



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykoterapeutprogrammet

Mentaliseringsförmåga vid schizofreni

Gizela Dagenbrink

Psykoterapeutexamensuppsats Vt 2013

Handledare: Jan-Åke Jansson

Sammanfattning

Studiens syfte var att undersöka om det fanns någon skillnad mellan en grupp patienter med schizofrenidiagnos och en jämförelsegrupp bestående av personal från en akutpsykosavdelning när det gäller mentaliseringsförmåga. Mentaliseringsförmågan skattades med instrumentet ”Reading the Mind in the Eyes Test (RMET)”. Den ursprungliga planen var att konsekutivt rekrytera samtliga patienter till studien från två akutpsykosavdelningar. Som en följd av det omfattande bortfallet bland slutenvårdspatienterna, där 37 av 47 patienter med schizofrenidiagnos föll bort, rekryterades även patienter från två öppenvårdsmottagningar genom bekvämlighetsurval. Jämförelsen mellan patient- och personalgrupp visade att patienterna fick ett signifikant lägre resultat på RMET än jämförelsegruppen. Övriga resultat visade ingen signifikant skillnad mellan RMET-resultatet för sluten- respektive öppenvårdspatienter, inte heller mellan patienter med paranoid- respektive icke-paranoid schizofreni. Vid litteratursökning återfanns inga svenska studier inom detta område. I diskussionen lyfts det stora bortfallet upp samt hur detta kan tänkas ha påverkat resultatet.

Keywords: Mentalisering, schizofreni, ”Reading the Mind in the Eyes Test”.

Introduktion

Jag började arbeta inom psykosområdet 2005 och blev snabbt varse de stora brister i mentaliseringsförmågan som patienter med olika former av psykossjukdomar, och då framför allt patienter med schizofreni, drabbas av. Under åren inom psykosvården har jag försökt förstå svårigheterna i mentaliseringsförmågan hos psykopatienter utifrån olika teoretiska perspektiv. Första gången jag kom i kontakt med mentaliseringsteorin och den mentaliseringsbaserade terapin (MBT) var när jag läste Rydén och Wallroth (2008) en tid innan jag skulle påbörja psykoterapeututbildningen och då väcktes också mitt intresse för att försöka förstå psykopatienternas mentaliseringssvårigheter utifrån detta perspektiv.

Teoretisk bakgrund

Begreppet ”Theory of Mind” (ToM)

Begreppet ToM förekommer första gången i en artikel av Premack och Woodruff (1978), där de presenterar en studie i schimpansers förmåga till ToM. Därefter är det främst Simon Baron-Cohen och hans forskarkollegor inom autism- och Asperger-området som har använt sig av ToM i sin forskning och genom detta ökat kunskapen och förståelsen för de sociala svårigheter som autismproblematik medför. Den första artikeln där begreppet introduceras publiceras 1985 (Baron-Cohen, Leslie & Frith, 1985). I en senare artikel av Frith och Happé (1994), som ofta citeras i forskningssammanhang, definieras ToM: ”to have a theory of mind is to be able to attribute independent mental states to self and others in order to explain and predict behaviour” (s. 116). Att begreppet ToM är en kognitiv förmåga betonas i bl a Baron-Cohen et al (1985) och Baron-Cohen (1989). Baron-Cohen (2009) har vidareutvecklat och utvidgat ToM-begreppet så att det numer också består av en ”emotional reactivity dimension” (s. 71) och han benämner det nya begreppet ”The Empathizing–Systemizing (E-S) Theory”.

Frith (1992) som var först med att introducera ToM inom schizofreniforskningen jämför ToM med mentalisering och skriver att ”both these terms refer to our belief that other people have minds different from our own and also to our ability to infer the beliefs, wishes, and intentions of other people in order to predict their behaviour” (s. 118). Frith (1992) jämför schizofrena patienter med autistiska och spekulerar i om det finns en ”similar cognitive deficit” (s. 122) hos de båda diagnosgrupperna, men konstaterar samtidigt att det finns avgörande skillnader och den ena är ”the fact that autism and schizophrenia have markedly different ages of onset” (s. 122). Den andra är ”the majority of autistic children fail to develop mentalising abilities” (s.122), men att schizofrena patienter ofta utvecklar ToM, för att vanligen förlora förmågan, helt eller delvis, vid insjuknandet.

Inom ToM-forskningen råder stor oenighet om huruvida olika kognitiva funktioner kan tänkas påverka ToM-förmågan och i så fall hur (Scherzer, Leveillé, Achim, Boisseau & Stip, 2012). Forskningsresultaten är motsägelsefulla enligt Scherzer et al (2012) och de skriver ”considering the wide range of what is considered to constitute ToM, one must ask if there a core function, or is ToM multifaceted with dissociable facets?” (s. 1). Bora, Yucel och Pantelis (2009) lyfter i en metaanalys upp svårigheterna med att mäta ToM-förmågan och de nämner tre huvudsakliga orsaker: ”(i) heterogeneity of ToM tasks and their neurocognitive demands; (ii) psychometric properties of ToM tests; and (iii) the influence of clinical and demographic characteristics on ToM performance” (s. 1). I en litteraturöversikt redogör Brüne (2005) för ytterligare en svårighet med att mäta ToM hos vuxna och den beror på att många ToM-tester ”so far have been adopted from psychological tasks developed to test young children’s ability to infer mental states of other individuals” (s. 24).

Mentaliseringsbegreppet

De tre ledande namnen bakom utvecklingen av mentaliseringsteorin och MBT är Jon G Allen, Anthony W Bateman och Peter Fonagy, som har publicerat omfattande forskningsmaterial inom området (Allen, 2001; Allen & Fonagy, 2006; Allen, Fonagy & Bateman, 2008; Bateman & Fonagy, 2006; Bateman & Fonagy, 2012). Ursprungligen utvecklade de mentaliseringsteorin som grund för deras mentaliseringsbaserade terapi (MBT), som från början var speciellt utformad för patienter med borderline personlighetsstörning. Bateman och Fonagy (2012) understryker nu att i stort sett alla psykiska svårigheter och psykiatriska diagnoser kan förstås som uttryck för att mentaliseringsförmågan brister på olika sätt. Efterhand har MBT också börjat få en allt större spridning inom t ex ätstörningsområdet, vid missbruk och i familjebehandlingar (Allen & Fonagy, 2006; Allen, Fonagy & Bateman, 2008, Bateman & Fonagy, 2012).

Allen och Fonagy (2006) lyfter fram att även om mentaliseringsbegreppet har använts i psykoanalytisk litteratur ända sedan slutet av 1960-talet, så användes begreppet omväxlande och synonymt med ToM i den kognitiva utvecklingsteorin en bra bit in på 1990-talet. Allen, Fonagy och Bateman (2008), men också Rydén och Wallroth (2008), hänvisar till de franska psykoanalytiker som i slutet av 1960-talet lanserade begreppet mentalisering i den psykiatriska litteraturen och som betraktade:

Mentalisering (mentalisation) som en skyddande funktion, som det förmedvetna systemet, det som ligger nära vårt medvetande, använder för att inte upplösas eller gå sönder. Genom att mentalisering kopplar samman både djupt liggande drifter och symbo-

liska uttryck för dessa, åstadkoms en samtidig flexibel och stabil konstruktion. (Rydén & Wallroth, 2008, s. 95)

Med tiden har ToM kritiserats för att vara ett alltför snävt begrepp och Allen och Fonagy (2006) poängterar att ”mentalizing is more than just theory of mind. It is more than just the understanding that others hold beliefs and that those beliefs can motivate their behavior” (s. 103). De fortsätter:

The successful mentalizer is therefore someone who not only passes cognitive mentalizing tasks (e.g., the false-belief task) but also manages to see the connections between thoughts and the effects of thoughts on feelings and desires. ... The concept of mentalizing also has broadened the concept of theory of mind in referring both to the process of reflecting on others’s minds and the ability to reflect on one’s own mind. We not only build models of other’s minds, but also engage in continual self-monitoring ultimately to build models of our own mind. (s. 103)

I Allen et al (2008) förtydligar de sina tankegångar ytterligare om skillnaderna mellan mentalisering och ToM och de nämner tre tydliga distinktioner:

First, the theory-of-mind literature primarily addresses the *cognitive* development of mentalizing capacities as they begin evolving in the latter part of infancy and come to fruition in early childhood, by which time the capacity to interpret behavior on the basis of explicit understanding of the representational nature of mind has developed. ...

Second, in addition to being aimed primarily at cognition, theory-of-mind research is narrower than mentalizing in focusing primarily on interpreting others and not the self. ... Third, the theory-of-mind – however acquired and comprised – is the ever-evolving product of developing mentalizing *activity*, and we are primarily concerned with the latter. (s. 48)

Wennerberg (2010) anser att mentalisering ligger betydelsemässigt nära den kognitiva psykologins begrepp ToM, som ”syftar på den mänskliga förmågan att förstå att andra människor har ett medvetande, att de är mentala varelser” (s. 105). Han understryker dock att mentaliseringsbegreppet i viktiga avseenden skiljer sig från ToM på så sätt att mentalisering har en djupare och bredare innebörd än ToM, som har fokus på rent kognitiva aspekter av förståelsen för andra. ”Till skillnad från theory of mind handlar mentalisering både om det egna självet och om andra, och den innefattar alla slags mentala tillstånd, som känslor, tankar och önskningar” (s. 105).

Definition av mentalisering. I det här arbetet är fokus på mentaliseringsförmåga utifrån Bateman och Fonagys (2012) mentaliseringsbegrepp. Bateman och Fonagy (2012) ser

mentaliseringsförmågan som en ständigt pågående process och som vid olika typer av emotionell stress eller belastning kan hämmas eller stängas av temporärt eller mer långvarigt. Återhämtningen sker för de flesta spontant och mentaliseringsförmågan återkommer – det är bara för en minoritet som har ett fragmenterat själv – som de primitiva sätten att hantera det inre livet kvarstår (Rydén & Wallroth, 2008; Wennerberg, 2010).

Mentaliseringsbegreppet har de senaste åren genomgått en kontinuerlig utveckling och för att göra begreppet mentalisering mer förståeligt och greppbart föreslår Allen et al (2008) olika definitioner som:

- ”Holding mind in mind
- Attending to mental states in self and others
- Understanding misunderstandings
- Seeing yourself from the outside and others from the inside” (Allen et al, 2008, s. 3).

Allen et al (2008) understryker dock att de ser “the gist of mentalizing as attending to mental states – holding mind in mind” (s. 20). De mentala tillstånden kan bestå av tankar, känslor, fantasier, övertygelser, önsknings och behov, både egna och andras. De kan också bestå av ”pathological processes such as panic attacks, dissociative states, hallucinations and delusions” (Allen et al, 2008, s. 25). Allen et al (2008) benämner mentaliseringens olika byggstenar som ”facets of mentalization” (s. 25) och i Bateman och Fonagy (2012) har mentaliseringsbegreppet vidareutvecklats och definieras nu som ”a multidimensional construct” (s. 17) bestående av fyra funktionella polariteter:

1. Automatisk (implicit) – Kontrollerad (explicit)
2. Internt fokuserad – Externt fokuserad
3. Självfokuserad – Fokuserad på andra
4. Kognitiv – Affektiv

Bateman och Fonagy (2012) skriver att den polaritet som är grundläggande för mentaliseringsförmågan är den som rör den automatiska och kontrollerade aspekten av mentalisering. ”In our daily interactions, mentalization is predominantly implicit and automatic because in most interpersonal situations we rely on automatic and unreflective assumptions about ourselves, others, and ourselves in relation to others” (Bateman & Fonagy, 2012, s. 20). Den automatiska mentaliseringen kännetecknas av att vara intuitiv, en färdighet och tyst kunskap som vi bara kan, utan att behöva fundera så mycket över det man kan eller hur man har lärt sig det. På en omedveten nivå kan vi förstå, gissa och läsa av vilken känsla som är i svang hos

en annan människa och reagera på den utan att egentligen veta eller förstå varför man gör det man gör (Rydén & Wallroth, 2008). Bateman och Fonagy (2006) beskriver den automatiska mentaliseringen som ”automatic, procedural, natural and below the level of consciousness” (s. 151). De fortsätter “we are not aware that we are doing it and yet, when asked, we know that we are constantly monitoring ourselves and others intuitively, without thought” (s. 151). Kontrollerad mentalisering innebär att man medvetet kan berätta, beskriva och förstå, både sig själv och andra; att man med ord uttrycker och förstår varför man själv eller någon annan känner, tänker eller handlar på det ena eller andra sättet. Det kan röra dåtid, nutid och framtid och formas ofta som berättelser (Allen och Fonagy, 2006; Allen et al, 2008; Bateman & Fonagy, 2006). Allen et al (2008) skriver att det är svårt att dra en tydlig gräns mellan den automatiska och kontrollerade mentaliseringen; att skilja på det som är automatiskt och intuitivt från det som kontrollerat och reflekterande. ”When we are mentalizing, we are continually moving back forth between more implicit and more explicit processes” (Allen et al, 2008, s. 28). I Bateman och Fonagy (2012) understryker de att kännetecknet för en god mentaliseringsförmåga är att man flexibelt kan byta mellan automatisk och kontrollerad mentalisering beroende på hur situationen ser ut och utvecklar sig.

Den andra polariteten (internt – externt fokuserad) i mentaliseringen beskriver Bateman och Fonagy (2012) på följande vis:

Internally focused mentalization refers to mental processes that focus on one’s own or another’s mental interior (e.g., thoughts, feelings, experiences), whereas externally focused mentalizing refers to mental processes that rely on psychical and visible features and one’s own or another’s actions. (s. 22)

Den externa mentaliseringsprocessen innebär att man fokuserar på det yttre beteendet hos någon och drar slutsatser utifrån det, medan den interna att man försöker förstå den andra persons inre värld och orsaker till beteendet. Liksom den första polariteten bygger även den andra på en balans mellan de två dimensionerna, annars uppstår förvrängningar i mentaliseringen. Bateman och Fonagy (2012) ger som exempel patienter som genast tror att deras psykoterapeut är helt uttråkad om denne t ex råkar luta sig tillbaka eftersom de inte har förmågan att utveckla ”plausible scenarios concerning the states of mind of others based on these feelings and are unable or unwilling to consider alternative explanations” (s. 23). Bateman och Fonagy (2012) förtydligar ytterligare denna polaritet i förhållande till den tredje polariteten, som består av mentaliseringen av själv och andra, och menar att de skiljer sig åt genom att både den interna och externa mentaliseringen kan vara endera självfokuserad eller fokuserad på andra.

Bateman och Fonagy (2006) skriver om den tredje polariteten att "mentalizing pertains to interpreting mental states in both self and others" (s. 60). De betonar medvetenheten om självet som en av mentaliseringens nyckelaspekter och att den "encompasses our capacity to become the object of our own attention and depends on actively identifying, processing, and storing information about the self" (Bateman & Fonagy, 2006, s. 160). I Bateman och Fonagy (2012) beskriver de att olika brister i den här polariteten kan yttra sig som (s. 25):

1. Impaired mentalizing about the self and others
2. Marked imbalance in mentalizing about self and others
3. Imbalances in different ways of mentalizing about the self and others.

Bateman och Fonagy (2012) nämner psykoser som exempel på en av de psykiska sjukdomar som karaktäriseras av allvarliga brister i förmågan att reflektera över det egna självet, men också i förmågan att mentalisera kring andras sinnestillstånd. Den andra typen av brist i mentaliseringsförmågan inom den här polariteten visar sig ofta som en överdriven upptagenhet med endera andras eller det egna sinnestillståndet. Personer som huvudsakligen fokuserar helt på sin egen, inre värld är ofta ointresserade av eller oförmögna att uppfatta andra personers sinnestillstånd och tvärtom (Bateman och Fonagy, 2012). Den tredje svårigheten med mentaliseringen som rör självet och andra innebär att man har olika sätt att mentalisera kring sig själv och andra.

Bateman & Fonagy (2012) betonar att "full mentalization entails the integration of cognition and affect" (s. 29), vilket även är den fjärde och sista polariteten. Den innebär enligt Bateman och Fonagy (2012) att "'marking' mental representations of self and others with affective information that subsequently can be integrated with cognitive knowledge" (s. 29). Brister i denna polaritet kan t ex innebära att helt dissociera den affektiva och kognitiva dimensionen från varandra eller att ha svårigheter att integrera de båda dimensionerna, vilket oftast leder till en övervikt åt att endera lägga tyngdpunkten på den affektiva komponenten eller den kognitiva. "A dysfunction in cognitively focused mentalization may manifest as excessively emotion-focused mental representations that (because they are not balanced by appropriate cognitive considerations) appear as inappropriate representations of emotional states" (Bateman & Fonagy, 2012, s. 20). Svårigheter i den här fjärde dimensionen kan t ex också leda till bristande empati eller en oförmåga att kunna känna igen, differentiera och namnge sina egna känslor (Bateman & Fonagy, 2012).

Although the pattern of limitations in mentalizing capacity may differ across individuals and diagnostic conditions, we suggest that in most severe disorders that involve the personality, imbalanced mentalization on one of the four polarities de-

scribed earlier would be evident in adults with clinical disorder. (Bateman & Fonagy, 2012, s 31)

Även om mentaliseringssvårigheter förekommer i mer eller mindre stor utsträckning hos de flesta patienter inom psykiatri är de troligen mest framträdande och påtagliga hos patienter med schizofreni (Bateman & Fonagy, 2012).

Schizofreni

Etiologi. Det finns en mängd teorier och synsätt när det gäller att försöka förklara orsakerna och mekanismerna bakom schizofreni, alltifrån rent biologiska förklaringsmodeller till mer psykosociala. Svårigheten med att formulera en sammanhängande teoretisk modell beror på att schizofreni är en komplex sjukdom och att de som utvecklar sjukdomen, trots vissa gemensamma grundsymtom, uppvisar en heterogen etiologi och sjukdomsbild, skiftande sjukdomsförlopp och prognos samt stora skillnader i kognitiv och social förmåga (Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF), 2009). Green (1998) citerar i sin bok Emil Kraepelin, som skrev "The causes of dementia praecox are at the present time still wrapped in impenetrable darkness" (s. XI) och Green (1998) menar att vi inte har kommit så mycket längre idag när det gäller att förstå orsakerna till sjukdomen. Hall och Hall (2008) skriver "Schizophrenia has genetic, environmental, and social determinants" (s. 59), vilket även Ottosson (2009) slår fast och han menar att "i förhållande till forskningsvolymen har utbytet hittills varit blygsamt" (s. 172) när det gäller att försöka klarlägga orsakerna bakom schizofreni. Ottosson (2009) menar om etiologin att (s. 172):

- Schizofrena syndrom kan uppstå genom tidiga störningar av hjärnans utveckling, liksom av skador och drogpåverkan senare under livet.
- Genetiska faktorer inverkar men är varken nödvändiga eller tillräckliga.
- Bland psykogena faktorer är social isolering av betydelse.

Det finns studier som tyder på att stress och trauman kan utlösa schizofrena psykos-episoder och att emotionellt turbulenta familjer (Bebbington & Kuipers, 1994) och stressfyllda livshändelser (Day et al, 1987) är riskfaktorer för utlösande av eller återinsjuknande i schizofreniepisoder. I likhet med andra former av psykisk sjukdom har övergrepp i barndomen och andra tidiga traumatiska erfarenheter föreslagits som riskfaktorer för att senare utveckla schizofreni (MacMillan et al, 2001; Schenkel, Spaulding, Dilillo & Silverstein, 2005). SPF (2009) skriver:

Psykologiska och sociala omständigheter under uppväxten har troligen också betydelse för risken för senare insjuknande; riskfaktorer för detta förefaller bland annat vara migration och brist på känsla av tillhörighet i ett socialt sammanhang. Psykologiska

eller sociala belastningsfaktorer kan också påverka tidpunkten för sjukdomsdebut. (s. 29)

Sjukdomsförlopp. Schizofreni kan ha ett mycket skiftande förlopp och svårighetsgrad. Förloppet är ofta långdraget och det är svårt att fastställa när en schizofrenisjukdom egentligen startar. Den inledande perioden, som beskrivs som prodromalsymtom och som uppträder innan det akuta psykosinsjuknandet, pågår ofta i flera år och omfattar såväl ökade symtom (ångest, nedstämdhet, misstänksamhet, udda tankegångar och perceptuella förvrängningar) som försämrade kognitiva funktioner, men också ökad isolering och minskat intresse för skolgång och vänner. Diagnostiken av prodromalsymtomen görs helt i backspeglarna, inte minst för att patienten under den tiden oftast inte uppfyller kriterierna för en psykosjukdom och symtomen bara kan betecknas som prodromalsymtom om de följs av tydliga schizofrena symtom (Cullberg, 2000; Ottosson, 2009; SPF, 2009).

Schizofrenisjukdomarna har traditionellt delats in i akut fas, återhämtningsfas och residualfas, men på senare tid har man istället gått över till benämningarna akut fas, stabiliseringsfas och stabil fas/remission. 75 procent av patienterna insjuknar mellan femton och 30 års ålder och övervägande delen är män, speciellt vid tidigt insjuknande. Den akuta fasen präglas av en period med psykos och psykosinsjuknandet kan komma smygande eller mera akut och dramatiskt med vanföreställningar, hallucinationer samt desorganiserat tal och beteende. Stabiliseringsfasen inleds när åtgärder, som t ex medicinerings, vid akuta fasen initieras och målen under denna fas är att fortsätta att stabilisera måendet hos patienten och förebygga ytterligare psykosepisoder. Den stabila fasen vid schizofreni kännetecknas av symptomkontroll och regelbunden uppföljning av patientens tillstånd (SPF, 2009).

I samband med de första symtomen i den akuta fasen, men ofta redan under prodromalfasen, genomgår den kognitiva funktionsnivån ofta en signifikant sänkning. Under de första månaderna efter den akuta fasen tycks vissa aspekter av de kognitiva funktionerna återhämta sig något, men efter stabiliseringsperioden visar en majoritet av patientgruppen fortsatta kognitiva funktionsnedsättningar (SPF, 2009). SPF (2009) refererar till forskning som visar att kognitiv funktion är starkt avgörande för prognos avseende förlopp och utfall av behandling och de lyfter också upp att det inte finns någon typisk kognitiv profil för patienter med schizofreni, utan att det råder stor variation inom patientgruppen. Den sänkta kognitiva funktionsnivån påverkar patientgruppens funktion inom flera viktiga områden som t ex studier, yrkesmässigt arbete, sociala och personliga relationer. Sharma och Harvey (2000) skriver att den kognitiva funktionsnivån är en "critical component of social skill, which is an important determinant of social competence and social functioning" (s. 158).

Mentaliseringsförmåga vid schizofreni. Det är problematiskt att försöka beskriva mentaliseringsförmåga vid olika psykosjukdomar och kanske speciellt vid schizofreni eftersom etiologin både är oklar och heterogen/multifaktoriell. Vid vissa psykosinsjuknanden, som t ex reaktiv psykos, är det ofta möjligt att observera brister i mentaliseringsförmågan och sammanbrott i mentaliseringen som en orsak till psykosgenombrottet (Allen, 2001), men vid insjuknande i schizofreni kan det te sig som om sjukdomen i sig orsakar att mentaliseringen bryter samman (Frith, 1992). Så här långt finns ytterst lite dokumenterat kring mentaliseringsförmåga vid schizofreni och främsta fokus inom schizofreniforskningen har varit ToM-begreppet, vilket har redovisats i olika sammanställningar (Bora et al, 2009; Brüne, 2005; Harrington, Siegert, & McClure, 2005; Sprong et al, 2007).

Frånsett en fallstudie (Brent, 2009), finns ingen forskning publicerad kring MBT vid psykos/schizofreni. Bateman och Fonagy (2012) har inte själva publicerat några studier inom psykosområdet och de bedriver heller inte forskning inom detta område. När det gäller mentaliseringsförmåga vid schizofreni hänvisar Bateman och Fonagy (2012) till en studie av Chung et al (2008), som redovisar brister i ToM hos personer som ligger i riskzonen för schizofreni. Bateman och Fonagy (2012) konstaterar att artikeln ”suggest diagnosis-specific anomalies of mentalization” (s. 10), men de utvecklar inte denna tankegång ytterligare. Bateman och Fonagy (2012) menar att brister i mentaliseringsförmågan vid psykosinsjuknande främst drabbar den dimension som de benämner ”mentalization with regard to self versus other” (s. 25), men att den polaritet som rör den automatiska och kontrollerade aspekten av mentalisering också påverkas.

Ett sätt att operationalisera och undersöka mentaliseringsförmåga utifrån de fyra polariteterna i Bateman och Fonagys (2012) mentaliseringsbegrepp är med hjälp av testet ”Reading the mind in the eyes test (RMET)” (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste & Plumb, 2001).

Sammanställning av studier där ”Reading the mind in the eyes” har använts vid studier av mentaliseringsförmåga vid schizofreni

Som mått på mentaliseringsförmåga i detta arbete används instrumentet RMET, utvecklat av Baron-Cohen, Jolliffe, Mortimore och Robertson (1997), reviderat av Baron-Cohen et al (2001). (För utförlig information om utformningen av RMET, se metodavsnittet.) Testet skapades ursprungligen för att mäta ToM (Baron et al, 1997) hos vuxna och då främst hos patienter med Aspergers syndrom eller högfungerande autism. Studien med den reviderade versionen av RMET (Baron et al, 2001) visar att dessa patienter presterade signifikant lägre jämfört med tre olika kontrollgrupper. RMET har därefter använts i en rad forskningsstudier som

omfattar patienter med Asperger och/eller högfungerande autism och som bekräftar resultaten från Baron et al (2001), bl a Kaland, Callesen, Möller-Nielsen, Mortensen och Smith (2008) och Kirchner, Hatri, Kauke och Dziobek (2011). Baron et al (2001) använde i studien enbart patienter och deltagare i kontrollgrupperna vars IQ låg inom normalområdet eller högre och fann inga signifikanta samband mellan IQ och RMET-resultat. RMET har idag totalt använts i mer än 250 studier (Peterson & Miller, 2012), men endast ett fåtal studier innefattar schizofrenipatienter.

Två grupper med schizofrenipatienter (n=84, varav 3 med schizoaffektiv diagnos) jämförs med en kontrollgrupp (n=50) i Kucharska-Pietura, Mortimer, Tylec och Czernikiewicz (2012). Den ena patientgruppen (n=28) medicinerade med första generationens neuroleptika och den andra (n=56) med andra generationens läkemedel. Båda patientgrupperna får signifikant lägre resultat jämfört med kontrollgruppen, men det framkommer inga signifikanta skillnader i resultatet mellan de båda patientgrupperna.

Bailey och Henrys studie (2010) visar en signifikant skillnad ($p < .05$) när en kontrollgrupp (n=30) jämförs med en patientgrupp med schizofrenidiagnos (n=28, varav åtta med schizoaffektiv diagnos) från en öppenvårdsmottagning. I en studie av Schimansky, David, Rössler och Haker (2010) jämförs patienter med schizofreni (n=40), där huvuddelen går i öppenvård, med en kontrollgrupp (n=40) och även i denna studie presterar patienterna med schizofrenidiagnos signifikant sämre än kontrollgruppen ($p < .05$).

Kettle, O'Brien-Simpson och Allen (2008) jämför patienter som insjuknat första gången i schizofreni (n=13, varav en med schizoaffektiv diagnos) med tre olika kontrollgrupper (n=57), varav en grupp består av patienter med depression utan psykosymtom (n=14) och två grupper består av personer utan psykiatriska svårigheter (n=43). Schizofrenipatienterna får signifikant sämre resultat än två av kontrollgrupperna, men även om medianvärdet jämfört med depressionspatienterna är något lägre, så är det ingen signifikant skillnad. Kettle et al (2008) menar att det är svårt att dra några slutsatser av att det inte framkommer någon skillnad mellan schizofreni- och depressionspatienterna eftersom det var så få patienter i varje grupp samt att "there was a significant level of depressive symptoms (but low rate of depressive disorder) in the schizophrenia group" (s. 101). De understryker därför vikten av ett större antal deltagare för att kunna utforska eventuella skillnaderna mellan de båda grupperna när det gäller mentaliseringsförmåga.

Murphy (2006) jämför olika diagnosgrupper (n=39) från rättspsykiatrisk slutenvård, fördelade på Aspergers syndrom (n=13), schizofreni (n=13, varav elva med paranoida vanföreställningar som dominerande symptom) samt borderline eller antisocial personlighetsstörning

(n=13). Resultatet visar inga signifikanta skillnader mellan patienterna med Aspergers syndrom och schizofreni, men båda patientgrupperna visar signifikant större brister än gruppen med personlighetsstörningar.

Couture, Penn, Addington, Woods och Perkins (2008) använder i en studie tre olika grupper, två patientgrupper och en kontrollgrupp. Grupperna består av patienter som bedöms vara i riskzonen för att utveckla en psykossjukdom (n=88), patienter som haft en schizofrenidiagnos mindre än fem år (n=26) och en kontrollgrupp (n=41). Det framkommer ingen signifikant skillnad mellan patienterna som ännu inte fått någon psykosdiagnos och kontrollgruppen. Däremot är skillnaden signifikant ($p < .05$) mellan patientgruppen med schizofrenidiagnos och de två andra grupperna. RMET-resultatet för båda patientgrupperna analyseras utifrån PANSS-skattning, dvs Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia (Kay, Fisbein & Opier, 1987), men Couture et al (2008) finner inga signifikanta samband mellan RMET-resultat och PANSS-skattning för någon av de två patientgrupperna.

Hirao et al (2008) jämför patienter med schizofrenidiagnos (n=20) med en kontrollgrupp (n=20) med "no history of neurological or psychiatric disease and no first-degree relative with psychotic episodes" (s. 166-167). Resultatet för patientgruppen hamnar signifikant ($p < .001$) lägre än för kontrollgruppen. Patientgruppens skattade begåvningsnivå låg inom normalområdet, men eftersom det var något lägre än jämförelsegruppen analyserar Hirao et al (2008) sambandet mellan RMET-resultat och begåvningsnivå, men finner inget signifikant samband. Det framkommer heller inget signifikant samband mellan RMET-resultatet och PANSS-skattningen.

I en studie av Köther et al (2012) deltar en patientgrupp (n=76) som rekryteras både från öppen- och slutenvården och som endera har en schizofrenidiagnos eller schizoaffektiv diagnos, och en kontrollgrupp (n=30). Resultatet för RMET visar signifikant ($p < .001$) lägre poäng för patientgruppen än för de två andra grupperna. Patienterna gjorde PANSS, men det finns inga signifikanta samband mellan de olika faktorerna i PANSS och RMET-resultatet. Det finns heller inga signifikanta samband mellan omfattningen av symtom, "persecutory delusions", depression och RMET-resultatet. Däremot finns signifikanta samband mellan tankestörning och lägre RMET-resultat samt mellan en mer kronisk sjukdomsutveckling och sämre resultat på RMET.

Uhlhaas, Phillips, Schenkel och Silverstein (2006) jämför patienter med schizofreni (n=48, varav åtta patienter med diagnosen schizoaffektiv sjukdom) med en grupp patienter med affektiva diagnoser eller personlighetsstörningar, men utan psykosproblematik (n=26). Jämförelsen visar att patienterna med schizofrenidiagnos får ett signifikant lägre resultat på

RMET än den andra patientgruppen. Resultatet visar inget signifikant samband mellan PANSS-skattning och RMET-resultat för patienterna med schizofrenidiagnos. Studien av Uhlhaas et al (2006) är den enda där det rapporteras att patienter inte vill göra RMET eftersom "these patients described 'feeling uncomfortable' while looking at the eye region of faces and terminated the task before completion" (s. 425).

Sammanfattningsvis finns det flera utländska studier, men ingen svensk, där man beskriver signifikanta skillnader mellan kontrollgrupper och patienter med schizofrenidiagnos när det gäller mentaliseringsförmåga operationaliserat som RMET. Utifrån dessa resultat är det av stort intresse att utforska om det går att finna liknande skillnader även i ett svenskt material, inte minst som en utgångspunkt för vidare forskning kring hur mentaliseringsförmågan påverkas vid schizofreni.

Syfte

Syftet med föreliggande arbete är att undersöka om det finns någon skillnad mellan en grupp patienter med schizofrenidiagnos och en jämförelsegrupp bestående av personal från en akutpsykosavdelning när det gäller mentaliseringsförmåga, operationaliserat som RMET.

Frågeställningarna är:

1. Skiljer sig mentaliseringsförmågan hos patienter med diagnosen schizofreni från en jämförelsegrupp?
2. Är det skillnad i mentaliseringsförmågan hos patienter med en schizofrenidiagnos i öppen- respektive slutenvård?
3. Föreligger det en skillnad i mentaliseringsförmåga hos patienter med paranoid respektive icke-paranoid schizofreni?

Metod

Design

För att skatta och jämföra mentaliseringsförmågan mellan en grupp patienter med schizofrenidiagnos och en jämförelsegrupp bestående av vårdpersonal i föreliggande arbete användes en kvantitativ design.

Deltagare

Patientgruppen. Inklusionskriteriet för patientgruppen var att de skulle ha någon form av schizofreni som huvuddiagnos, dock ej schizoaffektiv diagnos. Diagnoserna har satts enligt ICD-10 (WHO, 1992) eftersom det är det diagnossystemet som används inom psykiatrin. Datainsamlingen pågick under två månader och planen från början var att enbart göra ett konsekutivt urval av de patienter som lades in på två akutpsykosavdelningarna i södra Sverige, för att fånga upp patienter i behov av slutenvård. Eftersom bortfallet blev omfattande

bland dessa patienter, tillfrågades även patienter på klinikens två psykosmottagningar om deltagande i studien och dessa patienter rekryterades genom bekvämlighetsurval under senare delen av datainsamlingen. Exklusionskriterierna för patientgruppen var sänkt begåvningsnivå (IK < 85), komorbid neuropsykiatrisk problematik, pågående missbruk samt att man inte fick ha så stora språksvårigheter vad gäller svenska språket eller vara så påverkad av sin psykosjukdom att man inte kunde medverka vid bedömningen. Kön- och åldersfördelningen i patientgruppen framgår av tabell 1.

Tabell 1

Bakgrundsvariabler – kön och ålder för samtliga deltagare

Grupp	Kön	Ålder
	Män/Kvinnor	Medelålder/SD
Patienter (n=23)	12/11	42,7/14,9
Personal (n=25)	8/17	46,8/12,4

När patienterna genomförde testet var tio inlagda inom slutenvården och övriga tretton patienter gjorde testet i öppenvården. Fördelningen av diagnoser i patientgruppen ser ut enligt följande:

F20.0 – paranoid schizofreni (n=12)

F20.1 – hebefren schizofreni (n=1)

F20.2 – kataton schizofreni (n=3)

F20.6 – schizofreni simplex (n=1)

F20.9 – schizofreni ospec (n=6)

Diagnoserna F20.1, F20.2, F20.6 och F20.9 slogs i dataanalysen ihop till en grupp som benämns icke-paranoida (n=11) och som jämfördes med en grupp patienter med paranoid schizofreni (n=12), dvs diagnos F20.0.

Jämförelsegruppen. Jämförelsegruppen bestod av samtlig personal – förutom överläkare, psykolog och medicinsk sekreterare – på en akutpsykosavdelning i södra Sverige. Det totala antalet deltagare i jämförelsegruppen var 25, fördelade på åtta män och sjutton kvinnor, dvs mer än dubbelt så många kvinnor som män, men det fanns ingen signifikant skillnad mellan könen när det gäller RMET-resultatet enligt analys med Mann-Whitney U-test. Deltagarna var i åldern 25-64, med en medelålder på 46,8 år (se tabell 1). Exklusionskriteriet för denna grupp var betydande språksvårigheter vad gäller det svenska språket, men detta kriterium behövde inte aktualiseras, inte heller var det någon som avböjde att medverka.

Bortfall. Eftersom patienterna från de båda öppenvårdsmottagningarna rekryterades med hjälp av bekvämlighetsurval finns inga uppgifter om bortfall. Däremot ströks resultatet från en av öppenvårdspatienterna i efterhand eftersom det visade sig att patienten nyligen hade fått sin diagnos ändrad. När det gäller det konsekutiva urvalet av patienter från de båda slutenvårdsavdelningarna tillfrågades 47 patienter under den tid datainsamlingen pågick och tio inkluderades i studien. 22 patienter exkluderades enligt ut enligt följande:

- Sex patienter exkluderades som en följd av sänkt begåvningsnivå.
- Sex patienter uteslöts eftersom de hade betydande svårigheter med det svenska språket eller inte alls var svenskspråkiga.
- Tio patienter uppfyllde övriga kriterier, men var alltför påverkade av sin psykosjukdom under hela inläggningstiden för att kunna medverka.

Utöver dessa patienter, som exkluderades, uppfyllde femton patienter alla kriterier, men avböjde deltagande och föll därmed bort. Av dessa hänvisade en till sin religiösa tro direkt vid förfrågan. Övriga ändrade sig och tackade nej när de fick se övningsbilden och samtliga förklarade detta med att de av olika orsaker tycker att det är mycket obehagligt med ögonkontakt.

Instrument

Som mått på mentaliseringsförmåga användes instrumentet RMET, utvecklat av Baron-Cohen et al (1997). Testet utvecklades från början för att mäta ToM hos vuxna och då speciellt med någon form av autismspektrumstörning. Testet reviderades 2001 (Baron-Cohen et al, 2001) och då skapades "Reading the Mind in the Eyes Test – Revised Version". En av de större förändringarna av testet var att karaktären på svarsalternativen ändrades från att delvis ha innehållit basala känslor till att endast innehålla komplexa mentala tillstånd. Med andra ord, så utvecklades testet från att ha studerat ToM till att istället omfatta mentaliseringsförmåga (Bateman & Fonagy, 2012). Bateman och Fonagy (2012) skriver att RMET mäter mentaliseringsförmåga och "clearly involves both cognitive and affective knowledge and the integration of the two" (s. 54). Av de fyra polariteter som Bateman och Fonagy (2012) föreslår som grund för att bedöma mentaliseringsförmågan (se mentaliseringsavsnittet), framgår det av tabell 2 vilka av parametrarna som de anser skattas i RMET:

Tabell 2

Tabellen illustrerar vilka av polariteterna i mentaliseringsbegreppet som skattas i RMET (Bateman & Fonagy, 2012)

Polaritet	Skattas i RMET	Skattas inte i RMET
Polaritet 1:		
- Automatisk		X
- Kontrollerad	X	
Polaritet 2:		
- Internt fokuserad		X
- Externt fokuserad	X	
Polaritet 3:		
- Självfokuserad		X
- Fokuserad på andra	X	
Polaritet 4:		
- Kognitiv	X	
- Affektiv	X	

Det är den reviderade versionen av testet som används i detta arbete och det har anpassats till svenska av Söderstrand (2011). Testet finns både för vuxna och barn och i denna studie används vuxenversionen. Vuxenversionen består av 36 ögonpar. Till varje ögonpar hör fyra svarsalternativ och testpersonen ombeds att markera det som man tycker bäst beskriver den tanke eller känsla som uttrycks på ögonbilden. Svaren är endera rätt eller fel och man ges en poäng för varje rätt svar, vilket innebär att den maximala poängen är 36. I figur 1 ses ett exempel på en bild från RMET. Det tänkta svaret för den här bilden är 'panikslagen'.

ÖVNINGSBILD

SVARTSJUK

PANIKSLAGEN



HÖGMODIG

HATFULL

Figur 1. Övningsbilden i svenska versionen av RMET (Söderstrand, 2011, s 11.)

Den översatta RMET-versionen (Söderstrand, 2011) som användes i denna studie har testats på en svensk normalpopulation i fyra olika efterföljande grupper och i vart och ett av dessa fyra steg av har svaren jämförts med Baron-Cohen et al (2001) reliabilitetskriterium, vilket innebär att minst 50 procent av försökspersonerna väljer det avsedda målordet och att inte mer än hälften så många, dvs 25 procent av försökspersonerna väljer en enstaka distraktor. Nya svarsalternativ togs fram för att öka möjligheten att diskriminera och efter den fjärde prövningen uppfylldes det kriterium som stipulerats av Baron-Cohen et al. Medianvärdet för Söderstrands (2011) version är för kvinnor 28,6 (SD = 3) och för män är medianvärdet 26,6 (SD = 3,3). Medianvärdet för samtliga deltagarna var 27,7 (SD = 3,3). I Baron-Cohen et al (2001) användes en normalpopulation och medianvärdet i denna grupp blev 26, 2 (SD = 3,6). De fann även att kvinnorna i denna studie presterade något bättre än männen samt att det inte finns någon korrelation mellan IQ och resultat i RMET, men i materialet som ligger till grund för denna slutsats ingick enbart normal- eller välbegåvade personer.

Söderstrand och Almkvist (2012) har psykometriskt utvärderat den svenska versionen och de framhåller att resultatet av den nya jämförelsen mellan den engelska och svenska versionen av RMET ”support the validity of the Swedish Eyes Test as a legitimate translation of the English original” (s. 38). Söderstrand och Almkvist (2012) använde sig av en svensk normalpopulation och utifrån resultaten fann de att resultatet var signifikant sämre för de deltagarna som inte har svenska som ursprungsspråk, men i övrigt var det inga bakgrundsfaktorer,

som t ex ålder, kön, utbildning, som korrelerade med resultatet. Det totala medianvärdet för RMET i studien är 27,2 (SD = 4,11). När det gäller reliabiliteten för RMET skriver Söderstrand och Almkvist (2012) att ”neither internal consistency nor split-half reliability were full acceptable, at best, some could be labelled borderline (cronbachs alpha = 0.636)” (s. 39).

Ahmed (2011) skriver om RMET att ”Validity has been good” (s. 671) men lämnar inga referenser.

Procedur

De patienter som lades in på någon av de två akutpsykosavdelningarna i södra Sverige under den tid som datainsamlingen pågick och som uppfyllde samtliga kriterier tillfrågades av författaren personligen om de kunde tänka sig att delta i studien. Innan de började svara på uppgifterna fyllde de i blanketten om informerat samtycke (se bilaga 1), men hade dessförinnan tagit del av övningsbilden. De patienter som rekryterades från öppenvårdsmottagningarna tillfrågades av personal som arbetar där och fick sedan utförligare information av författaren. Även dessa patienter fyllde i samtyckesblanketten innan de började svara på frågorna, men efter att de visats övningsbilden. Författaren satt med och distribuerade ögonbilderna för samtliga patienter. Några av patienterna ville fylla i svarsblanketten själva, men huvuddelen ville att författaren skulle göra det.

Insamlingen av materialet för jämförelsegruppen gjordes i stor grupp i samband med en arbetsplatsträff, där deltagarna fick se de olika ögonbilderna på en overheadapparat. De skrev under medgivandeblanketten (se bilaga 2) med fullständigt namn, men på själva svarsformuläret för RMET fyllde de enbart i ålder och kön, för att svaren skulle kunna vara helt anonyma gentemot författaren. Utifall att någon kände med sig att man ville ha möjlighet att ändra sig och inte längre vilja vara med i studien, så uppmanades deltagarna att i så fall markera sitt svarsformulär på ett sätt som gjorde att de själva kunde känna igen det, men det var ingen som använde sig av den möjligheten.

Dataanalys

Materialet kodades och lades in för bearbetning i SPSS 20. Eftersom det insamlade materialet inte är normalfördelat användes den icke-parametriska metoden Mann-Whitney U-Test för att analysera om det fanns någon signifikant ($p < .05$) skillnad i RMET-resultatet mellan patient- och jämförelsegrupp samt mellan subgrupper inom patientgruppen. Det var inte aktuellt att använda t-test för att jämföra medianvärdena mellan grupperna eftersom t-testet bygger på ett normalfördelat material. Dessutom är det relativt få deltagare och då lämpar sig också Mann-Whitney U-test bättre än t-test (Brace, Kemp & Snelgar, 2009).

Etiska aspekter

Såväl patienter som personal har skrivit under blanketten för informerat samtycke (se bilaga 1 och 2). Patienternas påskrivna blanketter för det informerade samtycket har skannats in i deras journaler. Studien har också godkänts av områdeschefen för det aktuella området.

Resultat

I denna studie användes instrumentet RMET för att skatta mentaliseringsförmåga hos patienter med diagnosen schizofreni. Patienternas RMET-resultat jämfördes sedan med en personalgrupp samt mellan undergrupper i patientgruppen.

Mentaliseringsförmåga hos patienter med diagnosen schizofreni

Vid jämförelsen av RMET-resultatet mellan patient- och personalgrupp visade det sig att personalgruppen uppnådde ett signifikant högre resultat än patientgruppen, se tabell 3.

Tabell 3

Jämförelse av RMET-resultatet mellan patient- och jämförelsegrupp

Grupp	Median	SD
Patienter (n=23)	21,09***	5,443
Personal (n=25)	26,56	3,513

*Notering: *** Signifikant skillnad, Mann-Whitney U-Test ($p < .001$)*

Mentaliseringsförmåga hos patienter i slutenvård respektive öppenvård

Jämförelsen av RMET-resultatet mellan de patienter som vårdades inom slutenvården vid teststillfället och de patienterna som rekryterades från öppenvården visade ingen signifikant skillnad, se tabell 4.

Tabell 4

Jämförelse av RMET-resultatet mellan patienter i öppen- respektive slutenvård

Vårdform	Median	SD
Slutenvård (n=10)	20,30	6,147
Öppenvård (n=13)	21,69	5,006

Notering: Ingen signifikant skillnad, Mann-Whitney U-Test ($p = .514$)

Mentaliseringsförmåga hos patienter med paranoid respektive icke-paranoid diagnos

Vid analysen av RMET-resultatet mellan patienter med paranoid respektive icke-paranoid diagnos framkom ingen signifikant skillnad i resultatet (tabell 5). (För indelningen av diagnoser, se metodavsnittet.)

Tabell 5

Jämförelse av RMET-resultatet mellan patienter med paranoid respektive icke-paranoid diagnos

Diagnos	Median	SD
Paranoid (n=12)	22,5	5,901
Icke-paranoid (n=11)	19,55	4,677

Notering: Ingen signifikant skillnad, Mann-Whitney U-Test ($p = .174$)

Diskussion

Syftet med detta arbete är att undersöka om det finns någon skillnad mellan en grupp patienter med schizofrenidiagnos och en jämförelsegrupp bestående av personal från en akutpsykosavdelning när det gäller mentaliseringsförmåga. Den teoretiska grunden utgörs av Bateman och Fonagys (2012) mentaliseringsbegrepp och mentaliseringsförmågan hos deltagarna skattas med det kvantitativa instrumentet RMET, utformat av Baron et al (2001).

Resultatdiskussion

Mentaliseringsförmåga hos patienter med diagnosen schizofreni. Jämförelsen mellan patient- och personalgrupp visar att patienterna får ett signifikant lägre resultat på RMET än jämförelsegruppen. Det finns inga svenska studier än inom detta område, men resultatet är i överensstämmelse med de utländska studier som presenteras i föreliggande arbete, studier där man har jämfört RMET-resultat för patienter med schizofrenidiagnos med olika kontrollgrupper. Även om det råder en klar signifikant skillnad mellan patient- och jämförelsegrupp som helhet är det inte möjligt att utifrån RMET-resultatet beskriva på vilket sätt mentaliseringen skiljer sig åt mellan grupperna när det gäller de fyra olika polariteter av mentaliseringsförmågan som Bateman och Fonagy (2012) utgår ifrån i deras mentaliseringsbegrepp, vilket beror på att det inte går att räkna ut den enskilda poängen för de olika polariteterna, utan det kräver ytterligare forskning. Den fråga man kan ställa sig är om sjukdomen schizofreni medför en generell nedsättning av mentaliseringsförmågan eller om det är någon enskild polaritet som är mer nedsatt än övriga och som inverkar negativt på helheten? Bateman och Fonagy (2012) för fram tankar om att det är de två polariteter som benämns ”Automatisk – Kontrollerad” och ”Självfokuserad – Fokuserad på andra” som påverkas vid psykoser, men de fördju-

par inte resonemanget och de har heller inte bedrivit någon forskning inom psykosområdet. De framhåller dock vikten av att kartlägga hur var och en av de olika polariteterna påverkar mentaliseringsförmågan hos varje enskild individ eftersom en polaritet kan vara rejält försämrad, medan övriga fungerar bra.

Den första av de fyra polariteterna i mentaliseringsbegreppet (Bateman & Fonagy, 2012) är den som benämns ”Automatisk – Kontrollerad” och av de båda aspekterna är det ”kontrollerad” som omfattas av RMET, dvs förmåga att medvetet berätta, beskriva och förstå, både sig själv och andra. Med tanke på att patientgruppen i denna studie visar ett signifikant lägre resultat på RMET än jämförelsegruppen är det tänkbart att denna aspekt bidrar till det lägre resultatet och att patienter med schizofreni har svårigheter med att mer medvetet verbalisera hur man uppfattar och upplever både sig själva och andra människor. Av den andra polaritetens (Internt – Externt fokuserad) båda aspekter är det den ”externa” aspekten som innefattas av RMET. Den ”externa” aspekten innebär att man fokuserar på det yttre beteendet hos någon och drar slutsatser utifrån det och det lägre RMET-resultatet för patientgruppen kan tyda på att de har svårigheter med denna aspekt. Den tredje polariteten består av aspekterna ”Självfokuserad – Fokuserad på andra” och det är bara ”fokuserad på andra” som ingår i RMET. Patienternas lägre resultat på RMET skulle kunna indikera att denna aspekt är problematisk för patientgruppen och Bateman och Fonagy (2012) menar att just psykosjukdomar karaktäriseras av allvarliga brister i förmågan att mentalisera kring (det egna och) andras sinestillstånd. De båda aspekter som utgör den fjärde polariteten (Kognitiv – affektiv) skattas båda två i RMET och även brister i denna polaritet kan tänkas påverka resultatet negativt för patientgruppen. Endera att en av aspekterna är nedsatt, t ex förmågan till empati är bristande, eller att det brister i integrationen av det kognitiva och den emotionella förmågan.

Mentaliseringsförmåga hos patienter i slutenvård- respektive öppenvård. Författarens erfarenhet från psykosvården, såväl öppen- som slutenvård, är att de patienter som blir inlagda i slutenvården ofta har större svårigheter pga sin psykosjukdom än de som klarar sig med ”bara” en öppenvårdskontakt. Det var också tanken bakom att författaren initialt planerade att enbart rekrytera patienter från slutenvården, för att på så sätt försöka fånga upp just den patientgruppens svårigheter med mentalisering. Som en följd av det stora bortfallet bland slutenvårdspatienterna var detta inte genomförbart och istället delades det befintliga materialet upp i öppen- respektive slutenvård i dataanalysen. Resultatet visar att det inte finns någon signifikant skillnad mellan öppen- respektive slutenvårdspatienterna i materialet. Samtidigt blev det efter uppdelningen av materialet små grupper och gruppen med öppenvårdspatienter är mer än dubbelt så stor än som slutenvårdspatienterna. Därför är det vanskligt att dra några långtgående

de slutsatser utifrån detta resultat. Inte minst med tanke på det stora bortfallet bland patienterna från slutenvården, där 37 av 47 tillfrågade patienter föll bort, men också pga att patienterna från öppenvården rekryterades genom bekvämlighetsurval. Bortfallet indikerar att det finns påtagliga svårigheter hos slutenvårdspatienter som inte är möjliga att fånga upp i och med att de inte gör testet. Å andra sidan är det osäkert om patientmaterialet från öppenvårdsmottagningen ger ett snedvridet resultat som en följd av bekvämlighetsurvalet. Köther et als (2012) visar ett signifikant samband mellan ett lägre RMET-resultat och en mer kronisk sjukdomsutveckling och de nämner ett större antal inläggningar inom slutenvården samt längre öppenvårdskontakt(er) som en påverkande faktor.

Mentaliseringsförmåga hos patienter med paranoid respektive icke-paranoid diagnos. Eftersom drygt hälften av patienterna har diagnosen paranoid schizofreni delades patientmaterialet upp i två grupper; en patientgrupp med paranoid diagnos och grupp med icke-paranoida diagnoser. Resultatet visar ingen signifikant skillnad, vilket skulle kunna bero på att det blir små grupper i och med uppdelningen av materialet i två undergrupper och därför går det inte att med någon bestämdhet att fastställa att det inte finns någon skillnad mellan diagnosgrupperna. Det är tänkbart att det stora bortfallet kan påverka resultatet såtillvida att de patienter som avböjde deltagande kan ha gjort detta pga av en högre grad paranoida upplevelser. Då urvalet från öppenvården gjordes genom bekvämlighetsurval, så kan det innebära att patienter med paranoida symtom inte tillfrågades eller tillhör de som avböjde eller hoppade av innan det första mötet med författaren. I studien av Köther et al (2012) analyserades sambandet mellan ”persecutory delusions” och RMET-resultatet, men det gav inget signifikant samband.

Metoddiskussion

Det finns idag ingen forskning när det gäller mentaliseringsförmåga hos schizofrenipatienter utifrån den modernare mentaliseringsteorin (Bateman & Fonagy, 2012). Däremot har begreppet mentalisering använts synonymt med ToM-begreppet inom ToM-forskningen, vilket leder till viss förvirring om vad det är som egentligen mäts med de olika tester som finns tillgängliga. Bateman och Fonagy (2012) har gjort en sammanställning av de vanligast använda skattningsinstrumenten samt vilka polariteter/aspekter av mentaliseringsbegreppet de olika instrumenten omfattar. I den här studien vill författaren ha ett kvantitativt mätbart instrument, som finns i svensk version och som även använts inom schizofreniforskningen, och valet faller då på RMET. Söderstrand (2012) redovisar ett godtagbart reliabilitetsvärde för den svenska versionen. Ahmed (2001) nämner att instrumentets ”Validity has been good” (s. 671) men det framgår inte vad den uppgiften baseras på eftersom referenser saknas.

I RMET fokuseras på hur testpersonen uppfattar andra människor och det yttre beteendet; inte det inre känslolivet hos sig själv eller andra eller balansen mellan dessa olika perspektiv. Det medför att de svårigheter som patienter med psykoser ofta har med mentaliseringen som rör det egna självet och andra människors inre känsloliv (Bareman & Fonagy, 2012) inte kan fångas upp av testet. Inte heller är det möjligt att skapa en bild av patienternas förmåga att flexibelt ”move between self and other perspectives” (Bateman & Fonagy, 2012, s. 63).

Planen från början var att rekrytera samtliga patienter via ett konsekutivt urval på två akutpsykosavdelningar under två månader. Som en följd av det stora bortfallet rekryteras även patienter från klinikens två psykosmottagningar genom bekvämlighetsurval i senare delen av datainsamlingen. I föreliggande arbete redovisas inte demografiska uppgifter som t ex utbildningsnivå, form av sysselsättning, civilstånd eller boendeform. Inte heller registrerades information om patienternas vårdtyngd, dvs antal vårdtillfällen i slutenvården respektive besök i öppenvården. Därför är det problematiskt att avgöra om det föreligger skillnader mellan öppen- och slutenvårdspatienterna när det gäller dessa uppgifter och om det kan tänkas påverka utfallet på RMET.

Bortfallsdiskussion. Totalt är det 47 patienter på de båda akutpsykosavdelningar som har diagnosen schizofreni under den tid datainsamlingen pågår och av dessa patienter faller 37 bort. 22 patienter exkluderas som en följd av kognitiv funktionsnedsättning, betydande svårigheter med det svenska språket eller att de var allt för påverkade av sin psykosjukdom under hela inläggningstiden. Övriga femton patienter som faller bort uppfyller samtliga kriterier, men fjorton av dem väljer att avbryta när de hade sett övningsbilden med det första ögonparet. Samtliga fjorton patienter motiverar detta med att de av olika anledningar upplever det som mycket obehagligt att titta i eller på andra människors ögon. Vid litteratursökningen återfanns bara en studie som uppmärksammar detta fenomen och det är Uhlaas et al (2006). De redovisar att några patienter avböjer att göra testet eftersom de upplever obehag ”while looking at the eye region of faces” (s. 425), men Uhlhaas et al (2006) för dock inget resonemang om vad detta kan tänkas bero på.

Med tanke på hur många som exkluderas av dessa orsaker är det högst troligt att detta påverkar resultatet och då kanske speciellt när det gäller jämförelsen mellan de olika subgrupperna i patientmaterialet. Det var först när datainsamlingen pågått en tid som författaren insåg att även diagnosen för de patienter som föll bort borde ha noterats och inte bara orsaken till exklusionen. Framför allt för de patienter som väljer att avbryta deltagandet efter den första ögonbilden. Författarens egen uppskattning i efterhand är att mer än hälften av dessa patienter

har diagnosen F20.0, dvs paranoid schizofreni. Utan en kvalitativ fördjupning av de patienter som själva avböjer att genomföra testet är det inte möjligt att dra några slutsatser om hur detta kan förklaras. En tanke är att paranoida upplevelser försvårar förmågan till ögonkontakt. Det är också tänkbart att dessa patienter känner av en oförmåga att läsa av andra och därför avstår helt och hållet eller att de upplever att de inte har tillräckligt tydliga jaggränser och därigenom känner sig mer utsatta vid ögonkontakt.

Urvalet av öppenvårdspatienter görs genom bekvämlighetsurval. Personal på de två öppenvårdsmottagningar för psykopatienter kontakter patienter som de tror kan vara intresserade av att ställa upp. Några av de tillfrågade patienterna avböjer direkt eller hoppar av innan författaren hinner träffa dem. Utöver detta finns ingen statistik över bortfallet. Det intressanta är hur resultatet kan påverkas av detta bekvämlighetsurval. Är det de patienter som har en relativt god mentaliseringsförmåga och en god social förmåga som gör testet och därmed drar upp resultatet? Med tanke på den problematik i sociala relationer och sammanhang som schizofreni ofta medför är det troligt att patienter med en lägre mentaliseringsförmåga eller med mer uttalade paranoida symtom inte finns med i underlaget för öppenvårdspatienterna. Svårt att bedöma är huruvida resultatet kan påverkas av att det är personal på de olika mottagningarna som tar den första kontakten med patienterna.

Framtida forskning

Att patienter med schizofreni har en nedsatt mentaliseringsförmåga råder det ingen tvekan om, men det krävs ytterligare forskning för att förstå på vilket sätt mentaliseringsförmågan påverkas av sjukdomen och vad det kan bero på. Utifrån resultatet av denna studie vore det ytterst intressant att göra en uppföljande och kvalitativ studie som fokuserar på patienter som har så stora svårigheter med att titta på/i ögonen att de helt undviker detta, även när det gäller bilder av andra människors ögon och inte bara i mötet med andra.

Schizofreniområdet är fortfarande ett outforskat område när det gäller mentaliseringsförmåga utifrån Bateman och Fonagys (2012) mentaliseringsbegrepp. Det som komplicerar bilden är att schizofreni dessutom är en heterogen och komplex sjukdom och Bateman och Fonagy (2012) menar att forskning tyder på diagnosspecifika mentaliseringssvårigheter hos patienter med schizofreni.

Det finns flera tänkbara inriktningar och frågeställningar för den framtida forskningen inom området. Först och främst är det viktigt att utveckla nya eller förbättra befintliga tester som mäter mentaliseringsförmågan så att de innefattar samtliga polariteter/aspekter som ingår i Bateman och Fonagys (2012) mentaliseringsbegrepp. För att öka förståelsen av mentaliseringsförmågan hos tex patienter med schizofreni bör man av testerna också kunna utläsa hur

de olika polariteterna var och en för sig inverkar på resultatet. Likaså att testerna utvecklas så att de blir psykometriskt stabila och reliabilitet och validitet kan mätas och säkerställas.

Studier visar att den generella begåvningsnivån inte påverkar RMET-resultatet (Baron et al 2001; Hirao et al, 2008; Scherzer et al, 2012). Det finns enligt tre studier inte heller något samband mellan verbal begåvning och RMET (Hirao et al, 2008; Kettle et al, 2008, Uhlhaas et al, 2006). Det saknas dock helt forskning när det gäller samband mellan mentalisering utifrån Bateman och Fonagys (2012) begrepp och begåvningsnivå samt övriga kognitiva funktioner. Med tanke på de kognitiva svårigheter som patienter med schizofreni ofta har, så vore det värdefullt att undersöka om och i så fall på vilket sätt och i vilken utsträckning olika kognitiva funktioner kan tänkas påverka mentaliseringsförmågan. Inom ToM-forskningen har man studerat huruvida olika kognitiva funktioner påverkar ToM-förmågan, men enligt flera metaanalyser är resultaten motsägelsefulla (Bora et al, 2009; Brüne, 2005; Sprong, Schotthorst, Vos, Hox et Van Engeland, 2007).

Det är även angeläget att utforska om det kan vara så att olika schizofrenidiagnoser påverkar mentaliseringsförmågan på olika sätt, om mentaliseringen tar sig olika uttryck beroende på hur sjukdomsförloppet utvecklar sig eller om den varierar beroende på var i sjukdomsförloppet patienten befinner sig. Uppstår mentaliseringssvårigheterna prodromalt, vid den första psykosepisoden eller kan de rent av finnas redan innan prodromalsymtomen och hur utforskar man detta?

Finns det något samband mellan t ex utbildningsnivå, sysselsättning, boendeform, civilstånd och mentaliseringsförmåga? Bora et al (2006) skriver att resultaten från deras studie indikerar att RMET-resultatet hos patienter med schizofreni är "the best predictor of social functioning" (s. 95) av de tester som används i deras studie.

För att kunna uppnå en helhetsbild av mentaliseringsförmågan hos schizofrenipatienter finns det ytterligare några frågeställningar som är nödvändiga att utforskas: Påverkar positiva/negativa symtom mentaliseringen? Kan paranoida/icke paranoida symtom inverka på mentaliseringsförmågan? Om och i så fall hur samverkar t ex kognitiva funktioner, positiva/negativa symtom och sjukdomsförlopp när det gäller mentaliseringsförmågan?

Svårigheterna med ovanstående förslag till vidare forskningar är att det kräver ett stort antal patienter, men också att det är möjligt att följa dem över en längre tidsperiod. Det mest problematiska området är troligen det som omfattar prodromalsymtom och hur man ska kunna skatta eventuella mentaliseringssvårigheter redan under denna fas. Dels vet man inte förrän i efterhand om det faktiskt rör sig om prodromalsymtom eller inte, dels är inte mentaliserings-

förmågan fullt utvecklad förrän i slutet av tonåren, då prodromalsymtomen hos många patienter ofta börjar gå över i en mer tydlig schizofreniutveckling.

Referenser

- Allen, J. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Allen, J. G., & Fonagy, P. (Red). (2006). *Handbook of mentalization-based treatment*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Ahmed, F. S. (2011). Executive function mechanisms of theory of mind. *Journal of Autism Developmental Disorder, 41*, 667-668.
- Bailey, P. E., & Henry, J. D. (2010). Separating component processes of theory of mind in schizophrenia. *British Journal of Clinical Psychology, 49*, 43-52.
- Baron-Cohen, S. (1989). The autistic child's theory of mind: A case of specific developmental delay. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 30*, 285-297.
- Baron-Cohen, S. (2009). Autism: The empathizing–systemizing (E-S) theory. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1156*, 68-80.
- Baron-Cohen, S., Jolliffe, T., Mortimore, C., & Robertson, M. (1997). Another advanced test of theory of mind: Evidence from very high-functioning adults with autism or Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 38*, 813-822.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a theory of mind? *Cognition, 21*, 37-46.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The “Reading the Mind in the Eyes Test” revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 42*, 241-251.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. A practical guide*. New York: Oxford University Press.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Bebbington, P., & Kuipers, L. (1994). The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: An aggregate analysis. *Psychological Medicine, 24*, 707–18.

- Bora, E., Eryavuz, A., Kayahan, B., Sungu, G., & Veznedaroglu, B. (2006). Social functioning, theory of mind and neurocognition in outpatients with schizophrenia; mental state decoding may be a better predictor of social functioning than mental state reasoning. *Psychiatry Research, 145*, 95-103.
- Bora, E., Yucel, M., & Pantelis, C. (2009). Theory of mind impairment in schizophrenia: Meta-analysis. *Schizophrenia Research, 109*, 1-9.
- Brace, N., Kemp, R., & Snelgar, R. (2009). *SPSS for psychologists*. New York: Routledge
- Brent, B. (2009). Mentalization-based psychodynamic psychotherapy for psychosis. *Journal of Clinical Psychology, 68*, 803-814.
- Brüne, M. (2005). "Theory of mind" in schizophrenia: A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin, 31*, 21-42.
- Chung, Y. S., Kang, D-H., Shin, N. Y., Yoo, S.Y., & Kwon, J. S. (2008). Deficit of theory of mind in individuals at ultra-high-risk for schizophrenia. *Schizophrenia Research, 99*, 111-118.
- Couture, S. M., Penn, D. L., Addington, J., Woods, S. W., & Perkins, D. O. (2008). Assessment of social judgments and complex mental states in the early phases of psychosis. *Schizophrenia Research, 100*, 237-241.
- Cullberg, J. (2000). *Psykosser. Ett humanistiskt och biologiskt perspektiv*. Stockholm: Natur & Kultur.
- [Day, R., Nielsen, J. A., Korten, A., Ernberg, G., Dube, KC., Gebhart, J., Jablensky, A., Leon, C., Marsella, A., & Olatawura, M. \(1987\).](#) Stressful life events preceding the acute onset of schizophrenia: A cross-national study from the World Health Organization. *Culture, Medicine and Psychiatry, 11*, 123-205.
- Frith, C. D. (1992). *The Cognitive neuropsychology of schizophrenia*. East Sussex: Psychology Press.
- Frith, U., & Happé, F. (1994). Autism: Beyond "theory of mind". *Cognition, 50*, 115-132.
- Green, M. F. (1998). *Schizophrenia from a neurocognitive perspective. Probing the impenetrable darkness*. Needham Heights: Allyn & Bacon.
- Hall, H., & Hall, E. (Eds.). (2008). *Schizophrenia. Modern concepts and research findings*. Lund: Studentlitteratur.
- Harrington, L., Siegert, R. J., & McClure, J. (2005). Theory of mind in schizophrenia: A critical review. *Cognitive Neuropsychiatry, 10*, 87-104.
- Hirao, K., Miyata, J., Fujiwara, H., Yamada, M., Namiki, C., Shimizu, M., Sawamoto, N., Fukuyama, H., Hayashi, T., & Murai, T. (2008). Theory of mind and frontal lobe patholo-

- gy in schizophrenia: A voxel-based morphometry study. *Schizophrenia Research*, *105*, 165-174.
- Kaland, N., Callesen, K., Möller-Nielsen, A., Mortensen, E. L., & Smith, L. (2008). Performance of children and adolescents with Asperger syndrome or high-functioning autism on advanced theory of mind tasks. *Journal of Autism Developmental Disorder*, *38*, 1112–1123.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opier, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) för schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *13*, 261-76.
- Kettle, J. W. L., O'Brien-Simpson, L., & Allen, N. B. (2008). Impaired theory of mind in first-episode schizophrenia: Comparison with community, university and depressed controls. *Schizophrenia Research*, *99*, 96-102.
- Kirchner, J. C., Hatri, A., Heekeren, H. R., & Dziobek, I. (2011). Autistic symptomatology, face processing abilities, and eye fixation patterns. *Journal of Autism Developmental Disorder*, *41*, 158-167.
- Kucharska-Pietura, K., Mortimer, A., Tylec, A., & Czernikiewicz, A. (2012). Social cognition and visual perception in schizophrenia inpatients treated with first- and second-generation antipsychotic drugs. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, *april*, 14-20.
- Köther, U., Veckenstedt, R., Vitzthum, F., Roesch-Ely, D., Pfueller, U., Sheu, F., & Moritz, S. (2012). "Don't give me that look" – Overconfidence in false mental state perception in schizophrenia. *Psychiatry Research*, *196*, 1-8.
- MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Streiner, D. L., Lin, E., Boyle, M. H., Jamieson, E., Duku, E. K., Walsh, C. A., Wong, M. Y., & Beardslee, W. R. (2001). Childhood abuse and life-time psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 1878-1883.
- Murphy, D. (2006). Theory of mind in Asperger's syndrom, schizophrenia and personality disordered forensic patients. *Cognitive Neuropsychiatry*, *11*, 99-111.
- Ottoson, J. (2009). *Psykiatri*. Stockholm: Liber.
- Peterson, E., & Miller, S. F. (2012). The eyes test as a measure of individual differences: How much of the variance reflects verbal IQ? *Frontiers in Psychology*, *3*, 1-6.
- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *The Behavioral and Brain Sciences*, *4*, 515-526.
- Rydén, G., & Wallroth, P. (2008). *Mentalisering. Att leka med verkligheten*. Stockholm: Natur och Kultur.

- Schenkel, L.S., Spaulding, W.D., DiLillo, D., & Silverstein, S.M. (2005). Histories of childhood maltreatment in schizophrenia: Relationships with premorbid functioning, symptomatology, and cognitive deficits. *Schizophrenia Research*, 76, 273-286.
- Scherzer, P., Leveillé, E., Achim, A., Boisseau, E., & Stip, E. (2012). A study of theory of mind in paranoid schizophrenia: A theory of or many theories? *Frontiers in Psychology*, 3, 1-11.
- Schimansky, J., David, N., Rössler, W., & Haker, H. (2010). Sense of agency and mentalizing: Dissociation of subdomains of social cognition in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 178, 39-45.
- Sharma, T., & Harvey, D. H. (Eds.). (2000). *Cognition in schizophrenia. Impairments, importance and treatment strategies*. New York: Oxford University Press.
- Sprong, M., Schothorst, P., Vos, E., Hox, J., & Van Engeland, H. (2007). Theory of mind in schizophrenia. Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 191, 5-13.
- Svenska Psykiatriska Föreningen. (2009). *Schizofreni, kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Stockholm: Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia Förlag.
- Söderstrand, P. (2011). "Reading the Mind in the Eyes Test". Swedish adult version. Hämtad 2011-10-12 från http://www.autismresearchcentre.com/arc_tests.
- Söderstrand, P., & Almkvist, O. (2012). Psychometric data on the eyes test, the faux pas test, and the Dewey social stories test in a population-based Swedish adult sample. *Nordic Psychology*, 64, 30-43.
- Uhlhaas, P. J., Phillips, W. A., Schenkel, L. S., & Silverstein, S. M. (2006). Theory of mind and perceptual context-processing in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 11, 416-436.
- Wennerberg, T. (2010). *Vi är våra relationer. Om anknytning, trauma och dissociationer*. Stockholm: Natur och Kultur.
- World Health Organization. (1992). *ICD-10: The ICD-10 Classifications of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organisation.

INFORMATION TILL DELTAGARE

(Bilaga 1)

Detta test heter "Reading the mind in the eyes" och kallas oftast på svenska för "Ögontestet", ibland även "Ögonbilder". Testet avser att mäta den aspekt av mentalisering som vanligen benämns empati och det har t ex använts i rad studier inom autismforskningen, men också i forskning som rör barn och ungdomar med olika typer av sociala svårigheter och/eller ADHD.

Jag använder "Ögontestet" inom ramen för examensuppsatsen på den psykodynamiska psykoterapeututbildningen. Syftet med uppsatsen är att studera om man med hjälp det här testet kan upptäcka svårigheter inom det här området även hos patienter med schizofreni och därigenom öka förståelsen för dessa svårigheter, men också anpassa och planera behandlingsarbetet utifrån denna kunskap, både vad avser psykoterapeutiskt arbete och omvårdnadsarbete.

I arbetet med testet behöver jag Er hjälp och jag är mycket tacksam om Ni kan tänka Er att ställa upp och besvara de uppgifter som ingår. Deltagandet är frivilligt och konfidentiellt. Enkätsvaren kommer att koda och inte kunna hänföras till enskild individ och resultaten kommer att behandlas och presenteras på gruppnivå. Materialet kommer bara att användas i den här studien och presenteras i form av en uppsats. Det är bara jag som kommer att ha tillgång till hela materialet och det kommer att förstöras efter studiens slut.

Tack på förhand!

Vänliga hälsningar

Gizela Dagenbrink
Leg psykolog

Jag är medveten om att deltagandet i denna studie är frivilligt och att jag har rätt att när som helst avbryta min medverkan. Jag godkänner att materialet används i examensuppsatsen utifrån de villkor som angetts ovan och samtycker till att delta.

Datum: _____

Underskrift: _____

Namnförtydligande: _____

INFORMATION TILL DELTAGARE (PERSONAL) (Bilaga 2)

Detta test heter "Reading the mind in the eyes" och kallas oftast på svenska för "Ögontestet", ibland även "Ögonbilder". Testet avser att mäta den aspekt av mentalisering som vanligen benämns empati och det har t ex använts i rad studier inom autismforskningen, men också i forskning som rör barn och ungdomar med olika typer av sociala svårigheter och/eller ADHD.

Jag använder "Ögontestet" inom ramen för examensuppsatsen på den psykodynamiska psykoterapeututbildningen. Syftet med uppsatsen är att studera om man med hjälp det här testet kan upptäcka svårigheter inom det här området även hos patienter med schizofreni och därigenom öka förståelsen för dessa svårigheter, men också anpassa och planera behandlingsarbetet utifrån denna kunskap, både vad avser psykoterapeutiskt arbete och omvårdnadsarbete.

I arbetet med testet behöver jag en s k kontrollgrupp att jämföra patientgruppen och därför vänder jag mig till Er i personalen och hoppas att Ni vill delta. Deltagandet är frivilligt och konfidentiellt. Enkätsvaren kommer att kodas och inte kunna hänföras till enskild individ och resultaten kommer att behandlas och presenteras på gruppnivå. Materialet kommer bara att användas i den här studien och presenteras i form av en uppsats. Det är bara jag som kommer att ha tillgång till hela materialet och det kommer att förstöras efter studiens slut.

Tack på förhand!

Vänliga hälsningar

Gizela Dagenbrink
Leg psykolog

Jag är medveten om att deltagandet i denna studie är frivilligt och att jag har rätt att när som helst avbryta min medverkan. Jag godkänner att materialet används i examensuppsatsen utifrån de villkor som angetts ovan och samtycker till att delta.

Datum: _____

Underskrift: _____

Namnförtydligande: _____