt det, mere eller mindre ubevidst forudsætter en bestemt viden, bestemte meninger eller antagelser hos mine informanter; at jeg mener at kende dem og deres praksis så godt, at jeg ikke behøver at spørge dem. Trækker jeg på den måde på min baggrundsviden, er der tale om unødvendig, men uomgængelig bias. Interviewene bliver derved mindre sammenlignelige og vil i højere grad være min tolkning og tydning end informanternes, og risikoen er, at jeg kommer til at antage, at jeg har en viden, der overflødiggør videre undersøgelser, eller at det fører mig hen imod bestemte områder og væk fra andre (Platt, 1981:79, McEvoy, 2002:50). Forskning af denne karakter stiller derfor skærpede krav til opmærksomheden på og bevidstheden om – så vidt det er muligt - at være dum eller uvidende, både når dataene indsamles, og når de skal fortolkes og analyseres. Dum i betydningen, at jeg

KAPITEL 2. METODE

skal være meget bevidst om min egen forforståelse og dennes mulige indflydelse på alle trin i forskningsprocessen. Eller formuleret med Jens Carl Ry Nielsen og Pål Repstads ord:

”Dette gir normalt grunn til en ekstra refleksjon hos forskere, som må erkjenne at analysen er som en reise der man ikke kan være sikker på, hvor man ender. Oppgaverne får derved også et mer induktivt preg. Induktivt skal her forstås som at empirien får en mer fremtrædende rolle” (Nielsen, Repstad, 2006:249).

Riemer nævner afsluttende, at ulempen ved denne forskningsstrategi er, at det ofte er vanskeligt, for ikke at sige umuligt, at gentage forskningen:

”Not only are the observation partially unique to the investigator, but the investigator himself is unique by virtue of being an insider” (Riemer, 1977:475).

Spørgsmålet er, om det er et forhold, der i særlig grad gør sig gældende for forskning i kollegers praksis, eller om det er et grundvilkår for kvalitativ forskning overhovedet? Jævnfør ovenfor har jeg placeret dette projekt indenfor det fortolkningsvidenskabelige paradigme, hvor kvalitetskriteriet gyldighed – både intern og ekstern gyldighed – netop får en anden betydning end i det empirisk-analytiske paradigme. I det første er forskeren ikke en neutral og distanceret observatør i forhold til dataindsamlingen, men en del af det. Både forskerens og de udforskedes virkelighedsforståelse er baseret på fortolkning og er således socialt konstrueret og indeholder altid subjektive elementer (Launsø, Rieper, 2005:60). Selvom der, som vist ovenfor, naturligvis er særlige forhold at tage hensyn til, når det handler om ”opportunistic research”, så er der altså ikke tale om en kategorial forskel mellem en sådan og så kvalitativ forskning i al almindelighed.

Jeg vil nu uddybende se nærmere på netop de særlige forhold, som det af hensyn til såvel indsamlingen af data som den efterfølgende analyse er af afgørende betydning at være opmærksom på.

2.8. At interviewe kolleger

Ifølge den engelske sociologiprofessor Jennifer Platt viser erfaringer med at interviewe kolleger, at interviewrelationen i individuelle

KAPITEL 2. METODE

interviews adskiller sig fra den, man har i forskningsinterviews i almindelighed, og at denne forskel får en række specifikke konsekvenser for interviewets natur (Platt, 1981). Hun mener, at interviews med kolleger tydeliggør nogle af de ofte udtalte sociale, tekniske og etiske antagelser, man mere eller mindre ubevidst opererer med, når man udarbejder kvalitative forskningsinterviews. Hun nævner, at interviewer og informant²¹ normalt er anonyme i forhold til hinanden; at de sjældent tilhører samme socialgruppe; at de ofte ikke mødes igen, og relationen derfor hverken har en fortid eller fremtid, og at forskerrollen som udgangspunkt er eller bør være adskilt fra andre roller, som f.eks. rollen som kollega. Intervieweren har derfor ikke noget praktisk eller socialt ansvar for sin forskning, da interviewet ikke får nogen konsekvenser, som han skal leve med (Platt, 1981:75). Det sidste er måske nok en overbetoning af forskellen, for naturligvis har enhver forsker et socialt ansvar for sin forskning. Det være sig overordnet i forhold til samfundet som mere specifikt i forhold til de informanter, uden hvilke forskningen ikke ville være mulig. De naturvidenskabelige forskere Povl Krogsgaard-Larsen, Peter Thostrup og Flemming Besenbacher understreger, at forskeren ikke bare har et ansvar overfor samfundet i forbindelse med videnskabens etik og integritet, men også for at arbejde med samfundsrelevante problemstillinger (Krogsgaard-Larsen, Thostrup & Besenbacher, 2011). Som det er fremgået af afhandlingens indledende kapitel, er projektet tænkt som havende en klar samfundsmæssig relevans. Men når det handler om social forskning, har forskeren et særligt ansvar i forhold til sine informanter, fordi der netop er forskel på at studere molekyler og mennesker. Når det er sagt, har Platt selvfølgelig ret i, at det er lettere for forskeren at leve med sine informanternes utilfredshed over resultaterne af den forskning, de har deltaget i, hvis han ikke har personlige relationer til dem og ikke risikerer at møde dem igen, fordi de f.eks. hører til en helt anden socialgruppe og måske ikke engang læser forskningsresultaterne. Men når man interviewer kolleger, er de netop socialtigestillede en selv. De er ligesindede i en rollespecifik betydning, deler baggrundsviden og subkulturel forståelse, er medlem af det samme fællesskab og forventes at interessere sig for, hvad der kommer ud af forskningen. Som interviewer er man ikke anonym, og man har måske endda en fælles historie med informanterne, der vedrører forskningstemaet (Platt, 1981: 76f).

Dette gælder i særlig grad for min rolle som interviewer i dette projekt, sådan som jeg har redegjort for i afsnittet ”Forforståelse”. Jeg er, ligesom

²¹ Platt skelner mellem ”respondent” og ”informant” og ser i modsætning til respondenten informanten “...as providing objective information to be taken more or less at face value, and is a distinct person with something unique to contribute, not just a randomly-sampled and replaceable member of the crowd” (Platt, 1981:85) Når man interviewer kolleger, er de informanter.

KAPITEL 2. METODE

mine informanter, selv en del af den lange socialiseringsproces, det er at læse teologi, følge pastoralseminariets praktiske præsteuddannelse, gå til bispeeksamen, blive ordineret og ansat som sognepræst i den danske folkekirke og senere ansat som hospitals- eller hospicepræst og at følge forskellige former for efteruddannelsestilbud til specifikt denne gruppe i FUV-regi (Folkekirkens Uddannelses- og Videnscenter). Jeg er ligestillet og ligesindet med dem i såvel social som rollespecifik betydning, og vi deler baggrundsviden og subkulturel forståelse. Ikke bare mit navn vil være kendt for de fleste hospitals- og hospicepræster, men også mine meninger og holdninger. F.eks. holdt jeg i oktober 2014 et foredrag på Folkekirkens Uddannelses- og Videnscenter, Løgumkloster, for en større gruppe hospitals- og hospicepræster (ca. 40), hvor temaet netop var de udfordringer, den terapeutiske kultur stiller præster overfor.²² For nogle af mine informanternes vedkommende har jeg altså en fælles historie med dem, der netop vedrører det, jeg vil undersøge. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på, at det kun er det, der bliver sagt i og det, der sker under (den sociale interaktion) interviewene, der kan udgøre det empiriske fundament for analysen samtidig med, at det er vanskeligt at undgå, at tolkningen af dataen vil være farvet af det.

Samtidig har jeg også en fremtid med mine informanter. Derfor er det betydningsfuldt, ”that an interview with a colleague is framed in the context of an ongoing relationship” (McEvoy 2002: 50). Jeg skal efter projektets afslutning ikke bare kunne se dem i øjnene, når jeg i forskellige faglige sammenhænge forventes at aflægge rapport, men skal sandsynligvis også arbejde sammen med nogle af dem. Desuden er det som nævnt min ambition, at projektet på sigt kan bidrage til både at give uddybende forståelse og indsigt, give direkte anvisninger for hospitalspræstens praksis på hospitalet eller hospicet og medvirke til at konkrete forandringer bliver gennemført (Launsø, Rieper, 2005: 200) – også selvom projektet ikke på nogen måder har karakter af at være aktionsforskning. God forskningsetik påbyder altid, at

”forskeren udfører sin forskning under hensyntagen såvel til de personer og befolkningsgrupper, som er genstand for forskning, som til andre grupper, der kan blive berørt af forskningsarbejdet og

²² Foredragets titel var ”Findes en kristen ”(sorg-)psykologi?”. Se (Raakjær, 2015)

KAPITEL 2. METODE

dets resultater”, og at ”forskeren må undgå at volde unødigt besvær og ulempe eller unødigt krænke andres privatliv”²³

Men det er oplagt, at det praktiske og sociale ansvar er accentueret i denne sammenhæng. Hvor forskeren i et traditionelt forskningsinterview ifølge Platt ikke mener, han behøver at bekymre sig om at leve med konsekvenserne af interviewet, skærper hun sin kritiske pointe, når det handler om at interviewe kolleger. I et ”almindeligt” interview er intervieweren

”entitled to manipulate the situation, and has a good chance of getting away with it, because the respondent is a relatively low-status person who is not sophisticated enough to realize what is going on and/or not technically qualified to judge the research” (Platt, 1981: 76).

Anvendes denne mere eller mindre ubevidste antagelse på interviews med kolleger, bliver den naturligvis både grotesk og utisk. Derfor foreslår hun, at sådanne interviews betragtes som en slags deltagerobservation (Platt 1981:75), dvs. den undersøgelsesmetode, der ofte benyttes i etnografiske feltstudier, hvor forskeren på én gang deltager i og observerer det sociale liv, der undersøges, og hvor der lægges vægt på, at andre dele af livet end de sprogliggjorte kan have betydning. I modsætning til en fænomenologisk tilgang tilstræber forskeren her at engagere sig personligt i den studerede livsverden via aktiv involvering i det konkrete liv (Nielsen et al., 2006: 1130), ja i praksis kræver antropologien ikke blot, at man tager menneskelige reaktioner alvorligt, men at man som forsker personligt indgår i disse (Bundgaard, 2010: 55). Men dels har jeg som nævnt ovenfor afstået fra alene at betragte interviewet som en social episode, hvor erfaringen konstrueres i interaktionen, hvorfor det netop ikke kun kan forstås som en slags deltagerobservation. Dels kan man kritisere Platt for den måde at gøre begrebet deltagerobservation så bredt og udvandet, at det mister sin prægnans som en unik dataindsamlingsmetode, der har sin helt egen profil og særlige fordele. Når det er sagt, giver det naturligvis mening at understrege, at dette projekts vidensinteresse hverken er isoleret fra min egen refleksion, tro eller praksis. Jeg er allerede på

²³ Se ”Vejledende Retningslinjer for Forskningsetik i Samfundsvidenskaberne”, Statens Samfundsvidenskabelige Forskningsråd, lokaliseret 25.02.2018 på <https://ufm.dk/publikationer/2002/filer-2002/ssf-etik.pdf>

KAPITEL 2. METODE

forhånd personligt og fagligt involveret i de tematikker, jeg ønsker at undersøge. Det betyder, at såvel den personlige viden, jeg eventuelt har om informanterne, og de har om mig, som den fælles faglige viden, vi har som hospice- eller hospitalspræster, bliver en del af den information, der er til rådighed for at konstruere, hvad interviewet handler om, og derfor også påvirker indholdet af, hvad der bliver sagt (Platt, 1981: 77). En af informanterne henviser f.eks. anerkendende til noget, jeg tidligere har skrevet (Cecilie 115). Dette skal naturligvis tænkes ind i og tages højde for i analysen.

De faglige, sociale og, for nogens vedkommende, personlige relationer, jeg på forhånd har til mine informanter, påvirker også deres tryghed eller mangel på samme. I et af pilotinterviewene, jeg foretog med en yngre hospitalspræst, virkede hun tydeligvis nervøs, næsten som om hun var til en slags eksamen. På et tidspunkt siger hun direkte, at hvis det havde været et par navngivne erfarne hospitalspræstekolleger eller mig, der havde været i den situation, hun beskriver som vanskelig, så ville vi i modsætning til hende have vidst, hvad man kunne have gjort (Bente 173). Og ved interviewets afslutning ville hun gerne vide, om hun har svaret rigtigt, og om jeg nu kunne bruge det materialet, jeg havde fået (Bente 323). Det er klart, at den slags kommentarer peger på en væsentlig ulempe ved at forske i kollegers praksis og ansporer til overvejelser over, hvordan jeg kan gøre interviewsituationen så tryk som mulig. Samtidig er det også et argument for at supplere de individuelle interviews med netop fokusgrupper, fordi jeg her spiller en meget mindre fremtrædende rolle. Som nævnt ovenfor er deltagerne i de to supervisionsgrupper på forhånd trygge ved hinanden, hvorfor man kunne formode, at min tilstedeværelse alt andet lige ikke ville have så stor en indflydelse på de enkelte medlemmers udsagn og interaktionen mellem dem.

Men de faglige og personlige relationer virker også den anden vej i den forstand, at jeg kan være bekymret for, om interviewet med mine kolleger bliver en ubehagelig begivenhed rent socialt, og hvordan jeg fremstår i de menneskers øjne, der udgør et vigtigt fagligt fællesskab, jeg skal leve med og leve i efter projektets afslutning. På den ene side kan der derfor både være en fristelse i at fortælle historier, der f.eks. viser, hvor svært jeg også selv indimellem synes, det er at være præst i sundhedsfaglig sammenhæng og at skulle arbejde sammen med psykologer, for på den måde at foregribe og legitimere at få det samme tilbage, og at spørge mindre kritisk, være mindre fastholdende og undersøgende, når det f.eks. drejer sig om sensitive områder, og derved komme til at behandle interviewsituationen som ligestillet andre samtaler med løs og ustruktureret snak til følge (Platt, 1981: 77). På den anden side er en ligeværdig drøftelse ikke nødvendigvis det samme som løs og ustruktureret snak, men netop et rum, hvor der

KAPITEL 2. METODE

kan komme ting frem, informanten ellers ville holde for sig selv. Det er en vanskelig balancegang, en ”interpersonal tighrope” (McEvoy, 2002: 53).

Erfaringer fra et masterprojekt, som fokuserede på hospitals- og hospicepræsters måde at forholde sig til patienter og pårørendes transcendensforestillinger, som jeg selv var involveret i, viste, at det ikke er let at skifte rolle i forhold til kolleger (Raakjær, Stimpel, 2012). Det beror ifølge Platt på, at interviewer-informant-relationen afsløres som en instrumentel brug af en anden person (Platt, 1981: 78). Forskeren er først og fremmest interesseret i at indhente viden om bestemte forhold og ikke i relationen som sådan, hvad der netop adskiller interviewet fra personlige relationer mennesker imellem, hvor det ideelt set er kontakten, der er det centrale. Samtidig vil forskeren kun kunne indhente den viden, han har brug for, hvis han formår at etablere en tryk atmosfære og skabe en tillidsfuld, lyttende og åben, anerkendende kontakt, der rummer ligheder med en personlig relation. Der er altså tale om et ægte dilemma, som jo derfor heller ikke kan løses, men må administreres med ”rettidig omhu”. I ovennævnte projekt (Raakjær, Stimpel, 2012) var det tydeligt, at der skulle være en eller anden form for markering af ligestilling, før vi kunne træde ind i de uvante, ikke jævnbyrdige roller, på samme måde som jævnbyrdigheden skulle reetableres gennem almindelig snak, når den digitale optager efter interviewets afslutning blev slukket. I flere af interviewene stillede informanten spørgsmålet: ”gør du ikke også det?”, hvad der netop kan forstås som en måde at udjævne de forskelle, interviewer-informant-relationen sætter. Noget lignende var især tydeligt i dette projekts individuelle interviews. Det understreger også, hvor vigtigt det er at være opmærksom på at spørge ind til informantens præmisser, fordi han eller hun i kraft af kollegaskabet og den fælles referenceramme let kommer til at forvente, at intervieweren selv er i stand til at udfylde detaljerne (McEvoy, 2002: 50).

Et andet område, hvor man kan tale om en mulig fejlkilde, er det faktum, at fordi informant og interviewer tilhører den samme forholdsvis lille gruppe af hospitals- og hospicepræster, kan det få informanten til at fremstille et mere positivt billede af sin praksis, end der måske i virkeligheden er basis for, for på den måde at positionere sig som dygtig, kompetent og nyttig i mine øjne. Den positive side af det fælles tilhørsforhold kunne omvendt være, at indrømmelser, fejl og mangler er lettere at dele med en insider, fordi han er i samme båd og selv ved, hvor skoen trykker (Platt, 1981: 82).

Det, at jeg som interviewer deler forforståelse, baggrund, uddannelse, erfaringer og praksis med mine informanter, kan altså på den ene side gøre mig blind overfor den anderledeshed, jeg måtte møde (McEvoy, 2002). En sådan ”taken-for-granted”-viden kan være problematisk, hvis man tror, man ved noget, man ikke ved og derfor ikke interesserer sig for at undersøge det. Jeg kan

KAPITEL 2. METODE

have fælles blinde pletter med informanten, som udenforstående interviewere ikke ville være belastede af. På den anden side kan denne fælleshed åbne døren til mennesket bag præsterollen, som i den folkelige bevidsthed - trods alle forandringer - stadig har en særlig aura omkring sig, og som derfor for udenforstående kan betyde, at de enten bliver for forsigtige og for respektfulde eller for aggressive og provokerende. Kollegaskabet giver naturligt adgang til at stille spørgsmål til tænkning, tro og praksis, som udenforstående måske vanskeligere ville kunne stille, fordi de simpelthen hverken har viden om det eller erfaring i det. Det er særligt vigtigt for dette projekt, fordi jeg netop jævnfør ovenstående har defineret mit interessefelt som præsternes almindelige teologi, som er af meget personlig karakter. I kraft af kollegaskabet har jeg en formodning om, at jeg med Goffmans ord lettere får adgang til arbejdsprocessen ”backstage” (Goffman, 1959), dvs. det, der er uforeneligt med ”frontstage”, som derfor normalt bliver holdt tilbage, og som ”er langt mere kritisk, selvironisk, tvivlende, spørgende end den offentlige side af præsternes virke viser” (Rubow, 2005: 219). Det er denne side af præsten, jeg som insider mere naturligt lukkes ind i og her kan få adgang til en viden, som outsiders på trods af de ovennævnte problemer umiddelbart vil have vanskeligere ved at få.

Konkluderende kan man sige, at kravet til ”opportunistic research” er, at forskeren på én gang kan fastholde positionen som outsider og insider (Swinton, Mowat, 2006: 166), hvor faren på den ene side hedder ”going native”, dvs. at jeg adopterer insiderens skyklap-perspektiv, og på den anden side kan betegnes som negligerer af den at-hand-viden og ekspertise, der netop sætter mig i stand til at komme tættere på, end udenforstående normalt er i stand til.

2.9. Ethiske overvejelser i forskningsprocessen

Den etik, som indeværende forskningsprojekt må bæres af, har sine kilder i forskningsetikken i empirisk samfundsvidenskab i almindelighed. Der er nemlig tale om et særligt ansvar, når man begiver sig af med at fortolke andres handlingsmotive, hvad der naturligvis yderligere accentueres af, at jeg forsker i egen praksis. Jeg har ovenfor beskæftiget mig med de særlige problemer - også af etisk karakter - det rejser. Det er her særlig tydeligt, at den klassiske, antropologiske modsætning mellem observatør og observeret kun vanskeligt lader sig opretholde, også selvom der ikke er tale om feltarbejde i betydningen deltagerobservationer. Man kunne derfor karakterisere den etik, dette projekt bæres af, som en slags pagtetik, dvs. en etik, der er fokuseret på det fællesskabsforhold og den gensidighedsrelation, der opstår i relationen mellem forskeren og den udforskede, hvorfor den også er orienteret mod mellem menneskelige dyder som

KAPITEL 2. METODE

taknemmelighed, gæld, loyalitet og måske endda hengivelse (Jacobsen, Kristiansen, 2001:26). Filosoffen Jean Paul Sartre siger:

”Forskning er en levende relation mellem mennesker (...) Sociologen og hans ”objekt” udgør i sandelighed et par, som hver især skal tolkes af den anden: *forholdet* mellem dem må i sig selv blive integreret i historien” (Sartre in Morgan 1982:254 in Jacobsen, Kristiansen, 2001:26).

Det passer godt på dette projekt. Det er således både tale om en responsivitet og reciprokaltitet, som bygger på det gensidighedsforhold og den dialog og tovejskommunikation, der vokser ud af ethvert møde mellem mennesker (Ibid: 27). Selvom denne pagt ikke er nedskrevet, er det i interviewene tydeligt, at den implicit er fundamentet og bygger på relationer mellem undertegnede og de interviewede præster. Men der er ikke bare tale om et pragmatisk valg i den forstand, at andre former for etik, f.eks. en teleologisk etik, hvor målet helliger midlet, ville støde an mod mine informanternes følelse af at være ligeværdige og jævnbyrdige partnere med mistilid til mig og dermed dårligere empiri til følge. Den er også udtryk for en genuin teologisk forståelse af mennesker som grundlæggende ligeværdige i kraft af den fælles skabthed. Pagtetikken kan dermed også være med til at afsvække det fænomen i det ”farlige feltarbejde” (Jacobsen, Kristiansen, 2001), man har kaldt *forskermagt, symbolsk vold* (Bourdieu, Hastrup) eller *sociologisk forulempning* (Winsløw), dvs. hvor man definerer andres virkelighed og måske endda på måder, som de observerede ikke havde forventet eller ønsket (Ibid:59), og dermed træder dem over tærerne. Det er som nævnt ovenfor naturligvis ikke det samme som, at tolkningen af empirien ikke kan eller må gå ud over eller transcendere hospitalspræsternes oplevede selvopfattelse eller selvforståelse. Men denne tolkning må på én gang være solidarisk, loyal og kritisk og foregå på baggrund af en omhyggeligt informeret forskningspraksis, hvor de interviewede på forhånd ved, hvad der er projektets mål, midler og intentioner; hvad de indvilliger i og til en vis grad også er klar over, hvad konsekvenserne vil være; giver deres eksplicite samtykke samt efterfølgende får mulighed for at gøre sig bekendt med resultaterne ved at modtage afhandlingen. Som det fremgår af ovenstående, har jeg hele tiden bestræbt mig på at være tydelig overfor informanterne både i forhold til, hvad jeg særligt interesserer mig for, hvilken optik, jeg kigger med, og hvad jeg kigger efter.

Da hospitals- og hospicepræsteverdenen er en lille verden i den betydning, at vi kender hinanden på kryds og tværs, og da jeg interesserer mig for noget, man kunne sige befinder sig i et teologisk minefelt, fordi hospitalspræsten er ordineret af og ansat i Den danske Folkekirke og dermed bundet af kirkens

KAPITEL 2. METODE

bekendelsesskrifter og præsteløftet, er informanternes anonymitet afgørende. Man kunne nemlig forestille sig, at jeg kunne få indblik i det, sociologen James M. Henslin kalder ”guilty knowledge” (Henslin, 1972:60f in Jacobsen, Kristiansen, 2001:39). Ikke i betydningen direkte kriminelle handlinger og aktiviteter, som Henslin hentyder til, men viden, holdninger og adfærd som på en eller anden måde står i modsætning til det, vedkommende loyalt forventes at stå for og udføre i overensstemmelse med hans eller hendes ansættelse, og som kan medføre en eller anden form for modsætningsforhold til hospitalspræstens foresatte, provst og biskop. Et eksempel kunne være præsternes absolutte tavshedspligt, som ser ud til at være vanskelig at administrere helt efter bogen, hvis man er en del af et tværfagligt team (se f.eks. Gitte 72; 2.56 Sidsel, 2.57 Maiken og 2.60 Poula). I forlængelse af princippet om anonymitet er det derfor også væsentligt at garantere informanternes fortrolighed (Jacobsen, Kristiansen, 2001:76), dvs. jeg på forhånd lover de implicerede, at den viden, jeg indsamler om dem, forbliver min private ejendom, og at jeg overholder min tavshedspligt, sådan at deres identitet ikke kan spores. Når jeg i analysen citerer fra interviewene, må jeg derfor sikre mig, at personlige oplysninger ikke genkendes.

Et særligt etisk problem i denne sammenhæng er respekten for privatlivets fred. I grundlæggende forstand har også præster sfærer, som ikke automatisk kan eller skal gøres til genstand for forskeres nysgerrige blikke, spørgsmål og vurderinger (Jacobsen, Kristiansen, 2001:77). Men i kraft af projektets tema, som vedrører dybt eksistentielle problemstillinger, tro og livsholdninger, kan det ikke undgås at interviewene vil nærme sig og også overskride grænserne mellem det offentlige og det private, som det for øvrigt i forvejen ikke er enkelt at skelne mellem i en facebook-kultur-tid, hvor det mest private og intime liv udbasunerer offentligt. En af fordelene ved at interviewe ligesindede akademikere er, at de sandsynligvis ikke af ærbødighed overfor forskeren kunne finde på at afsløre mere om deres privatliv, end de har lyst til. Det skal naturligvis ikke afholde mig fra i introduktionen til hvert interview at understrege, at man altid på mine spørgsmål kan sige: ”Det ønsker jeg ikke at tale om!”

2.10. Reliabilitet, validitet og generaliserbarhed

Reliabilitet, validitet og generaliserbarhed er den hellige treenighed, når det handler om hvilke krav, der kan stilles til videnskabelig viden (Kvale, 1997: 225). Men overtages disse krav blindt, når det drejer sig om kvalitativ forskning, har man på forhånd underkendt den (Tanggaard, Brinkmann, 2010: 490). Som nævnt i indledningen til dette kapitel placerer dette studie sig indenfor det

KAPITEL 2. METODE

fortolkningsvidenskabelige paradigme (Launsø, Rieper, 2005, 59). I et sådant paradigme kan man med Kvale tale om, at

”the conception of knowledge as a mirror of reality is replaced by a conception of ”the social construction of reality”... where the focus is on the interpretation and negotiation of the meaning of the social world” (Kvale, 1996: 41).

Derfor giver det mere mening at tale om transparens eller gennemsigtighed i stedet for reliabilitet, om gyldighed i stedet for validitet og om genkendelighed eller overførbare i stedet for generaliserbarhed (Thagaard, 2004: 185f). Den britiske sociolog Rosaline S. Barbour taler netop for, at man i kvalitativ forskning bruger

”the concepts of credibility, dependability, confirmability, and transferability instead of the positivist notions of validity, reliability, objectivity, and generalization” (Barbour, 1998:354).

Gængs betydning af kravet om reliabilitet er nemlig meningsløs i kvalitativ forskning. Andre kan ikke gentage interviewene med de samme mennesker og nå til identiske konklusioner, dels fordi forskeren er en uadskillelig del af forskningsprocessen i kraft af de teoretiske og praktiske valg, han foretager og de tolkninger, han anlægger på datamaterialet - resultatet er afhængig af hvem, der spørger - dels fordi de interviewede og deres syn på temaet qua processen vil være forandret. Man kan ikke bade to gange i den samme flod, som den græske filosof Heraklit udtrykte det. I stedet giver det mening at tale om transparens eller gennemsigtighed. Det vil sige, at læseren skal kunne se hvilke valg af teoretisk og praktisk karakter, der er foretaget, og hvorfor de er foretaget. I forskningsprocessen må der være pålidelighed og redelighed. De trufne valg skal være velovervejede. Processen skal være gennemsigtig, så læseren kan forholde sig kritisk til undersøgelsens resultat (Fredslund, Dahlager, 2011: 83). I kvalitative projekter kan man i modsætning til kvantitative undersøgelser netop ikke henvise til standardmetoder, hvor empirien indsamles og behandles i overensstemmelse med fastlagte, velafprøvede procedurer. Kvaliteten eller gyldigheden må derfor måles på, hvordan den producerede viden er blevet til, hvorfor det er nødvendigt at redegøre for hvert skridt, der er foretaget, så læseren kan iagttage den indre sammenhæng i undersøgelsen. Der er altså krav om konsistens og kohærens. Det vil sige, at de anvendte teorier skal have forklaringskraft i forhold til det, man undersøger; de analytiske begreber skal være veldefinerede og benyttes konsistent, og de analysemetoder, man bruger, må vælges ud fra deres egnethed til at belyse

KAPITEL 2. METODE

problemstillingen (Fredslund, Dahlager, 2011: 84). Endelig betyder generaliserbarhed at udsige noget generelt eller universelt om det, man undersøger. I kvantitativ forskning opereres med en statistisk generaliserbarhed ved en tilstrækkelig stor og tilfældig udvalgt population. Det er naturligvis meningsløst i kvalitativ forskning (Fredslund, Dahlager, 2011: 84). Kvale taler i stedet om analytisk generalisering, som er

”en velovervejede bedømmelse af, i hvilken grad resultaterne fra en undersøgelse kan være vejledende for, hvad der kunne ske i en anden situation” (Kvale, 1997: 228).

Aktuelt vil det sige at overveje, hvorvidt konklusionerne på analysen af interviewene udsiger noget generelt om, hvad den terapeutiske kultur betyder for hospice- og hospitalspræster i almindelighed. Bekræfter f.eks. andre empiriske undersøgelser denne undersøgelses resultat? Dette spørgsmål vil jeg forholde mig til i konklusionen.

Jeg vil nu afslutningsvis kort beskrive forskningsprocessen, hvor man kan iagttage vejen fra teori over orienterende begreber eller tematikker til spørgeguide, kodning og analyse, så denne vej sammen med beskrivelsen af alle de metodiske og praktiske valg, jeg har redegjort for i indeværende kapitel, kan bidrage til at skabe gennemsigtighed og kvalitet. Desuden vil jeg præsentere informanterne.

2.11. Forskningsprocessen

Sociologerne Erik Jørgen Hansen og Bjarne Hjort Andersen fremhæver, at forestillingen om, at forskningsprocessen er en lineær proces, er en illusion. I virkelighedens verden er der altid tale om en pendlen mellem de forskellige faser (Hansen, Hjorth Andersen, 2009:30). Dette projekt er da heller ikke nogen undtagelse fra denne regel. Som jeg tidligere har argumenteret for i dette kapitel, er det for at kunne besvare projektets spørgsmål nødvendigt med såvel en deduktivt orienteret som en induktivt inspireret tilgang til datamaterialet, og jeg har peget på, at de orienterende begreber og tematikker til brug for den deduktive tilgang må hentes fra både en sociologisk, psykologisk og teologisk begrebsverden.

På baggrund af en bred læsning af litteraturen om (kritikken af) den terapeutiske kultur udarbejdede jeg i første halvdel af 2014 nedenstående skema, hvor jeg forsøgte at relatere de efter min opfattelse vigtigste sociologiske og

KAPITEL 2. METODE

psykologiske orienterende begreber og tematikker i dette litteraturkorpus til teologiske ditto med henblik på at kunne operationalisere dem i en interviewguide til brug for de individuelle interviews. Pkt. 1 er fokuset for den induktivt inspirerede tilgang, mens pkt. 2-7 handler om de tematikker, jeg forestiller mig skulle være styrende for den fortrinsvis deduktive tilgang, dvs. udgøre de heuristiske redskaber, der indledningsvis kunne pege på, hvor jeg vil kigge hen og, hvad jeg vil kigge efter i datamaterialet for at undersøge, hvilken betydning den terapeutiske kultur har for hospitals- og hospicepræsters teologi, tro og praksis og eventuelt hvordan og hvorfor. Indholdet af pkt. 1-7 er i skemaet kun antydnet.

Orienterende begreber og tematikker							
Sociologiske og psykologiske begreber og tematikker	1.Terapeutisering	2.Individualisering Privatisering, fragmentering, sekularisering, verden skabes indefra	3.Autonomisering Alt begynder fra selvet, "foretags-selvet"	4.Sakralisering af selvet Mennesket er sig selv nok. Det onde kommer udefra.	5.Selvrealisering Emotionalisering (det sande er det, der føles godt) subjektivering, aftraditionalisering, emotivistisk etik	6.Immanent frelse= helse Transcendensforskydning, instant gratifikation, Mål =well-being, selvet som arnested for frelsen	7.Psykologisering Livet beskrives i psykologiske termer. Sorg som reparations-teknologi
Teologiske begreber og tematikker	Hospitals-/hospice-præstens rolle	Ontologi Fælles grundvilkår (sårbarhed, skrøbelighed, dødelighed), skabthed, livet som gave	Afhængighed Interdependens, det afhængige menneske, mennesket bliver til i relation	Antropologi (menneskesyn) Det syndige og skyldige og skrøbelige menneske	Etik/moral/gudsbillede Eksternt funderet moral, ansvar for næsten, lydighed, pligt, selvfornægtelse	Eskatologi/soteriologi Himmel, evighed, frelse, dom, nåde, tilgivelse, Frelsen extra nos	Sorg og tab som eksistentielle grundvilkår

Det resulterede i en interviewguide, hvor jeg med inspiration fra Tanggaard og Brinkmann (Tanggaard, Brinkmann, 2010) skelner mellem forskningsspørgsmål og interviewspørgsmål, hvor de sidste er dem, der direkte er vejledende undervejs i interviewet, og som hjælper mig med at huske, om jeg har været omkring de aspekter eller temaer, jeg gerne vil berøre. For at sikre, at begge former for spørgsmål var forankrede i de tematikker og begreber, som litteraturen præsenterer, udarbejdede jeg et omfattende noteapparat (ca. 50 sider) med henvisninger, citater og kommentarer til disse. Forskningsspørgsmålene kom til at se ud som følger, hvor parenteserne stikordsvist angiver det spændingsfelt, som informanterne ifølge litteraturen må formodes at befinde sig i mellem på den ene side den terapeutiske etos og på den anden side præsternes "learned theology":

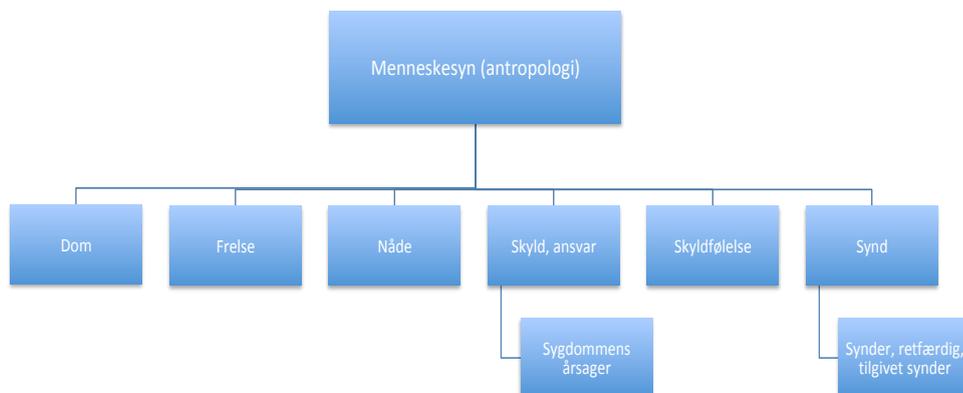
KAPITEL 2. METODE

1. Hvad er præstens rolle på hospitalet/hospicet? (terapeut vs. præst)
2. Hvilken ontologi abonnerer præsten på? (individualisering, privatisering, verden skabes indefra vs. fælles grundvilkår, sårbarhed, skrøbelighed, dødelighed, skabthed, livet som gave)
3. Hvad er menneskets kerne eller essens? (alt begynder fra selvet, foretagsselvet vs. afhængighed, interdependens, mennesket bliver til i relation)
4. Hvad er præstens menneskesyn? (sakralisering af selvet vs. det skyldige og syndige menneske)
5. Hvordan begrundes moralen/etikken? (emotionalisering, emotivistisk etik vs. lydighed, pligt, eksternt funderet moral, guds billede)
6. Hvilken eskatologi og soteriologi opererer præsten med (immanent frelse=helse, instant gratifikation, well-being vs. himmel, evighed, frelse, dom, nåde, tilgivelse)
7. Hvordan forstår og taler præsten om sorg og tab? (psykologisering, sorg som reparationsteknologi vs. sorg og tab som eksistensvilkår)

De detaljerede interviewspørgsmål fremgår af bilag 4. Da undersøgelsesfeltet er informanternes såkaldt almindelige teologi, som jeg har defineret som bestående af såvel kognitive elementer (hvad tænker du?), emotionelle elementer (hvad tror du?) og praksisorienterede elementer (hvad gør du?), har jeg bestræbt mig på, at interviewspørgsmålene retter sig mod både betydning, trosindhold og praksis (Andersen, Lüchau, 2011: 101).

Denne interviewguide blev som nævnt afprøvet i tre pilotinterviews i november og december 2014. Interviewene blev transskriberet umiddelbart herefter, og jeg vurderede, at guiden trods sin kompleksitet fungerede godt. Interviewene så ud til at levere et materiale, som var anvendeligt til at besvare projektets spørgsmål. De resterende syv individuelle interviews blev foretaget medio december 2014 og januar, februar og marts 2015. Efter transskriberingen blev den teoristyrede dataanalyse med inspiration fra Malterud (Malterud, 2011) udført på den måde, at jeg først læste materialet igennem for at opnå et helhedsindtryk og få en fornemmelse af tværgående temaer og problemstillinger. Dernæst søgte jeg efter udsagn, der kunne kaste lys over pkt. 1-7. I dette arbejde benyttede jeg computerprogrammet Nvivo, som netop er beregnet til at organisere og analysere ustrukturerede, ikke-numeriske data. Herefter blev disse udsagn finsorteret i underbegreber eller undertemaer, som hver især udfolder forskellige aspekter af den overordnede tematik. Herunder vises som eksempel pkt. 4.: *Hvad er præstens menneskesyn (antropologi)?*

KAPITEL 2. METODE



I anden halvdel af 2015 skrev jeg det første udkast til afhandlingens teoriafsnit, hvis disposition i hovedsagen var bestemt af de syv punkter. Men efterhånden blev det mere og mere tydeligt for mig, at jeg i dette udkast var alt for styret af litteraturen og dens antagelser. Jeg manglede en mere selvstændig tilgang, der teoretisk kunne gøre optikken skarpere og mere fokuseret. Jeg var desuden nødt til både at beskrive hospitals- og hospicekulturen, fordi det er den kontekst, præsterne arbejder i, og den evangelisk lutherske teologi, fordi det er den, informanterne må formodes at have med sig som protestantiske teologer. Både konteksten og den teologiske bagage kan nemlig tænkes at have indflydelse på den terapeutiske kulturs betydning for informanterne. Jeg arbejdede mig frem til en forståelse af den terapeutiske kultur som hvilende på fem grundantagelser:

- I. Selvet i centrum. Selvet som både mål og middel
- II. Mennesket har uanede muligheder
- III. Alle problemer er individuelle – også lidelsen
- IV. Mennesket er offer og skyldfølelsen kan afhjælpes
- V. Mennesket er dømt til selvrealisering

Disse grundantagelser har jeg valgt at lade strukturere teorikapitlets hovedafsnit. Som det vil fremgå af det følgende kapitel, blev dette afsnit suppleret med to kortere afsnit, hvor jeg dels tegner et billede af informanternes ”learned theology” og hospitals- og hospicekulturen, dels overvejer, hvordan den teologiske bagage og konteksten hver især kunne tænkes at forstærke/afsvække den terapeutiske kulturs betydning. Analysens samlede optik kom derved til at bestå af

- de fem grundantagelser
- evangelisk luthersk teologi
- hospitals-/hospicekulturen

KAPITEL 2. METODE

Herefter vendte jeg tilbage til den oprindelige kodning og konstaterede, at jeg, som det fremgår af nedenstående, meningsfuldt kunne placere de oprindelige syv punkter ind i den nye struktur, så en fuldstændig omkodning af interviewene ikke så ud til at være påkrævet.

- I. Selvet i centrum. Selvet som både mål og middel
 - Pkt. 3 Hvad er menneskets kerne eller essens?
 - Pkt. 5 Hvordan begrundes moralen/etikken?
- II. Mennesket har uanede muligheder
 - Pkt. 2 Hvilken ontologi abonnerer præsten på?
- III. Alle problemer er individuelle – også lidelsen
 - Pkt. 7 Hvordan forstår og taler præsten om sorg og tab?
- IV. Mennesket er offer og skyldfølelse kan afhjælpes
 - Pkt. 4 Hvad er præstens menneskesyn (antropologi)?
- V. Mennesket er dømt til selvrealisering
 - Pkt. 6 Hvilken eskatologi og soteriologi opererer præsten med?

I.-V. kom således til at udgøre overskrifterne for den fortrinsvis deduktive del af analysen, hvor det oprindelige pkt. 1.: *Hvad er præstens rolle på hospitalet/hospicet?* blev overskriften for den mere induktivt inspirerede del. De to fokusgruppeinterviews, som jeg foretog i maj og juni 2016, er ikke kodet på samme måde som de individuelle interviews, da min interesse primært her var informanternes egen forståelse af deres rolle på hospitalet eller hospicet i forhold til andre faggrupper, specielt psykologerne, og deres indbyrdes diskussioner og samspil i den forbindelse. Materialet fra fokusgrupperne bidrager hovedsageligt til den induktivt orienterede del af analysen.

2.12. Præsentation af informanterne

Samtlige informanter har fuldtidsstillinger, bortset fra to (Elsebeth og Adam), men den andel af arbejdstiden, der skal erlægges på hospitalet eller hospicet er typisk suppleret med en ansættelse som sognepræst. Jeg angiver i det følgende kun deres hospitals-/hospicepræstekvote. De er alle cand.theol. fra enten Aarhus eller Københavns Universitet, har fulgt pastoralseminariets kursus i praktisk præstegerning i Aarhus eller København, bestået bispeeksamen og er ordineret af biskoppen i det stift, hvor det sogn, de først blev ansat i, hører hjemme. Ifølge en rapport fra 2015 om funktionspræster i Danmark, som bygger på en spørgeskemaundersøgelse, der for præster i sundhedssektorens vedkommende er udsendt til 111 personer (med 71 besvarelser), kombineret med semistrukturerede, kvalitative interviews, er profilen for præster i sundhedsvæsenet kendetegnet ved at være:

KAPITEL 2. METODE

- Overvejende kvinder
- Forholdsvis høj gennemsnitsalder
- Gerne supplerende uddannelse af terapeutisk karakter
- Frekventerer ofte kursus i Folkekirkens Uddannelses- og Videnscenter regi (FUV)
- Indtræder ikke nødvendigvis med det første embede som præst i sundhedssektoren. Spændet mellem første ansættelse som præst og første ansættelse som præst i sundhedssektoren er således bredt (Kühle, 2015:44)

Denne profil er absolut genkendelig hos dette studies informanter, hvad der taler for, at resultaterne kan udsige noget generelt om hospitals- og hospicepræsters tænkning, tro og praksis. Der er 17 kvinder og tre mænd. Den yngste er 32 år og resten fordeler sig mellem 38 og 66, hvor 10 personer er 49 år og derover. Gennemsnitsalderen er ca. 50. Mange har, som det fremgår af nedenstående, fulgt *Grundkursus i sjælesorg for sognepræster*, som er Folkekirkens Uddannelses- og Videnscenters efteruddannelsesstilbud til sognepræster og *Grundkursus i sjælesorg for institutionspræster*, som er efteruddannelsesstilbuddet til hospitals- og hospicepræster. Fire af informanterne er desuden uddannet som supervisorer (arbejdsvejledere) ved FUV. Derudover har syv af de i alt 20 informanter fulgt hele eller dele af præsten og psykoterapeuten Bent Falks 3-årige kursus i gestaltterapi og sjælesorg. Falk har ud over sin baggrund som præst en såvel jungiansk som gestaltterapeutisk uddannelse bag sig. Han forsøger at forene humanistisk-eksistentielle terapimetoder med en kristen eksistensfilosofi/-teologi og har ofte givet udtryk for en generel uvilje mod at fastlægge et principielt skel mellem psykoterapi og sjælesorg (se f.eks. Falk, 1995). Han angriber både en åndløs psykologi og en sjælesorg, der ikke vil lade sig påvirke af psykologiens virkelighedsbeskrivelse (se Falk, 1998) og har gennem såvel sin udstrakte foredrags-, vejlednings- og kursusvirksomhed som gennem sine bøger (Falk, 1996, Falk, 1998, Falk, 2006) stor indflydelse på danske præsters forståelse af sjælesorg i al almindelighed og hospitals- og hospicepræsters i særdeleshed.

2.12.1. Informanter, individuelle interviews

Agnes, 41 år, har været hospitalspræst i to år (kvote 75%), hvor hun også indgår i et palliativt team. Inden ansættelsen her var hun sognepræst i 12 år. Hun har fulgt *Grundkursus i sjælesorg for sognepræster*.

Frida, 66 år, har været sognepræst i knap 30 år. Har nu et kortere vikariat på et hospice og i et palliativt team (50%). Der forinden var hun hospitalspræst i to år (kvote 66%).

KAPITEL 2. METODE

Bente, 38 år, har været hospitalspræst i 1½ år (kvote 90%). Inden da var hun i kortere tid hospitalspræst (kvote 25%) på et andet hospital. Hun har fulgt *Grundkursus i sjælesorg for institutionspræster*.

Bo, 43 år, har været hospitalspræst i tre år (25%). Han har tidligere været sognepræst på landet i otte år. Som sognepræst har han fulgt *Grundkursus i sjælesorg for sognepræster* og har nu under ansættelsen som hospitalspræst suppleret med *Grundkursus i sjælesorg for institutionspræster*.

Dorte, 66 år, har været præst i psykiatrien i mere end 20 år (kvote 95%) og har der forinden været både sognepræst på landet og fængselspræst. Hun har en psykoterapeutisk uddannelse og understreger særligt betydningen af den supervision, hun har fået af Bent Falk. Er uddannet supervisor fra FUV.

Cecilie, 53 år, har været præst på et hospital og et dertil knyttet palliativt team i fire år (kvote 50%). Hun har en baggrund som sognepræst. Har altid været interesseret i psykologi. Har fulgt Bent Falks 3-årige uddannelse i gestaltterapi og sjælesorg, *Grundkursus i sjælesorg for sognepræster* og er uddannet supervisor fra FUV.

Gitte, 58 år, har været ansat på et hospice i fem år (kvote 50%). Har tidligere arbejdet i et palliativt team og været sognepræst på fuld tid. Har fulgt Bent Falks 3-årige uddannelse i gestaltterapi og sjælesorg, *Grundkursus i sjælesorg for institutionspræster* og er uddannet supervisor fra FUV.

Adam, 32 år, har i tre år været ansat på et somatisk hospital (kvote 30%). Han har en tillægsuddannelse i journalistik og kommunikation og har fulgt *Grundkursus i sjælesorg for institutionspræster*.

Helga, 41 år, har været ansat på et somatisk hospital i et år (kvote 60%). Har tidligere været præst andre steder på såvel et somatisk hospital som i psykiatrien og har været sognepræst på fuld tid. Har fulgt *Grundkursus i sjælesorg for institutionspræster*, medicinstudiets psykiatrimodul og er i gang med en master i religionssociologi.

Elsebeth, 49 år, har været ansat på et hospital i otte år (kvote 60%). Inden ansættelsen her var hun sognepræst. Hun har et længerevarende terapeutisk efteruddannelsesforløb, har fulgt Bent Falks 3-årige uddannelse i gestaltterapi og sjælesorg suppleret med et overbygningsår, har *Grundkursus i sjælesorg for institutionspræster* og er uddannet supervisor fra FUV.

2.12.2. Informanter, fokusgrupper

Da jeg i analysen af fokusgrupper mere har fokus på interaktionen deltagerne imellem end på de individuelle udsagn er præsentationen her mere kortfattet.

Fokusgruppe 1

Jenny, 60 år, ansat i 23 år på et somatisk hospital (kvote 100%)

Iben, 46 år, ansat i 12 år på et somatisk hospital (kvote 40%). Har fulgt dele af Bent Falks uddannelse i gestaltterapi og sjælesorg.

Karen, 63 år, ansat i 17 år på et psykiatrisk hospital (kvote 100%). Har fulgt Bent Falks uddannelse i gestaltterapi og sjælesorg.

Claus, 56 år, hospicepræst gennem otte år (kvote 25%). Har fulgt Bent Falks uddannelse i gestaltterapi og sjælesorg.

Fokusgruppe 2

Lisbeth, 39 år, ansat 2 ½ år på et somatisk hospital (kvote 75%)

Ragnhild, 41 år, ansat syv år på et somatisk hospital (kvote 25%)

Maiken, 63 år, ansat i seks år som hospicepræst (kvote 50%) og præst på et specialhospital (kvote 50%) (Maiken forlod gruppen efter ca. en time).

Sidsel, 61 år, ansat i seks år som hospicepræst (kvote 30%)

Nelly, 49 år, ansat i to år på et psykiatrisk hospital (kvote 33%)

Poula, 41 år, ansat 3 ½ år på et somatisk hospital (kvote 85%)

For at tage vare på informanternes anonymitet fremgår det ikke, hvor de geografisk hører til i Danmark. Navnene er selvfølgelig opdigtede. Henvisningerne til de individuelle interviews vil eksempelvis have formen (Gitte 82), hvilket betyder interview med Gitte, udsagn nr. 82. Henvisninger til fokusgrupperne vil til forskel fra de individuelle interviews have formen (1.100 Jenny) eller (2.80 Lisbeth), hvilket betyder henholdsvis fokusgruppe nr. 1, udsagn nr. 100, som hidrører Jenny og fokusgruppe nr. 2, udsagn 80, som hidrører Lisbeth.

Hvor der i afhandlingen er gengivet citater fra interviewene, fremgår de rensede, dvs. i en mere ligefrem, læseværdig sproglig form end det direkte talesprog med alle dets digressioner, gentagelser, manglende ord m.m.

Jeg vil nu gå videre og redegøre for studiets teoretiske fundament.

3. Teori

3.1. Kapitlets disposition

Dette kapitel indeholder fire afsnit. Efter en indledning, hvor jeg definerer begrebet den terapeutiske kultur og dens etos, dens moralske grundindstilling, og redegør for forudsætningerne for overhovedet at tale om en sådan, følger tre afsnit, som udgør projektets samlede analytiske ramme. I det første og længste afsnit udfolder jeg det, jeg kalder den terapeutiske etos' fem grundantagelser. Her indkredser jeg den måde, denne kultur og dens etos konstruerer det senmoderne menneskes forståelse af sig selv, de andre, verden, hvad frelse er m.m. for ad den vej at bestemme, hvad jeg skal kigge efter i empirien med henblik på at kunne sige noget om den terapeutiske kulturs betydning for hospitals- og hospicepræsters tænkning, tro og praksis. Herefter følger et afsnit, som tegner et billede af det kristne menneskesyn eller det, man kunne kalde præsternes *learned theology*, dvs. den teologiske bagage, de som teologer og præster i den danske folkekirke må formodes at have med sig: Hvordan konstruerer evangelisk-luthersk teologi mennesket, verden, frelsen? Det gør jeg, fordi det på forhånd kan være med til at skærpe mit analytiske blik for de områder, hvor der kunne tænkes at være friktion mellem den terapeutiske etos' ontologi, antropologi og soteriologi og en kristen ditto. Kapitlet sluttet af med et kortere afsnit, hvor jeg på baggrund af nogle af de pointer, jeg har med mig fra de to første afsnit, tegner et billede af hospitalskulturen og de måder, den konstruerer eller måske rettere dekonstruerer mennesket. Da det er den overordnede ramme, de fleste af mine informanter fungerer i (15 præster ud af 20), kan også hospitalskulturen have indflydelse på besvarelsen af projektets forskningsspørgsmål: Understøtter eller modarbejder hospitalskulturen den betydning, den terapeutiske kultur kan have for præsten?²⁴ Den terapeutiske etos, evangelisk-luthersk teologi og hospitalskulturen skal forstås som idealtyper i Webersk forstand (Weber, 2002), dvs. som abstraktioner eller stiliserede udgave af virkeligheden, som ingen steder findes empirisk i rendyrket form. Weber taler netop om, at idealtypen opstilles

²⁴ De resterende fem præster arbejder på hospice. I kapitlets afsluttende bemærkninger overvejer jeg kort, hvilken særlig betydning hospice som arbejdssted kan have for besvarelsen af projektets spørgsmål.

KAPITEL 3. TEORI

”... ved at man ensidig betoner eet eller flere synspunkter, og sammenfatter en mængde enkeltfenomener som forefindes spredt og med uklare grænser her i større, her i mindre grad, og enkelte steder i det helt tatt, enkeltfenomener som foyer seg etter de nevnte ensidig fremhevte synspunkter og blir til et i seg selv enhetlig tankebilde. Ikke noe sted i virkeligheten finnes noe empirisk motstykke til dette tankebilde i dets begrepsmessige renhet. Det er en utopi, og oppgaven for den historiske forskning blir å fastslå i hvert enkelt tilfelle hvor nært eller fjernt dette idealbilde står virkeligheten... Med henblik på utforskning og anskueliggjørelse har imidlertid dette begreb sine særlige fordele når det anvendes med forsigtighed (Weber, 2002:199f).

Ud fra den forståelse, at det ikke er menneskeligt muligt at forstå et fænomen uden at forenkle det, skal alle tre typer altså ses som forsimplinger af virkeligheden, som har til formål at understrege visse elementer, der er fællestræk ved de fleste tilfælde af fænomenerne. De udtrykker med religionssociologen Ole Riis' ord ikke ”essensen” af virkeligheden, men sammenfatter de tegn, jeg som forsker tillægger betydning (Riis, 1997:95). Den terapeutiske etos, evangelisk-luthersk teologi og hospitalskulturen er således analytiske konstruktioner. Det er det analytiske spejl, som præsternes tænkning, tro og praksis kan sættes op imod. Ikke for at søge efter deres lutherdom, men for at kunne tegne et billede af deres almindelige eller levede teologi. Idealtyperne er nyttige som heuristiske redskaber med henblik på at udpege de for analysen relevante dimensioner i et kompleks af empiriske fænomener (Ibid:107). Den danske religionssociolog Steen Marquard Rasmussen understreger netop, at Max Weber konstruerer begrebet idealtyper med det formål at skabe en bestemt kombination af forenkling og nuancering (Mortensen, Schelde Christensen & Viftrup, 2007:10). Typerne fungerer altså her som et analytisk spejl for den enkelte præsts tænkning, tro og praksis og dermed også en mulighed for, at hun i sin levede teologi repræsenterer en blanding af disse.

3.2. Indledning

3.2.1. Den terapeutiske kultur – en definition

Jeg har valgt at undersøge psykologiens betydning for danske hospice- og hospitalspræsters tænkning, tro og praksis i senmoderiteten på

KAPITEL 3. TEORI

baggrund af den litteratur, man almindeligvis refererer til under begrebet ”den terapeutiske kultur” (Imber, 2004, Furedi, 2004, Martin, 2006, Illouz, 2008, Madsen, 2010), ”den terapeutiske etos” (Lears 1983, Nolan 1998) og ”terapiens triumf” (Rieff, 1966/2006). Denne hovedsageligt sociologiske litteratur har det til fælles, at den undersøger såvel de brede samfundsmæssige og historiske virkninger af psykologiens indflydelse i senmoderne vestlige samfund som konsekvenserne for det enkelte individ. Endvidere har den det til fælles, at den er stærkt kritisk i forhold til denne indflydelse. Når jeg derfor i det følgende bruger begrebet ”den terapeutiske kultur” betyder det ”kritikken af den terapeutiske kultur”. Dette greb er nødvendigt, fordi der er forskel på X og kritikken af X, og det åbner for muligheden af, at der selvfølgelig kan være former for psykologi og terapi, som kritikken ikke rammer. For selvom sociologer som Nicolas Rose og Eva Illouz forsøger at vriste dokumentationen for psykologiens voksende indflydelse løs fra den noget endimensionelle forståelse, at den alene er repressiv og ideologisk undertrykkende, og netop fastholder, at den også kan have en emancipatorisk funktion (Rose, 1999, Illouz, 2008)²⁵, så er litteraturen på området som nævnt præget af store fejende samtidsdiagnoser. Brugen af det, Illouz med en fransk sociologs ord kalder ”bulldozerbegreber”, er vidt udbredt (Illouz, 2008:4). De tromler alt og udvisker vigtige forskelle. Litteraturens akilleshæl er altså, at den ikke beskæftiger sig med, hvor den terapeutiske kultur ikke er, og hvor kritikken derfor heller ikke rammer, hvad der måske netop gør den unødvendigt sårbar overfor beskyldningen for ensidighed, en kritik der har været fremført fra især psykologisk hold.

Kritikere af kritikken af den terapeutiske kultur hævder f.eks., at det ikke er psykologiens og psykologens opgave at tænke sociologisk, fordi det ville svare til at beskyldte astrofysik for ikke at interessere sig for molekylærbiologi. Den psykologiske videnskab er kun tro mod sit historiske ophav, når den forstår psykiske problemer som knyttet til individet. Det følger logisk af fagets studie af det moderne menneskelige subjekt. Et samfund kan ikke opleve psykiske lidelser, det kan kun menneskelige subjekter. Samfundsforhold kan naturligvis bidrage til, at psykiske lidelser udvikles i det enkelte individ, men de kan kun forstås individuelt. Den psykologiske subjektivitet besidder en autonomi, som ikke kan elimineres, så længe man forholder sig til psykologi som begreb og fænomen. Det er derfor ikke psykologien eller psykologens opgave at tænke kritisk om sociale og politiske forhold i nutiden. Det er andre faggrupper (Hillestad, 2009).

Den sociologiske udforskning af psykologiens betydning anklages altså for at sociologisere individuelle psykologiske/psykiske problemstillinger. Dvs.

²⁵ Dette bekræftes af flere empiriske undersøgelser (McLeod, Wright, 2009, Myers-Shirk, 2010, Muravchik, 2011, Wright, 2011)

KAPITEL 3. TEORI

at den ikke nøjes med at tilbyde intellektuel forståelse, men bliver ideologiserende og normativ. Men sker det, overskrider sociologien sit gyldighedsområde som videnskabelig distancerende disciplin, sådan som sociologen Peter L. Berger påpeger (Rasmussen, 1993). Den bliver til sociologisme og afskaffer i yderste instans subjektet. Sat på spidsen af den danske sociolog Henrik Dahl:

”I det sociologiske verdensbillede er det ikke den tykke mand, der har spist wienerbrødet, men samfundet. Det er ikke den alkoholiserede kvinde, der har drukket vodkaen, men patriarkatet. Det er ikke den voldelige islamist, der har skudt den jødiske vagtmand, men marginaliseringen”²⁶.

I forlængelse heraf kan man sige, at i kritikken af den terapeutiske kulturs verdensbillede er det ikke den stressramte, der vælger stresscoachen; den fortvivlede og martrede sørgende, der opsøger sin praktiserende læge for at få en henvisning til en psykolog eller den rådløse, der ikke kan finde mening og retning i sit liv, der køber selvhjælpsbogen. Det er individualiseringen, terapeutiseringen, psykologiseringen, emotiviseringen m.m. Kritikken af den terapeutiske kultur risikerer dermed at underkende det senmoderne menneskes individuelle oplevelse af lidelse, smerte og tab som motivationsfaktor i forhold til at opsøge psykologer og terapeuter. Underkende at der sandsynligvis ikke er nogen, der gør det for sjov. Det er let at være kritisk på et metaniveau, når man som sociolog sidder langt væk fra det lidende menneske, der rækker ud efter forståelser og værktøjer, der kan forandre hans eller hendes selvoplevede vanskelige liv. Det er naturligvis en vigtig indvending mod kritikken af den terapeutiske kultur, men spørgsmålet er, om det at problematisere psykologien som helhed og se den i lyset af den generelle samfundsudvikling er det samme som at skrive sig ud af psykologien? Den norske psykolog Ole Jacob Madsen mener nej. Da psykologien både bliver påvirket af og påvirker kulturen og samtiden, er det efter hans mening kun rimeligt, at man kræver, at professionen er i stand til at reflektere over, hvad denne gensidige påvirkning indebærer. Det må være ligeså vigtigt som overvejelser over, hvilke juridiske og moralske restriktioner der regulerer forholdet mellem klient og terapeut (Madsen, 2010:176). Man kan forlange, at psykologien gennemtænker sin egen præmis.

Med disse bemærkninger vil jeg med Madsen definere ”den terapeutiske kultur” som en samlebetegnelse for den sociologiske udforskning af de sociopolitiske implikationer af psykologiens gennemslag i senmoderniteten

²⁶ Lokaliseret 01.12.2016 på <http://www.b.dk/kommentarer/hvad-er-nu-det-for-noget-toejeri>.

(Madsen, 2013). Det er med Michel Foucaults ord psykologien som en kulturel form, dette projekt fokuserer på. Det er altså ikke så meget den videnskabelige psykologi eller psykologerne selv, det handler om, men psykologi som den tilværelsestolkning, der har præget den vestlige kultur. Jeg skelner mellem psykologi som en bestemt måde at opfatte mennesker og deres liv på og psykologer, der naturligvis i reglen er ordentlige og empatiske individer²⁷. ”Den terapeutiske kultur” er altså en teoretisk funderet antagelse eller det, man kunne kalde en analytisk figur²⁸, som tager udgangspunkt i, at psykologien ikke bare spiller en dominerende rolle i senmoderne vestlige samfund, men at denne rolle også har formende konsekvenser for såvel samfundet som individet. Denne antagelse skal i dette projekt verificeres på casen hospitals-og hospicepræster.

3.2.2. Psykologiens gennemslag i senmoderniteten

Madsens definition af begrebet den terapeutiske kultur har som en relativt uanfægtet præmis, at psykologien spiller en dominerende rolle i senmoderne vestlige samfund. Videnskabshistorikeren Roger Smith hævder i *The Norton History of Human Sciences*, at det 20. århundrede bør kaldes en psykologisk tidsalder, hvor enhver er blevet psykolog: ”everyone became his or her own psychologist, able and willing to describe life in psychological terms” (Smith, 1997: 577). Psykologien og de med psykologien beslægtede videnskaber har haft enorm succes fra sidste halvdel af 1900-tallet, hvor den er gået fra at være en smal, eksperimentel videnskab til at udgøre den vestlige kulturs ramme (Furedi, 2004).

Som illustrerende eksempler herpå er antallet af kliniske psykologer i USA tredoblet fra 1960 til 1980 (Nolan, 1998). Det samme finder man i andre vestlige lande. I Storbritannien er antallet af medlemmer af British Association for Counselling blevet tredoblet i perioden fra 1989 til 1999 (Furedi, 2004). I Norge er antallet af medlemmer i Norsk Psykologforening øget med 127% fra 1987 til 2004 (Madsen, 2004), og i Danmark er antallet af medlemmer af Dansk Psykolog Forening steget fra 55 ved foreningens stiftelse i 1947 til 9967 i 2016²⁹. Og stigningen i antallet af psykologer i den vestlige verden matcher tilsyneladende behovet. Ifølge den amerikanske psykologforening (APA) havde 46% af den amerikanske befolkning i 1995 været i kontakt med en psykoterapeut, og 10

²⁷ Jeg har denne præcisering fra ((Brinkmann, 2016:192, note 8)

²⁸ Af lignende analytiske figurer kan nævnes begrebet ”diagnosekultur” (Brinkmann, 2014) eller ”det psykologiserede samfund” (De Vos, 2012).

²⁹ Lokaliseret 23.11.2016 på <http://www.dp.dk/om-dp/foreningen-i-tal/>, downloaded 23.11.2016

KAPITEL 3. TEORI

millioner amerikanere vurderes årligt at modtage terapi (Nolan, 1998). Både i Norge og Danmark er den lange ventetid på og de manglende offentlige ressourcer til psykologbehandling blevet et tema i medierne³⁰, og ifølge Statens Institut for Folkesundhed vil ca. 20% af den danske befolkning i løbet af et år have problemer med mental sundhed, hvad der svarer til 700.000-800.000 voksne danskere³¹. På europæisk plan har epidemiologiske befolkningsundersøgelser vist, at den samlede livstidsprævalens for psykisk sygdom og lidelse udgør næsten 50% (Jørgensen, Nordentoft & Videbech, 2010). I 2001 udsendte World Health Organization (WHO) rapporten "Mental Health: New Understanding, new hope", som anslog, at mere end 24% af alle mennesker rammes af psykiske forstyrrelser på et eller andet tidspunkt i deres liv (WHO (World Health Organization), 2001). Og antallet af diagnoser, som disse lidelser kan ordnes i, er også vokset eksponentielt. I DSM-systemet (Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders) er antallet af kategorier vokset fra omkring 100 sider i DSM-1 til omkring 1000 sider i DSM-5. Særligt er andelen af forskellige psykiatriske diagnoser baseret på afvigende adfærd steget markant i de seneste udgaver af DSM (Det etiske råd, 2016:7).

Psykologien spiller tilsyneladende en central rolle, ikke bare i samfundsdebatten og samfundsplanlægningen, men også i samfundsudviklingen. Ifølge Rose er psykologien blevet en ufravigelig og uundgåelig del af det moderne liv, fordi den langt hen ad vejen har skabt og definerer os som de aktuelle selver, vi forstår os selv som (Rose, 1999:10). Det giver ikke længere mening at tale om psykologisering, fordi det at være menneske i dag først og fremmest er at være et psykologisk væsen (Madsen, Brinkmann, 2011). I den forstand er psykologien både et formelt system af viden, som har sine grænser og regler; som er produceret i formelle organisationer (universiteter, faglige fora m.m.), og som udføres i professionelle netværk (psykolog- og psykoterapeutforeninger) samtidig med, at den også er et uformelt, amorft og diffust kulturelt system, der er til stede i almindelige kulturelle praksisser og hverdagsselforståelser (Illouz, 2008: 10). Har det senmoderne menneske brug for råd og livsvejledning, vender det sig typisk mod psykologien og psykoterapien (Giddens, 1991).

Hvor der således langt hen ad vejen er konsensus om psykologiens betydning i senmoderne, vestlig kultur, går uenigheden på, hvordan man vurderer

³⁰ Lokaliseret 23.11.2016 på <https://www.nrk.no/ostlandssendingen/matte-vente-2-ar-pa-psykologhjelp-1.11642586>, lokaliseret 23.11.2016 på <http://politiken.dk/forbrugogliv/sundhedogmotion/sygdom/ECE2426111/koen-til-psykologen-kan-vaelte-laesset-for-depressive-mennesker/>, lokaliseret 23.11.2016 på <http://www.dr.dk/ligetil/indland/ventetid-til-psykolog-er-steget-voldsomt>,

³¹ lokaliseret 23.11.2016 på <http://www.si-folkesundhed.dk/Udgivelser/Bøger%20og%20rapporter/2008/2897%20Folkesundhedsrapporten%202007.aspx>

KAPITEL 3. TEORI

dette gennemslag? Hvilke konsekvenser har det for såvel individet som samfundet? Fra psykologisk hold er der en tendens til at se denne udvikling som ensidigt positiv³². Dette positive syn deles af flere sociologer, f.eks. Anthony Giddens, der gør opmærksom på den terapeutiske diskurs' emancipatoriske dimensioner, idet han forstår psykoterapeutiske teknikker som "a methodology of life-planning" (Giddens, 1991:180). I senmoderniteten har mennesket fået øgede muligheder for at forholde sig reflektivt til tilværelsen og de valg, de står overfor. Identitetsdannelsen er blevet den enkeltes ansvar. Man skal skabe sin egen livshistorie. Identiteten er altså en slags personlig konstruktion, hvor man efterhånden kan nå frem til at danne et "selv". Og i denne proces kan psykoterapeutiske teknikker være hjælpsomme redskaber, ja man kan ligefrem sige, at individet ifølge Giddens konstruerer sin selvopfattelse på et psykologisk grundlag (Fauske, 1998:2). Også Rose ser som nævnt det, han kalder psy-disciplinerne (psykologi, psykiatri, psykoterapi, psykoanalyse) som skabere af det moderne subjekt og som daglig garant for og reparatør af menneskers autonomi og frihed i en tid, hvor mennesker ikke bare er frie til vælge, men er tvunget til at være frie (Rose, 1998:17). Uden psy- er det blevet umuligt både at erfare ens egen eller andres personlighed og at styre sig selv eller andre. Det kan ikke lade sig gøre at tænke kulturen uden den. Rose er naturligvis ikke blind for bagsiderne af denne psy-diskurs, men han understreger i bogen *Inventing our selves*, at den simpelthen er præmissen for vores forståelse af os selv som autonome frie subjekter, og "it's all good" (Rose, 1998). Det kan ikke lade sig gøre at komme bag om den.

3.2.3. Psykologiens sociopolitiske implikationer

³² Når antallet af ADHD-diagnoser i Danmark ifølge Statens Serum Institut er steget med 1000% i perioden 2000-2009 fra godt 2000 mennesker til 24.000, vil argumentet fra psykologisk hold typisk være, at det skyldes, at vi i dag er mere opmærksomme på psykiske forstyrrelser og bedre til at erkende og behandle dem, end vi var tidligere (Brinkmann, 2010b:45). Psykologi ses som en måde at fremme menneskelig velfærd, hvorfor det handler om "giving psychology away", som den amerikanske psykolog og daværende formand for den amerikanske psykologforening (APA) George A. Miller paradigmatiske formulerer det på foreningens kongres i slutningen af 60'erne. Psykologens rolle er ikke så meget at være ekspert og selv forsøge at anvende psykologien, men at give psykologien til de mennesker, der har brug for den, og tilføjer Miller "that includes everyone." (Miller, 1969). Som et spejl af denne forståelse hedder det i den såkaldte danske psykologkampagne, at "psykologers viden og kompetencer kan medvirke til at styrke og udvikle den offentlige velfærd og sikre borgerens mentale sundhed" (lokaliseret 21.06.2015 på <http://www.dp.dk/fag-politik/psykologkampagnen/>). I den optik er psykologi simpelthen læren om det gode liv (Grenness, 2004). Psykologien skal løse samfundets udfordringer og gøre folk lykkelige.

KAPITEL 3. TEORI

Men hvor både Rose og Giddens således lægger vægt på psykologiens frigørende potentialer, har størstedelen af den litteratur, der anvender begrebet ”den terapeutiske kultur” som nævnt ovenfor opmærksomheden rettet mod psykologiens repressive og ideologisk undertrykkende funktioner. Den ser psykologien som en magtdiskurs og kritiserer den for at være blind for og ubevidst om, hvad den gør; at den ikke bare hjælper mennesker og samfundet med at løse deres/dets problemer, men også selv bidrager til at skabe dem (se f.eks. Beck 1997b, Nolan 1998, Rice 2004, Furedi 2004). Psykologien betragtes her ikke som udvendig i forhold til kulturen, men som aktiv deltager i udformningen af den og af de værdier, der præger den. Psykologien har, som Ole Jacob Madsens definition understreger, sociopolitiske implikationer, hvorfor den ikke kan være værdifri og uskyldig. Den skal derfor ikke kun vurderes på det, den er, men også på det, den gør; dvs. den måde, den skaber eller konstruerer mennesker og samfund på; den måde, den direkte og indirekte udøver magt, styring og kontrol på, og hvem den stiller sin magt til rådighed for. Begrebet ”den terapeutiske kultur” forudsætter altså et udefra kommende blik på psykologiens rolle i det senmoderne samfund, et blik som er blevet kaldt psykologiens nye kritiske historiografi.

3.2.4. Psykologiens nye kritiske historiografi

Dette blik hænger sammen med en samfundsvidenskabelig, nærmere bestemt en sociologisk, udforskning af psykologiens virkninger. Men også psykologer, som f.eks. Philip Cushman (Cushman, 1990), Carsten René Jørgensen (Jørgensen, 2002b), Svend Brinkmann (Brinkmann, 2010a), Tor-Johan Ekeland (Ekeland, 2012) og Madsen selv (Madsen 2010) understreger, at psykologi er en moralsk videnskab, der derfor nødvendigvis må have en kulturkritisk bevidsthed og være opmærksom på de virkninger eller konsekvenser, den har. Sociologien og den kritiske psykologi får altså øje på noget, som mainstreampsykologien ifølge kritikken ikke selv tematiserer eller måske direkte er blind for, nemlig psykologiens virkningshistorie. Mainstreampsykologien betragter billedlig talt subjektets being-in-the-world som en fisk i vandet, der er uafhængig af vandet og det øvrige miljø, den indgår i (Hoffmann, 2014:6).

Ser man på psykologiens videnskabshistorie har den været domineret af det, man kunne kalde et optimistisk eller positivistisk videnssyn (Jansz, Van Drunen, 2004). Man undersøger, hvorledes naturlige love bestemmer eller

KAPITEL 3. TEORI

determinerer subjektets handlinger³³, ligesom denne viden skal kunne testes og forudsiges med henblik på falsificering. De opdagelser, der gøres, flyttes altid ud i samfundet til bedste for menneskeheden. Anvendt psykologi er typisk blevet set som afledt af akademisk psykologi. Psykologien kommer således anskuet før psykologerne, og den opfattes som værdifri, objektiv og fremskridtsvenlig. I den forståelse er psykologien kumulativ. Den har med tiden fået mere og mere viden om mennesket og er derfor kommet tættere på sandheden om, hvad et menneske er (Brinkmann, 2012). Til forskel herfra ser det såkaldt revisionistiske videnssyn anvendt psykologi som noget, der opstår som følge af bestemte ændringer og behov i samfundet (Jansz, Van Drunen, 2004). Det er altså anvendelse og professionalisering, der har skabt psykologien. Den er blevet til, fordi den er nyttig og kan bruges til at styre og kontrollere (Ekeland, 2012). Psykologisk viden er ifølge dette syn ikke nødvendigvis fremskridtsvenlig, er aldrig værdifri og ofte undertrykkende eller tilslørende i forhold til samfundets reelle konflikter. Sproget er ganske vist forklarende, og teorierne er kausalorienterede, men dens praksis er fortolkende (Ekeland, 2012:752). Der er altså tale om et pragmatisk syn på psykologien. Det interesserer sig ikke først og fremmest for de psykologiske teoridannelsers sandhedsværdi, men fokuserer på psykologiens rolle som begrundelsesinstans i forhold til både offentlige og private anliggender. I den optik ses psykologiens udbredelse som et slags svar på det senmoderne menneskes mere fremskudte og udsatte position. Psykologiens historie forstås altså ud fra historiske individualiseringsprocesser: Først når individet opstår i historien som et fænomen og en kategori, giver det mening at lave en videnskab om den (Brinkmann, 2012). Denne udgave af psykologiens historie kaldes under ét for psykologiens nye kritiske historiografi (Jansz, Van Drunen, 2004).

Som en af repræsentanterne for denne nye psykologihistoriske skole hævder Kurt Danziger i bogen *Naming the Mind: How Psychology Found its Language* (Danziger, 1997), at psykologien på linje med naturvidenskaben har foretrukket at se sig selv som en videnskab, der har opdaget fænomener eller områder, der ikke tidligere har været belyst og derefter navngivet dem med videnskabelige ord som ”intelligens”, ”adfærd”, ”indlæring”, ”motivation” m.m. Men det forholder sig ifølge Danziger snarere sådan, at psykologien er medskabere af de fænomener, som den omhandler. Den er med til at formgive samfundet og medproducent eller medkonstruktør af de subjekter, der forstår sig selv ud fra de redskaber, psykologien stiller til rådighed (Danziger, 1990). Det enkelte individ kan

³³ Eksempelvis kan nævnes psykoanalysen, hvor individet ses som determineret af indre drifter eller behaviorismen, hvor det er ydre forhold, der er bestemmende.

KAPITEL 3. TEORI

altså ikke bare vælge a-psykologiske forståelser³⁴. Psykologien har udviklet en række såkaldte selvteknologier, som mennesker kan bruge til at forme og omforme sig selv som subjekter for at ”arbejde med sig selv”, ”realisere sig selv”, ”udvikle sig personligt”, ”finde sit indre barn”, ”få øget selvværd”, ”frisætte sine indre potentialer”, ”bearbejde sin sorg” osv. (Brinkmann, 2012: 757). Psykologien kan med Michel Foucault anskues som en bestemt historisk vidensform, vi har underlagt os og gjort til sandheden om, hvem vi er, med særlige praksisser og sociale teknikker til følge, dvs. en vidensform, hvorigennem vi både gør os selv og andre til objekter (Villadsen, 2007: 344). Psykologien er med andre ord dybt engageret i den proces, der med den canadiske videnskabsfilosof Ian Hacking ord kan beskrives som ”making up people”. Hvad der sker med tuberkulosebakterien, afhænger af, om den bliver behandlet eller ej med BCG-vaccinen (antibiotika). Det afhænger ikke af den måde, vi beskriver den på. Anderledes med menneskelige handlinger. De er i meget højere grad bestemt af den måde, vi beskriver dem (Hacking, 1999:166). I den forstand har psykologien systematisk været med til at ændre menneskers forståelse af sig selv, andre og verden. Som filosofen Alasdair MacIntyre påpeger, har mennesker i modsætning til molekyler siden slutningen af det 19. århundrede læst psykologibøger og er ad den vej blevet påvirket af psykologiske forståelsesformer. Mennesket har både fået nye veje til at forstå sig selv og nye selv'er at få viden om (MacIntyre, 1985: 898).

Pointen er altså, at psykologiens nye beskrivelser af eller viden om mennesker baner vej for nye handlinger, og ifølge Brinkmann har disse beskrivelser efter deres opkomst i det 19. århundrede overtaget kirkens rolle som skaber af menneskets forestillinger om tilværelsens indretning og deres forståelse af sig selv som subjekter (Brinkmann, 2012: 757). Udtrykt Foucaultsk: Hvor religionen tidligere i historien har fungeret som meningsdannende og indrammende for samfundet, er det ifølge kritikken af den terapeutiske kultur nu psykologien, der udgør den kulturelle ramme, mennesker forstår sig selv i. Det er psykologien, der objektiverer og subjektiverer mennesket. Psykologi er blevet til senmodernitetens monoteistiske ontologi (Madsen, Brinkmann, 2011: 179). Det er i den terapeutiske kultur ikke længere Gud, der skaber mennesket i sit billede (Genesis 1,27), men psykologien eller det terapeutiske livssyn. Hacking taler om såkaldte ”looping effekter”, hvor videnskabeligt udviklede kategorier enten anvendes af os selv eller bruges af andre til at beskrive os, hvorved de skaber eller danner os på nye måder (Hacking, 1995). I den forstand er psykologien ifølge kritikken blevet den

³⁴ Som et litterært eksempel herpå kan nævnes den franske forfatter Michel Houellebecqs debutroman *Udvidelsen af kampzonen* (Houellebecq 1994), hvor menneskets grundlæggende problemer bestemmes som indre, som psykologiske (Madsen, Brinkmann, 2011: 183).

KAPITEL 3. TEORI

mere eller mindre usynlige kode, der konstruerer vores indre liv, organiserer vores adfærd og strukturerer de måder og ritualer, hvorpå vi interagerer med andre. Den har overtaget religionens rolle og tilvejebringer guidelines for, hvordan mennesker skal leve (Kvale, 2003). Den har stor fortolkningsmagt og fortrænger moralske og normative vurderinger (Ekeland, 2007: 103) eller måske rettere: den skubber de moralske og normative vurderinger, der traditionelt har haft deres begrundelse i en ekstern, transcendent autoritet (Gud), til side og sætter selvet og den enkeltes følelser og behov i stedet. Denne nye kritiske historiografi tydeliggør altså, at psykologien som praksis er en normativ og kulturel aktør, og at der dermed er paralleller mellem psykologiens og religionens kulturelle, sociale og historiske funktioner. Ligesom religionen rummer psykologien ifølge dette blik en etos, en bestemt moralsk grundindstilling, der hjælper mennesker med at organisere både psykens indre liv og den ydre verdens sociale rum (Kvale, 2003).

3.2.5. Den terapeutiske etos

Denne terapeutiske etos kan bestemmes som et psykologisk tankemønster eller en psykologisk måde at tænke om sig selv og verden på, som gør sig gældende udenfor psykologiens traditionelle domæne (Madsen, 2013), f.eks. i skolen, på arbejdspladsen, i børneopdragelsen, i parforholdet, i medierne og måske også i hospitalspræstens praksis. At psykologi og psykologiske tankemønstre har betydning i terapiens rum, er naturligvis indlysende. Her hører det til. Det er dens invasive karakter (kritikken af) den terapeutiske kultur retter skytset imod. Som vi har set, peger den sociologiske udforskning af psykologiens rolle i senmoderniteten på, at psykologiske måder at tænke om sig selv og verden på er blevet naturaliseret. Det er sådan, vi tænker, uden vi tænker over det.

At det på den måde er selvet og følelserne, der er den vigtigste vejviser og autoritet, overskrider ifølge Illouz alle nationale grænser og regionale forskelle og danner grundlag for et globalt psykologisk tanke- og talesæt omkring individualiteten (Illouz, 2008). Dette tanke- og talesæt er ikke nødvendigvis sammenfaldende med psykologiprofessionens, men det er en slags dominerende kulturel logik, som denne profession er en højt betroet eksponent og måske også projektionsskærm for. For selvom den enkelte psykolog hverken personligt eller fagligt deler denne etos' antagelser, kan man på baggrund af ovenstående analyse forestille sig, at det er de forventninger psykologen bliver mødt med af de mennesker, der opsøger ham eller hende.³⁵ Logikken kan findes hos såvel coaches,

³⁵ Et hurtigt vue over danske internetannoncer for psykologbehandling ved autoriserede psykologer

KAPITEL 3. TEORI

psykoterapeuter og personlige trænere som hos faggrupper i sundhedsvæsenet, skolevæsenet, retsvæsenet og kirken. Pickren & Rutherford taler i bogen *A History of Modern Psychology in Context* om store P-psykologi og lille p-psykologi (Pickren, Rutherford, 2010:3). Store P-psykologi refererer til psykologi som en formel, institutionaliseret disciplin, der har et akademisk grundlag, og som uddanner psykologer, driver forskning, udgiver tidsskrifter, har organisationer osv., mens lille p-psykologi refererer til psykologi i almindelighed og tager form i den hverdagspsykologi, gennem hvilken mennesker giver deres liv mening. I denne opdeling er den terapeutiske etos indlysende lille p-psykologi.

På baggrund af en kondensering af litteraturen om (kritikken af) den terapeutiske kultur antager jeg, at dens etos idealtypisk rummer en række sammenhængende forståelser af mennesket og verden, som i prosaform lyder som følger:

Selvet er i centrum. Verden skabes indefra. Og hvad er det for et selv? Det er et uendeligt ressourcestærkt og selvansvarligt selv med uanede muligheder for udvikling. Til gengæld er dette selv helt alene om at skulle aktualisere disse muligheder og må dermed også selv bære konsekvenserne af at fejle, hvorfor alle problemer er individuelle. Også lidelsen. Går det galt, kan det dog trække i offernødbremsen, som kan afhjælpe skyldfølelsen. Mennesket er dermed dømt til selvrealisering, til finde sig selv i sig selv, hvorfor frelse er lig med helse eller well-being.

Heraf kan der udsondres fem grundantagelser:

1. *Selvet i centrum. Selvet som både mål og middel*

bekræfter, at der er kroge, som det, jeg vil kalde den terapeutiske etos' grundantagelser, kan hænge fast på. F.eks.:

”Drømmer du/I om et andet liv? Tag dig selv alvorligt og gør noget godt for dig selv? Samtaler med psykolog kan være med til at gøre dine/jeres drømme til virkelighed. Terapi tilbydes til en række problemstillinger herunder stress, angst, vrede, krise, sorg, utroskab, jalousi m.m.” (lokaliseret 23.11.2016 på <http://www.jettesmestad.dk>) eller

”I psykologbehandlingen får du nye evner til at mestre dit følelsesliv, belyse og helbrede følelsesmæssige vanskeligheder. Du vil opdage, hvordan du kan blive tryk ved følelser, oplevelser eller situationer, som hidtil har været vanskelige for dig, og du lærer, hvordan du virkelig kan være tilstede for dig selv, når du har allermost brug for det. Du får mange praktisk anvendelige redskaber, som du efterfølgende selv kan bruge i dit liv.” (lokaliseret 23.11.2016 på <http://elskdigselv.com/psykolog/>). Mennesket har uanede muligheder, hvis det bare vil bruge dem.

KAPITEL 3. TEORI

2. *Mennesket har uanede muligheder*
3. *Alle problemer er individuelle – også lidelsen*
4. *Mennesket er offer og skyldfølelse kan afhjælpes*
5. *Mennesket er dømt til selvrealisering*

hvor man kan sige, at antagelse nr. 1 er en bestemmelse af den terapeutiske etos' ontologi, nr. 2., 3. og 4. handler om den terapeutiske etos' antropologi og nr. 5 om den terapeutiske etos' soteriologi (frelseslære) og eskatologi. Disse fem grundantagelser, som man metaforisk kan kalde den terapeutiske etos' anatomi, fordi de både handler om denne etos' ydre form og indre opbygning, vil jeg nu i det følgende afsnit vise er teoretisk funderet. De skal i metodemæssig forstand forstås som orienterende begreber/tematikker (Layder) eller heuristiske redskaber, der peger på, hvad jeg vil kigge efter i datamaterialet for at undersøge, om og eventuelt hvilken betydning den terapeutiske kultur har for danske hospice- og hospitalspræsters almindelige eller levede teologi. De udgør altså en vigtig del af projektets analytiske ramme og skal forstås som min måde at gøre den terapeutiske kultur og etos forskbar på den case, der hedder danske hospitals- og hospicepræster.

3.3. Den terapeutiske etos' 5 grundantagelser

De fem grundantagelser skal læses som et forsøg på i store linjer at tegne et omrids af den terapeutiske etos via de måder, den konstruerer og konstituerer det senmoderne menneske og former den sociale fantasi og praksis med henblik på at kunne verificere den i hospice- og hospitalspræsters tænkning, tro og praksis. Ambitionen i dette afsnit er ikke at diskutere begrebets berettigelse, om den terapeutiske kultur overhovedet findes eller at skildre den terapeutiske kultur i alle dens detaljer og facetter. Det skal man se efter andre steder (Rieff, 1966/2006, Cushman, 1990, Nolan, 1998, Lears, 2000, Madsen, 2010). Ambitionen er heller ikke at redegøre for de ofte meget forskellige opfattelser og betoning, der findes i litteraturen, men i bredere forstand at udsondre den baggrund, eller man kunne sige den idealtypiske (terapeutiske) tidsånd, som præsternes interviewudsagn kan træde frem på enten i modstand, tilslutning eller måske til revision af forestillingerne og teorierne om, hvad den i dette tilfælde betyder for deres tænkning, tro og praksis. Jeg har altså trukket det frem af litteraturen, som jeg mener, har særlig relevans for præster, der arbejder i sundhedssektoren, og jeg tillader mig at bruge litteraturen fra Rieff og fremefter uden hele tiden at redegøre for, hvordan de forskellige bidragsydere forholder sig til hinanden. Jeg vil som nævnt tegne et billede af det,

man kunne kalde den terapeutiske etos' anatomi, dvs. såvel dens ydre form som dens indre opbygning, eller måske mere præcist den terapeutiske kulturs menneskesyn.

3.3.1. Den terapeutiske etos' 1. grundantagelse: Det psykologiske selv i centrum. Selvet som både mål og middel

At selvet kommer i centrum er overhovedet præmissen for at tale om en terapeutisk kultur. Selvet er målet i den forstand, at det er udgangspunktet. Det er herfra verden bliver til. Samtidig er det også midlet til nå målet, for kun ved at komme tæt på selvet, ved at mærke det og udfolde det, kan man blive sig selv. Og det er, som vi skal se, heraf de fire andre grundantagelser udspringer. Men lad os først se på, hvad det er for et slags selv, der kommer i centrum.

3.3.1.1. Det transparente, rationelle selv

Hvor religionen i det traditionelle samfund var garantien for en overordnet, transcendent autoritet, som definerede menneskets plads og fortalte det, hvad det skulle, sker der med overgangen til det moderne samfund en aftraditionalisering, som svækker denne ydre autoritet med opløsning af kulturens meningsfællesskab og normgrundlag til følge. "Gud er død", som den tyske filosof Friedrich Nietzsche paradigmatisk udtrykte det i 1882 (Nietzsche, 1997(1882)), som en foreløbig afslutning på denne proces. Og Guds død efterlader ifølge Nietzsche et tomrum. Gud var garanten for en verdensorden, der gav orden, mening og retning i tilværelsen. Men efter hans død er der ikke andre til at skabe orden og mening end mennesket selv. Guds død og subjektets fødsel falder på en måde sammen, idet de begge har rod i oplysningstidens tænkning og romantikken, og subjektet kopieres nu i Guds billede. Alle Guds skabende og konstitutive egenskaber overføres til subjektet. Subjektet bliver født som skabende, konstitutiv og projicerende (Hauge, 1990:57). Mennesket bliver sin egen herre og sin egen lykkes smed og dermed også sin egen dommer.

Det selv, der fødes i oplysningstiden, er det rationelle, transparente selv. Oplysningstidens grundlæggende tanke var rationalismen, som bygger på den opfattelse, at det er den medfødte menneskelige forstand og fornuft, der er den dominerende i tilværelsen. Ingenting sker tilfældigt. Alt har en rationel, en fornuftig forklaring. "Cogito ergo sum" (jeg tænker, altså er jeg) sagde filosofen og matematikeren René Descartes (1596-1650). Ud fra en rationel fornuftsbetonet moral er mennesket i stand til at skabe sin egen tilværelse. Det har ud af egne ressourcer og vilje en evne til at opnå erkendelse. Det er herre i eget hus. Den tyske

KAPITEL 3. TEORI

filosof Immanuel Kants (1724-1804) erkendelsesteoretiske synspunkt, at erkendelsen ikke retter sig efter objekterne, men at objekterne retter sig efter erkendelsen, kan ses som endnu et skridt hen imod at tillægge subjektet afgørende betydning. Tingene i sig selv (Ding an sich) er udenfor menneskets erkendelse. For mennesker er det kun tingene for os (Ding für uns), altså sådan som de er givet for os, hvorimod verden i sig selv altid vil være uerkendt. I den klippefaste tillid til menneskets rationalitet og autonomi deler Kant Descartes og oplysningstidens antropologiske optimisme (Lemetti, 2011:177). Ifølge filosofen Anders Fogh Jensen plejer man at fremstille filosofiens historie sådan, at indtil den tyske filosof G.W.F. Hegel, som døde i 1841, var den fælles præmis, som videnskabsmænd og filosoffer byggede på, at verden og mennesket var fornuftigt. Men denne optimistiske tillid til menneskets erkendelse og sansning udsættes op gennem det 19. århundrede for et frontalangreb af filosoffer som Arthur Schopenhauer (1788-1860), Karl Marx (1818-1883), Søren Kierkegaard (1813-1855) og selvfølgelig Nietzsche (1844-1900), der erklærer, at verden ikke er fornuftig, men absurd. Der er ikke længere et fornuftens værdisystem at pejle værdierne ind efter, hvad der også associeres med Guds død (Jensen, 2016). Ifølge Schopenhauer er verden i bund og grund ikke fornuftig, men den er vilje, og den menneskelige lidelse kommer af, at det vil, men ikke alt det, det vil, kan indfries, hvorfor det må afstå fra viljen for at undgå lidelse. Marx kritiserer industrisamfundets kapitalistiske produktionsproces for at fremmedgøre mennesker for deres egen rolle. De er blevet gjort fremmede i forhold til væsentlige egenskaber hos sig selv. Kierkegaard taler i sit forfatterskab om fortvivlelse som en sygdom i selvet. At når et menneske fortvivler, betyder det, at dets forhold til sig selv er et misforhold, ja at en del af fortvivlelsen simpelthen består i ikke at være bevidst om at have et selv. Mennesket forstår altså ikke sig selv. Det er ikke transparent for sig selv. På den måde kan man se det 19. århundrede som én lang forberedelse til Freud og hans for samtiden chokerende tanker om, at det ikke alene er det bevidste jeg, men også underbevidstheden, der styrer et menneske.

Hvordan forståelsen af dette ikke-transparente selv, som jeg her vil kalde det psykologiske selv, betyder en ændring af forholdet mellem individ og samfund, og hvordan mennesket så og sige løser det problem, der kommer af, at det skal selv, men ikke kan selv, ikke længere kan gennemskue eller forstå sig selv, vil jeg nu se nærmere på.

3.3.1.2. Det psykologiske selv

Det meste af litteraturen og udforskningen af den terapeutiske etos har direkte eller indirekte sit udspring i den amerikanske sociolog Philip Rieffs

KAPITEL 3. TEORI

arbejder (Loss, 2002). I doktorafhandlingen *Freud: The Mind of the Moralizer* (Rieff, 1959) og senere i bogen *The Triumph of the Therapeutic, Uses of Faith after Freud* (Rieff, 1966/2006) gør han Freud til omdrejningspunktet for sin analyse af betydningen af psykologi og psykotераapeutisk tænkning i vestlig kultur (in casu amerikansk)³⁶. Det hænger sammen med den logik, eller nærmere bestemt den nye kulturelle model af mennesket, som Freud repræsenterer, hvor samfundet underordnes selvet, og alt lige fra strukturelle, politiske, samfundsmæssige og eksistentielle problemer anskues i et individualpsykologisk lys. Den menneskelige erfaring reduceres til at være reaktioner på en formodet urooplevelse, der er uspecificeret i rum og tid, som den amerikanske forfatter Marilynne Robinson udtrykker det (Robinson, 2012:95). Individuelle behov sættes foran samfundets og fællesskabets. Det psykologiske menneske, som er Rieffs betegnelse for denne nye hierarkiske organisering, er født. I forhold til antikkens politiske menneske og jødedommens og kristendommens religiøse menneske er det psykologiske menneske mere end alt andet drevet af idealet om selvindsigt, ja psykologien legitimerer ifølge Rieff simpelthen det at bekymre sig om sig selv som den højeste videnskab (Rieff, 1966/2006: Introduction XVII). Selvet retter sig mod sig selv som alle tings mål og er samtidig også midlet til at nå dette mål. Selvet er kulturens omdrejningspunkt, ja bliver i sidste ende gud i den forstand, at det bliver den sidste eller yderste autoritet i alle livets forhold. Ifølge Rieff løser Freud altså den autoritetskrise, som Guds død forårsager, ved at flytte autoriteten ind i det enkelte menneske.

Allerede i 1965 understreger den amerikanske sociolog Peter Berger, at psykoanalysen i en amerikansk kontekst er blevet et bredt kulturelt fænomen, en måde at forstå menneskets natur og ordne dets erfaringer på. Hverdagssproget er invaderet af psykoanalysens terminologi og tolkninger, som f.eks. ”fortrængning”, ”frustration”, ”behov” og ikke mindst nøglebegrebet ”det bevidste”. De er blevet det, Berger kalder ”the world-taken-for-granted”, dvs. antagelser om virkelighedens natur, som ingen ved deres fulde fem kunne finde på at anfægte (Berger, 1965). I en analyse af de fem foredrag, som Freud gav på Clark University på sit første besøg i USA i 1909, og af bogen *Introductory Lectures on Psychoanalysis* (Freud, 1916), som ifølge Freud selv begge var en måde at popularisere psykoanalysen, peger Illouz ligeledes på nogle centrale forestillinger, som tilsammen danner denne nye model af selvet. Hun nævner de såkaldt freudianske fortællelser (slips of the tongue), det ubevidstes determinerende rolle for menneskets skæbne, drømmenes centrale placering for menneskets psykiske liv,

³⁶ I forordet til 2. udgave (1987) af *The Triumph of the Therapeutic: Use of Faith after Freud* noterer Rieff, at det ser ud til, at den resterende del af den vestlige verden har udviklet sig i samme retning.

KAPITEL 3. TEORI

begærets seksuelle karakter og familien som det sted, hvor psyken bliver til, og som derfor også er den ultimative årsag til dens patologier (Illouz, 2008:37). Den freudianske fortællelse går ud på, at en person har til hensigt at sige noget, men ved en fejltagelse kommer vedkommende til at sige noget helt andet, som så er det, personen i virkeligheden mener. Tanken er, at banale fortællelser har en mening, en intention og tjener til at afsløre, hvad personen i virkeligheden tænker og føler. Personens virkelige motiver er skjult for hende. På samme måde med drømmene, hvor psyken om natten taler over sig. Her taler det ubevidste i billeder, som ikke er umiddelbart forståelige for drømmeren, men som både kan give god mening og retning i tilværelsen, hvis han eller hun får hjælp til at fortolke dem. Det er altså en relativt lille del af det totale selv, den enkelte er bevidst om. Der er kræfter i mennesket, som det ikke bevidst råder over, men som er med til at bestemme dets gøen og laden. Desuden lokaliseres selvet i den private sfære, som Robinson også pegede på. I den psykoanalytiske model bliver kernefamilien selvets oprindelsessted. Hvor familien indtil da havde været den måde, hvorpå individet "objektivt" placerede sig selv i en lang kronologisk kæde og en social orden, blev det nu en biografisk begivenhed, som i symbolsk forstand kunne repeteres gennem hele livet og som på unik vis udtrykte ens individualitet. Endvidere blev det grunden og fundamentet for ens emotionelle liv (Illouz, 2008:39). Mennesket kan nu kun vanskeligt flytte "hjemmefra", fordi det har det emotionelle samspil med forældrene med sig, som Freud benævner "Ødipuskomplekset". "It all goes back to the womb", som den engelske sociolog Frank Furedi formulerer det (Furedi, 2004:29). Barnets tidlige emotionelle erfaringer er determinerende og definerende for dets adfærd senere i livet. Patologier har individuelle biografiske årsager, som umiddelbart er skjult for den enkelte, men som han eller hun ved analytikerens hjælp kan bringes til bevidsthed om og dermed helbredes for. I Guds fravær overtager den terapeutiske kultur in casu psykologen/terapeuten altså opgaven at forvalte menneskelig lidelse og give lindring og trøst. Det betyder, at præsterne mister autoritet (Rieff, 1966/2006: 218) og erstattes af psykiaterne og psykologerne, som er i stand til at forstå og dechifrere det autoritative selvs emotionelle sprog. Den gamle ordens præster udskiftes med psykoanalytikeren, som nu har rollen som den sekulære åndelige vejleder (Rieff, 1966/2006: 213). Freud bliver dermed uden selv at ville det ophavsmand til et terapeutisk verdensbillede. Fordi det psykologiske selv ikke er transparent for sig selv, har det brug for hjælp for at forstå og tolke sig selv. Det er det vakuum, der suger den terapeutiske kultur til sig. Det skaber en afhængighed af psykologer, terapeuter m.m.

På den ene side videreføres altså oplysningstidens og romantikkens optimistiske forståelse af subjektet som værende uafhængigt, skabende, konstitutivt og projicerende. På den anden side er det psykologiske selv ikke forståeligt for en

KAPITEL 3. TEORI

selv, hvad der gør det afhængigt. Det er denne dobbeltbestemmelse, der er central for forståelsen af, hvad det betyder, at selvet er centrum. Jeg vil nu se nærmere på den første bestemmelse, at verden skabes indefra, hvad man kan kalde den terapeutiske kulturs ontologi, altså hvordan noget kan være til. Der er tale om et radikalt brud med en idealtypisk kristen ontologi, hvor det så og sige er Gud, der sætter væren; hvor verden foreligger før det enkelte individ.

3.3.1.3. Verden skabes indefra

Den amerikanske psykolog Irvin Yalom, som er en fremtrædende repræsentant for eksistentiel psykologi, beskriver et sted, hvordan han nyder at snorkle rundt i en tropisk lagunes klare vand. De farvestrålende koraller, søanemonerne og neonfiskene, fryden ved at glide gennem vandet i det undersøiske paradys. Pludselig skifter hans perspektiv, og det går op for ham, at ingen af hans undersøiske medskabninger deler hans nydelse. Velværet, følelsen af at være hjemme, skønheden – ingenting af det eksisterer i virkeligheden.

”Jeg havde selv skabt det alt sammen. Sådan set kunne jeg ligeså godt svømme rundt i en oliepøl mellem tomme plastikbeholdere og vælge at opfatte sceneriet som smukt eller afskyeligt. Valget var dybest set mit eget, og min verden var mit eget værk” (Yalom, 1998:232)

Ifølge Yalom findes der ikke nogen virkelighed udenfor den, mennesket selv skaber. ”Mennesket er en skabning, hvis projekt er at være gud”, som Yaloms inspirationskilde Sartre i sin tid formulerede det (Sartre citeret i Føllesdal, 1981). Mennesket skal altså vælge igen og igen. Verden har hverken form eller mening, før mennesket fylder den med indhold (Yalom, 1998:233). Det er det enkelte subjekt, der tillægger verden værdi, der sætter verden (værdisubjektivisme). Brinkmann kalder det for ”passiv nihilisme”, dvs. forestillingen om, at verden er tom for mening og værdi, og at mening og værdi alene er noget, man subjektivt skal skabe i sin ”indre verden” (Brinkmann, 2017:69). Den tyske sociolog Ulrich Beck udtrykker det på den måde, at individualiseringen tvinger mennesket til

”at forstå sig selv som begivenhedernes centrum, som et ”administrationskontor” for sin egen tilværelse, evner, orienteringer, parforhold osv... Man må udvikle et jeg-centreret verdensbillede” (Beck, 1997:217).

KAPITEL 3. TEORI

På linje hermed understreger andre senmodernitetsteoretikere som Zygmunt Bauman (Bauman, 2000), Anthony Giddens (Giddens, 1996), Thomas Ziehe (Ziehe, 1989) og Niklas Luhmann (Luhmann, 2000), at individerne i senmoderniteten er frisat fra at følge de retningslinjer, som køn, slægt, klasse, profession tidligere udstak, til i højere grad selv at forvalte deres livsforløb og selvforståelse. På den ene side lægger denne frisættelse op til modning og ansvarliggørelse. På den anden side betyder det også en intensiveret belastning, fordi ansvaret for at tilrettelægge og fortolke tilværelsen nu ligger på den enkeltes skuldre. Som Bauman formulerer det:

“To put it in a nutshell, „individualization“ consists in transforming human „identity“ from a „given“ into a „task“ – and charging the actors with the responsibility for performing that task and for the consequences (also the side-effects) of their performance” (Bauman in Beck-Gernsheim, Beck, 2002: XV).

Friheden udstyrer altså mennesket med det, man kunne kalde en moralsk autonomi, dvs. at det selv skal bestemme sine handlinger og ikke lade autoriteter eller andre enkeltpersoner bestemme for sig. Det skal handle, så det er i overensstemmelse med sig selv, for når traditionen eller ydre autoriteter ikke længere motiverer valget, skal valget give mening ud fra noget andet. Og dette ”andet” er den personlige præference, det er det ”indre”, det er følelserne. På den måde kan man sige, at den terapeutiske kultur rummer et paradoks. Den danske kirkehistoriker Jørgen I. Jensen taler om, at det enkelte menneske er blevet skueplads for et sammenstød mellem to menneskesyn, som oprindeligt havde det med hinanden som hund og kat. På den ene side et eksistentiaalistisk menneskesyn, der afviser at bygge på en forud givet essens eller på følelser eller psykologi, og som lægger vægt på valget, og på den anden side det, han kalder en psykologisk forståelse af mennesket, ”der skal have styr på sine egne forudsætninger, sit indre, sin type, sin personlighed, sin egen sjælesubstans eller åndskvalitet” (Jensen, 2004:49), dvs. på sin mavefølelse og sine følelser. Og alligevel skal mennesket begge dele. Det skal vælge, men det, det skal vælge med, er netop ikke gennemskueligt for det selv.

3.3.1.4. Det aktivt vælgende individ

Allerede i begyndelsen af 1990'erne kalder religionsforskeren Paul Heelas dette selv, som han ser vokse frem som et ideal under Thatcher-regeringen i Storbritannien, for ”foretagsselve” (The enterprising Self), dvs. et selv, som internaliserer ansvaret og initiativet, og som administrerer sig selv som en forretning (Heelas, 1991). På det tidspunkt er Heelas ikke sikker på, at dette selv er

KAPITEL 3. TEORI

bæredygtigt, men som Madsen bemærker, giver netop den terapeutiske etos - hvis budskab lyder: selvrealisering - et par årtier senere den støtte, der er brug for (Madsen, 2010:39). Det gælder med andre ord om at være i autentisk kontakt med det indre, "because the inner 'You' knows you, it is truthful, real, reliable, effective" (Heelas et al., 2005:83). Idealet er det aktivt vælgende individ, som selv er skaberen af sit liv og sin identitet. Man kan med andre ord tale om et autoritetsskifte. Hvor den tidligere lå hos en ekstern gud, er den nu installeret i selvet (Heelas, 1996:164). Autoriteten er blevet internaliseret. Mennesket har noget inden i sig, som det gælder om at forvalte på den rigtige måde. Og for at finde ud af, hvad det vil og dermed, hvad det skal vælge, må det finde dette indre kompas frem. Det psykologiske menneskes vigtigste spørgsmål er derfor også: "Hvordan føles det?" (Rieff, 1966/2006:19). Den enkeltes følelsesmæssige behov sættes altså i centrum.

3.3.1.5. Samfundet underordnes selvet

Som nævnt repræsenterer Freud ifølge Rieff en ny kulturel model af mennesket, hvor samfundet underordnes selvet. Individuelle behov sættes foran samfundets og fællesskabets. Freud benægtede ganske vist moralitetens transcendent grund, men han var stadig overbevist om, at samfundet og kulturen opererer langs moralske linjer, som Rieff udtrykker det (Rieff, 1966/2006: XV). Selvkontrollen var fortsat en kulturel nødvendighed: "Renunciations of instincts, as Freud wrote, "necessarily must remain"" (Rieff, 1966/2006: 7). I den forstand er freudiansk psykoterapi grundlæggende en terapi, der handler om adaptation, om tilpasning til samfundet, til kulturen. Men det er ikke den forståelse, der på den lange bane kommer til at dominere den terapeutiske kultur. Post-freudianerne, som i *The Triumph of the Therapeutic* er eksemplificeret med C.G. Jung, Wilhelm Reich and D.H Lawrence (Rieff, 1966/2006: 93ff) og disses arvtagere i den humanistiske psykologi, har en langt mere positiv udlægning af naturen i mennesket, som de ser som det oprindelige, det ægte, der via den terapeutiske proces får mulighed for at sætte sig igennem. Det er denne frigørelsesepistemologi på selvets præmisser, hvor samfundet bliver noget, der står i modsætningsforhold til individet, noget som individet må frigøre sig fra for at finde sin livslykke, som Rieff retter sin kritik imod, og som får afgørende betydning.

3.3.1.6. Terapi som frigørelse

Den amerikanske historiker T.J. Jackson Lears har i sit essay "*From Salvation to Self-realization*" beskrevet overgangen fra det 19. til det 20. århundrede som et moralsk skifte fra en protestantisk arbejdsetik, der var rodfæstet i troen på frelsen gennem en selvfornægtende og asketisk moral, til en terapeutisk etos, som

KAPITEL 3. TEORI

lægger vægt på selvrealisering (Lears 2000). Filosofen Charles Taylor taler om "the massive subjective turn of modern culture" (Taylor, 1991:26), dvs. et kulturelt skifte, hvor mennesker vender sig fra et liv overensstemmende med eksterne, objektive roller og pligter mod et liv med fokus på subjektive erfaringer. Det eneste faste omdrejningspunkt for alle de valg, der skal foretages, er nu individet selv. Og sociologen James L. Nolan, der bygger på Rieff, taler i samme retning om, at selvet, der engang "was to be surrendered, denied, sacrificed, and died to, now the self is to be esteemed, actualised, affirmed, and unfettered" (Nolan, 1998: 3). Og som et eksempel på en sådan frigørelsesterapi, nævner Nolan den indflydelsesrige, amerikanske, humanistiske psykolog Carl Rogers og hans klientcentrerede terapi. Rogers antager, at ethvert menneske har et ægte selv, der rummer stor dybde og sandhed, men som normalt er skjult under en overflade af adfærd og forstillelse. Målet for den menneskelige udviklingsproces og for den humanistiske psykologs arbejde er derfor også, at mennesker bliver "sig selv", bliver en "person", som selvstændigt kan vurdere og træffe afgørelser. Rogers siger:

"The individual increasingly comes to feel that this locus of evaluation lies within himself. Less and less does he look to others for approval or disapproval; for standards to live by; for decisions and choices. He recognizes that it rests within himself to choose; that the only question that matter is, "Am I living in a way which is deeply satisfying to me, and which truly expresses me?" This I think is perhaps the most important question for the creative individual" (Rogers, 1961:119)

Hvor menneskets grundlæggende drifter ifølge Freud er primitive og farlige og skal holdes i kort snor af de i overvejende internaliserede kollektive idealer og normer, mener Rogers altså modsat, at mennesket har en medfødt og instinktiv tendens eller drift til at handle på måder, som på en og samme gang både tjener det selv og andre. Eller mere præcist: Når det handler i overensstemmelse med sit eget ægte selv, når det kigger ind i sig selv, lytter til sig selv og sine følelser og finder sit eget individuelle svar, vil det også handle moralsk, og verden vil blive mere harmonisk. Hvor socialiseringen for Freud er det, der redder mennesket fra de brutale instinkters indbyggede selvdestruktion og skaber mulighed for civilisation, er det for Rogers det sociale, omverdenens, de andres konformerende pres på individet, der hindrer den medfødte aktualiserende tendens i at udfolde sig. Denne såkaldt romantiske individualisme, som har rødder i den franske filosof Jean Jacques Rousseaus forestillinger om menneskets natur, forbinder det gode liv og det gode menneske med følelsernes primat og med naturen og selvets sejr over samfundet. Der er ikke

KAPITEL 3. TEORI

noget højere formål og nogen større referenceramme end det enkelte individs umiddelbare følelse af lykke og frie valg, og desto større opmærksomhed dette selv vies, desto flere gode gerninger vil automatisk strømme ud af det (Madsen, 2014:176). Individets frigørelse får det gode frem. Terapien handler derfor også om at frigøre mennesker fra hæmninger og andre snærende bånd; at hjælpe dem til mærke, hvad de virkelig føler, så de kan handle og leve i overensstemmelse med sig selv eller rettere med deres sande selv, som altså forstås som en selvstændig enhed, der er knyttet til det enkelte individ.

3.3.1.7. En selvreferentiel etos

Denne etos, som er dominerende i den terapeutiske kultur, er altså i modsætning til traditionelle, moralske systemer selvreferentiel. Alt starter fra selvet. Når den skal begrunde moralen, peger den ikke opad mod himmelske sandheder, bagud på traditionen og fortiden eller udad på de fællesmenneskelige forpligtelser, man kan mene hører til for at leve i et fællesskab, men den peger i stedet indad på følelserne og etablerer selvet som det, individet først og fremmest har til opgave at være loyal overfor (Nolan, 1998:2). Kosmologi bliver i den terapeutiske kultur til psykologi. Selvet bliver den ultimative garant for, hvad der er rigtigt og forkert. Førmodernitetens store ydre sandheder bliver til den enkeltes indre virkelighed. Der findes ingen Sandheder med stort "S", kun små individuelle og relative sandheder. Den indre realitet er den primære. Denne optagethed af selvet leder ifølge Nolan - der på dette punkt følger den skotske moralfilosof Alasdair MacIntyre - til en emotivistisk etik, hvor personlige følelser er den eneste kilde til sandhed (Nolan, 1998:5). Ethiske eller moralske vurderinger besidder kun emotiv mening og er ikke udtryk for objektive forhold ved eksistensen. Derved erstattes det rationelle selvs cartesianske maxime: "Jeg tænker, altså er jeg" med det psykologiske selvs emotivistiske: "Jeg føler, altså er jeg". Denne forståelse af selvet former i næste omgang både den måde, individet forventes at deltage i sociale liv, og hvad han eller hun skal bidrage med. Det primære er ikke engagementet eller involveringen i samfundet - f.eks. i en politisk kamp - men at udtrykke sine følelser ("emotional disclosure"). Alle følelser har værdi, hvorfor de også må anerkendes og italesættes. Der må åbnes op i forhold til andre mennesker, og det ikke at gøre det ses som et udtryk for fornægtelse og uærlighed. At være autentisk betyder dermed at være i stand til at give udtryk for sine følelser. Som Nolan påpeger, er det en total omkalfatring af forståelsen af ærlighed. Det handler ikke længere om at holde noget for sandt, f.eks. en kristen livstydning, der taler om at elske sin næste som sig selv, at vende den anden kind til eller at bede for sine forfølgere og så indrette sin adfærd i overensstemmelse hermed. Det drejer sig snarere om åbent at være i stand til at

KAPITEL 3. TEORI

kommunikere sine følelser og dermed vise, at man står ved sig selv, er tro mod sig selv (Ibid:6). Følelserne tjener altså både som barometer for at tage beslutninger, for hvad der er rigtigt og forkert, for den måde vi relaterer til andre og for den måde, vi forstår os selv på. Men fordi det psykologiske selv ikke er transparent for sig selv - følelserne kan nemlig være inficeret - har det brug for hjælp til at blive bevidst om, hvad det ”virkelig” føler. Det klarer ikke at frigøre sig selv.

Vi støder altså her ind i den 2. bestemmelse, som er karakteristisk for det, jeg har kaldt det psykologiske selv, nemlig at det bliver afhængigt. Mennesket er blevet alene hjemme og er den øverste autoritet i sit eget liv. Men fordi det ikke er transparent for sig selv, har det brug for hjælp, råd og vejledning for at finde ud, hvem det er, hvad det føler, hvad det vil og hvad det skal gøre. Det skaber en ny form afhængighed og usikkerhed. Men denne afhængighed italesættes, som vi nu skal se, ikke som afhængighed, men som noget midlertidigt, som en fejl, der kan afhjælpes ved at få (terapeutisk) hjælp.

3.3.1.8. Det uafhængige, afhængige menneske

Beck ser generelt individualiseringen og den deraf følgende udvidelse af det enkelte individs valgmuligheder som en gevinst for alle lag i befolkningen, fordi oplevelsen af autonomi styrkes, når det rent faktisk lykkes for det enkelte individ at være regissør i sit eget liv. Giddens har, som vi har set ovenfor, det samme positive syn (Giddens, 1991:180). Modernitetens selvrefleksivitet tillader individet bevidst at forme sin egen biografi. Men samtidig med, at individualiseringen således skaber et øget spillerum for individets egne valg, indtræder en række nye afhængighedsforhold, som Beck kalder en standardisering af livsbetingelserne. Nok frigøres individet fra traditionens og fællesskabets snærende bånd og bliver en individuel beslutningstager, men samtidig bliver det i stigende grad afhængig af eksterne, uigennemsigtige beslutnings- og kontrolprocesser, som f.eks. markedet eller eksperter af alle slags (Beck, 1997: 210). Prisen for den frihed, som individet tilsyneladende vinder ved individualiseringen, er altså paradoksalt nok en ufrihed, fordi det på mere eller mindre skjulte måder udleveres til kræfter ved samfundsudviklingen, som det ikke selv er herre over. Beck benævner det i bogen *Individualization* som ”institutionel individualisering” (Beck-Gernsheim, Beck, 2002). Samtidig med at individualiseringen svækker de traditionelle, sociale livsformer og genererer en frisættelse og udvidelse af individets livsmuligheder, pålægges det samtidig en række krav og kontrolmekanismer, som er indlejret i samfundsmæssige institutioner og sammenhænge (Ibid:202f), hvorved de bliver usynlige. Individualiseringen er i stigende grad også en institutionelt afhængig proces. Denne mekanisme er særligt tydelig på det psykologiske område.

KAPITEL 3. TEORI

Den danske religionsforsker Iben Krogsdal, som i sin ph.d. har beskæftiget sig med NLP (Neuro-Lingvistisk Programmering) (Krogsdal, 2009a), taler om, at det senmoderne samfund på den ene side priser det frie og selvledende menneske, men på den anden side netop skaber mennesker, der er afhængige af den standardisering eller institutionelle individualisering, som henvisningen til den terapeutiske intervention som løsning på deres problemer udgør. Det er paradoksalt, siger hun, at jo mere mennesker lærer, at de ikke skal lade sig undertrykke af andre, jo mere skal de have hjælp fra andre til at udtrykke sig. Jo mere selvforklarende mennesker får at vide, at de er, desto mere skal de have terapeutisk hjælp til at forklare sig selv. Og jo mere mennesker får at vide, at de skaber livet selv, jo mere blinde bliver de for, hvordan terapierne og de terapeutiske teknikker udøver magt over dem (Krogsdal, 2009b:48).

Man kan med andre ord sige, at fordi disse terapier og terapeutiske teknikker generelt fremstilles som emanciperende, bliver det utydeligt, at psykologi er en moralsk, dvs. en ikke værdineutral videnskab, der former mennesker på bestemte måder. Moralitet er, som Svend Brinkmann udtrykker det, ikke smørret på det psykologiske brød, men det mel, det er bagt af. Implicit eller eksplicit er alle psykologiske teorier moralske teorier, og alle psykologiske praksisser er moralske praksisser (Brinkmann, 2010a:3). Som vi så ovenfor, var det netop det, psykologiens nye, kritiske historiografi gjorde opmærksom på. Den ”gamle” moral udskiftes i den terapeutiske kultur med en ny, hvor mennesket konstrueres som uafhængigt, og hvor det moralske spørgsmål: ”Hvordan skal jeg leve?”, som vi har set, gives et terapeutisk svar: ”Så jeg har det godt, så det føles godt”. Mening er lig med individuel tilfredsstillelse, med well-being, som jeg vil se nærmere på under den 5. grundantagelse: ”Mennesket er dømt til selvrealisering”. Afhængighed derimod italesættes som et midlertidigt problem, som det enkelte menneske selv kan overvinde ved at få terapeutisk hjælp, så det kan nå den autoritet og autonomi, det bærer i sig selv. Uafhængighed eller autonomi tillægges med andre ord så stor værdi i den terapeutiske kultur, at afhængighed og sårbarhed betragtes som noget negativt, som noget, man både kan og skal lægge bag sig. Derfor taler man også mere om ressourcer og udvikling frem for begrænsninger og vilkår, hvad der peger på den terapeutiske etos’ 2. grundantagelse, nemlig forestillingen om, at mennesker har uanede muligheder.

3.3.1.9. Opsummering

Jeg har i dette afsnit argumenteret for, at den terapeutiske etos’ primære grundantagelse er, at selvet er i centrum. Selvet er både målet og midlet. Det er herfra, verden går. Verden skabes indefra og har kun den værdi, som

subjektet tillægger den. Og kun ved at komme i kontakt med dette selv, kan livet lykkes, hvorfor spørgsmålet om, hvordan noget føles, bliver afgørende. Den terapeutiske kulturs etos er med andre ord selvreferentiel. Men samtidig har jeg gjort opmærksom på et indbygget og ofte overset paradoks: Mennesket skal vælge selv. Det skal være autonomt og uafhængigt, men problemet er, at det kan det ikke selv, netop fordi det psykologiske selv, der er kommet i centrum, er karakteriseret ved ikke at være transparent for sig selv. Det ved ikke altid selv, hvad der er bedst for det. Derfor har det brug for hjælp til at finde sig selv, at finde ud af, hvad det føler og tænker, hvad der fungerer som et slags vakuum, der suger den terapeutiske kulturs hjælpere til sig. At selvet kommer i centrum, skaber således en afhængighed, men denne afhængighed italesættes kun som midlertidig, fordi mennesket set med den terapeutiske etos' øjne har uanede muligheder. Denne 2. grundantagelse, som man ser som en del af den terapeutiske kulturs antropologi, vil jeg nu se nærmere på.

3.3.2. Den terapeutiske etos' 2. grundantagelse: Mennesket har uanede muligheder

Med udgangspunkt i nogle analyser af selvhjælpslitteraturen, som ses som et prægnant spejl af den kulturelt accepterede forestilling om, at mennesket kan skabe sin egen virkelighed, kan tage magt over og leve det liv, det ønsker, vil jeg i dette afsnit vise, hvordan denne tanke har rødder i den humanistiske psykologi og kan genfindes i moderne psykologiske retninger. Jeg tillader mig kun at se på de sider af de forskellige retninger, hvor denne forestilling tydeligt træder frem og at se hen over de indvendinger, forbehold og nuanceringer, som uden tvivl kunne føres i marken. Fokus er det, der metaforisk udtrykt står i udstillingsskabet, og som matcher forestillingen om, at mennesket har uanede muligheder.

3.3.2.1. Absolut alt i livet kan forbedres. Og du skal gøre det selv

Fordi selvet er i centrum, og verden skabes indefra, har mennesket i princippet uanede muligheder: ”Absolut alt i livet kan forbedres. Og du kan gøre det selv”. Sådan sammenfatter Madsen, med en norsk coachs ord, det, han kalder selvhjælpskulturens grundmotto (Gitte Koldtoft in Madsen, 2010:85), som efter hans opfattelse er et spejl af den meget udbredte og kulturelt accepterede, senmoderne forestilling om, at mennesker skal skabe deres egen virkelighed og derfor også selv er ansvarlige for, om de har det godt (Ibid:91). Ifølge psykoanalytikeren Adam Philips hjemses det senmoderne menneske af myten om dets egen potentiale (Phillips, 2012). Såvel politiske, strukturelle og

KAPITEL 3. TEORI

samfundsmæssige problemer som eksistentielle grundvilkår forsvinder helt ud af fokus, og man dyrker forestillingen om det selvskabende, autonome selv som en aktiv og suveræn agent.

Den danske psykolog Carsten René Jørgensen, der i en artikel med titlen *Find dig selv. Realisér dig selv. Konstruér dig selv* analyserer forståelsen af selvet i selvhjælpslitteraturen, taler om, at den enkelte her gøres til ekspert i sit eget liv og styrkes i troen på selv at kunne klare sine vanskeligheder. Den henvender sig til det kompetente og aktivt agerende menneske, der på egen hånd kan vælge at forandre sig selv og sit liv (Jørgensen, 2002a:109). Og fordi det senmoderne menneske selv skaber verden og derfor også mener, at det særlige eller væsentlige ved det udspringer af det selv, kan det bare beslutte sig for at lave det om (Ibid:132). Det har så og sige magten. Det skal bare tage den. Selvhjælpskulturen kan på den måde tolkes som en verificering af samtidsdiagnosen ”den terapeutiske kultur” (Vetlesen, 2004:23). Den siger noget om den tid, vi lever i og den tænkning, der præger den.

I sin analyse af selvhjælpskulturen viser Madsen (Madsen 2014), hvordan den generelt bygger på forestillingen om, at selvhjælpsbøgerne og de teknikker, de indeholder, kan sætte mennesker i stand til at komme i kontakt med deres sande selv og derigennem hjælpe dem til at blive autentiske og ad den vej få magten tilbage over deres liv. Hvor den freudianske psykoanalyse således havde en grundlæggende deterministisk og negativ opfattelse af mennesket og dets muligheder, har selvhjælpspsykologien sammen med New Age-religiositeten et helt andet optimistisk syn på og en næsten ubegrænset tillid til selvets udviklingsmuligheder.

3.3.2.2. Oprindelighedsmetafysik

Det hænger sammen med en anden vidt udbredt kulturel forestilling, der er central i såvel selvhjælpslitteraturen og New Age som i mange former for psykoterapi, og som har rødder tilbage til gnosticismen, nemlig den, at mennesket bærer på noget ægte og sandt, som blot skal forløses (Madsen, 2010:91). Jørgensen taler om selvhjælpskulturens ”oprindelighedsmetafysik”, dvs. dens idealisering af det enkle og ukomplicerede liv før den vestlige kulturs civilisatoriske syndefald (Jørgensen, 2002a:116). Grundnarrativet er, at det er moderniteten, der er skyld i menneskets og naturens forfald, men engang i en ubestemmelig fortid fandtes en balance eller ligevægt, som man, ved at udvikle sig, kan komme tilbage til. Selvet opfattes som en indre kerne af sandhed og ægte liv, en kerne som netop ofte hæmmes eller ødelægges i kontakten med uempatiske forældre eller den umenneskelige vestlige civilisation, der er bygget på rationalitet og fornuft. I

KAPITEL 3. TEORI

modsatning til Freud er socialiseringen her fjende af det sande selv og det gode liv. Dette ægte selv får man adgang til via introspektion, ved at lytte opmærksomt til sig selv, ja ved at være tro mod sig selv og realisere sig selv, sådan som man virkelig er, hvorved det gode liv vil udfolde sig.

3.3.2.3. Du bliver, hvad du tænker

Der er i selvhjælpslitteraturen mange eksempler på denne optimistiske tillid til menneskets muligheder. Ifølge den danske historiker Tove Elisabeth Kruse kommer den f.eks. tydeligt til udtryk hos den succesrige, amerikanske selvhjælpsguru Louise Hay. Vi har her at gøre med en sygdomsfortolkning, der indskriver sygdom i et moralsk univers, og som samtidig tilbyder den enkelte muligheden for at helbrede sig selv (Kruse, 2012). Uhelbredelig sygdom findes ifølge Hay ikke. Det, lægerne kalder uhelbredelig sygdom, kan ikke helbredes ad ydre vej, men går man ind i sig selv og ændrer tankemønstre, er alt muligt. Al sygdom har psykologiske årsager. I modsætning til den traditionelt kristne forestilling om synd som almenmenneskelig og kollektiv, er vi født perfekte. Mennesket er grundlæggende godt. Det onde tilskrives samfundet, omgivelserne, de andre. Syndefaldet skyldes opvæksten, opdragelsen, kulturen, der ses som årsagen til, at selvet fornægter sit potentiale for vækst. Målet er at komme tilbage til den tabte uskyld, det indre barn, som ikke er forurenede af omgivelsernes påvirkning. Lidelsen har ikke sin egen berettigelse eller anerkendelse som et grundvilkår i tilværelsen, men bliver et udviklingspotentiale, en tilstand man kan udvikle sig fra (Hay, 1988).

Madsen nævner selv bogen og filmen *The Secret* (2006 og 2006) af den australske TV-skribent og producent Rhonda Byrne, som på verdensplan har solgt millioner af bøger og toppet på både DVD- og bestsellerlister. På linje med Hay understreger hun, at det er menneskets tanker, der skaber virkeligheden. Menneskets skæbne afhænger af det, det tænker og føler. Psykens tanker manifesterer sig materielt, bliver til ting. Byrne kalder det loven om tiltrækning. Når mennesker tænker positivt, opnår de rigdom, sundhed, får drømmepartneren og bliver lykkelige. Omvendt er problemet for jordens mange ulykkelige, at de let kommer til at tænke på det, de frygter og helst vil undgå, hvormed det bliver til virkelighed. Denne lov kan ifølge Byrne forklare alt i vores liv. Psyken sammenlignes med en magnet. Afhængigt af, hvad man tænker og føler, tiltrækker det enten det gode eller det onde. Det er helt op til en selv (Madsen, 2010:91).

Det er indlysende, at Hay og Byrne repræsenterer selvhjælpstanken i sin mest ekstreme form. Selvet er her blevet almægtigt. Det har i bogstavelig forstand alle muligheder. Der er ingen undskyldninger for noget. Med den rette

KAPITEL 3. TEORI

indstilling kan alt blive anderledes. Der er ingen skelnen mellem, hvad der er op til en selv, og hvad der ikke er op til en selv. Men selvom mennesket ikke har uanede muligheder og magt som i Haysk og Byrnesk forstand, så findes forestillingen om, at det har store uindfriede potentialer også i mainstreampsykologien, ja man kan mene, at selvhjælpskulturen rent faktisk har sin baggrund i og er stærkt inspireret af de psykologer, som Rieff i sin tid benævnte som postfreudianerne og deres arvtagere i den humanistiske psykologi.

3.3.2.4. Humanistisk psykologi

Vi har allerede set, hvordan den humanistiske psykologi har et optimistisk syn på menneskets muligheder (Illouz, 2007:43). Mennesket har en drift mod selvaktualisering, som Rogers definerer som ”the inherent tendency of the organism to develop all its capacities in ways which serve to maintain or enhance the organism” (Rogers, Koch, 1959:196). Og denne drift fører ifølge Rogers ikke til en narcissistisk selvoptagethed, men til en større socialitet og opmærksomhed overfor andre. Den humanistiske psykologis antropologi er altså på linje med selvhjælpslitteraturens i den forstand, at det onde, det destruktive altid er eksternt i forhold til menneskets fundamentale natur. Den uskyldige organisme kan være forurenede af kræfter i familien eller den sociale orden. Men elimineres disse negative påvirkninger, vil individet spontant og frit vælge en mere sund retning (Cooper, 2003:91). Det sunde individ skal ikke styres af andet end hans eller hendes eget selv. Målet er med Rogers egne ord fra bogen *Learning to be free* at blive selvets arkitekt (Stevens, Rogers, 1967:47).

Oprindelighedsmetafysikken er her meget tydelig. Den norske professor i psykologi, Steinar Kvale, går så langt som til at betegne de amerikanske, humanistiske psykologier som ”religion light”. De fokuserer på det gode, på livets vækstpotentialer og ser bort fra eksistentiel angst og frygt. Med en optimisme, der er præget af oplysningstiden, forsøger de at erstatte irrationalitet med rationalitet og de mørke sider af livet med de lyse (Kvale, 2003:20). Hvor psykoanalysen tog udgangspunkt i, at mennesket er bestemt af kræfter, som det ikke har kontrol over, tror den humanistiske psykologi på den frie vilje, eller i det mindste på muligheden for at den via terapien kan blive fri, så mennesket kan virkeliggøre sine uanede potentialer. Denne tanke finder man også i en lidt anden form i kognitiv psykologi.

3.3.2.5. Kognitiv psykologi

Både optimismen og rationaliteten præger den kognitive psykologi, som i løbet af 1960'erne vinder frem i England og USA, og som i dag i form af kognitiv adfærdsterapi - også i Danmark - spiller en afgørende rolle i behandlingen

KAPITEL 3. TEORI

af f.eks. angstlidelser, panikangst, depression, OCD og posttraumatisk stresslidelse (PTSD).³⁷

Den kognitive psykologi interesserer sig for menneskets bevidste, kognitive processer og den måde, de præger opfattelsen og tolkningen af omverdenen på og dermed adfærden. Man anser hjernen for et rationelt informationsbearbejdningssystem og sammenligner den med computerens måde at bearbejde ny information på (Knirkholt Jensen, Genter, 2000). Grundantagelsen er, at den måde, mennesket tolker sin omverden på, har afgørende indflydelse på dets handlinger og adfærd. Forstår man sin omverden på en anden måde, vil man også handle på en anden måde. Tanken kommer før handlingen og tillægges afgørende betydning, sådan som vi - uden sammenligning i øvrigt - så det hos Hay og Byrne.

I modsætning til behavioristerne opfatter den kognitive psykologi ikke stimuli-respons-reaktionen som ens for alle mennesker (Oestrich, 2000:43). To mennesker kan reagere forskelligt på den samme situation, selvom de udsættes for nøjagtigt de samme påvirkninger. Reaktionerne afhænger nemlig af, hvordan man tolker den situation, man står i. Man er altså ikke bare et offer for de ydre påvirkninger, men kan forholde sig aktivt og tolkende til dem. Man kan ændre dem. Den måde mennesker forstår verden, er ikke bare et direkte aftryk af den (Hansen, 2003b:209), hvad der både skaber problemerne og giver mulighed for at løse dem. Den måde, man tolker sine omgivelser, foregår nemlig via såkaldt kognitive skemaer, der er indre mentale strukturer, som gemmer på de erfaringer, man har gjort på et bestemt område eller med bestemte mennesker. Disse skemaer udgør en fortætning, en generalisering af de erfaringer, man har gjort sig. Men det, at man tolker konkrete situationer i lyset af disse generelle skemaer, kan skabe problemer for den enkelte. Man er måske vokset op i en familie, hvor man kun fik sine forældres opmærksomhed, hvis man gav dem det, de ville have, eller gjorde det, de syntes var rigtigt. Skemaet siger derfor noget i retning af, at når nogen viser mig venlighed eller opmærksomhed, gør de det bare for deres egen skyld. Når nogen så viser den voksne venlighed eller opmærksomhed, vil han være tilbøjelig til at forstå det som et udtryk for, at de vil udnytte eller manipulere ham, hvorfor han måske vil have svært ved at have tillid til andre og knytte sig til dem.

Fokus for den kognitive psykolog vil netop her være de mentale processer, det skema, der påvirker forståelsen af situationen og dermed adfærden, og ideen er, at hvis tanker ændres, kan adfærden ændres. Og når adfærden ændres, kan de problemer, man har, forsvinde eller formindskes. Der er altså en tæt sammenhæng mellem tanker, følelser og adfærd. Tænker man anderledes om

³⁷ Den danske sundhedsstyrelse anbefaler kognitiv terapi som førstevalg til disse lidelser. Se <https://www.sst.dk> under referenceprogrammer for de enkelte lidelser.

KAPITEL 3. TEORI

situationen, kommer man også til at føle og i næste omgang til at handle anderledes. I terapien har man fokus på de forestillinger, der udløser de negative tanker: Hvordan er sammenhængen mellem disse tanker og de følelser, de udløser, og hvad de får en til gøre? Herefter ses på de alternative tanker, der kan stå i stedet for de negative. Den kognitive psykologi fokuserer altså på de positive sider og de færdigheder, man har, og er optimistisk med hensyn til menneskets muligheder for at løse en lang række problemer³⁸ samtidig med, at den beskriver sig selv som en objektiv videnskab, med base i empirisk forskning (Oestrich, 2000:44).

En klassisk kritik af den kognitive psykologi er netop, at fordi den i så høj grad lægger vægt på de muligheder, det giver at få orden på individets tanker og følelser, kommer den til at underbetone miljøets eller samfundets betydning for løsningen af problemerne og dermed indirekte overbetone det enkelte individs udviklingsmuligheder (Sampson, 1981:731). På dansk grund er det i denne sammenhæng interessant, at Irene Henriette Oestrich, der er uddannet cand.psych. aut., ph.d. og er adjungeret professor og specialist i kognitiv terapi og altså hører til academia, har udgivet selvhjælpsbøger med titler som *Tankens kraft: Kognitiv terapi i klinisk praksis* (Oestrich, 2000) og *Bedre selvværd: 10 trin til at styrke din indre GPS* (Oestrich, 2013). Hun er godt eksempel på det fænomen, som f.eks. Madsen og Illouz peger på, nemlig at der ikke er en skarp adskillelse mellem den akademiske psykologi og selvhjælpspsykologien. Også fagfolk udgiver selvhjælpsbøger til det kommercielle marked. Der tales om selvet i det samme sprog og med de samme narrativer i den akademiske psykologi som i den såkaldte pop-psykologi (Illouz, 2008:14, Madsen, 2004:16). Det er svært ikke at tænke, at den slags udgivelser er med til at tegne billedet af et menneske, der næsten uafhængigt af konteksten har uanede muligheder, hvis det bare får den rigtige hjælp. For også her gælder det, at det er det psykologiske selv, vi taler om. I første omgang er det nemlig skjult for det enkelte individ, hvilke tankemønstre, der styrer det. Det må i terapien bevidstgøres om de skemaer, der ligger bag dets destruktive tanker, så det har mulighed for at ændre dem og dermed blive i stand til at handle anderledes.

³⁸ En københavnsk psykologpraksis, der arbejder kognitivt, lister f.eks. følgende op: Adfærdsforstyrrelser, afhængighed, alkoholproblemer, angst, arbejdsrelateret stress, autisme, bipolar lidelse, bulimi, flashbacks, frygt, depression, dermatillomani, dårlige vaner, dårligt søvnmønster, dårlig koncentrationsevne, energifattighed, helbredsangst, håbløshed, interpersonelle problemer, kroniske smerter, kronisk udmattelsessyndrom, maredid, misbrug af stoffer, ruminering, OCD, offentlig tale, panikangst, posttraumatisk stresslidelse, problemer i parforholdet, præstationsangst, selvmordstanker, selvværdsproblemer, selvskadende adfærd, seksuelle problemer, social fobi, specifikke fobier, sænket stemningsleje, søvnbesvær, tab af appetit, trikotillomani, træthed, vrede. (Lokaliseret 05.01.2017 på <http://kognitivpsykologkbh.dk/hvad-er-kognitiv-terapi/>)

Ligesom mennesket altså her tillægges store muligheder, er det også tilfældet i positiv psykologi.

3.3.2.6. *Positiv psykologi*

Martin Seligman, som er ophavsmand til positiv psykologi, og som i høj grad bygger videre på den humanistiske psykologis tanker om selvaktualisering, konkluderer i sin bestseller *Lykkens Psykologi* (Seligman 2004), at kun 8-15% af variansen af lykke skyldes ydre faktorer. F.eks. om det samfund, man lever i, er et demokrati eller et diktatur, om man har få eller mange materielle ressourcer, er sund eller rask, har lang uddannelse eller ingen uddannelse. Den vigtigste kilde til lykke er derimod ifølge Seligman indre omstændigheder, dvs. alt det, der er under viljesmæssig kontrol: at skabe positive følelser, være taknemmelig, tilgive, være optimistisk og ikke mindst arbejde ud fra sine såkaldte ”signaturstyrker”, dvs. de særlige og unikke styrker, der kendetegner det enkelte individ. Lykken kommer, når man finder ind til sine indre styrker, realiserer dem og sørger for at opnå positive følelser.

Den positive psykologi har som ambition at flytte psykologiens fokus fra de negative til de positive sider af den menneskelige tilværelse. Seligman taler somme tider om den almindelige psykologi som negativ psykologi, fordi den traditionelt kun har beskæftiget sig med menneskelige problemer og lidelse, hvor den positive psykologi vil skabe viden om alt det, der er godt i tilværelsen og den menneskelige natur. Ifølge Seligmann har psykologien ofte reduceret mennesker til passive patienter eller ofre, der hverken har vilje eller evne til at skabe positive forandringer i deres tilværelse. Modsat er titlen på Seligmans bog *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment* (Seligman, 2002) et godt udtryk for, hvilke store muligheder den positive psykologi stiller mennesker i udsigt. Autentisk lykke og vedvarende tilfredsstillelse. Det lyder næsten som et himmelsk utopia. Det indre er det mest betydningsfulde. Den samfundsmæssige kontekst spiller altså heller ikke her nogen videre rolle for de muligheder, mennesker har for at blive lykkelige og opfylde deres inderste drømme. Og det er vel og mærke et indre, der forstås på en helt anden måde end det freudiansk ubevidste, som var et begreb for de impulser, strukturer og forestillinger, der uden for bevidsthedens og viljens kontrol var i stand til at influere på bevidsthedslivet. I positiv psykologi er det indre det, man har viljesmæssig kontrol over, og som er midlet til at opnå mening og lykke. Også på det punkt har den positive psykologi store ligheder med coaching, som har været i eksplosiv vækst i Danmark.

3.3.2.7. Coaching

Forestillingen om, at den enkelte er eneansvarlig for sit liv, for at bruge de uanede muligheder, det rummer, og at personlig forandring derfor kun foregår indefra og ud, er ligeledes central i coaching. I en reklame for en coachinguddannelse hos den højt profilerede danske coach Sofia Manning³⁹ taler hun om, at vi

”er mennesker, der potentielt kan tage vores skæbne meget mere i hænderne, end vi har for vane at tro på”, og alle kan bruge coaching fordi ”vi alle har et uopfyldt mål, en drøm, et håb eller et ønske, som vi leder efter mod til, tro på og styrke til at realisere... og har brug for hjælp eller et nyt perspektiv på, hvordan vi overkommer en forhindring, overvinder vores frygt, sætter os op imod janteloven eller undgår at sabotere os selv, inden vi går i gang”⁴⁰.

Og hendes seneste bog har den sigende titel *Hvad venter du egentlig på – udfold den, du virkelig er* (Manning, 2013), hvor hun, som hun skriver, gør op med den tankegang, som gør, at man ikke udnytter det potentiale, man går rundt med. Tankegangen er, at ingen ydre autoriteter kan diktere, hvad der er godt i den enkeltes liv, men at coachen gennem sine spørgsmål kan lære klienten at kende sig selv og sine præferencer bedre, så vedkommende kan handle på sine drømme og realisere sine egne mål. Coachen skal stille spørgsmålene, men svarene skal komme indefra. Manning er uddannet hos den amerikanske supercoach Anthony Robbins, der er forfatter til bestsellere som *Unlimited Power – The new science of personal achievement* (Robbins, 2001b), på dansk *Ubegrænset kraft – nøglen til personlig succes* (Robbins, 2014) og *Awaken the giant within: how to take immediate control of your mental, emotional, physical & financial destiny* (Robbins, 2001a). Det grundlæggende budskab er her, at alt kan lade sig gøre, hvis man tror nok på det og vil det nok. Hvis det ikke lykkes, er det fordi man ikke er motiveret nok og ikke er parat til at sætte nok ind på det. Du kan, hvis du vil. Den amerikanske psykologiprofessor Barbara Held taler om ”the tyranni of the positive attitude”, ”det

³⁹ Siden 2004 har Sofia også været lifecoach i magasinet *Alt For Damerne*. I 2008 medvirkede Sofia i det ugentlige radioprogram [Coaching på P1](#) – Danmarks Radio. Hun er bl.a. blevet profileret i *Børsen* og *Berlingske Tidende*, har medvirket i DR2-dokumentaren ’Et bedre liv’, har haft sit eget tv-program ’Mission Job’ på TV3 og er en fast del af Karrierpanelet på Go’ Morgen Danmark på TV2.

⁴⁰ Lokaliseret 06.01.2017 på <http://www.sofiamanning.com/uddannelser/>

KAPITEL 3. TEORI

positives tyranni” (Held, 2002). Robbins er ifølge Madsen inspireret af NLP (Neurologvistisk programmering) (Madsen, 2014:42), som er en metode til at lære og aflære visse handlingsmønstre med henblik på at opnå et ønsket mål. Metoden består i at hjælpe mennesker til at blive bevidste om, hvordan de har programmeret sig selv og derfor også, hvordan de kan omprogrammere sig selv på nye og bedre måder (Krogsdal, 2009b). Vi genkender altså her både det rationelle computerprocesseringsprog, optimismen i forhold til menneskets muligheder og tanken om, at verden skabes indefra. ”Verden bliver altid skabt indefra – fra det enkelte menneskes ubevidste sind og ud fra de ressourcer, der findes derinde”. Sådan sammenfatter Krogsdal NLP’s grundtanke (Krogsdal, 2009b:47). På den måde kan man sige, at både coaching og dens inspirationskilde NLP tilbyder et sprog, som opfordrer til introspektion, til at kigge ind i sig selv, hvad der kan gøre det vanskeligt for mennesker at få øje på, at de problemer, de står i, ikke nødvendigvis kun er individuelle og har at gøre med de selvpålagte begrænsninger, men er samfundsskabte. Det, som sociologen Wright Mills (Mills, 1959/2002) kaldte den sociologiske fantasi, altså evnen til at foretage et skifte i perspektiv og se sammenhængen mellem de problemer, det enkelte individ oplever og de mere overordnede samfundsmæssige problemer, bliver i coaching og mange af de andre psykologier, vi her har kigget på, således handicappet. Det fører frem til det, man kunne sige er bagsiden af, at mennesket tilskrives uanede muligheder, og som jeg har kaldt den terapeutiske kulturs 3. grundantagelse: ”Alle problemer er individuelle, også lidelsen”. Men inden jeg når så langt, vil jeg meget kortfattet beskæftige mig med mindfulness, narrativ psykologi og New Age, fordi de på hver deres meget forskelligartede måde tankemæssigt inkarnerer forestillingen om, at mennesket har uanede muligheder. Først mindfulness.

3.3.2.8. *Mindfulness*

En googlesøgning på ordet ”mindfulness” giver ikke mindre en 41.800.000 hits⁴¹, hvad der vidner om den betydning, det har på globalt plan. Den amerikanske molekylærbiolog Jon Kabat-Zinn der omtales som "The Mister Mindfulness" er grundlægger af "The Stress Reduction Clinic" og "Center for Mindfulness in Medicine, Health Care and Society", begge ved Massachusetts Universitets medicinske afdeling. Han har både bedrevet klinisk, videnskabelig forskning og skrevet populærvidenskabelige bøger og således banet vejen for mindfulness i såvel selvhjælpskulturen som indenfor medicin, psykoterapi og

⁴¹ Søgning på google.com 06.01.2017

KAPITEL 3. TEORI

coaching. I bogen *Mindfulness for beginners: reclaiming the present moment - and your life* (Kabat-Zinn, 2012) skriver han:

”Mindfulness as a practice provide endless opportunities to cultivate greater intimacy with your own mind and tap into and develop your deep interior resources for learning, growing, healing and potentially for transforming your understanding of who you are and how you might live more wisely and with greater wellbeing, meaning and happiness in this world” (Ibid:4)

Gennem opmærksomt nærvær vil man få adgang til ”uendelige muligheder” for læring, vækst, healing og dermed nå frem til at leve i verden med større trivsel, mening og lykke. Mindfulness har i sin egen selvforståelse ikke noget moralsk indhold. Den fortæller ikke, hvordan man skal handle i forskellige situationer, men er tænkt som en måde at være til stede på, så man bliver åben for øjeblikket og for verden (Madsen, 2014:72). Selvom ovenstående citat kunne læses som om Kabat-Zinn opererer med et indre selv, der rummer en sandhed, man kan ”tap into”, forbinde sig med, har mindfulness, i modsætning til f.eks. humanistisk psykologi og dens arvtagere, ikke nogen forestilling om et ”fixed self”. Ifølge det, der beskrives som ”buddhistisk psykologi”, er det netop en vildledt identifikation med egne tanker og følelser, som skaber en opfattelse af, at der findes et bestandigt selv (Eklöf, 2012:6). Men som den svenske idehistoriker Jenny Eklöf formulerer det, står denne forståelse i skarp kontrast til, at det selv, der ikke er bestandigt, samtidig er det selv, som skal teste, granske, evaluere, undersøge og dokumentere - sig selv (Ibid:8). Man kan overveje, at der her er en karakteristisk forskel på ”afsenderen” og ”modtageren”. I modsætning til ”afsenderen” er ”modtageren”, dvs. det senmoderne, vestlige menneske, indfældet i en kultur, hvor individet er i centrum, hvad der betyder, at mindfulness umærkeligt bliver transformeret til en teknik til netop at finde sig ”selv”.

Ligesom vi nu har set i selvhjælpslitteraturen, humanistisk psykologi, kognitiv psykologi, positiv psykologi og coaching skabes verden altså også i mindfulness først og fremmest indefra. Indre forandring skaber ydre forandring. Ved at træne mindfulness og ad den vej ankomme til nuet, bliver man reddet ud af sit selv og alle sine problematiske forestillinger. Vejen til større trivsel, mening og lykke går gennem én selv. Mennesket er kommet på afveje og i forsøget på at kompensere herfor bliver det uopmærksomt, ulykkeligt, stresset og føler meningsløshed og tomhed. Ifølge den amerikanske psykolog David Jacobs Gordon (Gordon, 2009) er det Kabat-Zinns opfattelse, at samfundet som helhed lider, fordi de enkelte individer ikke er i kontakt med deres følelser, perceptioner og kroppe

(Ibid:50). I bogen *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness* (Kabat-Zinn, 2005) taler han om, at mennesker er fikseret af både fortiden og fremtiden og derfor besat af forventninger og frygt. Hele nationer lider kollektivt af ADD (Attention Deficit Disorder), af en forstyrret opmærksomhed. Løsningen på denne vidt udbredte, indre konflikt finder sted gennem mindfulness, gennem den enkeltes træning i opmærksomhed, som så i anden omgang vil løse en lang række samfundsproblemer, f.eks. det overdrevne forbrug, stress m.m. (Ibid:50). Det enkelte menneske har uendelige muligheder for ikke bare at ændre sig selv gennem sig selv, men også derigennem at ændre verden. I den forstand kan man sige, at mindfulness ikke alene kan forstås som en ældgammel, østlig visdom anvendt i en moderne verden, som den ellers ynder at fremstille sig selv, men må ses som et udtryk for en terapeutisk kultur og som en moderne psy-diskurs (Eklöf, 2012).

Selvom den narrative psykologi, som heller ikke regner med et "fixed self", er knap så optimistisk i forhold til den enkeltes mulighed for gennem sig selv at ændre den store verden, er den ligeså optimistisk i forhold til den enkeltes muligheder for at ændre sin egen verden.

3.3.2.9. *Narrativ psykologi*

"Det er aldrig for sent at få en god barndom!" Citatet tilskrives den schweiziske dybdepsykolog C.G. Jung, men kan i denne sammenhæng læses som en måske lidt karikeret beskrivelse af den narrative psykologi. "Det er ikke det, vi har oplevet i livet, der gør os til dem, vi er, men de historier der er mulige at fortælle om det, vi har gjort og om det, der er vigtigt"⁴², sådan formulerer Allan Holmgren, cand.psych. og adjungeret professor i coaching som ledelsesredskab ved CBS (Copenhagen Business School), en pointe, der ligner. Allerede i 1990 oprettede han sit eget narrative uddannelsesinstitut, DISPUK (Dansk Institut for Supervision, Personaleudvikling, Undervisning og Konsultation), som gennem sine tilbud om efteruddannelse, konsulenttydelser og supervision har været en af de fremmeste bannerførere for narrativ psykologi og praksis i Danmark. Den narrative psykologis hovedmand er den australske socialrådgiver Michael White (1948-2008) og grundtanken er, at menneskers identitet skabes gennem de historier, de selv og andre fortæller om dem relateret til de kulturelle normer, standarder og forventninger, der viser sig i disse fortællinger (se White, 2006a, White, 2006b, White, 2008). Den

⁴² Lokaliseret 08.01.2017 på <http://www.dispuk.dk>

KAPITEL 3. TEORI

narrative terapi hører ifølge Carsten René Jørgensen til det, han kalder en postmoderne terapiform. Den inddrager i modsætning til traditionel, psykodynamisk behandling netop de herskende kulturelle og politiske diskurser i terapirummet (Jørgensen, 2002b). Der findes ikke noget ”ægte” selv, ikke nogen oprindelig menneskelig natur, der skal frigøres, sådan som tankegangen ellers har været i alle de forskellige former for psykologier, vi ovenfor har set på. Der er ingen autenticitetsmytologi som i humanistisk psykologi, ingen ubevidste psykiske drivkræfter, som psykoanalytikerne hævder, og ingen skemaer, som vi så i den kognitive psykologi. Den narrative teori kan netop ses som et opgør med forestillingen om, at der findes én sandhed om menneskets identitet. Selvet og menneskenaturen er historiske produkter. Hvor tanken om menneskets uanede muligheder, som vi så ovenfor, grundede sig i forestillingen om et ægte eller oprindeligt selv, der har været undertrykt, men som kan befries, kan man sige, at menneskets multiple muligheder for forandring i den narrative teori baserer sig på at livet er multihistorielt. Grundtanken er, at der er forskel på personen og problemet, som White formulerer det (White, 2006a). Personen er f.eks. ikke deprimeret, men depressionen har fat i personen. Den har sin egen dagsorden og intention og forsøger at bilde personen alt muligt ind om vedkommendes identitet, som han eller hun har identificeret sig med. Men depressionen rummer ikke hele personens identitet. Det er ”smal” fortælling. Der kan altid fortælles andre historier, og gennem terapien kan vedkommende få adgang til at forvandle sine erfaringer til fortællinger om mere foretrukne aspekter af sit liv, fortællinger som er mere i overensstemmelse med hans eller hendes værdier (Holmgren, 2008). Det er ikke selvet, men sproget, der er i centrum.

Men selvom narrativ tænkning altså ikke deler det, jeg har kaldt den terapeutiske kulturs 1. grundantagelse, at selvet er i centrum, og der således er store epistemologiske forskelle på narrativ og humanistisk tænkning, er de ifølge Madsen fælles om en grænseløs omnipotens, når det gælder troen på menneskets autonomi. Alt er muligt. Den fysiske virkelighed står ikke længere i vejen, for alt er nu fortællinger, som man frit kan koble sig af og på. Alt kan opløses, alt flyder rundt, det handler bare om at følge de forskellige strømme (Madsen, 2004:59). Brinkmann nævner i sin bog *Psychology as a Moral Science – Perspectives on Normativity* (Brinkmann, 2010a) ikke direkte den narrative psykologi, men taler mere bredt om socialkonstruktionismen, som narrativ psykologi kan ses som en særlig udgave af, og som den amerikanske psykologiprofessor Kenneth Gergen er en af ophavsmændene til. Især Gergens version er blevet brugt i en bred vifte af sociale praksisser, inklusive terapi, organisationsudvikling og uddannelse (Ibid:52). Ifølge Gergen er selvet en social konstruktion; alle meninger er socialt forhandlede, og enhver social forandring i er princippet mulig. ”Everything that is said could be

KAPITEL 3. TEORI

otherwise"... "constructionist take meaning to be continuously negotiable" (Gergen in Brinkmann, 2010a:53). Socialkonstruktionismen tegner således et billede af en verden, hvor der ingen fikspunkter er. Den opmuntrer mennesker til forandring, til at være spontane og fleksible i deres identiteter. Den favoriserer det positive og har ikke øje for den eksistentielle sårbarhed. Identiteten er ikke bundet til et privat, indre selv. Der er ikke én sandhed om, hvem mennesker er, men mange fortællinger, som man kan vælge imellem (Gergen, 1994:249).

Jeg skal nu afslutningsvis kort set på New Age, fordi det er den "tænkning", der ligger bag mange af de alternative behandlingsformer, der er en integreret del af den terapeutiske kultur. Jeg vender her tilbage til en essentialistisk forståelse af mennesket, som nu bare i en potenseret form bygger på oprindelighedsmetafysikken og rummer forestillingen om et ægte selv med ikke bare uanede, men nærmest guddommelige muligheder.

3.3.2.10. New Age

New Age kan karakteriseres som en samlebetegnelse for en lang række terapiformer, organisationer, grupper og enkeltpersoner, der netop har det til fælles, at de deler et grundlæggende holistisk og udviklingsoptimistisk syn på mennesket (Johannessen, 1995). Og selvom variationen er kolossal, har de ifølge Heelas det afgørende fælles kendetegn, som han kalder "selvspiritualitet", altså en tro på, at det guddommelige findes i menneskets indre. Man møder "the same (or very similar) lingua franca to do with the human (and planetary) condition and how it can be transformed" (Heelas, 1996:2). Mennesket har i bogstavelig forstand guddommeligt forandringspotentiale.

Jeg vil under den 5. grundantagelse, "Mennesket er dømt til selvrealisering", se nærmere på forestillingen om selvet som helligt, og blot i denne sammenhæng, hvor det handler om konstruktionen af mennesket som havende uanede muligheder, med Heelas konstatere, at New Age "is a highly optimistic, celebratory, utopian and spiritual form of humanism" (Ibid:28), og at der er slående paralleller både til den humanistiske psykologis positive syn på den menneskelige natur i form af det autentiske selv (Ibid:116) og til forestillingen om, at dette selv er kontamineret som følge af socialiseringen (Ibid:2). Ved at komme i kontakt med dette selv, kan den enkelte ikke blot hele (heale) sig selv, men er samtidig inddraget i arbejdet for verdens frelse. Den sekulære humanisme er, som en kritisk iagttagelse betegner det, erstattet af en kosmisk humanisme (Groothuis, 1988). Terapi og New Age synes således at eksistere langs det samme kontinuum (Vitz, 1994). Flere forskere ser New Age som en manifestation eller et udtryk for en postmoderne kultur (se f.eks. York, 1994), men ligesom Heelas påpeger den engelske professor i

KAPITEL 3. TEORI

religion Christopher Partridge, at New Age i sin grundlagstænkning snarere rummer modernistiske træk:

”New Agers are clearly working with the modernist subject – the autonomous self constructed in the post-Renaissance western world, as understood and attacked by thinkers, such as Foucault and Jacques Derrida. In the pick-and-mix world of New Age, we are not so much deconstructing the individual self as discovering timeless truth about the self/Higher Self” (Partridge, 1999:84)

Forskellen er, at hvor man i den humanistiske psykologi og dens mange arvtagere ser udviklingsmulighederne indeni (within) jeg’et, vil man i en New Age-sammenhæng typisk lægge dem hinsides (beyond) jeg’et (Heelas, 1993:108).

Når New Age i denne sammenhæng spiller en særlig rolle, har det at gøre med, at dens tankeverden påvirker mange alternative behandlingsformer, som man ved, at over halvdelen af alle danskere har erfaringer med.⁴³ Ja, en stor del af den alternative behandling foregår netop i New Age-miljøet, hvorfor det er naturligt, at mange begreber og forestillinger er hentet herfra. Cand.mag. i religionsvidenskab Torben Kirkegaard gennemgår i bogen *Når helse bliver til frelse – om religiøse aspekter ved alternativ behandling* (Kirkegaard, 2008) forskellige former for alternativ behandling og beslægtede fænomener som akupunktur, zoneterapi, kraniosakral terapi, antroposofisk medicin, reiki-healing, NLP, bøn og helbredelse m.m. Her konkluderer han, at trods store forskelle metoderne imellem, har de netop det, som vi har kaldt den terapeutiske kulturs 2. grundantagelse, til fælles nemlig, at det menneskelige sind har skjulte kræfter. Det har uanede muligheder for at udvikle sig til endda guddommelig fuldkommenhed. Alt hører sammen: krop og sjæl, mikrokosmos og makrokosmos. Ved at helbrede det sjælelige, kan man også helbrede det legemlige. Det er en åndelig forbindelse mellem mennesket og den omgivende natur, mellem den ydre og den indre verden, mellem stjernerne og det enkelte menneskes personlighed, mellem et menneskes livsforløb og linjerne i håndfladen, mellem øjets iris og et menneskes sygdomsforløb, hvorfor man også kan manipulere eller ændre det ene ved hjælp af det andet (Ibid:45,47).

Man kan altså sige, at det senmoderne menneskes opfattelse af dets muligheder for f.eks. at helbrede sig selv bliver påvirket af den alternative behandlerverden på samme måde som de andre former for psykologier, terapier og

⁴³ Lokaliseret 24.09.2016 på <http://www.srab.dk/statistik> (Sundhedsstyrelsens råd vedrørende alternativ Behandling)

teknikker, jeg nu har set på, og som er en af brikkerne til det samlede billede af den terapeutiske kulturs menneskesyn.

3.3.2.11. Opsummering

Jeg har i dette afsnit beskæftiget mig med den første del af det, jeg har kaldt den terapeutiske kulturs antropologi, og som jeg har sammenfattet under overskriften ”Mennesket har uanede muligheder”. Der er generelt tale om et meget optimistisk syn på menneskets individuelle muligheder for forandring og udvikling. Og bortset fra den tænkning, der ligger bag mindfulness og den narrative psykologi, er denne optimisme knyttet til forestillingen om et oprindeligt, ægte og autentisk selv, der er inficeret, tildækket eller skjult af kulturen, samfundet eller opdragelsen, men som kan befries ved hjælp af forskellige former for teknikker eller terapier med et bedre, lykkeligere og mere autentisk og meningsfyldt liv til følge. Fokus er den enkeltes potentialer for at forandre sig selv og derigennem forandre verden. Det vigtigste er det, der er indeni mennesket, hvorfor man også kan sige, at den sociologiske fantasi er handicappet. Det gør det nemlig vanskeligt at få øje på, at de problemer, man måtte have, ikke nødvendigvis kan eller skal løses på det individuelle plan. Når mennesket tilskrives uanede muligheder, er den indlysende bagside, at alle problemer bliver individuelle, også lidelsen, hvad vi har betegnet som den terapeutiske kulturs 3. grundantagelse. Denne del af den terapeutiske kulturs mere eller mindre skjulte antropologi, vil jeg nu se nærmere på.

3.3.3. Den terapeutiske etos’ 3. grundantagelse: Alle problemer er individuelle – også lidelsen

Hvor den optimistiske forestilling om menneskets uanede muligheder metaforisk udtrykt er i udstillingsvinduet i såvel selvhjælpskulturen som i de mange forskellige psykologier, terapier og teknikker, jeg ovenfor har set på, så befinder denne tankegangs bagside, nemlig at alle problemer er individuelle, og mennesket således bestemmes som eneansvarlig for sit liv, sig i baglokalet i den forstand, at den tilsyneladende ikke er en tydelig figur for den terapeutiske kultur selv (Jørgensen, 2002b).

3.3.3.1. Sociale, strukturelle, politiske og eksistentielle problemer kodes som individuelle

Ifølge Beck er psykologien netop ikke bare et nødvendigt svar på individualiseringen, men den skaber også selv problemerne og er med til at

KAPITEL 3. TEORI

forstærke dem, fordi den placerer årsagerne til samfundets uløste sociale, strukturelle og politiske problemer i det enkelte individ. Hvad der tidligere overgik mennesker, f.eks. krige, naturkatastrofer, ægtefællens død osv., blev

”opfattet som et ”slag af skæbnen”, rettet af Gud eller naturen. Det var altså kort og godt hændelser, som de ikke selv var ansvarlige for. I dag er der i langt højere grad tale om begivenheder, der opfattes som et udslag af ”personlig utilstrækkelighed” – f.eks. at dumpe til eksamen, arbejdsløshed, skilsmisse osv.” (Beck, 1997:218).

En stadig større del af samfundets problemer bliver lagt på det enkelte menneskes skuldre. Nutidens hjemløse, langtidssyge og arbejdsløse skal forklare sig selv og andre, hvorfor de er havnet i denne udsigtsløse situation. Hvad har de selv gjort forkert? Og hvorfor har de ikke ændret på det, der er årsagen til miseren? På den måde forvandles ydre årsager til personlig skyld og systemproblemer til individuel utilstrækkelighed. F.eks. internaliseres arbejdsløshed og gøres til en egenskab ved individet med den konsekvens, at han eller hun forventes at finde biografiske løsninger på systemiske problemer (Ibid:151). Det enkelte individ presses til at se sine problemer som mangler ved sig selv (sit eget selv), og sociale problemer bliver i stadigt stigende grad opfattet som psykologiske dispositioner, som f.eks. manglende mestringsstrategier, angst, neuroser eller personlighedsforstyrrelser. Og når politik på den måde bliver til terapi, patologiseres og medikaliseres almindelig menneskelig adfærd og variation. Risici og modsætninger i samfundet produceres stadigvæk socialt, men pligten til og nødvendigheden af at mestre dem, er blevet individualiseret (Bauman, 2000:34).

Denne tanke passer til den moderne stat, som den danske politolog Ove Kaj Pedersen kalder ”konkurrencestaten” (Pedersen, 2011). Her påføres individet et stadigt større ansvar: ansvar for sit helbred, sin sociale situation, sin læring og sin beskæftigelsessituation. Konkurrencestaten og dens neoliberale værdisystem gør mennesker selvansvarlige for deres situation i verden og lægger værdi til dem, der har magt over deres liv. Den terapeutiske etos, som kan ses som den moderne forbrugerkulturs rødder (Lears, 2000) - og dermed også konkurrencestatens - bliver blind for, at omkostningen ved at tillægge uafhængighed eller autonomi så stor værdi netop er, at afhængighed og sårbarhed bliver betragtet som noget negativt, som noget, man både kan og skal lægge bag sig. Det betyder, at det, man har kaldt psykologiens ideologiske slagside, bliver tydelig, nemlig at man søger individuelle løsninger på samfundsmæssige, strukturelle, politiske og eksistentielle problemer (Madsen, 2010:21)

3.3.3.2. Man har kun sig selv at takke eller bebrejde

Carsten René Jørgensen hævder ligeledes, at individuel psykologi og psykoterapi har en selvforstærkende effekt, som bidrager til yderligere individualisering og afpolitisering af årsagerne til menneskers psykiske vanskeligheder. Den selvrefleksive kultur, det senmoderne menneske lever i, gør de eksistentielle grundvilkår, som tidligere var noget naturligt og fælles menneskeligt, til et problem for den enkelte, som det så har brug for (psykologiske) eksperter for at kunne løse (Jørgensen, 2002b:312).

Som vi har set i afsnittet ”Mennesket har uanede muligheder”, opfordrer den dominerende psykologiske diskurs det senmoderne menneske til altovervejende at se indad i jagten på problemernes årsag og behandling, hvad der slører blikket for disse problemers samfundsmæssige, kulturelle og eksistentielle kontekst (Ibid:315). Denne diskurs har et a-kontekstuel syn på individet, som resulterer i det, man kan kalde en mangel-model (”deficit model”), dvs. at de problemer, mennesker måtte have i deres liv, tilskrives defekte mekanismer inden i dem (Prilleltensky, 1989:797). Den enkelte er selv skyld i sine fiaskoer, ligesom han eller hun kun har sig selv at takke for sine succeser. Eksempelvis kan nævnes behandlingen af stress, hvor den stressramte typisk sendes til psykolog eller stresscoach, som lærer ham eller hende at mestre symptomerne og finde nye måder at forholde sig til sit arbejde på. Men derved kommer man let til at overse, at det måske er den måde, arbejdet er organiseret på eller mængden af arbejdsopgaver, der pålægges medarbejderen, der er hovedårsagen. Så selvom terapien hjælper den stressramte, forstærker den samtidig individualiseringen og vanskeliggør modstand mod netop de stadigt større krav om effektivisering af arbejdsmarkedet (Madsen, 2010:30)

I et nyere tysk studie af patienter på to psykosomatiske klinikkers dagsafsnit er det f.eks. tydeligt, hvordan arbejdsrelaterede lidelser re-interpreteres psykoterapeutisk af behandlerne, hvad der resulterer i en medikalisering og personalisering af sociale lidelser. Eksterne faktorer skubbes i baggrunden, samfundet eksisterer ikke. Den sociale sfære de-tematiseres næsten fuldstændigt. Patienterne kommer med en opfattelse af, at deres lidelser er arbejdsbetingede, men terapeuterne lokaliserer typisk grunden til deres problemer i patienternes indre liv. Selv-refleksivitet, som kunne inkludere accepten af, at ikke alt kan forandres ved at forandre sig selv, bliver til selv-referentialitet, som netop ignorerer eksterne strukturer og transindividuelle interesser (Flick 2016). Sundhed og selvrealisering bliver synonyme (Illouz 2008,160). På den måde bliver terapi en slags opdragelse i at se og forstå alle problemer som individuelle.

KAPITEL 3. TEORI

Den amerikanske psykologiprofessor Isaac Prilleltensky fremhæver Carl Rogers som pioneren og den ledende figur, der fostrede ideen om, at personlige problemer grundlæggende er af indre eller endogen karakter. Han ser den humanistiske psykologis betoning af det enkelte individs potentiale for forandring og vækst som et opgør med Freud og Skinners determinisme. Men i kampen mod determinismen kommer optimismen i forhold til menneskets muligheder for selvbestemmelse, forandring og vækst til at overse, at samfundsmæssige forhold øver betydelig indflydelse på individets personlighed og adfærd (Prilleltensky, 1989:798). Rogers fundamentale misforståelse var ifølge Prilleltensky at tro,

”that society was run as a therapeutic session or an encounter group where feelings of equality and community arise as part of the healing process” (Prilleltensky, 1989: 799).

Løsningen på ethvert problem er i den terapeutiske kultur terapeutisk. Psykologien er alt andet end konsensuspræget. Man er og har været ikke bare kritisk, men ligefrem fjendtlig i forhold til hinanden og de svar, man hver især har givet på centrale spørgsmål. Men til trods for psy-feltets diversitet, har det netop én fællesnævner, og det er psykologiseringen, dvs. det fænomen at psykologisk sprog og forklaringer erobrer områder, som ellers ikke traditionelt formodes at høre til psykologiens teoretiske og praktiske terræn. Psykologisering som paradigme forener ifølge den belgiske filosof Jan De Vos alle former for psykologi (De Vos, 2012:10) og bliver i den terapeutiske kultur til en totalbestemmelse af mennesket.

3.3.3.3. Autenticitetens mytologi

I den terapeutiske kultur skal altså både problemerne og løsningerne på dem findes inden i mennesket. Krogsdal kalder denne tankegang for en ”autenticitetens mytologi”, der fortæller, at det ideelle menneskeliv er det liv, hvor man er tro mod sig selv og hele tiden arbejder på at realisere sig selv. Denne mytologi lærer mennesket, at det er dets forhold til sig selv, der bestemmer, hvordan dets liv udformer sig. Det, der er galt i livet, er, at mennesket ikke er sig selv, samtidig med at løsningen er, at det begynder at arbejde terapeutisk med sig selv (Krogsdal, 2009b:47). Og selvom Krogsdal specifikt taler om NLP (Neurolingvistisk programmering), er denne forståelse langt hen ad vejen dækkende for den terapeutiske kultur overhovedet, som vi har set det i afsnittet om den terapeutiske kulturs 2. grundantagelse: ”Mennesket har uanede muligheder”. F.eks. konkluderer et studie af 90 dansksprogede selvhjælpsbøger fra 1990 og fremefter, at problemer i selvhjælpslitteraturen generelt formuleres som forskellige typer af

KAPITEL 3. TEORI

individuelle mangler, der som løsning indebærer en konstant udvikling hen imod et mål om selvrealisering, som aldrig kan opnås. Subjektet subjektiveres dermed som et ufærdigt produkt, der aldrig helt er godt nok, og som altid har brug for forbedring (du Plessis, 2013). En anden dansk analyse peger ligeledes på, at mange selvhjælpsbøger hviler på påstanden om, at mennesker er eneansvarlige for deres liv. Personlig forandring foregår derfor kun indefra og ud. Denne diskurs om ansvaret for egen udvikling har gjort os blinde for den sociale ulighed, uddannelsernes marginaliseringstendenser og arbejdspladsernes stressfaktorer (Kjær, 2013). En lignende konklusion når Madsens kulturpsykologiske studie af selvhjælpslitteraturen frem til (Madsen, 2014). Budskabet er også her, at *Det er innover, vi må gå*, som bogens titel lyder. Ved at helbrede sig selv, kan man også helbrede verden. Selvhjælpslitteraturen, der som nævnt ses som en verificering af begrebet ”den terapeutiske kultur”, kan ifølge Madsen betragtes som en moralsk diskurs, der er medskaber af det senmoderne menneskes forestillinger om, hvad et menneske er; hvad et godt liv er; hvad der er sundt, og hvad der er rigtigt at gøre (Madsen, 2010:22). Den er, som Kruse siger det ”en sygdomsfortolkning, der indskriver sygdom i et moralsk univers, og som samtidig tilbyder den enkelte mulighed for at helbrede sig selv” (Kruse, 2012:342). Sygdom og lidelse bliver dermed gjort til noget, den enkelte har ansvar for. I forlængelse heraf peger Illouz på, at klinisk psykologi er det første kulturelle system, som har skaffet sig af med teodice-problemet, dvs. spørgsmålet om, hvordan Gud kan kaldes retfærdig, når man tager den meningsløse lidelse i verden i betragtning. Og det har den gjort,

”by making the misfortune the result of a wounded or mismanaged psyche. It brings to perfect completion one of religion’s aims: to explain, rationalize, and ultimately always justify suffering” (Illouz, 2008: 246).

Den amerikanske kulturanthropolog Clifford Geertz taler om, at religionens vigtigste symbolske funktion er at give mening til lidelsen og hjælpe mennesker, ikke til at undgå lidelsen, men til at omgå den eller leve med den ved at henvise til en transcendent virkelighed. Meningen skal findes udenfor mennesket (Geertz, 2000 (1973):104). I den terapeutiske etos derimod findes ikke meningsløs lidelse og kaos, for der er altid en individuel forklaring. Der er ingen tomme rum. Lidelse og modgang skyldes en såret eller dårligt forvaltet psyke. Meningen med og accepten af lidelsen skal søges gennem et terapeutisk narrativ om selvet (Madsen, 2010:69). Den skal findes inden i mennesket.

3.3.3.4. *Opsummering*

Jeg har nu vist, at den terapeutiske etos konstruerer mennesket som eneansvarligt for alle former for problemer. Netop fordi mennesket har uanede potentialer for forandring og vækst, har det ikke andre end sig selv at bebrejde, når det går galt. Problemer er udtryk for en (midlertidig) mangel, som den enkelte ved terapeutisk hjælp er i stand til at afhjælpe, hvis det bare vil det nok. Kritikere påpeger, at det slører blikket for den samfundsmæssige, politiske, strukturelle og eksistentielle konteksts betydning for individets personlighed, adfærd og muligheder. Den terapeutiske etos har ikke øje for, at mennesker lever under det, den norske filosof Arne Johan Vetlesen kalder de fem eksistentielle grundvilkår, nemlig afhængighed, sårbarhed, dødelighed, relationers skrøbelighed og eksistential ensomhed (Vetlesen, 2004:18). Disse rammevilkår er universelle og betoner virkeligheden som problemfyldt i sig selv. Lidelsen er indbygget i tilværelsen og gør sig gældende i alle historiske perioder. Ligesom den ikke kun er samfundsskabt, kan den heller ikke alene tilskrives det enkelte individ. Den manglende opmærksomhed herpå betyder derfor også, at den terapeutiske etos let kommer til at overdrive individets muligheder, hvad der kan pålægge den enkelte et næsten ubærligt ansvar. I stedet for at understrege den fælles sårbarhed lægger den vægten på robusthed, som noget den enkelte kan opnå ved mental træning (se f.eks. Svenstrup, Svenstrup & Tindborg, 2017). Også resiliensbegrebet, som ifølge sociologen Rasmus Willig er et kodeord i en ny bølge af selvhjælpslitteratur, passer som fod i hose til den terapeutiske etos' individualiserende forståelse af mennesket. Resilienslitteraturen, siger Willig, er skrevet til mennesker, som skal lære at finde sig i mere for at blive stærkere, hvorved man indirekte reducerer en kompleks virkelighed til, at det er menneskets egen skyld, hvis det f.eks. er stresset (Willig, 2016). Fordi alt potentielt er opnåeligt, bliver mislykkede forsøg på selvforbedring og selvrealisering ekstra pinefulde at leve med. Den terapeutiske etos åbner da også en "bagdør", som det overbelastede, senmoderne menneske, kan slippe udad, nemlig at det er offer. Som vi så under den 1. grundantagelse: "Selvet er i centrum" er tanken, at det ægte, autentiske og oprindelige gode selv er blevet inficeret, forurenede eller forvredet af samfundet, konventionerne eller opdragelsen, hvorfor det fornægter sit potentiale for vækst. Men dette potentiale kan forløses terapeutisk. Det kan lade sig gøre at komme tilbage til det oprindelige selv. På den måde tilskrives det onde noget udenfor mennesket, som det ikke selv er skyld i. Det er offer for omstændighederne. Denne 4. grundantagelse, at mennesket er offer og skyldfølelse kan afhjælpes, som også er en delbestemmelse af den terapeutiske etos' antropologi, vil jeg nu se nærmere på.

3.3.4. Den terapeutiske etos' 4. grundantagelse: Mennesket er offer og skyldfølelse kan afhjælpes

At den terapeutiske etos konstruerer mennesket som havende uanede muligheder stiller store krav til det enkelte individ. Den norske psykolog Tor-Johan Ekeland taler derfor om, at den terapeutiske kulturs redningskrans i forhold til eneansvarligheden er offerpsykologien. Den terapeutiske kultur skaber en tilstand, hvor offerpsykologien flourer (Ekeland, 2007). Den producerer ofre, som den canadiske psykolog Tana Dineen udtrykker det i sin bog "Manufacturing victims" (Dineen, 1998). Der synes altså at være et paradoks i den terapeutiske kultur: mennesket har alle muligheder og dermed hele ansvaret samtidig med, at det bliver gjort til offer og kan fraskrive sig ansvaret. Det udsættes altså for et krydspres. Man kan i den forbindelse også overveje, om der kan være en vis form for social differentiering, hvor forestillingen om, at mennesket har uanede muligheder, er mest udbredt i middelklassen (McLeod, Wright, 2009:125), mens offertanken dominerer blandt de lavere? Den dokumenterede ulighed i sundhed kunne f.eks. pege herpå (Diderichsen, Andersen & Manuel, 2015). Hvordan mennesket konstrueres som offer, vil jeg nu beskæftige mig med.

3.3.4.1. Mennesket er et sårbart offer

Som nævnt peger psykologiens nye kritiske historiografi på, at psykologien selv er medskaber af de fænomener, den omhandler. Psykologien fabrikker subjektet, som Nikolas Rose udtrykker det (Rose, 1999). Den har som nævnt ovenfor udviklet en række redskaber, såkaldte selvteknologier, som mennesker kan bruge til at forme og omforme sig selv som subjekter (Brinkmann, 2012: 757). På den måde er den, som vi har set i dette afsnit, medkonstruktør af såvel samfundet som det enkelte individ. Psykologien fortæller os, hvordan vi skal leve, arbejde, elske, opdrage børn, lege, sørge, dø, osv. Og magter vi det ikke, eller går det galt, stiller den velvilligt psykologiske forklaringer til rådighed. Som en logisk følge af det, Carsten René Jørgensen kalder "oprindelighedsmetafysikken", hvor selvet opfattes som en indre kerne af sandhed og ægte liv, der ofte hæmmes eller ødelægges af ydre forhold, bliver en af de dominerende psykologiske forklaringer på, at det går galt, at mennesker er ofre for noget udenfor dem selv. Den terapeutiske kultur inviterer på den måde mennesker til at forstå sig selv som værende traumatiserede, at være lidende ofre. Den canadiske videnskabsfilosof Ian Hacking taler om såkaldte "looping effekter", hvor videnskabeligt udviklede kategorier enten anvendes af os selv og eller bruges af andre til at beskrive os,

KAPITEL 3. TEORI

hvorved de skaber eller danner os på nye måder (Hacking, 1995). Der er, som Illouz fremhæver det, tale om et ejendommeligt paradoks. På den ene side tilbyder den terapeutiske kultur sin hjælp til at hele (heale) mennesket, og på den anden side genererer den en narrativ struktur, hvor det er lidelsen og offerfølelsen, der definerer selvet (Illouz, 2008:173).

3.3.4.2. The cult of the vulnerable self

Den engelske sociolog Frank Furedi kalder denne forståelse for "the cult of the vulnerable self" (Furedi, 2004). Den terapeutiske kultur har ifølge ham gjort den emotionelle sårbarhed til det afgørende træk i det senmoderne menneskes psykologi. Selvet konstrueres som værende skrøbeligt, sårbart og svagt, hvorfor det har brug for kontinuerlig terapeutisk intervention (Furedi, 2004:21). Som vi har set ovenfor, peger også Furedi på, at en kultur bliver terapeutisk, når den tænkemåde eller logik, der informerer relationen mellem det enkelte individ og terapeuten, og hvis kerne er, at alt går tilbage til barndommen, koloniserer det offentlige rum og er med til at forme f.eks. international politik, socialpolitikken, retspolitikken, arbejdsmarkedspolitikken, skole- og sundhedsvæsenet, familielivet, kirken, børneopdragelsen osv., osv. (Ibid:22). Han viser, hvordan den terapeutiske kultur på den måde stiller en slags "drejebog", et "manuskript", et system af meninger og symboler til rådighed, gennem hvilken det enkelte individ udvikler en helt bestemt forståelse af sig selv og sine relationer til andre. Og denne forståelse er netop baseret på den præmis, at barnets tidlige emotionelle erfaringer er determinerende og definerende for dets adfærd senere i livet, hvorved det konstrueres som offer. Furedi opremser et utal af eksempler: årsagen til internationale konflikter tilskrives traumeinducerede, individuelle, psykologiske og sociale dysfunktioner (Ibid:28). Traumer i barndommen fremstilles som grund til og forklaring af destruktiv, kriminel og antisocial adfærd i voksenlivet (Ibid:29). Børn, der har indlæringsproblemer i skolen, mangler selvfølelse (Ibid:62). Den britiske regering opfordrer til brug af terapeutiske teknikker og eksperter til at afhjælpe alt lige fra hjemløse problemer, problemer i familielivet til vanskeligheder med aggressive indsatte i fængsler (Ibid:63f). Lav selvfølelse ses som årsag til børneprostitution, hjemløshed, tidlig graviditet, stofmisbrug og antisocial adfærd (Ibid:155). Som følge af denne forståelse bliver den private sfære, familien, et farligt sted at være. Det, der engang var et fristed fra hverdagens krav, ses nu som en kilde til emotionel stress: "toxic emotions dominate family life" (Ibid:71). De interpersonelle relationer kriminaliseres (Ibid:80). Og da de fleste vokser op i familier, bliver det sårbare menneske til det skadede menneske, det victimiserede og patologiserede menneske,

KAPITEL 3. TEORI

der er offer for forældrenes eller omverdenens manglende opmærksomhed, anerkendelse og kærlighed.

Den danske historiker Henrik Jensen mener ligefrem, at vi lever i ”ofrets århundrede”. Ifølge hans opfattelse fikseres mennesker her i rollen som ofre (Jensen, 2007):

”Med tidens evigt psykologiserende menneskesyn er det ikke svært at fremkalde ofret i sig selv. Det ligger os lige under huden: vi er ofre for vores forældre (incest er bare den ekstreme udgave), ofre for skolen, for jobbet, for hospitalet, for trafikken, for ægtefællen, for staten og for samfundet i almindelighed. Eller vi er ofre for sexismen, racismen og nationalismen, ofre for herskende skønhedsidealiser, for ”noget” indeni – følelser, svagheder, mørkere sider, drifter, drømme, instinkter, energier eller bare tørst” (Ibid:15).

Han påpeger i sine analyser, at vi særligt i løbet af de sidste årtier har vænnet os til at betragte individet og dets handlinger som en følge af ydre faktorer. Årsager og skyld fortøner sig i historien og omstændighederne, og det personlige ansvar forsvinder i upersonlige strukturer. Det senmoderne menneske har svært ved at se sig selv som skyldigt. Det er ikke en synder, der har gjort noget forkert, men derimod et offer, der er gjort noget imod. Ifølge Jensen betyder det, at skylden går under jorden og bliver hjemløs. Ingen steder er skylden så stor som i offerkulturen, mener han, fordi den ikke kan udtrykkes som skyld eller synd, men dukker op som angst, depression, spiseforstyrrelser eller andre sygdomme, som kun kan behandles terapeutisk. Når man ikke kan gøre noget ved skylden, f.eks. ved at opsøge kirken og få tilgivelse, forsøger man helt at komme af med ansvaret og bortforklare sine handlinger med en hård barndom, mobning i skolen eller hvad det nu måtte være (Jensen, 2006). I det psykologiserede menneskesyn er der kun plads til skyldfølelse, som man skal hjælpes af med.

3.3.4.3. Der er ingen skyld, kun skyldfølelse

Den eneste målestok for, hvad der er godt eller ondt, rigtigt eller forkert er, som vi har set, hvordan jeg føler mig. Moraliteten har ingen anden grund end det enkelte individs personlige følelse. Moderne psykologi er, som den amerikanske sociolog Richard Sennet bemærker, funderet på en ontologi om selvets indre liv uden transcendent ideer om ondskab eller synd (Sennet in Madsen, 2004:32). Og da skyldfølelse er en ubehagelig følelse, må man skaffe sig af den

KAPITEL 3. TEORI

eller blive helbredt for den, så man igen kan få det godt med sig selv. Skyldfølelsen ses som en fejl i måden at forholde sig til sig selv på og ikke et udtryk for reel skyld i betydningen en forkert handling (eller en eventuelt manglende handling) i forhold til et andet menneske. Målestokken bliver altså udelukkende terapeutisk. Ifølge Rieff mente Freud, at skyld indikerede en manglende selvforståelse eller en manglende tolerance for sig selv og det naturlige i en (Rieff 1979 in Madsen, 2010:73). Det, man engang klassificerede som moralske problemer, har den terapeutiske diskurs transformeret til en slags sygdom i viljen ("disease of the will"), dvs. en sygdom i selvets evne til at monitorere sine handlinger og ændre dem (Valverde 1998 in Illouz, 2008:171). Dermed patologiseres og medikaliseres moraliteten (Brinkmann, 2013). Megen terapi handler ifølge Brinkmann netop om få klienten til at holde op med at være skyldig. Det drejer sig om, hvordan man kan fjerne skylden fra klientens sind på samme måde, som man fjerner en tumor fra en patients krop (Ibid:115). Skylden ses altså som et psykiatrisk symptom eller som en mangel i forhold til at realisere sig selv og sine potentialer og ikke som et tegn på, at man har overtrådt et moralsk imperativ. Når moraliteten på den måde patologiseres og medikaliseres, truer det ifølge Brinkmann ikke bare menneskets følelse af moralsk ansvar, men også muligheden for at erfare lidelse som meningsfuld. Ligesom Jensen mener han, at mange af det senmoderne menneskes problemer (tungsind, tomhed, meningsløshed osv.) stammer fra en mangel på moralske ressourcer til forstå sig selv:

"People who are looking for meaning meet a system of treatment that tells them that their suffering is meaningless and should be understood causally, thus possibly reinforcing the very ground of their suffering (Ibid:115).

Men den skyld i forhold til andre, der hverken bliver plads eller sprog til i den terapeutiske kultur, transformeres let til skam over sig selv, sådan som blandt andet den franske sociolog Alain Ehrenberg har gjort opmærksom på (Ehrenberg, Honneth, 2010). Ifølge kritikken af den terapeutiske kultur er mennesket her kun ansvarlig for sin fremtid, ikke sin fortid.

3.3.4.4. Opsummering

Som vi nu har set, kan den terapeutiske kulturs offertankegang på én gang ses som en redningskrans fra eneansvarligheden og som en logisk følge af oprindelighedsmetafysikken, hvor selvet forstås som grundlæggende godt, og det onde derfor nødvendigvis må komme udefra. Fordi selvet er i centrum, og verden

skabes indefra, er det er den enkeltes følelser, der bestemmer, om noget er rigtigt eller forkert. Derfor bliver skyld reduceret til skyldfølelse, som har at gøre med en forkert eller uhensigtsmæssig måde at forholde sig til selv på, og som derfor også kan fjernes. Mennesket er ikke ansvarligt for sin fortid, kun for sin fremtid i betydningen: hvad stiller det op med det, det er blevet gjort til? Det vil jeg nu i det, jeg har kaldt den terapeutiske etos' 5. grundantagelse: "Mennesket er dømt til selvrealisering", se nærmere på. Hvor jeg i grundantagelse 2.- 4. således har beskæftiget mig med antropologien, handler det nu om den terapeutiske etos' soteriologi (frelseslære) og eskatologi (læren om de sidste tider), der i forhold til tidligere tiders forståelser her sekulariseres, individualiseres og tømmes for transcendent indhold.

3.3.5. Den terapeutiske etos' 5. grundantagelse: Mennesket er dømt til selvrealisering

Som en følge af, at det senmoderne menneske er blevet "alene hjemme", og at Gud er død, har det nu selv til opgave at skabe mening og sammenhæng. Selvet er i centrum, verden bliver til indefra. Der er kun den enkeltes egen private verden og det nu, han eller hun lever i. Ifølge den engelske sociolog Tony Walter er det historisk set et nybrud af dimensioner. Han mener, at det vestlige menneske for første gang i 2-3 årtusinder har konstrueret et samfund og en religion baseret alene på nuet. Evigheden er ikke bare forsvundet fra hospitalernes og hospicernes dagsorden, men også fra sociologernes, som har det, han kalder et historisk hukommelsestab; de har glemt, hvor usædvanlig moderne vestlig kultur er i sin orientering mod det immanente (Walter, 1996b:3). At evigheden på den måde er forsvundet betyder, at forståelsen af, hvad frelse er, har ændret sig. Fra at være noget, der sker via guddommelig indgriben, en befrielse, der skænkes en udefra, og som ikke bare har en immanent, men også en transcendent betydning, dvs. peger frem mod evigheden, bliver frelse i senmoderniteten til noget, man selv eller ens selv skal realisere her og nu. I den forstand er det senmoderne menneske dømt til selvrealisering. Det skal finde sig selv i sig selv. Denne individualisering er, som Bauman gør opmærksom på, ikke noget, det enkelte individ kan vælge fra. Menneskets identitet, dets plads i verden, dets opgave, hvad livets mening eller lykke er, osv., er ikke længere fastlagt på forhånd. Individualiseringen er ikke et valg, men en skæbne, et vilkår:

"Individualization is a fate, not a choice. In the land of individual freedom of choice the option to escape individualization and to

KAPITEL 3. TEORI

refuse participation in the individualizing game is emphatically not on the agenda” (Bauman, 2000: 34).

Dette “individualiseringsspil” er særligt tydeligt, når vi taler om den terapeutiske kulturs soteriologi og eskatologi.

3.3.5.1. Den terapeutiske kulturs forståelse af frelse

Ifølge den danske professor i religionsvidenskab Per Bilde betegner begrebet ”soteriologi” de forestillinger en bestemt religion gør sig om frelsens *hvorfra*, *hvortil* og *hvorledes*. Frelsens *hvorfra* refererer til den aktuelle, negativt bestemte situation, som mennesker oplever som udtryk for gudsforladthed eller som udtryk for det (den) ondes herredømme. Frelsens *hvortil* henviser til den eskatologiske ophævelse af denne negative tilstand og til oprettelsen af et messiansk rige, en fornyet jord, et paradys eller en himmel, det vil sige det sted, hvor guddommelig vilje, og dermed per definition barmhjertighed, hersker uindskrænket. Frelsens *hvorledes* betegner den eller de måder, hvorpå den første tilstand overvindes og erstattes med den sidste. Der refereres ofte her til guddommelige indgreb (Bilde, 2003:216). Bruger vi nu denne terminologi på den terapeutiske etos, kan man i overskrifter tale om, at frelsens *hvorfra* er det enkelte menneskes manglende evne til at være sig selv, at acceptere og elske sig selv med forvirring, tomhed og meningsløshed til følge. Ondskab opfattes ikke som et ontologisk vilkår. Det handler derimod om det undervurderede selv, om fremmedgørelsen fra det sande, autentiske og oprindelige jeg. Det drejer sig om fangenskabets i moderniteten, om den indre kerne af sandhed og ægte liv, som er hæmmet eller ødelagt af uempatiske forældre eller den umenneskelige vestlige civilisation. Frelsens *hvortil* er derfor også, at mennesket bliver sig selv, bliver en ”person”, som selvstændigt kan vurdere og træffe afgørelser (Rogers, 1961). Frelsen er fysik og psykisk sundhed. Det er ”instant gratification”, well-being og nydelse her og nu (Lears, 2000). Det er ikke ”pie-in-the-sky-when-you-die”, men meget ”pie” her og nu, som Walter udtrykker det (Walter, 1996b:2). Og frelsens *hvorledes* er i den terapeutiske kultur det enkelte individs selvudvikling. Der ingen eskatologiske forestillinger eller noget håb om guddommelig indgriben, som skal forløse en. Tværtimod er selvrealisering, personlig autonomi og selvudfoldelse den frelsesvej, som senmodernitetens ækvivalenter til præsten, dvs. psykologer, terapeuter og deres ”helligskrifter” i form af faglitteratur, selvhjælpslitteratur, tv-shows m.m., anviser. Det handler om *Saving the modern Soul*, som er titlen på Illouz’ bog fra 2008. Ligesom Furedi viser hun her, at den terapeutiske individualisme er dybt indgroet ikke bare i vores individuelle liv og relationer, i ægteskaber og i familien, men også

KAPITEL 3. TEORI

i det offentlige liv, i politik, virksomheder, massemedier og i det civile samfund. Den er den måde, hvorpå det senmoderne menneske kan frelse - ikke sin sjæl i traditionel, kristen forstand - men den moderne, sekulariserede udgave heraf, nemlig selvet. Hvor man kan tale om, at der i det traditionelle religiøse liv var en stræben efter fællesskab med Gud og en søgen efter sjælens eskatologiske frelse, så erstattes det i den terapeutiske kultur med et terapeutisk narrativ om selvrealisering. Forståelsen af frelse individualiseres, sekulariseres og gøres til en udelukkende immanent, en dennesidig størrelse.

3.3.5.2. Det religiøse frelsesnarrativ erstattes af et terapeutisk narrativ om selvrealisering

Som Illouz også peger på, kan man altså sige, at dette terapeutiske narrativ bruger det samme grundskema, som den vestlige kulturs gamle, religiøse frelsesnarrativ, men transformerer det, så det passer til den afgørende betydning, selvet har i den terapeutiske kultur:

”These narratives use the cultural template of religious narrative, a template that is both regressive and progressive: regressive because it is about past events which are, so to speak, still present and at work in people’s lives; and progressive because the goal of the narrative is to establish prospective redemption, here, emotional health.” (Illouz, 2007:55)

Hvor det regressive i den traditionelle, religiøse kultur er menneskets ondskab, forstået som et ontologisk vilkår - det er synden, de moralsk forkerte handlinger - er det onde eller det regressive i det udviklingspsykologiske narrativ om selvet, som vi har set, Freud sætter på dagsordenen, barnets tidlige emotionelle erfaringer, som forstås som determinerende og definerende for dets adfærd senere i livet. Det onde har, som den amerikanske psykologiprofessor Suzanne Kirschner udtrykker det, sin oprindelse i ontogenesis, dvs. i konkrete begivenheder i det enkelte individs liv, som f.eks. ”separation, loss, disappointment, frustration, imperfection, and reactive or innate destructiveness” (Kirschner 1996:195 in Illouz, 2008:41). Derved forskydes opmærksomheden fra, hvad jeg gør eller ikke gør mod andre til det, de andre (forældrene, samfundet, kulturen) har gjort mod mig. Det bliver udelukkende et internt fænomen og problem, som kan afhjælpes terapeutisk. Det sekulære selv bliver det indkapslede selv (Kvale, 2003:12). For hvor det gode eller det progressive i den traditionelle, kristne kultur var frelsen - håbet om et evigt liv både på denne og den anden side af graven - som kom i stand via guddommelig indgriben (Kristi død

KAPITEL 3. TEORI

på korset), bliver det i det udviklingspsykologiske narrativ om selvet afslutningen på en immanent individuationsproces, en realisering af det sande, ægte, oprindelige selv, hvor den enkelte selv må påtage sig ansvaret for at udvikle autonomi, autenticitet, kreativitet og sund narcissisme (Kirschner 1996:195 in Illouz, 2008:41).

Baggrunden for sekulariseringen og dennesidiggørelsen af det kristne frelsesnarrativ finder Illouz i de tre store kulturelle bevægelser: protestantismen, oplysningstiden og romantikken. Martin Luthers protestantisme lod mennesket alene med den Gud, der nu skulle søges i det indre ved bøn og studier af Biblen. Sat fri fra skriftemål og kirkens absolution (tilgivelse) blev mennesket overladt til sin egen samvittighed og frie vilje, hvad der banede vej for den moderne psykologi, der fortsatte den individualisering, som protestantismen havde igangsat. Romantikken, eller mere præcist transcendentalismens idé om Gud som et indre lys eller en indre styrke understregede muligheden for en direkte forbindelse med Gud, som med tiden blev til en forbindelse med ens eget selv. Og endelig blev frelsesnarrativet i oplysningstidens udgave til ideen om frihed og autonomi, der blev et centralt mål, ikke bare for psykologiske og psykoanalytiske narrativer, men for det senmoderne menneske overhovedet (Illouz, 2008:257 note 72). Den moderne ækvivalent til frelse bliver dermed mental eller emotionel sundhed (MacIntyre, 1984: 22). Frelse bliver til helse. Præsterne erstattes ifølge Illouz derfor også af psykologerne, som nu bliver hovedleverandører af de symbolske værktøjer og kategorier, det senmoderne menneske har brug for (Illouz, 2008:57). Der er ikke længere en instans, der er større end en selv, der sætter den moralske ramme, og i hvis ”hænder”, man kan lægge sit liv eller bede om hjælp. Der er heller ikke noget bagefter, et evigt liv, der kan knyttes et eskatologisk håb til. Begreberne ”død” og ”opstandelse” forbindes ikke længere med hinanden i sproget. Døden hører op som indgang til noget og reduceres til exit. Den ses ikke længere som et stadie i en for menneskeheden fremadskridende proces, men som en privat afslutning på livet (Bauman 1992b:8). Derfor bliver det endnu mere presserende med ”instant gratification”, dvs. at opnå lykke, succes og sundhed her og nu.

3.3.5.3. Instant gratification

Moderne, psykologiske systemer understreger netop det, den amerikanske religionsforsker Michael E. Carbine har kaldt ”the immediate-present”, hvor frustration, dvs. forsinket gratifikation, forbindes med negative konnotationer, mens umiddelbar tilfredsstillelse er blevet normen (Carbine, 1980:44). Livets mening er ikke længere frelse gennem identifikation med et fælles transcendent mål, men individuel, ”instant” tilfredsstillelse. ”Religious man was born to be saved; psychological man was born to be pleased”, som Rieff formulerer det (Rieff,

KAPITEL 3. TEORI

1966/2006: 19). På den måde er menneske i den terapeutiske kultur ifølge kritikken blevet sin egen religion: ”Å ta vare på seg selv er hans ritual nu. Helse er blitt den ultimative trossetningen” (Madsen, 2010: 53). Frelsesvejen går ikke længere via kristendommens begreber om nåde og tilgivelse, men via begreber som sundhed, velfærd og velvære. Sundhed er ikke et middel til at leve et godt liv, men et mål i sig selv (Brinkmann, 2010b:16).

Man kan altså med den norske psykolog Steiner Kvale sige, at den religiøse sjæl er blevet sekulariseret til psyken:

“In psychology the biblical story of mankind’s fall and ultimate redemption became individualized into theories of the growth of the self and of psychosocial development. In the psychological liberation of the self, the evil and tragic dimensions of the human condition went out of sight” (Kvale, 2003:11).

Men når man mister blikket for det, Kvale her kalder de onde og tragiske (ontologiske) dimensioner af tilværelsen, bliver det enkelte individ eneansvarligt for livets mening. Den religiøse sjæl bliver altså ikke bare sekulariseret til psyken. Selvet træder på en måde i guds sted. Det bliver i dele af den terapeutiske kultur tillagt så stor en betydning, at det ligefrem har fået analytikere til at tale om en sakralisering eller guddommeliggørelse af selvet.

3.3.5.4. Det sakraliserede selv

Den epoke, vi lever i, er blevet beskrevet som en tid, der er optaget af selvet på en i historien hidtil uset måde (Giddens, 1991, Lasch, 1991, Rimke, 2000). Den canadiske filosof Charles Taylor taler om ”The modern turn to subjectivity” (Taylor, 1989), religionssociologen Paul Heelas taler om selvet som ”a powerfull metanarrative” (Heelas, 1993:110) og den britiske professor P.H. Partridge om ”the Sacralized Self” eller ”divinization of the self” (Partridge, 1999:80,81), hvorved han knytter forbindelsen til New Age, som han ser som senmodernitetens dominerende religionsform. Den iboende epistemologi er her, at selvet ikke bare er i stand til at opdage sandheden, men at sandheden også skal søges i selvet. Det er selvet og ikke Jesus⁴⁴, der er vejen, sandheden og livet (Ibid: 81). Partridge citerer den amerikanske skuespiller og forfatter til flere selvhjælpsbøger Shirley MacLaine, som erklærer at ”self-realisation is God-realisation. Knowing more of your Higher Self really means knowing more of God.”

⁴⁴ Se Johannesevangeliet kap. 14, 26

KAPITEL 3. TEORI

(MacLaine 1990, 82-83 in Partridge, 1999:81-82). Som vi så ovenfor, er kosmologi i den terapeutiske kultur blevet til psykologi. Den indre realitet er den primære. Men ikke nok med det. Det er f.eks. hos MacLaine tydeligt, at dele af selvhjælpslitteraturen ikke bare har religiøse konnotationer, men selv bliver religion. ”Self-realisation”, selvrealisering er med hendes ord ”God-realisation”, erkendelse af Gud.

Bauman advarer ganske vist mod det, han kalder: ”There-must-be-religiosity-somehow-somewhere”-attituden blandt filosoffer og sociologer, som ivrigt forsøger at redefinere moderne og postmoderne problemstillinger som religiøse i deres essens. Det er ikke alle de måder, mennesker tackler deres liv på, der pr. definition er religiøse (Bauman, 1998:60). Han mener f.eks., at lighederne mellem på den ene side selvhjælpslitteraturen og dens identitets eksperter og på den anden side kirker og sekter kun er overfladiske i den forstand, at de kan have organisatoriske mønstre til fælles. Til forskel fra de sidste er selvhjælpslitteraturen nemlig en del af det, han kalder ”the counselling boom”, som har til opgave at træne mennesker til at blive perfekte forbrugere (Ibid:71). Uden at gå ind på den tætte forbindelse mellem den terapeutiske etos og i særlig grad selvhjælpslitteraturen og forbrugerlogikken (Madsen, 2004:47, Rimke, 2000), tror jeg i modsætning til Bauman, at man kan tale om ligheder på andre områder end de organisatoriske.

Som nævnt ovenfor kan man betragte selvhjælpslitteraturen som den genre, hvor den individualiserede terapeutiske kultur eller etos tydeligst træder frem. Selvhjælp er den terapeutiske kulturs primære form (Lee, 2007), og Madsen understreger netop, at hverken nyreligiositet eller nyåndelighed kan betragtes som modsætninger til den terapeutiske kulturs gennemslagskraft i senmoderniteten. Tværtimod kan man sige, at den terapeutiske kultur opfordrer til alle former for individuel søgen efter mening (Madsen, 2010:60). Så selvom man ikke går så langt som den konservative amerikanske professor i psykologi Paul Vitz, der mener, at de former for moderne psykologi, der er påvirket af humanistiske selv-teorier, selv er blevet religion, ”a secular cult of self” (Vitz 1994:6), så kan man sige, at moderne religiøsitet, New Age og terapi eksisterer langs det samme kontinuum. Dvs. at de deler forestillingen om, at selvet er i centrum, at verden skabes indefra, og at det er her, moralen forankres. Ifølge Rieff var det netop tegnet på en ”anti-kultur”, fordi kultur er ”another name for a design of motives directing the self outward, toward those communal purposes in which alone the self can be realised and satisfied” (Rieff, 1966/2006: 3). Religionens opgave er ifølge Rieff at sætte mennesker ind i et forpligtende fællesskab, der kan forhindre forkerte valg og modarbejde grådighed og egoisme. Forskere, der beskæftiger sig med religion i senmoderniteten, hævder da også, at religion i især sekulariserede, vestlige kulturer har ændret karakter.

3.3.5.5. *Det nye hellige*

Den terapeutiske kulturs udbredelse betyder ikke, at religion som sådan trænges tilbage. Tværtimod taler man i dag om religionens genkomst. Sekulariseringstesen, hvis grundlag var, at fornuft og tro var konkurrerende diskurser, har vist sig at ikke at holde (Qvortrup, 2009). Religion synes at have fået en fornyet politisk betydning, hvad der især er tydeligt i de mange varianter af religiøs fundamentalisme, ikke bare i Mellemøsten, men også i Afrika og Sydøstasien. Den globale terrorisme er religiøst motiveret. Og selvom man i næsten alle europæiske lande kan tale om en sekulariseringsbølge siden 2. verdenskrig, ser det f.eks. anderledes ud i USA, hvor alle data viser, at den forholdsvis store andel af religiøst aktive borgere har været konstant i de sidste seks årtier (Norris, Inglehart, 2011: kapitel 4). Det har fået Habermas til at betegne den tid, vi lever i, som postsekulær (Habermas, 2006: 4). På den baggrund kritiserer den amerikanske historiker Christopher Loss de forskere, der har studeret den terapeutiske kultur og etos, for at have negligeret denne udvikling, og han tilskriver den netop Rieffs indflydelsesrige idé om det psykologiske menneske eller mere bredt det, han kalder Rieffs ”terapeutiske historiografi” (Loss, 2002: 70). Det centrale i denne historiografi er, at moderniteten sætter en bevægelse i gang, som betyder, at det 19. århundredes dominerende moral, som var baseret på selvfornægtelse og respekt for ydre autoriteter, i det 20. århundrede erstattes af en moral, der alene sættes af det selvreferentielle selv (Ibid:68). Men ifølge Loss er denne opfattelse uholdbar, og han appellerer derfor til at holde op med at lade som om religion ikke betyder noget, når den rent faktisk gør det (Ibid:71). Men spørgsmålet er, hvad det er for en slags religion, der betyder noget?

Religionsforskeren Lynn Revell taler netop om ”The New Sacred”, det nye hellige, som ikke bare er justering af det gamle, men helt anderledes forståelse, hvor selvrealisering er i centrum, og hvor det isolerede selv bliver den ultimative garant for, hvad der er rigtigt og forkert. Det senmoderne hellige genererer kun en søgen indad (Revell, 1996),130). Og på baggrund af en omfattende empirisk undersøgelse fra Midtengland konstaterer religionssociologerne Paul Heelas og Linda Woodhead ligeledes, at det senmoderne menneske vender sig fra et liv overensstemmende med eksterne, objektive roller og pligter mod et liv med fokus på subjektive erfaringer (Heelas et al., 2005:2). De karakteriserer det som en bevægelse fra life-as religion til subjective-life spirituality. Life-as religion beskriver forholdet til en transcendent magt, en guddom og sandhed udenfor mennesket, og forstås som et underkastelsesforhold, hvor man underlægger sig en given ydre autoritet. Religion benyttes her til at udtrykke forpligtelse i forhold til en sandhed ”derude”, og forholder sig til specifikke skrifter. Gud, Biblen og kirken

KAPITEL 3. TEORI

ved, hvad der er bedst. Samtidig er moral og en vægtning af forskellen mellem Skaber og det skabte væsentlig (Ibid:15ff). Subjective-life spirituality derimod kredser om den enkeltes bevidsthed, åndelighed, minder, lidenskab, kropslige erfaringer, drømme og følelser som ensbetydende med mening, autoritet og betydningskilde. Subjekt-orienterede selv'er søger sider af det åndelige, som udruster dem til at kontrollere egen udvikling ved at henvise til personlig kvalitet eller autenticitet, erfaringsbaseret viden og autoritet, snarere end til overordnede regler eller bud. Spiritualitet udtrykker her en forpligtelse i forhold til en sandhed i denne verden og handler for den enkelte om at finde sit inderste jeg for at blive den, man i virkeligheden er, og at udleve kend-sig-selv-tankens frem for at fæste lid til andres viden. Det væsentlige består i at leve med sin egen sandhed, at heale og leve i harmoni med sig selv og få mod til at blive sin egen autoritet (Ibid:27).

Konklusionen på undersøgelsen er, at man kan tale om en vækst i en individuelt orienteret spiritualitet på bekostning af mere traditionel religion, og at de former for religiøsitet, som tilgodeser individuelle elementer, har fremgang.

Også den senmoderne dansker adskiller subjective-life spiritualitet fra religion (Krogsdal, 2011). Religion ses som noget udvendigt, dogmatisk og ufrit. Den ensretter og begrænser i modsætning til spiritualitet, som er uden regler, noget indre, der betragtes som den dybe, sande del af religionen. Spiritualitet sætter fri, hjælper mennesker til at blive dem, de er, og gør op med religion som et system (Krogsdal, 2009a).

Der synes altså i litteraturen at være enighed om at spore en udvikling fra religion hen imod en individualiseret spiritualitet, hvor det er selvet, der er i centrum. Det, som traditionel religion tidligere lokaliserede i en transcendent realitet, er nu introjiceret i den menneskelige bevidsthed. At forholde sig til religiøs myndighed bliver en mere refleksiv proces (Giddens, 1991). Loss' kritik af Rieff er måske derfor uberettiget, fordi den religion eller religiøsitet, der kommer igen, netop ikke er Rieffs "religiøse menneskes" religion eller religiøsitet, men en religion eller religiøsitet, der ikke står i modsætningsforhold til den terapeutiske kultur, men deler dens grundantagelser. Og hvad der er særligt relevant for undersøgelsen af den terapeutiske kulturs betydning for hospitalspræstens tænkning, tro og praksis, ser Madsen i forlængelse af Rieffs kritik, at

"vestlige religioner i dag, som den protestantiske kristendommen, har enddåtil for længst inkorporeret det terapeutiske projektet, der den sakrale samtale mer eller mindre tar form som en psykoterapeutisk konsultasjon eller terapeutisk samtale" (Madsen, 2010:60).

Om han har ret i det, vil dette studie forsøge at svare på, men jeg kan her foreløbig nøjes med at konkludere, at det ser ud til at psykologi og religion i det senmoderne billedligt talt bliver en slags værelseskammerater, hvor psykologien er den storebror, der sætter præmisserne og bestemmer såvel sprog som indhold.

3.3.6. Opsamling: Den terapeutiske etos som mekanisk sammensætningstænkning

Jeg har i dette afsnit vist, at den terapeutiske etos stiller en sammenhængende fortælling til rådighed for det senmoderne menneske i betydningen et psykologisk tankemønster eller en psykologisk måde at tænke om sig selv og verden på, som gør sig gældende udenfor psykologiens traditionelle domæne, og som objektiverer mennesket på bestemte måder. Denne etos skal læses som den form for hverdagspsykologi (lille p-psykologi), som mennesker bruger til at give deres liv mening og ordne deres erfaringer. Som vi har set, rummer denne fortælling en ontologi, en antropologi og en soteriologi/eskatologi og kan derfor potentielt byde ind med fortolkninger som konkurrerer med traditionel religion. Den kan måske endda med Kvaless ord betegnes som ”religion light”⁴⁵ (Kvale, 2003:20). Psykologi bliver i disse udgaver til en slags pseudoreligiositet, der har afskrevet den Gud, der er i Himlen og gjort sig selv til gud, dvs. er blevet sin egen dommer om godt og ondt og sin egen frelser.

Et af de grundlæggende karakteristika for denne terapeutiske etos er som nævnt, at den koder samfundsmæssige, strukturelle, politiske og eksistentielle problemer som individuelle forhold. Verden skabes indefra, hvorved sammenhængen mellem de problemer, det enkelte individ oplever, og de mere overordnede samfundsmæssige og eksistentielle forhold sløres. I et metaperspektiv kan man med den danske psykolog Niels Engelstedes Hegel-inspirerede forståelse derfor også sige, at den terapeutiske etos er præget af det, han kalder en mekanisk sammensætningstænkning (Engelsted, 1989:37). Den forstår typisk selvet som et element, dvs. som noget, der kan beskrives uafhængigt af noget uden for det selv.⁴⁶ Selvet og samfundet er adskilte størrelser eller bør ideelt set være det, fordi

⁴⁵ Kvale bruger begrebet ”religion light” om den humanistiske psykologi, men jeg mener i afsnittet at have vist, at den humanistiske psykologiske forståelse gennemsyrrer den terapeutiske kultur

⁴⁶ Engelsted beskæftiger sig ikke med den terapeutiske kultur i den betydning, jeg her benytter begrebet, men med personlighedens almene grundlag. I bogen *Personlighedens almene grundlag. En teoretisk ekskursion i psykologiens historie I* benytter han en historisk metode, hvor de forskellige psykologiske teorier ansues som momenter i en samlet videnskabshistorisk udviklingsproces fra oldtiden og til i dag (Engelsted, 1989).

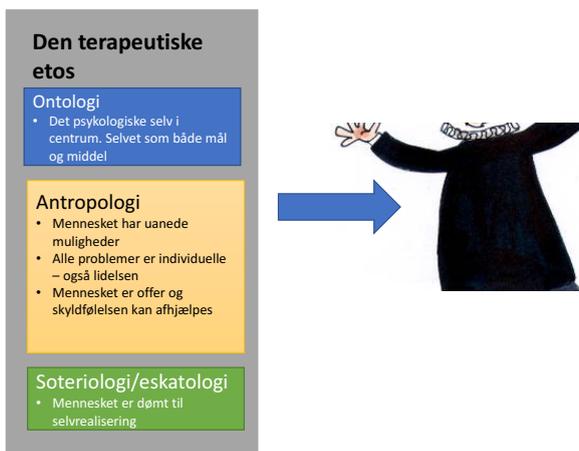
KAPITEL 3. TEORI

samfundet inficerer det ægte oprindelige selv. Elementet indgår i det, Engelsted betegner som udvendige forbindelser. De kan ligesom legoklodser adskilles og sættes sammen uden konsekvenser for de enkelte dele. Delen er kun, hvad den er i kraft af sig selv. Nye udvendige forbindelser som f.eks. nye kontekster eller nye relationer føjer ikke noget kvalitativt nyt til. Selvet forbliver det samme, uanset hvilke forbindelser, det indgår i. Helet er derfor også summen af delene, dvs. samfundet er summen af individer og forstås ud fra enkeltindividernes (psykologiske) egenskaber. I den terapeutiske kultur er det det enkelte individ, der bestemmer helheden, det er subjektet, der sætter verden. Individet kan beskrives ved dets selv, det finder sig selv i sig selv. Den terapeutiske etos' forståelse af mennesket kan altså med Engelsted sammenfattes som adskilthed uden sammenhæng.

3.3.7. Analysemodel I

Med dette afsnit kan jeg dermed bestemme første del af den i alt tredelte analysemodel som følger (figur 1): Hvilken betydning har den terapeutiske etos' fem grundantagelser for hospitals- og hospicepræstens almindelige eller levede teologi?

Figur 1:



Men den terapeutiske etos ”taler” ikke ind i et tomt rum. Danske præster er præget af den måde, evangelisk-luthersk teologi konstruerer mennesket og verden, hvad jeg nu vil gå videre med.

3.4. Evangelisk-luthersk teologi

3.4.1. Indledning

Jeg vil i dette afsnit se på, hvor der er friktion mellem den terapeutiske etos’ grundantagelser og evangelisk-luthersk teologi med henblik på at udsandre, hvor og hvad det er nødvendigt at være særligt opmærksom på i analysen af det empiriske materiale. Jeg vil holde den terapeutiske kulturs grundantagelser op imod evangelisk-luthersk teologi, dvs. op imod det, de to engelske teologer, Foskett & Lyal kalder præsters ”learned theology”, deres teoretiske fundament (Foskett, Lyall, 1988: 47), og fokusere på de vigtigste forskelle mellem den måde evangelisk-luthersk teologi og den terapeutiske kultur og etos konstruerer menneskers grundlag for eksistentiel og etisk orientering.

Som nævnt i dette kapitels indledning skal også den følgende fremstilling af evangelisk-luthersk teologi forstås som en idealtipe i Webersk forstand, der ikke findes empirisk i rendyrket form. Det er en konstruktion af folkekirkens officielle teologi som et slags modstykke til den terapeutiske kultur, vel vidende at det evangelisk-lutherske er blevet forvaltet og fortolket på utallige måder gennem tiden. Denne idealtypiske lutherske teologi og dens moderne udviklinger udgør den teologiske forståelseshorisont for folkekirkelige præster.

Når jeg har valgt betegnelsen ”evangelisk-luthersk” hænger det sammen med, at dette begrebspar med Grundloven af 1849 bliver et fast udtryk til beskrivelsen af den danske folkekirke⁴⁷. Begrebet ”evangelisk” tager udgangspunkt i det, man kalder Luthers genopdagelse af evangeliet. Menneskets frelse skulle ifølge Luther forstås anderledes end i katolsk teologi, efter hvilken mennesket kan klatre højere og højere op imod Gud ved hjælp af såvel gode gerninger som det kirkelige hierarki. Det er tværtimod Gud, der bøjer sig ned til mennesket og ufortjent skænker det frelsens gave, som det kan tage imod i tillid og tro. Dét er evangeliet, som er det græske ord for ”det gode budskab”. I forhold til begrebet ”luthersk” tog Luther selv

⁴⁷ Grundlovens § 4: ”Den evangelisk-lutherske kirke er Den danske Folkekirke og understøttes som sådan af staten”.

KAPITEL 3. TEORI

oprindelig afstand fra at anvende det. Det var, som han udtrykte det, ikke ham, der blev korsfæstet for nogen. Men når man senere begyndte at kalde sig lutheranere, var det en måde at afgrænse sig fra dem, Luther foragteligt kaldte sværmerne, f.eks. gendøberne eller dem, der kun ville drage politiske konsekvenser af deres kristendom. Afgrænsningen gjaldt også de reformerte og de der mente, at de havde så personligt et gudsforhold, at de kunne nøjes med sidde derhjemme og meditere og bede og ikke havde brug for kirke, sakramente og præster (Se f.eks. Lausten, 2005).

”Evangelisk-luthersk teologi” er ikke en entydig eller ahistorisk størrelse, samtidig med at begrebet alligevel rummer noget specifikt f.eks. i form af en afgrænsning i forhold til katolsk og reformert teologi. Selv i denne meget brede forståelse af ”evangelisk-luthersk”, som jeg indledningsvis her kort har ridset op, aner man allerede modsætninger i forhold til den terapeutiske kultur. Hvor mennesket i den terapeutiske kultur kun har sig selv at takke for sine successer og bebrejde for sine fiaskoer, vil håbet i luthersk forstand henvise til noget uden for det menneskelige subjekt, som mennesket i omfattende forstand er bestemt af. Med Luthers ord: Extra nos in Christo (uden for os i Kristus). Frelsen er noget, mennesket skænkes, ikke noget det ved egen kraft kan bringe i stand. Et andet tydeligt konfliktpunkt har at gøre med kirkens, sakramenternes og præstens rolle. Den terapeutiske etos er netop med Luthers ord sværmerisk. Hvert menneske har sin egen vej, sin egen helt personlige tro og har hverken brug for kirkens sakramenter, menighedens fællesskab eller præsten i forhold til, hvordan det skal leve sit liv. Så ligesom den terapeutiske etos rummer også den evangelisk-lutherske teologi en række mere eller mindre sammenhængende antagelser om verden og mennesket.

Man kan selvfølgelig give en oversigt over forskellige historiske og aktuelle evangelisk-lutherske menneskesyn, men der findes ikke noget sådan som *det* evangelisk-lutherske menneskesyn. Det er en dynamisk størrelse, som påvirkes af den historiske og samfundsmæssige kontekst, som den enkelte forstår og tolker den i. Så det følgende skal altså læses som en fremstilling af den idealtypiske evangelisk-lutherske teologi, som for øvrigt også udgør en betydelig del af især dogmatikundervisningen i de teologiske uddannelser, jf. fagbeskrivelserne⁴⁸. I praksis har den et næsten uendeligt antal variationer, f.eks. af modernistisk art, som gøres gældende med større eller mindre styrke og skiftende udbredelse. Det har jeg valgt her at fremhæve ved at resumere nogle af de opgør, der i det 21. århundrede er fremlagt på henholdsvis skabelsteologiens og frelseslærens område. Jeg vil først se på evangelisk-luthersk ontologi.

⁴⁸ Se f.eks. fagbeskrivelsen i Systematisk teologi på Teologisk Fakultet, KU, lokaliseret 31.01.2019 på <https://teol.ku.dk/afd/ast/fagbeskrivelse/> og

3.4.2. Evangelisk-luthersk ontologi

3.4.2.1. *Gud er skaberen*

I kristendommen taler man om, at Gud er skaberen. Det betyder, at Gud er den, der gør, at noget er til. Han er udtrykt med K.E. Løgstrups ord ”magten til at være til i alt, hvad der er til” (Løgstrup, 1978). Det er naturligvis ikke et tvingende svar på spørgsmålet om, hvorfor der overhovedet er noget og ikke bare ingenting. Guds eksistens kan hverken bevises eller modbevises. Man kan i tilværelsen have en fornemmelse eller en følelse af at møde noget, der større end en selv og som er agtelse værd, men at se og dermed påvise Gud, ligesom alt andet der er til, kan man ikke. Man kan tro, at Gud er til, eller man kan tro, at Han ikke er til. Begge dele er former for tro. Men hvis man tror, at Gud er til, og at Han er den, der gør, at det, der er til, er, så må Gud tankemæssigt være til på en anden måde end alt andet. Han må være uden for det, der ellers er til og forskellig fra det skabte. Han må være hinsidig. Tanken kan også fortælle os, at hvis Han skal være den, der gør, at alt andet er til, så kan Han ikke forsvinde og dø som alt andet. Han må være hævet over døden og tilintetgørelsen for at have magt over dem. Han må altid have været der. Udtrykt i religiøst sprog, kan man sige, at Han må være evig (Jensen, 1983:65). Når kristendommen derfor siger, at Gud er skaberen og dermed svaret på, hvad det er, der gør, at der er noget og ikke bare ingenting, så er det altså ikke et logisk, naturvidenskabeligt eller et filosofisk svar, men det er troens svar. Det er ikke en naturvidenskabelig tilblivelsesforklaring, men en tilværelsestyndning:

”Det er tro på, at naturen, den sociale verden og det enkelte menneskes liv allerede er manifestationer af Guds gaver; hele tilværelsen er omgivet ”af lutter faderlig og guddommelig godhed og barmhjertighed uden nogen fortjeneste og værdighed hos mig”, som det hedder i Den Lille Katekismus” (Gregersen, 2017:1152)

Skabelsestro er således ikke tro på de bibelske skabelsesberetninger, men svaret på en undren og en taknemmelighed over alt, hvad der lever og ånder, og som ikke er menneskets egen fortjeneste (Mogensen, 2009:66). Denne undren over tilværelsens uselvfølgelighed (Gregersen, 1992:59) er udtrykt i den apostolske trosbekendelse med ordene: ”Vi tror på Gud Fader, den almægtige, himlens og jordens Skaber”.

3.4.2.2. *Gud har skabt verden*

KAPITEL 3. TEORI

Bevidstheden om det, man kunne kalde tilværelsens forudgivethed, er netop et væsentligt element i den kristne tro på Gud som altings skaber og opretholder. Denne forudgivethed omfatter både naturen omkring og i mennesket, samværet mellem mennesker og individualiteten, dvs. menneskets liv med sig selv (Ibid:59). Livet er skænket. Det er ikke ejendom, men en gave, der skal tages vare på. Verden kan i teologisk forstand altså ikke beskrives for sig selv eller ved sig selv, men kun i dets relation til Gud, som altså ikke (alene) er afhængig af menneskets bevidsthed. Verden udgår ikke fra mennesket, men mennesket indgår i verden. Det er på forhånd indfældet i en sammenhæng. Udsagnet ”Gud har skabt verden” er på den måde ikke et historisk udsagn, men en tydning af et eksistentielt forhold i nutiden.

3.4.2.3. Mennesket er skabt

At mennesket er skabt, betyder derfor også, at det er kastet ind i et projekt, det ikke selv har bygget op (Ibid:59). Det er, med den nu afdøde biskop Jan Lindhardts ord, ikke selfmade. Det er tværtimod, hvad det får givet (Lindhardt, 2003), hvad det er gjort til af Gud. Det lever af Guds gavmildhed. Det har fået sin livsånde af Gud (1. Mosebog 2,7). Det er i Gud, mennesket lever, ånder og er (Apostlenes gerninger 17.28). At tale om mennesket som sit eget selvs arkitekt og alene ansvarlig for sin skæbne er i det perspektiv meningsløst. At tro, at man skal skabe sig selv og verden, bliver let til skaberi, som Johannes Møllehave engang har udtrykt det. For ligesom verden således ikke kan beskrives for sig selv eller ved sig selv, er det heller ikke tilfældet med mennesket. Mennesket og Gud kan ikke tænkes uafhængigt af hinanden. Man kan ikke sige noget om mennesket uden at tale om Gud (Thomsen, 2004:84). Det antikke, sokratiske ideal ”kend dig selv” er altså i et kristent perspektiv ikke tilstrækkeligt for at nå en fuldgyldig forståelse af, hvem mennesket er, og hvorfor det er her. Mennesket kan ikke kende sig selv alene ved at granske sig selv. Der må tilføjes et ”Lad os kende Herren, lad os stræbe efter at kende Ham” (Hosea 6,3). I teologisk forstand kender mennesket først sin bestemmelse, når det lærer sin Gud at kende, netop fordi det er skabt i Guds billede (1. Mosebog 1.27). At kende Gud og kende sig selv er to sider af samme sag. Man har i tolkningshistorien diskuteret, hvad denne gudbilledlighed betyder. Nogen peger på, at det handler om den måde Gud udruster mennesket på: at det har en vilje og ikke bare må følge sine iboende instinkter. Andre mener, det henviser til menneskets intellektuelle evner, altså evnen til tale, tænke og skabe. Ifølge Biblen markerer det ganske vist nogle vigtige forskelle på dyr og mennesker, men dels er det jo ikke alle mennesker, der har disse egenskaber, dels er heller ikke sådan, at alle mennesker besidder dem fra fødsel til død. En sådan forståelse ville derfor reducere

KAPITEL 3. TEORI

gudbilledligheden til en færdighed, hvad der ville negere tanken om, at menneskets værdi ikke er noget, det skal fortjene sig til, men noget det allerede på forhånd har som en ufortjent gave. Menneskelivet er skænket af Gud og derfor af uendelig betydning. Derfor giver det også bedre mening at tale om, at gudbilledligheden peger på mennesket som et relationsvæsen. Til forskel fra alle andre skabninger får mennesket nemlig ved Guds tiltale en bestemt status og bliver sat i en særlig relation til Gud, medmennesket og den øvrige natur. Det sættes ind i

”et krysspunkt av relasjoner: med et for ”opover” til Gud Herren over seg, et forhold ”utover” og ”inover” mennesket ved sin side og seg selv, og et forhold ”nedover” til naturen under seg. Gudsbildet er med andre ord ikke noe vi finder ved å studere mennesket isoleret. Det er noe vi fanger inn først når vi ser mennesket som et relasjonsvæsen” (Jacobsen, 1996:79).

At sige at mennesket er skabt, er altså en særlig måde at bestemme mennesket på netop som et relationsvæsen. Mennesket finder ikke sig selv i sig selv. Det lever sammen med andre og får sit livsindhold herfra og fra den natur, der omgiver det. Sat på spidsen er den enkelte kristeligt set kun en biperson i sit eget liv (Lindhardt, 2003). Gud og næsten vil altid være vigtigere. Eller som Brinkmann (uden nødvendigvis at have den samme religiøse overbygning) formulerer det: ”det er bedre at være et ordentligt (godt, moralsk) menneske end at være sig selv” (Brinkmann, 2016:23).

At mennesket er skabt, handler således ikke bare om den faktisk foreliggende og forudgivne verden, men også mulighedernes verden, fordi det at være en Guds skabning indebærer ”at have del i den kreativitet og de muligheder, som livgivermagten har lånt ud til skabningerne” (Gregersen, 1992:60). Livet er gave og en opgave. Mennesket er sat til at elske sin næste i betydningen at handle, så medmennesket oplever det, den anden gør, som kærlighed og omsorg, og at herske over, dvs. omhyggeligt at forvalte den natur, det selv er en del af. Udsagnet: ”Gud har skabt verden” gør på den måde mennesket til en skabning med pligt til at realisere en bestemt intention (Thomsen, 2004:85). Der er i skabtheden lagt en bestemmelse eller en fordring ned over mennesket. Det er på forhånd sat ind i en sammenhæng, hvor det med K.E. Løgstrup aldrig har med et andet menneske at gøre, uden det også er ansvarligt over for dette menneske, så det simpelthen står til den enkelte, om den andens liv lykkes eller ej (Løgstrup 1966). Det bærer altid noget af det andet menneskes liv i sin hånd. Det skylder sit liv væk til andre. Menneskets væren forstås som en væren i gensidig afhængighed. I den forstand repræsenterer mennesket ikke bare et nøgent faktum, men netop en værdi, der skal

KAPITEL 3. TEORI

værnes om (Jacobsen 1996:83). Det er på forhånd sat ind i en relation til Gud og til medmennesket, sådan som det prægnant er formuleret i det såkaldte dobbelte kærlighedsbud:

”Du skal elske Herren din Gud af hele dit hjerte og af hele din sjæl og af hele dit sind. Det er det største og det første bud. Men der er et andet, som står lige med det: Du skal elske din næste som dig selv.” (Mattæusevangeliet 22, 37-38),

hvor man netop kan sige, at rækkefølgen og sammenhængen mellem de to bud er udtryk for menneskets gudbilledlighed. Gud, menneske og medmenneske er stillet overfor hinanden som på ”skabelsens morgen” under nedbrydning af alle senere tilkomne, afgrænsende bestemmelser mennesker imellem (Pedersen, 1992:19). I gudbilledligheden kan mennesket så og sige genkende sine medmennesker som søskende uafhængig af alder, køn, hudfarve, politisk opfattelse eller gruppetilhørsforhold (Galaterbrevet 3,28). Målestokken for, om realiseringen af den intention, der ligger i at være skabt, lykkes eller ikke lykkes, er derfor ikke menneskets egne lyster, det er ikke, om det føles godt, det er ikke well-being, men det er de andres behov. Ordet elske betyder derfor også her at handle på en bestemt måde overfor medmennesket, ikke at føle på en bestemt måde. I den forstand kan skabelsestanken ses som kritisk kommentar til enhver form for selvtilstrækkelig individualisering af menneskebilledet. Det er ikke nok at være ét menneske, hvis man i kristen forstand skal tale om et fuldgyldigt menneskeliv. Ethvert menneske er bestemt til og afhængig af at leve i et menneskeligt fællesskab. Menneskets menneskelighed kan derfor ikke indskrænkes til et ”cogito, ergo sum” (jeg tænker, altså er jeg) (Descartes) eller et ”sentio, ergo sum” (jeg føler, altså er jeg) (den terapeutiske kulturs emotivisering), men må forstås mere omfattende som ”co-existo, ergo sum” (jeg er sammen med nogen, altså er jeg), sådan som det også ligger implicit i den gammeltestamentlige skabelsesberetnings ord: “Gud skabte mennesket i sit billede; i Guds billede skabte Han det, som mand og kvinde skabte Han dem” (Genesis 1, 28). Han skabte dem! Den amerikanske teolog Reinhold Niebuhr siger det på den måde, at menneskets essens er båndet til andre og til Gud. Det er skabt til relation, hvad der frigør det fra alle hektiske forsøg på at finde tilfredsstillelse og realisering i sig selv (Cooper, 2003:56). Menneskets identitet eksisterer ikke i en fast afgrænset eller fastfrosset form. Det skaber ikke selv sin identitet, men er medskaber på den i et stadigt samspil og modspil til omgivelserne. Det er hele tiden undervejs med sig selv og afhængig af Gud og andre mennesker. Med den danske teolog Niels Henrik Gregersens ord:

KAPITEL 3. TEORI

”Menneskets psyke er ikke en ”substans”, i forhold til hvilket menneskets relationer til andre mennesker er blotte ”accidenser”. Menneskets individualitet bliver overhovedet først til ved at spejle sig i fællesskabet og herfra modtage et billede af sig selv. Kun igennem fællesskabet har Jeget mulighed for at opdage nye sider af sig selv” (Gregersen, 1992:94).

3.4.2.4. Svaghed og sårbarhed som fællesmenneskelige vilkår

Men ved siden af givetheden hører også trutheden, svagheden og sårbarheden, i modsætning til den terapeutiske kultur, her med til skabelsesvilkåret. Så snart mennesket begynder at tænke over, at det er til, melder den tanke sig, at det ikke skal være her altid. Mennesket er også dødeligt. ”Ja, jord er du, og til jord skal du blive” (1. Mosebog 3,19). Som det eneste væsen kan det fornemme det ”ontologiske chok”, det giver at vide, at det lever på en knivsæg med intetheden som det vilkår, det ikke kan slippe af med (Ibid:60). Skal man tale meningsfuldt og troværdigt om menneskelivet, må man derfor også tage døden med i betragtning som tilværelsens grundvilkår. Der står et memento mori over mennesket. Det er dødeligt og forgængeligt. Det har ikke uanede muligheder for livsudfoldelse, fordi vilkårene sætter grænser. Mennesket kommer hjælpeløst til verden og bæres hjælpeløst derfra. Alle problemer er netop ikke individuelle. Mennesket er svagt, sårbart og udleveret til Guds hjælp. Kristen holdning til egen død er derfor at sætte sin lid til den Gud, som tager det liv tilbage (1. Mosebog 6.3⁴⁹), Han gav (1. Mosebog 2,7⁵⁰). At tage imod og at give slip er derfor to grundholdninger i livet.

Det vigtigste karakteristikum for den kristne ontologi som idealtipe er livets gavekarakter, dets forudgivethed, bestemmelsen af mennesket som et relationsvæsen, der på forhånd er stillet den opgave at tage vare på næsten og naturen, og trutheden, dvs. understregningen af menneskets dødelighed, svaghed, sårbarhed og udleverethed som fælles vilkår og netop ikke individuelle problemer. Mennesket har ikke uanede muligheder. Som det allerede er fremgået sætter denne ontologi også en antropologi. Men inden jeg går videre med den, vil jeg kort beskæftige mig med det opgør med skabelsesteologien, som man kan finde eksempler på i protestantisk teologi i det 21. århundrede.

⁴⁹ Da sagde Herren: »Min livsånd skal ikke forblive i mennesket for evigt. De er dødelige. (1. Mosebog 6.3)

⁵⁰ Da formede Gud Herren mennesket af jord og blæste livsånd i hans næsebor, så mennesket blev et levende væsen (1. Mosebog 2,7)

3.4.2.5 Opgør med skabelsesteologien

I det 20. århundrede har protestantisk teologi været påvirket af det, man kalder ”den svage tænkning”, som den italienske filosof og liberale katolik Gianni Vattimo er kendt som talsmand for. Denne svage tænkning tolker nyere vestlig historie som en proces, hvor de stærke strukturer i samfundet, i tænkningen og i mennesket svækkes til fordel for en magtfri udveksling (Vattimo 1999:50). Perioden med metafysiske læresystemer anser han for at være afsluttet. Der ikke længere nogen stærk forklaringsfigur (f.eks. Historien eller Videnskaben). Det gælder iflg. Vattimo også for kristendommen. Sekulariseringen og reduktionen af den kirkelige magtudøvelse ser han som en logisk og vedkommende konsekvens af, at kristendommens sande natur har gjort sig gældende, nemlig at ”hellige” har tømt sig ud. Ideen om det evige svækkes, og det, der står tilbage, er buddet om næstekærlighed som netop det hellige, det indiskutable. Det er altså et opgør med enhver form metafysisk forestilling om Gud som absolut, almægtig og transcendent (Vattimo 1999:47). Herved sætter han ord på et vigtigt anliggende i moderne protestantisme.

På dansk grund er netop Vattimo en af Taarbæk-præsten Thorkild Grosbølls inspirationskilder (Grosbøll 2003:7). I et interview i Weekendavisen med titlen ”Præsten tror ikke på Gud” (Steengaard 2003) udtaler han, at han hverken tror på en skabende og opretholdende Gud, en opstandelse eller et evigt liv. Han opererer ikke med et gudsopretholdt univers, men insisterer på det, han selv betegner som en modernistisk tilgang til kristendommen. Mennesket fungerer på naturvidenskabens præmisser. Gud i himlen siger ham ikke noget, han beder ikke en bøn, når det kniber, og han mener, at mange præster deler hans synspunkter, men taler bare ikke højt om det. Grosbøll tager udgangspunkt i religionskritikken: Det moderne menneske lever i et nyt verdensbillede og kan derfor ikke fastholde et forældet, teistisk gudsbillede (Grosbøll 2003:43). Det er en svag Gud, og dermed en svag teologi, man møder her.

Hvor hele sagen omkring Grosbøll viser, at han kun med nød og næppe undgik en læresag, og derfor er en ener med sine synspunkter⁵¹, gælder det ikke for valgmenighedspræsten dr.theol. Niels Grønkær og lektor ved Folkekirkens Uddannelses- og Videnscenter, Lars Sandbeck. Selvom de også tænker en slags gud-er-død-teologi igennem, inddrager de et langt større repertoire af teologiske

⁵¹ Se f.eks. ”Udviklingen Grosbøll-sagen”, lokaliseret 31.01.2019 på <https://www.kristeligt-dagblad.dk/kirke-tro/grosboell-sagen-kort>

KAPITEL 3. TEORI

muligheder og befinder sig trods deres radikale synspunkter indenfor det folkekirkelige hovedspor.

Grønkjær leverer i sin bog *Den nye Gud* (Grønkjær, 2010) et opgør med forestillingen om Gud som den uforanderlige skaber af universet. Der er ikke nogen overnaturlig og uforanderlig Gud, som helt bogstaveligt har skabt og opretholder universet, men en levende Gud, der kan bevæges, og som hjælper mennesker med at tolke tilværelsen. Kristendommen består ikke af moralnormer, der skal efterleves, ikke af holdepunkter i form af faste værdier eller en fast identitet, men Gud er en Gud, der giver os en forståelse af, at det liv, vi lever, er godt nok. En overnaturlig Gud er en død Gud⁵². Den nye Gud, som er svag og kærlig erstatter den gamle Gud, som var stærk men voldelig. Og med inspiration fra blandt andet Vattimo fokuserer Sandbeck i sin bog *De gudsforladedes Gud: Kristendom efter postmodernismen* (Sandbeck 2012) på de muligheder for nytænkning af kristendommen, som postmodernismen og den svage tænknings giver for teologien. Han gør ligesom Grosbøll og Grønkjær op med den almægtige og ophøjede Gud, med metafysikkens Gud. De gudsforladedes Gud er den fornedrede og svage Gud, der har åbenbaret og fuldstændig udtømt sig på korset: ”Min Gud, min Gud, hvorfor har du forladt mig?”, som Jesus fortvivlet råber Langfredag⁵³. Gud har ikke noget med kosmos at gøre og hæver sig ikke op over det historiske og kontingente (Ibid:87). Trosbekendelsens 1. trosartikel (”Vi tror på Gud Fader, den Almægtige, himmelens og jordens skaber”) om ikke fjernes så reduceres til at være et mere eller mindre ubestemmeligt ”ophav” til Sønnen:

”korsets Gud og metafysikkens Gud repræsenterer [...] to komplet uforenelige modsætninger [...] Som regel er overenskomsten imidlertid gået ud på, at teologien har ladet metafysikkens Gud fortrænge guden på korset. Den postmoderne teologi går den anden vej” (Ibid:116)

Gud findes kun som den fornedrede ved den lidendes side. Han reduceres til en medlidenhedsmagt og en subtil magt til at drage mennesker mod sig (Ibid:158). Gud er Jesus, der opfattes som et korrektiv til et falsk vertikalt gudsbillede. Der er fokus på livet i nuet. Med denne kortfattede redegørelse for kritikken af og opgøret med skabelsesteologien, vil jeg nu gå videre med antropologien.

⁵² Lokaliseret 06.12.2018 på <https://www.kristeligt-dagblad.dk/kirke-tro/en-overnaturlig-gud-er-en-dod-gud>

⁵³ Markusevangeliet kap. 15 v.34 og Matthæusevangeliet kap. 27 v.46

3.4.3. Evangelisk-luthersk antropologi

3.4.3.1. Skabelse, fald og genløsning

”Skabelse, fald og genløsning”. Sådan karakteriserer man traditionelt den kristne grundfortælling. Rækkefølgen er ikke tilfældig. Før mennesket er noget som helst andet, så er det et af Gud elsket menneske. Den såkaldte anerkendelsesformel går som en rød tråd gennem skabelsesberetningen, og som, også efter at Gud på den 6. dag har skabt mennesket, lyder: ”Gud så alt, hvad Han havde skabt, og Han så, hvor godt det var” (1. Mosebog 1.31; jf. 1,10.12.19.22.25). Der er tale om en ontologisk rækkefølge, som ikke kan vendes om. Myten beretter først om Guds ”Ja” (1. Mosebog 1-2), før den fortæller om menneskets ”Nej” (1. Mosebog 3-11⁵⁴), om faldet. Det dobbelte kærlighedsbud (Mattæusevangeliet 22, 37-38) må derfor også forstås som Guds tiltro til menneskers evne til at være kanal for Hans kærlighed i verden, til at drage omsorg for næsten og give ham det, han trænger til (Gregersen, 1992:88). Men netop, fordi der tænkes så stort om mennesket, rummer det bibelske menneskesyn også en kritik. Mennesket er på én gang skabt ”lidt ringere end Gud” (Salme 8,6) og har været i skyld, fra det blev født (Salme 51,7). Det er ikke altid, hvad det synes at være eller giver sig ud for at være. Det er egoistisk og stræber ofte efter at sikre sig selv. Det har vanskeligt ved at elske sandt og ægte. I den forstand findes der ikke noget menneske, som kun gør godt: ”Hvem kan sige: Jeg har holdt mit hjerte rent, jeg er ren for synd” (Ordsprogenes bog 20,9) eller ”Hvis vi siger, vi ikke har synd, fører vi os selv på vildspor, og sandheden er ikke i os” (1. Johannesbrev 1,8). Mennesket kan kalde ”det onde godt og det gode ondt” og gøre ”mørke til lys og lys til mørke, det bitre sødt og det søde bittert” (Esajas 5,20). Selv når det ved, hvad der er rigtigt og forkert, kan det alligevel vælge at gøre det forkerte. Indsigten i eller erkendelsen af, hvad der er sandt og falsk er måske en nødvendig, men ikke en tilstrækkelig forudsætning for at handle ret. Ligesom skabelsen er syndefaldet således heller ikke en hændelse i en fjern fortid, men nutidig erfaring af, at ”det gode jeg vil, det gør jeg ikke, men det onde, jeg ikke vil, det gør jeg” (Paulus brev til Romerne 7,19). Den bibelske urhistorie (1. Mosebog 3-11) skal altså forstås som en beretning om menneskelivets grundvilkår, hvor ”skabelsen gentages i enhver fødsel, syndefaldet i enhver stræben efter at sikre sit liv” som den svenske teolog Gustav Wingren siger det⁵⁵

⁵⁴ Syndefaldet (1. Mosebog 3), Kain og Abel (1. Mosebog 4), Den store vandflod (1. Mosebog 6) og Babelstårnet (1. Mosebog 11).

⁵⁵ Lokaliseret 15.02.2016 på <https://www.information.dk/debat/1999/10/syndefaldet-skabelsen>

3.4.3.2. Menneskets dobbeltbestemmelse: skabt i Guds billede og under syndens magt

Mennesket kan derfor heller ikke bestemmes entydigt. Det er på én gang "skabt i Guds billede" og samtidig "under syndens magt", som det traditionelt udtrykkes. Gud er ikke en magt, der har forudbestemt alt, sådan som den blinde skæbnetro undertiden vil mene for at skubbe den ulidelige tilfældighedstanke på afstand. Han er netop skabende og opretholdende. Det vil sige, at mennesket på den ene side bestemmes af, hvad det gør. I mytens sprog lever det i "Edens Have" i frihed og åbenhed overfor sine omgivelser (1. Mosebog 2,15-25). Dets identitet er ikke fastlagt på forhånd. Enhver form for determinisme eller en totalbestemmelse (f.eks. psykologisering) er i det perspektiv udtryk for en reduktion, dvs. en måde hvorpå mennesket gøres til noget mindre end det, det er.

På den anden side forholder mennesket sig ikke fordomsfrit til sine omgivelser, men bærer sin livshistorie og sine erfaringer med sig på måder, der kan indsnævre dets handlefrihed. Det lever "efter faldet" som det væsen, der er bundet af sine tabserfaringer og kender til tilværelsens udsathed. Det må slide for føden, føde børn med smerte og blive bidt i hælen af slanger (1. Mosebog 3,14-19; 4,7). Men også her er rækkefølgen væsentlig. Netop i kraft af at være begavet med gudbilledets frihed, dvs. at være skabt som et mulighedsvæsen, der i modsætning til dyrene både kan sige ja og nej til skaberen, er mennesket det eneste væsen, der kan synde i betydningen bryde med sin gudgivne bestemmelse. Derfor er det også kun mennesket, der kan være skyldigt. Hvor løven følger sit instinkt og dræber sit bytte, er det kun mennesket, der kan myrde og forholde sig til sine gerninger som sine egne, og som derfor også kan stilles til regnskab for at have krænket et andet menneskes gudbilledlighed (1. Mosebog 4,76) (Gregersen, 1992:88). Gudbilledligheden er, som vi også så ovenfor, således ikke kun deskriptiv, men også normativ. Den rummer en etik, en opfordring til at handle på en bestemt måde. Med Jesu ord:

"Elsk jeres fjender og bed for dem, der forfølger jer, for at I må være jeres himmelske fars børn; for han lader sin sol stå op over onde og gode og lader regne over retfærdige og uretfærdige... Så vær da fuldkomne, som jeres himmelske fader er fuldkommen" (Mattæusevangeliet 5.45f).

Den generøsitet og kærlighed, som det selv har været og stadig er genstand for, er det forpligtet på at give videre. Mennesket har på forhånd ansvar for næsten. Det sande eller det rigtige er altså ikke emotivt betinget. Det handler ikke om, hvad der

føles rigtigt, men det sande er sat af en større instans, af Gud. Og netop denne ubetingede fordring gør mennesket skyldigt i grundlæggende forstand.

Begrebet ”skyld” forudsætter på den måde dels et subjekt, der er ansvarligt, og som derfor kan pådrage sig skyld. Mennesket er ikke kun offer, men må stå til ansvar for sine handlinger. Dels forudsætter det nogen at have ansvar for, dvs. et fællesskab, hvor andre mennesker som gudsskabte søstre og brødre er afhængige af én, og man derfor på forhånd er dem noget skyldig. Men det forudsætter også en instans at have ansvar over for (Ibid:97). Uden det sidste, at mennesket har ansvar overfor Gud, kan man nok operere med skyld (som f.eks. i det antikke Grækenland), men ikke med synd, som netop forudsætter gudstro og betegner enhver menneskelig holdning eller handling, som skiller mennesket fra Gud.

3.4.3.3. Det syndige og skyldige menneske

Selvom ondskaben og synden har anderangs karakter i den forstand, at de snylter på det gode (Thomsen, 2004:65) - der skal være noget, før der er noget at bryde ned og ødelægge - så vil en traditionel kristen antropologi netop understrege menneskets grundlæggende fejlbarlighed, dets syndighed, altså som noget, der kommer før skylden. Mennesket forstås altså ikke som et uskyldigt naturvæsen, som omgivelserne, samfundet eller opdragelsen har ødelagt. Al kristen teologi er derfor også fælles om læren om arvesynden, som netop peger på, at intet menneske begynder menneskehedens historie forfra. Det overtager altid sit liv på bestemte vilkår: det er ikke udødeligt, og det er ikke syndfrit. I den forstand hænger det sammen - ikke bare med slægtens - men med hele menneskehedens historie⁵⁶. Synden er skæbne. Men arvesynden betyder ikke, at mennesket er ufrit. Det kan stadig handle og pådrage sig skyld og har dermed et personligt ansvar. Den enkelte skriver også selv sin historie med sit liv. Det har en frihed, det kan sætte over styr og misbruge. I den forstand er selvet for den kristne netop problemet og ikke det potentielle paradys, sådan som den katolske psykolog Paul Vitz (Vitz, 1994:126) formulerer det i diametral modsætning til forståelsen af selvet som den højeste norm, at bare man kommer langt nok ”ind” eller ”ned” eller ”bag om” samfundets negative påvirkning, vil den naturlige og oprindelige godhed udfolde sig til gavn for såvel det enkelte individ som for dets omgivelser. Kristendommen har meget godt at sige om mennesket, men den siger ikke, som den terapeutiske kultur, at det er godt nok på bunden.

⁵⁶ Jeg skylder Johannes Møllehaves denne udlægning, lokaliseret 17.02.2017 på <https://www.kristeligt-dagblad.dk/kirke-tro/den-drilagtige-arvesynd>

KAPITEL 3. TEORI

For selvom det onde naturligtvis både findes i den uretfærdighed mod mennesker og den naturødelæggelse, som kan henføres til samfundet og de overordnede strukturer, og som altså på én gang er alles skyld, og som en grusomhed ved tilværelsen (f.eks. orkaner, tsunamier, jordskælv m.m.), i tilfældigheder og i den fælles dødelighed, som ikke er nogens skyld, så er det onde også inden i hvert enkelt menneske og er med til at forgifte og ødelægge samværet med andre (Jensen, 1983:76). Den menneskelige ondskab er ikke alene et resultat af negative sociale påvirkninger, men en del af dets natur og kan derfor ikke udryddes gennem religiøse øvelser eller terapi. At tale om en arvesynd understreger derfor også, at synden ikke kan gradbøjes. I kristen forstand er den et fællesmenneskeligt vilkår, som ingen kan fraskrive sig eller frelse sig selv fra. Det onde eller forkerte skyldes altså ikke bare en mangel, som ligger udenfor mennesket og som principielt kan undskyldes, forklares eller elimineres. Synden er ikke primært noget, der kan tilskrives samfundets indretning. Når mennesket synder, er det ikke alene en konsekvens af ydre påvirkninger, men en villet handling, der bryder det fællesskab med Gud og næsten, som det ved skabelsen var sat ind i. I en traditionel kristen forståelse har det sin grund i det, man kunne kalde det overvurderede selv, dvs. i menneskets selvcentrerede, i dets selvoptagede, selvhævdelse og hovmod (Cooper, 2003:7), sådan som det kommer til udtryk i fortællingen om Adam og Eva, der af slangen fristes til at spise af kundskabens træ og dermed vender sig bort fra Gud og Guds anvisninger (1. Mosebog 3). Synd forstås altså som noget almenmenneskeligt og kollektivt. I myten om syndefaldet grundlægges mennesket som synder. Det er på forhånd og allerede absolut skyldigt (Sløk, 1983). Som vi ovenfor har set, har de humanistiske psykoterapier og den terapeutiske kultur netop den modsatte diagnose, nemlig at det vigtigste problem er det undervurderede selv (Cooper, 2003:87). Synden er her den manglende evne til at være sig selv, at acceptere og elske sig selv (Kvale, 2003:2), hvorfor den terapeutiske kultur netop er meget optimistisk på menneskets vegne. Denne forskel kommer tydeligt til udtryk i en interessant diskussion mellem Carl Rogers og den tysk-amerikanske, protestantiske teolog Paul Tillich, hvis veje netop skiltes omkring menneskesynet. Hvor Rogers mente, at "estrangement", fremmedgørelse, som udtryk for synd var kulturelt bestemt, fastholdt Tillich, at det er udtryk for en tragisk og uundgåelig komponent i mennesket (Rogers, Tillich, 1970). Den kristne antropologi er derfor også mindre optimistisk, da det ikke primært er menneskets handlinger, der er under Guds dom, men dets person som sådan (Thomsen, 2004:69). I den forstand kan man ikke skelne mellem små og store synder, ligeså lidt som man skelne mellem mindre og større syndere. Mennesket er som en totalbestemmelse det syndige og dermed det skyldige og dømte menneske. Man kan også sige det på den måde, at synden ikke først og fremmest er et moralsk, men et teologisk begreb: den er oprør og fjendskab

imod Gud. Derfor det største problem heller ikke, at mennesket synder, dvs. handler forkert i enkelttilfælde, men at det er en synder, at det i hele sin natur domineres af fjendtlighed mod Gud og selvhævdelse. Udfrielsen af denne bundethed handler den kristne frelseslære, soteriologien om, som jeg nu skal se nærmere på.

3.4.4. Evangelisk-luthersk soteriologi/eskatologi

3.4.4.1 *Retfærdiggørelse ved troen alene*

Den bibelske grundfortælling kan som nævnt ovenfor beskrives som ”Skabelse, fald og genløsning”. Kristendom er at være sat i en bibelsk-sakramental verdenssammenhæng og -forløb, der har en god begyndelse (Guds ”Ja”), som modsiges (menneskets ”Nej”), men som finder sin gode afslutning (Guds gentagne ”Ja”), hvor Gud som subjekt er skaberen og fornyeren af menneskets liv, indtil gudsriget udfolder sig helt og fuldt.⁵⁷ At det er Gud og ikke mennesket selv, der er subjektet for denne forløsning eller forsoning, er, som jeg indledningsvist påpegede i dette afsnit, netop udtryk for det evangelisk-lutherske. Mennesket skal ikke klatre højere og højere op imod Gud ved hjælp af gode gerninger, selvforbedringsteknikker eller forskellige former for religiøse øvelser, men Gud har i Jesus Kristus bøjet sig ned til mennesket og skænket det frelsens gave, som det kan tage imod i tro - i betydningen tillid til Guds barmhjertighed. Også her viser livets grundlæggende gavekarakter sig. Mennesket får del i det evige liv ene og alene af Guds nåde. Kærligheden tilbydes mennesket ufortjent. Det er det, der teologisk formuleret hedder ”retfærdiggørelse ved troen alene”, og som uddybes på følgende måde i Confessio Augustana, artikel IV, der er en af den danske folkekirkes bekendelsesskrifter:

(De lutherske menigheder lærer) ”at menneskene ikke kan retfærdiggøres over for Gud ved egne kræfter, fortjenester eller gerninger, men retfærdiggøres uforskyldt for Kristi skyld ved troen, når de tror, at de bliver taget til nåde, og at synderne forlades for Kristi skyld, for hans skyld, som ved sin død gjorde fyldest for vore synder”⁵⁸

⁵⁷ Se Demant, J., Mikkelsen, H.V. & Petersen, A. K (2005) Kritisk Forum for Praktisk Teologi, december 2005, 105:2

⁵⁸ Confessio Augustana, art. IV, lokaliseret 22.02.2017 på <http://www.folkekirken.dk/Resources/Persistent/c/5/0/0/c5006c22676a446f3a2d8ed5b7827e2acd3cc9af/Den%20augsburske%20bekendelse.pdf>.

KAPITEL 3. TEORI

Ligesom mennesket ikke sætter verden, fordi det både selv og verden på forhånd er sat af Gud og derfor hverken er tilværelsens eller sin egen skaber, sådan skal det heller ikke selv foranstalte eller præstere frelsen. Det skal ikke være sin egen frelser. Mennesket skal ikke guddommeliggøres, dvs. være den, alt udgår fra. At sige, at Gud er frelseren, betyder tværtimod, at mennesket kan menneskeliggøres (Thomsen, 2004:85), dvs. det kan forblive menneske i al dets selvuoprettelige uperfekthed. Retfærdigheden er, som det udtrykkes, derfor også en ”fremmed retfærdighed”, dvs. mennesket er gjort retfærdigt uafhængigt af egne ydelser. Ingen kan komme til Gud uden med sine synder (Henriksen, 2005:249).

3.4.4.2. Simul justus et peccator

I kraft af Guds selvhengivende kærlighed, der sætter sit liv til for sine (uperfekte) venner (læs: disciple) (Johannesevangeliet 15,13), sådan som Jesu død på korset er udtryk for, og som Paulus kalder retfærdiggørelse af ugudelige (Romerbrevet 4,3-5), får mennesket lov til være det, det er. Det vil sige, det får mod til både at udholde sit ubetingede ansvar for næstens ve og vel og de begrænsninger, også kaldet skyld, som denne fordring gør det smerteligt bevidst om. Guds kærlighed, som kommer til udtryk i syndernes nådige forladelse, gør det muligt for mennesket både at være ved sin skyld, dvs. at indrømme og angre den, og at være ved sig selv med sin skyld, dvs. at holde ud at være til, selvom det hverken er perfekt eller uskyldigt. Mennesket er med Luthers formulering: ”simul justus et peccator”, på én gang synder og retfærdig, skyldig og fri, dømt og tilgivet. Det er med andre ord dialektisk bestemt. Det er gjort retfærdigt i Kristus og dermed frit samtidig med, at det stadigvæk er en synder, der dagligt har til opgave at ”fejfe” den synd ud, hvis magt ikke er tilintetgjort, men tilgivet og som sådan ”forvunden”⁵⁹, dvs. overvundet. Paulus formulerer denne dobbeltbestemmelse på den måde, at mennesket er en fri herre over alle ting og ikke underordnet nogen og samtidig alles tjener: ”Skønt fri og uafhængig af alle har jeg gjort mig selv til alles tjener.” (1 Korintherbrev 9, 19). Mennesket har uanede muligheder samtidig med, at disse muligheder er begrænset af næstens ve og vel.

Den skyld, som mennesket ikke kan undgå at pådrage sig i relationen til andre og til Gud, forsvinder ved forsoningen ikke ud af verden. Det forkerte, det gjorde, eller det, det undlod at gøre, har sin virkningshistorie. Gjort

⁵⁹ Se Den Danske Salmebog nr. 104, v. 4: ”Forvunden er nu al vor nød,/ os er i dag en frelser fød./Halleluja, halleluja!”

KAPITEL 3. TEORI

gerning står ikke til at ændre. Skylden kan ikke fjernes. Enhver fortidig handling eller ikke-handling er gennem sine eftervirkninger ”objektiv udødelig” (A.N. Whitehead in Gregersen, 1992:97). Derfor er det heller ikke mennesket skyld, Kristus tager på sig og bærer bort, men det er skyldens konsekvens for forholdet til Gud. Det er med et gammelt begreb ”syndens sold”, dvs. straffen for skylden (Falk, 1998:63). ”Guds tilgivelse fjerner ikke skylden, men rækker hånden til den skyldige og genopretter forholdet til ham eller hende” (Ibid:64). Derved fastholdes både skylden og relationen. Tanken er altså, at Guds (og menneskers) tilgivelse sætter mennesket i stand at holde ud at være skyldig, forkert og uperfekt og alligevel være fri til at glæde sig over livet og hinanden: ”At mig dagen fryder, trods synd og død”, som Jacob Knudsen siger i det salmen ”Se nu stiger solen af havets skød” (Den Danske Salmebog nr. 700,2). Altså at det er muligt at være skyldig og fri, dvs. at være skyldig uden at være fikseret på at skulle lave det om, undskylde sig eller flygte ind i offerrollen, sådan som vi så var tilfældet i den terapeutiske kultur. At det i kraft af Guds accept af mennesket er ok uden at være ok, som det enkelt kan udtrykkes.

3.4.4.3. Mennesket bliver ikke sig selv indefra

Den kristne forståelse af frelsen som ”extra nos in Christo” (udenfor os i Kristus) indebærer dermed en kritik af forestillingen om selvrealisering, fordi den, som vi især så i gennemgangen af den terapeutiske kulturs 2. og 3. grundantagelse: ”Mennesket har uanede muligheder” og ”Alle problemer er individuelle – også lidelsen”, kan medføre en overdrevet selvophøjelse og dermed en opfattelse af, at mennesket er sin egen lykkes smed og alene årsag til sin egen succes (eller fiasko). I kristen forstand er mennesket altid unddraget sig selv. Det er en gåde for sig selv. Det bliver ikke sig selv indefra (Thomsen, 2004:85), men kan netop være sig selv i al sin uperfekthed og skyldighed, fordi det udefra får at høre, at det er elsket, og at intet kan skille det fra Guds kærlighed i Jesus Kristus (Romerbrevet 8, 38-39). Hvor den terapeutiske kultur kunne sammenfattes med et ”sentio, ergo sum” (jeg føler, altså er jeg), vil det i kristendommen hedde: ”amor, ergo sum” (jeg elskes, altså er jeg). Mennesket er først og fremmest, hvad det har fået og til stadighed får. Som Johannes siger det i sit brev:

”Deri består kærligheden. Ikke i at vi har elsket Gud, men i at han har elsket os og sendt sin søn som et sonoffer for vores synder. Mine kære, når Gud har elsket os således, skylder vi også at elske hinanden” (1. Johannesbrev 4,10-11).

KAPITEL 3. TEORI

Retningen går fra Gud til mennesket og fra mennesket til medmennesket. Også soteriologien rummer en etik. Den kærlighed, som mennesket har modtaget, skal det give videre til næsten, fordi ”Amo ergo es”, ”jeg elsker, altså er du” (Wyller, 2003:145). Mennesket bliver til i relationen til andre. Også her peges på den tætte sammenhæng mellem Gud, menneske og medmenneske. Så ligesom skabelsen og syndefaldet ikke er en hændelse i en fjern fortid, men en eksistentiel erfaring, er også frelsen eller forsoningen ikke kun noget, der finder sted engang i en ukendt fremtid, men noget, der hænder mennesket, hver gang kærligheden sejrer i det store som i det små.

3.4.4.4. *Allerede nu og endnu ikke*

Som nævnt ovenfor, betegner begrebet ”soteriologi” de forestillinger en bestemt religion gør sig om frelsens *hvorfra*, *hvortil* og *hvorledes* (Bilde, 2003:216). Vi har nu set, hvordan frelsens *hvorfra* i en kristen tydning er det faldne menneske, der er bundet af syndens og dødens magt, som netop forstås som et tragisk og uundgåeligt livsvilkår. I modsætning til den terapeutiske kultur ses mennesket altså ikke som et uskyldigt naturvæsen, men netop som det syndige og skyldige menneske, der ikke er lydher overfor Guds bud, og som på grund af sin selvcentrerethed, selvoptagethed, selvhævdelse og hovmod (ned-)bryder det fællesskab med Gud og næsten, som det ved skabelsen på forhånd var sat ind i.

Frelsens *hvorledes* er, som vist ovenfor, bestemt som en ”fremmed” eller ”skænket” retfærdighed. Gud har selv grebet ind. Mennesket er uafhængigt af egne gerninger gjort retfærdigt i Kristus. Det bliver ikke sig selv indefra gennem selvrealisering, men er altid unddraget sig selv. Frelsen er gave, der kun kan modtages i tro og med tak, ikke en opgave, den enkelte skal løse ved at arbejde med sig selv. Og netop fordi det udefra får at høre, at det er elsket, og at intet kan skille det fra Guds kærlighed, er det sat fri til at være menneske, dvs. være sig selv i al sin uperfekthed, syndighed og skyldighed samtidig med, at det har den fordring over sig, at det skylder skaberen alt og derfor må være parat til at give livet videre til næsten uden at rejse genkrav (Gregersen, 1992:97).

Frelsens *hvortil* forstås dermed som en (ny) måde at være menneske på her og nu, som ikke nødvendigvis har noget at gøre med fysisk eller psykisk sundhed, succes eller well-being. Den forståelse giver plads til det svære og smertelige ved livet. Ondskaben findes. Synden er kommet ind i verden, hvorfor denne forståelse gør op med ethvert forsøg på udelukkende at individualisere årsagerne til lidelsen eller anskue f.eks. sygdom som Guds straf eller opdragelse. Men ligesom der således er et ”allerede nu” i den kristne forståelse af frelsen, er der samtidig et ”endnu ikke”. Det kommer særligt til udtryk i Jesu forståelse af Guds

KAPITEL 3. TEORI

rige. Han hævder nemlig, at dette rige på en gang i Ham er kommet nær, sådan som det viser sig i hans omsorg for de fattige og svage, i tilgivelsen af syndere, i måltidsfællesskabet med prostituerede og andre udstødte og i helbredelsen af syge samtidig med, at det vil fuldendes i fremtiden. Guds riges kræfter gør sig allerede gældende her og nu. Det kan opleves i glimt, hvor kærlighed og barmhjertighed råder og nåde går for ret. Man kan ikke sige: Se her! Eller: Se der! Alligevel er det midt iblandt mennesker (Lukasevangeliet 17.20), som en forsmag på det rige, der skal komme. Men engang skal Gud blive alt i alle (1. Korintherbrev 15,28). Frelsen rummer også et eskatologisk håb om en fælles fremtid for Gud og mennesker. Intet menneske dør alene, fordi også døden er båret oppe af Kristus, og at ligesom Han er opstået fra de døde, sådan skal også mennesket opstå. Ligesom det hele begyndte med, at Gud så, at det, Han havde skabt, var godt (1. Mosebog 1.31; jf. 1,10.12.19.22.25), vil det også ende godt. I det sidste skrift i Det Nye Testamente, Johannes Åbenbaring, er der en vision om en ny himmel og en ny jord, hvor Gud er hos menneskene og Han tørrer hver tåre af deres øjne og ”der skal ingen død være mere, ej heller sorg, ej heller skrig, eller pine skal ikke være mere” (Johannes Åbenbaring 21,1-5). Denne tanke kan forstås som et opgør med enhver forestilling om muligheden for at skabe paradys på jord, hvad enten det nu er gennem politiske, sociale eller terapeutiske foranstaltninger, for ”Himlen alene af salighed fuld”, sådan som Thomas Kingo siger det i en salme (Den Danske Salmebog nr. 47, v.1).

Som vi så ovenfor, er den terapeutiske kultur domineret af autenticitetsmytologien, dvs. forestillingen om, at mennesket er et uskyldigt naturvæsen, hvor harmoni og fred kan opnås, hvis det bare kommer langt nok ”ind”, ”ned” eller ”bag om” kulturens påvirkning og realiserer eller finder sig selv. Det onde har her ikke ontologisk realitet, men kan altid kausalforklares. Heroverfor peger kristendommen på, at det onde er større end mennesket; det er noget, det uundgåeligt møder i sig selv og andre samtidig med, at det ondes kæde stedfortrædende er brudt af Gud i menneskeskikkelse. Denne dobbeltbestemmelse er nødvendig, for uden den første tanke kan mennesket selvovervurderende bilde sig ind, at det kan og må hvad som helst. Og uden den anden tanke vil mennesket selvundervurderende synke ned i resignation overfor det onde, uden det livsmod der skal til for at gøre verden et bedre sted at være (Jensen, 1983:123). Kristus er opstået fra de døde og Guds kærlighed har vist sig at være den stærkeste livsmagt, men det onde er ikke udryddet i denne verden. Mennesket er som Guds genløste skabning sat ind i kampen her og nu til at være næste for og med medmennesket med håb om, at engang vil al lidelse høre op og al ondskab overvindes af kærlighed. Allerede nu og endnu ikke. Men som en følge af opgøret med skabelsesteologien og det metafysiske gudsbillede kritiserer den svage teologi netop denne forståelse af frelsen, hvad jeg nu kort vil redegøre for.

3.4.4.5. Kritik af den eskatologiske frelsestanke

I det ovenfor omtalte interview udtalte Grosbøll, at han hverken tror på opstandelse eller evigt liv (Steengaard 2003). Han kan ikke bruge spekulationerne om noget transcendent til noget, fordi horisonten sættes af manden på korset, og han mener, man kan tale om kristendom uden Gud (Grosbøl 2003:40). Som han siger i en prædiken fra 2004: ”Gud har abdiceret til fordel for sin søn og dermed til fordel for os. Der er altså ikke længere nogen himmelsk garanti eller indgribende magt: der er kun det gudsrige, der lykkes ved os og mellem os. Så lykkes det ikke, er der intet”⁶⁰. ”Gud” er symbolet på næstekærlighed blandt mennesker. Han blev menneske for at lære mennesket at elske på den rette måde. Også Sandbeck forstår i sin bog (Sandbeck 2012) den frelsende nåde som en slags social frelse, som det er op til mennesker selv at virkeliggøre. For som han afslutningsvis skriver: ”Gud bliver først den Gud, han ønsker at være, når fællesskabet af retfærdiggjorte syndere er blevet transformeret om til ”de helliges samfund”” (Ibid:213-214). Gud realiseres først i menneskets realisering af kærligheden. For at kunne påtale den meningsløse lidelse som meningsløs reducerer han Gud til ikke at have noget med kosmos at gøre. Gud er med andre ord en ateistisk Gud – Gud uden Gud – en total sekulær guddom, der ikke vil have noget at gøre med det store håb om Guds suveræne frelse og forløsning at gøre. Han synes dog senere at have revideret denne opfattelse, idet han f.eks. i 2016 udtaler, at kernen i troen på opstandelsen er, at døden ikke er en definitiv afslutning på alting. Det giver mennesker håb i livet. Når vi dør, falder vi ikke ud det rene ingenting, men bliver grebet af Guds hænder⁶¹

Den radikale kritik af den idealtypiske lutherdom er sjældent forekommende, men viser naturligvis, at og hvordan lutherdommen udfordres og måske omskabes i det 21. århundrede.

3.4.5. Opsamling: Evangelisk-luthersk teologi som dialektisk sammenhængstænkning

Overfor karakteriseringen af den terapeutiske kulturs forståelse af selvet som adskilthed uden sammenhæng, dvs. præget af en mekanisk sammensætningstænkning, hvor individet kun kan beskrives ved dets selv, som

⁶⁰ Berlinske Tidende 13. juni 2004. Citeret fra (Forman, 2008:28).

⁶¹ Lokaliseret 31.12.2019 på <https://www.folkekirken.dk/aarets-hoejtider/paaske/opstandelse/doeden-er-ikke-en-definitiv-afslutning>

KAPITEL 3. TEORI

forbliver det samme uanset hvilke forbindelser, det indgår i, og samfundet forstås ud fra enkeltindviders (psykologiske) egenskaber, er den idealtypiske evangelisk-lutherske forståelse af mennesket præget af det, Engelsted kalder dialektisk sammenhængstænkning (Engelsted, 1989:37). Mennesket er, som vi har set, altid dobbelt bestemt: det har fået skænket livet som en gave og som en opgave; det er skabt og faldet, faldet og genløst; det er godt og ondt, synder og retfærdigt, dømt og tilgivet; det er udleveret til livsødelæggende magter og i Guds hånd; det er herre over alle ting og alting underlagt; frelsen er dennesidig og hinsidig, immanent og transcendent; allerede nu og endnu ikke.

Hvor delen, selvet, i sammensætningstænkningen alene bestemmer helheden, verden, samfundet, fordi den bare er summen af delene, er det i sammenhængstænkningen helet, der bestemmer delene. Det er forholdet eller helet, der er afgørende. Det er i kraft af forholdet til noget andet, at delen i sammenhængen overhovedet er, hvad den er. Mennesket kan i den idealtypiske evangelisk-luthersk teologi ikke beskrives uafhængig af den Gud, der har skabt det; den verden, det som skabning indgår i og som foreligger på forhånd, og de mennesker, der er omkring det. Man kan ikke tale om mennesket uden at tale om Gud. Det enkelte menneske er med andre ord bestemt af noget udenfor dets selv. Sammenhængen beror altså på dele, der ikke kan beskrives uafhængigt af hinanden, fordi de netop indgår i det, Engelsted kalder indvendige forbindelser. Nye kontekster og nye relationer føjer noget kvalitativt nyt til forståelsen af, hvem mennesket er. Delene, det enkelte individ er altså ikke elementer, der ligesom legoklodser kan adskilles og sættes sammen uden konsekvenser for den enkelte, men netop momenter, dvs. noget der er givet i og af sin sammenhæng. Orden er ikke delenes, men helhedens orden. I hovedsporet i evangelisk-luthersk teologi er perspektivet altid diakront, dvs. den indeholder forestillinger om, hvordan noget er blevet til og er kommet til at virke, som det gør nu, sådan som det er udtrykt i den bibelske grundfortælling ”Skabelse, fald og genløsning”, og det er syntetisk, dvs. der er fokus på den sammenhæng, som skabtheden har for mennesket og menneskesynet.

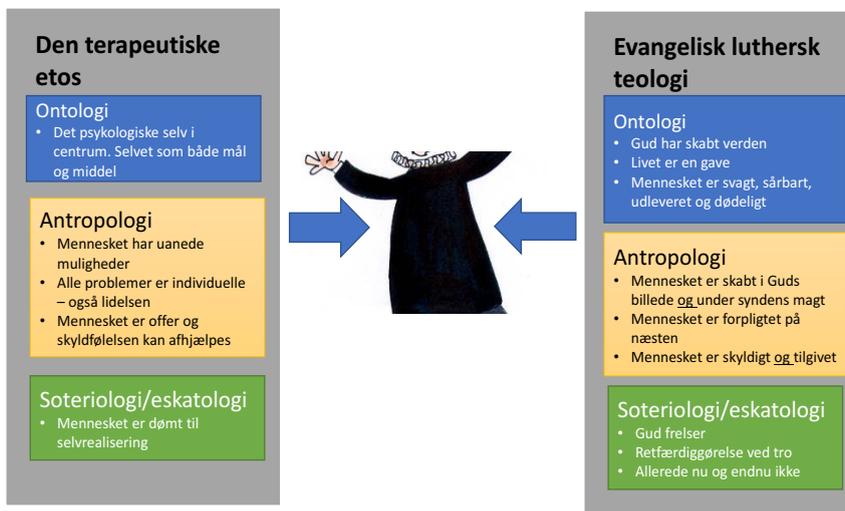
3.4.6. Analysemodel II

Analysemodellen har altså fået endnu et modul (se figur 2). Hospitals- og hospicepræsten står i et spændingsfelt mellem på den ene side den terapeutiske etos' måde at konstruere mennesket og verden på og på den anden side den evangelisk-lutherskes. Og selvom hospitalspræster ligesom alle andre præster teologiserer videre, sådan som jeg har understreget i metodeafsnittet, så kender de

KAPITEL 3. TEORI

konturerne af og forholder sig denne idealtypiske evangelisk-lutherske teologi, jeg nu har skrevet frem, som en form for teologisk norm (se f.eks. Agnes 101-102 og Gitte 159-166). Tidligere lektor i praktisk teologi, Hans Raun Iversen, påpeger, at selvom vi danskere i almindelighed er nok så refleksive og formodet innovative i vores religiøsitet, så reflekterer vi primært indenfor historisk givne rammer, hvor en markant fælles luthersk-protestantisk baggrund har været med til at forme indholdet i den danske religionspark (Iversen, 2005:117). Det må man formode gælder særligt for præster.

Figur 2:



Hermed er jeg nået til det sidste hovedafsnit i dette kapitel, nemlig et forsøg på at indkredse den hospitalskultur, de fleste af mine informanter arbejder i. Også denne beskrivelse skal forstås som idealtipe, der ikke findes empirisk i rendyrket form.

3.5. Hospitalskulturen

3.5.1. Indledning

Hospitalspræsten og til dels hospicepræsten er en præst, der er indlejret i og virker i en hospitalskontekst. Denne kontekst har sine egne koder,

værdier, diskurser og dermed sin egen kultur, også selvom hospice er mindre præget heraf og historisk set ser sig selv som et opgør med hospitalskulturen (Dalgaard, 2001). Spørgsmålet er, hvordan denne idealtipe kan karakteriseres?

Vignet

*En terminalt cancersyg kvinde, der var indlagt på hospice, betroede mig med en blanding af sorg og vrede efter en samtale med en læge på onkologisk afdeling: "Han så kun på mine tal, som var gode. Han spurgte mig ikke, hvordan jeg havde det!"
Hun døde få dage senere - med gode tal!*

Kvinden oplevede, at der ikke var plads til hendes subjektive forståelse af situationen. Lægen var ikke interesseret i hende og den lidelse, der var forbundet med at være terminalt syg og nærme sig døden. Hun følte sig reduceret til et antal målinger, hvis værdier ikke på nogen måde stemte overens med hendes egen fornemmelse af, at hun ikke havde langt igen. Hun følte sig overset og overhørt.

Man kan sige, at moderne teknologi har medvirket til at flytte sygdom fra den subjektiv oplevede tilstand til en objektiv måling, fra patientens symptomer til de kliniske markører (Frich, Fugelli, 2001:45), hvad netop teknologien giver mulighed for at undersøge et stadigt voksende antal af. Behandlingen er primært rettet mod sygdommens patofysiologiske sæde i kroppen (Hansen, 2000). Det er ikke patientens subjektive oplevelse af lidelse, som systemet og dens aktører først og fremmest interesserer sig for, men biomarkørerne, med det resultat, at lidelsen risikerer at blive hjemløs. Hvordan vi er nået dertil, hænger sammen med hospitalets historie, som jeg nu kort vil beskæftige mig med.

3.5.2. Fra lindring og pleje til behandling og helbredelse

Det moderne hospital har sin historiske oprindelse i middelalderens klostre. Ordet hospital kommer af det latinske hospes, fremmed. Det var det sted, hvor man tog sig af fremmede, et herberg eller lignende, som primært tog sig af nødlidende, fattige og syge. Inspirationen til hospitalerne kom fra idealet om Imitatio Christi, efterligning af Kristi liv, hvor det særligt er Jesu lignelse om den barmhjertige samaritaner (Lukasevangeliet 10,30ff), der har betydning. Ifølge den middelalderlige udlægning er samaritaneren et billede på Jesus selv, der samler den overfaldne og forslåede mand op og fører ham til et herberg, hvor han betaler for, at han kan blive plejet. Perspektivet i fortællingen er offerets, den nødstedtes. "Hvem er den mands næste, der faldt iblandt røvere?" spørger Jesus. Og svaret er, at det er den, der hjalp den nødstedte fremmede. Klostrenes pligt til at hjælpe nødstedte og

KAPITEL 3. TEORI

give husly, pleje og omsorg udspringer af denne lignelse, som derved danner grundlag for den organiserede hospitalsdrift, der lagde vægt på lindring og pleje, på medlidenhed og barmhjertighed. Hospitalet er altså oprindeligt grundlagt og udviklet for at rumme lidende mennesker (Kjær et al., 2015:30). Helbredelsens mulighed overlod man stort set til Vor Herre og den enkelte. Lidelse og ulykke blev anset for en skæbne, der måtte bæres i fællesskabet med andre. Hjælp var medlidenhed, og det handlede om at komme overens med tilværelsens vilkår. Denne samaritaner-ideologi, som man med den finske filosof G.H. von Wright kan kalde en del af arven fra Jerusalem (Wright, 1994:65ff)⁶², er stadig en væsentlig del af det moderne sundhedsvæsens selvforståelse. Dr.med. Henrik R. Wulff siger f.eks. i bogen *Den samaritanske pligt. Det etiske grundlag for det danske sundhedsvæsen* (Wulff, 1995), at

”den gode samaritaner i Det Ny Testamente, der hjalp den tilskadekomne jøde, opfyldte netop den pligt, som ligger til grund for sundhedsvæsenets aktivitet” (Ibid.63).

Men den er, som vi nu skal se, under pres. Historisk set dukker det moderne hospital op i slutningen af 1800-tallet, hvor hospitalsinstitutionen videnskabeliggøres, og lægerne overtager styringen. Da klinikken - med Foucaults ord - afløser hospitalet (Foucault, 2000), suppleres samaritaner-myten med farmacia-myten, som er karakteriseret ved æskulapstaven, der forestiller en slange, der snor sig omkring en stav, og som er symbolet på den lægevidenskab og medicin, der prioriterer helbredelse og en aktiv bekæmpelse af sygdom og lidelse. Det kommer nu til at dreje sig om at kæmpe mod tilværelsens vilkår eller fortrænge dem længst muligt (Nabe-Nielsen, 2014:236). Vægten kommer til at ligge på diagnosticering af sygdomme og om muligt en medicinsk og kirurgisk behandling af dem. Hospitalerne bliver sygdomsbehandlende, og patienterne indlægges kun i den tid, hvor lægerne kan gøre noget for dem. Denne udvikling har i det mindste to rødder.

⁶² Von Wright beskæftiger sig i bogen *Myten om fremskrittet* (Wright 1994) ikke specifikt med hospitalsvæsenet men mere generelt med samfundsudviklingen. Ideen til at bruge hans begreber til at sige noget om hospitalet, skylder jeg hospitalspræst Tom Kjær Andersen, som nævnte ham i oplægget: ”Er der plads til både medlidenhed og barmhjertighed i det senmoderne sundhedsvæsen mange rum” på årsdagen i Foreningen for Palliativ Indsats 03.03.2016. Tom Kjær Andersen henviser også til Wright i kapitlet ”Kan sundhedsvæsenet rumme lidende mennesker? Om betydningen af medlidenhed og barmhjertighed” fra bogen *Utenfor tellekantene* (Kjær et al., 2015:60,note 4). Det samme gør Kari Martinsen i samme bog i kapitlet ”Er sykeværelset med interiør og ting hjulpnde: om sted og stedstap i helsevæsenet” (Kjær et al., 2015:226,note10).

3.5.3. Det senmoderne hospitals rødder: arven fra Athen og arven fra Manchester

Ud over arven fra Jerusalem taler Wright om arven fra Athen og arven fra Manchester (Wright, 1994:65f). Først arven fra Athen: grundlaget for den dominerende, vestlige medicin kan findes i antikken hos den græske læge Hippokrates (ca. 460 f.Kr.- ca. 370 f.Kr.). Han og hans skole var optaget af at undersøge medicinens rationelle, videnskabelige basis. Man havde her ikke fokus på patienternes individualitet, men på hvad sygdommene havde til fælles, og man mente, at sygdommene fulgte et mønster, som det gjaldt om at afsløre med henblik på at kurere dem:

”The central doctrine of the Hippocratic school is that every disease, every human ailment, has a cause which can be discovered and is curable, and that this knowledge is generalizable” (Downie, Randall, 2006:7).

Denne tænkning er tydelig i det moderne sundhedsvæsen. Den specialiserer, differentierer, splitter op, skiller ud, sætter labels på for på den måde at optimere og rationalisere indsatsen og behandlingen. Læger og andet sundhedspersonale skal i stigende grad følge protokoller, guidelines og kliniske retningslinjer, som bygger på generaliseret, evidensbaseret viden om sygdomme, og som i mindre grad tager hensyn til patientens individuelle oplevelse.

Selvom arven fra Athen således ved første øjekast virker moderne, var den udformet for at kunne lyde naturlovene. Det handlede om at finde målestokke for det gode liv og samtidig erkende de grænser, mennesket ikke ustraffet kunne overskride (Wright, 1994:68). De hippokratiske skrifter betoner gang på gang, at lægen må undgå at give sig i kast med de umulige tilfælde. Man havde en grundlæggende forståelse af, at mennesket måtte holde sig indenfor sine grænser. Man måtte ikke henfalde til hybris. Der, hvor behandlingen syntes udsigtsløs, vendte man ganske simpelt ryggen til og gik sin vej (Hem, 2003).

Men den vestlige medicin baserer sig også på det, Wright har kaldt arven fra Manchester, som står som symbol for den industrialiserende verden og den teknisk-instrumentelle epoke. Det handler om en naturvidenskab, som bygger på en grænseløs kundskabssøgen, og hvor dens forskningsobjekt, naturen, skulle studeres, så mennesket kunne gøre sig til herre over den (Wright, 1994:71). Arven fra Manchester adskiller sig på den måde ikke bare fra arven fra Athen, men også fra arven fra Jerusalem. Som vi ovenfor så, var den sidste netop fundamentet for den

KAPITEL 3. TEORI

oprindelige hospitalstanke, og også den lagde vægten på grænser: der er lidelse i verden; mennesket bærer ondskaben i sig, og den skal holdes i ave for fællesskabets skyld; de svage skal forsvares og beskyttes mod de stærkes overgreb; det skabte skal der tages vare på. Barmhjertighed og medlidenhed var svaret på disse grænser. I både arven fra Athen og arven fra Jerusalem ses mennesket således som indfældet i naturen og må derfor underordne sig den. De er som kulturer åbne overfor det, hospitalspræsten Tom Andersen Kjær kalder livets store før-kulturelle rum (Kjær et al., 2015:30), dvs. det, mennesket ikke selv har skabt eller er herre over. Heroverfor er arven fra Manchester modsat en arv om erobring og ubegrænsethed. Det er en opstand mod enhver form for grænse. Mennesket placeres her udenfor naturen som dens herre og risikerer dermed at blive grandios, dvs. at overvurdere sine muligheder.

Arven fra Manchesters idé om fremskridt foreligger i forlængelse heraf netop ifølge Wright i to udgaver: dels som en måde at gøre mennesket og samfundet fuldkomment på, dvs. at skaffe sig af med lidelsen. Dels som akkumulering af viden og tekniske landvindinger som midlet hertil (Wright, 1994:47). Den stadigt voksende viden om stadigt mindre områder og mindre elementer, gør det (heldigvis) muligt at helbrede flere og flere sygdomme. Men det kan fejlagtigt få en til at konkludere, at enhver form for sygdom og lidelse med tiden kan elimineres. Dermed risikerer det uheldeligt syge menneske at blive set - ikke som et lidende menneske - men som en medicinsk fiasko.

Man altså sige, at det senmoderne hospital kan læses som det sted, hvor arven fra Jerusalem er i defensiven, og hvor arven fra Athen er sat i arven fra Manchesters tjeneste med den konsekvens, at de vilkår og grænser, som er indbygget i tilværelsen (det før-kulturelle) let overses eller underkendes. Den norske filosof Arne Johan Vetlesen udtrykker det på den måde, at moderne medicin

“abonnerer på en forestilling om sundhed som et liv uden smerte og mestring som evnen til at være uafhængig, til at have kontrol over egen krop og sjæl. [...] Forestillingen er udtryk for en farlig kulturel hybris” (Vetlesen, 2006:153)

Sundhed bliver lig med et liv uden sygdom. Og det er netop udtryk for en farlig kulturel hybris, fordi den lidelse, der er indbygget i tilværelsen, dermed undervurderes med den konsekvens, at det lidende menneske let bliver overset og overhørt, og at sygdom ses som et bevis på, at patienten har gjort noget galt. Denne kulturelle hybris kommer tydeligt til udtryk i den sygdomsmodel, kritikere benævner som ”apparatfejlsmodellen”. Her naturvidenskabeliggøres mennesket og betragtes som en biologisk maskine.

3.5.4. Mennesket som en biologisk maskine

Kritikere af den naturvidenskabeligt orienterede lægevidenskab taler nogle gange om ”apparatfejlsmodellen”, hvor sygdom sammenlignes med fejl i et apparat eller en maskine. Det drejer sig om at finde fejlen ved ”apparatet” (kroppen) for derefter at forsøge at reparere eller afhjælpe den. Ifølge denne biomedicinske sygdomsmodel er lægens opgave af rent naturvidenskabelig karakter. Det er de biologiske funktioner i kroppen, der er afgørende i forbindelse med sygdom, og disse funktioner kan i princippet både beskrives udtømmende af naturvidenskaben og undersøges og behandles med naturvidenskabelige metoder. Sygdom betragtes primært som en biologisk fejlfunktion eller deficit, en mangeltilstand, der kan afhjælpes vha. teknologi (f.eks. kirurgi) eller medicinsk behandling. Perspektivet er biokemisk, og kontrol er i centrum. Det handler om at vinde magten tilbage og finde løsninger på problemerne. Denne model forbindes ofte med det, man kalder en essentialistisk sygdomsopfattelse, hvor sygdomme ses som veldefinerede og velafgrænsede enheder i kroppen. Denne forståelse vinder i stigende grad indpas i en tid, hvor mange sygdomme årsagsforklares ud fra genetiske faktorer eller processer i hjernen (Det etiske råd, 2016). Og den understreges ved, at sundhedsuddannelserne ofte træner professionelle i at tolke deres praksis ud fra nogle behandlingsopfattelser, der går på at forstå, hvad der er galt med enkeltpersoner mere eller mindre set for sig, og hvad enkeltpersoner kan gøre ved dem (Dreier, 1996:5) og i mindre grad lægger vægt på den indflydelse, som samfundsmæssige, strukturelle og politiske faktorer og eksistentielle vilkår har på såvel sygdommes opståen som deres udvikling og behandling. Denne biomedicinske model giver grobund for det, den norske medicinprofessor Jan Fugelli kalder en kundskabs- eller vidensillusion (Fugelli, 1997), som er en slags overtro på mulighederne for videnskabelig kontrol (Frederiksen, Fugelli, 2006).

3.5.5. Vidensillusionen og konsekvenserne for det lidende menneske

I forlængelse af Wright siger Fugelli, at medicinen i de medicinsk-overudviklede samfund både bilder sig selv og andre ind

”at lidelse kan elimineres, liv kan programmeres, død kan besejres. Biomedisinen er allmægtig, så hvorfor skal vi godta sygdom, risiko, skade? Medisinen underslår sin uvitenhed. Underslaget fører til

KAPITEL 3. TEORI

medikalisering av naturlige variasjoner, sunne farer og tilværelsens nødvendige tyngde” (Fugelli, 1997).

Denne vidensillusion eller vidensutopi viser sig f.eks. i WHO's definition på sundhed som en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velvære og ikke bare fravær af sygdom eller lidelser⁶³. Sundhed er lig med totalt velvære. Og medikaliseringen er netop et begreb, som definerer ”a problem in medical terms, usually as an illness or disorder; or using a medical intervention to treat it” (Conrad, 2005:3). Sociologen Irving Kenneth Zola (1935-94), som var en af de første, der brugte begrebet, peger på, at medicinen på den måde har overtaget den sociale ordensmagt, som tidligere blev forvaltet af religionen og retsvæsenet. Medicin er blevet ”the new repository of truth”, dvs. det sted, hvor beslutninger om liv og død bliver taget af tilsyneladende moralsk neutrale og objektive eksperter (Zola, 1972:487). Den er blevet almægtig. En vigtig pointe i litteraturen om medikaliseringen er netop, at processen har været ekspansiv. Stadig mere af kroppen og livet i det moderne samfund er blevet genstand for medicinske diagnoser og behandling (Conrad, 2005, Brinkmann, 2010b). Også håbet og døden medikaliseres. Men på den måde kommer medicinen med Fugellis udtryk til at undersøge, dvs. undervurdere sin uvidenhed. Den bliver blind for sine egne begrænsninger, hvorfor den også har vanskeligt ved at rumme lidelsen.

Sygehuspræsten Henning Nabe Nielsen formulerer det på den måde, at samtidig med at det moderne sundhedsvæsen er blevet specialiseret, evidensbaseret og problemløsningsorienteret, har det overladt de eksistentielle overvejelser over livets vilkår til den enkelte:

”Førstehjælp er blevet kerneydelsen og har trængt næstehjælp i baggrunden. Det moderne sundhedsvæsens fokusering på problemløsning gør det ideelt set værdineutralt: Alle er sikret lige ret til behandling ud fra objektive, videnskabelige kriterier. Og ingen kan dybest set være uenige med sundhedsvæsenet, for dets bestræbelser falder sammen med det enkelte menneskes: Et sygdomsfrit, trygt og langt liv” (Nabe-Nielsen, 2014:236).

Samtidig stiller han spørgsmålet, om der bag dette nye depot for sandhed, der principielt er værdineutralt og bygger på dokumenterbare, naturvidenskabelige

⁶³ Lokaliseret 22.02.2017 på http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/internasjonalt_helsearbeid/verdens-helseorganisasjon-who.html?id=435126

KAPITEL 3. TEORI

kendsgerninger, ligger en ureflekteret og ikke bevidstgjort metafysik, så mødet med sundhedsvæsenet ikke blot er mødet med den neutrale sygdomsreparatør, men også med et moralproducerende væsen, hvor man er i andres vold, er udsat, anonymiseret, bliver nedlagt, gjort til offer og prædiker (sundheds-)moral for (Ibid. 254). Kjær bestemmer med den amerikanske teolog Bruce J. Malina nærmere denne metafysik, som han mener dominerer det senmoderne samfund i almindelighed og sundhedsvæsenet i særdeleshed:

”Lidelsen skal derfor bekæmpes med alle til rådighed stående midler i det senmoderne samfund. Lidelse kan i sine konkrete former ofte bortskaffes og rykkes op med rode nu. Lidelse kan som risiko elimineres totalt engang ude i fremtiden. Det gælder lidelsen både som før-kulturelt fænomen og som menneskeskabt størrelse. Indtil lidelsen som risiko er væk, bør en intelligent person være i stand til at undgå lidelse og ulykke i kraft af viden, teknikker og værktøjer (Malina, 2010)” (Kjær et al., 2015:37).

Sårbare mennesker kan derfor også opleve det som om medicinen siger:

”Hadde du ikke vært så feit, så lat, så lite lærevillig, så dum, så korttenkt, så uansvarlig, så primitiv, så uanstendig, så ekkel, så hjælpeløs – så hadde du klart at stå imod dine laster, og så hadde du ikke blit syk. Du har din egen ynkelighet at takke. Ta deg sammen” (Frederiksen, Fugelli, 2006:206).

Den konstruerer altså mennesket som havende uanede muligheder. Vægten lægges på individuelle årsager. Sygdommens årsager henføres til problemer, som den enkelte ikke evner eller ikke i tilstrækkelig grad ønsker at gøre noget ved, hvad der er skamfuldt. Han eller hun kunne jo have valgt at gøre det anderledes og har derfor også kun sig selv at bebrejde (Vetlesen, 2006). Vi genkender her tydeligt disse forståelser fra den terapeutiske kulturs grundantagelser om, at mennesket har uanede muligheder, og at alle problemer er individuelle – også lidelsen. Man kan sige, at det bio-medicinske sygdomsbegreb og den terapeutiske etos har en fælles rod i det sekulariserede og individualiserede samfund og i drømmen om det tekniske eller terapeutiske fix.

Der er selvfølgelig også andre sygdomsmodeller og menneskesyn i spil på hospitalet. Her skal særligt nævnes den bio-psyko-sociale model, der blandt andet er udviklet som modsvar til den reduktionisme, der ligger i den biomedicinske. Ifølge den er det ikke kun biologiske faktorer, men også faktorer

KAPITEL 3. TEORI

som personlighed, livsstil og samfundets indretning, der anses for at øve indflydelse på ætiologi og prognose. Sygdom ses ikke kun som forårsaget af fysiske faktorer, som virus, bakterier og gener, men også af psykologiske og sociale faktorer og deres indbyrdes dynamiske samspil (Jørgensen, Pedersen, 2004). Når sygdomme skal behandles eller afhjælpes, er det nødvendigt at se på hele personens livssituation og sætte ind med andre tiltag end de rent medicinske. Det er derfor også nødvendigt at inddrage personen og personens egen opfattelse af sin situation i behandlingen, fordi mennesket ses som et subjekt, som er med til at forme sine omgivelser, og som reagerer på omgivelsernes udfordringer med intentionelle handlinger. På den ene side er det naturligvis en sympatisk tanke, men på den anden side åbner denne model en bagdør, som den terapeutiske etos' antagelser om, at mennesker har uanede muligheder, og at alle problemer er individuelle, kan snige sig ind af. Diskussionen om livsstilssygdomme er et godt eksempel. Selvom forskere understreger, at det er vores forlængede levetid på grund af bedre levevilkår, der er den væsentligste årsag til, at flere dør af såkaldte livsstilssygdomme, så er den offentlige debat domineret af forestillingen om, at det er ændret adfærd, der er årsag til fedme, forhøjet blodtryk, rygerlunger, flere former for kræft, hjertekarsygdomme m.m.⁶⁴ Og at denne forestilling ikke kun findes udenfor hospitalet, antyder en af mine informanter, der bemærker, at hun ofte er i opposition til

den forfærdelige moralisering, som patienter og pårørende møder hos sundhedsprofessionelle, fordi der godt nok er noget, der er rigtigt og noget, der er forkert (Helga 169).

Den bio-psyko-sociale model bruges i mange forskellige sammenhænge - også medicinske - men især sygeplejerskerne har som faggruppe været bannerførere for en sådan helhedsorienteret forståelse af såvel sygdom som menneske. Mennesket må ses som et hele, hvor krop og sjæl ikke er adskilt, men virker ind på hinanden, ligesom personen og situationen. Personen er altid i en situation, som virker ind på personens krop og sjæl. For sygeplejersken er omsorg grundlaget (se f.eks. Larsen, 1997). Men kritikere peger på, at dette helhedsorienterede syn på såvel menneske som sygdom er under pres i det senmoderne hospitalssystem. Mennesker har som enkeltpersoner ofte sans for lidelsen som en uundgåelig del af livet og dermed for nødvendigheden af at rumme det lidende menneske, men det kniber mere for sundhedsvæsenet som organisation (Kjær et al., 2015:35). Enhver læge og sygeplejerske vil naturligvis på det kraftigste benægte, at de personligt er styret af

⁶⁴ Se f.eks. Signild Vallgård, professor ved Institut for Folkesundhedsvidenskab, lokaliseret 27.05.2017 på <http://videnskab.dk/krop-sundhed/ikke-mere-snak-om-livsstilssygdomme>.

den biomedicinske sygdoms- og menneskeforståelse, og at de ikke skulle interessere sig for menneskers lidelse. Men ikke desto mindre synes systemet at være organiseret på baggrund heraf, og at det er denne organisering, der tvinger lidelsen i skammekrogen. Den helhedsorienterede forståelse har netop trange kår, fordi den ikke er kompatibel med den kompartmentalisering og specialisering, der præger det senmoderne hospital, og som kan ses som et direkte spejl af den naturvidenskabeliggørelse af mennesket, som den biomedicinske sygdomsmodel er udtryk for. En model som netop er domineret af det, Engelsted kalder elementtænkning, dvs. af adskilthed uden sammenhæng.

3.5.6. Kompartmentalisering og specialisering

Sundhedssystemet i almindelighed og hospitalet i særdeleshed er præget af kompartmentalisering, dvs. en opdeling i forskellige bestanddele eller specialer, som ikke er forbundne. Der er de to hovedgrupper: psykiatri og somatik, som igen hver især er opdelt i et utal af afdelinger: neurologisk, kardiologisk, ortopædisk, onkologisk, endokrinologisk, gastroenterologisk, hæmatologisk osv. De forskellige afdelinger tager sig af forskellige dele af mennesket, som tænkes som elementer, der kan behandles adskilt fra hinanden, og hvor der kun er det, Engelsted kalder udvendige forbindelser, dvs. at de ligesom legoklodser i princippet kan adskilles og sættes sammen uden konsekvenser for det menneske, det handler om. Hospitalets organisering tvinger på den måde mennesket fra hinanden. Det splittes op i adskilte dele alt efter hvilken sygdom, det har og hvor i kroppen, den er lokaliseret. Denne specialisering betyder, at de enkelte afdelinger primært kun tager sig af de ting, patienten er indlagt for, og når den opgave er løst, bliver borgeren sendt hjem igen ofte med mange andre sygdomme.⁶⁵ Der er mangel på sammenhæng på tværs af afdelingerne. En ny hvidbog om multisygdom dokumenter f.eks., at sundhedsvæsenet ikke tilrettelægger behandlingen med udgangspunkt i den multisyges situation. Det danske sundhedsvæsen er fragmenteret, og patienten må selv tage ansvaret for at navigere mellem undersøgelser og behandlinger, der hver især er målrettet én sygdom (Frølich, Olesen & Kristensen, 2017). Ifølge professor i sundhedsøkonomi ved Syddansk Universitet, Kjeld Møller Pedersen, forstærkes kompartmentaliseringen - eller med hans ord silotænkningen - når både regionerne og kommunerne er presset økonomisk⁶⁶. Sundhedsvæsenet er blevet dygtigere og dygtigere til de enkelte behandlinger, men sammenhængen i behandlingerne er ikke

⁶⁵ Lokaliseret 05.03.2017 på <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2015-9/det-effektive-sygehus-presse-kommunerne>

⁶⁶ Ibid

fulgt med. Else Smidt, der er lægefaglig direktør for Amager og Hvidovre Hospital kalder det overspecialisering⁶⁷. Denne udvikling har netop betydning for patienters oplevelse af hospitalet, sådan som en lang række empiriske undersøgelser viser. Her er det især de alvorligt syge og døende, der føler sig overset og overhørt. Hospitaler er indrettet på helbredelse og behandling, men ikke gearret til at give tid og rum til uhelbredeligt syge og døende (Dalgaard, 2007b).

3.5.7. Det lidende menneske føler sig overset

Udadtil lægger hospitalet vægt på, at det er patientens hospital med mennesket i centrum, hvor man skaber sikre og effektive forløb med patienten som partner. Man vil yde den bedste behandling for det enkelte menneske og skabe resultater ved samarbejde⁶⁸. Man understreger et bio-psyko-socialt behandlingsregime, der bygger på tværfagligt samarbejde og en helhedsorienteret tilgang og indsats. Men det ser ud som om, patienternes oplevelser, især de alvorligt syge og døendes, ikke stemmer overens med det, der står i udstillingsskabet. Der er forskel på menneskesynet på hospitalets hjemmesider og så det, patienterne oplever i hverdagens travlhed. Det lidende menneske føler sig udenfor, ikke set og ikke rummet, sådan som vi så både Kjær og Nabe-Nielsen pege på. Dette bekræftes af en lang række empiriske undersøgelser.

I en spørgeskemaundersøgelse fra 2006, der omfatter 1518 kræftpatienter, har man således undersøgt, hvad danske kræftpatienter har brug for (Grønvold et al., 2006). Selvom der generelt er stor tilfredshed med hospitalet, har 14% (og en betydeligt større procentdel, hvis der tages højde for de 42%, der ikke finder dette tema relevant) oplevet, at personalet ikke udviste nok interesse for overvejelser i forbindelse med liv og død. En gruppe på 16% har ikke oplevet psykisk støtte fra personalet. Dette understøttes af den såkaldte *Barometerundersøgelse* fra 2013 (Sandager et al., 2013), som ligeledes fokuserer på kræftramtes behov og oplevelser og konkluderer, at der for nogle kræftramte følger væsentlige fysiske, psykiske og sociale problemer med sygdommen, som sundhedsvæsenet og samfundet i sin helhed ikke hjælper godt nok med at håndtere. En del patienter føler sig ladt i stikken og ikke set som individer. Det samme viser en undersøgelse fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed fra 2014, hvor hver fjerde

⁶⁷ Lokaliseret 11.03.2017 på <http://dagensmedicin.dk/else-smith-gentaenk-sundhedsvaesenet/>, 20.01.2017, downloaded 11.03.2017

⁶⁸ Se f.eks.: Lokaliseret 10.03.2017 på <http://www.aalborguh.rm.dk/~media/Hospitaler/AalborgUH/Genveje/Om%20AAUH/Mission%20og%20vision%20for%20Aalborg%20UH.ashx>, og lokaliseret 10.03.2017 på <http://www.auh.dk/om-auh/virksomhedsgrundlag/vision---mission---vardier/>

KAPITEL 3. TEORI

patient udtrykker, at de har spørgsmål og bekymringer, som de ikke får talt med personalet om, fordi de synes, det virker, som om personalet har meget travlt⁶⁹. Dette problem ser ud til at tage til hos uhelbredelig syge og døende patienter, som i særlig grad føler sig ensomme og svigtede af personalet. I 1993 udførte cand.psych. Mette Hald en undersøgelse af døende kræftpatienters vilkår på hospitalet. Undersøgelsen viser, at de døende føler sig kasseret. De kommer i sidste række, når tiden skal prioriteres på afdelingerne, idet hele kulturen er præget af behandlingsregimer uanset, om behandlingen forventes at være effektiv eller ej (Hald, 1993). Lidelsessymptomer omdannes mere eller mindre ubevidst til sygdomssymptomer, hvad der ifølge lektor, ph.d., Tine Rask Eriksen får den konsekvens, at

”selv om de syge kommer til feltet som lidende mennesker med en syg krop, møder de et felt, hvor de professionelle transformerer de syge til en syg, objektiveret og arbejdsdelt krop, som gøres til objekt for flere typer af behandling” (Eriksen, 1996)

Cand.cur., ph.d., Susan Rydal-Hansens undersøgelse fra 2010 af lidelsens udtryksformer og vilkår, som den er beskrevet af uhelbredeligt kræftsyrge patienter, bekræfter, at patienterne ofte føler sig svigtet af de professionelle. Selvom begrebet lidelse, forstået som det enkelte menneskes subjektive forståelse af sin situation og sit problem, er et centralt begreb i f.eks. WHO's definition af palliativ indsats⁷⁰, så synes det primært at være sygeplejerskerne, der både definerer konteksten og hvilken adfærd og oplevelser, der erkendes og handles på. Patienternes muligheder for at erkende og beskrive den individuelle betydning, som deres problemer indebærer, drukner i sygeplejerskernes bestræbelser på at prioritere, organisere og udføre den krops- og symptomorienterede pleje. Patienternes lidelse tolkes ind i en krops-, symptom- og behandlingsorienteret forståelse og praksis (Hansen, 2003a). Hospitaler er blevet til virksomheder og patienterne, dvs. de ”lidende” eller ”tålende”⁷¹, er blevet til brugere eller forbrugere af det, de professionelle og systemet har defineret som værende den rigtige ydelse. Derved bliver det også den enkeltes eget ansvar eller problem, hvis ydelsen ikke virker (Ibid). Også her genkender vi en af den terapeutiske kulturs grundantagelser, nemlig at alle problemer er individuelle - også lidelsen.

⁶⁹ Lokaliseret 17.03.2017 på

https://patientsikkerhed.dk/content/uploads/2015/12/fakta_om_patientunders_gelsen.pdf

⁷⁰ Lokaliseret 17.03.2017 på <http://www.pavi.dk/OmPalliation/WHOdansk.aspx>

⁷¹ Begrebet patient kommer fra den latinske betegnelse ”patiens”, der er en tillægsform, der betyder ”lidende” eller ”tålende”, altså den, der tåler eller udholder noget.

KAPITEL 3. TEORI

Hvor den terapeutiske etos med sit kyklopøje således kun ser, at problemer har individuelle psykologiske årsager, har hospitalskulturens kyklopøje en tendens til at se sygdom som havende udelukkende biologiske årsager. De er altså endimensionelle på hver deres måde.

3.5.8. Opsamling

Bruger man Engelsteds begreber, er hospitalskulturen altså på samme måde som den terapeutiske etos bestemt af en mekanisk sammensætningstænkning. Det enkelte individ forstås ud fra dets fysiologiske sammensætning, som igen forstås ud fra det biokemiske, osv. Engelsted taler om, at det, der er karakteristisk for den mekanistiske videnskab er, at den forklarer sin genstand ved henvisning til en nedre liggende videnskabs genstand (Engelsted, 1989:37). Det er naturligvis vigtigt for den videnskabelige erkendelse, men prisen er tydeligvis, at sammenhængen går tabt. Mennesket risikerer, som vi har set at forsvinde ud af fokus. Differentieringen i stadig snævrere specialer synes således at ske på bekostning af integrationen. Hvor sammensætningstænkningen, som vi så i (kritikken af) den terapeutiske kultur, betød, at selvet kunne beskrives uafhængigt af noget uden for det selv, har denne tænkning i en hospitalskontekst fået en tand til: individet er opløst i organsystemer eller måltal af forskellige slags, der monitoreres ned i mindste detalje. Hospitalet tænker mennesket fra hinanden. Mennesket fragmenteres. Sammenhængen, det enkelte menneskes subjektive oplevelse af sin situation, som altid vil rumme såvel sygdommen som livsverdenen, synes at være gået tabt. Sygdom er blevet individualiseret. Bevidstheden om, at sårbarhed, afmagt, sygdom og død er fællesmenneskelige vilkår er gledet ud af fokus. Lidelsen er blevet hjemløs.

Selvom der er store forskelle på hospitalskulturen og den terapeutiske kultur, ser det således ud til, at især antagelsen om, at mennesket har uanede muligheder - i betydningen den medicinske videnskab - er genkendelig, og at det, at lidelsen er blevet hjemløs, yderligere kan være med til at nære det enkelte individs forestilling om, at alle problemer er individuelle - også lidelsen. Samspillet mellem den terapeutiske etos og hospitalskulturen synes altså på nogle områder at forstærke denne etos måde at konstruere mennesket på.

3.5.9. Analysemodel III

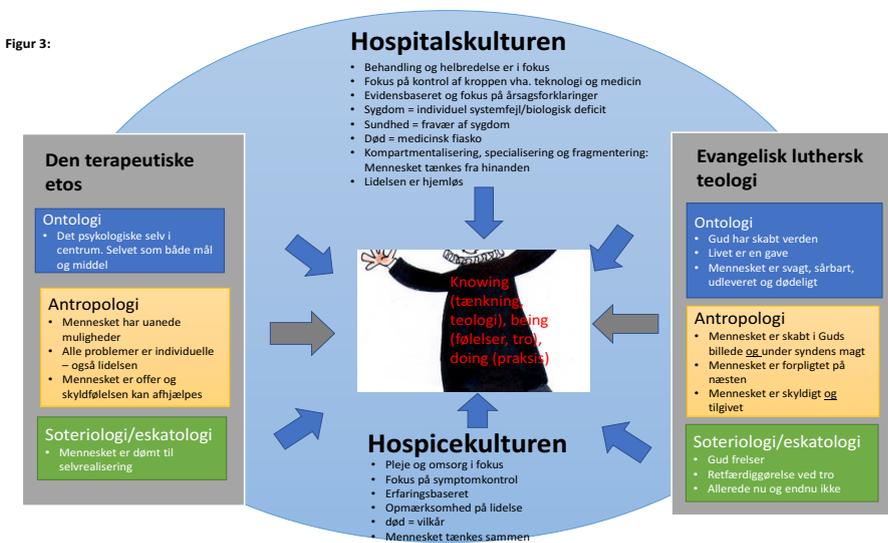
KAPITEL 3. TEORI

Analysemodellen kan med dette afsnit nu afsluttende illustreres som følger (figur 3). Denne sidste del af modellen skal understrege, at den spænding, som præsten står imellem den terapeutiske etos og evangelisk-luthersk teologi, udspiller sig i og er påvirket af hospitalskulturen. Man kunne f.eks. også have interesseret sig for den samme problemstilling hos sognepræster, hvor det så ville være den lokale kultur i det sogn, præsten er ansat i, der ville udgøre den specifikke kontekst. Som jeg allerede nævnte i indledningen til dette kapitel, skal det bemærkes, at hospicekulturen konstruerer mennesket på en grundlæggende anderledes måde end hospitalskulturen, hvad man kan forestille sig, har indflydelse på den betydning den terapeutiske kultur har for specielt hospicepræsten. Hospices historie kan netop ses om et opgør med den underkendelse af de eksistentielle vilkår og fortrængning af døden, der præger hospitalet (Dalgaard, 2001). Her er der fokus på symptomkontrol, omsorg og pleje, som en måde at hjælpe den alvorligt syge til at føle sig set og hørt som menneske helt frem til døden (Graven, 2015). Hospice er i Danmark blevet symbolet på den værdige død, hvor livet ses som en gave, og svaret på lidelsen er omsorg, pleje, nærvær og barmhjertighed. Den danske forsker Karen Marie Dalgaard taler om, at hospicefilosofien rummer en patient-idé, en pårørende-idé, en personale-idé og en organisatorisk-idé (Dalgaard, 2007a). Hvad angår patient-idéen handler det om en patientcentreret tilgang, hvor selvbestemmelse, respekt, individuelle ønsker og behov, professionel ydmyghed, opmærksomhed og rummelighed er i centrum. Der er fokus på livskvalitet og lindring af fysiske, psykologiske, sociale og eksistentielle behov. Smerte er ikke kun et fysisk fænomen. Det er en subjektiv oplevelse, der har fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle/åndelige dimensioner. Det er med grundlæggeren af den moderne hospicebevægelse, Cicely Saunders' begreb tale om total smerte ("total pain"). Pårørende-idéen handler om samarbejde med de pårørende om omsorgen for den syge og en indsats for pårørende som mennesker i sig selv. Personale-idéen har fokus på høj kompetence, god normering, helhedssyn, tværfagligt samarbejde og frivillig indsats, og den organisatoriske idé taler om hospice som livets og dødens hus, at der er hjemlige rammer og miljø, at institutionens størrelse er overskuelig, at anvendelsen af medicinsk teknologi er afstemt i forhold fokuset på patienternes livskvalitet, og at man er adskilt fra hospitalet. Hospicefilosofien tænker på den måde mennesket sammen igen og har på flere områder mere til fælles med den oprindelige kristne hospitalstanke ("arven fra Jerusalem") end det senmoderne hospital ("arven fra Manchester") samtidig med, at den bevidst lægger afstand til de fleste af den terapeutiske etos' grundantagelser.

Forskellen mellem at arbejde som præst på et hospital og på et hospice kan derfor måske give os en indsigt i, hvilken indflydelse konteksten har for den terapeutiske kulturs betydning. Samtidig har hospicepræsterne netop i kraft af

KAPITEL 3. TEORI

hospicefilosofiens vægtlægning på den tværfaglige indsats et anderledes tæt samarbejde med sundhedspersonale (læger, sygeplejersker, psykologer, fysioterapeuter m.m.) end det er tilfældet for hospitalspræster, der typisk opererer som solister. Hospicepræsten deltager f.eks. i konferencer omkring enkeltpatienter. Man kan forestille sig, at hospicepræsten derfor også er mere direkte personligt og fagligt udfordret og konfronteret på sine teologiske holdninger af det øvrige (sundhedsfaglige) personale end f.eks. hospitalspræsten. Materialet kan måske sige noget om, hvorvidt det har indflydelse på den terapeutiske kulturs betydning for præstens tænkning, tro og praksis?



3.6. Afsluttende bemærkninger

Efter i dette kapitels 1. afsnit at have konstateret, at begrebet ”den terapeutiske kultur” forudsætter et sociologisk blik på psykologien, hvor den ses som havende en aktiv rolle i udformningen af den senmoderne kultur og de værdier, der præger den, har jeg i de følgende afsnit beskæftiget mig med de forskellige måder, hvorpå den terapeutiske etos, evangelisk-luthersk teologi og hospitalskulturen idealtypisk konstruerer eller former mennesket. Jeg har konstateret, at hvor den terapeutiske etos og hospitalskulturen er præget af mekanisk sammensætningstænkning, er den idealtypiske evangelisk-lutherske teologi domineret af dialektisk sammenhængstænkning. Og det har jeg gjort med henblik på at kunne sige noget om, hvor hospitalspræstens tænkning, tro og praksis, dvs.

KAPITEL 3. TEORI

hendes almindelige eller levede teologi, befinder sig i spændingsfeltet mellem de tre typer. Det handler altså ikke om at søge efter deres lutherdom. Empirien skal nu vise, om og eventuelt hvordan de åbenlyse modsætninger, som vi har set, der er mellem den terapeutiske etos og hospitalskulturen og præsternes lærte teologi også viser sig i deres almindelige eller levede teologi. Hvordan manøvrer de i denne senmoderne terapeutiske kultur? Har den betydning for dem, og hvis den har, hvordan og hvorfor har den det? Indoptager de den? Læner de sig ind i den, eller markerer de sig netop op imod den?

4. Analyse

4.1. Kapitlets disposition

Dette analysekapitel består af to hoveddele. I 1. hoveddel (afsnit 2-6) vil jeg undersøge, om - og eventuelt hvordan og hvorfor - den terapeutiske etos' fem grundantagelser: "Selvet i centrum", "Mennesket har uanede muligheder", "Alle problemer er individuelle – også lidelsen", "Mennesket er offer og skyldfølelse kan afhjælpes" og "Mennesket er dømt til selvrealisering" har betydning for de interviewede hospitals- og hospicepræsters tænkning, tro og handlinger? Hvordan ser den almindelige (Astley, 2002) eller levede teologi (Doehring 2015), som præsterne gør eller praktiserer indenfor hospitalets eller hospicets rammer, ud på dette ifølge sociologiske analyser dominerende kulturelle baggrundstæppe? Disse afsnit har en fortrinsvis deduktivt orienteret tilgang. Udgangspunktet er den kondensering af litteraturen, som de fem grundantagelser er udtryk for, og som sammen med det idealtypiske billede, jeg ovenfor har tegnet af evangelisk-luthersk teologi og hospitalskulturen, skal forstås som orienterende begreber eller tematikker i Laydersk forstand. Hvordan adapterer, dvs. nuancerer, tilpasser og bearbejder præsterne den terapeutiske etos i deres tænkning, tro og praksis? Denne 1. hoveddel af analysen afsluttes med en kort opsamling.

Kapitlets 2. hoveddel (afsnit 7) har en mere induktiv tilgang, hvor aktørperspektivet er udgangspunktet, og ser på præsternes egne forståelser af deres rolle på hospitalet/hospicet. Hvordan konstruerer de denne rolle? Hvad tænker de selv er deres særlige opgave sammenlignet med andre faggruppers, specielt psykologens? Hvad er det vigtigste for dem? Hvor lægger de vægten? Og hvordan forholder denne selvopfattelse sig til det, vi har set i analysens 1. hoveddel?

Analysekapitlets overordnede intention er i overensstemmelse med Layders adaptive tilgang at forbinde forskningsprocessens teoretiske aspekter (1. hoveddel) med de empiriske (2. hoveddel) og iagttage den kontinuerlige relation eller vekselvirkning mellem dem med henblik på eventuelt at nuancere og videreudvikle teorierne om den terapeutiske kultur.

4.2. Selvet i centrum

4.2.1. Indledning

For at undersøge betydningen af den terapeutiske etos' 1. grundantagelse: *Selvet i centrum. Selvet som både mål og middel*, som man kan sige er denne etos' fundament, vil jeg nu se nærmere på hvordan tre tematikker, som til sammen udfolder denne tanke, udspiller sig i datamaterialet.

- Den første tematik handler om identitet. Hvordan bliver mennesket sig selv? Er det ved at kigge indad, sådan som den terapeutiske etos peger på? Skabes verden indefra eller foreligger den allerede på forhånd? Hvad er det vigtigste ved et menneske? Hvad tænker præsterne om det, og hvordan viser det sig i mødet med patienter og pårørende?
- Den anden tematik handler om spændingen mellem på den ene side det, man kunne kalde en psykologisk determinisme, der betragter tidlige emotionelle erfaringer som determinerende og definerende for barnets adfærd senere i livet - at alt går tilbage til barndommen - og på den anden side mulighederne for nyskabelse eller håb, at der kan lægges noget til "udefra". Er den enkeltes fremtid alene bestemt af vedkommendes egen evne og vilje til at udvikle sig og anvende den nødvendige terapeutiske hjælp? Er mennesket "alene hjemme"? Er verden lukket eller åben?
- Den tredje tematik har fokus på moraliteten. Hvor er det kompas, mennesket kan styre efter? Hvor er autoriteten? Er det alene de følelsesmæssige behov, sådan som terapeutiske etos peger på? Er personlige følelser den eneste kilde til sandhed? Hvad er garanten for, hvad der er rigtigt og forkert? Besidder etiske eller moralske vurderinger kun emotiv mening, eller er der objektive forhold ved eksistensen, som sætter grænser og præciserer menneskets ansvar, sådan som den idealtypiske evangelisk-lutherske teologi understreger? Findes der kun små individuelle og relative sandheder, eller er der også Sandheder med stort S?

4.2.2. Hvordan bliver mennesket sig selv?

4.2.2.1. Det resonante menneske

KAPITEL 4. ANALYSE

Den engelske sociolog David Silverman peger på, at man i en analyse skylder læseren at fortælle hvilket spørgsmål, man har stillet informanten, og at den skal indeholde dialogsekvenser, så man kan se, om det er interviewerens, der motiverer til svaret, eller det er noget, der kommer fra informanten selv (Silverman, 2014). Denne påpegning synes i særlig grad at være relevant i denne sammenhæng, hvor det direkte spørgsmål: ”Hvordan bliver mennesket sig selv?” ville lægge op til alt for indlysende korrekte teologiske svar. Kun et mindretal af danske evangelisk-lutherske præster ville svare: ”Ved at gå ind i sig selv eller lytte til sig selv!” Der er blandt præster generelt en stærk kritisk holdning til selvudviklingskulturen (se f.eks. Hjorth, 2005, Stender, 2013, Nygaard, 2008), som er bestemt af den teologiske bagage, de har med sig, og som jeg har tegnet et kort rids af ovenfor. Jeg har derfor også fokuseret på bredere spørgsmål, der samlet set gerne skulle kunne indfange identitetstematikken:

- Hvad er efter din mening kristendommens (særlige) bidrag til forståelsen af, hvad det vil sige at være menneske?
- Hvad er efter din mening menneskets kerne eller essens? Hvad det vigtigste ved et menneske for dig?
- Hvad er efter din mening kristendommens vigtigste budskab til det moderne menneske? Det vigtigste råd?

Spørgsmål nr. 2 har en næsten fristende karakter over sig, fordi jeg bruger ord som ”kerne” og ”essens”, der er forbundet med den terapeutiske etos. Accepterer mine informanter, at man kan tale om mennesket på den måde? Og hvilke refleksioner kalder spørgsmålet på?

Overordnet kan man sige, at de oplever begreberne ”kerne” og ”essens” som skæve i forhold til deres forståelse af, hvad der er det vigtigste ved et menneske, og de peger i stedet udad på relationen som det afgørende. F.eks. siger Bente:

Kernen. Det ved jeg skam ikke... men det er i hvert fald nærværet med andre mennesker og relationerne. Jeg er i tvivl om, hvad kernen betyder (Bente 222).

Agnes er enig. Essensen er, at vi mennesker er Guds børn, at vi er villet. Og så er det næstekærlighedsbuddet: at vi skal behandle hinanden ordentligt. Kristendommens vigtigste budskab til det moderne mennesker er, at vi lever i relationer. Det er i relationen til hinanden og til Gud, at mennesker kan hente styrke og håb (Agnes 83-86). Det vigtigste ved et menneske er det at kunne forholde sig til

KAPITEL 4. ANALYSE

et andet menneske, det er jeg-du-forholdet (Frida 104,105). Det er, at det kan elske: ”hvis mine børn spørger: Hvorfor lever vi? Så siger jeg: Vi lever for at elske hinanden” (Adam 113). Mennesket skal selvfølgelig finde ud af, hvem det er, siger Adam, men det sker netop i mødet med den anden (Ibid.115). Der er ifølge ham en tendens til, at det senmoderne menneske bilder sig ind, at sandheden om, hvem det er, er noget, det kan grave op, hvis det kigger dybt nok i sig selv, hvad han er stærkt kritisk overfor:

Er det ikke Svend Brinkmann, der skriver i den der ”Stå fast”, at det skal man holde op med, for inden i dig selv findes kun organer (Ibid.116)

Hvordan er det så, man finder sig selv, spørger han retorisk. Kan man trække sig selv op ved håret, hvis man sidder fast i en mudderpøl, eller er der noget andet, der skal trække en op? Og svaret lyder: sandheden vil på mange måder komme udefra, også selvom det ikke nødvendigvis handler om kristendom. Sandheden kommer altid udefra i dialogen med andre mennesker. Det er der, man får man et andet perspektiv end ens eget (Adam 89,90). Kun i fællesskabet har jeget mulighed for at opdage nye sider af sig selv. Mennesket bliver til i relationen. Det vigtigste er derfor også, at vi er givet til hinanden, for relationer er alt

også Gudsrelationen... altså hele Det nye Testamente handler jo om [relationer]... det er relationer, relationer og relationer (Elsebeth 241)

Helga ler let overbærende, da jeg spørger til menneskets kerne eller essens. Hun tænker slet ikke på mennesket som havende en kerne indeni. Det er mennesket alt for foranderligt og bevægeligt til (Helga 141). Desuden mener hun, at talen om kerne eller essens isolerer det enkelte individ fra fællesskabet og gør det ensomt. Især for de, der har det vanskeligt, fører denne forståelse nemlig let til en vældig ensom kamp for at kunne identificere et eller anden derinde; at man skal finde ind til sig selv og blive autentisk, og

den der evige søgen... hvad fanden er det, man skal finde derinde? Jamen altså, kommer man nogensinde ud igen? (Helga 143)

Som modbillede hertil henviser hun til et foredrag af den danske professor i dogmatik Niels Henrik Gregersen, hvor han talte om det ”resonante selv”, som hun ser som udvidelse af tanken om, at det vigtigste ved mennesket er relation. At være

KAPITEL 4. ANALYSE

resonant betyder at blive kaldt på og at kunne svare; at der i mennesket er genklang og genlyd for noget udenfor det selv. Men det er ikke kun dialogisk, dvs. forstået som en relation mellem to kerner, sådan som Helga mener, nogle psykologer ville tænke det. Det er triadisk (Helga 140). Det handler ikke kun om forholdet mellem mennesker - at man af det andet menneske kan blive kaldt på og kan svare - men også om forholdet mellem Gud og mennesker. At Gud kan kalde en på måder, så det kan give genlyd og genklang. Individet er i en kristen kontekst aldrig isoleret eller ladt alene i sin egen verden. Der er altid sprækker. Derfor taler Helga også om, at kristendommens særlige bidrag til forståelse af, hvad et menneske er, netop er gudbilledligheden (Helga 113), dvs. at mennesket ved Guds tiltale får en bestemt status og på forhånd er sat i en særlig relation til Gud, medmennesket og den øvrige natur,

og så er det sådan hele frelseshistorien... altså fortællingen om skabelse og forsoning og opstandelse (Helga 113)

Netop det gør noget særligt ved ens opfattelse af det at være menneske, fordi man her bliver fortalt ind i en sammenhæng, der er større end ens eget individuelle liv (Helga 49). Det er ikke mennesket, der skaber verden. Verden udgår ikke fra mennesket, men mennesket indgår i verden. Tilværelsen er forudgivet. Som Bo udtrykker det, er mennesket som skabt i Guds billede uendelig værdifuldt og har, uanset hvad det kan eller ikke kan, krav på kærlighed, respekt og omsorg (Bo 126).

4.2.2.2. Værdighed er ikke færdighed

Når man taler om identitet, er det grundlæggende altså, at mennesket er værdifuldt i Guds øjne. I en kristen optik er mennesket tillagt en værdi og en værdighed, som det ikke skal kæmpe for at få eller selvudvikle sig til (Bente 224,228). Værdighed er ikke en færdighed. Bente er, som hun udtrykker det, også barn af sin tid og kender selv til kampen for at være god nok. Men når hun hører andre sidde og kæmpe med, hvordan de skal blive værdifulde, kommer hun til at mærke, hvor vigtigt det kristne budskab er, og hvordan alle ville føle sig løftet, hvis de fik det helt ind under huden (Bente 229). Mennesket skal ikke først blive til noget, det endnu ikke er; det bliver ikke først en person via kontakten med sit rigtige eller sande selv, men er allerede på forhånd Guds hellige og elskede og udvalgte barn, sådan som Gittes svar på, hvad menneskets kerne eller essens er, lyder (Gitte 151). Det har allerede en identitet, før det har gjort noget som helst. I forhold til det alvorligt syge og døende menneske, som let kommer til at føle sig nyttesløst, fordi hun ikke mere kan gøre det, hun plejer, og derfor også ofte synes, hun er til besvær,

KAPITEL 4. ANALYSE

er det for Cecilie netop vigtigt at holde fast i, at det er menneskets væren, der er det afgørende. Det betyder i hendes optik to ting. For det første at væren går forud for gøren (Cecilie 102). Det er ikke det, mennesket gør, der bestemmer dets værdi. Mennesket er ikke "selfmade". Det er først og fremmest, hvad det er givet, hvad det er gjort til af Gud. For det andet betyder det, at der er et "sted", hvor man kan blive ved med at være det barn, man nu engang er,

om det nu er et vredt barn eller et ulykkeligt barn... at man har barneretten, uanset hvor gammel man er... et sted, hvor man har tillid til, at det går an at være et barn, fordi der er en [Gud], der påtager sig voksenansvaret (Cecilie 103,104).

Hvad betyder det? Det betyder et sted, hvor man ikke er eneansvarlig og til stadighed må kæmpe for at vinde kontrollen og magten tilbage, sådan som den terapeutiske etos peger på som universalløsning, men hvor man har lov at være den lille som menneske (Helga 49). Man skal altså ikke præstere for at få lov at være, men kan få lov at være i al sin selvuoprettelige uperfekthed.

Gitte taler netop om, at der i dag er megen skamfuldhed over at være menneske - hvis man bare motionerer nok og spiser den rigtige mad, så bliver man glad, er aldrig syg og dør ikke – underforstået: hvis man ikke gør det, så er sygdom og modgang ens egen skyld (Gitte 151). Over for kravet om at skulle være god nok, som noget den enkelte bærer hele ansvaret for at virkeliggøre, peger hun, som vi så ovenfor, på, at mennesket på forhånd er Guds hellige og elskede barn. Enhver kvinde, der har født et barn og enhver mand, der har været med til en fødsel, har fornemmet denne hellighed, siger hun. At der er noget ved det lille barn, som er ukrænkeligt, noget det ikke har i sig selv, og som det ikke har fortjent sig til, men som det er givet fra fødslen. Dette

noget vi er fra Gud, inden noget som helst andet kommer til, og det er noget, vi bliver ved med at være, uanset hvad vi går igennem i vores liv... Det er en værdighed i mennesket, som det har fra Gud og som det aldrig nogen sinde vil kunne give sig selv, uanset hvor meget det knokler løs (Gitte 152)

Hun henviser til Luthers tale om mennesket som samtidig synder og retfærdig: at det er begge dele på én gang. Vi begår hele tiden fejl, og samtidig er vi helt og fuldt retfærdige og hellige, siger hun. Det er altså ikke sådan, at vi kan blive mindre syndere, hvis vi bare gør de rigtige ting:

KAPITEL 4. ANALYSE

Der er jeg jo nok meget luthersk... altså gerningsretfærdighed, det nytter bare ikke noget som helst... Folk kan jo gå i alle mulige terapier og synes [at nu har ting forandret sig], men så sker der en lille ting eller en stor ting; de bliver skilt eller de flytter, jamen så er det hele faldet fra hinanden, og så må de begynde forfra. Altså det var lidt nemmere at sige, at man er elsket fra begyndelsen... man skal ikke først blive det. Man er det! Man kan ikke opnå det [ved egne anstrengelser] (Gitte 153)

Guds kærlighed hverken kan eller skal man fortjene sig til ved at blive noget andet end det, man er.

4.2.2.3. Opgør med gerningsretfærdigheden

Luthers opgør med gerningsretfærdigheden, dvs. den senmiddelalderlige, katolske tro på de gode gerningers betydning for frelsen; at man ved at handle eller opføre sig på en bestemt måde kan blive (eller forblive) retfærdig i Guds eller andres øjne, bliver her brugt som en aktuel kritik af den terapeutiske kulturs stressende selvudviklingsdagsorden og grænseløse udviklingskultur (Brinkmann, Eriksen, 2013). Denne dagsorden formulerer netop problemer som forskellige typer af individuelle mangler, der som løsning indebærer en konstant udvikling hen imod et mål om selvrealisering, som aldrig kan opnås. Subjektet konstrueres som et ufærdigt produkt, der aldrig helt er godt nok, og som derfor altid har brug for forbedring (du Plessis, 2013). Tanken om, at mennesket er Guds udvalgte, hellige og elskede bliver dermed en slags modgift til forestillingen om, at det er nødvendigt at være god nok for overhovedet at kunne være, og at det – i princippet – overhovedet er muligt at blive god nok ved at gøre noget, bare man gør nok!

Det er i denne sammenhæng interessant, at det er psykologien og terapien, sådan som Gitte har mødt den på Bent Falks 3-årige uddannelse i gestaltterapi og sjælesorg, der for hende har tydeliggjort, hvor vigtig og aktuel denne tanke er for det senmoderne menneske. Hun tilskriver dette forløb en kolossal stor betydning for hendes måde at være præst, sjælesørger og prædikant på, fordi de psykologiske indsigter og arbejdsmetoder, hun har fået her, både på det professionelle og personlige plan har været med til at åbne teologiske begreber op og knytte dem til menneskers almindelige hverdagsliv (Gitte 12,13,17,21). Og den opfattelse er hun ikke alene om (se f.eks. Cecilie 5, Elsebeth 31, 1.332 Claus). Gitte siger:

KAPITEL 4. ANALYSE

Jeg har oplevet mange gange [i terapien], at det næsten er sådan - hvad skal man sige - den der a-ha-oplevelse. Ja, man kan også beskrive det som sådan en Helligåndsoplevelse. Der er sådan en fred og en fryd, når det går op for en, at her skal man ikke nogen steder hen. Her er man set og elsket i sin væren og sit væsen som den, man er, og man skal ikke nødvendigvis forandre sig, for forandringen sker i det øjeblik, at man er elsket som den, man er, for så forsvinder det skamfulde. Og det har jeg jo oplevet meget på min egen krop i de der samtaleforløb. Og jeg oplever det også, synes jeg, mange gange i mine samtaler med andre, at skammen forsvinder; at når man som menneske bliver set, som den man er med sin skam, så bliver den faktisk mindre... og det, synes jeg jo, er stærkt teologisk (Gitte 20)

Både i egenerapien og i sine samtaler med patienter og pårørende har hun erfaret, at det kan være så befriende at blive set og rummet med sin skam, sine nederlag, fejl og mangler uden en bagvedliggende selvudviklingsdagsorden, at hun beskriver det som en "Helligåndsoplevelse", dvs. som en religiøs oplevelse, der transcenderer relationen mellem terapeut/sjælesørger og klient/konfident. Og det, der skaber denne oplevelse, er, at når hun f.eks. som klient klager over, at hun ikke er god nok, så er Falks "svar" ikke den terapeutiske etos':

Nej, det er du ikke. Men det kan du blive, hvis du udvikler dig, men modsat: Nej, det er du ikke. Du er ikke god nok, og du kan heller aldrig blive det (Gitte 155,156)... For lige meget, hvor meget du bliver ved med at sige ja til al ting, så er det ikke kærlighed, du får. Du får noget andet, men det er ikke kærlighed. Altså du får noget andet end det, du vil have (Gitte 159)

Den sidste bemærkning har en stærkt personlig dimension. Inden interviewet går i gang, fortæller hun, at hun i en periode har været sygemeldt med stress, som hun tilskriver sin egen manglende evne til at sige nej til arbejdsopgaver. I hendes optik bunder det netop i følelsen af kun at være elskværdig, hvis man gør nok, hvad hun rigtig meget har prøvet på i sit liv (Gitte 155). Men i terapien har hun på sin egen krop erfaret, at den kærlighed, hun dybest set længes efter, ikke kan fås ved at gøre noget. Kærligheden kan ikke købes, for så holder den op med at være kærlighed. Guds (og menneskers) kærlighed hverken kan eller skal man fortjene sig til. Den skal skænkes ufortjent, af nåde. At få at vide, at man aldrig kan blive god nok (i betydningen at fortjene sig til kærligheden), er både første og tiende gang, man

KAPITEL 4. ANALYSE

hører det, som at få et knyttnæveslag i ansigtet. Man bliver vred og rasende ”indtil man hører det som en befrielse” (Gitte 155,157). Det er altså for Gitte den personlige erfaring i det terapeutiske rum, der lukker det teologiske udsagn om mennesket som samtidig synder og retfærdig op og gør det meningsfuldt og relevant i en senmoderne kontekst. Det samme giver Cecilie udtryk for. Også for hende var det afgørende ved Falks kursusforløb hans stædige insisteren på, at det teologiske og det psykologiske ikke kan skilles ad. Netop ved at tage de menneskelige erfaringer fuldt og helt for pålydende fik gamle teologiske udsagn her nyt liv for hende. Himmel og jord kom til at hænge sammen (Cecilie 6). Bortset fra Iben, som mener, at Falks kursus blev for meget terapi og for lidt tro og kristendom (1.337 Iben), fortæller psykologien i Falks fænomenologisk-eksistentielle udgave⁷² tilsyneladende ikke teologien for de præster, der har deltaget i hans kursusforløb (Gitte, Claus, Cecilie, Elsebeth, Karen). Tværtimod ser det ud til, at deres psykoterapeutiske erfaringer åbner teologien op, uddyber den og knytter den til såvel deres egen som det senmoderne menneskes erfaringsverden generelt. Cecilie siger direkte, at Falks kurser har fået hende til at tage teologien mere ind i sine sjælesørgeriske samtaler og legitimeret teologiske tolkninger (Cecilie 15-17).

Vi har nu set, hvordan præsterne overfor den terapeutiske etos’ forestilling om, at mennesket bliver sig selv ved eller gennem sig selv, insisterer på, at mennesket på forhånd er sat ind i en sammenhæng med Gud og næsten. Hvor den terapeutiske etos peger indad, peger præsterne udad og opad. Mennesket bliver sig selv i relation, i fællesskabet med andre og med Gud. Det er resonant, dvs. det er ”åbent” og kan kaldes på og svare. Verden udgår ikke fra mennesket, men mennesket indgår i verden. Det er allerede på forhånd udvalgt, helligt og elsket af Gud i al sin uperfekthed, hvad der ifølge præsterne frigør det fra en stressende selvudviklingsdagsorden, der dikterer, at det først skal blive noget andet end det, det er. Flere af præsterne understreger, at denne *learned theology* netop gennem personlige erfaringer i det terapeutiske rum er blevet til *owned theology* (Foskett, Lyall, 1988: 47) og derved har været med til at bestemme det, som de ser som deres særlige opgave på hospitalet: at skabe rum og plads til at være afhængig og ikke skulle have kontrollen og magten, et sted, hvor man kan være ved sin skam, sine nederlag, sine fejl og mangler og alligevel vide sig elsket. På dette felt har dåben i psykologiens ”syrebad”, som den amerikanske historiker Stephanie Muravchik formulerer det (Muravchik, 2011: 154), ikke ætset teologien væk, men tværtimod gjort den nærværende og aktuel i det senmoderne menneskes erfaringsverden. Den har også for præsterne selv fået himlen og jorden til at hænge sammen. Og i

⁷² Sådan benævner Falk selv sin tilgang. Lokaliseret 24.07.2017 på <http://nytngi.dk/produkt/foredrag-den-dybe-samtale/>, downloaded 24.07.2017

modsatning til den terapeutiske kultur, hvor det hellige, som vi så i teorikapitlet er relokeret, flyttet til selvet (Aupers, Houtman, 2010), fastholder præsterne generelt det, man kunne kalde en klassisk teisme, hvor Gud forstås som en instans, der er forskellig fra verden, men som har skabt verden og til stadighed ledsager skabningen. Deres levede teologi læner sig på dette felt således opad den evangelisk-lutherske idealtipe. Jeg vil nu videre se på, hvordan åbenheden, dvs. at mennesket på forhånd er sat ind i en større sammenhæng og er resonant, konstrueres som en modsætning til en psykologisk determinisme, hvor det er fortiden, der er afgørende for menneskets muligheder. Håbet knyttes netop til åbenheden overfor noget, der kommer udefra, fra andre mennesker og fra Gud.

4.2.3. Psykologisk determinisme versus håb

4.2.3.1. Det psykologiske sprogs objektiverende karakter

Helga bruger en diskussion med et familiemedlem, der er psykolog, til at illustrere, hvad hun synes, der er hendes særlige blik som præst på mennesket:

*En dag så sagde jeg til hende [familiemedlem, der er psykolog]:
Jamen de der udviklingspsykologiske teorier, det er jo teorier. Det er jo ikke sandheder. Vi snakker om mulighed for forandring, om nye begyndelser, om forvandling. Hvordan går man til et menneske? Jeg synes meget ofte, at hun som psykolog dømmer nogen ude, kigger på deres livsforløb, kigger på sådan en udredning. Hvad ligger der bag den? Hvad det er, de bringer med sig?... Og jeg ved godt, at hun har fuldstændig ret i, at vores historie gør noget ved os som mennesker, og at der også nogle gange er points of no return. Men stadigvæk så synes jeg, det bliver for snævert... ”Sådant et barn kan man ikke rette, det kan ikke ændres eller forvandles, der er nogle strukturer osv.” Men der kunne også finde en forvandling sted, eller en ny begyndelse. Der var også en anden måde at gå til det på... Det bliver for småt og for smalt en gang ind imellem, for determineret... (Helga 20) Jeg synes ofte, at både sproget, forestillingerne og spørgsmålene om menneskets eksistens og udviklingsmuligheder, om fortid og fremtid simpelthen bliver for snævre (Helga 24)*

KAPITEL 4. ANALYSE

Hun peger her på, at psykologen interesserer sig for fortiden, for livsforløbet, for det, folk bringer med sig, for personlighedsstruktur og ressourceområder; dvs. alt det, der er brug for, for at kunne foretage en udredning. Derfor får hendes blik på mennesket ifølge Helga en determinerende karakter, fordi klientens tidlige erfaringer - sådan som vi ovenfor så netop var karakteristisk for den terapeutiske etos - bliver bestemmende for eller årsag til vedkommendes adfærd senere i livet. Helga er ikke blind for, at vores historie gør noget ved os, men hun synes, at dette blik alene gør tilværelsen for smal og for snæver. Det psykologiske sprog er begrænsende og lukker af i forhold til de muligheder for forandring og nye begyndelser, der på trods af ens fortid kan komme til en "udefra" eller "forfra". Som hun påpeger, er de udviklingspsykologiske teorier netop teorier og ikke sandheden om, hvad et menneske er og hvilke muligheder, det har. Nutiden og fremtiden er ikke alene bestemt af fortiden. Helga kommer med et eksempel fra psykiatrien, hvor hun tidligere har arbejdet. De havde et koncept, hvor man indkaldte en patient, som så blev sat for enden af et bord omgivet af forskellige faggrupper: psykiatere, psykologer, sygeplejersker, plejere og altså også hospitalspræsten. Patientens svar på de forskellige faggruppers spørgsmål skulle så danne baggrund for en udredning. På et tidspunkt fortæller patienten, at han er religiøs, hvad der får nogen til at løfte øjenbrynene og spørge: Tror du, du har særlige evner? Nej, det havde han da ingen som helst forestilling om. Det var tydeligt, at det, han selv opfattede som en ressource, blev set som et sygdomstegn

Og så tænkte jeg: Gud... Gad vide, hvad de ville tænke, hvis jeg sad i stolen deroppe og svarede? Så ville de indlægge mig lige med det samme, ik' (Helga 104)

Det er Freuds syn på religion som en slags regressiv tilstand, hvor individet projicerer sit ønske om en altomfattende faderskikkelse ud i rummet, der slår igennem her. Freud mente netop, at religion bidrog til neuroser (Geels, Wikström, 2001). Religion er udtryk for en patologi, som har rod i tidlige barndomserfaringer. At mennesket på den måde udelukkende er psykologisk determineret af sin fortid, tager Helga tydeligvis afstand fra.

Det samme gør Gitte, der fortæller om en af de ansatte på det hospice, hvor hun er præst. Vedkommende, der har en eller anden form for psykoterapeutisk uddannelse, havde engang udtalt, at alle former for kræft kunne helbredes, fordi det var udtryk for ubalancer i ens liv. Hvis man f.eks. havde mælkeallergi, hang det sammen med, at man havde siddet og drukket mælk som

KAPITEL 4. ANALYSE

barn, mens mor og far skændtes!⁷³ Denne traumatiske oplevelse, siger Gitte med tydelig ironi i stemmen, kunne fremprovokere en mælkeallergi: ”da brød jeg bare ind... jeg vidste næsten ikke en gang, hvad jeg skulle sige, vel” (Gitte 90). Vedkommende har af ledelsen fået forbud mod at lufte sådanne meninger, og det er ikke på nogen måde en generel holdning blandt de ansatte, men det er interessant, at Gitte bruger historien til at profilere sin egen holdning og tilgang som præst. På spørgsmålet om, hvad der efter hendes mening er kristendommens vigtigste budskab, svarer Elsebeth i overensstemmelse med såvel Helga som Gitte, at der altid er mere at sige, end det, du tror, der er (Elsebeth 243):

Loftet er ikke hernede, hvor vi kan få udtømt det, der er at sige om mig eller om dig. Det kan aldrig udtømmes... og selv når døden indtræffer, så er der stadigvæk mere at sige... og selvom der er nogen, der begår slemme, voldsomme forbrydelser, så er der altid mere at sige om et menneske end det... og når man syg og døende, så er der mere at sige end det, der er at sige om sygdommen (Elsebeth 244,245)

I forhold til åbenheden overfor fremtiden er det også interessant, at der i begge fokusgrupper er udbredt enighed om at være skeptisk i forhold til at blive briefet af sygeplejersker eller andre faggrupper, inden de går ind til en patient. Ingen af de præster, jeg har interviewet, læser patienternes journal (se f.eks. 1.406 Karen, 2.307 Lisbeth, Helga 26, Dorte 13), fordi de mener, det binder dem og forhindrer dem i at være til stede og fordomsfrit lytte til, hvad patienten måtte have på hjerte. Det kan være vanskeligt at bevare en åben holdning, hvis man ved for meget på forhånd. Man kan med Helgas udtryk blive blind for resonansen.

I den case, jeg præsenterer for fokusgrupperne, fortæller en sygeplejerske hospitalspræsten meget grundigt om den terminale patients historie, specielt hendes tidlige barndom, som hun tydeligvis opfatter som en psykologisk forklaring på patientens voldsomme angst og uro i den nuværende situation⁷⁴. Sygeplejerskens sprog er psykologisk medieret. Det får en hospicepræst til at sige:

Jeg tror ikke, jeg ville have brug for at høre den historie... den binder mig... altså det vil gøre mig... det vil irritere mig... det vil

⁷³ Man kan f.eks. finde en lignende tankegang hos *Kræftforeningen Tidslerne – en levende patientforening*, hvor kræft ses som ”sjælens sygdom”. Den opstår efter akutte psykiske konflikter og svinder når disse bearbejdes (lokaliseret 25.11.2017 på https://www.tidslerne.dk/show_event.php?id=910.)

⁷⁴ se bilag 5

KAPITEL 4. ANALYSE

ligge sådan i baghovedet... jeg vil hellere møde dem totalt uvidende... (1.401 Claus) Jeg føler mig bundet af noget, jeg ved, som patienten ikke ved, jeg ved... det synes jeg er træls... altså fordi jeg er bange for at røbe et eller andet på et tidspunkt, som vil gå ud over tilliden (1.403 Claus).

En anden udtaler direkte, at hun egentlig ikke bryder sig om at få så meget at vide, fordi man så ikke møder dette menneske fuldstændig fordomsfrit og åbent,

som vi ellers synes er rigtigt rart for et ethvert menneske at blive mødt med. Behøver jeg faktisk den her viden? Er den strengt nødvendig? Altså sygeplejersken synes sikkert, at hun gør sit arbejde rigtig godt ved at fortælle den her historie. Men i virkeligheden tror jeg personligt, at jeg ligeså gerne ville have været fri for den (2.429 Poula)

Som hospicepræst og dermed deltager i tværfaglige konferencer kan Sidsel ikke undgå at få noget at vide om patienten, hvad der både kan være en svaghed og en styrke. Og svagheden er netop, siger hun, at en bestemt mening om patienten på forhånd kan skygge for, hvad man ser. Hun kan bedre lide at gå ind til et menneske uden forudfattede meninger (2.432 Sidsel). Ragnhild mener, at det i casen mest er sygeplejersken, der har brug for at forklare det, og at hun i den slags tilfælde kun lytter med et halvt øre, fordi hun har erfaring af, at når hun kommer ind til patienten, så er det ofte noget helt andet vedkommende gerne vil tale om, eller at vedkommende præsenterer problemstillingen på en helt anden måde end sygeplejersken (2.430 Ragnhild). Den bemærkning får både et anerkendende og genkendende nik rundt om bordet. At sige, at patienten laver splitting, er ifølge hende en underlig, objektiverende måde at tale om et menneske på, som hun mener er karakteristisk for det, hun kalder ”sygehussproget”, dvs. det diagnosticerende sprog, hvor man ikke taler om personen som en jævnbyrdig næste (2.448 Ragnhild). Splitting er en problematisk term, som klassificerer patienten, lægger afstand til hende og er reducerende:

Der er ligesom, man engang sagde: Han var et problembarn, altså... En underlig måde at blive peget ud på... patienten laver splitting... altså come on... Det er sådan nogle ting, jeg ikke bryder mig om, fordi den tone sidder lidt i mig, når jeg går ind (2.452,454 Ragnhild).

KAPITEL 4. ANALYSE

Ragnhild protesterer her mod den stigmatisering af patienten, som tydeligvis er psykologisk medieret, idet splitting af sygeplejersken forstås som en patologisk forsvarsmekanisme. Og denne protest tilslutter flere af de andre sig. Det er sådan patienterne hele tiden bliver talt om og på den måde gjort til et objekt, man skal have løst (2.455 Nelly). Det er en måde at sortere patienterne i kasser, så man ved, hvordan man skal behandle dem (2.456 Lisbeth). I et af de individuelle interviews understreger Agnes, at det er meget vigtigt for hende at bevare dagligdags sproget, som hun sætter overfor det diagnosticerende og reducerende sprog, som er hospitalets (Agnes 168,170), hvor patienter identificeres med deres sygdom.

Som nævnt i metodekapitlet er en af ulemperne ved, at jeg har valgt at bruge allerede eksisterende supervisionsgrupper som fokusgrupper, at deltagerne kender hinanden rigtig godt og er trænet i en form, hvor det mere handler om at lytte og forsøge at uddybe hinandens synspunkter end at diskutere og markere uenigheder og forskelle. Desto vigtigere er det at lægge mærke til de små markeringer af forskelle, der popper op. Poula er, som vi så ovenfor, grundlæggende enig i, at hun gerne ville have været skånet for sygeplejerskens fortælling, men hun understreger samtidig, at det kan være vigtigt at have den viden med sig, så man ikke blive spændt for patientens vogn, hvor hun udpeger nogle syndebugke (blandt personalet) for at knytte en tættere til sig (2.68 Poula). Splitting som psykologisk term er efter hendes mening brugbar (2.466 Poula) for at kunne beskytte sig og vide, at det ikke bare er en selv, der synes at mødet med det pågældende menneske er udfordrende (Poula 2.470). Det overbeviser ikke Ragnhild, som holder fast i, at det er magtsprog, og hvis det var hende, der lå i den seng, ville hun ikke bryde sig om at blive talt om på den måde. Poula giver hende ret, men mener, at der er flere nuancer i den sag (2.478 Ragnhild, 2.479 Poula). Nelly, der er præst i psykiatrien, støtter Ragnhild og skærper pointen, idet hun mener, at det måske er en måde "at fange præsten ind på", at gøre hende til en af systemet og sige, at du ikke skal regne med, at det, patienten siger, er sandt (2.480 Nelly). En sådan fortælling vil for hendes vedkommende bare gøre hende endnu mere opsat på at være empatisk og lyttende (2.490 Nelly). Selvom der således er forskelle, er de grundlæggende enige om, at de helst ikke vil vide noget på forhånd, fordi en sådan viden binder og ikke kan undgå at gøre én forudindtaget og dermed mindre åben for den dagsorden, patienten sætter, og det, der konkret kan ske i kontakten.

4.2.3.2. Fremtiden er Guds

Vigtigheden af at bevare en åben holdning til patienten, kan ses som spejl af den kristne tanke om, at fremtiden er Guds, dvs. at den er åben og hverken alene afhængig af det enkelte menneskes fortid eller dets individuelle indsats. Adam

KAPITEL 4. ANALYSE

taler i forbindelse med spørgsmålet om livet efter døden netop om, at fremtiden er Guds. I kristendommen er der et håb om, at vi er i Guds hænder i livet og i døden, og da vi kender Gud som en Gud af kærlighed og tilgivelse, ”mon så ikke også Han har en god fremtid for os” (Adam 170). Cecilie understreger, at det for hende går an at være menneske, netop fordi Gud kommer os i møde ”forfra”. Fremtiden er ikke lukket:

Der er selvfølgelig ting, vi skal forholde os til i vores fortid, men der er også en tiltro til at Gud... Jeg tænker meget på opstandelsesberetningen... altså det der med at disciplene der ved graven får at vide, at Jesus går forud for dem og møder dem hjemme i Galilæa⁷⁵,... og det gælder både i forhold til døden men egentlig også i forhold til det liv, vi skal leve... at der er troen på, at jeg bliver mødt undervejs uden at vide, hvor den vej er henne i livet (Cecilie 89).

Hun fortæller, at hun ofte i sine samtaler på sygehuset henviser til en af sine yndlingsfortællinger fra Biblen, nemlig historien om manna i ørkenen (2. Mosebog, 16). Efter at israelitterne er sluppet ud af slaveriet i Ægypten og har vandret rundt i ørkenen i halvanden måned, er den medbragte mad ved at slippe op, og de begynder at skælde Moses ud. De længes tilbage til kødgryderne i Ægypten, hvor de trods alt havde kunnet blive mætte. Og så er det Gud lader vagtler falde ned fra himlen om aftenen, så de har kød at spise, og om morgenen lader jorden dække af et fint lag korn ligesom rim, der kan samles sammen og bages brød af. Det sidste kaldte israelitterne manna. Det vil sige, at der i situationen kan komme noget udefra eller forfra, som Cecilie formulerer det (Cecilie 89), som i symbolsk forstand kan mætte en. Denne historie bruger hun til at spørge patienten om, hvad der mon er manna for hende i dag? Når man er alvorligt syg, er det som regel bekymringerne, der fylder. Det er alt for let at forestille sig alle de forfærdelige ting, der kan være i vente, hvorimod det er vanskeligere at forestille sig, at der kan komme noget godt eller uventet til en. I den situation er det for hende både personligt og fagligt af afgørende betydning med en tro og en tillid, der er grundet i Gud,

at Han har inkarneret sig i verden og er til stede i verden, og at det derfor også er muligt at få et glimt af Ham (Cecilie 90), ... at Gud er Herre over det, som vi ikke er Herre over (Cecilie 94)

⁷⁵ Se Markusevangeliet kap. 16 vers 7

At det ikke er mennesket, der alene har magten, rummer et håb. Med et smil på læben, siger Dorte, der har arbejdet i psykiatrien i mange år, at "det vidunderlige ved at være præst er, at man ikke kan udelukke den dimension, at der kan ske noget fuldstændig uforklarligt, ik'" (Dorte 124). Fremtiden konstrueres som åben, som en modsætning til en psykologisk determinisme.

4.2.3.3. Bønnen og velsignelsens betydning

Informanternes tydelige læggen vægt på bønnen og velsignelsen i det konkrete møde med patienter og pårørende står i modsætning til den terapeutiske etos' hævde af, at fremtiden alene ligger i det enkelte individs hænder. Bøn kan netop ses som udtryk for en relation til noget, der er højere end en selv, ofte Gud eller noget andet, der transcenderer jeget (Zaleski, Zaleski, 2006), og er således forstået det modsatte af forestillingen om selvet i centrum. Man kan sige, at det at bede i sin grundsubstans er at regne med, at der er "noget" eller "nogen" udenfor en selv. Man beder ikke til sig selv. Bøn har som forudsætning, at mennesket er mere end det, det har en referenceramme til i sin egen psykiske bagage og livshistorie. At bede er at stille sig åben i forhold til fremtiden. Bøn forudsætter netop en erkendelse af, at man ikke kan selv, men at man har brug for noget og nogen udefra; det er i sin grundforståelse at overgive sig til den anden eller det andet.

På samme måde med den såkaldte aronitiske velsignelse⁷⁶, som lyder i enhver gudstjeneste og ved enhver kirkelig handling i den danske folkekirke:

"Herren velsigne dig og bevare dig, Herren lade sit ansigt lyse over dig og være dig nådig, Herren løfte sit ansigt mod dig og give dig fred",

Velsignelsen er, som vi nu skal se, meget brugt af informanterne som afslutning på deres samtaler. Man kan sige, at velsignelsen er en måde at formidle guddommelig kraft og anerkendelse på. Hvor subjektet i den terapeutiske kultur konstrueres som et ufærdigt produkt, der aldrig helt er godt nok, og som derfor altid har brug for forbedring, får mennesket i velsignelsen lov til at se på sig selv med Guds kærlige øjne. Og her skal man i overensstemmelse med den idealtypiske evangelisk-lutherske teologi (se afsnit 3.4) ikke først blive noget andet end det og den, man er,

⁷⁶ Den aronitiske velsignelse er det ønske, som Israels præster ("Arons sønner") velsignede folket og den enkelte israelit med ved tempelgudstjenesten, se 4. Mos. 6, 24-26.

KAPITEL 4. ANALYSE

for at få lov til at være, men man er set med al sin skyld, skam og selvuoprettelige uperfekthed og alligevel taget imod. Mennesket og dets historie bliver velsignet af en magt uden for det selv, hvorved det får mulighed for at forsone sig med sit liv og sin fortid. Man kan i en kristen kontekst forstå bøn og velsignelse som måder at hjælpe mennesker til at komme til rette med de udfordringer, de bærer på i deres krop og deres livshistorie, så de får en erfaring af, at hele deres liv – også lidelsen - er omsluttet af Guds omsorg, sådan som den norske teolog og professor Jan-Olav Henriksen formulerer det (Henriksen, 2017).

Disse forståelser finder man mange steder i materialet. Da jeg er ved at afslutte interviewet med hospicepræsten Frida og spørger, om der er noget, hun har lyst til at sige eller fortælle, inden jeg slukker optageren, fortæller hun om en situation, der tydeligvis har gjort meget stort indtryk på hende:

Det var dengang i begyndelsen, da jeg var ovre på sygehuset. Et meget, meget ungt par havde fået et barn. Konen eller moderen var meget, meget syg. Barnet havde de fået under kontrol. Det var i bedring, men den unge kone lå stadigvæk i koma. Så kommer kvindes familie og hendes mand, som var som en stor dreng. Han ville snakke med mig. Vi havde knap nok fået os sat ned ved bordet. Ja, han kunne slet ikke sidde ned. Han vandrede rastløs rundt. "Kan du da ikke gøre noget?" råber han fortvivlet til mig. "Kan du da ikke bede en bøn?" Og så siger jeg: "Det kan du da tro, jeg kan, men jeg tænkte bare, at vi lige skulle sidde og snakke lidt sammen først!" Nej, det skulle vi ikke... Det glemmer jeg aldrig. Jeg tror han var en 18-19 år... Og kvinden overlevede, og barnet overlevede. Det hjalp (Frida 210-214)

slutter hun med en afvæbnende latter. Denne latter og det tonefald, hun siger "Det hjalp" i, tolker jeg som et udtryk for, at hun netop ikke tilskriver den unge kvindes overlevelse hendes bøn. Bønnen er for Frida ikke magi. Det er ikke en bestillingsmaskine. Der er ikke en direkte årsags-virkningssammenhæng mellem hendes bøn for den unge kvinde og hendes overlevelse. Bøn har tværtimod afmagtskarakter. Den giver plads og rum til den sorg, fortvivlelse, klage, vrede eller taknemmelighed, man kan rammes af, når man opdager, at man ikke har magten, og netop det kan forløse det uforløste (Agnes 114). Bøn er en måde at række ud efter noget, der er større, når man selv føler sig lille (2.153 Lisbeth). Hverken Frida eller nogen af de andre informanter påkalder Gud, for at Gud skal vise sin magt. En sådan instrumentalisering af Gud ville da også være teologisk problematisk, fordi den kan gøre det allerede sårbare menneske endnu mere udsat i den forstand, at hvis det,

KAPITEL 4. ANALYSE

man beder om, ikke sker, kan konklusionen meget let blive, at ens tro ikke var god nok, rigtig nok eller stor nok (Henriksen, 2017:101). Bøn er netop ikke en slags alternativ behandling, ikke et kristent quickfix til at forandre virkeligheden, men en måde at leve med den og i den. Agnes fortæller f.eks., at når hun som afslutning på en sjælesorgssamtale beder en fri bøn og slutter med fadervor og velsignelse, har hun lagt mærke til, at skuldrene hos patienten ofte bliver sænket. Det ser ud som om en byrde er løftet fra dem, og hun oplever tit, at folk er meget taknemmelige. Det gør noget særligt ved mennesker, siger hun. Det er der, der virkelig sker noget, selvom den konkrete situation, de befinder sig i, ikke har forandret sig det mindste. Bønnen ser ud til at berøre dem på en helt speciel måde, og der er tit nogen, der bliver kede af det [underforstået: på den gode måde] (Agnes 60). Det samme understreger Cecilie. Hun fortæller, hvordan nogen giver udtryk for, at det er noget helt særligt at blive bedt for, som de aldrig har oplevet før. Der

er noget stort ved det på en eller anden måde, og der er tit en enorm fred, som sænker sig, synes jeg. Og efter at have bedt fadervor, så lyser jeg næsten altid velsignelsen bagefter. Og der er tit sådan en meget stille fred, synes jeg, som der ikke bliver sagt ret meget om ud over bare en "tak" (Cecilie 77).

Helt på linje hermed fortæller Bente, at når hun beder Fadervor og lyser velsignelsen bliver folk meget rørte, og at det føles som om, der kommer noget andet og større ind i rummet (Bente 141).

Man kan sige, at i bønnen og velsignelsen rykkes mennesket ud af sin isolation og væk fra forestillingen om at skulle klare alt selv. Her kan det både udtrykkes, at afhængigheden, sårbarheden og magtesløsheden ikke er et individuelt problem, men et fælles vilkår; at den lidende ikke er alene, og at fremtiden ikke kun er bestemt af fortiden, men at der kan komme noget til en udefra. Præsten har ikke bare lagt øre og øjne til alt det svære. Gud har selv løftet sit ansigt mod ham eller hende, som det formuleres i den aronitiske velsignelse. Han eller hun er set og hørt af Gud og står under Hans beskyttelse. Det giver ifølge informanterne patienterne en særlig form for fred.

Bøn er derfor at lægge noget i Guds hænder, at give sig hen, at overgive sig og erkende, at det ikke altid er os, der har magten, sådan som Agnes formulerer det. Og det kan være en utrolig stor trøst på et hospital, hvor man oplever sig totalt afmægtig, fordi det pludselig er andre, der står med ens liv i deres hænder (Agnes 67). Derfor er det også meget få samtaler, hvor bønnen ikke bliver vigtig (Agnes 67). Hvis hun f.eks. taler med en ateist, eller én fortæller hende, at han overhovedet ikke tror på Gud, bringer hun naturligvis ikke bøn på banen, men hvis

KAPITEL 4. ANALYSE

det på nogen måder giver mening, spørger hun. Hun forsøger dog altid at spørge på en sådan måde, at folk uden besvær kan sige nej tak, men har ikke oplevet, at de gør det (Agnes 68,69). Det er, som om hun her kan høre skeptikerens indvending, hvad der får hende til at spørge sig selv, om det måske skyldes, at hun ikke er god nok til at stille spørgsmålet tilstrækkeligt åbent. Men hun slutter med at konkludere

at min fornemmelse er klart, at det er fordi, de mener det [når patienterne siger ja til bøn] (Agnes 70)... Jeg kaster ikke en bøn i nakken på folk, for at være en god præst. Det er vigtigt for mig at mærke efter (Agnes 23)

Kun hvis man besidder det, man kunne kalde en åndelig fingerspidsfornemmelse, kan bøn opleves som noget godt og ønsket for patienten. Der er ikke nogen, der skal manipuleres eller overtales til noget, de ikke selv ønsker. Frida giver udtryk for det samme. Hun kan sagtens selv bringe bøn på banen, men oplever for det meste, at patienten er meget bevidst om, at hun er præst og selv direkte spørger hende: Vil du bede en bøn? (Frida 18) Hun understreger ligesom Agnes, at hun naturligvis ikke altid spørger. Det kommer an på situationen. Og hun pådutter ikke nogen noget og er altid meget opmærksom på at undersøge, om det rent faktisk er patientens eller den pårørendes behov. Men samtalerne slutter tit med bøn og velsignelse (Frida 56). For Dorte, der præst i psykiatrien, er det meget sjældent, at hun som afslutning på en samtale ikke spørger, om de skal bede. I 75% af tilfældene spørger hun, og de fleste siger ja tak (Dorte 33). Adam har i slutningen af en samtale en praksis med næsten altid at undersøge, om der er noget særligt, han kan gøre for vedkommende som præst, som f.eks. at bede og lyse velsignelsen, fordi folk ofte er for blufærdige til selv at spørge (Adam 68). På samme måde er fadervor og velsignelse for Gitte en næsten fast afslutning på samtaler, som stort set alle siger ja tak til, når hun spørger (Gitte 103). Også Helgas samtaler slutter "ofte eller stort set altid med en bøn" eller at hun spørger, om det er noget patienten ønsker (Helga 50). Nogle gange kan hun, som hun udtrykker det,

selvfølgelig godt mærke, at det er fuldstændig off, ik? Men man kan jo spørge folk, om de selv beder? Eller: Skal jeg bede for dig, når jeg kommer ned i kirken? Ja det må du gerne! Jeg kan også gøre det, mens jeg sidder her? Ja, det må du gerne (Helga 51)

Når hun tænker på, hvor gennemsekulariserede mange mennesker føler sig, er hun faktisk selv overrasket over, at så mange siger ja tak. Det er som om, de aldrig er i tvivl om, at det netop er en præst, de taler med, siger hun. Og ligesom Agnes og

KAPITEL 4. ANALYSE

Frida mener hun ikke, det hænger sammen med, at hun bliver så selvhøjtideligt pastoral, at folk ikke synes, de kan være bekendt at takke nej, eller at hun ikke selv kan mærke deres modstand (Ibid.). Det handler om, at hun som præst bringer et rum med sig, ”hvor man kan blive den lille som menneske”. Der er en af informanterne, der går så vidt som til at sige, at det er hele samtalen, der får det, hun kalder ”bønnens karakter”, dvs. bliver et sted eller et rum, hvor der kan blive sat store ord på ens liv og ens fortælling, og hvor man kan blive fortalt ind i en større fortælling end ens egen (Helga 49). Også for præsten selv fungerer fadervor og velsignelse som en aflastning, fordi man så slipper for at skulle præstere, at opfinde det hele selv og komme med gode spørgsmål, der skal flytte patienten [underforstået: hvad man jo heller ikke skal som præst] (Bente 148).

Præsterne taler dog ikke med en helt entydig stemme i forhold til bønnens og velsignelsens betydning. Elsebeth, som netop mere tænker på sig selv som kristen terapeut end som præst (Elsebeth 39), og som også er den mest terapeutisk orienterede af informanterne, understreger, at der for hende skal være en eller anden sprække eller tråd, der antyder, at patienten gerne vil bedes for eller modtage velsignelsen, før hun spørger. Og selv der, hvor hun hører, der er en sådan tråd, siger folk lige så ofte ”nej tak” som ”ja tak”. Hun bringer det ikke selv på bane (Elsebeth 97,98). På det punkt skiller hun sig ud fra de øvrige informanter, jeg interviewer individuelt.

Vi har nu dels set, hvordan åbenheden overfor fremtiden både teoretisk og praktisk konstrueres som en modsætning til en psykologisk determinisme, dels hvordan der i præsternes læggen vægt på bøn og velsignelse i samtalerne med patienter og pårørende forenes to tankegange, som står i et klart modsætningsforhold til forestillingen om selvet i centrum. At bede er i sin grundsubstans at regne med, at der er noget eller nogen udenfor en selv. Det er at få lov at være den lille som menneske og blive fortalt ind i en større sammenhæng. Bøn bygger på en forestilling om, at mennesket netop ikke alene har magten, og handler om overgivelse og hengivelse. Samtidig har bøn som forudsætning, at mennesket er mere end det, det kan referere til i sin egen psykiske bagage og livshistorie. At bede betyder netop at stille sig åben og modtagende overfor fremtiden - overfor det, der kan komme forfra - og kan derfor ses som en antidot eller en modgift til enhver form for (psykologisk) determinisme. På samme måde udtrykker velsignelsen, at mennesket er set af en kærlig magt udenfor det selv, og at dette menneske uanset livssituation står under Guds beskyttelse og omsorg. Der er ikke meget ”svag teologi” her (se 3.4.2.5). Præsternes levede teologi læner sig tydeligvis opad den idealtypiske evangelisk-lutherske teologi. I modsætning til f.eks. Grosbøll (Steengaard 2003) beder de, som vi nu har set, netop en bøn, når det kniber. De sekulariserer på ingen måde gudstanken.

Den sidste tematik, jeg vil se på i dette afsnit, handler om moralitet. Hvor er det kompas, mennesket kan styre efter? Hvor er autoriteten? Er det alene de følelsesmæssige behov, sådan som terapeutiske etos peger på? Er personlige følelser den eneste kilde til sandhed? Hvad er garanten for, hvad der er rigtigt og forkert?

4.2.4. Hvor er det moralske kompas, mennesket skal styre efter?

4.2.4.1. Hellere etik end moral

Præsterne er generelt bekymrede for at blive beskyldt for at være moralistiske og fordømmende i deres tilgang til mennesker. Det er f.eks. tydeligt hos Elsebeth, som på følgende måde skildrer den præst, hun for alt i verden ikke vil være:

Nu er jeg lidt fordomsfuld, men jeg tror, der er mange, der hænger fast i forståelsen af præster som stivnakkede gamle forkyndere, som kun var ude på at lokke folk i kirke, og som egentlig ikke havde særlig forståelse for, hvad der skete med folk i det virkelige liv... og som dunkede en oveni hovedet med moral; med hvad man burde gøre. Og hvis man ikke gjorde det, så var man et dårligt menneske... Nu er det sat helt på spidsen (Elsebeth 118)

Og så fortæller hun om en af de allerførste samtaler, hun havde som hospitalspræst. Hun var blevet tilkaldt, fordi tre voksne sønner, som hun betegner som kirkefremmede og afstandtagende i forhold til kristendommen, gerne ville vide, om deres døende fars ønske om at blive begravet sammen med deres mor kunne lade sig gøre, selvom han ikke var medlem af folkekirken. Hun havde talt med sønnerne og også været ind hos deres far. Og dagen efter havde sygeplejersken ringet til hende og fortalt, at sønnerne havde sagt til hende (sygeplejersken):

”Vi troede, der kom en præst, og så kom der et menneske” ... og jeg tænkte: hold da op. Det var en barsk en. Men det var deres oplevelse. De troede, der kom en eller anden tung dundertalende gnaven præst med stort fuldskæg, pibe og tweedjakke... nej, tweedjakke er jo ikke så slemt og fuldskæg heller ikke, men sammensætning og alt det der... De troede, der kom en præst og så kom der et menneske... dels tænkte jeg, at det var pænt sagt, dels at det også var lidt voldsomt (Elsebeth 119)

KAPITEL 4. ANALYSE

Hun tager alle forbehold. Hun siger, at hun nok er lidt fordomsfuld, og at hun sætter tingene på spidsen. Men det er tydeligt, at hun dels betragter sønnernes ord som en bekræftelse på dommene om præsten, dels som en anerkendelse af sin egen rolle i mødet. Hun vil ikke være den dømmende eller moraliserende præst, der siger, hvad folk ikke må eller bør gøre. Da jeg spørger hende direkte, om kristendom har noget med moral at gøre, svarer hun bekræftende. Men kun for så vidt, at moral altid er en tidsmæssig, kulturel og religiøs bestemt størrelse, og at hendes moral ligesom alle andres er betinget af, at hun er født og opvokset i et kristent land, hvorfor man heller ikke kan undslå sig den. Heller ikke selvom man mener, man ikke er præget af kristendommen. Så hvis der er en særlig kristen moral, så kunne det godt være gængs dansk moral, som hun udtrykker det (Elsebeth 254). Når folk kommer til hende og er i tvivl om, hvorvidt de har gjort det rigtige, ”er det vel altid blevet til en afsøgning indenfor deres eget værdisæt” (Elsebeth 256, min understregning). Og når hun har sin faste undervisning i etik og moral for hospitalets personale, og de kommer med moralske/etiske dilemmaer, som de er stødt på i deres arbejde, handler det om, at de ”i deres eget værdisæt” må finde ud, hvad der rigtigt og forkert, hvis det da ellers er lovligt (Elsebeth 260, min understregning). Man kan se disse udsagn som et udtryk for, at det er selvet eller det enkelte individs oplevelse eller følelse, der er garanten for, hvad der er rigtigt og forkert, sådan som vi netop så var karakteristisk for den terapeutiske etos. Autoriteten er blevet internaliseret. Men hun opgiver alligevel ikke helt en form for fælles basis. For selvom alle mennesker har et værdisæt med mere eller mindre flydende kanter, er der noget fælles, siger hun: ”vi må ikke slå ihjel, vi må stort set ikke lyve, vi må ikke gøre alt” (Elsebeth 256). Da jeg konstaterer, at det lyder meget som de ti bud, svarer hun: ”Jamen, det er jo det. Det er jo sådan generelt, grundlæggende... Ja, det kan man jo sige er kristent, når det er de ti bud, ik” (Elsebeth 257). For Elsebeth synes moralen således ikke at være ontologisk forankret. Den er som sådan ikke givet af Gud og skal adlydes mere eller mindre blindt, men er mere et udtryk for et samfunds fælles værdier eller kulturelle forankring, som man ikke undslå sig, og som alle mennesker, der lever i Danmark, uanset tro eller ej har lidt en fornemmelse af (Elsebeth 260).

Frida, den ældste af informanterne, benægter i første omgang direkte, at kristendom har noget med moral at gøre, men at hun selvfølgelig møder det og undrer sig over, at folk i dag stadigvæk mener, at kristendom kommer med forbud, sætter grænser, standser og stopper os, ja handler om alt det, man ikke må (Frida 139). Ligesom Elsebeth taler hun imod dommen om præsten som repræsentant for en dømmende og livsbegrænsende moralisme eller, teologisk udtrykt, mod tanken om, at det er det at gøre gode gerninger eller at afstå fra onde gerninger, der gør et menneske retfærdigt i Guds øjne (gerningsretfærdighed).

KAPITEL 4. ANALYSE

Ordet moral har for Frida tydeligvis en negativ klang, som kan hænge sammen med især hendes generation af teologers opgør med Indre Missions pukken på bestemte konkrete handlinger som værende særligt syndige, f.eks. sex før ægteskab, dans, alkoholindtag, at bande, osv. Da jeg minder hende om, at hun tidligere i interviewet har talt om, at kristendommens vigtigste råd til det moderne menneske er: ”Se ikke så meget på dig selv, men kig på de andre! Tag dig af din nabo” (Frida 106, 108), og spørger hende om det ikke også er en form for moral eller handleanvisning, lyder svaret:

Nå, jo, hvis du tænker på, at du skal tage dig af dit medmenneske, så er det jo. Men det opfatter jeg ikke ligesom moral (Frida 140).

Med en henvisning til den danske teolog og religionsfilosof K.E. Løgstrups bog *Den etiske fordring* (Løgstrup, 1966) foretrækker hun at kalde det etik. Kristendommen rummer for hende en fordring om, at man skal tage sig af sit medmenneske:

Du skal være der for dit medmenneske, og så må du i enhver situation selv finde ud af, hvad der er bedst... Det er måske også en slags moral, slutter hun (Frida 142)

Hun indrømmer leende, at i hendes ører lyder det netop mere spiseligt at tale om etik end moral (Frida 143). Men at hun ikke giver køb på fordringen. Mennesket har et ubetinget ansvar for sin næste. Det skal ikke bare ”svare an” overfor sig selv. Det er ikke emotivt betinget. Man skal ikke hjælpe næsten, fordi man får det godt af det, eller fordi man forventer det samme af den anden. Man skal gøre det, fordi man skal. Selvom Frida således ikke bryder sig om ordet moral, er der i hendes tænkning noget, der står over den enkeltes eget værdisæt.

Også for Agnes er ordet moral forbundet med noget negativt og fordømmende. Hun mener ligesom Frida ikke, at der en kristen moral, og at der stadigvæk er mange fordomme om, hvad en præst er, og hvad der ifølge kristendommen er rigtigt og forkert. Det opfatter hun som et levn af noget gammelt og udlevet (Agnes 110). Samtidig taler hun om næstekærlighedsbuddet som det mest centrale i kristendommen (Agnes 111), dvs. buddet om at man skal elske sin næste som sig selv (Mattæusevangeliet 22,39). Adam møder ligesom Agnes også det, at folk har nogle bestemte forventninger til ham som præst; altså hvad han mener er rigtigt og forkert, og som kan være knyttet til moral. Men det, han prøver at tale frem, er, at et menneskes gudsforhold altid bliver afgjort i forhold til næsten. Det betyder, siger han, at næsten skal være et mål og aldrig et middel, og det er målet, der skal bestemme dine handlinger. Der kan ikke på forhånd sættes alle

KAPITEL 4. ANALYSE

mulige specifikke rammer op for, hvad der er godt og skidt at gøre. Det afgøres i mødet (Adam 148,149). Denne forståelse kan ses som en anden måde at formulere fordringen om næstekærlighed på. Både Frida, Agnes og Adam tager således direkte eller indirekte afstand fra ordet ”moral”, men fastholder en fordring om, at man har ansvar for næsten. Hvordan dette ansvar skal udmøntes i praksis, afholder de sig derimod fra at konkretisere. Når Adam taler med de ansatte på hospitalet, og de gerne vil have et godt råd, ”må jeg jo prøve at lade være med at give dem det”, siger han leende og lettere afvæbnende (Adam 40).

Bente ligger på samme linje. Da jeg spørger om kristendommen har en moral, lyder hendes svar: ”I hvert fald meget etik, ik?” (Bente 245). Og da jeg følger op med ordene: ”Så du vil hellere bruge ordet etik end moral?” svarer hun:

Ja, jeg synes, man skal være et etisk godt menneske. Man skal elske hinanden. Man skal prøve at... ja, næstekærlighedsbuddet, ik'... man skal være overfor den anden, som du gerne selv vil behandles... få det bedste frem i andre mennesker, åbne dem op, give dem plads, skabe fællesskaber (Ibid. 248,251)

Kristendommen rummer således ifølge informanterne en fordring, men den formuleres i brede humanistiske vendinger, som kun få vil være uenige i. Når Bente tænker moral derimod, er det noget med de ti bud (Ibid. 246), underforstået noget meget mere snævert. Ligesom vi så hos Elsebeth, er det også for Bente vigtigt at gøre op med fordommen om, at bare fordi man er præst og tror på Gud, så er det forbundet med en særlig moralsk habitus, som hun uddyber med ordene: at man ikke bander og drikker, men lever et ordentligt moralsk liv (Ibid.31). Hun fortæller, hvordan hun i en undervisningssammenhæng for nyt personalet på hospitalet dagen før med fuldt overlæg havde sat trumf på et udsagn ved at bande, og ”så griner de jo alle sammen og bliver dybt chokerede, og nogle bliver sikkert også foragede” (Ibid.30). Man kan se hendes handling som et forsøg på at brande sig som et almindeligt menneske og ad den vej overbevise hospitalets personale om, at de trygt kan præsentere hende som en god, dvs. ikke manipulerende, moralsk fordømmende eller missionerende samtalepartner. Også Bo understreger, at det, der bliver efterspurgt på hospitalet, ikke er en moralsk autoritet. Det er ikke,

at jeg skal sige, hvad der er rigtigt eller forkert, men det er mere trosten eller tilgivelsen og måske også nærværet og ritualerne... (Bo 168).

KAPITEL 4. ANALYSE

Da jeg spørger, om det er et tab, svarer han, at det mener han ikke, det er på hospitalet, men det er det i samfundet generelt:

Det ville da være rart, hvis folk tænkte lidt mere på deres næste... eller hvis vi gjorde det alle sammen. Altså, jeg mener, vi kunne godt bruge noget mere fokus på loven for at sige det luthersk... (Bo 172)

Han skelner således mellem det konkrete (sjælesørgelige) møde med patienten, hvor nærværet, trøsten og tilgivelsen er i centrum og så en bredere samfundsmæssig kontekst, hvor man kan tale om en mangel på moral, som alle - inkl. præsten selv - kunne have brug for at sætte fokus på.

Det er tydeligt, at præsterne føler et stærkt ubehag ved ordet moral. De forsøger på forskellige måder at lægge afstand til de domme, de mener, der lever om præsten som det særligt moralske (=dobbeltmoralske) menneske, der sætter sig på den høje hest og dømmer andre menneskers måde at leve på. Helga peger endda på, at man som hospitalspræst kommer til at fungere som en slags opposition til eller et frirum fra det, hun kalder "den forfærdelige moralisering", som patienter og pårørende møder hos sundhedsprofessionelle. For på hospitalet er der godt nok noget, der er absolut rigtigt og absolut forkert, siger hun: hvad man skal spise? Hvordan man skal leve sit liv? Hvordan man skal snakke om tingene? Hvad man bør gøre, osv. Der er tale om en moralisering til den store guldmedalje fra både læger og sygeplejerskers side (Helga 169,170). Sundhedspersonalet har i den forstand overtaget præstens traditionelle plads som moralens nidkære vogter. Og præsten kommer i hendes optik til at fungere som en lomme af modstand mod den forstærkning af den terapeutiske etos' forestilling om, at mennesket har uanede muligheder, og alle problemer er individuelle, som vi i teorikapitlet så var fremherskende i en hospitalskontekst. Hvis man skal sige noget om, at alt ikke er lige godt, og at det ikke bare handler om, hvad man selv føler, så skal det være på de væsentlige områder, siger hun, "for der er masser af punkter, hvor det virkelig er uvæsentligt. Hvor jeg er skide ligeglad. Drik 10 bajere og spis 200 bøffer og ryg en cigar" (Helga 173). Hun oplever kun, hun bliver formanende, der hvor mennesker bliver ukærlige overfor hinanden:

Der kan jeg godt sige: Sådan nu skal du høre her... Men jeg kunne aldrig finde på det f.eks. i forhold til sådan noget som en abort eller utroskab eller hvad det nu måtte være folk, kommer med... jeg er her bare bevidst om ikke at blive for optaget af at ville tage skylden fra dem (Helga 167)

KAPITEL 4. ANALYSE

I forhold til dette udsagn kunne man indvende, at netop utroskab kunne være et meget konkret eksempel på én måde at være ukærlig på og derfor hjemfalden til formaning. Men måske er netop dette et særligt ømt punkt for senmoderne præster, der tydeligvis ikke bryder sig om at blive sat i bås med tidligere tiders kristen kriminalisering og tabuisering af menneskers seksualitet. Ordet moral føles tydeligvis nedslidt. Der er da også en spænding i Helgas udsagn. Hun vil ikke tage skylden fra nogen, hvis de føler den. Men hun vil heller ikke være formanende overfor abort eller utroskab, dvs. påpege skyld der, hvor nogen måske er blind for deres skyldighed. Det kan være et udtryk for den terapeutiske etos' påvirkning, men det kan også ses som en måde at tage vare på fordringen om næstekærlighed.

Den nu afdøde biskop Jan Lindhardt hævder, at påstanden om, at kristendom og moral ikke har med hinanden at gøre, er en intellektuel kortslutning, fordi moral ikke kan klare sig uden religion, og kristendom kan ikke forkyndes uden moral (Lindhardt, 1999). Men så længe præsten ses som det, antropologen Cecilie Rubow kalder ”sekulariseringens særlige symbol på en minoritet af troende, der lever på resterne af en særlig religiøs tradition” (Rubow, 2006:8), og at hun dermed - uden nødvendigvis at ville det – let bliver projektions-skærm for dommene om, at hun har en særlig moralsk habitus og er fordømmende, oplever informanterne, at det er nødvendigt at vise ”gatekeeperne”, dvs. typisk sygeplejerskerne, at sådan er de ikke, for at få adgang til patienterne. Informanterne opgiver ikke forestillingen om, at kristendommen rummer en fordring om at tage sig af næsten, og at den fordring netop er ubetinget og dermed uafhængig af, om man føler for det eller ej. De fastholder, at mennesket har en forpligtelse til ikke bare at være loyal overfor medmennesket, men netop i lighed med den idealtypiske udgave af evangelisk-luthersk teologi, at elske det. Men de er meget tilbageholdende med at opstille konkrete handleanvisninger, som mennesker kan vurderes eller vurdere sig selv på. Er det fordi sporene skræmmer, og præsterne taler op imod nogle forskelle indenfor det kirkelige landskab, f.eks. såkaldte bibeltro præster, der ikke vil vie fraskilte og homoseksuelle og mener, at Biblen er en absolut autoritet i moralske spørgsmål? Er det begrundet i en evangelisk-luthersk modstand mod det, der kan betegnes som gerningsretfærdighed, altså at man kan blive god nok ved at gøre noget? Er det fordi Jesu egen etik, sådan som den er formuleret i det store kærlighedsbud, i høj grad overlader det til den enkelte at udmønte det i praksis, eller er det den terapeutiske etos' indflydelse? Man kan ikke direkte se det ud af materialet. Det, man kan se, er, at informanterne foretrækker at bruge det mere alment accepterede ord etik frem for ordet moral, som både for dem selv og andre har stærkt negative konnotationer. Og det på trods af, at både det græske ord ”ethos” og det latinske ord ”mos”, som henholdsvis etik og moral er afledt af, betyder det samme, nemlig vane eller sædvane. Selvom det delvist er pragmatisk begrundet i den forstand, at

sygeplejerskerne som gatekeeperne skal have sympati for dem for at anbefale dem til patienterne, kan man overveje, om denne skelnen også er en slags mestings- eller tilpasningsstrategi? At den er en måde at manøvrere i feltet mellem på den ene side den terapeutiske etos' forståelse af de personlige følelser som den eneste kilde til sandhed og på den anden side fordringen om at elske sin næste som sig selv, som den målestok enhver handling skal vurderes på. Man skal elske sin næste ubetinget! Men hvordan man gør det, og hvor grænsepælene skal sættes, er tilsyneladende op til den enkelte. Det er med andre ord den enkelte, der selv vurderer, hvornår noget er etisk. Individuelle behov sættes over pligten og Guds vilje.

Den norske forsker og ph.d. i statskundskab Pål Ketil Botvar, som beskæftiger sig med religion i det norske samfund, peger netop på, at individualiseringen ikke nødvendigvis leder til afsvækkelse af religiøsitet, men at den flytter autoriteten fra institutionerne til individet, og at den derved befinder sig i et spændingsfyldt forhold til traditionel religiøsitet (Botvar, Schmidt, 2010:23). Dette spændingsfyldte forhold kan genfindes i informanternes forhold til spørgsmålet om, hvilket kompas mennesker skal styre efter. Man kan se, at de på linje med det senmoderne menneske i almindelighed har en tendens til at forstå etik som noget, der er inden i det enkelte menneske, selvom etik, som Jan Lindhardt peger på, i grundlæggende forstand har at gøre med forholdet mellem mennesker og handler om, hvordan vi opfører os overfor hinanden og lever med hinanden (Lindhardt, 1999:14). Etikens grundlag skal findes i den indre følelse, hvad der passer dårligt med f.eks. Jesu understregning af, at det er handlingen, der er det afgørende, sådan som det kommer til udtryk i lignelsen om Verdensdommen. Her bliver folkeslagene ved tidens ende netop ikke bliver spurgt om, hvad de har ment eller følt, men om noget så dagligdags som, hvad de har gjort mod eller for de fremmede, de sultne, de tørstige, de nøgne eller de der sidder i fængsel⁷⁷. Man kan således overveje, om informanternes foretrukne brug af ordet etik frem for ordet moral kan ses som en måde at undgå en alt for ligefrem konfrontation med netop det forhold, at det i en kristen kontekst ikke først og fremmest handler om, hvad man føler, men hvad man gør, og dermed et udtryk for det Loch Halman og Thorleif Pettersson kalder *compartmentalisering*. Det vil sige, at religion i senmoderniteten skilles ud som en særlig sfære, der ikke har nogen specifik indflydelse på eller autoritet over værdidannelse og moral (Halman, Pettersson, 2006:56).

4.2.4.2. Sandhed med stort "S" versus sandhed med lille "s"

⁷⁷ Se Mattæusevangeliet kap. 25,31-46

KAPITEL 4. ANALYSE

Jeg vil nu i forlængelse af ovenstående og som afslutning på dette afsnit beskæftige mig med, hvordan præsternes levede teologi ser ud i spændingsfeltet mellem den traditionelle forestilling om kristendom som Sandhed med stort "S" og den terapeutiske etos' emotivistiske etik. Og i sammenhæng hermed se på, hvordan de møder forståelser og livstydninger hos patienter og pårørende, som står i et spændings- eller modsætningsforhold til kristendommen.

Som vi har set i teorikapitlet, opererer den terapeutiske etos ikke med Sandhed med stort "S". Der er kun små individuelle og relative sandheder. Førmodernitetens store, ydre sandheder er blevet til den enkeltes indre virkelighed. Det kompas, mennesket skal handle efter, er internt. Kun ved at mærke efter, kan man finde ud af, hvad der er rigtigt for en. Og som det også er fremgået her, har dele af den protestantiske teologi i det 21. århundrede været inspireret af det, man har kaldt "den svage tænkning" og netop taget et opgør med den metafysiske forestilling om Gud som absolut, almægtig og transcendent og dermed med forestillingen om en absolut universel sandhed (se afsnit 3.4.2.5). Det er derfor interessant at lægge mærke til, at når jeg i oplægget til at tale om sandhed i interviewene hævder, at præsten fra prædikestolen og ved altret taler om Sandhed med "S" og Gud med stort "G", og at det står i modsætning til forestillingen om, at det er den enkelte, der bestemmer, hvad der er rigtigt og forkert, er der ingen af informanterne, der i første omgang anfægter denne påstand. Den får lov at stå uimodsagt. Måske fordi de fra gudstjenesten netop har en erfaring af at være talerør for Kristus og aktør for den treenige Gud, sådan som lektor i praktisk teologi og kirkehistorie, Kirstine Helboe Johansen påpeger. Ved dåben og nadveren taler præsten, som om det var Jesus selv der talte. "Tag dette og spis det; det er *mit* legeme... gør dette til *min* ihukommelse;"; "*Mig* er givet af magt i himlen og på jorden. Gå derfor hen og gør alle folkeslagene til *mine* disciple" (Johansens kursiveringer) (Johansen, 2010:65). Men i deres levede teologi bløder de denne absolutthed op på måder, som umiddelbart betragtet er genkendelige fra den terapeutiske etos' henvisning til den enkeltes følelsesmæssige behov som legitimerende for, hvordan man skal handle, og hvad der er rigtigt og forkert. Om det kan forstås som et udtryk for den terapeutiske kulturs indflydelse på præsternes levede teologi afhænger af den synsvinkel, man anlægger på sammenhængen mellem på den ene side religion og religiøsitet og på den anden side moral, etisk refleksion og værdidannelse. Lægger man entydigt vægten på en normativ dimension ved sammenhængen mellem kristendom og moral i den forstand, at kristendom opstiller konkrete, autoritative handleanvisninger, så er informanterne, som vi så ovenfor, tilsyneladende på linje med såvel brede europæiske som danske værdiundersøgelser. Moral er blevet et personligt anliggende. Det enkelte individ er den afgørende autoritet (Halman, Riis, 2003:5), og de træk i kristendommen, der er knyttet til autoritet har fået mindre tilslutning

KAPITEL 4. ANALYSE

(Andersen, Lüchau, 2011:94). Et sådant blik taler for den terapeutiske etos indflydelse.

Men ifølge William Schweiker, amerikansk professor i teologisk etik, kan optagetheden af den normative dimension skygge for andre ligeså væsentlige sammenhænge mellem religion og etik. Ifølge Schweiker er der nemlig fem dimensioner i måden at forholde sig til etik på (Schweiker, 2005). Ud over en *normativ* dimension har den en *deskriptiv*. Den præger menneskers opfattelse og beskrivelser af tilværelsen og de erfaringer, de gør sig. Det var det, vi f.eks. så i afsnittet ”Det resonante menneske”. Denne forståelse influerer netop på præsternes moralske og etiske overvejelser. Men den har også en *praktisk* dimension. Gennem bestemte måder at gøre ting på griber religionen ind i menneskers livsformer og praksisser. Bønnens og velsignelsens betydning i informanternes praksis kunne, som jeg har vist ovenfor, være konkrete eksempler herpå. Desuden har den det, han kalder en *fundamental* dimension. Den involverer grundlæggende forståelser af mennesket som aktør og muligheder for moralsk handling. At informanterne ser mennesket som skabt og på samme tid synder og tilgivet er eksempler herpå. Endelig taler Schweiker også om det, han kalder en *metaetisk* dimension. Den handler om de mere grundlæggende måder og overordnede formål, menneskers refleksion over liv og praksis skal orientere sig ud fra, sådan som vi ovenfor så, at buddet om næstekærlighed er udtryk for, og som vi nu videre skal se i spørgsmålet om sandhed. Så selvom kristendommen ikke direkte reflekteres i informanternes moralske standpunkter i konkrete spørgsmål, drejer spørgsmålet om forholdet mellem kristendom og moral eller værdisyn sig også om, hvordan sådanne brede spørgsmål besvares (Schmidt, Henriksen, 2010:134). Har man dette flerdimensionelle blik på empirien, afsvækker det antagelsen om den terapeutiske etos’ indflydelse.

Cecilie har sådanne fundamentale og metaetiske overvejelser. Hun fremhæver f.eks., at når man i kirken taler om Sandheden med stort ”S”, så er det vigtigt for hende, at der er tale om levende virkelighed. Det var Jesus, der sagde, han var vejen, sandheden og livet⁷⁸ (Cecilie 126). Sandheden åbenbarer sig i et menneske, ikke som rigide dogmer i en bog eller som en bestemt moral. Man er grebet af Sandheden, men man har ikke begrebet den, som hun udtrykker det. Man kan ikke komme bagom den og sige, at nu har man den som en ejendom, man kan bruge til at slå andre i hovedet med. Men man er grebet af noget, som man fornemmer, er større end en selv (Ibid.128). Alligevel vover hun en gang imellem som præst at sige, at ”for mig er det ene ikke lige så rigtigt som det andet”

⁷⁸ Johannesevangeliet 1,6

KAPITEL 4. ANALYSE

(Ibid.126). Kristendommen stryger os ikke bare med hårene, siger hun, men rummer en nødvendig modsigelse eller kant (Ibid.128). Så vidt jeg kan se, forstår Cecilie overordnet denne modsigelse som den dom, hvor man afsløres som det skyldige og syndige menneske, men får mod til være i afsløringen, fordi det er kærligheden i form af Kristus, der afslører en (Cecilie 124). Sådan ser hendes tænkning ud. Men hun indrømmer, at dette fundamentale syn på mennesket ikke så meget kommer til udtryk i hendes måde at være hospitalspræst på. Og det begrundes hun sjælesørgerisk: patienterne kæmper med så mange andre modsigelser, f.eks. at de ikke må være der, hvor de er, eller at de ikke synes, de kan tillade sig at føle det, de føler, så de skal ikke belastes yderligere (Ibid.130). Da jeg spørger, om konteksten derfor ikke egner sig til modsigelse - underforstået modsigelse af den enkelte patient og hans eller hendes konkrete handlinger – rykker hun det ud af det individuelle rum og svarer mere alment, at det egner sig til modsigelse af det menneskesyn, vi har; at vi ikke må være til besvær (Ibid.131). Igen kan man overveje, om det er en måde at undgå en alt for åben konfrontation med forestillingen om, at hvert menneske har sin helt egen sandhed, eller om det er udtryk for, som Grundtvig siger det, ”at lys uden varme er Helvedes kval”⁷⁹, at kærligheden i en kristen kontekst altid står over sandheden. I så fald er det det, man kunne kalde en metaetisk overvejelse. Cecilie fortæller, at hun tit diskuterer med sine voksne børn om, hvordan man skal afgøre, hvad der er rigtigt og forkert, og hvor man skal hente legitimiteten fra? De er, som hun siger, ”lorne ved”, at hun trækker det, hun selv kalder ”kristendommens kort” som en slags trumf, dvs. at hun legitimerer, hvad der er rigtigt eller forkert et andet sted end i sig selv og sine egne følelser. De synes ikke, det er fair, fordi alle andre måder at argumentere på så kommer til kort (Ibid.128). Det er interessant at lægge mærke til, hvad Cecilie ikke siger her. Hun hverken pukker på sit embede eller bruger vendinger som ”Biblen siger” eller ”Gud siger”, men understreger, at for hende personligt er legitimiteten eksternt begrundet. Skal hun derfor føre det synspunkt i marken overfor dem, hun taler med, kan hun kun henvise til sin egen personlige opfattelse. Man se det som en måde, hvorpå den terapeutiske kulturs selvreferentielle etos træder frem, og hvordan hun ligesom de andre præster abonnerer på det, den australske forsker Margaret J. Orton kalder en patient-fokuseret-service-model frem for en mere traditionel religionsfokuseret-præstedomineret model (Orton, 2008:115). Men man kan også se det som en måde at tage vare på netop den vigtige metaetiske dimension, hun selv beskriver, nemlig at Sandheden i kristendommen åbenbarer sig i et menneske, i Jesus, og ikke som

⁷⁹ Se Højskolesangbogen nr. 394

KAPITEL 4. ANALYSE

rigide dogmer i en bog eller som en fastdefineret moral, altså som en klar teologisk position.

Vi ser noget lignende hos Gitte. Selv tror hun på, at der en Sandhed med stort "S" (Gitte 193). Men, siger hun, vi lever i en tid, hvor vi netop ikke kan påberåbe os, at kristendommen er Sandheden, "så det er klart, at der kan jeg kun som den troende sige, at det er den for mig" (Gitte 194). Når hun møder mennesker, der er døbt og derfor i hendes øjne er kristne, så taler hun som om, de er enige om, hvad Sandheden med stort "S" er. Men møder hun nogen, som siger, de ikke tror, så ser hun det hverken som sin opgave at pådutte dem noget eller godtgøre sin tro. Og står man i en situation, hvor det er vanskeligt at finde ud, om man skal vælge det ene eller det andet, eller hvad det er rigtigt og forkert, så handler det med Luthers ord om at finde ud af, hvad der "driver på Kristus", dvs. stemmer overens med kernen i Jesu forkyndelse. Og denne kerne definerer hun

som den kærlighed, der giver sig selv for et andet menneske... og det er jo hævet over moral, altså du skal elske din fjende og bede for dem, der forfølger dig (Ibid).

Umiddelbart kunne man tro, at Bjergprædikenens fordring om at elske sin fjende og bede for dem, der forfølger en⁸⁰, netop er udtryk for en slags moral. Men sådan forstår Gitte det tilsyneladende ikke. Alligevel er der her en eller anden form for ekstern målestok. Men, tilføjer hun, hun kan ikke lige tænke det som noget, der kunne være en del af præstearbejdet på hospice (Gitte 194). Hun mener ikke, at det er hendes opgave at korrigere nogen eller at tro, at hun skal komme med Sandheden med stort "S". Overfladisk set kan det opfattes som udtryk for den terapeutiske kulturs emotivistiske etik, hvor personlige følelser er den eneste kilde til sandhed. Men for Gitte er det tydeligvis en teologisk position. Der er så mange billeder af Gud, siger hun, og vi ved jo "ikke præcist så meget om det. Men jeg tænker, at Gud er så uendelig og ufattelig stor" (Gitte 200). Gud er i hendes optik altid større end vores billeder af Ham, hvad hun bruger som argument for ikke at protestere mod f.eks. patienters forestillinger om reinkarnation, hvis hun fornemmer, det giver dem ro:

Og når man ligger der og måske skal dø og man har fundet en måde, der giver én fred, så tænker jeg, det ordner Gud nok, du ved... det er i hvert ikke mig, der skal... [spille Gud] (Ibid.195)

⁸⁰ Se Mattæusevangeliet 5.43

KAPITEL 4. ANALYSE

Han [Gud] er, som Paulus siger det, freden, der overgår enhver forstand... så hvad som helst, jeg kan gøre i en sjælesørgerisk sammenhæng, som kan få et menneske, der lider, til at se lidt mere lyst på det, der skal komme, det synes jeg er godt (Ibid.201)

Hun tillader sig således at være ubekymret på Guds vegne. Spørgsmålet er, om denne teologiske argumentation alene kan henføres til Schweikers fundamentale eller metaetiske dimension? Eller om den er hendes måde at tilpasse sin rolle, så den stemmer overens med den terapeutiske etos' forestilling om, at det er den enkeltes følelsesmæssige behov, der er afgørende for, hvad er rigtigt og forkert, og således fritager hende fra at protestere mod holdninger og handlinger, hun som kristen præst måtte se som forkerte?

Ligesom Gitte har Elsebeth heller ikke det mål, at folk skal komme til at tro på en bestemt måde. Og hvis nogen siger noget, som hun mener er decideret forkert, vil hun først og fremmest interessere sig for, om det giver dem tryghed. Det er det afgørende. Fra sin egen søster, der tror på reinkarnation, ved hun, at hun aldrig nogen sinde ville kunne få hende væk fra den tanke. Hun kan måske få folk til tænke sig lidt om, men grundlæggende er det ikke hendes problem. Helligånden skal også lavet noget: ”Jeg gider ikke lave alt arbejdet, der må også være noget ansvar, der påhviler hr. Helligånd”, siger hun med et smil på læben, ”så jeg prøver ikke på at pille noget fra dem, med mindre det skader dem” (Elsebeth 264). Også her kunne man indvende, at denne tanke fritager hende fra at modsige holdninger og forståelser, hun ikke deler. Hun kan dog i nogle tilfælde finde på at modsige folks handlinger, men det sker med en henvisning til, at sådan er det ikke for hende:

Efter min bedste mening, så er det du gør... det er ikke rigtigt... og det er dig, der gør det, og det er dig, der må leve med konsekvenserne af det (Elsebeth 266, min understregning)

Hun erklærer sig ikke bare enig i alt. Hvis nogen f.eks. kommer til hende med overvejelser om selvmord, vil hun klart give udtryk for, at vedkommende efter hendes mening skulle prøve at finde en anden udvej, fordi et selvmord ikke bringer noget godt med sig (Elsebeth 268). Hun protesterer således ikke mod selvmord ved at henvise til Gud eller Biblen, men alene til, hvad hun selv mener, der er rigtigt. Hvor Cecilie understregede, at for hende personligt var forestillingen om, hvad der er rigtigt og forkert, eksternt begrundet, synes den for Elsebeth at være helt selvreferentiel. Hun er ikke optaget af, om der er en endegyldig sandhed. Det må Gud og Helligånden, og hvad vi ellers har, tage vare på, siger hun. Det er ikke

KAPITEL 4. ANALYSE

hendes opgave, og man kommer ingen vegne med at postulere det. Hun kan bedre lide det sted, hvor Jesus siger, at det er sandheden, der skal sætte dig fri⁸¹ (Elsebeth 276). Det er ikke tydeligt, hvordan det udsagn skal forstås her, men helt overordnet kan man sige, at tanken om, at sandheden skal frigøre, passer bedre til den terapeutiske etos end tanken om, at sandheden sætter grænser for og begrænser den enkeltes udfoldelsesmuligheder.

Bente har en lignende forbeholdenhed overfor at postulere en Sandhed med stort "S" i patientkontakten. Hun understreger, at hun respekterer patienternes forståelse og møder dem der, hvor de er:

Jeg skal jo ikke komme og sige, at nu skal du høre hvordan... Jo, nogle gange kan jeg godt sige, at jeg har det sådan og sådan, ik'?
Sådan ser jeg på det, men ellers bliver jeg jo bare... så bliver jeg bare en samtalepartner i forhold til deres forståelse af livet og universet (Bente 251).

Der er, ligesom hos Cecilie, Gitte og Elsebeth, ikke tale om en konfronterende modsigelse, men snarere om en forsigtig gøren opmærksom på det, der er vigtigt for hende selv, og som så måske kan være til inspiration og overvejelse for patienten. Det er oplæg til dialog. Det er altså ikke bare kulturen som sådan, der sætter spørgsmålstejn ved præsten som en autoritet på det moralske område, præsten mener heller ikke selv, hun er eller for så vidt skal være det. Bente protesterer f.eks. ikke mod holdninger, hun er uenig i, men lytter åbent og interesseret, "og så kan jeg godt sige... jamen altså vi... kristendommen siger sådan og sådan" (Bente 253). Direkte at sige til et menneske, at det, han gør eller har gjort, er forkert, er der tilsyneladende ingen af præsterne, der mener, de har mandat til.

I de individuelle interviews bringer jeg det såkaldte præsteløfte fra 1870, som alle præster inden ansættelse i folkekirken har underskrevet, på banen. Og det gør jeg for at undersøge, hvordan informanterne forholder sig til den meget bastante autoritet og overbevisning om, hvad der er Sandhed med stort "S", der udtrykkes her. Her lover præsten nemlig blandt andet, at han/hun

⁸¹ Se Johannesevangeliet 8.31-32: Jesus sagde nu til de jøder, som var kommet til at tro på ham: »Hvis I bliver i mit ord, er I sandelig mine disciple, og I skal lære sandheden at kende, og sandheden skal gøre jer frie.«

KAPITEL 4. ANALYSE

vil beflitte sig på at forkynde Guds ord rent og purt, således som det findes i de profetiske og apostoliske skrifter og i vor danske evangelisk-lutherske folkekirkes symbolske bøger, ... og efter evne vil modarbejde misbrug af nådens hellige midler og bekæmpe sådanne lærdomme, som strider mod folkekirkenes trosbekendelse (Bispekollegiet, 1992:149)

Bentes respons er, at det løfte har hun det helt fint med: ”Jeg synes faktisk, jeg gør præcis det”, og tilføjer så i næsten diametral modsætning til intensionen i præsteløftet:

Men jeg kommer jo ikke og siger, nu skal du høre... jeg kommer for at møde dem i den situation, de er i, og så kan vi tale om, hvad der er... Jeg står helt fast på min tro, så jeg synes overhovedet ikke, jeg går på kompromis. Jeg lader bare noget andet få plads (Bente 256).

Da jeg spørger Frida, hvad dette løfte betyder for hende, svarer hun i samme retning som Bente, at hvis nogen ønsker at tale med hende om tro, så stiller hun sig gerne til rådighed og vil også gerne fortælle, hvad hun selv tror på, og hvad der kunne være forskellen på den ene og den anden slags tro (Frida 158). Men ligesom Agnes og Bo understreger hun, at hun på ingen måde vil være missionær (Frida 11, Bo 63, Agnes 18).

Også for Helga er det afgørende, at der finder et møde sted. Hun regner sig selv for at være et meget fordomsfrit menneske, der er parat til at indgå i en samtale om hvad som helst og at lytte til, hvad patienten eller den pårørende rent faktisk siger. Men forudsætningen for et møde er samtidig, at hun også er tydeligt til stede i samtalen, hvad der betyder, at hun indimellem giver udtryk for, ”at det tror jeg personligt slet ikke på”, eller ”det er slet ikke min forestilling om verden” (Helga 176). Men ligesom vi så hos Gitte, afhænger det i høj grad af, om hun kan se, om det er godt for patienten at tro på den måde - i betydningen, at det giver ro (Helga 176). Hvis det gør det, vil hun være meget forsigtig med at protestere.

Agnes ligger på samme linje. Hun kunne aldrig finde på at være fordømmende i forhold til ting, som en patient har prøvet af, som f.eks. forskellige former for alternativ behandling, eller at de har zappet rundt og taget noget fra en hel masse forskellige religiøse traditioner. Tværtimod vil hun være nysgerrig efter, om det er hjælpsomt eller godt for vedkommende. Kun hvis hun bliver spurgt, mener hun, det er hendes opgave at sige, hvor hun selv står og hvad hun selv tænker (Agnes 113). Er der situationer, hvor mennesker selv mener, de har gjort noget forkert, vælger hun stort set altid at lade ritualer tale i form af bøn, velsignelse eller

KAPITEL 4. ANALYSE

nadver. Hun kunne aldrig finde på at sige, at hun har Sandheden med stort ”S” (Agnes 114), men kan selvfølgelig godt markere sit eget ståsted:

Så vil jeg sige, så går jeg nok mere ned i den der what-would-Jesus-do-agtigt? Kan der være noget i Biblen, der spiller ind i det her? Kan der være en lignelse, en dialog mellem Jesus og hans disciple, som belyser det her? Hvad vil Jesus gøre? (Ibid.120,121)

At fortælle en historie fra Biblen og sammen med patienten at overveje, hvad det får en til at tænke på, eller hvor den provokerer en, er ikke så konfronterende, som hvis det er hende, der sidder med løftet moralsk pegefinger, hvad hun aldrig kunne finde på (Agnes 123). Hvis Biblen bliver brugt, er det således som oplæg til fælles refleksion eller til dialog. Præsterne henviser hverken implicit eller eksplicit til rollen/embedet, til den opgave, præsteløftet definerer, hun har, eller til Gud. Det vigtigste kriterium for, hvornår modsigelse eller protest er på sin plads, er ikke, hvad der er sandhed sådan i absolut forstand, men hvad der giver patienten ro, dvs. at det hårdt sat op er patientens well-being eller ”ha-det-godt-hed”, der umiddelbart ser ud til at være det afgørende.

Bo, der er en af de informanter, der har den mindste hospitalspræstekvote (25%), og som har været hospitalspræst i kortest tid, fortæller, hvordan han har været nødt til at justere sin rolle som præst. Hans erfaringer er interessante, fordi de siger noget om, hvordan mødet med hospitalet kan forme en præst. I modsætning til f.eks. Bente giver han udtryk for, at han ofte går på kompromis med sin egen tro og sine egne holdninger, fordi det på hospitalet er patienten, der sætter rammerne for samtalen (Bo 182). Ligesom de øvrige informanter mener han ikke, det er hans opgave at prædike mod f.eks. reinkarnation. Men bliver han spurgt om, hvad han mener, svarer han selvfølgelig (Ibid.179). Han er nemlig overbevist om, at han ville tale for døve ører, hvis han gjorde det, og at det ville afspore den samtale, som patienten selv har bedt om (Ibid. 180). Det vanskeligste ved at blive hospitalspræst har for ham netop været at skulle praktisere at møde den anden der, hvor den anden er. Han har måttet skubbe sin trang til at forkynde i baggrunden og lære sig de betingelser, der i hans optik er gældende for arbejdet som præst på et hospital (Bo 50), nemlig det, han kalder ”mantraet om, at man skal møde patienten der, hvor patienten er” (Ibid.45). Da jeg spørger, hvem der har lært ham det, fortæller han, at det har både mødet med patienterne, hans kolleger på hospitalet og grundkurset i sjælesorg for institutionspræster, som han har fulgt i Folkekirkens Uddannelses- og Videncenters regi (Bo 52). Han kommer med et eksempel fra en patientsamtale, hvor han som afslutning selv mente, han havde spurgt vedkommende åbent, om han kunne have lyst til, at de bad en bøn sammen,

KAPITEL 4. ANALYSE

og hvor svaret havde været bekræftende. Men efterfølgende havde en sygeplejerske på afdelingen givet ham den tilbagemelding, at patienten havde oplevet det grænseoverskridende: ”Det var blevet oplevet som noget, jeg ville, og som han åbenbart ikke ville” (Ibid.48). Den oplevelse har han tydeligvis slået sig på. Den har gjort ondt, og den har gjort ham mere forsigtig. Han fortæller, at det har været svært for ham at komme fra kirken, hvor han tidligere udelukkende har fungeret som sognepræst, og ind på hospitalet. Det er to ret forskellige verdener, hævder han. Man skal være den samme person, men agere forskelligt (Ibid.53). I kirken er rammen sat, og de, der kommer her, har bevidst valgt den til, men på sygehuset er det patienten, der sætter rammen, hvad der ifølge ham i udgangspunktet medfører en særlig forsigtighed (Ibid.45). Det har været en form for socialiseringsproces, som han, selvom det har været svært, har oplevet som positiv, udviklende eller horisontudvidende (Ibid.54), selvom han også understreger, at man kan være for forsigtig og dermed komme til at skuffe folks forventninger til ham som præst (Bo 43). Men det ville ikke kunne lade sig gøre at fungere som hospitalspræst, hvis man stiller sig an og mener at vide, hvad der er bedst og rigtigst. Bos oplevelser af forskellen på at være sognepræst og hospitalspræst og den i hans optik nødvendige socialiseringsproces, understreger sammen med den stort set enslydende opfattelse blandt informanterne, at når det handler om moral, er det op til den enkelte at afgøre, hvad der er rigtigt eller forkert.

Præsterne har, som vi nu har set, ganske mange nuanceringer og teologiske forbehold overfor den terapeutiske etos’ påpegning af, at det er den enkeltes følelser, der er det kompas, der skal styres efter. I fundamental eller metaetisk forstand tænker de ikke sådan. Der er altså ikke tale om en kompartmentalisering. På de to dimensioner er der en tydelig sammenhæng mellem kristendom og værdidannelse. Men i praksis, dvs. i mødet med patienten, ser informanterne ud til at acceptere patientens følelse, som en uomgængelig præmis for, hvad der er rigtigt eller forkert. Skal de modsige patienten, sker det som et oplæg til dialog og med henvisning til, hvad de personligt mener. De pukker hverken på deres embede eller på en særlig autoritet, de som præster skulle være udstyret med. Der er meget langt mellem disse præster og så den folkelige fordom om præsten som den, der mener at have Sandheden med stort ”S” på sin side og dermed retten (og pligten) til at fortælle andre, hvad der er rigtigt og forkert. De fastholder ganske vist den ubetingede fordring om tage vare på næsten, men i praksis ser det ud til at være op til den enkelte at vurdere, hvad det betyder, og hvor grænsepælene er. Det moralske spørgsmål: ”Hvordan skal jeg leve?” synes at få de terapeutiske svar: ”Så jeg har det godt. Så det føles godt. Så jeg har fred med mig selv”. Værdier ser ud til at være baseret på individuelle præferencer, sådan som netop MacIntyre påpeger er kendetegnende for en emotivistisk etik. Det gode er det,

jeg kan lide, og det slette er det, jeg ikke kan lide (MacIntyre, 1984). I sin analyse af den liturgiske reform af den norske kirkes højmesse konkluderer Jacob Ole Madsen, at

”the authority of the emotive self strongly challenges the truth of God”.. og at Gud ”...in order to survive, must accept a more subordinate supportive role as an optional remedy for well-being” (Madsen, 2012a:166).

Dette studies empiri kan dog ikke entydigt bekræfte denne konklusion. Præsternes tilbageholdenhed overfor at markere eller tydeliggøre en form for moralitet i patientkontakten og lade patientens well-being have første prioritet kan være et nedslag af den terapeutiske etos. Men det kan også alene ses som en ydre lighed, fordi tilbageholdenheden netop både er teologisk og sjælesørgerisk reflekteret og kommunikativt begrundet; at det er den måde, hvorpå de møder patienten som en næste, de skal tage vare på og elske, og at det således er et udtryk for en fundamental eller metaetisk dimension ved sammenhængen mellem kristendom og moral.

4.2.5. Opsamling

Jeg har nu i dette afsnit undersøgt, hvordan tre tematikker, der samlet set udfolder den terapeutiske etos’ 1. grundantagelse: *Selvet i centrum. Selvet som både mål og middel*, udspiller sig i datamaterialet.

Overfor den terapeutiske etos’ forestilling om, at mennesket bliver sig selv ved eller gennem sig selv, har vi nu set, at præsterne insisterer på, at mennesket på forhånd er sat ind i en sammenhæng med Gud og næsten. Mennesket bliver sig selv i relation, i fællesskabet med andre og med Gud. Det er resonant. Hvor den terapeutiske etos peger indad, peger præsterne således udad og opad. Deres terapeutiske erfaringer og psykologiske indsigt har ikke udraderet eller skubbet teologien til side, men tværtimod uddybet den og gjort den aktuel og nærværende. Netop gennem psykologien ser deres *learned theology* ud til at være blevet til *owned theology*.

Vi har også konstateret, hvordan åbenheden overfor fremtiden både teoretisk og praktisk konstrueres som en modsætning til en psykologisk determinisme. I præsternes læggen vægt på bøn og velsignelse forenes i deres praksis to tankegange, som står i et klart modsætningsforhold til forestillingen om selvet i centrum: at bede er i sin grundsubstans at regne med, at der er ”noget” eller

”nogen” udenfor en selv. Det er at få lov at være den lille som menneske og blive fortalt ind i en større sammenhæng, og det bygger på en forestilling om, at mennesket ikke alene har magten og ikke alene er bestemt af fortiden. Der kan komme noget til forfra eller udefra. På samme måde udtrykker velsignelsen, at mennesket er set af en kærlig magt udenfor det selv. Begge disse tematikker viser, at præsternes levede teologi i klar opposition til mere modernistiske tolkninger af kristendommen i det 21. århundrede ser Gud som en instans, der er forskellig fra verden, men som har skabt verden og til stadighed ledsager skabningen. Man kan sige, at der på dette område er en sammenhæng mellem deres forståelse af mennesket som resonant og relationelt bestemt og deres praksis.

Endelig har vi set, hvordan præsterne i deres tænkning fastholder en ubetinget fordring om at tage vare på næsten, som netop ikke er afhængig af, om man føler for det eller ej, men at de i praksis accepterer den terapeutiske etos’ grundprincip om, at det er den enkeltes følelser eller well-being, der er det kompas, der skal styres efter. Det kan være et nedslag af denne etos, men det kan, som vi har set, også være udtryk for, at sammenhængen mellem kristendom og moral for præsterne i højere grad ligger på et mere fundamentalt og metaetisk plan end på det snævert normative. Således forstået er det et udtryk for en teologisk position, hvor præsterne i deres levede teolog fortolker et fælles teologisk arvegods og understreger dermed, at teologi kan ses som diskurser, der skabes i et dynamisk felt (Sjørup, 2009:20).

Jeg vil nu gå videre og se på, hvordan præsterne forholder sig til følelsen af magtesløshed, der af såvel de sundhedsprofessionelle som patienter og pårørende defineres som et problem, der skal løses, som noget, man skal hjælpes af med.

4.3. Mennesket har uanede muligheder

4.3.1. Indledning

Som vi så i teori afsnittet rummer den terapeutiske etos et optimistisk syn på og en næsten ubegrænset tillid til selvets udviklingsmuligheder (2. grundantagelse). Mennesker kan skabe den virkelighed, de ønsker. De bliver, hvad de tænker og kan tage magt over og leve det liv, de ønsker. Fordi det senmoderne menneske selv skaber verden og derfor også mener, at det særlige eller væsentlige udspringer af det selv, kan det bare beslutte sig for at lave virkeligheden om (Jørgensen, 2002b:132). Den enkelte har potentialer for at forandre sig selv og

KAPITEL 4. ANALYSE

derigennem forandre verden. Derfor har den terapeutiske etos også haft en blind plet i forhold til at se, at det enkelte individs muligheder for at realisere sig selv i høj grad er bestemt af overindividuelle rammebetingelser af økonomisk, politisk, materiel og eksistentiel karakter (Vetlesen, 2004: 19). Magtesløshed og afmagt bliver i (kritikken af) den terapeutiske kultur til noget, man kan blive kvit. Noget man kan overvinde, hvis man ellers vil det nok; hvis man har de rigtige ”værktøjer”, får den rigtige (terapeutiske) hjælp og derigennem forandrer sit problematiske og begrænsende mindset. Tænker man om situationen på anden måde, vil den også forandre sig. På den måde kan den terapeutiske etos slå sig sammen med den moderne medicin, der med Vetlesens ord netop abonnerer på en forestilling om sundhed som liv uden smerte og mestring som evnen til at være uafhængig og have kontrol og magt over krop og sjæl (Vetlesen, 2006:153). Denne etos kan være med til at farve såvel de sundhedsprofessionelles som patienternes og de pårørendes forventninger om, at det er muligt at skaffe sig af med magtesløsheden. Den er en fejl, der kan afhjælpes.

Hvor befinder informanternes levede teologi sig i forhold til denne optik? Som vi nu skal se, transformerer præsterne overordnet set magtesløsheden til at være et eksistentielt vilkår, der skal bæres i fællesskab, og som de ser det som deres særlige opgave at være solidarisk med. Og de gør det med henvisning til, at på samme måde som Gud i Jesus er solidarisk med mennesker i lidelsen, sådan er præsterne solidariske med patienten. Eksempelvis taler en præst i diametral modsætning til den terapeutiske etos’ antagelse om, at mennesket har uanede muligheder, f.eks. om, at hun bringer et ”rum” med sig, hvor man kan være den lille som menneske - i betydningen at være afmægtig (Helga 49). En anden siger, at størstedelen af de samtaler, hun har, er med mennesker, som lige pludselig oplever, at de ikke er herre i eget liv, og at hun ser det som sin opgave at sætte ord på, hvor svært det er at være i magtesløsheden (Agnes 66).

Den canadiske sociolog Irving Goffman taler i sin bog *Frame Analysis: An Essay on the Organization of Experience* (Goffman, 1974) om, at mennesker altid forsøger at indramme en social situation. I ethvert møde stiller vi os altid bevidst eller ubevidst spørgsmålet: hvad sker der? Og svaret gør det muligt at agere på en måde, der er passende for os selv og for den sociale situation, vi står i. Rammen er ”the definition of a situation”: ”principles of organisation which govern events... and our subjektive involvement in them” (Goffman, 1974:10-11). At omforme magtesløsheden som et livsvilkår, der skal deles, frem for et problem, der skal løses, synes at være det, som informanterne griber til. De gør det med henvisning til såvel teologiske refleksioner, som til den sociale situation, de står i på hospitalet, hvor, som vi har set, ikke bare patientens magtesløshed, men lidelsen overhovedet er blevet hjemløs.

4.3.2. At være magtesløs med den magtesløse

Hospitalspræsten Helga fortæller, hvordan hun bliver kaldt op på en afdeling til en mand, der fuldstændig havde mistet modet, og hvor både hans familie og personalet var meget bekymrede. De havde ringet til hende og ”bestilt lidt håb” (Helga 122), som hun lettere ironisk udtrykker det. Hun skal få patienten på højkant, ”hejse ham op” (Ibid.), så han kan komme hjem. Både mandens hustru og en sygeplejestuderende, der har sat sig i hjørnet med blok og kuglepen, er til stede under samtalen. Denne forventning

kalder jo på noget i én... Altså jeg ville jo gerne, at så ringede de efter mig, og så begyndte han at gå eller spise gulerødder og så var det hele godt! Men så husker man sig selv på, at nu skal jeg rent faktisk møde ham dér, hvor han er i det; der, hvor der ikke bare er så meget lagkage men lutter lort (Helga 120)

Hun oplever tydeligvis, at når sygeplejerskerne kontakter hende, så er det med en forestilling om, at hun med en særlig præstelig ”magi” skal forandre på den fortvivlede mands situation. Hun er ”det sidste pilleglas i medicinskabet”, som man kalder på, når alt har været forsøgt og vist sig forgæves (Busch, 2011:185). Og hun er på ingen måde uanfægtet af situationen. Hun har en indre trang eller lyst til at leve op til den ydre forventning om, at magtesløsheden kan afhjælpes, så hun ad den vej kan vise, at hun er nyttig på systemets præmisser. Man kunne spørge, om det er et udtryk for, at hun heller ikke er upåvirket af den terapeutiske etos’ forståelse af mennesket som havende uanede muligheder? Man kan sige, at det er personligt udfordrende ikke at skulle eller kunne afhjælpe magtesløsheden. Med et næsten ordret citat af titlen på Bent Falks bog *At være - der, hvor du er* (Falk, 1996) skal Helga minde sig selv om, at det netop ikke er hendes opgave. Under samtalen begynder både patienten og konen at græde, og det hele bliver værre og værre, hvad der får hende til tænke, om der overhovedet kommer noget ud af det. Men

så sagde han [patienten] selv: Det har bare været en så positiv oplevelse! Det var helt ikonisk. Altså du har ikke sagt et eneste positivt ord, men bare været sammen med ham om det, der var... Og alligevel var jeg urolig på stolen, fordi jeg godt vidste, at de bad mig om noget andet, end det jeg vidste, jeg skulle levere... Men du kan jo ikke bare gå ind og sige: Jeg skal bare lige sige til jer her på [sygeplejerske-]kontoret, at nu går jeg ind og møder ham på

KAPITEL 4. ANALYSE

magtesløshedens sted, og jeg fikser det ikke... Man må jo gøre det, man skal og så må man jo leve med, at der sidder en studerende og tænker: Hold da kæft, hvor det går dårligt (Helga 120,121)

Hun ved, hun ikke kan eller skal levere det, sygeplejerskerne gerne vil have, nemlig at patienten holder op med at føle sig magtesløs. Forståelsen, som vi om lidt skal se tydeligvis er teologisk medieret, er hun helt klar på, men følelsen af ikke at være god nok i betydningen: ikke at være i stand til at hjælpe patienten af med magtesløsheden og gøre ham glad og optimistisk, gør hende urolig. Forventningen om at kunne fikse magtesløsheden og ad den vej skabe håb kommer således både udefra og indefra. Hun føler sig tydeligvis klemt mellem på den ene side de ydre forventninger og hendes egen trang/lyst til at være nyttig, som man for begges vedkommende kan sige er farvet af forestillingen om, at mennesket har uanede muligheder for at forandre sin situation ved at tænke anderledes om den, og på den anden side hendes *learned theology*, dvs. den kristne ontologiske understregning af menneskets dødelighed, svaghed, sårbarhed og udleverethed som værende fælles grundvilkår. Derfor skal hun også for sig selv argumentere for, at hun gør det rigtige eller er nyttig – nu bare på en helt anden måde, end personalet, den pårørende og måske også patienten havde forestillet sig. Hun har lyst til både at forsvare og forklare sig overfor personalet, selvom hun godt kan se det umulige og paradoksale i foretagendet. I denne situation får hun ganske vist en positiv tilbagemelding fra patienten selv. Hun betegner den som ”ikonisk”, dvs. symbolsk for hvilken forløsning og lettelse patientens oplevelse af, at nogen er solidarisk med ham i hans magtesløshed, kan udløse. Men en sådan ”anmeldelse” kan man ikke altid være sikker på at få.

Det kan også være, de bare vender sig om og kigger ud ad vinduet, og så må man tænke: Nå, men der fandt et møde sted, og forhåbentlig... men det der med ikke at sidde og lede efter sprækker af lys... uh... (Helga 121).

Også den 66-årige Frida, som det meste af sit arbejdsliv har været sognepræst, men nu i en kortere periode både har været hospitals- og hospicepræst, sætter ord på denne spænding:

Vi [præster] vil gerne gøre en forskel. Og det kan vi jo ikke altid. Og så er det også spørgsmålet, om vi skal gøre det... Vi kan ikke altid ændre på tingene. Det, synes jeg, er vanskeligt, fordi det er noget, man skal lære. Ligesom alle andre, vil jeg så forfærdelig

KAPITEL 4. ANALYSE

gerne se, at når jeg går ud ad døren, så er der sket noget... bare et lille håb, et lille lys er blevet tændt. Og det lykkes ikke altid, og det er en læreproces, som jeg selv har måttet gå ind i og finde ud af, at sådan er vilkårene også (Frida 35-37).

Som præst kan man ikke altid gøre en forskel, og det skal man heller ikke, for magtesløsheden er et vilkår. Derfor har hun også med tiden fundet ud af, at hendes rolle primært er at være tilstede, at have god tid og sætte sig hos patienten uden nogen forestilling eller forventning om, at patienten skal bringes et andet sted hen (Frida 38). Men denne tilgang har ikke faldet hende let. Hun har skullet lære at holde sin trang til at ændre på tingene i ave, for ligesom Helga vil hun også gerne leve op til de andres forventning om, at magtesløsheden skal afhjælpes, en forventning eller forestilling, som hun følelsesmæssigt umiddelbart også selv deler.

Det samme gælder i udpræget grad for unge hospitalspræst, Bente. Hun misunder sygeplejerskerne, ergo- og fysioterapeuterne, at de kommer ind til patienterne og skal gøre noget med deres hænder (Bente 69). Hun har lyst til at kunne flytte på noget, ”men det kan man jo ikke gøre”. (Bente 70). Det er eksistentielt udfordrende at være afmægtig overfor den lidelse, hun møder (Bente 72). Hun oplever, hvordan især forældre på hendes egen alder, der har mistet et barn, har en stor forventning til hende om, at nu, da de har bedt om at tale med en præst, skal de også have det lidt på en anden måde, når hun er gået. Og det er vanskeligt ikke at forsøge at gøre et eller andet (Bente 182). Hun ved ikke, hvad hun skal sige og sidder bare og ønsker, at hun var en erfaren præst, der lige vidste, ”hvordan man skulle spørge ind” (73). Da jeg spørger, om hun tror, de erfarne præster ville vide det, svarer hun, at det er hun helt sikker på. Men det handler tydeligvis ikke om, at hun forestiller sig, at hun gennem mere erfaring og måske en bedre samtaleteknik ville kunne have afhjulpet magtesløsheden, men om have en bedre kontakt med forældrene i situationen. Som en anden udtrykker det, kan det godt være, at samtalen med præsten bringer patienten fra A til B, men det er ikke ambitionen (1.132 Jenny). Mødet eller samtalen er ikke et middel til noget andet. Målet er at være vidne til det andet menneskes lidelse (Adam 91). Det er kontakten eller nærværet i mødet, der er i fokus (1.129 Claus, 1.124b Jenny). Her er de, som vi skal se, tydeligvis inspireret af Bent Falk, der siger, at når hjælperen skaber rum for følelserne, formidler han eller hun den kontakt, der er den ægte trøst (Falk, 1996:35). Trøsten findes i relationen, ikke i det der gøres eller siges.

I forhold til at forstå en profession, som betegnelsen for et erhverv, hvis udøvere har baggrund i en bestemt formel uddannelse, der giver dem faglig autoritet, status og magt, er det, set i lyset af forestillingen om, at mennesket har uanede muligheder, interessant, at informanterne generelt konstruerer deres

KAPITEL 4. ANALYSE

tilstedeværelse og særlige opgave i forhold til patienter og pårørende som at være magtesløs med den magtesløse; at netop det er præstens professionelle opgave. Helga siger f.eks.

Vi [hospitalspræster] er nogle af de eneste, der tør at være på magtesløshedens sted sammen med den magtesløse. Det er da i høj grad noget af det, vi bidrager med, tænker jeg... Jeg bruger rigtig meget tid på at tale med personalet om ikke at frygte afmagten... Kristusfortællingen, det er den, vi har med os der... Der i afmagten finder et møde sted mellem Gud og mennesker især, men også mellem mennesker, hvis man ellers har mod til at kravle ned i den (Helga 120)

Det er tydeligt, at dette møde i den fælles afmagt for Helga er teologisk kvalificeret. Hun refererer eksplicit til Kristusfortællingen, dvs. til fortællingen om den almægtige Gud, der fødtes som et lille sårbart og afmægtigt barn, og som døde på korset langfredag, afmægtig og udleveret i sine fjenders hænder, for at vise, at det er kærligheden og ikke magten, der er det afgørende. Det er billedet af Gud som den solidariske, der står i forgrunden, og som danner forbillede for Helgas egen rolle i forhold til det lidende medmenneske. Implicit henviser hun også til Paulus, der siger, at netop i magtesløsheden udfolder Guds kraft sig (2. Korintherbrev 12.9). I magtesløsheden kan der finde et ægte møde sted mellem Gud og mennesker og mellem mennesker indbyrdes, netop fordi man ikke skal stille sig an og være noget andet og større end det, man er. I modsætning til den terapeutiske kultur er det ikke ens evne til at udfolde de endnu ikke realiserede potentialer, der bestemmer ens værdi. Man behøver ikke at skamme sig over ikke at benytte metoder eller værktøjer, som kan afhjælpe problemet, fordi magtesløsheden i præstens optik ikke er et problem, der kan løses, men en byrde, der skal bæres. Den er med Vetlesens ord ikke valgstyret, men naturgivet (Vetlesen, 2006)⁸². Der er noget befriende og forløsende i at være i et forhold, hvor man kan få lov at være den lille. Som én formulerer det:

Der kan være en utrolig stor trøst i, at det ikke altid er os, der har magten, men at det er Gud, der har magten i himlen og på jorden, og vi derfor også har lov at lægge det i Hans hænder (Agnès 67).

⁸² Vetlesens analyse gælder her den moderne forståelse af begrebet skam, som han betegner som valgstyret. Men begreberne kan ligeledes bruges om begrebet magtesløshed.

KAPITEL 4. ANALYSE

Dorte taler i samme retning om, at afmagten også kan være positiv i den forstand, at man får lov at være et barn i Guds øjne (Dorte 114) - underforstået - at man derfor ikke skal have ansvaret for alt i verden. Til menneskeligheden hører det at tage til efterretning, at man er begrænset, sårbar og fejlbarlig, siger Cecilie (Cecilie 31), som i sin grundholdning herved ligger tæt på den evangelisk-lutherske idealtipe. Magtesløsheden opfattes ikke som en individuel fejl, der skal rettes op på, men som et fælles, menneskeligt vilkår.

Som vi så ovenfor profilerer Helga præstens særlige rolle som det at være på magtesløshedens sted sammen med den magtesløse. Det er præster nogle af de eneste, der tør, siger hun selvbevidst (Helga 120). Cecilie bruger direkte denne forståelse til at definere sin opgave i modsætning til psykologen. Hun har en anden rolle end psykologen. Hun skal ikke løse vilkåret, men kan lade det være så sorgfyldt, afmægtigt og forfærdeligt, som det ind imellem er. Den solidaritet er efter hendes opfattelse meget vigtig. Hun har ikke set Vor Herre i kortene, siger hun, men hun tør at være ligeså meget menneske, som dem, hun taler med. Derfor handler det også om at stille sig ved siden af patienten. Ikke som en magtesløshedscoach, men som et solidarisk medmenneske (Cecilie 54). Som også Felters studie understregede, ser præsten sig som den tålmodige lytter, der er tilstede i uvisheden og afmagten uden nødvendigvis at ville flytte patienten (Felter, 2016:156)

Om psykologen rent faktisk mener, hun skal løse livsvilkåret, kan man selvfølgelig sætte spørgsmålstegn ved, hvad netop Elsebeth gør. Hun er den af informanterne, der har de længstvarende terapeutiske efteruddannelser bag sig (Elsebeth 11,27), og hun giver direkte udtryk for, at hun mere tænker på sig selv som kristen terapeut end som præst (Ibid.38). Hun er skeptisk overfor præsters forestilling om, at psykologer ikke tør være i afmagten. Præster siger ind imellem så meget, for at stive sig selv af, siger hun. De gode psykologer tør selvfølgelig at være i afmagten, ligesom de dårlige præster ikke tør det. Det afhænger af personen (Elsebeth 175). For hende personligt er det netop de fire år i Bent Falks terapeutiske gruppe, der har lært hende at være i afmagten. Havde hun ikke gået der, havde hun ”galopperet den anden vej”, når hun blev konfronteret med den (Ibid.). Hun er således ikke uenig i, at det er præstens opgave. Men hun er kritisk overfor, at det skulle være en særlig evne, som præster har patent på eller er specielt gode til.

Hvor Agnes, Dorte og i særlig grad Cecilie og Helga argumenterer teologisk, når de skal begrunde, at deres særlige rolle som præster netop er at være magtesløs med den magtesløse, lægger Elsebeth vægten på, at det er psykologien og terapien i Bent Falks udgave, der har gjort hende i stand til at være afmægtig med den afmægtige. Denne forskel er ikke nødvendigvis udtryk for en uenighed. Så vidt jeg kan vurdere, vil de i overvejende grad kunne tilslutte sig Elsebeths opfattelse af,

KAPITEL 4. ANALYSE

at det er psykologiske forståelser og indsigter, der i praksis har hjulpet dem til at udfylde denne opgave.

Spørgsmålet om psykologiske forståelser og terapeutiske erfaringers betydning for præsten blev på min foranledning også diskuteret i en af fokusgrupperne. Karen, der for en del år siden har deltaget i Bent Falks kurser mener, at hans metode er blevet en integreret del af hendes måde at spørge og være på i relation til patienterne, uden at det på nogen måder har overtaget hendes holdninger, tro eller ståsted (1.330 Karen). Den er med hendes egne ord ”gået i tjeneste hos nærværet og kontakten” (1.331 Karen), dvs. at den netop har været en hjælp til at turde være afmægtig med den afmægtige. Selv Iben, som i denne fokusgruppe er den mest kritiske i forhold til Bent Falk, pointerer, at hun helt sikkert har taget nogle teknikker med sig, som hun bruger og har haft gavn af (1.337 Iben). Som sjælesørger er det både godt og nødvendigt at have en vis psykologisk viden (1.347 Iben). Hun understreger dog også, at hun hos Bent Falk oplevede, at det blev for meget terapi og for lidt teologi, og at dem, hun gik sammen med, var mere interesserede i at blive terapeuter end at være præster. Hun ser generelt en tendens til, at institutionspræster og sjælesørgere gerne vil pryde sig med lånte fjer fra psykologien og terapien, hvad hun mener er en skam (1.337 Iben). Men på det punkt tænker hospicepræsten Claus dog anderledes. Også han har fulgt Falks kurser. Og det at han på sin egen krop i terapien har mærket, hvor godt det er, at nogen spørger til en, og man f.eks. får lov til at tale om sin sorg og sin afmagt, har personligt gjort ham til en bedre sjælesørger (1.332 Claus). Det har nemlig givet ham tillid til, at det at være til stede og stille sin opmærksomhed til rådighed for et andet menneske kan gøre en forskel, uden at der nødvendigvis er noget, der forandrer sig på det ydre plan (1.339 Claus). Bent Falk har lært ham ikke at tale folks oplevelser imod, hvad der hjulpet ham til at møde mennesker, der hvor de er. Han har der ”lært at få en ordentlig kontakt” (1.332 Claus), hvad han ser som præmissen for overhovedet at kunne komme til at tale om noget religiøst (1.333 Claus). Terapeutiske erfaringer har altså også gjort ham til en bedre præst. Det samme giver Dorte udtryk for (Dorte 9,10), ligesom det også er den forestilling Bente har. Hun har selv overvejet at blive terapeut ved siden af. Ikke for at være terapeut, men for at blive bedre til at varetage de samtaler, hun har som præst (Bente 308).

Selvom præsterne ikke er enige om, at det at være på magtesløshedens sted sammen med patienten skulle være noget unikt for deres faggruppe, så er deres fælles udgangspunkt, at afmagten er indbygget i tilværelsen og ikke kan løses. På den måde synes disse præsters levede teologi generelt at være en slags antidot til den senmoderne, selvrefleksive kultur, der ifølge Carsten René Jørgensen gør de eksistentielle grundvilkår til et problem for den enkelte, som det så i næste omgang har brug for psykologiske eksperter for at kunne løse (Jørgensen,

2002b:312), og specielt til hospitalskulturen, hvor netop bevidstheden om, at sårbarhed, afmagt, sygdom og død er fællesmenneskelige vilkår er gledet ud af fokus, sådan som jeg viste i det forrige kapitel. Samtidig er der også langt hen ad vejen konsensus om, at det er psykologiske forståelser og for fleres vedkommende egenerapi, der har sat dem i stand til at være magtesløse med den magtesløse, dvs. leve op til deres særlige opgave som præster. Psykologien synes altså ikke her at have trængt teologien i defensiven, men netop udstyret præsterne med både redskaber og mod til at gøre teologien i praksis. Teologiske begreber får hjælp af at blive forklaret med psykologiske, som Gitte udtrykker det (Gitte 21).

4.3.3. Hospitalspræsten er ikke ekspert

Psykologen eller terapeuten ville naturligvis også sige, at udgangspunktet er at møde patienten eller klienten, hvor han eller hun er – også i magtesløsheden. Det er almindeligt kendt, at terapeutens evne til at etablere en bæredygtig relation/terapeutisk alliance er et vigtigt element, hvis psykoterapi skal virke. Ifølge professor i psykologi på Aarhus Universitet, Esben Hougaard, har en række undersøgelser sandsynliggjort, at terapeutfaktorer netop kan spille en større rolle for psykoterapiens resultat end metodefaktorer (Hougaard, 2008:113). Men når det er sagt, kan psykoterapi ifølge den tysk-amerikanske psykolog Hans H. Strupp netop kort sammenfattes som ”en interpersonel proces med henblik på at skabe ændringer af følelser, bevidsthed, holdninger og adfærd, som skaber problemer for den, som henvender sig til en uddannet, professionel person” (jf. Möhl, Kjølbøye, 2013:10), og behandlingsforskning er optaget af at vise effekten af forskellige terapiformer. I modsætning hertil er talen om at være magtesløs med den magtesløse i præsternes optik ikke et terapeutisk middel; det er ikke et instrument eller en platform for det videre forløb, hvor det handler om at bringe nogen et andet sted hen. Der er ikke noget mål udenfor samtalen (1.130 Claus), eller formuleret på en anden måde, målet er at være medmenneske i ordets egentlige forstand (1.126 Iben). At det hænger sådan sammen, bekræftes dels af de eksistentielle og religiøse anfægtelser, som mødet med den afmægtige rejser for præsternes eget vedkommende, dels af deres forståelse af, at disse anfægtelser netop er en slags kvalitet, fordi det såvel eksistentielt som religiøst stiller dem lige med de mennesker, de kommer i kontakt med, sådan som vi også ovenfor så Cecilie understrege (Cecilie 24). Agnes bliver ramt og rystet af de lidelser og tab, hun konfronteres med. Hun bliver selv anfægtet eller må slås med sin egen tro på Vor Herre, fordi hun tænker, at det, der foregår her, kan hun ikke forstå: ”jeg er jo i samme sko som alle mulige andre” (Agnes 39). Det samme giver Frida udtryk for:

KAPITEL 4. ANALYSE

Jeg er jo ikke spor anderledes end andre, jeg svinger jo også mellem tro og tvivl, og nogle gange synes jeg også, at tingene er dybt urimelige og uretfærdige (Frida 74)

Også da talen falder på teodiceproblemet, dvs. spørgsmålet om, hvorfor der er så meget ondt i verden, hvis Gud er almægtig og god, understreger Frida, at den anfægtelse deler hun helt med patienten. Hun kæmper selv med den. Derfor er det eneste, hun kan tilbyde, at patienten ikke skal være alene med sine overvejelser (Frida 92). I materialet er der ikke tegn på, at informanterne gør den meningsløse lidelse til et resultat af en defekt eller dårligt forvaltet psyke, dvs. individualiserer årsagerne til lidelsen, sådan som Illouz netop mener, det er karakteristisk for den terapeutiske kultur (Illouz, 2008: 246). Og når Elsebeth f.eks. beder for en patient, er hun selv

enorm meget i tvivl om, om det har nogen som helst form for effekt. Men jeg håber stadigvæk på det. Det gør jeg. Det er min tro og mit håb. Min tro, den kan da godt være vaklende. Sådan lige i dag er den ikke allerstærkest, men jeg siger stadigvæk det, som jeg gerne vil tro og gerne vil håbe (Elsebeth 286).

Også Bente kommer i mødet med patienterne i kontakt med sin egen personlige tvivl:

Indeni er jeg også rådvild, ik' ... Fordi hvad skal man stille op med det? Hvad skal man gøre med en Gud, som man ikke kan mærke, når det egentlig gælder, ik'?' (Bente 154).

Hospitalspræsten er således i deres egen optik ikke udenfor eller overfor den lidende som ekspert eller terapeut, men er med-tvivlende, med-lidende, med-troende, med-håbende. Hun er på samme side som patienten eller den pårørende og deler i grundlæggende forstand livs- og trosvilkår. På den måde konvergerer præstens og patientens tro, sådan som også lektor i sjælesorg, Christine Tind Johannessen-Henry peger på i sin ph.d.-afhandling (Johannessen-Henry, 2013). Ja, de kan med Raun Iversens ord næsten tage hinanden i hånden og sige: ”Jeg tror, hjælp min vantro” (Iversen, 2019, under udgivelse).

Så selvom præsten og patienten har forskellige roller som henholdsvis sjælesørger og konfident, så er der den samme menneskelige værdighed mellem sjælesørgeren, der skal give omsorg og tørst, og patienten/den pårørende, som har brug for omsorg og trøst. Den tidligere biskop Jan Lindhardt kalder meget

KAPITEL 4. ANALYSE

rammende sjælesørgeren *den for tiden stærke* og konfidenten, der har brug for omsorg og trøst, *den for tiden svage*, og han siger, at omsorg er det, som den for tiden stærke skylder den for tiden svage (Lindhardt, 1990:20). Begge parter er underlagt det vilkår i tilværelsen, som hedder magtesløshed. Den danske psykolog Bo Boman ser i hospitals- og hospiceverdenen en tendens til at sygeplejerskens hverdagsprog om f.eks. håb og kærlighed, død og rædsel erstattes af ord fra det, han kalder psykojargonen (Boman, 2013), og som jeg ville kalde den terapeutiske kulturs sprog. I denne psykojargon taler han om, at man

underkaster sig – og underkaster andre. Sundhedsprofessionel kommunikation, der er baseret på psykojargonen, forekommer mig at være som et kondom: bestræbelsen er at beskytte to mennesker mod et møde med tilværelsens og sanselighedens betingelser (Ibid: 59-60).

Ifølge præsterne selv er deres møde med patienter og pårørende med Bomans ord netop uden professionaliseringens og terapeutiseringens beskyttelse. De sætter sig ikke over de mennesker, de kommer i kontakt med, men betragter sig som værende i samme eksistentielle båd. Hospitalspræsten Helga taler direkte op imod den terapeutiske etos, når hun præciserer sin opgave som præst som det ikke at være bange for det grimme, for det, der gør ondt, afmagten og forladtheden og at turde være til stede i det og netop blive på ”overfladen”

og ikke det der med: ”Jeg kan ikke trænge ind til ham”. Det at vi skal om bagved... Det der konstante forsøg på at regne den anden ud. Det er direkte usmageligt, synes jeg, og det bliver både en utrolig sørgelig dagsorden for en samtale og et mærkeligt magtforhold der kommer ud af, at jeg skal være klogere på dig, end du selv er... Det synes jeg, er rigtig farligt. Og stakkels alle de mænd, der har sygeplejersker, der hele tiden skal finde ind til dem... åh gud... Ja, og så den der positive tænkning og positive psykologi, det er jo simpelthen til at brække sig over, og det er jo tit decideret komisk, hvis ikke det var fordi, det var så sørgeligt (Helga 124,125)

I modsætning til den terapeutiske kulturs eksperter ser hun ikke sin opgave som at hjælpe patienten med at finde sig selv, men gennem sin solidaritet at hjælpe patienten med at finde sig i sig selv. Herved læner hun sig op ad den evangelisk-lutherske idealtpe. Man kan sige, at det er præsternes almindelighed i betydningen:

det, der er fælles for alle⁸³, de ser som deres helt særlige bidrag. Der er med den spanske sociolog José Casanovas udtryk tale om en form for deprivatisering (Casanova, 1994). Casanova bruger begrebet til at beskrive, hvordan religioner på trods af sekulariseringen kan genvinde en position i det offentlige rum, blandt andet som forsvarere af det, Jürgen Habermas kalder livsverdenen overfor systemverdenen og som kritikere af staten og markedet (Casanova, 1994:228). I dette studies sammenhæng kan man se deprivatiseringen som en måde at beskrive, hvordan netop magtesløsheden, som såvel den terapeutiske kultur som hospitalskulturen har kodet som et individuelt problem, der kan løses, reformuleres i præsternes levede teologi som noget, der hører livsverdenen til, og som derfor er udtryk for noget fælles menneskeligt.

4.3.4. En tredje instans

For at holde ud at være magtesløs med den magtesløse fremhæver præsterne derfor heller ikke deres professionelle viden og kompetencer eller evidensbaserede studier, der kunne dokumentere effekten, sådan som man ville gøre fra psykologisk hold (se f.eks. Hougaard, 2008). Men de fremhæver, at der i mødet eller samtalen med patienten altid er en tredje instans; at de ikke er alene. Også for præsten er det nemlig skræmmende at være ved afmagten. Men når det kan lade sig gøre, skyldes det tiltroen til en almagt (Cecilie 31) eller en tillid til, at der, som vi har set Cecilie formulere det, er manna i ørkenen, dvs. at der i situationen kan komme noget udefra eller forfra, som i symbolsk forstand kan mætte en (Cecilie 89). For når præsten kommer, åbner det et "livsrum, hvor der er hende [præsten], patienten og så noget mere imellem os" (2.41 Nelly). Det mere definerer hun selv senere som "spørgsmålet om tro overhovedet" (2.43 Nelly), og en anden betegner det som "i bedste forstand Helligånden" (2.44 Ragnhild). Det samme gør Helga, der fortæller, at en lærer på pastoralseminariet engang havde sagt, at der altid var tre tilstede i en sjælesorgssamtale: du og jeg og Helligånden. Dengang syntes hun, det var det dumme, hun havde hørt, men hun har gange mange siden tænkt, at det netop er det, man oplever stærkt, når man sidder der (Helga 28). Der er en tredje med i det (1.462 Iben). Frida taler om, at de voldsomme ting, hun konfronteres med på hospitalet, har gjort det nødvendigt for hende "at bede en bøn [inden mødet] ligesom for at forberede mig... og selv at gribe fat i en eller anden styrke og et

⁸³ I *Ordbog over det danske Sprog* fremgår det, at ordet "almindelig" betyder "fælles for alle mennesker", jf. tysk. (all)gemein; Lokaliseret 07.09.2017 på <http://ordnet.dk/ods/ordbog?query=almindelig>.

KAPITEL 4. ANALYSE

ønske om, at må jeg nu bare kunne klare den her opgave” (Frida 25,28). Og også for Gittes mentale sundhed i dagligdagen er væsentligt, at hun ikke er alene:

Jeg opfatter mig selv, som at jeg sidder her nede i Guds kæmpe store ører, og så går den fortælling, de [patienterne] fortæller mig igennem mit øre og ind i Guds øre. Og så jeg er god til at sige: det er dit, Gud... du må tage dig af det... Så ligger det ikke på mine skuldre... og det er jo en kæmpe støtte, hvad skal man sige, at kunne lægge det i Guds hænder (Gitte 147,148).

Som vi har set, spiller bønnen og velsignelsen derfor også en vigtig rolle i præsternes arbejde. Det er for Agnes oplagt at sige til patienten: ”jamen, når vi er afmægtige og står i den her situation, så har vi lov at bede om Guds hjælp” (Agnes 67). Informanterne ser sig selv som skrøbelige, sårbare, udleverede og afmægtige eksistenser, som ikke klarer deres job uden at have noget større at læne sig op ad og ind i, og de formulerer sig her på måder, som dels er fremmed set fra en psykologisk synsvinkel, dels tydeligvis lægger afstand til den terapeutiske etos’ forestilling om, at mennesket har uanede muligheder, dels er meget forskellig fra den modernistiske tolkning af kristendommen, hvor der kun er det gudsrige, der lykkes ved og gennem mennesket.

4.3.5. Opsamling

Som vi nu har set, omdefinierer præsterne magtesløsheden fra at være et problem, der kan løses til at være en byrde, der skal bæres. I overensstemmelse med billedet af den solidarisk medlidende Gud ser de deres særlige opgave som at være magtesløse med den magtesløse, så den magtesløse ikke skal være alene med sin magtesløshed, hvad der, som vi ovenfor har set, let kan forekomme på det senmoderne hospital, hvor den terapeutiske etos’ antagelse om, at mennesket har uanede muligheder, slår sig sammen med den moderne medicins forestilling om sundhed som liv uden smerte og mestring som evnen til at være uafhængig og have kontrol. Vi skal i næste afsnit se, hvordan de imødegår kritikken om, at de på den måde kan komme til at udøve en slags repressiv funktion og med Marx’ ord være opium for folket (Marx, 1962), dvs. give lindring for den smerte folk føler uden at fjerne grunden til den, med en skelnen mellem byrder, der skal bæres og problemer, der kan løses.

De opfatter ikke sig selv om eksperter, der i kraft af deres viden, kompetencer eller særlige ”værktøjer” står over de patienter og pårørende, de

møder. De ser sig som mennesker, der er i samme eksistentielle båd. Personligt deler de både de eksistentielle spørgsmål og de religiøse anfægtelser, der dukker op hos patienter og pårørende, når de rystes af alvorlig sygdom, tab og død, og selvom de heller ikke på dette område er upåvirket af den terapeutiske etos' antagelse om, at mennesket har uanede muligheder, får den ikke lov at sætte dagsordenen. At de ser deres opgave som at være afmægtig med den afmægtige skal ikke forstås i en instrumentaliseret betydning. Mødet er netop ikke et instrument; det er ikke et middel eller et redskab for noget andet, men opfattes af præsterne som værdifuldt i sig selv, hvad der netop ifølge Brinkmann er en sjældenhed i senmoderniteten, hvor det meste af det, vi gør, er blevet til et middel til noget andet end sig selv (Brinkmann, 2016). I den forstand er hospitalspræsten i forhold til den terapeutiske kultur "counter-cultural", en modkultur (Mowat, Swinton, 2005:5). Modet og styrken til at "løse" opgaven henter præsterne dels fra den psykologiske og terapeutiske indsigt og træning, som mange af dem har fået gennem deltagelse i Bent Falks kurser, dels i følelsen af, at de i afmagten og magtesløsheden ikke er alene, og at det går an at lægge det, man ikke selv har magt over i en større magts - i Guds - hænder. Den psykologiske indsigt og den terapeutiske erfaring gør dem ifølge en del af præsterne til bedre sjælesørgere. Der er altså også her tale om en nuancering af den generelle teori (grand theory) om psykologiens invasive karakter. Psykologien skubber ikke teologien af banen.

Jeg vil nu gå videre og se på sorg som et eksempel på, hvordan noget, der i overensstemmelse med den terapeutiske etos' 3. grundantagelse defineres som et individuelt problem, som en slags reparationsteknologi, omformuleres af præsterne til at være livsvilkår.

4.4. Alle problemer er individuelle – også lidelsen

4.4.1. Indledning

Som vi så i teorikapitlet, er bagsiden af, at mennesket har uanede muligheder (2. grundantagelse) netop, at alle problemer er individuelle – også lidelsen (3. grundantagelse), og at mennesket således bestemmes som eneansvarlig for sit liv. Den terapeutiske kultur opfordrer det senmoderne menneske til altovervejende at se indad i jagten på problemernes årsag og behandling, hvad der kan sløre blikket for, at netop fænomener som sorg og tab, som jeg har valgt at se på i denne afsnit, fordi de spiller en stor rolle i præstens arbejde, er fællesmenneskelige vilkår. Jeg konstaterede ovenfor, at psykologien har udviklet en række redskaber,

KAPITEL 4. ANALYSE

såkaldte selvteknologier, som mennesker kan bruge til at forme og omforme sig selv som subjekter, herunder også teknikker til at bearbejde sin sorg (Brinkmann, 2012: 757). Hvor sorg og sorgadfærd tidligere var reguleret gennem sociale, kulturelle og især religiøse ritualer og regler, er sorg i senmodernitetens terapeutiserede kultur i stigende grad blevet et individuelt, psykologisk anliggende (Jacobsen, Kofoed, 2015:255). Sorg er blevet et personligt problem. Tony Walter sammenfatter denne udvikling med udtrykket "the invention of bereavement":

"Human beings have always of course grieved for their dead. By the invention of bereavement, I mean the shift of focus from the soul of the deceased to the feelings of survivors, and the declining value given to theological expertise in eschatology compared to the increasing value to expertise in the psychology of grief" (Walter, 1996b:117).

Udviklingen har bevæget sig "from passage to loss" (Ibid.117). Som på så mange andre områder har psykologien siden begyndelsen af det 20. århundrede også spillet en afgørende rolle med hensyn til, hvordan mennesker i vestlige kulturer forholder sig til sorg og død. Stroebe, Stroebe og Hansson peger i deres gennemgang af sorgforskningens historie på, at Freuds banebrydende artikel "Mourning and Melancholia" (Freud, 1917) har haft kolossal indflydelse på, at vi netop i en vestlig kulturkreds forstår sorg som et intrapersonelt forhold (Stroebe, Stroebe & Hansson, 1988). Og selvom denne fokusering på ingen måde står alene, er den kommet til at danne udgangspunkt for udviklingen af en række senere sorgteorier og sorgmodeller, der både professionelt og ikke mindst folkeligt, har haft stor gennemslagskraft. Freud betonedede nødvendigheden af en bevidstgørelse om og en gennearbejdning af tabet. Denne såkaldte sorgarbejds-hypotese (Trauerarbeit) siger, at den energi, der følelsesmæssigt har været knyttet til den afdøde, må frigøres gennem et terapeutisk arbejde for at kunne reinvesteres i et nyt objekt. De følelsesmæssigt problematiske steder skal frem, så energien ikke undertrykkes, arbejder i det skjulte og medfører forvrænget tilpasning. Målet er en emotionel erkendelse af tabet, netop fordi sorgens følelser beforder adskillelsen fra den afdøde (Guldin, 2010:159). Ud over dette følelsesforløsende element har de af Freud inspirerede senere sorgteorier eller sorgmodeller også de fælles karakteristika, at sorgen tænkes at forløbe i faser eller stadier med velafgrænsede opgaver. I den nærmest ikoniske bog *Døden og døende* opererer den amerikanske psykiater Elisabeth Kübler-Ross med fem faser: fornægtelse og isolation, vrede, købslåen, depression og accept (Kübler-Ross, 2006 (1973)). Oprindeligt blev de opfattet som den døendes reaktionsmøster, men er siden appliceret på sørgende (Guldin,

KAPITEL 4. ANALYSE

2010:160). Den svenske psykiater Johan Cullberg, som har haft stor indflydelse i Danmark, fordi hans bog *Dynamisk psykiatri* (Cullberg, 1999) har været fast pensum på landets sygeplejerskeuddannelser (O'Connor, 2006:3), taler om fire faser: chok, reaktion, bearbejdning og nyorientering, mens den amerikanske psykiater James William Worden foretrækker at tale om sorg-opgaver frem for faser, hvor en aktiv gennearbejdning af opgaverne er en forudsætning for forløsning (Worden, 1991). På dansk grund læner Marianne Davidsen-Nielsen og Nini Leick sig op ad Worden i synet på opgaver som rettesnor for at "komme videre". Alle betragter de sorg som en virksom proces, der skal munde ud i at sige "endeligt farvel" og "give slip på den afdøde". Her spiller gråden en vigtig rolle, idet den frigør den sørgende fra tabets magt. Hos Davidsen-Nielsen & Leick hedder de fire opgaver: tabet skal erkendes, sorgens forskellige følelser skal forløses, nye færdigheder skal tilegnes, og den følelsesmæssige energi skal reinvesteres (Davidsen-Nielsen, Leick 1993 (1987))⁸⁴. Det er tydeligvis intrapersonelle forhold, der er i centrum. Sorg udvikler sig gennem (emotionelt oplevet) smerte til forsoning, som præst på Rigshospitalet, Christian Juul Busch, på kort form beskriver denne moderne myte om sorg (Busch, 2008:200). Den har en løsning.

Emotionaliseringen, som vi har set netop er karakteristisk for den terapeutiske kultur, er altså også tydelig, når det handler om de forståelser af sorg, der har været og stadig er dominerende. Denne med Walters ord "ekspressive model" "considers that emotions that are "bottled up" and not expressed will go sour, leading to depression or various other pathologies" (Walter, 1994:110), hvorfor det naturligvis handler om at få den sørgende til at vedkende sig og udleve sine følelser. Titlen på Marianne Davidsen-Nielsen og Nini Leicks bog er da også *Den nødvendige smerte, om sorg, sorgterapi og kriseintervention* (Davidsen-Nielsen, Leick, 1993 (1987)) (min understregning), som i 1987-udgaven er trykt i ikke mindre end 12 oplag, mens 2. udgave nu er kommet i 14. oplag. Normativiteten er tydelig. Det er ikke bare godt at udtrykke sine følelser, sin smerte, fortvivlelse og sorg, der er nødvendigt for et sundt sorgforløb. Et nyere studie af den måde, hospicer og palliative teams i Danmark italesætter sorg i forhold til efterladte, viser, at disse forståelser lever i bedste velgående (Stimpel, Raakjær, 2012a). Fasemodellerne ser ud til at udgøre sorgens koordinater. Det er den måde, man bestemmer, om den sørgende er i proces. Metaforisk udtrykt betragtes sorgen som en slags tunnel, den sørgende skal ned i og igennem, og dér skal lade sig konfrontere med de smertefulde følelser for at komme ud i lyset på den anden side. Sorgen bestemmes som et individuelt, psykologisk og følelsesmæssigt problem, hvor den,

⁸⁴ Også denne bog henviser O'Connor til som hørende til det faste pensum på de mellemlange videregående sundhedsuddannelser (O'Connor, 2006:3)

KAPITEL 4. ANALYSE

man mister, forsvinder ud af fokus. Sorgen er med en anden metafor et viskelæder; jo bedre man er til at give slip og vende sig væk fra den mistede, jo hurtigere kan man komme videre. Denne måde at forstå sorg på synes også at have en stærkt disciplinerende karakter. Der er tydeligvis “rigtige” og “forkerte”, “syge” og “sunde” måder at sørge på, og de fungerer som en slags normalitetsdommer, som bruges til at bedømme både egen og andres sorg (Ibid.). Sorgen ses udelukkende som emotion, dvs. som et psykisk fænomen, der fortrinsvis udspiller sig inden i det enkelte individ eller som fordrer en specifik klinisk diagnose, mens sorgen som relation, dvs. som noget, der i grundlæggende forstand både er et normalt og et socialt fænomen og en naturlig og social følelse, spiller en mindre rolle (Jacobsen, 2017). Den terapeutiske etos’ tendens til at kode fællesmenneskelige vilkår som individuelle problemer er således også tydelige, når vi taler om sorg. Sorgen patologiseres og gøres til et individuelt problem, der fordrer behandlingsmæssig/medicinsk/terapeutisk intervention, sådan som man f.eks. kan se i arbejdet med at gøre sorg til en diagnose på linje med influenza og depression (kompliceret sorg/forlænget sorgforstyrrelse). Der er fokus på symptomer, håndteringsstrategier, komplekse reaktionsmønstre og en tilbagevending til normaliteten efter sørgeperioden, mens der er mindre opmærksomhed på, at sorgen er en livslang proces (Ibid.), at den netop ikke er en tunnel, man skal igennem, men et landskab, man skal leve i og leve med (Raakjær, 2013). Som C.S. Lewis, den britiske forfatter og filolog, formulerer det i den bog, han skrev efter tabet af sin hustru: ”Jeg troede, at jeg kunne beskrive en *tilstand*; kortlægge sorgen. Sorgen viser sig imidlertid ikke at være en tilstand, men en proces. Den har brug for en historie” (Lewis 1983:53).

Forskere, der argumenterer for indførelsen af diagnosen “kompliceret sorg/forlænget sorgforstyrrelse” indrømmer da også, at der er en grundlæggende klinisk og behandlingsmæssig udfordring i, hvornår sorgen skal behandles, og hvilken behandling, der er mest effektiv, så en kompliceret reaktion ikke udvikler sig til en psykiatrisk tilstand, og hvordan man undgår at patologisere normale tilstande, som på trods af, at de er lidelsesfulde, hverken kan eller skal behandles (Guldin, 2014a). I en terapeutisk kultur, hvor alt kodes som individuelle problemer, synes faren for patologisering netop at være overhængende.

I overvejelserne af hvilket sorg-sprog, der anvendes af præsten i samtalen med patienter og pårørende, viser et svensk studie af sognepræsters åndelige omsorg for døende og efterladte en tilbøjelighed til at benytte to forskellige sprog. I kontakten med døende, som stort set begrænser sig til de personer, som præsten allerede på forhånd kender fra deres deltagelse i gudstjenester og menighedsliv, bruger præsterne i højere grad traditionelt teologisk (rituelt) sprog, mens de, når det gælder den langt større gruppe af efterladte, hvor især tilbud om

KAPITEL 4. ANALYSE

sorggrupper i mange svenske sogne er almindeligt, tydeligvis benytter sig af en mere sorgterapeutisk, psykologisk præget diskurs (Grassman, Whitaker, 2006:169). De svenske præsters kontakt med de efterladte er altså overvejende psykologisk kvalificeret. Og i en analyse af, hvad det betyder for den engelske hospitalspræst, at hun bliver en integreret del af sundhedsvæsenet (National Health Service), påpeger Swinton

“that it becomes unclear what body of knowledge actually underpins the practice of chaplaincy. Is it psychology, counselling, psychotherapy?” (Swinton, 2003:4)

Historisk er hospitalspræsters praksis informeret af den bibelske og teologiske tradition, de i kraft af deres (præste-)uddannelse er socialiseret ind i, og som deres ordination er knyttet til. Men stadig flere giver udtryk for, at de ikke ønsker at begrænse deres praktiske og teoretiske ressourcer til Biblen og den kristne tradition, men vil opfattes i mere generelle termer som ”spiritual carers”, der er i stand til at møde alle menneskers åndelige behov, hvad enten de er kristne, muslimer, jøder, buddhister eller slet ikke religiøse. Det rejser med Swinton spørgsmålet

“what is it that makes the difference between a counselor trained in these disciplines with an interest in spirituality and a professional chaplain?” (Ibid:4)

Og dette spørgsmål synes netop særligt påtrængende, når det handler om sorg. Jeg vil nu se på, hvordan de danske hospitals- og hospicepræster forholder sig til og tænker om sorg, og hvad det betyder for deres praksis i mødet med den sørgende.

4.4.2. Sorg som livsvilkår

I grundlæggende forstand betragter præsterne sorgen som et livs- eller eksistensvilkår (Helga 200, 201; Elsebeth 297; Bente 276; Gitte 218, 219; Frida 174; Dorte 213; Cecilie 144). Sorg er, som én siger det, en ”tildragelse”, dvs. en begivenhed, man ikke selv har indflydelse på. Den er et livsvilkår, som vi slås med og ikke kan styre eller kontrollere (Bente 276). Sorgen ses som en del af livet (Elsebeth 293) og netop ikke som en fejl (Cecilie 144) eller en sygdom (Elsebeth 306). Det hører med til tilværelsen, at der er sorg og lidelse (Gitte 217) samtidig med, at det at møde sorgen for ethvert menneske altid vil være en kamp (Frida 174). Der er ingen lette udveje.

KAPITEL 4. ANALYSE

Denne forståelse af sorg som livsvilkår farver præsternes blik på den sørgende. En hospicepræst fortæller f.eks., at hun i modsætning til lægen, psykologen og sygeplejerskerne næsten ikke ser nogen patienter, der er deprimerede. Når hun deltager i tværfaglige konferencer, er de andre faggrupper hurtige til at konkludere, at patienterne er deprimerede, hvor hun opfatter dem som værende i sorg. Til sin egen store overraskelse kan hun i patientens journal ofte læse, at psykologen har noteret, at vedkommende er deprimeret, hvor hun i samtalen med den samme patient oplever, at nok sørger han over at skulle tage afsked med verden og de mennesker, han holder af, men når han snakker om sorgen,

jamen så kan vi godt grine... han er ikke, hvad jeg opfatter som deprimeret sådan både i tonefald og blik og slet ikke til at nå, vel?... Tværtimod jeg oplever ham som levende i det... det er en kæmpe forskel (Gitte 222).

Hvordan skulle man ikke være ked af, når man f.eks. for tre måneder siden har fået at vide, at man har en uhelbredelig sygdom, man kommer til at dø af, spørger hun. Det ville da være meget mærkeligt (Gitte 227). Sorgen ses altså som en normal og almindelig reaktion på en svær begivenhed, og ikke som noget man kan eller skal hjælpe nogen af med. En anden præst skærper pointen og siger, at det handler om ”at få sorgen afpatologiseret” (Helga 201). Ifølge hende lever de fase- og opgaveorienterede psykologiske sorgmodeller ikke bare i bedste velgående i sundhedsvæsenet, men de har også en ekstrem folkelig gennemslagskraft, hvad også flere andre bekræfter (se f.eks. Cecilie 146). Hun møder ofte den ”ekspressive model” som den mere eller mindre ubevidste norm, patienter og pårørende bruger til at vurdere deres egen sorg og sorgproces med, f.eks. angsten for ikke at gøre det ”rigtigt”; at det nok kommer til at ramme dem i nakken, når de ikke har talt tilstrækkeligt om deres følelser eller ikke grædt ”nok” (Helga 200). Følelserne er med Walters ord ”bottled up” og skal ”luftes” ud for ikke at udvikle sig til depression eller andre patologier (Walter, 1994:110). Hun kritiserer denne tilgang:

Det bliver sådan meget, at det er en krise. Og så får man de der forskellige psykologiske modeller på krise; altså at vi skal forløse, eller vi skal analysere, eller vi skal reparere tabet. Det er jo alt sammen en tilgang, der siger, at det er noget, vi skal hjælpe mennesker af med.... hurtigst muligt. Det er noget, vi kan gøre noget ved, ik'? Og der synes jeg, det er langt væsentligere at få introduceret sorg som et livsvilkår, som et eksistensvilkår... og alene det at få det gjort mindre sygeligt og mindre farligt... det tror

KAPITEL 4. ANALYSE

jeg har noget for sig, og det tror jeg ikke, der er så mange andre end os, der gør... Når man sådan hører mennesker tale om tab og sorg, så bliver jeg i hvert fald overrasket over, at psykologer tit hører noget langt mere komplekst og sygeligt og vanskeligt, hvor jeg oplever det som naturligt og uproblematisk (Helga 201)

Hun bliver ikke så sjældent ringet op af sygeplejersker, der siger, at nu må hun altså komme og tale med en patient eller en familie, for de er virkelig i krise. Og så kommer hun, og ja selvfølgelig er de ulykkelige. Hvem ville ikke være det, hvis man f.eks. lige har mistet sit barn? Det er som om krisen i sig selv sygeliggøres på en måde, som gør, at folk næsten bliver bange for at være kede af det (Helga 202). Hun peger altså på, at den dominerende sorgdiskurs pålægger mennesker et ekstra problem over i det problem eller den byrde, de har i forvejen. For ikke nok med at de skal kæmpe med sorgen over f.eks. at have mistet et barn eller selv at skulle dø, deres sorg skal også gøres forkert i betydningen patologiseres:

Det bliver tit meget sådan diagnosticerende og udredende og problemsøgende og fokuseret, hvor jeg nogle gange hører en rørende, kærlig fortælling og tænker, at det er, hvad det er (Helga 203).

Det samme giver Cecilie udtryk for. At benævne sorgen som en byrde fremfor et problem, man skal have løst, skal igennem eller have klaret, er i sig selv en lettelse, mener hun. At italesætte den som noget, man rent faktisk jævnlige mærker på og mærker til, og hvor hårdt det er, er ikke bare legitimerende og aflastende for den sørgende (Cecilie 148, Agnes 137), men det kan også være med til at afhjælpe den ensomhed, vedkommende føler, fordi der ofte bliver stor afstand mellem hendes egne voldsomme følelser og omgivelsernes evne til at rumme dem (Bente 272). Præstens opgave er at anerkende patientens sorg, give den plads og måske dele nogle af de erfaringer, hun har fra mødet med andre sørgende, for derved at almindeligøre reaktionerne (Agnes 137).

Netop disse overvejelser er også dominerende i den ene af de to fokusgrupperes reaktion på den case, jeg udleverede til dem og bad dem kommentere på. Casen handler om en kvinde, som er indlagt på en onkologisk afdeling. Personalet oplever hende som ekstremt opmærksomhedskrævende og mener, hun laver splitting. Hun ringer meget tit på klokken og klager igen og igen over smerter. Og selvom hun får store p.n. doser morfin, har sygeplejersken knap nok forladt stuen, inden hun kalder igen. Det er som om, hverken kontakt eller snak hjælper. Angsten og smerten er lige stor hver gang, hun bliver forladt. Sygeplejersken

KAPITEL 4. ANALYSE

fortæller i casen også præsten, at patienten på et tidspunkt overfor en nattevagt har løftet en flig af sin historie. Som barn var hun meget svagelig. Hun kunne ikke klare det samme som de andre børn. Hun blev let forpustet og træt og måtte gang på gang fra sin mors mund høre, at hun var doven og slap og bare skulle tage sig sammen. Først da hun var 12 år, blev det opdaget, at hun havde en meget alvorlig hjertefejl, som havde nedsat hendes funktionsniveau betragteligt, og hun måtte gennem to store hjerteoperationer. En af præsterne siger, at det er hendes erfaring, at angsten tit mere udspringer af sorg end af reel angst, og at det drejer sig om at sætte sig ned og være der og lytte, hvad plejepersonalet hverken har tid eller overskud til (1.433,1.437 Iben). Præstens særlige opgave er ikke at have en dagsorden for mødet (1.446 Karen), men at være til rådighed (1.440 Jenny, 1.441 Iben). Det er nærværet med det andet menneske, der lindrer og trøster (1.454 Karen). Det er kontakten i sig selv, der er helende eller helbredende (1.435 Claus).

Man kan sige, at præsterne har fokus på, at sorgen er et vilkår, som man skal leve med i fællesskabet med andre (Agnes 142), frem for noget, man individuelt skal sorgarbejde sig ud af, og der er en løsning på. Denne forståelse af sorg slår også igennem i deres syn på diagnosen ”kompliceret sorg/forlænget sorgforstyrrelse”, som man regner med kommer med i 2018-udgaven af Verdenssundhedsorganisationens (WHO) katalog over sygdomsdiagnoser⁸⁵. En hospitalspræst taler om, at hun er skeptisk, netop fordi man på den måde bevæger sig væk fra forståelsen af sorg som et livsvilkår og en tildragelse (Elsebeth 297). En anden giver udtryk for, at diagnosen ”kompliceret sorg” giver hende en lidt ”funny feeling... et halvt år... det virker helt absurd, synes jeg...” (Helga 200). Hun henviser her indirekte til, at ud over at den sørgende skal fremvise et bestemt symptombillede for at opfylde kriterierne, skal disse symptomer have været i mindst seks måneder og have medført en betydelig reduktion i vedkommendes sociale, arbejdsmæssige eller andre vigtige funktionsområder (Guldin, 2014b). En sådan tidsramme kan være med til at sygeliggøre sorg, der strækker sig ud over de seks måneder. En hospicepræst fortæller f.eks., hvordan hun som sognepræst ofte har oplevet, at selvom hun møder mennesker et, to eller tre år efter de har mistet, kan savnet af den mistede være lige stærkt, uden det nødvendigvis betyder, at de selv oplever det som sygeligt (Gitte 257). En anden fortæller, hvordan de i det palliative team, hun arbejder i, er meget påpasselige med ikke komme til at signalere til den sørgende, at det klarer han eller hun aldrig (Cecilie 144) underforstået, fordi mennesker er bygget til at miste og sørge. Mennesket er et sørgende dyr, som Brinkmann udtrykker det (Brinkmann, 2018). Og en tredje peger på kristendommen som en slags modkultur i forhold til

⁸⁵ Lokaliseret 14.06.2017 på <http://politiken.dk/indland/art5614584/Snart-bliver-sorg-en-diagnose>,

den forventning om hurtighed og fokus på effektivitet og rationaler, der præger samfundet; forventningen om at man skal sørge eller kun må sørge en kort tid, og det ikke må påvirke ens arbejde, hvor netop kristendommen ifølge hans opfattelse siger, at man sørger ligeså lang tid, som man nu gør (Bo 233). Præsterne understreger altså det, man kunne kalde sorgens katolske karakter, dvs. dens almene, almindelige eller universelle karakter. Som vi nu skal se, forstås sorg i grundlæggende forstand som kærlighedens pris, dvs. som en uundgåelig omkostning ved relation.

4.4.3. Sorg som kærlighedens pris

Hvor sorg i den terapeutiske kultur først og fremmest forstås som emotion, altså som et individuelt, psykologisk problem, der kan og skal løses, peger præsterne på sorg som relation, og at den derfor netop er en gave, der skal tages vare på (Cecilie 141):

Sorgen er noget værdifuldt. Det er der, hvor vi mærker kærligheden. Det er det følelsesmæssige sted for tilknytning, så det er vigtigt at forvalte sorgen og tage godt vare på den,

siger Cecilie (Cecilie 140), og henviser til titlen på sognepræst Lise Traps bog *Sorg: den dybeste ære glæden kan få* (Trap, 2010), som en måde at formulere den ubrydelige sammenhæng mellem sorgen og glæden på. Taknemmeligheden over det, der var, er det, der gør, man sørger i dag. Derfor skal man heller ikke slippe sorgen. Det perspektiv er efter hendes mening meget vigtigt (Cecilie 140). Elsebeth sætter denne tankegang på spidsen. Hun fortæller, at når hun taler med kvinder, der lige har mistet et spædbarn, så spørger hun næsten altid:

Når du nu sidder her og ved det, du ved nu, ville du så hellere have undværet hende? Ville du hellere ikke have været gravid og ikke født hende? Og indtil nu tror jeg, de alle sammen har sagt: Nej, det ville jeg ikke (Elsebeth 299)

Selvom relationen til barnet blev kortvarig eller måske endda begrænsede sig til det forhold, den gravide kan have til sit endnu ufødte barn, fordi barnet allerede døde før fødslen, oplever mødre ifølge Elsebeth, at relationen er sorgen og smerten værd. Præsterne ser det da også som deres vigtigste opgave at lytte til folks fortælling (Frida 171) eller, formuleret med Lewis, til sorgens historie. Ikke fordi det ændrer på noget, eller gør sorgen mindre tung, men fordi det kan hjælpe den

KAPITEL 4. ANALYSE

sørgende med at huske på, at hun ikke ville have undværet det liv, hun har haft sammen med den mistede, selvom hun så nu ville have været sparet for sorgen og smerten. Sorgen er kærlighedens pris (Elsebeth 298), dvs. en uundgåelig omkostning ved tilknytning, sådan som også Bent Falk understreger i bogen med samme titel (Falk 1998). En hospicepræst fortæller, hvordan hun ved samtalerne med efterladte altid hæfter sig ved, hvad der i relationen til den mistede har gjort dem glade. Det kan

jo tænde et lille lys at fortælle en historie om ham eller hende, og det sker altid, synes jeg. Altså at der kommer nogle glimt, som gør, at man trækker på smilebåndet... Det handler om at man tør at være stille sammen med dem, så de kan få fat i den der historie eller fortælling (Frida 176,180).

Sorgen er på den måde ”grobund for glæden” (Cecilie 143), og når man bliver mødt i sorgen, kan man opdage, at dér, hvor man tror, det hele går under, på samme tid også er nyskabelsens sted (Ibid.). I det lys er det derfor også vigtigere at få lov at fortælle om betydningen af det menneske, man har mistet og om, hvordan man kan tage vare på den betydning videre frem i sit liv end at tale om sorgen selv (Cecilie 149). En anden hospitalspræst formulerer det på den måde, at hun som præst altid vil være mere optaget af at høre om *det* tabte og *den* tabte end om tabet i sig selv, hvor sygeplejersker og psykologer ifølge hendes opfattelse er meget optaget af at tale om følelser. For hende er det vigtigste ”det, der ligger bagom og det, der er forud” (Helga 2014), dvs. historien eller fortællingen om det eller den, man har mistet og det fortsatte nærvær. Masser af mennesker lever nemlig med deres døde på en helt uproblematisk måde, siger hun. De lægger ikke det menneske, de har mistet bag sig, og den døde er utroligt nærværende (Helga 200). Præsterne lægger med andre ord hovedvægten på optagetheden af den, den sørgende har mistet og dermed, hvad hun har fået, og er mindre optaget på den sørgendes eksistens som en, der har tabt og altså er ramt (Lindhardt, 1998:71)

Man kan naturligvis sætte spørgsmålstegn ved, om det at fokusere på det tabte og den tabte snarere end på tabet, og på sorg som vilkår, er et særkende for præsters måde at forholde sig til sorg på i modsætning til psykologers eller psykologiske sorgforståelser? Det gør en af informanterne da også, idet hun retorisk spørger, om ikke også de nyere sorgteorier taler om, at sorg er livslang og at det er vigtigt at få den mistede med sig? (Gitte 234). Og svaret er: Ja, det gør de. Men det er, som vi ovenfor har set, ikke den dominerende folkelige opfattelse. Den er netop præget af den terapeutiske etos’ forståelse af sorg som en slags reparationsteknologi, der skal give den sørgende ”værktøjer” til at skaffe sig af med sorgen, at løse den,

og komme videre. I modsætning hertil har den engelske sociolog Tony Walter f.eks. udviklet et narrativt og biografisk sorgbegreb, hvor det ikke primært handler om at forløse følelserne og give slip på den, man har mistet, men at holde fast. Sorgens formål er ikke at komme videre uden den mistede, men derimod at konstruere en bæredygtig fortælling, som muliggør en integration af vedkommende (Walter, 1996c). Den danske socialrådgiver Annie Schwartz Hansen understreger i sin bog *Jeg savner dig. Om sorgarbejde blandt unge, der har mistet en far eller mor* (Schwartz Hansen, 2001), at sorgarbejde både handler om at sige farvel og sige goddag, hvor det sidste peger på vigtigheden af at gøre den mistede til en del af ens livs- og selvforståelse. Og den amerikanske, narrative terapeut Lorraine Hedtke taler om "re-membering", dvs. arbejdet med både at erindre/huske og at genindsætte den afdøde som medlem af ens livsklub og dermed understøtte den vedvarende relation til den afdøde (Hedtke, Winslade, 2004, Hedtke, 2012). I teoretisk forstand er præsternes fokus på den tabte således hverken en særlig præstelig eller teologisk tilgang. Noget andet er, at tilgangen naturligvis godt kan være særlig for præster i f.eks. en hospitalskontekst, hvor der måske slet ikke er adgang til psykologer, der tænker på den måde, og hvor den terapeutiske etos' forestilling om, at alle problemer er individuelle - også sorgen - meget let kan forstærkes af den individualisering og fragmentering, der præger hospitalskulturen. Og som vi nu skal se, har dette fortsatte nærvær en særlig tone i kraft af en kristen transcendentforståelse, som opererer med, at den afdøde ikke bare lever videre som et selvobjekt, dvs. som en betydningsskabende og betydningsbærende indre instans, men er et "sted" udenfor, at han eller hun er værende hos Gud. En sådan tilgang spiller en meget vigtig rolle i præsternes måde at forholde sig til sorgen, den sørgende og den mistede på, og sprænger netop den terapeutiske etos' forestilling om, at alt udgår fra selvet og verden skabes indefra. Ligesom verden er større end det enkelte individ, er den i præsternes optik også større end livet nu og her.

4.4.4. Det fortsatte nærvær her - og hisset

At der således er en form for sammenhæng mellem de levende og de døde illustrerer hospitalspræsten Helga med en fortælling om sin egen farmor:

Min farmor talte hver aften med billedet af min afdøde farfar, inden hun lagde sig til at sove. Ikke fordi hun troede, hun kunne påkalde ham eller noget, men fordi det for hende var fuldstændig naturligt. Han var hos Gud, og hun var hos Gud, og deri havde de et fællesskab. Den der naturlighed med, at der kan være adskillelse og samhørighed på en og samme tid. Den er så naturlig for os [som

KAPITEL 4. ANALYSE

præster], *tror jeg (Helga 205)*

Denne forståelse kræver tydeligvis et andet sprog end det psykologiske. Kun en religiøs metaforik giver plads til forestillingen om, at det menneske, man har mistet, ikke bare er forsvundet ud i den store intethed, men er hos Gud, og at der for den sørgende er et ”allerede nu” og et ”endnu ikke” i relationen til den afdøde. På trods af det smertelige fravær er der et nærvær nu, som peger frem mod det nærvær, der engang i en eskatologisk fremtid skal komme. Derfor understreger Helga da også, at Allehelgen⁸⁶, altergang⁸⁷ og gudstjeneste netop siger noget andet om det at leve sammen med sine døde, end der ligger i de traditionelle forståelser af sorg. Der er her et større perspektiv på fællesskabet mellem de levende og de døde. Man hører sammen trods adskillelsen (Helga 200). Hospicepræsten Gitte fortæller, at hun skal til at gå i gang med en sorggruppe i det sogn, hvor hun er præst. Og da jeg spørger, om hun tænker, at der er noget særligt ved en kirkelig sorggruppe, fortæller hun, at de nok vil bruge kirkerummet,

altså lave en rituel afslutning med et fadervor... og måske vil det være langsommere, og der vil være mere plads til at kunne snakke om tro og nærvær med de døde... at man er sammen i Gud på en eller anden måde (Gitte 234).

Lidt længere fremme i interviewet viser hun, hvad denne tankegang betyder i praksis. Hvis hun f.eks. taler med et par, hvor den ene er døende, kan hun finde på at sige, at det måske kunne være en god idé allerede nu at snakke om, hvordan de skal være sammen ”bagefter”, ”altså om de har et sted... det kunne være kirkegården, men det behøver det jo ikke at være” (Gitte 237). Hun fortæller:

Det var et yngre par, som syntes, det var så smertefuldt og helt forfærdeligt for dem, at de skulle skilles. Der var så stærk en smerte, så stærk en kærlighed i det rum. Så spurgte jeg til, hvad der bandt dem sammen nu? Er

⁸⁶ Allehelgensdag handler både om troens forbillede og om at mindes de døde. I mange kirker er det blevet almindeligt, at man i forbindelse med gudstjenesten allehelgenssøndag (1. søndag i november) læser navnene op på de sognebørn, som er døde i det forgangne år. Gudstjenesten handler både om at huske på den betydning, de afdøde har haft og at blive mindet om den kærlighed fra Gud, der går ud over døden.

⁸⁷ Man kan sige, at fællesskabet mellem de levende og de døde bliver til i gudstjenesten, når der synges og holdes altergang. De levende og de døde er som Grundtvig udtrykker bundet sammen af det ”jords og himmels hjertebånd” (Se Danske Salmebog nr. 292). Når et menneske dør, brister hjertebåndet ikke til dette menneske. Tværtimod forestiller Grundtvig sig, at hjertebåndet mellem jord og himmel knyttes stærkere ved et dødsfald.

KAPITEL 4. ANALYSE

det noget, I kan tænke på, der også er der bagefter? Og hvor hun så siger: jeg vil altid elske..., og det vil han jo også... Jamen siger jeg, kunne der så være et sted på en eller anden måde? Og så kigger de på hinanden og siger, ja, så skal det være der... Der skal lidt mod til at gøre det, især hvis de så siger, at det er da for spooky. Men jeg har brugt det nogle gange, hvor det faktisk er blevet taget godt imod (Gitte 239,240)

Ved at interessere sig for, om parret har et konkret (geografisk) sted i deres historie, som de forbinder med kærligheden til hinanden, giver hun mulighed for, at den efterlevende måske særligt kan erfare den afdødes nærvær ved netop efter dødsfaldet at opsøge dette sted.

I kraft af præsterollen oplever informanterne, at de kommer med et ”rum”, som både giver adgang og anledning til at tale om, hvor den afdøde er; tanker om gensyn og om måske at mødes igen og blive taget imod af dem, der er gået ”forud” (Agnes 140, Gitte 209), dvs. at tale om sorg på grundlæggende anderledes måder end den terapeutiske kulturs forståelse af sorg som reparationsteknologi lægger op til. Agnes fortæller f.eks., hvordan mennesker, der har mistet, ofte deler deres tanker med hende om, hvor den afdøde er nu:

Er han blevet til stjerne på himlen? Jeg så hende stå i stuen i går! Der er rigtig mange af de der oplevelser, som har sådan et eller andet guddommeligt element, som jeg ikke tror de fortæller psykologen. Jeg oplever tit den der med nærdødsoplevelser, f.eks. folk der haft hjertestop: Jeg har ellers aldrig fortalt det til nogen, siger de, men nu tør jeg godt, fordi du er præst... Når man sidder på et kontor med en præst, tør man godt at sige, at man har haft en nærdødsoplevelse, eller at man har set en engel (Agnes 149,150)

Alene ved deres tilstedeværelse skaber de plads til følelser og tanker, som der ellers ikke er meget opmærksomhed på i det evidensbaserede sundhedsvæsen. Den samme morgen, hvor jeg interviewede Agnes, var hun blevet kaldt ind til en ældre, døende mand, der som det allerførste ville vide, om hun troede på evigheden, ”og det siger man ikke til en sygeplejerske”, konkluderer hun (Agnes 29). Præsterne oplever således, at de i ordets mest positive betydning har et slags fripas til at adressere og interessere sig for patienters og pårørendes forestillinger om efterlivet, hvad de tydeligvis forsøger at leve op til. At præsten spørger til den slags, opleves af patienterne ifølge præsterne selv som aflastende og legitimerende. De ser det som deres særlige opgave både at være nysgerrige på og undersøge, om og eventuelt hvilke forestillinger mennesker måtte have om det, der kommer ”bagefter” (Gitte

KAPITEL 4. ANALYSE

209), og aktivt låne patienterne sprog og billeder fra det kristne univers, som sådanne forestillinger kan være og udvikle sig i (Agnes 140,141; Cecilie 62), for det er der netop ikke andre, der gør (Gitte 211). Præster er ifølge Agnes mindre konfliktsky på det område end andre personalegrupper og måske også derfor mere modige til sammen med patienten at finde et sprog, der kan rumme sådanne tanker og refleksioner (Agnes 139). At turde begive sig ud i religiøse spørgsmål er præcis det, der er det særlige for præsten i forhold til psykologen (Elsebeth 303, Gitte 211). Præsten kan bringe håbet om det evige liv på banen (Bo 234, Dorte 125), som netop kan betragtes som det særlige teologiske perspektiv på sorg. Dér på den anden side kan man med Dortes ord ”nå det, man måske ikke har nået. Dér bliver alting godt” (Dorte 204). I den forbindelse peger præsterne også på, at det specielle i deres tilgang til sorg både er, at det er dem, der kan forestå begravelsen eller bisættelsen, hvad der giver dem en legitim adgang til at tale om livets afslutning (Cecilie 47, Elsebeth 119), og at de i samtalerne har mulighed for at bruge et ritual, lyse velsignelsen, bede en bøn, citere en salme eller læse fra Biblen (Agnes 140, 146, Dorte 125) og på den måde overskride det snævert individuelle og private perspektiv. Sorg og tab er vilkår, som mennesker til alle tider har kæmpet med at komme overens med.

I modsætning til den terapeutiske kulturs forståelse af sorg og tab som et individuelt problem, har vi nu set, hvordan præsterne omdefinerer det til at være et livsvilkår. De har et særligt fokus på den tabte fremfor tabet i sig selv, og i betoningen af fællesskabet mellem de levende og de døde transcenderer de psykologiske forståelser af det forsatte nærvær som alene en betydningsskabende eller betydningsbærende indre instans. Deres levede teologi på dette felt rummer således en eskatologisk dimension, som man kan sige er helt central i den idealtypiske evangelisk-lutherske teologi, men fraværende i såvel en terapeutisk kultur som i den radikale kritik af lutherdommen, hvor Gud ikke hæver sig over det historiske og det kontingente. Når informanterne taler om opstandelse, ser de ikke ud til at komme med en nødløgn (se note 92). De er meget opmærksomme på, at de i forhold til andre personalegrupper netop har til opgave at stille et andet sprog og en anden og større virkelighedsforståelse til rådighed.

Hvor den terapeutiske etos' 3. grundantagelse også inkluderede en forståelse af lidelsen som et individuelt problem, vil jeg nu se nærmere på, hvordan præsterne ligesom sorg og tab også betragter lidelse som et livsvilkår, som Gud i Kristus deler, hvad der er med til at definere deres opgave som solidarisk medlidende.

4.4.5. Lidelsen som grundvilkår

4.4.5.1. Lidelsen hører med til tilværelsen

Jeg konstaterede ovenfor, at bagsiden af forestillingen om, at mennesket har uanede muligheder er, at alle problemer er individuelle, også lidelsen. Sygdom og lidelse gøres i den terapeutiske kultur til noget, den enkelte har ansvar for, hvad hospitalskulturen er med til at understrege. Der findes ikke meningsløs lidelse og kaos, for der er altid en individuel forklaring eller løsning, sådan som det f.eks. var tydeligt i forståelsen af sorgen. Man kan sorgarbejde sig ud af det. Der er ingen tomme rum. Lidelse og modgang skyldes en defekt eller dårligt forvaltet psyke. Meningen og accepten af lidelsen skal søges gennem et terapeutisk narrativ om selvet. Den skal findes indeni mennesket. Lidelsen kan ikke få lov til bare at være lidelse. Den anerkendes ikke som et grundvilkår i tilværelsen, men bliver et udviklingspotentiale, noget man selv har ansvar for og kan udvikle sig fra. Det er meget tydeligt, at præsterne tænker fundamentalt anderledes, hvad der har betydning for den måde, de agerer på i mødet med den lidende.

I modsætning til forestillingen om, at man kan bringe sig selv et sted hen, hvor tilværelsen ikke gør ondt, taler Helga om, at der er noget, der gerne må gøre ondt i mange år (Helga 203). Lidelsen hører med til tilværelsen. Den er et vilkår (Gitte 135). Sorg er en del af den lidelsesvej, som er menneskers i verden og hører med som en naturlig del (Gitte 219). Denne forståelse gør hverken for patienterne eller præsterne selv lidelsen mindre forfærdelig, mindre grusom eller mindre oprørende (Gitte 134), men løfter den ud af den individuelle årsags-virkningssammenhæng, som netop den terapeutiske etos peger på, og understreger i modsætning hertil, at svaret på lidelsen er omsorg, solidaritet og - i ordets mest positive betydning - med-lidenhed. At der er nogen, der interesserer sig for og lægger øre til patienternes lidelse, letter byrderne lidt (Bente 13,14). Præsterne er ikke blinde for, at lidelse naturligvis skal afhjælpes og bekæmpes, hvor det er muligt. F.eks. skelner en hospitalspræst mellem det, han kalder problematisk lidelse og vilkårlig lidelse, hvor den problematiske lidelse er den, der i princippet er en løsning på, og den vilkårlige lidelse er den, der er givet af vilkårene. Den første form for lidelse er ifølge ham primært psykologens område, hvor den sidste er præstens (Adam 19). Præsterne markerer sig særligt op imod det, Carsten René Jørgensen benævner som selvhjælpskulturens oprindelighedsmetafysik (Jørgensen, 2002b:116), dvs. forestillingen om, at man ved at (selv-)udvikle sig kan komme tilbage til en form for balance eller ligevægt, som var, før opdragelsen og kulturen satte sine ødelæggende spor, altså en tilstand hvor modsætningerne i tilværelsen er ophævet, og lykke, fred, accept og harmoni indfinder sig. Som én påpeger, er

KAPITEL 4. ANALYSE

problemet med denne ”selvudviklingstanke... og alt det, man nu kan sætte selv-foran..., at man bliver alene med hele ansvaret for sit liv” (Cecilie 89). Når det lykkes, så er det enkelt. Men når ikke lykkes, så bliver det rigtig tungt, fordi det jo så er ens egen skyld, når freden, accepten og harmonien ikke indfinder sig. Med en henvisning til den danske litteraturprofessor Lars Qvortrups tanke om kristentro som paradokshåndtering (Qvortrup, 2011), understreger Helga derfor også, at det for præsten ikke handler om at skulle harmonisere, men paradokshåndtere

Altså det der med ikke at være bange for det grimme og det, der gør ondt, og afmagten og forladtheden og også turde at være til stede i det (Helga 124).

Denne solidaritet med den lidende har ifølge præsterne afgørende betydning. Ved at give rum og plads til patienternes lidelseshistorie ”finder de måske ikke en løsning, men de finder en eller anden form for håndtering af det, de tumler med” (Frida 76,77). Når man er elendig, er det, man har allermost brug for, at nogen lægger øre til ens historie (Ibid.78). Dermed bliver patienten med musikeren Peter Bastians ord genkendt, hvor hun troede, hun var alene (Bastian, 2017:19). Fordi modsætningerne og dermed lidelsen får lov at stå uimodsagt, og der ikke søges efter årsagsforklaringer i individets fortid, sker der på en paradoksalsk måde en slags håndtering, en slags trøst, der gør lidelsen mindre tung at leve med, fordi den nu kan deles som et fællesmenneskeligt vilkår, man ikke behøver at føle sig skamfuld over ikke at kunne (selv-)udvikle sig fri af. I modsætning til den terapeutiske etos, hvor lidelsen henføres til en defekt eller dårligt forvaltet psyke og dermed ses som havende et udviklingspotentiale, hvad der netop kan forstærkes af hospitalskulturens blik på sygdom som en individuel systemfejl og deri indbyggede (sundheds-)moralisering, får den altså her lov til at stå som netop meningsløs, dvs. løst fra den byrde det kan være, at den nødvendigvis skal give mening, eller at der skulle være en årsag. Det ville netop være forfærdeligt, at det skulle gå efter fortjeneste, siger en af præsterne (Cecilie 134). I samtalen med præsten kan man få luft for følelsen af uretfærdighed; vreden mod Gud over at blive ramt på den måde, når man nu synes, man har levet et ordentligt liv; spørgsmålet om mening og overvejelserne over, om det er Gud, der vil det (Frida 185). Teodiceproblemet, dvs. spørgsmålet om, hvordan der kan være ondskab i verden, når Gud er almægtig og god, får på den måde lov til netop at være et problem, der ikke er nogen intellektuel løsning på og som også præsterne personligt er anfægtet af (Frida 84, Agnes 39). Derfor kan de også selv kan finde på at bringe spørgsmålet på banen i samtalerne med patienter og pårørende (Agnes 77). De har heller ikke svaret på, hvad meningen

er (Cecilie 54, Agnes 63), hvorfor de også kan være solidariske med patienternes anklage og vrede mod Gud (Agnes 98). ”Jeg kan også komme til at tvivle meget”, siger Agnes (Agnes 161). Også her kan præsten og patienten tage hinanden i hånden og sige: ”Jeg tror, hjælp min vantro!”

4.4.5.2. Et rum for meningsløsheden og lidelsen

I en senmoderne ”lykkekultur” (Davies, 2015), der er præget af wellness-syndromet (Cederström, Spicer, 2015), og hvor det derfor også kan være svært at finde plads til sorg, lidelse, konflikt og meningsløshed, ser informanterne det altså som deres opgave at etablere det rum eller sted, hvor patienten eller den pårørende netop kan være med det. Gitte bruger i den forbindelse et eksplicit kristent sprog og henviser til kristendommens grundfortælling om lidelse, død og opstandelse, som det symbol, der kan rumme - eller med hendes ord - ”omfavne” - livets store modsætninger og dermed hjælpe den lidende til at leve med lidelsen:

Det handler nogle gange om at give patienterne et sted, en fortælling eller et sprog, de kan være i. Hvor al den lidelse, sorg osv., de bærer på, kan rummes. Det er ikke en illusion. Det er virkeligt. Men det er set af Gud. Det er givet et rum. Så i stedet for at det vokser fuldstændig kaotisk og fylder alt, så bliver det sat ind i en ramme, ind i Guds fortælling med os. Det kan gøres både i bønnen og velsignelsen... Folk græder jo, når man lyser velsignelsen, for det er som om, at al lidelsen bliver rammet ind af lys. Gud ser dig, løfter sit ansigt på dig og giver dig fred. Så det er både det at blive set og blive omsluttet af en fred. Det er en slags omfavnelser af sorgen og lidelsen og meningsløsheden, og det kan nogle gange give - måske ikke mening - men et sted, man kan være med alt det meningsløse, altså det, der er løst fra mening, som Bent Falk vil sige det. For lidelsen er ikke ukendt heller for Gud. Og så er det jo en fortælling om lidelse, som ikke ender i total lidelse, i sort og dybt mørke, men i lys, i en opstandelsesberetning (Gitte 149)

I en kritisk bemærkning om den psykolog, hun arbejder sammen med, formulerer hun sig direkte op imod den terapeutiske etos. Vedkommende psykolog er meget optaget af mindfulness, dvs. at lære hospicepatienterne at være i nuet, hvad der ifølge Gitte næsten

KAPITEL 4. ANALYSE

bliver et buddhistisk helhedsunivers, hvor alting er årsag og virkning, og alt passer sammen, hvorimod jeg tænker, at kristendommen og troen er meget mere sådan dynamisk og har både synd og død og liv med... ja, som Cohen vil sige det: There's a crack in everything, that's where the light gets in... der bliver huller ind i det her nu (Gitte 125).

I et kristent univers er der ifølge Gitte sprækker, hvor der kan komme noget ind udefra. Verden udgår ikke fra mennesket, men mennesket indgår i den af Gud skabte verden. Det er på forhånd indfældet i verden. Selv det lidende menneske er ikke alene hjemme, ”for lidelsen er ikke ukendt heller for Gud”, som hun formulerer det (Gitte 149). Det samme understreger Agnes:

Jeg tror på, at når vi står i de situationer, når en alt for ung skal dø eller et barn dør eller mennesker lider, så er Gud med i det, altså at Han lider sammen med os. Det er det der solidariske... Det tror jeg er rigtig vigtigt for mig (Agnes 64).

Den tyske teolog Jürgen Moltmann bruger begreberne *identifikation*, dvs. at blive set, hørt og spejlet i sin lidelse og anfægtelse, og *differentiering*, at man ikke bare er den, der lider og er anfægtet i sin tro, men også er den, der har mulighed for igen at blive fornyet i sin tro og sit håb (Moltmann, 1973:209). Jesu lidelse og død viser hans og dermed Guds solidaritet med det lidende menneske, og hans opstandelse viser, at han bliver ved med komme for at give den lidende nyt håb. ”Når vi oplever lidelse, er vi altså ikke alene henvist til at se tilbage og finde mulige årsager, men vi kan spørge: hvem har jeg at tro på, og hvem har jeg at håbe på?” som hospitalspræsten Tove Gade formulerer det (Gade 2014: 587). Denne samtidige sammenhæng og adskilthed mellem identifikation og differentiering synes at være en rammende beskrivelse af præsternes levede teologi. At Gud blev menneske i den lidende Kristus, viser netop ifølge Gitte, at sådan er menneskelivet. Menneskets vej er fyldt med lidelser. Livet går ikke op:

Langfredag hører med til livet, men det er gennemlyst af Gud, fordi Gud er gået ind i menneskelivet. Samtidig med at vi lever et liv, som kan være fuld af lidelse og mørke, så er vi også lysfyldte, fordi Kristus lever i os og derfor lever opstandelsen i os... (Gitte 128). Det er nogle gange befriende at tale med patienter om, at der er en identifikation mellem den lidende Kristus og dem. Og det er der i

KAPITEL 4. ANALYSE

såvel døden som i opstandelsen... (Ibid.131). Det er jo netop ikke som den, der mediterer sig væk, og hvor alt går op i en større helhed... det er det lidende, korsfæstede, ensomme og forladte menneske, som Gud ved opstandelsen bekræfter, er sandheden om menneskelivet (Ibid.135)

At der findes ensomhed, forladthed, skyld, uro, lidelse, tab og død bliver i den forståelse ikke en (individuel) fejl, der terapeutisk kan repareres på ved at (selv-)udvikle sig, søge tilbage i tiden eller ind i sindet, men netop udtryk for fællesmenneskelige vilkår, som Gud i Kristus er solidarisk med (Agnes 64). Gud er den medlidende Gud, der fra korset langfredag ved, hvad det vil sige at være traumatiseret og ikke kunne få øje på meningen og selv råber: ”Min Gud, min Gud, hvorfor har du forladt mig!” (Matthæus 27,46) (Elsebeth 282, Bente 292, Gitte 140). Der er, som en anden udtrykker det, ikke mange andre steder end kristendommen, hvor man har en lidelseshistorie som centrum (Cecilie 105). De uløste spørgsmål, det ufuldendte, det fragmentariske og den kæmpende og ikke accepterende holdning hører med til det at være menneske i kristen forstand, hvad det derfor også er præstens opgave at skabe rum og plads til (identifikation). Også præsten er anfægtet af at synge linjen fra salmen ”Ingen er så tryk i fare”: ”om tager, om han giver, samme Fader han dog bliver”⁸⁸ til en 39-årig mands begravelse (Agnes 77). På den måde repræsenterer de en modstand til de harmoniserende tendenser, vi finder i senmoderne, terapeutiske kultur, og som allerede den franske mentalitetshistoriker Philippe Ariès næsten profetisk advarede imod i sin sidste bog, hvor han siger:

“A small elite of anthropologists, psychologists and sociologists...acknowledge the necessity of death, but they want it to be accepted and no longer shameful...Death must simply become the discreet but dignified exit of a peaceful person from a helpful society that is not torn, not even overly upset by the idea of a biological transition without significance, without pain or suffering, and ultimately without fear “ (Ariès, 1981:624).

Denne forestilling om, at accept, harmoni og fred og lidelsesfrihed kan opnås i forhold til døden, hvis den døende får den rigtige (læs: professionelle) hjælp og støtte, kan nemlig genfindes i en moderne, dansk hospicekontekst. Filosofien

⁸⁸ Se Den Danske salmebog nr. 49 vers 5

KAPITEL 4. ANALYSE

Vibeke Graven konkluderer f.eks. i sin analyse af plejekulturen på et dansk hospice anno 2015, at

”omsorg rettet mod nærværets rum handler fra et plejeperspektiv om at hjælpe det døende menneske med at transcendere uro og ensomhed forbundet med døden. ... Det plejemæssige fokus er at bidrage til at finde ind til rum af nærvær, der kan give det døende menneske ro” (Graven, 2016:35).

Nogle dele af palliationstænkningen synes på den måde at have en stærk tendens til at fremhæve accept, harmoni, forsoning og accept som opnåelige mål inden døden. Der er naturligvis ikke noget i vejen med intentionen, men faren er, at når man på den måde taler om en god eller rolig død og en dårlig, dvs. urolig død, kommer man let til også at tale om gode og dårlige patienter, hvor

“bad patients are those who fail to conform, who deviate from normative behaviors and choices, and who fail to legitimate the role of their caregivers” (Hart, Sainsbury & Short, 1998:72).

Risikoen er med andre ord, at der ikke en gang på hospice bliver plads til lidelsen og det lidende menneske, sådan som et nyere antropologisk feltarbejde på et dansk hospice synes at antyde, hvor forfatteren konkluderer,

”at sedation virker som en æstetisering af dødsprocessen og den døende. Billeder af beboeren som lidende, råbende, forvirret, vred med mere forhindres. I stedet skabes et roligt billede af den sovende beboer. Idet den døende bringes til stilhed i æstetiseringen af dødsprocessen, skaber personalet en stille og rolig død - og giver de pårørende mulighed for at tage en rolig afsked. Den medicinske håndtering repræsenterer således en mulighed for at kontrollere beboernes dødsprocesser, så de fremstår mere harmoniske, fredfyldte og værdige, særligt for de omkringværende” (Kristensen, 2013:89)

I modsætning til denne æstetisering af døden ser hospitals- og hospicepræsten det som sin vigtige opgave at skabe rum til lidelsen og det lidende menneske og dermed til den grundlæggende forståelse af liv som opstand mod døden, som man især finder hos Grundtvig (se f.eks. Høirup, 1983). I denne optik er døden ikke naturlig, men netop den sidste fjende.

KAPITEL 4. ANALYSE

Men også det, Moltmann kalder differentiering, spiller en afgørende rolle. For samtidig med at Gud i Kristus er solidarisk med den lidende, viser Gud i opstandelsen, at det ikke ender i gravens mørke, at sorg, lidelse og død ikke har det sidste ord. Gud er den, der sprænger døden (Frida 170). Det håb bliver præsten i kraft af sin rolle netop bærer af. Adam siger det på den måde, at det særlige ved kristendommen er, at Gud selv er blevet et menneske, der lider, sørger og græder samtidig med, at Han lover os, at vi ikke kan komme et sted hen, hvor Han ikke er (Adam 179), eller som Cecilie udtrykker det, ”at selv der, hvor vi troede, vi var gudsforladte, der viser det sig, at der er Gud også” (Cecilie139). Hverken lidelsen eller døden er således gudløs. Det ser ud til, at deres levede teologi med hospitalspræsten Tove Gades ord kan betegnes som en trinitetsteologi med centrum i en korsteologi: Gud er den almægtige, som vi kender gennem Jesus. Men Gud har afstået fra sin almagt for at vise sin kærlighed ved at gå ind i lidelsen og lide som far og som søn og dermed være et spejl for vores lidelse. Men ved opstandelsen viser han sin modmagt, sit tegn på, at nok findes lidelse, men lidelse vil ikke sejre og ved sin Helligånd vil han hjælpe os til at kunne nære det håb (Gade, 2014:610). ”Når Gud har rejst Jesus op, så følger det lidende menneske med. Så er han også den, der bliver rejst op”, som Gitte formulerer det (Gitte 134). Den radikale kritik af den idealtypiske lutherdom, som er blevet rejst i det 21. århundrede, ser således ikke ud til at spille nogen særlig rolle i mine informanternes levede teologi.

Jeg vil i analysens 2. hovedafsnit se nærmere på, hvordan præsterne netop opfatter deres rolle som at være håbsbærere.

4.4.6. Opsamling

Vi har i dette afsnit set, at også præsternes forståelse af sorg er præget af det, Tony Walter sammenfattede med udtrykket “the invention of bereavement”, hvor fokus er skiftet fra den afdødes sjæl til den overlevendes følelser, fra ”passage to loss” (Walter, 1996b:117). I modsætning til middelalderens katolske præster ser de ikke sig selv som ”gatekeepere” i forhold til frelse/fortabelse i det evige, men snarere som ”pædagoger” (Busch 2011:180,185), dvs. som nogen, der ”går” sammen med den sørgende. Hvor sorg i den terapeutiske kultur først og fremmest forstås som emotion, altså som et individuelt, psykologisk problem, der har en løsning, peger præsterne på sorg som relation. Sorgen kan ikke løses ved sorgarbejde, men er et grundvilkår, dvs. en byrde, der skal bæres i fællesskab med andre. De opfatter ikke sorgen som en tunnel, man skal igennem, men som et landskab, man skal leve i og med, fordi sorgen netop hænger sammen med

KAPITEL 4. ANALYSE

relationen og er kærlighedens pris. Denne forståelse legitimerer sorgen (som følelse); den er ikke en fejl, ikke patologi, man skal helbredes for. Det virker ifølge præsterne aflastende, fordi det gør det mindre ensomt at sørge.

I samtalerne med sørgende understreger de, at de er mere optaget af den tabte end af tabet i sig selv, dvs. af relationen til den mistede snarere end af hvilke følelser, den sørgende måtte have i forbindelse med tabet. På den måde lægger de afstand til den instrumentaliseret af sorgen, der er kendetegnet for de fase- og opgaveorienterede sorgteorier, som den terapeutiske kultur er præget af, og som ser et endemål med sorgen. Sorgen, magtesløsheden og lidelsen kan måske nok mildes eller lindres, men ikke løses eller overkommes. I fokuseringen på den tabte forstår de i overensstemmelse med nyere psykologiske forståelser den afdøde som en betydningssskabende og betydningsbærende indre instans. Men deres tilgang rummer tillige en eskatologisk dimension, som er helt fraværende i såvel den terapeutiske kultur som i mere modernistiske tolkninger af evangelisk-luthersk teologi i det 21. århundrede. Den døde er også et ”sted”. De betoner fællesskabet i Gud mellem de levende og de døde som et ”allerede nu” og et ”endnu ikke”, og de ser deres særlige rolle som dem, der legitimerer og skaber plads til erfaringer af nærvær med den afdøde, til overvejelser over hvor den døde er og til håb om gensyn og at blive mødt på den anden side. Alt sammen fænomener som er blevet hjemløse i senmoderniteten, hvor døden er ophørt som indgang til noget og reduceret til alene at være exit (Bauman, 1992:8). De vender ikke tilbage til den middelalderlige forståelse af præstens rolle, som den der tager sig af ”overgangen” (”passage”), men de genfortolker den nu inspireret af psykologien. Hvor den terapeutiske etos’ 3. grundantagelse inkluderede en forståelse af lidelsen som et individuelt problem, ser præsterne - ligesom sorg - lidelse som et eksistensvilkår, som Gud i den lidende Kristus deler og i den opstandne Kristus sprænger, hvad der er med til at definere deres dobbelte opgave eller rolle i forhold til det lidende menneske som både solidarisk med-lidende og håbsbærere, dvs. som vidne om en større virkelighedsforståelse. De er ikke bare vidne *til* patienternes lidelse, de er også vidne *om* noget (større). Deres levede teologi på dette felt står således i klar modsætning til de terapeutiske etos og er tydeligt idealtypisk evangelisk-luthersk.

Jeg vil nu gå videre og se på, hvordan begrebet skyld, der ifølge den terapeutiske etos’ 4. grundantagelse udelukkende forstås som skyldfølelse, der kan afhjælpes, på samme måde som sorg og lidelse redefineres eller genlæses af præsterne som livsvilkår.

4.5. Mennesket er offer og skyldfølelse kan afhjælpes

4.5.1. Indledning

Jeg bestemte i teorikapitlet den terapeutiske etos' 4. grundantagelse som ”Mennesket er offer og skyldfølelse kan afhjælpes”. Det onde er noget, der kommer udefra og inficerer det oprindelige selv, hvorfor skyldfølelse ses som en fejl i den enkeltes måde at forholde sig til sig selv på og netop ikke som et tegn på, at man har overtrådt et moralsk imperativ eller forvoldt skade på et andet menneske. Skyld findes for det meste kun som skyldfølelse, der ses som et problem, der kan løses ved hjælp af terapi. Det handler om at få klienten til at holde op med at føle sig skyldig på samme måde, som man fjerner en tumor fra patientens krop. Skyldfølelsen må fjernes fra klientens sind. Mennesket er ikke ansvarligt for sin fortid, kun sin fremtid, hvad der ifølge kritikken af den terapeutiske kultur kan true muligheden for at erfare lidelsen som eksistentielt meningsfuld:

”The moral question of guilt is thus levelled (to use a Kierkegaardian expression) and transformed into a question of feeling good versus feeling bad. The suffering is transformed from a meaningful, normative reaction into a pathological entity that occurs causally in the client's mind”. (Brinkmann, 2010a:114)

Overfor denne forståelse konstaterede jeg i teorikapitlet, at begrebet skyld i en idealtypisk evangelisk-luthersk forståelse forudsætter tanken om et subjekt, der er ansvarligt, og som derfor kan pådrage sig skyld. Mennesket er ikke kun offer, men må stå til ansvar for sine handlinger. Men det forudsætter også, at man har ansvar overfor nogen, dvs. et fællesskab hvor andre mennesker er afhængige af én, og man derfor på forhånd er dem noget skyldig. Endelig forudsætter det også en større instans at have ansvar over for. Mennesket, Gud og næsten er i den forståelse bundet sammen i en ubrydelig trekant. Mennesket er ikke et uskyldigt naturvæsen, som omgivelserne, samfundet eller opdragelsen har ødelagt. Det onde er ikke bare en mangel, som ligger udenfor mennesket, og som principielt kan undskyldes, forklares eller elimineres. Mennesket er ikke godt nok på bunden. Synden skal dagligt bekæmpes, men kan ikke udryddes. Skylden er derfor heller ikke et problem, der kan løses, men en byrde, man personligt må bære i håbet om og troen på, at man er tilgivet. Spørgsmålet er derfor: er skyld en figur, der står tydeligt i præsters samtaler med patienter og pårørende, og hvad stiller præsterne op, når spørgsmålet om skyld kommer på banen. Er det overhovedet noget, patienter og pårørende er optaget af?

Hvordan handler præster i forhold til den skyld, de møder? Hvad tænker de om deres rolle? Og har skylden en plads i præsternes eget (tros-) liv?

4.5.2. Møder præsterne skyld i deres praksis?

I forhold til undersøgelserne af danskernes værdier siden 1981, der påpeger, at de træk i den kristne religion, som er knyttet til autoritet, fortabelse og straf har fået mindre tilslutning (Andersen, Lüchau, 2011:94), er det ikke overraskende, at Gitte, der er præst på et hospice, oplever, at skyld ikke er det, der fylder mest i samtalerne, simpelthen fordi patienterne ikke er særligt optaget af det:

Jeg synes ikke, der er så meget skyld på hospice... Der er ikke nogen fortrydelse... siger hun med en vis undren og forsætter... for der er meget, jeg selv fortryder. Jeg havde læst, det ville fylde rigtig meget, men folk siger: Jeg har haft et godt liv (Gitte 176,178,183)

Selv der, hvor den cancersyge ikke har levet sundt og f.eks. har røget, og hun spørger: "Ville du have gjort noget andet?" er svaret: "Nej, egentlig ikke". Hvis der er skyld, så er det mere de andres skyld, så er det lægen, der ikke opdagede sygdommen tidligt nok (Gitte 184). At patienter føler sig skyldige og selv bringer det på bane, er tilsyneladende så sjældent, at en af præsterne kan huske, at da en patient en dag gjorde det, blev hun meget glad, "og at det var godt til hendes præstehjerte" (Helga 160,161). I overensstemmelse med den terapeutiske etos oplever Gitte, at de mennesker, hun kommer i kontakt med, mere ser sig som ofre end som skyldige. Som en præst, for hvem Luthers forståelse af mennesket som samtidig synder og retfærdig er meget vigtig (Gitte 153, 171), stiller hun sig undrende heroverfor. For hende er det hjælpsomt at vide, at hun er en tilgivet synder, og at hun derfor ikke behøver at stræbe efter at være god nok, for at få lov til at være (Gitte 155). Der er altså tydeligvis en spænding mellem hendes egen forståelse af, hvad et menneske er, og så de menneskers forståelse, hun taler med. Hvis skyld findes her, er det mere som skyldfølelse (Gitte 171).

Heller ikke Elsebeth oplever megen fortrydelse. Det er sjældent, at folk bringer skyld på banen. Det kan skyldes en modvilje mod at se skylden i øjnene, men det kan også skyldes en slags afklarethed, at det var sådan det gik, siger hun. Hun møder ikke ret mange, der vredt anklagende siger, at nu har de spist sundt, aldrig røget og løbet 30 km om dagen, og så får de alligevel cancer i spiserøret? Det er, som om at folk er tilbøjelige til at se det som dårlige gener, som tilfældigheder (Elsebeth 186,188). Hun kan faktisk ikke komme på et eksempel på en samtale,

KAPITEL 4. ANALYSE

hvor en patient har ment, at det var vedkommendes egen skyld, at han var blevet syg, hvad hun egentlig undrer sig over med den udbredte kulturelle dagsorden, der handler om tage ansvar for sit eget liv (Elsebeth 192). Der, hvor hun støder på skyld, er hos de sygeplejersker, hun superviserer, og som ofte har en tilbøjelighed til at tage al skylden på sig. Med forbillede hos præsten og psykoterapeuten Bent Falk, hvis terapeutiske træningsgruppe, hun har fulgt igennem fire år, ser hun det som sin opgave at hjælpe dem med at skelne mellem det, der rent faktisk er deres skyld og det, der er alle mulige andres ansvar og skyld (Elsebeth 193). Man kan her hæfte sig ved, at Guds tilgivelse, som netop er central i evangelisk-luthersk teologi, ikke nævnes.

Hvis skyld bringes på banen i samtalerne, er det enten, fordi mennesker kommer fra kirkelige kredse og derfor er fortrolige med sproget (Bo 144), eller også er det noget, præsten bringer på bane (Helga 150). Den yngste af informanterne, en kvindelig hospitalspræst med få års erfaring i bagagen, oplever ligeledes, at det mest er troende mennesker, der kæmper med skyld, mens det sjældent dukker op hos folk, der siger, at de ikke har en tro. Hun kan slet ikke huske, at hun hos dem, hun kalder ”ikke troende unge mennesker”, har mødt nogen, der tænker på skyld (Bente 198). Det bliver i stedet til, at de diskvalificerer Gud; de bliver vrede på ham og tænker, at der ikke kan være nogen Gud, når det forfærdelige sker (Bente 201). Hun nævner dog også, at kvinder, der på neonatal-afdelingen mister børn, godt kan have skyld, også selvom de ikke udtrykker det direkte, hvad hun i undervisningen af sygeplejersker altid gør opmærksom på (Bente 214). De kan føle sig som utilstrækkelige mødre, når barnet dør i maven på dem (Bente 205), eller de tilskriver tabet, at de ikke har dyrket tilstrækkelig motion (Bente 203). Det er således et vigtigt tema, men det har ikke noget med Gud at gøre, mener hun. Direkte adspurgt, hvad hun mener, det kristne svar på denne skyldfølelse er, svarer hun, at det ved hun ikke, for det taler hun ikke med kvinderne om (Bente 215). Hun skelner mellem skyld i forhold til sig selv og andre og skyld i forhold til Gud, hvor den sidste stort set kun forekommer blandt dem, hun kalder troende. Og når hun møder skylden der, anser hun det for et problem, der har at gøre med patienternes billede af Gud som den vrede og straffende. Det er et gudsbillede, som hun ikke deler, og som hun har lyst til at hjælpe dem af med, selvom hun godt ved, at det må eller skal hun ikke (Bente 208). Det er nemlig ikke hendes opfattelse, at Gud skal tilgive mennesker, hvorfor hun også har det svært, når hun støder ind i den forståelse hos andre (Bente 207). Mennesker har ikke brug for Guds tilgivelse, siger hun. De er grundlæggende gode, for Gud har jo skabt dem, som dem, de er (Bente 208). På den måde lægger hun i sin levede teologi afstand til den idealtypiske evangelisk-lutherske antropologi, der netop peger på, at mennesket som en totalbestemmelse er det syndige og dermed skyldige og dømte menneske. I kraft af dets gudsforhold er

KAPITEL 4. ANALYSE

det sat ind i et forpligtende forhold til næsten, hvorved det ikke kan undgå at blive skyldigt. Har vi her spor af den terapeutiske etos' forståelse af mennesket som værende grundlæggende godt? Men selvom hun netop har lyst til at afhjælpe det, hun betragter som negativ skyldfølelse, så er der øjensynligt noget, der holder hende tilbage. Hun ved godt, hun ikke må eller skal gøre det, siger hun. Hvad eller hvem, det er, hun ikke må det for, kommer hun ikke ind på. Det kunne have været interessant, om jeg i interviewet var gået dybere ned i denne tematik. Man kan overveje, om det er udtryk for den terapeutiske indsigt, at når man forsøger at tage noget fra folk, der er vigtigt for dem, så vil de bruge endnu mere energi på at holde fast i det og derved have sværere ved at slippe det (se f.eks. Falk, 1996:35), eller det er en form for teologisk resistens overfor den terapeutiske kultur? At det kunne være det sidste, peger nogle af Bentes overvejelser på. Hun reflekterer f.eks. over, om hendes persona kan forhindre nogen i at komme ind på temaer som skyld og skam. Selvom hun mener, at hendes friske, ungdommelige og til tider fanden-i-voldske præstepersona netop giver hende nogle samtaler, hun måske ellers ikke ville få, fordi hun ikke lever op til fordommene om, hvordan en præst ser ud og taler, så kan den måske også lægge sig hindrende i vejen på andre områder. Hun er overbevist om, at hvis hun var lidt mere alvorlig, lidt mere inderligt troende, ligesom de præster, hun egentlig helst ikke vil ligne, ”der sidder sådan lidt præsteagtigt, ikke... og ansigtet i folder og sådan noget”, så ville hun få en alvor ind i samtalen, hvorved der ville blive mere plads til netop skylden (Bente 45). Hun mener altså, at hendes persona kan være medvirkende til, at skyld og skam ikke fylder så meget i samtalerne, fordi hun med sin måde at være præst på simpelthen ikke inviterer til det - underforstået: og det burde hun gøre.

I modsætning til Bente står skylden for Frida, som er den ældste af informanterne, på hendes egen eksistentielle dagsorden. Hun har været sognepræst det meste af sit arbejdsliv og hendes erfaring i sundhedsvæsnet indskrænker sig til et par år på et hospital og nu et kortere vikariat på et hospice. Hun har selv brug for tilgivelsen, siger hun, for skyld er efter hendes opfattelse et vilkår i tilværelsen. Og denne forståelse ser ud til at give hende en frimodighed til at adressere skylden hos patienterne og lukke op for samtalen om den:

Hvis mennesker kan mærke noget af det, jeg kan mærke, så slipper de ikke for skylden. Jeg slipper ikke for den, så jeg tror heller ikke, min nabo slipper for den. Jeg kan måske godt prøve at fortrænge den. Det har vi også lyst til. Og det kan også lykkes os en tid. Men det er kun for en tid, ik'? Den sidder jo inde i baghovedet. Og det at få snakket om det, ja ligefrem få spurgt om: Kan det tilgives? Det er

KAPITEL 4. ANALYSE

det, der duer til noget for mig, og så tror jeg også det duer til noget for min nabo (Frida 100).

Hvis man er et normalt tænkende og følende menneske, så har man en samvittighed, mener hun, og så kan man også meget let få skyldfølelser. For alle mennesker svigter. Alle kommer til at gøre noget, de ikke skulle have gjort (Frida 96). Hun siger direkte til folk, at skylden slipper de ikke for. Og de bliver ikke sure. De sidder og tænker lidt (Frida 98). I modsætning til Bente synes hun hyppigst, hun mærker, at mennesker føler skyld (Frida 96). Hun fortæller om en konkret samtale, hvor hun er blevet tilkaldt, og hvor det var tydeligt, at den pågældende kvinde netop havde gjort sig klart, at det var præsten, hun ville tale med, og det derfor lynhurtigt kom til at handle om skyld og skam, om dårlig samvittighed og svigt (Frida 53). Ifølge hende kalder præsterollen i sig selv på samtaler om skyld og skam.

Også Helga oplever, at mennesker føler sig skyldige, om end det er i det, hun kalder en amputeret betydning i forhold til en teologisk tænkning (Helga 156). Ligesom også Bente understregede, har den skyld, Helga møder hos mennesker, set fra deres synsvinkel ikke noget med Gud at gøre. Hvor der er tale om skyld, er det i forhold til ægtefællen, børn eller andre (Helga 157). Følelsen af at være ansvarlig i forhold til en større instans er stort set fraværende. Hun uddyber ikke yderligere, hvad amputationen består i, men i forhold til den idealtypiske evangelisk-lutherske teologi kan man sige, at ja, det er rigtigt, det er næsten, ægtefællen, børnene, de andre, du er forpligtet på, men det er Gud, der har forpligtet dig på dem, og denne forpligtethed og den medfølgende skyldighed er absolut. Den afhænger netop ikke af, om du personligt føler dig forpligtet eller føler dig skyldig, sådan som den terapeutiske kultur ville ”sige”. Overfor denne forståelse, at det er den subjektive følelse, der er sandheden, taler denne teologi netop modsat om, at mennesket i grundlæggende forstand er en synder samtidig med, at det kan handle og pådrage sig skyld og dermed har et personligt ansvar. Skylden er ikke emotivt betinget. Selvom denne forståelse således er fremmed for det senmoderne menneske, tilføjer Helga, at der alligevel er nogen, der famlende prøver at beskrive noget mere, som kan foldes ud i samtalen (Helga 157). Skyld som begreb vækker stadigvæk genklang og kan bringes i spil, hvor det er meningsfyldt, men det kan ikke bruges uformidlet (Helga 154).

Anderledes central synes skylden at være på et psykiatrisk sygehus. Her spiller den en meget vigtig rolle både i samtalerne med patienterne og i gudstjenesterne i hospitalskirken. Dorte, der er mangeårig præst her, mener, at skylden og skyldfølelsen er væsentligt meget større her end så mange andre steder i samfundet (Dorte 130). Når man bliver ramt så hårdt, at man har brug for at blive indlagt på et psykiatrisk hospital, så kommer spørgsmålet altid: er det her min egen

KAPITEL 4. ANALYSE

skyld? (Dorte 131). Folk føler sig dømt, og forestillingen om, at det er Gud, der har dømt dem og straffet dem, som er forsvundet i mange andre dele af samfundet, trives i ”bedste” velgående her (Dorte 167). Især i retspsykiatrien giver talen om at være synder og skyldner mening (Helga 157). Dorte mener ligefrem, at der ligger en dyne af skyld over psykiatrisk hospital, som det er hendes opgave at prikke hul i. Man skal ikke pakke folk ind i vat, siger hun. Der skal både trøst og syndernes forladelse til (Dorte 68). Derfor spiller nadveren, som man kan se som en konkret manifestation af trøst og tilgivelse, også en meget væsentlig rolle her. Det gælder både den fælles, der foregår til gudstjenesterne i hospitalskirken, hvor andelen af dem, der går til nadver er omkring 90% (Dorte 69), og den individuelle, som finder sted i forbindelse med samtalerne med patienterne (Dorte 70). Hun nævner også skriftemålet⁸⁹ og velsignelsen med håndspålægelse som vigtige redskaber, der kan give patienterne fred for den plagsomme skyld (Dorte 72).

Når man ser bort fra psykiatrien, er det altså ikke hverdagskost, at hospitals- og hospicepræster møder skyld hos patienter og pårørende, selvom der, som vi har set, er individuelle forskelle, der kan have at gøre med, om præsten med sin persona inviterer til det. Der ser således ud til at være en spænding mellem på den ene side præstens teologiske baggage, hendes *learned theology*, og hendes egen oplevelse af, at den kristne forståelse af mennesket som skyldig og tilgivet er meningsfuld og befriende, hendes *owned theology*, og på den anden side, at skyld som begreb ikke står i forgrunden hos de patienter og pårørende, de kommer i kontakt med. Man kunne her overveje, om en af grundene til, at skylden ikke er det første, præsterne støder ind i, er indflydelsen fra den terapeutiske etos. At den netop har medført, at skylden er gået under jorden og er blevet hjemløs, sådan som den danske historiker Henrik Jensen peger på (Jensen, 2006). Og den skyld, præsterne møder, er tilsyneladende ikke skyld forstået som et vilkår, men alene skyldfølelse knyttet til helt konkrete situationer og mennesker. Vi skal nu se på, hvad der sker, når præsterne rent faktisk møder skyldfølelse hos patienter og pårørende. Forsøger de i overensstemmelse med den terapeutiske etos at hjælpe mennesker af med dem?

⁸⁹ Den danske folkekirke har et autoriseret ritual for det, man benævner som ”Privat skriftemål”, som består af syndsbeholdelse, hvor den, der skrifter, med egne ord bekender, hvad der nager hans samvittighed. Herefter siger præsten under håndspålægelse ”På Jesu Kristi befaling og for hans lidelses og døds skyld tilsiger jeg dig alle dine synders nådige forladelse i Faderens og Sønnens og Helligåndens navn! Han, som har begyndt sin gode gerning i dig, vil fuldføre den indtil Jesu Kristi dag. Fred være med dig”. Skriftemålet slutter med Fadervor og velsignelse. (se <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=72296>, downloaded 15.05.2017)

4.5.3. Hvad stiller præsterne op med skylden?

Som jeg har konstateret, ser det ud som om, at forestillingen om, at man på forhånd er nogen skyldig, og at Gud er den, der forpligter en på næsten, er fremmed for det senmoderne menneske. Men hvad gør præsten i de særlige situationer, hvor patientens eller den pårørendes objektive skyld er åbenlys, eller vedkommende ligefrem insisterer på sin skyld?

Elsebeth fortæller:

En ung mand var kørt galt og hans kæreste, der sad ved siden af ham i bilen, var blevet voldsomt tilredt, hvorfor hun nu var blevet fløjet til et andet hospital. Han var ikke kommet særligt til skade, men havde ønsket at tale med en præst. Da jeg kom ind til ham, sad han bare i en stol og kiggede ned, hvad der er karakteristisk, når der skyld og skam på færde. Jeg hilste på og satte mig ned, og som jeg husker det, var det allerførste han sagde, stadig med blikket slået ned:

"De siger jo, at det ikke var min skyld!"

Og så tænkte jeg: Ok, nu springer du ud i det med begge ben. Og så sagde jeg til ham:

"Men du ved bedre!"

Så kiggede han op på mig med et så fuldstændigt intenst og nærværende blik, at jeg nær var drattet ned af stolen.

"Hvad mener du?" spurgte han.

"Ja, det var jo dig, der kørte bilen!"

"Det er der ikke nogen, der har sagt til mig før!"

"Nej", sagde jeg med alle tegn på uro indeni, "hvordan er det så, at jeg siger det til dig?"

"Det... det er jo ligesom det er en kæmpe lettelse", lød hans svar.

Og så snakkede vi med inspiration fra Bent Falk om at være medskyldig. Den sorte is, der var grunden til at han var gledet ud, og som han ikke havde haft mulighed for at se, var selvfølgelig medskyldig. Men han havde ikke haft vinterdæk på. Han havde måske også haft for lidt for travlt og ikke taget farten nok af i svinget, så han var også medskyldig. Vi prøvede at afdække alle de forskellige ting, der spillede ind. Til sidst spurgte jeg ham:

"Gør det nogen forskel nu, hvor vi har snakket om alle de ting, der har været medskyldige i ulykken?"

KAPITEL 4. ANALYSE

Han tænkte sig om et øjeblik og svarede så:

”Nej, det gør egentlig ikke nogen forskel, det var jo mig, der kørte bilen!”

Han havde fortalt mig, at hans største frygt var, at kæresten efter ulykken ikke ville kendes ved ham, så jeg spurgte ham:

”Hvad nu, tror du stadigvæk, at din kæreste ikke vil snakke dig?”

”Nej”, sagde han, ”det tror jeg da, hun vil”.

Og så sagde han - og det var jo sådan helt fantastisk, nærmest som en krone på værket:

”Nu vil jeg fri til hende, nu skal vi giftes, fordi det er det, vi skal, det er hende, jeg vil have!”

Han fik lov til at have den skyld, han havde, og det slog ham jo ikke ihjel. Tværtimod, det bragte ham videre. Alle havde sagt til ham, at det ikke var hans skyld. Men han sad jo der og vidste, at det var ham, der havde kørt den skide bil. Det var hans skyld. Han havde ikke taget farten nok af (Elsebeth 219-220).

At præsterne ser mennesket som et ansvarligt subjekt, der kan pådrage sig skyld, som hverken kan eller skal undskyldes eller afhjælpes, viser sig flere steder. Af ovenstående fortælling fremgår det, at Elsebeth er fuldt bevidst om, at hun med sin konstatering ”Men du ved bedre?” underforstået: ”at du er (med-)skyldig”, gør noget helt andet end alle andre personalegrupper. Der er tydeligvis tale om et brud, en uventet og overraskende vinkel i forhold til, hvad han ellers har mødt. I overensstemmelse med den terapeutiske kulturs antagelse om, at mennesket er offer og skyldfølelse kan afhjælpes, har personalet forsøgt at overbevise den unge mand om, at han ikke kunne gøre for det. At han var uskyldig. Skyldfølelsen var kun blevet set som en fejl i hans måde at forholde sig til sig selv på og ikke som et udtryk for en reel skyld i betydningen: årsag til ulykken. Det var den sorte is m.m., der havde skylden. Elsebeth opfatter den unge mand som værende skamfuld. Han kigger ned i gulvet, og hun kan i første omgang ikke få øjenkontakt med ham. Skylden er i hendes optik blevet hjemløs. Den har mistet sin legitimitet. Hun fornemmer tydeligvis, at det kræver noget særligt at gå imod strømmen og bryde det kulturelle tabu om, at mennesker ikke har ansvar for deres fortid, og at skyldfølelse kan afhjælpes. Men hun ”springer ud i det”. Med hjertet oppe i halsen vover hun at gå op mod tabuet og bekræfte ham i hans skyldighed, og det kommer der efter hendes egen udlægning noget frugtbart ud af. Hun fortæller, at hun var ved at falde ned af stolen. Hun var nødt til indvendig at slå tre kors for sig og bede: ”Kære Helligånd, hvis du er der, så er det nu, jeg har brug for dig”, og hun har det

KAPITEL 4. ANALYSE

efterfølgende med i supervision (Elsebeth 222,223). Hun har rent faktisk været i tvivl om, hvorvidt det var det rigtige at gøre.

Denne fornemmelse af at balancere på kanten og gøre noget, der bryder med den dominerende terapeutiske etos, viser sig også i Agnes' fortælling om en samtale med en kvinde, der havde haft en spontan abort. Kvinden følte sig meget skyldig og overvejede, om hun havde spist noget forkert. Agnes fortæller, hvordan hun umiddelbart har lyst til at tage skylden fra kvinden ved at sige, at sådan hænger det jo ikke sammen. Men det gjorde det jo lige nu indeni kvindens hoved, så hendes opgave som præst måtte være at lytte og give plads til det og øve sig i at lade være med at protestere. Kvinden skulle have lov til at sige tingene, og det skulle ikke være præsten, der forhindrede hende i at udfolde det "for så kan det jo blive sådan lidt skamfuldt, at det må jeg ikke tale om-agtigt"

Det er ligesom, jeg havde et ungt par, der havde valgt at afbryde en graviditet. Og så siger faderen: "Det er svært for mig er, at vi har slået et barn ihjel!" Og så havde jeg rigtig meget lyst til at sige: "jamen, det gjorde I af kærlighed, fordi I vidste, at det her barn ikke ville være raskt", men jeg sagde jeg bare "Ja!" Faderen gentog sætningen "Vi har slået et barn ihjel..." og så synes jeg bare pausen var rigtig, rigtig lang, men så siger han selv: "Vi gjorde det jo af kærlighed!" (Agnes 78-79).

At holde igen er, som hun her fremhæver, noget man skal øve sig i. Det er tydeligvis en udfordring ikke bare omgående at gå i gang med at tage skylden fra dem. Hun oplever det selv pinefuldt at lade faderens udsagn "Det er svært for mig, at vi har slået et barn ihjel" stå og dirre i luften samtidig med, at hun har en fornemmelse af at ved netop at give dem lov til at tage ansvar for deres liv og deres valg, tager hun dem alvorligt i eksistentiel forstand. Hun forfalder ikke til at prædike eller docere, men giver parret tid og rum til selv at arbejde sig frem til en forståelse. Man kunne sige, at hun her benytter sig af indsigter fra det terapeutiske rum til at fastholde den teologiske pointe, at de er skyldige, og det kan de ikke undgå at blive. Psykoterapeuten og præsten Bent Falk taler et sted om, at det, der hjælper, når skylden trænger sig på, og som kan gøre situationen mere udholdelig, netop er:

"at se skylden i øjnene og bære den. Skylden er en del af prisen for et valg, man har foretaget i livet; og ofte vil det være sådan, at man også har fået noget for den skyld" (Falk, 1996:44).

KAPITEL 4. ANALYSE

I direkte forlængelse heraf, siger Elsebeth, da hun reflekterer videre over det med, at de fleste gerne vil tage skylden fra patienten eller den pårørende, at det er som at tisse i bukserne for at holde sig varm. I første omgang ånder man lettet op, men så kommer skylden væltende igen. Når man er bange for at være skyldig, er den største lettelse at få lov til at være det (Elsebeth 227). Psykologisk indsigt skubber altså ikke her teologien af banen, men fungerer som en slags fødselshjælper for den.

Agnes kommer med endnu eksempel, der fremhæver den samme pointe. Hun bliver en sen aften tilkaldt til en døende hjertepatient. Manden var meget optaget af dommen. Han fortæller sin livshistorie; især at økonomien altid har været anstrengt i familien, og at han derfor har lavet sort arbejde. Han fortæller også, at han har sin barnetro, og ifølge den er det kun de gode, der kommer i himlen. Og på grund af det sorte arbejde mener han ikke, han hører til der. Også her har hun umiddelbart lyst til at tale det ned og sige, at den slags da vist kommer under Vor Herres bagatelgrænse. Men hun griber sig i det, fordi det øjensynligt er meget vigtigt for ham. Han følte sig skyldig og var bange for dommen, og derfor var det også det, der skulle tages udgangspunkt i. Hun fortalte ham om nadveren, om hvad det ritual betød, og samtalen sluttede helt konkret med nadver på sengekanten (Agnes 97-98). Det er tydeligt, at nadverritualet i hendes optik er en måde at tage mandens skyldfølelse alvorligt på. Ritualet, hvor Jesus deler sit legeme og blod med den skyldige, understreger, at skylden ikke skiller den skyldige fra Guds kærlighed. Skylden bekræftes og tilgives.

Man kan overveje om det for præsten er vanskeligt at lade være med at forsøge at tage skylden fra patienterne, fordi hun også lever og ånder i den terapeutiske kultur? Som vi har set i både Elsebeths og Agnes' fortællinger, kræver det både en særlig bevidsthed og vågenhed og et særligt mod at lade være med det. Det samme giver en yngre, mandlig hospitalspræst udtryk for. Han fortæller om en samtale, han havde, da han lige var blevet ansat på hospitalet, og som han tillægger nærmest paradigmatisk betydning. Den er, som han formulerer det, ”noget, jeg måske en dag kan fortælle og brygge en masse på”. Det var en ung fyr, der havde kørt bil i beruset tilstand. Han var kørt galt, og hans kammerat, der sad ved siden af ham, var blevet dræbt på stedet. Det var en eneulykke. Der var ikke nogen, der var kørt ind i ham. Det var hans skyld.

Hvis jeg ikke vidste det inden, så fandt jeg i hvert fald ud af det der; at den skyldfølelse, den kan jeg ikke tage fra ham og det skal jeg bestemt heller ikke, for så snyder jeg ham. Jeg snyder de pårørende, og jeg taler udenom virkeligheden. Jeg har efterfølgende reflekteret meget over den samtale. Instinktivt tror jeg godt, jeg kunne have sagt til ham, at sådan var det jo; at vi begår alle sammen fejl,

KAPITEL 4. ANALYSE

hvilket jo også er rigtigt nok. Men den dybe skyld, som han sad med, skal han lære at leve med. Jeg tror i hvert fald, at jeg der fik sådan en hammer, at hvis jeg på en eller anden måde havde tænkt mig at tale det ned, jamen, så mindede det mig i hvert fald om, at det skulle jeg ikke gøre. Det var sådan noget, man i gamle dage ville have kaldt Guds forsyn, ik' (Adam 146)

Instinktivt har han lyst til tage skylden fra den unge mand. Kampen mellem den terapeutiske etos' fokus på at afhjælpe skyldfølelser (Brinkmann, 2013:115) og evangelisk-luthersk teologis insisteren på, at mennesker kan handle og pådrage sig skyld, som præsten hverken kan eller skal tage fra vedkommende, pågår, ligesom vi så det hos Agnes og Elsebeth, også som en indre kamp. Den er ikke kun ydre. Den terapeutiske etos' stemme synes at være stærk. Det bekræftes også af Helga, der siger, at hun er bevidst om ikke at blive for optaget af at have lyst til at tage skylden fra dem, hun taler med,

fordi man kan jo godt mærke, at den er der nogle gange, den der lyst til at følge med i koret... det skal du da ikke osv. ... altså at tage alvorligt, at ja, nogle gange, så gør vi noget, som vi ikke skulle have gjort eller man valgte det dårlige af to ting (Helga 167)

Præsternes ser således ikke at være upåvirkede af den terapeutiske etos antagelser om, at mennesket er offer, og skyldfølelse kan afhjælpes. De ligger som et slags baggrundstæppe, de hele tiden forholder sig til. For når de går op imod den, så skal de både overfor sig selv og andre argumentere for det. Men som vi har set, indebærer det for størstedelens vedkommende netop ikke, at de handler i overensstemmelse med den. For som Adam f.eks. siger: erkendelsen ramte ham som en hammer, at hvis han havde forsøgt at tage skylden fra den unge mand, så ville han ikke bare snyde ham, men også de pårørende og tale udenom virkeligheden, og han tilskriver det - om end lidt spøgefuldt - Guds forsyn, dvs. at Gud har styret ham. Man er her ikke i tvivl om, at det er fremmed for ham at bruge en sådan formulering, hvad der fortæller noget om den helt særlige betydning, han tillægger denne erfaring. Mennesket er efter hans opfattelse netop ikke godt nok på bunden. Elsebeth udtrykker det på den måde, at selvom vi mennesker fødes som nogen, der i bund og grund vil det godt, så er der en egoisme i os, og til dels også en ondskab, som ind imellem gør, at vi gør noget, der med hendes ord ikke er "hensigtsmæssigt" (Elsebeth 198). Det samme peger Dorte på: at mennesket er en synder, er en gennemgribende forståelse i den forstand, at selvom mennesket ikke kun er ondt,

sådan som en stærk deprimeret person vil være tilbøjelig til at mene om sig selv, så har det noget ondt i sig, som ikke lader fjerne. Det er en del af menneskets eksistens. Alle har et eller andet. Samtidig fortæller hun også, at hun især overfor den svært depressive patient, der mener, at han er helt særlig ond, er meget omhyggelig med at understrege, at han ikke er ondere eller en større synder end andre, og at Gud netop ser anderledes på det, for Han har skabt ham. Dorte bruger her skabelsestanken, ”at Gud så, at det var såre godt, og Gud velsignede det... og så kommer alt det andet ind” (Dorte 147). Vi genkender her den idealtypiske evangelisk-lutherske ontologi, som understøtter, at Guds ja kommer før menneskets nej. Mennesket er skabt i Guds billede og under syndens magt. Mennesket har ansvar, men hele ansvaret ligger ikke på den enkeltes skuldre (Dorte 149). For majoritetens vedkommende synes deres levede teologi på den måde at gå imod de herskende holdninger. Den terapeutiske etos er nok det vand, præsterne som senmoderne mennesker ”svømmer” i, men de forsluger sig ikke i det, endsize drukner.

Jeg vil nu bevæge mig fra de praksiseksempler, som præsterne selv har trukket frem i interviewene til deres mere almene teologiske overvejelser over, hvad deres (særlige) rolle er i forhold til den skyld, de møder hos patienter og pårørende.

4.5.4. Ikke at tage skylden fra nogen

På et spørgsmål om, hvad Adam mener, der er hans rolle i forhold til patienters skyldfølelser, fremhæver han i overensstemmelse med ovenstående fortælling om den unge mand, at han ofte ser sin rolle som den modsatte af de pårørendes. De har nemlig en tendens til at sige til patienten, at det skal han eller hun ikke tænke på. Men det fjerner ikke skylden. Den kan stadig fylde. Derfor prøver han på at lade dem, han taler med, fortælle om den (skylden). Og han kan måske endda finde på at bekræfte dem i deres antagelse af, at det ikke var en god måde at håndtere en bestemt situation på, og at han godt kan forstå, det plager dem (Adam 143). Denne forståelse er tydeligvis teologisk medieret. Han beretter på et tidspunkt, at han tilfældigvis har kigget i et af sin kones ”woman-blade”, som han kalder dem. Der er han blevet voldsomt provokeret over en artikel med overskriften: ”Vil du være et godt menneske, så følg disse 10 trin”:

Det er jo næsten antikristendom... siger han leende. Det burde i stedet være en firetrins- eller en tretrinsvejledning, der hedder noget i retningen af: erkend, du ikke er et godt menneske, bliv tilgivet og gå så ud og lev dit liv igen (Adam 85).

KAPITEL 4. ANALYSE

På samme måde kommer Helga i tanke om en patient, som i en samtale med hende gav udtryk for, at det for ham var en stor befrielse at få lov at være skyldig, fordi der var så mange, der gerne ville hjælpe ham af med skylden, og han savnede et sted, hvor han kunne få lov at bære den. Det er efter hendes opfattelse netop det særlige for samtalen med præsten, at hun ikke ser det som sin opgave at hjælpe folk af med skylden (Helga 160). Også Agnes fortæller, at hvis hun sad med en mand, som havde rigtig dårlig samvittighed over at have behandlet et andet menneske dårligt, så ville hun ikke tænke, at det var hendes opgave at tale skylden ned. Det ville først være vigtigt for hende at finde ud, hvad skylden har gjort ved vedkommende, og om der var noget, der kunne være godt for ham at få gjort eller sagt i forhold til den, det er gået ud over. Og hvis det ikke kan lade sig gøre, fordi moderen f.eks. er død, så er bønnen eller ritualen en mulighed. Så ville hun spørge ham: ”Kunne det være hjælpsomt for dig, at vi bad en bøn og lagde det i Guds hænder?” (Agnes 114). En mandlig hospitalspræst siger ganske vist, at han gerne vil hjælpe folk af med deres skyld, men tilføjer

med mindre altså.... det kan jo også være helt oplagt, at de har noget skyld, og så skal man jo ikke bortforklare det, men så er det lidt noget andet, og så er det, vi rykker over i syndsforladelseskategorien (Bo 121).

Han går altså ikke bare som en selvfølge ud fra, at den følelse af skyld, patienter måtte præsentere for ham, nødvendigvis er ensbetydende med, at de er skyldige i objektiv forstand, dvs. at de har været årsag til et eller andet. Denne nuancering eller skelnen mellem skyld og skyldfølelser, mellem reel og irreel skyld er tydeligvis vigtig. Som én peger på, er der nogle mennesker, der uretmæssigt vil tage skylden for alting, hvorfor det for hende er af afgørende betydning at snakke om medskyld: dvs. i samtalen at afklare, hvad der er vedkommendes andel i det, der er sket, og hvad er de andres eller omstændighedernes? (Cecilie 113) Det samme understreger Dorte. Man kan selvfølgelig godt være medskyldig i, at det ikke er gået ens børn godt, men man har ikke hele skylden. Andre har også været inde i billedet. Børnene er selv ansvarlige, og der kan også være noget uforklarligt på færde. Den enkelte har ikke hele ansvaret (Dorte 172). Med en skjult henvisning til Bent Falk (Falk, 1996:43f), hvis supervisions- og psykoterapeutuddannelse Cecilie med stort udbytte har fulgt (Cecilie 5,13), taler hun om, at ens skyld aldrig rækker længere end ens magt og ansvar. Magt, ansvar og skyld hænger sammen. Hvis ikke du har magt, har du heller ikke ansvar og kan derfor heller ikke være skyldig i betydningen årsag, også selvom du føler dig skyldig. Det sidste eksemplificerer hun med de mennesker,

KAPITEL 4. ANALYSE

hun møder, der som børn har været udsat for seksuelle overgreb og som på trods af deres manglende magt til at forhindre overgrebet alligevel sidder tilbage med en voldsom skyld og forkerthed (Cecilie 116). Her ville det netop være forkert at tale om tilgivelse, fordi det på en måde cementerer deres skyld og uretmæssigt indirekte kommer til antyde, at de kunne have gjort noget andet. Og den begrænsning er vigtig, understreger hun, så man ikke pålægger sig selv skyld der, hvor man rent faktisk ikke har magt samtidig med, at det kan give mod til at bære den del af skylden, som vitterlig er ens egen (Cecilie 113,116,120). Som vi så ovenfor, pegede også Elsebeth i eksemplet med en unge mand, der var kørt galt, på, at det er vigtigt at tale om medskyldighed. Isen, som han ikke havde kunnet se, og de dårlige dæk på bilen osv. var medskyldige i ulykken. Hun fortæller, hvordan de i samtalen afdækker de forskellige ting, der kunne spille ind. Og da de har gjort det, spørger hun ham:

Gør det nogen forskel, nu vi har snakket om alle de her ting, der spillede ind? Nej, siger han, det gør jo egentlig ikke nogen forskel, jeg kørte jo bilen (Elsebeth 220).

Mennesket skal fastholdes på skylden, fordi der er en værdighed forbundet med at være skyldig, ”og hvis vi mister den, hvem er vi så?” spørger Cecilie (Cecilie 123). Man kan ikke lægge ansvaret fra sig:

I sjælesorgssamtaler, hvor nogen vil vige uden om skylden, kan jeg godt finde på at sige: Det kan du ikke, for det hører sammen med ansvaret. Det kan godt være du vil få en anden skyld, hvis du vælger noget andet, så nogle gange er det afvejningen af, hvilken skyld man bedst kan leve med. Men at undgå skylden, det kan man ikke (Cecilie 133).

Skyld synes altså at blive forstået som noget, der fastholder menneskets betydning for andre og for verden, samtidig med at præsterne er meget opmærksomme på ikke at give mennesker ret i deres skyldfølelse, med mindre der altså er tale om reel eller objektiv skyld, dvs. at de rent faktisk i situationen har haft magt til at handle anderledes. Også tanken om medskyldighed spiller her en vigtig rolle. Mennesket har ansvar for noget, men naturligvis ikke for alt. Igen med en skjult henvisning til Bent Falk: overdreven skyldfølelse hænger sammen med overdreven forestilling om, hvor megen indflydelse man har haft på det pågældende begivenhedsforløb (Falk, 1996:44). Præsterne giver altså udtryk for, at psykologisk indsigt er vigtig til afgrænsning af det ”terræn”, hvor teologiens forståelse af skyld har gyldighed.

Ligesom vi har set ovenfor, fortrænger psykologiske forståelser heller ikke her teologiske, men fungerer som hjælper for dem. Selvom den terapeutiske etos' forståelse af skyld, som noget, der helst skal fjernes, således også lever i præsterne selv, så ser det ud som om, de både i deres tænkning og i deres praksis betragter det som deres opgave at fastholde mennesker på deres reelle skyld. Den terapeutiske kultur har nok betydning, men den sætter ikke dagsordenen.

4.5.5. Opsamling

Hvor man i den terapeutiske etos, som vi så ovenfor, kan sige, at moralen bliver patologiseret (Brinkmann, 2013), er det overordnede indtryk, at præsterne anser det moralske problem, der hedder skyld, som meningsfyldt og som noget, der skal adresseres, hvis ikke patienten skal føle sig ladt i stikken. De hverken vil eller kan tage den reelle skyld fra patienterne. De oplever, at patienterne synes, at det er hjælpsomt at få lov at være skyldig, og de ser det som deres helt særlige opgave at skabe rum og plads for denne skyldighed, fordi andre personalegrupper tilsyneladende mener, de skal fjerne eller afhjælpe den. I den terapeutiske kultur vil der ifølge Brinkmann netop være en tendens til, at når klienten taler om skyld, samvittighedskvaler, skam og værditomhed, vil terapeuten typisk have vanskeligheder med at se og høre det som ægte moralske spørgsmål. Der er nemlig ikke her nogen ydre moralsk autoritet, der sætter rammen for menneskets handlinger. Det er alene klientens private, emotivt bestemte værdier eller verdensanskuelser, der er referencepunktet. Skyldfølelsen opfattes derfor også som en fejl i klientens måde at forholde sig til sig selv på, hvorfor målet for terapeuten er at hjælpe vedkommende med at overvinde den påståede patologiske lidelse og få ham eller hende til at få det godt med sig selv igen (Ibid. 114). Det er selvforholdet, der skal repareres på, og det er alt sammen internt. Det moralske handler om at have det godt med sig selv. Denne del af den terapeutiske etos finder præsterne ikke bare i den kontekst, de arbejder i, men de genkender den også fra sig selv som en slags indre stemme, de skal kæmpe imod, hvorfor det også i den konkrete situation kræver et særligt mod at lade skylden stå uimodsagt som skyld. At de skal løse skyldens problem, synes således både at være den forventning, der møder dem udefra og indefra. Men i et bevidst opgør med såvel den terapeutiske etos som hospitalskulturen ser deres levede teologi ud til at befinde sig tæt på den evangelisk-lutherske idealtipe. Med en enkelt undtagelse fastholder de både i deres tænkning, tro og praksis, at mennesket i grundlæggende forstand er skyldigt. De transformerer skyld fra at være et problem, der kan løses, til at være et vilkår og derfor en byrde, der skal bæres. Præsterne tager det for givet, at man i overensstemmelse med

KAPITEL 4. ANALYSE

luthersk teologi ikke kan undgå at blive skyldig i betydningen: at ramme forkert og gøre andre mennesker ondt. Skyld er noget, man tager på sig, bliver tilgivet for og lever med (Adam 119).

Begreberne synd og skyld er ganske vist ikke noget de mener, de kan bruge uformidlet (Bo 144). Det skurrer for meget i folks ører (Gitte 161; Elsebeth 201, Adam 131), og kirken er ofte blevet opfattet som det sted, hvor man bliver påført synd og skyld, hvorfor man skal passe på med at slynge om sig med dem eller bruge dem uden omtanke (Cecilie 113, Gitte 189). Begreberne er negativt belastede, og det er man sprogligt nødt til at tage hensyn til i samtalerne. Begreberne skal med på en eller anden måde, men de skal formuleres om (Dorte 161), for problematikkerne er der nogle gange (Bo 145). De har altså her en stor kommunikativ eller formidlingsmæssig opgave. Når alt det er sagt, giver de, som vi har set, den terapeutiske etos ret så langt, at skyldfølelse også kan være en fejl i måden at forholde sig til sig selv på. De er ikke blinde for, at skyldfølelse kan være et individuelt, psykologisk problem. Mennesker kan naturligvis lide af overdreven eller neurotisk skyldfølelse, hvor de uretmæssigt tager skylden for alt, hvad der sker omkring dem. Derfor ser præsterne det også som afgørende vigtigt at hjælpe patienter med at skelne mellem skyld, som en byrde, der skal bæres, og skyldfølelse, der er et problem, der kan løses; mellem reel og irreel skyld og at nuancere begrebet skyldighed i betydningen medskyldighed. Denne psykologiske indsigt kvalificerer altså deres møder med patienternes og de pårørendes skyldfølelser, og er med til at afgrænse det område, hvor den teologiske forståelse er meningsfuld. I forhold til den terapeutiske etos' ensidige tænkning, hvor mennesket altid er offer og skyldfølelse kan afhjælpes, fastholder præsterne i deres levede teologi at mennesket (naturligvis) kan være offer på et område og skyldigt på et andet samtidig med, at det i grundlæggende forstand er skyldigt. Det er aldrig et enten-eller, men altid et både-og. Mennesket er ”simul justus et peccator”, på en gang synder og retfærdigt (Gitte 171, Cecilie 120), skyldigt og frit, dømt og tilgivet. Det, der ligger i domsperspektivet, er, som Adam formulerer det, at ethvert menneske får mulighed for at stifte fred med sådan som deres liv nu engang blev (Adam 86).

Jeg vil nu gå videre og undersøge, hvilken betydning den 5. grundantagelse: *Mennesket er dømt til selvrealisering* har for præsternes tænkning, tro og praksis.

4.6. Mennesket er dømt til selvrealisering

4.6.1. Indledning

Som vi så i teorikapitlet er et af de centrale elementer i den terapeutiske kultur, at mennesket er blevet ”alene hjemme”. Denne diskurs hævder, at Gud er død, hvorfor mennesker nu selv har til opgave at skabe mening og sammenhæng. Selvet er i centrum, og verden bliver til indefra. Der er kun den enkeltes egen private verden og det nu, han eller hun lever i. Døden er blevet til exit. Evigheden er forsvundet. Frelsen har forandret sig fra at være noget, der sker via guddommelig indgriben, en befrielse, der skænkes en udefra, og som både har en immanent og en transcendent betydning, til noget, man selv skal realisere her og nu. Hvor den idealtypiske evangelisk-lutherske teologi understreger, at det er Gud, der er subjekt for forløsningen eller forsoningen, er det i den terapeutiske kultur menneskets eget ansvar. Det er ikke fundet, for der er ikke nogen til at finde det⁹⁰. Det skal finde sig selv. Det, mennesket i den terapeutiske kultur derfor også skal frelses *fra*, er dets manglende evne til at være sig selv, til at acceptere og elske sig selv. Når selvet er fortabt, er det fordi, det er undervurderet og fremmedgjort fra sig selv, hvorfor det skal frelse sig selv *til* at være sig selv. Kun sådan kan det blive en person, som selvstændigt kan vurdere og træffe afgørelser (Rogers, 1961). Frelsen bliver på den måde fysik og psykisk sundhed. Frelse er ”instant gratification”, well-being og nydelse her og nu (Lears, 2000). Og vejen hertil, frelsens *hvorledes*, er selvrealisering, selvudvikling, personlig autonomi og selvudfoldelse. Mennesket er derfor dømt til selvrealisering. Der ingen eskatologiske forestillinger, ingen himmel, ingen evighed, ikke noget håb om eller tro på guddommelig indgriben, som kan frelse og forløse mennesket. Det er grundlæggende alene. Forståelsen af frelse er individualiseret, sekulariseret og udelukkende en immanent, en dennesidig størrelse. Jeg skal i det følgende se på, om - og i givet fald på hvilke måder - den terapeutiske etos har betydning for eskatologien, dvs. forestillingerne om himmel og evighed, og soteriologien, dvs. tanken om frelse, synd, skyld og dom, i præsternes almindelige eller levede teologi. Her er det vigtigt at være opmærksom på, at et af de opgør, der

⁹⁰ ”at blive fundet...” refererer til Jesu lignelse om det fortabte får: ”Hvis en af jer har hundrede får og mister et af dem, lader han så ikke de nioghalvfems blive i ødemarken og går ud efter det, han har mistet, indtil han finder det? Og når han har fundet det, lægger han det glad på sine skuldre, og når han kommer hjem, kalder han sine venner og naboer sammen og siger til dem: Glæd jer med mig, for jeg har fundet det får, jeg havde mistet. Jeg siger jer: Sådan bliver der større glæde i himlen over én synder, der omvender sig, end over nioghalvfems retfærdige, som ikke har brug for omvendelse” (Lukasevangeliet 15,4-7)

har været i det 21. århundredes protestantiske teologi, netop er på frelseslærens område (se 3.4.4.5), og at det derfor kan være svært at skelne mellem den terapeutiske etos og denne Gud-er-død-teologi, som i dens mest radikale form ikke vil have noget at gøre med det store håb om Guds suveræne frelse og forløsning.

4.6.2. Himlen som håbsdimension og håbshorison

Som jeg har vist i afsnittet *Alle problemer er individuelle – også lidelsen*, oplever præsterne, at de i ordets mest positive betydning har et slags fripas til at adressere og interessere sig for patienters og pårørendes forestillinger om efterlivet. Patienter og pårørende synes i mødet med præsten at have forventning om, at det er noget netop hun som præst ved noget om eller er åben overfor. Bo fortæller f.eks., at han nogle gange direkte bliver spurgt: ”Tror du, at jeg kommer til at møde NN?” Og at han svarer: ”Ja, det tror jeg” (Bo 207, 208). Også Agnes fortæller, som vi har set, hvordan hun den samme morgen, hvor interviewet finder sted, er blevet spurgt af en ældre mand, om hun tror på evigheden ”og det siger man ikke til en sygeplejerske, vel?” (Agnes 29). De opfatter det derfor også som deres særlige opgave både at være nysgerrige på og at undersøge, om og eventuelt hvilke forestillinger mennesker måtte have om det, der kommer ”bagefter”, og aktivt låne patienterne sprog og billeder fra det kristne univers, som sådanne forestillinger kan være og udvikle sig i (se f.eks. Agnes 163, Helga 187,188, Gitte 42, Bente 300). De betoner det fortsatte fællesskab mellem de levende og de døde og repræsenterer i kraft af deres rolle håbet om det evige liv. Hermed peger de på en eskatologisk og transcendent dimension, som er helt fraværende i en senmoderne kultur, hvor alene nuet dyrkes, og virkeligheden er det, der er empirisk observerbart. Informanterne repræsenterer derved et opgør med det, den norske socialantropolog Thomas Hylland Eriksen kalder *Øjeblikkets tyranni* (Eriksen 2002). De vender sig mod den forståelse af tiden, hvor den alene bliver komprimeret til nuet, og fremtiden opløses i det præsente (Bauman 1992:29). I deres levede teologi er der ligesom i den idealtypiske evangelisk-lutherske kristendom både et ”før” og et ”efter” i forhold til livet her.

Dorte taler f.eks. om, at man dér på den anden side kan ”nå det, man måske ikke har nået. Dér bliver alting godt” (Dorte 204). For hende er kristendommens vægtigste bidrag til forståelsen af, hvad et menneske er, netop ”at livet her på jorden ikke er det eneste, der er vigtigt, men der er det evige liv bagefter... der er en håbshorison” (Dorte 109). Der er en ende på al smerten og ulykken (Ibid.38) Det vigtigste er dels det med opstandelsen og det evige liv, dels det med syndernes forladelse og fred (Ibid.112). Håbsdimensionen er afgørende

KAPITEL 4. ANALYSE

(Ibid.121). Hun fortæller, hvordan hun i sine samtaler ofte peger på det evige liv og f.eks. bruger en eskatologisk tekst som Johannes Åbenbaring kap. 21⁹¹. Men også, hvordan hun kan finde på at bringe sin egen historie på banen. Da hun var 18 år, døde hendes far af en mavekræft, og det spillede dengang en afgørende rolle, at hun var helt sikker på, at han sad ”deroppe” og kiggede på hende. Uden den tro og det håb havde hun aldrig klaret det, fortæller hun. Derfor synes hun også, at hun i samtaler med mennesker, der har mistet, med en vis vægt kan sige, at ja, det er forfærdeligt, men at man også kommer igennem det, selvom det tager mange år, og at hun er sikker på, at man ses igen. Hun er, som hun selv udtrykker det, ”barnligt troende”. Hun tror på kødets opstandelse som konkret virkelighed (Dorte 125,126). Det er det, der holder vand der (Dorte 128). Det vigtigste grundlag for hendes samtale med psykisk syge er netop, at mennesket er et Guds barn, som Han har antaget i dåben, dvs. som Han aldrig glemmer. Og selv om folk ikke er døbt, siger hun gladeligt, at Guds kærlighed allerede begynder i mors mave. Dåben er for hende et tegn, et symbol på Guds kærlighed, ikke et adgangskrav for at blive lukket ind i Himlen (Dorte 109). Troen rummer et håb, og det er det, vi har brug for, som Frida formulerer det (Frida 192). Og som Bente udtrykker det, er den store forskel på psykologen og præsten netop at finde her: ”Jeg har et håb, der går langt ud over vores sfære her på jorden, ik’... det er jo det mest fundamentale ved kristendommen”, siger hun (Bente 284). Også Gitte illustrerer, hvor vigtig denne håbsdimension er. På en tværfaglig konference på hospice, havde de talt om en patient, der var bange for at dø. Hertil havde psykologen, der havde haft en samtale med vedkommende, bemærket,

at så fik han jo den, jeg plejer at give dem, når de er bange... Og det var så, at der har været et uendeligt langt stykke tid, før du blev født, hvor der ikke var noget som helst, og så er du der, og så er der uendelig lang tid efter [hvor du ikke er der]. Og det hjælper som regel! Og så sad jeg og tænkte: Hold da op, det er da sådan set det stik modsatte af, hvad jeg siger... Du har ingen betydning, så pyt [der er ingen grund til at være bange]. Det var jeg virkelig provokeret af (Gitte 81-83).

⁹¹ ”Og jeg så en ny himmel og en ny jord. For den første himmel og den første jord forsvandt.... Nu er Guds bolig blandt menneskene, han vil bo hos dem, og de skal være hans folk, og Gud vil selv være hos dem. Han vil tørre hver tåre af deres øjne, og døden skal ikke være mere, ej heller sorg, ej heller skrig, ej heller pine skal være mere. Thi det, der var før, er forsvundet.” (Johannes Åbenbaring 21, 1-4)

KAPITEL 4. ANALYSE

Det provokerende for hende er netop forestillingen om, at der for patienten skulle være trøst i at få vide, at han ikke betyder noget som helst. Heroverfor sætter hun tanken om, at ikke nok med, at den betydning, han har haft for de mennesker, hvis liv, han har været en del af, ikke kan viskes ud af døden, men han har så stor betydning for Gud, at Han tager vare på ham i al evighed. Det er det vigtigste for hende (Gitte 201). Derfor kan den døende netop slippe uden at blive sluppet. Og det gør efter hendes opfattelse noget ved frygten for at dø. Hun mener, at bare det, at hun spørger patienten, om han eller hun gør sig nogle tanker om et liv efter døden, er en åbning i sig selv. Der er nemlig ikke andre, der spørger om den slags. Det er det, hun kalder for opstandelse

fordi det er det, der går ud over vores kødelige liv her. Men du kan også kalde det en håbsdimension, altså et håb, der går ud over det, som slutter med den her død, som står som en mur... og min erfaring er jo, at langt, langt de fleste gør sig den slags forestillinger (Gitte 44).

Og selvom det ikke så meget handler om at blive mødt af Gud eller Jesus dér på den anden side, men af ens kære, så er det for hende et udtryk for det samme, nemlig en kærlighed, der går ud over eller er stærkere end døden (Ibid.44). For de døende, hun møder på hospice, oplever hun netop, at det er meget trøsterigt at tænke på den måde. Har man stærke og levende efterlivsforestillinger, er der simpelthen en større ro (Ibid:211).

Elsebeth understreger, at hun som præst - i modsætning til en psykolog - kan give patienterne et klart positivt svar, hvis de bringer efterlivstanker på banen (Elsebeth 166). Men som den eneste af informanterne tilføjer hun samtidig, at hun ikke selv ved, om det er falske billeder. Det er ikke sikkert, der er hold i dem. Det kan man ikke vide, kun tro. Men det er hun sådan set også ligeglad med, siger hun, så længe de trøster patienten (Ibid.). Hun har på den måde et pragmatisk forhold til f.eks. efterlivsforestillinger: de er gode, hvis de virker – i betydningen trøster og beroliger patienten. Da jeg med et smil på læben spørger hende, om hun vil sige, at hun stikker patienterne en nødløgn⁹² for at fremme deres well-being eller ha-det-godt-hed, svarer hun:

⁹² Med begrebet ”nødløgn” henviser jeg til historien om den københavnske præst Per Ramsdal, der i juledagene 2014 over for Jyllands-Posten gav udtryk for, at han ikke tror på Jesu fysiske opstandelse og ind imellem må komme med en nødløgn, når han for eksempel prædiker for pårørende ved en begravelse, hvad der skabte stor medieopmærksomhed (se Lokaliseret 24.11.2015 på <http://www.kristeligt-dagblad.dk/kirke-tro/præster-har-svært-ved-tale-om-det-evige-liv>).

KAPITEL 4. ANALYSE

Nej, jeg tror ikke, jeg bruger nødløgne... nej, jeg bruger lidt nødløgne, fordi... åh, det var dumt sagt, for det gør jeg egentlig ikke. Men når jeg f.eks. beder, er jeg enormt meget i tvivl om, det har nogen som helst form for effekt. Men jeg håber stadigvæk på det, det gør jeg... Det er min tro og mit håb... Min tro kan da godt være vaklende... sådan lige i dag er den ikke allerstærkest... men jeg siger stadigvæk det, som jeg gerne vil tro og håbe. Det er der ikke nogen nødløgn i (Elsebeth 286)

På den ene side lægger hun altså vægt på, at hun som præst har noget særligt at tilbyde patienterne. Det rum, hun bringer med sig, har, som hun selv pointerer det, i modsætning til psykologen ikke nogen ”kuppel” over sig. Det har ikke nogen afgrænsning opadtil. Og det betyder, siger hun, at patienterne tør bringe nogle flere tanker i spil end hos psykologen (Elsebeth 164). På den anden side er hun selv et tvivlende menneske. Personligt kan hun godt være i tvivl om, hvorvidt bøn har nogen effekt, eller om det evige liv findes. Som præst mener hun ikke, at hun står inde for, at det, hun siger, i absolut forstand er rigtigt eller er Sandheden med stort ”S”. Men hun står inde for, at det er det, hun selv personligt tror og håber på. Det er sandt, fordi hun selv føler det, ikke fordi det er sat af en ekstern autoritet. Om denne emotivistiske begrundelse af troen og håbet er udtryk for den terapeutiske etos’ indflydelse, eller der er tale om genuin evangelisk-luthersk teologi, hvor tro aldrig er en objektiv holden for sandt, men en personlig tillid, og tvivlen derfor altid er en trofast følgesvend, lader sig ud fra den foreliggende empiri ikke afgøre entydigt.

Selvom man i akademisk teologi taler om en teologisk vending, hvor man har forladt de bogstavelige forståelser af det evige liv og opstandelsen til fordel for en mere præsentisk eskatologi, hvor tro og håb udfoldes indenfor det relationelle liv i verden (Rubow, Johannessen-Henry, 2010:141), så ser det ikke ud til at gælde dette studies informanter. Det er muligt, at himmelforestillinger generelt i senmoderniteten er afsvækkede, så himlen og evigheden hverken har rum, sted eller indhold (Lindhardt, 2002:21), men informanterne holder overordnet både i deres tænkning, tro og praksis fast i, at himlen og evigheden rent faktisk har rum, sted og indhold, og at det spiller en afgørende betydning i deres samtaler med patienter og pårørende. Der er tilsyneladende ingen større forskel mellem den teologi, de har i ”udstillingsskabet” og så deres personlige tro. Der er åbenbart ikke kun tale om en episodisk identitet, hvor identiteten dannes fra situation til situation og er stærk kontekstbundet, sådan som Rubow i sin undersøgelse ellers finder det er karakteristisk for de sognepræster, hun har interviewet (Rubow, 2006:10). Den terapeutiske kultur, hvor himlen er forsvundet, hvor der kun findes ”instant

gratification” og hvor nuet og den foreliggende virkelighed dyrkes, ser for mine informanternes vedkommende ikke ud til at have fortrængt eskatologiske forestillinger om himmel og evighed. Det er afgørende, ikke bare for dem selv, men efter deres opfattelse også for de patienter og pårørende, de kommer i kontakt med, at døden ikke kun er exit, men at himlen ”findes”. Så selvom Grosbøll allerede i 2003 mente, at mange præster ligesom han afviste talen om Gud i himlen, om opstandelse og evigt liv, men bare ikke talte højt om det (Steengaard 2003) gælder det ikke mine informanter. Den eskatologiske dimension er netop meget betydningsfuld for dem. ”Det er vigtigt for mig at fastholde opstandelsen, som heller ikke bare sådan noget rent åndeligt...”, siger Cecilie (Cecilie 134,135).

4.6.3. Gud frelser versus ”gør-det-selv-frelsen”

Som vi nu har set, er der ifølge præsterne selv en forventning fra patienter og pårørende om, at de interesserer sig for efterlivsforestillinger, hvorfor det også falder dem relativt let at bringe den kristne eskatologi i spil. Men hvad betyder den terapeutiske kultur for den måde præsterne bringer den kristne soteriologi (frelseslære) i omløb på i kontakten med patienter og pårørende? Har den indflydelse på deres levede teologi? Jeg bestemte ovenfor den terapeutiske kulturs forståelse af frelsens *hvorfra* som det enkelte menneskes manglende evne til at være sig selv og acceptere og elske sig selv; af frelsens *hvortil* som det, at mennesket bliver sig selv, bliver autonom, og af frelsens *hvorledes* som selvrealisering eller selvudvikling. Heroverfor ser den idealtypiske evangelisk-lutherske teologi frelsens *hvorfra* som det faldne menneske, der er bundet af syndens og dødens magt, frelsens *hvortil* som en ny måde at være menneske på i verden som dømt og tilgivet, og frelsens *hvorledes*, at Gud ufortjent har gjort mennesket retfærdigt. Hvordan manøvrerer præsterne i dette spændingsfelt?

På spørgsmålet om, hvad der er kristendommens særlige bidrag til forståelsen af, hvad et menneske er, formulerer Cecilie sig direkte op mod den terapeutiske etos’ forestilling om det, man kunne kalde ”gør-det-selv-frelsen”:

Det er, at vi kan nøjes med at være mennesker, og at vi ikke skal frelse os selv, hvis jeg skal sige det helt kort. Jeg synes, at den aflastning, det er ikke at skulle frelse sig selv, er helt vildt vigtig i vores tid (Cecilie 88)

Problemet med selvudviklingstanken og alt det, man kan sætte selv- foran er, at man bliver alene med hele ansvaret for sit liv, fortsætter hun (Cecilie 89). Frelsen er altså

KAPITEL 4. ANALYSE

for Cecilie netop ikke et moderne selvhjælpsprojekt. Mennesket er, understreger hun med en henvisning til Luther, ”simul justus et peccator”, samtidig retfærdigt og synder. Det er på én gang skyldigt og tilgivet (Cecilie 120). Gud har gjort mennesket retfærdigt, så det behøver ikke at skulle kæmpe for at være godt nok. Det er ikke godt nok og kan heller aldrig blive det. Det skal ikke frelse sig selv, men er snarere frelst fra sig selv og får ved Guds tilgivelse modet til at bære skylden og uperfekthedens byrde (Ibid.). Vi genkender her tanken fra den idealtypiske evangelisk-lutherske teologi, nemlig at Guds kærlighed, som den kommer til udtryk i syndernes nådige forladelse, gør det muligt for mennesket både at vedkende sig sin skyld, dvs. at indrømme og angre den, og at være ved sig selv med sin skyld, dvs. at holde ud at være til, selvom det hverken er perfekt eller uskyldigt. Der er det, der her formuleres på den måde, at Jesus ved sin død på korset tog menneskets skyld på sig. Denne tanke og den betydning, den har for hende selv, står således i klar modsætning til den terapeutiske etos. Men i forhold til patienterne oplever hun, at det er vanskeligt at bringe de kristne grundbegreber som synd, skyld, dom, nåde, tilgivelse og frelse på banen. De opleves som fremmede og kræver en forforståelse, som først vil være sikker på, at folk har (Ibid.113). De forstås som regel anderledes, end de er tænkt, hvorfor man er nødt til at bruge dem med omtanke (Ibid.113). Hun ville slet ikke bruge ordet synd (Ibid.229)

Helga tilslutter sig forbeholdenheden overfor at bruge disse begreber uformidlet. Men det betyder ikke, at man skal lægge dem væk, siger hun. De kan bringes i spil. De kan også vække genklang, og hun oplever, at det er forholdsvis uproblematiske. Men de hører til i den tillidsfulde kontakt mellem præsten og patienten, der kan opstå i den sjælesørgeriske samtale (Helga 150,154). På samme måde understreger Dorte, at selvom begreber som synd, skyld og frelse på en eller anden måde skal med, så omformulerer hun dem altid. Det er altid nødvendigt at tage hensyn til konteksten. Har den psykiatriske patient ingen sygdomsmerkendelse, eller tror han, at han er Jesus eller Dronning Margrethe, kan det selvfølgelig ikke nytte at introducere begrebet synd (Dorte 163). Men i modsætning til andre steder i samfundet, er det hendes erfaring, at der blandt psykiatriske patienter ofte er en stærk oplevelse af, at sygdommen er Guds dom eller straf (Ibid.167), hvorfor hun også mener, at hun har en særlig vigtig rolle i forhold til at hjælpe patienter med at skelne mellem reel og irreel skyld (Ibid.172). Denne oplevelse er en af grundene til, at så mange går til alters ved de ugentlige gudstjenester i hospitalskirken. Med en henvisning til en gudstjeneste, hvor Dronning Margrethe var på besøg på hospitalet og knælende modtog nadveren sammen med patienterne, pointerer hun, at det kristne fællesskab netop altid er et fællesskab af syndere, og at man i nadveren kan blive lettet eller delvis lettet for den reelle skylds byrde (Ibid.174). Hun har i interviewet en overvejelse over, om hun

KAPITEL 4. ANALYSE

måske skal til at bruge ordet synd mere i sine prædikener (Dorte 144), hvad der kan tolkes på den måde, at det gør hun ellers kun sjældent.

Gitte giver ligesom Cecilie udtryk for den samme forbeholdenhed samtidig med, at hun formulerer sig idealtypisk evangelisk-luthersk: Frelse er befrielse fra syndens og dødens magt. Frelsen er netop, at mennesket er fritaget fra at skulle knokle for at være godt nok til fortjene kærligheden (Gitte 155). Hun understreger, at hun aldrig kunne finde på at bruge ord som synd, dom, frelse og nåde uden at forklare dem (Gitte 161). Ikke fordi hun mener, at teologien bag dem ikke holder. På den indholdsmæssige side er begreberne ikke gammeldags, men de skal forklares på en nutidig måde, så folk virkelig forstår, hvad der ligger i dem (Gitte 166),

og så er de jo totalt gyldige (Ibid.164). [det giver] jo ikke rigtig mening at tale om Guds kærlighed, uden man hører fordømmelsen eller synden... De store ord hører til... det er jo hele Guds fortælling med os, og som er Hans forsøg på at fortælle og vise os, at vi er Hans hellige, elskede og udvalgte mennesker (Ibid.168).

Hun forstår tydeligvis dommen som en befrielse. Men hun er også overbevist om, at sad hun selv på kirkebænken og lyttede til prædiketekster om skyld og dom, så ville de begreber, der knytter sig til den idealtypiske evangelisk-lutherske frelseslære, også vække modstand hos hende. Derfor er hendes fortolkningsmæssige tilgang til teksterne altid at tage udgangspunkt i det, der skurrer i hendes egne ører og derfra overveje, hvordan det kan give mening i hendes liv, ”hvordan jeg prædiker om det her til mig selv” (Gitte 169). Det handler om at bruge den modstand, forargelse og vrede, hun som barn af tiden selv fornemmer i mødet med kristendommens tale om synd, skyld, dom og frelse, som en slags trædesten til at gøre evangeliet, det glade budskab, befrielsen i det tydeligt for andre. Det er det afgørende for hende. Hvis der f.eks. er synd- og domsbillede i en prædiketekst, anstrenger hun sig meget for at fortolke dem og prøve at forklare dem på en nutidig måde (Gitte 166).

Også for Adam er der en spænding mellem på den ene side teologien og det, der eksistentielt giver mening for ham selv, og på den anden side det sprog, han i praksis kan bruge i mødet med patienterne, fordi han risikerer at blive misforstået. Han understreger, at fjerner man helt begreber som synd, skyld, dom, nåde og frelse fra sproget, så afmonterer man fuldstændig kristendommens forbindelse til traditionen (Adam 130). Men som præst i et område, hvor Indre Mission traditionelt har stået stærkt, er han meget bevidst om, at begrebet dom, som i hans optik - ligesom i Gitte og Cecilies - er et frigørende begreb, ofte opfattes som det stik modsatte, som en trussel (Ibid.127). Også han taler ligesom Cecilie imod

KAPITEL 4. ANALYSE

”gør-det-selv-frelsen”: hvis patienter taler om frelse, er det det næsten altid kun i den anfægtede betydning: at vedkommende ikke er sikker på, at han bliver frelst, eller er bange for, at han ikke god nok til at blive frelst (Ibid.140,141). Så med mindre det altså er noget, der har været et tema i samtalen, og han tydeligt fornemmer, at patienten forstår, at man ikke kan eller skal gøre noget selv for at blive frelst (Ibid.138); at evangeliet netop er, at Guds dom gør det muligt for ham at være ved sig selv med sin skyld, dvs. at han i dommen bliver forliget med sig selv (Ibid.128); så kunne han f.eks. i en bøn aldrig finde på at sige:

Kære Gud, tak fordi vi som syndere er under din dom eller sådan noget... Jeg ville være i tvivl, om de forstod det samme ved det, som jeg selv. Selv kunne jeg have det fint nok med den bøn, men uformidlet ville det for nogle mennesker komme til at virke som om ham Gud sådan var en mand, der på baggrund af, hvad man havde gjort, dømte en til den evige ild (Ibid.131).

Da jeg spørger, om det betyder, at han giver køb på de fundamentale forståelser i kristendommen, der har at gøre med synd, skyld, dom og frelse, svarer han, at det prøver han efter bedste evne ikke at gøre, men at han nogen nogle gange ikke kan sige sig fri for det (Ibid.132). Og når han gør det, så skyldes det, at det bliver for kompliceret, og at det ofte er lettere at tale om dom midt i livet, end når man sidder ved et dødsleje. Han overvejer, om det er fordi, hans mod svigter, eller det er fordi dømmekraften bliver større og kommer frem til, at det nok mest er det sidste. Det er ikke altid givtigt at snakke om alle dele af kristendommen, siger han. ”Det skal ligesom passe til situationen... Der skal være en forståelse for sådan et menneskes situation” (Ibid.134,136). Hensynet til den enkelte vejer tydeligvis tungere end en holden fast på (teologi-)politisk korrekte, dogmatiske forståelser. Som vi også så i dette kapitels første afsnit, er det kærligheden, det at tage vare på næsten, der er det afgørende.

På samme måde understreger Bo, at netop fordi det for de fleste mennesker ikke er nærliggende at bruge ord som dom, synd, skyld og frelse, og de let bliver misforstået, tager han dem kun frem, hvis de bliver efterspurgt (Bo 144). Men det er ikke nødvendigvis ensbetydende med, at de er helt udenfor det senmoderne menneskes forståelseshorisont. Når mennesker f.eks. spørger ”Hvorfor skal det her ske mig?”, kan det hænge sammen med et straffende og dømmende gudsbillede. Der kan her gemme sig den forestilling, at man er blevet syg, fordi man har syndet eller gjort sig skyld i et eller andet. Sygdommen kan netop opfattes som en dom (Bo 145). Men det billede af Gud, deler han ikke. Derfor kan det også give et forkert gudsbillede, hvis man bruger begreberne direkte. Bare det, at man siger

KAPITEL 4. ANALYSE

ordet synd, får folk til at tænke, at man allerede er dømt ude (Ibid.149). Begreberne er på den måde inficerede. Når han ikke bruger dem uformidlet, er det altså ikke alene af hensyn til de mennesker, han taler med, eller fordi han ellers let ville blive stemplet som fordømmende (Ibid.163). Det er også teologisk begrundet. De formidler ikke den befrielse eller frisættelse, som evangeliet efter hans opfattelse netop er udtryk for.

Frida har lignende overvejelser. Hun bringer heller ikke begrebet eller ordet frelse på bane med mindre, det er oplagt: ”der er jeg nok lidt varsom med at mase med folk... jeg tænker, nej nu stejler de, hvis jeg begynder på det” (Frida 129). Derfor bruger hun også andre formuleringer og siger f.eks. til patienten ”at du har jo Guds kærlighed... den har du jo fået, da du blev døbt, det er også sådan at være frelst” (Frida 130), hvad man måske kan sige er en tolkning af begrebet frelse, som er mere spiselig for en terapeutisk kultur. Hun overvejer i første omgang da også, om det skyldes, at frelse er for stærkt et udtryk; at det simpelthen skræmmer folk, og at hendes tilbageholdenhed derfor hænger sammen med, at patienterne simpelthen ikke ville kunne forstå, hvad hun talte om; at det er for deres skyld, hun ikke bruger det. Da jeg i begyndelsen af interviewet præsenterer hende for et stykke papir med følgende tekst:

*Betragter du din rolle som hospitals-/hospicepræst som en indsats?
Som terapi? Hjælp? Modstand? Eksistentiel støtte? At skabe
tryghed? At formidle anerkendelse? Guds kærlighed? Tro? Frelse?*

og spørger, hvad hun mener, der er hendes vigtigste rolle, svarer hun netop i overensstemmelse med ovenstående: at formidle anerkendelse (Frida 15). Så hvis brugen af ordet frelse forhindrer, at patienterne oplever sig anerkendt, giver hun gerne køb på det. Men samtidig reflekterer hun også over det mærkelige i, at hun godt tør bruge andre kristne begreber (Ibid.132). Og da jeg spørger, om hun selv er ambivalent i forhold til begrebet frelse, svarer hun:

Det kan godt være. Nogle gange tænker jeg også: Er det fordi, du er bange af dig? Tør du ikke [bruge ordet frelse], fordi hvad er det så for en snak, du skal ind i, ik'? (Ibid.133)

Jeg spørger hende prøvende: kunne det eventuelt skyldes, at begrebet frelse er forbundet med fordommen om, at det kun er de ”rigtige”, der kommer ind [i Himmelen]? Det bekræfter hun (Ibid.134). Et andet sted i interviewet giver hun udtryk for, at hun selvfølgelig tror på, at Gud er den, der tager vare på sine børn, ”og fordi Han nu engang har os som sine børn... så vil Han jo ikke kaste os lukket ned i

KAPITEL 4. ANALYSE

Helvede, selvfølgelig vil Han ikke det” (Ibid.119). Ligesom vi så hos Bo, kan man kan sige, at Fridas forbeholdenhed eller direkte modstand mod at bruge begrebet frelse er begrundet i såvel en omsorg for patienterne som i hendes egen teologi og personlige tro. Fordi hun ser det som sin vigtigste opgave at formidle Guds anerkendelse og kærlighed, kan ordet frelse komme forstyrrende i vejen. Og det kan det netop, fordi det for mange er forbundet med forestillingen om dobbelt udgang, dvs. at Guds dom over mennesket kan have to udgange: en himmelsk frelse og en fortabelse til helvede. Denne tanke tager hun teologisk stærkt afstand fra. Ordet ”frelse” synes altså også for hendes vedkommende at være inficeret, og det gør det vanskeligt at bruge det. Også Agnes har det, som hun udtrykker det, ”lidt skidt med det der med frelse”. I hendes optik bliver det noget med, at hun har De Vises Sten, at ”ja, nu-skal-jeg-hjælpe-dig-med-at-du-kommer-den-riktige-vej-agtigt” (Agnes 91). Hun oplever det som nedslidt på samme måde som ordet moral. Det har noget gammeldags, noget anakronistisk, bedaget og ”jeg-er-klogere-end-dig-holdning” over sig, siger hun og spejler dermed den terapeutiske etos’ kritiske syn på den idealtypiske evangelisk-lutherske forståelse af frelse, som noget Gud er subjekt for. Men samtidig understreger hun, at begrebet frelse giver mening i betydningen at være sat fri. Det er det, vi forkynder, siger hun (Ibid:91), og henviser herved indirekte til ordets oprindelige betydning, nemlig ”frihals”, dvs. at den dømtes eller trællens lænke om halsen er blevet fjernet⁹³. Gud har sat mennesket fri. Det er Gud, der er subjekt for forsoningen. Det er ikke noget, mennesket selv kan eller skal gøre. Hun understreger, at det er vigtigt at forkynde, at mennesket er en tilgivet synder, og at problemet ofte er, at vi gør os selv store og Gud lille (Ibid.101), hvad der i sammenhængen ser ud til at være en kritisk kommentar til tanken om ”selvfrelse”. Indholdet af begrebet frelse er ikke gammeldags, men selve ordet kan være problematisk at bruge, også for hende selv er det et vanskeligt begreb:

Det ville heller ikke give mening for mig, hvis det var mig, der lå i den der seng, og der blev talt om dom og frelse. [Så når jeg ikke bruger de ord], er det simpelthen for min egen skyld..., siger hun leende (Agnes 102)

Hun kunne f.eks. aldrig finde på direkte at bruge ordet dom i en samtale, men prøver altid på at omformulere det, som f.eks. ”Er du bange for det, der skal ske, efter du dør? Eller: Hvad tænker du, der sker, når du dør?” (Ibid.100) Selvom dom således er

⁹³ Finn Stefánsson: frelse i Symbolleksikon, 2009. Gyldendal. Lokaliseret 20.09.2017 på <http://denstordanske.dk/index.php?sideId=425934>

KAPITEL 4. ANALYSE

et begreb, der skal foldes ud, spiller betydningen en rolle i hendes samtaler. Der er meget dom i menneskers liv, forstået som frygten for, at man ikke har været god nok, siger hun. Og det er ofte grunden til, at det er præsten, der bliver tilkaldt på hospitalet (Agnes 97,98). I de situationer rækker det netop ikke, at et familiemedlem, en god ven eller sygeplejersken fortæller en, at man selvfølgelig er god nok. Der skal en præst til, som repræsenterer en større magt. Ligesom Cecilie, Bo, Gitte, Adam og Dorte ser det også ud til, at Agnes i sin levede teologi lægger sig op ad den idealtypiske evangelisk-lutherske forståelse af begrebet frelse uden nødvendigvis at bruge ordet, fordi det både for patienterne og hende selv er belastet eller inficeret. Der er noget bedaget og formynderisk over disse begreber, og de giver derfor let anledning til misforståelser. De holder sig således tilbage af kommunikative grunde.

Bente bruger slet ikke ordet frelse, men taler i stedet om livet efter døden; at det ikke er slut. Det er hendes måde at formulere begrebet frelse på, siger hun (Bente 238,239):

Jeg kan kun forestille mig, at de fleste ville synes, at ordet frelse var et tåbeligt ord... Og hvad er egentlig også frelse? Vi håber vel alle sammen... eller når vi står overfor døden, så er det jo så massivt, det er så mørkt på den anden side... og så er det, at der er lys på den anden side jo en stor trøst og et stort håb (Bente 241)

Hun deler således de andre informanternes forbeholdenhed. Men hun sætter trumf på, for begrebet er i hendes optik ikke bare svært at forstå, det er direkte tåbeligt for de mennesker, hun taler med. Som sognepræst er ordet synd en del af teologiske ordforråd, men på hospitalet har hun aldrig nævnt det (Bente 212). For Cecilie, Bo, Gitte, Adam og Dorte er den idealtypiske lutherske tanke om, at mennesket på samme tid er dømt og tilgivet, og at dét netop er befrielsen eller frelsen, stadig aktuel - også selvom det på grund af begrebernes umiddelbare formynderiske og bedagede karakter er en formidlingsmæssig udfordring og sætter præsten på en oversættelses- og kommunikationsopgave. Til forskel herfra taler Bente om, at frelse for hende jo er

at så bliver vi vurderet, ik', op eller ned, dobbelt udgang... og når jeg hører frelse, så er det jo fordi, jeg ikke blev dømt (min understregning)... ja evigt liv, det er jo en magt, der er blevet brudt... dødens magt er blevet brudt og det gælder for alle (Bente 242)

For hende personligt er frelse netop ikke at blive vurderet. På den måde kan man sige, at i hendes levede teologi synes den idealtypiske evangelisk-lutherske forståelse af frelse, hvor pointen er, mennesket på én gang er dømt og tilgivet, afsvækket og reduceret til en imødekommende og kompatibel eskatologi, hvor den for den terapeutiske kultur oprørende og provokerende tanke om dom er rensset ud.

Elsebeth, der, som vi har set, snarere tænker på sig selv som kristen terapeut end som præst (Elsebeth 38), dvs. som en, der har kristendommen som den bund, hun står på, men som i mindre grad er aktiv forkynder (Ibid.39), er netop den af informanterne, der sammen med Bente har det mest distancerede forhold til begrebet frelse. Hun kan slet ikke huske, at hun nogen sinde har brugt ordet frelse på hospitalet. Ligesom nåde og synd er frelse ikke længere det, hun kalder et ”dagligdagsord”. Det er udelukkende blevet et teologisk eller kirkeligt ord, og selvom hun ikke vil lægge sig helt fast på det, så synes hun ikke, hun kan bruge det, fordi det bare ville støde folk fra hende og forhindre dem i at modtage den hjælp, de ellers ville kunne få. Hverken på hospitalet eller på prædikestolen i kirken kunne hun finde på at bruge ordet uformidlet eller uinviteret (Elsebeth 250,252). Også begrebet synd distancerer hun sig fra. Det giver ikke mening for mennesker i almindelighed, heller ikke for hende selv (Elsebeth 198).

4.6.4. Opsamling

Som vi har set, er præsterne generelt forbeholdne overfor uformidlet at bruge de begreber, der hører en idealtypisk evangelisk-luthersk soteriologi til, fordi disse begreber ikke bare for de mennesker, de kommer i kontakt med, men også for deres eget vedkommende opleves som formynderiske og fordømmende og ikke formidler den frisættelse eller befrielse, som efter deres opfattelse er det centrale i evangeliet. Men med nogle enkelte undtagelser synes deres tænkning, tro og praksis, deres levede teologi, på dette felt alligevel at virke indenfor en generøst forstået, overvejende evangelisk-luthersk teologi: Frelse ses som en befrielse eller en frisættelse. Mennesket er på én gang dømt og tilgivet og kan derved være ved sig selv med sin skyld og sine nederlag. Med Guds tilgivelse får det modet til at bære skylden og uperfekthedens byrde. Hvad frelsens *hvorledes* angår afvises gør-det-selv-frelsen. Mennesket skal ikke finde sig selv, men er som Guds hellige og udvalgte allerede fundet. Det handler ikke om selvrealisering, selvudfoldelse, selvudvikling og alt andet, man kan sætte selv- foran. Gud er subjekt for forsoningen. Ser man på frelsens *hvorfra* ser det ud som om, forståelsen af mennesket som falden og fanget i syndens og dødens magt ikke står i forgrunden.

KAPITEL 4. ANALYSE

Præsterne har det anstrengt med ordet synd og bruger det kun nødt til i kontakten med patienter og pårørende.

Som vi så ovenfor, understregede Adam, at man ikke kan fjerne begreber som synd, skyld, dom, nåde og frelse fra sproget, fordi man så afmonterer kristendommens forbindelse til traditionen (Adam 130). Der er, som vi har set, eksempler, der kunne tolkes som en slags afmontering. Men på baggrund af materialet er det vanskeligt at afgøre, om det kun er sproglige forskelligheder, dvs. et udtryk for, at præsten altid har en oversættelses- og kommunikationsopgave. Altså at hun står med det ene ben i skriften og traditionen og det andet ben i nutiden og har til opgave at gøre Guds ord vedkommende i den tid, hun lever i. Eller om der er tale om, at den terapeutiske etos' konstruktion af frelsen har om ikke erstattet den idealtypiske evangelisk-lutherske forståelse så har haft indflydelse på, hvor præsterne lægger vægten? Alt andet lige kan man sige, at jo mere de traditionelle forståelser ligger i baggrunden og jo mindre tydeligt, de bliver udtrykt og finder sprog i kontakten med patienterne, jo "bedre" fungerer mødet med præsten som en slags projektionsskærm for de forståelser fra den terapeutiske kultur, som mennesker måtte have med i deres bagage, og jo sværere kan det være udefra at se og mærke forskel på præsten og terapeuten.

Selvom det altid er farligt at slutte fra det, der ikke bliver sagt om frelse i interviewene, så konstaterer jeg, at der ingen steder i materialet er formuleringer, der nærmer sig udsagn som, at det er Jesus, man skal tro på, hvis man ønsker at blive frelst og ikke gå fortabt, og at troen på Ham er vejen til det evige liv, som f.eks. præsten og debattøren Sørine Gotfredsen mener, det er præstens særlige opgave og forpligtelse at hævde.⁹⁴ En sådan for den terapeutiske kultur provokerende eksklusivitet, er der ikke det mindste spor af. Agnes understreger endda helt eksplicit, at det ikke er hendes opgave at skabe tro og føre til frelse (Agnes 24). Præsterne stiller sig til rådighed som forsigtige dialog- og samtalepartnere, der ikke maser på. At de således i deres praksis opfatter kristendommen som et religiøst tilbud blandt mange, kunne ses som en måde at få en plads i hospitalets eller hospicets økologi. Man kunne nemlig forestille sig, at en alt for tydelig markering af den kristne frelses eksklusivitet ville blive opfattet som intolerance og fordømmelse og dermed skabe problemer for deres adgang til hospitalet eller hospicet i almindelighed og patienterne i særdeleshed. Men de abonnerer tilsyneladende heller ikke selv på en sådan eksklusiv forståelse, hvor kun kristne har adgang til Gud og Guds frelse. I tillid til, at Gud nok skal ordne det til sidst, at frelsen hører Gud til (Gitte 201), tillader de sig at være ubekymrede og

⁹⁴ Lokaliseret 01.09.2017 på <https://udfordringen.dk/2017/01/moderne-menneske-laenges-gud/>

KAPITEL 4. ANALYSE

uvidende. Og heri ligger de på linje med en stor del af deres kolleger, sådan som en rapport fra en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse blandt en fjerdedel af folkekirkens præster fra 2007 bekræfter. Her svarer hele 46% (for kvindelige præsters vedkommende gælder det over halvdelen, nemlig 55%), at vi ikke kan vide noget om, hvorvidt andre religioner kan være veje til frelse (Mortensen, Schelde Christensen & Viftrup, 2007:175).

Selvom en af præsterne i fokusgrupperne - med de øvrige deltageres tydelige anerkendelse - taler om, at hun på hospitalet er en slags plakatsøjle for kristendommen (2.274 Lisbeth), og en anden siger, at når præsten træder ind ad døren, oplever patienterne, at så træder Gud ind (1.460 Iben), så ser de sig ikke først og fremmest sig selv som debattører, apologeter, prædikanter eller missionærer (se f.eks. Frida 11, Bo 63, Agnes 18) men som sjælesørgere, hvis vigtigste opgave er at møde mennesker, der hvor de er. I overensstemmelse med Mowat og Swintons studie af skotske hospitalspræster, mener de, at "the nature of their discrete profession could be identified by its agenda-free basis" (Mowat, Swinton, 2005:30). De har ikke nogen dagsorden, og de ser ikke deres opgave som at skulle omvende nogen. Man kunne med tidl. lektor i praktisk teologi, Hans Raun Iversen indvende, at dette ubehag ved at betegne sig selv om missionær kan have at gøre med præsters manglende kendskab til missionshistoriske virkeformer (Iversen, 2019, under udgivelse: note 4), fordi mission iflg. samme netop forudsætter to ting: "1. at den kristne har noget om Kristus på hjerte, som hun finder det værd og måske endda afgørende at få fortalt videre, og 2. at den kristne forstår og agter de mennesker, som kristendommen skal gøres gældende iblandt, så hun gør sig den ulejlighed at lære dem at kende og møde dem på deres egne præmisser" (Iversen, 2018:226). Og begge disse punkter ville jeg netop vurdere, at mine informanter umiddelbart ville kunne tilslutte sig.

Overfladisk set kan deres levede teologi opfattes som et udtryk for en tilpasning til den terapeutiske etos, hvor patienten eller den pårørende er blevet til forbrugeren eller kunden, der altid har ret. Men den kan ligeså vel anskues som en teologisk position, som præsternes måde at forvalte fælles teologisk arvegods, hvor de har skabt deres egen *owned theology*, der tager vare på det vigtige sjælesørgerske princip, der hedder, at kærligheden altid er fortegnet. Altså at de såvel kommunikative som teologiske grunde ikke direkte taler om dom og frelse.

Jeg vil nu i analysens 2. hoveddel, som har en mere induktiv tilgang, hvor aktørperspektivet er udgangspunktet, se på, hvordan præsterne selv konstruerer deres rolle på hospitalet/hospice.

4.7. Hospitals- og hospicepræstens rolle i en terapeutisk kultur

4.7.1. Indledning

I et funktionalistisk perspektiv er hospitals- og hospicepræsten ligesom lægen, sygeplejersken eller psykologen en profession i betydningen et erhverv, hvis udøvere har baggrund i en bestemt, formel uddannelse, der giver dem faglig autoritet og status, og som er kendetegnet ved faglige normer og standarder for veludført arbejde, en professionel etik og en professionel kultur (normer og sprog) (Millerson, 1964). For at blive ansat som hospitals- eller hospicepræst kræver det en universitetsuddannelse. Derudover skal man, som nævnt ovenfor, have gået på pastoralseminariet, som er en danske folkekirkens praktiske præsteuddannelse og være ordineret som præst i samme. Der er en obligatorisk efteruddannelse, som alle præster skal deltage i i løbet af de første fire år af deres ansættelse. Desuden vil hospitals- og hospicepræster typisk have fulgt *Grundkursus i sjælesorg for institutionspræster* i Folkekirkens Uddannelses- og Videnscenters regi (FUV). De fleste er ansat i en kvotestilling på hospitalet/hospicet, hvor lønnen betales af folkekirken, hvis ledelse (provst og biskop) præsten derfor også refererer til.

Men set fra en mere interaktionistisk synsvinkel fortæller den slags idealtypiske konstruktioner ikke, hvad en profession er, kun hvad den giver sig ud for at være. Det interessante spørgsmål i denne sammenhæng er derfor også, hvad danske hospice- og hospitalspræster i hverdagen gør for at forhandle deres specielle position? Det handler altså om et aktørperspektiv: Hvordan konstruerer de deres rolle i et samfund præget af den terapeutiske kultur, og hvordan supplerer, nuancerer og eventuelt korrigerer deres egne forståelser de konklusioner, jeg er nået frem til i den første del af analysen, der som udgangspunkt havde en fortrinsvis deduktivt orienteret tilgang. I indeværende afsnit er der således tale om en mere induktiv inspireret tilgang. Herved fastholdes vekselvirkningen mellem deduktion og induktion, teori og data, struktur og aktør, sådan som Layders adaptive teori eller tilgang netop understreger for på den måde eventuelt at korrigere eller nuancere teorien om den terapeutiske kultur.

Det er i den sammenhæng vigtigt at bemærke, at de individuelle interviews netop tog afsæt i spørgsmålet om præsternes egen forståelse af deres rolle. Jeg fokuserede med andre ord først på, hvordan de selv opfatter deres rolle på hospitalet eller på hospicet, før jeg så nærmere på de tematikker, hvor man kunne forestille sig, at den terapeutiske etos konkretiseret i de fem grundantagelser kunne have betydning (se interviewguide, bilag 4). Også i de to fokusgrupper var jeg særligt interesseret i den måde, hvorpå præsterne konstruerer deres rolle i forhold til

psykologens. Hvad mener de, er deres særlige rolle og, med udgangspunkt i en udleveret case, hvordan kunne den se ud i praksis (se beskrivelse af fremgangsmåde og den udleverede case, bilag 5)).

Første hoveddel har peget på, at præsterne i deres levede teologi lader magtesløshed være magtesløshed, sorg være sorg, skyld være skyld og lidelse være lidelse. Vi skal nu se, hvordan de, direkte adspurgt, selv konstruerer deres særlige rolle. Denne 2. del af analysen falder i tre hovedafsnit:

- ”Præsten som medmenneske eller medvandrer” med underafsnittene ”Den barmhjertige samaritaner” og ”Emmaus-vandringen”,
- ”Nærvær som tid” med underafsnittene ”Nærværets embede”, ”Præsten - en hilsen fra Gud” og ”Præsten som bærer af ritualer”
- ”Manden m/k med leen og håbsbærer”.

4.7.2. Præsten som medmenneske eller medvandrer

Et kvalitativt studie af 44 skotske hospitalspræster viser, at de klart har et ønske om at blive opfattet som sundhedsprofessionelle på linje med andre ansatte på hospitalet for ad den vej at opnå systemets anerkendelse (Swinton, Mowat 2006, 58). Og som man kunne forvente på baggrund af den terapeutiske kulturs dominans, synes denne legitimeringsproces på britisk grund blandt andet at finde sted ved at hospitalspræsterne nedtoner de mere åndelige og religiøse aspekter af deres virke, lægger vægt på det bredere begreb ”spiritual care” i forhold til ”religious care” og tilbyder (sekulær) rådgivning og terapi, dvs. læner sig ind i terapeutrollen (Woodward, 2001:94). Det ser ud til, at danske hospitals- og hospicepræster på det punkt vælger en helt anden vej. Måske fordi de i modsætning til deres skotske og britiske kolleger ikke er ansat og lønnet af hospitalerne eller hospicerne og derfor ikke på samme måde kan føles sig foranlediget til at skulle bevise, at de er pengene værd? Flere af informanterne tror f.eks. ikke, at hospitalerne ville ansætte dem, hvis de selv skulle betale deres løn (2. 269 Poula, Lisbeth og Nelly). De ser ikke ud til at være så optaget af at ville være professionelle på linje med andre faggrupper i sundhedsvæsenet, men vælger en anden strategi, hvor de i stedet understreger vigtigheden af at være medmenneske eller medvandrer som modsætning til det, de ser som den distancerede og symptomorienterede professionelle. Frida taler f.eks. om, at den vigtigste rolle som hospitalspræst

er at være medmenneske, at have det nærvær og kunne sætte sig ned og vise, at man har god tid. Hvis du gør det, kommer der også altid

KAPITEL 4. ANALYSE

en samtale i gang, og ja, så kommer du langt omkring. Og så det at være medvandrers (Frida 9,10).

Også Agnes understreger, at noget af det vigtigste er at være medmenneske (Agnes 10) og uddyber, hvad det betyder:

Jeg kommer i mit eget tøj... og jeg tror, det har stor betydning, at jeg ikke har nogen dagsorden. Jeg skal ikke ind og gøre et eller andet. Jeg skal ikke skrive i journal... Vi [hospitalspræster] sætter et rum, der er ret trygt og frit, ik'... det tror jeg er en stor forskel, og så tror jeg patienten vil opleve, at der ikke er sådan en tidsfaktor ved mig. Jeg er ikke på vej ud ad døren. Jeg gør meget for at skabe tryghed og ro og måske også langsomhed på en eller anden måde, og nærvær... jeg har ikke min telefon i lommen eller et kald, jeg skal tage mig af. Det tror jeg, er den store forskel (Agnes 26)

Hospitalspræsten har ingen uniform, har god tid, beder ikke om CPR-nummer, læser og fører ikke journal, har en udvidet og skærpet tavshedspligt⁹⁵, og snakker derfor heller ikke med sygeplejerskerne om indholdet af samtalerne med patienterne (Bente 96,98,99; 2.32 Lisbeth; Gitte 75).

Interviewene med Bente, Agnes og Frida var de tre første interviews, jeg udførte (ultimo 2014). Her havde jeg valgt at udlevere en liste med følgende ord: *Ambassadør for den kristne tro, dialogpartner, ritualbestyrer, medvandrers, terapeut, åndelig vejleder, healer, forkynder, supervisor, medmenneske* sammen med spørgsmålet: ”Hvad mener du, er din vigtigste rolle på hospitalet?” Det opgav jeg i de efterfølgende interviews, da jeg vurderede, at jeg på den måde kom til at lægge ord og begreber i munden på mine informanter. Men på trods af det, dukker netop begreberne medmenneske og medvandrers både eksplicit og implicit op i flere af de senere afholdte interviews, hvad der bekræfter deres vigtighed i forhold til at beskrive præsternes egen opfattelse af deres rolle. Det er tydeligt, at det er tilstedeværelsen som medmenneske; det er det at vente (”gå”) sammen med patienten og de pårørende - nogle gange i tavshed, nogle gange ved at

⁹⁵ En præst overtræder sin udvidede og i forhold til andre personalegrupper helt særlige tavshedspligt, hvis han eller hun fortæller noget, som præsten er blevet bekendt med under en sjælesorgssamtale. Ifølge kapitel 5, § 20 af Dansk Lov må præsten "... ikke (uden sit Kalds Fortællelse) aabenbare hvad nogen for hannem i lønlig Skriftemaal bekient haver, med mindre det kunde angaa noget Forræderj, eller Ulykke, som ved Præstens Aabenbarelse kunde forrekommis; Og dog bør dens Navn, som det bekient haver, saa vit mueligt er, at fortiis."

KAPITEL 4. ANALYSE

snakke lidt - der er det afgørende, og her adskiller de sig ifølge deres egen forståelse fra især psykologens mere målrettede, kognitive og behandlingsorienterede tilgang, der har samtalen som fokus, og som kan planlægges (Bo 21; Bente 124,125; 2.35 Maiken; 2.36 Sidsel). Elsebeth siger det på den måde, at hvis hun var psykolog i dag, så ville hun savne ”det at være mere medmenneske end behandler” (Elsebeth 130). Og Gitte fortæller om en hospicepatient, som direkte havde sagt til hende:

Du skal ingenting. Du er et menneske, der kommer herind, og jeg kan fortælle dig alt. Jeg gider ikke fortælle alt til sygeplejerskerne... Der var noget, jeg sagde til en sygeplejerske, som jeg troede var fortroligt, men så fik jeg det i hovedet af en anden sygeplejerske dagen efter, som jeg slet ikke havde lyst til at dele det med... Jeg tror også, hun en enkelt gang eller to har snakket med psykologen, men det gad hun ikke. Men jeg kunne få lov at komme der (Gitte 77).

Som vi har set ovenfor, tænker præsterne ikke på sig selv som eksperter. De bryder sig ikke om at læse patientens journal, ”fordi så bliver mennesket mere til en ting for mig, og det medmenneskelige i det, at man står på niveau, det forsvinder” (Dorte 16). ”Jeg kan kun bruge dagligdagsord her [på hospitalet]”, siger Elsebeth (Elsebeth 250). Og Agnes fortæller, at hun har opdaget, hvor vigtigt det er, at hun som præst fastholder dagligsproget som et alternativ til det (magt-)sprog, der ellers er dominerende på hospitalet. Da hun lige var blevet ansat, var der utrolig mange medicinske ord, hun ikke forstod, når hun deltog i de tværfaglige konferencer. Hun skrev dem op, googlede dem, når hun hjem, og forsøgte ad den vej at lære sig sproget, fordi hun oplevede, at der så var nogle barrikader, der faldt. Men på et tidspunkt gik det op for hende, at det slet ikke var det, hun skulle (Agnes 167-168). I rollen som medmenneske eller medvanderer er dagligsproget særlig vigtigt.

Man kunne her overveje, om det måske er lettere at fastholde dagligsproget i forhold til det medicinske sprog end i forhold til det psykologiske sprog, fordi det sidste er kulturens slang, som Illouz udtrykker det (Illouz, 2008:10). Netop spørgsmålet om at tale, så almindelige mennesker - i betydningen: ikke religiøst eller kirkeligt interesserede - både kan forstå, hvad præsten siger, og føle sig set og hørt, bliver diskuteret i fokusgruppe 2. Ragnhild, en af de yngre kvindelige hospitalspræster peger på, at hvis hun skal vælge de ord, der har størst mulig effekt, så låner hun typisk fra psykologien eller filosofien. Og det ser hun ikke noget særligt problem i, fordi det, man i dag kalder psykologisk sprog, er noget,

KAPITEL 4. ANALYSE

man efter hendes mening har haft i kirken i rigtig lang tid. Man har bare ikke kaldt det psykologi,

så psykologien er faktisk en god måde at forklare nogle af de processer, som vi egentlig altid har forklaret, synd og lignende... altså det er bare nogle andre ord. Så dermed oplever jeg heller ikke psykologien som noget fremmed eller problematisk... det er faktisk en udmærket måde at forklare de indre processer, som kristendommen altid har forsøgt at forklare (2.197 Ragnhild).

Psykologien er født ud af teologien, hævder hun, og for forståelsens skyld er det i dag bedre at tale om negative mønstre end om synd (2.199 Ragnhild); om den sociale byrde, man kan have med sig, frem for arvesynd (2.210 Ragnhild). På den måde bekræfter hun, at psykologiske måder at tænke om sig selv og verden på er blevet naturaliseret - også for præsten. Det er blevet det fællesmenneskelige sprog. Så skal præsten opleves som et solidarisk medmenneske, er hun nødt til at bruge det.

De andre i gruppen ser ud til at være enige i, at det er en af forklaringerne på, at kan patienterne vælge, peger pilen ofte på psykologen fremfor præsten (2.200 Poula). Det offentlige rum er præget af det psykologiske sprog (2.204 Nelly). Poula taler direkte om, at man ikke kan være på en institution som et hospital uden at tage psykologiske begreber i brug (2.227 Poula), hvad alle omkring bordet nikker bekræftende til. Arvesynd bliver aldrig et hit, som en hospicepræst med et smil udtrykker det (2.217 Sidsel), og bruger man uformidlet et religiøst sprog

synes jeg, at jeg kan se i deres [patienternes] øjne, at de lukker ned... altså de lytter ikke, hvis man begynder. Så er det ligesom om... "Nå, det var ikke min verden"... (2.228 Lisbeth).

Så siger de indirekte: "Tak for kaffe... Jeg havde bare brug for lige at vende min situation og ikke høre en masse dogmatik" (2.214 Poula).

Men Ragnhilds udsagn får ikke lov at stå uimodsagt. Nelly, der er præst i psykiatrien, lægger vægt på, at præsten altid bagefter har en oversættelsesopgave, fordi hun skal introducere troens væsen. Det psykologiske sprog slår ikke til. Præsten skal fastholde sin faglige stolthed og fortsat byde ind med det, der er hans/hendes særlige sprog (2.204-208 Nelly). Også Poula fremhæver, at selvom det er nødvendigt at bruge det psykologiske sprog, hvis man vil forstås, så er præsten hele tiden på en stor oversættelses- og formidlingsopgave (2.227 Poula).

KAPITEL 4. ANALYSE

Fordi fokusgruppen som nævnt ligger i direkte forlængelse af en supervisionsseance, hvor det netop ikke handler om at diskutere og markere uenigheder, men at støtte og hjælpe supervisandens udforskning af sit eget udgangspunkt, kan det være vanskeligt at vurdere, hvorvidt disse udsagn skal høres som et simpelt supplement til Ragnhilds udtalelser eller en decideret uenighed. Min umiddelbare fornemmelse er, at der i det mindste er en spænding. Ragnhild fylder meget i fokusgruppe 2. Kigger man alene på numeriske antal udsagn, står hun for 146, Poula for 176, Sidsel for 52, Maiken for 14, Lisbeth for 131 og Nelly for 80. Ragnhild er hurtig til at formulere sig, og det ser nogle gange ud til, at de andre lader hende komme af sted med noget, de ikke fuldt ud er enige i. Denne fornemmelse bekræftes, da jeg direkte spørger, om man kan sætte lighedstegn mellem det religiøse og det psykologiske sprog, eller om noget måske kan gå tabt? Her foretager Ragnhild - måske fordi hun kan mærke modstanden - et hurtigt tilbageskridt og svarer, at man ikke kan tale om et lighedstegn, fordi psykologien har et helt andet udspring end teologien, men man kan være inspireret af den (2.210 Ragnhild). Denne bemærkning står i tydelig modsætning til hendes tidligere udsagn om, at psykologen er født af teologien. Og da hun i den allersidste del af interviewet giver udtryk for, at der i hendes måde at være hospitalspræst på er lidt en imitation af en psykologisk praksis (2.567 Ragnhild), fremhæver Poula, som jeg hører det, om ikke i direkte modsætning så som et slags korrigerende supplement hertil, at der engang var en, der sagde til hende, at når man snakker med præsten, så føler man sig som et rigtigt menneske. Og det, synes hun, var flot sagt. Det er det netop det, man har brug for at blive mødt med. Ikke et eller andet vildt professionelt, hvor man sætter rammer og laver kontrakt (2.568 Poula) – underforstået sådan som en psykolog måske ville gøre det. At det religiøse sprog på ingen måde er blevet opslugt og erstattet af det psykologiske i præsternes praksis, har l. hoveddel af analysen da også bekræftet. Men der er tydeligvis tale om en prekær balance.

At præsterne forstår sig som medmennesker og ikke som behandlere viser sig i begge fokusgrupper. Jeg udleverer som nævnt ovenfor en patientcase (se bilag 5), hvoraf det fremgår, at sygeplejersken meget detaljeret briefer præsten om patienten og hendes historie, inden hun går ind på stuen. Direkte adspurgt til hvilke overvejelser, deltagerne ville have, hvis det var dem, der blev præsenteret for denne patient, og hvad der ville være det vigtigste for dem i mødet med patienten, giver flere netop udtryk for, at de ikke har brug for at høre det, sygeplejersken fortæller. Man kan simpelthen få for meget at vide, og viden binder i den forstand, at den ligger i baghovedet og irriterer og gør en mindre åben overfor, hvad patienten selv definerer som det vigtigste. En fortæller, at det for hende er absolut genkendeligt at blive orienteret på den måde af sygeplejerskerne, men at hun altid prøver at ”viske tavlen ren”, inden hun går ind og ikke tage det med, hun har

fået at vide. Det afgørende er nemlig at møde patienten som et ligeværdigt og jævnbyrdigt menneske (2.422 Lisbeth). Hospicepræsten Sidsel, der deltager i de tværfaglige konferencer og derfor ofte på forhånd ved rigtig meget om patienterne, taler om, at det både er en styrke og en svaghed. Og svagheden er netop, at ens viden om patienten kan skygge for det, hun selv ser og oplever i mødet. Hun ville foretrække at komme ind til patienten uden de forudfattede meninger og forestillinger, man ikke kan undgå at gøre sig, når man er belastet af viden (2.432 Sidsel). Og man kan også uforvarende komme til at røbe sin viden, hvad der kan påvirke patientens tillid (1.403 Claus).

Præsterne foretrækker at møde patienterne uvidende, uden forudfattede meninger og så fordomsfrit som muligt (1.401 Claus, 2.424, 2.429 Poula, 2.430 Ragnhild, 2.432 Sidsel). Og netop dette understreges i modsætning til den måde, de konstruerer psykologens rolle, der har journalpligt, og som ”gerne vil kende cases... hendes livshistorie, og vi præster er måske lidt mere ligeglade med det” (1.434 Claus). Hospitalspræsten er ikke interesseret i diagnoser (1.407 Karen) og lægger afstand til hospitalssystemets objektiverende sprog, hvor mennesket patientgøres og ikke omtales som en jævnbyrdig næste (2.448 Ragnhild), ”men gøres til et objekt, som man skal få løst” (2.445 Nelly). Det er, udtrykt med den tyske filosof Martin Bubers begreber, ”Jeg-Du-holdningen” eller et jeg-du-forhold, som Frida udtrykker det (Frida 105), i modsætning til ”Jeg-Det-holdningen” (Buber, 1997), der er det afgørende for præsterne i deres forståelse af, hvad det vil sige at være medmenneske

4.7.2.1. Den barmhjertige samaritaner

Det er i denne sammenhæng vigtigt at være opmærksom på, at medmenneske og medvandrer er teologisk informerede begreber, dvs. at når præster bruger dem, lægger de betydninger ned i dem, som rækker ud over de mere hverdagsagtige. Og disse betydninger synes at være gået i blodet på dem. I kristen forstand kan man sige, at begrebet medmenneske eller næste blandt andet er bestemt af Jesu lignelse om den barmhjertige samaritaner (Lukasevangeliet 10, 25-37). En jødisk skriftklog henvender sig til Jesus og vil vide, hvem der er hans næste, hans medmenneske, og dermed hvem han har ansvar for? Jesus fortæller nu historien om en mand, der på vejen fra Jerusalem til Jeriko bliver overfaldet af røvere, som tager alt, hvad han ejer, slår ham og lader ham ligge i halvdød i vejkanterne. To af samfundets spidser, en præst og en tjener ved templet i Jerusalem, kommer tilfældigvis forbi. De ser ham, men går begge to forbi. Så kommer en samaritaner, dvs. en der tilhørte det folkeslag som beboede Samaria i oldtidens Palæstina, og som blev betragtet med foragt af jøderne. Han får medlidenhed med ham, renser hans

KAPITEL 4. ANALYSE

sår, løfter ham op på sit ridedyr og bringer ham til et herberg, hvor han sørger for ham. Og næste dag betaler han værten for at pleje ham. Og slår pengene ikke til, vil han betale værten, når han kommer tilbage. Da Jesus har fortalt historien, spørger han den lovkyndige: ”Hvem af disse tre synes du var en næste for ham, der faldt i røveres hænder?” Den lovkyndige svarer: ”Han som viste ham barmhjertighed”. Og Jesus sagde: ”Gå du hen og gør ligeså”.

Man kan sige, at denne fortælling er en sammenfatning af Jesu forståelse af sig selv. Han er den barmhjertige samaritaner, der hjælper uden at interessere sig for den lidendes moralske habitus eller trosforestillinger, og han henviser til Gud selv: ”Vær barmhjertig, ligesom jeres himmelske far er barmhjertig” (Lukasevangeliet 6.36). Det er den tanke, der får en af informanterne til at sige, at hun nok markerer sit ståsted som kristen præst, men hun gør sig ikke til dommer over de mennesker, hun møder, men spørger i den konkrete situation sig selv, ”what would Jesus do-agtigt?” (Agnes 120). Fortællingen er også grundfortællingen i en teologisk omsorgsetik og rummer en opfordring til at efterligne samaritanerens handlinger. Den bestemmer eksplicit, hvad det nærmere vil sige at være medmenneske eller næste: at være kærlig, barmhjertig, nådig, tilgivende, solidarisk, medlidende, ydmyg, i øjenhøjde. Men også, hvad det ikke vil sige: at ville fikse, formane, opdrage, forbedre, behandle, udvikle, sætte sig over eller være ekspert. På den måde kan man sige, at præsterne ved at bruge begrebet medmenneske markerer en afstand til terapeut-, behandler- eller ekspertrollen. Agnes siger f.eks.:

Det er vigtigt for mig at holde mig selv fast på, at jeg ikke er behandler. Jeg skal ikke nødvendigvis flytte folk et andet sted hen. Hvis de i kraft af vores samtale selv flytter sig et andet sted hen, så er det rigtig fint, men det er ikke min opgave. Jeg skal ikke skrive i journaler. Jeg skal ikke stille diagnoser. Der er en masse ting, jeg ikke skal. Det er rigtigt vigtigt, at jeg er noget andet; at jeg er der som medmenneske (Agnes 170)

Det er tilstedeværelsen eller nærværet, der er i fokus, og det er, som vi også har set ovenfor, et mål i sig selv og ikke et terapeutisk middel. ”Jeg er mere sådan et medmenneske, der kommer og spørger, hvad der er inden i dig lige nu” siger Bente (Bente 18). Det kan godt være, at samtalen med præsten rent faktisk bringer en patient fra A til B, men det er ikke ambitionen (1.126 Jenny). Forestillingen om psykologen som behandler er ikke nødvendigvis kun et udtryk for præsternes fordomme. F.eks. fremgår det af en nyere lærebog i palliativ medicin, hvor psykologen Maj-Britt Guldin og lægen Anders Bonde Jensen skriver om psykiske

KAPITEL 4. ANALYSE

reaktioner ved alvorlig sygdom og den nødvendige psykologiske intervention i den forbindelse, at

”hvis sorg over sygdomsstatus, tab af mening og identitet, nedsat livskvalitet og håbløshed ikke afhjælpes tidligt, er der risiko for, at de psykiske symptomer kan udvikle sig til decideret depression”
(Guldin, Jensen, 2015:116)

Psykologens opgave er altså ifølge Guldin og Bonde at afhjælpe og behandle disse tilstande, hvorved der er fare for, at hun/han i overensstemmelse med den terapeutiske etos' 3. grundantagelse: ”Alle problemer er individuelle – også lidelsen”, kommer til at kode eksistentielle grundvilkår: afhængighed, sårbarhed, dødelighed, relationers skrøbelighed og eksistentiel ensomhed, som problemer, der kan løses eller afhjælpes (Vetlesen 2004:18). Hermed kan de ifølge Vetlesen komme til at overdrive individets (psykologens såvel som patientens) muligheder (Ibid). Præsten opfatter derimod sin opgave som at

at være medmenneske i ordets egentlige forstand. At komme ind og være et menneske sammen med det menneske, der ligger der og være der sammen med [ham eller hende] i det, der lige nu fylder...
(1.126 Iben).

Præsten kommer som et menneske af kød og blod, og samtalen med hende er ifølge Elsebeth mere på lige fod end en samtale mellem en psykolog og en patient (Elsebeth 88). Ganske illustrativt fortæller hun, som nævnt ovenfor, hvordan hun på et tidspunkt var blevet tilkaldt til en ældre døende mand og hans noget skeptiske voksne sønner. Men bagefter var hun blevet kontaktet af en sygeplejerske, som fortalte hende, at de havde troet ”der kom en præst, men så kom der et menneske” (Elsebeth 119). Ifølge informanterne møder patienten i præsten ikke først og fremmest en profession, men et medmenneske, og præsten har som de øvrige faggrupper i sundhedsvæsenet ikke det særkende ved sig, at hun er videnskabelig i den Løgstrupske betydning, dvs. foretager en reduktion og eliminerer sansningen, dagligsproget, bevidstheden og fornufte (Wolf, 2013:104).

Hospitalspræsten Adam skelner som nævnt eksplicit mellem den medmenneskelige samtale, som han mener er præstens opgave, og den terapeutiske samtale, som er psykologens gebet (Adam 14, 107), og tager, med en direkte henvisning til Svend Brinkmanns bestemmelse af vores senmoderne kultur som diagnostisk (Brinkmann, 2010b), afstand fra den patologisering og indsnævring af normalitetsbegrebet, der er nogle af konsekvenserne heraf (Adam 16). I den

KAPITEL 4. ANALYSE

medmenneskelige samtale er der ingen retningslinjer for, hvad man skal tale om. Der er ingen dagsorden. Hvis vedkommende ønsker det, giver han gerne en kristen vinkel på problemstillingen, men hvis samtalepartneren efterspørger gode råd, afviser han det, fordi han netop ikke ser sig selv som ekspert (Adam 40). Som vi også har set ovenfor, taler han i denne sammenhæng om forskellen på den problematiske lidelse, dvs. den lidelse, der kan løses, og den vilkårlige lidelse, der er givet af tilværelsens vilkår, og som derfor skal bæres. Den første er psykologens primære opgave, og den sidste er præstens (Adam 19). Præsten er med Ragnhilds ord "den sympatiske fremmede" (2.158 Ragnhild). Der er ikke nogen opgave, der er for lille, "for præsten er jo også bare et medmenneske" (2.326 Poula). Man kan både hjælpe med smartphonen, der driller, lufte hunden, planlægge begravelsen eller tale om gensynet på den anden side, så præsterollen er ikke så afgrænset som psykologens (2.327 Lisbeth). Det særlige ved præsten er netop, at hendes opgave ikke er så veldefineret som alle andre professionelles på hospitalet (2.38 Ragnhild). De har med andre ord det, sociologerne De Vries, Berlinger og Cadge kalder en "vakuum identitet", dvs. de fylder mange af de tomrum ud, der opstår i mellemrummet mellem andre ansatte på hospitalet eller hospicet: "Chaplains fill a void rather than offering a well-defined service" (De Vries, Berlinger & Cadge, 2008:3). Det er efter deres opfattelse et problem for professionaliseringen af hospitalspræsterollen, fordi det betyder, at præsten ikke har nogen afgrænset jurisdiktion. Men det synspunkt ser det ikke ud til, at informanterne deler. Særkendet ved præsterollen er netop, at der ikke er noget særkende, at den er så bred, som Ragnhild formulerer det (2.40 Ragnhild). Det er i den optik netop hendes almindelighed, der er det afgørende. Vi skal senere i dette afsnit se, at præsterollen ifølge informanterne også har sit særkende, så der er tydeligvis en spænding mellem det almindelige - i betydningen det fælles menneskelige - og det særlige.

4.7.2.2. Emmaus-vandringen

Ligesom begrebet medmenneske har begrebet medvandrer vigtige teologiske konnotationer, som supplerer eller komplementerer begrebet medmenneske. Medvandrer refererer til historien fra slutningen af Lukasevangeliet (Lukas 24,13-35), hvor vi hører om de to Jesus-disciple, der efter Jesu død på korset langfredag er på vej fra Jerusalem til den lille landsby Emmaus. De er modløse, skuffede, forvirrede og bange, og forstår ikke meget af, hvad der er sket. Men så møder de én på vejen og kommer i snak med ham, og de begynder at forstå, at Jesu død ikke er afslutningen. De kan bogstaveligt talt mærke, at livet igen begynder at røre sig i dem, og de får modet tilbage. De får gejsten tilbage af det, de hører, og de overtaler derfor også den fremmede til at gå med ind på herberget og spise sammen

KAPITEL 4. ANALYSE

med dem. Og da den fremmede der ved bordet deler brødet og vinen med dem, genkender de ham. Der er Jesus selv, der har slået følge med dem. Han er ikke død og borte, men levende tilstede iblandt dem.

Emmaus-vandringen bruges som en model for hospice- og hospitalspræstens møde med patienter, pårørende og personale. Som en hospicepræst udtrykker det:

Jeg tænker på mig selv som medvandrer. Det er altid Emmaus-vandringen, der spøger inde i mit baghoved. Jeg er medvandrer i det stykke tid, jeg nu får lov at møde de der mennesker... Mange gange bliver det som en byrdebærer, hvor man ligesom... den der rygsæk... man kan lige bakke baglæns hen til mig og lige lægge den her, inden man går videre med sin byrde (2.35 Maiken).

Hun er den, der for en stund bærer med på patientens byrder. Når det handler om de eksistentielle vilkår, som patienten og de pårørende konfronteres med, når de rammes af alvorlig sygdom og tab, ser præsten sig som ligeså magtesløs som dem. Men han vandrer med dem (Adam 25). Hun er i samme sko som alle mulige andre (Agnes 39). Præsten har ikke mere magt end dem. Hun kan ikke tage byrderne fra deres skuldre, men hun kan sørge for at de (for en tid) ikke skal være alene med dem:

Nogle gange er man den, der skal holde i hånd, når de skal have taget en prøve, de frygter; andre gange er man den, der trøster; andre gange er man den, de betror sig til; den, der bare sidder eller den, man drikker kaffe med (2.37 Lisbeth).

Helga taler i samme retning om, at sundhedsvæsenets tilgang ofte er meget diagnosticerende, udredende og problemorienteret i forhold til de vanskeligheder, patienter og pårørende kommer med, hvor hun som præst i stedet ofte hører en rørende kærlig fortælling, der bare er, som den er. Hun forbinder det med den udbredte forestilling i vores senmoderne kultur, at livet ikke må gøre ondt. Men lidelsen er indbygget i tilværelsen, og der er ting, der bliver ved med at gøre ondt. Det opleves provokerende,

at krisen ikke er noget, vi skal hjælpe folk af med, fordi den ikke er et problem... Men det, vi [som præster] kan gøre, er, at vi kan sige: Jeg kan holde ud at være der sammen med dig og høre, hvad du har at sige... jeg vil høre på det, du oplever der (Helga 203).

KAPITEL 4. ANALYSE

Mødet med præsten fungerer således som et ”rum”, hvor tingene må være, som de er (Cecilie 23). ”The chaplain is there to walk alongside patients in their anxieties and fears”, som den amerikanske professor i Social Work J.W. Ellor formulerer det (Ellor, 2009:314). Hospitalspræsten vandrer sammen med patienten, mens hun nysgerrigt lægger øre til patientens bekymringer og frygt, så han eller hun ikke skal være alene med dem.

Informanterne understreger, at de i modsætning til psykologerne hverken har de faglige forudsætninger for at diagnosticere f.eks. angst, depression eller kompliceret sorg hos patienter og pårørende eller opfatter det som deres opgave at behandle disse tilstande. Agnes taler f.eks. om, at hun i en konkret situation havde overvejet, om hun var en ”psykolog wannabe”, hvad hun tydeligvis ikke ønsker at være (Agnes 200). Hun fortæller, hvordan en sygeplejerske på en tværfaglig konference i det team, hun arbejder i, havde givet udtryk for, at det var vanskeligt at finde ud af, hvornår hun skulle henvise patienten til henholdsvis præsten eller psykologen. Det havde resulteret i, at Agnes havde taget spørgsmålet op i en teamsupervision. Her blev det tydeligt, fortæller hun, at psykologen var behandler. Ifølge psykologen selv var hendes opgave i modsætning til Agnes at flytte på noget; at gøre noget (Agnes 184).

Da jeg spørger, om hun tror, det gjorde forskellen tydelig for sygeplejerskerne, er hun ikke helt sikker på det. Men det var alligevel godt at reflektere over det, siger hun, fordi hun selv gerne vil fastholde, at det ikke er den samme form for samtale, man har med præsten, som man har med psykologen (Agnes 175). En anden taler direkte om, at hvor psykologen laver en bevidst observation, sidder måske endda og tager notater under samtalerne og efterfølgende er forpligtet på at skrive journal ”kommer præsten bare og sætter sig ned og snakker ... og det tror jeg, de [patienterne] kan mærke” (2.571-572 Lisbeth). Præsten er metaforisk udtrykt, et lyttende øre og en ventil (1.4 Karen). Det handler om at være ”en lille mund og store ører” (Agnes 72). Her bliver man hørt og kan få luft for alt det, der plager en.

Som jeg har vist i analysens 1. del, ser præsterne som udgangspunkt patienternes magtesløshed, nedtrykte humør, fortvivlelse eller sorg som almindelige, normale og adækvate reaktioner på svære begivenheder i deres liv. Sorg og død er ikke problemer, der kan løses, men byrder der skal bæres. Og byrder bliver lidt lettere at bære, hvis man ikke skal bære dem alene. Det ser også ud til at være den forståelse, der f.eks. ligger bag Agnes’ refleksioner i forbindelse med, at hun som novice i det palliative felt har været med til en række familiesamtaler sammen med en psykologkollega i det palliative team. På den ene side fortæller hun, at hun nogle gange har følt sig som ”en selvlært røver” (Agnes 189), og føler sig ydmyg i forhold

KAPITEL 4. ANALYSE

til psykologen. For hvad er præstens rolle egentlig? Hvad har hun, der ikke har en decideret uddannelse til at tale med mennesker, at byde på? (Ibid.189). Præsten er, som hun formulerer det ”bagud på point fra starten hos nogle” (Agnes 180), og måske egentlig også hos hende selv. For da jeg spørger, om det kan have at gøre med, at hun oplever, at psykologen i samtalerne giver familien redskaber eller taler om, hvordan man kommer videre, svarer hun leende: ”det kan godt være. Men det vil hun være meget ked af, du sagde” (Agnes 190). Den dominerende terapeutiske kultur, hvor mennesket konstrueres som havende uanede muligheder, hvis de bare får de rigtige værktøjer eller redskaber, synes således også at kunne gøre præsten usikker på sin rolle. Den måde at tænke på, er blevet så almindelig, at selv præsten har den med sig, og at der derfor også pågår en indre kamp for at holde den på afstand og fastholde, at hendes bidrag er og skal være anderledes end psykologens. På anden side fortæller Agnes, hvordan hun under disse samtaler har tænkt, at hendes erfarne psykologkollega

måske er en lille bitte smule mere sådan – jeg kunne have lyst til at sige – sådan vævende, hvor jeg godt kunne tænke mig at være en lille bitte smule mere direkte med noget... (Agnes 196)

Jeg får desværre ikke spurgt hende om, hvad det er, hun kunne have tænkt sig at være mere direkte med, men dels finder disse familiesamtaler kun sted, når en forælder er på vej til at dø, hvorfor man kunne forestille sig, at det netop er det, hun måske ville adressere mere direkte. Dels har hun tidligere i interviewet, hvor vi talte om forskelle og ligheder mellem præstens og psykologens rolle, bragt disse familiesamtaler på bane og forklaret, at forskellen måske er, at hun som præst har en lidt større tryghed end psykologen i forhold til at tale om døden ”fordi det er det, vi sidder og tænker på alle sammen” (Agnes 54). Ikke fordi psykologen ikke vil tale om eller har berøringsangst i forhold til døden, men den dukker åbenbart ikke så hurtigt op i hendes tanker, som den gør i Agnes’ (Agnes 54-56). Man kan forestille sig, at præsten netop i modsætning til psykologen kan være direkte med de allersværeste ting, fordi hun, som vi har set ovenfor, har på rygmarven, at den slags netop ikke er problemer, der kan løses, men byrder der skal bæres. Hun skal ikke være klog og give gode råd og redskaber, men kan nøjes med at være medvandrers.

Når man ser bort fra Ragnhild, har informanternes samtaler eller møder med patienter og pårørende på hospitalet eller hospicet i deres egen optik således ikke form af en psykoterapeutisk konsultation eller en terapeutisk samtale, sådan som Ole Jacob Madsen ellers konkluderer er typisk for samtalen med præsten i senmoderniteten (Madsen, 2010:60) . Samtalerne ser på ingen måde ud til at være blevet koloniseret af den terapeutiske kultur, men konstrueres tværtimod aktivt som

grundlæggende forskellige fra den terapeutiske samtale og kontakt. For informanterne spiller netop samaritaner-ideologien, som den finske filosof von Wright så som en del af arven fra Jerusalem (Wright, 1994:65ff), en afgørende betydning. Herved kan man sige, at de som faggruppe repræsenterer den oprindelige forståelse af hospitalet som det sted, hvor der er plads til lidelsen; hvor den lidende kan møde medlidenhed og barmhjertighed, og hvor det handler om at komme overens med tilværelsens vilkår. Ligesom også Boelsbjerg konkluderede i sit studie (Boelsbjerg, 2013:84), ser præsterne det som en vigtig opgave at sikre, at forskellige synsvinkler på mennesket som et lidende væsen repræsenteres.

Som vi nu skal se, spiller netop tidsperspektivet i mødet eller samtalen en afgørende rolle.

4.7.3. Tid som nærvær

Når præsten betegnes som medmenneske og medvandrer, er tidsperspektivet betydningsfuldt. På nytestamentligt græsk benyttes to ord for tid, ”chronos” og ”kairos”, hvor chronos betegner tid i almindelighed, både som varighed og som tidspunkter, som kvantitet, og kairos står for tid, som på en eller anden måde kan siges at være speciel, højtid, særlig mættet, tid som fylde, som kvalitet⁹⁶. Begge disse forståelser dukker op i materialet og uddyber billedet af præsten som medmenneske og medvandrer. Jeg vil nu først se på tid i betydning chronos, tid som varighed, hvorefter jeg vender mig mod tid som kairos, som fylde, kvalitet, sådan som det særligt kommer til udtryk i præstens rolle, som den, der repræsenterer Gud, som ritualbærer og som manden m/k med leen.

4.7.3.1. Nærværets embede

Bo taler om, at det, der tager længst tid som hospitalspræst, er samtalen. Han overvejer om det måske ligeså godt kunne være en psykolog i stedet for ham, men slutter med at konkludere:

og så måske alligevel ikke. Det ville i hvert fald kræve af psykologen, at han eller hun skulle sige, at nu er jeg her bare... i lang tid ... hvis det var det, der var brug for... Jeg tror, jeg ville sige, at det er tilstedeværelsen [der er det vigtige] (Bo 21).

⁹⁶ Se f.eks. Apostlenes gerninger 1,7: ”Det tilkommer ikke jer at kende tider (chronos) eller timer (kairos), som Faderen har fastsat af egen magt”.

KAPITEL 4. ANALYSE

Det, der er ifølge ham, adskiller præster fra det øvrige sygehuspersonale, er selvfølgelig evangeliet,

men det har også noget at gøre med tid og fleksibilitet... Vi har altid en på vagt, og det er et vigtigt princip, vi har. Og at man så er der, indtil man ikke er behøvet mere (Bo 69,70)

Der er flere af informanterne, der fremhæver, at det er en væsentlig del af sjælesorgen, at man viser, man har god tid. For selve nærværet og roen åbner op og gør, at man kommer langt omkring (Frida 5,8,180). Bente fortæller, at psykologerne på hospitalet slet ikke vil tilkaldes til traumeafdelingen i den akutte situation, fordi de mener, at folk skal komme sig over det første chok, før samtaler giver mening.

Så når personalet er fuldstændig på bar bund... så tilkalder de mig (Bente 121,122). Der kan hun være... et menneske i rummet, som er der ligesom for at støtte... man kan vise, at man er der (Bente 124,125)

Hun fremhæver, at hun i modsætning til psykologerne ikke har nogen hensigt med mødet med patienten eller de pårørende. De skal ikke flyttes på. De skal bare føle sig hørt og mødt (Bente 126). Det er solidariteten, der er afgørende. Som en anden formulerer det:

[Det er] tilstedeværelsen... det er netop en eller anden ekstrem situation, hvor man kan komme til at sidde længe. Det er jo nogle gange bare det at være der... Det er det der med rummet (2.340 Nelly)

Der er her tale om tid som *chronos*, som varighed eller udstrækning. Præsten tillægger det afgørende betydning, at hun er til rådighed på alle tider af døgnet og ikke kigger på klokken, når hun er der. Adam understreger f.eks., at han aldrig kunne finde på at fastlægge en samtale så præcist, at han ikke kan sidde et kvarter eller 20 minutter længere, hvis der er brug for det, fordi han ikke ønsker en sådan ”psykologiserende behandleragtig måde at tilrettelægge et besøg på” (Adam 159). Hvor psykologen har en ”aftalekultur”, har hospitalspræsten mere det, man kunne kalde en ”ad-hoc-” eller ”improvisationskultur”. F.eks. fortæller en hospicepræst, at psykologen kun kommer på hospice, når en patient udtrykkeligt har bedt om at tale med hende, hvor hun som præst er til stede og til rådighed (Gitte 94). Hospitals-

KAPITEL 4. ANALYSE

eller hospicepræsters "availability", tilgængelighed, hører netop ifølge den britiske præst og forsker Dr. Helen Orchard til denne gruppes særlige rolle sammenlignet med alle andre faggrupper i sundhedsvæsenet:

"Availability is the key thing. You know you can beep them and there will be one of them around... always available and more available than other forms of support." (Orchard, 2000:121)

Dette understøttes af et stort kvalitativt studie af 44 skotske hospitalspræster (Mowat, Swinton, 2005:37). I fokusgruppe 2 dukker netop hospitalspræstens ubegrænsede tilgængelighed op i forbindelse med overvejelser over, hvad der er det værste ved det jobbet. Det fylder rigtig meget, at de er på tilkald døgnet rundt. Som Lisbeth udtrykker det:

Det kan godt være, de ikke ringer så tit, men potentielt kan de ringe. Og det vil sige, telefonen skal jo hele tiden være tændt, og jeg skal hele tiden lige tjekke... Jeg er randt fra fødselsdage og alt muligt... på alle mulige tidspunkter af døgnet. Og det er faktisk en belastning, synes jeg også (2.398 Lisbeth)

Poula forsætter

Det er byrdefuldt at have det på den måde. Og det er faktisk ikke rimeligt, at man gør det - ikke for lud og koldt vand - men uden nogen særlig bevågenhed af personale- eller lønmæssig art. Og det fylder... Jeg har ikke tænkt mig at blive en bitter præst, men jeg kan mærke, at lige det der, det tærer altså på mig, fordi jeg synes, det er så meget, man giver... at det ikke bliver set og ikke bliver honoreret, det er, synes jeg, uretfærdigt (2.399 Poula).

Ragnhild nævner, at hvis det bare er nogen fra hendes eget sogn, der ringer og gerne vil have et besøg en lørdag aften, sker der ikke noget ved, at hun har drukket et glas rødvin. Dels kan hun bare gå derover. Dels vil hun ofte kende vedkommende og kan bedre vurdere, om går an at vente til dagen efter. Men det holder ikke, hvis de ringer fra hospitalet. Så er hun nødt til at møde op, og hun skal kunne sætte sig ud i sin bil og køre (2.404-405 Ragnhild). Og i fokusgruppe 1 indrømmer en af deltagerne, at når en sygeplejerske i en weekend har ringet og sagt, "at ja, vi kan jo ikke få fat i en psykolog en lørdag eller en søndag, men der jo altid én af jer, vi kan få fat i", så har hun i sit stille sind tænkt, at det kunne da have været rart at tage på skovtur i stedet.

KAPITEL 4. ANALYSE

Men hun har aldrig kørt hjem bagefter og tænkt, at det ikke gav mening (1.380 Jenny). Præsten defineres af plejepersonalet altså som en faggruppe, hvis kendetegn er, at man altid kan få fat i dem. Der er tale om en kraftig homogenisering. Man kunne måske omformulere sygeplejerskens bemærkning på følgende måde: ”I præster er ganske vist ikke særlig funktionelt nødvendige, men når der ikke er andre, kan vi godt bruge jer”.

Det afgørende i denne sammenhæng er, at præsterne ikke stiller spørgsmålstejn ved, at det er vigtig del af deres job at være til rådighed og kunne tilkaldes døgnet rundt. Men de føler sig ikke anerkendt for det. Hverken fra hospitalets side, som er vant til at læger og andre personalegrupper har vagtordninger, som de særligt honoreres for, hvorfor de også bliver meget overraskede over, at det samme ikke gælder for præster (2.403 Lisbeth), eller – og det ser ud til at være hovedproblemet – fra præsternes egen ledelse (biskopper), der tilsyneladende har den indstilling, at hospitalspræstens tilkald ikke adskiller sig fra den måde, enhver sognepræst står til rådighed. Det er de harme over (2.399 Poula), fordi det netop er en anden form for stress:

Jeg kan decideret mærke det på den måde, at nogle gange så kan jeg høre min telefon ringe hele tiden, selvom den ikke ringer. Det er sådan en stress (2.407 Ragnhild).

Det nikker de øvrige i gruppen samstemmende til. Det afgørende er imidlertid, at selvom de oplever det som svært belastende, så får det dem på ingen måde til at mene, at hospitals- og hospicepræstetjobbet skal være et 8-16-job, og at deres tilgængelighed skal begrænses. Det, at de har tid i betydningen udstrækning eller varighed (chronos), er betydningsfuldt.

Det, den hollandske, katolske præst og tidligere professor i pastoralpsykologi på Yale og Harvard Henri Nouwen kalder ”the ministry of presence”, tilstedeværelsens eller nærværets embede (Nouwen, 1993), spiller således ifølge informanterne en vigtig rolle. Nærværets embede betyder netop ifølge Nouwen at være kendt som en, der lever sammen med de mennesker, der har brug for omsorg; at lide med dem og være underlagt de samme livsvilkår. Den amerikanske professor i sociologi, Wendy Cadge peger i sin bog *Paging God. Religion in the Halls of Medicine* (Cadge, 2012), der bygger på en kombination af et stort antal interviews med sygeplejersker, læger og hospitalspræster på amerikanske hospitaler og omfattende feltstudier af deres daglige rutiner, i samme retning. Hospitalspræsten forstår ifølge Cadge sig selv som den, der ledsager patienter i deres dødsproces, tilbyder at forrette ritualer og støtter pårørende i chokket og sorgen over tabet. De er sammen med familierne, når døden kommer uventet og

KAPITEL 4. ANALYSE

hjælper ved deres nærvær pårørende til at være i rummet sammen med den afdøde. De lytter til familiens og vennernes fortællinger, og legitimerer og skaber rum og plads til de følelser, der måtte være i situationen (Ibid.180f). Det er denne ”ministry of presence”, dvs. at være til stede eller til rådighed uden nødvendigvis at gøre noget, der er afgørende for informanterne. Det er, som vi ovenfor så Bente benævne det, hospitalspræstens solidaritet, at man kan vise, at man er der som ét menneske til et andet, der er det vigtigste (Bente 124). Og at man er der, indtil man ikke er behøvet mere (Bo 70), fordi den lidende ikke skal føle sig alene. At tale om hospitalspræstens rolle som ”a ministry of presence”, som nærværets embede, er i det hele taget udbredt i litteraturen (se f.eks. Sullivan, 2014: 173ff). På dette område adskiller præsternes forståelse af mødet med patienterne sig således fra den professionelle, terapeutiske samtale. Hvor den sidste har instrumentel karakter og netop igangsættes med henblik på at forandre noget (jf. den tysk-amerikanske psykolog, Hans H. Strupp’s definition i Møhl, Kjølbye, 2013:10), ser præsterne deres møde med patienterne som et helle, et fristed eller et asyl fra det mere eller mindre eksplicitte krav om forandring, som både hospitalskulturen og den terapeutiske kultur er fælles om. Men hvor Sullivan som nævnt ovenfor (se afsnit 1.7 *Forskningsoversigt*) først og fremmest betragter den amerikanske forfatnings adskillelse af religion og stat som kontekst for denne nærværsteologi (Sullivan, 2014:174), synes den for mine informanter at være den terapeutiske etos og dens forstærkninger i hospitalskulturen. En af informanterne, Lisbeth, udtrykker det på denne måde:

Her [i mødet/samtalen med præsten] behøver man ikke at spekulere på dagsordener, eller hvad der går videre, altså at præsentere sig på en bestemt måde. Mennesket er i hvert fald mere frit til at være sig selv her (2.308 Lisbeth)

”For mig er det helt klart, at psykologen skal flytte patienten, det skal præsten ikke”, som Nelly, der er præst på et psykiatrisk hospital, formulerer det (2.306 Nelly). Og Elsebeth spidsformulerer det som følger:

Lægestanden og sygeplejerskerne har altid et formål med patienterne. De vil altid have bragt dem et bestemt sted hen (Elsebeth 163).

Men herved kommer præsterne på kollisionskurs med den terapeutiske etos og de forstærkninger af den, vi har set i det evidensbaserede, (natur-)videnskabeligt kvalificerede sundhedssystem, der sætter bestemte standarder for hvilke former for

KAPITEL 4. ANALYSE

praksisser, der er relevante, effektive og troværdige. Næmlig praksisser som er kvantificerbare, generaliserbare og alment anvendelige til at ”flytte” patienten og få magt over sygdom, sorg, angst, tab m.m. Hospitalskulturen har ligesom den terapeutiske kultur en tendens til at forvandle alt til forskellige former for teknologiske eller psykologiske udfordringer, ”to turn mystery into puzzles and then try to solve them”, som Swinton formulerer det.⁹⁷ Disse praksisser har sjældent øje for det, han kalder personens spiritualitet, dvs. de dimensioner af mennesket, som ikke er kvantificerbare, og som er mystiske, individuelle og unikke (Swinton, 2003:6). Altså alt det, der ikke kan løses, hvad informanterne, som vi har set ovenfor, netop opfatter som deres særlige opgave at have blik og omsorg for. Men præsterne giver udtryk for, at det er vanskeligt at bringe mysteriet, troen, på bane i et sådant naturvidenskabeligt miljø (1.540 Iben). Som vi så i det forrige kapitel, er der i hospitalskulturen en tendens til, at patienterne bliver deres diagnose, hvad enten den nu er af somatisk karakter (cancer, Kronisk Obstruktiv Lungesygdom, hjerteinsufficiens osv.) eller psykologisk (angst, depression, kompliceret sorg osv.) med den konsekvens, at det konkrete lidende menneske let overses. ”Lægen så kun på (blod-)tallene, ikke på mig!”, som en svært syg hospicepatient engang forarget betroede mig efter samtale med en læge på onkologisk afdeling.

Det er imidlertid ikke alle præster/teologer, der tilslutter sig en sådan ikke-instrumentaliseret tilgang til den sjælesørgeriske samtale. Den danske teolog og Nordens første professor i åndelig omsorg, Niels Chr. Hvidt, argumenterer for, at den åndelige omsorg (spirituel care) skal ind på hospitalet, fordi det giver en bedre behandling (Villesen, 2017). Studier viser, at patienter i palliativ behandling, som er tilfredse med omsorgen og føler sig understøttede, når det kommer til spiritual care, er mindre økonomisk omkostningstunge (Hvidt henviser her til: Balboni et al., 2011). Hvidt indskrives sig hermed i en forskningstradition, der, som vi har set ovenfor, har fokus på, hvilken betydning eksistentielle og åndelige ressourcer har for sundhed og overlevelse, og som interesserer sig for at udvikle kurser, viden og værktøjer, der kan styrke den åndelige og eksistentielle opmærksomhed og indsats.

Det er tankevækkende, at informanterne i modsætning hertil ikke bruger sådanne argumenter til at legitimere deres plads på hospitalet eller på hospicet. De taler ikke om, at deres tilstedeværelse skulle kunne forbedre patienternes compliance eller hjælpe dem til det, den amerikanske professor i religiøse studier W.F. Sullivan kalder ”spiritual fitness”, og som på amerikansk

⁹⁷ Professor John Swinton i ”Delivering Quality Spiritual Care”, lokaliseret 12.01.2018 på <https://www.youtube.com/watch?v=SDDeVWGjDxs>

KAPITEL 4. ANALYSE

grund ses som en vigtig del af det, man kalder ”good health”, dvs. at bevare og udvikle et spirituelt velbefindende trods sygdom (Sullivan, 2014:43). De værger sig tydeligvis mod at instrumentalisere deres rolle og opfatter den som grundlæggende forskellig fra alle andre sundhedsprofessionelles, inklusive psykologens. De fastholder, at de hverken kan eller skal vejes på samme vægt som andre personalegrupper. De er, udtrykt med den danske hospitalspræst Tom Kjær Andersen og den norske filosof Kari Martinsens ord, *Utenfor tellekantene* (Kjær et al., 2015), dvs. de henviser til det, der ikke kan tælles eller måles, men som er betydningsfuldt, og som kan erfares i møderne mellem mennesker. De ønsker ikke at blive målt på, hvor terapeutisk effektive de er. F.eks. taler informanterne i fokusgruppe 2 om, at hvor psykologerne bruger forskellige former for scoreskemaer og psykologiske tests, som de afkoder, så vil præster aldrig se sig selv på den måde (2.245,246 Poula). Poula overvejer dog kort, om præster også kunne have et sådant skema, men bliver mødt med et nærmest bestyrtet ”nej” af Sidsel (2.551 Sidsel), fulgt af Nellys præcisering af, at

psykologerne har den der lidt fejlfindings- eller diagnosticeringssituation, som de er i, når de - forestiller jeg mig - møder nogen. På hvilken skala er vi? Er det noget, der skal gøres noget ved eller er det noget, der bare skal tales om? Og så er jeg [psykologen] i øvrigt videre. Forskellen er, at vi kommer jo ikke for at gøre noget ved det, vi kommer for at være sammen med patienten (2.554 Nelly)

Disse såkaldte ”assessment tools”, der f.eks. skal måle patientens spirituelle sundhed og vurdere betydningen af hospitalspræstens intervention for produktiviteten (se f.eks. Sullivan, 2014:22ff); undersøge effekten af hospitalspræstens daglige besøg til særlige patientgrupper (se f.eks. Iler, Obenshain & Camac, 2001) eller den pastorale omsorg for pårørende (se f.eks. Flannelly et al., 2007) spiller således ingen rolle for informanterne overhovedet. De opfatter ikke sig selv, sådan som man kan se det i en amerikansk og britisk kontekst, som ”sjælelige ingeniører” (”technologists of the soul”), der i stand til at fortage positive psyko-spirituelle forandringer hos patienten med henblik på at fjerne hindringer for fysisk restitution og dosere religion, ligesom lægen doserer medicin (Swift, 2009:45). På den måde nægter de indirekte at kæmpe på samme bane som andre faggrupper på hospitalet/hospicet og dermed også på den terapeutiske etos’ præmisser. Materialet indikerer, at de vil være lodret uenige i følgende konklusion på et studie af skotske hospitalspræster, som peger på, at

KAPITEL 4. ANALYSE

”chaplains must embark on a marketing exercise. In an evidence-based culture, one important way in which they can do this is by developing an evidence base that will help to confirm and validate their role within the multidisciplinary team” (Mowat, Swinton, 2005:59)

Men det betyder, at de bliver ”odd persons” (Woodward, 2001:94), er ”odd-size” (Iversen, 2018:414f) eller ”fremmede fugle”, der bevæger sig udenfor, ved siden af eller i margenen eller i periferien af hospitalskulturen. De er på tålt ophold, som Lisbeth udtrykker det (2.238 Lisbeth). Præsten er ikke en del af systemet ”og kan netop derfor være en røst, der siger: prøv lige at tage nogle andre briller på” (1.313 Jenny). De ser deres styrke - ikke i deres professionalitet - men i deres anderledeshed eller med Woodwards ord, deres liminalitet (Woodward, 2001:94), dvs. i deres opgør mod den sociale orden, der ellers hersker på hospitalet. En af styrkerne ved at være præst på hospitalet er netop, at man ikke er del af behandlingerne, som Adam siger det (Adam 159). Men selvom de således i princippet mener, at det er sådan, det skal være, og at det netop er vigtigt, at præsten ikke er ansat af hospitalet og dermed ikke har medansvar for, ”om der er røde eller grønne tal på bundlinjen” (1.311 Jenny), så er det ikke nogen let position eller rolle at have. Som Jenny udtrykker det:

Der er den der forventning, som vi også kan mærke. Når man kommer til nogen, der måske har mistet deres barn, ik... Jamen, hvad kan du give os? Hvad kan du spørge ind til og råde os med? Og så er det, man ligesom... ja, brænder... (1.184 Jenny).

Eller som hospicepræsten Claus formulerer det:

Hvad fanden er jeg egentlig værd, når psykologen skal derned på stue 12, og jeg skal ikke skal bruges til noget. Og man føler sig lidt... De [personalet] kigger på en. Hvad laver du egentlig her? Du går bare rundt der... (1.180 Claus).

Det kan nogle gange næsten føles pinligt, hvad der ifølge Iben måske hænger sammen med, at det præsten laver, er så svært målbart. Man kan jo se, om pillerne virker, eller benet heler, men det er anderledes med en åndelig samtale (1.77 Iben). Og hun forsætter:

KAPITEL 4. ANALYSE

Når vi [hospitalspræster] træder ind i en i den grad videnskabelig verden, hvor alt bliver målt og vejret, så er det, at jeg nogle gange tror, vi selv føler, vi kommer til kort, fordi vi ikke kan fremvise resultater på samme måde (1.80 Iben)

Det er tydeligt, at der her er tale om et sammenstød mellem to meget forskellige diskurser, sådan som vi eksempelvis ovenfor så det i Helgas fortælling om sit møde med den afmægtige patient. Dette sammenstød udspiller sig både mellem præsten og hospitalets/hospicets ansatte og i præsten selv. Som senmoderne mennesker er også informanterne præget af kulturens forståelser af, at det nyttige og hjælpsomme er at fikse noget og løse problemerne, så man kan komme videre. Det er på den måde, man bliver anerkendt som en jævnbyrdig og ligeværdig samarbejdspartner. Agnes fortæller f.eks. at hun en dag tilfældigvis kommer til at overhøre, hvordan en sygeplejerske forsøger at overtale en patient til at tale med hende:

Og så siger hun [sygeplejersken]: "Altså vi har fået sådan en ny sød præst. Hun er så god at tale med. Hun er ikke sådan rigtig præst. Hun er sådan lidt mere psykologagtig..." Og så kunne jeg ikke lade være med at drille den der sygeplejerske bagefter og sige til hende: "Hvornår er det, du siger det om lægen, ik'?" Og det grinte vi af, for jeg ved jo godt, hvorfor hun gør det. Hun prøvede virkelig at lave den vildeste salgstale. Men på en eller anden måde så tog hun jo så også brodden ud af alt det, jeg er, og det jeg kommer med, ik'?" (Agnes 181)

Selvom Agnes kalder det "en sjov episode" (Agnes 181), er ambivalensen alligevel tydelig. Sygeplejersken fremstiller hende som en slags psykolog, fordi det passer bedre til de forventninger, hun mener, patienten måtte have til hvem, man taler med, når livet er svært. Agnes forstår intentionen, men oplever det alligevel som at blive puttet i en kasse, hun ikke passer i, og som rent faktisk gør hende til noget andet, end det hun mener, hun er og kommer med som præst. Hun føler sig tydeligvis ikke set og anerkendt som en ligeværdig samarbejdspartner. Som hun påpeger, kunne sygeplejersken aldrig finde på at sige noget lignende om lægen.

Den samme ambivalens formulerer flere af præsterne på den måde, at det er nødvendigt "at gøre sig lækker over for personalet", for at de vil lege med en - i betydningen opfordre patienter til at tale med en (Helga 36, 2.235 Poula). Som præst skal man hele tiden være om sig, være synlig og minde personalet om, at man er der, og det kræver stor fleksibilitet, megen diplomati og en særlig tydelighed i forhold til, hvad det er, man kan bruges til (2.335,239 Poula). Poula, der tidligere

KAPITEL 4. ANALYSE

har været sognepræst på fuld tid, hævder, at i modsætning til ens rolle på hospitalet kommer der i sognet rigtig meget af sig selv: konfirmander, begravelser, vielser. Man har her mange forskellige funktioner. Det kan være hårdt, men man skal ikke være så opfindsom hele tiden (2.297 Poula). Selvom flere hævder, at man også i sognet skal gøre sig lækker for få folk til at komme til gudstjenester og andre arrangementer, og at præsten også der f.eks. bliver målt på, hvor mange der sidder på kirkebænkene om søndagen, hvor mange frivillige, man har, eller hvor ofte, man kommer i avisen (2.300 Ragnhild; 2.303 Lisbeth; 2.305 Nelly), så er de generelt enige om, at der er nogle specielle krav til hospitalspræsten. Her skal man nemlig til stadighed bevise, at der er en grund til, at man er der, og det skal ske på personalets præmisser, for falder man i unåde der, får man ikke noget at lave (2.79,80 Lisbeth). Poula siger det på den måde, at hun såmænd kunne blive siddende ved sit skrivebord på kontoret en hel uge, ”og der var ikke en snus, der ville lægge mærke til det” (2.242 Poula). Og selvom hun med ordene ”nej, det er lidt for flot sagt” (Ibid.), hurtigt trækker i land igen, kan hendes udsagn både høres som en frustration over ikke at blive regnet med på linje med andre ansatte på hospitalet (2.276 Poula) og et spejl af hendes erfaring af, at personalet i modsætning til psykologen ikke ser præsten som en del af virksomheden (2.267 Lisbeth). Præsten er tit second choice. Når psykologen ikke har tid, så kan præsten bruges (2.87 Poula). ”Jeg hører tit [fra sygeplejerskerne]: Du er jo til at få fat på [i modsætning til psykologen]”, siger Lisbeth (2.88 Lisbeth), hvad alle i fokusgruppen ler genkendende til. Nogle gange fortæller sygeplejerskerne slet ikke patienten, at det er en præst, hun skal tale med, men siger, at det er en terapeut (Elsebeth 72). Det kan være frustrerende på den måde at føle sig som en slags stand-in for psykologen (Cecilie 48). Sygeplejerskerne tror på nogle områder simpelthen mere på psykologen end på præsten, som hospicepræsten Claus udtrykker det (1.245 Claus) - i betydningen tillægger psykologens mening og udsagn større værdi end præstens. Når han f.eks. på den tværfaglige konference gengiver lidt af det, han har talt med en patient om, og det handler om noget religiøst, registrerer han en tydelig forlegenhed rundt om bordet. Der bliver stille på en helt særlig, pinlig måde. Det er tilsyneladende meget lettere at snakke om piller, medicin, fysioterapi og psykologiske reaktioner. Derfor skal han også tage sig sammen, hvis han skal sige noget, der har en religiøs karakter, hvad han synes er træls (1.51-53 Claus). Selvom denne erfaring af at være udenfor eller ved siden af er genkendelig for de andre i fokusgruppen, overvejer de alligevel, om stilheden måske kunne være et udtryk for, at præsten kommer med noget, som de andre faggrupper ikke har sprog for, og som fagligt set kan være en øjenåbner; at der er blevet sagt noget sandt (1.54,58 Iben; 1.55,58 Jenny). Deres usikkerhed viser, at de i kraft af deres rolle har en mere marginaliseret position end psykologen. Fordi det psykologiske sprog er det fælles sprog, har hun lettere ved at få taletid, kredit,

KAPITEL 4. ANALYSE

velvilje og opmærksomhed for sine bidrag på den tværfaglige konference end præsten (1.97 og 1.99 Claus; 1.98 Jenny og 1.100 Karen). Også Gitte fortæller leende, hvordan hun især i begyndelsen af sin ansættelse i det palliative team syntes, hun skulle sige noget klogt, for ”jeg syntes psykologen havde altid noget ekstrem klogt at sige”, og det ville hun gerne leve op til (Gitte 72-73).

Disse bemærkninger vidner om, hvordan præsterne i deres dagligdag konstant støder ind i det fænomen, at psykologiske måder at tænke og se sig selv og verden på er blevet naturaliseret, og at psykologen derfor ofte vil være førstevalget for såvel patienterne som sygeplejerskerne. Man kunne forestille sig, at konsekvensen heraf ville være, at præsterne lænede sig ind i terapeutrollen for på den måde at legitimere deres tilstedeværelse. Men det ser ikke ud til at være tilfældet. Flere giver ovenikøbet udtryk for, at deres rolle som præst er tydeligere og skarpere på hospitalet/hospicet, end den er i deres sogn. Helga siger f.eks.:

Jeg tror, at den [præsterollen] bliver mere tydelig på et hospital, fordi man hele tiden er tvunget til at reflektere over egen faglighed i forhold til andres. Altså, at man hele tiden vant til at spørge: Hvad er det, der er min egenart her? Hvad er sjælesorgens proprium? Man bliver hele tiden spurgt: Hvorfor skal jeg henvise til dig og ikke psykologen? Hvornår skal jeg dit, hvornår skal jeg dat? Hvem skal undervise i det? Hvorfor skal du være her? Hvad kan du? Det er man tvunget til hele tiden at definere, hele tiden at reflektere over Vi [hospitalspræster] er jo altså nødt til at bruge noget tid på at være nogle ordentlige teologer og nogle ordentlige præster, så det ikke alt sammen drukner i, at vi skal stå og smøre boller, fordi vi gerne vil være sådan lidt lækre på den... (Helga 47).

Det samme siger Lisbeth. Hun mener, at hun som hospitalspræst er blevet mere bevidst om sin funktion og profession: hvad det er, hun særligt kan. Da hun kun var sognepræst

kunne vi alle i kollegagruppen det her... og nu er jeg pludselig den eneste, der har den funktion på det her sted.... jeg bliver mere mindet om den hele tiden, [hvad der er] min faglighed på en anden måde (2.74 Lisbeth)

Også Karen, der er præst på et psykiatrisk hospital, understreger, at man som institutionspræst

KAPITEL 4. ANALYSE

simpelthen skal have sin teologi udenpå. Det duer ikke at have sådan nogle fine teoretiske forestillinger og livsytringer, havde jeg nær sagt, som man måske godt kan gå og gemme sig lidt i i sit sogn. Men når man er der, hvor det spidser til, og hvor det brænder på, så er man simpelthen nødt til at være tydelig i sin teologi og være bevidst om, hvad man tror på og hvad man ikke tror på (1.164 Karen)

Eller som Gitte formulerer det på baggrund af sine erfaringer som præst i et tværfagligt palliativt team og på hospice:

Når man er en del af et tværfagligt fællesskab, bliver man tvunget til at definere sig... (Gitte 24) Når jeg tidligere har haft samtaler med folk, så kan det godt være, at jeg ikke har tænkt så meget over: Er det her nu psykologi? Er det her det ene eller det andet?... Men så kan man jo pludselig høre, at psykologen snakker på sin måde, og for netop ikke at blive ét med psykologen, så er det jo vigtigt at have en anden [faglighed]... Det har tvunget mig til at blive mere tydelig som præst (Gitte 26,27)

Den tætte kontakt med psykologen på hospice gør hende ikke bare mere bevidst om, at hendes rolle som præst er anderledes, men tvinger hende også til at gøre den tydelig både for sig selv og andre. Noget lignende kendes fra missions- og dialogarbejde. Den der går dybest ind i en anderledes verden bliver styrket i sin kristne teologi og identitet.⁹⁸

Præsterne føler sig således generelt både indefra og udefra udfordret af den terapeutiske kultur og oplever, at det ind imellem er vældig besværligt i modsætning til psykologen ikke at være en del af systemet. Men disse udfordringer er tilsyneladende medvirkende til at skærpe deres særlige profil som præster frem for at afsvække den, sådan som man kunne have forventet på baggrund af den dominerende terapeutiske kultur. Som Iben siger det, er det store plus ved hospitalspræstens arbejde,

⁹⁸ Se f.eks. interview med den tidligere missionær Lorens Hedelund. Lokaliseret 14.01.2019 på <https://www.kristeligt-dagblad.dk/kirke-tro/jeg-foelte-mig-mere-kristen-end-nogensinde-i-moedet-med-pakistanske-muslimer>

KAPITEL 4. ANALYSE

at vi ikke vil nogen steder hen [med patienten]. Og det er også det store minus, for så er det svært at måle og veje, hvad der kommer ud af det (1.534 Iben),

hvad der får en anden fokusgruppen til konkludere, at det netop er et vilkår, som hospitalspræster må bokse med: at det, man kan synes er en svaghed, i sidste ende netop er en styrke (1.538 Jenny).

Man kan selvfølgelig sætte spørgsmålstegn ved præsternes påstand om, at de møder patienter og pårørende helt uden intentioner, fordi de netop har det mål at møde patienten som et solidarisk medlidende menneske, så vedkommende føler sig set og hørt og ikke reduceret til et tal, et objekt eller en sygdom. Men det er tydeligt, at det er en anden form for målbestemmelse end den terapeutiske kulturs. Den er netop ikke instrumentaliseret. Den ligger ikke udenfor men i mødet. Den kunne betegnes som blot en anden terapiform, en konkurrerende terapi, der bygger på nogle andre antagelser og netop derfor er i konkurrence med den terapeutiske kultur. Men det ville i så fald være en anderledes måde at definere terapi på end den psykologisk gængse, der, som vi har set ovenfor, lægger hovedvægten på ændringspotentialer. De er nok aktører i et terapeutisk felt, men både den deduktive og den induktive del af analysen har nu vist, at de, bortset fra Elsebeth, hverken mener, at de er terapeuter eller skal være det, selvom deres samtaler kan have en terapeutisk funktion. ”Det er ikke min opgave at lave terapi”, siger Agnes direkte (Agnes 24).

4.7.3.2. Hospitalspræsten – en hilsen fra Gud

Præstens rolle i forhold til patienterne og de pårørende adskiller sig iflg. informanterne også på andre områder fra psykologens behandlerrolle. Fordi præsten repræsenterer det, man kunne kalde en anderledes arketype⁹⁹ end psykologen, vil hans eller hendes tilstedeværelse og nærvær ifølge informanterne typisk opleves - ikke bare som Bente, Bo eller Nellys nærvær - men som et solidarisk og medlidende guddommeligt nærvær, der har kairoskarakter, dvs. på en eller anden måde kan siges at være mættet og rumme en særlig fylde eller kvalitet.

Der er med andre ord tale om en rolledobbelthed. Præsten tilbyder som et solidarisk og medlidende medmenneske sit nærvær eller sin tilstedeværelse i betydningen udstrækning og varighed (chronos). Men som præst er hun også

⁹⁹ Begrebet arketype er ifølge den schweiziske psykiater C.G. Jung en slags funktionel, kollektiv prædisposition eller et anlæg til at opleve, føle og handle i forhold til universelle, menneskelige situationer.

KAPITEL 4. ANALYSE

repræsentant for andet end sig selv (1.16 Iben). Hun med Bubers ord i særlig grad ”ein Durchblick” til det evige Du (Buber, 1994:89). Selvfølgelig kan både sygeplejersken og psykologen tale med patienten om tro, men det er anderledes med præsten, fordi ”vi har noget med, som ikke kun er os, og det tror jeg, er det bærende i arbejdet”, som Iben siger det (1.527 Iben). Når præsten kommer på besøg på patientens stue, ”slæber hun hele embedet med derind”, som Gitte udtrykker det (Gitte 41). Det åbner et ”livsrum, hvor der er hende [præsten], patienten og så noget mere imellem os” (2.41 Nelly). Ifølge Cecilie repræsenterer præsten i folks bevidsthed en tro på noget, som de måske ikke ved, de selv har, og som er udtalt i rummet (Cecilie 54).

Elsebeth fortæller om en samtale med patient, som lægerne havde meddelt, at han for at overleve var nødt til at få amputeret sit ene ben. Men han ville hellere dø. I modsætning til alle de sundhedsprofessionelle, han var omgivet af, forsøger Elsebeth ikke at overtale ham, men overvejer sammen med ham, hvilke konsekvenser det har, hvis han vælger det ene frem for det andet. Og på et tidspunkt udbryder han:

Det er mærkeligt, vi har ikke nævnt Gud en eneste gang, og alligevel er det som om, Han hele tiden har været til stede (Elsebeth 163).

Mandens bemærkning kommer bag på hende, fordi han ikke havde nævnt noget som helst, der kunne lede tankerne hen på Gud. Præstens tilstedeværelse kalder således i særlig grad på Guds tilstedeværelse. Alene det, at hun kommer som præst, er der en forkyndelse i (Elsebeth 157).

I en artikel, der handler om teologiens bidrag til moderne katastrofeforskning, giver professor i dogmatik Niels Henrik Gregersen et bud på, hvordan denne guddommelige medlidenhed kan forstås:

”As the creative source of life, God remains ultimately responsible for the interplay between creativity and chaos in the package deal of creation. As such God is present even in dark times of destructions – to be cried out to in lament and to be appealed to in prayer. But as compassionate, God is placed on the side of the sufferers, sharing the conditions of living without shelters. In this view, God learns what it means to be traumatized and not being able to find an answer, as when Jesus died on the cross crying: My God, my God, why have you forsaken me? (Matthew 27,46)” (Gregersen, 2015:46)

KAPITEL 4. ANALYSE

Gud er både den, der kan klages og appelleres til i bønner, og den, der i korsfæstede Jesus selv stiller sig på den lidendes og den traumatiseredes side. Hospicepræsten Gitte henviser på samme måde netop direkte til Jesu ord på korset:

Gud kender vi ikke som den almægtige Gud i den her verden... Den side, Han har vist os, er den Jesus, der råber på korset: "Min Gud, min Gud, hvorfor har du forladt mig?" Det er åbenbart sådan, Gud lader os se sig i den her verden (Gitte 140) Det er jo der kristendommen, tænker jeg, at vi [præster] har noget helt særligt at bringe... Den [kristendommen] har et menneskeliv, som siger, at det er sådan, det er. Det er ikke nogen teorier om et eller andet. Det er fortælling. Og det gør det jo meget anderledes. Man kan sige, at det er fortælling, man kan lægge sit eget liv op i eller lade sig fortælle ud fra (Gitte 144)

Gitte peger her på, at pointen er, at den lidende kan spejle og genkende sin egen forladthed og ensomhed i Jesu fortvivlede råb på korset. Som vi har set ovenfor, er det netop denne forståelse af det guddommelige nærvær og den guddommelige medlidenhed informanterne ser sig som praktiske udøvere af. Ifølge en evangelisk-luthersk embedsforståelse har præsten ganske vist ikke en særlig rolle her. For Luther var der ingen kristelig gerning eller kirkelig funktion, som det ikke er givet alle kristne at udføre, men i kraft af præstearketyper tillægges specielt deres nærvær og handlinger en særlig repræsentativ betydning, hvad informanterne synes at tage til sig som et uomgængeligt faktum. Det samme konstaterer Kirsten Felter i sin kvalitative undersøgelse af danske folkekirkepræsters syn på embedet (Felter, 2016). Også her ser præsten generelt både sig selv som medmenneske og som den, der ved at være unddraget det øvrige samfunds målrationelitet kan være til stede som repræsentant for noget større, for Gud eller det kristne fællesskab (ibid:187). For mine informanter er præsten simpelthen kirken på hospitalet. Som Lisbeth formulerer det, er hun her en slags plakatsøjle for kristendommen. Hun er repræsentant for hele det store "dyr" (2.274 Lisbeth). Og ikke nok med det:

Jeg tror, at dem, vi taler med, oplever, at når vi træder ind ad døren, så træder Gud med ind - også selvom det ikke bliver sagt... (1.460 Iben)

Hospicepræsten Claus fortæller, hvordan han en dag var kommet ind til en meget træt patient og havde sat sig ved sengen. Samtale var der ikke meget af, men

KAPITEL 4. ANALYSE

manden gentog igen og igen: ”Hvor var det godt du kom! Hvor var det godt du kom!” På et tidspunkt spørger Claus: ”Hvorfor var det godt jeg kom?” Og den syge svarer: ”Det er ligesom at få en hilsen fra Gud” (1.464 Claus). Præsten ved sin blotte tilstedeværelse et budskab eller et vidne om noget større, der er ”udenfor” det enkelte individ. Noget eller nogen man kan læne sig op ad, når ens egne kræfter ikke længere slår til. Så uden det siges eksplicit bliver præstens nærvær eller tilstedeværelse i den positive betydning således et symbol på Guds solidariske og medlidende nærvær; at når præsten ”går” sammen med mig, der lider, så gør Gud det også! I den betydning får nærværet en næsten magisk karakter (2.379 Ragnhild). Præsten er med den danske antropolog Cecilie Rubows ord på godt og ondt også en slags shaman, dvs. en helligperson, indbegrebet af dét med Gud og kirke, Guds talerør (Rubow, 2006:213), en slags ”intermediary”, en mellemmand mellem Gud og mennesker (Barnett, 2013:39), en ”go-between”, der gør Guds gerninger (Iversen, 2018:329) eller et ”talerør” til eller mediator i forhold til Gud (Boelsbjerg, 2013).

Denne præstefigur synes specielt at være fremtrædende for den psykiatriske patient. Nelly, der er præst i psykiatrien, udtrykker det på den måde, at når man som præst kommer ind til en patient på et psykiatrisk sygehus, så har man klart fornemmelsen af, at

nu kommer altså det hellige; nu kommer shamanen; den, der kan alt. ”Og når jeg har sagt det til dig [til præsten], så har jeg sagt det til Gud... Mit livs vigtigste samtale kommer lige om lidt her...”, fordi det er præsten (2.92 Nelly)

Under fokusgruppeinterviewet ringer hendes telefon. Hun tager den ikke, men efter en pause fortæller hun, at det var en patient fra det psykiatriske hospital, hun arbejder på, og som i perioder ringer til hende hver dag og siger: ”Åh, jeg har det så dårligt, kan du ikke lige bede et Fadervor” (2.377 Nelly). Der er tydeligvis tale om en slags magisk tænkning. Det er præsten, der skal bede Fadervor, hvis det skal virke. Det er, som hun siger

næsten altid noget med: Skal vi bede en bøn og vil du velsigne mig? Altså der er meget ritual i det. Og jeg bruger meget Biblen... (2.96 Nelly)... der er i møderne mig og patienten - og så noget mere, som er imellem os... præsten er den, der ligesom skaber noget mere (2.41 Nelly).

KAPITEL 4. ANALYSE

Da jeg i begyndelsen af denne fokusgruppe beder dem om at tale med hinanden om, hvad der er deres særlige opgave på hospitalet eller på hospicet, fortæller Poula, at hun har det, hun kalder sine egne selvopfundne, lommefilosofiske begreber, hvor hun snakker om præsten med lille p og Præsten med store P:

Præsten med lille p, det er sådan det medmenneskelige, det almenmenneskelige, hvor jeg sidder og snakker med vedkommende som en hvilken som helst anden person... og så er der Præsten med store P, hvor man kan sige, at det er præsten i en mere rituel forståelse. Det er præsten, der måske kommer i præstekjolen, det er præsten, der er ritualbærer, det er præsten, som forkynder (2.30 Poula).

På den måde illustrerer hun rolledobbeltheden. Eller som en anden udtrykker det: ”nogle gange har jeg givet lidt massage, andre gange har jeg holdt et ritual” (2.40 Ragnhild). På den ene side er præsten, som vi har set, (naturligvis) et almindeligt medmenneske, som tilbyder sit nærvær i betydningen tid som varighed eller udstrækning. Men i patienternes øjne er hun er på den anden side også repræsentant for noget mere eller større, så nærværet udgør også et slags guddommeligt nærvær eller en guddommelig medlidenhed. Også på dette punkt konstruerer præsterne således deres rolle radikalt anderledes end terapeutens (psykologen) eller behandlerens. Flere i gruppen bruger efterfølgende begreberne lille p og store P, hvad der kunne tyde på, at Poula formulerer noget genkendeligt (2.33 Sidsel; 2.35 Maiken; 2.92 Nelly). Præsten med store P hænger sammen med kairos, dvs. tid som fylde eller kvalitet, og her er netop rollen som ritualbærer ifølge informanterne særlig betydningsfuld. Hvor Boelsbjerg i sit studie af hospitalspræster/-imamer konkluderer, at sjælesørgeren forsøger at supplere psykologens indsats ved at afdramatisere sin rolle som religiøs autoritet og fremhæve sig selv som samtalepartner (Boelsbjerg, 2013:70), ser det ud til, at mine informanter tager den religiøse autoritet på sig og bruger den aktivt samtidig med, at de fastholder deres almindelighed.

4.7.3.3. Præsten som ritualbærer

Som nævnt ovenfor betyder kairos højtid eller tidens fylde; tid, som på en eller anden måde kan siges at være speciel, særlig mættet eller rumme en særlig kvalitet; at være på det rigtige sted på det rigtige tidspunkt. Agnes fortæller, hvordan hun og den palliative patient, der ikke har så lang tid igen, ikke spilder tiden med at snakke om vejret, eller hvor gammel børnene er, men om det alt, der

KAPITEL 4. ANALYSE

virkelig betyder noget: om liv og død, smerte og tab, håb og relationer (Agnes 44). Det er intense møder, der er tunge af betydning. At der er tale om tid i betydningen kairos er særlig tydeligt, når præsten bliver tilkaldt til dåb på neo-natalafdelingen (Elsebeth 149; 2.342 Ragnhild); til en nødvilse (Elsebeth 149); til en kort andagt på intensivafdelingen, inden respiratoren slukkes (Bo 19) eller, hvis der er givet tilladelse til organdonation, inden den døende køres ind på operationsstuen (Elsebeth 140); til en døende, hvis pårørende ønsker, han skal velsignes (Annette 79); til en udsyngning (Adam 65); når præsten holder skriftemål og altergang på en hospitalsstue (Helga 79) eller helt enkelt beder en bøn sammen med og lyser velsignelsen over patienten (Frida 56, Bente 145)). I modsætning til præsten folder psykologen ikke sine hænder sammen med patienten, som Poula formulerer det (2.309 Poula). Hun ville netop ikke tilbyde salmesang, forbøn eller en andagt (2.531 Ragnhild).

Disse ritualer, hvor præsten er Præst med stort P, kan ifølge Bo være med til at bringe en smule orden ind i kaosset og lave en ramme omkring noget, der er svært (Bo 19). Han henviser her indirekte til ritualets funktion som symbolhandling og præstens rolle som ritualbærer. Ordet symbol stammer fra det græske ord sym-ballein, som betyder føre sammen, skabe helhed. Det modsatte af symbol er diabol, der kommer af dia-ballein, som betyder rive fra hinanden, ødelægge. Det diabolske, det djævelske splitter virkeligheden og skaber kaos (Leijonhielm, 1996:47). Behovet for symboler, der skaber sammenhæng i situationen, er særligt stort ved ulykker, alvorlig sygdom og død, og det at kunne se og tolke livets tvetydigheder ved hjælp af symboler kan give en følelse af mening midt i det meningsløse (Ibid.49). Ritualer kan sige noget af det, vi ikke selv kan finde ud af at sige (Adam 182). Nadverritualet kan f.eks. forstås som et måltid, ”hvor man tænker, jamen, der sidder nogen [en afdød] på den anden side af det her bord [nadverbord], som vi ikke kan se” (Cecilie 74). Informanterne oplever således, at deres funktion som ritualbærere er en af hospitalspræsterollens vigtige identitetsmarkører i forhold til andre personalegrupper, inkl. psykologen.

Sociologen Anthony Giddens taler om, at menneskers livsforløb i det moderne samfund er ordnet ud fra det, han kalder ”åbne erfaringstærskler” snarere end ritualiserede overgange (Giddens, 1996). Individet er blevet forbruger og forventes selv at sammensætte sit liv med den konsekvens, at der ikke længere er noget, der er selvfølgelig og dermed rituelt. Det er ifølge den terapeutiske etos op til det enkelte individ at skabe verden. Giddens overvejer, om ritualers fravær har fjernet et vigtigt psykologisk fundament for evnen til at klare overgange af forskellige slags. De traditionelle overgangsritualer bragte nemlig ”de berørte i kontakt med større kosmiske kræfter ved at relatere det individuelle liv til mere omfattende eksistentielle spørgsmål” (Ibid.237). På denne baggrund er det

KAPITEL 4. ANALYSE

overraskende, at privatritualerne stadig fylder meget i præsternes arbejde på hospitalet eller hospicet. Som nævnt får hospitals- eller hospicepræsten især ved forskellige former for overgange (livets begyndelse og livets afslutning) en særlig rolle som den, der forvalter ritualerne, og bringer derigennem, som Giddens udtrykker det, de berørte i kontakt med større kosmiske kræfter ved at relatere det individuelle liv til det, vi mennesker er fælles om.

Derimod spiller den traditionelle fælles gudstjeneste eller andagt ikke længere nogen særlig rolle på det somatiske hospital: ”Jeg plejer at sige, at vi holder regelmæssig gudstjeneste her på hospitalet, og det er den 24. december hvert år” fortæller Elsebeth (Elsebeth 142). ”Der kommer mellem 0 og 0 deltagere [til de to månedlige gudstjenester]”, som Bente, der præst på et stort hospital lakonisk udtrykker det (Bente 131). Og selvom alle tjenester både bliver TV- og radiotransmitteret, og man derfor ikke kan vide, om der er nogen, der følger med rundt omkring i sengene, har hun tydeligvis ikke megen tiltro til det. Hun tænker, at der skal gøres et nyt forsøg på at gøre opmærksom på gudstjenesterne og måske også arbejdes med formen, men mener, at den i dag måske mest er et tilbud til den lille gruppe, der på forhånd er fortrolige med den traditionelle gudstjeneste, og som netop ikke kan omfavne alle dem,

som ikke er troende, og som der er flest af på hospitalet... Så hvis der ikke kommer flere efter, at man har kørt en ordentlig indsats, så synes jeg, vi skal lave om, så vi kan omfavne dem, som jo har et åndeligt behov og har brug for at komme lidt væk fra afdelingerne
(Bente 136)

Hun skelner således mellem troende, for hvem gudstjenesten stadig har betydning og ikke troende, som har et mere individuelt, åndeligt behov, og for hvem den fælles gudstjeneste ikke synes at være meningsfuld.

Adam, der er hospitalspræst i et område, hvor kristendommen traditionelt har stået stærkt, fortæller, at han sammen med nogle kolleger indtil for nylig har holdt månedlige andagter (korte gudstjenester uden nadver) på fire afdelinger, men at de nu er stoppet på grund af manglende deltagelse. Ofte kom der kun et par stykker og op mod en tredjedel blev aflyst, fordi der simpelthen ikke mødte nogen op overhovedet. Sygehusledelsen har tilbudt at indrette et gudstjenestenum, men han har efter moden overvejelse takket nej, fordi han har vurderet, at det var for mange ressourcer at bruge på et rum, som måske ikke ville blive placeret det mest optimale sted, og hvor personalet alligevel ikke ville have tid til at hjælpe patienterne med at komme derhen endsige selv at deltage, sådan som det ellers var almindeligt i hans mors generation af sygeplejersker. De ville ligefrem

KAPITEL 4. ANALYSE

synes, at det var ubehageligt, hvad der efter hans opfattelse også er en af årsagerne til, at patienterne ikke kommer. Han begræder udviklingen og ser den manglende deltagelse i og interesse for gudstjenester på hospitalet som udtryk for et kristent traditionstab i befolkningen (Adam 72-81). For det, gudstjenesten kan, er ifølge Adam netop

at løfte blikket væk fra en selv, og det tror jeg altid er en udfordring på et hospital, hvor jeg går rundt og har... eller at den religiøse praksis i hvert fald er, at jeg går rundt og har samtaler med enkelte personer eller andagt for én familie. Det bliver ikke løftet væk fra ens eget perspektiv på samme måde (Adam 82)

Selvom en af præmisserne for at fungere som præst på hospitalet således er, at man accepterer, at religiøsitet i senmoderniteten er privatiseret og derfor først og fremmest udfolder sig i individuelle samtaler og private ritualer med og for patienter eller pårørende, er noget gået tabt. Det gør ondt på ham, at han har måttet stoppe med at holde gudstjenester (Adam 72), og han har ikke opgivet tanken om, at de kunne få en form for renæssance (Ibid.74).

Også for hospitalspræsten Helga etablerer gudstjenesten et alment menneskeligt rum, en fortælling, man bliver en del af på en helt anden måde end det rum, man har mulighed for at skabe i privatritualet eller i den individuelle samtale,

der tit bliver til sådan meget intime, meget små sammenhænge, ik'?
Så på en måde bliver det [i gudstjenesten] mere sådan meta-agtig og mere almenmenneskeligt. Altså det bliver jo ikke et reelt fællesskab. Det ville være synd at sige. Men dog trods alt en fornemmelse af at gå ind i en større sammenhæng... Jeg tænker meget på Erik A's forestilling om gudstjenesten som den der bue, den der [store] fortælling¹⁰⁰ ... Altså der sker jo helt sindssyge ting i løbet af sådan en gudstjeneste, som ikke lige kan etableres andre steder (Helga 92)

Helga understreger, at også for hende personligt er både gudstjenesten og kirkerummet på hospitalet vigtigt og giver mening. Hun har tidligere været et sted,

¹⁰⁰ Helga henviser her til litteraturprofessoren Erik A. Nielsen bog *Den skjulte gudstjeneste* (Nielsen, 2011), hvor han prøver at anskueliggøre betydningen af gudstjenesten som en fællesskabsstiftende og frelseshistorisk akt, med henblik på at tydeliggøre, hvilket sanseligt drama, menigheden med Kristus-begivenheden som centrum i gudstjenesten tager del i, hvilket kosmisk krydsfelt gudstjenesten repræsenterer.

KAPITEL 4. ANALYSE

hvor de ligesom hos Adam holdt gudstjenester på afdelingerne, men hun savnede kirkerummet og følte sig amputeret. Uden det ”differ vi [hospitalspræster] bare rundt... Der manglede en samling”, som hun siger (Helga 94). Også Agnes giver udtryk for, at det at holde gudstjenester både er vigtigt for hendes identitet som præst, og at gudstjenesten har den særlige funktion, at den bringer ting ind i en sammenhæng og gør opmærksom på, at vi er Guds børn og har hjemme der (Agnes 61). Men let er det ikke, fordi formen tilsyneladende rammer ved siden af det behov, de fleste patienter oplever, de har. Da hun blev ansat på hospitalet, havde hendes afgående kollega helt afskaffet gudstjenesterne. Stedet var blevet til et akuthospital, og der kom ikke nogen. Men Agnes savnede det og er nu begyndt igen på apopleksiafdelingen, hvor hun synes, hun er kommet ”hjem”. Der er typisk her lidt længere indlæggelser og der er måske også, som hun udtrykker det, en aldersgruppe,

som genkender noget... Man har måske fået en hjerneskade, men det er genkendeligt... Det er ikke sikkert, der vil være det i mine børns generation, men det er der hos dem, og det giver mening, og de kan salmerne (Agnes 57)

Selvom hun således er bevidst om, at der er noget ved den fælles gudstjeneste i modsætning til privatritualet eller den individuelle samtale med patienten ved sengekanten, der peger bagud, holder hun ligesom Adam og Helga fast i, at gudstjenesten kan noget, som hun mener, der netop er særlig brug for i en individualiseret kultur.

Hospicepræsten Frida, der det meste af sit præsteliv har været sognepræst, understreger på linje med Adam, Helga og Agnes nogle af de samme pointer. Der kommer ikke mange til gudstjenesterne, men for hende personligt er de netop en vigtig påmindelse om det, der er større end det individuelle. Man skal holde gudstjeneste,

fordi man her fortæller - ikke kun de indlagte - men hele huset [hospice], at der altså også er en større verden end den, vi går rundt i her... Det er godt at høre, at vi jo hver især også har et ”sted”, hvor vi kan hente hjælp... Jeg synes, den gudstjeneste er så væsentlig, og jeg synes, den skal gennemføres, selvom vi måske kun sidder personale og frivillige. Og det synes jeg, fordi den skal være sådan et andet rum i rummet, og det gør altså også noget. Det vil jeg vove at påstå. Den gør også en forskel. Så den skal ikke sløjfes. Den er vigtig (Frida 62-67).

KAPITEL 4. ANALYSE

Det samme giver Gitte udtryk for. Det er vigtigt at holde gudstjeneste, fordi det betyder, at velsignelsen så lyder på hele hospicet, og salmerne også kan høres af de patienter, der ikke direkte deltager. For at understrege fællesskabet, går hun den dag, der er gudstjeneste, rundt på alle hospicets stuer og inviterer og spørger hver enkelt, om de har en yndlingssalme, de gerne vil have sunget (Gitte 111-112).

Måske fordi præsten, som vi så ovenfor, særligt på det psykiatriske hospital opleves som repræsentant for det hellige, er shamanen, sådan som Nelly udtrykker det (2.92 Nelly), spiller den fælles gudstjeneste dog en anden rolle her. Helga, der tidligere har arbejdet i psykiatrien understreger, at man i psykiatrien møder mennesker (patienter), som i den grad har brug for et meget struktureret rum at gå ind i:

altså når jeg ikke kan holde sammen på mig selv overhovedet, så må nogen lave et eller andet, der kan holde sammen på mig... Så kan man have en rigtig fin kontakt indenfor rammerne af et ritual, hvor man måske slet ikke kan have kontakt udenfor det der ritual (Helga 80).

Gudstjenesten kan ses som et sådant struktureret rum, der kan holde sammen på en, når man ikke kan holde sammen på sig selv. Dorte, der er mangeårig præst på et psykiatrisk hospital, pointerer da også gudstjenestens betydning både for patienterne, for personalet og for sin egen rolle som præst på stedet. Hun giver direkte udtryk for, at personalet opfatter hende som præst i kraft af gudstjenesten:

De opfatter mig som præst, fordi jeg har gudstjenester, og de hører igen og igen om gudstjenester... Der hænger altid plakater om, hvornår den næste er... og de ved, at det er det centrale eller omdrejningspunktet i arbejdet, ik'... og de ved også, at patienterne mange gange kommer tilbage [fra gudstjenesten] med fred i sindet (Dorte 54)

Hun er heldig, siger hun, at hun er på et hospital, hvor forkyndelsen i form af den fælles gudstjeneste betyder noget (Dorte 27), hvad hun uddyber:

Det er prædikener både til trøst og til udfordring. Man skal høre om næstekærlighed. Man skal høre om frelse og fred.... og så er der den dialog, der er bagefter ved kirkekaffen eller den, jeg har på afdelingerne. Den hører sandelig med, den går hånd i hånd med gudstjenesterne. Måske er det for lidt at sige forkyndelsen. Man kan

KAPITEL 4. ANALYSE

også sige hele gudstjenesten, fordi der er jo mange elementer: Lystænding, patienter eller tidligere patienter, der prædiker, læser digte, spiller eller synger (Dorte 28).

Hun mener derfor også, at det er problematisk, at man stopper med at holde gudstjenester på de somatiske hospitaler, fordi den både som en konkret, religiøs praksis er vigtig for præsten selv og bidrager til at fortælle omgivelserne, at der er en præst. Med en brod mod kollegerne her, overvejer hun, om det har betydet, at sjælesorgen på det somatiske hospital har bevæget sig fra at være det, hun kalder spirituel eller religiøst præget sjælesorg, til en mere psykoterapeutisk orienteret form (Dorte 32). Altså at præsterne dér læner sig ind i en mere terapeutisk orienteret rolle. Kigger man på den rolle, gudstjenesten spiller for informanterne, kan Dortes udsagn være dækkende for Bente og Elsebeth. For dem er det at være hospitalspræst tydeligvis et fravalg af jobbet som sognepræst og den rolle som prædikant, forkynner og særligt troende, der for Bente var knyttet hertil (Bente 10,61,62) eller for Elsebeths vedkommende de opgaver, hun oplevede som overfladiske og ligegyldige (Elsebeth 43,44). Det er, som nævnt ovenfor, også Elsebeth, der siger, hun mere tænker på sig selv som kristen terapeut end som præst (Elsebeth 38). Men denne holdning deles øjensynlig ikke af de øvrige informanter, selvom Dorte også nævner, at en af grundene til at hun søgte stillingen som hospitalspræst var, at der i sognepræstetjobbet var lidt for meget kaffeslabberas og for få sjælesørgeriske samtaler (Dorte 63). F.eks. understreger Helga, at selvom det organisatorisk og logistisk kan være et helvede både at skulle være hospitals- og sognepræst, så er det efter hendes opfattelse sundt og vigtigt, fordi det at skulle holde gudstjenester og andre kirkelige handlinger i sognekirken er med til at holde hende fast på, at det er præst, hun er (Helga 35). Uden det anker risikerer man på hospitalet let at blive det, hun kalder "en frit flagrende, eksistentiel omsorgsperson, der hele tiden skal gøre sig lækker overfor personale" med risiko for at miste sin identitet som præst (Helga 36). Det samme giver Adam udtryk for. Hvis han ikke også var sognepræst med forpligtelsen til at holde gudstjenester, ville der være en fare for, at han kunne glemme, hvad der var hans særlige opgave og glemme, at han var præst (Adam 156). Som hospitalspræst bliver man efter hans opfattelse nemlig let fristet til at blive en del af behandlerystemet, og en af styrkerne ved at være præst på hospitalet er netop, at det er man ikke (Adam 159). Også ifølge Cecilie er sognepræstearbejdet vigtigt. Det at skulle prædike og holde gudstjenester i sognet er med til at fastholde hende på en teologisk bevidsthed. Det kaster noget ind i hospitalspræstearbejdet, som hun tror, hun ville miste, hvis hun kun havde samtaler (Cecilie 66). Det samme siger hospicepræsten Frida. På det hospital, hvor hun tidligere arbejdede, havde de

KAPITEL 4. ANALYSE

skåret kraftigt ned på antallet af gudstjenester. Men hun savnede dem, fordi hun var så bange for at miste det religiøse sprog (Frida 123).

Et stort britisk surveystudie af anglikanske hospitalspræster fra 2008, hvor man har fået svar fra 43,5% af 260 fuldtidsansatte, konkluderer, at denne gruppe rummer mange, som er desillusioneret af kirkens ledelse og struktur, og som derfor flygter fra rollen som sognepræst (Hancocks, Sherbourne & Swift, 2008). Der synes ikke at være den samme tendens hos dette studies informanter. Bortset fra Bente og Elsebeth synes jobbet som hospitalspræst ikke at være et fravalg. Tværtimod mener informanterne, at det for deres identitet som præster er værdifuldt at have begge roller. Langt hen ad vejen er de enige om, at det særlige ved gudstjenesten er, at den peger på det fælles, det almenmenneskelige; at man her bliver et menneske, som enhver anden; får løftet blikket væk fra sig selv og bliver sat ind i en større sammenhæng, men at denne form har svære vilkår. Der er for størstepartens vedkommende en tydelig modsætning mellem den betydning, gudstjenesten har for dem selv, både som en slags antidot til forestillingen om at skulle finde sig selv i sig selv og en måde at blive fastholdt i rollen som præst, og så hvor vanskeligt, de oplever, det er at gøre den relevant og meningsfuld for patienterne, som på det punkt ser ud til at være mere terapeutisk orienteret. I den forstand kan man sige, at hospitalspræstens praksis er påvirket af den moderne form for spiritualitet, som i overensstemmelse med den terapeutiske etos (5. grundantagelse) er en form for selvrealisering eller selvaktualisering, en søgen efter mening, håb, værdi, formål og nogle gange Gud. Den har, som vi har set, individet i centrum: jeg vil have mening, jeg vil have håb, jeg vil have et formål med mit liv, jeg har ret til at være lykkelig, og hvis jeg foretager de rigtige valg, så får jeg noget transcendent eller guddommeligt. Heroverfor er præsterne præget af den forståelse af spiritualitet, som man finder i de fleste religiøse traditioner - også kristendommen - hvor spiritualitet kommer udefra. Livet er en gave, der gives til mennesket af Gud, og spiritualitet forstås som en måde at give sig hen til denne relation på, til givetheden eller skabtheden. I modsætning til den terapeutiske etos lægger denne forståelse af spiritualitet vægt på, at mennesket er afhængigt, sårbart, altid hænger sammen med andre og er en del af et fællesskab, sådan som den fælles gudstjeneste ifølge informanterne netop peger på. Måske er det en af forklaringerne på, at hospitalspræsterne trods modstand ikke bare smider håndklædet i ringen og opgiver gudstjenesten. Der er for dem her netop noget vigtigt og uopgiveligt på færde.

Den terapeutiske etos understreger, at verden skabes indefra, og at det er det enkelte subjekt, der skaber og tillægger verden værdi. Hvis denne etos havde overtaget definitionsmagten i forhold til præstens rolle, kunne man have forventet, at rollen som bæreren af ritualer blev afsvækket, eller at de selv ville mene, at det reducerede dem til at være en slags kustoder eller forvaltere af

anakronistiske ritualer. Men som vi nu har set, synes det ikke at være tilfældet. Denne for præsten traditionelle rolle har stadig stor betydning både for dem selv og ifølge deres egne udsagn også for de patienter og pårørende, de kommer i kontakt med. Det er interessant i en tid præget af den terapeutiske kultur, hvor forestillingen om det selvskabende selv som aktiv, suveræn agent er fremtrædende (Madsen, 2014:22). Det ser således ud til, at den terapeutiske kultur har betydning for informanterne i den forstand, at den i høj grad har gjort det vanskeligt af afholde fælles gudstjenester/andagter på især somatiske hospitaler og har flyttet tyngden til privatritualerne. Formenligt kan det ses som et udtryk for, at patienter og pårørende ønsker at blive talt til individuelt. De vil have deres helt eget ritual. Men en mere gennemgribende afritualisering, som Giddens taler om, kan ikke genfindes hos dette studies informanter. Tværtimod ser de ritualerne og deres rolle som ritualbærere som en af de afgørende forskelle på præstens og psykologens rolle. Der er i ritualerne en kairosdimension, som de mener er meget betydningsfuld. F.eks. nævner Agnes, at en psykologkollega i forbindelse med en supervision direkte havde givet udtryk for, at hun var misundelig på hende, fordi hun som præst havde disse virkemidler til rådighed, og at det måtte være fantastisk at have ritualerne som en mulighed, hvad Agnes kun kan give hende ret i (Agnes 184).

Men også på andre områder kalder præstens arketype ifølge informanterne tematikker frem i mødet eller samtalen med patienter og pårørende, som er anderledes end mødet eller samtalen med psykologen.

4.7.4. Præsten som manden m/k med leen og håbsbærer

Informanterne taler også om, at der er en anden dobbelthed i deres rolle, som adskiller dem fra både sundhedspersonalet og psykologens rolle. På den ene side er præsten ”manden m/k med leen” og bliver umiddelbart identificeret med døden. På den anden side er hun den, der repræsenterer et transcendent håb. Det rum hun bringer med sig, har med Elsebeths formulering i modsætning til psykologen ikke nogen kuppel over sig. Det har ikke nogen afgrænsning opadtil (Elsebeth 164). Også i den forstand aktualiserer mødet med præsten tidens kairosdimension, så det bliver et møde, der er mættet med en særlig betydning. Jeg vil først se på præsten som manden m/k med leen.

4.7.4.1. Præsten som manden m/k med leen

Mange mennesker kender præsten fra begravelser. Derfor minder hun dem om, at døden findes. Når sygeplejerskerne gerne vil bringe præsten på bane, og de spørger patienten, om han vil tale med en præst, ”så tænker de

KAPITEL 4. ANALYSE

[patienterne]: Skal jeg dø? Så er der jo stadig fordomme... Præst, det er i hvert fald noget med død" (Agnes 32). Fordi personalet godt ved, at patienterne indimellem tænker: "Er jeg virkelig så syg, at jeg skal dø og snakke med en præst?" kan det være vanskeligt at få bragt hospitalspræsten i spil, siger Elsebeth (Elsebeth 72). Og en anden hospitalspræst fortæller, at sygeplejerskerne ofte siger til hende: "Det var jo sådan lidt svært at få dig solgt, for når vi fortæller om dig, så stejler mange" (1.24 Jenny), hvad der får hende til at konkludere, at præster er synonymt med død og Gud (1.25 Jenny). Ragnhild mener ligefrem, at personalet kan være tilbageholdende med at spørge en patient, om han vil tale med en præst, fordi de er bange for, at vedkommende straks vil tænke: "Skal jeg dø?" og det så efterfølgende kræver et besværligt "brandslukkerarbejde" af dem (2.132 Ragnhild).

Uafhængigt af præstens personlighed kalder arketyperne præst således på tanker om døden, hvad der nogle gange kan have den konsekvens, at patienter takker nej til samtalen. Adam siger f.eks., at noget af det vanskeligste og mest frustrerende ved at være hospitalspræst netop er at stå på sidelinjen og se, at mange måske kunne have brug for et besøg, men siger nej tak, fordi han er præst. Men det kan man ikke lave om. Det er et vilkår, som hænger sammen med de forestillinger og fordomme, der er om præsten (Adam 59,60), dvs. den ambivalens, som mange menneskers forhold til præsten er præget af. Patienterne skal selv se præsten an og indleder typisk samtalen med at forklare eller forsvare, at han eller hun har sagt ja til at tale med hende:

[Folk siger ofte] "*Jeg går ikke så meget i kirke*" eller "*de [sygeplejerskerne] forslog, at jeg skulle tale med en præst, men jeg vidste ikke lige, hvad det var, vi skulle*" (Agnes 32)

En del er ligefrem på vagt overfor præsten, fordi de tror, han vil et eller andet bestemt med dem, f.eks. pådutte dem religion (1.282 Claus). At præsten på den måde minder patienten om døden samtidig med, at der både kan være en usikkerhed omkring, hvad man egentlig kan bruge hende til og en skepsis i forhold til, om hun skulle have en skjult dagsorden, er således både en fordel og en ulempe. Det kan betyde, at patienterne takker nej til samtalen. Men det kan også betyde, at der hos de patienter, der rent faktisk siger ja, ligger en mere eller mindre uudtalt forventning om, at man netop kan tale med præsten om alt det, man ellers ikke taler med andre om, f.eks. død, begravelse, himmel, evighed, skyld osv. Der kan være en forventning om, at hun i modsætning til familien eller plejepersonalet kan/skal stille den slags spørgsmål, som ingen andre endnu har turdet stille, som f.eks.: "Tror du, der er en Gud?" eller "Er du bange for døden?" (Bente 15,16). Så selvom patienterne ikke har tænkt det på forhånd, kan de i samtalen opleve, at det kan være

KAPITEL 4. ANALYSE

rart at få åbnet den dør (1.24 Jenny) – underforstået – ind til alt det, der har med døden at gøre.

Denne ambivalens i forhold til præsten er karakteristisk. Det kan være vanskeligt at tale om den slags ting, men når alvorlig sygdom og død truer, kan det måske være endnu vanskeligere at være alene med alle de spekulationer og bekymringer, der fylder, selvom man ikke taler om dem. Så selvom såvel patienter som sundhedsprofessionelle kan famle meget i forhold til, hvad en præst kan bruges til, og præsten i samtalen nogle gange selv må tage på sig at adressere det, så oplever f.eks. Helga for det meste, at folk er fuldstændig bevidste om, at det er en præst, de taler med:

De kan godt være uklare på, hvad det så er, vi kan med den her samtale. Men de har en eller anden vag idé om, at de kan lægge noget hos præsten, som de ikke kan lægge nogen andre steder. Og det uanset at de har et ganske glimrende forhold til sundhedspersonalet, pårørende osv.... De er bevidste om, at der kan ske noget i det her rum, som ikke sker i andre samtaler. Der er en åbenhed (Helga 52,53)

Den vage idé; det, der kan lægges hos præsten eller det, der kan ske i det rum, vil ikke så sjældent have noget med døden at gøre. Ifølge hospicepræsten Gitte ser patienter i præsten netop en mulighed for at snakke om noget, de ikke kan snakke med andre om. For selv på et hospice kan det være tabu at tale om døden, siger hun. Det er efter hendes opfattelse en af forklaringerne på, at selv ateister og ikke-medlemmer af folkekirken gerne vil tale hende. Fordi samfundet og plejepersonalet i almindelighed og de nærmeste pårørende i særdeleshed ofte gør den syge ensom med hans eller hendes tanker og bekymringer om døden, kan præsten få en helt særlig rolle (Gitte 40):

Som regel - eller næsten altid - kommer vi jo til at snakke om døden. Jeg spørger, om de er bange for den? Og så spørger jeg jo faktisk altid, om de gør sig nogle forestillinger om [hvad der kommer] bagefter. Jeg tror, at jeg måske er den eneste, der gør det på hospice (Gitte 42)

Hun udtrykker det på den måde, at præsten sammen med alt det andet, der hører til præsteembedet, billedligt talt slæber døden, begravelsesuniverset og alle de ritualer, der er omkring begravelsen, med ind til patienten (Ibid. 41), og at det kan være med til at åbne op for temaer, der af mange forskellige grund ikke tidligere har været

plads eller rum til i patientens liv. Det gælder måske i endnu højere grad på hospitalet, hvor døden typisk ikke er i fokus på samme måde, som den er på et hospice. Elsebeth taler f.eks. om, at hvis nogen skal dø, så opstår der i hendes møder med patienterne netop ofte en snak om, hvad der sker eller ikke sker efter døden (Elsebeth 91). I en kultur hvor helbredelse er i centrum og døden derfor let bliver betragtet som en medicinsk fiasko eller en lægefejl, minder præsten ved sin blotte tilstedeværelse om, at døden er et livsvilkår, og at det er legalt at tale om den (1.7 Claus). De ser sig som kritikere af sundhedssystemets fokus på helbredelse, ligesom også Kühle konkluderede i sin undersøgelse af danske funktionspræster (Kühle, 2015:92). Når man får præsten i tale, får man i en vis forstand derfor også døden i tale. Præsterne opfatter således deres rolle som en slags katalysator for samtalen om døden, hvor de øjensynlig kan tillade sig være tydeligere og mere ligefremme end de fleste andre (2.507 Lisbeth, 2.508 Sidsel). De kan sætte tabuiserede emner som tro og død på dagsordenen (Felter, 2016:156). Præsten bliver på den måde en slags garant for, at døende patienter, der f.eks. er omgivet af pårørende, der stadig håber på, de bliver raske, eller af et plejepersonale, der synes, at en død patient er en falliterklæring for afdelingen, ikke skal være alene med deres frygt for døden (Bo 87). De oplever, at deres rolle i sig selv er slags nøgle, der kan låse op til rum, der ellers er lukket i, og som giver dem en særlig legitimitet til at spørge til patienters og pårørendes tanker og bekymringer om tabuerede emner som døden og efterlivet.

4.7.4.2. Præsten som håbsbærer

At præsterne måske her har nogle særlige privilegier, hænger også sammen med den mere positive del af præstearketypen, nemlig at præsten ud over at være ”manden m/k med leen” også er håbsbærer, dvs. at hun bærer på eller repræsenterer et håb, der baserer sig på en transcendent forståelse af verden og rækker ud over døden. Hvor psykologen på spørgsmålet om, hvad der sker efter døden, kun kan stille modspørgsmålet: ”Hvad tror du selv?” hvad folk ikke gider høre, kan præsten ifølge Elsebeth i højere grad give et klart, positivt svar og byde ind med nogle billeder, der kan trøste og hjælpe (Elsebeth 166). For selv, når det handler om døden, er der altid mere at sige (Ibid.245), hvad der ifølge hospicepræsten Sidsel netop er en afgørende forskel på præsten og psykologen (2.424 Sidsel). Psykologen kan som psykolog sagtens snakke om angsten for døden, men så slutter det også der (2.527 Lisbeth). Præsten derimod er en mulighed for, at man kan snakke om Gud, håb og bøn (1.7 Claus), og i modsætning til andre sundhedsprofessionelle spiller hun både ind med sin egen tro (1.243 Claus) og sin egen tvivl (Frida 92). Alene i kraft af sin rolle repræsenterer hun et stedfortrædende

KAPITEL 4. ANALYSE

håb (Dorte 121). Præsten er altså også budbringeren, dvs. den der kommer med et godt budskab (evangelium) ”hvad jeg ikke tror, en psykolog ville sige”, som Poula formulerer det (2.525 Poula). Det nikker alle i gruppen bekræftende til. Også i den forstand har mødet med præsten kairoskarakter. Hun kommer med budskabet om noget godt, hun ikke selv har fundet på, sådan som Felter sammenfatter det i sit studie af sognepræsters selvforståelse (Felter, 2016:155).

Som vi har set ovenfor, ser præsterne ikke bare sig selv som vidner *til* patienternes liv og lidelse, men netop også som vidner *om* noget større. Selvom det ikke altid bliver udtrykt direkte, så har hun i modsætning til psykologen netop altid kristendommen, Gud og troen med sig. Som en af informanterne udtrykker det, så har hun altid ”opstandelsen med” (Gitte 28). Opstandelsen er det rum, hun bærer med sig, også når hun kommer i cowboybukser (Ibid.). Som vi også så i analysens 1. del, bekræfter det, at præstens levede teologi befinder sig indenfor en idealtypisk evangelisk-luthersk teologi og har en tydelig eskatologisk dimension. Det er ikke kun fokus på livet i nuet.

Gitte formulerer det på den måde, at det er hele det kristne univers, som i grundlæggende forstand er anderledes end det, psykologen kommer med:

Der er jo kirke, og der er forkyndelse. Der er præstekjolen, der er ritualerne, og der er Biblen, og der er salmerne, ja, det i forhold til psykologen et mere fortællende univers... Jeg kommer helt klart ind [på stuen] med noget andet., Jeg kommer ind med et håb, der rækker ud over det, som psykologen måske kan komme ind med, fordi vi præster hele tiden har guds eksistens udenom os... (Gitte 28,30)... Det er hele embedet, man slæber med derind (Gitte 41)

Som præst er man således repræsentant for noget andet end sig selv og sin uddannelse (1.16 Iben). Præsten er repræsentant for den tro, der er der, eller ikke er der hos patienten (1.17 Iben); for alt det, der handler om tilgivelse, skyld og skam (1.19 Iben) og for døren ud til noget, som rækker længere end dette liv (1.11 Claus). Præsten har et embede. Hun er sendt, sådan som hendes ordination¹⁰¹ er udtryk for. Hun bærer en tydelig værdihorisont med sig. Det betyder, at præsterollen gør noget særligt ved patienten. Præsten med store ”P” er hele tiden er på færde og åbner for

¹⁰¹ Ordination eller præstevielse er en gudstjenestelig indvielse til et præsteembede, hvor biskoppen på menighedens vegne gennem forbøn og formaning forpligter den (ordinanten), der er kaldet til tjeneste. Det er her præsten aflægger sin embedsløfte.

KAPITEL 4. ANALYSE

andre vinker på livet, som Sidsel udtrykker det (2.33 Sidsel). En anden i fokusgruppe 2 fortæller f.eks., hvordan hun nogle gange i det konkrete møde med en patient kan glemme, at hun er præst, fordi hun bliver optaget af et eller andet, men hvor patienten så minder hende om det ved at stille et spørgsmål, som kun er relevant at stille til en præst, f.eks. noget om Biblen eller en aktuel debat (2.47 Lisbeth). En anden informant udtrykker det på den måde, at selvom der måske næsten bliver sagt de samme ord som i samtalen med psykologen,

har præsten bare et andet udgangspunkt, og det gør også, at det bliver et andet mål, man ender op i. Jeg tror, det kommer til at give noget andet for den, man taler med, og det er ikke uvæsentligt (1.242 Iben).

Forskellen ligger ifølge Iben også i det, hun med et lidt afvæbnende smil på læben kalder det ”indvortes” og det ”udvortes” (1.250 Iben). Præsten og psykologen kommer med hver deres faglighed, siger hun. Men hvor psykologen bærer sin faglighed udenpå som teorier eller kundskaber, hun har lært sig, mener hun, at præsten ud over den faglighed, hun ligesom psykologen har tilegnet sig, også kommer med det, hun er. Præsten er - eller forventes at være - sit budskab på en anden måde end psykologen:

Der er en autenticitet i og med, at vi kommer med et budskab, som vi selv tror på og er en del af. Det er ikke tillært faglighed, det er simpelthen en måde at leve på, som jeg tror betyder rigtig meget (1.252 Iben)

Jenny fortæller f.eks., at hun møder patienter, som siger, at det var rart at tale med hende, og som ikke rigtig kunne bruge ”det der psykolog” (1.257 Jenny). Da jeg spørger, hvad det er, hun tror, patienten ikke kunne bruge, svarer hun: ”Jeg tror, at psykologen kommer lidt mere med en pakke, hvor jeg tror, vi er lidt mere tilstede” (1.258 Jenny). Fordi præsten ikke skal være ekspert, har hun en større ydmyghed i sin fremtræden, mener hun. Præsten er mere på linje med den, hun taler med. Hun kommer med sig selv, siger hun med en vis selvbevidsthed (1.260, 261 Jenny). Claus har faktisk tidligere protesteret mod den noget ensidige opfattelse i gruppen af psykologen, som en der vil noget særligt med folk:

En god psykolog vil vel ikke noget med folk, kunne man ligeså godt sige. Han eller hun har vel også en uddannelse, der gør, at de kan snakke med et menneske på en ordentlig måde? (1.113 Claus)

KAPITEL 4. ANALYSE

... Det kan jo også være en fordom, vi har om psykologerne, at de vil noget med deres patienter (1.127 Claus)

Men på baggrund af blandt andet Iben og Jennys bemærkninger (se ovenfor) og hans egne erfaringer af at være i en slags konkurrencesituation, hvor han ikke føler sig anerkendt af plejepersonalet på hospice og oplever, at han har mindre autoritet end psykologen på trods af, at patienterne ofte giver udtryk for, at det er rarere at snakke med ham (1.244, 249 Claus), når han alligevel frem til, at præsten lader sig berøre på en anden måde end psykologen:

Det er det der med kontakten. Altså, vi lader os berøre af samtalen... Det tror jeg ikke, de [psykologerne] gør. Det er mere sådan på neutral grund, når psykologen snakker [med patienterne] (1.263 Claus).

Det er klart, at disse udsagn kun siger noget om præsternes forestillinger om psykologer. Man kan overveje, om det er udtryk for en naturlig selvbevidsthed, eller det er et nedslag på dansk grund af det, Abbott peger på i en amerikansk kontekst, nemlig at det nu er psykologerne, der har overtaget rollen som eksperterne på menneskers personlige problemstillinger (Abbott, 1988:280ff). Nogle af informanterne ser psykologerne som en slags konkurrenter, der med en karakteristisk selvfølgelighed får samtaler, som de mener, de ligeså godt eller måske bedre kunne have varetaget. De oplever sig pressede af tidens psykologisering, sådan som også Kühles undersøgelse af funktionspræster i Danmark konstaterer (Kühle, 2015:94).

Disse forestillinger om psykologer er interessante, fordi informanterne bruger dem til at konstruere og profilere deres egen rolle, hvor de netop gør det til en særlig styrke og fordel i kontakten med patienterne, at deres person og deres budskab ikke kan adskilles. De er deres budskab og forventes at leve det¹⁰². Cecilie formulerer det på den måde, at folk i samtalerne ikke spørger efter, hvad kirken mener, men de spørger om, hvad det betyder for dig, altså om det har eksistentiel betydning for præsten selv. Det er efter hendes opfattelse den

¹⁰² Den kolossale mediebevågenhed og forargelse i de første måneder af 2015 over den københavnske præst, Per Ramsdals udtalelse om, at når han i forbindelse med begravelser og bisættelser talte om evigt liv, var det en nødløn, kan ses som et eksempel på, hvordan præsten og hans budskab i den folkelige bevidsthed er uadskillelige. Et andet eksempel er den forargelse og vrede, det vakte, da præsten Thorkild Grosbøll i 2003 hævdede, at han ikke troede på ”en skabende og opretholdende gud” (Lokaliseret 02.12.2017 på <https://www.kristeligt-dagblad.dk/kirke-tro/overblik-balladesager-i-folkekirken-gennem-100-aar>).

KAPITEL 4. ANALYSE

vigtigste forskel på præsten og psykologen (Cecilie 153-154). Det stemmer helt overens med Felters undersøgelse af sognepræsters selvforståelse. Præsten ser sig som værende i øjenhøjde med mennesker på en anden måde end psykologen, fordi hun deler deres eksistentielle spørgsmål. Hun kan bruge nogle andre ord end psykologer og er til stede som et troende menneske (Felter, 2016:51f.).

Der er i fokusgruppe 2 et eksempel på, hvordan præsterne oplever de mere negative konsekvenser af denne intime sammenhæng. Ifølge Ragnhild er bagsiden nemlig, at det fordrer, at præster helst skal være nogle meget ekstroverte, karismatiske og søde typer, og at der ikke er plads til den introverte eller den, der ikke har så mange smilerynker. Alle præster skal være sådan en, man har lyst til drikke en øl med nede på baren, siger hun med et smil (2.288,2.290 Ragnhild).

*Ja..., ler de andre højlydt, ...1, 2 øl måske.... Men 5 øl, så flyder facebook over... (2.293 Poula),
... og så går der dårlige historier om præsten på bodegaen (2.294 Nelly).*

Goffman, der arbejder med en dramaturgisk tilgang til forståelsen af menneskelig adfærd og social interaktion, bruger begrebet ”rolledistance”, til at understrege, at de forskellige roller, mennesker spiller, ikke nødvendigvis er totale paralleller til vedkommendes personlighed. Gennem de roller, vi spiller, fremviser vi mere eller mindre strategisk forskellige sider af os selv, der er hensigtsmæssige i den konkrete situation (Goffman, 2004:25). Som vi nu har set, mener præsterne, at den minimale rolledistance, der er karakteristisk for deres faggruppe, har en positiv indflydelse på kontakten med patienter og pårørende. Så selvom de oplever, at det både kan være anstrengende og udfordrende alene at skulle repræsentere kirken og kristendommen på hospitalet/hospicet og være skydeskive for folks fordomme om, hvad kristendom er, og hvad man som præst kan tillade sig at gøre eller ikke gøre, mener de ikke, det kan eller skal være anderledes. Det er et vilkår ved jobbet. De er deres budskab på en grundlæggende anden måde end nogen andre faggrupper.

Det er værd at lægge mærke til, at informanternes opfattelse af, at de er autentiske på en særlig måde i forhold til f.eks. psykologer, er en helt anden forståelse af begrebet autenticitet end den, der ligger indbygget i den terapeutiske kultur, hvor det iflg. den canadiske filosof Charles Taylor hentyder til individets stræben efter ensidig selvrealisering som et mål i sig selv (Taylor, 1989). For dem betyder det, at der er overensstemmelse mellem deres egen tro og deres eget håb og så den måde, de møder andre på, dvs. deres praksis. De ser således ud til at påtage sig at være en slags garanter for den personlige tro, og det synes ikke alene at være bestemt af deres rituelle rolle, sådan som Johansen ellers hævder (Johansen, 2010).

KAPITEL 4. ANALYSE

Man kan dog indvende, at sjælesørgeren på hospitalet måske mødes med så rimelig fast en rolleforventning, at der for så vidt er noget ”rituelt” på færde, når hospitalspræsten går ind på stuen, sådan som Boelsbjerg peger på (Boelsbjerg, 2013).

Som nævnt ser præsterne sig ikke som missionærer, der skal overtale nogen til at tænke eller tro på en bestemt måde. Som vi har set ovenfor, siger den forståelse af missionærrollen mere om præsters manglende kendskab til missionshistoriske virkeformer, end hvordan man forstår denne rolle i dag. Men de giver udtryk for, at de er bange for at være krænkende og kommer måske derfor snarere til at være for lidt end for meget præst i betydningen for forsigtige og tilbageholdende med eksplicit at bringe kristendommen på banen (se f.eks. Cecilie 68-72, Helga 191). Men som vi nu har set i dette afsnit, er de samtidig også bevidste om, at de alene som bærer af rollen ikke er neutrale, hvad de heller ikke mener, de kan eller skal være. Ifølge Maiken er det afgørende, at præsten står ved, at hun er en kristen præst, hvad resten af fokusgruppen (2) nikker samstemmende til. Man skal ikke være bange for at tage den autoritet på sig, fordi man ligefrem kan komme til at skuffe de mennesker, man møder, hvis man ikke gør det. Der er for patienterne en trykthed i, at man er tydelig og netop i modsætning til alle andre faggrupper forventes at stå for noget bestemt (2.46 Maiken). Også Agnes understreger, at det i samtalerne er vigtigt, at hun siger, hvad hun står for, så dem, hun taler med, har noget at spille bold op ad (Agnes 35),

så det ikke bliver sådan en holistisk holdning og sådan noget vagt. Jeg tror, det for alle mennesker er nemmere at forholde sig til, at jeg siger, hvad jeg tror (Agnes 36)

Ifølge Mowat og Swinton udfordres senmoderne hospitalspræster af sundhedsvæsenets krav om en generisk form for åndelig omsorg (spiritual care), der ikke er knyttet til en bestemt trosretning eller religion. Det kan betyde, at de for at kunne imødekomme dette, må nedtone deres tilknytning til og basis i kristendommen og indtage en mere neutral holdning (Mowat, Swinton, 2005:5). Sociologerne Vries, Berlinger og Cadge taler om det, de kalder ”the theology problem”. Fordi hospitalspræster er produkter af anerkendte trostraditioner, men på hospitalet formodes at være ”multi-faith” og også være til rådighed for patienter, som slet ikke mener, de har nogen tro, kan det skabe problemer og forvirre deres professionelle identitet og måske betyde, at de læner sig ind i andre roller (De Vries, Berlinger & Cadge, 2008:4). Dette studies informanter synes ikke at have et sådant teologiproblem. De mener, de står til rådighed for alle uanset tro eller ikke tro, og de ser netop deres baggrund som kristne teologer og præster som en vigtig præmis for

at opfylde denne rolle. De anser deres manglende neutralitet, det at andre ved, at de står for noget bestemt, som det, der skaber tryghed i kontakten. På den ene side sker præsternes arbejde for at etablere religionens naturlige tilstedeværelse således på institutionens præmisser, som er sekularitetens og religionsfrihedens, sådan som også Kühle konkluderer (Kühle, 2015:106). På den anden side lægger de vægt på at være tydelige repræsentanter for kristendommen. Der ser på den måde ud til at være en spænding i deres forståelse af deres rolle.

4.7.4. Opsamling

I denne 2. hoveddel af analysen, hvor tilgangen fortrinsvis har været induktiv og datastyret, har vi nu set, at præsterne først og fremmest opfatter sig selv som medmenneske, medvandrer eller barmhjertig samaritan og eksplicit lægger afstand til terapeut-, behandler- eller ekspertrollen. Det er afgørende for dem at møde patienten som et ligeværdigt og jævnbyrdigt menneske og ikke som et objekt for behandling. Samtalen eller mødet med præsten konstrueres aktivt som grundlæggende forskellig fra den terapeutiske samtale og kontakt, som informanterne mener har en instrumentel karakter og netop igangsættes med henblik på at forandre noget. I en hospitalskultur, hvor patienten let bliver tingsliggjort, og tilgangen ofte er diagnosticerende og problemorienteret, ser de deres almindelighed, i betydningen: det fælles menneskelige, som deres særlige bidrag. De mener, at deres opgave er at skabe et rum, hvor tingene må være, som de er, og hvor patienterne kan føle sig set, hørt og mødt; et helle eller et asyl for alle de mere eller mindre eksplicite krav om at skulle magte, kontrollere og finde mening, som den terapeutiske etos og de forstærkninger af den, der finder sted i hospitalskulturen, stiller til det senmoderne menneske. Denne måde at konstruere deres rolle på ligger i direkte forlængelse af deres forståelse af mennesket som et relationelt, afhængigt, afmægtigt, skyldigt, sårbart, lidende og dødeligt væsen, sådan som jeg med grundantagelserne som optik nåede frem til i analysens 1. hoveddel. At de i metaforisk forstand betragter sig selv som et lyttende øre, en ventil eller den solidarisk medlidende og netop ikke som terapeut, behandler eller ekspert, kan således ses som et adækvat og ligefrem proportionalt svar på den måde, de i overensstemmelse med den idealtypiske evangelisk-lutherske teologi forstår mennesket. Materialet viser, at informanterne ikke ser deres opgave som at flytte på noget, diagnosticere, behandle, rådgive, fikse, formane, opdrage, forbedre eller udvikle. Men derved bliver ”odd-size”, fremmede fugle eller ”odd persons”, der bevæger udenfor eller i margenen af hospitalskulturen, hvor de har det, man kunne kalde en ”vakuum identitet”, dvs. de fylder mange af de tomrum ud, der opstår i

KAPITEL 4. ANALYSE

mellemlummet mellem andre ansatte på hospitalet eller hospicet (De Vries, Berlinger & Cadge, 2008:3). Men i modsætning til De Vries, Berlinger og Cadge opfatter de denne identitet som noget positivt. Det handler for dem ikke om at hjælpe patienten med at kontrollere og magte, men at sørge for, at han ikke skal være alene med lidelsen, afmagten og den ofte smertefulde konfrontation med de eksistentielle grundvilkår; at paradokshåndtere. Det er en udfordret position at være i, fordi de på den måde giver afkald på de kilder til anerkendelse, der ligger i at tilpasse sig den evidensbaserede hospitalskultur, hvor indsatser gerne skal kunne måles og vejes.

Deres forståelse af sig selv er præget af det, man kunne kalde en rolledobbelthed. De er både præster med lille p og stort P. De tilbyder deres nærvær i betydningen tid som varighed eller udstrækning (chronos), men er også repræsentanter for noget mere eller større, så dette nærvær ifølge informanterne selv af patienterne opleves som et slags guddommeligt nærvær, der har kairoskarakter. Der synes dermed at være overensstemmelse mellem forståelsen af deres rolle som håbsbærere og hilsner fra Gud og så analysens 1. hoveddel, hvor de understreger, at døden ikke kun er exit; at fremtiden er Guds; at der kan komme noget forfra og dermed af bønnen og velsignelsens betydning i præstens praksis som et rum, hvor man kan være den lille som menneske og lægge sit liv i en større magts hænder. At være håbsbærer og hilsen fra Gud er de roller, der svarer til tanken om, at mennesket ikke er alene hjemme og ikke alene er ansvarlig for sin fremtid. Denne empirisk styrede induktive 2. del af analysen bekræfter på lange stræk dermed den mere teoristyrede deduktive 1. del. Aktørperspektivet uddyber og nuancerer således strukturperspektivet.

Men der er også interessante og informative spændinger. På den ene side betoner informanterne, at det, der skaber tryghed i kontakten med patienter og pårørende, er, at de står for noget bestemt, at de ikke er neutrale, men er bærere af kristne værdier og holdninger. De mener, de er ét med deres budskab, at de er autentiske på en grundlæggende anden måde end andre faggrupper. De kommer med et budskab, de selv tror på, og det er derfor også vigtigt, at de står ved, at de er præster med alt, hvad det indebærer. Dette bekræftes da også på en lang række områder af analysens 1. hoveddel. På den anden side ser det ud til, at kontakten med patienten/den pårørende er så afgørende for dem, at de har en tendens til at give køb på tydeligheden og det, de som kristne selv står for, hvis der er for store forskelle mellem deres egne og patientens værdier, tro, holdninger og forståelser. De synes med andre ord kun at stå fast, så længe det ikke forstyrrer kontakten. Når det handler om patienters trosforestillinger, som informanterne grundlæggende er uenige i; om moralske spørgsmål, dvs. hvad der er rigtigt/forkert, eller om dom og frelse, bliver de hurtigt defensive og ofrer gerne deres egne forståelser og holdninger til fordel

KAPITEL 4. ANALYSE

for, hvad patienten umiddelbart måtte synes eller opleve, er godt og giver fred i sindet. Patientens well-being, velbefindende eller ”ha-det-godt-hed” ser ud til at være en vigtig målestok. Det væsentligste bliver at være der, hvor patienten er, med fare for at slippe fortøjningen til det, de selv er og står for. Selvom præsterne i deres tænkning understreger, at kristendommen ikke bare stryger mennesket med hårene, men rummer en nødvendig modsigelse eller kant (se f.eks. Cecilie 128), synes de i det konkrete møde med patienten let at komme til at dele den terapeutiske etos’ emotivistiske etik. Men spørgsmålet er, om der her er tale om det, Alfred North Whitehead har betegnet som den uberettigede konkretions fejlslutning (”the fallacy of misplaced concreteness” (Jacobsen, 2007:280)), dvs. at der kun er en overfladisk lighed mellem præsternes praksis og den terapeutiske etos, og at jeg således fejlagtigt lokaliserer denne struktur her, selvom den reelt ikke er der? Ud fra materialet kan man ikke afgøre, om informanternes defensive holdning på disse områder er udtryk for en tilpasning til den terapeutiske etos, hvor patienten er blevet en forbruger eller en kunde, som altid har ret, eller om præsterne netop med denne grundholdning tager vare på et vigtigt sjælesørgisk princip: at kærligheden er fortegnet, og at evangeliet (befrielsen) altid kommer før loven (formaning). At det altså er en teologisk position, hvor de fortolker et fælles teologisk arvegods og gør det til deres *owned theology*. I forlængelse heraf kan man sige, at det at henvise til sin egen samvittighed som norm for, hvad der er rigtigt at gøre, ikke er den terapeutiske etos’ opfindelse. Den lutherske reformation kan netop ses som subjektivitetens gennembrud - paradigmatiske udtryk ved Luthers afsluttende ord ved forhøret på rigsdagen i Worms i foråret 1521: ”Her står jeg, og jeg kan ikke andet – så hjælpe mig Gud!” Subjektiviteten er dybt forankret i evangelisk-luthersk kristendom. Men spørgsmålet er selvfølgelig, om Luther kan bruges til at argumentere for, at bare det føles godt, og man får fred med sig selv, er det tilstrækkeligt. Det ville i så fald være at skrive Gud ud af ligningen. Ifølge Luther og den idealtypiske evangelisk-lutherske teologi står mennesket til ansvar overfor næsten og Gud. Det er ikke nok at lytte til sine egne følelser og have det godt med sig selv. Det er Gud i skikkelse af Kristus, der er dommeren, ikke mennesket selv. At bringe begreber som synd, skyld, dom og frelse i spil i patientkontakten kan netop derfor ses som en måde at betone dette ansvar, og denne betoning fylder, som vi har set i analysens 1. hoveddel, ikke meget. Så sammen med præsternes forbeholdenhed overfor en direkte normativ dimension ved sammenhængen mellem kristendom og moral i det konkrete møde med patienten og de pårørende, kunne det antyde, at der ikke alene er tale om en overfladisk lighed.

Jeg vil nu gå videre til afhandlingens konklusion.

5. Konklusion

Afhandlingen rundes af med en konklusion, hvor jeg har fokus på, hvordan, hvorfor og med hvilke konsekvenser den terapeutiske kultur og etos har betydning for hospitals- og hospicepræsternes levede teologi. Konklusionen er delt op i en hovedkonklusion og en række uddybende delkonklusioner. Med udgangspunkt i et kortfattet svar på afhandlingens grundlæggende problemstilling vil jeg også kort se på dens fund sammenholdt med anden forskning. Afslutningsvis vil jeg diskutere den adaptive tilgangs værdi for projektet, og hvorvidt det er lykkedes at videreudvikle teorierne om den terapeutiske kultur.

5.1 Hovedkonklusion

Analysen har vist, at det, der kommer til udtryk i informanternes almindelige eller levede teologi ikke kan bekræfte hypotesen om den terapeutiske kulturs absolutte dominans. Der ingen klare tegn på, at præsterne akkommoderer til den terapeutiske kultur eller hospitalskulturen. Den terapeutiske kultur er med andre ord ikke så altgennemtrængende, som teorien ellers udsiger. I overensstemmelse med Sullivans undersøgelse af amerikanske chaplains gør de deres teologi til nærværsteologi (Sullivan, 2014:173ff), men i modsætning hertil har den ikke fjernet sig fra sine kristne rødder og er blevet en slags minimalistisk og flygtig form for åndelig omsorg eller er blevet til en diffus spiritualitet, der overskrider grænserne mellem forskellige religioner (Cadge, 2012). På en række centrale punkter lægger informanterne sig tværtimod opad en idealtypisk evangelisk-luthersk teologi. Den terapeutiske kultur og dens etos har i hovedsagen vist sig at have betydning som det tankesæt eller den etos, informanterne tager afstand fra og positionerer sig aktivt i forhold til, og som er med til at skærpe både vigtige teologiske pointer og deres særlige profil og rolle i forhold til andre faggrupper især psykologerne. Uden at jeg har gjort præsternes livshistorisk-teologiske udvikling før og under sygepræsteriet til hovedfokus, kan jeg konstatere, at de generelt mener, at dette arbejde har gjort dem mere tydelige som præster. Såvel den terapeutiske kultur som hospice- og hospitalskulturen synes at få dem til at gribe tilbage til deres *learned theology*, som bliver en vigtig modkulturel *owned theology* og ligefrem en praktisk *lived faith*. Og dette gælder, som jeg vil uddybe i de følgende delkonklusioner, teologisk set på menneskesynets, på antropologiens område men ikke på frelseslærens, på soteriologiens område. Om denne bevægelse gælder for alle præster, kan pga.

KAPITEL 5. KONKLUSION

manglende undersøgelser ikke afgøres, men det er sandsynligt, at bevægelsen er stærkest i sundhedssektoren, hvor præsten i sig selv er modkultur eller odd-size modsat f.eks. i et traditionelt landsogn, hvor præsten og hendes forkyndelse typisk vil være mere mainstream. Antropologisk går de imod de herskende holdninger og soteriologisk følger de – af såvel kommunikative som teologiske grunde – den gængse udvikling i folkekirken. Generelt konvergerer præsters og menneskers tro i almindelighed. De kan næsten tage hinanden i hånden og sige: Jeg tror – hjælp min vantro! Men at præsterne i stort tal skulle være aldeles svagttroende, som bl.a. Tor Nørretranders flere gange har påstået (jf. Nørretranders, 2003:14f., med henvisning til Rubow 2000), kan denne undersøgelse, der er gået tæt på præsternes tro og levede teologi generelt, afkræfte. Desuden har studiet vist, at det er frugtbart at studere religion i sekulære samfundsinstitutioner, sådan som den britiske religionssociolog Kim Knott har peget på. Det tegner en tydelig profil af hospitalspræstens rolle og kan på den måde være med til at begrunde dennes tilstedeværelse og dermed mindske det, Knott kalder den religiøse analfabetisme i den offentlige debat (Knott, 2018:341).

5.2 Delkonklusioner

5.2.1 Mennesket er sat i et forhold til verden, næsten og Gud

I modsætning til den terapeutiske etos, sætter informanterne ikke selvet i centrum, men forstår først og fremmest mennesket som relationelt bestemt, som resonant. Verden udgår ikke fra mennesket, men mennesket indgår i verden. Hvor den terapeutiske etos peger indad mod selvet, viser materialet, at de i deres levede teologi læner sig opad den idealtypiske evangelisk-lutherske teologi og peger udad på forholdet til næsten og opad på forholdet til Gud, hvad der f.eks. giver sig udslag i bønnens og velsignelsens betydning. Mennesket har ikke alene magten og er ikke kun bestemt af fortiden og sin egen individuelle indsats. Fremtiden er også Guds. Materialet giver ikke basis for at konkludere at præsternes psykologiske indsigt og personlige terapeutiske erfaringer på dette punkt sekulariserer eller psykologiserer teologien. Tværtimod ser det ud til, at denne indsigt og disse erfaringer uddyber teologien og gør den aktuel, relevant og nærværende i en senmoderne kontekst, ja er direkte medvirkende til at gøre præsternes *learned theology* til deres *owned theology*.

5.2.2 At manøvrere efter patienternes well-being

Alligevel synes informanternes levede teologi ikke at være upåvirket af tanken om selvet som den højeste norm. På det tankemæssige plan fastholder de kristendommens ubetingede fordring om at tage vare på næsten uafhængigt af, om man føler for det eller ej. Det er således et gennemgående træk, at næsten anses som et mål, ikke et middel, og at det er det, der skal bestemme ens handlinger. Men i praksis synes de at acceptere, at det er patientens følelse eller well-being, der skal manøvreres efter. Når det handler om konkrete moralske spørgsmål, er de i overvejende grad tilbøjelige til at overlade det til patienten selv at vurdere, hvad der er rigtig og forkert. I mødet anfægter de således ikke en sådan emotivistisk etik, og man kan have en formodning om, at de på nogle punkter deler denne etiks selvreferentielle grundlag. De bange for at fremstå som fordømmende. På den ene side mener de, at præsten er sit budskab på en grundlæggende anden måde end andre faggrupper, hvad der skaber en særlig tryghed i mødet. Derfor er det også af afgørende betydning, at patienten kan regne med, at præsten står for og står på nogle bestemte værdier og holdninger. Det er vigtigt, at hun er tydelig og markerer sine synspunkter, for kristendommen stryger iflg. informanterne ikke mennesket med hårene, men rummer et korrektiv eller en kant. På den anden side viser materialet ikke tegn på at modsigelse eller korrektiver spiller nogen nævneværdig rolle i forhold til den konkrete patient/pårørende. Det kan være et udtryk for, at den terapeutiske etos er krøbet ind under huden på dem, men det kan også forstås som en teologisk position, hvor sammenhængen mellem kristendom og moral mere ligger på et metaetisk end på et snævert normative plan, dvs. at kærligheden altid er fortegnet, og at det vigtigste i den sjælesørgeriske samtale derfor altid er patientens oplevelse af at være elsket eller god nok.

5.2.3 Ikke ekspert men medvandrer

Selvom de både personligt og professionelt er udfordret af forestillingen om, at mennesket har uanede muligheder, abonnerer de i grundlæggende forstand ikke på denne tanke. Tværtimod omdefinerer de magtesløsheden fra at være et problem, der kan løses, til at være en byrde, der skal bæres i fællesskabet med andre. Dermed fremtræder de som en modkultur til såvel den terapeutiske kultur som hospitalskulturen. I deres levede teologi fastholder de, at magtesløsheden ikke kalder på en ekspert, men på en medlidende og solidarisk næste, der er i samme eksistentielle båd. Præsten er på samme side som patienten/pårørende og deler i grundlæggende forstand livs- og trosvilkår. Hun er

KAPITEL 5. KONKLUSION

først og fremmest medvandrere. Denne forståelse begrundes dels teologisk og trosmæssigt dels psykologisk. Teologisk med den medlidende Gud, der i skikkelse af Kristus dør afmægtig på korset langfredag. Trosmæssigt med erfaringen af et Guds nærvær i mødet med det lidende menneske og psykologisk i den forstand at psykologisk indsigt og terapeutisk erfaring synes at have gjort dem bedre i stand til netop at være magtesløse med den magtesløse og ikke vende ryggen til den. Den psykologiske ballast fra deres efteruddannelse kommer dem således til hjælp, når de skal stå fast på, at magtesløsheden er et grundvilkår i tilværelsen. Psykologisk indsigt og terapeutiske erfaringer sættes i teologiens eller nærmere bestemt den pastorale sjælesorgs tjeneste og udstyrer dem med både redskaber og mod til at gøre teologien i praksis. Denne indsigt og erfaring afsvækker således på ingen måde deres rolle som præster eller bliver brugt til at legitimere, at de er bærere af et religiøst narrativ og har et konfessionelt tilhørsforhold. Majoriteten betragter dette tilhørsforhold som noget værdifuldt, der er med til at præcisere, hvad de særligt bidrager med i forhold til ansatte i sundhedsvæsenet i almindelighed og psykologer i særdeleshed. Det er for deres identitet som hospitals- og hospicepræster vigtigt, at de også er sognepræster. Denne forankring har afgørende betydning for deres særlige rolle.

Man kan overveje, om vi her nærmer os en ny model for psykologi/teologi-relationen? Præsten tilegner sig psykologien, men lader den i praksis blive sat på plads af teologien. Det har mange ligheder med den relationsmodel, som Tor Johan Grevbo selv hævder til og uddyber i sin nyeste bog om sjælesorg, hvor han understreger, at dette forhold skal være båret af en klar adskillelse, stort sammenfald (eventuelt bevidst sammenblanding) og komplettering, Kooperation og afgrænsning (Grevbo, 2018:225ff.).

5.2.4 Sorg som livsvilkår og relation

Informanterne afviser også tanken om, at alle problemer er individuelle. Det kommer særligt til udtryk i deres forståelse af sorgen og deres opgave i forhold til den sørgende. På den ene side er de børn af den terapeutiske kultur. De tager som en selvfølge udgangspunkt i den sørgendes følelser, som de ser som deres opgave at legitimere og normalisere overfor en stigende patologisering. På den anden side omdefinerer de sorg fra at være et individuelt følelsesmæssigt problem, der kan løses og som har en afslutning, til at være et fælles menneskeligt vilkår eller byrde, der skal deles, og som man må leve med. Sorg er ikke reparationsteknologi, men kærlighedens pris og derfor i grundlæggende forstand terapistesistent. De lægger vægt på sorgen som relation snarere end emotion og er som følge heraf mere optaget af den tabte end af tabets følelser; af hvem man har

KAPITEL 5. KONKLUSION

mistet, og hvad han eller hun har givet, som man aldrig kan miste. Herved modsiger de den individualisering og emotionalisering, der er karakteristisk for den terapeutiske kultur. Den afdøde ses som en betydningskabende og betydningsbærende indre instans. Informanternes levede teologi på dette felt rummer desuden en eskatologisk dimension, som er helt fraværende i såvel den terapeutiske kultur som hospitalskulturen. Den døde er også et sted. De betoner fællesskabet i Gud mellem de levende og de døde som et ”allerede nu” og et ”endnu ikke”, og de ser deres særlige rolle som dem, der legitimerer og skaber plads til erfaringer af nærvær med den afdøde, til overvejelser over hvor den døde er og til håb om gensyn og om at blive mødt på den anden side. Dette kræver et andet sprog og en anden virkelighedsforståelse end psykologiens, hvad præsterne ser som deres særlige opgave at stille til rådighed. Dermed undsiger de den terapeutiske etos’ forestilling om, at der kun er den enkeltes private verden og det nu, han eller hun lever i; at døden er blevet til exit, evigheden forsvundet, og at der derfor alene er tale om ”instant gratification”. Den betydning, mennesket har, udviskes ikke af døden. Generelt holder informanterne fast i, at himlen og evigheden har rum, sted og indhold, og de mener at denne tilgang spiller en afgørende rolle i samtalerne med patienter og pårørende. Deres levede teologi står således i klar modsætning til den terapeutiske etos og læner sig i forhold til de opgør, der i det 21. århundrede har været på især skabelsesteologi og frelseslærens område, op ad en idealtypisk evangelisk-luthersk eskatologi.

5.2.5 Lidelsen som livsvilkår

Informanterne opfatter ikke lidelsen som et individuelt problem, men som et livs- eller grundvilkår, der ikke er løsning på. Den skal selvfølgelig bekæmpes, hvor det er muligt, men i grundlæggende forstand kan den hverken elimineres eller bortforklares. Det inderste i tilværelsen er ikke fred og harmoni, men kamp og konflikt, sådan som den kristne grundfortælling er udtryk for. I en senmoderne lykkekultur, hvor wellness er i centrum, ser de det som deres opgave at skabe rum for sorgen, kampen, konflikten, meningsløsheden, det grimme, lidelsen og den lidende, så den lidende ikke skal være alene samtidig med, at de opfatter sig som bærere af et håb om, at hverken lidelsen eller døden er gudløs.

5.2.6 At lade skylden være skyld

Også når det handler om skyld lægger informanterne afstand til forestillingen om, at mennesket (kun) er offer, og at skyldfølelse kan afhjælpes. De betragter skylden som et livsvilkår, der hænger sammen med synet på mennesket

KAPITEL 5. KONKLUSION

som et relationelt væsen og ondskab som et ontologisk vilkår. Hvor andre personalegrupper på hospitalet eller hospice synes at mene, at deres opgave er at fjerne, afhjælpe eller bortforklare skylden, ser præsterne det, på baggrund af tanken om, at mennesket er en tilgivet synder, modsat som deres opgave at skabe rum og plads til den og netop ikke tale den ned. Bortset fra en enkelt synes informanternes levede teologi her at læne sig op ad en idealtypisk evangelisk-luthersk kristendomsforståelse, der betragter mennesket som værende grundlæggende skyldigt. De tager for givet, at man ikke kan undgå at blive skyldig i betydningen at gøre andre mennesker ondt. Skyld er noget, man tager på sig, bliver tilgivet for og lever med, og ses som et udtryk for, at man har betydning for andre. Men det er ikke ensbetydende med, at de på dette område er uanfægtede af den terapeutiske etos. De kender selv trangen til og ønsket om at kunne tage skylden fra patienterne, hvorfor det i den konkrete situation kræver et særligt mod at lade skylden stå uimodsagt. Forventningen om at kunne løse skyldens problem synes således både at komme udefra og indefra. På den måde sætter den terapeutiske etos også dagsordenen her, men præstene følger den ikke. Også skylden transformerer de fra at være et problem, der kan løses, til at være et vilkår og derfor en byrde, der skal bæres i fællesskabet med andre skyldnere. Men de er så forsigtige og så opmærksomme på, hvad det er for en baggrund, folk hører det, de siger på, at det ser ud til, at de for kontaktens skyld nogle gange giver køb på det, de selv mener og står for, og således i deres praksis nærmer sig en form for politisk korrekthed, hvor enhver bliver salig i sin tro. De synes, det er vanskeligt at bruge begreber som synd og skyld uformidlet, fordi de skurrer i folks ører, og fordi kirken ofte er blevet opfattet som et sted, hvor man grundløst bliver påført begge dele. Præsterne giver den terapeutiske etos ret så langt, at skyldfølelse selvfølgelig kan være en fejl i måden at forholde sig til sig selv på. Det er derfor vigtigt at hjælpe patienter med at skelne mellem reel og irreel skyld, mellem objektiv skyld og subjektiv skyldfølelse og at nuancere begrebet skyldighed i betydningen medskyldighed. Igen ser det ud til, at den psykologiske indsigt kvalificerer deres møde med patientens/den pårørendes skyldfølelse, og er med til at afgrænse det område, hvor den teologiske forståelse og tænkning er meningsfuld. På den måde fungerer psykologiske forståelser også her som hjælpere for teologien.

5.2.7 Opstand mod eller tilpasning til gør-det-selv-frelsen?

Hvad soteriologien, forståelsen af frelsen, angår, gør informanterne i deres tænkning op med ”gør-det-selv-frelsen” og understreger vigtigheden af, at det er Gud, der er subjektet for forsoningen. Mennesket er frelst fra sig selv og får ved Guds tilgivelse modet til at bære skylden og uperfekthedens byrde. Dommen ses

KAPITEL 5. KONKLUSION

som en befrielse. Men i deres praksis er billedet mere utydeligt. Selvom begreber som synd, skyld, dom og frelse giver mening for dem personligt, oplever de, at de er vanskelige at bringe i spil i mødet med patienter og pårørende. Både for patienterne og for dem selv er disse begreber inficeret med noget gammeldags og en ”jeg-er-klogere-end-dig-holdning”. Derfor er informanterne også meget forsigtige med at modsige patienters og pårørendes trosforestillinger, selvom de står i modsætning til kristendommen, endsiges at hævde, at troen på Kristus alene er vejen til frelse og evigt liv. Dels synes de ikke, at hospitals- og hospicekulturen levner plads til en sådan eksklusivitet, dels ser de heller ikke selv ud til selv at dele den. De mener ikke, de har nogen dagorden. De er ikke missionærer, der skal frelse eller omvende nogen, men forsigtige og tydelige dialogpartnere, og de argumenterer ikke bare kommunikativt men også teologisk for denne praksis: Gud er ”semper major”, dvs. altid større end rigide dogmatiske antagelser. I tillid til, at Gud nok skal ordne det til sidst, at frelsen hører Gud til, tillader de sig at være ubekymrede og uvidende. I grundlæggende forstand handler det for informanterne om, hvad der driver på Kristus, dvs. stemmer overens med det, der er kernen i Jesu forkyndelse, nemlig Guds kærlighed og tilgivelse. Denne omtænkning på soteriologiens område er som nævnt ovenfor givetvis fælles for det store flertal af præster (jf. f.eks. Mortensen, Schelde Christensen & Viftrup, 2007:175).

5.2.8 Fastholdelse af samaritaner-ideologien

Analysens 2. del, der tog udgangspunkt i præsternes egen forståelse af deres rolle, bekræfter og udbygger i lange stræk det, vi så i 1. del. De opfatter ikke sig selv som behandlere, terapeuter, semi-psykologer eller støttepædagoger for den indsats, sundhedspersonalet yder, men som medmennesker, medvandrere, barmhjertige samaritanere, lyttende ører eller ventiler, og de konstruerer dermed i overvejende grad deres rolle ud fra en forståelse af mennesket som et relationelt, afhængigt, afmægtigt, skyldigt, sårbart, lidende og dødeligt væsen. I en hospitals- og hospicekultur, hvor patienter og pårørende konstant møder eksperter af alle slags, betoner præsterne modsat, at det er deres almindelighed i betydningen: det fælles menneskelige, der er det særlige for deres faggruppe. De ser den sjælesørgeriske samtale som grundlæggende forskellig fra den terapeutiske, som de anser for at have instrumentel karakter og som igangsættes med henblik på at forandre noget. Heroverfor er samtalen og kontakten med præsten et rum, hvor tingene må være, som de er, og hvor patienterne kan føle sig set, hørt og mødt. Et rum, hvor der er plads til afmagten, meningsløsheden skylden og lidelsen, og hvor man kan få døden i tale; en slags helle eller et asyl, et fristed for alle de mere eller mindre eksplicitte krav om at skulle magte, kontrollere, udvikle og finde mening, som den terapeutiske

KAPITEL 5. KONKLUSION

etos og de forstærkninger af den, der finder sted i hospitalskulturen, stiller til det senmoderne menneske. Samaritaner-ideologien har således en afgørende betydning. Som faggruppe synes de at opfatte sig som repræsentanter for den oprindelige forståelse af hospitalet som det sted, hvor der er plads til lidelsen og den lidende; hvor den lidende kan møde medlidenhed og barmhjertighed, og hvor det handler om at komme overens med tilværelsens vilkår. Man kan overveje om præsterne med deres tilstedeværelse på den måde kommer til at legitimere hospitalskulturen, fordi de tager sig af den åndelige omsorg, mens andre faggrupper bare laver det ”rigtige” arbejde.

5.2.9 Hospitalspræsten - en hilsen fra Gud

Informanterne opfatter ikke alene deres opgave som at være nærværende menneskelige vidner til lidelsen og den lidende. De ser også sig selv som ritualbærere, som bærere af et håb og som hilsner fra Gud, dvs. som vidner om noget, der rækker ud over lidelsen og døden. De mener, de i mødet med patienten repræsenterer et slags guddommeligt nærvær. De er, som én udtrykker det, både præster med lille ”p” og Præster med store ”P”. Og Præsten med store ”P” er netop bæreren af eller repræsentanten for troen på, at døden ikke kun er exit; at fremtiden er Guds; at der kan komme noget forfra, og at det går an at være den lille som menneske og lægge sit liv i en større magts hænder. Også på den måde læner de sig opad en idealtypisk evangelisk-luthersk teologi.

5.2.10 Odd-size og fremmede fugle

Informanterne både oplever og positionerer sig som ”odd persons”, ”odd-size” eller fremmede fugle i en evidensbaseret verden. De bevæger sig konstant udenfor eller i margenen af hospitalskulturen. De er nok funktionaliseret men ikke institutionaliseret. De er ikke en del af hospitals- eller hospicevirksomheden og undgår derfor heller ikke selv følelsen af at være udenfor og ikke regnet med. Men det får dem tilsyneladende hverken til flygte ind i akademiker-, terapeut- eller lederrollen. De forsøger heller ikke at bevise deres nytteværdi gennem forskellige screenings- og vurderingsværktøjer. Det er en vanskelig position at være i, fordi de dermed afskærer sig fra en professions sædvanlige anerkendelseskilder. De må med Woodwards ord finde sig i et skær af amatørisme i forhold til andre faggrupper (Woodward 2001:92). Men det ser ud som om, de mener, at den rolle er den eneste, de kan have, hvis de skal bevare deres integritet som præster og dermed udgøre en nødvendig modkultur: at deres

KAPITEL 5. KONKLUSION

magtesløshed både eksistentielt og professionelt præcis er den, der gør, at de stadig har en plads på hospitalet/hospice. Det er netop som outsiders, de er nyttige. De ser deres styrke - ikke i deres professionalitet - men i deres specifikke anderledeshed eller liminalitet, der står i et vist modsætningsforhold til de selvfølgeligheder, der ellers hersker. Denne anderledeshed er et hovedtema i moderne pastoralteologi lige fra den hollandske teolog Heije Faber, der betegner hospitalspræsten som klovn, over pastoralteologen Henri Nouwen, der i bogen *The Wounded Healer* understreger, at præstens virkelige opgave måske kræver at stå udenfor som irrelevant og holde fokus på et kristent håb, som ikke tillægges en funktionel betydning i det moderne samfund (Nouwen, 1979:88f.), den britiske teolog og bioetiker Alastair V. Campbell, der taler om præsten som "The Wise Fool" (Campbell, 1986), den amerikanske professor i pastoralteologi, Robert C. Dykstra, der benævner hospitalspræsten som "The Intimate Stranger" (Dykstra, 1990) til tyskeren Manfred Josuttis "Der Pfarrer ist anders" (Josuttis, 1991). De befinder sig således i den moderne pastoralteologis hovedspor.

5.3 Afhandlingens fund sammenholdt med anden forskning

5.3.1 Teologien er ikke ætset bort

På afhandlingens grundlæggende forskningsspørgsmål om den terapeutiske kultur har betydning for danske hospitals- og hospicepræsters teologi, tro og praksis, er svaret ja. Men som vi nu har set, har den betydning på langt mere nuancerede og komplicerede måder end den generelle teori om den terapeutiske kultur lægger op til. På amerikansk grund har kritikere som Rieff og historikerne Christopher Lasch og Eva Moskowitz hævdet, at denne kultur og dens etos har en invasiv karakter og har eroderet traditionelle protestantiske moralske værdier, ført til social atomisering og med tiden vil erstatte enhver form for religiøs overbevisning og derfor også udskifte præsten med psykologen eller terapeuten (Rieff, 1979, Lasch, 1991, Moskowitz, 2001). I en norsk kontekst taler Ole Jakob Madsen om, at samtalen med præsten i senmoderniteten har taget form af en psykoterapeutisk konsultation eller terapeutisk samtale (Madsen 2010:60), hvor Gud har fået en mere underordnet støttende rolle og er blevet et middel til well-being (Madsen, 2012a:166). Dette studie har vist, at selvom patienternes well-being spiller en vigtig rolle for informanterne, ser præsternes levede teologi ud til stadig at virke indenfor en generøst forstået, overvejende evangelisk-luthersk teologi. Men der er tale om meget indviklede sammenkoblinger og hybridiseringer af religiøse og terapeutiske diskurser. Både fordi psykoterapien som teknologi idehistorisk har rod i

KAPITEL 5. KONKLUSION

kristendommens bekendelses- og sjælesorgspraksisser, og de dermed er beslægtede (Brinkmann, 2008a:114), og fordi den psykologiske videnskab, dens praksisser og dens sprog præger vestlig kultur og dens samfundsmæssige institutioner på en sådan måde, at det i dag er vanskeligt at forstå og forholde sig til sig selv og tale om identitet og mening uden at bruge psykologiske forståelsesredskaber (Rose, 1998:34), har den selvfølgelig også betydning for informanterne. De har typisk taget efteruddannelser, som er psykologisk inspirerede, og de understreger, at man ikke kan være præst på et hospital eller et hospice uden at bruge psykologiske begreber. Især på områder, der har med moralitet og sandhed at gøre, er informanterne både i deres praksis og i deres personlige forståelser ikke upåvirkede af den terapeutiske etos, og det kan være svært at afgøre, om de her tilpasser sig den terapeutiske etos eller tager vare på vigtige sjælesørgeriske principper. Men i almindelighed synes den terapeutiske kultur hverken at have ætset teologien og troen væk, eller at have fået informanterne til at læne sig ind i terapeutrollen for ad den vej at legitimere deres tilstedeværelse på hospitalet/hospice. Tværtimod ser den ud til at skærpe deres særlige profil. Set på baggrund af teorierne om den terapeutiske kulturs dominans i senmoderniteten er de således overraskende resistente, hvad der uden tvivl også hænger sammen med, at de hverken er på hospitalernes eller hospicernes lønningsliste og derfor heller ikke herfra stilles til regnskab for deres nytteværdi. Men ligesom alle andre lever og ånder også de i en terapeutisk kultur. De er både indefra og udefra anfægtede og udfordrede af de krav om at fikse, udvikle, forbedre, magte og kontrollere, som den terapeutiske etos og de forstærkninger af den, som finder sted i hospitalskulturen, stiller. Det er vanskeligt at afvise disse mere eller mindre eksplicite forventninger, fordi det blandt andet betyder, at de ikke bliver regnet for jævnbyrdige samarbejdspartnere og i modsætning til psykologerne opfattes som fremmede fugle eller ”odd persons”. Informanterne skal både kæmpe med sig selv og den kontekst, de indgår i. Men de ser ud til at lykkes med at redefinere disse ydre og indre krav fra at være problemer, der kan og skal løses, til at være livsvilkår, dvs. byrder, der skal bæres. Derved fastholder de, at de kommer med noget fundamentalt anderledes, som uden at det nødvendigvis kan måles og vejes på den evidensbaserede vægt, der ellers bliver brugt i sundhedsvæsenet, både svarer på det lidende menneskes behov for at blive set og hørt og på hans/hendes længsel efter at blive fortalt ind i en større sammenhæng. Netop fordi de er unyttige i systemets øjne, mener de, at de har noget at bidrage med. Deres svaghed er deres styrke. Overfor hospitalskulturens fragmentering og silotænkning, bidrager de til at tænke mennesket sammen.

5.3.2 Psykologien sættes i teologiens og sjælesorgens tjeneste

I modsætning til hvad man skulle have forventet, ser det på flere felter ud til, at psykologien og dens forståelsesredskaber sættes i teologiens og sjælesorgens tjeneste. På linje med den amerikanske historiker Stephanie Muravchiks studie af amerikanske præster fra 2011 (Muravchik 2011:77) synes psykologisk indsigt og terapeutiske erfaringer generelt hverken at have sekulariseret informanterne eller afsvækket teologien. Det lader tværtimod til, at denne indsigt og disse erfaringer har styrket dem i deres rolle som præster, næret deres tro, understreget fællesskabet med og ansvaret for de patienter og pårørende, de er præster for, og været med til at præcisere, hvor teologien giver mening. Psykologien som ontologi synes således ikke at være så monoteistisk, som Madsen og Brinkmann ellers hævder gælder for den senmoderne kultur (Madsen, Brinkmann, 2011: 179). Den er ikke ene om definitionsmagten. For informanterne i dette studie har den idealtypiske evangelisk-lutherske teologi afgørende betydning både for dem selv og for forståelsen af deres rolle som hospitals- og hospicepræster, og de har i modsætning til f.eks. skotske hospitalspræster ikke et ønske om at blive opfattet som professionelle på linje med andre ansatte i sundhedsvæsenet (Mowat, Swinton, 2005:58). Præsterne svømmer i den terapeutiske kulturs vand og sluger da også mundfulde af det, men de drukner ikke i det.

5.4 Den adaptive tilgangs betydning for udviklingen af teorierne om den terapeutiske kultur

Som det fremgår af afsnit 2.5. har den adaptive tilgang en intension om at sammentænke, kombinere og bygge bro mellem tidligere modsatte positioner og perspektiver som struktur og aktør, objektiv og subjektiv, rationalisme og empirisme samt induktion og deduktion. Og jeg valgte netop denne metodologi, dels fordi den umiddelbart stemte overens med mit eget lidt mudrede udgangspunkt, hvor jeg startede særdeles deduktivt ud med et ønske om at teste tesen om den terapeutiske kulturs dominans i senmoderniteten på casen hospitalspræster, men efterhånden opdagede, hvordan empirien gjorde modstand og viste, at der i forhold til mit ensidigt kritiske negative udgangspunkt var tale om meget indviklede sammenkoblinger og hybridiseringer af religiøse og terapeutiske diskurser. Dels fordi udfordringen i projektet på den ene side har været at vægte den terapeutiske kulturs betydning uden det skete på bekostning af præsternes egne forståelser og på den anden side at fokusere på præsterne og deres livsverden uden at underbelyse den

KAPITEL 5. KONKLUSION

terapeutiske kulturs indflydelse. En deduktiv tilgang alene ville nemlig let kunne komme til at overbetone denne indflydelse og måske lokalisere strukturen, hvor den ikke var, mens en induktiv grounded theory tilgang alene ville indebære en risiko for at underbetone den og ikke få øje på de materialiseringer eller spejlinger af denne kultur, der måtte være i materialet.

Man kan anvende denne tilgang rigidt, men min brug i denne afhandling kan betegnes som relativt fleksibel¹⁰³, hvor teorierne om den terapeutiske kultur har tjent inspirationens eller fokuseringens formål, og hvor det i processen har vist sig, at formålet ikke var simpel teoritestning. Fordelene ved denne tilgang har således været, at den har givet mig nogle teoretiske trædesten til at forstå en virkelighed, som er kompleks, dynamisk og multifacetteret. Den har tvunget mig til at overveje, både hvordan jeg kunne gøre den terapeutiske kultur forskbar, dvs. udsondre relativt afgrænsede orienterende begreber eller tematikker, som det var muligt at tale om (de fem grundantagelser), og hvad jeg skulle fokusere på ”fra neden” for at det kunne bidrage til at besvare projektets forskningsspørgsmål (hospitalspræstens rolle). Netop fordi ikke alene de sociologiske men også de teologiske analyser af den terapeutiske kultur har været præget af bulldozerbegreber, dvs. begreber, der har en tendens til at overse eller tromle det sociale kompleksitet og mangfoldighed, har det været af afgørende betydning med en sådan dualitetstilgang. Lige fra indsamlingen af empirien til analysen har fokus hele tiden har været at se og forstå præsternes subjektive meningstilskrivelser i forhold til den overordnede teoretiske ramme samtidig med at være åben for, at den teoretiske ramme kan påvirkes, nuanceres, korrigeres og udvikles af den subjektive forståelse. Det sidste er særligt vigtigt, fordi der kan være noget forførende over den adaptive tilgang, som iflg. Michael Hviid Jacobsen hviler på en kritisk, realistisk indstilling, der vægter strukturniveauet og systemaspekter på bekostning af aktørperspektivet og subjektivitetsaspektet (Jacobsen, 2007:280). En af ulemperne er her, at de orienterende begreber eller tematikker næsten kan antage deres eget selvstændige liv, så som man råber i skoven, får man svar. Som nævnt ovenfor prægede det især starten af forskningsprocessen. Men min brug af den adaptive tilgang adskiller sig fra Layders på netop dette punkt, og den har vist sig at skabe plads til og gøre opmærksom på nuancer, spændinger og ambivalenser, der ellers ville have haft svært ved at komme til orde. Som vi har set, bekræfter den mere empirisk styrede 2. del af analysen overordnet set den fortrinsvis teoristyrede 1. del. Aktørperspektivet uddyber og nuancerer således strukturperspektivet og omvendt, og de understøtter

¹⁰³ For en mere rigid brug af tilgangen, se f.eks. sociologen Mariann Trann Prams speciale om angstramte/angstpatienter, lokaliseret 05.02.2019 på <https://projekter.aau.dk/projekter/files/14312600/Speciale.pdf>.

KAPITEL 5. KONKLUSION

hinanden i, at tesen om, at psykologien skulle være blevet senmodernitetens monoteistiske dvs. enerådende ontologi, ikke kan bekræftes. Tværtimod ser det ud til, at præsternes psykologiske indsigter og personlige terapeutiske erfaringer både er med til at skærpe teologiske pointer, gøre deres *learned theology* til *lived* eller *owned theology*, afgrænse de områder, hvor teologiske forståelser og tydinger er meningsfulde og tegne en tydelig og skarp profil af deres rolle og funktion på hospitalet/hospicet. I modsætning til de mere traditionelle analyser af den terapeutiske kultur underbygger tilgangen således overordnet, at psykologiens indflydelse tilsyneladende ikke betyder, at troen på Gud erstattes med troen på selvet og dets muligheder eller eliminerer det sprog, hvor man kan tale om synd og nåde, dom og tilgivelse, død og opstandelse, men både er produktiv og hjælpsom i forhold til såvel præsternes måde at være præster på som deres teologi. I den forbindelse kan man selvfølgelig overveje om informanternes massivt udarbejdede teologiske svar skyldes, at de er dygtige præster, og/eller at de kender mig og mit projekt og i den anledning strammer op. Men her er den adaptive tilgang med kombinationen af en fortrinsvis deduktiv og mere induktiv tilgang netop med til at sikre materialets validitet, idet de langt hen ad vejen bekræfter og uddyber hinanden.

Med henblik på at undersøge, hvordan den norske kirke håndterer "the triumph of the therapeutic" har Ole Jacob Madsen studeret den liturgiske reform af den norske højmesse (Madsen, 2012a). Han anvender netop her en udpræget deduktiv tilgang og ser på, hvordan udsagn i kirkens egne officielle dokumenter og norske præster og teologers udtalelser i dagspressen, artikler, bøger og forskning stemmer overens med/er i modsætning til den terapeutiske etos. Madsen konkluderer, at for at overleve må Gud acceptere en mere underordnet rolle som et middel til well-being, og at præsten og psykologen er kommet til at ligne hinanden. Men han ville måske være kommet til et andet og mere nuanceret resultat, hvis han f.eks. i en række interviews konkret i forhold til emnet også havde undersøgt præsternes egne forståelser og meningstilskrivelser, altså havde brugt en mere adaptivt præget tilgang. En ting er nemlig overfladiske ligheder med den terapeutiske etos' grundantagelser, noget helt andet er, som vi nu har set, at der for præsterne selv kan være vigtige teologiske grunde til at gøre, som man gør. At det handler om positioner, som er teologisk begrundede og reflekterede. Men det får man ikke fat i, hvis man nøjes med en fortrinsvis deduktiv tilgang, og man kommer let til at placere strukturen, hvor den ikke nødvendigvis er. Den adaptive tilgang har således været med til at formindske det, jeg har kaldt, forskningsfeltets teologiske deficit.

Om danske hospitals- og hospicepræster er helt unikke grundet deres langvarige teologiske og jobmæssige socialisering, eller de er illustrative

KAPITEL 5. KONKLUSION

eksempler på, at den terapeutiske kultur er mindre invasiv, end teorien udsiger, og at psykologien netop er produktiv og hjælpsom sådan som Rose og Giddens har understreget, må andre undersøgelser bekræfte/afkræfte. Et skridt i den retning kunne være at undersøge, om patienternes og de pårørendes forståelse af samtalen med præsten svarer til den måde, hun selv konstruerer den, eller at de måske netop har svært ved kende forskel på den sjælesørgeriske og den terapeutiske samtale.

Afslutningsvis kan man overveje, hvad denne afhandling bidrager med i forhold til en forståelse af, hvad praktisk teologi handler om¹⁰⁴. Man kan se praktisk teologi som et studie af kirkens praksisformer, der forstås som teologiske udtryk. Havde jeg valgt en sådan tilgang, havde det naturligvis krævet et decideret feltarbejde på de hospitaler og hospicer, mine informanter var ansat på. Men min tilgang har i dette studie haft et mere kognitivistisk diskursivt tilsnit. Det er med Giddens udtryk præsternes ”refleksive bevidsthed” (Giddens, 1996), jeg har haft hovedfokus på, altså hvilke dogmatisk-teologiske overvejelser og refleksioner, der ligger bag deres praksis og forståelsen af deres rolle. I den optik er praksis ikke kun det, vi gør. Det er også det, vi reflekterer over, kan elaborere på og udvikle os igennem. Iflg. Giddens er det netop den refleksive bevidsthed, der giver aktørerne evne og mulighed for at ændre rutinerede og automatiserede handlingsmønstre og dermed manøvrere i f.eks. den terapeutiske kultur, sådan som dette studie, der netop befinder sig i skæringsfeltet mellem praktisk teologi og sociologi, har villet undersøge. På denne måde kan afhandlingen også ses som et bidrag til den praktiske teologi.

¹⁰⁴ I studieordningen for praktisk teologi på Københavns Universitet kan man læse, at ”Den praktiske teologi udforsker kristendommens praksis- og kommunikationsformer historisk og aktuelt, især gudstjeneste, forkyndelse, kirkelige handlinger, undervisning, sjælesorg og menighedsliv, herunder diakoni og mission”. Lokaliseret 07.02.2019 på https://teol.ku.dk/studinfo/studieordninger/TEO_BA-studieordning_-_godkendt_af_dekanen_06.04.2018.pdf

Litteraturliste

- Abbott, A. 1988, *The system of professions: An essay on the division of expert labor*, University of Chicago Press.
- Andersen, P.B. & Lüchau, P. 2011, "Individualisering og aftraditionisering af danskernes religiøse værdier" in *Små og store forandringer – Danskernes værdier siden 1981*, ed. P. Gundelach, Hans Reitzels Forlag, København, pp. 76-96.
- Ariès, P. 1981, *The hour of our death*, Allen Lane, London.
- Astley, J. 2002, *Ordinary theology: looking, listening and learning in theology*. Ashgate.
- Aupers, S. & Houtman, D. 2010, "Relocating the Sacred to the Self and the Digital " in *Religions of modernity : relocating the sacred to the self and the digital* , eds. S. Aupers & D. Houtmann, Brill., Leiden; Boston, pp. 1-30.
- Ausker, N. 2014, "Den øjeblikkelige religiøsitet", *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, vol. 11, no. 20.
- Ausker, N.H. 2008, "Danske patienter intensiverer eksistentielle tanker og religiøst liv", *Ugeskrift for læger*, vol. 170, no. 21, pp. 1828-1833.
- Bach, M. 2016, , *Om sjælesorgsbevægelsen og udviklingen indenfor vejledning*. Available: <http://supervisorer.dk/om-sjaelesorgbevaegelsen-og-udviklingen-inden-for-vejledning/> [2015, september, 16.].
- Balboni, T., Balboni, M., Paulk, M.E., Phelps, A., Wright, A., Petect, J., Block, S., Lathan, C., VanderWeele, T. & Prigerson, H. 2011, "Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life", *Cancer*, vol. 117, no. 23, pp. 5383-5391.
- Barbour, R.S. 1998, "Mixing qualitative methods: quality assurance or qualitative quagmire?", *Qualitative health research*, vol. 8, no. 3, pp. 352-361.
- Barnett, D. 2013, "What do chaplains do?", *Health and Social Care Chaplaincy*, , pp. 36-40.

LITTERATURLISTE

- Bastian, P. 2017, *Altid allerede elsket : En musiker finder fred i eget hus*, Gyldendal, København.
- Bauman, Z. 1998, "Postmodern religion?" in *Religion, modernity and postmodernity*, ed. P. Heelas, Wiley-Blackwell, , pp. 55 - 78.
- Bauman, Z. 1992, "Survival as a social construct", *Theory, Culture & Society*, vol. 9, no. 1, pp. 1-36.
- Bauman, Z. 2000, *Liquid modernity*, Polity Press, Cambridge.
- Beardsley, C. 2009, "'In need of further tuning': using a US patient satisfaction with chaplaincy instrument in a UK multi-faith setting, including the bereaved", *Clinical medicine (London, England)*, vol. 9, no. 1, pp. 53-58.
- Beck, U. 1997, *Risikosamfundet : på vej mod en ny modernitet*, Hans Reitzel, Kbh.
- Beck-Gernsheim, E. & Beck, U. 2002, *Individualization : institutionalized individualism and its social and political consequences*, SAGE, London.
- Berger, P.L. 1965, "Towards a sociological understanding of psychoanalysis", *Social research*, , pp. 26-41.
- Berger, P.L. 1967, *The sacred canopy : elements of a sociological theory of religion*, Doubleday, New York.
- Bilde, P. 2003, *En religion bliver til : en undersøgelse af kristendommens forudsætninger og tilblivelse indtil år 110*, 2nd edn, Anis, København.
- Biller, P. & Ziegler, J. 2001, *Religion and medicine in the Middle Ages*, Boydell & Brewer.
- Bispekollegiet 1992, *Ritualbog : Gudstjenesteordning for Den Danske Folkekirke*, Det Kongelige Vajsenhus' forlag, København.
- Boelsbjerg, H.B. 2013, "Det hellige rum: Sjælesorgssamtaler på hospitaler", *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, vol. 10, no. 18.
- Boman, B.S. 2013, "Kopperbryllup", *Omsorg, Nordisk tidsskrift for palliativ medicin*, vol. 4, pp. 57-60.

LITTERATURLISTE

- Borup, J. 2010, "Hvad snakker vi om?" in *Religion 2.0?: tendenser og trends i det nye årtusind*, ed. R.D. Pedersen, Det Teologiske Fakultet, Aarhus Universitet, Aarhus, pp. 6.
- Botvar, P.K. & Schmidt, U. 2010, *Religion i dagens Norge : mellom sekularisering og sakralisering*, Universitetsforlaget, Oslo.
- Brinkmann, S. 2013, "The Pathologization of Morality" in *The social pathologies of contemporary civilization*, eds. K. Keohane & A. Petersen, Ashgate, Farnham, pp. 103 -118.
- Brinkmann, S. 2012, "Truslen fra fortiden: Om psykologiens nye kritiske historiografi", *Tidsskrift for norsk psykologiforening*, vol. 49, pp. 753 -758.
- Brinkmann, S. 2010a, *Psychology as a moral science: Perspectives on normativity*, Springer Science & Business Media.
- Brinkmann, S. 2008a, *Identitet - Udfordringer i forbrugersamfundet*, Klim.
- Brinkmann, S. 2008b, "Identity as self-interpretation", *Theory & Psychology*, vol. 18, no. 3, pp. 404-422.
- Brinkmann, S. 2018, *Det sørgende dyr : om sorgen, selvet og samfundet*, Klim, Aarhus.
- Brinkmann, S. 2017, *Gå glip : om begrænsningens kunst i en grænseløs tid*, Gyldendal Business, Kbh.
- Brinkmann, S. 2016, *Ståsteder: 10 gamle ideer til en ny verden*, Gyldendal Business, Kbh.
- Brinkmann, S. 2010b, *Det diagnosticerede liv : sygdom uden grænser*, Klim, Århus.
- Brinkmann, S. & Eriksen, C. 2013, *Selvrealisering : kritiske diskussioner af en grænseløs udviklingskultur*, Nota, Kbh.
- Buber, M. 1997, *Jeg og du*, 3rd edn, Hans Reitzel, Kbh.
- Buber, M. 1994, *Ich und Du*, 12. Aufl. edn, Lambert Schneider, Gerlingen.
- Bundgaard, H. 2010, "Lærlingen. Den formative erfaring" in *Ind i verden : en grundbog i antropologisk metode*, ed. K. Hastrup, 2nd edn, Hans Reitzel, Kbh., pp. 430 sider, illustreret-51-69.

LITTERATURLISTE

- Busch, C.J. 2011, "Sjælesorg for det døende menneske" in *Humanistisk palliation : teori, metode, etik og praksis*, eds. K.M. Dalgaard & M. Hviid Jacobsen, Hans Reitzel, Kbh., pp. 179-197.
- Busch, C.J. 2008, "'Liv og død, den store gaade" - teologiske betragtninger over gamle og moderne myter" in *Memento mori: døden i Danmark i tværfagligt lys*, eds. M.H. Jacobsen & M. Haakonsen, Syddansk Universitetsforlag, , pp. 190 - 207.
- Cadge, W. 2012, *Paging God: Religion in the halls of medicine*, University of Chicago Press.
- Campbell, A.V. 1986, *Rediscovering pastoral care*, Darton Longman & Todd.
- Carbine, M.E. 1980, "Religion, Psychology, and Mental Health: The Problems of Partnership", *Journal of Religion and Health*, vol. 19, no. 1, pp. 40.
- Carr, W. 1997, *Handbook of pastoral studies: learning and practising Christian ministry*, SPCK.
- Casanova, J. 1994, *Public religions in the modern world*, University of Chicago Press, Chicago, Ill.
- Cederström, C. & Spicer, A. 2015, *Wellness syndromet*, Art People.
- Chemnitz, B. 1998, *Det sker kun for naboen : sjælesorg for syge, døende og pårørende*, Aschehoug, Kbh.
- Chemnitz, B. 1997, *Er det min skyld, eller hvad er meningen? : om sygdom og tro*, Aschehoug, Kbh.
- Clifford, G. 1973, "The interpretation of cultures", *New York: Basic*, , pp. 412-453.
- Cohen, S.R., Mount, B.M., Tomas, J.J. & Mount, L.F. 1996, "Existential well-being is an important determinant of quality of life: Evidence from the McGill quality of life questionnaire", *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, vol. 77, no. 3, pp. 576-586.
- Conrad, P. 2005, "The shifting engines of medicalization", *Journal of health and social behavior*, vol. 46, no. 1, pp. 3-14.
- Cooper, T.D. 2003, *Sin, pride & self-acceptance: The problem of identity in theology & psychology*, InterVarsity Press.

LITTERATURLISTE

- Cotton, S.P., Levine, E.G., Fitzpatrick, C.M., Dold, K.H. & Targ, E. 1999, "Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer", *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, vol. 8, no. 5, pp. 429-438.
- Cullberg, J. 1999, *Dynamisk psykiatri i teori og praksis*, 5. reviderede udgave edn, Hans Reitzel, Kbh.
- Cushman, P. 1990, "Why the self is empty: Toward a historically situated psychology.", *American psychologist*, vol. 45, no. 5, pp. 599.
- Dahlager, L. & Fredslund, F. 2011, "Hermetisk analyse - og forståelse og for-
forståelse" in *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*, eds. S. Vallgård
& L. Koch, 4th edn, Munksgaard Danmark, Kbh.
- Dalgaard, K.M. 2007a, "*Hospiceideen rummer alternativer til det bestående
sundhedsvæsen*"
Hospiceforum Danmarks årsmøde, 12.05.2007, Dalum Lundbrugsskole,
[http://www.hospiceforum.dk/media/Hospiceideen_rummer_alternativer_til_de
t_beste.pdf](http://www.hospiceforum.dk/media/Hospiceideen_rummer_alternativer_til_de_t_beste.pdf) edn.
- Dalgaard, K.M. 2001, *En ide rejser ind i en dansk kontekst om hospice - en ide, - et
program, - en institution, - en bevægelse.*, Aalborg Universitet, Institut for
Sociale Forhold og Organisation. Intern publicering., Aalborg.
- Dalgaard, K.M. 2007b, *At leve med uhelbredelig sygdom : at begrænse dødens
invasion og fremme livsudfoldelsen i tid og rum : ph.d.-afhandling*, 1st edn,
Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg.
- Danziger, K. 1997, *Naming the mind: How psychology found its language*, Sage.
- Danziger, K. 1990, "Constructing the subject: Historical origins of psychological
research.", .
- Davidsen-Nielsen, M. & Leick, N. 1993 (1987), *Den nødvendige smerte : om sorg,
sorgterapi og kriseintervention*, Munksgaard, Kbh.
- Davies, W. 2015, *Happiness industry : how the government and big business sold us
well-being*, Verso, London.
- De Vos, J. 2012, *Psychologisation in times of globalisation*, Routledge.

LITTERATURLISTE

- De Vries, R., Berlinger, N. & Cadge, W. 2008, "Lost in Translation? Sociological Observations and Reflections on the Practice of Hospital Chaplaincy", .
- Det etiske råd 2016, *Diagnosen som begreb og praksis*, Det etiske råd.
- Dewey, J. 2008, *Erfaring og opdragelse*, 2. udgave (Fotografisk optryk) edn, Hans Reitzel, Kbh.
- Diderichsen, F., Andersen, I. & Manuel, C. 2015, *Ulighed i sundhed : årsager og indsatser*, Sundhedsstyrelsen; Københavns Universitet;, Kbh.
- Dineen, T. 1998, *Manufacturing victims*, Robert Davies Multimedia Publishing (US).
- Downie, R.S. & Randall, F. 2006, *The philosophy of palliative care : critique and reconstruction*, Oxford University Press, Oxford.
- Dreier, O. 1996, "Ændring af professionel praksis på sundhedsområdet gennem praksisforskning" in *Forskelle og forandring. Bidrag til humanistisk sundhedsforskning*, eds. U.J. Jensen, J. Qvesel & P.F. Andersen, Philosophia, Aarhus, pp. 113-140.
- du Plessis, E.M. 2013, "Det utilstrækkelige subjekt-En foucauldiansk analyse af selvhjælps-litterær selvstyring", *Dansk sociologi*, vol. 24, no. 2, pp. 11.
- Dykstra, R.C. 1990, "Intimate strangers: The role of the hospital chaplain in situations of sudden traumatic loss", *Journal of pastoral care*, vol. 44, no. 2, pp. 139-152.
- Ehrenberg, A. & Honneth, A. 2010, *Det udmattede selv: depression og samfund*, Informations forlag.
- Ekeland, T. 2012, "Sjelens ingeniørkunst. Om psykologien og psykologernes selvforståelse", *Tidsskrift for norsk psykologiforening*, vol. 49, pp. 776 - 752.
- Ekeland, T. 2007, "Psykoterapi - ein kulturkritikk.", *Matrix: Nordisk Tidsskrift for Psykoterapi*, .
- Eklöf, J. 2012, "Mindfulness i selvhjælpskulturen—en sværtolkad motsägelse", *Kulturella perspektiv-Svensk etnologisk tidskrift*, , no. 2, pp. 2-10.
- Ellor, J.W. 2009, "Listening as a symbol of religion: A Chaplain's response", *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, vol. 21, no. 4, pp. 310-315.

LITTERATURLISTE

- Engelhardt, H.T. 2003, "The dechristianization of Christian hospital chaplaincy: Some bioethics reflections on professionalization, ecumenization, and secularization", *Christian bioethics*, vol. 9, no. 1, pp. 139-160.
- Engelsted, N. 1989, *Personlighedens almene grundlag : en teoretisk ekskursion i psykologiens historie. Bd. 1 : Genstandsproblemet. - ix, 196 s.* 2nd edn, Aarhus Universitetsforlag, Århus.
- Eriksen, T.R. 1996, *Livet med kræft - i et støtte- og omsorgsperspektiv* 61.606 Munksgaard.
- Falk, B. 1996, "At være—der hvor du er", *Om samtale med kriseramte*. København: Nyt Nordisk Forlag, .
- Falk, B. 2006, *I virkeligheden : supervision i gestalt-terapeutisk sjælesorg*, Anis, Frederiksberg.
- Falk, B. 1998, *Kærlighedens pris*, Anis, Frederiksberg.
- Falk, B. 1995, "Teologi og psykologi : i hvilket land går grænsen mellem himmel og jord?", *Kritisk forum for praktisk teologi*, , pp. 67-80.
- Fauske, H. 1998, "Modernitet og selv-identitet
" in *Modernitet—refleksjoner og idebrytninger: en antologi*, eds. E. Fürst & Ø Nilsen, Cappelen, .
- Felter, K.D. 2016, *Hvad vil det sige at være præst? En kvalitativ undersøgelse af danske folkekirkepræsters syn på embede og arbejde*, Folkekirkens Uddannelses- og Videnscenter, København.
- Flannelly, K.J., Galek, K., Tannenbaum, H.P. & Handzo, G.F. 2007, "A preliminary proposal for a scale to measure the effectiveness of pastoral care with family members of hospitalized patients", *The journal of pastoral care & counseling : JPCC*, vol. 61, no. 1-2, pp. 19-29.
- Føllesdal, D. 1981, "Sartre on freedom", *The Philosophy of Jean-Paul Sartre*, , pp. 392-407.
- Foskett, J. & Lyall, D. 1988, *Helping the helpers: supervision and pastoral care*, SPCK.
- Foucault, M. 2000, *Klinikkens fødsel*, Hans Reitzel, Kbh.

LITTERATURLISTE

- Frederiksen, S. & Fugelli, P. 2006, "Myk ondskap" in *Skam i det medisinske rom*, eds. P. Gulbrandsen, P. Fugelli & G.H. Stang, Gyldendal akademisk, Oslo, pp. 198-214.
- Fredslund, H. & Dahlager, L. 2011, "Kvalitative metoder" in *Klinisk forskningsmetode: en grundbog*, eds. T. Jørgensen, E. Christensen & J.P. Kampmann, Munksgaard Danmark, , pp. 67-88.
- Freud, S. 1917, "Mourning and melancholia", *Standard edition*, vol. 14, no. 239, pp. 1957-1961.
- Freud, S. 1916, "Introductory lectures on psychoanalysis. Standard edition (Vol. 16)", .
- Frich, J.C. & Fugelli, P. 2001, "Forestillinger om sykdom - forventninger til helse", *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, vol. 1, pp. 45-48.
- Frølich, A., Olesen, F. & Kristensen, I. (eds) 2017, *Hvidbog om Multisygdom Dokumentation af multisygdom i det danske samfund - fra silotænkning til sammenhæng*, Fjerritslev.
- Fugelli, P. 1997, "Kunnskapsillusjonen", *Nordisk Medicin*, vol. 2, pp. 52.
- Furedi, F., 1947- 2004, *Therapy culture : cultivating vulnerability in an uncertain age*, Repr. edn, Routledge, London; New York.
- Gade, T. 2014, "Betyder ens teologi noget for den trøst, man kan give?", *Præsteforeningens Blad*, , pp. 585,-606.
- Geels, A. & Wikström, O. 2001, *Introduktion til religionspsykologi : det religiøse menneske*, Gad, Kbh.
- Geertz, C. 2000 (1973), *The interpretation of cultures: Selected essays*, New York, Basic books.
- Gergen, K.J. 1994, *Realities and relationships: Soundings in social construction*, Harvard University Press.
- Gerkin, C.V. 1984, *The living human document: Re-visioning pastoral counseling in a hermeneutical mode*, Abingdon Pr.
- Giddens, A. 1991, "Modernity and self-identity: self and society in the late Modern Age", *Polity, Cambridge*, .

LITTERATURLISTE

- Giddens, A. 1996, *Modernitet og selvidentitet : selvet og samfundet under senmoderniteten*, Hans Reitzel, Kbh.
- Giddens, A. 1993, *New rules of sociological method : a positive critique of interpretative sociologies*, 2. rev. ed. edn, Polity Press, Cambridge.
- Goffman, E. 2004, *Social samhandling og mikrosociologi : en tekstsamling*, Hans Reitzel, Kbh.
- Goffman, E. 1974, *Frame analysis : an essay on the organization of experience*, Harvard University Press, Cambridge.
- Goffman, E. 1959, *Presentation of self in everyday life*, Peter Smith Pub , Inc, S.I.
- Goodliff, P. 1998, *Care in a confused climate: Pastoral care and postmodern culture*, Darton, Longman and Todd.
- Gordon, D.J. 2009, "A Critical History of Mindfulness-Based Psychology", *Honors Theses*, , pp. 246.
- Grassman, E.J. & Whitaker, A. 2006, "With or without faith. Spiritual care in the church of Sweden at a time of transition", *OMEGA--Journal of Death and Dying*, vol. 53, no. 1, pp. 153-172.
- Graven, V.P. 2016, "Eksistentiel/åndelige omsorg i et samtidsanalytisk perspektiv", *Omsorg, Nordisk Tidsskrift for Palliativ Medisin*, vol. 1, pp. 32.
- Graven, V.P. 2015, *Hospicefilosofi i Praksis. Eksistentiel/åndelig omsorg for døende på hospice*, Aalborg Universitet, Aalborg.
- Gregersen, N.H. 2017, "Ånd (Treenigheden)", *Præsteforeningens Blad*, vol. 45, pp. 1150-1152.
- Gregersen, N.H. 2015, "Theology and Disaster Studies: From Acts of God to Divine Presence" in *Disaster Research: Multidisciplinary and International Perspectives*, eds. R. Dalberg, M.T. M. T. Vendelø & O. O. Rubin, Routledge, , pp. 34-48.
- Gregersen, N.H. 1992, "Skabelse og forsyn" in *Fragmenter af et spejl : bidrag til dogmatikken*, ed. N.H. Gregersen, 1. oplag 1992 edn, Anis, Frederiksberg, pp. 334 sider-59-130.

LITTERATURLISTE

- Grevbo, T.J.S. 2006, *Sjelesorgens vei: en veiviser i det sjelesørgeriske landskap-historisk og aktuelt*, Luther Forlag.
- Grevbo, T.J.S. 2018, *Sjelesorg i teori og praksis : en lærebok og håndbok med mange perspektiver*, Luther, Oslo.
- Grønkjær, N. 2010, "Den nye Gud efter fundamentalisme og ateisme", .
- Grønvold, M., Pedersen, C., Jensen, C.R. & Johnsen, A.T. 2006, *Kræftpatientens verden, Kræftens Bekæmpelse*, København.
- Groothuis, D.R. 1988, *New Age : det falske paradys*, Credo, Kbh.
- Gross, M.L. 1978, *The psychological society: A critical analysis of psychiatry, psychotherapy, psychoanalysis and the psychological revolution*, Random House New York.
- Guldin, M. 2014a, "Diagnose?", *Psykolog Nyt*, vol. 4, pp. 4-7.
- Guldin, M. 2010, "De store teoriers fald-Træk af sorgteori gennem tiden", *Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund*, vol. 7, no. 12.
- Guldin, M. & Jensen, A.B. 2015, "Psykiske reaktioner ved alvorlig sygdom" in *Palliativ medicin : en lærebog*, eds. M.A. Neergaard & H. Larsen, Munksgaard, Kbh., pp. 113.
- Guldin, M. 2014b, *Tab og sorg : en grundbog for professionelle*, Hans Reitzel, Kbh.
- Habermas, J. 2006, "Religion in the public sphere", *European journal of philosophy*, vol. 14, no. 1, pp. 1-25.
- Hacking, I. 1999, "Making up people", *The science studies reader*, vol. 18, pp. 590.
- Hacking, I. 1995, "The looping effects of human kinds", *Causal cognition: A multidisciplinary debate*, , pp. 351-394.
- Hald, M. 1993, *Døende kræftpatienter og hospitalet: kultur, ritualer og nye muligheder*, Kræftens Bekæmpelse, København.
- Halkier, B. 2010, "Fokusgrupper" in *Kvalitative metoder og tilgange: en grundbog*, eds. S. Brinkmann & L. Tanggaard, Hans Reitzels Forlag, , pp. 121-135.
- Halkier, B. 2008, *Fokusgrupper*, 2nd edn, Samfundslitteratur, Frederiksberg.

LITTERATURLISTE

- Hall, D.E., Koenig, H.G. & Meador, K.G. 2004, "Conceptualizing" religion": How language shapes and constrains knowledge in the study of religion and health", *Perspectives in biology and medicine*, vol. 47, no. 3, pp. 386-401.
- Halman, L. & Pettersson, T. 2006, "A decline of religious values?", .
- Halman, L. & Riis, O. 2003, *Religion in a Secularizing Society: the Europeans' Religion at the End of the 20th Century*, Brill.
- Hammer, O. 1997, *På jagt efter helheden : New Age - en ny folketro?* Fremad, Kbh.
- Hancocks, G., Sherbourne, J. & Swift, C. 2008, ""Are They Refugees?" Why Church of England Male Clergy Enter Healthcare Chaplaincy", *Practical Theology*, vol. 1, no. 2, pp. 163-179.
- Hansen, S.R. 2003a, *Hospitalsindlagte patienters oplevede lidelse i livet med uhelbredelig kræft: ph. d.-afhandling*, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet, Institut for Sygeplejevidenskab, Aarhus.
- Hansen, S.R. 2000, *Retten til at være patient*.
- Hansen, E.J. & Hjorth Andersen, B. 2009, *Et sociologisk værktøj : introduktion til den kvantitative metode*, 2nd edn, Hans Reitzel, Kbh.
- Hansen, M. 2003b, *Intelligens og tænkning : en bog om kognitiv psykologi*, 2nd edn, Åløkke, Horsens.
- Hart, B., Sainsbury, P. & Short, S. 1998, "Whose dying? A sociological critique of the 'good death'", *Mortality*, vol. 3, no. 1, pp. 65-77.
- Hastrup, K. 1992, *Det antropologiske projekt : om forbløffelse*, Gyldendal, Kbh.
- Hauge, H. 1990, "Før, under og efter subjektet" in *Subjektets status: om subjektfilosofi, metafysik og modernitet* Aarhus universitetsforlag, .
- Havemann, E. 1957, *The age of psychology*, Simon and Schuster.
- Hay, L.L. 1988, *You can heal your life*, Eden Grove, London.
- Hedtke, L. 2012, *Bereavement Support Groups: Breathing Life Into Stories of the Dead*, Taos Institute Pub.

LITTERATURLISTE

- Hedtke, L. & Winslade, J. 2004, *Re-membering lives: Conversations with the dying and the bereaved*, Baywood New York.
- Heelas, P. 1993, "The new age in cultural context: the premodern, the modern and the postmodern", *Religion*, vol. 23, no. 2, pp. 103-116.
- Heelas, P. 1991, "Reforming the self: Enterprise and the characters of Thatcherism", *Enterprise culture*, , pp. 72-90.
- Heelas, P., Woodhead, L., Seel, B., Tusting, K. & Szerszynski, B. 2005, *The Spiritual Revolution: Why Religion is Giving Way to Spirituality*. Blackwell.
- Heelas, P. 1996, *The New Age Movement : the celebration of the self and the sacralization of modernity*, Blackwell, Oxford.
- Held, B.S. 2002, "The tyranny of the positive attitude in America: Observation and speculation", *Journal of clinical psychology*, vol. 58, no. 9, pp. 965-991.
- Hem, E. 2003, "Tilbake til Hippokrates", *Tidsskriftet. Den Norske Lægeforening*, vol. 24, no. 123, pp. 3577-78.
- Henriksen, B.L. 2005, "Tekstvejledning 11. søndag efter Trinitatis", *Præsteforeningens Blad*, vol. 28-29, pp. 548.
- Henriksen, J. 2017, "Å be om heling - eller ikke?", *Tidsskrift for Sjelesorg*, vol. 2, pp. 98.
- Highfield, M. 1989, "Spiritual health of oncology patients: a comparison of nurse and patient perceptions [Dissertation]", *Denton, Texas: Texas Woman's University*, .
- Hillestad, T.M. 2009, "Forfeilet psykologikritik", *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, vol. 46 (5), pp. 494-495.
- Hjorth, B.G. 2005, "Når livet bliver én lang eksamen : kritiske bemærkninger om selvrealisering." in *Selvrealisering : kritiske diskussioner af en grænseløs udviklingskultur*, eds. S. Brinkmann & C. Eriksen, Klim, Århus.
- Hoffmann, M. 2014, , *Unge i varetægtsurrogat: perspektiver på daglig livsførelse, selvforståelse og fremtidsorienteringer når unge anbringes bag tremmer*. Available:
https://www.ucviden.dk/portal/files/31988999/Essay_etik_og_videnskabsteori.pdf [2017, april, 2.].

LITTERATURLISTE

- Høirup, H. 1983, *Fra døden til livet : Grundtvigs tanker om liv og død*, 1st edn, Gad, Kbh.
- Holmgren, A. 2008, "Den fraværende, men implicite", *Psykolog Nyt*, vol. 9, pp. 16-21.
- Hougaard, E. 2008, "EVIDENSKRAVET I PSYKOTERAPI: Kan der tilvejebringes metodologisk stringent evidens for psykoterapiens virkning?", *Psyke & Logos*, vol. 29, no. 1, pp. 26.
- Iler, W.L., Obenshain, D. & Camac, M. 2001, "The impact of daily visits from chaplains on patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): A pilot study", *Chaplaincy Today*, vol. 17, no. 1, pp. 5-11.
- Illouz, E. 2008, *Saving the modern soul: Therapy, emotions, and the culture of self-help*, Univ of California Press.
- Illouz, E. 2007, *Cold intimacies: The making of emotional capitalism*, Polity Press, Cambridge, UK.
- Imber, J.B. 2004, *Therapeutic culture: triumph and defeat*, Transaction Publishers.
- Iversen, H.R. 2019, under udgivelse, *Præstens ståsteder - mellem liturgi, forkyndelse og personlig performance*.
- Iversen, H.R. 2005, "Gudstro i den danske religionspark" in *Gudstro i Danmark*, eds. M.T. Højsgaard & H.R. Iversen, Anis Frederiksberg, , pp. 103.
- Iversen, H.R. 2018, *Ny praktisk teologi : kristendommen, den enkelte og kirken*, Eksistensen, Frederiksberg.
- Jacobsen, J.S. 1996, "Det kristne menneskesynet" in *Hva er et menneske? : en artikkelsamling om menneskesynsspørgsmål*, eds. J. Sæther & et al., NLA-forlaget, Bergen.
- Jacobsen, M.H. 2017, "Sorg som relation og emotion - konturerne af en kritik af den tiltagende patologisering af sorgen", *Omsorg, Nordisk Tidsskrift for Palliativ Medisin*, vol. 1, pp. 11-17.
- Jacobsen, M.H. 2007, "Adaptiv teori - den tredje vej til viden" in *Håndværk og horisonter: tradition og nytænkning i kvalitativ metode*, eds. M.H. Jacobsen, A. Jørgensen, S. Kristiansen & R. Antoft, Syddansk universitetsforlag, , pp. 249-249-291.

LITTERATURLISTE

- Jacobsen, M.H. & Kofoed, E.H. 2015, "Sorg - en fraværsmølelse under forandring" in *Hverdagslivets følelser : tilstande, relationer, kulturer*, eds. I.G. Bo & M. Hviid Jacobsen, Hans Reitzel, Kbh., pp. 71-92.
- Jacobsen, M.H. & Kristiansen, S. 2001, *Farligt feltarbejde : etik og etnografi i sociologien*, Aalborg Universitetsforlag, Aalborg.
- Jansz, J. & Van Drunen, P. 2004, *A social history of psychology*, Blackwell.
- Jensen, A.F. 2016, , *Nietzsche*. Available: http://filosoffen.dk/filosoffen_skriver/artikler-og-essays/nietzsche/ [2016, december, 9.].
- Jensen, J. 2004, "Jeg-automaten", *Frederiksberg: Aros*, .
- Jensen, H. 2007, *Ofrets århundrede*, 3rd edn, People's Press, Kbh.
- Jensen, H. 2006, *Det faderløse samfund*, People's Press, Kbh.
- Jensen, O. 1983, *Dansk kristendom : en folkebog om kirken*, Aros; eksp. DBK, Århus.
- Johannessen, S. 1995, *New Age - kulturstrømning eller paradigmeskift?* Munksgaard, København.
- Johannessen-Henry, C.T. 2013, *Hverdagskristendommens polydoksi : en empirisk-teologisk undersøgelse af tro i cancerrejsens kontekst : Ph.d.-afhandling*, Afdeling for Systematisk Teologi, Københavns Universitet, Kbh.
- Johansen, K.H. 2010, "Det hellige, almindelige præsteembede", *Kritisk Forum for Praktisk Teologi*, pp. 61.
- Jørgensen, C.R. 2002a, "Find dig selv. Realiser dig selv. Konstruer dig selv", *Psyke & Logos*, vol. 23, pp. 106-143.
- Jørgensen, M.M. & Pedersen, A.F. 2004, ""Den bio-psyko-sociale sygdomsmodel"" in *Klinisk sundhedspsykologi*, eds. Hasché, Elsass & Nielsen, Munksgaard, Kbh., pp. 27-32.
- Jørgensen, C.R. 2002b, *Psykologien i senmoderniteten*, Hans Reitzel, Kbh.
- Jørgensen, P., Nordentoft, M. & Videbech, P. 2010, *Forebyggelse af psykiske sygdomme*, Munksgaard Danmark, Kbh.

LITTERATURLISTE

- Josuttis, M. 1991, *Der Pfarrer ist anders: Aspekte einer zeitgenössischen Pastoraltheologie*, Kaiser.
- Kabat-Zinn, J. 2005, *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness*, Hachette UK.
- Kabat-Zinn, J. 2012, *Mindfulness for beginners : reclaiming the present moment - and your life*, Sounds True, Boulder, Colo.
- Karlsen, M.P. 2008, *Pastoralmagt : om velfærdssamfundets kristne arv*, Anis; eksp. NBC, Frederiksberg.
- Kellehear, A. 2002, "Spiritual care in palliative care: whose job is it?", .
- Kilpatrick, W. 1999, "Faith & Therapy", *First Things*, , pp. 21-26.
- Kirkegaard, T. 2008, *Når helse bliver frelse : om religiøse aspekter ved alternativ behandling*, Dialogcentret, Århus.
- Kirkpatrick, L.A. & Shaver, P.R. 1990, "Attachment theory and religion: Childhood attachments, religious beliefs, and conversion", *Journal for the scientific study of religion*, , pp. 315-334.
- Kjær, R. 2013, *Selvhjælp på hovedet: sociale perspektiver på personlig udvikling*, Klim.
- Kjær, T.A., Martinsen, K., Samuelson, E.K., Balteskar, B., Thorsen, R., Pahuus, M., Clancy, A., Eide, P.H. & Glad, T. 2015, *Utenfor tellekantene : essays om rom og rommelighet*, Fagbokforlaget, Bergen.
- Knirkholt Jensen, K. & Genter, P. 2000, *Kognitionspsykologi og kognitiv terapi*, Gyldendal Uddannelse, Kbh.
- Knott, K. 2018, "Applying the study of religions in the security domain: knowledge, skills, and collaboration", *Journal of Religious and Political Practice*, vol. 4, no. 3, pp. 332-351.
- Koenig, H.G., McCullough, M.E. & Larson, D.B. 2001, "Handbook of religion and health.", .
- Koenig, H.G., Pargament, K.I. & Nielsen, J. 1998, "Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults", *The Journal of nervous and mental disease*, vol. 186, no. 9, pp. 513-521.

LITTERATURLISTE

- Kristensen, N.H. 2013, *Livets afvikling - dimensioner af død på hospice Kandidatspeciale. Institut for antropologi.*
- Kristiansen, S. 2002, "Det kvalitative kontinuum" in *Liv, fortælling, tekst : strejftog i kvalitativ sociologi*, eds. M. Hviid Jacobsen, S. Kristiansen & A. Prieur, Aalborg Universitetsforlag, Aalborg, pp. 356 sider, illustreret.
- Krogsdal, I. 2012, *De måske kristne*, Anis.
- Krogsdal, I. 2011, ""Spiritualitet – samlebåndsprødt eller unika?"" in *Religion 2.0*, ed. R. Pedersen, Det Teologiske Fakultet, Århus Universitet, , pp. 14 - 17.
- Krogsdal, I.E. 2009a, *Det senmoderne menneske mellem magt og afmagt: NLP og bearbejdningen af det ubevidste menneske i autenticitetens tidsalder*, Aarhus University, Institut for Kultur og Samfund.
- Krogsdal, I.E. 2009b, "NLP som religion: magt og afmagt i en terapeutiseret verden " in *Årsskrift, Det Teologiske Fakultet, Århus Universitet* Århus Universitet, , pp. 42.
- Krogsgaard-Larsen, P., Thostrup, P. & Besenbacher, F. 2011, "Editorial: Scientific Social Responsibility: A Call to Arms", *Angewandte Chemie International Edition*, vol. 50, no. 46, pp. 10738-10740.
- Kruse, T.E. 2012, "Tilbage til Paradis, Selvhjælpslitteratur og sygdomsforklaring", *Kirke og Kultur*, vol. 4, pp. 342-349.
- Kübler-Ross, E. 2006 (1973), *Døden og den døende*, 6th edn, Gyldendal, Kbh.
- Kühle, L. 2015, *Funktionspræster i Danmark : en kortlægning*, CSR, Center for Samtidsreligion; Folkekirkens Uddannelses- og Videnscenter, Aarhus; Løgumkloster.
- Kuhn, T.S. 1970, "The structure of scientific revolutions", *Chicago/London*, .
- Kvale, S. 2003, "The Church, the Factory and the Market - Scenarios for Psychology in a Postmodern Age", *Theory & Psychology*, vol. 13, no. 5, pp. 579-603.
- Kvale, S. 1997, *Interview : En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*, Hans Reitzel, København.

LITTERATURLISTE

- Kvale, S. 1996, *Interviews : an introduction to qualitative research interviewing*, Sage Publications, Thousand Oaks.
- la Cour, P. 2008, "Existential and religious issues when admitted to hospital in a secular society: Patterns of change", *Mental Health, Religion & Culture*, vol. 11, no. 8, pp. 769-782.
- La Cour, P., Avlund, K. & Schultz-Larsen, K. 2006, "Religion and survival in a secular region. A twenty year follow-up of 734 Danish adults born in 1914", *Social science & medicine*, vol. 62, no. 1, pp. 157-164.
- Larsen, C. 1997, "Benner og Wrubel: Omsorg er grundlaget", *Sygeplejersken*, vol. 9, pp. 34-37.
- Lasch, C. 1991, *The culture of narcissism: American life in an age of diminishing expectations*, WW Norton & Company.
- Launsø, L. & Rieper, O. 2005, *Forskning om og med mennesker : forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning*, 5th edn, Nyt Nordisk Forlag, Kbh.
- Lausten, M.S. 2005, *Martin Luther : munk, oprører, reformator*, Alfa, Frederiksberg.
- Layder, D. 2012, *Doing excellent small-scale research*, Sage.
- Layder, D. 2005, *Understanding social theory*, Sage.
- Layder, D. 1998a, "The reality of social domains: implications for theory and method", .
- Layder, D. 1998b, *Sociological practice: Linking theory and social research*, Sage.
- Lears, T.J. 2000, "From salvation to self-realization: Advertising and the therapeutic roots of the consumer culture, 1880-1930", *Advertising & Society Review*, vol. 1, no. 1.
- Lee, H. 2007, "'Truths that Set Us Free?': The Use of Rhetoric in Mind-Body-Spirit Books", *Journal of Contemporary Religion*, vol. 22, no. 1, pp. 91-104.
- Leer-Salvesen, P. 2005, *Moderne prester*, Verbum.
- Legood, G. 1999, *Chaplaincy: The church's sector ministries*, Cassell.

LITTERATURLISTE

- Leijonhielm, M. 1996, *Håb og afmagt : spørgsmål om mening i forbindelse med børns sygdom og død*, Unitas, Valby.
- Lemetti, J. 2011, *Historical dictionary of Hobbes's philosophy*, Scarecrow Press.
- Lindhardt, M. 2002, "Glimt af Himlens historie", *Kritisk Forum for Praktisk Teologi*, vol. 88, pp. 21-33.
- Lindhardt, M. 1998, ""Om at få den døde på plads"", *Kritisk Forum For Praktisk Teologi*, vol. 72, pp. 64-72.
- Lindhardt, J. 2003, *En biperson i mit liv : erindringer i utide* Rosinate, København.
- Lindhardt, J. 1999, *Ned fra soklen: om etikkens forsvinden og mulige genkomst*, 2nd edn, Hovedland, Højbjerg.
- Lindhardt, J. 1990, *Under kærlig behandling : om kærligheden og dens vilkår i det moderne behandlingssystem*, Munksgaard, Kbh.
- Lindhart, L. 2007, *Hvor lærer en lærer at være lærer? - Læring som deltagelse i vekslende handlesammenhænge*, Books on demand.
- Løgstrup, K.E. 1978, *Skabelse og tilintetgørelse : religionsfilosofiske betragtninger*, Gyldendal, Kbh.
- Løgstrup, K.E. 1966, *Den etiske fordring*, 7.th edn, Gyldendal, København.
- Loss, C.P. 2002, *Religion and the Therapeutic Ethos in Twentieth-Century American History*, .
- Luhmann, N. 2000, *Sociale systemer : grundrids til en almen teori*, Hans Reitzel, Kbh.
- Lundin, R. 1993, *The culture of interpretation: Christian faith and the postmodern world*, Wm. B. Eerdmans Publishing.
- Lyotard, J. 1996, *Viden og det postmoderne samfund*, Slagmark.
- MacIntyre, A. 1984, *After virtue*, University of Notre Dame Press Notre Dame.

LITTERATURLISTE

- MacIntyre, A. 1985, "How psychology makes itself true-or false" in , ed. S. Koch D. E. Leary, American Psychological Association, Washington, DC, US, pp. 897-903.
- Madsen, O.J. 2013, *Den terapeutiske kultur (oplæg på SKA-kursus)*
- Oplæg på kursus for præster og psykologer i regi af SKA (Sammenslutningen af Kræftafdelinger i region hovedstaden); København den 14. januar 2013.*
- Madsen, O.J. 2012a, "The liturgical reform of the Sunday high mass: The last attempt of Christ? The therapeutic and Christian cultures revised", *Studia Theologica-Nordic Journal of Theology*, vol. 66, no. 2, pp. 166-189.
- Madsen, O.J. 2012b, "Psychology as science or psychology as religion" in *Sacred Science?* Springer, , pp. 75-86.
- Madsen, O.J. 2004, "Den terapeutiske etos-en analyse av psykologien i senmoderniteten", .
- Madsen, O.J. & Brinkmann, S. 2011, "The disappearance of psychologisation?", *Annual Review of Critical Psychology (Online)*, vol. 8, pp. 179-199.
- Madsen, O.J. & Ytre-Arne, B. 2012, "Me at My Best: Therapeutic Ideals in Norwegian Women's Magazines", *Communication, Culture & Critique*, vol. 5, no. 1, pp. 20-37.
- Madsen, O.J. 2014, *"Det er innover vi må gå" : en kulturpsykologisk studie av selvhjelp*, Universitetsforlaget, Oslo.
- Madsen, O.J. 2010, *Den terapeutiske kultur*, Universitetsforlaget, Oslo.
- Malina, B. 2010, *Christian origins and cultural anthropology: Practical models for biblical interpretation*, Wipf and Stock Publishers.
- Malterud, K. 2011, *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*, 3. utgave edn, Universitetsforlaget, Oslo.
- Manning, S. 2013, *Hvad venter du egentlig på? : sådan vender du din frygt til personlig styrke*, 3rd edn, Pretty Ink, Kbh.
- Martin, M.W., 1946- 2006, *From morality to mental health : virtue and vice in a therapeutic culture*, Oxford University, Oxford; New York.

LITTERATURLISTE

- Marx, K. 1962, *Økonomi og filosofi : ungdomsskrifter*, Gyldendal.
- McCrae, R.R. 1984, "Situational determinants of coping responses: Loss, threat, and challenge.", *Journal of personality and social psychology*, vol. 46, no. 4, pp. 919.
- McCurdy, D.B. 2002, "But what are we trying to prove?", *Journal of health care chaplaincy*, vol. 12, no. 1-2, pp. 151-163.
- McEvoy, P. 2002, "Interviewing colleagues: Addressing the issues of perspective, inquiry and representation", *Nurse Researcher*, vol. 9, no. 2, pp. 49-59.
- McGrath, P. 2005, "Developing a language for nonreligious spirituality in relation to serious illness through research: preliminary findings", *Health communication*, vol. 18, no. 3, pp. 217-235.
- McGuire, M.B. 2008, *Lived religion: Faith and practice in everyday life*, Oxford University Press.
- McLeod, J. & Wright, K. 2009, "The Talking Cure in Everyday Life: Gender, Generations and Friendship", *Sociology*, vol. 43, pp. 122-139.
- Merton, R.K., Fiske, M. & Kendall, P.L. 1990, *The focused interview*, 2nd ed edn, Free Press, New York.
- Mickley, J.R., Soeken, K. & Belcher, A. 1992, "Spiritual well-being, religiousness and hope among women with breast cancer", *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, vol. 24, no. 4, pp. 267-272.
- Milbank, J. 2008, *Theology and social theory: Beyond secular reason*, John Wiley & Sons.
- Millerson, G. 1964, "The qualifying professions", .
- Mills, C.W. 2000, *The sociological imagination*, Oxford University Press.
- Mills, C.W. 1959/2002, *Den sociologiske fantasi*, Hans Reitzel, Kbh.
- Mogensen, K. 2009, *Kærligheden er af Gud : menneskeliv og kristentro*, Knakken, Thisted.
- Møhl, B. & Kjølbye, M.(. 2013, *Psykoteraapiens ABC*, Psykiatrifonden, Kbh.

LITTERATURLISTE

- Moltmann, J. 1973, *Theologie der Hoffnung : Untersuchungen zur Begründung und zu den Konsequenzen einer christlichen Eschatologie*, 9. Aufl. edn, , München.
- Morgan, D.L. 1997, *Focus groups as qualitative research*, Sage.
- Mørk, L.B. & Normann, M.N. (eds) 2014, *Kirke på kanten : tro når eksistensen udfordres*, RPF, Frederiksberg.
- Mortensen, V., Schelde Christensen, B. & Viftrup, L.B.(.). 2007, *Karma, koran og kirke : religiøs mangfoldighed som folkekirkelig udfordring*, Univers, Højbjerg.
- Moskowitz, E. 2001, "In therapy we trust", *Americas Obsession with Self-Fulfillment, Baltimore ua: John Hopkins Univ, .*
- Mowat, H. & Swinton, J. 2005, *What Do Chaplains Do?: The Role of the Chaplain in Meeting the Spiritual Needs of Patients*, Mowat Research Limited.
- Muravchik, S. 2012, ""Be the love of God rather than talk about It": Ministers Study Psychology", *History of Psychology*, vol. 15(2), pp. 145-160.
- Muravchik, S. 2011, *American Protestantism in the age of psychology*, Cambridge University Press.
- Murray, S.A., Kendall, M., Boyd, K., Worth, A. & Benton, T.F. 2004, "Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers", *Palliative medicine*, vol. 18, no. 1, pp. 39-45.
- Myers-Shirk, S.E. 2010, *Helping the good shepherd: Pastoral counselors in a psychotherapeutic culture, 1925–1975*, JHU Press.
- Nabe-Nielsen, H. 2014, "Hvad er det, der gør det så svært at være patient?" in *Kirke på kanten : tro når eksistensen udfordres*, eds. L.B. Mørk & M. Normann Nielsen, RPF, Frederiksberg, pp. 235.
- Neergaard, H. 2001, *Udvælgelse af cases i kvalitative undersøgelser*, Samfundslitteratur.
- Nielsen, J. & Repstad, P. 2006, "Når mauren også skal være ørn: Om å analysere sin egen organisasjon" in *Tall tolkning og tvil*, eds. F. Nyeng & G. Wennes, Cappelen Akademisk Forlag, Oslo, pp. 245.

LITTERATURLISTE

- Nielsen, K.T., Hansen, H.P., Huniche, L., Swane, C.E. & Johannesen, H. 2006, "Når sundhed, sygdom og helbredelse er mere end ord", *Om brug af deltagerobservation i sundhedsvidenskabelige undersøgelser*. [When health, sickness, and being cured are more than words. About participant observation in health sciences]. *Månedsskrift for praktisk lægegerning*, vol. 84, pp. 1129-1141.
- Nielsen, R. 2012, *I dødsstyggens dal : omsorg og sjælesorg*, 2nd edn, Unitas, Frederiksberg.
- Nielsen, R. & Kaasgaard, M. 1995, *Roserne vokser i dale : temaer i sjælesorg*, Unitas; eksp. DBK, Valby.
- Nietzsche, F. 1997, *Den muntre videnskab*, Det lille Forlag.
- Nolan, J.L.j. 1998, *The therapeutic state: Justifying government at century's end*, NYU Press.
- Nørretranders, T. 2003, *At tro på at tro : menneskesyn med mere*, Anis, Frederiksberg.
- Norris, P. & Inglehart, R. 2011, *Sacred and secular: Religion and politics worldwide*, Cambridge University Press.
- Nouwen, H.J. 1993, *Gracias!: A Latin American Journal*, Orbis Books.
- Nouwen, H.J.M. 1979, *The wounded healer*, Double day, London.
- Nygaard, E.M. 2008, , *Meditation er ikke bare en teknik*. Available: <https://www.kristeligt-dagblad.dk/liv-sjæl/meditation-er-ikke-bare-en-teknik> [2017, oktober, 25].
- O'Connor, M. 2006, "Sorg som en to-sporet proces", *Omsorg*, vol. 23, no. 1, pp. 3-8.
- Oestrich, I.H. 2013, *Bedre selvværd : 10 trin til at styrke din indre GPS*, Politiken, Kbh.
- Oestrich, I.H. 2000, *Tankens kraft : kognitiv terapi i klinisk praksis*, 2nd edn, Dansk psykologisk Forlag, Kbh.
- Orchard, H.C. 2000, *Hospital Chaplains: Modern, Dependable?* Sheffield Academic Press, for the Lincoln Theological Institute.

LITTERATURLISTE

- Orton, M.J. 2008, "Transforming chaplaincy: the emergence of a healthcare pastoral care for a post-modern world", *Journal of health care chaplaincy*, vol. 15, no. 2, pp. 114-131.
- Overgaard, A.E. 2003, *Åndelig omsorg - en lærebog : Kari Martinsen, Katie Eriksson og Joyce Travelbee i nyt lys*, Nyt Nordisk Forlag, Kbh.
- Pargament, K.I. 2002, "The bitter and the sweet: An evaluation of the costs and benefits of religiousness", *Psychological inquiry*, vol. 13, no. 3, pp. 168-181.
- Pargament, K.I. 2001, *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*, Guilford Press.
- Pargament, K.I. & Raiya, H.A. 2007, "A decade of research on the psychology of religion and coping: Things we assumed and lessons we learned", *Psyke & logos*, vol. 28, no. 2, pp. 25.
- Partridge, C.H. 1999, "Truth, authority and epistemological individualism in new age thought", *Journal of Contemporary Religion*, vol. 14, no. 1, pp. 77-95.
- Pattison, S. & Woodward, J. 2000, "The Blackwell reader in pastoral and practical theology", .
- Pedersen, C. & Zachariae, B. 2005a, "Religiøse følelser og eksistentielt velvære: Betydningen for kræftpatienters livskvalitet", *Omsorg*, vol. 3, pp. 29-33.
- Pedersen, C. & Zachariae, B. 2005b, "Religiøse følelser og eksistentielt velvære: Betydningen for kræftpatienters livskvalitet", *Omsorg*, vol. 3, pp. 29-33.
- Pedersen, S. 1992, *Om at være menneske - Et nytestamentligt grundtema*, Forlaget Anis, København.
- Pedersen, O.K. 2011, *Konkurrencestaten*, Hans Reitzel, Kbh.
- Phillips, A. 2012, *Missing out : in praise of the un-lived life*, Penguin Books, London.
- Pickren, W.E. & Rutherford, A. 2010, *A history of modern psychology in context*, Wiley, Hoboken, N.J.
- Platt, J. 1981, "On interviewing one's peers", *British Journal of Sociology*, , pp. 75-91.

LITTERATURLISTE

- Polsky, A.J. 1993, *The rise of the therapeutic state*, Princeton University Press.
- Prilleltensky, I. 1989, "Psychology and the status quo.", *American Psychologist*, vol. 44, no. 5, pp. 795.
- Pring, R. 2004, "Philosophy of Educational Research", .
- Puchta, C. & Potter, J. 2004, *Focus group practice*, Sage.
- Qvortrup, L. 2009, "Religionens genkomst. Niklas Luhmanns religionsteori", *Religionsvidenskabeligt Tidsskrift*, , no. 49.
- Qvortrup, L. 2011, *Paradokshåndtering og ritualproduktion : tro som vidensform*, Anis, Frederiksberg.
- Raakjær, O. 2015, "Findes en kristen (sorg-) psykologi?", *Kritisk Forum For Praktisk Teologi*, , no. 136.
- Raakjær, O. 2013, "Sorgen er en fortælling", *Omsorg, Nordisk Tidsskrift for Palliativ Medisin*, vol. 4.
- Raakjær, O. 2011, "Tro - hjælp eller trussel?
- om tro og gudsbilleder i mødet med den alvorligt syge og døende patient" in *Humanistisk palliation: teori, metode, etik og praksis*, eds. K.M. Dalgaard & M.H. Jacobsen, Hans Reitzel, , pp. 162 - 178.
- Raakjær, O. & Stimpel, B.B. 2012, "Himlen, der forsvandt!?", *Præsteforeningens Blad*, , pp. 1056, 1089.
- Rasmussen, J.M. 2016, "Mennesker der tror på Gud, lever længere", *Amen: Magasin om Tro og Liv i Roskilde-området*, vol. 2, pp. 24.
- Rasmussen, S. 1993, "Som vand og ild - om forholdet mellem sociologi og kristendom", *Dansk sociologi*, vol. 4, no. 4, pp. 60-79, 82.
- Revell, L. 1996, "The Return of the Sacred
" in *Marxism, Mysticism and Modern Theory*, ed. S. Wolton, St Antony's Series. Palgrave Macmillan, London, pp. 111-134.
- Rieff, P. 1979, *Freud: The mind of the moralist*, University of Chicago Press.
- Rieff, P. 1959, *Mind of the Moralist*, Chicago.

LITTERATURLISTE

- Rieff, P. 1966/2006, *The triumph of the therapeutic : uses of faith after Freud*, University of Chicago Press, Wilmington, DE : ISI Books.
- Riemer, J.W. 1977, "Varieties of opportunistic research", *Journal of Contemporary Ethnography*, vol. 5, no. 4, pp. 467-477.
- Riis, O. 1997, "Det religionssociologiske feltarbejde", *Chaos*, vol. 28, pp. 93.
- Riis, O. 2001, *Metoder på tværs : om forudsætningerne for sociologisk metodekombination*, Jurist- og Økonomforbundet, Kbh.
- Rimke, H.M. 2000, "Governing Citizens through Self-Help Literature", *Cultural studies*, vol. 14, no. 1, pp. 61-61-78.
- Rizutto, A. 1979, "The birth of the living God", .
- Robbins, A. 2014, *Ubegrænset kraft : nøglen til personlig succes*, Borgen, Valby.
- Robbins, A. 2001a, *Awaken the giant within : how to take immediate control of your mental, emotional, physical & financial destiny*, Pocket Books, London.
- Robbins, A. 2001b, *Unlimited power : the new science of personal achievement*, Pocket, London.
- Robinson, M. 2012, *Åndsfraværelse : det indre livs uddrivelse af den moderne myte om selvet*, Gyldendal, Kbh.
- Rogers, C.R. 1961, "On becoming a person: A therapist's view of psychology", .
- Rogers, C.R. & Koch, S. 1959, "A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships: as developed in the client-centered framework", .
- Rogers, C.R. & Tillich, P. 1970, *Paul Tillich and Carl Rogers: Dialogue*, Human Development Institute [division of] Bell and Howell.
- Rose, N. 1999, *Governing the soul : the shaping of the private self*, 2nd edn, Free Association Books, London.
- Rose, N. 1998, *Inventing our selves : psychology, power, and personhood*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Rubow, C. 2006, *Fem præster og antropologiske perspektiver på identitet og autoritet*, Anis, Frederiksberg.

LITTERATURLISTE

- Rubow, C. 2005, "Medieringer af gudtro i pastoral praksis i Den Danske Folkekirke" in *Gudstro i Danmark*, eds. O. Wæver & L. Christoffersen, Forlaget Anis, København, Frederiksberg, pp. 310 sider, illustreret.
- Rubow, C. & Johannessen-Henry, C.T. 2010, "Variationer af liv i døden: Transcendenser i hverdagslivets (nye) polydoksi", *Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund*, vol. 7, no. 12.
- Sampson, E.E. 1981, "Cognitive psychology as ideology.", *American psychologist*, vol. 36, no. 7, pp. 730.
- Sandager, M.T., Sperling, C., Vinter, M.M., Dahllöf, L.S., Bæksted, C., Knudsen, J.L. & Jensen, H. 2013, "Kræftramtes behov og oplevelser gennem behandling og i efterforløbet. Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, 2013", .
- Schärfe, G. 1988, *Åndelig omsorg - sygeplejerskens rolle? : en litteraturanalyse*, Dansk Sygeplejeråd, Kbh.
- Schmidt, U. & Henriksen, J. 2010, "Religion, etikk og moral: nye sammenhenger?" in *Religion i dagens Norge : mellom sekularisering og sakralisering*, eds. P.K. Botvar & U. Schmidt, Universitetsforlaget, Oslo, pp. 132.
- Schwartz Hansen, A. 2001, *Jeg savner dig : om sorgarbejde blandt unge, der har mistet en far eller mor*, Gyldendal Uddannelse, Kbh.
- Schweiker, W. 2005, "On religious ethics", *The Blackwell Companion to Religious Ethics*, , pp. 1-15.
- Seeley, M., Ryan, B., Whipp, M., Bradley, C. & Williams, R. 2017, *A Christian Theology of Chaplaincy*, Jessica Kingsley Publishers.
- Seligman, M.E.P. 2002, *Authentic happiness : using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*, Free Press, New York; London.
- Silverman, D. 2014, *Interpreting qualitative data*, 5th edn, Sage, London.
- Sjørup, L. 2009, *Pinochets gud og de fattiges teologiske modstand*, Museum Tusulanum, Kbh.
- Sløk, J. 1983, *Den kristne forkyndelse*, Centrum, Viby J.
- Smith, R. 1997, *The Norton history of the human sciences*, WW Norton & Company.

LITTERATURLISTE

- Spilka, B., Minton, B., Sizemore, D. & Stout, L. 1977, "Death and personal faith: A psychometric investigation", *Journal for the Scientific Study of Religion*, , pp. 169-178.
- Stender, P.J. 2013, , *Stender: Gud er blevet både feminin og terapeut*. Available: <https://www.kristendom.dk/gud-som-terapeut/stender-gud-er-blevet-både-feminin-og-terapeut> [2017, oktober, 24.].
- Stevens, B. & Rogers, C. (eds) 1967, *Person to Person: The Problem of Being Human*, Real People Press, Moab.
- Stimpel, B.B. & Raakjær, O. 2012a, "Har jeg sørget rigtigt?", *Omsorg, Nordisk Tidsskrift for Palliativ Medicin*, vol. 2, pp. 69 - 73.
- Stimpel, B.B. & Raakjær, O. 2012b, *Himlen, der forsvandt!?*, Master edn, Aalborg Universitet.
- Stimpel, B.B. & Raakjær, O. 2011, *Er alvorligt syge danskere skrabekristne? Projekt opgave, 3. semester, Master i Humanistisk Palliation,*.
- Stroebe, M.S., Stroebe, W. & Hansson, R.O. 1988, "Bereavement research: An historical introduction", *Journal of Social Issues*, vol. 44, no. 3, pp. 1-18.
- Sullivan, W.F. 2014, *A ministry of presence: Chaplaincy, spiritual care, and the law*, University of Chicago Press.
- Svenstrup, J., Svenstrup, M. & Tindborg, K. 2017, *Vejen til sund robusthed : styrk dit mentale immunforsvar : en komplet guide med 18 kraftfulde øvelser til træning af sund robusthed*, EmpowerMind, Søborg.
- Swift, C. 2009, *Hospital chaplaincy in the twenty-first century: The crisis of spiritual care on the NHS*, Ashgate Publishing, Ltd.
- Swinton, J. 2003, "A question of identity: What does it mean for chaplains to become healthcare professionals?", *Scottish Journal of Healthcare Chaplaincy*, vol. 6, no. 2, pp. 2-6.
- Swinton, J. 2001, *Spirituality and mental health care: rediscovering a 'forgotten' dimension*, Jessica Kingsley Publishers.
- Swinton, J. & Mowat, H. 2006, *Practical theology and qualitative research methods*, London: SCM Press.

LITTERATURLISTE

- Tanggaard, L. & Brinkmann, S. 2010, "Interviewet: Samtalen som forskningsmetode" in *Kvalitative metoder og tilgange: en grundbog*, eds. S. Brinkmann & L. Tanggaard, Hans Reitzels Forlag, , pp. 29-55.
- Taylor, C. 1991, *The ethics of authenticity*, Cambridge Univ Press.
- Taylor, C. 1989, *Sources of the self: The making of the modern identity*, Harvard University Press.
- Thagaard, T. 2004, *Systematik og indlevelse : en indføring i kvalitativ metode*, Akademisk Forlag, Kbh.
- Thomsen, H. 2004, *Helhed og splittelse - i kritisk tænkning og forkyndelse*, Aros, Frederiksberg.
- Tillich, P. 2001, *Dynamics of Faith*, Harper Collins Publishers, New York.
- Trap, L. 2010, *Sorg : den dybeste ære glæden kan få*, Alfa, Frederiksberg.
- Trzebiatowska, M. & Bruce, S. 2012, *Why are women more religious than men?* Oxford University Press.
- Vangkilde, K.T., Swane, C.E., Huniche, L., Hansen, H.P. & Johannessen, H. 2006, "Når sundhed, sygdom og helbredelse er mere end ord. Om brug af deltagerobservation i sundhedsvidenskabelige undersøgelser", *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*, vol. 10, pp. 1129-1140.
- Vetlesen, A.J. 2006, "Skam: Fra naturgitt til valgstyrt?" in *Skam i det medisinske rom*, eds. P. Gulbrandsen, P. Fugelli & G.H. Stang, Gyldendal akademisk, Oslo, pp. 141-154.
- Vetlesen, A.J. 2004, "Det frie mennesket? Et socialfilosofisk blick på patologiene i opsjonssamfundet" in *Det omsorgsfulle mennesket*, ed. H.E. Nafstad, Gyldendal Akademisk, , pp. 17.
- Villadsen, K. 2007, "Michel Foucault" in *Klassisk og moderne samfundsteori*, ed. H. Andersen, Hans Reitzels Forlag, , pp. 339.
- Villesen, K. 2017, *Han vil have den åndelig omsorg tilbage på hospitalerne*.
- Vitz, P.C. 1994, *Psychology as religion: The cult of self-worship*, Wm. B. Eerdmans Publishing.

LITTERATURLISTE

- Walter, T. 1999, *On bereavement: The culture of grief*, McGraw-Hill International.
- Walter, T. 1996a, "Developments in spiritual care of the dying", *Religion*, vol. 26, no. 4, pp. 353-363.
- Walter, T. 1996b, *The Eclipse of Eternity: A Sociology of the Afterlife*, Macmillan Press LTD, London.
- Walter, T. 1996c, "A new model of grief: Bereavement and biography", *Mortality*, vol. 1, no. 1, pp. 7-25.
- Walter, T. 1994, *The revival of death*, Psychology Press.
- Walter, T. 1997, "The ideology and organization of spiritual care: three approaches", *Palliative medicine*, vol. 11, no. 1, pp. 21-30.
- Weber, M. 2002, *Makt og byråkrati : essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier*, 3. utgave edn, Gyldendal, Oslo.
- White, M. 2008, *Kort over narrative landskaber*, Hans Reitzel, Kbh.
- White, M. 2006a, *Narrativ praksis*, Hans Reitzel, Kbh.
- White, M. 2006b, *Narrativ teori*, Hans Reitzel, Kbh.
- WHO (World Health Organization) 2001, *Mental Health: New Understanding, new hope*, WHO, Geneva.
- Willig, R. 2016, *Afvæbnet kritik : om flexismens små doser af arsenik*, Hans Reitzel, Kbh.
- Wolf, J. 2013, *Mennesket i universet : ledsager til K.E. Løgstrup: Ophav og omgivelse : metafysik : betragtninger over historie og natur*, Klim, Aarhus.
- Wolton, S. 1996, *Marxism, mysticism and modern theory*, Palgrave Macmillan.
- Wood, J. 1975, "The Structure of Concern The Ministry in Death-Related Situations", *Journal of Contemporary Ethnography*, vol. 4, no. 3, pp. 369-384.
- Woodward, J. 2001, "Are Health Care Chaplains Professionals?" in *Spirituality in health care contexts*, ed. H.C. Orchard, John Wiley & Sons, , pp. 84.

LITTERATURLISTE

- Woodward, J.W. 1999, *A study of the role of the acute health care chaplain in England.*, Open University.
- Worden, J.W. 1991, "Grief counselling and grief therapy: a handbook for the mental health professional", .
- Wright, G.v. 1994, "Myten om fremskrittet", *Muncksgaard-Rosinante, København*, .
- Wulff, H.R. 1995, *Den samaritanske pligt : det etiske grundlag for det danske sundhedsvæsen*, Munksgaard, Kbh.
- Wyller, E.A. 2003, *Einheit und Andersheit: eine historische und systematische Studie zur Henologie I-III*, Königshausen & Neumann.
- Yalom, I.D. 1998, *Eksistentiel psykoterapi*, Hans Reitzel, København.
- York, M. 1994, "New Age in Britain: an overview", *Religion Today*, vol. 9, no. 3, pp. 14-22.
- Zaleski, P. & Zaleski, C. 2006, *Prayer: A history*, Houghton Mifflin Harcourt.
- Ziehe, T. 1989, *Ambivalenser og mangfoldighed : en artikelsamling om ungdom, skole, æstetik og kultur*, Politisk revy, Kbh.
- Zola, I.K. 1972, "Medicine as an institution of social control", *The Sociological review*, vol. 20, no. 4, pp. 487-504.

Bilag

Bilag 1

Introduktion af ph.d.-projektet ”Fra frelse til helse – hospitalspræsters teologi, tro og praksis” på hospitalspræstekurset i Løgumkloster, 04.06.2014

Hvad er vi hospitalspræsters særlige bidrag ind i en sundhedsfaglig kontekst, hvor mange forskellige faggrupper er fælles om det, nogen har kaldt, ”The talking cure”? Hvordan kan vi beskrive vores særlige kompetencer i forhold til f.eks. psykologernes? Hvad betyder det, at vi ikke er behandlere?

Det er sådanne spørgsmål, der er centrale i mit ph.d.-projekt, der har titlen ”Fra frelse til helse? – hospitalspræsters teologi, tro og praksis”

På den ene side har vi, som dette kursus, også afspejler, brug for psykologien til at holde teologien fast på det empiriske menneske, på menneskets psykiske konstitution og dets erfaringsvirkelighed. På den anden side er psykologien eller rettere psykologierne ”inversive arter”, der har en tendens til at fortrænge alt muligt andet og måske endda i det moderne samfund til tider overtage religionens plads.

Iben Krogsdahl siger et sted, at terapeuter er de nye præster og guddommen er det ubevidste i mennesket eller selvet. Når mennesker i dag skal forklare tilværelsen, ”peger de ikke længere peger opad (mod himmelske sandheder), bagud (på traditionen og fortiden) og udad (på en ydre orden), men i stedet peget indad på deres egen psyke alle de tanker, følelser, mentale og kropslige tilstande, det senmoderne menneske oplever sig som summen af”. Derved har markedet for mening, som før i høj grad tilhørte kirken og senere ideologierne, overgået til terapeuterne.

Den norske professor i pædagogisk psykologi Steiner Kvale skærper tonen og taler om, at psykologien er blevet en slags sekulariseret religion. Sekulariseret, fordi der ikke i psykologien er nogen forestilling om transcens eller det hellige, men religion, fordi psykologien har overtaget kristendommens funktioner med hensyn til livsvejledning og tilværelsestolkning.

Hvad betyder det for os, for religionens ”gamle” præster, at det nye præsteskab er psykologerne og terapeuterne, at gud er blevet selvet eller det ubevidste i mennesket, og at meningen med livet ikke findes i Biblen, men i psykologibøgerne eller selvhjælpslitteraturen? Påvirker det vores tro, tænkning (teologi) og praksis?

BILAG

Ph.d.-projektet er altså i grunden et identitetsprojekt, også personligt. Hvad vil det sige at være hospitalspræst på den moderne kulturs ekstremt psykologiserede og individualiserede betingelser, en kultur som er meget mere optaget af helse, af fysisk og psykisk sundhed end af frelse? Min egen anfægtelse er, at mange af mine samtaler måske ligeså godt kunne varetages af en psykolog. Hvad er det, der mit særlige bidrag som præst? Hvad er det for en "stol", vi sætter os på på det moderne hospital? Hvad stiller vi op med psykologier, som gerne vil fremstå evidensbaserede, men som i hvert fald nogen vil mene implicit bygger på etiske og teologiske præmisser?

For at det projekt kan lykkes, har jeg brug for jer. Det er indskrevet på institut for sociologi og socialt arbejde på Aalborg Universitet med professor Michael Hvid Jacobsen som hovedvejleder. Det er et empirisk projekt, hvor jeg gerne vil lave interviews med nogen af jer og også meget gerne have lov at følges med jer i jeres praksis. Det er selvfølgelig ikke noget, I skal give tilsagn om her i dag. Jeg vil her i løbet af efteråret skrive til jer og bede om jeres hjælp.

Jeg håber, at nogle af jer har lyst at bidrage. Jeg vil via mail tage kontakt til nogle af jer for at høre, om I vil stille op til et interview.

Tak for jeres tid.

Bilag 2

Mail til hospitals- eller hospicepræster vedr. forespørgsel om interview

Sulsted den

Kære N.N.

Jeg er for tiden så heldig at være ph.d.-studerende på Institut for Sociologi og Socialt arbejde på Aalborg Universitet. Biskoppen har fundet midler, så jeg i 3 år er frikøbt fra mine forpligtelser som 50% sognepræst her i Sulsted sogn.

Projektet, der har arbejdstitlen *Fra frelse til helse? – Hospitalspræsters teologi, tro og praksis* har fokus på hospitalspræsters særlige bidrag på hospitalet, hvor mange forskellige faggrupper er fælles om det, nogen har kaldt ”the talking cure”. Hvordan kan vi beskrive vores kompetencer i forhold til f.eks. psykologernes? Hvad betyder det, at vi ikke er behandlere? Hvilken indflydelse har den senmoderne terapeutiske og psykologiserede kultur på vores teologi, tro og praksis?

Religionssociologen og salmedigteren Iben Krogsdal siger et sted, at terapeuter er de nye præster, og at guddommen er det ubevidste i mennesket eller selvet. Når mennesker i dag skal forklare tilværelsen, peger de ikke længere peger opad mod himmelske sandheder, bagud på traditionen og fortiden eller udad på en ydre orden, men peger i stedet indad. Hun hævder, at markedet for mening, som før i høj grad tilhørte kirken, synes nu overgået til terapeuterne.

Hvad betyder det for os, for religionens gamle præster, at det nye præsteskab er psykologerne og terapeuterne, at gud er blevet til selvet eller det ubevidste i mennesket, og at meningen med livet ikke findes i Biblen, men i psykologibøgerne eller selvhjælpslitteraturen?

For at dette projekt kan lykkes, har jeg brug for dig.

Jeg vil gerne lave et interview med dig af 1 ½ – 2 timers varighed. Interviewet kræver ingen forberedelse, og jeg kommer til dig, hvor du måtte ønske det. Af hensyn til efterbehandling beder jeg om at må optage interviewet.

Alle oplysninger vil selvfølgelig blive behandlet fortroligt, og du vil som informant fremstå fuldstændig anonym i afhandlingen. Har du brug for flere oplysningerne er du meget velkommen til at kontakte mig på or@km.dk eller telefon 31332355.

Har du lyst at deltage, kan du sende en mail eller en sms til mig, så vil jeg kontakte dig og lave en nærmere aftale.

Mange hilsner
Ole Raakjær
Sogne- og hospicepræst

Bilag 3

Introduktionsmail vedr. forespørgsel om fokusgruppeinterview af hospitals-/hospicepræster

Sulsted den

Kære N.N.

Som du sikkert husker, spurgte jeg dig, om du kunne forestille dig, at du og de øvrige deltagere i din supervisionsgruppe i det nye år måske kunne tænkes at ville stille op til et fokusgruppeinterview i forbindelse med mit ph.d.-projekt, og at du bad mig at skrive lidt om det, som du kunne sende videre til gruppen. Det får du her.

Jeg er for tiden ph.d.-studerende på Institut for Sociologi og Socialt arbejde på Aalborg Universitet. Biskoppen i Aalborg Stift har fundet midler, så jeg i 3 år er frikøbt fra mine forpligtelser som 50% sognepræst i Sulsted sogn og kun skal varetage arbejdet på KamillianerGaardens hospice og i Det palliative Team i Aalborg.

Ph.d.-projektet, der har arbejdstitlen *Fra frelse til helse? – hospitalspræsters teologi, tro og praksis*, har fokus på hospitalspræsters/hospicepræster særlige bidrag på hospitalet/hospice, hvor mange forskellige faggrupper er fælles om det, nogen har kaldt "the talking cure". Hvordan kan vi beskrive vores kompetencer i forhold til f.eks. psykologernes? Hvad betyder det, at vi ikke er behandlere? Hvilken indflydelse har den senmoderne terapeutiske og psykologiserede kultur på vores teologi, tro og praksis?

Religionssociologen og salmedigteren Iben Krogsdal siger et sted, at terapeuter er de nye præster, og at guddommen er det ubevidste i mennesket eller selvet. Når mennesker i dag skal forklare tilværelsen, peger de ikke længere peger opad mod himmelske sandheder, bagud på traditionen og fortiden eller udad på en ydre orden, men peger i stedet indad. Hun hævder, at "markedet" for mening, som før i høj grad tilhørte kirken, synes nu overgået til terapeuterne.

Hvad betyder det for os, for religionens "gamle" præster i såvel somatikken som i psykiatrien, at det nye præsteskab er psykologerne og terapeuterne, at gud er blevet til selvet eller det ubevidste i mennesket, og at meningen med livet ikke findes i Biblen, men i psykologibøgerne eller selvhjælplitteraturen?

Som et supplement til individuelle interviews med hospitals- og hospicepræster vil jeg gerne lave såkaldte fokusgruppeinterview, fordi jeg forestiller mig, at der i

BILAG

samtalen og diskussionen præster imellem kan dukke andre elementer op end i individuelle interviews. Man bliver inspireret og reflekterer videre om ens kollegaers bemærkninger og kommentarer.

Jeg vil gerne høre jer diskutere spørgsmål som f.eks.

- Hvad er I mest optaget i diskussionen om forholdet mellem psykologi og teologi, mellem psykologen og præsten?
- Hvad er det vigtigste forskel mellem præsten og psykologen?
- Hvad mener I er præstens særlige opgave/rolle på hospitalet?

Desuden vil præsentere jer for en patientcase og bede jer i fællesskab at overveje, hvordan I vil gribe en samtale an, og hvad I mener der her er vigtigste?

Jeg tænker, at der er brug for 1 1/2 - 2 timer enten før eller i forlængelse af en supervisionsseance, så jeg ikke behøver at besvære jer ud over den ekstra tid.

Fokusgruppeinterviewet kræver ingen forberedelse. Jeg kommer til jer, hvor I måtte ønske det. Af hensyn til efterbehandling beder jeg om at må optage interviewet.

Alle oplysninger vil selvfølgelig blive behandlet fortroligt, og I vil som informanter fremstå fuldstændig anonyme i afhandlingen.

Har du brug for flere oplysninger ,er du meget velkommen til at kontakte mig på or@km.dk eller telefon 31332355, og jeg møder også gerne op til en supervisionsseance for at forklare nærmere inden I tager stilling.

Mange hilsner

Ole Raakjær
Kuskgårdsvej 3, 9381 Sulsted
tlf. 31332355
or@km.dk

Bilag 4

Interviewguide, individuelle interviews

Introduktion/briefing <ul style="list-style-type: none"> • Anonymitet: Dit navn og eventuelle genkendelige data vil blive anonymiseret • Interviewet vil blive optaget på en digital optager og transskriberet. Såfremt du ønsker det vil du efterfølgende kunne få transskriptionen udleveret. • Tidsramme: Interviewet vil tage mellem 1 ½ og 2 timer. 	
Indledende spørgsmål <ul style="list-style-type: none"> • Hvilken form for efter- og videreuddannelse har du taget før eller i forbindelse med du blev hospitals-/hospicepræst? • Hvad mener ud, afgørende har formet dig og din rolle som hospitalspræst? Hvis der er tale om kurser, der har været præget af en psykologisk forståelse, hvordan mener du det særligt har præget dig og din teologi? • Hvad var din motivation til i sin tid at søge stillingen som hospitals-/hospicepræst? 	
Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål/temaer
1.Hvad er præstens rolle på hospitalet/hospice? (terapeut vs. præst) Hvad mener hospitalspræster er deres vigtigste (ideologiske) rolle på hospitalet? Hvordan forstår hospitalspræster deres egen rolle/funktion i forhold til patienter, pårørende, personale, ledelse? Nedtoner præsten sin forbindelse til en religiøs institution/konfession overfor patienter og personale for at vinde en legitim plads i hospitalets økologi Kan man tale om en bevægelse fra ”chaplaincy” til ”spiritual adviser”, fra ”faith-based activity” til ”the patient-focused service model”, fra en ”religion-focused, clergy-dominated model” til en ”multifaith,	Hvad mener du, er din vigtigste rolle på hospitalet i forhold til patienter, pårørende, personale, ledelse? (missionær, ambassadør for den kristne tro, dialogpartner, ritualbestyrer, medvandrer, terapeut, spirituel vejleder, healer, forkynder, supervisor) Betragter du din rolle som en indsats? Som terapi? Hjælp? Modstand? Eksistentiel støtte? At skabe tryghed? At formidle anerkendelse? Guds kærlighed? Tro? Frelse?

BILAG

<p>spiritual approach... responding to diverse spiritual needs" altså "multi-faith care"?</p> <p>Er præstens opgave "caring for the spirit" og/eller bekæmpe vranglære/kætteri?</p>	<p>Mener du, at hospitalspræsterollen har forandret sig de sidste 50 år? Hvis ja, hvordan?</p> <p>Hvordan tror du, at patienter/pårørende/personale opfatter præsten? Hvad betyder deres opfattelse for dig og dit syn på rollen som hospitalspræst?</p> <p>Hvis du tænker på din tid som sognepræst for en menighed og sammenligner med dit arbejde nu, hvad er så den afgørende forskel? Er hospitalspræstens sognekirkens forlængede arm? Er der noget, du kunne sige/gøre dengang og ikke kan sige eller gøre nu? Eller omvendt?</p> <p>Hvad tænker du er din rolle/opgave i forhold til ikke-kristne/ateister/agnostikere?</p> <p>Hvad ser du som det vanskeligste i rollen som hospitalspræst?</p> <p>Er der nogen faggrupper på hospitaler, der lettere/vanskeligere at arbejde sammen med end andre?</p> <p>Hvordan mener du, at din rolle/opgave adskiller sig fra andre sundhedsprofessionelles roller? (Sygeplejersken, lægen, psykologen, filosofen, den alternative helbreder?)</p> <p>Hvilken betydning har ritualerne (nadver, bøn, velsignelse) for dig i dit arbejde? Holder du gudstjenester på hospitalet? Hvis du gør, hvorfor gør du så det?</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

BILAG

	<p>Hvad mener du gudstjenesten særligt bibringer patienten (og den pårørende)?</p> <p>Har du erfaringer med samarbejde med psykologer? Hvad er udfordringerne? Hvordan har du det i det samarbejde? Hvordan tror du psykologen har det? Hvor kan I mødes? Hvad adskiller jer? Har selv været i terapi? Har det haft betydning for din rolle som præst?</p> <p>Vil du sige, at du er nyttig?</p> <p>Nu er du blevet præst, kunne du ligeså godt have et andet job?</p>
<p>2. Hvilken ontologi abonnerer præsten på? (individualisering, privatisering, verden skabes indefra vs. fælles grundvilkår, sårbarhed, skrøbelighed, dødelighed, skabthed, livet som gave)</p> <p>Hvordan vil hospitalspræsten "placere" mennesket mellem vilkår og muligheder?</p> <p>Påvirker psykologiens ideologiske slagside hospitalspræsters tænkning og praksis?</p> <p>Medfører det en nedtoning af teodicé-problemet?</p> <p>Hvordan tolker hospitalspræsten sygdommens årsager (kollektivt/religiøst vs. individuelt og psykologisk)?</p>	<p>Hvad er efter din mening kristendommens (særlige) bidrag til forståelsen af, hvad det vil sige at være menneske?</p> <p>Spiller overvejelser over menneskets magt/afmagt en rolle i dine samtaler med alvorligt syge? På hvilken måde, og hvad er det vigtigste for dig, at formidle i denne sammenhæng?</p> <p>Patienter er ofte plaget af følelser af forskellige slags: Længsel efter selv at dø; længsel efter at den anden skal dø, så man kan komme videre i sit liv; vrede over at blive reduceret til en hjælpfunktion (som pårørende); sorgen over at det menneske, man elsker har forandret sig radikalt osv. Hvad tænker du er din opgave i denne sammenhæng?</p> <p>Hvis en patient siger: "Det uværdigt, at jeg skal ligge her og</p>

BILAG

	<p>have hjælp til alt!”, hvad vil så være din typiske tilgang?</p> <p>”Hvad er meningen?” Sådan spørger patienter og pårørende ofte. Hvad svarer du? Hvad tænker du er din særlige opgave som præst i samtaler med dette tema?</p> <p>Dukker teodicé-problemet op i dine samtaler? Hvad er dit svar, når patienter stiller spørgsmålet: ”Hvorfor skal jeg lide, hvis Gud er kærlighed?”</p> <p>På en linie mellem på den ene side: ”Det hele er min skyld” og på den anden side: ”Det hele er de andres skyld”, hvor placerer du en kristen tankegang? Og hvad betyder det for dine samtaler med mennesker, der f.eks. er plaget af skyldfølelser?</p>
<p>3. Hvad er menneskets kerne eller essens? (alt begynder fra selvet, foretagsselvet vs. afhængighed, interdependens, mennesket bliver til i relation)</p>	<p>Hvad er efter din mening menneskets kerne/essens? Hvad er for det vigtigste ved et menneske?</p> <p>Hvad er efter din mening, kristendommens vigtigste budskab til det moderne menneske? Det vigtigste råd?</p> <p>Hvor mener du, det ramte menneske kan/skal hente styrke og håb? (Indeni/i relationen til den anden(menneske/gud))</p> <p>Dukker begrebet ”selvværd” op i denne sammenhæng?</p>
<p>4. Hvad er præstens menneskesyn? (sakralisering af selvet vs. det skyldige og syndige menneske)</p>	<p>Er der nogle kristne begreber (synd, skyld, dom, nåde, tilgivelse, frelse), som du synes, er sværere end andre (kærlighed,</p>

BILAG

<p>Hvilken rolle spiller den kristne grundtanke om mennesket som synder i præstens tænkning og praksis?</p>	<p>barmhjertighed, tilgivelse) at bringe på banen i forhold til patienter og pårørende?</p> <p>Hvorfor er svært? Har det at gøre med dig selv eller dem, du taler med?</p> <p>Bruger patienter og pårørende ofte begreberne synd og skyld? Bruger du dem på bane?</p> <p>Bruger patienter og pårørende begrebet frelse? Bringer du det på bane?</p> <p>Hvilken betydning har moralske spørgsmål (hvad der er rigtige og forkert, hvad jeg har gjort rigtigt/forkert) i dine samtaler?</p> <p>Hvad er vigtigt for dig at formidle, når patienter f.eks. taler om, de selv er skyld i deres lidelse/sygdom, eller at det er uretfærdigt, at netop de er blevet ramt!</p> <p>Hvad ”gør” du med patienter, der siger, de har plagsomme skyldfølelser?</p> <p>Går du i dine samtaler nogle gange på kompromis med dine egne (kristne) holdninger/tro for at komme pt. i møde?</p> <p>Kunne du finde på at protestere/komme med indvendinger, hvis en patient tror på reinkarnation? Karma?</p>
<p>5.Hvordan begrundes moralen/etikken? (emotionalisering, emotivistisk etik vs. lydighed, pligt, eksternt funderet moral, gudsbillede)</p>	<p>Hvor skal mennesker hente sikkerhed og autoritet fra til at handle etisk/moralsk i verden?</p>

BILAG

	<p>Hvad er du mest optaget af at formidle i dine samtaler? Gud som den der rummer, favner, tilgiver, giver den enkelte en følelse af selværd eller Gud som den, der skal adlydes, at der er noget, der hedder pligt, også i moralsk forstand?</p> <p>Hvad er det for et gudsbillede, du gerne vil formidle til patienter og pårørende?</p> <p>Hvad er succeskriteriet for dig i dine samtaler med patienter og pårørende? Hvad vil du gerne have, de siger om deres kontakt til dig til deres nærmeste?</p> <p>I præsteløftet har du skrevet under på, at du vil bestræbe dig på at forkynde Guds ord rent og purt og bekæmpe sådanne lærdomme, som strider mod folkekirkens trosbekendelse. Hvad tænker du om det i forhold til din rolle som hospitalspræst, når en patient f.eks. siger: ”Jeg har min egen tro/min egen sandhed?”</p> <p>Tolerance, respekt og accept er vigtige værdier i relationen til patienter og pårørende. Nogen vil sige, at du som præst er forpligtet på en Sandhed med stort ”S”. Du kommer med/repræsenterer et budskab. Hvordan hænger de to ting sammen for dig?</p>
<p>6.Hvilken eskatologi og soteriologi opererer præsten med (immanent frelse=helse, instant gratifikation, weelbeing vs. himmel, evighed, frelse, dom, nåde, tilgivelse)</p>	<p>Hvilken rolle spiller forestillinger om frelse, himmel og evighed i dine samtaler?</p> <p>Er det temaer, du selv bringer på bane?</p>

BILAG

<p>Hvilken rolle spiller himmelforestillinger i præstens samtaler? Forestillinger om dom og fortabelse?</p>	<p>Når patienter eller pårørende spørger, hvor den døde er, hvad svarer du så?</p> <p>Spiller angsten for fortabelse en rolle i dine samtaler? Er det noget du bringer på bane?</p>
<p>7.Hvordan forstår og taler præsten om sorg og tab? (psykologisering, sorg som reparationsteknologi vs. sorg og tab som eksistensvilkår)</p> <p>Hvilket ”sprog” bruger præsten i samtalerne med patienter og pårørende, når det handler om sorg og tab? Er det psykologisk/teologisk kvalificeret?</p>	<p>Hvilke tanker/teorier om sorg vil du sige er vigtigst i dit arbejde som hospitalspræst, i dit privatliv?</p> <p>Mener du, at det er et særligt kristent/teologisk perspektiv på sorg? Hvis ja, hvordan vil du så karakterisere dette perspektiv, og hvordan formidler du det i dine samtaler? I begravelsestaler? I andre sammenhænge?</p> <p>Hvilken rolle mener du som hospitalspræst, du særlig har i forhold til den sørgende patient eller pårørende? Hvad ser du som din vigtigste opgave? Adskiller den sig efter min mening fra andre sundhedsprofessionelles måde at gå til sorgen på?</p> <p>Tror du, at du i dine samtaler med patienter og pårørende taler anderledes eller bruger et andet sprog om sorg og tab end f.eks. psykologen ville gøre? Og hvis ja, hvor i mener denne forskel består?</p> <p>Hvad ville du sige, hvis nogen spurgte dig, hvorfor de skulle snakke med en præst om den slags. Det må da være psykologers gebet?</p> <p>Bruger du bibelske fortællinger og begreber, når du taler om sorg med patienter og pårørende?</p>

BILAG

	Har din efteruddannelse som hospitalspræst påvirket din forståelse af din rolle i forhold til den sørgende? Og hvis ja, hvordan?
Afslutning: Jeg har ikke flere spørgsmål. Har du mere, du gerne vil sige eller spørge om, inden vi afslutter interviewet?	
Efter interviewet: Beskriv den sociale kontekst og den emotionelle tone i interviewet	

Bilag 5

Guide, fokusgruppeinterview

Indledning

- Tak fordi I vil sætte tid af til at tale med mig
- Formålet med ph.d-projektet beskrives kort
- Hvad er fokusgruppeinterview? Understrege, at det ikke er individuelle interview i en gruppe, men har fokus på diskussionerne og udvekslinger mellem deltagerne.
- Anmodning om at få lov til at optage interviewet
- Løfte om anonymisering
- Instruktion for afviklingen af interviewet:
 - Jeg bede jer om indledningsvist at præsentere jer selv: navn, alder, arbejdssted, hvor lang tid I har været hospitals- /hospicepræst, efteruddannelse m.m. så jeg har mulighed for at identificere jeres stemmer på optagelserne.
 - Jeg vil bede jer om at tale en ad gangen, fordi er svært at høre, hvad der bliver sagt på en optagelse, når man taler ind over

BILAG

- hinanden, samtidig med at det gerne skulle have karakter af refleksion, diskussion, udveksling af synspunkter m.m..
- Jeg vil også bede jer om ikke at tale med sidemanden, men at det hele så og sige foregår i plenum.
 - Og så vil jeg selvfølgelig gerne høre jer alle sammen.

Interviewet

Beskrivende spørgsmål (lægger op til beskrivelser og erfaringer)

- Hvad mener I er præstens særlige opgave/rolle på hospitalet? (Tag gerne udgangspunkt i konkrete historier)
- Hvad er jeres begrundelse for denne rolle?
- Har I erfaringer med samarbejde med psykologer?
- Hvis I blev spurgt om, hvad forskellen er på præsten og psykologen, hvad ville I så svare den sygeplejerske/patient/pårørende, der spurgte jer?
- Hvad optager jer i diskussionen om forholdet mellem psykologi og teologi, mellem psykologen og hospitals-/hospicepræsten?
- Hvor og hvornår oplever I at være særlig udfordret i jeres rolle som hospitalspræst?

Evaluerende/vurderende spørgsmål (lægger op til normative vurderinger og diskussioner)

- Hvad mener I, er den vigtigste forskel på hospitals-/hospicepræsten og psykologen?
- Kan I nævne konkrete områder, hvor psykologien eller psykologiske forståelser opleves som enten et problem eller en hjælp for dig som hospitals-/hospicepræst?
- Har præster og psykologer konkurrerende eller supplerende opmærksomhedspunkter?
- Hvad synes I, er det vigtigste i denne diskussion?

Hjælpe spørgsmål til at bringe deltagerne på banen (Morgan, 1997:51):

- En ting, jeg har hørt flere nævne, er... Hvad mener resten af jer om det?
- En ting, jeg er overrasket over, at ingen har nævnt er... Betyder det noget eller hvad?

Case

Nedenstående case udleveres til deltagerne til gennemlæsning

En sygeplejerske fra en af de onkologiske afdelinger har ringet til dig, fordi en patient har brug for at snakke med en præst, som hun udtrykker det. Da du dukker op på afdelingen, fortæller hun, at en patient på afdelingen, en kvinde på knap 60 år, har det rigtig skidt. Hun har lungecancer og er meget angst. Personalet oplever hende som ekstrem opmærksomhedskrævende. Hun ringer meget tit på klokken og klager igen og igen over smerter. Og selvom hun får store pndoser morfin har sygeplejersken knap nok forladt stuen, inden hun kalder igen. Det

BILAG

er som om hverken kontakt eller snak hjælper. Angsten og smerten er lige stor hver gang, hun bliver "forladt"

Du hører, at plejepersonalet er meget frustrerede og at nogen mener, hun laver splitting. Sygeplejersken fortæller dig også, at patienten på et tidspunkt overfor en nattevagt har løftet en lille flig af sin historie. Som barn var hun meget svagelig. Hun kunne ikke klare det samme som de andre børn. Hun blev let forpustet og træt og måtte gang på gang fra sin mors mund høre, at hun var doven og slap og bare skulle tage sig sammen. Først da hun var 12 år, blev det opdaget, at hun havde en meget alvorlig hjertefejl, som havde nedsat hendes funktionsniveau betragteligt, og hun måtte for at overleve gennem to store hjerteoperationer.

I den korte samtale, du har med sygeplejersken, inden du går ind til patienten, finder du også ud af, at hun egentlig ikke eksplicit har bedt om at tale med dig, men at det er personalet, der har foreslået dig. Hun ville egentlig hellere snakke med en psykolog, men da det ikke er muligt, har hun nu indvilget i at få besøg af præsten.

Spørgsmål til refleksion og overvejelse:

- Hvilke overvejelser ville I have, hvis I blev præsenteret for denne patient?
- Hvordan ville I konkret gribe samtalen an?
- Hvad ville være det vigtigste for jer i mødet med patienten?
- Er der pointer, som I synes, det er vigtige at nå frem til?
- Mener I, at hospitalspræsten en særlig opgave eller forpligtelse i en sådan samtale, hvis I f.eks. sammenligner det med psykologens opgave?

Afslutning

- Er der noget, I synes, vi mangler at tale om i relation hospitalspræstens rolle i forhold til patienter/pårørende, andre professioner, sygehusinstitutionen, det omgivende samfund?
- Er der noget, I gerne ville have haft, jeg havde interesseret mig for eller spurgt til?