

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

Svenska behandlares syn på religion och andlighet i psykoterapi
- en pilotstudie

Lovisa Hanberger

Självständigt arbete 15 hp
Psykoterapeutprogrammet
PT 2270
Vårterminen 2023

Handledare: Ann-Sophie Lindqvist
Bagge

Svenska behandlares syn på religion och andlighet i psykoterapi - en pilotstudie

Lovisa Hanberger

Studier tyder på att religiositet och andlighet sällan berörs i psykoterapeutisk behandling och att behandlare upplever att de saknar kunskap inom området. Den aktuella pilotstudiens syfte var att undersöka hur svenska psykoterapeutiska behandlare förhåller sig till att integrera religiösa och andliga frågor i psykoterapeutisk behandling, mätt genom det självskattade formuläret RSIPAS. Kliniskt verksamma psykoterapeutiska behandlare under utbildning till legitimerade psykoterapeuter i Sverige deltog i pilotstudien (n=77). Resultatet indikerade att behandlarna hade en positiv attityd till att integrera religion och andlighet i behandling, men att de i praktiken sällan ägnade sig åt dessa frågor i sitt patientarbete. Behandlarnas grundprofession och inriktning på grundläggande psykoterapiutbildning predicerade 17% respektive 16% av variansen på RSIPAS. Psykoterapeutiska behandlare utan sjukvårdslegitimation samt behandlare med PDT-inriktning och integrativ inriktning uppvisade mest positiv orientering gentemot att integrera religion och andlighet i behandling, medan behandlare med KBT-inriktning rapporterade en mer avvaktande inställning. Svenska psykoterapeutiska behandlare rapporterade lägre integration av religion och andlighet i behandling, jämfört med tidigare studier av amerikanska behandlare. Fördjupad utbildning kring evidensbaserade metoder för att lyfta in frågor om religion och andlighet vid psykiatriskt anamnestagande och psykoterapeutisk behandling kan troligtvis leda till att svenska psykoterapeuter upplever en ökad kompetens på området.

Från att ha haft en marginaliserad roll inom psykologisk forskning, har kunskapen om religionens betydelse för psykisk hälsa ökat under de senaste årtiondena (Pargament et al., 2013). Enligt en systematisk översikt av Koenig et al., (2020) visar flera studier att religiöst engagemang minskar risken för bl.a. suicid, substansmissbruk och depression. Personer med religiös tro har i högre utsträckning stabila familjrelationer, stödjande sociala nätverk och högre psykologiskt välbefinnande (Koenig et al., 2020). Troende människor söker sig till andliga och religiösa praktiker för att finna mening och hopp vid katastrofer, livskriser och sjukdom (Gall & Younger, 2013). Dock visar forskningen även att negativa religiösa copingstrategier, känslor av skuld eller ilska gentemot ens högre makt eller konflikter i den religiösa gruppen kan leda till ökad psykisk och fysisk ohälsa (Exline, 2013). En europeisk studie pekar ut religiositet som en riskfaktor för depression, tvärtemot slutsatserna från majoriteten av främst amerikansk forskning (Leurent et al., 2013). Enligt Koenig et al. (2020) kan det antas att religiöst engagemang minskar ångest hos vissa individer medan den ökar ångesten hos andra. Det finns få studier kring hur religiositet påverkar psykisk hälsa i svensk kontext (Lilja et al., 2016). Oavsett hur samband och orsaker ser ut, har religiositet och andlighet potential att påverka människors psykiska hälsa, och den enskilde patientens livsåskådning kan därför vara av intresse för den psykoterapeutiske behandlaren att utforska.

Såväl American Psychiatric Association (APA, 2013) som the World Psychiatric Association (Moreira-Almeida et al., 2016) framhåller vikten av att inkludera frågor om religion och andlighet vid anamnestagande i psykiatrisk vård. Detta motiveras bland annat

utifrån att religiositet och andlighet kan påverka prevalens och diagnostik av psykisk ohälsa, men även utifrån behandlingsaspekter såsom benägenhet att söka hjälp och följsamhet till behandling (Moreira-Almeida et al., 2016). APA (2013) betraktar religiositet och andlighet som en av de aspekter som bör beaktas för att kunna erbjuda en personcentrerad och kulturellt anpassad vård.

Studier visar att troende patienter önskar att deras behandlare ska lyfta frågor om andlighet och religion (Milner et al., 2020, Oxhandler et al., 2021; Lilja et al., 2016). Enligt forskning förbättras den terapeutiska alliansen när behandlaren ställer frågor om religiositet under bedömningsamtalet (Terepka & Hatfield, 2020) medan behandlarbeteenden såsom att styra undan samtalet från aspekter som berör patientens religiositet är förenat med sämre terapeutisk allians i arbetet med troende patienter (Trusty et al., 2022). Dessvärre upplever behandlare av psykisk ohälsa att de inte har kunskap nog att inkludera andliga frågor i behandlingssituationen, och att deras utbildning inte har förberett dem för att möta dessa aspekter (Oxhandler et al., 2019; Vieten & Lukoff, 2022; Hofmann & Walach, 2011). Studier tyder på att psykoterapeutiska behandlare sällan lyfter in patienters religiositet och andlighet i bedömning och behandlingsinterventioner (Frazier & Hansen 2009; Oxhandler & Parrish, 2018).

En faktor som tycks ha en avgörande inverkan på behandlares benägenhet att integrera religion och andlighet i behandling är i vilken utsträckning behandlaren själv är religiöst troende. Behandlare som värderar andlighet och religion som viktiga aspekter i sina egna liv tenderar att oftare uppmärksamma dessa frågor hos sina patienter (Cummings et al., 2014). En annan avgörande faktor är i vilken mån behandlaren fått utbildning i hur andlighet och religion påverkar psykisk hälsa och hur man på ett professionellt sätt kan bemöta dessa frågor (Vieten & Lukoff, 2022).

Studier visar även att grundprofession, ålder och psykoterapeutisk inriktning påverkar behandlares benägenhet att lyfta andliga/religiösa frågor under behandlingen. Exempelvis visar amerikanska och kanadensiska studier att psykologer och socialarbetare är mindre benägna än kuratorer och familjeterapeuter att integrera religion och andlighet i behandling (Willman et al., 2022; Oxhandler & Parrish, 2018). Resultaten har i USA kopplats till att psykologer (Delaney et al., 2007) och socialarbetare (Oxhandler et al., 2018) i lägre utsträckning definierar sig som religiösa jämfört med befolkningen i stort. En norsk studie (Mandelkow et al., 2021) rapporterade att äldre behandlare av psykisk ohälsa upplever en högre kompetens rörande att integrera frågor om religion och andlighet i behandlingsarbetet jämfört med sina yngre kollegor. Studien observerade även ett positivt samband mellan grad av egen religiositet och ökande ålder (Mandelkow et al., 2021). En tysk studie som jämfört olika psykoterapeutiska inriktningar fann att psykoterapeuter med kognitiv beteendeterapeutisk (KBT) inriktning lade mindre vikt vid religion och andlighet i behandling jämfört med kollegor med psykodynamisk inriktning (Hofmann & Walach, 2011). De psykoterapeuter som ansåg att religion var mest relevant att lyfta in i behandlingskontext hade integrativ respektive humanistisk inriktning (Hofmann & Walach, 2011).

Majoriteten av forskningsstudier kring hur psykoterapeutiska behandlare förhåller sig till religion och andlighet i psykoterapi har genomförts i USA. Ett fåtal studier har undersökt skandinaviska psykoterapeuters benägenhet att integrera religion och andlighet i behandling av psykisk ohälsa (Mandelkow et al., 2021; Frokedal et al., 2019). Det saknas studier i svensk kontext avseende psykoterapeutiska behandlares inställning till att inkludera religiösa och andliga frågor i behandling. Det finns inte heller några översatta bedömningsinstrument validerade för svenska förhållanden. Kunskapsläget kring huruvida amerikanska resultat kan generaliseras till Sverige är osäkert, men det finns anledning att anta att skillnaderna är stora. Enligt World Value Survey (Inglehart et al., 2022) sticker Sverige ut som ett extremt land där relativt sett mycket få personer värdesätter traditionella religiösa former, medan den

amerikanska kulturen är mer präglad av traditionella värden. Enligt den senaste Word Values mätningen från 2017 anser 61 % av befolkningen i USA att religion är mycket viktigt eller ganska viktigt i deras liv, jämfört med 28 % av svenskarna (Inglehart et al., 2022). Svenskars förhållande till religion och andlighet karaktäriseras ofta av en betoning på andlighet som en privatsak och avståndstagande till religiösa dogmer, samtidigt som studier visar att tron på en högre livskraft eller ande och livet efter döden är vanligt förekommande. (Se Thurffjell, 2019.) Mot bakgrund av dessa kulturella skillnader är det värdefullt att undersöka hur psykoterapeutiska behandlare i Sverige förhåller sig till frågor om religion och andlighet i den psykoterapeutiska kontexten, och i vilken utsträckning deras inställning skiljer sig från amerikanska kollegor.

Syfte

Pilotstudiens generella syfte var att översätta The Religious/Spiritually-Integrated Practice Assessment Scale (RSIPAS; Oxhandler, 2019) för användning i en svensk kontext, samt att beskriva hur kliniskt verksamma behandlare med grundläggande psykoterapiutbildning förhåller sig till att integrera religiösa och andliga frågor i den psykoterapeutiska behandlingen. Pilotstudiens specifika syften var att:

1. Testa reliabilitet för den svenska översättningen av RSIPAS avseende intern validitet.
2. Deskriptivt beskriva kliniskt verksamma svenska psykoterapeutiska behandlares förtrogenhet med, och synpunkter på att integrera religiösa och andliga frågor i behandling (mätt genom RSIPAS).
3. Undersöka om RSIPAS påverkas av klinisk verksamma behandlares demografiska faktorer (kön, ålder) och utbildningsstatus (typ av grundprofession, inriktning på grundläggande psykoterapiutbildning).
4. Jämföra resultaten från RSIPAS mellan amerikanska och svenska behandlare.

Metod

Deltagare och tillvägagångssätt

Under januari 2023 kontaktade författaren av denna pilotstudie utbildningsanordnare för samtliga elva svenska statliga och privatfinansierade lärosäten för legitimationsgrundande psykoterapeutprogram i Sverige. Utbildningsansvariga fick via E-post och telefon information om pilotstudiens syfte, och ombads distribuera informationen till samtliga studenter på pågående psykoterapeutprogram. En av elva utbildningsanordnare tackade nej till att förmedla informationen och tre utbildningsanordnare svarade inte på förfrågan. Resterande sju av de elva lärosätena vidarebefordrade information om pilotstudien till sina studenter, antingen via E-post eller genom lärosätenas digitala studentplattformar. Studenter som önskade delta i pilotstudien fick information om att enkäten kunde nås via en anonym, icke spårbar webblänk till webbenkätprogrammet Qualtrics. På grund av låg svarsfrekvens i gruppen psykologer ombads de två utbildningsanordnare som bedriver psykoterapeutprogram med särskild inriktning för psykologspecialistexamen att skicka ut en påminnelse, vilket tros ha genererat ytterligare fyra deltagande psykologer till pilotstudien. Svar samlades in under perioden 25 januari till 10 mars 2023. n=331 studenter beräknas ha nåtts av information om studien. Av 331 studenter deltog n=77 studenter i studien (svarsandel 23,3 %). Inklusions-kriterier var att

deltagarna var kliniskt verksamma psykoterapeutiska behandlare som genomgick svensk utbildning till legitimerade psykoterapeuter (steg 2-utbildning). Deltagarna skulle ha en examen inom människovårdande yrke (psykolog, läkare, socionom, präst, m fl), samt grundläggande psykoterapiutbildning (steg1-utbildning). Se Tabell 1 för deltagarkaraktistika.

Tabell 1

Demografiska faktorer och utbildningsfaktorer för pilotstudiens deltagare (n=77)

		n	n %
Kön	Man	18	23,4
	Kvinna	59	76,6
Ålder (år)	25-34	6	7,8
	35-44	28	36,4
	45-54	38	49,4
	55-64	5	6,5
Grundprofession	Leg psyk	15	19,5
	Soc/leg kur	47	61,0
	Annan leg prof	6	7,8
	Prof utan leg	9	11,7
Steg 1- utbildning	PDT	19	24,7
	KBT	31	40,3
	Integrativ KBT/PDT	11	14,3
	Familj	12	15,6
	Flera steg 1	4	5,2

Definition av centrala begrepp

Denna pilotstudie utgår från Koenig et al., (2012) definition av religion och andlighet. Med religion avses systematiserade trosuppfattningar och praktiker som syftar till att söka och tillbe det heliga eller gudomliga och som förmedlas inom ramarna för etablerade institutioner. Andlighet är en bredare term som syftar till individens sökande efter mening och helighet, och som kan ta sig uttryck inom ett brett spektrum som innefattar såväl traditionella som icke traditionella former (Koenig, 2012).

Religiöst och andligt integrerat behandlingsarbete innebär att frågor om patientens religiösa/andliga tro och praktik ställs vid bedömningsamtal och att aspekter som berör patientens livsåskådning, religiösa sammanhang och andliga vanor avhandlas i terapin i den mån patienten önskar och tematiken bedöms vara av betydelse för behandlingsutfallet (Oxhandler & Parrish, 2018).

Mått

The Religious/Spiritually-Integrated Practice Assessment scale (RSIPAS)

RSIPAS består av sammanlagt 40 frågor (RSIPAS_{total}) fördelat på fyra delskalor, där respektive delskala avhandlar följande aspekter: 1) Hur uppfattar behandlare sin förmåga att integrera frågor om andlighet/religiositet i behandling? (13 frågor); 2) Behandlares attityder till religiöst/ andligt integrerad praktik (12 frågor); 3) Hur uppfattar behandlare sina förutsättningar att genomföra religiöst/andligt integrerad praktik, exempelvis avseende tid, utbildning och stöd på arbetsplatsen (6 frågor) samt 4) Hur ofta ägnar sig behandlare åt att integrera religion och andlighet i sitt kliniska arbete? (9 frågor) (Oxhandler & Pargament, 2018). Delskalor 1-3 mäts på en femgradig Likertskala från 1 (instämmer inte alls) till 5 (instämmer helt). Delskala 4 poängsätts från 1 (aldrig) till 5 (mycket ofta). Maxpoäng på hela skalan är 200 (RSIPAS_{total}). Deltagarna gavs möjlighet att i fritext lämna en kommentar till enkäten. Se bilaga 1 för RSIPAS i sin helhet.

Formuläret är validerat i USA för behandlare med olika grundprofessioner som socialarbetare, sjuksköterskor, psykologer, familjeterapeuter och kuratorer. RSIPAS har undersökts avseende intern konsistens, diskriminant validitet, konvergent validitet, faktorvaliditet samt kriterievaliditet, och rapporterats besitta god validitet och reliabilitet (Oxhandler & Parrish, 2016; Oxhandler, 2019). Intern konsistens för RSIPAS_{total} är .95. De fyra delskalorna har ett Cronbahcs alfa på mellan .87 till .91 (Oxhandler, 2019).

Översättningsprocess

RSIPAS översattes från engelska till svenska (forward translation) av uppsatsförfattaren som har svenska som modersmål och god kunskap i engelska. Därefter genomfördes en återöversättning till engelska (back translation) av annan person med svenska som modersmål och god kunskap i engelska. Efter genomförda översättningar (back-forward translation) jämförde och diskuterade de två översättarna ordval och innebörd i de olika versionerna tillsammans med en tredje person som har engelska som modersmål och god kunskap i svenska, med en fjärde person som är yrkesverksam klinisk psykolog i ett engelsktalande land och har svenska som modersmål, samt med en femte person som är certifierad engelska-svensk översättare. Efter diskussion utfördes smärre korrigeringar för att förbättra den svenska läsförståelsen utan att tappa ursprungsinnebörden. Den svenska översättningen testades på en grupp bestående av 12 kuratorer och psykologer innan pilotstudien genomfördes. Resultatet påvisade inga oklarheter kring den svenska översättningen.

Demografiska faktorer och utbildningsfaktorer

Deltagarnas kön kodades som man; kvinna; icke-binär/tredje kön; vill ej ange. Deltagarnas ålder kategoriserades som 6 grupper (18-24; 25-34; 35-44; 45-54; 55-65; 65 år eller äldre). Typ av grundprofession (förkortas *grundprof*) kategoriserades som: leg. psykolog (förkortas *leg psyk*); socionom och/eller leg. hälso och sjukvårdskurator (förkortas *soc/leg kur*); annan legitimerad profession inom sjukvården, t ex läkare, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut (förkortas *annan leg prof*); annan grundprofession som ej har sjukvårdslegitimation, t ex präst eller diakon (förkortas *prof utan leg*). Deltagarna kunde välja en eller flera examina som alternativ. Då kuratorer inom sjukvården fick legitimationsstatus först 2019 och övergångsregler för legitimation fortfarande gäller (Socialstyrelsen 2023) kategoriserades socionom och leg. hälso-och sjukvårdskurator som samma grupp.

Inriktning som bäst beskriver deltagares grundläggande psykoterapiutbildning (förkortas *steg 1*) kodades som psykodynamisk psykoterapi (förkortas *PDT*); kognitiv beteendeterapi (förkortas *KBT*); integrativ PDT och KBT (förkortas *int PDT/KBT*); familje- och systemorienterad psykoterapi (förkortas *familj*); annan inriktning t ex existentiell

psykoterapi; jag har ingen steg1-utbildning (exklusionskriterier). Deltagare med flera grundläggande psykoterapiinriktningar slogs i analysen samman till en kategori (förkortas *flera steg 1*).

Dataanalys

Tre negativt formulerade frågor (attitydfråga 12 samt genomförbarhetsfråga 3 och 4) kodades omvänt i enlighet med tidigare användning av formuläret (Oxhandler, 2019). Deskriptiva analyser genomfördes för att erhålla medelvärden och standardavvikelser för kontinuerliga variabler. Medelvärde per fråga på RSIPAS fyra delskalor beräknades. Formuläret analyserades med Cronbachs alfa för att beräkna intern konsistens för hela skalan samt för de fyra delskalorna. För att undersöka normalitet utfördes Kolmogorov Smirnovs test och Shapiro Wilks test, vilka indikerade normalfördelade data för RSIPAS_{total}.

För att undersöka om demografiska faktorer och utbildningsfaktorer kunde predicera skattningar på RSIPAS_{total} genomfördes en hierarkisk multipel regressionsanalys. Oberoende kategoriska variabler omkodades till dummyvariabler innan testet genomfördes. I enlighet med rekommendation från Pallant (2020) användes inställningarna "Exclude Cases Pairwise" och "Outliers Outside 3 Standard Deviations." En outlier hittades, men värden enligt Cook's Distance samt Mahalanobis Distance var inom acceptabel nivå (Pallant, 2020). Analysen innehöll inga multikollinära data. I den multipla hierarkiska regressionen lades grundprofession in i steg 1, inriktning på grundläggande psykoterapiutbildning i steg 2, ålder i steg 3 och kön i steg 4 som oberoende variabler (metod enter). Som konstant användes leg. psykolog med KBT som grundläggande psykoterapiutbildning, 25-34 år, man.

För att jämföra resultaten från RSIPAS_{total} mellan amerikanska och svenska behandlare genomfördes ett Student's t-test (oberoende t-test). Effektstorlek beräknades med Hedge's g. Deskriptiva och inferentiella analyser genomfördes med SPSS version 29, utom t-test som beräknades med hjälp av Software Ltd. Comparison of Means Calculator, <https://www.medcalc.org-/calc/comparison-of-means.php> (Version 20.305; accessed May 1, 2023) och effektstorlek som beräknades med Hedge's g genom Social Science Statistics onlinetjänst, <https://www.socscistatistics.com-/effectsize/-default3.aspx>. Dataanalyser genomfördes på signifikansnivå $\alpha = 0,5$.

Bortfallsanalys

Data saknas för att avgöra om pilotstudiens deltagare (n=77) var representativa för samtliga svenska psykoterapeutstudenter (n=331) avseende kön, ålder, grundprofession och inriktning på grundläggande psykoterapiutbildning. Det interna bortfallet var större för delskalorna i slutet av enkäten. För RSIPAS delskala 1 (egen förmåga) var bortfallet 0%, för delskala 2 (attityder) 5,2%, för delskala 3 (upplevd genomförbarhet) 6,5% samt för delskala 4 (beteende) 9,1 %, förutom för frågorna 5 och 6 där bortfallet var 10,4 %.

Etik

Pilotstudien genomfördes i enlighet med etiska principer för svensk forskning enligt Bryman (2011). Konfidentialitetskravet (Bryman, 2011) tillgodosågs genom att data samlades

in via en anonym, icke spårbar webblänk (ingen registrering av respondenternas IP-adress, platsdata eller kontaktinfo) till webbenkätprogrammet Qualtrics. Ålderskluster samt kluster av i sammanhanget ovanliga grundprofessioner (annan leg profession inom sjukvård; annan grundprofession som ej har sjukvårdsleg.) tillämpades för att ytterligare säkerställa anonymisering av deltagarna. Samtyckeskravet och informationskravet (Bryman, 2011) tillgodosågs genom att deltagarna fick tillträde till enkäten först efter att de i Qualtrics tagit ställning till information om studiens syfte, försäkran om anonymitet, samt lämnat sitt samtycke till frivilligt deltagande. I enlighet med nyttjandekravet (Bryman, 2011) användes insamlade data enbart i forskningssyfte.

Resultat

Intern konsistens för svensk översättning av RSIPAS

Cronbachs alfa indikerar god intern konsistens för RSIPAS_{total} och dess fyra delskalor i den aktuella pilotstudien. Värdet över .7 ses som acceptabla, men värden över .8 är att föredra (Pallant, 2020). Se tabell 2 för intern konsistens (Cronbachs α).

Deskriptiv beskrivning av RSIPAS hos svenska behandlare

I tabell 2 presenteras medelvärde (M), standardavvikelse (SD), normalfördelning (skewness and kurtosis) samt Cronbachs alfa för RSIPAS_{total} och dess fyra delskalor (1: Egen förmåga, 2: Attityder, 3: Upplevd genomförbarhet, 4: Beteenden). Som framgår finns avvikelser från normaliteten i skalorna jämfört med normalfördelning av skewness = 0 och kurtosis = 0 (Borg och Westerlund, 2020).

Kolmogorov Smirnovs test visade på icke-normal distribution i delskala 1; D (77) = 0.114, p = 0.015. och delskala 2; D (73) = 0.115, p = 0.017. Shapiro Wilks test visade på icke-normal distribution i delskala 2; W (73) = 0.913, p = 0.001. I delskala 1 och 2 upptäcktes tre outliers, se figur 1. Kolmogorov Smirnovs test indikerade normalfördelning för skalan som helhet (RSIPAS_{total}); D (69) = 0.105, p = 0.059. Även Shapiro Wilks test indikerade normalfördelning för skalan som helhet (RSIPAS_{total}); W (69) = 0.972, p = 0.120.

Tabell 2

Deskriptiv tabell för RSIPAS.

Mätinstrument	n	M	SD	Sk.	Ku.	α
RSIPAS _{total}	69	136.94	23.33	-.57	.78	.94
1 Egen förmåga	77	47.65	8.55	-.55	.41	.89
2 Attityder	73	48.70	8.01	-1.23	2.06	.89
3 Genomförbarhet	72	19.42	5.27	.10	-.89	.79
4 Beteenden	69	21.17	6.23	.47	.22	.85

Kommentar: Deskriptiv statistik för RSIPAS (total och de fyra delskalorna), antal deltagare (n), Medelvärde (M), standardavvikelse (SD), normalfördelning (skewness och kurtosis), och intern konsistens (Cronbachs α).

Figur 1 visar distribution av medelvärden per fråga för RSIPAS fyra delskalor. I delskala 1 (egen förmåga) värderade deltagarna sin förmåga att integrera religion och andlighet i behandling i den neutrala till positiva änden av skalan, med medelvärden motsvarande "varken eller" till "instämmer delvis" (M per fråga=3,67, SD=0,66).

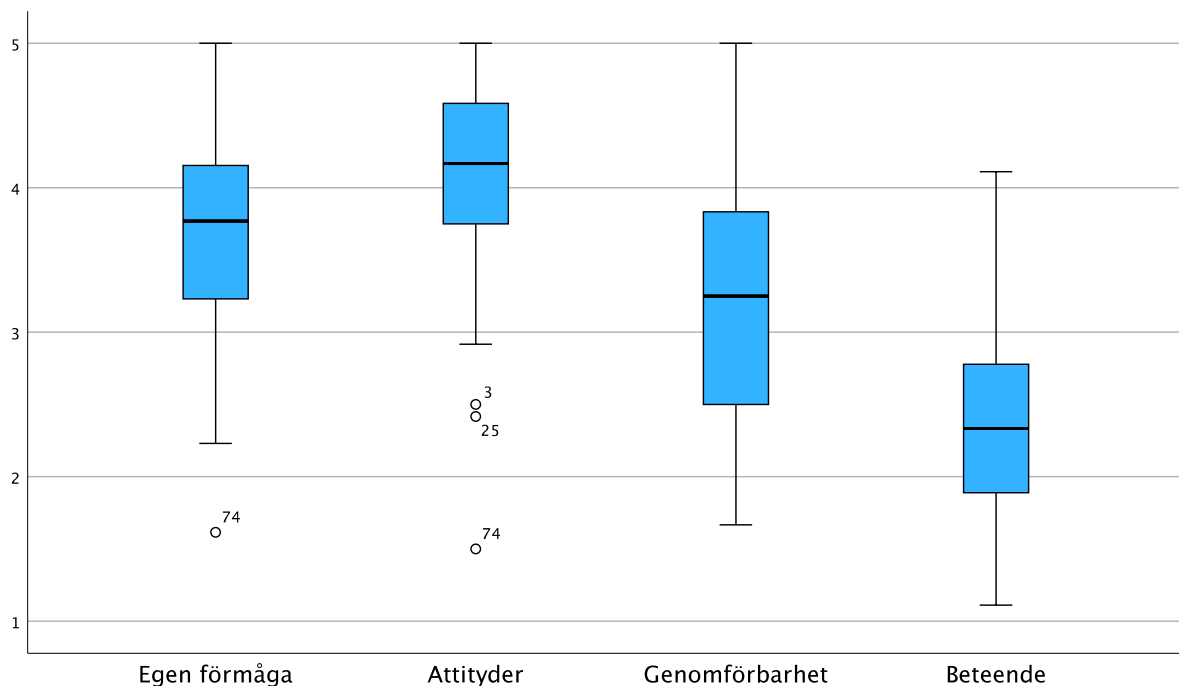
Delskala 2 (attityder) genererade högst skattningar, med ett medelvärde närmast motsvarande "instämmer delvis", (M per fråga=4,06, SD=0,67). Deltagarna förhöll sig mestadels positivt till delskalans påståenden som bland annat berörde vikten av att inkludera patientens andlighet och religiositet i bedömning och behandling, samt att lyhördhet inför patientens religiositet/andlighet förbättrar behandlingsarbetet.

I delskala 3 (upplevd genomförbarhet) ombads deltagarna bland annat värdera i vilken utsträckning de hade tillräckligt med tid och utbildning för att bedöma och integrera sina patienters religiositet och andlighet i behandling samt om de upplevde att deras arbetsplatser stöttade dem i denna aspekt. Medelvärde för delskalan motsvarade närmast "varken eller" (M per fråga=3,24, SD=0,88).

Delskala 4 (beteende) genererade mest svar på den negativa delen av skalan. Medelvärdet motsvarade närmast att behandlarna "sällan" ägnade sig åt att beteenden som indikerade att de införlivade patienters R/A i behandlingsarbetet (M per fråga=2,35, SD=0,69). Se figur 1 för distribution av medelvärden per fråga för RSIPAS fyra delskalor.

Figur 1

Minimumvärde, första kvartilen, medianvärde, tredje kvartilen, maximumvärde och outliers för samtliga deltagare (n=77) baserat på medelvärden per fråga för respektive av RSIPAS fyra delskalor.



I kategorin grundprofession var profession utan sjukvårdslegitimation den grupp som skattade högst på RSIPAS_{total}. medan leg. psykolog var den grupp som skattade lägst. Vad gäller inriktning på grundläggande psykoterapiutbildning var behandlare med flera steg 1-utbildningar den grupp som skattade högst på RSIPAS_{total} följt av behandlare med integrerad KBT/PDT-utbildning. Lägst skattningar på RSIPAS_{total} i samma kategori genererades av behandlare med KBT-inriktning. Ålderskategorin bestående av deltagare i åldern 35-44 år skattade högst på RSIPAS_{total} medan deltagare i åldern 25-34 år skattade lägst. Män skattade marginellt högre på RSIPAS_{total} jämfört med kvinnor. Se tabell 3a-3d för medelvärden och standardavvikelse för RSIPAS_{total} och dess 4 delskalor baserat på deltagarnas grundprofession, grundläggande psykoterapiutbildning, ålder och kön.

Tabell 3a

Medelvärden (M) och standardavvikelse (SD) för RSIPAS_{total} och 4 delskalor baserat på deltagarnas grundprofession

	Leg psyk n=12		Soc/leg kur n=45		Annan leg prof n=6		Grundprof utan leg n=6		Total n=69	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
RSIPAS _{total}	129,67	20,90	134,42	22,51	140,67	19,17	166,67	18,80	136,94	23,33
1 Egen förmåga	47,07	8,18	46,89	8,41	48,67	4,72	51,89	11,48	47,65	8,55
2 Attityder	48,00	7,44	47,64	7,94	48,50	10,45	56,13	2,90	48,70	8,01
3 Genomförbarhet	16,50	5,27	19,20	4,91	20,00	4,90	24,63	4,47	19,42	5,27
4 Beteende	19,25	6,52	20,29	5,46	23,50	5,32	29,33	6,41	21,17	6,23

Tabell 3b

Medelvärden (M) och standardavvikelse (SD) för RSIPAS_{total} och 4 delskalor baserat på deltagarnas grundläggande psykoterapiutbildning

	PDT n=18		KBT n=27		Int KBT/PDT n=9		Familj n=12		Flera steg1 n=3		Total n=69	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
RSIPAS _{total}	141,61	16,12	125,85	25,83	146,89	21,88	139,75	15,34	167,67	25,54	136,94	23,33
1 Egen förmåga	48,95	7,84	45,00	9,59	50,27	7,73	47,33	5,11	55,75	8,42	47,65	8,55
2 Attityder	50,06	5,21	46,38	9,52	49,20	9,11	50,25	5,56	53,50	8,51	48,70	8,01
3 Genomförbarhet	20,11	5,08	17,76	5,28	19,89	5,01	20,42	4,48	24,25	6,75	19,42	5,27
4 Beteende	21,61	4,42	18,89	6,35	24,33	7,25	21,75	5,40	27,33	9,07	21,17	6,23

Tabell 3c*Medelvärden (M) och standardavvikelse (SD) för RSIPAS_{total} och 4 delskalor baserat på deltagarnas ålder*

	25-34 n= 4		35-44 n=26		45-54 n=35		55-64 n:=4		Total n=69	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
RSIPAS _{total}	132,75	29,056	141,19	26,571	134,17	21,469	137,75	10,813	136,94	23,331
1 Egen förmåga	48,00	8,27	48,54	9,45	47,05	8,24	46,80	7,86	47,65	8,55
2 Attityder	48,50	12,34	49,48	7,76	48,24	8,18	48,00	5,48	48,70	8,01
3 Genomförbarhet	17,25	8,34	19,92	5,56	19,42	4,84	18,25	5,56	19,42	5,27
4 Beteende	22,75	7,50	22,27	7,58	20,17	5,18	21,25	3,95	21,17	6,23

Tabell 3d*Medelvärden (M) och standardavvikelse (SD) för RSIPAS_{total} och 4 delskalor baserat på deltagarnas kön*

	Man n=16		Kvinna n=53		Total n=69	
	M	SD	M	SD	M	SD
RSIPAS _{total}	137,63	29,189	136,74	21,584	136,94	23,331
1 Egen förmåga	47,22	9,84	47,78	8,20	47,65	8,55
2 Attityder	46,65	10,97	49,32	6,87	48,70	8,01
3 Genomförbarhet	21,56	4,72	18,80	5,30	19,42	5,27
4 Beteende	21,75	7,99	21,00	5,67	21,17	6,23

Påverkan av behandlares demografi och utbildningsstatus avseende RSIPAS_{total}

En multipel hierarkisk regressionsanalys genomfördes för att undersöka om de oberoende variablerna kön, ålder, typ av grundprofession och inriktning på grundläggande psykoterapiutbildning kunde predicera den beroende variabeln RSIPAS_{total}. Regressionsmodellen i steg 1 visade att grundprofession signifikant kunde predicera RSIPAS_{total}, $F(3, 65) = 4,536$, $p < .006$, justerad $R^2 = 0,14$. Grundprofession förklarade 17 % av variansen på RSIPAS_{total}. I steg 2 lades inriktning på grundläggande psykoterapiutbildning till. Variablerna grundprofession och inriktning på grundläggande psykoterapiutbildning kunde statistiskt signifikant förutse RSIPAS_{total}, $F(7, 61) = 4,365$, $p < .001$, justerad $R^2 = 0,26$ %. Inriktning på grundläggande psykoterapiutbildning förklarade 16 % av variansen på RSIPAS_{total}. I steg 3 och 4 lades ålder respektive kön till i regressionsmodellen, men dessa variabler hade ingen signifikant påverkan på RSIPAS_{total}. Se tabell 4 för summering av regressionsmodeller.

Tabell 4

Summering av regressionsmodeller för RSIPAS_{total}

Steg	Oberoende variabler	R	R ²	Justerad R ²	SEM	Förändring		
						R ² förändring	F förändring	Sig. F förändring
1	Grundprof.	.416 ^a	0,173	0,135	21,700	0,173	4,536	0,006**
2	Grundprof., steg 1	.578 ^b	0,334	0,257	20,108	0,161	3,676	0,010*
3	Grundprof., steg 1, ålder	.590 ^c	0,348	0,236	20,393	0,015	0,435	0,728
4	Grundprof., steg 1, ålder, kön	.591 ^d	0,350	0,224	20,548	0,001	0,126	0,724

a. Prediktorer: (Konstant= leg psyk); prof utan leg; annan leg prof; soc/leg kur.

b. Prediktorer: (Konstant=leg psyk, KBT); prof utan leg.; annan leg prof, soc/leg kur.

c. Prediktorer: (Konstant= leg psyk, KBT, 25-34 år); prof utan leg; annan leg prof; soc/leg kur.

d. Prediktorer: (Konstant= leg. psyk, KBT, 25-34 år, man); prof. utan leg; annan leg prof; soc/leg kur.

**= $p < .01$, *= $p < .05$.

Psykoterapeutiska behandlare med grundprofession som inte hade legitimation inom sjukvårdande yrke var den grupp av professioner som var mest benägen att integrera frågor om religion/andlighet i behandlingsarbetet, med en signifikant skillnad gentemot leg. psykologer som var den profession som skattade lägst på RSIPAS_{total}. Vad gäller inriktning på grundläggande psykoterapiutbildning (steg 1) skattade KBT-behandlare signifikant lägre på RSIPAS_{total} jämfört med behandlare med PDT-inriktning, flera grundläggande psykoterapiutbildningar samt integrerad KBT/PDT-inriktning. I tabell 5 visas steg 4 i regressionsmodellen för att åskådliggöra koefficienter och signifikansvärden för samtliga oberoende variabler (grundprofession, grundläggande psykoterapiutbildning, ålder och kön). Steg 2 i regressionen är dock det mest signifikanta steget enligt justerad R², se tabell 4.

Tabell 5

Koefficienter och signifikansvärde för hierarkisk multipel regression, steg 4. Beroende variabel: RSIPAS_{total}

Oberoende variabler	Ostandardiserade koefficienter		Standardiserade koefficienter	Sig.	95 % konfidensintervall för B	
	B	SEM	β		Nedre gräns	Övre gräns
(Constant) = leg psyk, steg 1 KBT, 25-34 år, man	125,77	10,20		0,001	105,34	146,20
Soc/leg kur	6,02	7,12	0,13	0,401	-8,24	20,28
annan leg prof	11,35	11,32	0,13	0,320	-11,31	34,01
prof utan leg	32,13	10,16	0,45	0,003**	11,79	52,48
PDT	18,08	7,13	0,34	0,014*	3,80	32,36
Int KBT/PDT	22,90	8,14	0,35	0,007**	6,60	39,19
Familj	10,90	7,70	0,17	0,162	-4,52	26,31
Flera steg 1	28,38	12,27	0,27	0,024*	3,80	52,95
35-44 år	-5,24	10,45	-0,11	0,618	-26,16	15,68
45-54 år	-6,90	10,57	-0,15	0,517	-28,07	14,27
55-64 år	-16,11	15,96	-0,17	0,317	-48,06	15,85
kvinnor	-2,21	6,23	-0,04	0,724	-14,69	10,27

Kommentar: **= p<.01, *= p<.05.

Justerad R₂= .224, n=69.

Jämförelse av resultat från RSIPAS mellan amerikanska och svenska behandlare

Ett oberoende t-test genomfördes för att jämföra RSIPAS_{total} mellan pilotstudiens deltagare och deltagare från en studie genomförd i USA av Oxhandler (2019). Den amerikanska studien bestod av 457 leg. psykologer, kliniska socialarbetare, familjerådgivare och kuratorer (Professional Counselors) som var registrerade i Texas State Board år 2015 (Oxhandler, 2019). Resultatet visade att deltagarna i den amerikanska studien skattade signifikant högre på RSIPAS_{total} (M = 153,71, SD = 20,97) jämfört med de svenska deltagarna i pilotstudien (M = 136,94, SD = 23,33); $t(524) = -6.099$, $p < 0,001$, 95 % KI [-22.1721, -11.3679]. Effektstorleken var medelstor (Hedge's $g = 0,79$). Resultatet indikerade att amerikanska behandlare var mer positivt orienterade gentemot att integrera religiösa och andliga frågor i behandlingsarbetet än svenska psykoterapeutiska behandlare. Se tabell 6 för medelvärden och standardavvikelser för svenska psykoterapeutiska behandlare och amerikanska behandlare med olika grundprofession.

Vid jämförelse mellan två mer homogena professioner genomfördes även ett oberoende t-test mellan den aktuella studiens deltagare av leg. psykologer och ett amerikanskt stickprov av leg. psykologer från en studie genomförd av Oxhandler & Parrish (2018). Det amerikanska stickprovet bestod av 100 psykologer registrerade i Texas State Board år 2015 (Oxhandler & Parrish, 2018). Resultatet visade att deltagarna i det amerikanska stickprovet av psykologer skattade signifikant högre på RSIPAS_{total} (M = 151,64, SD = 18,3) jämfört med deltagarna i det svenska stickprovet av psykologer (M = 129,67, SD = 20,9); $t(110) = -3.871$, $p < 0,001$, 95 % KI [-33.2169, -10.7231]. Effektstorleken var stor (Hedge's $g = 1.18$). Resultatet indikerade att amerikanska leg. psykologer var mer positivt orienterade gentemot att integrera religiösa och andliga frågor i behandlingsarbetet än svenska leg. psykologer. Se tabell 6 för medelvärden och standardavvikelser för svenska leg. psykologer och amerikanska leg. psykologer.

Tabell 6

Medelvärden (M) och standardavvikelse (SD) för RSIPAS_{total} och 4 delskalor för samtliga svenska deltagare, för amerikanska deltagare med olika grundprofessioner (Oxhandler, 2019), samt för svenska leg. psykologer och för amerikanska leg. psykologer (Oxhandler & Parrish, 2018).

	Svenska samtliga n = 69		Behandlare USA n = 457	
	M	SD	M	SD
RSIPAS _{total}	136,94	23,33	153,71	20,97
delskala 1 egen förmåga	47,65	8,55	52,53	7,47
delskala 2, attityder	48,70	8,01	48,92	6,47
delskala 3, genomförbarhet	19,42	5,27	22,85	4,54
delskala 4, beteende	21,17	6,23	28,90	6,74
	Svenska leg. psyk. n = 12		USA leg psyk. n = 100	
	M	SD	M	SD
RSIPAS _{total}	129,67	20,90	151,64	18,30
delskala 1 egen förmåga	47,07	8,18	52,52	7,27
delskala 2, attityder	48,00	7,44	48,07	5,59
delskala 3, genomförbarhet	16,50	5,27	23,30	3,40
delskala 4, beteende	19,25	6,52	27,75	5,98

Diskussion

Pilotstudiens övergripande syfte var att beskriva hur kliniskt verksamma behandlare med grundläggande psykoterapiutbildning förhåller sig till att integrera religiösa och andliga frågor i den psykoterapeutiska behandlingen. Då det inte finns bedömningsinstrument validerade för svenska förhållanden översattes formuläret The Religious/Spiritually-Integrated Practice Assessment scale (RSIPAS; Oxhandler, 2019) till svenska. Den svenska översättningen av RSIPAS visar god intern konsistens. Ytterligare analyser avseende dimensionalitet, reliabilitet och validitet bör dock genomföras av den svenska översättningen av RSIPAS för att säkerställa dess psykometriska kvalitet (Koenig & Al Zaben, 2021).

Den aktuella pilotstudiens resultat visar att svenska psykoterapeutiska behandlare var övervägande positiva i sina attityder till att integrera religion och andlighet i behandling, med ett medelvärde för delskala 2 som närmast motsvarade ”instämmer delvis”. Däremot visar resultaten att behandlarna i praktiken sällan ägnade sig åt dessa frågor. Resultatet stämmer väl överens med tidigare forskning från både Norge (Mandelkow et al., 2021) och USA (Oxhandler & Parrish, 2018), som visat på en diskrepans mellan attityder och faktiska beteenden i riktning mot att införliva frågor om religion och andlighet i behandling. Brist på utbildning kring hur frågor om hur andlighet kan adresseras i behandling, är en faktor som i amerikanska studier (Vieten & Lukoff, 2022; Oxhandler et al., 2019) och i norska studier (Mandelkow et al., 2021; Ulland & DeMarinis, 2014) angivits som en orsak till denna observerade diskrepans. Denna förklaring kan sannolikt generaliseras till svenska förhållanden.

Yrkesetiska principer för psykologer i Norden (1998) benämner specifikt religion som en av de kulturella mångfalder som ska respekteras, och vikten av att i patientmötet vara medveten om sina egna kulturella begränsningar. De relativt låga skattningarna avseende beteenden kan bero på att behandlare av hänsyn till patientens integritet inväntar att patienten själv lyfter frågan om sin religiositet/andlighet. Sådan försiktighet har uppmärksammats i tidigare studier (Oxhandler et al., 2019) och tycks hänga samma med en rädsla för att diskriminera patienter på grund av deras religion, eller för att misstänkas försöka omvända eller påverka patienter i deras religiösa ställningstaganden. Tvärtemot vad som verkar vara en vanlig intuitiv strategi hos behandlare, argumenterar Vieten et al. (2013) för att behandlaren aktivt ska ställa screeningfrågor om religiositet och andlighet eftersom patienter tenderar att undanhålla de aspekter av sitt liv som de inte är säkra på att behandlaren kommer att ta väl emot.

Vad gäller grundprofessionens påverkan på inställning till att integrera religion och andlighet i behandling, så visar resultaten från RSIPAS_{total} inte på några signifikanta skillnader mellan leg. psykologer, socionomer/leg. hälso- och sjukvårdskuratorer och övriga professioner med sjukvårdslegitimation. Gruppen ”annan grundprofession utan sjukvårdslegitimation” skilde dock ut sig genom en signifikant mer positiv orientering gentemot att integrera religion och andlighet i behandling. Resultatet är föga förvånande, då det kan antas att en del av denna grupp utgörs av präster och diakoner vars yrkesuppdrag inbegriper själavård på kristen grund, och där psykoterapeutisk utbildning kan ses som en möjlighet att fördjupa och komplettera sin kompetens (Okkenhaug, 2004). Medierande faktorer för denna kategori skulle eventuellt kunna vara de genomförandeaspekter som mäts i delskala 3 och inbegriper frågeställningar om huruvida behandlaren upplever sig ha tillräckligt med utbildning, nog med tid samt stöd på arbetsplatsen för att kunna integrera andlighet och religion i behandling. Resultaten bör med tanke på relativt låga förklaringsvärden tolkas med försiktighet, men ger ändå en indikation på samband mellan grundprofession och behandlares inställning till att lyfta in frågor om religion och andlighet i psykoterapeutisk behandling.

Pilotstudiens resultat visar vidare att behandlare med KBT som inriktning på grundläggande psykoterapiutbildning var mer avvaktande än behandlare med PDT-inriktning vad gäller att integrera religion och andlighet i behandling. Mest positiv orientering uppvisade

behandlare med integrativ psykoterapeutisk utbildning och behandlare med flera grundläggande psykoterapiutbildningar. Resultatet är i linje med en tysk studie (Hofmann & Walach, 2011) som konstaterat att KBT-terapeuter mer sällan än sina PDT-kollegor uppfattade att religion och andlighet var relevanta teman för deras patienter i behandlingsarbetet. Psykoterapeuter med integrativ inriktning var även den grupp i Hofmann och Walachs studie (2011) som i högst utsträckning uppfattade andlighet och religion som viktigt för sina patienter. I den tyska studien var dock den integrativa gruppen mer heterogen än i den aktuella pilotstudien, med exempelvis humanistisk terapiinriktning representerad (Hofmann & Walach, 2011), vilket i den studien antogs förklara den mer öppna inställningen till andlighet och religion i behandlingssituationen. Det är alltså tveksamt huruvida det sistnämnda är ett generaliserbart resultat, då antalet deltagare med integrerad grundläggande psykoterapiutbildning i den aktuella pilotstudien är få, och termen vagt definierad.

En förklaringsmodell som angivits till att frågor om andlighet och religion ges så litet utrymme inom KBT-traditionen, är att dess idéhistoriska rötter i logisk positivism format KBT till en terapiform med betoning på observerbara fakta och mätbara mål (Rosmarin et al., 2013). Skillnaderna mellan olika terapitraditioner bör inte överbetonas då förklaringsvärdet är relativt litet både i den aktuella pilotstudien och i Hoffmann och Walachs studie (2011). Enligt Hofmann och Walach är de starkaste prediktorerna psykoterapeutens personliga grad av religiöst/andligt engagemang, liksom i vilken utsträckning behandlaren fått utbildning rörande frågor om hur religion och andlighet samverkar med psykisk hälsa.

Amerikanska behandlare (Oxhandler, 2019) var mer positivt orienterade gentemot att integrera religion och andlighet i behandling, än svenska psykoterapeutiska behandlare. Resultatet var väntat, med tanke på att den amerikanska befolkningen i högre utsträckning än den svenska befolkningen värderar religion som viktigt (Inglehart et al., 2022) och egen religiositet i hög grad predicerar i vilken utsträckning psykoterapeutiska behandlare integrerar religion och andlighet i behandling (Cummings et al., 2014). Det kan noteras att de svenska behandlarna endast skattade marginellt lägre än de amerikanska avseende attityder. Resultatet antyder att svenska respektive amerikanska psykoterapeutiska behandlare värderar det som lika viktigt att integrera religion och andlighet i behandling, men att svenska behandlare ser fler hinder i genomförandet och mer sällan ägnar sig åt att diskutera dessa frågor med sina patienter. Det sistnämnda skulle kunna vara en följd av att svenska patienter mer sällan har behov av denna typ av interventioner. Möjligen kan det även finnas strukturella orsaker som bidrar till detta, som att det i USA på organisatorisk nivå förordas att sjukvårdspersonal och socialarbetare rutinemässigt ställer frågor om trostillhörighet till patienter i syfte att stödja deras andliga hälsa (Hodge, 2006). Socialstyrelsen (2013) rekommenderar förvisso att vårdpersonal uppmärksammar och stödjer patienters existentiella behov vid vård i livets slutskede. I övriga delar av svensk sjukvård tycks det existentiella perspektivet inte vara påbjudet på samma sätt, vilket skulle kunna vara en delförklaring till varför svenska psykoterapeutiska behandlare är mindre förtrogna med att lyfta religiösa och andliga frågor i behandling. I arbetet med patienter för vilka religiös/andlig bakgrund och trosutövning är viktiga aspekter av deras liv, kan detta innebära att psykoterapeuten missar relevanta perspektiv i konceptualiseringen.

Pilotstudiens begränsningar

Ett frågeformulärs validitet är beroende av att översättningen är anpassad för den kulturella kontext där den är avsedd att användas (Koenig och Al Zaben, 2021). Den svenska översättningen av RSIPAS kan ha medfört förskjutningar rörande innebörden i centrala begrepp som påverkar tolkningen av resultatet. Exempelvis kan termen ”existentiell” anses mer

gångbar och inkluderande i en skandinavisk kontext än engelskans ”spiritual” som i denna pilotstudie översätts med ”andlig” (Hvidt et al., 2022).

Pilotstudien har vidare begränsningar som bör beaktas när resultaten tolkas och generaliseras. Resultatet kan ha påverkats av *selection bias* på grund av ett snedvridet urval av deltagare, då de som svarat på enkäten i högre utsträckning kan vara intresserade av frågor om religion och andlighet än den genomsnittlige psykoterapeutiske behandlaren. Det är vidare en metodologisk brist att det finns en oklarhet kring om urvalet av olika grundprofessioner är representativt för samtliga studenter på psykoterapeutprogrammen. Beroende på hur utbildningsanordnarna har presenterat möjligheten att delta i pilotstudien för sina respektive studenter, kan urvalet representera vissa lärosäten mer än andra, vilket i sin tur kan ha påverkat fördelningen av antalet svaranden med olika grundprofession och psykoterapiinriktning.

Pilotstudiens externa validitet kan vara begränsad då det kan diskuteras om dess deltagare är representativa för gruppen ”kliniskt verksamma behandlare med grundläggande psykoterapiutbildning”. Pilotstudiens deltagare har påbörjat sin utbildning till legitimerade psykoterapeuter och har således en högre utbildningsnivå än behandlare med enbart grundläggande psykoterapiutbildning. Antalet legitimerade psykologer i pilotstudien är få med tanke på att professionen troligen är den till antalet största yrkeskategorin i gruppen kliniskt verksamma behandlare med grundläggande psykoterapiutbildning. Att pilotstudien även omfattar professioner som potentiellt är verksamma inom icke-kliniska fält som exempelvis civila eller religiösa organisationer visar på mångfalden inom det psykoterapeutiska arbetet men bidrar samtidigt till en spretighet i resultaten som minskar pilotstudiens generaliserbarhet avseende kliniskt verksamma behandlare.

Att analysera ett litet stickprov med multipel regressionsanalys innebär en osäkerhet avseende resultatens generaliserbarhet, i synnerhet när flera oberoende variabler ingår i analysen (Pallant, 2020). Osäkerheten förstärks ytterligare av att den beroende variabeln var en ordinalskala (Borg och Westerlund, 2020). Detta innebär att den aktuella pilotstudiens resultat ska tolkas och generaliseras med försiktighet.

Pedagogiska implikationer och förslag på framtida forskning

Den svenska befolkningen må vara ett av världens minst religiöst orienterade folk (Inglehart et al., 2022). Även i ett sekulärt land som Sverige finns dock grupper för vilka religiösa och andliga frågor är centrala, och som potentiellt kan vara behjälpta av att dessa aspekter uppmärksammas i psykoterapeutisk behandling (Lilja et al., 2016). Fler studier efterfrågas som undersöker hur patienter med olika religiös bakgrund i Sverige upplever att behandlare integrerar relevanta aspekter av deras trospraktik.

Den aktuella pilotstudiens resultat visar att svenska psykoterapeutiska behandlare tycker det är relevant att möta patienters religiösa och andliga behov, men rapporterar viss tveksamhet kring genomförbarhet och faktiska beteenden i riktning mot att integrera religion och andlighet i behandling. Denna diskrepans kan eventuellt förklaras av att utbildningen brister i att ge blivande svenska psykoterapeuter kunskap avseende integrering av religiösa och andliga frågor. En systematisk översikt (Jones et al., 2021) visar att utbildningsinsatser riktade mot sjukvårdspersonal i syfte att öka deras kompetens kring andliga/religiösa frågor, leder till ökad frekvens av screening avseende patienters andliga hälsa samt ökad förmåga att förstå och fånga upp religiösa/andliga referenser. Enligt Rosmarin et al. (2013) bryter utbildning inom religion och andlighet det starka sambandet mellan egen religiositet och benägenhet att integrera frågorna i behandling. Behandlare som själva inte är troende men som fått utbildning kring att integrera religion och andlighet i behandling, verkar vara likna benägna som troende behandlare att lyfta de aspekter av sina patienters liv som berör religion och andlighet

(Rosmarin et al., 2013). En implikation av pilotstudiens resultat kan därför vara att öka tillgången till utbildning för psykoterapeutiska behandlare avseende evidensbaserade metoder för att lyfta in religiositet och andlighet vid psykiatriskt anamnestagande och psykoterapeutisk behandling. Ökad kunskap hos behandlare kring dessa teman skulle potentiellt kunna bidra till förbättrad terapeutisk allians i psykoterapeutisk behandling med de patienter för vilka religion och andlighet är centrala aspekter (Terepka & Hatfield, 2020; Trusty et al., 2022). För framtiden vore det önskvärt att fler studier genomfördes i svensk kontext för att mäta svenska behandlares inställning till att integrera religion och andlighet i behandling och hur deras uppfattning påverkas av riktade utbildningsinsatser i ämnet. Vidare kan framtida studier undersöka vilken efterfrågan som finns hos behandlare avseende utbildningsinsatser rörande religion och andlighet i psykoterapeutisk behandling.

Slutsats

Pilotstudiens resultat indikerar att svenska psykoterapeutiska behandlare har en positiv inställning till att integrera frågor som berör religion och andlighet i behandling. Behandlarna tenderade dock att sällan omsätta sina ställningstaganden i praktiken. Svenska psykoterapeutiska behandlare rapporterade större hinder avseende genomförande samt lägre frekvens av beteenden i riktning mot att integrera religion och andlighet i behandling, jämfört med amerikanska behandlare. De kulturella skillnaderna mellan USA och Sverige är stora, och fler studier behövs i svensk kontext avseende att integrera religion och andlighet i psykoterapeutisk behandling. En implikation av pilotstudiens resultat är att utbildning kring evidensbaserade metoder för att lyfta in frågor om religion och andlighet vid psykiatriskt anamnestagande och psykoterapeutisk behandling kan öka behandlares kompetens på området.

Referenser

- American Psychiatric Association. (2013b). *Supplementary modules to the core cultural formulation interview*. <https://www.psychiatry.org/getmedia/aca8f5a2-9b1b-456c-a3b7-f7f852edcf7c/APA-DSM5TR-CulturalFormulationInterviewSupplementaryModules.pdf>
- Borg, E., Westerlund, J. (2020) *Statistik för beteendevetare*. Liber.
- Bryman, A. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Liber.
- Cummings, J. P., Ivan, M. C., Carson, C. S., Stanley, M. A., & Pargament, K. I. (2014). A systematic review of relations between psychotherapist religiousness/spirituality and therapy-related variables. *Spirituality in Clinical Practice, 1*(2), 116–132. <https://doi.org/10.1037/scp0000014>
- Delaney, H. D., Miller, W. R., & Bisonó, A. M. (2007). Religiosity and Spirituality Among Psychologists: A Survey of Clinician Members of the American Psychological Association. *Professional Psychology: Research and Practice, 38*(5), 538–546. Scopus. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.5.538>
- Exline, J. (2013). Religious and Spiritual Struggles. I Pargament (red) *APA handbook of Psychology, Religion and Spirituality: Vol. 1. Context, Theory and Research* (s 459-469). American Psychological Association.
- Frazier, R. E., & Hansen, N. D. (2009). Religious/spiritual psychotherapy behaviors: Do we do what we believe to be important? *Professional Psychology: Research and Practice, 40*(1), 81–87. <https://doi.org/10.1037/a0011671>
- Frøkedal, H., Sørensen, T., Ruud, T., DeMarinis, V., & Stifoss-Hanssen, H. (2019). Addressing the existential dimension in treatment settings: Mental health professionals' and healthcare chaplains' attitudes, practices, understanding and perceptions of value. *Archive for the Psychology of Religion, 41*(3), 253–276. <https://doi.org/10.1177/0084672419883345>
- Gall, T. och Younger M. (2013). Religious and Spiritual Coping: Current Theory and Research. I Pargament (red) *APA Handbook of Psychology, Religion and Spirituality. Vol. 1. Context, Theory and Research* (s 349- 364) American Psychological Association.
- Hodge, D. R. (2006). A Template for Spiritual Assessment: A Review of the JCAHO Requirements and Guidelines for Implementation. *Social Work, 51*(4), 317–326. <https://doi.org/10.1093/sw/51.4.317>
- Hofmann, L., & Walach, H. (2011). Spirituality and religiosity in psychotherapy – A representative survey among German psychotherapists. *Psychotherapy Research, 21*(2), 179–192. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.536595>
- Hvidt, N. C., Assing Hvidt, E., & la Cour, P. (2022). Meanings of “the existential” in a Secular Country: A Survey Study. *Journal of Religion and Health, 61*(4), 3276–3301. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01253-2>
- Jones, K. F., Paal, P., Symons, X., & Best, M. C. (2021). The Content, Teaching Methods and Effectiveness of Spiritual Care Training for Healthcare Professionals: A Mixed-Methods Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management, 62*(3), e261–e278. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.03.013>
- Koenig, H.G., King D.E., Carson, V.B., (2012). *Handbook of Religion and Health*. 2:nd Edition. Oxford University Press.
- Koenig, H. G., Al-Zaben, F., & VanderWeele, T. J. (2020). Religion and Psychiatry: Recent Developments in Research. *BJPsych Advances, 26*(5), 262–272. <https://doi.org/10.1192/bja.2019.81>

- Koenig, H. G., & Al Zaben, F. (2021). Psychometric Validation and Translation of Religious and Spiritual Measures. *Journal of Religion and Health, 60*(5), 3467–3483.
<https://doi.org/10.1007/s10943-021-01373-9>
- Leurent, B., Nazareth, I., Bellón-Saameño, J., Geerlings, M.-I., Maarros, H., Saldivia, S., Švab, I., Torres-González, F., Xavier, M., & King, M. (2013). Spiritual and religious beliefs as risk factors for the onset of major depression: An international cohort study. *Psychological Medicine, 43*(10), 2109–2120.
<https://doi.org/10.1017/S0033291712003066>
- Lilja, A., DeMarinis, V., Lehti, A., & Forssén, A. (2016). Experiences and explanations of mental ill health in a group of devout Christians from the ethnic majority population in secular Sweden: A qualitative study: Table 1. *BMJ Open, 6*(10), e011647.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011647>
- Mandelkow, L., Frick, E., Büsing, A., & Reme, S. E. (2021). Norwegian psychotherapy: Religiosity gap and spiritual care competence. *Journal of Spirituality in Mental Health, 1–22*. <https://doi.org/10.1080/19349637.2021.1938343>
- Milner, K., Crawford, P., Edgley, A., Hare-Duke, L., & Slade, M. (2020). The experiences of spirituality among adults with mental health difficulties: A qualitative systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 29*, e34.
<https://doi.org/10.1017/S2045796019000234>
- Moreira-Almeida, A., Sharma, A., van Rensburg, B. J., Verhagen, P. J., & Cook, C. C. H. (2016). WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. *World Psychiatry, 15*(1), 87–88. <https://doi.org/10.1002/wps.20304>
- Okkenhaug, B. (2004). *Själavård. En grundbok*. Libris.
- Oxhandler, H. K., & Parrish, D. E. (2016). The Development and Validation of the Religious/Spiritually Integrated Practice Assessment Scale. *Research on Social Work Practice, 26*(3), 295–307. <https://doi.org/10.1177/1049731514550207>
- Oxhandler, H. K. (2017). Namaste Theory: A Quantitative Grounded Theory on Religion and Spirituality in Mental Health Treatment. *Religions, 8*(9), Article 9.
<https://doi.org/10.3390/rel8090168>
- Oxhandler, H. K., & Pargament, K. I. (2018). Measuring religious and spiritual competence across helping professions: Previous efforts and future directions. *Spirituality in Clinical Practice, 5*(2), 120–132. <https://doi.org/10.1037/scp0000149>
- Oxhandler, H. K., & Parrish, D. E. (2018). Integrating clients' religion/spirituality in clinical practice: A comparison among social workers, psychologists, counselors, marriage and family therapists, and nurses. *Journal of Clinical Psychology, 74*(4), 680–694.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22539>
- Oxhandler, H. K., Polson, E. C., & Andrew Achenbaum, W. (2018). The religiosity and spiritual beliefs and practices of clinical social workers: A national survey. *Social Work (United States), 63*(1), 47–55. <https://doi.org/10.1093/sw/swx055>
- Oxhandler, H. K. (2019). Revalidating the Religious/Spiritually Integrated Practice Assessment Scale With Five Helping Professions. *Research on Social Work Practice, 29*(2), 223–233. <https://doi.org/10.1177/1049731516669592>
- Oxhandler, H. K., Moffatt, K. M., & Giardina, T. D. (2019). Clinical helping professionals' perceived support, barriers, and training to integrate clients' religion/spirituality in practice. *Spirituality in Clinical Practice, 6*(4), 279–291.
<https://doi.org/10.1037/scp0000189>
- Oxhandler, H. K., Pargament, K. I., Pearce, M. J., Vieten, C., & Moffatt, K. M. (2021). Current Mental Health Clients' Attitudes Regarding Religion and Spirituality in Treatment: A National Survey. *Religions, 12*(6), 371
<https://doi.org/10.3390/rel12060371>

- Pallant, J. (2020). *SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis using IBM SPSS*. Open University Press.
- Pargament, K. M. (2013). From Research to Practice: Toward an Applied Psychology of Religion and Spirituality. In Pargament (ed.) *APA handbook of Psychology, Religion and Spirituality: Vol. 2. An applied Psychology of Religion and Spirituality*. (s 3-22). American Psychological Association.
- Rosmarin, D. H., Green, D., Pirutinsky, S., & McKay, D. (2013). Attitudes toward spirituality/religion among members of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(6), 424–433. <https://doi.org/10.1037/a0035218>
- Socialstyrelsen. (2020, februari). <https://legitimation.socialstyrelsen.se/legitimation/utbildad-i-sverige/halso-och-sjukvardskurator-utbildad-i-sverige/>
- Socialstyrelsen. (2013) Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede, vägledning, rekommendationer och indikatorer
- Sveriges psykologförbund (1998). Yrkesetiska principer för psykologer i Norden. <https://www.psykologforbundet.se/globalassets/yrket/yrkesetiska--principer-for-psykologer-i-norden.pdf>
- Terepka, A., & Hatfield, D. R. (2020). Effects of assessing religious beliefs in initial sessions on aspects of the therapeutic alliance. *Spirituality in Clinical Practice*, 7(1), 3–17. <https://doi.org/10.1037/scp0000213>
- Thurfjell, D. (2019). *Det gudlösa folket. De postkristna svenskarna och religionen*. Norstedts.
- Trusty, W. T., Swift, J. K., Black, S. W., Dimmick, A. A., & Penix, E. A. (2022). Religious microaggressions in psychotherapy: A mixed methods examination of client perspectives. *Psychotherapy*, 59(3), 351–362. <https://doi.org/10.1037/pst0000408>
- Ulland, D., & DeMarinis, V. (2014). Understanding and working with existential information in a Norwegian adolescent psychiatry context: A need and a challenge. *Mental Health, Religion & Culture*, 17(6), 582–593. <https://doi.org/10.1080/13674676.2013.871241>
- Vieten, C., Scammell, S., Pilato, R., Ammondson, I., Pargament, K. I., & Lukoff, D. (2013). Spiritual and religious competencies for psychologists. *Psychology of Religion and Spirituality*, 5(3), 129–144. <https://doi.org/10.1037/a0032699>
- Vieten, C., & Lukoff, D. (2022). Spiritual and religious competencies in psychology. *American Psychologist*, 77(1), 26–38. <https://doi.org/10.1037/amp0000821>
- Willman, T., Douce, T. B., & Bedi, R. (2022). Differences in religious and spiritual practice variables between Canadian counselors and psychologists. *Archive for the Psychology of Religion*, 1-18. <https://doi.org/10.1177/00846724221141738>
- Inglehart, R., C. Haerpfer, A. Moreno, C. Welzel, K. Kizilova, J. Diez-Medrano, M. Lagos, P. Norris, E. Ponarin & B. Puranen et al. (eds.). (2022). World Values Survey: Round Seven - Country-Pooled Datafile Version: <https://www.worldvaluessurvey.org/WVSDocumentationWV7.jsp>. Madrid: JD Systems Institute.

Bilaga A: Bedömningsformulär för religiöst/andligt integrerat behandlingsarbete

Varmt välkommen att delta i den här enkätstudien, vars syfte är att undersöka psykoterapeutiska behandlares syn på att uppmärksamma och lyfta in patienters religiositet och andlighet i psykoterapeutisk behandling. I enkäten benämns detta som ”religiöst/andligt integrerat behandlingsarbete”. Frågorna syftar på såväl religion i mer organiserad/traditionell form, som individens sökande efter existentiell mening eller kontakt med något som upplevs heligt. En del frågor kanske berör situationer som du inte har erfarenhet av, eller sällan har reflekterat kring. Försök att svara så gott du kan på frågorna, även om du är osäker eller inte har någon bestämd åsikt. All data i studien behandlas strikt konfidentiellt. Dina svar kommer inte att kunna kopplas till dig.

Del 1: Egen förmåga till religiöst/andligt integrerat behandlingsarbete

Vänligen välj det svarsalternativ som bäst överensstämmer med hur mycket du instämmer eller inte instämmer i påståendet. Instämmer inte alls/ instämmer delvis inte/ Varken eller/ Instämmer delvis/ Instämmer helt

1. Jag vet hur jag på ett kompetent sätt inhämtar information från mina klienter om deras religiösa/andliga övertygelser och trosutövning.
2. Jag uppfattar när mina klienter kämpar med sin religion/andlighet (t ex konflikt med hans/hennes högre makt, religiösa/andliga gemenskap, andliga övertygelser).
3. Jag vet vad jag ska göra om min klient tar upp tankar om att vara besatt av satan eller djävulen.
4. Jag tar i mitt arbete hänsyn till de unika behoven hos klienter med olika religiös/andlig bakgrund.
5. Jag kan avgöra när mina klienter använder positiva religiösa/andliga copingstrategier (t ex försöker hitta en andlig lärdom i det aktuella problemet).
6. Jag ser till att mina klienter har tillgång till religiösa/andliga resurser om de ser detta som en viktig aspekt av sin läkningsprocess (t ex religiös/andlig läsning, andlig rådgivning, kontaktinformation till lokala präster, eller en plats för bön eller gudstjänst).
7. Jag upplever att jag har färdigheter att diskutera mina klienters religiösa/andliga tillgångar.
8. Jag känner mig säker på min förmåga att integrera mina klienters religiösa/andliga övertygelse i deras behandling.
9. Jag vet när det är lämpligt att hänvisa min klient till andlig eller religiös rådgivning.
10. Jag upplever att jag har kompetens att diskutera mina klienters religiösa/andliga problem.
11. Jag kan avgöra när mina klienter använder negativa religiösa/andliga copingstrategier (t ex ser det aktuella problemet som ett straff från hans/hennes högre makt).
12. Jag vet vad jag ska göra när min klient har religiösa/andliga övertygelser som jag inte känner till.
13. Jag är bekväm med att diskutera mina klienters religiösa/andliga problem.

Del 2: Attityder till religiöst/andligt integrerat behandlingsarbete

Vänligen välj det svarsalternativ som bäst överensstämmer med hur mycket du instämmer eller inte instämmer i påståendet. Instämmer inte alls/ instämmer delvis inte/ Varken eller/ Instämmer delvis /instämmer helt

1. Det är viktigt att ha med klientens religiösa/ andliga tro i sin professionella bedömning.
2. Att integrera klientens religiösa/andliga behov under behandlingen bidrar till ett förbättrat behandlingsresultat.

3. Behandlare som tar sig tid att förstå sina klienters religiösa/andliga övertygelse visar större omsorg om klienternas välbefinnande än behandlare som inte tar sig tid att förstå sina klienters religiösa/andliga övertygelse.
4. Att integrera klientens religiösa/andliga övertygelse i behandlingen hjälper klienten att nå sina mål.
5. Jag är öppen för att lära mig om mina klienters religiösa/andliga övertygelse som kanske skiljer sig från min.
6. Att uppmärksamma klientens religiösa/andliga behov är förenligt med principen om att möta klienten där han/hon befinner sig.
7. Att vara lyhörd för klientens religiösa/andliga övertygelser förbättrar mitt behandlingsarbete.
8. Jag är öppen för att hänvisa mina klienter till religiös rådgivning/ själavård.
9. Att uppmärksamma klientens religiösa/andliga övertygelse är förenligt med min yrkesetiska kod.
10. Religiöst/andligt integrerade behandlingar som har empiriskt stöd är relevanta för min yrkesutövning.
11. Det finns en religiös/andlig dimension i det arbete jag utför.
12. Jag vägrar att arbeta inom mina klienters religiösa/andliga trossystem om det skiljer sig från mitt.

Del 3: Möjligheter att genomföra religiöst/andligt integrerat behandlingsarbete

Vänligen välj det svarsalternativ som bäst överensstämmer med hur mycket du instämmer eller inte instämmer i påståendet. Instämmer inte alls/ instämmer delvis inte/ Varken eller/ Instämmer delvis /instämmer helt

1. Jag har tillräckligt med tid för att bedöma mina klienters religiösa/andliga bakgrund.
2. Jag har tillräckligt med tid för att identifiera potentiella styrkor eller svårigheter relaterade till mina klienters religion/andlighet.
3. På min huvudsakliga arbetsplats finns inget stöd för att integrera religion/ andlighet i behandlingsarbetet.
4. Jag har inte tillräckligt med tid till att tänka på hur man kan införliva ett religiöst/andligt integrerat förhållningssätt i verksamheten.
5. Trots de många problem som behöver tas itu med i behandling finner jag ändå tid till att integrera mina klienters religion/andlighet om de uttrycker en preferens för detta.
6. Jag har fått tillräcklig utbildning för att kunna integrera mina klienters religion/andlighet i behandling.

Del 4: Hur ofta ägnar du dig åt religiöst/andligt integrerat behandlingsarbete?

Vänligen ange det svarsalternativ som bäst beskriver den frekvens med vilken du för närvarande ägnar dig åt religiöst/andligt integrerat behandlingsarbete.
Aldrig/sällan/ibland/ofta/mycket ofta

1. Jag rådgör med kollegor och handledare kring hur jag kan ta itu med klienters religiösa /andliga problem i behandling.
2. Jag läser på om sätt att integrera klientens religion/andlighet för att få vägledning kring beslut i min yrkesutövning.
3. Jag läser på om forskningsevidens avseende religion/andlighet och dess förhållande till hälsa för att få vägledning kring beslut i min yrkesutövning.
4. Jag involverar mina klienter i att avgöra om deras religiösa/andliga övertygelse ska integreras i behandlingen.

5. Jag använder empiriskt stödda interventioner som specifikt beskriver hur jag kan integrera mina klienters religion/andlighet i behandlingen.
6. Jag gör en biopsykosocial*andlig* bedömning med var och en av mina klienter.
7. Jag tipsar klienter om religiösa/andliga resurser om det har potential att hjälpa dem (t ex religiös/andlig läsning, kontaktinformation till lokala präster, eller en plats för bön/ gudstjänst).
8. Jag hjälper klienter att tänka igenom hur deras religiösa/andliga stödsystem kan vara behjälpligt.
9. Jag hjälper klienter att reflektera kring den religiösa/andliga innebörden och meningen med deras nuvarande livssituation.

Utrymme för synpunkter och reflektioner kring enkätens innehåll: