

IPT-BN(m)

Översättning av

**"Interpersonal Psychotherapy for Bulimic Spectrum Disorders:
A treatment Guide"**

**Författad av Debbie Whight, Lesley Meadows, Lesley McGrain,
Chris Langham, Jonathan Baggot och Jon Arcelus.**

Översatt till svenska av Börje Lech.

Det engelska originalet finns att köpa på Matador, 5 Weir Road, Kibworth Beachamp, Leicester LE8 01Q, UK, tel +441162792299, books@troubador.co.uk, web:www.troubador.co.uk/matador

Detta är en översättning av den manual för den modifierade form av IPT som används vid Leicester Eating Disorder Service för behandling av patienter med "bulimispektrumstörning" (binge eating spectrum disorders) inklusive bulimia nervosa, hetsättningsstörning(BED), atypisk bulimia nervosa (ICD-10) och ätstörning UNS av bulimisk valör (DSM-IV).

IPT-BN(m) följer i stort samma IPT format som den variant som ursprungligen beskrevs av Klerman et al (1984) för behandling av depression. Det finns dock vissa väsentliga skillnader som senare kommer att förklaras i detalj. Det antas att läsaren känner till IPT för depression (Klerman och Weismann, 1984), har uppnått nivå A (ackrediterats för att ha deltagit i en workshop om IPT om 3-4 dagar) och har någon erfarenhet av att ha praktiserat IPT under

handledning. Det är också bra om läsaren har en god kunskap och erfarenhet av att arbeta med människor som lider av ätstörning av bulimisk art.

Översikt

IPT-BN(m) använder en tidram om 12-20 veckovisa sessioner. Det vanligaste antalet sessioner är 16 som i stort kan sägas omfatta tre faser: 4 sessioner som omfattar en bedömningsfas, 10 som omfattar en mellan eller arbetsfas, och 2 som utgör avslutningsfasen. Dessutom finns enligt modellen en session (session 0) innan behandlingen där patienten och terapeuten överenskommer om målet med behandlingen och där modellen förklaras för patienten.

Sessionerna kan utökas upp till 20 stycken om detta anses vara kliniskt lämpligt. Detta ska i så fall överenskommas med patienten så nära starten av terapin som möjligt, helst innan, och inte läggas till vid slutet av terapin eftersom det kan påverka kraften hos avslutningsfasen.

Antalet sessioner kan också minskas om detta verkar kliniskt relevant för den enskilde patienten, men återigen ska detta överenskommas med patienten så nära terapistarten som möjligt och inte ske genom att klippa bort sessioner nära slutet av terapin.

Selektion av patienter för IPT-BN(m)

IPT-BN(m) är lämplig för patienter vars diagnos faller inom ett spektrum av bulimiska problem såsom de klassificeras med ICD-10

(bulimia nervosa eller atypisk bulimia nervosa) eller DSM-IV (ätstörning UNS med bulimisk problematik, hetsätningsstörning (BED) eller bulimia nervosa).

IPT-BN(m) är ämnad för patienter med ett BMI över 18 eftersom det är en fokuserad korttidsbehandling. Patienter med låg vikt eller som faller hastigt i vikt är troligen inte lämpliga för IPT-BN(m).

Patienter med komorbiditet behöver nödvändigtvis inte uteslutas men man bör använda sin kliniska bedömning för att avgöra om patienten är lämplig eller ej. En patient som normalt inte anses som lämplig för samtalsterapi är troligen inte heller lämplig för IPT-BN(m).

Terapeutisk kompetens & kvalifikation

Det rekommenderas att användaren är kvalificerad för nivå B enligt de internationella, Brittiska och Svenska riktlinjerna för IPT. Användaren bör känna till och vara tränad i användandet av IPT för depression samt ha blivit godkänd vid en ackrediterad IPT-utbildning om 3-4 dagar och ha någon tidigare erfarenhet av att utföra IPT under handledning.

Det är också bra om användaren av manualen har en god kunskap och erfarenhet av att arbeta med människor som lider av bulimispektrumstörning.

Inledningen

Sessionerna 0-4

Uppgifter

- Förklara IPT-BN(m)
- Åtaganden och avtal mellan patient och terapeut om terapi
- Överenskommelse kring mål med terapin
- Bedömning av ätstörning – pågående och historiskt
- Bedömning av depression och förstämningssyndrom – pågående och historiskt
- Matdagbok introduceras
- Färdigställ interpersonellt inventarium inklusive närhetscirkel
- Färdigställ tidslinje
- Börja identifieringen av kopplingar mellan sinnestämning, ätande och relationer
- Komma överens om fokusområde för terapin.

I stort sett är inledningsfasen i IPT-BN (m) lika detaljerad som den ursprungliga IPT- för depression (Klerman & Weisman, 1984). Målet med dessa sessioner är att få en klar bild av de pågående problemen tillsammans med en historia kring tidigare svårigheter och interpersonella händelser. Detta möjliggör för terapeuten och patienten att identifiera områden med pågående svårigheter, komma överens om realistiska behandlingsmål och upprätta ett fokus för terapin. Områden som ska bedömas inkluderar sinnestämning, interpersonellt nätverk, historiska händelser (tidslinje) och ätstörningssymtom. Terapeutens huvudsakliga uppgift är att hjälpa patienten att få förståelse för hur svårigheter inom dessa olika områden påverkar varandra, och att utifrån

patientens individuella situation komma överens om fokus för behandlingen.

Vid slutet av den fjärde sessionen kommer terapeuten förhoppningsvis att ha bra kunskap om patienten har förmåga att komma tillrätta med sina problem med hjälp av IPT-BN(m). Modellen är inte lämplig för alla så om IPT-BN(m) känns som fel modell för patienten bör man överväga andra behandlingsstrategier tillsammans med patienten. Det finns ingen definitiv riktlinje för när IPT-BN(m) är olämplig men ett pågående psykotiskt tillstånd, drogmissbruk eller betydande kognitiv nedsättning är troligen förenat med dåligt utfall. IPT-BN(m) är i första hand en öppenvårdsbehandling men de första sessionerna kan påbörjas medan patienten behandlas i annan regim, exempelvis avdelningsvård. Att inte hela terapin bör ske medan patient är på exempelvis en avdelning är för att patienten måste få tillfälle att praktisera sina kunskaper mellan sessionerna och bygga sitt interpersonella nätverk. Något som troligen är svårt som avdelningspatient.

Ibland klarar inte patienten att koppla interpersonella svårigheter till sitt ätande eller sinnesstämning. Detta är vanligast i början av behandlingen men förbättras för det mesta i och med att terapin går vidare. Om terapeuten upplever att patienten inte tycker att terapin är hjälpsam bör man överväga att avsluta terapin i form av IPT-BN(m). Detta ska i så fall ske genom ett öppet och explicit samtal med patienten men inte med utgångspunkt i patientens oförmåga att engagera sig i terapin utan i terapins olämplighet för patientens behov. Alternativa behandlingsmöjligheter bör övervägas och utforskas med patienten.

Terapeutens roll

Terapeuten är aktivt deltagande under de första sessionerna. Uppgiften är framförallt att samla information kring patientens historia, presenterade problem, interpersonella värld och förväntningar på behandlingen. Terapeuten hjälper också patienten med att göra kopplingar mellan deras svårigheter och deras interpersonella problem. Detta kan innebära vissa svårigheter, speciellt som hemlighetsfullhet ofta är ett problem vid hetsättningsstörning och bulimi. Att avslöja detaljer kring sitt ätande, begränsningar av ätandet, hetsättningsbeteende eller kränkningar kan vara otroligt smärtsamt för patienten och det kan ta ett par sessioner innan de känner att de kan lita på terapeuten tillräckligt mycket för att kunna prata om dessa problem.

Terapeuten måste vara känslig för patientens möjliga smärta men ändå genomföra uppgiften. Det kan vara lämpligt att återkomma till känsliga områden i senare sessioner för att komplettera och fullborda undersökningen och bedömningen – det är viktigt att vara medveten om att bedömningen är ett flexibelt instrument. Bedömningen kan och kommer att förändras över tid. Det är inte ovanligt att patienter med en ätstörning rör sig mellan olika diagnostiska kriterier – exempelvis kan en patient som initialt bedöms ha en hetsättningsstörning börja begränsa sitt ätande eller vice versa. Bedömningen som görs under de initiala sessionerna är ögonblicksbilder av de pågående problemen – uppgiften för terapeuten är att hjälpa patienten att förena ätstörningen med de interpersonella problemen.

Terapeuten behöver engagera patienten i terapin. En fördomsfri inställning och en empatisk förståelse för patientens svårigheter kan vara oerhört viktig för att få förtroende – och därmed engagemang – från patienten. Om patienten avslöjar smärtsamma händelser så gör en empatisk kommentar och koppla det till det interpersonella sammanhanget. Exempelvis kan en patient under de tidiga sessionerna prata om sin döda morfar. Hon är upprörd och tårögd. Terapeuten kan säga "jag ser att

tankarna på din döda morfar verkligen upprör dig och gör dig ledsen. Det kan vara väldigt svårt när man förlorar någon. Kan du berätta lite om honom – hur var han?" Detta möjliggör för patienten att känna sig känslomässigt validerad och samtidigt uppmuntrad att utforska vad som har förlorats i hennes interpersonella värld efter hennes sorg.

Terapeuten behöver också vara tydlig med gränserna i terapin. Sessionerna är veckovisa och engagerandet i regelbundna sessioner är en viktig del av terapin. Veckovisa terapiesessioner hjälper till att bevara intensiteten i behandlingen samtidigt som det också ger patienten tid att praktisera uppgifter mellan sessionerna. Det är också hjälpsamt att räkna ner varje session, att låta patienten veta var de befinner sig i terapin och hur många sessioner som är kvar – exempelvis "nu är vi på samtal två, vi har fjorton kvar". Detta hjälper till med att starta avslutningsprocessen och tydliggör att terapin är en korttidsbehandling. Detta fungerar i sin tur som ett incitament för patienten att genomföra förändringar i terapin eftersom de är medvetna om hur mycket tid de har ända från början. Det är också viktigt för terapeuten att hålla sig till gränserna för terapin – att starta i tid, sluta i tid och alltid fastslå datum och tid för nästa möte vid slutet av sessionen. För att undvika förvirring ska man helst komma överens om datum och tid till alla sessionerna i början på terapin. Patienter med hetsättningsstörning kan ha en väldigt kaotisk livsstil och en stabil struktur kan därför vara extra hjälpsamt för dem.

Det är också viktigt att terapeuten är ärlig kring begränsningarna i IPT-BN(m). Även om du för att engagera patienten i behandlingen ska sälja fördelarna med IPT-BN(m) som en effektiv behandling för patientens ätstörning (Arcelus et al 2009, 2011) så kommer den inte att fixa allt i patientens liv – den kan hjälpa patienten att lära sig de färdigheter hon behöver för att genomföra förändringar i livet men det är inte troligt att hon är helt "frisk" vid slutet av terapin. Man kan anta att patienterna är signifikant bättre och all evidens

pekar mot att denna förbättring fortsätter efter att terapin slutat (Fairburn 1993, Agras 2000).

Patientens roll

Patienterna behöver veta vad som förväntas av dem i terapin. De behöver få en förklaring kring vad som ingår i IPT-BN(m) och en förståelse för deras roll i detta.

Patienten behöver vara aktivt engagerad och involverad genom hela terapin. Desto mer de bidrar själva och engagerar sig desto mer kommer de att få ut av den.

Initialt ska patienten vara beredd att dela sina bekymmer och problem med terapeuten och kunna lyssna på terapeuten, arbeta med denne för att begripliggöra de pågående bekymren och sätta realistiska mål med behandlingen. Patienten behöver också kunna komma till alla överenskomna sessioner och genomföra alla överenskomna uppdrag mellan sessionerna.

Patienten förväntas också uppmärksamma och notera sina symtom varje vecka och att ta med sig all relevant information kring det överenskomna fokusområdet till sessionerna. Förändring i symtom är ofta en markering på interpersonella händelser. Att klara av att länka interpersonella händelser till det överenskomna fokusområdet är en viktig förmåga för patienten att lära sig.

Session 0

I IPT-BN(m) ingår en session nummer 0, en enskild session innan behandlingen som gör det möjligt för terapeuten att tillsammans

med patienten klargöra vad som är de aktuella problemen, diskutera behandlingsalternativ, och att presentera behandlingsmodellen. Det är viktigt att patienten har en bra förståelse av vad som ingår i terapin innan man börjar. I IPT-BN(m) ingår ett åtagande av både terapeuten och patienten om 16 veckors hårt arbete, att närgånget studera det komplicerade förhållandet mellan känslor, mat, kropp och patientens interpersonella värld. En tydlig förståelse kring vad man åtar sig ökar patientens engagemang och allians med terapeuten, ökar närvaron på terapisesioner och därmed chanserna till lyckat resultat i behandlingen. Det är också ett tillfälle för patienten och terapeuten att komma överens om terapins gränser och att planera behandlingssessionerna.

Ibland har patienten varit på väntelista för behandling ett tag. Terapi kanske inte erbjuds med samma person som gjorde den ursprungliga bedömningen och väsentlig tid kan ha flutit från den initiala bedömningen till och erbjudandet om behandling. Session 0 innebär en möjlighet för patienten och terapeuten att mötas och utvärdera förändringar som kan ha efter den första kontakten och att klargöra patientens förväntningar på behandlingen.

Uppgifter

Pågående ätstörningssymtom identifieras och alla förändringar sedan föregående bedömning noteras. Alla medicinska interventioner som kan behövas organiseras vid denna session (om de inte nyligen gjorts). En patient som kräcks eller använt laxermedel kan behöva ta blodprov, EKG, och få en medicinsk genomgång. Terapeuten är förebyggande proaktiv i att hjälpa patienten med detta. Det antas att patienten ska börja ta hand om och ta mer ansvar för sig själv allteftersom behandlingen framskrider, men vissa patienter kan tycka att detta är för svårt att göra själva. Detta kan vara beroende av nivån på eventuell

depressiv svikt, skam omkring sin sjukdom och diagnos eller andra orsaker. I vilket fall är det viktigt att terapeuten hjälper patienten att komma över dessa hinder. Detta kan vara en avgörande faktor i engagemanget för behandlingen. Terapeuten kan behöva arrangera ett möte med en läkare för en genomgång av patientens medicinska status, ge patienten remiss till vårdcentral för kontroll av blodstatus eller skriva ett brev åt patienten för att förmå denne att få den hjälp som behövs. Detta ökar patientens engagemang för behandlingen och hjälper patienten att förstå sina bekymmer inom en medicinsk modell, som en del av deras sjukdom, vilket i sin tur hjälper dem att acceptera sjukrollen (se session 1).

Matdagbok introduceras. Terapeuten förklarar för patienten att denne måste föra en noggrann dagbok över exakt vad som händer med dennes problematiska ätbeteende så att de kan börja förstå sammanhanget kring deras problem. Detta hjälper dem att identifiera vad som utlöser hetsätningar och eventuella kräkningar, identifiera vilka strategier patienten använder för att hantera sina symtom och om dessa är effektiva. Det är viktigt att dagboken är ifylld i nutid (när det händer) och inte retrospektivt eftersom det inte är ovanligt att patienter glömmer detaljer i sitt ätbeteende över tid. Tankar och känslor i anslutning till dessa beteenden beskrivs också i matdagboken.

Patienterna vägs normalt inte som en del av IPT-BN(m) om inte detta känns kliniskt relevant. Patienter med ätstörning väger ofta sig själva antingen allt för ofta eller inte alls. Detta ska diskuteras öppet med patienten och de kan behöva psykoedukation kring vikt och hur den kan tänkas förändras under terapin. Vikt fluktuerar naturligt under en vanlig dag och därför ger ett frekvent vägande en orealistisk bild om förändring.

Patienter kanske vill väga sig själva för att kunna följa eventuella förändringar men detta bör inte ske oftare än en gång i veckan såvida det inte finns exceptionella anledningar, exempelvis medicinska. Patientens vikt kan komma att förändras något under

terapiens gång men troligare är att vikten förhåller sig rätt stabil om de följer de råd som de får. Varje större förändring kan tas upp i terapin.

Patienten avråds från att gå på någon form av diet eller att försöka att förändra sin vikt. Detta kan vara kontraproduktivt i terapin där terapeuten försöker hjälpa patienten att äta mer normalt utan att hetsäta eller kräkas.

Terapeuten kan nu också börja försöka etablera en djupare terapeutisk relation med patienten. Patienten har med denna session också ett tillfälle till att tillsammans med terapeuten identifiera sina aktuella problemområden och vad man vill arbeta med i en eventuell terapi. Terapeuten får en förståelse av patientens perspektiv på problemen och förväntningar på behandlingen. Detta möjliggör för terapeuten att förklara IPT-BN(m) och hur behandlingen går till. Kopplingar mellan patientens ätstörningssymtom, känslomässiga förändringar och interpersonella svårigheter kan uppmärksammas och en förklaring kring hur IPT-BN(m) kan hjälpa patienten inom dessa områden kan ges.

Behandlingsmodellen i IPT-BN(m) diskuteras öppet med patienten. Terapeuten berättar om upplägget av terapin och sessionerna, exempelvis bedömningsfasen, tidpunkt och varaktighet på sessionerna, förväntningar på och från patienten, förväntningar på och från terapeuten. Syftet är att patienten ska få en klar och tydlig förståelse av terapin.

Om man bedömer att ytterligare undersökningar behövs kan man diskutera detta med patienten i denna session. Psykoedukation kring ätstörningen eller andra hälsorisker ges en framträdande roll. Vikten i att förstå ätstörningens aktuella sammanhang och vad som vidmakthåller den understryks.

Terapeuten behöver initialt ha en god förståelse kring vad som är patientens aktuella ätstörningsbekymmer. Även om detta redan är undersökt kan patienten ha befunnit sig på väntelista till behandling ett tag och symtomen kan ha förändrats. Ibland har de förbättrats och patienten kanske inte längre är i behov av någon behandling. Oftast har det kanske skett en försämring. Det kan vara hjälpsamt att använda ett välvaliderat utvärderingsinstrument för ätstörningar för att försäkra sig om att alla områden har undersökts. Terapeuten behöver veta vad som är patientens aktuella problem och vad de behöver hjälp med.

SESSION 1

Uppgifter

- Uppdatering av pågående ätstörning
- Genomgång av matdagbok
- Introducera strukturerat ätande
- Utvärdera känslotillståndet och diagnostisera eventuell depression om det är lämpligt
- Introducera sjukrollen
- Börja koppla känslotillstånd med ätproblemen

Liksom vid IPT för depression räknar terapeuten ner sessionerna för patienten genom att t ex säga " detta är session 1, vi har 15 kvar". Detta hjälper patienten att förhålla sig till den tidsbegränsade strukturen i IPT och hjälper dem att motivera sig att genomföra förändringar.

Det några uppgifter som behöver genomföras under de första samtalen även om dessa är löst strukturerade för att möjliggöra för

terapeuten att kunna förhålla sig på ett riktigt sätt till patientens kliniska situation.

Patientens pågående ätstörningssymtom undersöks – som också blev utredda under session 0 – och varje förändring noteras. Det kan vara lämpligt att erbjuda fortsatt psykoedukation om deras ätstörning. Patienten ombeds dela sin matdagbok som de fört sedan session 0 med terapeuten. Terapeuten och patienten går igenom dagboken tillsammans och försöker identifiera när och hur det går bra och när och hur svårigheter uppstår. Möjliga förklaringar till detta diskuteras och terapeuten uppmärksammar det interpersonella sammanhanget som problemen uppstår i. En del patienter gör dessa kopplingar själva. Exempelvis kan de säga "jag hade ett gräl med min pojkvän i torsdags kväll och hetsåt strax efteråt". Andra patienter kan ha svårt att se sambandet och då kan detta undersökas. Alternativ strategier kan föreslås. Exempelvis kan man säga " hade du kunnat göra något annat efter bråket som inte fått dig att hetsäta utan kanske hindrat dig från det?" och terapeuten är aktiv i att föreslå olika lösningar och alternativa strategier. Terapeuten intar en positiv hållning när det gäller IPTs möjligheter att hjälpa patienten att lösa sina problem.

Terapeuten bör diskutera användandet av en strukturerad kostplan för att hjälpa patienten att äta på ett regelbundet och hälsosamt sätt, reducera risken för hetsätningar och hjälpa dem att få en känsla av kontroll inom ett område där de kan ha varit van att känna sig väldigt mycket utan kontroll. Idén till ett strukturerat ätande är hämtat från Fairburns bok "Overcoming Binge Eating" (I svensk översättning - Att övervinna hetsätning), som det dessutom kan vara lämpligt att uppmana patienten att läsa. Ett strukturerat ätande innebär att utifrån vad som passar patientens livsstil med regelbundna tidsintervall äta tre huvudmål och tre mellanmål per dag. Det finns flera generella regler kring strukturerat ätande:

1. Måltider och mellanmål ska vara planerade när detta är möjligt.
2. Gör allt för att äta på överenskomna tider, men huvudmål och mellanmål kan växlas om, om detta är nödvändigt.
3. Undvik långa uppehåll mellan måltider/mellanmål – inte mer än 4 timmar som en generell regel.

Logiken bakom ett strukturerat ätande är att hetsätningar ofta uppstår utifrån ett biologiskt behov av att äta – om patienten inte äter tillräckligt, och det är vanligt bland patienter med hetsätning att de har perioder när de försöker svälta sig själva eller försöker hålla en restriktiv diet, så ökar styrkan i kroppens naturliga önskan att hitta mat. Med andra ord, när en möjlighet att äta presenteras är sannolikheten för överätning eller hetsätning för att uppfylla detta biologiska behov av mat mycket större. Om en patient äter regelbundet är det mycket mindre sannolikt att det händer. Vikten av att äta tillräckligt mycket betonas också, eftersom många patienter försöker kompensera för hetsätningens beteende genom att inte äta eller äta mycket lite på andra tider. Behovet av mat för att leva är avgörande. Regelbundet ätande bidrar också till att åtgärda eventuella invanda mönster kring hetsätning.

Nästa uppgift är att bedöma patientens sinnesstämning och identifiera eventuella depressiva symtom. I Leicester används Hamiltonskalan för depression medan vi i RIKSÄTS studie använder MADRS och vid varje session PHQ-9. Om så önskas kan ett alternativt men validerat instrument användas för mätning av depressionssymtom – oavsett vilket som väljs måste man fortsätta att använda samma under hela behandlingen.

Poängen på MADRS delas öppet med patienten och eventuella depressiva symtom eller depressiv sjukdom benämns. Detta hjälper patienten att förstå sammanhanget för sina eventuella depressiva

symtom, sätta ett namn på detta och börja tänka på hur de kan hjälpa sig själva. Om patienten bedöms ha en klinisk depression kan det vara lämpligt att diskutera med patienten huruvida antidepressiva läkemedel kan vara till hjälp. Skälet till detta kan förklaras som att det är en lämplig behandling för ett kliniskt tillstånd. Terapeuten kan behöva prata om den eventuella depressionen och hur den visar sig i patientens symptomprofil. Psykoedukation är ett mycket användbart verktyg för att hjälpa patienten att förstå sin depression och ta itu med de problem som den orsakar. Det kan vara till stor hjälp för patienten att förstå att deras erfarenheter är en följd av en sjukdom, inte att de "blivit tokiga" eller att det handlar om en personlighetsförändring och att det kan bli bättre. Terapeuten förhåller sig positiv, uppmuntrar patienten att acceptera sitt tillstånd och att erbjuder hopp om att det kan bli bättre.

Terapeuten pratar med patienten om "sjukrollen", på samma sätt som vid IPT för depression. Tanken är att patienterna ska acceptera sin sjukdom och de begränsningar denna innebär och börja minska pressen på sig själv för en tid. Det kan vara till stor hjälp att jämföra depression och ätstörningar med en fysisk sjukdom där patienten kan känna det som "tillåtet" att ha ledigt ett tag tills patienten börjar återhämta sig. Det är ofta så att patienter med "bulimispektrumstörningar" presterar över genomsnittet eller har perfektionistiska drag, vilket kan leda till starka känslor av otillräcklighet. "Sjukrollen" hjälper patienten tänka kring förändringar de kan göra i deras liv för att underlätta saker och ting medan de kämpar med sin ätstörning och/eller sinnestillstånd. Det är bra för patienten att fundera på människor omkring dem som kanske kan erbjuda någon form av praktisk hjälp, till exempel med hushållssysslor eller skolan, men även hur hon kan vara snälla mot sig själv, till exempel tillåta sig ledig tid från arbetet om det behövs eller göra något som hon gillar.

Ofta har patienten använt mycket energi på att dölja sitt ätbeteende och/eller sinnestämning från människor i deras

närhet och de har ofta svårt att låta andra veta om sitt lidande. Hur som helst, att acceptera och ta på sig "sjukrollen" kan vara ett tecken på flera positiva resultat av terapin, så patientens acceptans av sjukrollen bör aktivt uppmuntras av terapeuten. Allteftersom terapin fortskrider ska terapeuten uppmuntra patienten att gradvis återuppta sina tidigare roller men med en mer hälsosam balans.

För vissa patienter kan "sjukrollen" ha blivit ett problem i sig, de kan till exempel ha dragit sig tillbaka från alla aktiviteter, ligga i sin säng större delen av dagen eller skurit av alla sociala kontakter. I så fall är det viktigt att tillsammans med patienten fundera kring hur hon kan börja bli mer aktiv och börjar återupprätta sitt sociala nätverk. Detta måste få vara en gradvis process där terapeuten intar en stödjande och uppmuntrande roll.

Återigen, terapeuten börjar med att skapa länkar mellan patientens ätstörningssymptom och depressionssymtom och lägger på så sätt grunden för patientens förståelse kring förhållandet mellan sina svårigheter. Vissa patienter börjar själva mycket snabbt göra egna länkar, andra kan ta längre tid på sig, men terapeuten behöver alltid hjälpa till med att sätta igång denna process, som sedan fortsätter under hela behandlingen.

Om det inte finns några tecken på en depressiv sjukdom, ska terapeuten ändå introducera idén om en "sjukroll" i förhållande till patientens ätstörning. Som vid depression, är tanken att uppmuntra patienten att tänka kring sin sjukdom och att acceptera eventuella begränsningar eller svårigheter som uppstår utifrån den. Patienten uppmuntras att tänka på terapin som en möjlighet att ta itu med sin sjukdom och att söka adekvat hjälp och stöd från omgivningen. Att överväga detta kan vara svårt för patienten eftersom patienter med ätstörningar ofta håller sitt tillstånd dolt och därför kan vara mycket ovilliga att diskutera sina problem med andra. Det kan ibland vara hjälpsamt om patienten uppmuntras att tänka på alla svårigheter hon/han har som är kopplade till ätstörningen och hur patienten kan få stöd för att ta

itu med dessa. Till exempel kan patienten kanske se att hon/han är mer benägen att hetsäta på kvällarna när hon/han är på egen hand – och som en del i att erkänna sina svårigheter och undersöka hur det interpersonella nätverket kan användas kan terapeuten uppmuntra patienten att söka sällskap, i verkliga livet, per telefon, via e-post eller liknande. Istället för att behöva avslöja sin ätstörning kan det vara användbarare för patienten att uppmuntras att identifiera känslorna bakom driften att hetsäta och ta itu med detta. Till exempel skulle patienten kunna säga "Jag är ensam och undrade om du kanske har tid att chatta?". Terapeuten kan behöva hjälpa patienten att identifiera människor i patientens interpersonella nätverk som kanske kan ge detta stöd, eftersom patienten kan vara mycket motvillig i att låta andra få reda på sina svårigheter.

I början av varje veckosession görs en kort genomgång av symptom. Det kan vara en granskning av endast ätstörningssymptom, men om en depression har identifierats ska även symptom på detta gås igenom. Dessa symptom undersöks genom hela behandlingen eftersom de ofta kan vara markörer för viktiga interpersonella händelser. Inom Riksätprojektet använder vi även KUSP och PHQ-9 för denna genomgång.

Session 2

Uppgifter

- Nedräkning antal sessioner
- Genomgång av symptom
- Genomgång av matdagböcker
- Genomgång av sjukroll
- Lämplig psykoedukation

- Slutför tidslinjen

Session två inleds med att överenskomma och slå fast antalet sessionen och en nedräkning av hur många som är kvar. Efter detta görs en kort genomgång av symtom. Detta innebär en genomgång av ätstörningssymtom och depressiva symtom om sådana finns. Detta ska endast göras helt kort och terapeuten kan sedan försöka hjälpa patienten att identifiera länkar mellan sitt ätande, relationer och känslomässiga mående. Terapeuten ska också undersöka hur väl patienten har kunnat ta på sig "sjukrollen", vad de har förmått andra att hjälp till med eller underlätta under veckan. Matdagböckerna granskas och patienten uppmanas att försöka hålla sig till en strukturerad plan över sitt ätande. Samtidigt uppmuntrar terapeuten patienten att koppla ihop eventuella förändringar i symtom med interpersonella händelser som skett under hela veckan.

Beroende på hur väl patienten lyckas med att föra sina matdagböcker och strukturera sitt ätande kan terapeuten behöva ägna mer tid till psykoedukation kring ätstörningen med patienten. Vissa människor arbetar genast bra med strukturerat ätande, andra kan behöva längre tid eller behöver anpassa planen mer till sina egna specifika behov. I IPT-BN (m) ska man vara lyhörd för den enskildes behov så att sessionerna, även om de är strukturerade, kan skräddarsys för varje person.

Terapeuten ska uppmuntra patienten att föra noggranna matdagböcker. Efter att ha infört strukturerat ätande under första sessionen kommer terapeuten nu att behöva komma underfund med hur patienten hanterar detta och arbeta med att lösa eventuella problemområden. Patienter kan kämpa för att äta tillräckligt under dagen eller hoppar kanske regelbundet över måltider eller mellanmål. Terapeuten ska hjälpa patienten att tänka kring hur patienten kan anpassa planen till sig själv samtidigt

som patienten måste anpassa sig till förutsättningen om 3 huvudmåltider och 3 mellanmål om dagen.

Kräkningar och andra självrensningsbeteenden samt kompensatoriska beteenden som överträning eller bantningspiller ska ha antecknats i dagboken. Vid session två avråds patienten bestämt från att använda något av dessa beteenden. Generellt ombeds patienten att stoppa vad de gör, men de behöva successivt trappa ned antalet episoder av beteendet innan det kan stoppas helt. Återigen kan terapeuten hjälpa patienten att använda problemlösningstrategier för att ersätta dessa ohjälpsam beteenden med bättre alternativ. Det kan initialt vara svårt för patienten att generera idéer om saker som de kunde göra istället för att kräkas eller ta laxermedel. Så terapeuten kan i första hand behöva vara mer direktivet och lämna förslag på saker som patienten kan prova. Om patienten har en god förståelse för vad ni försöker att göra tillsammans är det mer sannolikt att patienten kommer att engagera sig i terapin och pröva på nya strategier.

Nästa uppgift är att få en korrekt bild av den aktuella ätstörningsepisoden av och/eller depressionsepisoden. En tidslinje registreras, med början vid det senaste insjuknandet och genom att även titta på det interpersonella sammanhanget för detta. Terapeuten undersöker också tidigare episoder av sjukdom, vad som har hjälpt vid förbättringar tidigare och vad som inte har hjälpt. Man tittar också på vad som hände i patientens liv i form av relationer runt denna tid. Som vid IPT för depression är det den senaste episoden av lidande som man tittar på först och sedan alla andra. Detta hjälper patienten att fokusera på aktuella händelser och svårigheter samtidigt som man tar hänsyn till deras historia. Medan de flesta människor kan minnas tillfällena då de har varit sjuk innan, kan det vara svårare att tänka på den interpersonella ramen kring detta mående. Det är därför viktigt att uppmana patienten på lämpligt sätt att minnas. Terapeuten söker efter områden med problem i relationer både till följd av sjukdomen och före insjuknandet.

Exempel Patient A

T. Kan du berätta lite om vad som hände i ditt liv ungefär samtidigt som din ätstörning började?

P. Tja, jag hade precis börjat mitt nya jobb på tryckeriet. Jag var ganska exalterad över det, det var en fantastisk möjlighet och jag hade letat efter en chefsposition i ett par år. Jag förstår inte varför det gick så fel när jag egentligen var så glad över jobbet.

T. Var detta jobb i samma företag där du hade varit ett tag?

P. Ja, jag hade varit där i 8 år så jag hade många vänner och kände de flesta där.

T. Berätta lite om jobbet?

P. Jag blev chef över morgonskiftet, så min roll var att vara där vid 06:00 och se till att allt gick smidigt hela morgonen. Jag var tvungen att delegera jobb till personalen och bestämma vem som gjorde vad. Det var svårt ibland, eftersom jag visste vilka områden mina vänner tyckte om att arbeta med och jag var ändå tvungen att be dem att arbeta inom andra områden ibland. Det fick mig att känna lite obehag faktiskt.

T. Hur obehagligt kunde det bli?

P. En av mina närmaste vänner, Berit, blev mycket arg när jag bad henne att täcka upp inom ett område som hon inte gillade att arbeta i. Jag var tvungen att be henne att göra det, det fanns ingen annan som kunde göra det, men hon blev mycket arg på mig. Hon kunde knappt förmå sig att tala till mig, och när hon gjorde hon var mycket kort i tonen.

T. Det låter svårt. Hur var det för dig?

P. Det var hemskt. Jag skulle inte ha bett henne om jag inte varit tvingad men hon ville inte lyssna när jag försökte förklara. Hon sa att jag hade förvandlats till "en stor ost" - det var vad vi brukade

kalla cheferna när vi arbetade tillsammans. Det var lite av ett skämt då, men när hon sa det blev jag så sårad. Hon var inte den enda - massor av andra som jag brukade komma överens med riktigt bra drev med mig. Jag är säker på att de alla pratade om mig bakom min rygg. En gång gick jag in i matsalen där de alla satt tillsammans vid det stora bordet. Jag köpte min lunch och gick för att sitta med dem, men när jag kom till bordet satte Berit sin väska på den tomma stolen bredvid henne och sade att hon sparade den till Frida. Jag var så skamsen och generad att jag inte visste vad jag skulle göra - jag satte ner min bricka och sprang ut.

T. Var det då du började hoppa över måltider?

P. Ja. Jag slapp ju det där om jag inte gick till matsalen, så jag jobbade bara på min lunch. Jag började jobba på lunchen varje dag och såg så småningom mindre och mindre av mina vänner, utom när jag var tvungen att ge dem jobb att göra.

T. Det måste ha varit riktigt svårt. La du märke till några andra relationer som påverkades av detta?

P. Min pojkvän och jag började bråka en hel del - han sa jag var en olycklig kossa som bara gnällde hela kvällarna om hur hemskt mitt jobb var när jag kom hem. Han sa att jag skulle lämna det om jag hatade det så mycket. Han förstod inte hur det var så jag började dra mig tillbaka från honom också. Det enda som fick mig att må bättre var tanken på att få gå upp mitt i natten för att hetsäta choklad och kakor. Jag kände mig sämre efteråt, men på den tiden såg jag nästan fram emot den lättnad jag skulle få när jag hetsät.

Terapeuten försöker hjälpa patienten att länka insjuknandet till interpersonella händelser. För denna patient var svårigheterna med att anpassa sig till en interpersonell rollövergång kopplat till starten av hennes ätstörningar. Fastän hon var nedstämd var hon inte kliniskt deprimerad vid tidpunkten för bedömningen. Men om

hon hade varit det hade dessa symtom också kopplats till ätandet och de interpersonella svårigheterna. Terapeuten är ute efter information som kan hjälpa dem att identifiera ett fokusområde för terapin, så det är viktigt att få tag på så mycket relevant information som möjligt. Vissa specifika frågor kan vara till hjälp att ställa till patienten, särskilt viktigt är att fråga kring dödsfall som kan ha skett, andra förluster eller förändringar i patienten situation.

Det kan vara till hjälp för både patient och terapeut om man registrerar händelser på tidslinjen tillsammans. Det finns ingen specifik metod för registrering av denna information, men det kan göra stor skillnad för patientens förmåga att länka sina svårigheter och se dem i ett interpersonellt sammanhang om de kan se en visuell representation av hur saker och ting har varit för dem. Att registrera tidslinjen öppet mellan er kan underlätta detta.

Session 3

Uppgifter

- Räkna ner sessionerna
- Gå igenom symtom - ätstörning och/eller depression
- Gå igenom matdagböcker
- Lösa problem tillsammans med patienten där det behövs
- Färdigställ det Interpersonella inventariet

Session 3 inleds med en genomgång av symtom och med att länka varje förändring i symtom med händelser under veckan. Terapeuten hjälper patienten att skapa länkar mellan varje förändring i deras känslomässiga mående och/eller ätande med interpersonella händelser. Allt eftersom terapin fortsätter blir patienten ofta skickligare på att själva göra dessa länkar, vilket möjliggör att de kan göra saker annorlunda och därmed förbättra

sina symtom. Denna "coachingprocess" är en integrerad del av IPT eftersom den innebär att lära sig färdigheter som kan fortsätta att utvecklas efter att behandlingen har avslutats. Matdagböcker ses också över och alla eventuella svårigheter uppmärksammas och olika tekniker för att lösa problemen föreslås.

I de inledande sessionerna tar terapeuten en ledande roll, förespråkar förändring, erbjuder stöd eller uppmuntran och validerar patientens känslomässiga tillstånd. Detta hjälper patienten att känna sig lyssnad på och förstådd, det förstärker den terapeutiska relationen och engagemanget i terapi. Det kan vara mycket svårt för deprimerade patienter att generera idéer då de ofta inte har kapacitet till det och terapeuten måste därför se till att skapa balans i detta. Terapeuten måste kunna lämna förslag och tänka kring ett problem tillsammans med patienten och vara försiktig så att inte patienten dränks i alltför många val eller ohanterliga alternativ. Patienten kan alltså ha svårt att fatta beslut, så om terapeuten presenterar en eller två realistiska alternativ kommer det att vara mer sannolikt att patienten tar dessa till sig och att de resulterar i förändringar. Att få balans mellan entusiasm och realism kräver en viss skicklighet hos terapeuten.

I session 3 är den viktigaste uppgiften det interpersonella inventariet. Detta görs på samma sätt som vid IPT för depression. Det innebär en närmare titt på patientens interpersonella nätverk och stödstrukturer och kvalitén på dessa. Det finns ingen slutgiltig eller "bästa" metod för hur man genomför det interpersonella inventariet. Det är upp till varje terapeut att göra som den tycker det passar. Vanligtvis har man åtminstone en del av inventariet nedskrivet då det kan fungera som en visuell påminnelse under de kommande sessionerna.

De viktigaste områdena att titta på är de aktuella relationer patienten har och att titta i detalj på kvalitén hos dessa relationer. Vilka är patienten i kontakt med? Hur är relationen? Vad får patienten ut av relationen? Vad får den andra personen från patienten? Hur skulle patienten vilja att relationen var? Vill

patienten ändra på något i den relationen? Är det realistiskt sett möjligt? Finns det några mönster som utvecklas i relationer? Finns det någon person som inte finns med i inventoriets men som du förväntar dig skulle vara där? Uppgiften är att se på tillgången till stöd för patienten och hur de kan använda det och att identifiera eventuella problem i nuvarande relationer. Detta är ett ovärderligt verktyg för en effektiv bedömning av interpersonella problemområden och för att definiera fokusområdet för terapi. Det interpersonella inventoriets kan också utökas eller ändras under behandlingen om det behövs.

Det interpersonella inventoriets är också ett användbart verktyg för att utveckla den terapeutiska relationen. Det hjälper terapeuten att mer på djupet förstå patientens interpersonella värld och hur patienten fungerar i den. Terapeuten roll är krävande eftersom det finns en hel del information som skall fångas in inom en relativt kort tid, så han/hon måste vara ganska direkt i sin inriktning. Detta kan vara ganska annorlunda mot den vanliga stilen för terapeuten. Åter igen bör det alltså påpekas att man behöver ha en omsorgsfull avvägning mellan att vara krävande och att vara förstående.

Session 4

Uppgifter

- Räkna ner sessionen
- Granska symtom
- Granska matdagböcker
- Interpersonell problemformulering
- Relatera problemområden till interpersonell problemformulering
- Komma överens om interpersonellt fokus

Session 4 inleds med en genomgång av symtom, matdagböcker och ätmönster, sedan problemlösning och/eller psykoedukation om det behövs. Det är viktigt att uppmärksamma alla förändringar patienten har gjort även om det bara är väldigt små. Detta kan verkligen hjälpa patienten att förbli engagerad i terapin och stärka terapin som en förändringsprocess. Att det är session 4 och antalet sessioner som återstår påpekas, vilket också kan bidra till att förstärka patientens motivation till att genomföra förändringar, då det tydligt framgår från starten att detta är en begränsad och kortvarig terapi.

Huvuduppgiften för session 4 är att hjälpa patienten att välja ett fokusområde att arbeta med under de mellersta terapisessioner (arbetsfasen). Liksom i den ursprungliga manualen för IPT för depression finns det fyra tydliga fokusområden;

Interpersonell Rollkonflikt

Interpersonell Rollförändring

Interpersonell Brist/Sårbarhet

Komplicerad Sorg

Uppgiften för terapeuten är att tillsammans med sin patient hitta det lämpligaste fokuset. All information som patienten och terapeuten hittills fått tag på bedöms av terapeuten, som vid session 4 vanligtvis har en idé om vilka interpersonella frågor som är centrala för patientens problem. IPT syftar inte till att förstå dynamiken bakom ätstörningar eller depression utan snarare till att hjälpa patienten att göra förändringar i sitt nuvarande liv. Formuleringen för IPT är därför enkel, pragmatisk och samarbetsinriktad. Med hjälp av patientens ord och en sammanfattning av de identifierade interpersonella

problemområdena som lyfts fram under de föregående tre sessionerna, kan terapeuten föreslå ett område att fokusera på i terapin.

Patienten kan ofta själv identifiera sina interpersonella svårigheter; "min pojkvän gjorde slut med mig", "Jag förlorade mitt jobb", "Jag har problem på jobbet" eller "Jag passar inte in på universitetet" är tydliga indikatorer på vilket fokusområde som de interpersonella problemen kan passa in i. Det är verkligen viktigt att fokusera det terapeutiska arbetet på ett område, även om flera områden uppmärksammas. Patienter med "hetsätningsspektrumstörningar" kan ha svårt att fokusera på en sak, ofta är kaos eller oordning en del av deras liv. Även om det är svårt, kan det vara en verklig hjälp att återställa struktur och ordning i deras liv. Det kan visa på möjligheten till förändring tidigt i behandlingen och även hjälpa patienten att känna sig inbegripen och med i behandling. Till exempel kan en patient identifiera problem i arbetet och en komplicerad relation med sin partner som de två främsta bidragande faktorer till den aktuella sjukdomsepisoden. I patientens värld är de båda oöverstigliga problem och att välja ett kan därför vara mycket svårt. Terapeutens uppgift är att hjälpa patienten att identifiera ett av de två problemen att ta itu med, oftast det som har den mest direkta påverkan på deras symtom. Det är också viktigt att man tar hänsyn till vilket område som patienten har störst potential att skapa förändring i, då förändring är centralt för terapin. Det intensiva fokuset på ett område hindrar inte att man kan diskutera andra problemområden - i själva verket kan denna idé om att titta på parallella processer vara avgörande i att hjälpa patienten att förstå sambanden mellan sina ätstörningar, känslomässiga mående och interpersonella svårigheter.

Det kan hända att patienten inte klarar att ta itu med sina viktigaste interpersonella svårigheter. Detta kan till exempel bero på att det skulle innebära en fara för patienten att göra det,

särskilt om hon eller han är i en relation som innehåller våld, eller för att hon eller han är rädd för konsekvenserna av att ta itu med en bräcklig relation. Ofta kan man ändå arbeta med och kanske åtgärda dessa interpersonella svårigheter genom att titta på paralleller i andra relationer, vilket kan vara till hjälp för patienten och motivera till att fortsätta i terapin.

För vissa patienter finns det inga tydliga interpersonella svårigheter. Terapeuten bör granska det interpersonella inventariet och tidslinjen noggrant tillsammans med patienten, men om det ändå är helt uppenbart att patienten inte har några svårigheter med relationer är kanske inte IPT rätt metod. Detta bör i så fall diskuteras öppet och ärligt med patienten i termer av att denna behandling inte är rätt för patienten, inte att det är patienten som är fel för terapin - andra behandlingsalternativ bör övervägas.

När patienten och terapeuten har kommit överens om ett fokusområde, är det viktigt att terapeuten markerar slutet på de inledande sessionerna och de förändringar det innebär. Det finns nu en förväntan att patienten varje vecka ska komma till sessionerna med material kring sina interpersonella svårigheter och valt fokusområde. Terapeuten kommer att inta en mindre aktiv roll och blir mer involverad i att hjälpa patienten med att förstå sambanden mellan hur de känner sig, deras ätstörningssymtom och deras relationer. Att uppmärksamma och påpeka denna förändring innebär att terapeuten klargöra för patienten vilka förväntningarna är på dem och att man undanröjer eventuella farhågor de har om vad som händer nu.

Interpersonell Rollförändring

Svårigheter uppstår när patienten har svårt att anpassa eller anpassa sig till förändringar i sitt liv. Det kan vara förändringar i arbetet, i livssituationen, i relationer, i ekonomisk status eller något

annat område. Det gemensamma är att patienten inte har anpassat sig på ett bra sätt till förändringarna och att detta är kopplat till deras sjukdomsdebut eller försämring.

Nyckelområden

Förlust av välbekant socialt stöd och anknytning

Hantera känslor som rädsla, ilska eller sorg i relaterat till förlust

Behov av nya färdigheter

Minskad självkänsla

Strategier

Granska och gå igenom symtom

Relatera symtom till svårigheter i att hantera nya förändringar i livet

Granska och gå igenom positiva och negativa aspekter av gamla och nya roller

Utforska känslor kring vad som är förlorat

Realistiskt bedöma vad som går förlorat

Utforska känslor kring förändringen i sig

Utforska möjligheterna i ny roll

Uppmuntra lämpligt frigörande av affekter

Främja utveckling av sociala stödsystem och av nya färdigheter som behövs i den nya rollen

Viktoria är 52 och har varit deprimerad under det senaste året.

Hon har i hemlighet ägnat sig åt hetsätning och kräkningar i 14 år

och fick diagnosen Bulimia Nervosa. Hennes kräkningar har ökat betydligt under det senaste året och hennes fysiska hälsa äventyras därför. Viktoria märkte att sedan hennes yngsta barn hade flyttade hemifrån för arton månader sedan för att gå på universitetet har hon tillbringa mer tid med sin make. Detta hade gjort henne uppmärksam på att deras förhållande inte var lyckligt. Under många år hade hon barnen att avled uppmärksamheten på, men nu när de var vuxna och inte längre bodde där började sprickorna visa sig.

Interpersonell rollkonflikt

Svårigheter uppstår när patienten har icke-ömsesidiga förväntningar i förhållande till en annan viktig person. Detta kan vara en öppen eller dold konflikt/tvist. Ofta finns det ett mönster av besvärliga relationer runt patienten. Det är viktigt att fokusera på en betydelsefull relation som är aktuell och där patienten känner att förändring är möjlig.

Nyckelområden

Består av avstannat eller enformigt beteende och kommunikation.

Kan leda till låg självkänsla och känslor av hopplöshet.

Individen känner sig oförmögen att förändra situationen och ser inget annat alternativ än att lämna relationen.

Individen känner sig oförmögen att förändra situationen, men känner sig fångad och oförmögen att lämna relationen.

Strategier

Gå igenom och granska symtom

Relatera symtom till konflikt med betydelsefull annan

Bestäm stadium på konflikten:

Återvändsgränd - innebär att diskussionen mellan patienten och betydelsefull annan har stoppats.

Upplösning - antyder att relationen oåterkalleligen är avbruten.

Omförhandling - innebär att patienten och den betydelsefulla andra personen är öppet medvetna om skillnaderna och aktivt försöker, även om det är utan framgång, att åstadkomma förändringar.

Att förstå hur icke-ömsesidiga rollförväntningar är relaterade till konflikten

Finns det paralleller i andra relationer?

Hur vidmakthålls konflikten?

Lisa är 29 och lider av en hetsättningsstörning och mild depression. Hon har varit gift med David i 6 år och de har en treårig dotter. Deras relation har försämrats under det senaste året och Lisa har märkt en ökning av sitt hetsättningsbeteende, med mer frekventa hetsätningar som varar längre. Hon har gått upp rätt mycket i vikt och är orolig för att David kommer att sluta älska henne på grund av detta.

Komplicerad sorg

Svårigheter kan uppstå när en patient inte kan lösa sin sorg över en betydande persons bortgång. Detta är ofta en partner eller en familjemedlem, men kan också vara en väns, eller ens husdjurs

bortgång - det viktigaste inslaget är att patienten inte kan slutföra en sorgprocess och att detta påverkar ätstörningen och sinnesstämningen. Typen av anknytning med den avlidne är en viktig faktor när man överväger sorg som ett fokusområde. Som en del av behandlingen ska patienten försöka identifiera några av sina otillfredsställda behov och hur deras interpersonella nätverk skulle kunna hjälpa till med detta.

Nyckelområden

Sorg anses vara ett problemområde i IPT när starten av patientens symtom är associerat med ett dödsfall, antingen tidigare eller nuvarande

I IPT kräver sorgfokus att en viktig, nära individ verkligen dött

Övriga förluster betraktas som rollövergångar

Sorgfokus i IPT är till för episoder av depression som har samband med komplicerade sorgereaktioner, d v s från misslyckanden med att gå igenom de olika faserna i sorgprocessen

Strategier

Gå igenom och granska symtom

Relatera symtomens debut till dödsfallet för en betydande annan individ

Rekonstruera patientens relation med den avlidne

Beskriv ordningen och konsekvenserna av händelserna strax före, under och efter dödsfallet.

Utforska tillhörande känslor (negativa såväl som positiva)

Överväga möjliga sätt att bygga upp relationer med andra

Petra är 23 och är 5 månader in i graviditeten med sitt första barn. Hon har en diagnostiserad bulimia nervosa och är kliniskt deprimerad. Petras mor dog i en trafikolycka när Petra var 14. Trots att hon har hanterat sin förlust bra fram tills nu är Petra upptagen med sorgen över att mamman aldrig kan träffa sitt första barnbarn. Hon försöker att äta bra och inte kräkas på grund av sin graviditet, men hon finner det allt svårare att hantera sin nedstämdhet.

Interpersonell brist/sårbarhet

Problem av detta slag uppstår när en patient har haft svårt att skapa eller upprätthålla relationer med människor. Det finns ofta upprepade mönster av trasiga eller misslyckade relationer och patienten kan vara socialt isolerad. Patienten kan vara mycket medveten om och känslig för sina svårigheter, så det kan vara mycket bra att använda rollspel i sessionerna för att hjälpa dem att öva nya färdigheter.

Nyckelområden

Särskild vikt läggs vid:

Granskning av tidigare betydande relationer

Uppmärksamhet på den terapeutiska relationen

Avslutningen

Strategier

Gå igenom och granska symtom

Relatera symtom till problem med social isolering eller social otillfredsställelse

Gå igenom och granska tidigare betydelsefulla relationer och deras negativa och positiva aspekter

Utforska repetitiva mönster i relationer

Diskutera patientens positiva och negativa känslor kring terapeuten och söka paralleller i andra relationer.

Britta är 27 år gammal. Hon har en långvarig hetsättningsstörning och har blivit deprimerad under det senaste året. Hon arbetar som dataprogrammerare på universitetet och bor hemma hos sin mamma och två hundar. Britta har ett BMI på 38 och lider av klinisk fetma. Hon känner sig väldigt skamsen kring sitt utseende och undviker att gå ut eller träffa folk om det är möjligt. Förra året var det en omorganisation på jobbet och Britta flyttades till en ny arbetsplats vilket innebar att hon kom att arbetad bredvid Kalle, som hon i hemlighet varit attraherad av under ett par år. Hon vet dock inte hur hon ska hantera sina känslor förutom genom att hetsäta ännu mer.

Mittsessionerna - Arbetsfasen

Session 5, 6, 7

Uppgifter

- Räkna ner sessioner
- Granska symtom och matdagböcker

- Länka symtom till interpersonella händelser/förändringar inom fokusområdet
- Hjälpa patienten att utveckla och träna de nya färdigheter som behövs
- Hjälpa patienten att känna igen problemområden och att skapa lösningar
- Hjälpa patienten att utveckla sitt interpersonella nätverk

De mellersta sessionerna har ett sinsemellan liknande format, där patienten uppmanas att ta med sitt eget material från veckan som gått att arbeta med i terapin. Terapeuten hjälper patienten att koppla förändringar i symtomen med fokusområdet för att sedan tillsammans med patienten arbeta med aktiv problemlösning, planering inför framtiden eller praktiserande av nya lämpliga färdigheter.

Terapeuten upprätthåller en hoppfull och realistisk inställning till patientens förmåga att göra förändringar och att återhämta sig. Alla försök till förändring bör lovordas eftersom det kan bidra till att öka patientens självkänsla och tilltro på att prova något nytt. Det hjälper också till att hålla dem engagerade i terapin och att känna att terapeuten är på deras sida och arbetar med dem. Det är dock viktigt att vara realistisk så detta måste vägas mot patientens förmåga att ändra på sig.

Alla patienter har vissa svårigheter med att ändra sitt sätt att äta, sina hetsätningar och kräkningar. Det är viktigt att granska symtomen varje vecka för att hålla fokus och att identifiera några förändringar, men bristen på förändring är också en fråga att adressera. Vissa patienter tycker att det är svårare än andra att göra förändringar i sina matvanor och kan verkligen kämpa för att göra saker annorlunda. Det är en del av terapeutens roll att fortsätta att uppmuntra och stödja dem men samtidigt vara öppen och ärlig om förändringens gång. Behandlingens

tidsbegränsning bidrar till att motivera människor att ändras men bristen på framsteg bör inte ignoreras. Att förhålla sig om vilka svårigheter patienten upplever och underlätta för dem att utveckla strategier för problemlösning och genom detta öka deras förmåga att omsätta framsteg i terapin i praktiken kan få patienten att känna sig mer deltagande och bättre på att hantera känslor av att ha misslyckats eller vara värdelös. Eftersom dessa kan vara viktiga inslag i både ätstörning och depression är de angelägna frågor att lösa. Känslan av stöd och att man deltar kan hjälpa patienten att fortsätta vara engagerad i terapin.

Varje fokusområde har en lista över specifika strategier som kan användas. Dessa fungerar som vägvisare under alla de mellersta sessionerna. Fastän terapeuten är mindre aktiv i att samla information fortsätter man att arbeta hårt med att hjälpa patienten att genomföra IPT-BN(m). Detta arbete innebär bland annat att förena förändringar i patientens symtom med förändringar i fokusområdet. Förändringen kan vara en förbättring eller en försämring av symtomen; terapeuten behöver oavsett vilket hjälpa patienten att identifiera vad som påverkar dem och sedan hjälpa dem att utveckla strategier för att antingen öka eller minska sannolikheten för att det upprepas igen.

Exempel: Patient B

T: Hur har du mått under den senaste veckan?

P: Jag var mycket låg i helgen, men jag känner mig förvånansvärt bra idag. Jag sover bättre, men min koncentration är fortfarande dålig. Jag känner mig fortfarande riktigt slö och måste tvinga mig själv att komma upp på morgonen.

T: Det låter som om du gör en verklig ansträngning med att pusha dig själv. Det är bra, men du behöver se till att du tar dig tid att ta hand om dig själv också. Har du gjort det?

P: Ja, ett par gånger har jag legat länge i badet med en bok och ett glas vin. Det har verkligen hjälpt mig att fördriva tiden på kvällarna och att kontrollera mitt ätande.

T: Hur har ditt ätande varit?

P: Ja, jag har ätit mycket bättre under de senaste dagarna. Jag håller mig till min plan och äter mina mellanmål, även om jag ibland känner mig riktigt mätt.

T: Det är lysande, en verklig förbättring i ditt ätande. Bra gjort. Och dagarna innan dess?

P: Inte så bra, jag hetsåt på fredag och på lördag kväll. De mesta av söndagen var som i en dimma eftersom jag kräktes en hel del på lördag och kände mig verkligen dåligt hela nästa dag.

T: Någon aning om varför du hetsåt dessa dagar?

P: Helgerna är alltid svårt, men den här helgen var det mina föräldrars bröllopsdag. Jag skulle åka hem på lördag eftersom hela familjen skulle ut på middag. Jag kunde bara inte förmå mig att gå så jag sa till dem jag hade fått magsjuka. Ursäkten, att jag var magsjuk, gjorde det ok att kräkas också, så jag gjorde antagligen att jag hetsåt och kräktes mer än vanligt. Jag skäms verkligen över mig själv, jag sviker alla. Jag är en sådan hemsk person.

T: Det låter som att helgen varit riktigt tuff för dig. Du låter ganska nerstämd till och med nu när du bara reflektera kring det - tror du att din nedstämdhet och hetsätningen i helgen har med varandra att göra?

P: Jag tror faktiskt att de har det. Ända tills jag ringde mamma för att säga att jag inte skulle komma kände jag mig nervös men ganska ok. Så snart jag lagt på telefonen kände jag mig dålig för jag ljög och sa att jag var sjuk.

T: Varför sa du det?

P: Jag fick panik. Jag kände bara inte att jag kunde säga att det var för svårt att genomlida en familjefest där jag är den enda singeln. Även om vi har varit separerade i över ett år nu frågar mina bröder ändå alltid om Lucas.

T: Det låter verkligen svårt. Hur hanterar du det?

P: Åh det är hemskt - jag tycker de bara dömer mig för att jag lämnat min man, som om jag har misslyckats på något sätt genom att inte stanna med honom. Jag brukar bara säga att det är bra med honom men att han är upptagen på jobbet. De vet inte att han har flyttat in med den andra kvinnan så jag kan inte berätta för dem att jag inte vill prata om det.

T: Det låter som det finns en massa saker som inte har sagts i din familj. Vet de hur du känner kring Lucas?

P: Nej, allihop tror att det var en vänskaplig och ömsesidig separation.

T: Att skydda alla från att veta sanningen låter som en tung börda för dig att bära. Det är inte konstigt att det ibland blir för mycket hålla ihop allt.

Som med IPT för depression, betonar IPT-BN (m) vikten av att utveckla patientens interpersonella nätverk. Trots att detta bedöms i början av behandlingen, kan det fortsätta utvecklas under de följande sessionerna. Patienten uppmanas att titta på hur hon/han använder sitt interpersonella nätverk idag och hur hon/han bättre skulle kunna använda det för att tillgodose sina behov. Det kan vara bra att ha en utskrift av nätverket (ex hierarkin/närhetscirkel) med sig i sessionerna. Om en patient försöker hitta sätt att utmana sig själv i en sårbar tid kan de till exempel uppmuntras att använda sitt interpersonella nätverk som hjälp i sitt arbete. Det kan ske genom att gå igenom vilka som kan erbjuda hjälp genom att besöka, ringa eller skicka sms, e-post, gå ut med, som erbjuder barnomsorg eller vilket annat stöd som

kan behövas. Tyngdpunkten ligger på att patienten själv utvecklar sina stödsystem så att det redan finns strukturer för att fortsätta med förbättringarna när behandlingen är klar.

Det kan också vara hjälpsamt att identifiera behov som inte kan uppfyllas, till exempel kan sessionerna med terapeuten vara det enda tillfället patienten har möjlighet att prata om eller få hjälp med vissa frågor. Detta bör tillstås, benämnas och alternativ övervägas tillsammans med patienten. En längre tids terapi eller mer problemspecifik terapi kan behöva övervägas i framtiden. Detta ska enligt manualen hanteras i avslutningen men det kan vara viktigt att ta upp frågan tidigt för att ge tid till eftertanke och planering.

Session 8

Granska & Undersöka

Uppgifter

- att upprepa depressionsskattning (MADRS, Hamilton el dyl)
- att identifiera eventuella förändringar
- att identifiera eventuella svårigheter med terapin
- att få patientens syn på terapin hittills
- att återkoppla terapeutens syn på terapin hittills till patienten
- att tydliggöra planen för de sista 8 sessioner

Halvvägs genom terapi är en bra punkt att se hur det går och IPT-BN(m) följer samma format här som IPT för depression. Denna översyn benämns tydligt från början av behandlingen och bör inte komma som en överraskning för patienten. Den lyfts fram som ett

tillfälle att se hur saker och ting har kommit så här långt i terapin och att man arbetar med rätt fokusområde. Det behöver också påpekas att sessionen ska ge utrymme för patienten och terapeuten att uttrycka eventuella behov av förändringar .

Det depressionsskattningsinstrument som gavs i början upprepas och poängen ges tillsammans med en bedömning tillbaka till patienten. Detta gör att alla ändringar som har gjorts i patientens känslomässiga mående, antingen det är bättre eller sämre, skall bedömas. Förändringar i ätstörningssymtom har redan granskats och noterats varje vecka. Om patientens initiala poäng vid Session 1 visade att de inte var deprimerade, kan depressionsskattningsinstrumentet utelämnas, men det bör beaktas att människors känslomässiga mående kan förändras och att ta itu med några av de svåraste områdena i en patients liv och relationer kan rubba den känslomässiga jämvikten och måendet. I Riksätprojektet skattas också depressionen varje session. En sammanfattning av hur det gått hittills kan därför göras här.

Ändringar i ätstörningssymtom granskas varje vecka, men en sammanfattning av hur det gått hittills görs här. Detta hjälper inte bara patienten att acceptera de förändringar som de har gjort, utan uppmuntrar dem också att fortsätta att använda sig av terapin. Om patienten inte har kunnat göra några förändringar eller har försämrats i sin sjukdom, bör en uppriktig diskussion tas om huruvida man ska fortsätta med behandlingen. Forskning i Leicester har visat att majoriteten av patienterna gör de flesta förändringar inom de första 8 sessioner i IPT-BN (m) (Arcelus et al, 2009). Men det finns vissa patienter som har svårare att prova på och använda nya färdigheter eller sätt att bete sig. Arcelus med fleras erfarenhet har varit att även en del av dessa patienter har förmåga att genomföra förändringar inom behandlingens tidsram och fortsätter att förbättras efter att behandlingen har avslutats. Det är heller inte ovanligt att patienten gör stora förändringar i sina liv mot slutet av terapin.

Det finns fortfarande ett litet antal patienter som inte kan använda sig av terapin för att göra förändringar. Terapeuten bör diskutera detta med patienten och besluta huruvida man ska fortsätta med IPT-BN (m). Patienter som inte tycker IPT-BN (m) är hjälpsamt hoppar ofta av terapin, andra fortsätter att delta i ett desperat försök att ändra sig. Terapeuten och patienten måste vid översynen under session 8 identifiera dessa svårigheter och tillsammans arbeta för att lösa problemen och hitta möjliga lösningar. Det kan vara så att andra behandlingsformer kan vara mer användbara, eller att patienten inte känner sig redo att ta itu med sina problem just vid detta ögonblick i livet. Alternativ till IPT-BN (m) bör övervägas och diskuteras med patienten. Det bör understrykas att det inte är patient som har misslyckats i terapi, snarare att terapin har misslyckats genom att inte uppfylla patientens behov.

Man tänker åter igenom fokusområdet under granskningssessionen. Om det är möjligt är det bättre att fortsätta med samma fokus eftersom det intensifierar behandlingen och hjälper patienten att begränsa sin uppmärksamhet till ett arbetsområde som skall uppmärksammas och åtgärdas. Förändringar är då lättare att se och patienten kan i högre grad känna att de behärskar något eller nått någon form av framgång.

Ibland är det uppenbart att patienten har uttömt alla möjligheter som finns i det tidigare överenskomna fokusområdet och att en förändring av fokus krävs. Det bör noteras att detta inte händer ofta och när det händer oftast antingen beror på att fel fokus valts initialt eller att en väsentlig förändring i patientens förutsättningar eller omständigheter skett. Patienter har ibland en känsla av vilka problem som bidrar till deras ätstörning, t.ex. "Min man lämnade mig" eller "min mormor dog". Andra patienter kan behöva kämpa för att identifiera bidragande faktorer eller de kan känna sig oförmögna att hantera denna betydelsefulla fråga. Detta kan bero på flera orsaker som antagligen har diskuterats i Session 4 när

man överväger fokusområdet. De kan vara rädda för att ta itu med en bräcklig relation eller de känner kanske väldigt starkt att de inte vill ta upp ämnet som har identifierats i de tidiga sessionerna. Oavsett anledning, hjälper terapeuten patienten att arbeta med det som patienten förmår arbeta med, samtidigt som man uppmuntrar dem att ta itu med de relevanta områdena. Om det inte finns någon möjlighet till förändring inom det identifierade fokusområdet bör annat fokus väljas. Precis som i session 4 bör detta ske i samverkan med patienten så att båda parter är klara över vilket område som de arbetar med.

Sessions 9-14

Uppgifter

- Räkna ner sessioner
- Undersök symtom och matdagböcker
- Länka symtom till interpersonella händelser/förändringar inom fokusområdet
- Hjälpa patienten att utveckla och träna nya färdigheter som behövs
- Hjälpa patienten att känna igen problemområden och att skapa lösningar
- Hjälpa patienten att utveckla sina interpersonella nätverk

Sessionerna 9 till 14 följer samma format som sessionerna 5 till 7. Symtom undersöks och kopplas till förändringar inom fokusområdet. Man arbetar med de specifika strategier som används för varje fokusområde och eventuella nya färdigheter som behövs uppmuntras och praktiseras. Problemlösningstekniker används på lämpligt sätt för att utveckla lösningar för svåra situationer.

Fokuset på att utveckla interpersonella nätverk fortsätter att spela en viktig roll i behandlingen; kanske ännu mer nu när slutet av terapin börjar närma sig. Terapeuten fortsätter att stödja och uppmuntra patienten att prova nya färdigheter och att arbeta med problemområden.

Det förväntas nu att patienten har gjort vissa ändringar i sitt ätande och använder en strukturerad plan eller liknande för sitt ätande i syfte att hjälpa dem att hantera sin hetsätning och/eller kräkningar. I dessa senare sessioner fortsätter man att fokusera på att hjälpa patienten att göra dessa förändringar, men också på att hjälpa patienten att tänka kring hur de ska behålla de uppnådda förändringarna. Terapeuten behöver hjälpa patienten tänka på hur de ska hantera sitt ätande när de inte kommer till terapin varje vecka. Detta kan betyda att man arbetar med att öka eller minska mängden de äter för att nå och bibehålla en sund livsstil men det kan också handla om att acceptera hur saker och ting är. IPT-BN(m) har visat lovande behandlingsresultat (Arcelus et al, 2009) men behandlingen hjälper inte alla. Ett litet antal människor kan inte ändra sina matvanor eller beteenden och detta måste accepteras av patienten och terapeuten. Detta kanske inte är rätt tidpunkt i livet för dem att göra nödvändiga förändringar, så även om terapeuten fortsätter att vara hoppfull om möjligheten till förändring, antingen nu eller i framtiden, kan verkligheten för patienten vara att deras ätande inte har förändrats mycket mer i slutet av behandlingen. Det finns goda belägg från forskning kring IPT vid depression att människor fortsätter att förbättras efter att behandlingen har avslutats. Detta har även anekdotiskt stöd i IPT-BN(m), där patienterna rutinmässigt följer upp 5-6 månader efter behandlingen har avslutats. (*Studier av Fairbuns variant av IPT för Bulimi visar på att i den varianten sker de största förbättringarna efter terapins avslutning*).

Avslutning

Session 14-16

Uppgifter

- Explicit diskussion om avslutningen av behandlingen.
- Bekräftelse av att avslutningen av behandlingen kan vara en tid av sörjande.
- Rörelse mot patientens erkännande av sin oberoende kompetens.

I den avslutande fasen följer IPT-BN (m) samma format som IPT för depression. Slutet av behandlingen bör inte komma som en överraskning för patienten, terapeuten ska ha räknat ner sessionerna och ska explicit ha slagit fast ett datum för den sista sessionen tillsammans med patienten. Trots detta kan avslutningen komma som en chock.

De sista 2 sessionerna handlar uttryckligen om att avsluta behandlingen, om att se och upprätthålla gjorda förändringar, se det som inte har förändrats och utforska känslor inför att avsluta. Detta kan kännas väldigt positivt för en patient som mår bättre men också mer ångestprovocerande för den som inte har förbättrats. Inom IPT-BN(m) är det oavsett vilket viktigt att avsluta efter det avtalade antalet sessionerna.

Session 15 ska inledas med att upprepa det depressionsskattningsinstrument som används (MADRS). Detta hjälper patienten att identifiera förändringar, att se och tillstå framsteg och identifiera områden som fortfarande finns kvar att

arbete med. Poängen på skattningsskalorna återkopplas till patienten och en diskussion om vad dessa poäng innebär bör följa. Om patientens sinnesstillstånd har förbättrats under hela behandlingen kan detta vara en bekräftelse för dem att deras förbättring är på riktigt och att de blir bättre. Om deras sinnesstillstånd inte har förbättrats, kan det hjälpa patienten att bekräfta att deras upplevelser är symtom på en depressiv sjukdom och att det fortfarande finns potential för förbättringar. Terapeuten måste inta en realistisk hållning kring hur denna förbättring skulle kunna hända. Om patienten har varit deprimerad i flera år utan uppehåll är det osannolikt att 16 veckors behandling kommer att resultera i återhämtning. Men genom att ta itu med några av de underliggande relationsproblemen, kan en patient ha lärt sig nya sätt att få sina interpersonella behov tillgodosedda. Genom att fortsätta att använda vad man lärt sig i terapin, kan patienten ha möjlighet att förbättra sitt känslomässiga mående under en längre tidsperiod.

Forskning har visat att de flesta förbättringar i sinnesstämningen har skett vid session 8. Trots detta kan patienter fortsätta att förbättras även efter detta. Vissa patienter visar ingen förbättring i sina symtom förrän precis i slutet av behandlingen. Det kan kännas svårare att avsluta behandlingen när det verkar som att patienten bara har börjat förbättras men terapeuten bör komma ihåg att hon/han genom hela behandlingen har förberett patienten på att terapin går mot sitt slut. Terapeuten har arbetat tillsammans med patienten med att utforska och bygga patientens interpersonella nätverk och uppmuntrat hon/han att identifiera hur man får sina behov tillgodosedda. Ett av dessa behov kan vara att ha fortsatt stöd efter terapin - terapeuten ska ha hjälpt patienten att undersöka alternativ för detta inom patientens nätverk.

Vissa patienter kan mycket väl ha en försämring i det känslomässiga måendet eller i ätstörningssymtomen mot slutet av behandlingen. Detta kan bero på ett antal faktorer; patienter

rapporterar ofta om en oro för att terapin ska ta slut och att man ska behöva hantera allt på egen hand. Avslutningen av terapin kan ses som en annan rollövergång eller förlust och det kan vara svårt att hantera de medföljande känslorna. Men under hela behandlingen har ju patienten förberetts för att avsluta terapin och de uppmuntras nu att titta på terapirelationen för att identifiera vad de kommer att sakna och vad som var användbart. De bör då uppmuntras att gå igenom deras eget nätverk för att se hur de kan få sina personliga interpersonella behov tillgodosedda; oavsett om det är någon att vara förtrogen med, någon som motiverar och inspirerar eller en mer stödjande relation.

Patientens matdagböcker undersöks också. Återigen, kan patienterna delas in i tre kategorier, de som blivit helt återställda, de som förändrats till det bättre och de som inte har förändrats. De som blivit helt återställda ska uppmuntras att undersöka sätt att upprätthålla dessa förändringar i deras ätbeteende; hur kan de fortsätta att i praktiken omsätta problemlösningsfärdigheter som de har uppnått och arbetat med i terapin? Detta hjälper dem inte bara att upprätthålla dessa förändringar utan också med att bygga en känsla av att det ligger i patientens egen makt att lyckas och göra förändringar i livet. För de patienter som har förändrats lite eller inte alls bör terapeuten uppmuntra dem att fortsätta att försöka att omsätta den uppnådda kunskapen i praktiken, förstärka eller göra mer av de positiva saker som de har kunnat göra i terapin. Psykoedukation kan spela en stor roll i att hjälpa patienten att initiera eller vidmakthålla förändringar som skett då en bättre förståelse av alla risker som ett återfall i sjukdomen för med sig kan vara en stark drivkraft.

Session 16 innebär en möjlighet att summera och föra ihop terapin hittills, att titta på hur patienten hanterar sitt liv och vad som kan vara kvar för dem att göra. Det kan vara riktigt hjälpsamt att avsätta en viss tid i den här sessionen för patienten att ta upp

eventuella frågor som denne har, oftast handlar de om hur man ska hantera sina problem efter att behandlingen har avslutats. Detta gör att patienten kan känna sig lyssnad på men förhindrar också eventuella missförstånd.

Terapeuten ska hjälpa patienten att identifiera återfallsmönster; patientens egen personliga uppsättning av symtom eller markörer som kan innebära att patienten håller på att bli sjuk igen. Man måste identifiera både markörer för depression och markörer för ätstörningssymtom. Försök att arbeta tillsammans med patienten för att göra dessa mönster till en mycket personlig signatur - vilka symtom märkte patienten först? Kommenterade andra människor? Hur kände patienten sig? Vilka är patientens sårbarhetsfaktorer? Kan patienten identifiera eventuella "triggers" för återfall?

Patienten är därmed hjälpt i att skapa konkreta lösningar och handlingsplaner som de anser sig kunna fortsätta med. Det kan hända att de behöver prata med en nära förtrogen, att de behöver träffa sin distriktsläkare, att återuppta föreskriven medicinering, att minska alkoholintag eller bli remitterade till en specialistenhet bland många andra möjliga alternativ. Det viktigaste är att patienten har en känsla av att de har en viss kontroll över sin framtid och ett ansvar att ta hand om sig själv.

Terapeuten hjälper patienten att gå igenom varje område som patienten inte blivit hjälpt inom, oavsett om det är angående ätstörningar, depression eller något annat. Om dessa behov inte kan tillgodoses genom att använda patientens interpersonella nätverk kan det vara så att patienten behöver hjälp med att åtgärda detta. Detta kan innebära en remiss till en annan ätstörningsinrättning, eller till socialtjänsten eller en sjukhusinläggning - även om patienten uppmuntras att ta ansvar för sig själv, kan det finnas vissa områden som patienten behöver mer hjälp med. Terapeuten kan vidta alla åtgärder de anser är nödvändiga för att stödja patienten i att få den hjälp de behöver - precis som de gör under hela behandlingen.

Det ska explicit klargöras att efter session 16 kommer man inte att träffas igen, att tiden tillsammans har nått ett slut. Det kan vara hjälpsamt om terapeuten talar om sina känslor vid avslutningen av terapin, som är en tid av övergång och kan vara fylld av sorg. Hur som helst, patientens förmåga att anpassa sig till förändringar och hantera sina känslor, som har arbetats med i hela terapin, identifieras och förstärks.

Precis som i IPT vid depression understryks förändringar som patienten har genomfört hur små dessa än är. Patienten påminns om sin förmåga att förändras och på att fokusera sin uppmärksamhet på vad som går bra eller bättre i det nuvarande livet. Terapeuten understryker att patienten har gjort förändringarna, inte terapeuten. Genom användandet av sjukrollen har man gett patienten ansvaret för sin förbättring och därigenom att få ta åt sig äran för förbättringar och förändringar som skett. Detta hjälper till för att få en positiv avslutning av terapin men innebär också att bollen är på patientens planhalva när det gäller ansvar för vad som händer härnäst.

Vanliga frågor

“Frequently Asked Questions”

F. Ska jag väga min patient?

S. Patientens vägs rutinmässigt inte av terapeuten i IPT-BN (m). Om en snabb och betydande viktminskning antingen observerats eller rapporterats, om terapeuten har farhågor om patientens hälsa eller om det finns ett kliniskt behov kan vägning vara en del av behandlingen. Detta bör diskuteras i början av behandlingen och

kan följas som en del av den veckovisa genomgången av symtom.

F. Min patient går ner i vikt. Vad ska jag göra?

S. Vad du normalt skulle göra för en patient som förlorar vikt. Övervaka deras vikt och försök att tillsammans med patienten reda ut orsaken till deras viktförlust. Patienten kan behöva öka mängden mat denne äter, särskilt om patienten har slutat eller minskat sitt hetsätningens beteende. Vikten av att äta tillräckligt bör understrykas. Patienten kan behöva hjälp med att identifiera vad som utgör tillräckligt mycket, hur mycket en normal portion mat är. Detta kan åtgärdas genom veckovis granskning av matdagböckerna och psykoedukation, men det kan vara kliniskt lämpligt att söka råd från en dietist. Kontrollera snabbhet, mängd och mönster i viktnedgången - om den sker snabbt och under en kort tid då bör åtgärder vidtas snabbt, särskilt om patienten redan är lågviktig. Hjälpt patienten att organisera lämplig blodprovstagning eller medicinsk genomgång.

F. Min patient har en låg nivå av kalium på sina blodvärden. Vad ska jag göra?

S. Den vanligaste orsaken till lågt kalium hos patienter med ätstörningar är upprepade kräkningar. Kalium är på grund av dess roll för nervledningssystemet viktigt för att upprätthålla en regelbunden hjärtrytm. Låga kaliumnivåer kan leda till matthet, medvetlöshet och även död. Om din patient har en låg nivå av kalium bör denne träffa en läkare för bedömning så snart som möjligt. De kan behöva ta ett EKG, kaliumsupplement eller läggas in på sjukhus.

F. Min patient vägrar att träffa en läkare. Vad ska jag göra?

S. Du kan be din patient att träffa en läkare för en medicinsk genomgång eftersom du hade en viss oro - patientens bristande medverkan är ju inte till hjälp för patienten. Du bör diskutera anledningen till att han/hon inte vill träffa en läkare med patienten, berätta varför du anser att det är bra för patienten och försöka komma fram till en alternativ lösning. Det kan finnas ett antal olika skäl för din patients beteende, men om detta är en del av ett undvikandemönster inför att lösa sina problem kan patientens motivation för att gå i terapi ifrågasättas. Att avsluta behandlingen ska helst ske genom en överenskommelse mellan patient och terapeut och inte användas som en sista utväg.

F. Min patient är inte deprimerad. Ska jag genomföra IPT-BN (m) ändå?

S. Om de har en "bulimispektrumstörning" så ja. IPT-BN (m) är perfekt för dem. Istället för att spåra de depressiva symtom varje vecka ska terapeuten spåra ätstörningssymtom som hetsätning, kräkningar, träning, återhållsamhet vad gäller att äta eller användande av laxermedel. Dessa symtom ska användas på samma sätt som när man letar efter depressiva symtom - som markörer för interpersonella händelser eller förändringar. Terapeuten ska hjälpa patienten att utforska det interpersonella sammanhanget där en förändring av ätstörningssymtomatologin sker och koppla detta till det interpersonella fokusområdet. Det är lämpligt att genomföra något instrument för depressionsskattning i Session 1 som vanligt eftersom det inte är ovanligt att patienter inte vet om eller vill erkänna eventuell underliggande depression. Det kan då vara en klinisk bedömningsfråga huruvida depressionsskattningssinstrumentet upprepas vid session 8 och vid session 15. Om det inte finns några depressiva symtom alls kan instrumentet utelämnas, men bedömningsinstrumentet kan vara bra för att identifiera förändringsområden. Det är också till hjälp i de avslutande sessionerna att tänka kring avslutet som en förlust

och därmed något som potentiellt bidrar till en försämring eller förändring i det känslomässiga stämningläget.

F. Min patient kan inte eller vill inte ändra sina matvanor. Vad ska jag göra?

S. IPT-BN (m) är en förändringsterapi, den uppmuntrar patienten att titta på vad som händer i deras liv nu och vad de kan göra åt det. En patient som kommer till terapin men inte vill ändra sig kommer inte att utvecklas mycket under behandlingen. Däremot kan det vara mycket svårt och skrämmande för människor att ändra sina matvanor, särskilt om de har lidit av ätstörning under en tid. Patienten kan behöva mycket hjälp, försäkringar, stöd och uppmuntran från terapeuten. Det är inte realistiskt att tro att en patient som lidit av en ätstörning i flera år ska bli frisk på 16 sessioner. Vad de kan göra är att lära sig de färdigheter de behöver för att starta förändringsprocessen och att fortsätta med denna efter att behandlingen har avslutats. Terapeuten bör tala öppet till patienten om deras ovilja eller oförmåga att ändra sitt ätande och de effekter detta kan ha på terapieresultatet. Avslutandet av behandling måste diskuteras men attityden bör vara att patienten inte kan göra nödvändiga förändringar **just nu**, inte att de är oförmögna att göra förändringar. Återremitteringen av patienten bör ske med tydlighet. Det är osannolikt att patienten blir bra om denne inte kan göra förändringar - anekdotiskt har det dock funnits ett antal fall där patienterna inte har ändrats eller föreföll att inte använda behandlingen alls tills de sista sessionerna. All förändring av dessa patienter har skett under de sista sessionerna. Terapeuten uppgift är att uppmuntra och att hålla fast vid förhoppningen att patienten kommer att börja använda de färdigheter som lärs ut.

F. Min patient vill att jag hjälper henne med hennes bostadsansökan. Borde jag det?

S. Ja självklart. IPT-BN (m) handlar om att hjälpa människor att förändras för att komma tillbaka till en normal funktion och om en förbättring i hennes bostadssituation kan hjälpa då är det en förändring som skall stödjas och uppmuntras. Under hela behandlingen av patienten uppmuntras han/hon att försöka göra saker annorlunda och terapeuten kan behöva hjälpa patienten ganska aktivt att komma igång. Allteftersom terapin fortskrider ska terapeuten successivt uppmuntra patienten att använda sitt interpersonella nätverk för stöd och att leta runt i sitt interpersonella nätverk efter den hjälp de kan behöva för att återhämta sig och för att förbli frisk. Vartefter patienten gör framsteg och blir mer säker i sin nya roll eller skicklig på sina nya färdigheter ska terapeuten låta henne/honom få tillbaka ansvaret för att ta hand om sig själv. Att terapin är en begränsad korttidsterapi hjälper ofta patienten att börja förändringsprocessen.

F. Min patient anser sig inte vara sjuk. Hur ska jag hantera detta?

S. En viktig del av IPT och IPT-BN (m) är sjukrollen. Detta hjälper patienten att "medikalisera" sina ätstörningar och/eller depression, att se det som en sjukdom och inte som något de har skuld till själva. Patientens förmåga att förstå de begränsningarna som sjukdomen orsakar dem och att ta hand om sig själva på lämpligt sätt kan påverka resultatet av behandlingen. Psykoedukation kring dessa aspekter av ätstörningen och/eller depressionen kan vara avgörande för att hjälpa patienten att förstå detta. Om patienten inte kan erkänna sin sjukdom som sådan betyder det inte att de inte är lämpliga för IPT-BN (m), de bör uppmuntras att sköta om sig själva, tillåta sig lite ledigt och att använda deras interpersonella nätverk för stöd.

F. Jag tror att vi kan ha valt fel fokusområdet. Kan jag ändra det?

S. Att välja interpersonellt fokusområde kan ibland vara ganska självklart och enkelt och ibland mer komplicerat. Terapeut och patient bör komma överens om fokusområde, men detta bör också vara ett område som patienten anser sig kunna arbeta med och förändra. Det kan hända att patienten känner sig oförmögen att arbeta med det interpersonella fokusområde som terapeuten identifierar som mest relevant, måhända eftersom det är för svårt för dem eller att de inte vill göra det. I dessa fall bör man ge med sig om fokusområdet som terapeut, men det bör påpekas att detta val kan begränsa effektiviteten av terapin. Eftersom samtliga fokusområden är förenade genom sin interpersonella karaktär är det svårt att identifiera överenskommet fokus som "fel", men det kan hända att du först får göra allt arbete inom det ursprungliga fokusområdet och sedan identifierar ytterligare områden som bör åtgärdas. Sessionen 8 är ett bra tillfälle för att ta upp detta och kan vara ett gott tillfälle att lägga om fokus för terapin.

F. Vad ska jag säga till min patient som vägrar att bli filmad?

S. Sessionerna i IPT-BN (m) filmas för forskning, handledning och utbildning. Skälen för att filma bör förklaras för patienter vid sessionen 0 och ett medgivande undertecknas om man är överens. De kan dra tillbaka sitt samtycke när som helst under behandlingen, och detta kommer inte att äventyra deras behandling på något sätt. Om de inte ger sitt samtycke så kommer ändå behandlingen att fortsätta som vanligt.

F. Hur håller jag min patient fokuserad på den aktuella uppgiften om hon vill prata om något annat?

S. Trots att IPT-BN (m) sessioner är löst strukturerade så måste terapeuten och patienten stanna i sitt fokus. Om en patient kommer till en session med material som inte verkar relevant ska terapeuten ifrågasätta detta. Patienten kanske ändå ger dig

material som är direkt relevant för det interpersonella fokusområdet och patienten kanske kan identifiera kopplingar till det. Kanske patienten tycker att det är mycket svårt att få fatt i relevant material eller inte förstått vad som förväntas av henne i terapin. Terapeuten bör se till att patienten har en tydlig förståelse för vad de arbetar med och hjälpa dem att göra kopplingar till andra områden som ingår i fokusområdet. Om patienten fortsätter att prata om andra frågor är det lämpligt att ta itu med detta, kanske i och med genomgången vid session 8, och omformulera fokusområdet vid behov.

F. Min patient talar inte mycket i sessionen. Vad ska jag göra?

S. Många patienter med hetsättningsstörningar eller bulimi har en samtidig depression. Detta kan påverka deras koncentration, deras motivation och deras kognition, vilket gör det svårt för dem att tänka klart. Vissa patienter kanske inte förstår vilka förväntningar som finns på deras roll i behandlingen, vissa kan vara rädda för att lämna ut sig eller för att visa sina känslor. Det finns många och varierande skäl för en patient att vara ovillig till att bidra i sessionen, men i vilket fall är terapeutens uppgift att ta upp detta med sin patient och att hjälpa denne att använda sessionerna mer effektivt. Att på så sätt försöka hjälpa patienten att generera lösningar på ett aktuellt problem kan mycket väl vara en modell för det pragmatiska här-och-nu förhållningssättet som finns i IPT-BN (m). Det kan ju också vara så att tidpunkten för sessionerna är svår för patienten. Kanske mår hon sämre på morgonen eller eftermiddagarna eller efter måltider. I vilket fall så kan det vara bra att diskutera detta med patienten och arrangera om sessionerna om det behövs. Terapeuten bör alltid vara öppen och stödjande med att engagera patienten och försöka behålla dem i terapin.

F. Min patient har bett om fler sessioner - ska jag erbjuda detta?

S. IPT-BN (m) är vanligtvis 16 veckor lång, men kan vara mellan 12 och 20 sessioner. Om en patient har slutfört det arbete de ville eller kunde göra kan antalet sessioner minskas. Om det finns ett behov av att utöka sessionerna kan detta också göras, men man bör tänka efter varför man överväger en förändring i behandlingens längd innan man genomför den. En av de mest kraftfulla drivkrafterna till förändring i korttidsterapier är behandlingstiden och arbetet med en definierad tidsperiod. De sista två sessioner är inriktade på att avsluta terapin och gå vidare och fortsätta att använda de kunskaper patienten har lärt sig i terapin. Patienten har antagligen blivit duktig på att identifiera problemområden och ta itu med dem, med stöd och hjälp av hennes interpersonella nätverk vid behov. En viktig del av att avsluta behandlingen är att patienten tar allt större ansvar för att ta hand om sig själv, fysiskt och känslomässigt. Att utöka antalet sessioner kan vara ett undvikande, antingen av patienten eller av terapeuten, av att avsluta. Om man anser det vara lämpligt kan antalet sessioner utökas - eller minskas - men det ska aldrig komma som en överraskning för patienten. Det bör diskuteras och planeras i förväg, företrädesvis i början av behandlingen.

F. Min patient kan inte komma varje vecka. Ska jag fortfarande erbjuda IPT-BN (m)?

S. IPT-BN (m) är en veckovis terapi. Den inbegriper färdigheter som ska övas på mellan sessionerna och uppgifter såsom dagbok att sköta. Om man förkortar tiden mellan sessionerna ges patienten inte tillräckligt mycket tid för att sköta sina arbetsuppgifter och att förlänga tiden mellan sessionerna kan mycket väl innebära att de sker för sällan. En viktig del av IPT-BN(m) är sjukrollen och patientens erkännande av sin sjukdom. En del av att ta hand om och komma tillrätta med sin sjukdom kan vara att söka lämplig behandling och att tillåta sig själv att närvara under denna behandling. Det kan dock finnas tillfällen när en patient inte kan åta sig att gå i veckovis behandling och detta bör i så fall inte

utesluta dem från IPT-BN (m). Diskutera och ordna alla sessioner i förväg med patienten och diskutera de svårigheter som en utökad ram för behandlingen kan innebära, såsom ökad risk för bortfall, långa perioder utan hjälp och minskad motivation.

F. Min patient är ofta för sen till sessionerna.

S. Om en patient är upprepat sen till sessionerna bör det hanteras öppet med dem i terapin. Det är viktigt att patienten deltar i alla sina 16 terapisesioner och denne kommer att gå miste om viktiga saker om hon är ständigt sent. Sessionerna bör fortsätta att börja och avslutas vid planerad tidpunkt. Om patienten är sen av en anledning, t.ex. att hon inte kan få tag på en buss vid rätt tidpunkt eller att hon inte kan lämna sina barn till dagis före en viss tid, bör terapeuten diskutera alternativ med patienten. Patienter kan kanske använda sitt nätverk för att hjälpa till med att komma i tid till behandling. Man kan överväga att lägga om tiden för sessionerna om det är ett alternativ eller så kanske de kan acceptera att deras försening kommer att beröva dem en betydande del av terapin. När man tar upp förseningarna ska detta inte ske konfrontativt utan stödjande och uppmuntrande och helst bör man stödja patienten till att få hjälp av sitt nätverk.

F. Min patient har missat en session.

S. Om en patient har missat en session i IPT-BN (m) utan att kontakta dig så bör patienten förlora den sessionen. Men om patienten har sagt till på förhand att de inte kan närvara så kan den sessionen erbjudas igen. Det är ofta bra att exempelvis skriva till patienten och berätta för dem att de har missat sin tid och påminna dem om deras nästa session.

F. Varför har min patients känslomässiga sinnestämning försämrats nu när vi är i slutet av behandlingen?

S. Det är inte ovanligt att en patients sinnestämning sjunker lite i slutet av behandlingen. Detta är inte nödvändigtvis en indikation på att ytterligare behandling behövs. I IPT-BN (m) hanteras till stor del förluster och slutet av behandlingen kan komma att ses som ytterligare en förlust. Terapeuten och patienten har haft en mycket nära och intensiv relation under de senaste 16 veckorna där man hanterat patientens relationer, känslomässiga mående och ätstörning. Patienten ska ha uppmuntrats under hela behandlingen att gradvis ta mer ansvar för sig själva och att lära sig att använda sitt interpersonella nätverk på ett bättre sätt, exempelvis genom att be om hjälp om det behövs. I IPT-BN(m) påstår man inte att metoden kan bota människor under de få sessionerna som står till buds, men det kan hjälpa människor att lära sig de färdigheter de behöver för att hantera sina liv mer effektivt. Slutet av behandlingen kan vara en tid av sorg för vad som kommer att förloras och detta bör uttryckligen diskuteras under de sista sessionerna. Slutet kan också innebära en övergång till en ny punkt i deras liv - patienten bör uppmuntras att bygga vidare på de kunskaper som han/hon har lärt sig, exempelvis att hantera känslor, hantera förändringar och hitta lösningar i svåra relationer.

Om det finns en oro för att patientens känslomässiga sinnestämning har försämrats avsevärt eller om det finns några självmordstankar eller försök till självskada bör lämpliga åtgärder vidtas.

Referenser

Fairburn, C.G. (1995). *Overcoming Binge Eating*. Guilford Press; NY.

Fairburn, C.G. (2011). *Att övervinna hetsätning – ett nytt vetenskapligt behandlingsprogram*. Studentlitteratur AB, Lund.

Fairburn, C.G. (1993). Interpersonal Psychotherapy for Bulimia Nervosa. In *New Applications of Interpersonal Psychotherapy*. Eds. Klerman, G.L. och Weissman, M.M., American Psychiatric Press, Washington.

Klerman, G.L. och Weissman, M.M., (1993). *New Applications of Interpersonal Psychotherapy*. American Psychiatric Press, Washington.

Weissman, M.M., Markowitz, J.C., och Klerman, G.L., (2000). *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*, Basic Books.