

# IPT Audio Recording Rating Scale, Roslyn Law

Svensk översättning version 2 - 2016

---

## IPT LJUDINSPELNING Bedömningskala

Terapeut

Patient

Fall nr

Fokusområde:

Session nr

Bedömare

Bedömningskalan är uppdelad i fyra delar. Endast områden som är relevanta för den aktuella behandlingsfasen bör bedömas.

Del ett: Allmänna strategier för bedömning av samtliga sessioner 1-16.

Del två: Strategier för inledande sessioner, bedömning av session 1-4.

Del tre: Fokusstrategiformulär bör användas för att bedöma det aktuella fokusområdet för session 5-16.

Del fyra: Strategier för avslutande sessioner, bedömning av session 13-16

Items klassificeras efter en 0-6 skala:

0= inte försökt,

2= försökt men interventionen var ofullständig eller ytlig,

4= interventionen gjordes på ett sätt som överensstämmer med IPT-kompetens på en tillfredsställande nivå

6= interventionen gjordes på ett sätt som överensstämmer med IPT-kompetens på en utmärkt nivå

Scoring guide för godkänt / icke godkänt:

- Items betygsatta med 1-6, måste uppnå en total genomsnittlig poäng på 3 eller mer för en inspelning för att godkännas. (genomsnittet är den totala poängen för förekommande items dividerat med antalet items som bedömts minst 2)
- Högst två interventioner får göras med värdet 1 eller 2 per inspelning för att den ska godkännas.
- "Symptomgenomgång" och "koppla depression till fokusområde" får inte bedömas med 2 eller lägre mer än en gång i varje ärende för att godkännas.

Terapeutens portfolio med fyra ärenden måste tillsammans uppfylla alla kompetenskriterierna från initial- och avslutningsfasen. Bedömningen från mellanfasen måste visa på kompetens att gå igenom symptom och koppla till fokus och vid åtminstone något tillfälle utforska fokusrelationerna och även engagera nätverket.

## DEL ETT Generella terapeutiska strategier

Den första delen av skalan tar upp följande grundläggande IPT-kompetenser:

1. Förmåga att hålla uppmärksamheten på ett av IPTs fokusområden som är kopplat till symtomdebut och överenskommet med patienten
2. Förmåga att identifiera och utforska kommunikationssvårigheter
3. Förmåga att hjälpa patienten uttrycka och acceptera olika känslor
4. Förmåga att stödja och uppmuntra interpersonella förändringar mellan sessionerna
5. Förmåga att anpassa centrala IPT-strategier efter patientens behov och den begränsade behandlingstiden
6. Förmåga att skapa balans mellan att hålla fokus och bibehålla behandlingsalliansen
7. Förmåga att skapa balans mellan terapeutens aktivitet och icke-styrande utforskande
8. Förmåga att selektivt använda specifika tekniker för att stödja strategier och mål för det valda fokusområdet

### **Generella terapeutiska strategier – bedöms för alla sessioner.**

<b>1. Underlätta uttryck och acceptans av känslor</b>	
0	Terapeuten uppmuntrade inte uttryck eller acceptans av känslor.
2	Terapeuten utforskade sällan patientens känslomässiga upplevelse under sessionen eller uppmuntrade patienten att uttrycka känslor.
4	Terapeuten identifierade och förtydligade såväl verbala som icke-verbala tecken på känslor under sessionen. Dessa användes för att hjälpa patienten att utforska, förstå och uttrycka sina känslor samt att upptäcka och acceptera sina känslor, skilja känslor från handling samt identifiera sambandet mellan vad man känner och hur man beter sig i en relation.
6	Som en central strategi uppmärksammade och utforskade terapeuten konsekvent och lyhört patientens känslomässiga tillstånd. Terapeuten gav patienten stöd i att vara kvar i sina nuvarande erkända och icke-erkända känslor för att mer fullständigt kunna acceptera känslotillstånd, att använda dessa som en grund för att förstå interpersonella upplevelser, att hjälpa dem skilja känslor från handlingar och att hjälpa dem att urskilja när uttrycket av starka känslor är lämpligt utanför terapin och när det kan skada relationer
<b>Kommentarer</b>	

<b>2. Uppmärksamma den terapeutiska relationen</b>	
0	Terapeuten uppmärksammade inte den terapeutiska relationen med patienten
2	Terapeuten var inkonsekvent i intoning och lyhördhet i den terapeutiska relationen under sessionen.
4	Terapeuten visade empatisk förståelse av patientens upplevelse och främjade aktivt samarbetet med patienten genom att på ett lyhört sätt svara på verbal- och icke verbala kommunikation.
6	Terapeuten var samarbetsvillig och intresserad och kommunicerade ett icke-dömande intresse för patientens upplevelse. Terapeuten tog tillvara möjligheter att visa empati med patienten och samtidigt klargöra hans belägenhet och även lyfta fram hans styrkor genom stödjande och uppmuntrande interventioner.
<b>Kommentarer</b>	
<b>3. Fokusera sessionen på ett relevant ämne</b>	
0	Terapeuten fokuserade inte sessionen på ett relevant ämne.
2	Terapeuten höll en viss uppmärksamhet på interpersonella teman och depression.
4	Terapeuten gjorde återkommande kopplingar symptom-interpersonellt fokus och gjorde specifika interventioner inom adekvata områden/teman utifrån aktuell terapifas.
6	Terapeuten kombinerade skickligt uppmärksamhet på de viktigaste symptomrelaterade och interpersonella målen i terapin utifrån patientens aktuella interpersonella sammanhang med hänsyn till de specifika mål och uppgifter för de enskilda faserna och fokusområdet. Samtidigt fanns medvetenheten om tidigare och kommande faser i terapin.
<b>Kommentarer</b>	

<b>4. Följ, stöd och uppmärksamma framsteg när det gäller interpersonella problem.</b>	
0	Terapeuten varken bekräftade eller stöttade patientens framsteg vad gäller interpersonella problem.
2	Terapeuten bekräftade eller uppmuntrade patientens framsteg vad gäller interpersonella problem på ett ofullständigt sätt.
4	Terapeuten hjälpte patienten att hålla ett interpersonellt förändringsfokus och lyfte fram och uppmuntrade patientens förändringsförsök samt utforskade svårigheter att göra framsteg
6	Terapeuten hjälpte patienten aktivt och konsekvent att fokusera på att göra realistiska och specifika interpersonella förändringar genom att hjälpa hen att förstå deras betydelse för symtomen och de interpersonella relationerna, identifiera och engagera nätverket för att hjälpa till med denna förändring och konstruktivt övervinna hinder. Terapeuten balanserade skickligt förändringsbehovet hos patienten med medvetenheten om och lyhördheten för patientens förändringsberedskap.
<b>Kommentarer</b>	
<b>5 . Upprätthåll den terapeutiska hållning som gäller för IPT</b>	
0	Terapeuten upprätthöll inte en stödjande och aktiv hållning, enligt IPTs principer.
2	Terapeuten var tillfälligt stödjande men upprätthöll inte en aktiv, stödjande och samarbetsfokuserad hållning under större delen av sessionen.
4	Terapeuten upprätthöll en aktiv och stödjande hållning och samarbetade med patienten för att identifiera specifika interpersonella problem, att diskutera relevant material för fokusområdet och arbeta i riktning mot interpersonella förändringar.
6	Terapeuten upprätthöll en aktiv, stödjande, empatisk och validerande hållning och berömde patientens insatser, kommunicerade direkt, uppmuntrade feedback och tog emot patientens negativa upplevelser i terapirelationen på ett icke-defensivt sätt. Terapeuten hjälpte patienten att identifiera specifika interpersonella och kommunikativa problem, fokusera på relevant material och arbeta för att göra förändringar. Terapeuten höll balansen mellan att ta rollen som expert och hjälpa patienten att öka sin tilltro till att själv kunna lösa sina interpersonella problem.
<b>Kommentarer</b>	

<b>6. Styrande tekniker (Psykoedukation och råd)</b>	
0	Terapeuten använde inga styrande tekniker.
2	Terapeuten gav begränsad och ytterst grundläggande information utan adekvat förklaring.
4	Terapeuten gav råd och information i viss utsträckning men på ett lämpligt sätt, för att engagera patienten och skapa tilltro att terapeuten har förmåga att hjälpa.
6	Terapeuten informerade på ett konstruktivt sätt och vägledde patientens beteende och tänkande genom tekniker som psykoedukation, och gav relevanta faktauppgifter och rekommendationer. Denna information gavs för att skapa en känsla av tillit till terapeutens kunskap, expertis och förmåga att hjälpa men hindrade inte patienten att göra oberoende val.
<b>Kommentarer</b>	
<b>7. Rollspel</b>	
0	Terapeuten använde inte rollspel.
2	Terapeuten använde rollspel på ett ytligt eller ofullständigt sätt för att skapa alternativ till problematisk kommunikation.
4	Terapeuten använde rollspel på rätt sätt för att utforska och öva alternativ kommunikation som var relevant för fokusområdet.
6	Terapeuten valde skickligt relevanta tillfällen, vägledde patienten genom detaljerad förberedelse, rollbesättning och ämne och använde rollspel för att utforska och öva alternativa kommunikationsstrategier och ge patienten en upplevelse av kompetens i att kommunicera och interagera på ett mer effektivt sätt.
<b>Kommentarer</b>	
<b>8. Beslutsanalys</b>	
0	Terapeuten använde inte beslutsanalys.
2	Terapeuten gav prov på ytliga eller alltför styrande problemlösningstekniker.
4	Terapeuten arbetade med klienten för att identifiera beslut som var relevanta för fokusområdet och diskuterade alternativa möjligheter och möjliga konsekvenser för att underlätta beslutsfattandet.
6	Terapeuten hjälpte patienten på ett skickligt sätt att klargöra de viktiga beslut som rör fokusområdet genom en genomgång av hela skalan av möjligheter med hänsyn tagen till förväntade konsekvenser för fokusområdet och depressionen, för att uppnå en balanserad handlingsplan. Patienten fick stöd i att införliva denna strategi som en självständig kompetens.
<b>Kommentarer</b>	

<b>9. Klarifiering/klarläggande</b>	
0	Terapeuten använde inte klarifiering.
2	Terapeuten använde sällan klarifiering för att underlätta sin egen eller patientens förståelse.
4	Terapeuten använde regelbundet och på lämpligt sätt klarifiering, som att be patienten att upprepa vad som sagts eller betona interpersonella händelser för att hjälpa patienten att bli mer medveten om vad hen tyckte och kände.
6	Terapeuten använde klarifieringar på ett skickligt och flexibelt sätt, som att be patienten upprepa vad hen sagt eller betona den interpersonella aspekten av en kommunikation, för att fördjupa sin egen och patientens förståelse, att mer klart och tydligt lyssna på och ta hänsyn till patientens kommunikation, känslor och tankar och att undersöka motsägelser och kopplingar i det patienten sade.
<b>Kommentarer</b>	
<b>10. Utforskande tekniker</b>	
0	Terapeuten använde inte utforskande tekniker.
2	Terapeuten uppmuntrade sällan patienten att utveckla vad som sagts och använde överlag mer slutna än öppna frågor.
4	Terapeuten stöttade och uppmuntrade klienten att utveckla relevanta och produktiva frågor genom att visa nyfikenhet och intresse och inbjuda till mer information genom öppna frågor
6	Terapeuten främjade aktivt klientens känsla av kompetens och autonomi genom att genomgående visa en öppenhet och intresse, att uppmärksamma och lyfta fram konstruktiva bidrag från patienten och uppmuntra patienten att utveckla adekvata teman utan att avbryta eller införa onödig struktur.
<b>Kommentarer</b>	

<b>11. Kommunikationsanalys</b>	
0	Terapeuten använde inte kommunikationsanalys.
2	Terapeuten ställde allmänna eller ytliga frågor om kommunikation men utforskade inte exempel i detalj.
4	Terapeuten engagerade klienten i att berätta om och reflektera över en nyligen inträffad, svår konflikt/ordväxling med en annan person genom detaljerad rekonstruktion av händelsen. Terapeuten utforskade den emotionella laddningen i kommunikationen och kopplade till depressionen.
6	Terapeuten hjälpte patienten att i detalj utforska och rekonstruera ett konkret exempel på problematisk kommunikation/konflikt med en annan person under senaste tiden; inklusive verbalt och icke verbalt innehåll, tillhörande känsla, syftet med kommunikationen, hur effektiv och tillfredsställande den var; tillhörande förväntningar och utvärdering av ömsesidighet och inlevelse i den andres upplevelse. Terapeuten utforskade och övade också med patienten alternativa sätt att kommunicera i detalj.
<b>Kommentarer</b>	
<b>12. Tydlig hänvisning till den terapeutiska relationen (Används sällan)</b>	
0	Terapeuten hänvisade inte uttryckligen till den terapeutiska relationen.
2	Terapeuten hänvisade till den terapeutiska relationen men kopplade inte till liknande erfarenheter i relationer utanför terapin.
4	Terapeuten identifierade konstruktivt återkommande mönster och kommunikationssvårigheter när dessa uppstår i den terapeutiska relationen och kopplade dessa till vad som uppstår med andra och håller depressionen vid liv, för att hjälpa klienten att utveckla bättre förståelse och överväga alternativ.
6	Terapeuten använde den terapeutiska relationen som ett medel för att identifiera och ge konstruktiv återkoppling på återkommande interpersonella mönster och kommunikationssvårigheter när de förekom och kopplade dessa till mönster i nära relationer och klargjorde risken att utlösa depression hos patienten. Terapeuten gav patienten stöd i att pröva och utforska alternativa sätt att kommunicera genom att först pröva dessa i terapirelationen.
<b>Kommentarer</b>	

## DEL TVÅ Initialfasen

Den första delen av skalan tar upp följande IPT-kompetenser:

1. Kunskap om grundläggande principer, grunder och strategier i IPT
2. Förmåga att bibehålla fokus på symtomen i det interpersonella sammanhanget
3. Förmåga att genomföra IPT på ett sätt som överensstämmer med en stödjande och aktiv hållning hos terapeuten
4. Förmåga att engagera patienten i IPT
5. Förmåga att omformulera patientens problem som en sjukdom
6. Förmåga att identifiera ett interpersonellt fokusområde som kommer att utgöra mellanfasen av terapin

### Initialfasen

<b>1. Inledande grundlig genomgång av patientens depressiva symtom (symtomgenomgång)</b>	
0	Terapeuten gick inte igenom de depressiva symtomen.
2	Terapeuten gjorde en ofullständig genomgång av de depressiva symtomen; gjorde ingen heltäckande symtomgenomgång eller inventering av den aktuella episodens utveckling.
4	Terapeuten gjorde en fullständig symtomgenomgång av den senaste veckan och/eller en genomgång av den nuvarande depressiva episoden samt involverade patienten i en gemensam utvärdering av de depressiva symtomen.
6	Terapeuten gick igenom hela skalan av depressiva symtom med diskuterade deras frekvens, intensitet, varaktighet och förändring. Terapeuten involverade patienten aktivt i att spåra sina symtom och länka dem till sitt interpersonella fungerande under den senaste veckan och/eller under loppet av den nuvarande depressionsepisoden. Terapeuten använde även en standardiserad depressionsskala.  n.b. denna punkt kan användas för att gradera symtomen för den senaste depressionsepisoden eller för den senaste veckan, beroende på vilken session som avses.
<b>Kommentarer</b>	



<b>2. Genomgång av nuvarande depressiva symtom och symtomens utveckling i ett interpersonellt sammanhang. (Tidslinje: nuvarande episod)</b>	
0	Terapeuten gjorde ingen genomgång av vare sig nuvarande depressiva symtom eller interpersonellt sammanhang.
2	Terapeuten utvärderade den depressiva episoden och/eller det interpersonella sammanhanget med gjorde enbart få eller inga kopplingar emellan dessa och arbetade inte heller aktivt för att engagera patienten i att överväga olika kopplingar mellan händelse och humör/mående (mood-event).
4	Terapeuten gjorde en genomgång av den senaste depressionsepisoden och gjorde kopplingar till utlösande interpersonella orsaker och konsekvenser för de aktuella symtomen. Terapeuten engagerade patienten i att tänka på sina symtom i ett interpersonellt sammanhang för att få in ett interpersonellt fokus i terapin.
6	Terapeuten gjorde en detaljerad genomgång av hur depressionen utvecklats, med särskild tonvikt på start, varaktighet och svårighetsgrad av de depressiva symtomen. Terapeuten utforskade återkommande aktivt tillsammans med patienten interpersonella utlösande orsaker och konsekvenser av symptomförändring för att utveckla en gemensam förståelse av den pågående episodens interpersonella sammanhang.
<b>Kommentarer</b>	
<b>3. Genomgång av tidigare depressionsepisoder, tidigare behandling och det interpersonella sammanhanget. (Tidslinje: tidigare episoder)</b>	
0	Terapeuten tog ingen anamnes/utforskade inte tidigare depressionsepisoder.
2	Terapeuten gick igenom tidigare depressionsepisoder, dock med begränsad eller ingen koppling till behandling eller det interpersonella sammanhanget.
4	Terapeuten gick igenom tidigare depressionsepisoder, (diagnosticerade, odiagnosticerade och subkliniska) inklusive tidigare behandling och signifikanta interpersonella faktorer runt depressionsepisoderna.
6	Terapeuten gjorde en fullständig depressionshistoria med uppgifter om behandlingen som givits och hur patienten svarat på den. Terapeuten gjorde en detaljerad genomgång av det interpersonella sammanhanget för varje episod med överväganden om hur interpersonella mönster av svårigheter kring fokusområden har upprepat sig och är tydligt i den aktuella episoden.
<b>Kommentarer</b>	

<b>4. Ge syndromet ett namn (Diagnos)</b>	
0	Terapeuten nämnde inte/använde inte begreppet depression.
2	Terapeuten refererade till depression utan att förklara de olika symtomen, deras varaktighet och påverkan, som krävs för diagnos.
4	Terapeuten ställde en tydlig diagnos, betecknade depressionen som en sjukdom och förklarade symtomen/kriterierna och interpersonella svårigheter vid depression.
6	Terapeuten ställde en tydlig diagnos, betecknade depression som en sjukdom, förklarade klustret av symtom, interpersonella svårigheter och samspelet mellan dem. Terapeuten relaterade aktivt diagnosen till patientens egna erfarenheter.
<b>Kommentarer</b>	
<b>5. Ge psykoedukation om depression (Vad vet vi om depression)</b>	
0	Terapeuten gav ingen psykoedukation.
2	Terapeuten förklarade flyktigt att depression är en sjukdom och erbjöd begränsad information utan att bjuda in till fortsatta diskussioner eller kommentarer från patienten.
4	Terapeuten förklarade uppkomst av depression samt förlopp, skydds- och sårbarhetsfaktorer relaterat till patientens erfarenheter.
6	Terapeuten gav detaljerad information om depression och dess förlopp, skydds- och sårbarhetsfaktorer och betonade betydelsen av interpersonella faktorer. Informationen anpassades till patientens upplevelser och relaterades till specifika detaljer i patientens upplevelser av depression.
<b>Kommentarer</b>	
<b>6. Förklara att depression går att behandla. (Olika EBT behandlingar för depression)</b>	
0	Terapeuten förklarade inte att depression går att behandla.
2	Terapeuten informerade patienten att depression går att behandla, utan att informera ytterligare kring detta.
4	Terapeuten förklarade att depression går att behandla och gav information om olika behandlingsmetoder, deras utfall och evidens, i syfte att ingjuta hopp om att terapi kan hjälpa.
6	Terapeuten förklarade att depression går att behandla och gav information om enskilda och kombinerade behandlingsmetoder, deras utfall och beskrev den evidens som finns för IPT. Terapeuten beskrev hur man genom att arbeta med symtomens sociala och interpersonella konsekvenser förväntas bidra till att reducera depressiva symptom. På detta sätt kunde terapeuten inge hopp om att terapi kan hjälpa och minska patientens självanklagelser.

<b>Kommentarer</b>	
<b>7. Terapeuten förmedlar förståelse och expertis.</b>	
0	Terapeuten förmedlade inte någon förståelse för patienten, depressionen eller IPT.
2	Terapeuten visade begränsad förståelse för patienten och erbjöd begränsade förklaringar till depression och IPT.
4	Terapeuten kommunicerade rakt och tydligt, bekräftade patientens upplevelse och förmedlade tydlig, lättillgänglig information kring aktuell problematik och föreslagen terapi.
6	Terapeuten visade en intresserad och icke-dömande attityd till patientens berättelse, visade empatisk förståelse och kopplade diagnos och behandling enligt IPT till patientens individuella erfarenhet och symptomprofil.
<b>Kommentarer</b>	
<b>8. Förklara sjukrollen</b>	
0	Terapeuten gjorde inget försök att förklara sjukrollen.
2	Terapeuten beskrev att patienten inte mår bra men gjorde begränsade försök att involvera patienten i att utforska konsekvenser av depressionen eller att mobilisera stödresurser eller få till stånd beteendeförändring för att förbättra symtomen.
4	Terapeuten arbetade på att tillsammans med patienten enas om en diagnos som minskar patientens självanklagelser och inger hopp om återhämtning samt att initiera förändringar och stöd för att främja återhämtning.
6	Terapeuten arbetade på att tillsammans med patienten enas om en diagnos för att minska patientens självanklagelser och inge hopp. Patienten uppmuntrades aktivt att bibehålla "antidepressiva" aktiviteter och att tillfälligt släppa vissa alltför krävande aktiviteter och skyldigheter och att prioritera återhämtning genom att engagera och söka stöd i omgivningen.
<b>Kommentarer</b>	

<b>9. Diskutera användningen av medicin som kombinerad behandling.</b>	
0	Terapeuten talade inte om medicinering.
2	Terapeuten gjorde en ofullständig genomgång av nuvarande medicinering; gav otillfredsställande information kring dos, följsamhet, effekt och inställning.
4	Terapeuten gjorde en fullständig genomgång av patientens aktuella användning av mediciner; effekt, attityd till medicin och problem med antidepressiv medicinering.
6	Terapeuten gav en tydlig förklaring till vilken roll medicin kan spela vid behandling av depression, inklusive forskningsresultat, bedömde klientens nuvarande användning av och effekt av medicineringen, utforskade försiktigt patientens eventuella reservationer och enades om tidpunkt för utvärdering om medicinering för närvarande inte är aktuellt för patienten, men skulle vara ett behandlingsalternativ utifrån symptomprofilen.
<b>Kommentarer</b>	
<b>10. Förklaring av IPT och behandlingsfaserna</b>	
0	Terapeuten förklarade inte IPT och dess innehåll.
2	Terapeuten förklarade att IPT är en depressionsbehandling eller att IPT har ett interpersonellt fokus men förklarade inte länken mellan dessa båda (händelse-humör) inte heller dess olika faser eller metodens målsättning.
4	Terapeuten förklarade att IPT är en fokuserad psykoterapi med syftet att reducera symtomen och förbättra social anpassning/interpersonell funktion. Terapeuten förklarade IPTs tre faser och målsättning i stora drag.
6	Terapeuten förklarade grunden för IPT som en tidsbegränsad, här-och-nu, interpersonellt fokuserad behandling som har sina rötter i en medicinsk modell av depression som en behandlingsbar sjukdom. Terapeuten förklarade också det ömsesidiga samspelet mellan symtom och livshändelser, behandlingsmålen i form av symtomreduktion och förbättrat socialt fungerande; de tre faserna med distinkta strategier och mål, val av och arbete inom ett interpersonellt definierat fokusområde som det viktigaste sättet att reducera symtomen och lidandet dessa förorsakar.
<b>Kommentarer</b>	

<b>11. Översätt de depressive symtomen till ett interpersonellt sammanhang (Social modell av depression och nuvarande samband)</b>	
0	Terapeuten omformulerade inte/kopplade inte symtomen till ett interpersonellt sammanhang.
2	Terapeuten diskuterade symtom och/eller interpersonella relationer och gjorde få kopplingar dem emellan.
4	Terapeuten förklarade och utforskade den ömsesidiga relationen mellan symtom och interpersonella relationer/livshändelser.
6	Terapeuten kopplade skickligt patientens symtom till interpersonella upplevelser och illustrerade den dynamiska karaktären av detta samspel. Exempel användes rutinmässigt för att visa att relationer både kan utlösa och vidmakthålla, men också lindra symtom. På så sätt kunde terapeuten förklara varför ett interpersonellt fokus utgör en logisk grund för behandlingen.
<b>Kommentarer</b>	
<b>12. Gör ett interpersonellt inventorium</b>	
0	Terapeuten genomförde inget interpersonellt inventorium
2	Terapeuten gjorde en ytlig utfrågning kring relationer men gjorde ingen koppling till depressionen och försökte inte heller hitta ett fokus.
4	Terapeuten gjorde en genomgång av patientens interpersonella sammanhang för att ta reda på tillgänglighet, acceptans av och kvaliteten hos nuvarande socialt stöd, signifikanta relationer och livsomständigheter samt deras koppling till den nuvarande depressiva episoden.
6	Terapeuten undersökte systematiskt och i samarbete med patienten dennes interpersonella erfarenheter i detalj och gav de nuvarande relationerna uttrycklig prioritet. Detta användes som en bas för att formulera tillgänglighet, användning av samt acceptans av interpersonella resurser och deras betydelse och inverkan på de nuvarande svårigheterna. Inventeringen länkades tydligt till målet att förstå den aktuella depressionsepisoden och att identifiera ett interpersonellt fokus för terapin.
<b>Kommentarer</b>	

<b>13. Möjligt fokusområde identifieras tillsammans med patienten (Referenspunkt vid varje bedömnings-session.)</b>	
0	Terapeuten diskuterade inte möjliga fokusområden med patienten.
2	Terapeuten hänvisade till de olika fokusområdena men uppmuntrade inte patienten att identifiera det mest användbara fokusområdet för behandlingen.
4	Terapeuten visade på kopplingar mellan identifierade problemområden och nuvarande symtom och inbjöd patienten att överväga och diskutera varje fokusområdes potential som tänkbart huvudfokus för kommande behandlingsfas.
6	Terapeuten erbjöd genomgående preliminära formuleringar genom att flexibelt använda tidslinjen, den interpersonella inventeringen och symptomprofilen för att undersöka hur man bäst skulle kunna fokusera arbetet. Terapeuten bekräftade inte fokus innan bedömningen hade avslutats och engagerade och samarbetade med patienten hela tiden för att utvärdera potentialen i varje fokusområde och vilken typ av arbete det skulle innebära.
<b>Kommentarer</b>	
<b>14. Interpersonell formuleringen av nuvarande depressionsepisod</b>	
0	Terapeuten gjorde ingen interpersonell formulering
2	Terapeuten identifierade ett fokusområde men presenterade inte en individuell formulering kopplad till patientens berättelse.
4	Terapeuten hjälpte patienten att känna sig förstörd genom att presentera en sammanfattning av framträdande händelser kopplat till start och vidmakthållande av depressionen samt deras inbördes påverkan. Terapeuten uppmuntrade patienten att reflektera kring den föreslagna formuleringen och förslag på fokus.
6	Terapeuten presenterade en formulering som skickligt integrerat patientens tidsmässiga och tematiska berättelse som betonar hur specifika interpersonella svårigheter kan utlösa och vidmakthålla depression och hur arbete inom det identifierade fokusområdet skulle kunna lindra symptomen och det lidande de bidrar till. Patienten uppmuntrades aktivt att reagera på formuleringen och öppet diskutera missförstånd eller meningsskiljaktigheter för att komma överens om hur man går vidare.
<b>Kommentarer</b>	

**15. Förhandlingar om specifika och realistiska behandlingsmål som reflekterar fokusområdet**

0	Terapeuten presenterade inga mål för terapin.
2	Terapeuten presenterade allmänna mål för terapin och involverade inte patienten.
4	Terapeuten arbetade tillsammans med patienten för att identifiera och fastställa realistiska behandlingsmål, kopplade till fokusområdet
6	Terapeuten arbetade med patienten för att kunna använda formuleringen för att förstå hur de nuvarande svårigheterna ser ut och att ange de förändringar som är realistiska och fruktbara för att åstadkomma en symtomreduktion och interpersonella förändringar relaterade till fokusområdet; detta med hänsyn tagen till hur allvarliga och kroniska svårigheterna är, de resurser som finns för patienten och terapins begränsning i tid.

**Kommentarer****16. Tydliga kontraktsförhandlingar**

0	Terapeuten förhandlade inte om kontraktet.
2	Terapeuten valde att föra terapin vidare in i en ny fas utan någon specifik överenskommelse med patienten.
4	Terapeuten presenterade ett förslag på terapins längd och frekvens för ett framtida kontrakt. Karaktären på arbetet och förväntningar på patienten/terapeuten utifrån fokusområdet diskuterades. Patienten uppmanades att diskutera detaljerna och eventuella oklarheter.
6	Terapeuten diskuterade utförligt och i samarbete med patienten de kliniska och praktiska förväntningarna och vars och ens ansvar, tog upp potentiella svårigheter, så som missade sessioner, och involverade aktivt patienten i övergången till nästa behandlingsfas. Terapeuten beskrev och enades med patienten om kontraktet i början av behandlingen och upprepade det med alla detaljer i samband med fokusformuleringen och behandlingsmålen.

**Kommentarer**

# DEL TRE Fokusstrategier

## Rollförändring

<b>1. Gå igenom depressiva symtom under den senaste veckan (Obligatoriskt)</b>	
0	Terapeuten gick inte igenom de depressiva symtomen.
2	Terapeuten gjorde en hastig genomgång, t ex endast sinnesstämning, utan att utforska förändringar eller utlösande faktorer under senaste veckan.
4	Terapeuten gick kortfattat igenom ett tillräckligt antal aktuella symptom (minst fem stycken) för att kunna bekräfta diagnosen och diskuterade vilka uttryck symtomen tagit under den senaste veckan
6	Terapeuten engagerade patienten i att tillsammans, kortfattat och detaljerat, gå igenom de olika depressiva symtomen under den senaste veckan, identifiera bättre och sämre perioder och tillhörande interpersonella utlösande faktorer. Terapeuten engagerade patienten i att använda en standardiserad depressionsskala som en initialt sammanfattande kommunikation som kan utvecklas och förstärker patientens roll som expert på sin egen depression.
<b>Kommentarer</b>	
<b>2. Relatera de depressiva symtomen till svårigheter att hantera övergången från en social roll till en annan (Obligatoriskt)</b>	
0	Terapeuten kopplade inte de depressiva symtomen till fokusområdet.
2	Terapeuten diskuterade depression och/eller fokusområdet men kopplade dem inte till varandra.
4	Terapeuten samarbetade under hela sessionen med patienten i att utforska det ömsesidiga förhållandet mellan depressiva symtom och händelser eller interpersonella relationer kopplade till fokusområdet.
6	Terapeuten engagerade aktivt patienten i att identifiera och förstå sambandet mellan de depressiva symtomen och fokusområdet genom hela sessionen. Kopplingar identifierades från hela depressionsepisoden och tonvikt lades på den senaste veckan. Detta användes för att förstärka framstegen och utforska relevanta svårigheter.
<b>Kommentarer</b>	



**3. Gå igenom de positiva och negativa aspekterna av den gamla och den eventuellt nya rollen och gör en realistisk bedömning**

0	Terapeuten gick varken igenom den gamla eller den nya rollen.
2	Terapeuten gjorde en kort sammanfattande genomgång av den gamla och/eller den nya rollen men uppmuntrade inte patienten till reflektionen eller utvärdering.
4	Terapeuten hjälpte klienten att utforska känslorna och betydelsen av rollen som skall lämnas för att underlätta en realistisk bedömning av det som förlorats och av den nya roll patienten ska anpassa sig till och de möjligheter den kan ge.
6	Terapeuten samarbetade med patienten för hjälpa hen att balanserat reflektera över den gamla rollen. Terapeuten undersökte empatiskt och lyfte fram de aspekter av övergången som varit mest problematiska för patienten och stöttade och engagerade patienten i att utveckla den kompetens, motivation och det stöd som är nödvändigt för att anpassa sig till den nya rollen och ta tillvara de möjligheter den erbjuder.

**Kommentarer**

**4. Utforska det som förlorats och de känslor patienten har inför det som förlorats.**

0	Terapeuten utforskade inte känslor kring det som förlorats.
2	Terapeuten gjorde en ytlig hänvisning till den gamla rollen men utforskade inte känslor av förlust hos patienten.
4	Terapeuten stöttade patienten i att undersöka i detalj vad som gått förlorat och att erkänna samt uttrycka olika känslor som var förknippade med förändringen.
6	Terapeuten visade en icke-dömande attityd till att utforska de olika dimensionerna av det som gått förlorat och den blandning av positiva och negativa känslor som är förknippade med att avstå från det som förlorats, och klargjorde samtidigt de delar av den gamla rollen som kan bibehållas. Terapeuten hjälpte patienten att sörja förlusten av den gamla rollen och avstå från den.

**Kommentarer**

<b>5. Utforska känslor kring själva förlusten</b>	
0	Terapeuten utforskade inte känslor i samband med förändringen.
2	Terapeuten undersökte på ett begränsat och ytligt sätt hur förändringen gått till.
4	Terapeuten stöttade patienten i att utvärdera känslor kring hur förändringen gått till samt vad som bidrog till förändringen och hur detta hänger samman med patientens aktuella depressiva symtom.
6	Terapeuten gav patienten ett empatiskt stöd i att undersöka förändringsprocessen och sammanhanget kring förändringen i detalj, hur patienten och andra bidragit till detta, och de olika känslor som patienten upplevde både vid den tiden och nu, och hur de hänger ihop med patientens depressionssymptom.
<b>Kommentarer</b>	
<b>6. Utforska möjligheterna i den nya rollen</b>	
0	Terapeuten undersökte inte möjligheter i den nya rollen.
2	Terapeuten hänvisade kort till möjligheterna i den nya rollen, men uppmuntrade inte patienten i att utforska eller testa dem.
4	Terapeuten uppmuntrade patienten att identifiera och använda sig av nya möjligheter – förväntade och oväntade – i den nya rollen.
6	Terapeuten engagerade patienten i en systematisk genomgång av den nya rollen för att identifiera och/eller skapa nya möjligheter som kan antas få en positiv effekt på de depressiva symtomen och anpassning till den nya rollen.
<b>Kommentarer</b>	

**7. Uppmuntra utveckling och effektiv användning av det sociala stödsystemet och färdigheter som behövs i den nya rollen**

0	Terapeuten uppmuntrade inte användning av socialt stöd i förhållande till den nya rollen.
2	Terapeuten uppmuntrade i allmänhet patienten att använda stöd, utan att identifiera från vem och hur detta kan vara användbart för patienten i sin nya roll.
4	Terapeuten hjälpte patienten att identifiera och utveckla den kompetens och det stöd som behövs för att effektivt hantera krav och använda sig av möjligheterna i den nya rollen.
6	Terapeuten utforskade aktivt hur befintliga kunskaper och stöd kan användas på ett effektivt sätt i den nya rollen och arbetade på ett kreativt sätt med patienten för att hen ska våga ta risker och använda nya strategier. Detta för att utrusta patienten praktiskt och interpersonellt för att till fullo kunna gå in i den nya rollen och motverka den pessimism och brist på motivation som är kännetecknande för depression.

**Kommentarer**

## Interpersonella rollkonflikter

<b>1. Gå igenom depressiva symptom under den senaste veckan (Obligatoriskt)</b>	
0	Terapeuten gick inte igenom de depressiva symtomen.
2	Terapeuten gjorde en hastig genomgång t.ex. endast sinnesstämning, utan att utforska förändringar eller utlösande faktorer under senaste veckan.
4	Terapeuten gick kortfattat igenom ett tillräckligt antal aktuella symptom (minst fem stycken) för att kunna bekräfta diagnosen och diskuterade vilka uttryck symtomen tagit under den senaste veckan.
6	Terapeuten engagerade patienten i att tillsammans, kortfattat och detaljerat, gå igenom de olika depressiva symtomen under den senaste veckan, identifiera bättre och sämre perioder och tillhörande interpersonella utlösande faktorer. Terapeuten engagerade patienten i att använda en standardiserad depressionsskala som en initialt sammanfattande kommunikation som kan utvecklas och förstärker patientens roll som expert på sin egen depression.
<b>Kommentarer</b>	
<b>2. Relatera symptomdebut till öppen eller dold konflikt med viktiga andra som patienten för närvarande är involverad i (Obligatoriskt)</b>	
0	Terapeuten kopplade inte de depressiva symtomen till fokusområdet.
2	Terapeuten diskuterade depression och/eller fokusområdet men kopplade dem inte till varandra.
4	Terapeuten samarbetade under hela sessionen med patienten i att utforska det ömsesidiga förhållandet mellan de depressiva symtomen och händelser eller relationer kopplade till fokusområdet.
6	Terapeuten engagerade aktivt patienten i att identifiera och förstå sambandet mellan de depressiva symptom och fokusområdet genom hela sessionen. Kopplingar identifierades från hela depressionsepisoden och tonvikt lades på den gångna veckan. Detta användes för att förstärka framstegen och utforska relevanta svårigheter.
<b>Kommentarer</b>	

<b>3. Avgöra vilket skede konflikten befinner sig i.</b>	
0	Terapeuten talade inte om vilket skede konflikten befinner sig i.
2	Terapeuten angav vilket skede konflikten befinner sig i utan att uppmuntra patienten till diskussion av detta.
4	Terapeuten sammanfattade samtalen mellan parterna i konflikten för att kunna förstå konfliktens karaktär och uppmuntrade patienten att verifiera eller avvisa denna beskrivning.
6	Terapeuten involverade aktivt patienten i att undersöka formen och frekvensen av kommunikation i den aktuella konflikten, för att tillsammans fastställa dess huvudsakliga karaktär. Konflikten sammanhang användes som grund för att förklara och planera hur man initialt kan ta itu med konflikten, t.ex. öka kommunikationen mellan parterna eller begränsa icke-konstruktiv kommunikation. Terapeuten föreslog inte upplösning av relationen som ett första steg och klargjorde att beslutet att stanna kvar i eller upplösa en relation var patientens eget.
<b>Kommentarer</b>	
<b>4 . Identifiera de frågor konflikten handlar om</b>	
0	Terapeuten identifierade inte vilka frågor konflikten handlade om.
2	Terapeuten noterade områden av oenighet men uppmuntrade inte patienten att identifiera viktiga återkommande teman som underblåser konflikten.
4	Terapeuten involverade patienten i att granska en rad gräl för att identifiera de viktigaste frågorna som är olösta och som vidmakthåller konflikten.
6	Terapeuten gav patienten på ett känsligt och skickligt sätt stöd i att identifiera och förstå de centrala uttalanden och outtalade frågor för båda parter, som ger bränsle till konflikten och de depressiva symtomen, och som tydligt märks i patientens problematiska interaktioner med andra personer.
<b>Kommentarer</b>	

<b>5. Förklara hur icke-ömsesidiga rollförväntningar är relaterade till konflikten</b>	
0	Terapeuten förklarade inte icke-ömsesidiga rollförväntningar.
2	Terapeuten nämnde icke-ömsesidiga förväntningar, men förklarade inte och kopplade inte heller dessa till patientens depression.
4	Terapeuten förklarade hur uttalade och outtalade skillnader i vad varje part önskar från den andra kan skapa oenighet, om skillnaderna inte är klargjorda och ett avtal inte förhandlats fram.
6	Terapeuten identifierade icke-ömsesidiga förväntningar som en normal del av goda relationer och använde på ett skickligt sätt patientens eget material för att illustrera hur uttalade eller olösta skillnader i utbyten i en relation kan utlösa konflikter, och hjälpte patienten förstå hur skillnader i förväntningar har påverkat hans upplevelse och hur detta gett näring till depressionen.
<b>Kommentarer</b>	
<b>6. Utforskande och diskussion kring olikheter i förväntningar och värderingar</b>	
0	Terapeuten utforskade inte skillnader i förväntningar.
2	Terapeuten identifierade skillnader i förväntningar på ett allmänt sätt, men gav inte patienten mer än en ytlig bekräftelse.
4	Terapeuten arbetade aktivt med patienten för att klargöra viktiga områden där patientens och den andra partens förväntningar och värderingar skiljer sig åt och diskuterade hur detta bidragit till att konflikten vidmakthålls.
6	Terapeuten stöttade på ett skickligt sätt patienten i att identifiera uttalade och outtalade skillnader i förväntningar och värderingar mellan sig själv och den andra parten i konflikten. Patienten fick stöd i känna igen när hen är ovetande om förväntningar och värderingar i den aktuella konfliktrelationen, och i att överväga möjligheten till förändring på båda sidor, inklusive att förändra sina förväntningar eller förhandla om en kompromiss.
<b>Kommentarer</b>	

**7. Utforskande av paralleller och skillnader mellan aktuella konfliktrelationer och andra tidigare eller nuvarande relationer**

0	Terapeuten utforskade inte paralleller med andra relationer.
2	Terapeuten gjorde en allmän hänvisning till likheter och skillnader mellan patientens relationer, men uppmuntrade inte till ytterligare diskussion.
4	Terapeuten identifierade tydligt problematiska mönster i konfliktrelationen och arbetade tillsammans med patienten för att känna igen när samma mönster upprepas eller undviks i andra relationer.
6	Terapeuten gick på ett skickligt sätt igenom ett antal av patientens relationer för att bättre förstå hur och när problematiska mönster upprepas och hur och när de framgångsrikt undviks. Detta gjordes för att förtydliga och främja användningen av mer adaptiva interpersonella strategier som undviker eller förebygger konflikter och därför inte utlöser depressiva symtom.

**Kommentarer****8. Utforskande och diskussion av alternativ för patienten för att kunna lösa konflikten och/eller åstadkomma önskad förändring**

0	Terapeuten diskuterade inga förändringsalternativ.
2	Terapeuten gav allmänna förslag till förändringar utan tydlig hänvisning till patientens situation eller använde en alltför styrande problemlösning.
4	Terapeuten hjälpte patienten använda den gemensamma förståelsen av konfliktens karaktär och process för att tillsammans identifiera och utvärdera relevanta och realistiska alternativ för att åstadkomma förändring och/eller upplösning av relationen.
6	Terapeuten samarbetade på ett kreativt sätt med patienten för att uppmuntra hen att identifiera och utvärdera olika alternativ som finns tillgängliga eller skulle kunna utvecklas för att åstadkomma förändring i konflikten. Dessa alternativ inbegriper konkret handling från patientens sida och att engagera andra i nätverket, vilka kan fungera som en resurs för att lösa konflikten.

**Kommentarer**

<b>9. Diskussion av kommunikationsmönster</b>	
0	Terapeuten diskuterade inte kommunikationsmönster.
2	Terapeuten diskuterade kommunikation på ett ytligt sätt.
4	Terapeuten gick tillsammans med patienten igenom flera exempel på kommunikation för att förstå hur verbala och icke-verbala mönster bidragit till att konflikten vidmakthållits.
6	Terapeuten gav patienten stöd i att utveckla ett intresse för den egna kommunikationen och att i detalj granska både indirekta och öppna faktorer som avgör och förändrar kommunikationens inriktning; och att utvärdera hur dessa kommunikationsmönster märks i den aktuella konflikten och påverkar symptommonstret.
<b>Kommentarer</b>	
<b>10. Utforskande och diskussion av hur konflikten vidmakthålls</b>	
0	Terapeuten utforskade inte vidmakthållande faktorer.
2	Terapeuten gav allmänna förklaringar till hur konflikten vidmakthålls utan att direkt koppla det till patientens upplevelse.
4	Terapeuten samarbetade med patienten för att identifiera och förstå de olika faktorer som vidmakthållit konflikten inklusive kommunikationsstil, omständigheter, andras roll och depressionen.
6	Terapeuten samarbetade med patienten för att utveckla en bredare förståelse av processen kring konflikten; vilket bidrag patienten och andra ger till konflikten, motstridiga förväntningar som skapar ett hinder för lösning, på vilket sätt depressionen stör kommunikation och tänkande och därigenom vidmakthåller konflikten.
<b>Kommentarer</b>	



<b>11. Utforska användningen av nätverket för att förstå eller mildra konflikten</b>	
0	Terapeuten gjorde inga kopplingar till nätverket för att förstå eller mildra konflikten.
2	Terapeuten gjorde endast allmänna kopplingar till omgivningen och utforskade inte hur de kan bidra till lösning av konflikten.
4	Terapeuten gav patienten stöd i att identifiera vilka interpersonella resurser som finns tillgängliga och engagera dem konstruktivt för att få till stånd en förändring av konflikten.
6	Terapeuten beaktade systematiskt tillsammans med patienten det stöd som finns eller som kan utvecklas. Terapeuten kartlade på ett kreativt sätt användningen av dessa resurser utifrån deras förståelse av konflikten och klargjorde hur nätverket skulle kunna bidra till förändring. Terapeuten gav patienten aktivt stöd i att mobilisera dessa interpersonella resurser.
<b>Kommentarer</b>	

## **Interpersonella svårigheter - ensamhet och isolering**

<b>1. Gå igenom depressiva symptom under den senaste veckan (Obligatoriskt)</b>	
0	Terapeuten gick inte igenom de depressiva symtomen.
2	Terapeuten gjorde en hastig genomgång av symtomen, t.ex. sinnesstämningen, utan att utforska förändringar eller utlösande faktorer under veckan.
4	Terapeuten gick kortfattat igenom tillräckligt antal aktuella symptom (minst fem stycken) för att kunna bekräfta diagnosen, och diskuterade vilka uttryck symtomen tagit under den senaste veckan.
6	Terapeuten engagerade patienten i att tillsammans, kortfattat och detaljerat, gå igenom de olika depressiva symtomen under den senaste veckan, identifiera bättre och sämre perioder och tillhörande interpersonella utlösande faktorer. Terapeuten engagerade patienten i att använda en standardiserad depressionsskala som en initialt sammanfattande kommunikation som kan utvecklas och förstärker patientens roll som expert på sin egen depression.
<b>Kommentarer</b>	
<b>2. Relatera de depressiva symtomen till bristande tillfredsställelse med sociala kontakter, i sociala situationer eller med isolering (Obligatoriskt)</b>	
0	Terapeuten relaterade inte de depressiva symtomen till fokusområdet.
2	Terapeuten diskuterade depressionen och/eller fokusområdet men kopplade dem inte till varandra.
4	Terapeuten samarbetade under hela sessionen med patienten i att undersöka det ömsesidiga förhållandet mellan depressiva symptom och händelser eller interpersonella relationer kopplade till fokusområdet.
6	Terapeuten engagerade aktivt patienten i att identifiera och förstå sambandet mellan de depressiva symtomen och fokusområdet genom hela sessionen. Kopplingar identifierades från hela depressionsepisoden och tonvikt lades på ömsesidiga relationer under den senaste veckan. Detta användes för att förstärka framstegen och utforska relevanta svårigheter.
<b>Kommentarer</b>	

<b>3. Gå igenom tidigare viktiga relationer</b>	
0	Terapeuten gick inte igenom tidigare relationer.
2	Terapeuten gick igenom tidigare relationer på ett övergripande och icke-specifikt sätt.
4	Terapeuten engagerade patienten i en detaljerad genomgång av tidigare relationer för att förtydliga patientens interpersonella stil.
6	Terapeuten engagerade på ett aktivt sätt patienten i en systematisk genomgång av karaktären, förloppet, styrkor och svårigheter i tidigare relationer och arbetade med patienten för att dra paralleller till nuvarande relationer.
<b>Kommentarer</b>	
<b>4. Utforska dysfunktionella mönster och förväntningar i tidigare eller nuvarande relationer</b>	
0	Terapeuten undersökte inte mönster och förväntningar i tidigare relationer.
2	Terapeuten gav övergripande reflektioner om tidigare relationer utan detaljerad genomgång.
4	Terapeuten samarbetade med patienten för att identifiera och förtydliga mönster i tidigare och nuvarande relationer.
6	Terapeuten samarbetade med patienten för att utforska tidigare och nuvarande relationer i detalj för att klargöra processer och förväntningar som utlöser och bibehåller problematiska mönster. Terapeuten och patienten använde detta som utgångspunkt för att definiera den specifika känslighet/de specifika interpersonella svårigheter som blir fokus för terapin.
<b>Kommentarer</b>	

<b>5. Diskutera patientens positiva och negativa känslor gentemot terapeuten och utforska parallella reaktioner i andra relationer.</b>	
0	Terapeuten varken inbjöd eller diskuterade patientens känslor gentemot terapeuten.
2	Terapeuten var ouppmärksam och defensiv när patientens känslor gentemot terapeuten diskuterades och gjorde få eller inga kopplingar till relationer utanför terapirummet.
4	Terapeuten var stödjande i att invitera och diskutera patientens känslor gentemot terapeuten och använde detta som bas för att utforska paralleller till andra relationer.
6	Terapeuten gav patienten stöd och uppmuntran i att uttrycka sina känslor gentemot terapeuten, vilket inkluderar att pröva nya sätt att kommunicera. Terapeuten samarbetade med patienten för att förstå hur känslor i den terapeutiska relationen kan användas för att mer fullständigt förstå parallella känslor och reaktioner i relationer utanför terapin
<b>Kommentarer</b>	
<b>6. Terapeuten förmedlar sina känslor och använder den terapeutiska relationen för att öka patientens medvetenhet om sin påverkan på och roll i socialt samspel. Detta kan tjäna som modell för tillfredsställande relationer utanför terapin</b>	
0	Terapeuten diskuterade inte sina känslor i den terapeutiska relationen.
2	Terapeuten fällde vaga, dåligt tajmade eller kritiska kommentarer om sin upplevelse av den terapeutiska relationen vilket förvirrade eller förvärrade för klienten.
4	Terapeuten använde sina egna känslor och reaktioner i den terapeutiska relationen för att dra uppmärksamheten till och förstå problematiska interpersonella mönster/känslighet som är fokus för terapin och som utgör en bas för att illustrera liknande interaktionsmönster i andra relationer.
6	Terapeuten använde på ett känsligt, icke-kritiskt och selektivt sätt sina erfarenheter av den terapeutiska relationen för att på ett tryggt sätt ge konstruktiv feedback till patienten, och att stödja hen att fundera över paralleller med relationer utanför terapin, och hur liknande konstruktiv och tydlig kommunikation kan bidra till mer tillfredsställande relationer utanför terapin.
<b>Kommentarer</b>	

<b>7. Uppmuntra skapandet av nya relationer och utveckling av befintliga relationer</b>	
0	Terapeuten uppmuntrade inte patienten att skapa nya relationer.
2	Terapeuten uppmuntrade patienten att bygga upp nya relationer men erbjöd inte specifikt stöd eller vägledning.
4	Terapeuten uppmuntrade patienten att utveckla och expandera sitt nuvarande nätverk och arbetade med patienten för att utveckla realistiska strategier för att genomföra detta.
6	Terapeuten uppmuntrade patienten aktivt och upprepade gånger att identifiera och söka möjligheter att utveckla befintliga relationer och att engagera sig i nya relationer på ett sätt som kan minska isolering och missnöje i sociala relationer till följd av patientens interpersonella svårigheter. Terapeuten erbjöd specifikt och konstruktivt stöd och vägledning för att hjälpa patienten att experimentera med nya sätt att kommunicera och bete sig i syfte att underlätta denna förändring
<b>Kommentarer</b>	

## **Komplicerad sorg**

<b>1. Gå igenom depressive symptom under den senaste veckan (Obligatoriskt)</b>	
0	Terapeuten gick inte igenom de depressiva symtomen.
2	Terapeuten gjorde en hastig genomgång av symtomen, t.ex. endast sinnesstämning utan att utforska förändringar eller utlösande faktorer under veckan.
4	Terapeuten gick kortfattat igenom ett tillräckligt antal symptom (minst fem stycken) för att kunna bekräfta diagnosen och diskuterade vilka uttryck symtomen tagit under den senaste veckan.
6	Terapeuten engagerade patienten i att tillsammans, kortfattat och detaljerat, gå igenom de olika depressiva symtomen under den senaste veckan, identifiera bättre och sämre perioder och tillhörande interpersonella utlösande faktorer. Terapeuten engagerade patienten i att använda en standardiserad depressionsskala som en initialt sammanfattande kommunikation som kan utvecklas och förstärker patientens roll som expert på sin egen depression.
<b>Kommentarer</b>	
<b>2. Relatera de depressiva symtomen till dödsfallet och/eller frånvaron av den signifikanta personen (Obligatoriskt)</b>	
0	Terapeuten relaterade inte de depressiva symtomen till valt fokusområde
2	Terapeuten diskuterade depressionen och/eller fokusområdet men kopplade dem inte till varandra.
4	Terapeuten samarbetade under hela sessionen med patienten i att undersöka det ömsesidiga förhållandet mellan depressiva symptom och händelser eller interpersonella relationer kopplade till fokusområdet.
6	Terapeuten engagerade aktivt patienten i att identifiera och förstå sambandet mellan de depressiva symtomen och fokusområdet genom hela sessionen. Kopplingar identifierades från hela depressionsepisoden och tonvikt lades på den gångna veckan. Detta användes för att förstärka framstegen och utforska relevanta svårigheter.
<b>Kommentarer</b>	

<b>3. Rekonstruera positiva och negativa aspekter av patientens relation med den avlidne/den avlidna</b>	
0	Terapeuten försökte inte hjälpa patienten återskapa relationen med den avlidne/den avlidna.
2	Terapeuten diskuterade patientens relation med den avlidne/den avlidna på ett vagt och allmänt sätt som gav liten eller ingen insikt i hur deras relation såg ut.
4	Terapeuten gav på ett konstruktivt sätt patienten stöd i att utforska både positiva och negativa aspekter av sin relation med den avlidne/den avlidna och hjälpte patienten att känna oönskade eller smärtsamma känslor och minnen.
6	Terapeuten gav på ett känsligt och empatiskt sätt patienten stöd i att utforska både erkända och outtalade aspekter av relationen med den avlidne/den avlidna för att därigenom hjälpa patienten att delta i ett balanserat känslomässigt utforskande av hela relationen och att kunna tolerera och uttrycka ambivalenta eller negativa känslor gentemot den avlidne/den avlidna
<b>Kommentarer</b>	
<b>4. Beskriv händelser strax före, under och efter dödsfallet och gensvaret</b>	
0	Terapeuten uppmuntrade inte patienten att beskriva händelserna kring dödsfallet.
2	Terapeuten bad om en kort översikt av händelser kring dödsfallet utan att utforska känslor, intryck, föreställningar eller det sociala sammanhanget.
4	Terapeuten stöttade och vägledde patienten genom en detaljerad rekonstruktion av händelserna och känslorna före, under och efter dödsfallet.
6	Terapeuten gav på ett skickligt sätt patienten stöd i att minnas och i detalj beskriva händelseförloppet före, runt och efter dödsfallet, med särskild uppmärksamhet på patientens känslor och kommunikation. Särskild uppmärksamhet ägnades lyhört åt det som fortfarande är smärtsamt och utöser depressiva symtom.
<b>Kommentarer</b>	

<b>5. Utvärdera tillgängligheten och användningen av socialt stöd i samband med dödsfallet och för stöd i sorgearbetet i nuläget</b>	
0	Terapeuten utvärderade varken det sociala stöd som fanns vid tidpunkten för dödsfallet eller det nuvarande stödet.
2	Terapeuten utforskade flyktigt det tidigare och nuvarande sociala nätverket, men försökte inte aktivt utvärdera den roll som nätverket har för patienten.
4	Terapeuten utforskade vilket socialt stöd som fanns tillgängligt och användes i samband med dödsfallet och senare för att bättre förstå varför sorgearbetet inte har gått framåt.
6	Terapeuten uppmuntrade patienten att i detalj utvärdera betydelse och typ av stöd som var tillgängliga vid tidpunkten för dödsfallet och efteråt; hur hen använde sig av den och hur tillfredsställande detta stöd var, patientens upplevda svårigheter att använda detta stöd, och hur detta bidrog till att sorgearbetet inte gick framåt utan gick över i komplicerad sorg och depression
<b>Kommentarer</b>	
<b>6. Utforska känslor kring hur förlusten påverkar i nuläget</b>	
0	Terapeuten utforskade inte känslor kring förlusten.
2	Terapeuten ställde sällan frågor om patientens nuvarande känslor kring förlusten.
4	Terapeuten uppmuntrade rutinmässigt patienten att bli medveten om och tala om den pågående känslomässiga effekten av förlusten.
6	Terapeuten gav på ett skickligt sätt patienten stöd i att utforska sitt nuvarande icke erkända känslotillstånd i detalj och att klargöra hur detta fortsatt att hänga ihop med förlusten och vidmakthålla depressionen och skapar ett hinder för att gå vidare.
<b>Kommentarer</b>	



<b>7. Undersöka sätt att engagera sig i sin omgivning</b>	
0	Terapeuten undersökte inte olika sätt för patienten att bli mer delaktig i sin omgivning.
2	Terapeuten gav begränsade och icke-specifika förslag om att patienten skulle etablera och upprätthålla relationer med andra men stöttade inte patientens försök att göra det.
4	Terapeuten uppmuntrade aktivt patienten att (åter)etablera intressen och relationer med andra i sitt liv.
6	Terapeuten gav på ett skickligt sätt patienten stöd i att undersöka de möjligheter som finns och som kan skapas för att etablera och upprätthålla relationer med andra, något som på ett tillfredsställande kan uppfylla hens nuvarande känslomässiga, sociala och praktiska behov.
<b>Kommentarer</b>	

## DEL FYRA Avslutningsfasen

Den fjärde delen av skalan tar upp följande grundläggande IPT-kompetenser:

1. Förmåga att engagera patienten i förberedelserna för att avsluta terapin.

### Avslutningsfasen

<b>1. Ingående diskussion om behandlingens avslutning</b>	
0	Terapeuten gjorde en liten eller ingen hänvisning till behandlingens avslutning.
2	Terapeuten hänvisade kortfattat till avslutningen i slutet av sessionen, men tog inte in patienten i en diskussion kring terapins avslutning.
4	Terapeuten hjälpte patienten att förbereda sig för avslutningen genom att specificera återstående antal sessioner och invitera patienten till att diskutera detta.
6	Terapeuten hjälpte patienten att förbereda sig för att avsluta genom att tydligt uppmärksamma att man nu är i slutet av behandlingen. Terapeuten engagerade patienten aktivt i att uttrycka sina reaktioner och sina planer i samband med detta.
<b>Kommentarer</b>	
<b>2. Ta fram / diskutera patientens och terapeutens reaktioner på avslutning</b>	
0	Terapeuten varken utforskade eller diskuterade patientens eller sina egna reaktioner i samband med att avsluta terapin.
2	Terapeuten frågade enbart kortfattat om patientens känslor inför avslutningen och gick snabbt över till ett annat ämne.
4	Terapeuten uppmuntrade och hjälpte patienten att uttrycka sina känslor inför att avsluta behandlingen.
6	Terapeuten uppmuntrade patienten att uttrycka sina positiva och negativa känslor inför terapins avslutning, svarade icke defensivt på patientens uttryck för besvikelse och fungerade som modell för kommunikation genom att konstruktivt kommentera sin egen reaktion inför att terapin närmar sig sitt slut.
<b>Kommentarer</b>	

<b>3. Bekräftelse av avslutningen av behandlingen som en tid av potentiellt sörjande och hur man skiljer detta från återfall i symtom</b>	
0	Terapeuten gjorde inte någon hänvisning till känslor av sorg/förlust vid terapiavslutningen eller skiljde ut det från depressiva symtom.
2	Terapeuten gjorde endast en kort hänvisning till känslor av sorg i slutet av behandlingen och/eller skilde bara till viss del ut den från depressiva symtom.
4	Terapeuten betonade att slutet av behandlingen är en tid för sörjande och diskuterade hur detta skiljer sig från depressiva symtom.
6	Terapeuten gav patienten aktivt stöd och uppmuntran att identifiera och uttrycka känslor av sorg och förlust inför slutet av behandlingen. Detta gjordes för att skilja mellan den tillfälliga och specifika karaktären av en känslomässig reaktion och den ihållande och globala karaktären av ett symtomåterfall. Terapeuten gav patienten stöd i att diskutera näraliggande oro för återfall i depression.
<b>Kommentarer</b>	
<b>4. Hjälpa patienten utvecklas mot att bättre se sin egen kompetens</b>	
0	Terapeuten lyfte inte fram patientens egen kompetens och arbetsinsats.
2	Terapeuten gav endast begränsat erkännande för det patienten åstadkommit.
4	Terapeuten gav tydligt erkännande för det patienten åstadkommit under terapin och gjorde en särskild hänvisning till specifika kompetensområden som patienten utvecklat.
6	Terapeuten gav patienten aktivt stöd att gå igenom och uppmärksamma hur hen förändrats under terapin, specifika områden av ökad kompetens, och terapeuten gav erkännande till patienten för denna insats.
<b>Kommentarer</b>	
<b>5. Genomgång av hur behandlingen gått och vilka framsteg som gjorts i terapin</b>	
0	Terapeuten gick inte igenom hur behandlingen gått och vilka framsteg patienten gjort.
2	Terapeuten gick kortfattat igenom vilka framsteg patienten gjort under behandlingen.
4	Terapeuten bidrog till en realistisk genomgång av hur symtomen förändrats och hur interpersonella relationer utvecklats under terapin och tog med båda områdena interpersonell kompetens och sårbarhet i framtiden.
6	Terapeuten engagerade aktivt patienten för att på ett realistiskt sätt utvärdera framsteg vad gäller symtom och interpersonella relationer under behandlingens gång, med särskilt beaktande av de individuella mål som fastställts av patienten i början av behandlingen.

<b>Kommentarer</b>	
<b>6. Patienten fick utvärdera behandlingen och göra en bedömning av sina framtida behov, inklusive användningen av sina vidmakthållandestrategier i ett interpersonellt sammanhang.</b>	
0	Terapeuten bad inte patienten utvärdera behandlingen eller bedöma sina framtida behov.
2	Terapeuten gjorde en yttlig sammanfattning av behandlingen och patientens framtida behov.
4	Terapeuten uppmuntrade och hjälpte patienten att utvärdera behandlingen och att engagera nätverket för att förbereda avslutningen och planera för framtiden.
6	Terapeuten uppmuntrade aktivt patienten att utvärdera sina erfarenheter av och tillfredsställelse med behandlingen. Patienten ombads även identifiera eventuella områden som hen saknat i behandlingen, eller något som gjort patienten besviken; samt bedöma sina framtida behov och strategier för att vidmakthålla det som uppnåtts, inklusive att upprätthålla interpersonellt stöd och engagemang. Vidmakthållande behandling med IPT, medicinering och/eller hänvisning till någon annan typ eller nivå av behandling diskuterades.
<b>Kommentarer</b>	
<b>7. Gå igenom tidiga varningssignaler med patienten och diskutera hur man kan återuppta behandling vid eventuellt behov</b>	
0	Terapeuten varken diskuterade eller bedömde tidiga varningssignaler för återfall i depression.
2	Terapeuten gjorde en hänvisning till varningssignaler och/eller interpersonella utlösande faktorer men gjorde inte en åtgärdsplan med patienten.
4	Terapeuten hjälpte tydligt patienten att förstå sina interpersonella problem som sårbarhet för återfall och se hur symtomförändringar kan användas som "markörer" för nuvarande interpersonella problem. Man diskuterade hur återgång till terapin skulle kunna de ut.
6	Terapeuten diskuterade i detalj med patienten tidiga symtomförändringar och interpersonella förändringar som är kännetecknande för starten av en depressiv episod och samarbetade med patienten för att utveckla en tydlig återfallsplan, som bygger på stöd från omgivningen och inkluderar klara indikatorer för återgång till behandling när detta är adekvat.
<b>Kommentarer</b>	

**Medelvärde för bedömda items:**

**Antal bedömda items med 1 eller 2 poäng:**