



INSTITUTIONEN FÖR  
BETEENDEVETENSKAP OCH LÄRANDE

581 83 Linköping

013-281000

# Depressionsbehandling med IPT vid komorbid ätstörning

-en interventionsstudie utan kontrollgrupp.

Malin Bäck och Cristina von Schéele

Psykoterapeutprogrammet  
magisteruppsats  
Höstterminen 2014  
Handledare: Rolf Holmqvist  
Sanna Aila Gustafsson



Institutionen för beteendevetenskap och lärande  
581 83 LINKÖPING

**Seminariedatum**  
2014-12-03

**Språk**

Svenska/Swedish  
Engelska/English

**Rapporttyp**

Uppsats grundnivå  
Uppsats avancerad nivå  
Examensarbete  
Licentiatavhandling  
Övrig rapport

**ISRN-nummer**

LIU-IBL/PST-A--14/02—SE

**Titel** Depressionsbehandling med IPT vid komorbid ätstörning – en interventionsstudie utan kontrollgrupp.

**Title** IPT for depressed patients with co-morbid eating-disorder - an intervention study without control group

**Författare** Malin Bäck och Cristina von Schéele

**Sammanfattning** Co-morbidity with other psychiatric conditions are common among depressed patients. Depression is also prevalent among patients with eating-disorders. Some IPT studies have found that when patients have been treated for depression, comorbid symptoms have diminished. The goal of this study was to evaluate the effectiveness of a depression focused IPT-treatment on a depressed patient group with co-morbid eating-disorder. Our hypothesis was that both the depressive symptoms and eating disorder symptoms would decrease. Seventeen patients, suffering from both Major depression and eating-disorder, were recruited from seven eating-disorder clinics in Sweden. They received a 16 session IPT-treatment, focused on the depression. Significant improvement with substantial effect sizes were found for both depression and eating disorder. Patients with a bulimic behavior seemed to have better effect on the eating-disorder, than restrictive patients. Working with negative affects and problemsolving related to current interpersonal problems, may be effective on general psychological distress, regardless of diagnostic focus. The findings point to the usefulness of IPT treatment for depressed patients with comorbid eating disorders.

**Nyckelord** IPT, Interpersonal psychotherapy, depression, eating-disorder, co-morbidity

## ABSTRACT

Co-morbidity with other psychiatric conditions are common among depressed patients. Depression is also prevalent among patients with eating-disorders. Some IPT studies have found that when patients have been treated for depression, comorbid symptoms have diminished. The goal of this study was to evaluate the effectiveness of a depression focused IPT-treatment on a depressed patient group with co-morbid eating-disorder. Our hypothesis was that both the depressive symptoms and eating disorder symptoms would decrease. Seventeen patients, suffering from both Major depression and eating-disorder, were recruited from seven eating-disorder clinics in Sweden. They received a 16 session IPT-treatment, focused on the depression. Significant improvement with substantial effect sizes were found for both depression and eating disorder. Patients with a bulimic behavior seemed to have better effect on the eating-disorder, than restrictive patients. Working with negative affects and problemsolving related to current interpersonal problems, may be effective on general psychological distress, regardless of diagnostic focus. The findings point to the usefulness of IPT treatment for depressed patients with comorbid eating disorders.

Keywords: IPT, Interpersonal psychotherapy, depression, eating-disorder, co-morbidity

## FÖRORD

Under perioden november 2012 till februari 2014 genomförde Nationellt kvalitetsregister för ätstörningsbehandling; Riksät, en omfattande IPT-utbildning med fördjupning kring IPT vid bulimia nervosa. Tjugoen terapeuter på sju ätstörningsenheter i landet påbörjade kursen. I mars 2014 ackrediterades 18 nya IPT-terapeuter med specialkompetens på IPT-BN(m); *Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa - modified version*. (Whight et al., 2011) Syftet med utbildningen var att bredda behandlingsutbudet inom svensk ätstörningsvård men även att ge forskningsdata om IPT för ätstörda patienter. Enligt såväl nationella som internationella regler kring IPT-utbildningar, skall minst en av de två utbildningsterapierna i utbildningen vara en depressionsbehandling. Utbildningen riktade sig till terapeuter verksamma vid ätstörningsenheter i Sverige. Vid val av utbildningspatient med depression var det därför naturligt att terapeuterna valde en patient som inte bara led av depression utan även hade samsjuklighet med någon form av ätstörning. Fokus i behandlingen var dock förstämningssyndromet. Om dessa terapier handlar denna uppsats.

## **Depressionsbehandling med IPT vid komorbid ätstörning – en interventionsstudie utan kontrollgrupp.**

DEPRESSION är ett psykiatriskt tillstånd som kännetecknas av symtom av bl. a. nedstämdhet, låg självkänsla, försämrad funktionsnivå och livsleda. Tillståndet kan bli återkommande, kroniskt och leda till omfattande konsekvenser i individens liv. I värsta fall kan depression leda till för tidig död på grund av självmord eller somatisk sjukdom (Andersson, 2012). Förekomsten av depression är hög i jämförelse med andra sjukdomar. I Sverige drabbas 20% av kvinnorna och 11 % av männen någon gång av en depression som bör behandlas (SBU, 2004).

Vid depression finns ofta förekomst av samsjuklighet med andra sjukdomar, såväl kroppsliga sjukdomar som psykiska problem. Samtidig ångestproblematik är vanligt förekommande vid depression. Minst hälften av de som uppfyllt depressionskriterierna för egentlig depression har samtidigt uppfyllt kriterierna för någon ångeststörning (Kessler et al., 2003). Personlighetsstörningar förekommer också ofta samtidigt som depression. Det mest förekommande är personlighetsstörningar som faller under cluster C i DSM-systemet, främst undvikande personlighetsstörning (Freeman & Rock, 2008).

DEPRESSION OCH ÅNGESTSYNDROM förekommer ofta tillsammans i form av depression med GAD, paniksyndrom, social fobi eller posttraumatisk stress (Andersson, 2012). Inom gruppen ångeststörning finns, enligt DSM-IV, även ätstörningsdiagnoserna (American Psychiatric Association, 1994). Hos ätstörda är samsjuklighet med förstämningssyndrom, andra ångestsyndrom och personlighetsstörning väldokumenterad (Högdahl, 2006). Förekomst av ätstörningsproblem hos deprimerade har studerats i mindre omfattning. I materialet från "the National Comorbidity Survey replication", var slutsatsen att ätstörningar och depression är såväl underdiagnostiserat som underbehandlat (Hudson, Hiripi, Pope Jr & Kessler, 2007).

KOMORBIDITET HOS DEPRIMERADE PATIENTER är alltså vanligt förekommande. I samband med psykoterapistudier, är det vanligt att man genomför för- och eftermätning avseende såväl Axel 1 som Axel 2-diagnoser för att kartlägga eventuell samsjuklighet. Detta görs främst i diagnostiskt syfte, inte för att mäta terapins påverkan på dessa störningar. Tidigare har andra diagnoser än huvuddiagnosen ofta exkluderat patienter från att delta i effektstudier. I nyare studier är man dock mer öppen för att studera effekten av depressionsbehandling, även när patienter har en mer komplex problematik. Det är dock relativt ovanligt att studera effekterna av en behandling på patienter som alla har två olika men samma diagnoser.

IPT – INTERPERSONELL PSYKOTERAPI är en behandlingsmetod skapad för depressioner. Metoden utformades i början av 1970-talet av Gerald Klerman m. fl. för behandling av depressionspatienter i samband med en jämförelsestudie med psykofarmaka. Metoden visade vid första studien lovande resultat och fick därmed redan vid dess tillkomst ett visst empiriskt stöd (Klerman, Weissman, Rounsaville & Chevron, 1984). Under 1980-talet genomfördes en omfattande depressionsstudie, sponsrad av National Institutes of Health (NIH), där IPT visade goda resultat och därmed kunde anses ha empirisk evidens (Elkin et al., 1989). Metoden har i många studier prövats vetenskapligt sedan 1980-talet, framförallt vid förstämningssyndrom men även vid andra psykiatriska, psykosociala och psykokulturella tillstånd. I två metaanalyser om depressionsbehandling konstaterar författarna att IPT är en verksam metod vid förstämningssyndrom (Cuijpers, van Straten, Andersson & van Oppen, 2008; Cuijpers, Geraedts, van Oppen, Andersson, Markowitz, & van Straten, 2011)

IPT-MANUALEN innebär en tidsbegränsad terapi bestående av ca 16 sessioner. Den semistrukturerade manualen är indelad i tre faser; bedömningsfas, behandlingsfas och avslutningsfas. Vid de inledande sessionerna görs en kartläggning av patientens aktuella problematik, utifrån hans interpersonella kontext. Tillsammans formulerar terapeut och patient en interpersonell förklaringsmodell av patientens aktuella problematik och ur detta väljs ett av fyra fokusområden att arbeta vidare med. Fokusområdena är interpersonell konflikt, rollförändring, komplicerad sorg samt interpersonell sårbarhet. Utifrån valt fokusområde gör terapeuten sina interventioner i syfte att skapa en djupare förståelse för anknytningsbehov i pågående relationer, en ökad handlingsberedskap, möjliggörande av förändring men framför allt reducering av depressiva symtom (Lipsitz & Markowitz, 2013; Markowitz & Weissman, 2004; Stuart & Robertson, 2012).

ANPASSNINGAR AV IPT TILL ANDRA TILLSTÅND än depression har undersökts i flera studier. På samma sätt som man vid depressionsbehandling kopplar fokusområden till depressionen, kopplar man vid andra tillstånd patientens interpersonella svårigheter till aktuella symtom. Modifieringar för olika patientgrupper utgår från olika diagnoser, åldersspecifika teman samt problem som uppstår ur kulturspecifika kontext. Ibland formuleras depression som primär problematik och ibland som en effekt av exempelvis psykosocial belastning, eller att få ett sjukdomsbesked. Vid tilläggsdiagnoser på någon av DSM-IVs axlar, oavsett om det rör sig om psykosociala livsomständigheter, somatisk ohälsa, personlighetsstörning eller andra avgränsade kliniska syndrom, tenderar man alltså inom IPT att omformulera den ursprungliga manualen något i strävan att matcha aktuellt mående/aktuella händelser. Att formulera ett s. k. samsjukligt problem vid depression som primärdiagnos och hålla fast vid depressionsmanualen, utan uttalat tillägg, tycks dock ovanligt (Markowitz et al.,

2012). IPT är numera inte enbart en behandling som erbjuds vid depression utan är prövad på bl. a. olika ångestsyndrom som social fobi, PTSD och ätstörningar (Markowitz, Lipsitz & Milrod, 2014).

IPT VID ÄTSTÖRNING är något som utvecklats över tid. I början av 1990-talet genomförde Christoffer Fairburn m. fl. en dismantlingstudie kring bulimia nervosa, som oväntat visade på en god och hållbar effekt för IPT, ett resultat som bekräftats vid upprepade studier (Fairburn et al, 1991). I Fairburns studier, där IPT jämfördes med KBT och BT, modifierades IPT-metoden och kallades IPT-BN. IPT-BN innebar t. ex. att man inte fick uppehålla sig kring ätstörningen och man inte fick använda sig av rollspel eller psykoedukation (Fairburn et al., 1993; Wilfley, Frank, Welch, Spurrell & Rounsaville, 1998). Så småningom introducerades IPT-ED av bl. a. Denise Wilfley med en manual där man tillåter samtal om ätstörningen men där fokus riktas mot interpersonella relationer och självkänsla (Wilfley et al., 1998). Det finns nu också en manual som skapats i Leicester, UK, där man har återinfört alla IPT-tekniker inklusive symtomfokus, sammanlänkat med relationer och känslor; IPT-BN(m). I tidigare studier av ätstörning har IPT, över tid, visat sig lika verksamt som KBT, vid långtidsuppföljning till och med något mer. Effekten har dock dröjt och då KBT samt BT haft en snabbare effekt på ätstörningssymtomen, har dessa rekommenderats framför IPT. Den senare manualen; IPT-BN(m), har dock visat sig ge lika snabb effekt som KBT med fortsatt förbättring efter avslutad terapi (Arcelus et al., 2009; Arcelus, Whight & Brewin, 2012; Whight et al., 2011). Även om förekomsten av depression hos de ätstörda patienterna föreligger i dessa studier, är det ätstörningen som studerats som primärdiagnos.

## **TIDIGARE FORSKNING**

IPT har ett starkt vetenskapligt stöd vid depression. Detta konstateras i både Cuijpers metastudie om depressionsbehandling generellt och i deras metastudie om IPT vid förstämningssyndrom (Cuijpers et al 2008; Cuijpers et al. 2011). Att notera här kring metastudien om IPT är att 135 artiklar valdes bort på grund av att depression inte var det enda tillståndet som undersöktes i dessa studier. Det faktum att resultat blir svårtolkade vid samsjuklighet och därmed helst undviks, har försvårat vår genomgång av tidigare forskning kring depression med samsjuklighet.

### **IPT, depression och psykiatrisk samsjuklighet**

Det finns flera studier på IPT för depression med varierad psykiatrisk samsjuklighet. Annan befintlig problematik har, i dessa studier, inledningsvis diagnostiserats och presenterats som demografisk data men har inte utvärderats,

varken under terapin eller vid uppföljning. Trots signifikanta förbättringar avseende depressionen, problematiserar författarna att eftermätningar inte gjorts angående komorbiditeten. Inte heller har variationen i denna beaktats. Eventuella samband mellan detta och utfall kan därmed inte undersökas. (Karlsson, Säteri & Markowitz, 2011; Pigeon et al., 2009). IPT-studier kring depressionsbehandling, vid förekomst av samtidigt alkoholmissbruk, visar på varierat resultat. Depressionen minskade signifikant. Om alkoholvanorna förändrades, tycks dock anhängigt av ett mer riktat fokus på såväl nedstämdhet, relationer som själva missbruket (Markowitz et al., 2008; Gamble et al., 2013).

### **IPT, depression och somatisk samsjuklighet**

Studier med IPT som depressionsbehandling vid samtidig förekomst av somatisk samsjuklighet, ex. HIV och kroniskt smärtsyndrom, har visat en god effekt på depressionen, även om den somatiska problematiken kvarstår. (Markowitz et al., 1998; Poleshuck et al., 2010; Poleshuck et al., 2014).

I samtliga ovanstående studier resonerar författarna kring IPT som en effektiv metod att lätta pågående depressiva symtom, även om det inte ”kommer åt” den totala problembilden. Patienten har kunnat uttrycka adekvat ilska och sorg, blivit mer accepterande inför den befintliga situationen och förmår att använda sig av viktiga andra på ett hjälpsamt sätt. Att minska depressionen kan öka känslan av sammanhang och agens i den befintliga livssituationen (Lipsitz & Markowitz, 2013). Detta antagande är i linje med resultaten i en amerikansk studie från 2000, med syfte att finna medierande/predicerande faktorer vid depressionsbehandling inom primärvården. Författarna konstaterar bl. a. samband mellan utfall och upplevelsen att kunna bemästra sin ohälsa. I IPT var detta den faktorn som signifikant medierade förbättring. Studien visade även på samband mellan remission och avsaknad av psykiatrisk samsjuklighet och författarna poängterar här vikten av adekvata bedömningsinstrument avseende ångeststörningar även i samband med depression (Brown, Schulberg & Prigerson, 2000).

### **IPT vid depression och komorbid ångeststörning**

En metaanalys rörande depression hos barn och ungdomar från 2006 visade att sekundär psykiatrisk ohälsa förbättrades trots att behandlingsfokus var på primärdiagnos depression. Resultatet visade signifikant förbättring på ångestproblematik som enbart var marginellt lägre än på depressionsresultaten (Weisz, McCarty & Valeri, 2006).

Young et al. (2006, 2012) har i upprepade studier med tonåringar konstaterat att IPT vid depressionsbehandling även hade effekt på komorbid ångestproblematik, trots att manualen ej modifierats. IPT visade signifikant symptomreduktion på både depression och ångest under och efter terapin, vilket författarna finner uppmuntrande, då komorbiditet av denna typ är vanlig. En förklaring kan vara att IPT som fokuserar på att förbättra socialt stöd ger ett



skydd mot både depression och ångest (Young, Mufson & Davies, 2006; Young et al., 2012).

### **IPT vid ångeststörning med depression som sekundär diagnos**

Markowitz et al. (2014) menar att IPT är en lovande metod vid ångesttillstånd men att manualen kan behöva modifieras för att bättre matcha ångestproblematiken. IPT-studier med behandling av annan primärdiagnos än depression har visat sig effektiv mot depressiva symtom. I en studie som gjordes efter terrorattacken mot World Trade Center 2001, fann man starka effekter av IPT-behandling på både depression och PTSD-symtom trots att behandlingen inte specifikt fokuserade på depressionssymtom (Bleiberg & Markowitz, 2005). IPT har visat sig vara effektiv mot PTSD (Rafaelli & Markowitz, 2011; J.M. Markowitz mailkontakt 10 september – 5 oktober 2014). Även depressionssymtomen minskade för dessa patienter.

IPT vid bulimia nervosa har i flera studier visat på en symtomförbättring på befintlig depressivitet. I dessa studier har fokus varit på relationer och ätstörning, inte depressionen (Arcelus et al., 2009; Nevoenen & Broberg, 2006).

### **Syftet**

Syftet med denna pilotstudie var att undersöka effekten av en IPT-behandling vid depression där patienterna har en samsjuklighet i form av ätstörning. Studiens huvudhypotes är att; i dessa IPT-behandlingar kommer förutom depressionssymtom även ätstörningssymtom att reduceras. Frågor vi önskar besvara är; Blir patienterna förbättrade i sin depression? Blir patienterna förbättrade i sin ätstörning? Finns det ett samband mellan förbättring av depression och förbättring av ätstörningssymtom?

### **METOD**

#### **Deltagare**

Studien genomfördes vid olika ätstörningssenheter i Sverige. Från början deltog 21 terapeuter och 21 patienter i studien. Två terapeuter slutade innan påbörjad utbildningsterapi. Insamlad terapidata från två terapier har inte lämnats in, trots genomförd terapi, varför vi slutligen har data på 17 terapier.

#### *Terapeuterna*

Terapeuterna hade alla en grundläggande terapiutbildning innan påbörjad utbildningsterapi. En tredjedel hade grundläggande KBT-utbildning. En tredjedel grundläggande PDT-utbildning och en tredjedel hade en integrativ utbildning. Av de 19 terapeuter som genomförde terapierna, var elva psykologer, två socionomer, tre arbetsterapeuter, två sjuksköterskor och en skötare. Terapeuterna var, när terapin ägde rum, mellan 30-60 år och hade

erfarenhet av psykoterapeutiskt arbete mellan ett och 15 år. Samtliga hade vana att arbeta med ätstörningar medan fokus på depression var nytt för många.

### *Patienterna*

Patienterna rekryterades på terapeutens ordinarie arbetsplats. Inklusionskriterier var, ålder 16-50 år, att depression som primär diagnos var uppfylld samt även en ätstörningsdiagnos enligt DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Då terapin hade fokus på depressionen i första hand, fann vi det etiskt riktigt att inte inkludera patienter som direkt efterfrågade beteendeförändrande ätstörningsbehandling. Flertalet patienter hade redan erhållit någon tidigare ätstörningsbehandling, varför depressionssymtomen kunde betraktas som den primära problematiken även om patientens ätstörning kvarstod i större eller mindre utsträckning. Exklusionskriterier var anorektisk undervikt, annan pågående samtalsterapi samt slutenvård eller behov av tät medicinsk uppföljning. Samtliga ätstörningsenheter som ingick i studien har sedan tidigare registrerat sina behandlingar i Riksät/stepwise som ett led i enhetens gängse rutiner. Detta innebär bl. a. fastställande av ätstörningsdiagnos och annan samsjuklighet i samband med påbörjad behandlingskontakt (Birgegård, Björck & Clinton, 2010).

### **Instrument**

#### *MADRS-S*

MADRS-S är självskattningsversionen av "Montgomery Åsberg Depression Rating Scale" (MADRS-S), speciellt utvecklat för att vara känslig för förändring i grad av depression. MADRS-S består av frågor som motsvarar de nio kriterierna för depression i DSM-IV. Enligt MADRS-S normer innebär 13-19 poäng mild depression, 20-34 poäng måttlig depression och mer än 34 poäng svår depression. Gränsvärdet anges tio poäng för normalpopulation (Hawley, Gale & Sivakumran, 2002; Svanborg & Ekselius, 2003). Instrumentet har god reliabilitet och validitet (Svanborg & Åsbert, 1994). MADRS-S användes i denna studie som för och eftermätning samt i mitten av terapin.

#### *PHQ-9*

Depressionsdelen av självskattningsinstrumentet "the patient health questionnaire"- PHQ, kallas PHQ-9. PHQ-9 består av frågor motsvarande de nio kriterierna för depression i DSM-IV. Det finns även en fristående fråga som ej räknas med övriga; "Hur stora svårigheter har dessa problem förorsakat dig på arbetet, eller för att ta hand om sysslor hemma, eller i kontakten med andra människor?" I resultatdelen kallas den PHQ-9;GAF (vår benämning). PHQ-9 är ett validerat och reliabelt instrument som visat sig lämplig vid såväl screening som upprepad mätning. Vid screening tyder 0-9 på att depression inte föreligger, 10-14 gråzon och 15-27 att egentlig depression kan föreligga. Vid

upprepad bedömning av aktuella symtom innebär 0-4 Ingen/minimal depression, 5-9 mild depression, 10-14 måttlig depression, 15-19 medelsvår depression och 20-27 svår depression (Kendel et al., 2010; Kroenke, 2001; Lowe, Kroenke, Herzog & Grafe, 2004; Lowe et al., 2004) Gränsvärdet för normalpopulation på PHQ-9 är tio poäng (Gyani, Shafran, Layard & Clark, 2013; Manea, Gilbody & McMillan, 2012). I denna studie har PHQ-9 använts varje vecka för att mäta symtomförändring.

### *EDI-3*

”Eating Disorder Inventory - 3”, ett välanvänt självskattningsinstrument vid ätstörning med god validitet/reliabilitet, består av 91 frågor. Svaren sammanställs i tolv primära delskalor och sex sammansatta skalor (Garner, 2004). Vi har här valt att redovisa EDIs sammansatta skalor *Eating disorder risk*; EDR och *General psychological maladjustment*; GPM, då vi tänker att detta kan markera grad av risk för ätstörning och annan psykiatrisk samsjuklighet/insufficiens hos studiens deprimerade patienter. Medelvärdet för ätstörd population på EDR är 62 poäng (SD:27) Medelvärdet i normalpopulation avseende EDR varierar marginellt i publicerade studier; M: 25-26 (SD:23-25). Även på GPM skiljer sig referensernas medelvärde något; för ätstörd population 106-116 (SD:53-51) och normalpopulation har i GPM M: 42-49 (SD: 42-38) (Clausen, Rosenvinge, Friberg & Rokkedal, 2011; Garner, 2004). EDI-3 användes i denna studie som för och eftermätning samt i mitten av terapin.

### *KUS-P*

”Kort upprepad skattning av ätstörningssymtom - patientversion”- KUS-P; är ett svenskt självskattningsformulär som mäter de vanligaste symtomen hos personer med ätstörningar (Fallsdalen Riegler & Sundin, 2009). KUS-P består av 14 symtombeskrivningar, vilka berör tankar och impulser kring mat, vikt och kroppsuppfattning. Även beskrivningar av varierande ätstörningshandlingar finns med. Genom kontinuerlig skattning ges en god, övergripande bild av hur behandlingen fortskrider. KUS-P har i en svensk studie visat god reliabilitet och validitet samt klassificerar 84% korrekt. Gränsvärdet för normalpopulation är 22 poäng (Fallsdalen et al., 2009). Vi har valt att redovisa såväl *totalpoäng* som delskalorna *ätstörda tankar* och *ätstörda handlingar*. Frågan; ” Dina problem kring mat och vikt i största allmänhet” som ej tillhör någon delskala och som vi tycker kan jämföras med PHQ-9;GAF, har vi här kallat KUS-P;GAF (vår benämning). I denna studie har KUS-P använts varje vecka för att mäta symtomförändring.

Inom ramen för IPT-utbildningens datainsamling användes även andra självskattningsformulär, nämligen; Erfarenhet i nära relationer –ENR (mättes vid för och eftermätning samt i mitten av terapin), Working alliance inventory- WAI och Feeling checklist- FC (bägge mättes veckovis). Patienterna

intervjuades även utifrån Symptom-specific reflective functioning - eating-disorder (SRF-ED) före, i mitten av och efter avslutad behandling. Dessa data presenteras inte i denna studie

### **Procedur**

Hösten 2012 genomfördes en fyra dagars teoretisk kurs i IPT med fokus på depression, ledd av ackrediterade IPT-handledare. Tjugoen terapeuter från sju olika ätstörningsenheter deltog. Våren 2013 genomfördes 19 utbildningsterapier med depressionsbehandling, enligt grundmanualen i IPT. Detta var den första av två utbildningsterapier inom ramen för Riksäts IPT-projekt. Syftet med utbildningen var dels att bredda behandlingsutbudet men även att samla in data kring såväl utbildningsterapier som kommande IPT-terapi. Behandlingen var upplagd på 16 sessioner, plus en session före och efter i bedömnings syfte. Terapeuterna erhöll 90 minuters veckovis nätbaserad handledning i grupp om tre, av ackrediterade IPT-handledare. Terapisessionerna videofilmades och minst tre av sessionerna är följsamhetskontrollerade för IPT av handledaren.

### **Databearbetning**

Deskriptiv data har analyserats med hjälp av IBM SPSS Statistics 20 och kalkylator. Vid analys då patienter avslutat sin behandling innan session 16 har metoden last observation carried forward (LOCF) använts på PHQ-9 och KUS-P. Paired sample T-test gjordes för att jämföra start- och slutvärden. På grund av bortfall (MADRS-S & EDI-3), har medelvärdeskillnad enbart beräknats på deltagare med start- och slutvärden. Effektstorlek (Cohens  $d$ ) beräknades på de som avsågs att behandlas. Gällande effektstorlekar motsvarar  $d > 0.20$  liten effekt,  $d > 0.50$  medelstor effekt och  $d > 0.80$  stor effekt. Pearson-korrelationer användes för att undersöka samband mellan utfall i depression (PHQ-9) och ätstörning (KUS-P). Korrelationen bedöms som svag om korrelationsvärdet ligger mellan  $r = .10$  och  $r = .30$ , medelstarkt om de ligger mellan  $.30$  och  $.50$  och starka om de ligger över  $.50$ . Vi studerade även pålitlig förändring (Reliable change index, RCI) och klinisk förändring (Clinical significance, CS) på individnivå. RCI beräknades med Cronbach's alpha som mått på, intern konsistens/ reliabilitet. När start- eller slutvärden saknats (endast på MADRS-S), har dessa ersatts med gruppens medelvärden.

### **Etiska överväganden**

Såväl terapeuter som patienter har fått skriftlig och muntlig information om studiens upplägg och dess syfte samt gett sitt medgivande till att delta i forskningsprojektet. Det innebär att alla samtal filmas och att materialet används inom ramen för projektbeskrivningen. Studien har granskats och godkänts av Etikprövningsnämnden 2012-12-05, diarienummer; 2012/471. Deltagarna

informerades om att de kan avbryta sitt deltagande i studien när som helst och allt material som handlar om dem då förstörs.

## RESULTAT

### Demografiska och kliniska baslinjedata

Patienterna, 16 kvinnor och en man, var i åldern 17-39 år med en medelålder på 23.5 år och en medianålder på 24 år. Baserat på datum för det första registrerade besöket vid enheten hade åtta patienter haft en kontakt med mottagningen minst ett till två år innan IPT-terapin och nio patienter hade sitt första besök tidigast sex månader före de påbörjade IPT. Av dessa hade fyra sitt första besök i samband med påbörjad IPT-behandling.

### *Depressionen*

Samtliga patienter uppfyllde kriterierna för depression, i samband med påbörjad depressionsbehandling, vilket fastställdes vid förmätningen. Flera patienter presenterade en historia av tidigare långvariga, respektive recidiverande depressionstillstånd. Medelvärde var 25.62 poäng på MADRS-S och 16.2 poäng på PHQ-9.

### *Ätstörningen*

Alla patienter hade vid behandlingens början en ätstörning. Data från Stepwise, baserad på diagnostik med DSM-IV, visade att fyra patienter hade Bulimia nervosa och tolv hade Ätstörning UNS. En patient var oklar då diagnosen ej fanns registrerad i Stepwise. Denna patient låg dock över medelvärdena för ätstörning på EDI-3, både på EDR (61) och GPM (106/116) samt över gränsvärdet på KUS-P (22). Bland de tolv UNS-patienterna räknades två till en subkliniskt bulimisk grupp, sex var restriktiva och fyra kompenserade utan inslag av hetsätning. Gruppens medelvärde på KUS-P var initialt 29,47 poäng. I EDI-EDR hade gruppen ett medelvärde på 63.06.

### *Samsjuklighet; generell sårbarhet*

Baserat på EDI-GPM har gruppen vid terapins start ett medelvärde på 108,44. Gruppmedelvärden för både EDI-EDR och EDI-GMP är tydligt skilda från en normalpopulation, samt motsvarar en ätstörd grupp både vad gäller ätstörningssymtom och generell psykologisk sårbarhet.

## Utfall

Patienterna svarade väl på behandlingen, som pågick enligt behandlingsplan mellan 12 till 16 sessioner. Ingen avbröt behandlingen, dock saknas data på EDI-3 samt MADRS-S från uppföljning i flera terapier. Nedan presenteras

resultaten först på gruppnivå sedan på individnivå, utifrån för- och eftermätning. Slutligen presenteras symptomutveckling under terapins gång samt samband mellan förändring av depressions- och ätstörningssymtom.

### Gruppnivå

Skillnaderna, både vad gäller depression och ätstörningssymtom, mellan start- och slutvärden är signifikanta och starka. Detta gäller MADRS-S, PHQ-9 och KUS-P. Dessa skattningsskattinstrument visade även på höga effektstorlekar avseende bägge diagnoserna. För EDI-EDR och EDI-GPM fanns inga signifikanta skillnader. Effektstorlekarna var måttlig på EDI-EDR och stor på EDI-GPM.

Tabell 1

#### Jämförelse start-slut på gruppnivå

	N	M start	SD	N	M slut	SD	<i>t(p)</i>	Cohens d
MADRS	16	25.62	7.98	13	14.00	9.73	4.10(.002)	1.31
PHQ-9	17	16.24	4.32	17	7.94	6.16	5.46(.000)	1.58
PHQ-9;GAF	17	1.41	0.51	17	0.82	0.64	3.40(.004)	1.03
KUS-P	17	29.47	6.81	17	21.35	11.11	3.05(.008)	0.90
KUS-P;T	17	20.94	4.62	17	15.35	7.38	3.09(.007)	1.30
KUS-P;H	17	5.41	2.57	17	3.24	3.05	2.63(.018)	0.50
KUS-P;GAF	17	3.24	0.75	17	2.18	1.33	4.01(.001)	1.01
EDI;EDR	16	63.06	17.91	10	46.60	25.07	1.59(.151)	0.77
EDI;GPM	16	108.44	23.96	10	68.10	43.27	1.96(.086)	1.20

*MADRS-S= Montgomery Åsberg Depression Rating Scale, PHQ-9= the patient health questionnaire- 9, KUS-P= Kort upprepad skattning av ätstörningssymtom – patientversion, EDI;EDR- Eating Disorder Inventory; Eating disorder risk, Eating disorder risk, EDI;GPM=Eating Disorder Inventory; General psychological maladjustment*

Vid en uppdelning av KUS-P i delskalor så ger KUS-P;T = förändringar i ätstörda tankar en stark signifikans och hög effektstorlek. Förändringseffekten avseende ätstörda handlingar, KUS-P;H, var inte fullt så stark. Upplevelsen av hur problematisk/hindrande depressionen respektive ätstörningen upplevdes i allmänhet, visade via PHQ-9;GAF och KUS-P;GAF på signifikant förbättring med hög effekt.

IPT-behandling var alltså verksamt både mot depressionen och den komorbida ätstörningen. Frågan huruvida det förelåg ett samband mellan symptomförbättring i respektive syndrom, beräknades med Pearson-korrelation. Det visade på en stark korrelation mellan de genomsnittliga förändringsvärdena på depression (PHQ-9) och ätstörning (KUS-P);  $r = .596$  ( $p = .01$ ).

### Individnivå

RCI för MADRS-S var sex, för PHQ-9 fem och för KUS-P sju. CS beräknades till tio på MADRS-S, tio på PHQ-9 samt 22 på KUS-P. Tabell 3 visar huruvida patienterna uppnått RCI och passerat gränsvärdena. Patienter som förbättrats

reliabelt och dessutom flyttar från klinisk population till normalpopulation, räknas som *botade*. De som enbart förbättrats med RCI utan att nå under gränsvärdet är *förbättrade*. *Försämrade* har ett negativt värde avseende RCI (Fallsdalen et al., 2009; Gyani et al., 2013; Hawley et al., 2002) och övriga var *oförändrade*.

Tabell 2  
*Jämförelse start-slut på individnivå*

Patient	MADRS-S		PHQ-9		KUS-P		Utfall:		
	Start	RCI=6 CS=10 Slut	Start	RCI=5 CS=10 Slut	Start	RCI=7 CS=22 Slut	MADRS-S	PHQ-9	KUS-P
1	13	5	11	7	27	28	B	OF	OF
2	21	14	16	10	24	21	F	B	OF
3	39	35	26	23	40	33	OF	OF	F
4	24	14	11	6	27	18	F	B	B
5	15	6	20	7	39	24	B	B	F
6	24	18	13	10	40	42	F	OF	OF
7	20	14	11	9	23	25	F	OF	OF
8	25	7	16	5	27	13	B	B	B
9	29	4	20	0	38	8	B	B	B
10	36	22	15	20	31	39	F	FÖ	FÖ
11	26	14	19	3	27	15	F	B	B
12	24	16	18	4	17	9	F	B	B
13	31	14	17	1	23	16	F	B	B
14	35	2	18	9	36	5	B	B	B
15	31	27	21	13	29	32	OF	F	OF
16	30	14	10	3	26	9	F	B	B
17	13	12	14	5	27	26	OF	B	OF

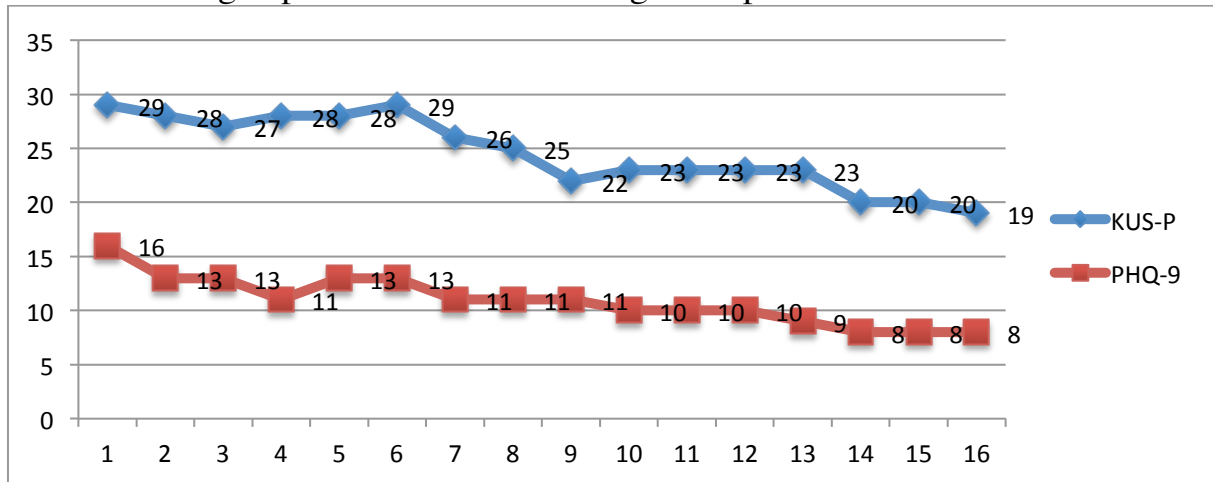
RCI= reliable change index, CS= cutoff, B = Botad, F = Förbättrad, OF = Oförändrad, FÖ = Försämrad.

Fjorton (MADRS-S), respektive tolv (PHQ-9) patienter räknas som botade eller förbättrade avseende depressionen. Tio patienter räknas som botade eller förbättrade i sin ätstörning (KUS-P). Nio patienter är botade eller förbättrade i både depression och ätstörning. En patient försämrades i sin depression enligt ett av depressionsinstrumenten. Hos tre (MADRS-S) respektive fyra (PHQ-9) förblev depressionen oförändrad. Majoriteten av patienterna fick även sin ätstörning förbättrad i depressionsterapin men sex förblev oförändrade och en försämrades i sin ätstörning. Av de sex patienter som hade bulimisk problematik med inslag av hetsätning, blev samtliga, utom en, botade/förbättrade i sin ätstörning. I gruppen oförändrad/försämrad hade sex av sju patienter en restriktiv/kompensatorisk problematik, utan inslag av hetsätning.

### *Symtomförändring under behandlingen*

Varje vecka skattades depressionssymptom utifrån PHQ-9 (röd kurva/underst) och ätstörningssymptom utifrån KUS-P (blå kurva/överst). För både depressionssymptom som ätstörningssymptom, sker en direkt symtomminskning, som runt session fem-sex stiger något, för att därefter sjunka igen. För att värdera förändringens validitet, kan konstateras att depressionssymptomen på

PHQ-9 får ett hållbart RCI (5) i mitten av terapin och når gränsvärdet (10) vid session tio. Ätstörningssymtomen förbättras något saktare. Gränsvärdet (22), liksom RCI (7) på KUS-P, nås session nio men därefter rör det sig marginellt uppåt för att vid session 14 nå en mer stabil förändring. Som framgår av figuren sker förändringen på de två instrumenten ganska parallellt.



Figur 1. Veckomätningar; medelvärde på gruppnivå.

## DISKUSSION

### Resultatdiskussion

Syftet med denna pilotstudie var att undersöka effekten av en IPT-behandling vid depression där patienterna har en samsjuklighet av samtidig ätstörning. Hypotesen att även eventuella ätstörningssymtom skulle reduceras vid depressionsbehandling med IPT visade sig stämma.

#### *Blir patienterna förbättrade i sin depression?*

Symtomförbättringen avseende depression på gruppnivå var starkt signifikant och visade på en hög effektstorlek. Fjorton av 17 patienter blev botade eller förbättrade i sin depression. Depressionen har initialt bedömts som en medelsvår måttlig episod och har, likt andra studier, gått mot lindrig episod. Dessa resultat liknar andra studier av IPT vid depression med förekomst av annan samsjuklighet. Glädjande är att flera patienter vid terapins avslut är botade och upplevelsen av att symtomen inte längre är lika hindrande, är tydlig (Gamble et al., 2013; Karlsson et al., 2011; Markowitz et al., 1998; Markowitz et al., 2008).

#### *Blir patienterna förbättrade i sin ätstörning?*

Även ätstörningssymtomen förbättrades under behandlingen med en betydande effektstorlek. Förändringseffekten för ätstörda handlingar var lägre än andra resultat i studien. Då flertalet av deltagarna hade en ätstörning UNS och flera även redan erhållit annan behandling tidigare för sin ätstörning, är det rimligt att flera deltagare nollskattat flera handlingsfrågor redan inledningsvis. Detta



innebär i så fall mindre förändringsutrymme i ätstörda handlingar. Förändringen i ätstörda tankar visade dock på en stark signifikans och hög effekt. Även upplevelsen av hur tyngd man är generellt av ätstörningen, visade på en påtaglig förbättring.

Tio av sjutton patienter blev botade eller reliabelt förbättrade i sin ätstörning av depressionsbehandlingen. En patient blev förbättrad vad gäller ätstörningen men erhöll ingen förändring vad gäller depressionen. IPT har i tidigare forskning visats ha effekt på ätstörning, främst bulimia nervosa, både när manualen har fokus på ätstörningen men även när fokus varit på pågående känslomässigt laddade relationshändelser (Arcelus et al., 2009; Fairburn et al., 1991; Fairburn et al., 1993; Wilfley et al., 1998). Samtliga bulimiker i denna studie blev botade/förbättrade i sin ätstörning. Bland de som försämrades eller förblev oförändrade i sin ätstörning har alla, utom en, en mer restriktiv ätstörning.

#### *Finns det ett samband mellan symtomförbättring i depression och ätstörning?*

Nio personer blev botade eller förbättrade i både depression och ätstörning. Det fanns en stark korrelation mellan förändring avseende depressiva symtom (PHQ-9) och symtomförändring i ätstörning (KUS-P). Detta samband är överensstämmande med tidigare studier kring depression och effekt på tilläggsdiagnoser (Bleiberg & Markowitz, 2005; Young et al., 2006; Young et al., 2012; Weisz et al., 2006). Symtomskattningarna vid varje session visar att symtomförbättringen följs åt på PHQ-9 och KUS-P. Depressionen lättar något tidigare än ätstörningssymtomen. En studie med deprimerade ungdomar med komorbid ångest hade liknande resultat. (Young et al., 2012)

På skalan för generell psykologisk sårbarhet (EDI;GPM) gick den studerade gruppen från att motsvara en ätstörd grupp till att, vid terapiavslut, närma sig normalpopulation. Resultatet talar för att behandlingen gett god effekt på den generella samsjukligheten. Möjligt kan dessa resultat ställas mot andra forskningserfarenheter, att IPT som depressionsbehandling genererar en förbättrad livstillfredsställelse och känsla av att man bättre kan bemästra sitt mående (Gamble et al., 2013; Lipsitz & Markowitz, 2013; Markowitz et al., 1998; Markowitz et al., 2008; Polshuck et al., 2010; Polshuck et al., 2014). På frågor kring hur hindrande symtomen för respektive syndrom upplevdes i vardagen, visar denna studie på en signifikant, effektiv förbättring. Denna skattade upplevelse stämmer väl med ovan nämnda tankar om IPTs förmåga att skapa ökad känsla av sammanhang och agentskap, även om vissa symtom kvarstår.

### *IPT för ätstörda- till vad och för vem?*

Denna studie styrker tidigare antagande att IPT är en effektiv behandling för patienter med ätstörning. I detta fall har ätstörda patienter med egentlig depression erhållit IPT, utan att behandlingen fokuserats på ätstörningen.

Flera av studiens patienter har tidigare erhållit annan, mer beteendeförändrande ätstörningsbehandling. Om IPT hade varit tillräckligt i detta format för att åstadkomma förändring i både depression och ätstörning vet vi inte. Tidigare forskning visar att IPT är verksamt för ätstörning både med och utan fokus på ätstörningssymtom. När ätstörningssymtomen fått uppmärksamhet har effekten dock kommit snabbare (Arcelus et al., 2009; Arcelus et al., 2012; Wilfrey et al., 1998). Förutom att IPT verkar på depressionen kan denna studie stärka idén om att använda IPT som en del i en sekventiell ätstörningsvård. Tidigare utvärdering av IPT i sekventiellt format, fick goda effekter på både ätstörning och depressiva symtom. Studien kom till i samband med att patienter efterfrågade att få jobba även med interpersonella problem, inte bara sin ätstörning (Nevonen & Broberg, 2006). Av våra resultat i KUS-P att döma kan flera deltagare ha tillgodogjort sig tidigare behandling när det gäller ätbeteendet. Det tycks dock ske en fortsatt förbättring framför allt vad gäller ätstörda tankar samt en allmän upplevelse av att mat och vikt inte är lika problemfyllt, när man arbetat med känslor, relationer och depressivitet. IPT kan kanske, oavsett diagnosfokus, tillföra en annan dimension av förändring utöver det som vanligtvis erbjuds denna patientgrupp. Tillfrisknande från ätstörning är en omvälvande process som sker över tid. Att fokusera på interpersonella och känslomässiga utmaningar i stället för ätandet, kan, med stöd av denna studie, behandla restsymtom av ätstörning, som annars riskerar förbli obehandlat.

Depressionssymtomen lättar för studiens deltagare, vilket känns igen från tidigare forskning kring IPT vid samsjuklighet (Markowitz et al., 2008; Poleshuck et al., 2010). Effekten på ätstörningen varierar dock. Likt tidigare forskning, har patienter med bulimiskt beteende med inslag av hetsätning bättre nytta av IPT-behandlingen än patienter med en mer restriktiv/anorektisk problematik avseende ätstörningssymtomen (Murphy, Staebler, Basden, Cooper & Fairburn 2012). Oavsett terapiform, är effekten på anorexi behandling begränsad. I denna studie har majoriteten av patienterna som i sin ätstörning inte förbättrats eller försämrats, en mer restriktiv problematik som inte präglas av hetsätning. Bör ätbeteendet uppmärksammas mer i depressionsfokuserad IPT med ätstörda, ju mer restriktiv/kompenserande problematiken är, även om metoden används i sekventiellt format? Anknypningsstil och den mån man söker skydd i ett invariant ätstört mönster vid uppkomst av kriser och förändring kan vara vägledande. Stödd av tidigare forskning, kan IPT troligtvis stödja tillfrisknande anorektiker i en rollförändring med fokus att försiktigt våga närma sig andra och acceptera sitt nya normalviktiga jag (Markowitz et al., 2008). Att i en interpersonell konflikt kommunicera sina anknypningsbehov och sträva mot ett mer ömsesidigt relaterande, är möjligt en väl stor utmaning för den som är

van att använda svält och kompensatoriska handlingar som en trygg bas i otrygga relationshändelser (Lipsitz & Markowitz, 2013; Young et al., 2012). Oddsén att våga söka interpersonellt stöd för att hantera svåra känslor, som en ersättning för hetsättning, verkar högre.

Samsjuklighet mellan depression och ätstörning är väldokumenterad (Högdahl, 2006). IPT som depressionsbehandling är därmed rimligt inslag i ätstörningsvården, både för att förbättra effekt på annan genomförd/pågående behandling men även då depression utvecklas som ett resultat av själva tillfriskningsprocessen.

### *Varför verkar depressionsbehandling med IPT på ätstörningssymtom?*

IPT presenterar sig som en diagnosfokuserad behandling. Ändå påvisar denna studie liksom andra, att behandlingen även ger effekt på andra tillstånd än det identifierade syndromet (Weisz et al., 2006). Young et al. (2012) undrar om modifieringar av IPT-manualen behövs medan Markowitz et al. (2014) pekar på behovet av anpassning till syndromet vid IPT mot ångest. I metastudien kring IPT vid förstämningssyndrom tenderade effekten vara något högre vid modifierade IPT-manualer, än originalmanualen (Cuijpers et al., 2011). Slutsatserna i tidigare studier tycks skifta. Är IPT enbart symtomreducerande på primärdiagnos, utan modifiering i manualen? Eller kan den betraktas som en transdiagnostisk metod, som med sitt interpersonella tema fångar det aktuella måendet, oavsett diagnos? IPT har i en PTSD-studie, genomförd 2008-2013, visat att befintliga depressionssymtom inte bara minskade när PTSD-problematiken förbättrades. I flera fall var depression modererande till utfallet avseende PTSD (J.M. Markowitz mailkontakt 10 september – 5 oktober 2014). På grund av den hämning depression innebär, kan man tänka att även annan problematik avhjälpas när depressionssymtomen lättar. Young et al. (2012) menar att IPT avhjälpas sekundär ångestproblematik då interpersonella svårigheter och interpersonell oro spelar så viktig roll hos personer med ångestsyndrom. Ätstörningar ger omfattande relationella konsekvenser och betraktas ofta som en lösning på interpersonella problem. IPTs effekt har förklarats av metodens explicita fokus på depression och aktuella stressorer (Brown et al., 2000). Lipsitz och Markowitz (2013) föreslår förändringsmekanismer i IPT; som att känsloladdade relationellt utlösta symtom förändras genom att ta hjälp från andra, minska relationell stress, påbörja ett emotionellt processande och förbättra interpersonella färdigheter. Detta är i linje med forskning som visar att verksam depressions- och ångestbehandling fokuserar på negativa affekter och emotionella problem oavsett diagnos (Weisz et al., 2006). Med tanke på att patienter kan riskera försämrans av terapi, bör påpekas att anknytningsstil, affekttolerans och tidigare interpersonella erfarenheter avgör hur dessa processer kan komma till stånd i en IPT-terapi. Betydelsen att i IPT göra en fokusformulering med emotionell intensitet, har understrukits i tidigare forskning. Kan det vara så att terapeuterna i denna studie,

med sin erfarenhet av patientgruppen, på ett skickligt sätt lyckats formulera ett interpersonellt fokus runt depressionen, som även inrymde affektivt laddade teman kopplade till ätstörningen? Det finns fortfarande utrymme att studera frågan om verksamma mekanismer i IPT och vad som lindrar depression och ångest i stort. Ofta omnämns IPT som en common-factorbehandling (Lipsitz & Markowitz, 2013). Exponering, affektiv närvaro, insikt, mentalisering samt användande av den terapeutiska relationen, är alla representerade i en väl genomförd IPT-behandling (Philips & Holmqvist, 2008). Kanske förklarar detta den generella framgången i förestående terapier. Effekten av den generella sårbarheten var stor (EDI-GPM) och upplevelsen av att bemästra sin situation och sitt mående var signifikant förbättrat (PHQ-9-GAF och KUS-P-GAF).

#### *Symtomförbättring; linjärt eller kumulativt?*

I denna studie finns ett samband mellan symtomförbättring i de bägge tillstånden. Vid veckomätning såg man initialt att symtomen på både depression och ätstörning minskade, för att öka runt session sex. Därefter fortskred förbättringen om än i en försiktig vågrörelse. Vi kan inte dra några slutsatser av detta material. Denna förändringskurva stämmer dock med bilden av förändring i IPT. Interpersonell förändring är icke-linjär, vilket ofta ökar psykiska symtom innan man finner en lösning på problemen (Lipsitz & Markowitz, 2013). Inledningsfasen innebär bekräftelse, avlastning och förståelse, vilket kan förklara en snabb symtomreduktion. Stressen minskar och hoppet ökar i samband med en interpersonell problemformulering som erbjuder en väg ur lidandet. I behandlingsfasen tar terapeuten ett steg tillbaka. Patienten förväntas be om stöd i sin omgivning och att åstadkomma förändringar. Ökad oro inför denna utmaning förklarar kanske våra patienters försämring runt session sex. Young et al. (2012) noterade att deprimerade med komorbid ångest hade en högre stress och behövde mer tid för att åstadkomma interpersonella förändringar och ta sig an sociala färdigheter. Att symtomen hos våra patienter sedan sjunker kan vara resultat av framsteg kring interpersonella problem. Detta är i linje med tidigare forskning kring utfall i psykoterapi. Terapier med lyckat utfall genomgår, enligt Kenneth Howard, faser bestående av upplevelse av hopp och ökat välmående, därefter symtomreduktion och problemlösning av angelägna livsomständigheter. Om detta är uppnått kan terapin leda fram till full remission och en bättre funktionsnivå (Howard, Lueger, Maling & Martinovich, 1993). Med tanke på tidigare forskning kring IPT och ätstörning, som visar att förändringen sker långsiktigt, tillsammans med vetskapen att ångestfyllda personer kan behöva mer tid för att våga gå in i en relationell förändringsprocess, kan man fundera kring om terapier med denna patientgrupp skulle vinna på ett längre format (Fairburn et al., 1993).

## Metoddiskussion

Att som i denna studie, utvärdera effekten av depressionsbehandling med IPT vid samtidig ätstörning har, vad vi vet, inte gjorts tidigare. Depressiva symtom har kunnat behandlas vid andra komorbida tillstånd och bidragit till ökad livstillfredsställelse. Vår studie bidrar med kunskap att även ätstörda patienter som drabbas av depression kan ha effekt av IPT. Då vi valde att utvärdera effekten på både depression och ätstörningssymtom, kan vi konstatera att symtomförbättring sker i bägge tillstånden och att dessa korrelerar. Analys på individnivå visar att många patienter bedöms som klart förbättrade i sina bägge tillstånd. Vi ser här även en variation i resultatet. För- och eftermätning har kompletterats med skattning vid varje tillfälle, i syfte att mäta symtomförändring under terapins gång.

Flera faktorer begränsar generaliserbarheten i resultaten. Under arbetets gång har även nya frågeställningar framkommit. Studien innehåller en liten grupp. Den saknar kontrollgrupp och innehåller ingen uppföljning. Vid eftermätningen blev bortfallet stort, främst på EDI-3, olyckligt med tanke på effektmätningen avseende ätstörningen. Även MADRS-S hade ett visst bortfall. KUS-P, vars syfte var att mäta symtomförändring under terapin, har dock hög svarsfrekvens. KUS-P är väl använd i Sverige både i utvärderande och klinisk verksamhet och är validerat och normerat i en svensk studie som publicerats som uppsats (Fallsdalen Riegler & Sundin, 2009). Vår studie presenterar inte, i de fall det förekommer, vilken vård patienten fått tidigare. Vi har inte heller i detalj tittat på den specifika ätstörningens betydelse eller annan samsjuklighet. Vetskapen huruvida detta var patientens första insats från ätstörningsenheten och/eller om patienten var deprimerad under hela ätstörningsepisoden eller blivit det efterhand, hade möjliggjort ytterligare kunskap kring IPTs betydelse som depressionsbehandling/enskild insats inom ätstörningsvården. Studien presenterar en relationsfokuserad terapi. Designen har emellertid en tydlig slagsida mot diagnos och effekt, på bekostnad av ett interpersonellt perspektiv. Resultaten visar på signifikant symtomreduktion. Även om det inte var vår frågeställning kan man undra hur relationerna har påverkats av terapin och hur behandlingen har påverkats av relationshändelser? Terapierna har inte följsamhetsskattats för olika terapiformer men har följts i handledning av erfarna IPT-terapeuter. Man kan ändå fundera kring varje terapeuts påverkan av innehållet i terapin utifrån sin tidigare terapeutiska position. En annan fråga som dyker upp är hur både innehåll och utfall i terapierna påverkades av terapeuternas erfarenhet av att arbeta med en ätstörd population? Vad hade en IPT-terapeut utan specifik kunskap om ätstörningar *inte* gjort i en depressionsbehandling med denna patientgrupp.

## Slutsatser

Vår studie bidrar med kunskapen att även ätstörda patienter med depression kan ha effekt av IPT.

Inte bara depressionen utan även ätstörningsproblematiken kan avhjälpas vid en depressionsbehandling med IPT.

I denna studie fann vi ett samband mellan förändring i respektive syndrom. Med tanke på hur vanligt det är att framförallt bulimiker drabbas av depression är detta glädjande.

Att med IPT fokusera på interpersonella och känslomässiga utmaningar i stället för ätande, efter genomförd beteendeförändrande terapi, kan framgångsrikt behandla restsymtom av ätstörning, som annars förblivit obehandlat.

Vetskapen att IPT kan fungera på andra tillstånd än depression, utan modifiering av metoden, erbjuder ett behandlingsalternativ för ätstörda patienter, som ej önskar fokusera på ätbeteendet.

Patienter med bulimisk problematik tycks i denna studie svara bäst på terapin. Är det som annan forskning föreslår, att fokus på emotionella problem ger dessa resultat?

Bland deltagarna där effekten på ätstörningen uteblev eller försämrades var en restriktiv problematik överrepresenterad. Kan det vara så att patienter med hetsätning får bättre effekt av behandlingen och att patienter med en mer restriktiv problematik får sämre resultat?

Denna depressionsbehandling visar att upplevelsen av hur man påverkas av sina svårigheter inte längre behöver kännas lika betungande. Vi undrar om detta är ett resultat av interpersonella förändringar eller om man lättare kan förhålla sig till svårigheter när själva depressionen avklingar. Vikten att avhjälpa befintliga depressionssymtom är betydande.

## Förslag till fortsatt forskning

Studiens resultat väcker frågan huruvida modifieringar av manualen behövs vid olika syndrom. Vi föreslår fortsatt utvärdering av IPT i olika format inom ätstörningsvården. Resultat i IPT-terapi, med och utan modifieringar, föreslås jämföras närmre.

Som vi gjort i denna studie, bör fortsatt forskning utvärdera både ätstörnings- och depressionssymtom oavsett diagnosfokus. Det samband mellan symtomförändring i depression och ätstörning som denna studie sett bör förstås ur flera perspektiv.

IPT har hittills inte visats lika effektiv som KBT vid ångest och Markowitz et al. (2014) föreslår anpassningar i manualen utifrån befintlig ångestproblematik. Med hänvisning till den höga samsjuklighet mellan depression och

ångestsyndrom som tidigare nämnts, rekommenderar vi därför att fortsatt forskning även skattar förekomst och symtomutveckling av ångest.

Flera patienter i denna studie har genomgått annan behandling för sin ätstörning tidigare. Tänkbart är att depressionsbehandlingen även lyckats behandla kvarstående restsymtom av behandlad ätproblematik. Vi föreslår att man i en kontrollerad studie jämför effekten av att, efter genomförd ätstörningsbehandling, lägga till IPT i en sekventiell behandling eller att fortsätta med beteendeförändrande terapi med fokus på ätstörning.

Vi rekommenderar en fördjupning kring sambandet mellan negativa affekter, relationshändelser och hetsätning.

Fortsatt forskning om patientfaktorer som modererar utfallet föreslås, som till exempel interpersonell sårbarhet, affektintolerans, rigiditet och osjälvständighet. Projektets datainsamling inkluderade fler skattningsinstrument än vad denna studie inrymmer d.v.s. Erfarenhet i nära relationer (ENR), Working alliance inventory (WAI) och Feeling checklist (FC). Även dessa instrument kan analyseras mot vår studies resultat för att finna samband och bättre förstå utfallet.

Vi föreslår att kvalitativt studera patienters upplevelse om vad man funnit verksamt i terapier som dessa.

Denna studies patienter intervjuades både före och efter behandlingen med Symptomspecific reflective functioning - eating-disorder (SRF-ED), i syfte att mäta symptomspecifik mentaliseringsförmåga. Med tanke på tidigare funderingar kring att livstillfredsställelsen ökar trots kvarstående problem när depressionen lättar, hade det varit intressant att via SRF-ED studera skillnader i mentaliseringsförmåga före och efter depressions-behandlingen. Är det relationsförändring som lindrar psykiskt lidande eller hanterar vi relationer och mående bättre när depressionssymtomen lättar så pass att vi får tillgång till våra tankar och känslor?

## REFERENSER

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed.* Washington, DC: APA.
- Andersson, G. (2012). *Psykologisk behandling vid depression: teorier, terapimetoder och forskning.* Stockholm: Natur Kultur.
- Arcelus, J., Whight, D., Langham, C. L., Baggott, J., McGrain, L., Meadows, L., o.a. (2009). A case series evaluation of a modified version of interpersonal psychotherapy (IPT) for the treatment of bulimic eating disorders: A pilot study. *European Eating Disorders Review*, 17, 260-268.

- Arcelus, J., Whight, D., & Brewin, N. M. (2012). A brief form of interpersonal psychotherapy for adult patients with bulimic disorders: A pilot study. *European Eating Disorders Review, 20*, 326-330.
- Birgegård, A., Björck, C., & Clinton, D. (2010). Quality assurance of specialised treatment of eating disorders using large-scale internet-based collection systems: Methods, results and lessons learned from designing the stepwise database. *European Eating Disorders Review, 18*, 251-259
- Bleiberg, K. L., & Markowitz, J. M. (2005). A pilot study of interpersonal psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry, 162*, 181-183.
- Brown, C., Schulberg, H. C., & Prigerson, H. G. (2000). Factors associated with symptomatic improvement and recovery from major depression in primary care patients. *General Hospital Psychiatry, 22*, 242-250.
- Clausen, L., Rosenvinge, J. H., Friberg, O., & Rokkedal, K. (2011). Validating the eating disorder inventory-3 (EDI-3): A comparison between 561 female eating disorders patients and 878 females from the general population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 3*, 101-110.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 909-922.
- Cuijpers, P., Geraedts, A. S., van Oppen, P., Andersson, G., Markowitz, J. M., & van Straten, A. (2011). Interpersonal psychotherapy for depression: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 168*, 581-592.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., o.a. (1989). National institute of mental health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry, 46*, 971-982.
- Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Carr, S. J., Solomon, R. A., O'Connor, M. E., o.a. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa: A comparative trial. *Archives of General Psychiatry, 48*, 463-469.
- Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Hope, R. A., & O'Connor, M. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa: Longer-term effects of interpersonal



- psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry*, 50, 419-428.
- Fallsdalen Riegler, U., & Sundin, S. (2009). *Normering och validering av självskattningsformuläret KUS-P. Hur ätstörd är normalt att vara*. Örebro: Örebro Universitet.
- Freeman, A., & Rock, G. E. (2008). Personality disorders. i M. A. Whisman, *Adapting cognitive therapy for depression: Managing complexity and comorbidity* (s. 255-279). New York: Guilford Press.
- Gamble, S. A., Talbot, N. L., Cashman-Brown, S. M., He, H., Poleshuck, E. L., Connors, G. J., o.a. (2013). A pilot study of interpersonal psychotherapy for alcohol-dependent women with co-occurring major depression. *Substance Abuse*, 34, 233-241.
- Garner, D. M. (2004). *EDI-3 Eating disorder inventory. Professional Manual*. Florida: Psychological Assessment Resources.
- Gyani, A., Shafran, R., Layard, R., & Clark, D. M. (2013). Enhancing recovery rates: Lessons from year one of IAPT. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 597-606.
- Högdahl, L. (2006). *Ätstörning, psykiatrisk komorbiditet och självbild. En sambandsstudie om samsjuklighet och självbild hos ätstörningspatienter*. Uppsala: Uppsala Universitet.
- Hawley, C., Gale, T., & Sivakumran, T. (2002). Defining remission by cut off score on the MADRS: selecting the optimal value. *Journal of Affective Disorders*, 72, 177-184.
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S., & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 678-685.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348-358.
- Karlsson, H., Säteri, U., & Markowitz, J. C. (2011). Interpersonal psychotherapy for Finnish community patients with moderate to severe major depression and comorbidities: A pilot feasibility study. *Nordic journal of Psychiatry*, 65, 427-432.

- Kendel, F., Wirtz, M., Dunkel, A., Lehmkuhl, E., Herzer, R., & Regitz-Zagrosek, V. (2010). Screening for depression: Rasch analysis of the dimensional structure of the PHQ-9 and the HADS-D. *Journal of Affective Disorders, 122*, 241-246.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., o.a. (2003). The epidemiology of major depressive disorder results from the National Comorbidity Survey replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association, 289*, 3095-3105.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. Basic Books.
- Kroenke, K. S. (2001). Validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine, 16*, 606-613
- Lipsitz, J. D., & Markowitz, J. C. (2013). Mechanisms of change in interpersonal therapy (IPT). *Clinical Psychology Review, 33*, 1134-1147
- Lowe, B., Kroenke, K., Herzog, W., & Grafe, K. (2004). Measuring depression outcome with a brief self- report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Journal of Affective Disorders, 81*, 61-66.
- Lowe, B., Spitzer, R., Grafe, K., Kroenke, K., Quenter A, & Zipfel, S. (2004). Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians diagnoses. *Journal of Affective Disorders, 78*, 131-140.
- Manea, L., Gilbody, S., & McMillan, D. (2012). Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal, 184*, 191-196
- Markowitz, J. C., Kocsis, J. H., Fishman, B., Spielman, L. A., Jacobsberg, L. B., Frances, A. J., o.a. (1998). Treatment of depressive symptoms in human immunodeficiency virus-positive patients. *Archives of General Psychiatry, 55*, 452-457.
- Markowitz, J. C., & Weissman, M. M. (2004). Interpersonal psychotherapy: principles and applications. *World Psychiatry, 3*, 136-139.

- Markowitz, J. C., Kocsis, J. H., Christis, P., Bleiberg, Kathryn, & Carlin, A. (2008). Pilot study of interpersonal psychotherapy versus supportive psychotherapy for dysthymic patients with secondary alcohol abuse or dependence. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 468-474.
- Markowitz, J. C. (2012). *Casebook of Interpersonal Psychotherapy*. USA: Oxford University Press.
- Markowitz, J. M., Lipsitz, J., & Milrod, B. M. (2014). Critical review of outcome research on interpersonal psychotherapy for anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 31, 316-325.
- Murphy, R., Staebler, S., Basden, S., Cooper, Z., Fairburn, C.G. (2012). Interpersonal Psychotherapy for eating disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 150–158
- Nevonen, L., & Broberg, A. (2006). A Comparison of sequenced individual and group psychotherapy for patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 117-127.
- Philips, B., & Holmqvist, R. (2008). *Vad är verksamt i psykoterapi?* Stockholm: Liber.
- Pigeon, W. R., May, P. E., Perlis, M. L., Ward, E. A., Lu, N., & Talbot, N. L. (2009). The effect of interpersonal psychotherapy for depression on insomnia symptoms in a cohort of women with sexual abuse histories. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 634-638.
- Poleshuck, E. L., Talbot, N. E., Zlotnick, C., Gamble, S. A., Xiang, L., Xin, T., o.a. (2010). Interpersonal psychotherapy for women with comorbid depression and chronic pain. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 597-600.
- Poleshuck, E., Gamble, S., Bellenger, K., Lu, N., Tu, X., Sörensen, S., o.a. (2014). Randomized controlled trial of interpersonal psychotherapy versus enhanced treatment as usual for women with co-occurring depression and pelvic pain. *Journal of Psykosomatic Research*, 77, 264-272.
- Rafaelli, A. K., & Markowitz, J. C. (2011). Interpersonal Psychotherapy (IPT) for PTSD: A case study. *American Journal of Psychotherapy*, 65, 205-223.
- SBU (2004). *Behandling av depressionsjukdom. En systematisk litteratur översikt.* Hämtad 20 november, 2014 från

[http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/depression\\_2004/Sammanfattn\\_slutsats.pdf](http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/depression_2004/Sammanfattn_slutsats.pdf)

- Stuart, S., & Robertson, M. (2012). *Interpersonal Psychotherapy. A Clinician's Guide*. Hodder Education.
- Svanborg, P., & Ekselius, L. (2003). Self-assessment of DSM-IV criteria for major depression in psychiatric out- and inpatients. *Nordic Journal of Psychiatry*, *57*, 291-296.
- Svanborg, P., & Åsberg, M. (1994). A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the comprehensive psychopathological rating scale. *ACTA Psychiatrica Scandinavica*, *89*, 21-28.
- Weisz, J. R., McCarty, C. A., & Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *132*, 132-149.
- Whight, D., Meadows, L., McGrain, L., Langham, C., Baggot, J., & Arcelus, J. (2011). *IPT-BN(m) Interpersonal Psychotherapy for Bulimia spectrum disorders: a treatment Guide*. Leicester: Troubador.
- Wilfley, D., Frank, M., Welch, R., Spurrell, E., & Rounsaville, B. (1998). Adapting Interpersonal psychotherapy to a group format (IPT-G) for binge eating disorder: Toward a model for adapting empirically supported treatments. *Psychotherapy Research*, *8*, 379-391.
- Young, J. F., Mufson, L., & Davies, M. (2006). Impact of comorbid anxiety in an effectiveness study of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *45*, 904-912.
- Young, J. F., Makover, H. B., Cohen, J. R., Mufson, L., Gallop, R. J., & Benas, J. S. (2012). Interpersonal psychotherapy-adolescent skills training: anxiety outcomes and impact of comorbidity. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *41*, 640-653.