

# Indigo: Internetförmiddad Interpersonell psykoterapi mot depression

– En mixad metod-studie som undersöker betydelsen  
av mentalisering inom IIPT

---

*Indigo: Internet Administered Interpersonal  
Psychotherapy for Depression*

*– A Mixed Method Study Regarding the Role of  
Mentalization in IIPT*

**Erik Ekeflod**  
**Olivia Fahlroth**




Psykologprogrammet omfattar 300 högskolepoäng över 5 år. Vid Linköpings universitet har programmet funnits sedan 1995. Utbildningen är upplagd så att studierna från början är inriktade på den tillämpade psykologins problem och möjligheter och så mycket som möjligt liknar psykologens yrkessituation. Bland annat omfattar utbildningen två praktikperioder om sammanlagt 16 heltidsveckor. Studierna sker med hjälp av problembaserat lärande (PBL) och är organiserade i fem block, efter en introduktionskurs på 10,5hp: (I) kognitiv och biologisk psykologi, 40,5 hp; (II) utvecklingspsykologi och pedagogisk psykologi, 54 hp; (III) samhälle, organisations- och gruppsykologi, 84 hp; (IV) personlighetspsykologi och psykologisk behandling, 70,5 hp; (V) forskningsmetod och examensarbete, 40,5 hp. Parallellt med blocken löper ”strimor” som fokuseras på träning i forsknings-metodik, psykometri och testkunskap samt samtalskonst.

Den här rapporten är en psykologexamensuppsats, värderad till 30 hp, vårterminen 2021.Handledare har varit Gerhard Andersson och biträdande handledare har varit Anton Käll och Malin Bäck.

Institutionen för beteendevetenskap och lärande  
Linköpings universitet  
581 83 Linköping

Telefon 013-28 10 00  
Fax 013-28 21 45

	Institutionen för beteendevetenskap och lärande 581 83 LINKÖPING	<b>Seminariedatum</b> 2021-06-03
<b>Språk</b> Svenska/Swedish <b>X</b> Engelska/English	<b>Rapporttyp</b> Uppsats grundnivå Uppsats avancerad nivå Examensarbete <b>X</b> Licentiatavhandling Övrig rapport	<b>ISRN-nummer</b> LIU-IBL/PY-D—21/547-SE
<b>Titel</b> Indigo: Internetförmedlad Interpersonell psykoterapi mot depression – En mixad metod-studie som undersöker betydelsen av mentalisering inom IIPT  <b>Title</b> Indigo: Internet Administered Interpersonal Psychotherapy for Depression – A Mixed Method Study Regarding the Role of Mentalization in IIPT  <b>Författare</b> Erik Ekeflod & Olivia Fahlroth		
<b>Sammanfattning</b> IPT är en verksam behandling för depression, dock är evidensläget för internetförmedlad IPT (IIPT) bristande. Indigo-studiens huvudsakliga syfte var således att undersöka effekten av IIPT vid lindrig till medelsvår depression. Totalt 113 deltagare randomiserades till IIPT (n = 57) respektive väntelista (n = 56). Behandlingen pågick i 10 veckor. Syftet med föreliggande uppsats var att explorativt undersöka sambandet mellan IIPT, depression och mentalisering med en mixad forskningsmetod; kvalitativt utifrån deltagarnas egna upplevelser av förändringsprocesser under behandlingen, samt med kvantitativ analys undersöka förändring av mentalisering mätt med RFQ, samt mentalisering som moderator. En signifikant skillnad vid eftermätning påvisades mellan grupperna i delskalan RFQ_C (Hedges' $g = 0.65$ ), där behandlingsgruppen försämrats. Moderationsanalysen visade en signifikant interaktionseffekt ( $\beta = .313$ ) mellan behandlingsgrupp och delskalan RFQ_U. En tematisk analys resulterade i följande teman: <i>agerande i relationer, acceptans, insikt och kunskap, medvetet reflekterande och förändrad depressionsförståelse</i> , vilka indikerar hjälpsamma förändringsprocesser och förändring i depressionsspecifik mentalisering.		
<b>Nyckelord</b> IPT, IIPT, depression, mixad metod, internetförmedlad terapi, mentalisering, reflektiv funktion, moderation, moderationsanalys, tematisk analys.		

## Abstract

IPT is an effective treatment for depression, though there is lacking evidence for internet administered IPT (IIPT). The main aim of the Indigo-study was to examine the effect of IIPT for mild to moderate depression. In total 113 participants were randomized to IIPT ( $n = 57$ ) or wait list ( $n = 56$ ). The treatment lasted for 10 weeks. The aims of the present master thesis was to exploratory examine the relationship between IIPT, depression and mentalization with a mixed method design; qualitatively examine which processes participants highlights after treatment, and with quantitative analysis examine change in the ability to mentalize and RFQ as a moderator. A significant difference was found at post-test between the groups regarding RFQ\_C (Hedges'  $g = 0.65$ ), the treatment group deteriorated. The moderation analysis showed a significant interaction effect ( $\beta = .313$ ) between the treatment group and RFQ\_U. Thematic analysis resulted in following themes: *acting in relationships, acceptance, insight and knowledge, mindful reflectivity and changed understanding of depression*, indicating helpful processes of change and change in depression specific mentalization.

## Sammanfattning

IPT är en verksam behandling för depression, dock är evidensläget för internetförmedlad IPT (IIPT) bristande. Indigo-studiens huvudsakliga syfte var således att undersöka effekten av IIPT vid lindrig till medelsvår depression. Totalt 113 deltagare randomiserades till IIPT ( $n = 57$ ) respektive väntelista ( $n = 56$ ). Behandlingen pågick i 10 veckor. Syftet med föreliggande uppsats var att explorativt undersöka sambandet mellan IIPT, depression och mentalisering med en mixad forskningsmetod; kvalitativt utifrån deltagarnas egna upplevelser av förändringsprocesser under behandlingen, samt med kvantitativ analys undersöka förändring av mentalisering mätt med RFQ, samt mentalisering som moderator. En signifikant skillnad vid eftermätning påvisades mellan grupperna i delskalan RFQ\_C (Hedges'  $g = 0.65$ ), där behandlingsgruppen försämrats. Moderationsanalysen visade en signifikant interaktionseffekt ( $\beta = .313$ ) mellan behandlingsgrupp och delskalan RFQ\_U. En tematisk analys resulterade i följande teman: *agerande i relationer, acceptans, insikt och kunskap, medvetet reflekterande* och *förändrad depressionsförståelse*, vilka indikerar hjälpsamma förändringsprocesser och förändring i depressionsspecifik mentalisering.

## **Tack till**

Alla deltagare i studien, utan er hade vi inte kunnat göra det här. Vi uppskattar ert värdefulla bidragande till forskning om psykisk hälsa.

Malin Bäck för ditt personliga bemötande och engagemang genom hela projektet. Du har varit en fantastisk klinisk handledare och kursledare.

Anton Käll för att du stöttat och lotsat oss genom projektet. Du har varit en klippa, dina snabba svar, din feedback och din tillgänglighet har verkligen hjälpt oss.

Gerhard Andersson för att du initierade detta projekt och du tog oss ombord, det är vi glada för. Din uppmuntran och expertis har varit viktigt för oss och för Indigo.

George Vlaescu för din snabbhet, ditt tålamod och ditt pedagogiska sätt att förklara och hjälpa oss med plattformen.

Arvid och Nils för det fantastiska samarbetet och allt hårt arbete ni gjort. Vi har tagit oss igenom många prövningar det senaste året. Vi har tur som fått göra det här med er, våra fina vänner.

Våra familjer och vänner för ni har stöttat oss genom utbildningen. Särskilt tack till Linnea från Olivia, samt till våra partners Richard och Signe som stöttat oss genom det här projektet, ni är bäst.

Och slutligen. Om vi inte hade haft varandra hade vi aldrig klarat av det här. Tänk att man kan komplettera varandra så bra. Det största tacket till varandra!

## Innehållsförteckning

Indigo: Internetförmiddad Interpersonell psykoterapi mot depression – En mixad metod-studie som undersöker betydelsen av mentalisering inom IPT .....	1
Bakgrund.....	1
Depression .....	1
Diagnostisering .....	1
Komorbiditet och varianter av depression .....	2
Behandling av depression.....	2
IPT .....	3
Verksamma mekanismer .....	4
Mentalisering .....	5
Reflektiv funktion .....	6
Symtomspecifik RF .....	6
Mentalisering vid depression .....	7
Kopplingen mellan IPT, mentalisering och depression .....	8
RF som mediator .....	9
RF som moderator och prediktor.....	9
Internetförmiddad psykoterapi.....	9
För- och nackdelar med internetbehandling.....	10
IPT .....	11
COVID-19 .....	11
Indigo-studien .....	12
Syfte och frågeställningar .....	12
Kvantitativa frågeställningar .....	12
Kvalitativa frågeställningar .....	12
Metod .....	13
Design .....	13
Behandlingsutförande .....	13
Indigo-plattformen och behandlingsinnehåll .....	13
Behandlarstöd .....	14
Behandlare .....	14
Analysmetoder .....	15
Mixad metod.....	15
Statistiska analyser .....	16
Tematisk analys .....	16
Kvantitativ procedur .....	17

Rekrytering .....	17
Urval och deltagare.....	18
Randomisering.....	19
Demografiska faktorer.....	20
Veckomätning och eftermätning .....	21
Kvalitativ procedur .....	21
Rekrytering .....	21
Urval och deltagare.....	22
Författare .....	23
Intervjuer .....	23
Analys.....	23
Datainsamlingsmetoder .....	24
Screeningintervju.....	24
M.I.N.I.....	24
Mätinstrument.....	24
BDI-II .....	24
RFQ .....	25
Intervjuguide till kvalitativ datainsamling .....	25
Etiska överväganden.....	26
Hantering av känsliga personuppgifter .....	26
Aversiva bieffekter .....	27
Resultat .....	27
Behandlingsutfall i Indigo-studien .....	27
Bortfallsanalys .....	28
Kvantitativa resultat.....	28
Deskriptiv statistik.....	28
RFQ efter behandling .....	29
Moderation av RFQ på BDI-II .....	29
Kvalitativa resultat.....	29
Agerande i relationer .....	30
Acceptans.....	31
Insikt och kunskap .....	31
Medvetet reflekterande .....	32
Förändrad depressionsförståelse.....	33
Relationers betydelse.....	33
Oförändrad depressionsförståelse. ....	33
Diskussion.....	34



Resultatdiskussion .....	34
Kvantitativ resultatdiskussion .....	34
Bortfall och avhopp .....	34
RF efter behandling .....	35
Moderation av behandlingsutfall.....	36
Kvalitativ resultatdiskussion .....	36
Agerande i relationer .....	36
Acceptans .....	37
Insikt och kunskap.....	37
Medvetet reflekterande.....	37
Förändrad depressionsförståelse.....	38
Relationers betydelse.....	38
Oförändrad depressionsförståelse .....	39
Metoddiskussion.....	39
Kvantitativ metoddiskussion.....	40
Mätinstrument.....	40
Intern validitet .....	41
Extern validitet .....	41
Kvalitativ metoddiskussion .....	42
Integrering av kvantitativa och kvalitativa resultat .....	43
Resultatdiskussion .....	44
Begränsningar .....	45
Slutsatser .....	46
Förslag på framtida forskning.....	46
Referenser .....	47
Appendix.....	54
Appendix A: Behandlingsmoduler i Indigo .....	54
Inledningsfas.....	54
Mellanas .....	54
Konflikt.....	54
Komplicerad sorg .....	55
Rollförändring .....	56
Interpersonell sårbarhet .....	57
Avslutningsfasen .....	58
Generella IPT-strategier .....	58
Appendix B: Semistrukturerad intervjuguide.....	59
Appendix C: Coronaformulär.....	60

# **Indigo: Internetförmedlad Interpersonell psykoterapi mot depression – En mixad metod-studie som undersöker betydelsen av mentalisering inom IPT**

## **Bakgrund**

### **Depression**

Depression är ett varaktigt tillstånd där individen kan uppleva symtom som ihållande känslor av nedstämdhet, påtagligt minskat intresse inför aktiviteter, pessimism, koncentrationssvårigheter, trötthet samt svårigheter med mat och sömn. Depressionen kan även påverka personens sociala nätverk, då sjukdomen kan göra det svårare att fungera i kontakten med andra, samt försämrar förmågan att uttrycka känslor (Weissman et al., 2017). Enligt Socialstyrelsen (2020) är livstidsprevalensen för depression cirka en tredjedel för den svenska befolkningen. För hela jordens befolkning så uppskattades punktprevalensen vara 4.4% för år 2015, samt så är depression det som bidrar mest till icke-dödliga hälsoförluster globalt (World Health Organization [WHO], 2017). En översiktsstudie samt metaanalys (König et al., 2020) visade på en global förhöjd samhälls-ekonomisk förlust med orsak av att personer drabbas av depression. Förlusten sjönk vid stigande ålder för personer med depression, jämfört med en icke-deprimerad population. Förlusten var 179% högre hos ungdomar, 158% högre hos vuxna samt 73% högre hos äldre (König et al., 2020). Gällande det individuella lidandet så medför sjukdomen sänkt självupplevd livskvalité samt kan ge sänkt funktion i vardagsliv och arbetsliv. Samt så ökar risken för att drabbas av somatiska sjukdomar vid pågående depression (Socialstyrelsen, 2020). Depression menas även vara den främsta orsaken till suicid (Bachmann, 2018). Den relativt höga prevalensen, konsekvenserna för individens hälsa (Socialstyrelsen, 2020; WHO, 2017) och de samhälls-ekonomiska kostnaderna (König et al., 2020) kan sammantaget motivera nyttan av att en behandling mot depression är föremål för vår studie.

### **Diagnostisering**

Vid diagnostisering av depression används främst diagnostikmanualerna *International statistical classification of diseases and related health problems: Tenth Revision* (2nd ed.; ICD-10; WHO, 2004) och *The diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.; DSM-5; APA, 2013) i sjukvården. Vilka diagnoskriterier som krävs för att uppfylla diagnosen depressiv episod (ICD-10; WHO, 2004) alternativt egentlig depression (DSM-5; APA, 2013) varierar. Gemensamt för båda manualerna är kardinalsymtomen: nedstämdhet, orkeslöshet, minskad aktivitet samt minskat intresse eller glädje inför aktiviteter. Uppfyllelse av kardinalsymtom är nödvändigt men inte alltid tillräckligt för diagnosuppfyllelse enligt ICD-10 (WHO, 2004) och aldrig ensamt tillräckligt enligt DSM-5 (APA, 2013). Ytterligare diagnoskriterier innefattar återkommande tankar på döden eller suicid, sömnstörning, psykomotorisk agitation/hämning, obefogade skuld-känslor, förlust av självförtroende, koncentrationssvårigheter, svårigheter att fatta beslut, betydande aptitförändring

samt betydande viktförändring (APA, 2013; WHO, 2004). Duration av symtomen ska vara minst två veckor samt vara dominerande dagligen (APA, 2013; WHO, 2004). Enligt DSM-5 (APA, 2013) ska även depressionssymtomen skapa ett signifikant lidande eller försämrad funktion i vardagen (APA, 2013). Diagnostikmanualerna har också en likhet i att svårighetsgrad av depressionen stegras i enlighet med större antal symtom och högre grad av lidande och funktionsnedsättning. Slutligen så ska inte symtomen kunna förklaras bättre med en annan fysisk eller psykisk sjukdom eller ett medicinskt eller droginducerat tillstånd (APA, 2013; WHO, 2004).

### ***Komorbiditet och varianter av depression***

Depression bör inte endast förklaras som ett isolerat enskilt tillstånd, då det kan ha olika form och förlopp. Exempelvis dystymi vilket är ett syndrom där personen uppvisar vissa depressionssymtom, men inte tillräckligt till antalet för att möta kriterierna för diagnosen egentlig depression. Samt att symtomen pågått i minst 2 år (APA, 2013). I sammanhanget är det även värt att nämna subklinisk depression. Ett tillstånd där personen uppvisar vissa kliniskt relevanta depressionssymtom men inte möter kriterierna för någon depressionsdiagnos (Cuijpers et al., 2014). Subklinisk depression är i likhet med egentlig depression associerat med lägre upplevd livskvalitet, högre fysiska hälsoförluster och ekonomiska förluster. Det medför också en förhöjd risk att senare drabbas av egentlig depression (Cuijpers et al., 2014).

Att någon gång drabbas av depression är även associerat med en ökad risk att drabbas av andra psykiatriska syndrom. Bland de som har haft en depression någon gång under livet har 48% även haft ett ångestsyndrom och det finns en tvådubbel risk att utveckla ett ångestsyndrom vid pågående depression (Saha et al., 2020). Dock varierar risken att drabbas av ett komorbidity ångestsyndrom över de olika syndromen. Exempelvis var risken att också drabbas av specifik fobi tre gånger högre under pågående depression, medan risken att drabbas av generaliserat ångestsyndrom var tolv gånger högre (Saha et al., 2020). Risken att drabbas av komorbida ångestsyndrom kan även kvarstå längre än vad som kan anses vara i direkt anslutning till depressionen. Även efter 15 år från insjuknandet i depression så förelåg det sju gånger högre risk att drabbas av generaliserat ångestsyndrom (McGrath et al., 2020).

### ***Behandling av depression***

Det finns en mängd olika behandlingsalternativ vid depression hos vuxna. Verksamma psykologiska behandlingar inkluderar dels terapiformer som ryms inom kognitiv beteendeterapi (Socialstyrelsen, 2020), psykodynamiska terapier (Fonagy, 2015) såsom korttids-PDT (Driessen et al., 2015; Socialstyrelsen, 2020) samt interpersonell psykoterapi, vilket Socialstyrelsen (2020) i de senaste riktlinjerna gett högsta rekommendationsgrad (*bör* erbjudas vid lindrig till medelsvår depression). Olika former av psykoterapi har även visats vara verksamma vid subklinisk depression, då en sådan behandling kan förebygga utveckling av egentlig depression i upp till åtminstone ett år (Cuijpers et al., 2014). Övriga

behandlingsalternativ som rekommenderas av Socialstyrelsen (2020) inkluderar medicinering med läkemedel såsom SSRI- och SNRI-preparat samt tricykliska antidepressiva. Ytterligare en medicinsk behandlingsmetod är elektrokonvulsiv behandling (ECT) som rekommenderas vid svår egentlig depression. Även fysisk aktivitet kan erbjudas vid lindrig till medelsvår egentlig depression.

Dock har effektstorleken för psykoterapi mot depression hos vuxna visats vara överskattad i flera meta-analyser, symtom kvarstår hos uppemot 50% av behandlade patienter, dessutom är prevalens för återfall hög (Cuijpers, van Straten et al., 2010), varför vidare forskning för att utveckla effektivare behandling är motiverat.

### **IPT**

Interpersonell psykoterapi, förkortat IPT, är en psykoterapeutisk behandlingsmetod som först utvecklades som behandling för depression (Weissman, 2006). Behandlingen skapades år 1969 av Gerald L. Klerman och Myrna Weissman med kollegor, i syfte att testa antidepressivas effektivitet för behandling av depression om medicineringen skedde enskilt kontra kombinerades med psykoterapi. Beslutet att inkludera psykoterapi i studien byggde på att patienter i klinisk verksamhet ofta fick en behandling som innebar både medicinering och psykoterapi (Weissman, 2006). Behandlingen utvecklades först inte med avsikt att skapa en helt ny terapimetod, utan snarare summera och definiera vad forskningsgruppen ansåg vara komponenter i god klinisk praktik. År 1989 visade en stor nationell RCT-studie i USA att IPT hade likvärdig effekt som annan behandling för depression, som KBT och psykofarmaka (Elkin et al., 1989). Sedan dess har IPT utvecklats till att behandla även andra psykiatriska diagnoser (Cuijpers et al., 2016).

I en meta-analys av Cuijpers et al. (2016) har IPT visats ha en medelstark effekt (Hedges'  $g = 0.60$ ) för behandling av depression. Cuijpers et al. (2016) fann även att ett antal studier tyder på att IPT kan vara verksamt för att förhindra utveckling av depression hos personer med subkliniska symtom. Samt att behandlingsmetoden i ett antal studier har visats verksamt för att förebygga återfall i ytterligare depressionsepisoder. IPT har även visat effekt som behandling för social ångest, ätstörning och PTSD i åtminstone en RCT-studie för respektive syndrom (Cuijpers et al., 2016).

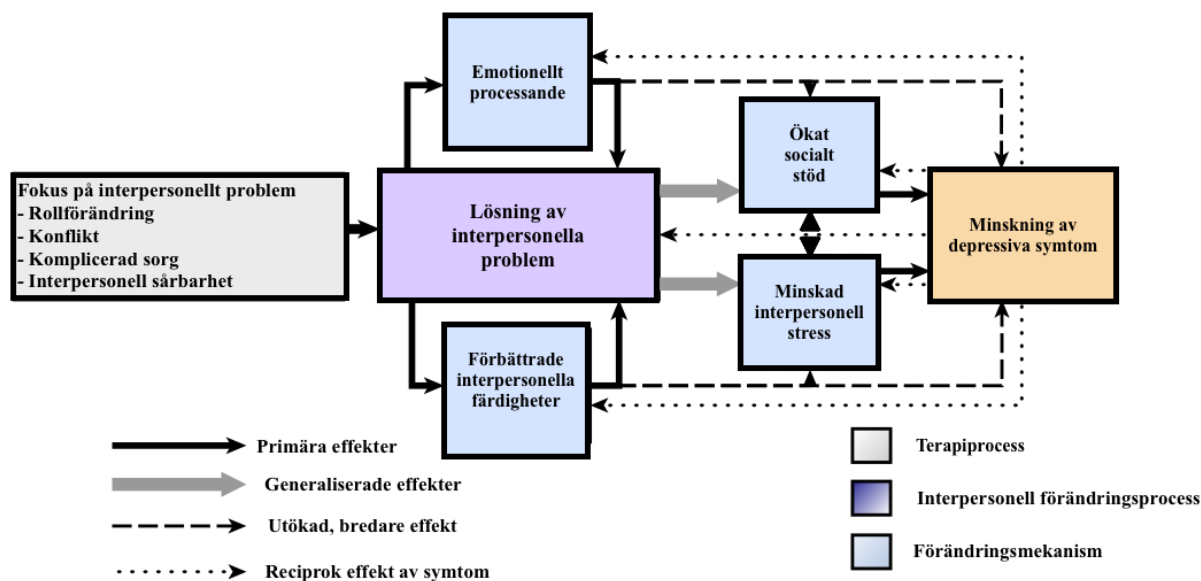
Teoretiskt utgår IPT från antagandet att svårigheter i relationer leder till försämrat psykiskt mående och vice versa. Utifrån den principen ämnar IPT att lösa patientens interpersonella problem för att därigenom uppnå symtomlättnad (Weissman et al., 2017). Förutsättningarna för terapimetoden är att behandlingen är semi-strukturerad, tidsbegränsad och manualbaserad. Behandlingen består av tre faser: initialfasen, mellanfasen och avslutningsfasen, med eventuellt tillägg av uppföljande eller vidmakthållande sessioner. Initialfasen syftar till att kartlägga aspekter av patientens psykiska ohälsa och hans relationer samt hur dessa hänger ihop, vilket sedan ligger till grund för valet av ett av IPT:s fyra så kallade fokusområden, dessa är: *konflikt, rollförändring, interpersonell sårbarhet* och

*komplikerad sorg*, som tänks fånga in det centrala i patientens interpersonella problem (Weissman et al., 2017). En central strategi för initialfasen är även att patienten presenteras för den medicinska modellen för depression samt tilldelas en provisorisk sjukroll under behandlingen. Därefter arbetar patienten med sitt valda fokusområde under mellanfasen där sessionerna innebär utforskande av måndets koppling till interpersonella händelser i närtid, för att sedan i avslutningsfasen reflektera över den gångna behandlingen och göra en vidmakthållandeplan (Weissman et al., 2017).

Den terapeutiska hållningen i IPT beskrivs som utforskande, stundtals direktiv och rådgivande men med betoning på stödjande (Weissman et al., 2017). För att uppnå behandlingsresultat tillämpas dels generella IPT-strategier, dels specifika tekniker som väljs efter dess relevans för klienten och valt fokusområdet. Vanliga IPT-tekniker är exempelvis *kommunikationsanalys*, *rollspel*, *valmöjlighetsanalys* och *klarifiering* (Weissman et al., 2017).

### ***Verksamma mekanismer***

“If a treatment doesn’t help, who cares how it works?” sa Gerald L. Klerman (citerat i Markowitz et al., 2020 s. 36) tidigt i terapimetodens historia. Citatet fångar den pragmatiska hållning som präglat forskningen kring behandlingsmetoden de senaste decennierna. Fokus har varit på behandlingsutfall, *om* IPT är verksamt. Således har få studier empiriskt undersökt mediation, det vill säga *hur* IPT fungerar och vad som leder till symtomlättning (Markowitz et al., 2020). Lipsitz och Markowitz (2013) har föreslagit teoridrivna hypoteser kring verksamma mekanismer. Dessa är ökat *socialt stöd*, *minskad interpersonell stress*, *främjandet av emotionellt processande* samt *förbättrade interpersonella färdigheter*. Det är hypotiserat att emotionellt processande samt förbättrade interpersonella färdigheter är det som bidrar till lösandet av de interpersonella problem som är i fokus för behandlingen. I och med det kan den föreliggande krisen hanteras och det reciproka sambandet mellan de psykiatriska symtomen och interpersonella faktorer brytas. Lösandet av det interpersonella problemet leder i sin tur till ökat socialt stöd och minskad interpersonell stress, vilket ger en mer generaliserad effekt på de psykiatriska symtomen.



Figur 1. Modell över förändringsprocesser och hypotiserat verksamma mekanismer, fritt översatt efter Lipsitz och Markowitz (2013).

Då uppsatsens undersökta process mentalisering, hypotiseras vara speciellt kopplat till emotionellt processande följer en mer detaljerad beskrivning av dess roll som verksamma mekanism. Med emotionellt processande inom IPT avses patientens arbete med att identifiera, tolerera, processa och kommunicera känslor som uppkommer i relationer (Lipsitz & Markowitz, 2013). Inom IPT syftar emotionsprocessande till att lösa patientens fokala interpersonella problem, arbetet varierar således efter patientens problemformulering (Markowitz et al., 2019). Två generella strategier för att främja emotionellt processande är att IPT-terapeuten underlättar för uttryck samt acceptans för känslor genom att bjuda in till och validera patientens känsloutryck (Weissman et al., 2017). Terapeuten hjälper även till att sätta en interpersonell inramning till arbetet genom att göra kopplingar till patientens fokala interpersonella problem, samt fokusera innehållet i sessionen till patientens interpersonella kontext utanför terapin (Lipsitz & Markowitz, 2013). En begränsad mängd forskning har systematiskt undersökt emotionellt processande som mediator i IPT, men emotionellt processande är hypotiserat att leda till symtomlindring via en ökning av socialt stöd och minskning av interpersonell stress. Det är även hypotiserat att emotionellt processande inom IPT ger bredare och mer bestående effekt i form av ökad mentalisering (Markowitz et al., 2019).

### Mentalisering

Mentalisering kan definieras som individens förmåga att förstå sig själv och andra i termer av mentala tillstånd såsom känslor, tankar, intentioner och önskningar (Fonagy & Bateman, 2019). Mentalisering är inte en enhetlig förmåga, utan brukar beskrivas som ett paraplybegrepp, som delvis överlappar

andra socialkognitiva begrepp såsom empati, theory of mind och mindfulness. Vidare är mentalisering ett multidimensionellt koncept som innefattar fyra dimensioner: *automatisk/kontrollerad, kognitiv/affektiv, intern/extern*, samt avseende sig *själv/andra*. (Luyten & Fonagy, 2015). God mentalisering definieras utifrån balans - mellan de fyra dimensionerna, samt mellan polerna för respektive dimension. Balansen och således kapaciteten till mentalisering anses vara kontextberoende. Ökad stress sänker förmågan till långsamt reflekterande och vid tillräcklig arousal skiftar den kontrollerade mentaliseringen till ett automatiserat, så kallat prementaliserat läge som karaktäriseras av rigida föreställningar om sig själv och andra (Luyten & Fonagy, 2015). Mentaliseringsförmågan beror också på individens användning av anknytningsstrategier vid psykisk påfrestning.

Förutsättningarna för mentalisering kan till viss del anses vara predisponerade, då anlagen för att utveckla mentaliseringsförmågan är medfödda (Luyten & Fonagy, 2015). Med vilken kvalité som kapaciteten utvecklas beror på miljön och samspel i anknytningsrelationer, mer specifikt i vilken grad primära anknytningspersoner förmår erbjuda *markerad spegling* (Fonagy & Bateman, 2019). Det vill säga presentera en respons som matchar barnets subjektiva upplevelse, är affektivt intonad, men som samtidigt visar anknytningspersonens upplevelser av barnets signaler och stämningläge.

### **Reflektiv funktion**

Begreppet reflektiv funktion (eng. *reflective functioning*, förkortat RF) syftar till de underliggande mentala processerna som möjliggör mentalisering. RF består av en självreflekterande och en interpersonell komponent och är delvis överlappande mot konstrukt som själv-reflekterande (eng. *self-reflection*), introspektion och metakognition (Fonagy et al., 1998). *Reflective Functioning Scale* kan betraktas som ett i forskningssyfte operationaliserat mått på individens kapacitet till global mentalisering (Fonagy et al., 1998). Bedömning och skattning av RF utgår i regel från anknytningsintervjun (Adult Attachment Interview, AAI; George et al., 1985). Poängskalan består av 11 skalsteg, från bisarr eller negativ RF (-1) som karaktäriseras av fientligt, avvisande eller motsägelsefulla svar, till exceptionell RF (9) där personen genomgående ger genuina, reflekterande och sofistikerade svar (Karterud & Bateman, 2011). Nyligen har det första instrumentet som mäter RF via självskattning tagits fram, kallat *Reflective Functioning Questionnaire* (RFQ; Fonagy et al., 2016). Relativt den utbredda teoretiserade kopplingen mellan nedsatt RF och psykopatologi, är den empiriska tillämpningen av RF-skalan inte lika långtgående. Dock har ett flertal studier undersökt kopplingen mellan reflektiv funktion och olika psykiatriska tillstånd, såsom emotionellt instabil personlighetssyndrom, paniksyndrom, egentlig depression, bulimia nervosa, anorexia nervosa samt psykostillstånd (Katznelson, 2014).

### **Symtomspecifik RF**

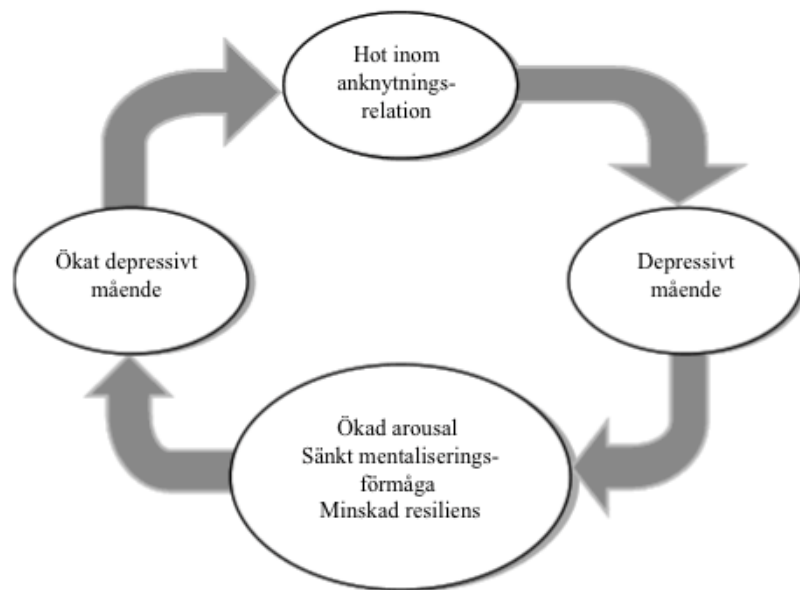
RF-skalan applicerad på AAI ger ett mått på individens globala mentalisering, vilket inom ramen för korttidsterapier inte kan antas förändras

mätbart (Markowitz et al., 2020). I forskningssyfte har därför ett flertal symtomspecifika RF-intervjuer (SSRF) tagits fram som avser mäta förändring i en mer avgränsad dimension av mentaliseringen (Rudden et al., 2009). Användningen av symtomspecifik RF i psykoterapiforskning har enligt Rudden et al. (2009) flera fördelar: symtomspecifika intervjuer är mer lättadministrerade än AAI, men skattningen ger bibehållen komplexitet motsvarande global RF. Dessutom har interbedömarreliabilitet för SSRF visat sig vara utmärkt. Huruvida förändring i RF beror på symtomlättnad eller föregår effekten av psykologisk behandling är inte fastställt. Separata mått på symtomspecifik respektive global RF är ett steg mot att undersöka frågan för olika psykiatriska diagnoser (Rudden et al., 2009).

### ***Mentalisering vid depression***

Ett flertal studier har påvisat nedsatt RF vid depression, men Katznelson (2014) skriver i en översiktsartikel över forskningsläget för RF att studierna ofta varit baserade på patienter med hög samsjuklighet, varför sambandet måste tolkas med försiktighet. I en svensk kontext, inom specialistpsykiatrisk öppenvård fann Ekeblad (2016) väldigt låg RF ( $M = 2.62$ ,  $SD = 1.22$ ) bland deprimerade patienter ( $n = 85$ ) men någon kausalitet, eller riktat samband mellan depression och mentalisering är ännu inte fastställt (Ekeblad et al., 2016). En möjlig förklaring är att generell nedsättning av kognitiv kapacitet vid depression även påverkar mentaliseringsförmågan, alternativt att nedsatt mentalisering utgör en riskfaktor för depression (Ekeblad et al., 2016). Ett tredje alternativ är ett reciprokt samband, där depression sänker mentaliseringsförmågan och nedsatt mentalisering skapar interpersonella problem som förstärker depressionssymtom (Luyten, Lemma, et al., 2019). Utifrån mentaliseringsteorin är depressionssymtom betraktade som individens respons på faktiska svårigheter eller upplevda hot för relationer; exempelvis separation, förlust eller avisande (Luyten, Lemma, et al., 2019). Upplevda hot inom anknytningsrelationer ger upphov till känslor av övergivenhet och skam, vilket leder till depressivt mående samt en minskad kapacitet till mentalisering.





Figur 2. Modell över sambandet mellan hot inom anknytningsrelationer, depression och mentalisering, fritt översatt efter Luyten, Lemma et al. (2019).

Mentaliseringsteorins konceptualisering av depressionssymtom överensstämmer således i hög grad med IPT-teori, där symtomen betraktas som en reaktion på något interpersonellt problem, antingen en konflikt, rollförändring, komplicerad sorg eller en mer generell interpersonell sårbarhet.

#### ***Kopplingen mellan IPT, mentalisering och depression***

Mentaliseringsteorin har av Fonagy med kollegor vidareutvecklats och tillämpats som rational för behandlingsmetoden Mentaliseringsbaserad terapi (MBT), initialt in en slutenvårdskontext för patienter med diagnosen borderline personlighetsstörning, numera emotionellt instabilt personlighetssyndrom (Karterud & Bateman, 2011). Därifrån har användningen av mentaliseringsbegreppet vidgats, då det visat sig vara användbart som konceptualisering av underliggande mentala processer även vid andra psykiatriska tillstånd såsom depression (Luyten, Lemma et al., 2019) samt inom andra affekt- och emotionsfokuserade behandlingsformer, däribland IPT (Markowitz et al., 2019). Fonagy och Allison (2014) har föreslagit mentalisering som en gemensam verksam mekanism (eng. *common factor*) i flera terapiformer och beskrivit mentaliseringsfrämjande interventioner som ett generiskt sätt att etablera intresse hos patienten för social information, inom mentaliseringsteorin benämnt *epistemisk tillit* (definieras som tillit till autenciteten och relevansens för interpersonellt förmedlad information). Huvudfokus inom IPT är att stärka patientens förmåga att navigera i sitt sociala nätverk, genom att minska interpersonell stress och öka socialt stöd, varför ökad mentalisering föreslagits som passande konstrukt för att beskriva dels en underliggande verksam mekanism inom IPT, samt som möjlig sidovinst av behandlingen (Markowitz., 2019). Ett antal studier har således undersökt reflektiv funktion inom ramen för IPT:

exempelvis vid PTSD (Markowitz et al., 2020), paniksyndrom (Rudden et al., 2009) samt vid depression (Ekeblad et al., 2016).

**RF som mediator.** Som tidigare beskrivits syftar emotionellt processande inom IPT till att öka patientens medvetenhet och tolerans för sina känslor. Målet med interventionerna är att patienten ska använda sig av sina känslor och sin inre värld på ett mer adaptivt sätt, som informativa ledtrådar relevanta för lösandet av det fokala problemet i personens relationer. Förbättrad förmåga att mentalisera kring sig själv och sina relationer är således väntat att föregå symtomlättning, via förändringar i patientens relationer (Markowitz et al., 2019).

**RF som moderator och prediktor.** Rollen som moderator och prediktor har undersökts i en RCT-studie som jämförde IPT mot KBT av Ekeblad et al. (2016). Då arbetet i psykoterapi förutsätter att patienten förmår reflektera över sina symtom och relationer, hypotiserade författarna att låg RF kan utgöra ett hinder för allians samt att tillgodogöra sig en psykologisk behandling.

Markowitz et al. (2019) har diskuterat kopplingen mellan IPT och mentalisering. Interventioner som främjar emotionellt processande inom IPT har många likheter med mentaliseringsfrämjande interventioner inom MBT. Ett exempel är terapeutens motsatta rörelser (eng. *contrary moves*) som stimulerar patienten till att växla sin mentalisering mellan polerna kognitiv/affektiv eller sig själv/andra. Andra strategier inom IPT beskrivs mer implicit kopplade, exempelvis rollspel, där mentalisering kring sig själv och andra är en grundförutsättning. Författarna lyfter samtidigt flera betydande skillnader. Till skillnad från MBT är IPT ingen mentaliseringsfokuserad terapiform, då IPT-manualen (Weissman et al., 2017) inte förskriver explicit strävan efter ökad mentaliseringsförmåga. Målet inom MBT är symtomlättning via mentaliseringsprocessen som sådan, (ökad nyfikenhet för egna problematiska reaktioner samt alternativa tolkningar av sig själv och andra) medan mentaliseringsfrämjande interventioner inom IPT syftar till symtomlättning via en lösning av patientens fokala interpersonella problem (Markowitz et al., 2019).

### **Internetförmedlad psykoterapi**

De första studierna att pröva psykologisk behandling förmedlad över internet genomfördes i början av 2000-talet (Andersson, 2018). Sedan dess har formatet gått under en rad benämningar: internetadministrerade interventioner, digitala interventioner, online-terapi och webbaserad behandling samt utvecklats för ett stort antal psykiatriska tillstånd: paniksyndrom, depression, social ångest, specifik fobi, generaliserat ångestsyndrom med flera (Andersson, 2018). Det har även vidgats från att inledningsvis vara baserat på KBT-principer till att omfatta även andra terapiformer, såsom psykodynamiska terapier, samt interpersonell terapi (Andersson et al., 2019). Idag har över 300 RCT-studier undersökt olika former av internetförmedlad terapi (Andersson et al., 2019). De allra första internetbehandlingarna, som förmedlades i textform via en webbsida och mejl,

hade stora likheter med biblioterapi, ett behandlingsformat där självhjälpslitteratur används i gruppterapi som guidas av en terapeut (Andersson, 2018). Sedan dess har den teknologiska utvecklingen förändrat hur information och behandling för psykisk ohälsa kan förmedlas. När smarta telefoner introducerades ökade räckvidden av internetinterventioner ytterligare, eftersom internet numera finns tillgängligt genom fler medier och plattformar (Andersson et al., 2019). Gemensamt för de flesta internetförmedlade behandlingar idag är en sluten digital plattform varifrån symtommått i form av självskattningar samt behandlingens innehålls olika komponenter förmedlas, ofta i textform varierat med interaktiva övningar, bilder och rörligt material. Det förekommer självhjälpsprogram utan någon terapeutkontakt, men oftast förmedlas internetbehandling med någon form av personlig guidning, antingen skriftlig återkoppling, telefonsamtal eller videosamtal (Andersson et al., 2019).

### ***För- och nackdelar med internetbehandling***

Internetförmedlad psykoterapi har många fördelar. Dels har formatet visat god potential att öka tillgängligheten för psykologisk behandling. Genom att överbrygga geografiska hinder samt hinder i form av stigma förknippat med psykisk ohälsa kan internetinterventioner bidra till att fler patienter blir hjälpta, då patienter som av olika orsaker inte skulle sökt vård för, kan få tillgång till evidensbaserad psykologisk behandling (Andersson et al., 2019). Fördelarna avseende tids- och kostnadseffektivitet har även inneburit ett skifte inom psykoterapiforskningen, där internetbehandlingsstudier till antalet överskridit studier med behandling face-to-face. I förlängningen innebär det att frågeställningar numera initialt har undersökts i internetförmedlad behandling, varifrån resultaten därefter generaliseras samt prövas inom sedvanlig terapi (Andersson et al., 2019). Studier har visat att internetbehandling kan bedrivas med minimal behandlartid i jämförelse med sedvanlig terapi.

Som kritik mot internetbehandling har det framförts risker för aversiva effekter. I likhet med sedvanlig behandling är internetbehandling inte hjälpsamt för alla. Aversiva effekter som upptäckts är bland annat försämring i det problem som behandlingen är tänkt att behandla samt upplevd press gällande att slutföra behandlingen i tid (Rozenal et al., 2015). Gällande avhopp och aversiva effekter har ett antal metaanalyser visat jämförbara siffror mellan internetbehandling och behandling face-to-face (Andersson et al., 2019).

Patientens preferens har visat sig vara en viktig prediktor för behandlingsresultat. På samma sätt som det alltid kommer finnas patienter som behöver och önskar behandling face-to-face, kommer det även finnas de som föredrar internetadministrerade interventioner. Andersson (2018) har argumenterat för att internetförmedlade interventioner bör ses som ett komplement till sedvanlig behandling. För framtida implementering förslås kombinerade behandlingsformat som drar nytta av både face-to-face och internetförmedlade interventioner.

## ***IIPT***

Till skillnad mot IKBT, vars effekt är väldokumenterad för en rad tillstånd (Carlbring et al., 2017) är det vetenskapliga stödet för internetförmedlad IPT (IIPT) begränsat. Till vår kännedom har effekten av IIPT endast testats i tre randomiserade kontrollerade studier; mot depression (Donker et al., 2013), social ångest (Dagöö et al., 2014) samt mot ofrivillig ensamhet (Käll et al., in press). Den enda RCT-studien som undersökt IIPT för depression genomfördes av Donker med kollegor (2013). Studien hade en non-inferiority design, där effekten av två självhjälsprogram (IPT och KBT) jämfördes mot en aktiv kontrollgrupp, en beprövad IKBT-behandling. Behandlingen gavs utan terapeutkontakt och varade i fyra veckor. IPT-behandlingen bestod av 4 moduler med innehåll som var utformat efter IPT:s fokusområden. Deltagarna arbetade således med samtliga fokusområden. Donker et al. (2013) fann signifikant sänkning i deltagarnas depressionssymtom, med medelstor effekt. Dock menade författarna själva att denna effekt bör tolkas kritiskt, bland annat utifrån det stora bortfallet av deltagare (70.2%). Även i studien av Dagöö et al. (2014) innefattade IPT-programmet samtliga fyra fokusområden. Denna studie fann en signifikant förbättring för behandlingsgruppen. Dagöö et al. (2014) menade att resultaten bör tolkas med försiktighet på grund av bristande statistisk power och att det inte fanns en kontrollgrupp. I SOLUS 2.0 (Käll et al., in press) prövades för första gången ett IIPT-program som i jämförelse med ovan presenterade studier, visade högre följsamhet mot grundprinciperna i IPT-teori. I SOLUS-studien pågick behandlingen i nio veckor, uppdelat i initialfas (modul 1 – 3), mellanfas (modul 4 – 8) och avslutningsfas (modul 9). Efter den tredje modulen valdes i enlighet med manualen (Weissman et al., 2017) ett av IPT:s fyra fokusområden (rollförändring, konflikt, komplicerad sorg eller interpersonell sårbarhet). Studien fann ingen signifikant effekt av IIPT-behandlingen på upplevd ensamhet (Käll et al., in press). Ännu har inget IPT-koherent behandlingsinnehåll mot depression testats i internetformat.

## **COVID-19**

Indigo-studien pågick under de första fyra månaderna av år 2021, varför det är relevant att benämna den kontext som studiegenomförandet utspelade sig i, det vill säga COVID-19-pandemin. Pandemin har fått konsekvenser som gäller såväl fysisk som mental hälsa för både vuxna och barn (de Figueiredo et al., 2021; Raihan, 2020). De restriktioner som har gällt i Sverige och andra länder har fått bieffekter, som nedstämdhet (Raihan, 2020), stress, ångest och ensamhet (Smith & Lim, 2020). Som en konsekvens av pandemin har 28% av kvinnor och 16% män har rapporterat att de upplever sig ensamma (Smith & Lim, 2020). Det går även att se en försämring av mental hälsa inom vissa grupper, så som förhöjd ångest, depressionssymtom och stress hos unga vuxna och äldre (Raihan, 2020). Vidare har det visats en sänkt mental hälsa och livsnöjdhet, samt ökat lidande hos personer som slutade arbeta på grund av pandemins begränsningar (Zhang et al., 2020). Hos personer som själva haft COVID-19 med en

sjukhusvistelse som konsekvens, går det att se ökad förekomst av posttraumatiska stressymtom samt depressionssymtom (Vindegaard & Benros, 2020). Även personer med närstående som har drabbats av COVID-19 löper ökad risk för att få psykiatriska symtom (Vindegaard & Benros, 2020). Då pandemin påverkar hela det svenska samhället så bör det tas i beaktning att dessa konsekvenser för den psykiska hälsan även kan gälla för vissa av studiens deltagare.

### **Indigo-studien**

Indigo-studien är en pilotstudie som undersökte internetförmedlad IPT-behandling för lindrig till medelsvår depression med en randomiserad kontrollerad experimentell design. Inom ramen för projektet har två uppsatser skrivits. Lundberg och Viberg (2021) undersökte behandlingsutfallet i form av depressionssymtom, oro, livskvalité och socialt stöd, samt socialt stöd som mediator. I föreliggande uppsats undersöks rollen av mentalisering inom IIPT.

#### **Syfte och frågeställningar**

Konsekvenserna av depression för samhället såväl som individen, är väl kända (Socialstyrelsen, 2020). IPT är en dokumenterad verksam terapiform som ursprungligen utvecklades för egentlig depression (Cuijpers et al., 2016). Givet att psykologisk behandling visat sig framgångsrikt kunna överföras till internetformat (Andersson, 2018) samt att internetförmedlade interventioner har potential att öka tillgängligheten för evidensbaserad psykologisk behandling (Andersson et al., 2019) var Indigo-studiens huvudsakliga syfte att undersöka effekten av IIPT som ett kompletterande behandlingsalternativ mot lindrig till medelsvår egentlig depression.

Syftet med föreliggande uppsats var att explorativt undersöka sambandet mellan IIPT, depression och mentalisering med en mixad forskningsmetod; dels med en kvalitativ ansats utifrån deltagarnas egna upplevelser av förändringsprocesser under behandlingen, dels med en kvantitativ ansats undersöka förändring av mentalisering, samt mentalisering som moderator i IIPT mot depression.

#### **Kvantitativa frågeställningar**

1. Finns det någon skillnad i RFQ vid eftermätning mellan deltagare som får IIPT och kontrollgruppen?
2. Modereras behandlingens effekt på depressionssymtom mätt med BDI-II av förändringsvärde i RFQ?

#### **Kvalitativa frågeställningar**

1. Hur upplever deltagare med egentlig depression sin egen förändring efter deltagande i IIPT och vilken process lyfter de fram som central?
2. Vilka förändringar upplever deltagarna avseende deras depressionsspecifika mentalisering efter deltagande i IIPT?

Med hänsyn till det begränsade evidensläget för IIPT så valdes en explorativ ansats. Därav formulerades inga kvantitativa hypoteser avseende

riktning på förändring av RFQ. Av samma anledning formulerade vi en bred kvalitativ frågeställning (den första) kring eventuella upplevda förändringar.

## Metod

### Design

Indigo-studien undersökte effekten av IIP-behandling för depression med en randomiserad kontrollerad studiedesign. Deltagarna randomiserades till två betingelser: IIP-behandling ( $n = 57$ ) eller kontrollgrupp ( $n = 56$ ). Experimentgruppen gavs en tio veckor lång behandling med kontinuerligt behandlarstöd. Under samma tidsperiod stod deltagarna som randomiserats till kontrollgruppen på väntelista till behandling. Självskattningsformulär tilldelades deltagarna i båda grupperna via mejl, dels veckovis under den första behandlingsperioden, samt i samband med registrering, behandlingsstart och efter behandlingsavslut. Efter att deltagarna i experimentgruppen genomgått programmet erbjöds deltagarna i kontrollgruppen behandling.

Studiedesignen innefattade både mellangrups- och inomgruppsjämförelser, då två oberoende variabler undersöks på två nivåer. Oberoende variabler var 1. *grupptillhörighet* (kontrollgrupp/experimentgrupp) och 2. *tid* (för-/eftermätning). Beroende variabler var utfallsmått på självskattningsskalorna *Beck Depression Inventory* (BDI-II), *Montgomery Åsberg Depression Rating Scale* (MADRS-S) och *Reflective Functioning Questionnaire* (RFQ). Övriga utfallsmått var *Social Support Scale* (MOS-SSS-p), *Generalised Anxiety Disorder 7-item scale* (GAD-7) samt *Brunnsviken Brief Quality of Life Inventory* (BBQ).

### Behandlingsutförande

#### *Indigo-plattformen och behandlingsinnehåll*

Behandlingen inklusive behandlingskontakten förmedlades via en digital plattform, som nåddes av deltagare och behandlare via ett krypterat och slutet kontakthanteringssystem. Behandlaren hade således ej direktkontakt med deltagarens personliga e-post. För att logga in på Indigo-plattformen krävdes tvåstegsverifiering, dels ett egenvalt starkt lösenord, dessutom krävdes en unik engångskod som genererades och förmedlades via sms för varje inloggning.

Behandlingsinnehållet utformades av uppsatsens författare samt två andra psykologstudenter i nära samarbete med klinisk handledare Malin Bäck, som är legitimerad psykoterapeut, medgrundare till Sveriges IPT-förening (IPTS), IPT-handledare på D-nivå samt forskare inom IPT. Till grund för modulerna låg materialet som användes i SOLUS 2.0, då IIP testades för ensamhet (Käll et al., in press). Innehållet justerades dels för att behandla depression, dels för att uppnå ökad följsamhet till IPT-manualen *The guide to interpersonal psychotherapy* (Weissman et al., 2017). Som övrigt stöd i utformandet av övningar och texter till modulerna användes en svensk översättning av bedömningsskalan *IPT Audio Recording Rating Scale* (ARRS) avsedd att utvärdera följsamhet i videofilmade IPT-sessioner, skapad av terapeuten Roslyn Law (2013) samt självhjälpsboken *Defeating depression* av samma författare (Law, 2014). Ytterligare underlag för

redigeringen var *Casebook of interpersonal psychotherapy* (Markowitz & Weissman, 2012). Behandlingsinnehållet baserades således på centrala principer för IPT.

Indigo-programmet bestod av tio behandlingsmoduler som var indelade i tre faser; inledningsfas (modul 1 – 4), mellanfas (modul 5 – 9) avslutningsfas (modul 10), samt en tilläggsmodul som innehöll texter och övningar som baserades på generella IPT-principer, däribland kommunikationsanalys, valmöjlighetsanalys, perspektivtagning och psykoedukation kring känslor och depression. Det huvudsakliga innehållet i den fristående modulen skapades av den kliniska handledaren för studien och övningar och texter därifrån integrerades i de olika behandlingsspåren. De fyra första modulerna i programmet var lika för samtliga behandlingsdeltagare. Den sista modulen i inledningsfasen utgjorde ett vägskäl i behandlingen, då deltagarna i enlighet med IPT-manualen (Weissman et al., 2017) fick välja ett av IPT:s fyra fokusområden (rollförändring, komplicerad sorg, konflikt eller interpersonell sårbarhet) att arbeta med under mellanfasen. Den tionde och sista modulen i programmet var lika för samtliga fokusområden och innehöll summering av behandlingsinnehållet, utvärdering av uppsatta behandlingsmål, samt planering av återfallsprevention. För mer detaljerad beskrivning av innehållet i varje modul, se appendix A.

**Behandlarstöd.** Varje deltagare kopplades till en behandlare som i början av varje behandlingsvecka (måndag eller tisdag) tilldelade nya moduler samt gav kontinuerlig återkoppling på föregående moduler. Återkopplingen bestod av kommentarer kring hur väl deltagaren tagit till sig behandlingsinnehållet, validering och klarifiering av eventuella kopplingar mellan interpersonella händelser och mående som framkom samt frågor för att väcka vidare reflektion. Slutligen var vissa delar av återkopplingarna specifika för den aktuella modulen. Vi behandlare var även tillgängliga för frågor via en meddelandefunktion på plattformen, där vi i regel svarade inom 24 timmar under vardagar.

**Behandlare.** Behandlare under första behandlingsperioden (studiens experimentgrupp) var uppsatsens författare samt två andra studenter, samtliga på termin 10 på psykologprogrammet vid Linköpings Universitet. Vi studenter hade vid genomförandet av studien en grundutbildning i psykoterapi, varav tre med KBT-inriktning och en med PDT-inriktning. Inför behandlingsstart genomgick vi en teoretisk grundkurs i IPT (nivå A) motsvarandes fyra heldagar. Kursen gavs på distans av klinisk handledare Malin Bäck, som även var behandlare för fyra studiedeltagare ur experimentgruppen. Övriga deltagare var jämnt fördelade mellan oss studenter, som behandlade 13 – 14 deltagare vardera. För att öka kvalitén i behandlingskontakten fick vi studenter veckovis handledning å en timme i metod- och patientfrågor. Till den andra behandlingsperioden rekryterades ackrediterade IPT-terapeuter inom Svenska IPT-föreningen. Kontrollgruppen behandlades således inte av psykologstudenter utan av legitimerade psykologer eller psykoterapeuter.

## **Analysmetoder**

### ***Mixad metod***

För uppsatsen användes en *mixad metod* (eng. *mixed method design*), vilket innebär att element från både kvantitativ och kvalitativ forskning kombineras för att besvara de ställda frågeställningarna (Schoonenboom & Johnson, 2017). I uppsatsen tillämpades metoddesignen *a priori* då den bestämdes innan datainsamlingen. Uppsatsens mixade metoddesign kan klassificeras som en *equal-status concurrent design* (Schoonenboom & Johnson, 2017) eftersom respektive forskningsmetod behandlas som likvärdig vid integreringspunkten för resultaten, samt att insamlingen av data för respektive metod sker inom samma tidsspann och planerades oberoende av varandra.

För denna uppsats tillämpades designen i syfte att triangulera det undersökta fenomenet med data från respektive forskningsmetod, alltså att undersöka var resultaten överensstämmer eller kontrasterar, om så är fallet. Att tillämpa en mixad metod ger möjlighet att undersöka ett fenomen från olika perspektiv; att ge generaliserbar kunskap om ett annars individbeskrivet fenomen eller att nyansera de generaliserande induktiva resonemangen som kommer av inferensstatistisk (Schoonenboom & Johnson, 2017). Med designen för denna uppsats har vi dragit nytta av just detta. Det vill säga att undersöka om mentalisering förändras i en IIPT-behandling för depression både utifrån inferensstatistiska analyser av data från standardiserade självskattningsskalor och utifrån tematisk analys av deltagarnas perspektiv och svar på öppna frågor om behandlingen. Att undersöka detta syftar till att testa relevansen för tidigare nämnd teori om mentalisering (Markowitz et al., 2019; Markowitz et al., 2020; Lipsitz & Markowitz, 2013) inom ramen för IIPT. Utöver det ämnar vi med kvantitativ respektive kvalitativ metod sammantaget undersöka två aspekter av mentalisering kopplat till IIPT som behandlingsmetod för depression, vilka är global respektive depressionsspecifik RF.

I båda forskningsmetoderna har vi ontologisk och epistemologisk utgångspunkt i kritisk realism, med det menas att vi utgår från att det finns en verklighet som existerar utanför den som observerar den (Brandén, 2016). Gällande möjligheten att observera verkligheten så utgår vi från att det är möjligt men att det blir svårare vid experiment som gäller samhällsvetenskap och människor, av den anledning att det vid sådana experiment är svårare att skapa så kallade slutna villkor. Att det blir väldigt svårt att isolera de av experimentet aktiverade mekanismerna, som man ämnar observera, från påverkan av andra mekanismer som aktiveras när de empiriska omständigheterna förändras. Eller att det man ämnar observera förändras i sina egna kausala krafter (Brandén, 2016). Utifrån utgångspunkt i kritisk realism får forskningsmetoderna vid tolkning av resultaten ett större gemensamt förklaringsvärde vid triangulering, jämfört med om utgångspunkterna hade skilt sig åt mellan dem. Då vi utgått från att resultaten i viss utsträckning förklarar en observerbar verklighet i både den kvantitativa och kvalitativa delen.



### ***Statistiska analyser***

De statistiska analyserna utfördes i programmet IBM SPSS Statistics 26. Alfa-nivån bestämdes till  $\alpha = 0.05$  för samtliga analyser. För att undersöka skillnader i RFQ mellan behandlingsgrupp och kontrollgrupp genomfördes en envägs-ANCOVA. Kovariansanalys genomfördes för respektive subskala av RFQ: RFQ Uncertainty och RFQ Certainty, med förmätningen som kovariat. Valet av ANCOVA som analysmetod har sin styrka i att det ger ökad power i jämförelse med en repeated measurements-ANOVA (Shieh, 2020). Som mått på effekten användes Hedges'  $g$ , vilket är lämpligt vid jämförelser mellan grupper med olika stora samples (Hedges & Olkin, 1985).

För att undersöka om behandlingseffekten modereras av förändringar i RFQ Uncertainty respektive RFQ Certainty genomfördes en multipel linjär regressionsanalys. Inför analysen beräknades förändringen i BDI-II, RFQ\_U och RFQ\_C genom att subtrahera eftermätningens värde från förmätningens värde för respektive skala. I regressionsmodellen inkluderades huvudeffekter av grupp (behandling- och kontrollgrupp), förändring i RFQ\_U samt förändring i RFQ\_C. Även interaktionseffekter av grupp och förändring i RFQ\_U samt av grupp och förändring i RFQ\_C.

I samtliga beräkningar inkluderades bara data från deltagare som fyllt i både för- och eftermätning, så kallad *complete case analysis* (CC). Som bortfallsanalys genomfördes oberoende T-test för att kontrollera eventuella skillnader i förmätningens värde på BDI-II mellan deltagare som genomfört eftermätning och deltagare för vilka data saknades. För samtliga test kontrollerades antaganden kring normalfördelning, homoskedasticitet, linjäritet och frånvaron av outliers. För den multipla linjära regressionsanalysen kontrollerades även antaganden kring frånvaro av multikollinearitet genom att undersöka VIF-värdet (Variance Inflation Factor).

Gällande bedömning om förändring i RFQ modererar behandlingens effekt på BDI-II så utgick vi från Baron och Kennys (1986) definition för moderation. Att en variabel modererar sambandet mellan en oberoende variabel och en beroende variabel om moderatorvariabeln förklarar under vilka förutsättningar den oberoende variabeln relaterar till den beroende. Det medför kriterierna att en moderation ska gå att statistiskt analytiskt påvisa samt att den beroende variabeln inte orsakar moderatorvariabeln. Samt att det är önskvärt, men inte nödvändigt, att moderatoren ej korrelerar med den oberoende och den beroende variabeln (Baron & Kenny, 1986).

### ***Tematisk analys***

För att undersöka deltagarnas upplevelse av förändring (generellt samt avseende depressionsspecifik RF) efter sin medverkan i Indigo-programmet genomförde vi en tematisk analys (TA). Tematisk analys är en grundläggande och samtidigt flexibel metod för analys av kvalitativa data, vilken enligt Braun och Clarke (2006) lämpar sig väl som ingång till kvalitativ metod. Vidare är TA jämfört med andra kvalitativa analysmetoder relativt fristående avseende

koppling till ontologiska och epistemologiska antaganden (Braun & Clarke, 2006). Som tidigare nämnt valdes kritisk realism som utgångspunkt. TA kan genomföras induktivt eller deduktivt. Beaktat det bristande forskningsläget för IPT ville vi primärt undersöka deltagarnas upplevelser av förändring förutsättningslöst utifrån en induktiv, datadriven analys. Samtidigt valde vi att pröva befintlig teori om kopplingen mellan IPT och depressionsspecifik mentalisering genom att inkludera fokuserade frågor i vår intervjuguide, som tematiserades mer teoridrivet utifrån mentaliseringsteori. Således valde vi att genomföra en induktiv analys som kombinerades med ett teoridrivet tema kring depressionsspecifik mentalisering. I linje med en datadriven ansats valde vi att genomföra tematisering på semantisk nivå, i kontrast till latent. Semantisk tematisering fokuserar på det som är sagt, utan att söka underliggande mening bortom orden (Clarke och Braun, 2006). Slutligen eftersträvade vi att ge en rik beskrivning avspeglade hela datamaterialet, framför en mer detaljerad beskrivning av specifika aspekter, vilket Braun och Clarke (2006) menar är särskilt lämpligt vid undersökning av underforska områden eller fenomen.

## **Kvantitativ procedur**

### ***Rekrytering***

Rekryteringsprocessen pågick under två veckor med start 2021-01-22. Information om studien spreds i första hand av personer i arbetsgruppen för studien, vilka delade annonsmaterial i sina kanaler på olika sociala medier, såsom Facebook och Instagram. Vidare spreds materialet på webbplatserna Interpersonell psykoterapi i Sverige samt Relationella rummet, i mejlutskick på arbetsplatser samt igenom elevhälsan för ett antal universitet och högskolor i landet. Rekryteringen innefattade även köpta annonsplatser i dagstidningen Dagens Nyheter samt på Facebook. I annonsmaterialet framgick att studien var öppen för sökande från hela Sverige, att behandlingen var kostnadsfri, baserad på grundprinciper för IPT samt att den riktades till personer som var över 18 år som kände sig nedstämda eller deprimerade.

Under tiden som rekryteringen pågick kunde intresserade personer anmäla sig till studien genom att registrera sig på studiens hemsida ([www.indigostudien.se](http://www.indigostudien.se)). I samband med registrering på plattformen tilldelades alla sökande en anonym deltagarkod. Vidare genomförde de sökande en screening bestående av självskattningsformulären BDI-II, MADRS-S, GAD-7, BBQ, MOS-SSS samt RFQ. Utöver skattningsformulären innehöll screeningen även frågor om pågående och tidigare psykologisk behandling och upplevd påverkan av Covid-19-pandemin. Även demografiska uppgifter samlades in, däribland ålder, kön, civilstånd samt utbildningsnivå.

Kriterier för inklusion var att deltagaren:

- var 18 år eller äldre
- uppfyllde kriterierna för pågående egentlig depressionsepisod enligt M.I.N.I. alternativt vid screeningen skattade över tröskelvärde för

lindrig depression på självskattningsformulären MADRS-S eller BDI-II

- hade datorvana och tillgång till internet
- hade grundläggande kunskaper i det svenska språket
- hade praktisk möjlighet att vara aktivt deltagande under behandlingsperioden (10 veckor).

Kriterier för exklusion var:

- pågående psykologisk behandling eller stödsamtal
- svår psykiatrisk komorbiditet (psykossjukdom, bipolär sjukdom, svårt substans- eller alkoholbrukssyndrom)
- genomförd eller planerad dosförändring av psykofarmakologisk behandling (inom 3 månader)
- undervikt (tröskelvärde för BMI  $\leq 17,0$ )
- pågående självskada
- hög suicidalitet eller pågående suicidalt beteende.

Baserat på ovanstående kriterier genomfördes ett första urval inför nästa steg som var fördjupad telefonintervju. Registrerade deltagare som utifrån webbscreeningen mötte kraven för primär inklusion kontaktades per telefon för en fördjupad diagnostisk intervju. Som bedömningsinstrument administrerades *M.I.N.I. Internationell neuropsykiatrisk intervju, svensk version 7.0.0 enligt DSM-5* (MINI: Sheehan et al., 1998). Intervjuerna utfördes av oss fyra studentbehandlare som fick handledning i instrumentet av forskningsansvarig bihandledare. För att standardisera förfarandet följde vi samma intervjuguide. Vid behov ställdes på förhand formulerade frågor som syftade till att inhämta kompletterande information avseende eventuell dosjustering av farmakologisk behandling, deltagarens upplevelse om primär- respektive sekundärdiagnos vid eventuell samsjuklighet, samt deltagarens praktiska förutsättningar för ett aktivt deltagande. Efter avslutad intervju sammanställdes resultatet från M.I.N.I. tillsammans med screeningen till ett samlat bedömningsunderlag.

I nästa steg lyftes varje deltagare i en behandlingskonferens, där ansvarig forskare för studien fattade slutgiltigt beslut om inkludering eller exkludering baserat på en sammanvägning av insamlade data. För exkludering var uppvisande av ett av ovan nämnda exklusionskriterier tillräcklig orsak. I vissa fall gjordes en individuell bedömning om särskilda inklusions- eller exklusionskriterier kunde förbises. Deltagare som exkluderats informerades i första hand per telefon. Beskedet lämnades av samma person som utfört telefonintervjun. Vid behov hänvisades exkluderade deltagare vidare till relevant vårdinstans.

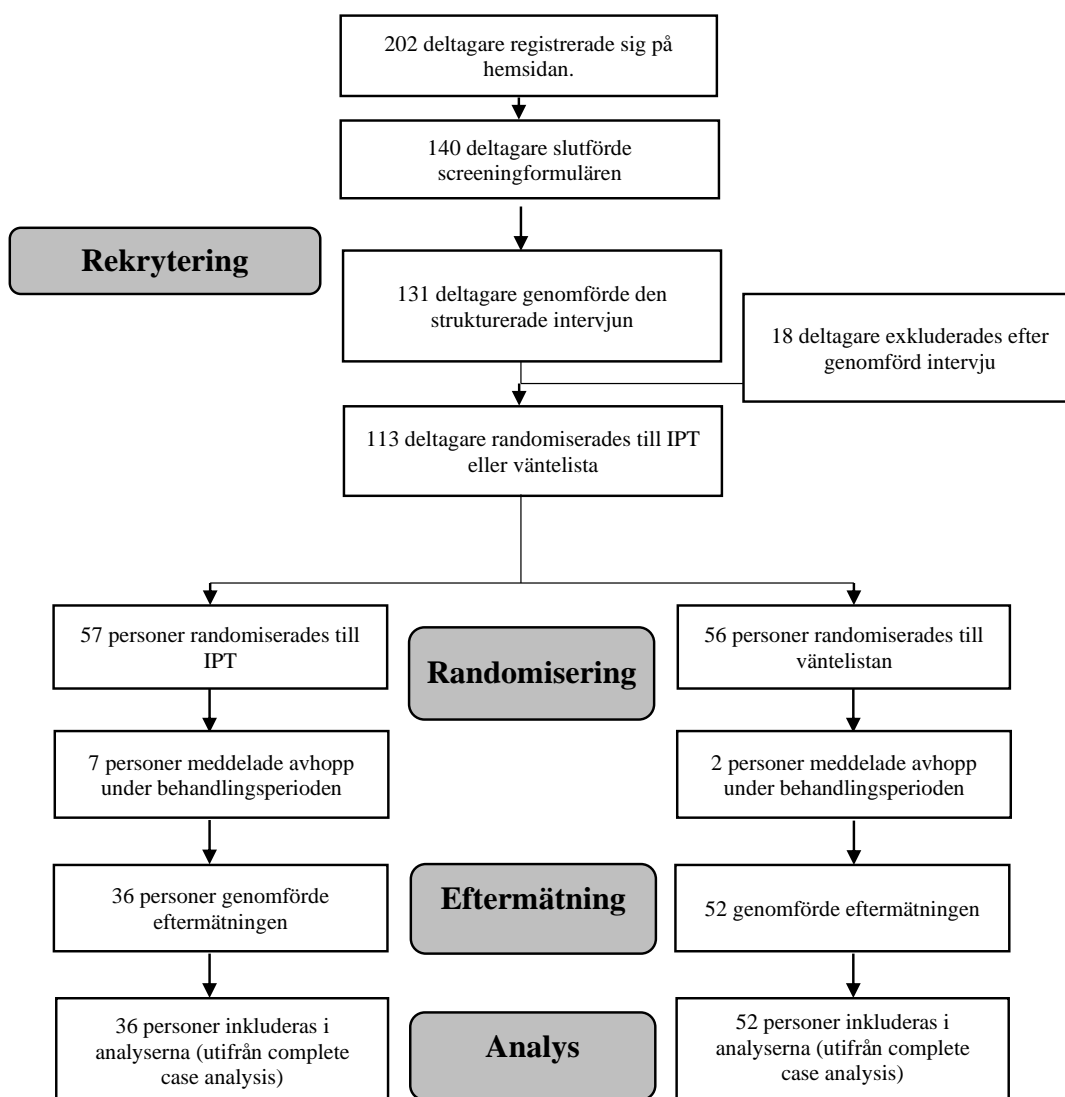
### ***Urval och deltagare***

Totalt 140 av 202 registrerade personer slutförde den initiala screeningen. Efter 131 genomförda telefonintervjuer inkluderades 113 deltagare som gick vidare till randomisering. Under behandlingsperioden meddelande 9 deltagare avhopp, varav 7 från behandlingsgruppen och 2 från kontrollgruppen. Totalt 78

% ( $n = 88$ ) av studiedeltagarna besvarade samtliga skattningsformulär i eftermätningen, motsvarande 63% av behandlingsgruppen och 93 % av kontrollgruppen. Gällande den uppföljande intervjun, där depressionsavsnittet i M.I.N.I. och *Clinical Global Impression Scale – Improvement* (CGI-I; Busner & Pargum, 2007) administrerades, 41 deltagare (72 %) från behandlingsgruppen och 52 (93%) från kontrollgruppen.

### Randomisering

Inkluderade deltagare randomiserades till en av två grupper, IPT-behandling ( $n = 57$ ) eller väntelista ( $n = 56$ ). Randomisering utfördes av en för studien oberoende part, som använde sig av websidan Random.org ([www.random.org](http://www.random.org)). Efter genomförd randomisering meddelades deltagarna utfallet och datum för respektive behandlingsperiod via mejl. Deltagarna som randomiserats till behandlingsgruppen delgavs även uppgifter om inloggning på Indigo-plattformen, medan deltagarna i kontrollgruppen informerades om veckomätningarna under väntetiden.



Figur 3. Flödesschema över urvalsprocessen.

## Demografiska faktorer

Av studiens 113 deltagare hade 61 % tidigare påbörjat en behandling för psykisk ohälsa. Totalt 49 % rapporterade tidigare eller pågående behandling med psykofarmaka. För mer information om demografiska faktorer och prevalens av psykiatriska diagnoser se Tabell 1 och 2.

Tabell 1. Fördelning av demografiska faktorer mellan grupper.

	<b>IIP</b> <b>(n = 57)</b>	<b>Kontroll</b> <b>(n = 56)</b>	<b>Totalt</b> <b>(n = 113)</b>
<b>Kön</b>			
<i>Kvinna</i>	44 (77.2%)	45 (80.4%)	89 (78.8%)
<i>Man</i>	13 (22.8%)	11 (19.6%)	24 (21.2%)
<b>Ålder</b>			
<i>Medel</i>	41.19 (SD = 15.13)	42.21 (SD = 15.14)	41.68 (SD = 15.0)
<i>Min-max</i>	20-73	18-83	18-83
<b>Civilstånd</b>			
<i>Singel</i>	17 (29.8%)	17 (30.4%)	34 (30.1%)
<i>Gift</i>	15 (26.3%)	16 (28.6%)	31 (27.4%)
<i>I en relation (sambo)</i>	14 (25.6%)	11 (19.6%)	25 (22.1%)
<i>I en relation (särbo)</i>	8 (14%)	5 (8.9%)	13 (11.5%)
<i>Skild</i>	3 (5.3%)	6 (10.7%)	9 (8%)
<i>Änka/änkling</i>	0 (0%)	1 (1.8%)	1 (0.9%)
<b>Sysselsättning</b>			
<i>Studera</i>	12 (21.1%)	11 (19.6%)	23 (20.4%)
<i>Yrkesarbetande</i>	36 (63.2%)	24 (42.9%)	60 (53.1%)
<i>Arbetslös</i>	1 (1.8%)	6 (10.7%)	7 (6.2%)
<i>Pensionerad</i>	5 (8.8%)	5 (8.9%)	10 (8.8%)
<i>Sjukskriven (&lt;3 månader)</i>	1 (1.8%)	1 (1.8%)	2 (1.8%)
<i>Sjukskriven (&gt;3 månader)</i>	2 (3.5%)	5 (8.9%)	7 (6.2%)
<i>Övrigt</i>	0 (0%)	2 (3.6%)	2 (1.8%)
<b>Högsta utbildningsnivå</b>			
<i>Grundskola</i>	1 (1.8%)	3 (5.4%)	4 (3.5%)
<i>Gymnasium</i>	26 (45.6%)	12 (21.4%)	38 (33.6%)
<i>Universitet/högskola</i>	24 (42.1%)	25 (44.6%)	49 (43.4%)
<i>Forskarutbildning</i>	1 (1.8%)	4 (7.1%)	5 (4.4%)
<i>Annan eftergymnasial utbildning</i>	5 (8.8%)	12 (21.4%)	17 (15%)

Tabell 2.

*Diagnoser vid förmätning indikerade enligt M.I.N.I.*

	<b>IIPT</b> <b>(n = 57)</b>	<b>Kontroll</b> <b>(n = 56)</b>	<b>Total</b> <b>(n = 113)</b>
<b>Depression</b>	38(63.3%)	34 (64.2%)	72(63.7%)
<b>Bipolär sjukdom</b>	3 (5.0%)	2 (3.8%)	5 (4.4%)
<b>Paniksyndrom</b>	5 (8.3%)	5 (9.4%)	10(8.8%)
<b>Agorafobi</b>	7 (11.7%)	2 (3.8%)	9 (8.0%)
<b>Social ångest</b>	8 (13.3%)	8 (15.1%)	16(14.2%)
<b>Tvångssyndrom</b>	7 (11.7%)	4 (7.5%)	11(9.7%)
<b>PTSD</b>	8 (13.3%)	6 (11.3%)	14(12.4%)
<b>Alkoholbrukssyndrom</b>	8 (13.3%)	4 (7.5%)	12(10.6%)
<b>Substansbrukssyndrom</b>	1 (1.7%)	0 (0.0%)	1 (0.9%)
<b>Hetsättningsstörning</b>	1 (1.7%)	1 (1.9%)	2 (1.8%)
<b>GAD</b>	11(18.3%)	11 (20.8%)	22(19.5%)
<b>Antisocialt personlighetssyndrom</b>	3 (5.0%)	3 (5.7%)	6 (5.3%)

### ***Veckomätning och eftermätning***

Under behandlingens gång fick samtliga inkluderade deltagare fylla i MADRS-S och MOS-SSS-p veckovis. Efter den tionde och sista veckan av experimentgruppens behandling tilldelades samtliga studiedeltagare via mejl en eftermätning som innehöll samma självskattningsformulär som screeningen. Behandlingsgruppens eftermätning innehöll ett tillägg för utvärdering av eventuella negativa effekter av terapi; *Negative Effects Questionnaire* (NEQ-20; Rozental, et al., 2019). Eftermätningen bestod även av en kort uppföljande telefonintervju. Deltagarna kunde själva boka tid för intervjun via Indigo-plattformen. Under telefonintervjun administrerades avsnittet för egentlig depression ur M.I.N.I. samt CGI-I (Busner & Pargum, 2007), som ger ett mått på förändring av måendet (från 1 = väldigt mycket försämrad till 7 = väldigt mycket förbättrad). Mot slutet av samtalet informerades deltagare i kontrollgruppen om datum för den andra behandlingsperioden. Efterintervjuerna genomfördes av oss studentbehandlare som fördelade samtalen mellan oss så att vi inte ringde upp deltagare som vi själva haft i behandling. Detta för att underlätta för deltagarna att uttala sig fritt om sina upplevelser av behandlingen.

### **Kvalitativ procedur**

#### ***Rekrytering***

Deltagare för den kvalitativa datainsamlingen rekryterades ur Indigo-studiens behandlingsgrupp, vilken beskrivits tidigare under rubriken kvantitativ procedur. I samband med att eftermätningen skickades ut per mejl fick deltagarna i behandlingsgruppen även information om möjligheten till frivilligt deltagande i en utökad telefonintervju, vilken innehöll frågor om deras upplevelse av

behandlingen. Enbart deltagare som på förhand gett sitt samtycke blev tillfrågade på nytt i samband med eftermätningens intervju.

### **Urval och deltagare**

Urval av deltagare för intervjun genomfördes strategiskt utefter grupperna: slutfört behandling med betydande symtomlättning, slutfört behandling utan betydande symtomlättning samt slutfört behandlingen med betydande symtomförsämring. Bedömningen av betydande förändring av symtom baserades på en jämförelse mellan senaste ifyllda veckomätningen och förmätningen, där en förbättring eller försämring med minst 5 poäng i MADRS-S bedömdes betydelsefull utifrån MCID (*minimal clinically important difference*), det vill säga den minimala kliniskt viktiga skillnaden för instrumentet enligt en översiktsartikel (Masson & Tejani, 2013). Urvalet av deltagare valdes för att fånga maximal variation av upplevelser.

Totalt intervjuades tio deltagare, varav nio var kvinnor och en man. Åldersspannet för dessa var 25 – 73 år ( $M = 44.7$ ,  $SD = 17$ ). För beskrivning av deltagarnas demografiska faktorer, indikation om depressionsdiagnos enligt M.I.N.I., effekt av behandling samt värde på självskattningsformulär se Tabell 3.

Tabell 3.

*Beskrivning av de intervjuade deltagarna inklusive procentfördelning.*

<b>Kön</b>	
<i>Man</i>	1 (10%)
<i>Kvinna</i>	9 (90%)
<b>Ålder</b>	
<i>Medelvärde</i>	44.7 ( $SD = 17$ )
<b>Fokusområde</b>	
<i>Interpersonell sårbarhet</i>	6 (60%)
<i>Rollförändring</i>	2 (20%)
<i>Konflikt:</i>	1 (10%)
<i>Ej valt</i>	1 (10%)
<b>Effekt av behandling</b>	
<i>Förbättrad</i>	6 (60%)
<i>Oförändrad</i>	3 (30%)
<i>Försämrad</i>	1 (10%)
<b>Depression vid förmätning</b>	4 (40%)
<b>Depression vid eftermätning</b>	4 (40%)
<b>BDI-II vid förmätning</b>	
<i>Medelvärde</i>	25 ( $SD = 8.10$ )
<b>BDI-II förändringsvärde</b>	
<i>Medelvärde</i>	9.1 ( $SD = 9.16$ )
<b>RFQ_U vid förmätning</b>	
<i>Medelvärde</i>	0.98 ( $SD = 0.70$ )
<b>RFQ_U förändringsvärde</b>	

<i>Medelvärde</i>	0.32 ( <i>SD</i> = 0.64)
<b>RFQ_C vid förmätning</b>	
<i>Medelvärde</i>	0.95 ( <i>SD</i> = 0.81)
<b>RFQ_C förändringsvärde</b>	
<i>Medelvärde</i>	-0.23 ( <i>SD</i> = 0.66)

---

### ***Författare***

Vi som är författare i den kvalitativa delstudien var två av Indigo-studiens fyra studentbehandlare, vilka beskrivits under rubriken behandlingsutförande. Vi har båda en grundläggande utbildning i psykoterapi, med inriktning mot psykodynamisk relationell terapi respektive kognitiv beteendeterapi. Inför och under genomförandet av Indigo-studien har vi tillgodogjort oss grundläggande teoretisk kunskap om IPT (motsvarande nivå A), tillägnat oss vidare kunskaper i samband med utformningen av behandlingsinnehållet i modulerna, därtill har vi en begränsad klinisk erfarenhet i rollen som internetbehandlare för studiens experimentgrupp. Vår kunskap om mentaliseringsteorin har också utökats inför och under arbetet med Indigo-studien, dock har vi ingen formell utbildning i mentaliseringsteori utöver den som ges på psykologprogrammet.

### ***Intervjuer***

Semi-strukturerade djupintervjuer genomfördes inom en vecka efter behandlingsavslut. Vi författare fördelade intervjuerna mellan oss så att ingen deltagare blev intervjuad av sin tidigare behandlare. Först administrerades frågorna i den ordinarie eftermätningen, därefter informerades deltagarna om den utökade intervjun, hur inspelningarna skulle hanteras och sedan förvaras samt att transkriberat material och resultatet från analyserna skulle anonymiseras. Deltagarna fick sedan ge samtycke till deltagande samt inspelning av intervjun. Längden på de inspelade intervjuerna varierade mellan 11–23 minuter ( $M = 18.5$ ). Intervjuguiden tillämpades på så sätt att frågorna ställdes i bestämd ordning, men att vi var fria att antingen formulera egna följdfrågor eller använda på förhand skrivna förslag. Under intervjuerna eftersträvade vi att samla in så djupa beskrivningar som möjligt, genom att göra summeringar, valideringar och ställa öppna följdfrågor.

### ***Analys***

Vi genomförde och transkriberade fem intervjuer vardera. Tematisk analys av data genomfördes gemensamt i sex faser utifrån beskrivning av Braun och Clarke (2006). Genomgående genom analysen eftersträvade vi det Langemer (2008) benämner som *vågrät analys*, det vill säga att samtliga involverade i analysen bekantar sig med hela materialet från början, samt att hela materialet analyseras på en gång (jämfört med exempelvis en intervju åt gången). Den första fasen, att bekanta sig med data, påbörjades redan under transkribering. Transkriberingen gjordes *i princip ordagrant* (Langemer, 2008), med undantag för vissa utfyllnadsord och upprepningar, om dessa inte bedömdes vara meningsfulla i relation till tolkningen. Icke-verbala uttryck såsom pauser, tonläge



eller skratt inkluderades inte. Eftersom vi transkriberade de intervjuer vi själva genomfört, gjorde vi därefter en genomläsning av varandras material. I andra fasen genomförde vi en datadriven kodning genom att markera stycken i texten och skriva kommenterar i ordbehandlingsprogrammet Microsoft Word. Den initiala kodningen delades upp mellan båda av oss två som är uppsatsens författare. Efter slutförd kodning gjorde vi ytterligare genomläsning av hela det transkriberade materialet och jämförelse mellan varandras koder. För synonyma koder som bedömdes spegla samma semantiska innebörd valdes en och samma benämning. I den tredje fasen samlades samtliga koder, som sedan sorterades i preliminära teman. Kluster med semantiskt närliggande koder bildade potentiella teman, som kommenterades i ett delat dokument. I den fjärde fasen gick vi igenom samtliga teman och jämförde dem med texten. Denna bearbetning genererade nya subteman samt att vissa teman slogs samman och bildade ett större. Vissa teman omarbetades på det sätt att vissa koder togs bort och vissa lades till. I den femte fasen definierade vi gemensamt essensen av vad varje teman fångade in samt valde tydliggörande excerpt för varje tema. I det sjätte steget skrev vi våra resultat, alltså sammanfattade vi vår analys av varje tema och exemplifierade med valda excerpt. Samtliga namn i resultatdelen är fingerade. De valdes utefter en slumpgenerator för namn ([www.name-generator.org.uk/](http://www.name-generator.org.uk/)).

### **Datansamlingsmetoder**

Instrument från Indigo-studien som är relevanta för föreliggande uppsats beskrivs nedan. Övriga instrument (MADRS-S, BBQ, GAD-7, MOS-SSS-p, NEQ-20 samt CGI-I) beskrivs mer utförligt och analyseras i examensuppsatsen av Lundberg och Viberg (2021).

### **Screeningintervju**

**M.I.N.I.** Instrumentet är en strukturerad diagnostisk intervju, framtagen för att undersöka förekomsten av psykiatriska diagnoser med *DSM-5* som utgångspunkt. Respondenten svarar primärt med ”ja”- och ”nej”-svar gällande förekomsten av symtom, utifrån en given tidsram (Sheehan et al., 1997). Vid bedömning av misstänkt depression har M.I.N.I. en sensitivitet på 95% och en specificitet på 84% (Socialstyrelsen, 2020). I Indigo-studien användes M.I.N.I. för att mäta punktprevalens av psykiatriska diagnoser och som underlag för inkludering och exkludering. Depressionsavsnittet i M.I.N.I. användes åter vid eftermätning som indikation på eventuell remission.

### **Mätinstrument**

**BDI-II.** Instrumentet avser mäta förekomsten och svårighetsgraden av depressionssymtom under de senaste två veckorna. Måttet administreras som ett självskattningsformulär med 21 items, svarsalternativen presenteras på en fyrgradig likertskala som anger svårighetsgraden av symtomen. Gränsvärde för lindrig depression är 14, för måttlig 20 och för svår 29, högsta poäng är 63 (Beck et al., 2005). BDI-II har en excellent test-retest reliabilitet ( $r = 0.93$ ), den interna konsistensen är  $\alpha = 0.92$  (Beck et al., 2005). Måttet behandlades som primärt utfallsmått då behandlingen syftar till att minska depressionssymtom.

**RFQ.** Instrumentet är avsett att användas som screeningmätt på nedsättningar eller obalans i mentaliseringsförmågan, inom dimensionerna själv/andra, kognitiv/affektiv, samt intern/extern. Gällande dimensionen kontrollerad/automatisk så avser det mäta det kontrollerad men ej det automatiska. Vilket menas med att RFQ inte avser mäta implicit mentaliseringsförmåga, den som sker reflexmässigt, utan någon större uppmärksamhet eller avsikt (Luyten et al., 2019). Måttet administreras som ett självskattningsformulär med 8 items, svarsalternativen presenteras på en sjugradig likertskala som sträcker sig från ”instämmer inte alls” till ”instämmer helt” (Fonagy et al. 2016). Instrumentet har inget helskalemått, utan består av två subskalor som avser differentiera mellan två separata och kvalitativt olika mentaliseringsprocesser, RFQ-Certainty (RFQ\_C) och RFQ-Uncertainty (RFQ\_U). RFQ\_C mäter grad av *hypermentalisering* eller pseudomentalisering som karaktäriseras av en överdrivenhet i antalet genererade mentaliseringstolkningar, för vilka det saknas stöd i verkligheten. RFQ\_U mäter en motsatt tendens, *hypomentalisering*, som inom mentaliseringsteorin benämns som konkret tänkande eller *psykisk ekvivalens* (Fonagy et al., 2016).

Den interna konsistensen för RFQ\_U och RFQ\_C var  $\alpha = 0.77$  respektive  $\alpha = 0.65$  i en klinisk population. Test-retest reliabilitet över en treveckorsperiod var för RFQ\_U god ( $r = 0.84$ ) och för RFQ\_C acceptabel ( $r = 0.75$ ) (Fonagy et al., 2016). Poäng för respektive subskala beräknas utifrån 6 av 8 items, därför poängsätts 4 items två gånger utifrån två olika poängsättningsmallar. Därefter summeras poängen för respektive skala och divideras med antalet items vilket ger ett poängspann mellan 0–3 (Fonagy et al., 2016). Högre poäng indikerar större svårigheter med mentalisering för respektive subskala. Genuin mentalisering karaktäriseras av en ödmjukhet inför sin vetskap om sig själv och andras känslor och ett erkännande om att mentala processer i någon mån är otillgängliga (Fonagy et al., 2016). Något kliniskt gränsvärde finns ej för subskalorna (Anis et al., 2020).

Valet att använda ett självskattningsformulär som mått på global mentalisering motiverades med att klinikerskattningar av mentalisering så som *Reflective Functioning (Version 5)* (Fonagy et al., 1998) applicerat på AAI (George et al., 1985) och *Depression Specific Reflective Functioning (DSRF)*; Falkenström, 2010) dels innebär ett mycket tidskrävande arbete, dels kräver utbildning och träning för att uppnå god reliabilitet (Fonagy et al. 2016; Karterud & Bateman, 2011). En utbildning som författarna saknar. I Indigo-studien användes RFQ som primärt utfallsmått.

### ***Intervjuguide till kvalitativ datainsamling***

Som instrument i datainsamlingen för den kvalitativa delen användes en semi-strukturerad intervjuguide som utformades av oss författare med stöd av nämnda handledare. Inspiration vid utformandet hämtades från den intervjuguide som Morken et al. (2019) använde då de med tematisk analys undersökte MBT-patienters upplevelser av förändring i mentaliseringsförmåga.

Sju frågor med tillhörande förslag på följdfrågor formulerades med avsikten att på ett så öppet sätt som möjligt fånga deltagarnas upplevelse av

förändring. Centrala teman i vår intervjuguide var “upplevelse av generell förändring”, ”förändring i relationer” och “koppling mellan förändring och Indigo-programmet”. Intervjuguiden strukturerades så att intervjun inleddes med så öppna frågor som möjligt, för att sedan bli allt mer specifika, så kallad ”tratt-teknik” (Langemar, 2008). I del två av intervjun inkluderade vi även teoridrivna frågor på temat “depressionsspecifik mentalisering”. Dessa frågor hämtade vi från intervjun för depressionsspecifik RF (DSRF; Falkenström, 2010). Intervjuguiden innehöll avslutningsvis en kortfattad förklaring av mentaliseringsbegreppet, samt en åttonde fråga kring eventuellt förändrad mentalisering. Detta avsnitt utformades i syfte att öka transparensen gentemot deltagarna avseende vad intervjun avsåg undersöka. Svar på den avslutande frågan inkluderades inte i vår tematiska analys. För fullständigt intervjuguide, se appendix B.

### **Etiska överväganden**

Det är enligt *Lagen om etikprövning av forskning som avser människor* (SFS 2003:460) vår skyldighet att göra en ansökan för etikprövning. Etikansökan skickades in och godkändes av etikprövningsmyndigheten 2020-12-22.

### **Hantering av känsliga personuppgifter**

Vid anmälan till studien behövde forskningsdeltagarna registrera vissa personliga uppgifter, däribland: e-postadress, första sex siffrorna i personnumret samt information om tidigare och nuvarande behandlingskontakter. För att säkra deltagarnas integritet tillämpades en noggrann hantering av dessa data. Vid genomförande av studien utgick vi från rutiner tidigare etablerade av forskargruppen, Vetenskapsrådets rapport *God forskningssed* (2017) samt *Lagen om etikprövning av forskning som avser människor* (SFS 2003:460). Det innebar att vi samlade in informerat samtycke från samtliga deltagare. Innan deltagande i studien fick de ta del av övergripande information kring hur behandlingen går till, att deltagandet är frivilligt samt anonymt, att de kan avsluta när de vill samt information om hantering av personuppgifter. Detta guidade även valet av den information som deltagarna fick innan de samtyckte till den inspelade telefonintervjun.

All insamlad information har sekretesskyddats. Deltagarna tilldelades vid registreringen en anonym studie-ID som användes i kommunikationen med forskargruppen. Resultatet av självskattningsformulären och intervjuerna har förvarats på den krypterade plattformen. Data från frågeformulär har registrerats i avidentifierad form. Journalföring med studie-ID (ej namn) har skett i den krypterade internetplattform som använts för behandling. Övrig hantering av onlinedata inom ramen för studien hanterades enligt tidigare modeller som godkänts för internetförmedlad psykoterapeutisk behandling. Deltagarnas personuppgifter, den kodnyckeln som länkar dem till deras studie-ID, samt ljudinspelningarna har lagrats på ett USB-minne och förvaras i ett låst arkivsäkert skåp, som endast de som är ansvariga för projektet har tillgång till. Personuppgifterna på USB-minnet har även krypteras och lösenordskyddas för att uppfylla krav på hantering av personuppgifter enligt *Hälso- och sjukvårdslagen*

(HSL). När arkiveringstiden löpt ut efter 10 år kommer samtligt material kopplat till studien att förstöras.

### ***Aversiva bieffekter***

I samband med rekryteringsprocessen beaktades risken att de som blev exkluderade kan uppleva detta som negativt. De som sökte sig till studien kan ha haft en negativ upplevelse av tidigare vård eller vårdsökande. Att bli nekad deltagande i studien kan därmed ha bidragit till en minskad tilltro till vården och minskat hopp om att få hjälp med sin psykiska ohälsa. Vi försökte minimera risken för det genom att ge exkluderade deltagare besked per telefon, vid behov även hänvisning vidare till lämplig vårdinstans.

Tidigare forskning har visat att det är möjligt att placering på väntelista (kontrollgruppens betingelse) är ett noncebo-tillstånd, vilket kan leda till förvärrat mående hos deltagarna (Furukawa et al., 2014). Dock bedöms kontrollgruppens tid på väntelista kunna betraktas som likställd väntetiden för psykologisk behandling i ett svenskt vårdsammanhang. I och med att interpersonell psykoterapi levererat över internet är förhållandevis obeprövat fanns risken att studiens behandling inte skulle ge effekt. Det fanns även en ej förväntad men potentiell risk för aversiva bieffekter av behandlingens innehåll. Risken hypotiserades föreligga då det visats att cirka fem procent av alla vuxna patienter som genomgår psykoterapeutisk behandling får kvarvarande negativa bieffekter, oavsett terapimetod (Crawford et al., 2016). För att samla in information om potentiella bieffekter förekom gavs *Negative Effects Questionnaire* (NEQ-20; Rozental et al., 2019) ut vid eftermätning. Ytterligare en risk som är mycket viktig att överväga och hantera vid all behandling av depression är suicidrisken, då depression som nämnt är den största orsaken till suicid (Bachmann, 2018). Samtliga behandlare har under behandlingens gång observerat om det skett höga skattningar på det item i MADRS-S som mäter suicidtankar. Om så var fallet så vidtogs åtgärder för att bedöma risken för ett suicidförsök. Slutligen, då behandlingen utfördes i kontext av COVID-19-pandemi behövdes särskild hänsyn tas till rådande restriktioner avseende social distansering. Eventuell smittorisk kopplad till övningar i behandlingen togs i beaktning vid utformandet av modulerna.

## **Resultat**

### **Behandlingsutfall i Indigo-studien**

Det huvudsakliga syftet med Indigo-studien var att undersöka effekten av IIPT-behandling vid depression, jämfört mot kontrollgrupp på väntelista. Därav är det relevant även inom denna uppsats att redovisa de huvudsakliga fynden gällande behandlingsutfallet. Lundberg och Viberg (2021) fann en signifikant skillnad mellan behandlingsgrupp och kontrollgrupp i BDI-II vid eftermätning  $F(1, 111) = 6.70, p = .011$ . Effekten var medelstor (Hedges'  $g = 0.57$ ). För en mer utförlig beskrivning av effekten av IIPT-behandlingen på övriga uppmätta faktorer, se Lundberg och Vibergs (2021) uppsats.

### **Bortfallsanalys**

Bortfallet var större i behandlingsgruppen (36,8%) jämfört med kontrollgruppen (7%),  $\chi^2(1, N = 111) = 14.61, p > .001$ . Jämförelser av förmättningsvärden på BDI-II visade ingen signifikant skillnad  $t(111) = -0.19, p = .848$  mellan deltagare som fyllt i eftermätningen och deltagare som inte gjort det, vilket indikerar att grupperna inte skilde sig åt avseende depressionsnivå vid behandlingsstart. Dock kan förekomst av annan systematik i bortfallet inte uteslutas.

### **Kvantitativa resultat**

#### **Deskriptiv statistik**

I Tabell 4 redovisas antalet och andelen deltagare för respektive betingelse som uppfyllde depressionsdiagnos enligt M.I.N.I. vid eftermätning. Sammanställningen visar att andelen var lägre i behandlingsgruppen (31%) jämfört med kontrollgruppen (51%).

Tabell 4.

*Depressionsdiagnos vid eftermätning indikerat enligt MINI.*

	<b>IIPT</b> ( <i>n</i> = 32)	<b>Kontroll</b> ( <i>n</i> = 43)	<b>Total</b> ( <i>n</i> = 75)
<b>Depression</b>	10(31.3%)	22(51.2%)	32(42.7%)

I Tabell 5 redovisas medelvärden med standardavvikelse för utfallsmåtten för respektive betingelse, vid förmätning samt eftermätning. Sammanställningen visar att behandlingsgruppens medelvärden på BDI-II sjunkit från 24.82 till 16.25 eftermätningen, att jämföra med kontrollgruppens medelvärden som sjunkit från 26.80 till 22.29. På RFQ\_C har behandlingsgruppens medelvärde ökat från 1.35 till 1.8. På RFQ\_U har behandlingsgruppens medelvärde sjunkit från 0.61 till 0.44.

Tabell 5.

*Medelvärden för utfallsmåtten vid förmätning och eftermätning.*

Utfallsmått	<b>Förmätning</b>		<b>Eftermätning</b>	
	<b>IIPT</b> ( <i>n</i> = 57) <i>M</i> ( <i>SD</i> )	<b>Kontroll</b> ( <i>n</i> = 56) <i>M</i> ( <i>SD</i> )	<b>IIPT</b> ( <i>n</i> = 36) <i>M</i> ( <i>SD</i> )	<b>Kontroll</b> ( <i>n</i> = 52) <i>M</i> ( <i>SD</i> )
<b>RFQ</b>				
<b>RFQ_C</b>	1.35 (0.90)	1.03 (0.81)	1.8 (0.99)	1.11 (0.72)
<b>RFQ_U</b>	0.61 (0.54)	0.81 (0.65)	0.44 (0.54)	0.68 (0.67)
<b>BDI-II</b>	24.82 (7.16)	26.80 (8.88)	16.25 (10.44)	22.29 (10.77)

RFQ = Reflective Functioning Questionnaire; RFQ\_C = Certainty-skalan; RFQ\_U = Uncertainty-skalan; BDI-II = Beck Depression Inventory.

### ***RFQ efter behandling***

Vid jämförelse av RFQ vid eftermätning upptäcktes en signifikant skillnad mellan kontrollgrupp och behandlingsgrupp på subskanan RFQ\_C vid kontroll för förmätning,  $F(1, 87) = 10.06, p = .002$ . Effekten var medelstor (Hedges'  $g = 0.65$ ), där behandlingsgruppens medelvärde hade ökat från 1.35 ( $SD = 0.90$ ) till 1.8 ( $SD = 0.88$ ). Det upptäcktes ingen signifikant skillnad mellan grupperna på subskanan RFQ\_U vid kontroll för förmätning,  $F(1, 87) = 1.97, p = .16$ .

### ***Moderation av RFQ på BDI-II***

Det upptäcktes ingen signifikant huvudeffekt för varken förändring i RFQ\_U ( $\beta = -.061, p = .65$ ), förändring i RFQ\_C ( $\beta = -.255, p = .08$ ) eller grupptillhörighet ( $\beta = .178, p = .10$ ). Det upptäcktes en signifikant interaktionseffekt ( $\beta = .313, p = .041$ ) mellan RFQ-U och grupptillhörighet på förändring i BDI-II.

Tabell 6.

*Multipel regression, predicerande av förändringsvärdet av BDI-II.*

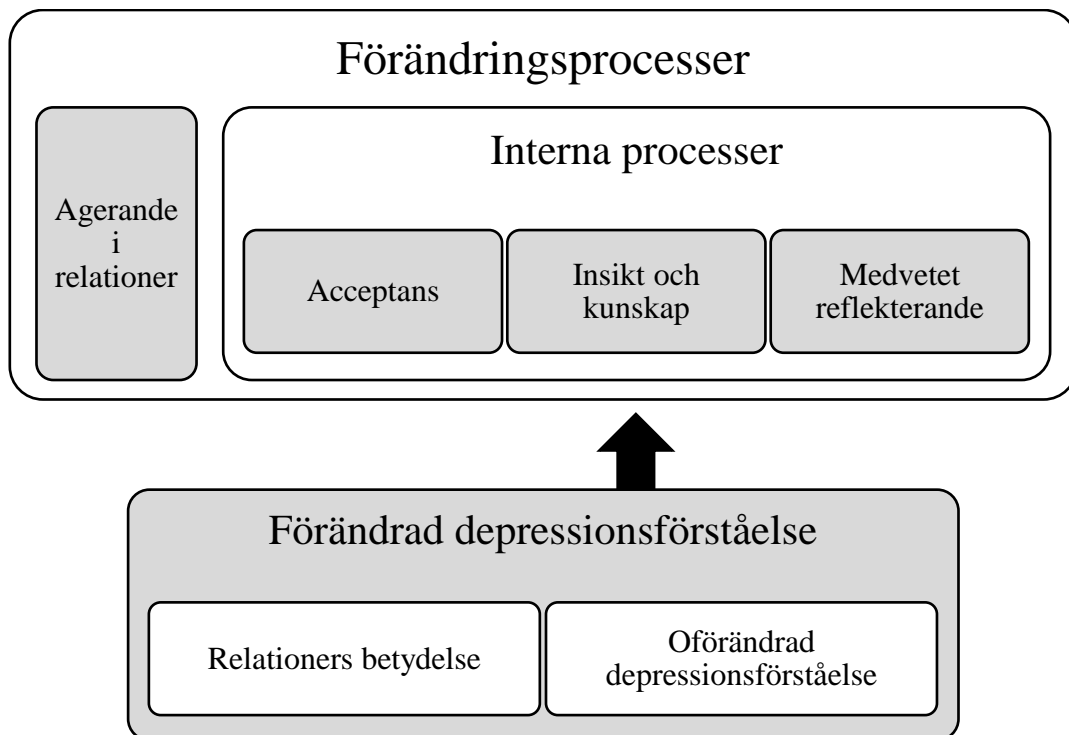
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Grupp</b>	3.25	1.98	.178	1.64	.104
<b>Förändring RFQ_U</b>	-1.13	2.52	-.061	-0.45	.655
<b>Förändring RFQ_C</b>	-3.30	1.84	-.255	-1.79	.077
<b>Förändring RFQ_U*Grupp</b>	8.65	4.16	.313	2.08	.041**
<b>Förändring RFQ_C*Grupp</b>	3.32	2.91	.181	1.14	.258

*Notering.* \*\* $p < .05$

$R^2 = .165$

### **Kvalitativa resultat**

Vår analys resulterade i fem teman: *agerande i relationer, acceptans, insikt och kunskap, medvetet reflekterande, förändrad depressionsförståelse*. De fyra förstnämnda är centrerade kring upplevda förändringsprocesser. Medan det sistnämnda är centrerat kring deltagarnas förståelse av sin egen depression. Se Figur 4 för tematisk karta över förhållandet mellan teman, det övergripande temat *förändrad depressionsförståelse* (med subteman *relationers betydelse* och *oförändrad depressionsförståelse*) är frånskild de andra utifrån det inte endast består av förändringsprocesser men relaterar till viss del till interna processer, då det övergripande temat *förändrad depressionsförståelse* platsar där.



Figur 4. Tematisk karta: förändringsprocesser och förändrad depressionsförståelse.

### *Agerande i relationer*

Hos den stora majoriteten av intervjuade deltagare så nämndes förändringar kring agerande i relationer och sociala situationer. De beskriver att de skapar tid och tar initiativ till att öka mängd och frekvens av umgänge och kontakt med vänner och närstående. Samt deltar i sådant som kan skapa nya relationer, som fritidsengagemang vilket ger möjlighet till möten med nya människor. De har också börjat göra sådant som ökar kvalitén av kontakt med andra. Elizabeth, en av deltagarna, beskriver denna förändring i frekvens och kvalitét av umgänge:

Eh, ja, alltså jag har ju fått mer tid till att träffa vänner i och med att jag slutade med det där åtagandet. Så jag behöver inte hela tiden hitta på ursäkter till antingen den ena eller den andra. Alltså antingen till åtagandet eller till vänner .... Och det blir mer, det blir mycket mer kvalitativt eftersom jag inte behöver känna stress över.

Som det beskrivs i excerptet kan ett agerande som syftar mot ökad kvalitét i kontakt innefatta förändringar i vilka aktiviteter man har i livet, vilket i sin tur minskar stress och därmed ökar kvalitén i kontakt. Något ytterligare som gick att koppla till ökad kvalitét i kontakten med andra är att några av deltagarna frekvent nämnde att de numera kommunicerar på ett annat sätt. Dels att de har börjat uttrycka sina känslor i större utsträckning än tidigare, så som till sina partners. De har börjat uttrycka sådant som vad de upplever skapar känslor som besvikelse eller rädsla. Att uttrycka dessa känslor beskrevs som viktigt oberoende om man

upplever att man har rätt eller inte i sakfrågan gällande den eventuella meningsskiljaktighet känslorna väcktes av. Ytterligare beskrivna förändringar i kommunikation är att deltagarna använder nya tekniker, så som att berätta om det som bekymrar en utifrån sina egna upplevelse av det, att inte hävda att den andra parten har fel vid meningsskiljaktigheter, att noggrannare välja tillfälle för att lyfta vissa saker och skala av distraktioner vid viktiga samtal. Detta upplevs ha hjälpt dem med deras mående och med relationsproblem, främst med att undvika missförstånd i parrelationer. Jane beskriver hennes nya sätt att kommunicera:

Det nog mer när jag förklarar så använder jag ”jag”, ”jag tycker att det är jobbigt” eller ”jag är rädd för det här” eller så. Att jag kan förklara så gott det går utifrån mitt perspektiv utan att uttrycka som sagt att ”du gör fel” eller ”du gjorde såhär” utan mer ”jag är rädd för” eller ”jag tror på”.

### ***Acceptans***

Deltagarna har beskrivit att de under behandlingens gång förändrats i hur de förhåller sig till sitt mående och sina relationer. Att de fått en acceptans för dessa sakers tillstånd, exempelvis att det är okej att inte må bra, att acceptera depressionsdiagnosen eller att problematiska aspekter av en viss relation inte går att förändra. Ökad acceptans för sina egna känslor exemplifieras i en excerpt från Shelley:

Jag tror att det har gett mig acceptans, att det är okej att känna det jag känner. Ja en acceptans. Som jag fick bekräftat då, för jag har väl kanske känt att jag kan väl inte säga vad jag tycker och tänker och framförallt vad jag känner. Det är mer det de handlar om.

Deltagarnas acceptans har även lett till en förändring i hur man tar sig an påfrestande situationer i vardagen. Att dessa situationer inte får samma inverkan på det man gör eller hur man mår. Vilket beskrivs av Julie:

Ja, alltså så var det ju, nu kan jag ju känna så att, ”okej nu blev det inte som jag har tänkt mig men att det kan bli bra ändå”. Att det liksom ”okej, det händer skit samma”, det är inte sådär, jag går inte och stänger in mig själv och är jätteledsen och mår dåligt.

Som en del av förändringen i acceptans så beskrivs en ökad skuldavlastning. Att minska den skuld man tidigare lade på sig själv på grund av sitt dåliga mående och försöka vara snällare mot sig själv när skuldkänslor kommer.

### ***Insikt och kunskap***

Temat *insikt och kunskap* fångar den förändring som deltagarna beskriver i form av lärdomar och klagörande förståelse som de tagit med sig från arbetet under behandlingen. Flera deltagare nämner att innehållet i modulerna varit relevant och konkretiserande, att informationen bidragit till en ökad förståelse för deras mående, egna behov samt orsakssamband bakom problem med relationer och mående. För en del av deltagarna låg informationen i linje med hur det tänkte



sedan innan, vilket upplevdes som bekräftande eller verifierande. Excerptet nedan illustrerar att Elizabeths förståelse blivit förstärkt: ”Även om jag visste om dom här sakerna så blev det ännu tydligare, Så det var inget som jag var omedveten om eller så.” George beskriver något liknande, han berättar: ”Det här gjorde det lite mer konkret i vad som kan vara problem och hur man ska tänka kring det.”

Vissa deltagare beskriver hur behandlingsinnehållet varit ögonöppnande, gett aha-upplevelser eller öppnat upp för nya sätt att förstå sig själv, sitt beteende eller mående. Den nyförvärvade insikten kretsade för flera deltagare kring valt fokusområde i behandlingen, som bidrog med nytt perspektiv på deras problem och svårigheter i relationer, vilket illustreras i excerptet från Ruby:

Att lära sig mer om den och förstå mer kring det gör att jag har lite bättre förståelse för mig själv och kanske inte riktigt dömer mig själv i relationen till andra, för jag förstår också lite mer varför jag tycker det är svårt. Och kanske lite att man får en typ, att det känns lite mer okej att man är som man är och har svårt för vissa grejer och att det finns en förklaring för det som man inte försöker hitta på själv så.

Flera deltagare beskrev även att behandlingen gett en överblick gällande deras sociala situation, vilket gett insikter om behov i relationer. Sammantaget så beskrev deltagarna att den förståelse som nämnts i temat kom till dem vid tillfällen av insikt, som de sedan bär med sig som passiv kunskap, som inte behöver försöka begripliggöras ytterligare.

### ***Medvetet reflekterande***

Ytterligare något som beskrevs av deltagarna är en förändrad medvetenhet i situationer med andra. Att de aktivt försöker begripliggöra sina egna och andras reaktioner, behov och fungerande i relationer. Begripliggörandet gäller bland annat att uppmärksamma sina egna känslor, som ilska och ensamhet, samt varför de uppstår. Vilket följs av att försöka förstå vad som blir bästa agerandet för en själv i situationer som de uppstår i. Det innebär också att vara vaksam på vilka behov man har gentemot andra. Det kan gälla sådant som vaksamhet kring när man behöver umgänge eller när man behöver få ett utbyte och stöd av andra. Den förändrade medvetenheten beskrevs också gälla ett hänsynstagande till sina egna sårbarheter i relationer. Ruby beskriver det på följande sätt:

... men i så fall så skulle väl förändring va att jag kanske är lite mer medveten om hur jag själv funkar kanske, eller liksom är eller känner i relationen till andra .... en medvetenhet och en lite mer ökad förståelse för varför jag tycker vissa saker som har med relationer att göra är svåra och kanske lite med vad det är som gör att jag funkar på det sättet jag gör och vilka sårbarheter jag har typ.

Deltagaren beskriver att hänsynstagandet till sårbarheten innebär att uppmärksamma det man har svårt för i relationer, i de stunder man är i sociala situationer. Den förändrade medvetenheten gällde inte endast befintliga relationer. För de som önskade skapa nya relationer så beskrevs en mer medveten

avsikt inför och i sammanhang där sådana kunde skapas. Exempel på det från George:

Ja, för mig så har det ju varit just en ökad medvetenhet i det här som jag har nämnt då, att jag blir mer aktiv i det jag gör. Och att det, det är inte bara så att det finns ett egenvärde i studierna eller i den här kursen eller i det här projektet utan det är också det sociala som är lika viktigt.

Excerptet visar på en förändrad medvetenhet kring att aktiviteter med andra kan fylla två syften, dels det sakliga, dels de sociala möjligheterna. Det som beskrevs gällande begripliggörandet av den andra i relationen handlar om att vara uppmärksam på om de tankar och känslor man har faktiskt är förstådda av den andra parten. Samt ett reflekterande om hur dessa på bästa sätt kan förmedlas. Det handlar också om att vara uppmärksam på vad man inte kan förändra hos andra. Vilket följs av ett reflekterande kring vad det sedan innebär för ens egna mående och hur man utifrån det bör agera i detta relationsmässiga dödläge.

### ***Förändrad depressionsförståelse***

En majoritet av deltagarna beskrev att deras förståelse kring varför de hade eller har en depression hade förändrats under behandlingens gång. En deltagare hade först vid påbörjandet av behandlingen förstått att hennes dåliga psykiska mående kunde förklaras som en depression. Vissa beskrev att det var svårt att veta orsaken till sin depression, men att de hade möjliga förklaringar. Andra upplevde ett tydliggörande eller en utvecklad förståelse för orsakerna till att de drabbades av depressionen. Det kunde innebära sådant som att få ytterligare förståelse för hur medburen sårbarhet, som resultat av tidigare trauma, samverkade med nuvarande påfrestande händelser, för att bli orsak till depression. Det kunde också innebära en ökad förståelse för hur interpersonella situationer i vardagen kan påverka depressionssymtom och hur ens mående sedan kunde påverka vardagen.

**Relationers betydelse.** Några av deltagarna betonade särskilt en förändring i förståelsen av relationers roll som enskild eller delvis orsak till deras depression. Därav skapades detta subtema. Bristande kommunikation sågs som orsak till hela depressionsförloppet, då deltagarna i fråga inte delade betydande känslor och tankar med sin närstående. Avsaknaden av relationer hade för vissa även fått en tydligare plats som orsak till depressionen. Ruby berättar om sin nya förståelse:

Ja för jag har tänkt att relationer inte är så viktiga för hur jag mår. Men att när jag liksom tänker mer kring det så är det nog mycket viktigare än vad jag har velat känna förut liksom. Och att det påverkar mig mer i hur jag är än vad jag tänkt förut, just det här avsaknandet av relationer.

**Oförändrad depressionsförståelse.** En minoritet av deltagarna svarade nekande till att de ändrat sin förståelse för depression. De beskrev att deras förklaring och förståelse gällande sin depression var något som hade etablerats

innan behandlingens start och sedan varit statisk genom behandlingens gång. Det förklarades delvis med att starten på depressionen var tätt knuten till en tydlig och omfattande händelse, delvis med att förståelsen varit tydlig sedan länge. Darcie beskriver att orsakerna till hennes dåliga mående sedan länge är fastslagna: ”Nej, det är same old story. Kanske starkare, eller mer påtagligt, men det är same old story.”

I citatet förklaras att deltagarens förståelse för depression eventuellt blivit ytterligare befast, men att det inte genomgått meningsfull förändring sett till innehåll. Vissa deltagare bar med sig en konceptualisering av depression från tidigare erfarenhet av psykoterapi.

## Diskussion

### Resultatdiskussion

Resultatet från den kvantitativa respektive kvalitativa analysen diskuteras separat nedan. Därefter följer en diskussion utifrån en integrering av resultaten.

#### *Kvantitativ resultatdiskussion*

Indigo-studiens övergripande syfte var att undersöka effekten av IIPT mot lindrig till medelsvår depression. Vid eftermätning visades en signifikant skillnad mellan kontroll- och behandlingsgrupp i depressionssymtom mätt med BDI-II (Hedges'  $g = 0.57$ ), där behandlingsgruppen förbättrats.

Syftet med den kvantitativa analysen var att undersöka om mentaliseringsförmågan förändras efter en IIPT-behandling mot depression samt om en eventuell förändring i RFQ modererar behandlingens effekt på depression. Avseende den första kvantitativa frågeställningen, visade resultatet en signifikant skillnad mellan gruppernas skattning på subskalan RFQ\_C vid eftermätning, med en medelstor effekt (Hedges'  $g = 0.65$ ). Där behandlingsgruppen skattade högre jämfört med kontrollgruppen. Dock påträffades ingen signifikant skillnad mellan gruppernas skattningar på RFQ\_U. Gällande frågeställningen om modereration, fann vi en signifikant interaktionseffekt mellan grupptillhörighet och RFQ\_U.

**Bortfall och avhopp.** Bortfallet, det vill säga andelen deltagare som inte fyllde i eftermätningens formulären, var större i behandlingsgruppen (36.8%) jämfört med kontrollgruppen (7%). Det totala bortfallet uppskattades till 22%. Det är svårt att veta hur stor andel av bortfallet som egentligen motsvarar deltagare som avbröt behandlingen utan att meddela detta, så kallade tysta avhopp. Av de deltagare som meddelade avhopp under behandlingsperioden var sju ur behandlingsgruppen ( $n = 57$ ) och två ur kontrollgruppen ( $n = 56$ ). Ett relativt stort bortfall har även rapporterats i tidigare IIPT-studier. Donker et al. (2013) rapporterade att andelen avhopp från IIPT-gruppen var stort (70.2%), i studien av Dagöö et al. (2014) var det 24% för både avhopp och bortfall i IIPT-gruppen. Sammantaget kan det tolkas som en indikation på att IIPT uppfattas som en krävande behandlingsform, så även för våra deltagare. Avhopp och bortfall får även implikationer för tolkning av de kvantitativa resultaten, vilket diskuteras vidare under metoddiskussionen.

**RF efter behandling.** För subskalan RFQ\_C påträffades en signifikant skillnad mellan grupperna vid eftermätning. Resultatet tyder på ökning avseende Certainty-skalan för behandlingsgruppen som inte gäller för kontrollgruppen, vilket indikerar att IPT som behandling kan ge effekt på förändring i mentaliseringsförmåga. Eftersom skalan saknar riktlinjer för tolkning, så som kliniskt gränsvärde (Anis et al., 2020), är förändringen som påträffats svår att uttala sig om. Fyndet går emot teoretiskt formulerade hypoteser (Markowitz et al., 2019) om att interventioner i IPT kan ge förbättrad RF. Resultatet strider även delvis emot fynd från tidigare forskning. Ekeblad (2016) fann en signifikant förbättring i klinikerskattad RF för IPT, dock ej till normala nivåer. En möjlig tolkning av resultatet är att deltagarna till följd av genomgången behandling har ökat graden av hypermentaliserings. Det vill säga de producerar större mängd mentaliserande tolkningar avseende sina och andras mentala processer, men att det brister i erkännande för att dessa processer i någon mån är oåtkomliga. Därav vissa brister i genuin mentaliseringsförmåga. Något som går i linje med tidigare resultat av Karlsson och Kermott (2006), vilket visade att global mentalisering försämrades för IPT men inte för KBT och korttids-PDT.

En alternativ tolkning kan vara kopplat till instrumentets utformning och scoring. Items som hör till Certainty-skalan är bland annat "Människors tankar är ett mysterium för mig", "Jag vet inte alltid varför jag gör som jag gör", "Ibland gör jag saker utan att riktigt veta varför". Att deltagare efter genomgången behandling i lägre utsträckning svarar instämmande till dessa påståenden, jämfört med kontrollgrupp, skulle kunna tolkas som en konsekvens av ökat adaptivt reflekterande kring sina handlingar och andras inre värld, men att det ger ett negativt utslag. I artikeln för valideringsstudierna av RFQ (Fonagy et al., 2016) rapporterades signifikant högre poäng i RFQ\_C i den icke-kliniska gruppen jämfört med den kliniska i två av tre delstudier, vilket inte kommenteras av författarna. Våra resultat kan anses gå i linje med dessa, då behandlingsgruppen som uppvisade en minskad symtombelastning, samtidigt visade en ökning i RFQ\_C.

Den mentaliseringsprocess som Uncertainty-skalan avser mäta har enligt Luyten, Malcorps et al. (2019) teoretiserat starkare koppling till depression, jämfört med Certainty-skalan. Resultatet strider mot deras teori, det påträffades ingen signifikant skillnad mellan grupperna vid eftermätning, vilket indikerar att behandlingsgruppen inte förändrats avseende hypomentalisering. Det saknas som nämnt kliniskt gränsvärde för instrumentet, men det bör nämnas att förmätningvärdet på RFQ\_U var relativt lågt för båda grupper, för behandlingsgruppen var medelvärdet 0.61 ( $SD = 0.64$ ), vilket motsvarar mindre än en sjättedel av maxvärdet på skalan. RFQ har hittills validerats som screening för patientgrupp med allvarliga brister avseende mentaliseringsförmågan; borderline, ätstörning och övriga personlighetssyndrom (Fonagy et al., 2016). Eventuellt är instrumentet mindre känsligt för att detektera variation inom en population med mindre brister, såsom personer med depression.

**Moderation av behandlingsutfall.** Resultatet visar ett samband mellan förändringsvärde i RFQ\_U och förändringsvärde i BDI-II för behandlingsgruppen, något liknande samband fann vi ej för RFQ\_C. Det tyder på att effekten av IPT mot depression potentiellt kan modereras av förändrad RFQ, specifikt förändring avseende hypomentalisering. Under förutsättningen att RFQ\_U sjunker så sjunker även BDI-II. Resultatet går i linje med Markowitz et al. (2019) hypotes om sambandet mellan mentalisering och symtomlättning inom IPT-behandling.

Förbättring avseende mentaliseringsförmåga har förslagits föregå symtomlättning via tidigare nämnda teoretiserade verksamma mekanismer, framför allt emotionellt processande (Lipsitz et al., 2013; Markowitz et al., 2019). Utifrån studiens design, med jämförelser mellan för- och eftermätning, kan inga slutsatser dras gällande denna typ av mediation.

Värt att nämna är att riktningssambandet mellan depression och mentalisering inte är helt fastställt (Luyten, Lemma et al., 2019). Ekeblad et al. (2016) fann indikationer på att den generella kognitiva nedsättning som kan uppstå vid en depression försämrar reflektiv funktion. En alternativ tolkning av resultaten kan därför vara att den påvisade interaktionseffekten beror på att symtomlättning påverkat RFQ\_U. En symtomlättning som uppnåtts över behandlingens gång genom andra verksamma mekanismer, interventioner eller händelser orelaterat till mentalisering kan ha bidragit till förändringen i RFQ\_U. Alltså finns möjligheten att RFQ\_U inte modererar behandlingens effekt på BDI-II.

### ***Kvalitativ resultatdiskussion***

Syftet med den kvalitativa analysen var att undersöka deltagarnas upplevelse av förändring efter genomgången IPT-behandling, samt undersöka eventuell förändring avseende depressionsspecifik mentalisering. Flera implikationer kan dras från tidigare presenterad tematiska analys, som baseras på intervjuer med 10 deltagare. En tolkning av fynden är att behandlingen bidragit till positiv och meningsfull förändring, ett intressant fynd givet det begränsade forskningsläget för IPT. Ytterligare tolkning är att deltagarna överlag upplevt en hjälpsam förändring av innehåll i depressionsspecifik mentalisering.

**Agerande i relationer.** Det huvudsakliga målet i IPT är att lösa patientens fokala interpersonella problem, för att i sin tur minska depressionssymtom. För att påverka problemet behöver patienten förändra de problematiska mönster som bidrar till det interpersonella problemet eller hindrar en lösning av det. Hen behöver få hjälp att hantera problemet på ett mer adaptivt sätt (Lipsitz & Markowitz, 2013). Det förändrade relationsmässiga agerandet hos deltagarna kan tolkas vara sätt att adaptivt hantera deras respektive interpersonella problem. Denna förändring kan i sin tur vara sprungen ur de material och de övningar deltagarna tagit del av i behandling. Exempelvis kan det ökade uttrycket av känslor vara en del av de kommunikationsfärdigheter vi försökte öka hos deltagarna i Indigo-programmet, bland annat genom övningen

kommunikationsanalys. En övning som syftar till att öka det verbala kommunicerandet av känslor, i stället för att dessa kommuniceras icke-verbalt och därmed otydligt (Lipsitz & Markowitz, 2013). Förändring av kvalité och kvantitet i kontakt med andra kan även det vara en avsiktlig konsekvens av vår behandling, sådant förespråkas i IPT (Weissman et al., 2017).

**Acceptans.** Begreppet som fått namnge detta tema är även en del av det emotionella processande som hypotiseras bidra till symtomlättning inom IPT (Lipsitz & Markowitz, 2013). Deltagarnas upplevelse av att få större acceptans för sina känslor och sitt mående kan möjligtvis vara en konsekvens av de övningar i Indigo-programmet som syftade till att patienten ska se sina känslor som rimliga och socialt användbara. Vilket IPT-manualen förskriver (Weissman et al., 2017).

**Insikt och kunskap.** I IPT försöker terapeuten förmedla information som ger grundläggande förutsättningar för arbetet under behandling, så som den medicinska modellen som tillämpas på depression. Samt tydliggöra för patienten hur hans interpersonella liv ser ut och öka förståelse för hur det relaterar till måendet, så väl i dåtid som nutid (Weissman et al., 2017). Det våra deltagare beskrev tyder på att de tillägnat sig den typen av kunskap, samt så verkar det som att Indigo-programmet bidrog till detta då de gav hänvisningar till behandlingsinnehållet. Att de fått insikter gällande sitt eget fungerande, så som med hjälp av zick-zack-övningarna (se appendix A för förklaring av övningen), där de lärt sig se vardagssambandet mellan sitt mående och interpersonella händelser. Samt insikter gällande varför ens relationer har varit ansträngda eller svårhanterliga.

**Medvetet reflekterande.** För en deprimerad patient som påbörjar en IPT-behandling kan en övertro till andras förmåga att förstå hans önsknings och tankar vara något som bidrar till det interpersonella problemet. Då andras misslyckande att förstå kan bidra till ansträngande känslor och svårigheter i relationer (Weissman et al., 2017). En beskriven förändring är att deltagarna i högre grad tar i beaktning att deras inre värld i viss mån är oåtkomlig för andra. Att de med avsikt reflekterar över vad den andra faktiskt har förstått gällande deras tankar och känslor och hur de skulle kunna förmedla dessa saker om de upptäcker att de varit otydliga. Det kan tänkas vara steget som föregår det faktiska uttryckandet av känslor, som beskrivs i temat *agerande i relationer*. Denna typ av reflekterande är en förändring som eftersträvas inom IPT (Weissman et al., 2017). Det är möjligt att behandlingsinnehållet i Indigo-programmet har gett upphov till denna förändring, exempelvis genom återkommande varianter av övningen kommunikationsanalys.

Ytterligare en faktor som kan bidra till det interpersonella problemet är om patienten har svårt att uppmärksamma och berättiga sina egna behov. Något som personer med depression är speciellt benägna att göra, enligt Weissman et al. (2017). Vilket i sin tur kan leda till att hen sätter andras behov framför sina egna. Behandlingen innehöll reflektionsövningar som syftade till att vända detta genom att tydliggöra för deltagaren vad hen kände och vilka behov hen hade. Samt få

deltagaren att reflektera över hur det kan hjälpa hans mående och relationer att vara tydligare med dessa behov gentemot andra (Weissman et al., 2017). Dessa potentiella förändringar, som vi ämnade att skapa med behandlingen, har likheter med den ökning som deltagarna upplevt gällande uppmärksammandet av känslor samt ökad vaksamhet för vilka behov man har gentemot andra.

Under behandlingens gång, speciellt i fokusområdet interpersonell sårbarhet, eftersträvades det att patienten fick syn på sina styrkor och svagheter i relationer, samt vad hen behöver göra för att bryta sin eventuella isolering (Weissman et al, 2017). Det som deltagarna nämner gällande ökad medvetenhet om det man upplever svårt i relationer, samt gällande möjligheter i nya sociala sammanhang, kan tolkas som ett tecken på att sådant har uppnåtts för vissa av deltagarna i vår behandling.

Att försöka föreställa sig någon annans inre värld, så som deltagarna beskrev, är även en del av mentalisering (Luyten & Fonagy, 2015). Deltagarna beskrev även ett ökat medvetandegörande av egna behov och känslor, vilket också är en mentaliseringsprocess (Luyten & Fonagy, 2015). Sammantaget tyder båda förändringarna på en ökad balans mellan polerna i dimensionen själv/andra. Vidare så kan förändringen i mentalisering kopplas till en av IPT:s hypotiserade verksamma mekanismer: emotionellt processande. Att skapa förståelse för andras och egna känslor, en del av mentalisering, hypotiseras vara en faktor som i sin tur är en del av det emotionella processandet som bidrar till symtomlättningen (Lipsitz & Markowitz, 2013).

**Förändrad depressionsförståelse.** IPT är i hög grad en diagnosfokuserad behandling. Terapeuten tillskriver patienten en provisorisk sjukroll, en central strategi genom vilken depressionen definieras som ett behandlingsbart sjukdomstillstånd (Weissman et al., 2017). Att deltagarna upplevt en förändring avseende deras förståelse av sitt depressiva mående kan diskuteras utifrån den medicinska modellen som behandlingen tillämpar för diagnosen. Den medicinska modellen kan argumenteras stå i motsatsförhållande till en mentaliserande förståelse av sitt mående. Karterud och Bateman (2011) beskriver motsatsen till mentalisering som uppfattningen att egna och andras handlingar är resultat av slumpmässig yttre påverkan, rena stimulus-respons-reaktioner på exempelvis biologiska drifter eller sjukdomsprocesser. Å ena sidan kan deltagarnas förståelse ha påverkats i riktning mot att orsaker förläggs till ett medikaliserat plan. Å andra sidan beskrev flera deltagare samtidigt en ödmjukhet inför komplexiteten bakom sitt depressiva mående, samt att de adderat nya potentiella orsakssamband (både pågående situationsbaserade faktorer och latent sårbarhet) som bidragande orsaker till deras depression. En tolkning är att deltagarnas depressionsspecifika mentalisering har förändrats sett till innehållet, vilket gett upphov till en upplevd ökad förståelse för sig själv och sitt mående. Fyndet tillåter dock ingen tolkning av förändring av kvalitet, det vill säga mer eller mindre genuin mentalisering.

**Relationers betydelse.** Inom IPT organiseras behandlingsinnehållet kring patientens interpersonella kontext. Depressionen definieras genom val av

fokusområde som en reaktion på ett interpersonellt problem (Weissman et al., 2017). Sjukrollen *deprimerad* medför utöver en klinisk etikett även en social roll, vilket sammantaget överlappar med det interpersonella innehållet i deltagarnas nya depressionsförståelse. Den ökade förståelsen för relationers betydelse kan vidare kopplas till deras betydelse i två av de hypotiserade verksamma mekanismerna inom IPT: minskning av interpersonell stress och förbättrade interpersonella färdigheter. Vilka hypotiseras ge symtomlättning via förändring av beteende i relationer (Lipsitz & Markowitz, 2013), vilket beskrivs i temat *agerande i relationer*.

**Oförändrad depressionsförståelse.** Ett flertal deltagare beskrev en yttlig eller utebliven förändring, varför subtemat *Oförändrad depressionsförståelse* skapades. Att deltagare inte upplevde någon förändring förklarades av vissa utifrån att utlösandet av depressionen hade tydlig koppling till en distinkt yttre händelse, exempelvis förändrad arbetssituation eller övergång från arbete till pension. Samt att deltagarens tankegångar avseende orsakssambandet mellan yttre påfrestning och depressiva symtom varit tydliga redan innan behandlingen påbörjats. En tolkning är att deltagarnas förförståelse för depression korresponderade väl med IPT:s konceptualisering av depression i fokusområdet rollförändring (Weissman et al., 2017) varför förståelsen inte förändrades. Fynden kan även jämföras mot resultaten i doktorsavhandlingen av Ekeblad (2016), där det inte upptäcktes någon förändring av klinikerskattad depressionsspecifik RF för varken IPT eller KBT.

### **Metoddiskussion**

Det övergripande syftet med Indigo-studien var att undersöka effekten av IIP, varför behandlingens format och innehåll bör diskuteras. Indigo-programmet var sett till utformningen likt IPT-behandlingen i SOLUS 2.0 (Käll et al., in press), med indelning i tre faser och val av fokusområde. Dock med tillägget att Indigo-programmet utökats till att innefatta 10 behandlingsmoduler, vilket enligt vår kännedom är det längsta IPT-programmet som testats i internetformat, att jämföra med 16 sessioner som manualen (Weissman et al., 2017) föreskriver för IPT-behandling face-to-face. Nytt avseende formatet var även tilläggsmodulen med generella IPT-strategier, som gjordes tillgänglig för deltagarna oberoende av valt fokusområde, i syfte att uppnå ökad flexibilitet.

Sett till innehållet genomfördes en omfattande bearbetning av hela behandlingen för att uppnå hög följsamhet till manualen för behandling av depression (Weissman et al., 2017). Arbetet leddes av Malin Bäck som är en erfaren och välmeriterad IPT-terapeut och forskare på området, vilket inneburit en kvalitetskontroll av behandlingsinnehållet, som även varit gällande för behandlarkontakten med deltagarna. I jämförelse med tidigare testad IIP mot depression (Dagöö et al., 2013) har Indigo-programmet således flera styrkor, främst avseende antalet moduler, val av fokusområde samt behandlarkontakt med metodutbildade behandlare.



Dock fanns vissa begränsningar. Enligt manualen är IPT en tidsbegränsad korttidsterapi å 12–16 sessioner, som längst spridda över 6 månader (Weissman et al., 2017). Indigo-programmet bestod av 10 moduler spridda över en 10 veckor lång behandlingsperiod, vilket gav till följd ett komprimerat behandlingsinnehåll, utan möjlighet för deltagare att göra uppehåll. Svårigheter att hänga med i behandlingens takt avspeglade sig avseende deltagarnas följsamhet till behandlingen. Lundberg och Viberg (2021) rapporterade ett genomsnittligt antal genomförda moduler till 5.31 av 10 ( $SD = 3.54$ ), där en modul bedömdes vara genomförd om deltagaren tillgodogjort sig merparten av övningarna i modulen. Endast 17.5% av deltagarna slutförde hela behandlingen. Vidare är IPT en semi-strukturerad behandlingsform, där sessionernas innehåll och interventioner skraddarsys efter patienten. Förmedlat över internet i form av terapeutledd självhjälp begränsas möjligheten till individanpassning. Sammantaget bedömdes innehållet nå hög koherens mot IPT-manualen, vilket bekräftas av klinisk handledare Malin Bäck (personlig kommunikation, 19 april 2021).

### ***Kvantitativ metoddiskussion***

**Mätinstrument.** Gällande användandet av självskattningsformulär för båda utfallsmåtten (RFQ och BDI-II) väcks frågan om hur väl deltagarna kan ge en valid skattning av det som vi ämnat mäta. Givet den mängd frågeformulär som administrerades vid för- och eftermätningen, kan ett potentiellt hot mot validiteten vara mätfel till följd av att deltagarna blev uttröttade (Lundh & Nilsson, 2018).

Gällande BDI-II har det visats vara en skillnad mellan patientskattade och klinikerskattade depressionssymtom. Patientskattning tycktes vara mer konservativ medan klinikerskattningen var mer känslig för förändring (Cuijpers, Li et al., 2010). Det är därför möjligt att ett klinikerskattat mått på depressionssymtom skulle varit ett känsligare mått på förändring även i vår studie. Det har även visats att BDI-II skattas likvärdigt över internet jämfört med pappersversionen, bortsett från att item 9 gällande självmordstankar skattas signifikant lägre i internetversionen, dock med svag effekt. Det kan därför antas att de psykometriska egenskaperna i BDI-II är likvärdiga i internetversionen (Holländare, Andersson, & Engström, 2010). Eventuella skillnader i de psykometriska egenskaperna för RFQ i internetversion kontra pappersversion är okända, det kan därför vara ett hot mot validiteten av måttet.

RFQ är framtaget av Fonagy och Luyten med kollegor (Fonagy et al., 2016), en forskargrupp som är framstående inom området mentalisering. Deras syfte var att erbjuda ett lättadministrerat mått på mentalisering i forskningssammanhang, i jämförelse med intervjubaserade klinikerskattningar (Fonagy et al., 2016), varför det bedömdes vara det bästa tillgängliga instrumentet för att mäta mentaliseringsförmåga inom vår studie. Dock kan användandet av RFQ kritiseras. Dels menar kritiker att användandet av RFQ baserar sig på konsensus inom forskarvärlden snarare än en god empirisk grund (Müller et al., 2020). Försök att vidare validera skalan har misslyckats med att replikera lika

goda psykometriska egenskaper som ursprungsstudien. Vidare bör nämnas den paradox som ligger i det faktum att självskattning av RF förutsätter den förmåga som det avser mäta, exempelvis att reflektera över sin egen bristande förmåga att reflektera. Fonagy et al. (2016) menar att de hanterat detta genom att scoringen korrigerar för den bias som hyper- och hypomentalisering brukar leda till, då mitten av skalan motsvarar genuin mentalisering. Ytterligare kritik mot skalans psykometri, avser dess dubbla scoring. Då samma item ger poäng till både RFQ\_C och RFQ\_U, menar Müller et al. (2020) att instrumentet inte kan anses mäta kvalitativt skilda, av varandra oberoende dimensioner av mentalisering. Som konsekvens av den dubbla poängsättningen skapas ett inbördes förhållande mellan skalorna, som bestämmer dess differens, vilket ger en artificiellt producerad, men matematisk negativ korrelation mellan dem.

**Intern validitet.** Studiens RCT-design utgör en styrka för den interna validiteten, eftersom randomisering av deltagare till kontrollgrupp respektive behandling innebär att vi med större säkerhet kan uttala oss om att de observerade effekterna i de statistiska analyserna är en konsekvens av studiens manipulation. Alltså en konsekvens av behandlingen och inte okända variabler som kan påverka behandlingsgrupp såväl som kontrollgrupp (Lundh & Nilsson, 2018).

Tillämpandet av *complete case analysis* (CC) bör lyftas fram som en potentiellt hot mot den interna validiteten. Vi fann inga systematiska skillnader på förmätningen mellan deltagare för vilka data saknades och de som fyllde i eftermätningen. Det går dock inte att utesluta en systematik i saknade värden. Sådan systematik skulle kunna vara om data saknades slumpmässigt (MAR), alltså att det fanns skillnader i saknad data mellan grupper, men inte inom dem. Eller om data ej saknades slumpmässigt (MNAR), vilket innebär att anledningen till att data saknades är okänd. Att det då kan vara det sanna värdet som påverkar deltagaren på det sätt att hen inte fyller i eftermätning (Knol et al., 2010). Exempelvis att graden av depression var så pass hög att deltagaren inte orkade ta sig för att fylla i formulären. Om fallet ej är att data saknas fullständigt slumpmässigt (MCAR) så skulle en complete case analysis kunna innebära en bias i resultaten (Knol et al., 2010). Det kan således finnas oförklarade variabler som indirekt påverkar våra utfallsmått. Exempelvis är det möjligt att de deltagare som uteblev vid eftermätningen upplevde behandlingen som mindre hjälpsam eller svår, alternativt föll bort på grund av remission tidigt under behandlingen, vilket troligtvis skulle påverka förändring i RFQ och BDI-II och därmed även påverka resultaten i våra statistiska analyser.

**Extern validitet.** Indigo-studien har en styrka i att dess urval är relativt representativt för hela populationen, alltså alla vuxna i Sverige som kan drabbas av en depression, vilket höjer resultatens generaliserbarhet. I internetbehandlingsstudier tenderar högskoleutbildade vara överrepresenterade (Titov et al., 2010). I Indigo-studien verkar så inte varit fallet då 43,5% av deltagarna hade en universitet- eller högskoleutbildning. I behandlingsgruppen hade 45,6% en gymnasial utbildning som högst avklarad utbildningsnivå.

Fördelning i utbildningsnivå är jämförbar med hela Sveriges vuxna befolkning (25 år och äldre), där 42% hade gymnasial utbildning som högst avklarad utbildningsnivå år 2018 (Statistiska Centralbyrån, 2019). Förekomsten av komorbida psykiska tillstånd hos deltagarna var mellan 8.0–14.2% för paniksyndrom, agorafobi, social ångest, tvångssyndrom och PTSD samt 19.5% för GAD. Vilket indikerar att våra deltagare liknar populationen gällande förekomst av komorbida ångestsyndrom (Saha et al., 2020). Risken för depression är även högre bland kvinnor jämfört med män (Socialstyrelsen, 2020), vilket avspeglas i könsfördelning för studiedeltagarna, då andelen kvinnor var 79%. Slutligen är det värt att nämna att depression återfinns i alla åldrar (Socialstyrelsen, 2020), vilket återspeglades i åldersfördelning för studiedeltagarna, som sträckte sig från 18 år till 83. Givet studiens exklusionskriterier fanns dock vissa begränsningar avseende resultatens generaliserbarhet. Personer under 18 år, de som inte är svensktalande, samt de med komorbid psykosjukdom, bipolär sjukdom, substansbruks- eller alkoholbrukssyndrom anses inte vara representerade i studiens urval.

### ***Kvalitativ metoddiskussion***

Tematisk analys valdes utifrån att det är relativt enkelt att genomföra och därför rekommenderat för noviser inom kvalitativ metod (Braun & Clarke, 2006). Valet tjänade syftet med den kvalitativa delen väl: att med snäv tidsram, efter avslutad behandling undersöka studiedeltagarnas upplevelse av förändring, generellt samt avseende depressionsspecifik mentalisering.

Då deltagare till Indigo-studien rekryterades från hela Sverige samt att studien genomfördes under rådande pandemi var det motiverat att intervjuerna genomfördes över telefon. Enligt Langemar (2008) kan den känsla av anonymitet som uppstår vid telefonintervju bidra positivt till att respondenten berättar mer fritt om sina upplevelser, dock går delar av den icke-verbala kommunikationen förlorad.

Uppdelningen mellan induktiv och deduktiv TA kan enligt Langemar (2008) ses mer på ett kontinuum, än som kategorisk. Vi valde att i huvudsak genomföra en induktiv ansats, men som Braun och Clarke (2006) konstaterar kan vi som forskare inte välja att vara i ett teoretiskt vakuum under analysen. Trots ansträngningar finns skäl att anta att våra förkunskaper om depression, mentalisering, och förändringsmekanismer i IPT på ett ofrivilligt sätt har påverkat kodningen och tematiseringen av data. Dock är vår kunskap om mentalisering samt IPT relativt nytillägnad och grund, därmed kan eventuell påverkan tänkas vara lägre jämfört med en forskare eller kliniker med mer kunskap och erfarenhet inom den teorin. I och med att vi gjorde ett omfattande arbete med utformningen av behandlingsmodulerna så finns det även en risk att vi utan avsikt har varit partiska i analysen av intervjuerna. Potentiellt kan vår önskan om att behandlingen ska ha varit verksamt ha färgat vår analys. Detta hanterades genom en explicit strävan efter så bred representation av data som möjligt. Det innefattade att

förklara avvikande data, vilket resulterade i formulering av subtemat *oförändrad depressionsförståelse*.

Trots att strategiskt urval bland intresserade deltagare tillämpades, så finns det en risk att den kvalitativa representationen kan ha påverkats negativt i form av självselektion, då deltagarna själva fick anmäla intresse för den längre intervjun. Detta vägdes mot forskningsetiska aspekter såsom informations- och samtyckeskravet. Längden på intervjuerna bestämdes i viss mån av bokningssystemet på plattformen, där deltagare valde tid för uppringning, samt vägdes mot den mängd data som bedömdes hanterbar inom tidsramen för projektet. Denna avvägning kan ha påverkat generaliserbarheten av våra resultat. Kortare intervjuer möjliggjorde att ett högre antal deltagare kunde komma till tals, dock på bekostnad av djupet i samtalen.

Tidigare diskuterad svårighet för självskattad RF aktualiseras även för vår kvalitativa metod, nämligen paradoxen i att reflektera över sin egen förmåga att reflektera, i synnerhet om förmågan är nedsatt. Specifikt en av frågorna som syftade till att undersöka förändring i depressionsspecifik RF ställde krav både på deltagarens metakognitiva förmåga samt var beroende av deras minne, då svaret förutsatte en jämförelse mellan hur deltagaren tänkte om sig själv innan och efter behandlingen. Lundh och Nilsson (2018) har beskrivit retrospektiva självobservationer som potentiell felkälla vid kvalitativ analys, varför det även kan ha påverkat hur väl våra deltagare kunde återge det vi frågade om.

Enligt Langemar (2008) kan den interna validiteten i TA kontrolleras genom att deltagarna tillåts ta del av och verifiera resultatet. Denna procedur tillämpades dock inte på grund av tidsbrist, vilket kan betraktas som ett hot mot den interna validiteten. Den initiala kodningen delades upp mellan oss. För att uppnå ökad tillförlitlighet så läste båda författarna igenom allt material, adderade nya koder, samt justerade vissa koder som av båda bedömdes representera samma innehåll. Detta i syfte att nå konsensus kring tematiseringen.

### **Integrering av kvantitativa och kvalitativa resultat**

Syftet med vår examensuppsats var att explorativt undersöka sambandet mellan IIPT, depression och mentalisering. Mer specifikt undersöka vilka förändringsprocesser deltagare lyfter fram efter genomgången IIPT-behandling, om behandlingen kan förändra mentaliseringsförmågan, såväl global som depressionsspecifik samt om en förändring i global mentalisering modererar behandlingsutfall.

I den kvantitativa delen fann vi en signifikant försämring för behandlingsgruppen på delskalan RFQ\_C vid eftermätning (Hedges'  $g = 0.65$ ). I moderationsanalysen fann vi en signifikant interaktionseffekt mellan betingelse behandlingsgrupp och delskalan RFQ\_U. Den kvalitativa delen resulterade i fem teman: *agerande i relationer, acceptans, insikt och kunskap, medvetet reflekterande och förändrad depressionsförståelse*.

## Resultatdiskussion

Värt att diskutera först är frågan om huruvida mentalisering kan antas förändras inom ramen för en internetförmedlad behandling, utifrån konstruktets interpersonella innebörd och att förmågan ursprungligen är tänkt att förändras genom samspel mellan patient och terapeut (Fonagy & Allison, 2014). Med stöd i att liknande processer såsom utveckling av allians tidigare har rapporterats från internetförmedlad psykoterapi (Flückinger et al., 2018) ansåg vi det motiverat att undersöka med en explorativ ansats. Vid tolkning av förändring i samtliga analyser bör även den relativt höga samsjukligheten i urvalet beaktas, då andra diagnoser än enbart egentlig depression kan antas påverkat studiedeltagarnas nivå av mentalisering.

Katznelson (2014) summerade komplexiteten gällande hur reflektiv funktion relaterar till psykoterapiutfall utifrån tidigare forskning: RF har undersökts som moderator, prediktor, mediator samt separat utfallsmått, med varierade, delvis oförenliga resultat.

Den påträffade försämringen i RFQ\_C kan jämföras mot resultaten från en tidigare studie (Karlsson & Kermott, 2006) som undersökte RF (bedömt utifrån RF-skalan applicerad på transkriberade sessioner). De rapporterade en unik försämring av RF för IPT, som inte påvisades för KBT eller psykodynamisk terapi, där RF var oförändrad. Författarna resonerade kring potentiella förklaringar. De lyfte fram att terapeuten blev mer strukturerad och tog en mer stödjande hållningen efter initialfasen. Vilken kan ha lett till att patienten fick lägre intresse kring att försöka förstå sig själv och andra och att IPT av dessa anledningar potentiellt inte främjar ökad mentalisering (Karlsson & Kermott, 2006). Det är möjligt att denna effekt av förändring i struktur och stödjande hållning även varit gällande för vår behandling.

Karlsson och Kermott (2006) argumentation har delvis likheter med den argumentation som Markowitz et al. (2019) för gällande distinktion mellan mentaliseringsfrämjande interventioner inom IPT respektive MBT. Där IPT-interventioner primärt syftar till en lösning av patientens interpersonella problem. Medan MBT syftar till att främja mentaliseringsprocessen som sådan, det vill säga tillskapa generellt ökad nyfikenhet för egna och andras mentala processer. Markowitz et al. (2019) menar i motsats till Karlsson och Kermott (2006) att IPT är en mentaliseringsfrämjande terapimetod, trots att förbättrad mentaliseringsförmåga inte är det primära målet. Fynden från vår kvalitativa analys tyder på att deltagarna upplever en positiv förändring i form av ny tillägnad förståelse för sig själva, sina behov i relationer (beskrivet under temat *insikt och kunskap*), samt en förändring avseende depressionsspecifik mentalisering (beskrivet under temat *förändrad depressionsförståelse*). Sammanvägt med uppvisad ökning i RFQ\_C, kan förändringen tolkas som att en adaptiv säkerhet avseende sin förmåga att förstå sina egna och andras handlingar har etablerats, dock på bekostnad av ödmjukhet inför svåråtkomligheten för underliggande mentala processer.

Beaktat att resultatet av moderationsanalysen visar att en förbättring i RFQ\_U har ett samband med förbättring i BDI-II. Vägt mot deltagarnas upplevelse av positiv förändring, i form av att de har fått en större förståelse för sig själva i relationer, så kan fynden tolkas överensstämmande med den teoretiserade förklaringen att förbättring i mentalisering har en koppling till depressionslättning (Markowitz et al., 2019).

Sammanfattningsvis så är det svårt att uttala sig om Indigo-behandlingen har varit mentaliseringsfrämjande eller ej. Fynden indikerar att den har förändrat mentalisering hos deltagarna. Utifrån våra delvis motsägelsefulla fynd är det dock svårt att uttala sig om förändring avseende kvalitet.

### **Begränsningar**

Valet av mixad metod i kombination med att vi genomförde en behandlingsstudie för en obeforskad behandlingsmetod ledde till begränsad tid för oss att utföra den kvalitativa delen på ett tillfredställande sätt. Det ledde till färre genomläsningar av materialet och mindre möjlighet att växelvis jämföra materialet, koderna och teman med varandra. Längden på intervjuerna resulterade i bristande förutsättningar för att utforska samtliga frågor i närmre detalj. Den del av intervjun som tydligast blev lidande av tidsbristen var del två som syftade till att besvara den kvalitativa frågeställningen kring förändring av depressionsspecifik RF. Vilket fick implikationer för djupet i de analyser som kunde göras i temat *förändrad depressionsförståelse*.

En ytterligare begränsning är att den experimentella designen inte tillät oss att dra mer säkra slutsatser om RFQ modererade behandlingens effekt på depressionssymtom. Därav blev det svårare att besvara frågeställningen som gällde just detta. Som nämnt har depression och mentalisering möjligtvis ett reciprokt samband (Luyten, Lemma et al., 2019). I och med det så behöver det fastställas att förändring i mentalisering föregår förändring i depression. Det hade därför varit mer lämpligt att ha tre eller fler mätpunkter för RFQ.

En för Indigo-studien betydande begränsning var det faktum att den genomfördes under rådande pandemi. Ett antal studier har genomförts globalt avseende effekten av COVID-19 för den psykiska ohälsan (se exempelvis: Raihan, 2020; Zhang et al., 2020), men mycket återstår att undersöka. Varför vi endast kan spekulera kring vilken påverkan som pandemin haft för behandlingsutfallet i Indigo-studien och i förlängningen för analyserna i vår uppsats. En viktig aspekt att nämna är COVID-19 som bidragande och vidmakthållande orsak till psykisk ohälsa. Ytterligare en viktig aspekt att lyfta är pandemin som hinder för interpersonellt fokus i behandlingen. IPT är en interpersonell behandlingsform, vars föreslagna verk samma mekanismer kretsar kring relationshändelser. Att behandlingen förmedlades med hänsyn till rekommendationer om social isolering, kan antas utgöra ett stort hinder för ökning av socialt stöd, även om deltagarna berättade om att de försökt hitta nya vägar i exempelvis deras arbete med att tillskapa nya relationer för att utvidga sitt sociala nätverk. I eftermätningen samlades information in om deltagarnas upplevda

påverkan av corona-pandemin (se appendix C för *Corona-formulär*). Denna data analyserades inte inom ramen för föreliggande uppsats.

### **Slutsatser**

Indigo-studien är den första randomiserade kontrollerade IIPT-studien med hög koherens mot IPT-manualen (avseende innehåll, format, val av fokus, längd och terapeutkontakt) som visar preliminärt stöd för IIPT som effektivt behandlingsalternativ vid depression. Samt den första att undersöka rollen av mentalisering inom IIPT. Våra kvantitativa och kvalitativa resultat tyder på en förändring av mentalisering, primärt gällande innehåll i dimensionen själv/andra. Dels indikeras en försämring i hypermentalisering. Dels indikeras att förbättring av hypomentalisering har samband med förbättring av depressionssymtom. Deltagarna beskrev även en upplevd positiv förändring i depressionsspecifik mentalisering. Deltagarna lyfte även fram positiva förändringar som kan relateras till centrala strategier inom IPT.

### **Förslag på framtida forskning**

Resultatet i Indigo-studien indikerar att IIPT kan ha effekt som behandlingsmetod vid lindrig till måttlig depression (Lundberg & Viberg, 2021). Sett till det bristfälliga evidensläget för IIPT så behövs vidare forskning för att undersöka dess potential att bredda behandlingsutbudet för personer med depression. Om fortsatt effekt kan påvisas så blir det även av intresse att undersöka hur behandlingen fungerar (i form av prediktorer, moderatorer och mediatorer).

Det behövs vidare etableras förhållandet mellan depression och reflektiv funktion, då dessa samband ännu inte är fastställda. Samt sambandet mellan IPT och reflektiv funktion. Våra preliminära fynd indikerar att mentalisering kan moderera behandlingseffekten på depression. Utifrån att RF, utöver rollen som moderator, även lyfts fram som potentiell prediktor, mediator och oberoende utfallsmått så vore det lämpligt att vidare undersöka vilket av detta som är troligt. Mest lämpligt i samtalsbehandling då evidensläget för IIPT ännu är bristfälligt. Då denna studies design inte möjliggjorde den typen av analyser så passar frågan som föremål för framtida studier.

Utifrån svårigheterna att tolka våra resultat gällande RFQ vore riktlinjer samt kliniskt gränsvärde avseende patologisk nivå av hypo- och hypermentalisering därför önskvärt.

## Referenser

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5. ed)*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Andersson, G. (2018). Internet interventions: Past, present and future. *Internet Interventions, 12*, 181-188. doi:10.1016/j.invent.2018.03.008
- Andersson, G., Titov, N., Dear, B. F., Rozental, A., & Carlbring, P. (2019). Internet-delivered psychological treatment: From innovation to implementation. *World psychiatry, 18*(1), 20-28. doi:10.1002/wps.20610
- Anis, L., Perez, G., Benzies, K. M., Ewashen, C., Hart, M., & Letourneau, N. (2020). Convergent validity of three measures of reflective function: Parent development interview, parental reflective function questionnaire and reflective function questionnaire. *Frontiers in Psychology, 11*. doi:10.3389/fpsyg.2020.574719
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 15*(7). doi:10.3390/ijerph15071425
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*(6), 1173–1182. doi:10.1037/0022-3514.51.6.1173
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2005). *BDI-II. Beck depression inventory second edition. Manual, svensk version (swedish version)*. Sandviken, Sweden: Psykologiförlaget AB.
- Brandén, H. (2016). *Kritisk realism; Critical realism (Rapportserie sociologi i Linköping, nr 2015:1)*. Linköping: Linköpings Universitet. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:974834/FULLTEXT01.pdf>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 77*–101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Busner, J., & Targum, S. D. (2007). The clinical global impressions scale: Applying a reserach tool in clinical practice. *Psychiatry, 4*(7), 28-35.
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2017). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: An updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy, 47*(1), 1-18. doi:10.1080/16506073.2017.1401115
- Crawford, M. J., Thanu, L., Farquharson, L., Palmer, L., Hancock, E., Clarke, J., . . . Parry, G. D. (2016). Patient experience of negative effects of psychological treatment: Results of a national survey. *British Journal of Psychiatry, 208*(3), 260–265. doi:10.1192/bjp.bp.114.162628
- Cuijpers, P., Donker, T., Weissman, M. M., Ravitz, P., & Cristea, I. A. (2016). Interpersonal psychotherapy for mental health problems: A



- comprehensive meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 173(7), 680–687. doi:10.1176/appi.ajp.2015.15091141
- Cuijpers, P., Geraedts, A. S., van Oppen, P., Andersson, G., Markowitz, J. C., & van Straten, A. (2011). Interpersonal psychotherapy for depression: A meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 168(6), 581-592.
- Cuijpers, P., Koole, S. L., van Dijke, A., Roca, M., Li, J., & Reynolds, C. F. (2014). Psychotherapy for subclinical depression: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 205(4), 268–274. doi:10.1192/bjp.bp.113.138784
- Cuijpers, P., Li, J., Hofmann, S. G., & Andersson, G. (2010). Self-reported versus clinician-rated symptoms of depression as outcome measures in psychotherapy research on depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 768–778. doi:10.1016/j.cpr.2010.06.001
- Cuijpers, P., van Straten, A., Bohlmeijer, E., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). The effects of psychotherapy for adult depression are overestimated: A meta-analysis of study quality and effect size. *Psychological Medicine*, 40(2), 211–223. doi:10.1017/S0033291709006114
- Dagöö, J., Persson Asplund, R., Andersson Bsenko, H., Hjerling, S., Holmberg, A., Westh, S., . . . Andersson, G. (2014). Cognitive behavior therapy versus interpersonal psychotherapy for social anxiety disorder delivered via smartphone and computer: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 410-417. doi:10.1016/j.janxdis.2014.02.003
- de Figueiredo, C. S., Sandre, P. C., Portugal, L. C., Mázala-de-Oliveira, T., da Silva Chagas, L., Raony, Í., . . . Bomfim, P. O.-S. (2021). COVID-19 pandemic impact on children and adolescents' mental health: Biological, environmental, and social factors. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 106. doi:10.1016/j.pnpbp.2020.110171
- Donker, T., Bennett, K., Bennett, A., Mackinnon, A., van Straten, A., Cuijpers, P., . . . Griffiths, K. M. (2013). Internet-delivered interpersonal psychotherapy versus internet-delivered cognitive behavioral therapy for adults with depressive symptoms: Randomized controlled noninferiority trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15(5), 1-2. doi:10.2196/jmir.2307
- Driessen, E., Hegelmaier, L. M., Abbass, A. A., Barber, J. P., Dekker, J. J., Van, H. L., . . . Cuijpers, P. (2015). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update. *Clinical Psychology Review*, 42, 1–15. doi:10.1016/j.cpr.2015.07.004
- Ekeblad, A. (2016). *A randomized trial of interpersonal psychotherapy and cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: Predictors of process and outcome*. [Doktorsavhandling, Linköping University].

- Ekeblad, A., Falkenström, F., & Holmqvist, R. (2016). Reflective functioning as predictor of working alliance and outcome in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(1), 67-78. doi:10.1037/ccp0000055
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Leber, W. R., Imber, S. D., Pilkonis, P. A., . . . Parloff, M. B. (1989). National institute of mental health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry, 46*(11), 971–982. doi:10.1001/archpsyc.1989.01810110013002
- Falkenström, F. (2010). *Depression-specific reflective functioning*. Asilomar, CA.: Paper session at the 441ST Meeting of the Society for Psychotherapy Research.
- Flückiger, C., Del, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy, 55*, 316-340. doi:10.1037/pst0000172
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2019). Introduction. i A. W. Bateman, & P. Fonagy, *Handbook of mentalizing in mental health practice* (2nd ed., s. 3-20). Washington, D.C: American Psychiatric Association Publishing.
- Fonagy, P. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy, 51*(3), 372-380. doi:10.1037/a0036505
- Fonagy, P. (2015). The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World Psychiatry, 14*(2), 137–150. doi:10.1002/wps.20235
- Fonagy, P., Luyten, P., & Allison, E. (2015). Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: A new conceptualization of borderline personality disorder and its psychosocial treatment. *Journal of Personality Disorders, 29*(5), 575-609. doi:10.1521/pedi.2015.29.5.575
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y.-W., Warren, F., Howard, S., . . . Lowyck, B. (2016). Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. *PLoS ONE, 11*(7). doi:10.1371/journal.pone.0158678
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective-functioning manual version 5. For application to adult attachment interviews*. London: University College London.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *The Berkeley adult attachment interview: interview protocol*. Berkeley: University of California, Department of Psychology.
- Hedges, L. V., & Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. San Diego: CA Academic Press.
- Holländare, F., Andersson, G., & Engström, I. (2010). A comparison of psychometric properties between internet and paper versions of two depression instruments (BDI-II and MADRS-S) administered to clinic patients. *Journal of Medical Internet Research, 12*(5). doi:10.2196/jmir.1392

- Karlsson, R., & Kermott, A. (2006). Reflective-functioning during the process in brief psychotherapies. *Psychotherapy Theory Research & Practice*, 43(1), 65-84. doi:10.1037/0033-3204.43.1.65
- Karterud, S., & Bateman, A. (2011). *Mentaliseringsbaserad terapi: manual och bedömnings skala*. (G. Zetterström, Övers.) Stockholm: Liber.
- Katznelson, H. (2014). Reflective functioning: A review. *Clinical Psychology Review*, 34, 107-117. doi:10.1016/j.cpr.2013.12.003
- Knol, M. J., Janssen, K. J., Donders, A. R., Egberts, A. C., Heerdink, E. R., Grobbee, D. E., . . . Geerlings, M. I. (2010). Unpredictable bias when using the missing indicator method or complete case analysis for missing confounder values: An empirical example. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(7), 728–736. doi:10.1016/j.jclinepi.2009.08.028
- Käll, A., Bäck, M., Welin, C., Åman, H., Bjerkander, R., Wännman, M., . . . Andersson, G. (In press). Therapist guided internet-based treatments for loneliness: A randomised controlled three-arm trial comparing cognitive behavioural therapy and interpersonal psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*.
- König, H., König, H.-H., & Konnopka, A. (2020). The excess costs of depression: A systematic review and meta-analysis. *Epidemiology & Psychiatric Science*, 29, 1-16. doi:10.1017/S2045796019000180
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykolog - att låta en värld öppna sig*. Stockholm: Liber AB.
- Law, R. (2013). *Defeating depression: How to use the people in your life to open the door to recovery*. London: Robinson.
- Law, R. (2014). *IPT audio recording rating scale*. (U. Bonnedal, T. Ström, M. Bäck, B. Lech, A.-K. Åkerman, & N. Kullgard, Övers.)
- Lipsitz, J. D., & Markowitz, J. C. (2013). Mechanisms of change in interpersonal therapy (IPT). *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1134-1147. doi:10.1016/j.cpr.2013.09.002
- Lundberg, A., & Viberg, N. (2021). *INDIGO - KIND OF BLUE: Utfall och mediation i INDIGO-studien, en randomiserad kontrollerad studie av internetförmiddad interpersonell psykoterapi för depression*. [Examensuppsats, Linköpings Universitet].
- Lundh, L.-G., & Nilsson, A. (2018). *Psykologin som vetenskap*. Lund: Studentlitteratur .
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). The neurobiology of mentalizing. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(4), 366-379. doi:10.1037/per0000117
- Luyten, P., Lemma, A., & Target, M. (2019). Depression. i A. W. Bateman, & P. Fonagy, *Handbook of mentalizing in mental health practice* (2nd ed., s. 387-402). Washington, D.C: American Psychiatric Association Publishing.

- Luyten, P., Malcorps, S., Fonagy, P., & Ensink, K. (2019). Assessment of mentalizing. In A. W. Bateman, & P. Fonagy, *Handbook of mentalizing in mental health practice* (2nd ed., s. 37-62). Washington, D.C: American Psychiatric Association Publishing.
- Markowitz, C. J., Milrod, B., Luyten, P., & Holmqvist, R. (2019). Mentalizing in interpersonal psychotherapy. *The American Journal of Psychotherapy*, 72(4), 95-100. doi:10.1176/appi.psychotherapy.20190021
- Markowitz, J. C., & Weissman, M. M. (2012). *Casebook of interpersonal psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press .
- Markowitz, J. C., Lowell, A., Milrod, B., Lopez-Yianilos, A., & Neria, Y. (2020). Symptom-specific reflective function as a potential mechanism of interpersonal psychotherapy outcome: A case report. *The American Journal of Psychotherapy*, 73(1), 35-40. doi:10.1176/appi.psychotherapy.20190026
- Masson, S. C., & Tejani, A. M. (2013). Minimum clinically important differences identified for commonly used depression rating scales. *Journal of Clinical Epidemiology*, 66(7), 805–807. doi:10.1016/j.jclinepi.2013.01.010
- McGrath, J. J., Lim, C. C., Holtz, Y., Saha, S., Harris, M. G., Plana-Ripoll, O., . . . de Jonge, P. (2020). Comorbidity within mental disorders: a comprehensive analysis based on 145 990 survey respondents from 27 countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29. doi:10.1017/S2045796020000633
- Montgomery, S. A., & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry*, 134, 382–389. doi:10.1192/bjp.134.4.382
- Morke, K. T., A. N., Binder, P. E., & Karterud, S. (2019). Juggling thoughts and feelings: How do female patients with borderline symptomology and substance use disorder experience change in mentalization-based treatment? *Psychotherapy Research*, 29(2), 251–266. doi:10.1080/10503307.2017.1325021
- Müller, S., Wendt, L., Spitzer, C., Masuhr, O., Back, S., & Zimmermann, J. (2020). *A critical evaluation of the reflective functioning questionnaire*. PsyArxiv. doi:10.31234/osf.io/5rhme
- Raihan, M. M. (2020). Mental health consequences of covid-19 pandemic on adult population: A systematic review. *Mental Health Review Journal*, 26(1), 42–54. doi:10.1108/MHRJ-07-2020-0044
- Rozental, A., Boettcher, J., Andersson, G., Schmidt, B., & Carlbring, P. (2015). Negative effects of internet interventions: A qualitative content analysis of patients' experiences with treatments delivered online. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(3), 223–236. doi:10.1080/16506073.2015.1008033

- Rozental, A., Kottorp, A., Forsström, D., Månsson, K., Boettcher, J., Andersson, G., & Carlbring, P. (2019). The negative effects questionnaire: psychometric properties of an instrument for assessing adverse and unwanted events in psychological treatments. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(5), 559-572. doi:10.1017/S1352465819000018
- Rudden, M. G., Milrod, B., Meehan, K. B., & Falkenström, F. (2009). Symptom-specific reflective functioning: Incorporating psychoanalytic measures into clinical trials. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57(6), 1473-1478. doi:10.1177/00030651090570060804
- Saha, S., Lim, C. C., Cannon, D. L., Burton, L., Bremner, M., Cosgrove, P., . . . J. McGrath, J. (2020). Co-morbidity between mood and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 38(3), 286-306. doi:10.1002/da.23113
- Schoonenboom, J., & Johnson, R. B. (2017). How to construct a mixed methods research design. *Kölner Zeitschrift Für Soziologie Und Sozialpsychologie*, 69(2), 107–131. doi:10.1007/s11577-017-0454-1
- Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Utbildningsdepartementet. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460)
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnett Sheehan, K., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., . . . Sheehan, M. F. (1997). Reliability and validity of the mini international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.): according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 12, 232-241. doi:10.1016/S0924-9338(97)83297-X
- Shieh, G. (2020). Power analysis and sample size planning in ANCOVA designs. *Psychometrika*, 85(1), 101–120. doi:10.1007/s11336-019-09692-3
- Smith, B. J., & Lim, M. H. (2020). How the COVID-19 pandemic is focusing attention on loneliness and social isolation. *Public Health Research & Practice*, 30(2). doi:10.17061/phrp3022008
- Socialstyrelsen. (2020). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning*. Artikelnummer (2020-9-6936). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2020-9-6936.pdf>
- Statistiska Centralbyrån. (2019). *Befolkningens utbildning 2018*. Statistiska Centralbyrån. [https://www.scb.se/contentassets/c4f928a71e934437b1320762371c35a1/uf0506\\_2018a01\\_sm\\_uf37sm1902.pdf](https://www.scb.se/contentassets/c4f928a71e934437b1320762371c35a1/uf0506_2018a01_sm_uf37sm1902.pdf)
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*.
- Vindegaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain Behavior and Immunity*, 89, 531–542. doi:10.1016/j.bbi.2020.05.048

- Weissman, M. M. (2006). A brief history of interpersonal psychotherapy. *Psychiatric Annals*, 36(8), 553-557. doi:10.3928/00485713-20060801-03
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2017). *The guide to interpersonal psychotherapy (updated and expanded edition)*. Oxford: Oxford University Press.
- World Health Organization. (2004). *ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems: Tenth revision, 2nd ed.* World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>
- Zhang, S. X., Wang, Y., Rauch, A., & Wei, F. (2020). Unprecedented disruption of lives and work: Health, distress and life satisfaction of working adults in china one month into the COVID-19 outbreak. *Psychiatry Research*, 288. doi:10.1016/j.psychres.2020.112958

## Appendix

### Appendix A: Behandlingsmoduler i Indigo

#### *Inledningsfas*

**Modul 1.** Den introducerande modulen beskrev utifrån ett IPT-perspektiv vad depression är, vad som kan tänkas orsaka det och vad det innebär att ta sjukrollen i en psykoterapeutisk IPT-behandling. Här låg fokus på att deltagaren fick identifiera sina symtom på depression och hur de påverkar dig. Deltagaren fick även identifiera sitt IPT-team.

**Modul 2.** I den andra modulen guidades deltagarna till att upprätta en *tidslinje* över hur deras depression uppkommit och utvecklats över tid. Övningen syftade till att stärka reflektionen avseende förhållanden mellan förändringar i måendet å ena sidan och interpersonella händelser å andra sidan. Därefter introducerades deltagarna till en övning som senare skulle återkomma genom hela behandlingen; *Zick-zack*. Likt tidslinjen syftade denna övning till att utforska hur händelser i livet kopplar samman med skiftningar i måendet (eng. ”*Mood-Event*”) men denna gång med ett tidsperspektiv enbart på den senaste veckan.

**Modul 3.** Tyngdpunkten för denna modul låg i genomförandet av ett interpersonellt inventorium. Genom detta fick deltagarna reflektera kring tillgängligheten och användningen av sina interpersonella resurser samt hur detta relaterade till det aktuella måendet. Ett mål med inventeringen var också att identifiera ett interpersonellt fokusområde för terapin. Därutöver blev deltagarna genom denna modul fortsatt inskolade i en reflektionsövning som senare skulle återkomma varje vecka i mellanfasen. I korthet gick denna övning (som vi hädanefter kallar ”*Zick-zack*”) ut på att reflektera över hur skiftningar i måendet länkat samman med specifika händelser och användningen av stöd under den gångna veckan. I sin reflektion uppmuntrades deltagarna att väva den aktuella veckoskattningen av depressionssymtom (MADRS-S) och socialt stöd (MOS-SSS).

**Modul 4.** I den sista modulen av inledningsfasen fick deltagaren skapa en interpersonell formulering, välja fokusområde för mellanfasen, samt formulera mål för behandlingen. Till grund för arbetet i modul 4 låg tidigare genomförda övningar i mellanfasen; listan över depressionssymtom, kartläggning av onset för depressionen i tidslinjen (tidslinjen) samt den interpersonella inventeringen. Modulen innehöll övningar, reflektionsfrågor och fallexempel som syftade till att guida deltagarens val av fokusområde.

#### *Mellanfas*

Samtliga behandlingsspår inleddes med en presentation av fokusområdet. Övrigt innehåll som var gemensamt för samtliga moduler i mellanfasen, oberoende av fokusområde var en inledande zick-zack-övning som syftade till att reflektion och göra kopplingar mellan mående och händelse (mood-event), samt en sammanfattning av innehållet i slutet av modulen.

#### **Konflikt**

**Modul 5.** Genom text och video presenterades deltagarna för en översikt av arbetet i mellanfasen, samt för information om vad som kännetecknar ett konfliktfokus i IPT. Efter att ha valt en relation att fokusera på genom arbetet i mellanfasen fick deltagarna göra en tidslinje över hur konflikten utvecklats över tid, samt fundera över vilka mönster som kännetecknat interaktionen dem emellan såväl här och nu som i en tillbakablick. Därutöver fick deltagarna reflektera över sina mål med relationen samt utföra zick-zack-övningen (se modul 3 ovan)

**Modul 6.** Modulen inleddes likt återstoden av modulerna i mellanfasen med zick-zack-övningen. För det resterande innehållet i denna modul låg fokus på kommunikation. Psykoedukation om kommunikation efterföljdes av att deltagarna instruerades i att utföra en kommunikationsanalys (att i detalj rekonstruera och analysera ett aktuellt tillfälle av kommunikation i den konfliktfyllda relationen). Denna övning kom sedan att återkomma med små variationer för resterande moduler i mellanfasen. Ett avslutande innehåll i denna modul var en övning i att försöka hitta tillbaka till trevliga stunder i fokusrelationen.

**Modul 7.** Modulen inleddes med zick-zack-övningen och genomförandet av en ny kommunikationsanalys. Utifrån textmaterial fick deltagarna därefter reflektera dels över vilken betydelse olikheter i förväntningar hade för den konfliktfyllda relationen, dels över hur människor typiskt reagerar i trängda situationer.

**Modul 8.** Utöver en ny zick-zack-övning och en ny kommunikationsanalys fick deltagarna genom denna modul ta del av metoder för att tydligt föra fram ett budskap i kommunikation med andra. Deltagarna fick också läsa om aktivt lyssnande och validering för att reflektera kring hur detta skulle kunna hjälpa den konfliktfyllda relationen framåt.

**Modul 9.** En del av arbetet med denna modul handlade på samma sätt som tidigare om att utföra zick-zack-övningen och utifrån denna välja ett tillfälle av kommunikation att analysera i detalj. Som tillägg till detta introducerades deltagarna för nya strategier att kommunicera och uppmärksamma huvudpoängen i samtal med andra. Av syfte att bredda bilden från relationen som varit för fokus genom mellanfasen fick deltagarna här även reflektera kring sina övriga relationer, om mönstren av konflikt gjort sig påmind på annat håll och omvänt, om det fanns lärdomar att dra från tidigare relationer till andra personer.

### **Komplicerad sorg**

**Modul 5.** Modulen inleddes med omfattande psykoedukation angående sorg, komplicerad sorg och hur arbetet med detta kommer att se ut inom ramen för fokusområdet. I arbetet med denna modul ombes deltagaren genomgående att reflektera kring sina känslomässiga upplevelser omkring dödsfallet, om det fanns försvårande omständigheter för sorgearbetet och var hen upplever sig befinna sig i sin nuvarande sorgprocess. Deltagaren får även fylla i övningar vilka liknar formuläret ICG och resonera kring på vilket sätt sorgen tar sig i uttryck i relation



till andra. Avslutningsvis riktas fokus mot att involvera andra personer i sorgearbetet och eventuella hinder i detta.

**Modul 6.** Deltagaren får bekanta sig mer med olika dimensioner av sorg/förlusten samt hur hens mående och livssituation förändrats som en följd av dödsfallet. I denna modul får deltagaren även återkomma till sin tidigare formulerade tidslinje och betrakta denna utifrån ett tydligare sorgfokus. Avslutningsvis introduceras deltagaren för övningar vilka ämnar påbörja processen att känslomässigt utforska minnen relaterade till den bortgångne vilket ligger till grund för nästkommande veckas arbete. Terapeuten får i detta skede av behandlingen indicier kring hur nyanserad minnesbild deltagaren har av den avlidne.

**Modul 7.** I denna modul riktas fokus mot att påbörja processen att balansera och nyansera minnesbilden av den avlidne. Modulen tar avstamp i deltagarens sista minnen av den bortgångne går igenom tiden innan dödsfallet till några veckor efter bortgången. Genomgående riktas fokus mot att utforska deltagarens minnesbilder av den bortgångne och hur detta hänger samman med sorgprocessen.

**Modul 8.** I modulen får deltagaren upprätta en tidslinje över relationen till den avlidne. Vidare uppmuntras deltagaren till att undersöka, utforska och närma sig sina känslor, minnen och uppmanas att göra kopplingar mellan hur detta hänger samman med och påverkar sin nedstämdhet/depression. Övningarna öppnar upp för att närma sig både lyckliga minnen, men också de vilka bär på vissa mått av skuld, ilska eller saknad och vad dessa känslor kommunicerar.

**Modul 9.** I tidigare moduler har deltagaren aktivt fått arbeta med att förstå och bearbeta vad som hänt tiden efter dödsfallet. I denna modul riktas i stället fokus mot den nya tillvaron som uppkommit och olika vägar till återhämtning. Deltagaren ombes att reflektera kring sin nya tillvaro och förväntningar respektive krav på sig själv i denna. Utöver detta uppmanas deltagaren att utforska vilka känslomässiga behov den förlorade relationen tillgodosåg möjligheter att tillgodose dessa inom ramen för andra befintliga relationer. Avslutningsvis lyfts hur sorgprocessen påverkas av faktorer såsom social isolering, emotionella avtrubning och möjligheten att fortsatt involvera andra i sorgprocessen.

### **Rollförändring**

**Modul 5.** Likt samtliga moduler i mellanfasen inleddes modulen med en zick-zack-övning. I denna modul så fick deltagaren lära dig mer om vad en rollförändring innebär och reflektera kring vad som gjort hens rollförändring svår att hantera. Samt undersöka var i förändringsprocessen hen befann dig.

**Modul 6.** Denna modul fokuserade på den gamla rollen. Här fick deltagaren reflektera över sin gamla roll och vad den betytt för hen. Deltagaren fick även nyansera bilden av vad den gamla rollen genom att reflektera kring både för- och nackdelar med den samt fundera kring vilka relationer, förmågor, aktiviteter samt typ av stöd hen både önskade och hade möjlighet att ta med sig från sin gamla roll.

**Modul 7.** I denna modul fick deltagaren reflektera kring hur förändringen skedde och hur det hade påverkat hen. Deltagaren fick beskriva de känslor som var förknippade med förändringen precis när den skedde och jämföra med sina känslor vid tillfället som övningen genomfördes. Deltagaren fick även fundera kring vilket stöd hen fick av andra i samband med att hen förstod att förändringen skulle ske och identifiera vilket stöd hen var i behov av i nuläget.

**Modul 8.** Denna modul fokuserade deltagaren i stället på att anpassa sig till den nya rollen och reflektera kring vilka känslor som var förknippade med den. Samt nyansera den nya rollen genom att reflektera över för- och nackdelar med den. Deltagaren fick sedan identifiera vad hen hade för förmågor som kunde vara hjälpsamma i den nya rollen samt vad hen hade för behov som behövde tillgodoses för att lättare kunna hantera den och hur andra kunde stötta hen i det.

**Modul 9.** I den näst sista modulen fick deltagaren reflektera över vad som hade påverkat hens mående och hens relationer i närtid (den föregående eller den kommande veckan). Deltagaren fick sedan utefter det välja de övningar som hen tänkte passade för att arbeta med de svårigheter med måendet och relationer som hen hade stött på den föregående eller kommande veckan.

### **Interpersonell sårbarhet**

**Modul 5.** Modulen inleddes med en introduktion till fokusområdet, information om vad som avses med Interpersonell sårbarhet inom IPT, samt hur det kan påverka och påverkas av en depression. Därefter följde en överblick över innehållet i mellanfasen, samt en presentation av tilläggsmodulen med generella IPT-strategier. I övrigt innehöll modul 5 psykoedukation kring känslor och behov, en reflektionsövning om behovskänslor, samt kapitel som uppmuntrade till reflektion kring den personliga innebörden av interpersonell sårbarhet. Modulen avslutades med en påminnelse om att ta stöd från IPT-teamet samt en zick-zack-övning som syftar till att göra kopplingar mellan interpersonella händelser och det depressiva måendet.

**Modul 6.** I modulen låg fokus på tidigare relationer. Deltagaren fick inventera både positiva och negativa relationserfarenheter och leta efter mönster avseende sin interpersonella sårbarhet. Modulen innehöll även psykoedukation kring anknytningsteori och relationsmönster, samt en övning i perspektivtagning, där deltagaren fick beskriva sitt bidrag till tidigare relationer, utifrån den andres perspektiv.

**Modul 7.** I modulen låg fokus på kommunikation. Modulen inleddes med en zick-zack-övning. Därefter följde psykoedukation kring grundläggande samtalsfärdigheter, olika nivåer av kommunikation; verbal, icke-verbal samt paraverbal, samt om depressionens inverkan på kommunikation. Deltagaren fick sedan reflektera över sin kommunikationsstil samt genomföra en kommunikationsanalys (beskriva och reflektera över detaljer i en relationshändelse med koppling till den inringade interpersonella sårbarheten). Modulen avslutades med en valmöjlighetsanalys, en brainstorming-övning kring att framföra sitt budskap och kommunicera tydligare.

**Modul 8.** Även denna modul låg fokus på kommunikation, specifikt kring att kommunicera sina behov i relationer. Efter den inledande och återkommande zick-zack-övningen följde ytterligare information om samtalsfärdigheter; aktivt lyssnande, sunt självhävdande och jag-budskap. Modulen innehöll även en valmöjlighetsanalys kring vad deltagaren skulle prova att kommunicera annorlunda under veckan, en övning som rustade för samtalet genom att föreställa sig och analysera situationen på förhand, samt avslutningsvis en kommunikationsanalys över hur det gått att kommunicera med stöd av de samtalsfärdigheter som presenterats i programmet.

**Modul 9.** I modulen var fokus på tillskapande och stärkande av relationer. Med utgångspunkt ur närhetscirkeln från modul 3, fick deltagaren reflektera över sitt sociala nätverk, samt genomföra en kartläggning av sina styrkor och resurser i relationer. Modulen innehöll även psykoedukation kring hur ensamhet och social isolering kan hänga samman med depression, samt en brainstorming-övning kring att nyttja sina resurser i arbetet mot att stärka och utöka sitt sociala nätverk.

### ***Avslutningsfasen***

**Modul 10.** Även denna modul inleddes med en zick-zack-övning i samtliga fokusområden. Deltagaren fick en återupprepning av behandlingsinnehållet och fick återigen se de eventuella reflektioner hen skrev i slutet av varje modul i mellanfasen. Deltagaren fick sedan reflektera över den eventuella förändring som skett med hens depression över behandlingen. Samt reflektera över vilka eventuella förändringar som skett i hens relationer. Därefter fick deltagaren utvärdera måluppfyllelse. För att sedan reflektera kring potentiella risksituationer för bakslag i måendet samt vad som har varit hjälpsamma verktyg i behandlingen, i syfte att förebygga återfall. Slutligen fick hen skriva ett underhållskontrakt gällande hur hen ska fortsätta jobba med sitt mående. Denna modul hade liknande utformning i samtliga fokusområden. Med specifik anpassning utefter varje fokusområde gällde repetitionen av behandlingsinnehåll, fallexempel och text till övningarna.

### ***Generella IPT-strategier***

**Fristående modul.** Denna modul tilldelades deltagarna parallellt med modul 5 för respektive fokusområde. Genom modulen gavs deltagarna tillgång till generella IPT-strategier som de senare skulle kunna välja att använda på eget initiativ, eller på behandlarens inrådan, när det lämpade sig utifrån de enskilda terapeutiska processerna. Av det totala innehållet i modulen låg stor tyngdvikt vid psykoedukation och reflektionsövningar kring känslor och relationella behov, samt betydelsen av relationer. I modulen gavs också vägledning samt övningar i att analysera valmöjligheter (beslutsanalys), analysera kommunikation (kommunikationsanalys) och att ta olika perspektiv.

## Appendix B: Semistrukturerad intervjuguide

### 1. Generell förändring:

1.1. För alla kan det vara olika saker som får en att känna att man till slut [Tipping point] behöver hjälp med sitt mående. Kan du beskriva lite kort vilka symtom som fick dig att söka till Indigo?

- *Förtydligande:* Vad upplevde du som det värsta med ditt mående?
- *Förtydligande:* Eller vilka upplevelser?

1.2. Vilka förändringar har du märkt hos dig själv (om några över huvud taget) sen behandlingen började?

- *Förtydligande:* Vad du gör, känner eller tänker?
- *Om inte:* Det är bra att du är ärlig, då nästa fråga.

1.2.1. Vad tror du skapade denna förändring?

1.3. Vilka förändringar har du märkt i dina relationer (om några över huvud taget) sen behandlingen började?

- *Om inte:* Det är bra att du är ärlig, då nästa fråga.

1.4. Tror du att det finns en koppling mellan Indigo-programmet och att ditt mående förbättrats eller försämrats?

1.4.1. Skulle du kunna ge ett exempel?

- *Förtydligande:* Om du tittar tillbaka på tiden du varit med i behandlingen (om något) vad har varit mest hjälpsamt?
- *Förtydligande:* Kan du berätta mer om hur du tänker?

### 2. Mentalisering:

2.1. Varför tror du att du är eller var deprimerad?

2.2. Hur har dina tankar om varför du är eller var deprimerad förändrats under behandlingens gång?

2.3. Märker du någonsin att du blir mer deprimerad vid vissa händelser, tankar eller känslor

2.4. En del frågor som jag ställt nu går att koppla till ett begrepp inom psykologi som kallas mentalisering. Kort beskrivet innebär mentalisering att göra sina egna och andras upplevelser och handlingar begripliga utifrån inre, mentala processer, exempelvis: känslor, tankar, intentioner, önskningar, planer osv. Brukar också beskrivas som att se sig själv utifrån och andra inifrån. Skulle du säga att din förmåga att mentalisera, alltså att tänka kring dina egna och andras tankar och känslor har förändrats över behandlingen? I sådana fall hur?

## Appendix C: Coronaformulär

Inte alls  
1            2            3            4            5            6            7  
Väldigt mycket

Det har varit mycket speciella tider i samband med coronakrisen. Vi vill gärna veta hur den påverkat dig här under tiden du genomgått behandlingen.

**1. Hur mycket har du oroat dig över coronaviruset och smittspridningen?**

**2. Vilka konsekvenser har coronaviruset haft för din ekonomiska och yrkes-/utbildningsmässiga situation** (*Exempelvis: Har din inkomst påverkats? Har du förlorat ditt arbete/fått gå ner i tid?*)

**3. Vilka konsekvenser har coronaviruset haft för din sociala situation och de sociala sammanhang du vanligtvis söker dig till** (*exempelvis: Har du noterat att du eller människor i din omgivning har varit mindre benägna att söka kontakt? Har aktiviteter du vanligtvis engagerar dig i avbokats?*)

**4. Vilka konsekvenser har coronaviruset haft för din fysiska hälsa?**

**5. Vilka konsekvenser har coronaviruset haft för din psykiska hälsa?**

**6. Har din förmåga att arbeta med Indigo-behandlingen påverkats av coronaviruset och smittspridningen?**

**7. Har din möjlighet att tillgodogöra dig innehållet i Indigo-behandlingen påverkats av coronaviruset och smittspridningen?**

**8. Har Indigo-behandlingen hjälpt dig att hantera situationen med coronaviruset?**

**9. Om du har andra kommentarer eller synpunkter angående denna situation, skriv gärna dem här:**