

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Att arbeta med mentaliseringsbaserad terapi för patienter i
gränlandet mellan affektiva tillstånd och personlighetsrelaterade
svårigheter**

Edith Önell och Erik Nordlund

Examensarbete 30 poäng
Psykologprogrammet
PM2542
Vårtermin 2025
Handledare: Peter Sand, Emelie Kinberg

Att arbeta med mentaliseringsbaserad terapi för patienter i gränslandet mellan affektiva tillstånd och personlighetsrelaterade svårigheter

Edith Önell och Erik Nordlund

Tillgången till evidensbaserade psykologiska behandlingsformer för svår depression och ångestproblematik är begränsad. Syftet med studien var att undersöka behandlares upplevelser av att arbeta med mentaliseringsbaserad terapi (MBT) för patienter med en primär diagnos inom ångest- och depressionstillstånd i kombination med personlighetsrelaterade svårigheter. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med åtta behandlare knutna till MBT-arbetet som bedrivs på Affektiv mottagning 1 och 2 vid Sahlgrenska universitetssjukhuset. Fyra kvinnor och fyra män deltog i studien. En tematisk analys av intervjumaterialet resulterade i två huvudteman och fem underteman. Deltagarna beskrev MBT som en betydelsefull behandling i mötet med patienter med affektiv och komplex psykiatrisk problematik. Därtill upplevdes det betydelsefullt att få arbeta tillsammans med flera behandlare. Vidare framkom upplevelser av metodens användbarhet och flexibilitet samt att behandlingen påverkas av att patientgruppen uppfattas fungera annorlunda än patienter med borderline personlighetssyndrom. Studien belyser behovet av att aktivera patienterna när MBT genomförs med en patientgrupp vars problematik kännetecknas av undvikande och internalisering. Med utgångspunkt i resultatet diskuteras utmaningar vid implementering av MBT för nya patientgrupper, men studiens slutsatser begränsas av att endast ett fåtal deltagare hade tidigare klinisk erfarenhet av metoden.

Sedan början av 2000-talet har andelen vuxna som får vård för psykiatriska tillstånd i Sverige ökat (Folkhälsomyndigheten, 2024). Vanligt förekommande diagnoser hos vuxna patienter inom psykiatrisk öppenvård under 2023 var affektiva syndrom, ångesttillstånd och stressrelaterade tillstånd (Socialstyrelsen, 2024). Affektiva syndrom inkluderar diagnoser som egentlig depression, recidiverande depression, bipolär sjukdom och maniska episoder (Socialstyrelsen, 2025). Vid behandling av patienter inom psykiatri ska vården följa regionala och nationella riktlinjer för rekommenderade insatser. Socialstyrelsens riktlinjer ger vägledning för avgränsade psykiatriska tillstånd, exempelvis depression och ångestsyndrom, där både läkemedelsbehandling och olika former av psykologisk behandling ingår med varierande prioritet beroende på specifik diagnos och svårighetsgrad (Socialstyrelsen, 2021). Psykologiska behandlingar såsom kognitiv beteendeterapi, interpersonell psykoterapi och psykodynamisk korttidsterapi inkluderas i dessa riktlinjer. För patienter med medelsvår till svår depression rekommenderas i huvudsak behandling med antidepressiva läkemedel och vid svårare tillstånd rekommenderas elektrokonvulsiv behandling (ECT) (Socialstyrelsen, 2021). Gällande evidensbaserade psykologiska behandlingsmetoder, finns det begränsad vägledning att tillgå i riktlinjerna när problematiken bedöms vara svår och symtombilden kompliceras av samsjuklighet, eventuell behandlingsresistens eller recidiverande mönster. Mot denna bakgrund finns det ett behov av ökad kunskap om vilka former av psykoterapi som fungerar för en psykiatrisk patientgrupp med svår depression och ångestproblematik.

Affektiv mottagning 1 och 2 tillhör verksamhetsområdet Psykiatri affektiva, Sahlgrenska universitetssjukhuset i Västra Götalandsregionen. Vid dessa mottagningar pågår

en pilotstudie med syftet att utvärdera implementeringen av mentaliseringsbaserad terapi (MBT) för en patientgrupp vars primära diagnoser är depression och ångest i kombination med personlighetsrelaterade svårigheter. MBT är en behandling som rekommenderas vid personlighetssyndrom, såsom emotionellt instabilt personlighetssyndrom (EIPS) och antisocialt personlighetssyndrom (ASPS) (Socialstyrelsen, 2022). I denna studie kommer diagnosen EIPS att benämnas som borderline personlighetssyndrom (BPS) med anledning av att det är den term som används i *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) (American Psychiatric Association [APA], 2013)

Den teoretiska utgångspunkten i MBT är att brister i mentalisering är vanligt förekommande hos patienter med personlighetssyndrom (Bateman & Fonagy, 2013). Mentalisering kan definieras som förmågan att på ett nyanserat sätt kunna resonera om sig själv och andra, samt att kunna tolka egna och andras handlingar som meningsfulla utifrån inre mentala tillstånd (Luyten et al., 2020). Under senare år har forskning visat att brister i mentaliseringsförmåga även identifierats hos personer med svår behandlingsresistent depression samt hos patienter med olika former av ångestsyndrom (Fischer-Kern & Tmej, 2019; Sloover et al., 2022), vilket indikerar att det kan vara kliniskt relevant att utveckla mentaliseringsbaserade behandlingar för dessa patientgrupper.

Denna studie avser att fördjupa förståelsen för behandlares upplevelser av att arbeta med MBT för en patientgrupp vars problematik innefattar både depressiva symtom, ångest och personlighetsrelaterade svårigheter. Med begreppet personlighetsrelaterade svårigheter avses i denna uppsats en problematik som kännetecknas av ett varaktigt och oflexibelt mönster av svårigheter inom områden som enligt DSM-5 (APA, 2013) utgör grundkriterier för personlighetssyndrom, men där problematiken inte bedöms uppnå medelsvår till svår nivå. Svårigheterna ska bedömas vara genomgripande och avvika påtagligt från vad som allmänt sett förväntas i personens sociokulturella miljö, och kan komma till uttryck inom kognitiva funktioner, känsloreglering, impulskontroll och relationellt fungerande (APA, 2013).

Teoretisk grund för MBT

MBT är en behandlingsmetod som bygger på mentaliseringsteori, vilken i sin tur har rötter i olika teoretiska perspektiv, såsom neurovetenskap, anknytningsteori och psykoanalys (Morberg Pain et al., 2018). Enligt mentaliseringsteori utvecklas förmågan till mentalisering inom ramen för anknytningsrelationer under uppväxten (Karterud & Bateman, 2011). I samspelet mellan barnet och dess anknytningspersoner får barnet hjälp att förstå sina känslomässiga upplevelser, vilket i sin tur främjar en utveckling av förmågan att tolka och reflektera över sina egna mentala tillstånd. Begreppet *markerad spegling* används inom mentaliseringsteori för att beskriva hur anknytningspersonen med ord, tonläge och kroppsspråk bekräftar barnets känsla, och signalerar tillbaka till barnet att känslan kommer att gå över även om den upplevs vara svår. En fungerande spegling antas stödja barnets utveckling av förmågan att skilja mellan egna och andras upplevelser, medan brister i denna process riskerar att leda till att barnet känner sig främmande för sitt inre (Morberg Pain et al., 2018). *Epistemisk tillit* är ett annat centralt begrepp inom mentaliseringsteori, vilket avser en medfödd beredskap att kunna lära av sin sociala omgivning. När anknytningspersonen förmår mentalisera barnets tillstånd får barnet möjlighet att öva sig i att ta emot och tolka information om sig själv, andra och omvärlden. Brister i anknytningsrelationen försvårar utvecklingen av förmågan att lära av sin sociala omgivning (Luyten et al., 2020).

Mentalisering utgör en grundläggande psykologisk förmåga som möjliggör etablering och upprätthållande av nära relationer, utveckling av en sammanhängande självbild samt en

förmåga att navigera i sociala situationer (Bateman & Fonagy, 2016). MBT utvecklades utifrån den teoretiska hållningen att patienter med BPS har en skörare mentaliseringsförmåga vilket innebär en tendens att lätt brista i mentalisering och att det tar längre tid att återfå förmågan vid stress, särskilt i nära relationer (Morberg Pain et al., 2018). Dessa brister i mentaliseringsförmåga antas föranleda svårigheter med känsloreglering, impulskontroll och instabilitet i både relationer och självbild (Bateman & Fonagy, 2013). En central utgångspunkt i mentaliseringsteori är att alla människor upplever tillfälliga brister i mentalisering. Det som utmärker en välfungerande mentalisering är dock att kunna bibehålla denna förmåga under press samt att snabbt återhämta den vid tillfälliga svackor (Bateman & Fonagy, 2013). Enligt Morberg Pain et al. (2018) missförstås ofta god mentaliseringsförmåga som en exakt förståelse av egna och andras inre tillstånd. I själva verket handlar det om en flexibel hållning till mentala tillstånd, och en acceptans för att inte alltid veta vad som försiggår inom sig själv eller hos andra.

När mentaliseringen sviktar kan människor hamna i så kallade prementaliserande lägen, vilket avser olika former av tänkande som är kännetecknande hos små barn innan de utvecklat förmågan att mentalisera (Morberg Pain et al., 2018). *Teleologisk hållning* är ett prementaliserande läge där andras intentioner och känslor enbart bedöms giltiga om de uttrycks genom konkreta handlingar. *Psykisk ekvivalens* innebär svårigheter att differentiera inre upplevelser från den yttre verkligheten, vilket betyder att egna känslor och tankar upplevs som en direkt avspeglning av den yttre världen. *Låtsasläge* innebär att den känslomässiga dimensionen av mentalisering kopplas bort från det kognitiva innehållet, och det som personen berättar om har en känslomässigt flack och ytlig karaktär (Karterud & Bateman, 2011).

Mentaliseringsbaserad terapi

MBT utvecklades av Anthony Bateman och Peter Fonagy (2016) som en behandling för patienter med BPS. Inledningsvis utformade de ett program för patienter vid psykiatriska dagvårdsavdelningar (Bateman & Fonagy, 1999) för att därefter utveckla ett behandlingsupplägg för patienter i öppenvården (Bateman & Fonagy, 2016), vilket enligt Morberg Pain et al. (2018) är den variant av MBT som är mest studerad. I föreliggande uppsats används begreppet *sedvanlig MBT* när vi åsyftar denna modell. Behandlingen pågår i 18 månader och omfattar veckovisa sessioner både individuellt och i grupp. Innan behandlingen påbörjas genomförs en bedömning som inkluderar fastställande av BPS och eventuell samsjuklighet, test av kognitiva förmågor, bedömning av mentaliseringsförmågan samt ställningstagande till patientens möjlighet att tillgodogöra sig behandlingen. Patienten deltar även i en psykopedagogisk introduktionskurs med 12 gruppträffar i syfte att förbereda patienterna för den kommande behandlingen (Morberg Pain et al., 2018). Under behandlingens gång relaterar individualterapi till gruppterapi genom att sessionernas innehåll fokuserar på patientens upplevelser av gruppbehandlingen (Karterud & Bateman, 2011). Gruppsessionerna har en tydlig struktur och inleds med en sammanfattning av föregående tillfälle. Därefter tillfrågas varje patient om de har ett tema att tala om, vilket kan vara ett aktuellt relationellt problem eller en situation som lett till mentaliseringssvikt (Bateman & Fonagy, 2016).

Behandlarens uppgift i MBT är att mentalisera med patienten kring aktuella och interpersonella händelser i patientens liv med fokus på vad som sker här-och-nu under sessionerna, snarare än att koppla materialet till patientens historia. När patienten talar om en aktuell situation bör behandlare rikta fokus på patientens och andras inre liv, såsom tankar, känslor och önsknings snarare än beteenden (Morberg Pain et al. 2018). Behandlarens roll är

att främja en mentaliserande hållning hos patienten, uppmärksamma när så sker och bryta in när patienten inte aktivt mentaliserar (Bateman & Fonagy, 2016). Behandlare behöver ha förmåga att identifiera prementaliserande lägen både hos patienten och sig själva, samt kunna hjälpa patienten att känna igen och ta sig ur dessa tillstånd (Morberg Pain et al., 2018). Det övergripande målet med behandlingen beskrivs vara att “förbättra patientens mentaliseringsförmåga och därigenom deras upplevelse av självuppfattning och interpersonell funktionsförmåga” (Karterud & Bateman, 2011, s. 39).

Den terapeutiska relationen är central i behandlingen och inom ramen för denna relation får patienten möjlighet att träna sin mentalisering (Karterud & Bateman, 2011). Morberg Pain et al. (2018) beskriver flertalet principer i det terapeutiska förhållningssättet inom MBT. Det utmärks bland annat av aktivt utforskande, kollaborativt arbete, genuin nyfikenhet gällande patientens inre och en så kallad *icke-vetande hållning*. Den *icke-vetande hållningen* syftar till att stimulera nyfikenhet och samtidigt synliggöra för patienten att varken behandlaren eller patienten med säkerhet kan veta vad som sker på insidan hos andra. Därtill bör behandlaren uppvisa en viss transparens med sina egna tankar och känslor (Morberg Pain et al., 2018).

Behandlare som arbetar med MBT rekommenderas att ha genomgått en grundläggande utbildning i metoden (Morberg Pain et al., 2018). Teamarbete anses vara en central del av MBT, och behandlare ingår därför i ett MBT-team om 4–9 personer. Teamarbete möjliggör att behandlingen kan behålla ett fokus på mentalisering. Därtill fungerar teamet som ett stöd för behandlare att upprätthålla sin egen mentaliseringsförmåga, vilket anses särskilt viktigt i arbetet med patienter som tenderar att brista i sin mentalisering eftersom det kan upplevas påfrestande för behandlare (Morberg Pain et al., 2018). Teamet bör träffas regelbundet, efter varje gruppssession, för att diskutera och reflektera kring behandlingsförloppet. Genom samtal och analys av videoinspelade terapissessioner kan teamet mentalisera tillsammans kring det kliniska arbetet. MBT-teamet bör också få handledning av någon som är bevandrad i metoden. Handledningen sker utöver teamets träffar, och fungerar som ett stöd för att upprätthålla ett mentaliserande klimat i arbetet med komplexa patienter (Morberg Pain et al., 2018).

Tidigare forskning

Tidigare forskning om MBT har framför allt fokuserat på att i kvantitativa studier utvärdera effekten av behandlingen för BPS. I en av de första utvärderingarna av MBT, undersöktes behandlingen i form av ett dagvårdsprogram och jämfördes mot en kontrollgrupp som inte genomgick någon psykoterapeutisk behandling utan enbart hade regelbunden kontakt med läkare och sjuksköterska samt erhöll inläggande vård vid behov (Bateman & Fonagy, 1999). Resultatet visade större behandlingseffekter hos de patienter som genomgått behandling med MBT (Bateman & Fonagy, 1999) och vid uppföljning fem år efter avslutad behandling kvarstod dessa skillnader (Bateman & Fonagy, 2008). I en senare studie av Bateman och Fonagy (2009) utvärderades MBT som behandling inom öppenvården och jämfördes med en aktiv kontrollgrupp som erhöll den manualbaserade behandlingen Structured Clinical Management (SCM). SCM är en allmänpsykiatrisk behandling utvecklad för behandling av BPS och innefattar regelbundna individual- och gruppssessioner vars interventioner fokuserar på stöd och problemlösning snarare än mentalisering. Resultatet visade att MBT och SCM gav likvärdiga behandlingseffekter, men att förändringarna uppnåddes snabbare hos patienter som genomgått behandling med MBT (Bateman & Fonagy, 2009). Vid uppföljning sex år efter avslutad behandling kvarstod förbättringarna i stor utsträckning i båda behandlingsgrupperna (Bateman et al., 2021).

I systematiska översiktsartiklar som har utvärderat behandlingseffekten av MBT har olika varianter av MBT inkluderats, där de främsta skillnaderna gällde behandlingens längd och antal sessioner (Vogt & Norman, 2019; Malda-Castillo et al., 2019). I en av dessa artiklar visade resultatet att MBT uppnådde signifikanta minskningar i symtom på BPS och komorbida tillstånd såsom depression och ångest (Vogt & Norman, 2019). Behandlingen verkade också kunna leda till minskad användning av psykofarmaka, minskad förekomst av självskadebeteenden och suicidförsök samt förhöjd livskvalitet hos patienterna. MBT hade större eller likvärdiga effekter jämfört med kontrollgrupper, exempelvis stödjande gruppterapi (Vogt & Norman, 2019). Liknande resultat går att finna i en översikt av Malda-Castillo et al. (2019) där författarna drog slutsatsen att evidensen för MBT vid behandling av BPS är god, men att behandlingseffekten för MBT vid andra psykiatriska diagnoser, såsom ätstörningar och depression, är mindre utforskad. MBT har dock visat sig leda till positiva utfall även för patienter med komplex symtombild och psykiatrisk samsjuklighet (Malda-Castillo et al., 2019).

MBT för andra psykiatriska tillstånd

I senare studier har effekten av MBT undersökts för andra psykiatriska tillstånd utöver BPS. I en studie av Weijers et al. (2021) prövades ett upplägg av MBT för patienter med psykossjukdom där behandlingen utgick från det ursprungliga öppenvårdsprogrammet som utformats av Bateman och Fonagy (2016), men anpassades genom kortare och färre sessioner. Resultatet påvisade att behandling med MBT förbättrade patienternas sociala funktion i lika stor utsträckning som sedvanlig behandling, men att endast patienter från MBT-gruppen uppvisade fortsatt förbättring vid uppföljning sex månader senare (Weijers et al., 2021). Zeeck et al. (2021) undersökte effekten av ett mer omfattande behandlingsupplägg kallat MBT-ED för patienter med ätstörningar som utgick från MBT som dagvårdsprogram, men med tillägg av specifika interventioner riktade mot ätstörningsproblematik. Studien visade att behandlingen ledde till signifikanta minskningar i ätstörningssymtom och generell psykopatologi. Effekterna var emellertid likvärdiga med kontrollgruppen. Däremot var behandling med MBT-ED också associerad med förbättringar i mentaliseringsförmåga, ökad emotionell reglering och förbättrad interpersonell funktion (Zeeck et al., 2021). I en nyligen genomförd studie av Fonagy et al. (2025) utvärderades behandlingseffekten av MBT för personer som dömts för brott och som uppfyllde diagnoskriterierna för ASPS. Behandlingen kortades ned till 12 månader och individualsessionerna genomfördes månadsvis. Resultatet visade att behandlingen ledde till signifikanta minskningar av aggressivitet och minskade symtom på ASPS, jämfört med kontrollgruppen (Fonagy et al., 2025).

Kvalitativ forskning om behandlares upplevelser av MBT

Det finns en del kvalitativa studier som har undersökt behandlares upplevelser av MBT. I en intervjustudie av Gardner et al. (2022) undersöktes behandlares erfarenheter av att genomföra MBT för patienter med BPS, med särskilt fokus på behandlarnas uppfattningar om terapeutisk förändring hos patienterna. Behandlarna beskrev arbetet som utmanande, särskilt med tanke på att patienterna har en komplex problematik och ofta har haft kontakt med psykiatri under lång tid. En annan erfarenhet som lyftes fram var att MBT beskrevs möjliggöra en stark terapeutisk allians med patienterna, i synnerhet med hjälp av den *icke-vetande hållningen*. Terapeuterna beskrev gruppterapin som betydelsefull, dels för att låta patienterna möta andra med liknande erfarenheter, dels för att stärka deras förmåga att känna tillit (Gardner, 2022). Erfarenheter av att det kan vara utmanande för behandlare att arbeta med MBT för patienter med BPS har också beskrivits i ett examensarbete av Leander och Nordström (2023). Studien fokuserade på psykologers upplevelser av emotionellt arbete i MBT, det vill säga arbete som ställer krav på den egna förmågan att vara känslomässigt

närvarande och samtidigt kunna reglera sina känslor. Psykologerna upplevde att MBT stundtals kunde vara betungande utifrån att arbetet krävde en hög grad av relationell investering. Ett välfungerande MBT-team framhölls som en förutsättning för ett hållbart och effektivt behandlingsarbete (Leander & Nordström, 2023).

Det finns även ett par studier som har undersökt behandlares upplevelser av att genomföra MBT där behandlingen implementerats med vissa anpassningar eller för andra patientgrupper än BPS. I en intervjustudie av Søndergaard et al. (2023) studerades behandlares erfarenheter av att genomföra MBT för patienter med BPS inom psykiatrisk öppenvård, där behandlingen kortats ned från 18 till fem månader. Behandlarna uppgav överlag att de var tveksamma till det kortare formatet eftersom behandlingens längd inte uppfattades vara tillräcklig för att uppnå djupgående förändringar hos patienterna. En del behandlare beskrev att den korta tidsramen medförde ökad stress, medan andra upplevde att de blev mer fokuserade och målinriktade av det nya formatet (Søndergaard et al., 2023). Morken et al. (2022) genomförde en studie där huvudförfattaren själv, tillsammans med fyra andra behandlare, deltog i en fokusgrupp för att diskutera sina erfarenheter av att arbeta med MBT för personer med ASPS. Behandlarna beskrev en ökad känsla av trygghet allteftersom relationen med patienterna utvecklades, och betonade vikten av tydliga ramar i kombination med en *icke-vetande hållning* för att uppnå en terapeutisk allians. Behandlarna framhöll också vissa utmaningar kopplade till arbetet, däribland att hantera situationer där patienterna kunde vara oförutsägbara och överskrida normer samt att hitta lämpliga ingångar för att intervensera under gruppterapin (Morken et al., 2022).

Pettersen et al. (2021) har undersökt behandlares erfarenheter av att genomföra MBT för patienter med undvikande personlighetssyndrom. Behandlarna beskrev att dessa patienter har en tendens att uppfatta terapeutens nyfikenhet och utforskande som kritik eller som krav på att patienterna ska veta mer än de gör. I dessa fall menade behandlarna att det var nödvändigt att tona ned det *icke-vetande förhållningssättet*, då det annars kunde få patienterna att uppleva skuld eller att de hade gjort fel. En annan återkommande erfarenhet var att behandlarna kunde dra nytta av kunskap från andra terapeutiska metoder för att möta den komplexitet och de varierande behov som kännetecknar denna patientgrupp (Pettersen et al., 2021).

Syfte och frågeställning

Utifrån den genomgångna litteraturen verkar det finnas ett behov av mer kunskap om hur MBT fungerar för andra patientgrupper än patienter med BPS. Tidigare kvalitativa studier har främst fokuserat på behandlares upplevelser av att genomföra MBT för denna patientgrupp eller för patienter med andra typer av personlighetssyndrom. Däremot saknas kvalitativ forskning gällande behandlares upplevelser av att arbeta med MBT i relation till en patientgrupp vars problematik återfinns i gränslandet mellan å ena sidan depression och ångest, och å andra sidan personlighetsrelaterade svårigheter. Syftet med föreliggande studie är att undersöka behandlares upplevelser av att arbeta med MBT för patienter med en primär diagnos inom ångest- och depressionstillstånd i kombination med personlighetsrelaterade svårigheter. Den specifika frågeställningen som studien avser att besvara är: Hur upplever behandlare arbetet med MBT för patienter med ångest- och depressionstillstånd i kombination med personlighetsrelaterade svårigheter?

Metod

Eftersom studien syftade till att undersöka upplevelser hos behandlare som arbetar med MBT inom en särskild klinisk kontext, var det lämpligt att använda en kvalitativ forskningsdesign med intervjuer som datainsamlingsmetod. Studien hade både explorativa och deskriptiva inslag i sin ansats eftersom vi undersökte ett relativt outforskat område samtidigt som vår avsikt var att beskriva behandlares upplevelser av MBT som behandlingsmetod och hur de anpassar den för en specifik patientgrupp.

Deltagare

I studien deltog åtta behandlare som var knutna till MBT-teamets arbete vid Affektiv mottagning 1 och 2. Deltagarna benämndes som behandlare eftersom urvalet inkluderade olika yrkeskategorier. Bland deltagarna fanns legitimerade psykologer, legitimerade psykoterapeuter och sjuksköterskor. Antalet yrkesverksamma år varierade stort mellan deltagarna. I genomsnitt hade deltagarna arbetat i tio år inom sitt yrke. Fyra av deltagarna ingick i MBT-teamet, vilket innebar att de bedrev både grupp- och individualterapi eller enbart gruppterapi. Fyra behandlare bedrev enbart individualterapi och deltog på teamets veckovisa behandlingskonferenser vilka, av behandlarna själva, benämndes som spegling. Därtill deltog individualterapeuterna emellanåt på teamets gemensamma MBT-handledning. Några av behandlarna var eller hade tidigare varit involverade i introduktionskursen.

Av de åtta deltagarna var fyra kvinnor och fyra män. Medelåldern bland deltagarna var 42 år. Bland deltagarna hade tre personer en grundläggande utbildning i MBT varav två hade tidigare erfarenhet av att arbeta med metoden för patienter med BPS. En majoritet av deltagarna saknade utbildning i MBT och tidigare erfarenhet av metoden. I resultatet kommer deltagarna att refereras till som intervjuperson 1 till och med intervjuperson 8.

Klinisk kontext

Studien genomfördes vid Affektiv mottagning 1 och 2, som är en del av Sahlgrenska universitetssjukhuset i Västra Götalandsregionen. För att inhämta information om den kliniska kontexten träffade studiens författare enhetschefen för en av mottagningarna. Affektiv mottagning 1 och 2 är vuxenpsykiatriska öppenvårdsenheter med ungefär 100 anställda och 3300 patienter, fördelade mellan tio tvärprofessionella behandlingsteam. Varje team består av läkare, sjuksköterskor, psykologer samt, i vissa fall, även kuratorer, fysio- och arbetsterapeuter. MBT-teamet utgörs av behandlare från olika behandlingsteam på mottagningarna (J. Tadell, personlig kommunikation, 30 januari, 2025).

Efter en omorganisation vid Sahlgrenska universitetssjukhuset tar Affektiv mottagning 1 och 2 emot patienter med tvångssyndrom, ångest, depression, utmattningssyndrom och posttraumatiskt stressyndrom på specialistpsykiatrisk nivå. Omorganisationen innebar att tidigare allmänpsykiatriska öppenvårdsmottagningar som hade geografiska upptagningsområden, övergick till att bli subspecialiserade och diagnosspecifika enheter med ansvar för hela Göteborgsregionen. Innan omorganisationen fanns ett behandlingsteam på de nuvarande affektiva mottagningarna som under flera år arbetade med MBT för patienter med personlighetssyndrom. Ett fåtal av dessa behandlare arbetar kvar idag, vilket innebär att viss erfarenhet av MBT kvarstod i övergången till den nya organisationsstrukturen (J. Tadell, personlig kommunikation, 30 januari, 2025). Det nuvarande MBT-arbetet vid mottagningarna påbörjades vårterminen 2024 och upplägget innefattar veckovis grupp- och individualterapi under två terminer samt möjlighet för patienter att välja en tredje termin (E. Kinberg, personlig kommunikation, 1 november, 2024).

Intervjuer

Intervjuer genomfördes med hjälp av en semistrukturerad intervjuguide (se bilaga 1). I utvecklingen av intervjuguiden gjordes en pilotintervju med en anställd på Psykologiska institutionen vid Göteborgs universitet som har erfarenhet av att arbeta med MBT, vilket resulterade i att intervjuguiden kompletterades med en fråga om upplevelser av att samverka i team. Intervjuguiden bestod av en inledande del med information om studiens syfte och hur de forskningsetiska principerna efterföljdes i studien. Därefter följde ett antal bakgrundsfrågor såsom ålder, yrkeskategori, år i yrket och tidigare erfarenhet av att arbeta med MBT. Intervjuguidens huvuddel utgjordes av 16 frågor kring ämnet, varav frågorna fyra, fem och åtta enbart var relevanta för de deltagare som arbetade med den delen av MBT som frågan berörde. Intervjuguidens huvuddel var strukturerad på så sätt att frågorna inledningsvis handlade om bakgrunden till varför de arbetar med MBT för den aktuella patientgruppen, därefter följde frågor om behandlingens upplägg. I nästa del ställdes frågor om anpassningar som görs av behandlingen i relation till patientgruppen och avslutningsvis ställdes frågor om vad deltagaren uppskattar respektive tycker är utmanande med MBT i den kliniska kontexten.

Tillvägagångssätt

I slutet av januari 2025 blev författarna inbjudna till ett möte med MBT-teamet. Vid mötet gav författarna information om studiens syfte, metod och tidsplan. Inklusionskriteriet för att medverka i studien var att arbeta med både individual- och grupperapi, eller någon av de två terapiformerna inom ramen för MBT vid de berörda mottagningarna. Av de tio personer som uppfyllde inklusionskriteriet, exkluderades en behandlare med anledning av hennes roll som bihandledare i uppsatsen. Kontaktuppgifter till de tilltänkta deltagarna förmedlades via bihandledaren. Deltagarna kontaktades den 5 februari via e-post med en inbjudan om att delta i studien. Åtta behandlare tackade ja till att medverka.

Intervjuerna genomfördes mellan 12 februari och 6 mars. Studiens författare genomförde fyra intervjuer var. Alla intervjuer förutom en genomfördes på de berörda mottagningarna. Av logistiska skäl genomfördes en intervju på en annan plats. Intervjuerna inleddes med att deltagarna fick information om studiens syfte, sekretess och datahantering samt gav sitt skriftliga samtycke till att medverka. Intervjuerna varade mellan 55 och 78 minuter, i genomsnitt 62 minuter, och spelades in med antingen diktafon eller mobiltelefon. Ljudfilerna förvarades lösenordsskyddat på författarnas datorer. Författarna transkriberade varandras inspelade intervjuer med hjälp av en transkriberingsfunktion i Microsoft Word. Därefter redigerades transkriptionerna manuellt. Transkriptionerna inkluderade verbal information, långa pauser och tydliga betoningar av ord. Vissa korrigeringar gjordes för att förbättra läsbarheten. Alla namn på behandlare utelämnades och vid de tillfällen där behandlarna talade om patientärenden korrigerades uttalandena för att skydda patienternas anonymitet. Exempelvis inkluderades inte uppgifter om kön. Transkriptionerna förvarades lösenordsskyddade på Microsoft OneDrive, en molnbaserad lagringstjänst som tillhandahålls av Göteborgs universitet och som kräver multifaktorautentisering för inloggning. Valet av tillvägagångssätt för lagring motiverades dels utifrån att det gjorde det möjligt att nyttja det transkriberingsverktyg som fanns att tillgå via Göteborgs universitet, dels utifrån att det underlättade samarbetet författarna emellan.

Dataanalys

Materialet analyserades med reflexiv tematisk analys, en kvalitativ analysmetod som kan genomföras utifrån olika teoretiska utgångspunkter och med olika fokus i analysen av data (Braun & Clarke, 2021). Studiens ontologiska utgångspunkt var kritisk realism, en position som kombinerar ontologisk realism med epistemologisk relativism. Enligt denna utgångspunkt existerar en objektiv verklighet, men den kan endast förstås genom människors subjektiva upplevelser och beskrivningar. Den kunskap som genereras genom forskning blir därmed olika människors perspektiv på verkligheten och kontextuella sanningar (Braun & Clarke, 2021). För vår del har den kritiska realismen inneburit att deltagarnas upplevelser av sitt kliniska arbete bör förstås i relation till de aspekter som utmärker den psykiatriska kontext som deltagarna är verksamma inom.

De transkriberade intervjuerna analyserades med induktiv ansats i betydelsen att forskningsfrågan och materialet i sig var vägledande i analysen (Clarke et al., 2015). En viss grad av teoretisk förförståelse hos författarna medförde dock att kodningen hade vissa deduktiva inslag. Bland annat har vi använt vår kunskap om förhållningssätt och principer som är utmärkande i MBT för att skapa en djupare förståelse för hur behandlarna arbetar mentaliseringsbaserat, även om de själva inte uttryckligen använde mentaliseringsteoretiska begrepp under intervjuerna. Vidare genomfördes analysen i huvudsak på semantisk nivå eftersom materialet kodades med närhet till vad som explicit sades av deltagarna (Clarke et al., 2015). En viss variation i tolkningsnivå förekom dock, eftersom en strikt semantisk kodning hade medfört att meningsbärande information riskerade att falla bort i analysen. Exempelvis har vissa uttalanden tolkats som en upplevelse av distans till det övriga MBT-arbetet, även om deltagarna inte uttryckte detta ordagrant.

Data analyserades enligt de sex faser som Braun och Clarke (2006) beskriver i förfarandet av en tematisk analys. I den första fasen bekantade vi oss med materialet genom att transkribera intervjuerna, lyssna på alla inspelade intervjuer och läsa tillhörande transkription. Under denna fas fördes också anteckningar på initiala tankar och reflektioner kring enskilda intervjuer och materialet i sin helhet. I den andra fasen påbörjas den initiala kodningen av transkriptionerna. Kodningen syftade till att systematiskt identifiera meningsbärande enheter i relation till forskningsfrågan. På grund av att rekryteringsprocessen drog ut på tiden, påbörjades den initiala kodningen efter att tre intervjuer var genomförda. Således växlade arbetet mellan datainsamling och analys. Två intervjuer valdes ut för kollaborativ kodning som enligt Braun och Clarke (2021) kan berika analysen genom att uppnå en djupare förståelse för materialet. Författarna kodade individuellt de två intervjuerna, för att sedan diskutera fram en gemensam kodning. Resterande intervjuer delades upp mellan författarna för fortsatt kodning. När samtliga intervjuer hade kodats, uppgick antalet koder till 582 stycken. Koderna med tillhörande dataextrakt samlades i ett dokument och bearbetades vidare. Koder som inte bedömdes relevanta i förhållande till forskningsfrågan raderades och liknande koder slogs samman. Efter denna bearbetning uppgick antalet koder till 161 stycken.

I den tredje fasen av analysen gjordes en första tematisering där koderna sorterades i kodgrupper och potentiella teman. Därefter gjordes en ny bearbetning av samtliga koder som resulterade i att antalet koder minskade till 96 stycken. Dessa koder sorterades på nytt i kodgrupper som i sin tur grupperades till tre teman med tillhörande underteman. I analysens fjärde fas granskades teman genom diskussion med studiens handledare samt genom att läsa de citat som kopplats till respektive tema för att undersöka huruvida teman representerade datasetet på ett adekvat sätt. Granskningen resulterade i att två teman samlades under ett huvudtema. En viktig princip som beskrivs av Braun och Clarke (2006) och som var vägledande under den fjärde fasen av dataanalysen var att temana skulle vara homogena till sin inre struktur och heterogena i förhållande till varandra. I analysens femte fas definierades en slutgiltig tematisk struktur bestående av två huvudteman med två respektive tre

underteman. Under denna fas fastställdes namnen på teman och vi påbörjade författandet av temabeskrivningar som sedan färdigställdes i den avslutade fasen av analysarbetet som bestod av skriftlig rapportering. För exempel på förfarandet från meningsbärande citat till huvudtema, se tabell 1.

Tabell 1. Kodningsexempel

Citat	Kod	Kodgrupp	Undertema	Huvudtema
”man har en tydlig struktur som patienten kan förhålla sig till som också är ett hållande i sig”	MBT uppfattas erbjudas patienten en tydlig struktur i vardagen	MBT-upplägget uppfattas vara gynnsamt för patientgruppen	En adekvat behandling för patienter med affektiv och personlighetsrelaterad problematik	En betydelsefull behandling i psykiatri

Etik

Innan datainsamlingen påbörjades godkändes en planeringsrapport och en etikdeklaration av kursansvariga och studiens handledare. Med hjälp av bihandledaren inhämtades godkännande från enhetscheferna vid de berörda mottagningarna för att rekrytera deltagare till intervjuer. Vetenskapsrådets (2024) etiska riktlinjer för god forskningssed har efterföljts i denna studie. Deltagarna informerades både skriftligt och muntligt om studiens syfte och att deltagandet var frivilligt. Skriftligt samtycke inhämtades inför varje intervju. Informationen som samlades in förvarades lösenordsskyddat på dator och har enbart använts inom ramen för denna studie. Endast studiens författare har haft tillgång till materialet i sin helhet, med undantag för att studiens handledare tagit del av materialet under analysfasen för att kunna bistå i tematiseringen.

I samråd med studiens handledare och bihandledare togs beslutet att beskriva att studien genomfördes på Affektiv mottagning 1 och 2 vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, vilket deltagarna skriftligen informerades om i samband med rekrytering. Beslutet medförde ett behov av kontinuerlig reflektion under arbetets gång kring åtgärder som kunde vidtas för att öka deltagarnas anonymitet. De demografiska uppgifterna har valts ut med syftet att ge en adekvat bild av undersökningsgruppen utan att äventyra enskilda deltagares anonymitet. Noggranna överväganden gjordes kring vilka citat som skulle tas med i resultatet för att säkerställa att informationen inte ska kunna kopplas till enskilda deltagare.

Reflexivitet

I enlighet med att Braun och Clarke (2021) beskriver att forskarens subjektivitet är en tillgång i en reflexiv tematisk analys, har vi kontinuerligt reflekterat över hur våra egna erfarenheter, perspektiv och kunskaper har bidragit till att fördjupa vår förståelse av materialet. Under arbetets gång har vi använt oss av en gemensam loggbok för att löpande föra reflexiva anteckningar under datainsamling och analys. Dessa anteckningar har varit till hjälp under tematiseringen, exempelvis genom att jämföra tidiga analytiska idéer med framväxande teman. Anteckningarna har också gjort det möjligt att identifiera reflektioner

som väcktes efter enskilda intervjuer och som vi först uppfattade som centrala, men som senare visade sig ha mindre betydelse för materialet som helhet.

Vi delade ett intresse för att genomföra ett examensarbete med tydlig klinisk koppling och en vilja att ytterligare bekanta oss med evidensbaserade psykodynamiska terapiformer. Vår inställning till MBT var att mentalisering som förmåga har ett förklaringsvärde för olika psykiatriska tillstånd och att MBT kan fungera diagnosöverskridande. Vi hade emellertid ingen formell utbildning i MBT, utöver den kunskap som förmedlats inom ramen för psykologprogrammet vid Göteborgs universitet. Det är möjligt att vår positiva inställning till behandlingsformen gjorde att vi i högre grad uppmärksammade fördelar med MBT-arbetet, vilket kan ha inneburit att kontrasterande perspektiv förbisågs i intervjuer och kodning.

En av studiens författare var psykologkandidat på en av de berörda mottagningarna under vårterminen 2023 och hade således viss förståelse för mottagningens organisation och arbetssätt. MBT-arbetet inleddes på mottagningarna först efter att författarens verksamhetsförlagda utbildning avslutats. Med anledning av författarens bekantskap med mottagningen vidtogs åtgärder i valet av vem som intervjuade vilken deltagare i studien. En fördel med förförståelsen av mottagningarna var att den kunde fördjupa vår förståelse för hur samarbetsformerna inom MBT skilde sig från det ordinarie teamarbetet i verksamheten.

Resultat

Syftet med föreliggande studie var att undersöka behandlares upplevelser av att arbeta med MBT för patienter med en primär diagnos inom området ångest- och depressionstillstånd i kombination med personlighetsrelaterade svårigheter. Den specifika frågeställningen som studien syftade till att besvara var: Hur upplever behandlare arbetet med MBT för patienter med ångest- och depressionstillstånd i kombination med personlighetsrelaterade svårigheter? Analysen av intervjumaterialet resulterade i två teman med två respektive tre underteman. Det första temat är: *En betydelsefull behandling i psykiatrin*. Temat har två underteman: *En adekvat behandling för patienter med affektiv och personlighetsrelaterad problematik; Möjlighet till lärande och gemenskap mellan behandlare inom ramen för MBT-arbetet*. Det andra huvudtemat är: *Ett flexibelt behandlingsarbete med en stabil men undvikande patientgrupp*. Temat har tre underteman: *Flexibilitet inom ramen för MBT; Stabilitet och fokus på innehåll i mötet med patienter som förhåller sig till ramar; Aktivera en undvikande patientgrupp och bemöta deras självkritik*. För översikt av tematisk struktur, se tabell 2.

Tabell 2. Översikt över tematisk struktur med huvudtema och tillhörande undertema

Huvudtema	Undertema
En betydelsefull behandling i psykiatrin	En adekvat behandling för patienter med affektiv och personlighetsrelaterad problematik
	Möjlighet till lärande och gemenskap mellan behandlare inom ramen för MBT-arbetet
Ett flexibelt behandlingsarbete med en stabil men undvikande patientgrupp	Flexibilitet inom ramen för MBT
	Stabilitet och fokus på innehåll i mötet med patienter som förhåller sig till ramar
	Aktivera en undvikande patientgrupp och bemöta deras självkritik

En betydelsefull behandling i psykiatrin

Temat handlar om att MBT upplevs av behandlarna som en betydelsefull behandling både för den aktuella patientgruppen och för behandlarna själva i den psykiatriska kontext som de arbetar inom. Det innefattar deltagarnas uppfattningar om att personlighetsrelaterade svårigheter är vanliga hos patienter med affektiva tillstånd och att MBT som behandling beskrevs vara hjälpsamt för dessa patienter. Temat fångar också upplevelser av att arbetet med MBT förknippades med en uppskattad och unik möjlighet till kollegialt lärande och gemenskap för behandlare, samt uppfattningar om att det upplevts betydelsefullt att få stöd och erkännande för arbetet från organisationen.

En adekvat behandling för patienter med affektiv och personlighetsrelaterad problematik

Det första undertemat handlar om att MBT uppfattades vara ett adekvat behandlingsalternativ för patientgruppen, inte minst utifrån förekomsten av en överlappande problematik med personlighetssyndrom. Temat inkluderar även aspekter som lyftes fram av deltagarna kopplat till den kliniska bedömningen. I materialet framkom att den aktuella patientgruppen beskrevs ha en liknande problematik som vid personlighetssyndrom. Intervjuperson 2 resonerade kring att patienterna på ytan uttrycker depressiva symtom: "Men egentligen så finns det stora likheter med det som man vanligtvis brukar förknippa med personlighetssyndrom". Flera deltagare beskrev att patientgruppen har svårigheter inom liknande områden som patienter med BPS. Intervjuperson 1 uttryckte sig på följande vis: "Den problematiken som vi har sett hos våra patienter är ju ofta kopplad till självbild och relationer, som är sådana områden där MBT-behandling är en tillgång. Alltså deras problemområden är liknande det som borderline-patienterna har". Även intervjuperson 8 lyfte fram relationer som ett problemområde för patientgruppen: "Hos våra patienter som framför allt lider av affektiv problematik, eller så det ska se ut, men vi ser att de relationella svårigheterna också ofta är en stor del även för våra patienter här". Det framkom att den depressiva problematiken enligt några deltagare delvis kan förstås som ett uttryck för underliggande relationella svårigheter, vilket exemplifieras i ett uttalande från intervjuperson 2: "Men som på en djupare nivå har stora svårigheter att vara tillsammans med andra människor, för att de har relationella svårigheter, drar sig undan och så ser det ut som isolering och depression, och då hamnar de här hos oss".

I materialet framkom att flera behandlare använder psykoanalytisk teori som ett komplement till den sedvanliga psykiatriska diagnostiken för att förstå patienternas personlighetsrelaterade svårigheter. Flera deltagare resonerade kring att patienterna, enligt psykoanalytisk teori, kan förstås vara strukturerade på en borderlinenivå. Intervjuperson 3 uttryckte sig på följande vis kring att förstå patientgruppens svårigheter: "Om man inte utgår från /.../ de här DSM-personlighetskriterierna så tänker jag att det här är ju samtidigt patienter som är på strukturellt sett en borderline-nivå". På liknande sätt beskrev intervjuperson 2 att "många av de patienterna som vi har nu har inte borderline personlighetssyndrom, men de har borderline personlighetsstruktur". Betydelsen av att tänka i termer av personlighetsrelaterade svårigheter i förståelsen av patienterna framhölls vara viktigt för att MBT ska vara en motiverad behandling för patientgruppen. Intervjuperson 5 problematiserade ett alltför snävt medicinskt synsätt av patienterna och betonade att personlighetsrelaterade svårigheter behöver uppmärksammas i bedömningen för att MBT ska framstå som en relevant behandlingsform för patientgruppen: "Har man ett alltför snävt medicinskt perspektiv så har inte vi någon patient på Affektiva [mottagningen] med personlighetsrelaterade svårigheter, utan de har svår depression, de har bipolär UNS [utan

närmare specifikation], och då är det svårt att motivera varför de ska gå MBT, såklart”. Samma deltagare påtalade också att behandlare från olika behandlingsteam på mottagningarna behöver dela synsättet att patientgruppen har personlighetsrelaterade svårigheter för att kunna rekrytera patienter till behandlingen: “Det handlar ju om att det sätts att tänka behöver vara närvarande på teamkonferens, och det är inte det i alla team, det är inte det hos alla behandlare” (Intervjuperson 5).

Flera deltagare beskrev att bedömningsprocessen upplevdes vara komplex för att avgöra om MBT är en adekvat behandling för den enskilda patienten. Intervjuperson 2 beskrev bedömningen som mer komplicerad än att diagnostisera patienterna med personlighetssyndrom: “Den är mycket svårare än att säga ‘den här patienten har den här diagnosen och därför kan vi använda den här behandlingen’, det är mycket mer komplicerat än så”. Intervjuperson 5 framhöll att begränsad erfarenhet av att arbeta med MBT kan stå i vägen för att bedöma patienter som lämpliga för MBT-behandling: “Det är ju svårare att hitta patienter om man inte har erfarenhet av patienter som har gått i behandling och det har gått bra, alltså vilka som kan bli hjälpta så att säga”. Många deltagare beskrev att bedömningen behöver ta avstamp i patientens förutsättningar att kunna tillgodogöra sig behandlingen, såsom patientens förmåga att kunna vara i grupp. En del behandlare resonerade kring att patienter behöver ha en förmåga att anpassa sig till en grupp och en struktur, exempelvis intervjuperson 1 som uttryckte sig på följande vis: “Att det inte finns för mycket aggressivitet som man tänker skulle gå ut över de andra gruppmedlemmarna, liksom att de skulle utmana gruppterapeuterna alltför mycket”. Några deltagare beskrev också att det är viktigt att överväga om patienten är tillräckligt stabil för att gå i gruppbehandling. Ett uttalande från intervjuperson 3 exemplifierar detta: “Är det en patient som skulle kunna gå i grupp eller skulle det vara en väldigt skrämmande och kanske psykotiserande erfarenhet?”. Även intervjuperson 2 betonade vikten av etiska överväganden i förhållande till att erbjuda patienten MBT:

Och om det är en känslig person, en skör person, så har de ju redan många misslyckanden bakom sig. Så då behöver man skydda dem lite grann att misslyckas en gång till, så måste man fråga sig ‘är det rätt tid, är det möjligt, är det för svårt?’

Flera deltagare beskrev att introduktionskursen fyller en viktig funktion i bedömningsprocessen. Intervjuperson 2 uttryckte att introduktionskursen fungerar som en “förlängd bedömning” eftersom det blir en möjlighet för behandlarna att se hur patienterna fungerar i grupp och om de kan förhålla sig till behandlingens ramar. I materialet framkom att patienterna förväntas närvara vid ett bestämt antal tillfällen i introduktionskursen, vilket intervjuperson 6 menade ger “en indikation på hur det kanske kommer att gå sen”. Därtill beskrev flera deltagare att MBT uppfattas vara en behandling som förutsätter att patienten har en vilja att resonera kring sina svårigheter på ett psykologiskt plan. Intervjuperson 7 uttryckte sig på följande vis: “Först och främst att de någonstans förstår att det är någon inre förändring som ska ske /.../ Att det är någonting hos mig själv som måste förändras”. På liknande sätt resonerade intervjuperson 5 som menade att: “Det behöver finnas en tanke om att hur jag hanterar svåra relationella situationer, svåra motgångar i livet, det har en stor del i varför jag mår som jag mår och det är vad jag behöver arbeta med”.

En annan aspekt som lyftes fram av deltagarna i förhållande till bedömningen var att flera behandlare beskrev MBT som en resurskrävande insats och att resurserna som erbjuds behöver ställas i relation till patientens förändringspotential. Exempelvis beskrev intervjuperson 1 “att man ändå får fundera på möjlig förbättring eller förändring hos patienten i relation till resurserna som vi låter det här uppta”. På liknande sätt resonerade

intervjuperson 6 som menade att behandlingen bör erbjudas “innan livet är irreversibelt liksom, bortom förändringsmöjligheter”.

Många deltagare beskrev att psykiatrin upplevdes som en svår kontext att arbeta inom på grund av att patienterna har en komplex problematik som kan vara svår att bedöma och behandla. Därtill lyfte flera deltagare att det råder brist på rekommenderade psykoterapeutiska behandlingar för patientgruppen. Intervjuperson 5 refererade till en avsaknad av riktlinjer att förhålla sig till som behandlare i mötet med psykiatriska patienter: “Det finns inte riktigt någon rekommendation från Socialstyrelsen som passar in på de patienterna vi har i verkligheten i psykiatrin”. Även intervjuperson 8 lyfte fram att det finns få evidensbaserade behandlingsalternativ för patienter med svår depression:

Den här föreställningen om att vi ska bedriva evidensbaserad vård som är ganska svår att få grepp om när det kommer till vår patientgrupp. Det är ju frågan om det finns något stöd för någonting egentligen, mer än ECT då vid väldigt, väldigt svåra tillstånd. Men just när det kommer till psykoterapi för svårt deprimerade patienter så finns det ju inga magiska lösningar.

I ljuset av att psykiatrin beskrevs som en svår kontext framkom många exempel på att MBT upplevdes vara ett uppskattat behandlingsalternativ. Flera deltagare beskrev MBT som en behandling som ökar tilltron till att kunna hjälpa patienter med komplex problematik. Intervjuperson 1 beskrev att MBT medför en tydligare ram “att luta sig tillbaka på” som behandlare och på liknande sätt menade intervjuperson 5 att en tydlig ram innebär “en trygghet både för mig och patienterna”. Många deltagare gav uttryck för att känna lust och meningsfullhet kopplat till att genomföra MBT med patientgruppen. Intervjuperson 1 uttryckte uppskattning inför att få följa patienterna på nära håll och reflektera över deras utveckling: “Det är ju roligt, för man får ju verkligen följa den här gruppen ganska nära då och hela tiden fundera kring vad har skett och vad har inte skett.” Även intervjuperson 2 gav uttryck för att MBT upplevs vara en metod som är meningsfull att arbeta med i en svår klinisk kontext:

Rent personligen, så uppskattar jag upplevelsen av att kunna nå fram till mina patienter och skapa en kontakt med dem, som utvecklas över tid, som är en enormt meningsfull upplevelse, även om de lider enormt mycket i sina liv, så är det bandet som man har skapat till dem genom det här arbetet är fantastiskt. Det väger upp många av nackdelarna med att arbeta på en sån här plats.

Nästan alla deltagare utforskade på något sätt hur MBT-upplägget uppfattas vara gynnsamt för patientgruppen. Intervjuperson 8 beskrev att MBT är en mer “intensiv behandling” eftersom patienten går i gruppbehandling och individualterapi parallellt och att MBT kan fungera som “ett sätt att konfrontera depressiviteten” eftersom patienten åtar sig att komma till terapin två gånger i veckan. I materialet framkom att deltagarna uppfattade att många patienter lider av ensamhet och isolering och att gruppterapi därför kan erbjuda patienterna ett viktigt relationellt sammanhang. Intervjuperson 6 resonerade om gruppens betydelse för patienterna på följande vis: “Om det är patienter som är isolerade eller som inte har, som kanske går i individualterapi men som inte gör så mycket andra interpersonella erfarenheter, så kan ju gruppen ge någon slags möjlighet till att göra mellanmänniska erfarenheter”. Flera behandlare beskrev att patienterna utmanas att våga visa sig sårbara inför andra människor i gruppbehandlingen och att igenkänning patienter emellan kan bidra till att patienter känner sig mindre ensamma i sina svårigheter. Exempelvis beskrev intervjuperson 8 att patienterna kan få syn på “det här konstant matande negativa förhållningssättet” till sig

själva genom att höra andra patienter uttala det på liknande vis, vilket gör att en patient "känner sig mindre ensam i det förhållningssättet". Ett citat av intervjuperson 6 illustrerar också att gruppbehandlingen ses som ett adekvat behandlingsalternativ utifrån patientgruppens svårigheter:

I MBT-gruppdelen är det också viktigt med hur, kanske igenkännandet, alltså att många av de här patienterna är ju väldigt ensamma, har ju en ensamhetsproblematik för att man har, av olika anledningar, haft svårt att skapa eller bygga djupare relationer med andra. Man vågar inte alltid visa vem man egentligen är, anpassar sig mycket efter det andra och i gruppen finns en möjlighet att utmana sina rädslor som är knutna till att visa sig själv.

Möjlighet till lärande och gemenskap mellan behandlare inom ramen för MBT-arbetet

Undertemat handlar om att MBT upplevdes vara en betydelsefull behandling för behandlare eftersom det förknippades med möjligheter till kollegialt lärande och gemenskap. Samtliga deltagare resonerade om att det upplevdes vara betydelsefullt att få arbeta tillsammans med andra behandlare i MBT. I materialet framkom att behandlare från olika behandlingsteam på mottagningarna med varierande yrkesbakgrund är involverade i att arbeta med MBT. Många deltagare framhöll att de uppskattade att få arbeta tillsammans med behandlare från olika team och professioner. Intervjuperson 7 uttryckte följande om det gemensamma MBT-arbetet: "Det är ju en insats på affektiva mottagningen som är teamöverskridande och det är faktiskt bra. För annars är vi ganska så specifika i våra team". Denna upplevelse speglades även hos intervjuperson 3 som framhöll att upplägget möjliggör både gemenskap och lärande:

De som jobbar som behandlare, det är inte bara MBT-gruppen så att säga och det är inte bara psykologer och det skapar också en gemenskap utanför ett slutet litet team och det är jätteroligt att arbeta med. Det är folk som läser till psykoterapeuter men som har ett annat yrke. Man arbetar på ett sätt som vi inte gör annars över teams- och mottagningsgränserna. Jag tror att det är lätt att underskatta vad det gör både för gemenskapen, men också hur mycket man lär sig av varandra av det.

Flera deltagare beskrev erfarenheter av att som enskild behandlare känna sig ensam i sitt psykoterapeutiska arbete. Deltagarna gav uttryck för att MBT medför en större trygghet i behandlingsarbetet eftersom det innebär att i högre utsträckning få dela behandlingsansvaret med andra behandlare. Intervjuperson 4 var en av de deltagare som uttryckte uppskattning för att vara flera behandlare runt patienterna: "Att man inte sitter helt ensam med patienten, det tycker jag, det tillför faktiskt ganska mycket, att känna att det finns fler som känner patienten". Även intervjuperson 5 påtalade fördelar med samarbetet mellan behandlare: "Att vi jobbar i grupp som behandlare gör att vi får mer hjälp av varandra, vilket gör vi orkar bättre, vi blir bättre behandlare av att vi tar stöd av varandra, vilket ju hjälper patienterna i förlängningen". Samma deltagare beskrev även att behovet hos behandlaren av att arbeta tillsammans med andra är större i psykiatrin än i primärvården. "Lättare problematik är det lättare att som behandlare att vara mer ensam, och arbeta mer självständigt" (Intervjuperson 5). Denna uppfattning speglades även hos intervjuperson 7 som betonade att fördelen med MBT ligger i att vara flera behandlare, snarare än metoden i sig:

Jag har jobbat i många år inom psykiatrin så jag vet att det här är oerhört svåra saker och alltså MBT är ju ingen revolution, nej, det är inget paradigmskifte

men att man är lite fler, det tycker jag är något viktigt. Det tycker jag absolut att det är.

Att få arbeta tillsammans med andra behandlare inom ramen för MBT beskrevs av deltagarna också som en möjlighet till att utbyta perspektiv om patienterna. Flera deltagare framhöll speglingen [MBT-teamets veckovisa behandlingskonferens] och handledningen som viktiga forum där de kan tala om behandlingsarbetet och fördjupa förståelsen för patienterna. En del behandlare som enbart har arbetat med individualterapien beskrev speglingen som en möjlighet att få insyn i gruppbehandlingen och att få information: "Om det är någonting som pågår i gruppen som kanske skulle kunna vara relevant att tala om i individualterapien också" (Intervjuperson 8). Samma deltagare menade också att speglingen kan innebära att få tillgång till nya perspektiv på patienter genom att "få en annan blick på min patient som jag kanske inte har identifierat själv". Många deltagare påtalade den lärande aspekten av att utbyta perspektiv med andra behandlare under speglingen. Intervjuperson 4 beskrev speglingen som ett "lärtillfälle" och intervjuperson 3 uttryckte sig på följande vis om speglingen: "Jag tycker att det är lärorikt, även om det inte behöver vara så långa, invecklade resonemang och reflektioner utan att bara höra andra tänka kring patienter".

I materialet framkom varierande uppfattningar kring det faktum att MBT-arbete ger behandlare mycket information om olika patienter. Överlag beskrev deltagarna positiva upplevelser av att få en djup förståelse för patienter genom samtalen om behandlingsarbetet under spegling och handledning. Intervjuperson 6 beskrev handledningen som en "kvalitetssäkring" och intervjuperson 1 uttryckte följande: "Det är verkligen en tillgång att kunna gå in på vissa patienter som har haft lite svårare att tillgodogöra sig psykoterapien och verkligen fundera kring dem tillsammans och tillsammans med en handledare". Många deltagare beskrev det som berikande att i behandlingen se patienter i relationella sammanhang tillsammans med andra behandlare och patienter. Några behandlare har träffat samma patient både i individuell terapi och i gruppterapi, vilket intervjuperson 1 beskrev har gett "en utökad kännedom om patienten eftersom jag också ser hur de fungerar i gruppen". Samma deltagare beskrev erfarenheter av att det i stunder är utmanande att som grupptherapeut avgöra hur styrande man bör vara mot enskilda patienter i gruppbehandlingen. Utmaningen beskrevs kunna uppstå i situationer där behandlaren har tillgång till information om patienten via dennes individualterapeut, men där behandlaren i rollen som grupptherapeut vill respektera "när de själva känner sig redo att säga någonting i gruppen" (Intervjuperson 1). Ett annat perspektiv som framkom i förhållande till den mängd information om patienter som behandlas under speglingen kan exemplifieras av ett uttalande från intervjuperson 7: "Det är ju så väldigt mycket olika patienter, så jag kan tycka att det blir lite mycket".

En ytterligare aspekt av undertemat handlar om att goda organisatoriska förutsättningar upplevdes betydelsefullt för MBT-arbetet, såsom att få tillräckligt med tid och utrymme att tala om patientarbetet. I materialet framkom många exempel på att deltagarna upplevde att MBT som behandlingsalternativ har stöd från organisationen. Intervjuperson 4 framhöll att "det känns som att man har ganska gott stöd från mottagningen i alla fall, att erbjuda det här, att man tänker att det är en bra behandling". En liknande upplevelse beskrevs av intervjuperson 3: "Jag tänker att vi har fått, det finns en tilltro till att det här kan fungera bra och är någonting att ge tid och utrymme för". En del deltagare menade att den rådande strukturen för MBT-teamets gemensamma behandlingskonferenser upplevs vara skör. Intervjuperson 2 påtalade att den avsatta tiden för konferens kan krocka med annan verksamhet på arbetsplatsen: "Helt plötsligt kanske man inte kan gå på teamet, för att man får en akut patient" och intervjuperson 5 beskrev att "det gör att det är större risk för att patienter hoppar av för att vi inte fångar upp dem, för att vi inte hittar tid att prata med varandra". Flera deltagare gav uttryck för erfarenheter av att de har behövt engagera sig för att MBT ska ses

som en tydlig behandlingsinsats och för att behandlingen ska ingå i riktlinjerna för vilken vård som ska erbjudas på mottagningarna. Detta uttrycktes bland annat av intervjuperson 3: "Vi har varit måna om att fortsätta insistera på att fler ska skicka remisser".

Många deltagare lyfte fram att möjligheter till utbildning och handledning i MBT upplevdes som ett erkännande från organisationen. Detta uttrycktes exempelvis av Intervjuperson 3: "Det här att vi får gå i handledning, att vi får läsa utbildning, det erkännandet är väldigt viktigt". Handledning beskrevs av flertalet deltagare som en viktig organisatorisk förutsättning för att kunna arbeta med MBT: "Ja, alltså, det måste ju finnas handledning. Jag tycker inte man ska arbeta med det här utan handledning" (Intervjuperson 5). Många deltagare uttryckte sig uppskattande kring MBT-handledningen och att den har varit till stöd i behandlingsarbetet. Flera deltagare betonade vikten av att handledas av en person som MBT-teamet har förtroende för. Intervjuperson 5 uttryckte sig på följande vis: "Inte bara att ha handledning, utan det ska vara en person som gruppen har förtroende för och kan hjälpa dem i de här svåra frågorna". Denna uppfattning speglades också hos intervjuperson 2 som på liknande sätt betonade vikten av att teamet har förtroende för handledaren:

Så ska man jobba tillsammans i en grupp och det ska finnas en gemenskap, om man ska jobba till samma håll, då är det avgörande att det finns någon som fungerar på det viset för en. Det kan det inte vara, det kan inte vara vem som helst, utan det måste vara någon som man tror verkligen kan mer än man själv. Det är en avgörande fråga.

Ett flexibelt behandlingsarbete med en stabil men undvikande patientgrupp

Temat handlar om hur det praktiska behandlingsarbetet beskrevs av deltagarna. Det fångar både behandlares erfarenheter av att förhålla sig till MBT som metod och upplevelser av hur behandlingen påverkas av att möta den specifika patientgruppen. Temat innefattar tre underteman som beskriver olika aspekter av hur behandlingsarbetet ser annorlunda ut i mötet med en patientgrupp som upplevs vara personlighetsmässigt mer stabil än patienter med BPS, samtidigt som patientgruppen kännetecknas av en undvikande och internaliserande problematik.

Flexibilitet inom ramen för MBT

Undertemat handlar om behandlarnas beskrivningar av att MBT-arbetet inrymmer flexibilitet och att de upplever sig vara förhållandevis fria i arbetet. I materialet framkom varierande perspektiv på hur deltagarna förhåller sig till mentaliseringsteori och MBT-principer i behandlingsarbetet. Några deltagare beskrev att de influeras av mentaliseringsbegreppet i behandlingsarbetet. Intervjuperson 1 uttryckte sig på följande vis: "Ja, jag kan ju ha i åtanke mentaliseringsbegreppet, jamen har det i bakhuvudet, att det ändå är ett fokus som är bra att ha med och är en ingång på olika sätt". Upplevelser av att arbeta i enlighet med MBT framkom också genom att vissa deltagare resonerade om hur de nyttjar att patienterna deltar i både grupp- och individualterapi. Intervjuperson 8 menade att individualterapi kan ha en "komplementär funktion" eftersom det blir en plats för patienten att tala om erfarenheter från gruppbehandlingen. Intervjuperson 6 förde ett liknande resonemang om att använda individualterapi till att ta fasta på patientens känslor efter gruppssessioner i syfte att förhindra att patienter avbryter behandlingen:

Om det är en patient som efter varje session känner starka skamkänslor /.../ så kan det ju vara värdefullt att kunna fånga upp vad som händer efteråt, för då kan man ju tänka, i det fallet då, att det kan vara att just det den här patienten behöver, alltså gå emot sina skamkänslor exempelvis, så kan den individuella delen fånga upp det så att det inte blir för problematiskt eller en anledning till att patienten väljer att inte säga någonting, eller sluta.

Fler exempel på att behandlarna arbetar enligt principer som ligger nära MBT visade sig genom att deltagare beskrev att behandlingen möjliggör för patienter att träna på perspektivtagande. Intervjuperson 4 uttryckte exempelvis att förmågan att "inta olika perspektiv" brukar vara ett fokus för gruppbehandlingen. Samma deltagare resonerade om att förmågan att kunna ta perspektiv är centralt inom MBT: "Jag tänker det här som man pratar om med MBT, att se sig själv genom andra och andra genom sig själv". Även intervjuperson 7 gav uttryck för att mentalisering är ett viktigt tema i behandlingen och att gruppbehandlingen kompletterar individualterapien eftersom patienten ges ytterligare en arena att träna på sin mentalisering:

Men det är ju som ett komplement till att mentalisera, för det är ju det man gör i den individuella terapin också. Så det är ju det här med gruppen, att lyssna på andra. Det är ju att bjuda in patienten till en ytterligare insats i mentaliseringsprocessen.

Samtidigt som det kliniska arbetet beskrevs fokusera på mentalisering uttryckte en del deltagare osäkerhet i förhållande till specifika principer och interventioner inom MBT. Exempelvis beskrev intervjuperson 4 att "jag är inte alls egentligen bevandrad i MBT, jag vet lite grann" och i relation till sitt tidigare resonemang om att behandlingen fokuserar på mentalisering uttryckte intervjuperson 4 att: "Du får ta det med en nypa salt för jag vet inte exakt hur det här, det teoretiska runt omkring". Flera deltagare lyfte att behandlingsarbetet skulle gynnas av att tillskansa sig mer formell kompetens inom MBT. Intervjuperson 8 formulerade sig på följande vis angående att utbilda sig inom MBT: "Jag tänker att jag kanske hade fått med mig mentaliseringsperspektivet på ett lite bättre sätt faktiskt och kunnat använda mig av det på ett mer effektivt sätt än vad jag gör nu".

Flera deltagare som enbart har arbetat med individualterapien beskrev att det terapeutiska arbetet inte har påverkats så mycket av MBT-formatet, exempelvis i de fall där behandlaren haft en pågående behandlingskontakt som därefter övergått till att bedrivas inom ramen för MBT. Exempelvis beskrev intervjuperson 4 att: "Våra samtal är ju på många sätt ungefär likadana skulle jag säga. Det är inte en jättestor, att det blivit en jättestor skillnad". Upplevelsen av att inte ha påverkats av behandlingsupplägget framkom även i beskrivningar av att inte ha förändrat sitt terapeutiska förhållningssätt i relation till mentaliseringsteori och MBT-principer:

Det skiljer sig inte så mycket från hur jag arbetar annars med patienterna. Jag skulle säga att det är att man följer dem individuellt. Jag tror att jag ändrar inte så mycket metod eller sätt att arbeta eller sätt att tänka bara för att det är en patient som går i den här MBT-gruppen. Det gör jag inte. (Intervjuperson 6)

En närliggande upplevelse av att vara distanserad från MBT-arbetet uttrycktes också av en deltagare som enbart deltagit i MBT-handledningen vid något enstaka tillfälle. Intervjuperson 7 uppfattade att handledningen inte har påverkat behandlingsarbetet nämnvärt:

”Men det var väl okej, det var inget större, det var inte så att jag liksom ’oj, det här ska jag tänka på’ eller det här påverkar mitt sätt att vara och så”.

Flera deltagare beskrev att MBT-arbetet som bedrivs på de föreliggande mottagningarna uppfattades vara mer flexibelt än sedvanlig MBT. Intervjuperson 3 beskrev det som ”en mer generös MBT”. Bland många deltagare fanns upplevelser av att de, inom ramarna för MBT, ges utrymme att använda sig av olika terapeutiska teoribildningar och att de inte avkrävs att strikt följa specifika MBT-principer. Intervjuperson 4 gav uttryck för denna upplevelse på följande vis: ”Så jag är ju lite så, inte strikt bunden till teoretisk, känner jag, utan jag rör mig väl lite mellan olika, vad ska man säga, skolor”. Intervjuperson 8 resonerade på liknande sätt och beskrev en upplevelse av att tillåtas vara fri i arbetet med MBT: ”Vi är också ganska fria i att följa patienten på det sättet som vi tycker är lämpligt”. Flera deltagare beskrev att MBT-arbetet präglas av ett större fokus på patienternas tidigare erfarenheter. I kontrast till sedvanlig MBT beskrev intervjuperson 4 att behandlingen ”är mer psykodynamisk” och att både behandlare och patienter intresserar sig för att ”skapa en förståelse för nuet utifrån det som har varit”. En del deltagare påtalade att de inte arbetar med tolkning i klassisk psykodynamisk mening i MBT-arbetet, medan andra lyfte fram en uppfattning om att de arbetar utifrån en mer tolkande hållning än vad som vanligtvis förekommer i sedvanlig MBT.

Det framkom även upplevelser av att den handledning som behandlarna får i relation till MBT-arbetet förhåller sig relativt fritt till mentaliseringsteori och MBT-principer. Handledningen beskrevs av deltagarna vara utformad för att ge stöd till behandlarna i mötet med patientgruppen, snarare än att strikt fokusera på metodtillämpning. Intervjuperson 3 uttryckte sig på följande sätt om handledningen: ”Jag tänker att den är liksom anpassad till, på ett sätt till de här patienterna, och inte så mycket till MBT-behandlingen”, och att ”det vore att missa någonting” om handledningens fokus för snävt skulle riktas mot metodhandledning. En liknande upplevelse hade intervjuperson 2 som lyfte aspekten av att handledningen kan fokusera på annat än enbart mentaliseringsteori: ”Hen [handledaren] kan säga saker som både rör sig utanför MBT och mer psykodynamiskt förankrade, och saker som är mer förankrade i MBT-traditionen”.

Flera deltagare uppfattade att det friare MBT-arbetet hade sin grund i att patienternas problematik framstår som annorlunda jämfört med patienter med BPS. Ett exempel på dessa skillnader gav intervjuperson 8: ”Hos de patienterna som jag träffar, att det inte finns samma form av utagerande beteenden eller problem med gränser /.../ det finns inte alls hos de som jag har träffat”. Några deltagare gav uttryck för att behandlingsarbetet behöver ha ett bredare fokus än på patienternas mentaliseringssvårigheter eftersom detta inte uppfattas vara lika relevant för patientgruppen. Intervjuperson 7 uttalade sig som följande: ”Den affektiva patientgruppen har ju mentaliseringssvårigheter även om den är, alltså inte lika bristfällig som när man väl kvalificerar sig för en personlighetsstörning”. På liknande sätt beskrev intervjuperson 3 att patientgruppen ”såklart kan beskrivas i mentaliseringstermer, men där de delarna görs inte lika påmind för de håller inte på [med behandlingens ramar] lika mycket”.

Det flexibla arbetet beskrevs också ha att göra med att patienterna sinsemellan uppvisar en stor heterogenitet. Med anledning av detta lyfte deltagarna att de behöver vara flexibla och anpassa förhållningssättet i relation till patienternas individuella behov, snarare än att arbeta följsamt till mentaliseringsteori och MBT-principer. Patientgruppens heterogenitet beskrevs av intervjuperson 5 på följande vis: ”De är så olika, vi är olika som personer, som terapeuter, jag har ju min stil, och patienterna är olika i alla grupper, alltså man gör ju olika med alla även om de sitter i samma rum”.

Stabilitet och fokus på innehåll i mötet med patienter som förhåller sig till ramar

Undertemat fångar behandlars upplevelser av hur behandlingsarbetet påverkas av att arbeta med patienter som uppfattas vara personlighetsmässigt mer stabila än patienter med BPS. Några deltagare menade att dessa patientgrupper skiljer sig från varandra med avseende på impulsivitet. I kontrast till patienter med BPS menade intervjuperson 8 att "det är ju inte samma kanske grad av problematik med impulsivitet kanske hos vissa av patienterna som går i MBT här". Andra exempel på att den aktuella patientgruppen kännetecknas av mer stabilitet var att deltagarna beskrev att det blir färre känslomässiga utspel i behandlingen och att patienterna i högre utsträckning kan förhålla sig till behandlingens ramar. Flera deltagare refererade till iakttagelser om hur patienterna har agerat i gruppbehandlingen. Intervjuperson 5 uttryckte sig på följande vis: "En konkret iakttagelse jag hade var att, det hände inte en enda gång den terminen att någon gick ut ur rummet för att de blev så känslomässigt belastade". På liknande sätt resonerade intervjuperson 4 som menade att det "verkar vara förhållandevis lugnt ändå i gruppen, eller vad man ska säga, det är inte på det sättet som jag tänker är typiskt för borderlinepatienter, den typen av utspel". Många deltagare talade i termer av att patientgruppen kännetecknas av mindre utagerande än patienter med BPS. Intervjuperson 6 formulerade sig på följande sätt:

Jag tänker att det kanske blir liksom inte lika våldsamt eller inte lika mycket utagerande mot ramarna. Även om det sker här också för att vissa av våra patienter i MBT-gruppen har ju borderline-problematik men att i en mer renodlad borderline-grupp så tror jag att kanske skulle vara mer utagerande mot behandlare och ramar.

Några deltagare reflekterade över att det blir färre praktiska frågor att ta upp under gruppbehandlingen, eftersom patienterna i lägre grad utmanar behandlingens ramar. När intervjuperson 1 beskrev inledningen på gruppssessionerna menade behandlaren att "där brukar inte finnas så mycket att säga, utan de flesta håller sig till ramen, pliktskyldigt eller vad man ska säga". Fler exempel på patienternas förmåga att förhålla sig till ramar framkom i beskrivningar av att patienterna själva får välja om de vill gå i gruppbehandling två eller tre terminer. Den högre grad av självständighet som behandlingen ställer på patienterna är enligt deltagarna något som har fungerat väl. Intervjuperson 1 uttryckte sig på följande vis om patienternas förmåga att kunna ta självständiga beslut: "Vi har ju exempelvis att de själva får välja om de vill fortsätta en tredje termin eller inte. Det klarar de utan att det blir drama kring det".

En implikation av att patienterna i hög utsträckning uppfattas kunna förhålla sig till ramar och inte uppträder utagerande, beskrevs vara att gruppssessionerna i större utsträckning kan fokusera på patienternas individuella behov. I jämförelse med patienter med BPS beskrev deltagarna att patientgruppen har en relativt god förmåga till introspektion, samt att de i lägre utsträckning drabbas av mentaliseringssvikt i stunden. Intervjuperson 3 beskrev att "de pratar ju mycket mer om sånt de kämpar med och reflekterar kring, så som de flesta gör individuellt, och håller inte på med att de behöver bena ut en situation". En återkommande beskrivning av gruppbehandlingen var att fokus riktas mot "innehåll" snarare än hur patienterna förhåller sig till "formen". Intervjuperson 1 beskrev att "det blir mer fokus på det innehållsmässiga" och intervjuperson 3 menade att "det är mycket mer att arbeta med det på en innehållsmässig nivå och inte liksom formmässig nivå". Vidare gav några deltagare uttryck för att detta skifte i fokus, som har att göra med patienternas relativt goda förmåga för introspektion, kan upplevas svår att förena med behandlingens strikta ram där varje individuell patient får 20 minuter på sig att tala om sitt tema. Intervjuperson 3 beskrev att det kan vara utmanande att "få till någonting som känns relevant" och "meningsfullt för patienterna" på den begränsade tiden. Samma deltagare ställde detta i kontrast till att arbeta med patienter som i större

utsträckning agerar ut sin problematik i rummet genom att utmana ramar: "Är det formen som har brutit samman och strukturen de försöker kämpa med, då är det ju redan här-och-nu på något sätt, då kan man börja med det direkt". Därtill framkom att patientgruppens varierande grad av personlighetsrelaterade svårigheter kan innebära att behandlaren behöver arbeta på olika sätt med olika patienter under samma gruppssession. Intervjuperson 3 beskrev att arbetet kan skifta mellan "form och innehåll" och att denna variation ibland kan upplevas som förvirrande eller svår att navigera i:

Det är lite märkligt att gå från att prata om varför en person har så svårt att förhålla sig till det bestämda på ett formmässigt plan, och avbryta det och sedan så ska någon ta vid och prata om någonting på ett innehållsmässigt plan som är mer psykologiskt relevant.

En annan konsekvens av det innehållsmässiga fokuset i gruppbehandlingen beskrevs vara att ämnena som patienterna tar upp i grupp ofta liknar dem som behandlas i individualterapi. Intervjuperson 3 beskrev gruppbehandlingen som "korta sessioner individualterapi framför publik", något som återspeglades i en beskrivning av intervjuperson 7 som menade att det är "lite grann samma sak som kommer upp" i gruppbehandlingen som individualterapi. I materialet framkom att en del behandlare kunde uppleva det utmanande att avgöra vilka teman som lämpar sig för gruppen eftersom gruppbehandlingen tenderar att likna individualterapi. Intervjuperson 2 gav uttryck för denna upplevelse: "Ibland är det svårt att säga vissa saker som hade varit mycket enklare att säga på ett rakare sätt individuellt, men som blir känsligare när det är fullt med andra människor som också tittar". Vidare resonerade samma deltagare kring individualterapiens funktion som ett kompletterande rum för andra typer av samtal, som inte lika lätt låter sig föras i gruppformat:

Det finns frågor som inte går att ta upp i gruppen, som går att tala med dem individuellt. De som rör till exempel, men i olika former av trauman, sexualitet och ibland när man behöver vara lite sträng med dem, när de gör, håller på med saker i sitt liv som de inte borde göra, som inte är bra för dem, så det är lättare att hjälpa dem med det individuellt än vad det är i grupp.

Flertalet deltagare beskrev att patientgruppens personlighetsmässiga stabilitet leder till att behandlingsarbetet upplevs mindre känslomässigt påfrestande jämfört med MBT-arbete med patienter med BPS. Intervjuperson 2 lyfte en upplevelse kring detta utifrån tidigare erfarenhet av patienter med BPS: "Nu så kan patienterna fortfarande vara stökiga, men inte direkt på det där relationella sättet i terapirummet". Samma deltagare menade att relationella svårigheter hos patienterna yttrar sig på ett sätt som gör mötet lättare att hantera: "Det blir ju mindre känslomässigt utmanande för en själv, att göra det. Man blir mindre provocerad." Även intervjuperson 5 beskrev att arbetet upplevs lättare utifrån hur patienterna fungerar: "Det blir mindre konflikter och mindre spänningar mellan patienterna, vilket ju gör, ja det arbetet slipper man ju på ett sätt". En annan aspekt som framkom var att det kollegiala samarbetet upplevdes vara mindre konfliktfyllt. Deltagarna menade att handledningen i större utsträckning kan fokusera på patientärenden snarare än att hantera påfrestande i MBT-teamet. En del deltagare resonerade om att behovet av att hantera destruktiva processer i teamet är större när man arbetar med patienter med BPS. Intervjuperson 2 formulerade sig på följande sätt om teamets behov av stöd från handledning: "Det var ju egentligen mer med borderline-patienterna, för där var det ju mer skakigt och utagerande och relationella frågor, vilket innebär att konflikter flyttade in i teamet på tydligare vis, och då behöver man hjälp med handledning".

Aktivera en undvikande patientgrupp och bemöta deras självkritik

Undertemat fångar behandlares upplevelser av hur behandlingsarbetet kan behöva anpassas för att möta en affektiv problematik. Flera deltagare beskrev att patientgruppen kännetecknas av undvikande och passivitet, i kontrast till patienter med BPS. Intervjuperson 1 beskrev att “man får ju absolut inte glömma bort att många patienter drar sig undan och kanske undviker lite mer”. Intervjuperson 8 uttryckte sig på följande vis om att passivitet är ett mer framträdande karaktärsdrag hos patienter med affektiva tillstånd:

Det finns också svårigheter att göra någonting överhuvudtaget, att komma igång med livet, att vara aktiv, att gå utanför dörren, att gå upp och laga mat, eller liksom att det finns en djup form av depressivitet som jag tänker skiljer sig mellan de här grupperna.

I materialet framkom många beskrivningar av hur patientgruppens undvikande tendenser påverkar behandlingen. Några deltagare reflekterade över att det kan innebära att patienterna drar sig undan behandlingen: “De stannar hemma, isolerar sig, kommer inte på två veckor, för att de har någon depressiv period” (Intervjuperson 2). En del gav uttryck för att det kan vara svårare att fånga upp patienterna, då dessa i större utsträckning lider av en internaliserande problematik jämfört med patienter med BPS. Intervjuperson 5 beskrev att patienter med affektiva tillstånd “syns mindre” och att “de gömmer sin patologi lite bättre”. Samma deltagare menade också att det pågår “destruktiva processer i det dolda, med affektiva patienter”, vilket ställer högre krav på behandlare att fånga upp patienterna när de sitter tysta eller agerar tillbakadragande under behandlingen. Ett exempel på detta gavs av intervjuperson 3, som menade att patienterna kan ha svårt att ta upp egna teman i gruppbehandlingen:

En skillnad är väl också att i stället för att alla vill ta teman så är de är det många som drar sig undan och säger att de inte vill eller att de vill att någon annan ska ta och är upptagna av att på något sätt lämna företräde på ett sätt som är en del av deras problematik.

Flera deltagare beskrev svårigheter för patienterna att ta upp teman och använda gruppbehandlingen på ett meningsfullt sätt. Intervjuperson 8 beskrev att en utmaning med MBT-arbetet upplevdes vara att “få patienten att verkligen använda sig av grupptillfällena exempelvis och se den möjligheten och ta den möjligheten”. Samma deltagare menade att många patienter har svårigheter att “våga prata om det som faktiskt är viktigt”. Även intervjuperson 6 betonade vikten av att hjälpa patienterna förstå hur de på bästa sätt ska använda sig av gruppbehandlingen “så att det inte bara blir att de tar ett tema och så är det någon slags rapportering och så är de klara med det”. Några deltagare resonerade kring möjliga anpassningar för att hjälpa patienterna att träda fram på ett mer genuint sätt i gruppbehandlingen. Intervjuperson 3 lyfte ett förslag om att använda sig av mer generella teman som fler patienter kan känna igen sig i. Dessa teman skulle kunna handla om att “känna sig ensam, att inte känna att man når fram till andra eller att andra inte når fram till en själv” (Intervjuperson 3). På liknande sätt påtalade intervjuperson 8 att det har förekommit att gruppterapeuter på mottagningarna har provat att initiera samtal om gruppen snarare än individuella ämnen under gruppssessioner: “I stället för att det är en person som tar ett tema som kommer från ens liv och livserfarenhet, så har man valt att prata om gruppen”, vilket intervjuperson 8 menade verkar “ha varit väldigt givande apropå [att] det verkar som att många sitter och är livrädda för att berätta om någonting som är sant och verkligt”.

Patienternas svårigheter att komma med eget material nämndes även i relation till individualterapi. Intervjuperson 6 uttryckte sig på följande vis: "De kommer till sessionerna och så vet de inte alls vad de ska säga. De har ingenting att säga, förstår knappt varför de är här".

Flera deltagare utforskade på olika sätt att patientgruppens undvikande tendenser medför att behandlingsarbetet i högre utsträckning behöver fokusera på att aktivera patienterna. Intervjuperson 6 exemplifierade detta i följande uttalande: "Man behöver vara rätt drivande, driva på patienterna på något sätt". Även intervjuperson 5 beskrev ett behov av att aktivt engagera patienterna under gruppbehandlingen:

Man får ju vara väldigt uppmärksam på vad som pågår i rummet just nu och var alla befinner sig, det går ju inte, men man får ju försöka. Och att försöka fånga upp om någon försvinner genom att helt enkelt ställa dem en fråga. Engagera dem på något sätt. Kanske benämna att 'du har varit tyst en stund'.

Flera deltagare beskrev att fokus på att aktivera patienterna upplevdes som en tydlig kontrast jämfört med MBT-arbetet med patienter med BPS. Intervjuperson 2 uttalade sig om denna skillnad i arbetet med patientgrupperna på följande vis: "Man behöver hjälpa dem att kanske dämpa dem på vissa sätt, medan vår patientgrupp nu kanske man måste hjälpa dem att vara mer aktiva, så det är ju en skillnad." Behovet av att fokusera på känslomässig aktivering snarare än reglering i mötet med patientgruppen lyftes av flera deltagare. Intervjuperson 8 exemplifierade detta: "De relationella svårigheterna kanske är mer inåtvända och att det kan bli svårt. Att man nästan vill lyfta känslor, alltså man vill aktivera känslor mer än man vill reglera känslor ibland tänker jag mig". Ett liknande resonemang fördes av intervjuperson 5 som hänvisade till hur ett specifikt förhållningssätt inom MBT behöver anpassas för en patientgrupp med affektiv problematik: "Man säger ju till exempel så här: 'smid medan järnet är ljummet', ja, med borderline-patienterna kanske man ofta behöver gå från hetta till ljummet, med de affektiva behöver man gå från kyla till ljummet."

En återkommande beskrivning i materialet var att den aktuella patientgruppen ofta lider av internaliserande problematik. I kontrast till patienter med utagerande beteende beskrev deltagarna att dessa patienter tenderar att rikta negativa affekter inåt snarare än mot andra. Intervjuperson 8 beskrev att det kan vara svårt att få patienterna att säga "någonting negativt överhuvudtaget om både terapin eller om arbetet vi har här" och att patienterna snarare "vänder mycket inåt". Intervjuperson 2 betonade att denna internaliserade problematik medför att patienterna ofta lider av självkritik:

De agerar inte ut på det viset som personlighetssyndromspatienter, borderline-patienter, kanske gör oftast, utan de, om man skojar till det lite, så kan man säga, de agerar in, det vill säga, de riktar sin aggressivitet och sitt hat mot sig själva och det låter som självkritik, självnedvärdering och så vidare.

Det framkom att patienternas självkritiska tendenser har implikationer för behandlars terapeutiska förhållningssätt i MBT-arbetet. Exempelvis beskrev intervjuperson 2 att patienterna kan drabbas av självkritik efter att de pratat i gruppbehandlingen: "De drabbas av självförakt och självtvivel och skam efter [att] de har talat om vissa frågor och så får man försöka hitta sätt att skydda dem mer mot sig själva än från varandra". Ett sätt att bemöta denna självkritik beskrevs vara att normalisera känslomässiga reaktioner: "Man får försöka normalisera vissa reaktioner som de har: 'Det är inget konstigt med att man reagerar så, det går att förstå utifrån det du säger, det går att förstå utifrån det du har berättat om dina föräldrar'" (Intervjuperson 2).

Diskussion

Syftet med föreliggande studie var att undersöka behandlares upplevelser av att arbeta med MBT för patienter med en primär diagnos inom ångest- och depressionstillstånd i kombination med personlighetsrelaterade svårigheter. Den specifika frågeställningen var: Hur upplever behandlare arbetet med MBT för patienter med ångest- och depressionstillstånd i kombination med personlighetsrelaterade svårigheter? Den tematiska analysen resulterade i två huvudteman med två respektive tre underteman. Huvudtemat *En betydelsefull behandling i psykiatrin* bestod av två underteman, där det första undertemat fångade behandlarnas uppfattningar om MBT som en adekvat behandling för den aktuella patientgruppen och som ett meningsfullt behandlingsalternativ i en komplex psykiatrisk kontext. Det andra undertemat handlade om att MBT-arbetet möjliggjorde kollegialt lärande och gemenskap mellan behandlare, samt uppfattningar om vilka organisatoriska förutsättningar som var centrala för arbetet. Det andra huvudtemat *Ett flexibelt behandlingsarbete med en stabil men undvikande patientgrupp* bestod av tre underteman, där det första belyste upplevelser av att arbeta med en flexibel variant av MBT. Flexibiliteten avsåg både i vilken grad behandlarna följde MBT-modellen och behovet av att anpassa behandlingen till en heterogen patientgrupp. Det andra undertemat beskrev hur behandlingen påverkades av att patientgruppen uppfattades som mer stabil än patienter med BPS, vilket innefattade erfarenheter av att dessa patienter var mindre känslomässigt påfrestande att arbeta med och att patienterna i högre grad förhöll sig till behandlingens ramar. Det tredje undertemat belyste hur behandlingen påverkades av patientgruppens undvikande och internaliserande problematik, vilket medförde ett behov av att som behandlare vara mer drivande och att lägga större fokus på känslomässig aktivering snarare än reglering.

Resultatdiskussion

Resultatet kommer nedan att diskuteras i relation till teoretisk bakgrund, tidigare forskning och i förhållande till kliniska implikationer. Resultatdiskussionen inleds med ett avsnitt som avhandlar komplexitet i den kliniska kontexten och i bedömningsprocessen. Därefter diskuteras de möjligheter och utmaningar som följer av att genomföra MBT med patientgruppen. Resultatdiskussionen fortsätter sedan med ett avsnitt om tänkbara för- och nackdelar med ett flexibelt MBT-arbete, och avslutas med ett avsnitt om MBT-teamets förändrade funktioner i mötet med personlighetsmässigt stabilare patienter.

Komplex klinisk kontext och bedömning

Huvudtemat *En betydelsefull behandling i psykiatrin* belyste att behandlarna upplevde MBT som en viktig behandlingsmetod för patientgruppen. Resultatet kan förstås i ljuset av att patienterna diagnostiseras på symtomnivå enligt DSM-5, men att det också kan finnas en underliggande personlighetsproblematik. Deltagarna beskrev att patienterna ofta är mer hämmade än i sedvanlig MBT, men att de fortfarande har underliggande svårigheter med framför allt självbild och relationer, och att dessa svårigheter kan ta sig uttryck som depression eller andra psykiatriska tillstånd. Deltagarna beskrev att det finns en viss ovana att tänka på det sättet om patienterna på mottagningarna, vilket försvårar rekryteringen av patienter till behandlingen. I huvudtemat rymdes också upplevelser av att det kliniska arbetet försvårades av den begränsade vägledningen som finns att tillgå i Socialstyrelsens riktlinjer gällande rekommenderade psykoterapier för patienter med sammansatt vårdbehov. Resultatet

indikerar således att MBT kan vara ett uppskattat behandlingsalternativ bland behandlare för att möta många av de utmaningar som kommer med att arbeta med en heterogen patientgrupp i psykiatri.

Resultatet visade också att de kliniska bedömningarna av patienterna upplevdes som komplexa. En gedigen och strukturerad bedömning för att avgöra vilken behandling som är lämplig för varje patient utgör en viktig del i alla former av psykoterapier (Meyer et al., 2001). Komplexiteten förefaller vara en konsekvens av att behandlarna upplevde att bedömningen var mer omfattande och mångfacetterad än att enbart diagnostisera personlighetssyndrom. Begränsad erfarenhet av MBT och avsaknad av formell utbildning i behandlingsmetoden kan också tänkas bidra till att bedömningen upplevdes svår bland behandlarna. Resultatet kan också förstås utifrån att MBT inte har utvärderats i kliniska studier med patienter med affektiva tillstånd, vilket innebär att det finns färre riktlinjer att luta sig mot vid bedömning. I MBT-litteraturen beskrivs en gedigen bedömningsprocess som bland annat inkluderar att bedöma patientens mentaliseringsförmåga genom anamnes och med hjälp av validerade instrument (Morberg Pain et al., 2018). I studien framkom dock att behandlarna upplevde att patientgruppens problematik inte fullt ut låter sig fångas i mentaliseringstermer, vilket kan kontrasteras mot tidigare forskning som visat att brister i mentalisering är vanligt förekommande hos patienter med svår depression och patienter med olika former av ångesttillstånd (Fischer-Kern & Tmej, 2019; Sloover et al., 2022). Sammantaget indikerar resultatet att MBT kan vara ett meningsfullt behandlingsalternativ i den aktuella kontexten, men att det finns ett behov av en tydligare struktur i bedömningsarbetet. Resultatet aktualiserar en fråga om MBT-arbetet skulle kunna underlättas genom fördjupad kunskap om hur mentaliseringsförmågan bäst bedöms i denna patientgrupp.

Möjligheter och utmaningar med MBT för patientgruppen

Resultatet i huvudtemat *En betydelsefull behandling i psykiatri* visade att deltagarna resonerade om MBT som en gynnsam behandling för patientgruppen, vilket överensstämmer med tidigare forskning. Gardner (2022) lyfte fram behandlares uppfattningar om att gruppterapi är betydelsefull för en patientgrupp med BPS, inte minst då patienter får möjlighet att möta andra med liknande erfarenheter. Liknande resonemang framkom i vår studie, där deltagare beskrev att igenkänning och normalisering i gruppterapi uppfattas vara terapeutiskt gynnsamt för patienterna. I en studie av Søndergaard et al. (2023) beskrev behandlare som arbetade med en förkortad variant av MBT att den begränsade tiden upplevdes otillräcklig för att uppnå terapeutisk förändring hos patienterna. Detta kan relateras till att deltagarna, i föreliggande studie, uttryckte att de uppskattade möjligheten att följa patienternas utveckling över en längre tid i behandlingen. Mot bakgrund av tidigare forskning tyder resultatet på att det finns aspekter av MBT som upplevs vara betydelsefulla för både behandlare och patienter, inte bara vid BPS utan även vid överlappande affektiv och personlighetsrelaterad problematik. Uppfattningen om att MBT är en adekvat behandling för flera olika patientgrupper kan också förstås utifrån litteratur om gemensamma faktorer som är verksamma i gruppbehandlingar. Sandahl et al. (2021) beskriver att dessa gemensamma faktorer framför allt handlar om att lära av och ge stöd till varandra samt att patienter i gruppterapi både direkt och indirekt övar på att agera på nya sätt. Förekomsten av gemensamma faktorer i gruppbehandlingar underbygger behandlarnas uppfattningar om att patienterna gynnas av just gruppmomentet i MBT. Samtidigt innebär det också en svårighet att särskilja mellan olika verksamma behandlingskomponenter och att avgöra vad fokus på mentalisering särskilt bidrar till.

Vidare belyste resultatet hur deltagarna resonerade kring att MBT är en behandling som kombinerar individual- och gruppterapi. Flera deltagare beskrev att individualterapi kunde vara en plats att tala om patientens erfarenheter från gruppbehandling. En intressant

kontrast var att detta inte påtalades av samtliga individualterapeuter, trots att deltagarna överlag beskrev gruppbehandlingen som en meningsfull och verksam behandlingsform för den aktuella patientgruppen. Mot denna bakgrund förvånade det oss att relativt få behandlare framhöll patienternas deltagande i gruppbehandlingen som en viktig utgångspunkt i individualterapi. Eftersom gruppmomentet uppfattades som verksamt, kan det argumenteras för att det bör inta en mer framträdande roll i individualterapi. När MBT genomförs i kombinerad form rekommenderar Karterud och Bateman (2011) att individualterapeuten vid varje session frågar patienten om dennes upplevelser av gruppterapi eftersom samtal om interpersonellt viktiga händelser antas kunna främja patientens mentaliseringsförmåga. Resultatet indikerar samtidigt att patientgruppens problematik inte alltid kommer till uttryck på ett omedelbart sätt i rummet, i kontrast till patienter med BPS som framstår vara mer direkta i sina svårigheter. Detta aktualiserar en potentiell utmaning i MBT-arbete med patienter med affektiva tillstånd, nämligen att särskilja det interpersonella arbetet i gruppterapi från det intrapsykiska arbetet i individualterapi, vilket enligt Karterud och Bateman (2011) är en grundprincip i kombinationsbehandling. När patienternas interpersonella svårigheter inte framstår uppenbara i gruppterapi kan gränsdragningen mellan terapiformerna bli diffus, vilket kan tänkas förklara varför deltagarna beskrev att innehållet i gruppbehandlingen och individualterapi tenderade att likna varandra.

Vidare visade resultatet att behandlarna uppfattade att patienterna hade svårigheter att ta plats och uttrycka sårbarhet i gruppen, vilket kan tänkas spegla en form av interpersonella utmaningar. Det blir därmed relevant att reflektera kring hur gruppbehandlingen kan vara verksam för en patientgrupp vars relationella svårigheter yttrar sig på annat sätt än hos patienter med BPS. Trots att svårigheterna tycks komma till uttryck på olika sätt hos dessa två patientgrupper, verkar det ändå som om behandlare ser att patienterna kan gynnas av en liknande behandlingsstruktur. För patienter med utagerande problematik kan gruppterapi innebära att öva på att undvika konflikt. För patienter med affektiv problematik verkar gruppen snarare utmana dem att träda fram tillsammans med andra och att stå ut med risken att bli bedömd eller kritiserad. Den typen av erfarenheter framstår också som adekvata att adressera i individualterapi, inte minst som ett sätt att främja patienternas mentalisering kring laddade interpersonella situationer. Detta skulle kunna bidra till en mer integrerad terapeutisk process i kombinationsbehandlingen.

I relation till tidigare forskning av behandlares upplevelser av att genomföra MBT för olika patientgrupper, adderar vår studie kunskap kring hur det upplevs att arbeta med metoden för en depressiv patientgrupp. I en tidigare studie av Pettersen et al. (2021) beskrev behandlare att patienter med undvikande personlighetssyndrom hade svårigheter att själva dela med sig av innehåll i behandlingen. Liknande beskrivningar av patienterna återfinns i vår studie. Resultatet tillför ytterligare perspektiv på hur det terapeutiska förhållningssättet i MBT kan behöva anpassas för att bemöta dessa svårigheter. Deltagarna beskrev ett större behov av att vara aktiva i sitt förhållningssätt med anledning av patienternas passiva och undvikande tendenser. I gruppbehandlingen kan det innebära att uppmärksamma tystnad och tillbakadragande samt hjälpa patienter att våga tala om något sårbart tillsammans med andra. Studien indikerar också att MBT för patienter med affektiv tillstånd ställer höga krav på behandlares förmåga att uppmärksamma internaliserande problematik som exempelvis kommer till uttryck i form av känslor av skam och självkritik. En implikation av detta resultat är således att behandlarna kan behöva fånga upp patientens upplevelser efter att ha delat med sig av något i gruppen, för att möjliggöra reflektion och bearbetning av den interpersonella erfarenheten.

Flexibilitet på gott och ont i MBT-arbetet

Resultatet i undertemat *Flexibilitet inom ramen för MBT* visade att behandlarna upplevde att behandlingsarbetet vid de aktuella mottagningarna inrymde en flexibilitet och en frihet i förhållande till MBT som metod. Ett uttryck för denna frihet var att behandlarna använde sig av andra terapeutiska inriktningar i behandlingsarbetet. Bland annat beskrevs att behandlingen hade ett större fokus på patientens tidigare erfarenheter och en tydligare psykodynamisk inriktning än vad som är vanligt inom sedvanlig MBT. Resultatet visade också att deltagarna menade att denna flexibilitet upplevdes vara nödvändig för att möta en patientgrupp som till viss del uppfattas ha en annorlunda problematik än patienter med BPS. Detta resultat ligger i linje med tidigare forskning av Pettersen et al. (2021), där behandlare också upplevde att erfarenheter från andra terapeutiska metoder var till nytta i MBT-behandling av patienter med undvikande personlighetsstörning.

Behandlarnas upplevelser av flexibilitet i MBT-arbetet kan också förstås utifrån beskrivningar av att patientgruppen förefaller vara personlighetsmässigt mer stabil än patienter med BPS, och att det verkar ge utrymme för en annan form av samtal. På så sätt hänger det flexibla MBT-arbetet samman med undertemat *Stabilitet och fokus på innehåll i mötet med patienter som förhåller sig till ramar*. Patientgruppens högre grad av stabilitet tycks medföra att det terapeutiska fokuset i gruppbehandlingen kan förflyttas från här-och-nu till patienternas historia. Behandlingens förskjutning av fokus framstår som en kontrast till hur det centrala innehållet i en MBT-behandling beskrivs i litteraturen. Morberg Pain et al. (2018) menar att fokus bör ligga på aktuella interpersonella händelser i patientens liv eller situationer som uppstår här-och-nu under behandlingen, snarare än att dra kopplingar till patientens historia. Bateman och Fonagy (2016) betonar att patientens tidigare erfarenheter kan ha betydelse, men att terapin inte ska fokusera på att utforska det förflutna i sig. Risken med att söka förklaringar i historien är att patienten hamnar i låtsasläge, vilket förhindrar fortsatt mentalisering av de aktuella interpersonella problemen (Bateman & Fonagy, 2016). Resultatet i studien visade samtidigt att behandlingsarbetet vid mottagningarna hade tydliga inslag av att fokusera på patienternas mentaliseringsförmåga. En tänkvärd fråga som resultatet väcker är huruvida det föreligger en motsättning mellan att återknyta till patientens tidigare erfarenheter och samtidigt främja ett mentaliserande arbete under sessionen. Möjligen kan resultatet synliggöra att MBT kan behöva nyanseras när den tillämpas på andra patientgrupper än patienter med BPS och att kopplingar till patientens historia i dessa fall snarare kan utgöra ett sätt att fördjupa snarare än att förhindra det mentaliserande arbetet i behandlingen. Samtidigt är det relevant att, med stöd av MBT-litteraturen, påtala den potentiella risken att ett fokus på patientens historia kan försätta patienten i ett prementaliserande läge (Bateman & Fonagy, 2016).

Ett annat uttryck för den flexibilitet som präglade behandlingsarbetet var att handledningen verkade förhålla sig relativt fritt till MBT-ramarna. Morberg Pain et al. (2018) beskriver att handledaren bör vara utbildad i MBT och att handledningens syfte är att stödja implementeringen av metodens centrala principer. I resultatet framkom att handledningen hade inslag av både MBT och psykodynamisk teori, vilket flera deltagare resonerade var nödvändigt i förhållande till patientgruppens problematik och något som i förlängningen uppfattades gynna patienterna. Samtidigt kan det finnas en risk att behandlingsarbetet går miste om något när handledningen inte fokuserar på metodtillämpning i särskilt stor utsträckning. Sammanfattningsvis visade resultatet att det upplevdes vara viktigare att anpassa MBT-arbetet efter patienternas behov snarare än att strikt följa metoden, vilket resulterade i ett arbete som präglades av en upplevd flexibilitet.

Förändrade funktioner för MBT-teamet i mötet med stabila patienter

Resultatet i studien visade att behandlingsarbetet med den aktuella patientgruppen upplevdes som mindre känslomässigt påfrestande för behandlarna, till skillnad från att genomföra MBT för patienter med BPS. Resultatet kan jämföras med tidigare forskning av Gardner et al. (2022) där behandlare beskrev det som utmanande att arbeta med patienter med BPS på grund av den utagerande problematiken. Den högre graden av stabilitet hos patientgruppen påverkade MBT-teamet positivt, enligt deltagarna. Det mindre känslomässigt påfrestande arbetet verkade leda till att färre destruktiva processer uppstod inom teamet, vilket minskade behovet att ta hand om dessa i handledning. Resultatet kan jämföras med Leander och Nordström (2023) som i sitt examensarbete beskrev att ett välfungerande MBT-team är en förutsättning för att som behandlare hantera de höga emotionella krav som förknippas med MBT-arbetet. Även i MBT-litteraturen framhålls att teamet finns till för att hjälpa behandlare att hantera det känslomässigt påfrestande arbete som det innebär att möta komplexa patienter (Morberg Pain et al., 2018). Bateman och Fonagy (2016) beskriver att en och samma patient ofta kan väcka motstridiga känslor hos behandlarna vilket kan skapa oenigheter i MBT-teamet. Samarbetet mellan behandlare kan också försvåras av risken att behandlare dras med i en patients kritik mot en annan behandlare i teamet. För att behandlingsarbetet inte ska hindras av dessa potentiellt destruktiva processer behöver teamet avsätta tid för att adressera frågor om egna känslomässiga reaktioner i mötet med patienterna (Bateman & Fonagy, 2016). Resultatet i studien väcker således en intressant fråga om teamet får andra funktioner när behandlingen genomförs med en patientgrupp som upplevs mindre påfrestande för behandlare att arbeta med. Samtidigt framkom att deltagarna beskrev en trygghet i att dela på behandlingsansvaret med fler behandlare. Detta resultat är överensstämmande med den ovan nämnda forskning och teori där MBT-teamet beskrivs som ett betydelsefullt stöd för behandlare i behandlingsarbetet. Likväl visade studien att teamets funktioner framför allt beskrevs i termer av att utbyta perspektiv på patientarbetet och fördjupa förståelsen för patienterna, vilket kan förstås som en följd av den upplevda stabiliteten hos patientgruppen.

Metoddiskussion

En styrka i vår urvalsprocess var att samtliga nio behandlare som uppfyllde inklusionskriteriet gavs möjlighet att delta i studien. Intervjuerna genomfördes med de åtta personer som först tackade ja till att medverka. Således ger urvalet en omfattande bild av hur behandlare upplever MBT-arbetet på de aktuella mottagningarna. Däremot framkom en betydande variation gällande deltagarnas erfarenhet av MBT och flera av dem saknade formell utbildning inom metoden. Detta kan ha påverkat de perspektiv som förmedlas i studien. Eftersom vissa deltagare inte uppfattade sig vara särskilt förtrodda med metoden, är det möjligt att vi har fångat mer allmänna erfarenheter från det kliniska arbetet med patientgruppen snarare än specifika erfarenheter kopplade till MBT. Ett riktat urval enbart till behandlare med utbildning i metoden hade sannolikt kunnat ge en djupare förståelse för specifika aspekter av MBT i relation till patientgruppen. Samtidigt hade ett sådant urvalskriterium kraftigt begränsat möjliga kandidater att intervjuas från de aktuella mottagningarna.

Eftersom deltagarna hade varierande erfarenheter av MBT-arbete, är det möjligt att anmärka på att intervjuguiden innehöll frågor där de ombads reflektera över hur arbetet med MBT för den aktuella patientgruppen skiljer sig från MBT med patienter med BPS. Inför varje intervju påtalade vi att vissa frågor eventuellt kunde upplevas som mindre relevanta för den enskilda behandlaren och att deltagarna var fria att avstå från att svara. Samtidigt

uppmuntrade vi varje deltagare att besvara frågorna oavsett klinisk erfarenhet. Detta ledde till att vissa deltagare talade utifrån konkret erfarenhet av båda patientgrupperna, medan andra resonerade kring hur de föreställer sig skillnader mellan grupperna och vad dessa innebär för MBT-arbetet. I detta sammanhang kan det nämnas att tidigare forskning har visat att diagnosen BPS ofta omges av negativa attityder hos personal i psykiatriska vårdkontexter (Baker & Beazley, 2022). Det finns därför en risk att studien reproducerar en ensidig bild av patienter med BPS eftersom denna grupp beskrivs i kontrast till patienter med affektiv problematik, vilka framställs vara mer stabila och mindre krävande att arbeta med.

En potentiell svaghet i studien är att utrymmet för deltagarna att uttrycka sig kritiskt kring behandlingsarbetet kan ha upplevts vara begränsat, eftersom en av studiens handledare ingår i MBT-teamet och en av studiens författare tidigare har gjort sin praktik i verksamheten. Detta medför en eventuell risk att deltagarna har varit återhållsamma med att dela med sig av upplevelser kring negativa aspekter av behandlingsarbetet, vilket i sin tur kan påverka studiens tillförlitlighet.

Valet av semistrukturerade intervjuer medförde både styrkor och utmaningar i datainsamlingen. Intervjuguiden gav oss en gemensam struktur att förhålla oss till och den semistrukturerade ansatsen var tänkt att möjliggöra följsamhet till den som intervjuades. Detta försvårades dock av att intervjuguiden var omfattande, vilket gjorde det svårt att hinna med samtliga frågor inom den avsatta tiden och utrymmet att ställa följdfrågor var begränsat. Möjligheten att ställa följdfrågor påverkades också av i vilken grad intervjufrågorna var relevanta för den enskilda deltagaren. I intervjuer med deltagare som arbetade avgränsat med antingen individual- eller gruppterapi kunde vissa frågor utelämnas, vilket gav större utrymme att fånga fördjupade aspekter.

Enligt Braun och Clarke (2021) är forskarens subjektivitet en viktig tillgång i kvalitativ forskning. För att uppnå en så objektiv och nyanserad förståelse som möjligt är det avgörande att vara medveten om egna förutfattade meningar (Braun & Clarke, 2021). Vår bakgrund som psykologstudenter kan tänkas ha påverkat vilka teman vi valde att fördjupa oss i under intervjuerna. Vi bär med oss föreställningar om vad psykoterapi innebär, inte minst utifrån våra egna erfarenheter av att genomföra psykologisk behandling vid utbildningskliniken. Dessa föreställningar synliggjordes under intervjuerna exempelvis genom att vi kände igen vikten av handledning och tryggheten i att få utbyta perspektiv kring patientarbetet. Under analysarbetet blev det tydligt att den psykiatriska kontexten skiljer sig avsevärt från den vi själva har erfarenhet av. Den igenkänning vi uppfattade under intervjuerna kan ha bidragit till att vi tog vissa aspekter av det kliniska arbetet för givna, vilket försvårade analysarbetet. Om vi hade tillämpat ett mer öppet och reflekterande förhållningssätt, utan att anta för mycket om vårt material, hade vi troligen kunnat närma oss en djupare förståelse av materialet.

En annan viktig aspekt som kan ha påverkat analysen är det metodologiska avsteg som innebar att vi påbörjade den initiala kodningen innan samtliga intervjuer hade genomförts. Avsteget motiverades av att rekryteringsprocessen tog längre tid än planerat och därför bestämde vi oss för att påbörja analysen parallellt med den fortsatta datainsamlingen. Detta tillvägagångssätt kan ifrågasättas eftersom Braun och Clarke (2006) betonar vikten av att inleda analysfasen med en genomläsning av hela datasetet. Det är möjligt att växlingen mellan datainsamling och analys gjorde att vi under intervjuerna i högre grad uppmärksammade aspekter som relaterade till redan analyserat material. Å ena sidan kan det ses som en styrka att vi tidigt kunde identifiera mönster i datan och därigenom kunde fördjupa intervjuer utifrån dessa. Å andra sidan finns en risk att vi genom att styra samtalen i riktning mot redan framträdande mönster, missade andra aspekter av relevans för studiens syfte.

Ett av studiens huvudteman handlade om upplevelsen av att MBT-arbetet vid mottagningarna präglades av en större flexibilitet i jämförelse med sedvanlig MBT. Inom detta tema rymdes beskrivningar av hur behandlarna tillämpade mentaliseringsbaserade principer utan att uppleva sig strikt bundna till MBT som metod. Detta innebar att vi analyserade materialet utifrån vår förståelse av sedvanlig MBT, baserad på den modell som utvecklats av Bateman och Fonagy (2016), samt i en svensk kontext av Morberg Pain et al. (2018). För att bedöma följsamhet i förhållande till MBT krävs enligt Karterud och Bateman (2011) en "omfattande klinisk kunskap om terapiformen" (s. 61), vilket vi saknar. Mot denna bakgrund har vi förhållit oss språkligt nära deltagarnas utsagor och reflekterat över när vi har tolkat materialet som mer eller mindre förenligt med sedvanlig MBT. Det var generellt enklare att tolka utsagor på en semantisk nivå när deltagarna beskrev sin praktik som nära sedvanlig MBT, eftersom de ofta använde begrepp från mentaliseringsteori. Däremot var det mer utmanande att begripliggöra utsagor om ett friare arbetssätt i förhållande till sedvanlig MBT, eftersom det krävdes en mer tolkande hållning att analysera frånvaron av MBT-principer. Av denna anledning pendlade vår analys mellan en semantisk nivå, där vi fokuserade på de explicita betydelseerna av deltagarnas utsagor, och en latent nivå, där vi tolkade underliggande betydelser i materialet. Vi menar att denna pendling mellan nivåerna har varit ändamålsenlig för att kunna förmedla en nyanserad och representativ bild av materialet.

Slutsatser

Sammanfattningsvis visar studien att MBT förefaller vara en betydelsefull behandling i förhållande till patientgruppens problematik och i relation till att MBT-arbetet uppfattas bidra till en positiv gemenskap bland behandlarna. Resultatet indikerar att behandlingsstrukturen upplevs fungera väl för patientgruppen och att behandlingens innehåll tenderar att se annorlunda ut då patienterna uppfattas vara personlighetsmässigt mer stabila än patienter med BPS. Resultatet belyser samtidigt att behandlingsarbetet ställer krav på behandlarna att i högre utsträckning, än i sedvanlig MBT, aktivera patienterna för att de ska dra nytta av behandlingen. Det framkom även att svårigheterna att vara i grupp yttrar sig på ett annat sätt än hos patienter med BPS, vilket implicerar att det kan vara värdefullt att tillsammans med patienterna utforska erfarenheter från gruppterapi även om de relationella svårigheterna inte framstår som lika tydliga. Ytterligare implikationer av studien är att det tycks finnas ett behov av att tydliggöra bedömningsprocessen när fler patienter utan formell diagnos av personlighetssyndrom erbjuds MBT. Det hade varit hjälpsamt att genom vidare forskning öka kunskapen om hur mentaliseringssvårigheter yttrar sig för patienter med svår depression och ångest. Detta skulle kunna ge ytterligare insikter om hur dessa svårigheter påverkar behandlingsdynamiken och hjälpa till att bättre anpassa behandlingsmetoden till dessa patienters specifika behov.

Studien indikerar också att organisatoriska förutsättningar för att möjliggöra ett fungerande teamarbete är centralt i MBT. Dock verkar behovet att hantera potentiellt destruktiva processer inom teamet bli mindre framträdande när MBT genomförs med en patientgrupp med internaliserande problematik. Det vore intressant att i vidare forskning undersöka hur teamet kan arbeta med ett mentaliserande fokus när behandlarnas egen mentaliseringsförmåga inte utmanas på samma sätt när MBT genomförs med patienter med affektiva tillstånd. Därtill skulle forskningsläget kunna berikas genom att utforska dessa patienters upplevelser av att gå i MBT i syfte att få ytterligare perspektiv på möjligheter och hinder i behandlingen. Med den kunskap som förmedlas i denna studie är vår förhoppning att

kunna bidra till att steg tas i riktning mot en framtida klinisk verklighet där patienter i psykiatri ges bättre möjligheter till psykologisk behandling.

Referenser

- American Psychiatric Association. (2013). *MINI-D 5: Diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. Pilgrim Press.
- Baker, J., & Beazley, P. I. (2022). Judging personality disorder: A systematic review of clinician attitudes and responses to borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 28(4), 275-293.
<https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000642>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1563–1569. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1563>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American journal of psychiatry*, 165(5), 631–638.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07040636>
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1355–1364.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09040539>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-Based Treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(6), 595–613. <https://doi.org/10.1080/07351690.2013.835170>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: a practical guide*. Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199680375.001.0001>
- Bateman, A., Constantinou, M. P., Fonagy, P., & Holzer, S. (2021). Eight-year prospective follow-up of mentalization-based treatment versus structured clinical management for people with borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 12(4), 291-299. <https://doi.org/10.1037/per0000422>
- Braun, V., & Clarke, C. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). *Thematic analysis: A practical guide*. Sage.
- Clarke, V., Braun, V., & Hayfield, N. (2015). Thematic analysis. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative Psychology: a Practical Guide to Research Methods* (3:e uppl., s. 282–311). Sage.
- Fischer-Kern, M., & Tmej, A. (2019). Mentalization and depression: Theoretical concepts, treatment approaches and empirical studies—An overview. *Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 65(2), 162-177.
<https://doi.org/10.13109/zptm.2019.65.2.162>
- Folkhälsomyndigheten. (2024, 18 december). *Statistik om psykisk hälsa i Sverige*.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/>
- Fonagy, P., Simes, E., Yirmiya, K., Wason, J., Barrett, B., Frater, A., Cameron, A., Butler, S., Hoare, Z., McMurrin, M., Moran, P., Crawford, M., Pilling, S., Allison, E., Yakeley, J., & Bateman, A. (2025). Mentalisation-based treatment for antisocial personality disorder in males convicted of an offence on community probation in England and Wales (Mentalization for Offending Adult Males, MOAM): A multicentre,

- assessor-blinded, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 12(3), 208-219. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00445-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00445-0)
- Gardner, K. J., Wright, K. M., Elliott, A., Lamph, G., Graham, S., Parker, L., & Fonagy, P. (2022). Learning the subtle dance: The experience of therapists who deliver mentalisation-based therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 78(2), 105-121. <https://doi.org/10.1002/jclp.23208>
- Karterud, S. & Bateman, A. (2011). *Mentaliseringsbaserad terapi - manual och bedömnings skala*. Liber AB.
- Leander, J. & Norström, L. (2023). Psykologers upplevelse av emotionellt arbete i mentaliseringsbaserad terapi [examensarbete psykoterapeutprogrammet]. Göteborgs universitet.
- Luyten, P., Campbell, C., Allison, E., & Fonagy, P. (2020). The mentalizing approach to psychopathology: State of the art and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16, 297-325. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071919-015355>
- Malda-Castillo, J., Browne, C., & Perez-Algorta, G. (2019). Mentalization-based treatment and its evidence-base status: A systematic literature review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(4), 465-498. <https://doi.org/10.1111/papt.12195>
- Meyer, G. J., Finn, S. E., Eyde, L. D., Kay, G. G., Moreland, K. L., Dies, R. R., Eisman, E. J., Kubiszyn, T. W., & Reed, G. M. (2001). Psychological testing and psychological assessment: A review of evidence and issues. *American Psychologist*, 56(2), 128-165. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.2.128>
- Morberg Pain, C., Sundström, N., & Tysklind, F. (2018). *MBT i teori och praktik: om mentaliseringsbaserad terapi*. Natur & Kultur.
- Morken, K. T. E., Øvrebø, M., Klippenberg, C., Morvik, T., & Lied Gikling, E. (2022). Antisocial personality disorder in group therapy, kindling pro-sociality and mentalizing. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 25(3), 299-313. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2022.649>
- Pettersen, M. S., Moen, A., Børøsd, E., & Wilberg, T. (2021). Therapists' experiences with mentalization-based treatment for avoidant personality disorder. *European Journal for Qualitative Research in Psychotherapy*, 11, 143-159. <https://ejqrp.org/index.php/ejqrp/article/view/126>
- Sandahl, C., Nilsson Ahlin, H., Asklin-Westerdahl, C., Björling, M., Malmquist Saracino, A., Wennlund, L., Åkerström, U. & Örhammar, A. (2021). *Why Group Therapy Works and How to Do It*. Taylor & Francis.
- Sloover, M., van Est, Leanne A. C., Janssen, P. G. J., Hilbink, M., & van Ee, E. (2022). A meta-analysis of mentalizing in anxiety disorders, obsessive-compulsive and related disorders, and trauma and stressor related disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 92, 102641. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102641>
- Socialstyrelsen. (2021). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom - Stöd för styrning och ledning* (Artikelnummer 2021-4-7339). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-4-7339.pdf>
- Socialstyrelsen. (2022, 10 januari). *MBT (Mentaliseringsbaserad terapi)*. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evindensbaserad-praktik/metodguiden/mbt-mentaliseringsbaserad-terapi/>
- Socialstyrelsen. (2024). *Statistik om specialiserad psykiatrisk vård 2023* (Artikelnummer 2024-12-9377). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2024-12-9377.pdf>

- Socialstyrelsen. (2025). *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem - Systematisk förteckning, svensk version 2025* (Artikelnummer 2025-1-9321).
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/klassifikationer-och-koder/2025-1-9321.pdf>
- Søndergaard, A. A., Juul, S., Poulsen, S., & Simonsen, S. (2023). Mentalizing the therapist - Therapist experiences with short-term mentalization-based therapy for borderline personality disorder: A qualitative study. *Frontiers in psychiatry*, *14*, 1088865.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1088865>
- Vetenskapsrådet. (2024). *God forskningssed 2024* (Artikelnummer 5.2-2024-06421).
<https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2024-10-02-god-forskningssed-2024.html>
- Vogt, K. S., & Norman, P. (2019). Is mentalization-based therapy effective in treating the symptoms of borderline personality disorder? A systematic review. *Psychology and psychotherapy*, *92*(4), 441–464. <https://doi.org/10.1111/papt.12194>
- Weijers, J., Ten Kate, C., Viechtbauer, W., Rampaart, L. J. A., Eurelings, E. H. M., & Selten, J. P. (2021). Mentalization-based treatment for psychotic disorder: A rater-blinded, multi-center, randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, *51*(16), 2846-2855.
<https://doi.org/10.1017/S0033291720001506>
- Zeeck, A., Endorf, K., Euler, S., Schaefer, L., Lau, I., Flösser, K., Geiger, V., Meier, A. F., Walcher, P., Lahmann, C., & Hartmann, A. (2021). Implementation of mentalization-based treatment in a day hospital program for eating disorders—A pilot study. *European Eating Disorders Review*, *29*(5), 783-801.
<https://doi.org/10.1002/erv.2853>

Bilaga 1

Intervjuguide

Syftet med denna studie är att undersöka behandlares upplevelser av att arbeta med MBT för patienter med en primär diagnos inom området ångest- och depressionstillstånd i kombination med personlighetsrelaterade svårigheter.

Jag är medveten om att ni som arbetar här har olika erfarenhet av MBT. Jag känner också till att MBT består av olika delar som utförs av olika behandlare. Vissa frågor i denna intervju kan därför upplevas som mindre angelägna för just ditt arbete, men du får gärna svara på frågorna utifrån din egen erfarenhet och uppfattning.

Intervjun kommer att pågå ungefär 45–60 minuter.

Deltagandet är frivilligt och du behöver inte svara på alla frågor om du inte vill. Du kan när som helst dra tillbaka din medverkan i studien. Jag kommer att spela in intervjun för att sedan transkribera den. Intervjumaterialet kommer att avidentifieras och behandlas konfidentiellt. Det förvaras lösenordsskyddat och kommer enbart att användas inom ramen för denna studie. När studien avslutas raderas allt material.

[Inhämta skriftligt samtycke. Påbörja inspelning.]

Bakgrundsfrågor

Datum: Plats:

Vad har du för yrkestitel?

Hur länge har du varit yrkesverksam som [yrkestitel]?

Hur gammal är du?

Har du blivit intervjuad av någon psykologstudent tidigare inom ramen för ett examensarbete?

- Om ja: hur många?

Vad har du för erfarenhet av att arbeta med MBT sedan tidigare?

Har du genomgått en MBT-kurs eller läst om MBT inom ramen för någon annan utbildning?

På vilket sätt arbetar du med MBT just nu; i grupp, individuellt eller i introduktionsgruppen?

Huvudfrågor och följdfrågor

Inledning

Jag kommer att börja ställa några frågor om bakgrunden till att ni arbetar med MBT här på mottagningen.

1. MBT har vanligtvis använts främst för patienter med borderlineproblematik, men här på mottagningen använder ni det för en annan patientgrupp - hur kommer det sig att ni började med det och vilken roll spelar metoden på mottagningen idag?

2. Vad upplever du att MBT som behandlingsalternativ kan erbjuda den här patientgruppen?

Upplevelser av metod

3. *Jag är intresserad av att höra dig berätta om hur arbetet med MBT ser ut och hur du upplever det. Kan du börja med att berätta hur upplägget för behandlingen ser ut?*

4. Hur skulle du beskriva din upplevelse av att arbeta med individuell psykoterapi inom ramen för MBT?

- Kan du beskriva hur en typisk session i individualterapi ser ut?
- Vilka utmaningar stöter du på i individualterapien?

5. Hur skulle du beskriva din upplevelse av att arbeta med gruppterapi inom ramen för MBT?

- Kan du beskriva hur en typisk session i gruppterapi ser ut?
- Vilka utmaningar stöter du på i gruppterapien?

6. Hur skulle du beskriva ditt terapeutiska förhållningssätt i arbetet med MBT?

- Hur upplever du att ditt förhållningssätt påverkas av patientgruppen?

7. Vad är din upplevelse av bedömningen som görs för att avgöra om en patient kan tillgodogöra sig MBT? *Prompt: vi är intresserade av just dina upplevelser av hur bedömningen görs och vad som kan vara svårt i bedömningen.*

8. Hur skulle du beskriva din upplevelse av att arbeta med introduktionsgruppen i MBT?

9. Finns det delar av MBT, exempelvis vanliga interventioner eller i själva behandlingsupplägget, som du upplever är särskilt viktiga för patientgruppen? I så fall vilka?

- Varför är den delen/de delarna viktiga för patientgruppen?

10. Vilken typ av handledning får du i relation till ditt MBT-arbete och hur upplever du den?

- Har handledningen påverkat hur du arbetar med MBT för den här patientgruppen, och i så fall hur?

11. Hur upplever du att det är att vara en del av eller samverka med ett MBT-team i relation till ditt behandlingsarbete med patientgruppen?

Anpassningar av metod

Nu kommer jag ställa några frågor om vad som utmärker ert sätt att arbeta med MBT.

12. Hur uppfattar du att arbetet med MBT för den här patientgruppen skiljer sig från arbetet med MBT för patienter med borderlineproblematik?

- Vilka särskilda behov eller egenskaper (t.ex. samsjuklighet) hos patientgruppen ligger till grund för det sätt som ni arbetar?
- Kan du ge exempel på när du har anpassat ditt arbetssätt utifrån patientens behov eller egenskaper i arbetet med MBT?

13. Upplever du att det finns organisatoriska villkor (t.ex. resurser, tidsramar, tradition/kultur) som har betydelse för hur ni arbetar med MBT, och i så fall vilka?

Möjligheter och utmaningar

Nu kommer jag ställa några frågor om vad du tycker är bra respektive utmanande med MBT.

14. Vad uppskattar du med att arbeta med MBT för den här patientgruppen?

15. Vad upplever du är utmanande i arbetet med MBT för den här patientgruppen?

16. Om du fick möjlighet att utveckla arbetet med MBT för den här patientgruppen, vad skulle du vilja förändra?

Avslutning

Finns det något annat du vill lyfta fram som jag inte har frågat om, som du tycker har betydelse för ämnet?