

# Beteende terapeuter

Rapport och intervju  
från WS med  
Edna Foa



**Könsdysfori och schematerapi  
Människohandel och trauma  
Bokrecension av "KBT ur ett barnperspektiv"**

# Beteende terapeuter

Utgives av

Beteendeterapeutiska föreningen

## Redaktionen

Alejandro Muñoz Retamal,  
redaktör och ansvarig utgivare  
[alemunoz675@gmail.com](mailto:alemunoz675@gmail.com)  
Linda Ekman Kunatowska  
[lkunatowska@gmail.com](mailto:lkunatowska@gmail.com)  
Christer Classon

## Styrelsen

Johanna Morén, ordförande  
[johanna.moren@psykologpartners.se](mailto:johanna.moren@psykologpartners.se)  
Josef Neib, medlemssekreterare  
[btf.medlemssekreterare@gmail.com](mailto:btf.medlemssekreterare@gmail.com)  
Alexandra Arnberg, kassör  
[alexandra.arnberg@momentpsykologi.se](mailto:alexandra.arnberg@momentpsykologi.se)

## Övriga ledamöter

Katja Sjöblom  
[sjoblomkatja@gmail.com](mailto:sjoblomkatja@gmail.com)  
Christina Bergmark Hall  
[bergmark.tina@gmail.com](mailto:bergmark.tina@gmail.com)  
Anneli von Cederwald  
[anneli.von.cederwald@gmail.com](mailto:anneli.von.cederwald@gmail.com)  
Alexander Sävås  
[alexander.savas@gmail.com](mailto:alexander.savas@gmail.com)  
Emil Rosander  
[emil.rosander@wemindbvb.se](mailto:emil.rosander@wemindbvb.se)  
Jenny Hulterström  
[jenny.hulterstrom@psykiatripartners.se](mailto:jenny.hulterstrom@psykiatripartners.se)  
Christoffer Drougge  
[christoffer.drougge@gmail.com](mailto:christoffer.drougge@gmail.com)  
Alexander Stamou  
[alexander.stamou@gmail.com](mailto:alexander.stamou@gmail.com)  
Marina Järvinen Katz  
[marina.katzkbt@gmail.com](mailto:marina.katzkbt@gmail.com)  
Maya Österberg  
[maya.osterberg@gmail.com](mailto:maya.osterberg@gmail.com)

Beteendeterapeuten arbetar med att samla och förmedla information inom föreningen och därför är vi tacksamma för alla bidrag vi kan få: bilder, tankar, sammanfattningar, rapporter, åsikter, kommentarer, information om det ni gör och om det som händer på fältet.

## I detta nummer:

Ledare.....	3
Styrelsesidor.....	4
Krönika: Politik och samhälle.....	6
Klimatet på vår planet.....	7
Utbildning om PE med Edna Foa.....	8
Intervju med Edna Foa.....	13
Könsdysfori och schematerapi.....	16
Människohandel och traumatiska upplevelser.....	20
Redaktionellt.....	21
Ett bibliotek på en tidslinje.....	22
Recension: KBT ur ett barnperspektiv.....	23

## Rättelser till nummer 4/2019

Sida 7 – text till första bild:  
Det står: *Lis Jobles om flexibilitet och prestation inom friidrott.*  
Det ska stå: *Lis Jobles om psykologisk prestation och flexibilitet bland elitidrottare.*

Sida 14:  
Foto: *Alejandro Muñoz Retamal.* Bilderna kan användas fritt med hänvisning till källan.

Sida 24:  
Det står:  
*På invigningsceremonin klappade hjärtat stolt både när SWABA's ordförande Dag Strömberg spelade flöjt och när stadens representant välkomnade alla deltagare i denna magnifika byggnad, Stockholm Waterfront Congress Centre, och med ett sånt dignade utbud av rätter och dryck.*  
Det ska stå:  
*På invigningsceremonin klappade hjärtat stolt både när SWABA's ordförande Dag Strömberg spelade flöjt och när stadens representant välkomnade alla deltagare i denna magnifika byggnad och med ett sånt dignade utbud av rätter och dryck.*

# Ledare: Det är inte lätt att göra rätt?

Vad svårt det var att skriva ledare såhär vid årsskiftet. Prestationskraven ökar vid den osynliga gränsen mellan 2019 och 2020. När ni läser detta har gränsen redan passerat och en del kanske till och med har lärt sig att skriva rätt årtal. Det där brukar släpa efter ett tag för mig.

2019 har jag redan berättat en del om i mina tidigare ledare. Jag läste nämligen igenom dem och upptäckte till min fasa att ordförande i SWABA Dag Strömberg ska ha spelat flöjt på Waterfront Congress Center under invigningsceremonin för den internationella kongressen ABAI. En riktig tankekurpa blev det för mig och jag fullkomligt studsade nedför Stadhusets magnifikt långa trapp där han hade stått och spelat så vackert. Aj, det sved till lite av att det blev fel när någon av omtanke ändrat i texten. Nog för att Waterfront där själva kongressen höll till är fint, men stadshuset är det inte! Och så började tanketennis och ett resonering om ifall det spelar så stor roll. Där kan jag fastna ibland och när det går över så kan jag lätt återuppliva det på nytt. Jag kan fortfarande få ett litet obehag i magen av en fetad text i en annan ledare som inte är helt grammatiskt korrekt – och där var det jag som gjorde fel. FEL, FEL, FEL, FEL!

Det där med att göra fel kan verkligen dra tag i mig och det finns väl dagar som är värre än andra, situationer som är värre än andra. Snabbt övergående ibland, långsam och plågsam process andra gånger. Men någonstans är jag tacksam för att jag har tillgång till detta kval, denna plats jag delar med alla människor som bryr sig. Kval som ibland kan bli helt paralyserande och där man kan behöva hjälp. Jag kan behöva påminna mig själv om hur jag bäst stöttar mig själv och annars be andra om hjälp. Som tur var har jag så många goda erfarenheter av att bli hjälpt och drar mig inte för att söka stöd. Jag har också så många fina erfarenheter själv av att kunna finnas till hands och bistå – även de personer som först inte riktigt litat på att det går.

Där tänker jag att man kan behöva stöd av principer för att göra rätt i ett svårt läge. För det är ju inte alltid det som känns rätt är det man ska göra. Jag har fått höra av mina barn att jag är ”en dålig psykolog” för jag har inte förstått att det ska



BTF:s ordförande Johanna Morén med Jenny Hulterström och en annan kongressdeltagare. SWABA:s ordförande Dag Strömberg tillsammans med Susanne Gunn spelade flöjt på Stadshuset i samband med ABAI Internationella konferens i Stockholm. Foto: Johanna Morén

## Lusten att förändra ökar om vi kan sikta in oss på vad vi vill uppnå.

känns bra på en gång. Där påminns jag om hur svårt det är som närstående att kunna bistå för den känslomässiga haken som kan kroka fast och få en att tappa riktning. Det är också svårt att driva på förändring i sin professionella roll och jag tror att man behöver handledning och inspiration under hela sitt yrkesliv för att inte hemfalla åt att endast lindra plågan. En källa till inspiration är Charlie Swenson som utbildar i dialektisk beteendeterapi. Han beskriver tre steg i den terapeutiska dansen. Om förutsättningarna finns är alltid det första steget att ta snabba vägen från A till B – lite hederlig KBT. Om det inte är möjligt är det andra steget att stanna upp – bekräftelse, analys, reflektion, ödmjukhet och acceptans. Det tredje steget – ifall inget verkar hända – är att göra vad som helst som skapar en rörelse. Jag kan väl avslöja att denna ledare började på steg två och sen klev över i steg tre.

Eftersom vi bryr oss är vi väldigt uppmärksamma på risken att göra fel. Konstruktiv kritik innehåller ofta delar med sådant som kan bli bättre och det är viktigt. Men lusten att förändra ökar om vi kan sikta in oss på vad vi vill uppnå och inte bara det vi vill bli av med. Om detta kunde man läsa i tidningar runt nyår där slutsatserna i boken ”Tio i tolv” skriven av Alexander Rozental, Martin Oscarsson och Per Carlbring sprids till allmänheten och påminner även denna ordförande om vilka principer man bör eftersträva i att skapa förändring. När jag ska skicka in denna ledare så kan jag stolt deklarerar att denna kunskap även finns på bloggen på vår nya hemsida. Vilket för mig över till några nyårslöften från mig och styrelsen:

- En ny hemsida – för att information ska kunna komma ut snabbare och smidigare till medlemmar och allmänheten. Ett arbete som framför allt Anneli Farnsworth von Cederwald ska ha en stor eloge för.
- Utskick av kallelse och dokument till årsmötet via mejl – för att värna om miljön, ekonomin och för att det ger mer tid för att sammanställa viktig information.
- Flera BTF-salonger – för att det är så givande och ett bra sätt att skapa utbyte mellan medlemmar. Dessutom helt i linje med den medlemsenkät som förra styrelsen gjorde.

Tack för den återkoppling jag har fått under mitt första år som ordförande från er medlemmar! Det har varit lite ris, men mest ros. Tacksamt med båda sorterna för en styrelse som förutom en person var helt ny i våras. Josef Neib – vår kära medlemssekreterare – vad skulle vi göra utan dig? De flesta av oss väljer faktiskt att sitta kvar! Vi hoppas på att ni har fortsatt förtroende för oss samt att ni vill vara med och bidra till en livaktig förening. Vi måste ju börja kavla upp ärmarna för det stora jubileet 2021! BTF fyller 50 år! Men innan dess kommer det vara en riktigt bra årskongress i Linköping 13-14 mars med workshops redan 12 mars. I år är temat ”KBT i samhället” och den bygger faktiskt helt på våra lokala förmågor i landet. Man behöver inte alltid gå över ån efter vatten! Jag hoppas att se många av er där!

God fortsättning på det nya året!  
/Johanna Morén, ordförande BTF

Manusstopp för Beteendeterapeuten: 10/1, 10/4, 10/8, 10/11

Bidrag skickas till: [alemunoz675@gmail.com](mailto:alemunoz675@gmail.com)

Textformat: Word/RTF

Omslag: Foto: Marie Svensson

Tryck och repro: Trydells Tryckeri AB

Redigering och layout: Emma Olevik



# Styrelse sidor

Beteendeterapeutiska föreningen  
Kammakargatan 62  
111 24 Stockholm  
www.kbt.nu  
PG: 850983-8

Syftet med nyhetsbrevet är att som ett komplement till protokollet kort berätta vad styrelsen arbetar med för närvarande. Här lyfter vi särskilt fram det vi vill nå ut med till alla i BTF. Har du synpunkter eller frågor vill vi mycket gärna att du startar en diskussion på KBT-listan om det är något du vill rikta till hela BTF. Du kan även skriva direkt till styrelsen eller kanske låta dig inspireras till att skriva en motion till årsmötet.

## Nyhetsbrev från BTF:s styrelsemöte 2019-12-07

Här kommer det första nyhetsbrevet för 2020 från styrelsen med sammanfattning av några av punkterna från senaste styrelsemötet 7/12 2019. Hela protokollet kommer snart finnas tillgängligt på hemsidan.

Lars-Göran Öst (LGÖ) har tidigare sammanställt en specificering i KBT för Socialstyrelsens nationella riktlinjer för depression och ångest. Styrelsen vill gå vidare med denna sammanställning och vår vördade styrelseordförande Johanna Morén har kontakt med LGÖ kring detta.

Styrelsen har kontaktats av SwinG CHIP (svensk interdisciplinär grupp för åtgärdsregistrering vid psykiska hälsoproblem) för att inkomma med förslag på revidering av KVA-koder för Psykologisk behandling, Psykosocial behandling och Kompletterande sociala interventioner. Ordförande Johanna Morén och Christina Bergmark-Hall arbetar vidare med detta och kommer att skicka in förslag till ändringar.

Rapport från SfkBT:s årskonferens, där Johanna Morén och Alexander Stamou deltog, kommer i Beteendeterapeuten.

BTF-salongerna gjorde succé och i år planeras nya salonger första onsdagen i månaden 5 februari, 4 mars, 1 april och 6 maj. Ta fram din kalender och boka!

Föreningens ekonomi är i balans, och medlemsantalet ser ut som följer (dec-19):

797, varav

- Fullvärdiga medlemmar: 522
- Stödmedlemmar: 275
- Studerandemedlemmar: 42
- Pensionärer: 34

Årskongressgruppens arbete för Linköping i mars fortskrider.

Björn Paxling avgår som BTF:s representant i EABCT (tack för lång och trogen tjänst Björn!). Ordförande Johanna Morén tar över stafettpippen.

Styrelsen har nästa telefonmöte 14 januari.

Ljuset återvänder!

Vid tangentbordet för styrelsen,  
**Marina Järvinen Katz**

## BTF har en ny hemsida!

Under året har styrelsen arbetat för att ta fram en ny hemsida till föreningen, och nu är det äntligen dags att lansera den! Ni hittar den på <https://www.beteendeterapeutiska.org/>. <https://www.kbt.nu> pekar också dit. Den nya hemsidan har ett nytt utseende och en förbättrad funktionalitet jämfört med den tidigare, som ju hade några år på nacken. Vi vill passa på att skicka ett stort och varmt tack till Lars Ström, som under många år har hjälpt oss med allt som rör hemsidan!

Målsättningen har varit att skapa en funktionell och modern hemsida som också är lätt för en lekman att redigera och hålla uppdaterad. Hemsidan är tänkt att vara ”navet” för BTF och den plats där man enkelt kan hitta all information som man söker. Vi har också velat bygga in en del funktioner som kommer underlätta för föreningen på sikt, exempelvis rörliga medlemsår, automatiserad bokföring och automatiskt förnyande medlemskap. En del ändringar (som ett ansiktslyft i det grafiska) syns tydligt, och andra förändringar har skett lite mer i bakgrunden. Vi börjar med det som ni medlemmar behöver göra, och i slutet av mailet går vi igenom lite nya funktioner som vi hoppas ska vara till nytta och glädje för er alla.

### Vad behöver jag göra?

Bytet av hemsida betyder också ett byte av medlemsregister. Alla medlemmar har importerats in i det nya systemet. Du har alltså redan en medlemsprofil i det nya registret. Din medlemsprofil är kopplad till din mailadress. Det enda du behöver göra är att gå till <https://www.beteendeterapeutiska.org/min-sida> och logga in. Du kan logga in med det lösenord du hade till den gamla hemsidan. Om du har glömt det kan du begära ett nytt lösenord. Lösenordet sänds till din mail, och du kan sedan logga in och uppdatera och korrigera din personliga information.

Om ni inte har betalat medlemsavgiften för 2020, passa på att göra det på nya hemsidan – det är mycket enkelt! Ni betalar helt enkelt via kort efter att ni har loggat in. För er som redan har betalat är detta såklart registrerat i nya systemet. Det är nu också möjligt att betala med kort med automatisk förnyelse, så dras nästa årsavgift av sig själv om ett år. Medlemskapet förlängs då automatiskt om ni inte går ur föreningen. Man kommer alltid att få ett påminnelsemail ett par veckor innan avgiften dras. Det är också möjligt att betala via kort utan automatisk förnyelse, och pensionärsmedlemmar kan även betala via plusgiro.

Alla som i fortsättningen vill stå med på behandlarlistan kommer att behöva skriva till lite extra information. Det handlar främst om en kort och en längre beskrivning av verksamheten. Denna beskrivning möjliggör också för patienter att söka efter specifika termer. Man kan också ladda upp en bild på sig själv och, om man vill, sin mottagning. Vi hoppas att detta kan ge ett personligare intryck och underlätta för de som söker! Den nya behandlarlistan är uppdelad i tre olika delar: Behandlarlistan, handledarlistan och konsultlistan. Man kan stå på alla listorna, såvida man uppfyller kraven (grundläggande KBT-utbildning för alla listorna, respektive handledarutbildning för handledarlistan). OBS! Alla som stått på listan tidigare kommer att behöva lägga till sig på den nya sidan. Det är enkelt att göra om man loggar in på sin sida: <https://www.beteendeterapeutiska.org/min-sida>.

### Så till det roliga! Vad är nytt?

- Bloggen

Styrelsens media- och opinionsgrupp kommer från och med nu att driva en blogg på hemsidan. Här kommer duktiga kliniker, forskare och pedagoger inom föreningen att skriva om sina hjärteämnen. Redan nu ligger ett inlägg om nyårsloften av Alexander Rozental, Per Carlbring och Martin Oscarsson uppe. In och läs på <https://www.beteendeterapeutiska.org/blogg/>! Vi tar gärna emot blogginlägg från er alla – säg bara till! Alldeles särskilt gärna vill vi använda bloggen för att premiera våra medlemmars nya böcker, forskningsrön, uppsatsresultat och annat. Vår förhoppning är att vi både via bloggen och BTF-salong ska kunna sprida all kunskap som vår förening är hem till.

- Event, utbildningar och priser

Alla BTF-salonger och även information om årskongressen kommer från och med nu att ligga uppe på startsidan och på <https://www.beteendeterapeutiska.org/event>. Vi hoppas att detta blir ett tydligt och lättförståeligt sätt att hitta vart man ska, när och vad temat är. Man kan också anmäla sig direkt på hemsidan! Utbildningar marknadsförs både på startsidan och på <https://www.beteendeterapeutiska.org/utbildningar>. Vi kommer ge lite mer utrymme till alla våra pristagare på nya hemsidan. Ni kan redan nu enkelt nominera pristagare inför årets prisutdelning direkt på <https://www.beteendeterapeutiska.org/prisutdelning>. In och nominera era favoriter!

Till sist – skicka gärna både ris och ros om nya hemsidan till mig på [anneli.von.cederwald@gmail.com](mailto:anneli.von.cederwald@gmail.com). Det mesta (men inte allt) går att ändra. Det är tillsvidare också mig ni ska kontakta om ni har problem med att exempelvis logga in eller betala.

### Varmaste hälsningar,

**Anneli Farnsworth von Cederwald i styrelsen**



# Krönika: Politik och samhälle – traumatiska upplevelser och en sång som har blivit viral

Text: Alejandro Muñoz Retamal

Foto: Alejandro Muñoz Retamal, Rodrigo Tapia Hernández



Oroligheter i Talca, Chile. Foto: Rodrigo Tapia Hernández, fotograf och musiker.

## Porten till en annan verklighet

Den 18 oktober på min dotters födelsedag lyssnade jag på nyheter som förmedlade att det var oroligt i Chile. Det började med att ungdomar protesterade mot prisökningar inom kollektivtrafiken men konflikten utvecklades mer och mer till andra områden: skolan, utbildning, studenternas skulder, sjukvård, arbetsvillkor, arbetslöshet, fattigdom, pensioner och drägliga levnadsvillkor. Det är flera miljoner människor som påverkas av dagens neoliberala ekonomiska politik. Mer än en miljon människor demonstrerade i Santiago och efter det började folk från andra städer att demonstrera och kräva samma sak.

## Landet behöver en ny grundlag

Människorna aktualiserade kravet på en ny grundlag något som har varit på tapeten sedan Pinochet lämnade makten som diktator. Sedan slutet av 70-talet har Chile styrts av Pinochets grundlag och ingen förändring har gjorts av rädslan för en ny statskupp.

Nu vill den stora majoriteten av chilenera ha en ny grundlag. En grundlag som ska vara transparent, demokratisk, rättvis och inkluderande. Chile kommer att folkomrösta i april 2020 om man vill ha en ny grundlag och sedan rösta igen för att godkänna en ny grundlag. Det finns röster som säger att grundlagen kan författas med labyrintiska ordval som inte kommer att ge det resultatet man förväntar sig. Oroligheterna fortsätter.

## Brott mot mänskliga rättigheter

FN har skrivit att den chilenska regeringen har begått brott mot mänskliga rättigheter men den chilenska regeringen slår ifrån sig anklagelserna. Regeringen har anklagat demonstranterna för plundring av allmän och privat egendom men blivit tyst efter avslöjandena av att en del av plundringen har gjorts av polisen och militärer eller med hjälp av dem. När allt lugnar ner sig kommer man att få mer klarhet av det som har hänt. Protesterna har minskat men de kan komma tillbaka igen.

Enligt FN:s högkommissionär för mänskliga rättigheter (OHCHR) har 26 människor minst sina liv, 28 000 gripanden har gjorts. Det finns 1615 misstänkta häktade. Det har dokumenterats onödigt och överdrivet våld, 113 fall av tortyr och övergrepp samt 24 fall av sexuellt våld mot kvinnor, män och ungdomar (SVT, nyheter, utrikes, 14/12-2019).

## Konst och politik

I november presenterades ett uppträdande / performance

i Valparaíso som bestod av sången "Un violador en tu camino" (En våldtäktsman i din väg) med en koreografi. Fyra kvinnor, "Las Tesis", hade arbetat med ett projekt om kvinnovåld i cirka ett och ett halvt år och anpassade texten till det som händer i landet sedan oktober 2019. Det som polisen gör är statens ansvar. Polisen förnedrar kvinnor och ungdomar på polisstationer, griper barn och vuxna, torterar och våldtar. Sången anklagar staten, domstolen, polisen, presidenten Sebastián Piñera, samhällets struktur och patriarkatet för kvinnovåldet. Sången spreds världen över bara på några dagar. I Sverige har chilenska kvinnor, mödrar och döttrar samlats och sjungit i Stockholm, Norrköping, Göteborg och Uppsala. De sjunger med ögonbindel för ögonen och med vissa rörelser som polisen tvingar kvinnor att göra på polisstationer. Sången upprepar: Det var inte mitt fel, det spelar ingen roll var jag befann mig eller hur jag var klädd. Det är som en refräng. Det är som en befrielse från all stigmatisering och skuldskänslor. Bort med skammen! Våldtäktsmannen bär ansvaret!

## Sången blev viral

Det skrivs att sången är som en hymn mot det sexuella våldet kvinnor utsätts för och att den har sjungits redan i andra länder som till exempel Mexico, Colombia, USA, Brasilien, Libanon, Indien, Spanien, Frankrike och både på gatorna och i parlamentet i Turkiet samt i Kenya och i Mozambique.

## Andra kommentarer:

BBC citerar Rita Segato från Las Tesis: våldtäkten är inte en sexuell handling, det är en makthandling, det är en politisk handling (BBC News, Mundo 11/12-2019). SVT.se 17/12-2019 – FN: tortyr och sexuellt våld i Chile. SVT.se 12/12-2019 – Analys: (sången) kan vara startskottet för en kvinnorevolution.



En våldtäktsman i din väg sjöngs på Uppsalas Centralstation

# Klimatet på vår planet – COP 25 i Madrid

Text och foto: Alejandro Muñoz Retamal

Miljöpolitiken handlar om att skapa ett samhälle som är fritt från utsläpp och farliga gifter med hänsyn till både människor, djur och natur. Den handlar också om att skapa ett hållbart samhälle som är anpassat till ett förändrat klimat. Många miljöfrågor är globala och därför sker en stor del av arbetet i samverkan med andra länder (Miljö och klimat, Regeringskansliet, www.regeringen.se)

2019-08-26

EU vill satsa på att vara klimatneutral till året 2050 när det gäller koldioxid och fossila utsläpp. Det innebär att man slutar prata om minskade utsläpp och sätter upp ett mål om noll nettoutsläpp. (EU climate action - European Commission website – www.ec.europa.eu/clima/policies/eu-climate-action\_sv).

2019-12-02 till 2019-12-13

FN:s årliga klimatkonferens i Madrid – COP-25. Det blev Madrid efter att konferensen inte kunde hållas i varken i Brasilien eller i Chile. Greta Thunberg åkte från USA till Portugal och sedan till Spanien. Resan över Atlanten gjorde hon med katamaranen "La Vagabonde" tillsammans med den brittiske, professionella seglaren Nikki Henderson. Resan tog 21 dagar (El País).

2019-12-03

Om ni vill att vi slutar vara arga ska ni sluta ge oss anledning för att vara det, Greta Thunberg i Lissabon (El País).

2019-12-08

En manifestation för klimaten hålls i Madrid där 500.000 personer deltar. Greta T. intervjuades av Dagens Nyheter om sin resa. Hon nämnde stress, intensitet nedstämdhet och att media inte har fokuserat på hela budskapet och att hon vill kommunicera fakta. Amerikansk press fokuserade mycket på "How dare you? You have stolen my dreams and my childhood". Hon har märkt i sina möten med världsledare att politiska ledare inte är medvetna om hur allvarlig miljökrisen är (Expressen).



Greta Thunberg skolstrejkar på fredagar på Mynttorget i Stockholm.



Psychologists for Future. Gunilla Berglund och Anna Grönberg.

2019-12-09

Greta Thunberg: "Vi vill ha riktiga åtgärder och fram tills nu har vi inte åstadkommit någonting" Rörelsen Fridays For Future beklagar det bristande politiska agerandet när det finns en akut klimatkris (El País).

2019-12-10

Sverige vill vara klimatneutral (zero emissions) 2045 som senast (Tal av miljö och klimatminister Isabella Lövin vid COP 25, regeringen.se). Går det att vara klimat neutral tidigare än 2045? Danmark satsar på 2035.

2019-12-11

Greta T. Inför COP 25, förändringarna kommer från folket, det finns hopp men politikerna ändrar inte på sina beteenden. De betar sig inte adekvat i förhållande till krisens allvar.

Man ska lyssna på vetenskapen. Hon har konstaterat att hundra företag står för 75 procent av utsläppen och att de rikaste 10 procenten står för hälften av alla utsläpp. Hur kan man lyssna på detta utan att känna panik och ilska? (El País, aktuellhallbarhet.se).

2019-12-13

Det blir ett nytt stycke i Parisavtalet om jämställdhet. Där slås fast att både män och kvinnor ska kunna bidra på klimatförhandlingarnas alla nivåer. Förhandlingarna om handel med utsläppsminskningar mellan stater, det som står i Parisavtalets artikel 6 kan delvis få sin lösning här i Madrid. Resten som till exempel hur man ska rapportera utsläpp flyttas fram till COP 26 i Glasgow -bakslag för Parisavtalet (aktuellhallbarhet.se, SvD).

2019-12-13

"EU-länderna enades sent i går om målet att nå klimatneutralitet till år 2050. Polen ställer sig utanför överenskommelsen" (aktuellhallbarhet.se).

2019-12-13

Klimatmötet kör fast. Många vittnar att det framför allt är Australien, Saudiarabien, Brasilien och USA som bromsar förhandlingarna (SvD) och det gäller även Kina, Indien och Ryssland (El País, 14/12).

2019-12-14

Läst läge på klimatmötet. Vi kommer att skicka budskapet att vi inte lyssnar på vetenskapen, säger Norges miljöminister Ola Elvestuen (SvD). Ilska och besvikelse bland frivilliga organisationer. Jennifer Morgan, Greenpeace: ordförandelandet Chile misslyckades med att värna integriteten i Parisavtalet som har slitits sönder av cynism och girighet (DN).

2019-12-20 - Fredag

Greta Thunberg är tillbaka till Mynttorget och skolstrejkar med Fridays for Future. Kampen för ett bättre klimat på jorden fortsätter.

# Utbildning om prolongerad exponering med Edna Foa

## Referat från 4-dagars Prolonged Exposure Workshop med Edna Foa och Nitsa Nacash.

Text och foto: Tomasz Kunatowski

**D**å var det dags att utbildas av världens mest kända och inflytelserika kliniker i en av de äldsta och mest beforskade behandlingsmodellerna som används idag. Under en 4 dagar lång workshop i Prolonged Exposure (PE) skulle jag stifta bekantskap med Edna Foa som tillsammans med sin kollega Dr. Nitsa Nacash höll i utbildningen. I bakgrunden fanns Marie Svensson som i november 2020 avslutar sin utbildning och blir Sveriges tredje certifierade PE trainer och vars utbildning kräver deltagande i den typen av WS. Workshopen ägde rum i Story hotell i Malmö den 16/9-19/9. Vi var en grupp på 45 st kliniker med varierande bakgrund, så vitt jag har förstått fanns det inga förkunskapskrav eller några yrkesspecifika inkluderings- och exkluderingskriterier. Det första kravet var att vi hade med oss terapeutmanualen. Senare framgick det att Edna gärna vill att människor som arbetar med PE har någon typ av diagnostiska och kliniska förkunskaper i PTSD så att de kan diagnostisera PTSD och differentiera kring annan typ av möjlig samsjuklighet. Andra kravet var att man i sin praktik träffar

patienter med PTSD-problematik så att man kan använda sig av den kunskapen till de övningar och rollspel som sker under utbildningen. Utifrån den korta presentationen av oss deltagare kunde det snabbt konstateras att alla på ett eller annat sätt sysslade med målgruppen som bär på PTSD diagnosen. Det fanns personal från större behandlingshem, organisationer som arbetar med krigsveteraner, flyktingar, privatpraktiserande psykoterapeuter, ideella organisationer och landstingsdrivna aktörer. Det som skilde sammansättningen av deltagarna på denna utbildning var att många fler än vad som är brukligt kom långväga ifrån, då det fanns deltagare från hela Sverige och Skandinavien och även folk från USA och Kanada var med. Utöver oss 45 närvarande fanns även lika många på väntelistan som inte fick plats. Det sistnämnda skulle kunna tolkas som att Ednas WS har en stark attraktionskraft. Enligt Foa själv ger hon ca 2 sådana 4-dagars-WS per år på olika platser i världen och efterfrågan verkar vara stor.

**80–90% av de som utsätts för trauma kommer inte att utveckla PTSD.**

**Under inledningen** av första dagen berättade Foa att hon har experimen-

terat med längden på och innehållet i denna WS men till sist landat på just 4 dagar. WS ger enligt henne behörighet att behandla PTSD enligt PE protokollet så länge man håller sig till manualen. Hon rekommenderar att ha handledning under åtminstone två av de första PE terapierna. Utbildningsgången inom PE redovisas längre ner med hjälp av Marie Svenssons översättning/sammanfattning från CTSA:s hemsida där Edna Foa är verksam (The Center for Treatment and Study of Anxiety, University of Pennsylvania). Handledning ges med fördel av godkända PE handledare som kan protokollet och kan certifiera i PE. Foa nämnde att i de studier som har gjorts på handledningseffekter i PE så har handledningen visat sig vara viktig dels för att patienten ska erhålla de nödvändiga komponenterna och dels för att det går att skönja positiva patienteffekter kopplat till om behandlaren hade handledning.

### DAG 1

Under första dagen fick vi stifta bekantskap med manualen för standard PE som består av 10 sessioner á 90 minuter. Vi var den första WS-gruppen som fick tillgång till den rykande färska nya upplagan av terapeut- och patientmanualen som nyligen publicerats av Foa et al. Senare fick vi höra att översätt-

ningen av den nya upplagan till svenska redan är inplanerad. Det som är nytt i den nya manualen är enligt Foa: fler patientexempel, mer gediget kapitel kring processandekomponenten (den komponent som brukar upplevas som svårast av terapeuterna) och ett förnyat referensbibliotek. Under första dagen fick vi höra om att vi människor är byggda att klara traumatiska händelser, att ca 80–90% av de som utsätts för trauma kommer inte att utveckla PTSD. Med andra ord, att utsätts för en traumatisk händelse är absolut inte lika med att utveckla PTSD. Kvinnor är något överrepresenterade i statistiken jämfört med män, mest troligt kopplat till att de är mer utsatta gällande våldtäkter. Utifrån forskningen vet man även att vi människor bättre klarar av att bearbeta minnen och upplevelser av naturkatastrofer än krigserfarenheter eller våldtäkter. De två sistnämnda traumatyperna leder i mycket högre grad till utvecklandet av PTSD än just naturkatastrofer. Den människa som utvecklar PTSD kommer betala ett högt pris för det. Det tar ofta många år innan patienterna söker hjälp, dels pga otillräcklig tillgång till evidensbaserad PTSD behandling, men framförallt pga att PTSDs innersta väsen handlar om de undvikanden som patienterna utvecklar, något som ju är välbekant även från andra ångeststör-

ningar. Det som är annorlunda med PTSD är möjligtvis att stigmatiseringen och skammen är större. Den vanligaste samsjukligheten med PTSD är andra ångeststörningar, och ca 90 % har någon annan ångeststörning. Nästan 70 % av de med PTSD utvecklar depression och var tredje utvecklar missbruk och beroende. I PTSD-gruppen är risken för självmordsförsök mycket högre än i övriga populationen. PTSD innebär också en radikalt försämrad somatisk hälsa och ökad risk för medföljande somatiska sjukdomar. Denna patientgrupp söker oftare somatisk vård än psykiatrisk. Under första dagen redogjordes också för den teoretiska basen till PE, vilket är den s.k. emotionella bearbetningsteori som utvecklades av Foa och Kozak (1986). Den gör gällande att PTSD vidmakthålls genom undvikande av traumaminnen och känslor kopplat till traumat, tankar om den egna inkompetensen samt föreställningar om att världen och personer är farliga. Undvikande omfattar även situationer som triggar traumaminnen eller som kan associeras till traumat. Utgångspunkten för emotionell bearbetningsteori är att rädsla representeras i minnet som en kognitiv struktur eller ett ”program” för att undkomma fara. När rädslonstrukturer representerar ett realistiskt hot kallas den för adaptiv

rädslonstruktur, och fungerar då som en mall för hur vi mest effektivt ska agera vid hot. Enligt Foa och Kozak (1986) blir en rädslonstruktur patologisk när;

- delar av stimuli kopplas samman på ett sätt som inte återspeglar världen korrekt (alla människor är farliga).
- fysiologiska reaktioner och flykt-/undvikande responser utlöses av objektivt harmlösa situationer (får hjärtklappning då är bland människor, vill fly).
- överdrivna och lättutlösta responser stör det adaptiva beteendet
- harmlösa stimuli och responser förknippas felaktigt med rädsla.

**Enligt Foa och Kozak** måste två villkor uppfyllas för att den patologiska rädslonstrukturer ska modifieras och symptomen lindras. Först måste rädslonstrukturer aktiveras. Dessutom måste ny information som inte är kompatibel med den information som patienten har i sin rädslonstruktur göras tillgänglig och inkorporeras eller smältas samman i denna rädslonstruktur. När detta sker kommer informationen som tidigare har gett upphov till obehag/PTSD-symptom inte längre göra det. T.ex. en patient som har varit utsatt för ett rån i ett köpcentrum har som in-vivo uppgift att gå runt i affärer, köpcentrum utan undvikande beteenden, vid upprepade



Nitsa Nacash, Marie Svensson och Edna Foa



Workshop i PE.



Diplomutdelning under workshopen.

tillfällen. Genom in-vivo exponeringen får patienten korrigerande information om att alla köpcentrum, affärer inte är farliga, att alla människor inte är farliga samt att den inte är inkompetent, att ångesten inte varar för evigt, m.m. Den korrigerande informationen som patienten får genom exponeringarna kan vi fördjupa oss kring i ytterligare i bearbetningsdelen, den del som kommer efter att den imaginativa exponeringen är genomförd.

Det är viktigt att terapeuten förstår den emotionella bearbetningssteorin och hur PE hjälper patienten att bryta sina mönster av undvikande och därmed främjar till emotionell bearbetning av traumat.

För er som är extra nyfikna så klagade Foa sin syn på debatten mellan huruvida det finns något som heter *komplex PTSD* eller inte med att säga att all PTSD är komplex, det finns ingen enkel PTSD! Validiteten av diagnosen komplex PTSD debatteras friskt (Cloitre, Gavert, Brewin; Bryandt & Marecker, 2013) och sista ordet är nog inte sagt. Men International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS; Cloitre et al, 2011) har föreslagit att PE är en effektiv behand-

ling för patienter med det vi kan kalla komplex PTSD (de Jongh et al., 2016). Foa utvecklade resonemanget om komplex PTSD med att säga att förekomsten av komplex PTSD kan förklaras av att det finns PTSD patienter med exempelvis andra typer av samsjuklighet såsom exempelvis olika typer av personlighetsdiagnoser som kan behövas ta i beaktan vid behandling av PTSD utifrån PE. Vid pågående självskadebeteende eller suicidrisk så kan inledande del av behandlingen tillägnas det innan

”standard PE” påbörjas, utifrån t.ex. Melanie Harneds DBT-PE protokoll. Huruvida komplex PTSD kommer med i DSM-systemet eller inte får framtiden utvisa men Foa betonade att även dessa patienter har bra effekt av den ordinarie

PE-manualen. Det förekommer ofta ett missförstånd om att PE-behandlingen enbart är bra för de PTSD patienter som varit med ett trauma, inte flera, vilket är fel enligt Foa. Vid förekomst av multipla trauman bestämmer patienten tillsammans med terapeuten under första sessionen vilket trauma som plågar patienten mest, och påföljande arbete kommer sen utgå ifrån detta så kallade indextrauma. Det verkar som att patienten kan generalisera inlärningen till

andra traumaminnen och på så sätt har nytta av behandlingen trots att man enbart adresserar ett traumaminne under behandlingen. Denna generalisering sker just för att patienten arbetar med indextraumat, det traumat som orsakar mest lidande just nu. I vissa fall kan patienten behöva behandling för flera traumaminnen. I de fall då dissociation framkommer får patienten hjälp med att hitta strategier för det (exempelvis öppna ögonen under den imaginativa exponeringen, och beskriva föremål i rummet för att sedan återgå till den imaginativa exponeringen igen). Patienten får alltså öva på färdigheter som den kan använda sig av hemma vid dissociation, då den t.ex. gör den imaginativa exponeringen, så att den kan vara närvarande under exponeringen och känslomässig bearbetning möjliggörs.

### DAG 2

Under andra dagen gick vi övergripande igenom manualen och de centrala komponenter som finns i PE:

- Vanligtvis 10 till 15 individuella 90-min sessioner, en till två gånger per vecka. Patienten spelar in hela sessionen via t.ex. ”PE-coach 2”, en gratis app (finns enbart på engelska).
- Psykoedukation om vanliga reaktioner vid trauma, vad som vidmakthåller trauma-relaterade symptom och hur PE minskar PTSD-symptom.
- In-vivo exponering genomförs mellan sessionerna; möta situationer, människor eller saker, dofter

m.m. som patienten undviker då de orsakar känslomässigt obehag såsom t.ex., rädsla, skam eller skuld.

- Imaginativ exponering av indextraumat genomförs hemma varje dag. Patienten återbesöker minnet och är i kontakt med de känslor, tankar och upplevelser som är associerade med traumasituationen.
- Efter den imaginativa exponeringen, genomförs en processdel där patienten får mycket uppmuntran av terapeuten och får prata om de känslor och tankar de har om att återbesöka traumat och hur traumat har påverkat dem. Här fördjupas arbetet ofta kring känslor såsom skam, skuld m.m.
- Patienten får hemuppgifter såsom att lyssna på hela sessionen en gång och genomföra imaginativ exponering varje dag, samt in-vivo exponering så ofta som möjligt.
- Patienten får genomföra PCL-5 och depressionsskattningar varannan session ca.

**WS-undervisningen** fokuserade på hur vi kan leverera den inledande rationalen för behandlingen till patienten på ett hjälpsamt sätt, hur man skapar en god allians och förutsättningar för fortsatt arbete, hur vi använder begreppet SUDS i behandlingen (Subjectiv Unit for Distress Scale), eller skattning av obehagsnivå, samt skapar hierarki för de situationer som kommer vara relevanta för den kommande in-vivo exponeringen. För en person med PTSD upplevs många saker, och situationer

som farliga, och den undviker ofta en mängd olika situationer. De representationer som formas efter en traumatisk händelse handlar ofta om att ”världen är farlig”, ”människor är farliga”, och ”jag kan inte klara mig själv/jag är inkompetent” (För fördjupning se Foa och Rothbaum, 1998). Därmed behöver oftast in-vivo situationerna vara specifika, omfatta just dessa områden såsom att vid upprepade tillfällen ”stå i kö själv på min lokala affär, kl 16.00, utan att vända mig om”. För de som redan har arbetat med exponeringsbehandling var det inte några särskilt svåra begrepp som avhandlades här. Möjligtvis kan noteras att Foa framförde en mer traditionell syn på exponeringsarbete med betoning av habitueringskomponenten, dock med en annorlunda touch som kan belysas med hennes citat från undervisningen: ”Jag gillar inte riktigt ordet habituering då det förmedlar en mekanisk syn på exponeringsprocessen. Den utelämnar hur patienten lär sig att hantera sina känslor via exponeringen.” (egen översättning). Foa et al (2019) beskriver i sin nya manual att sedan PE utvecklades har forskningen visat på att inom-sessions habituering inte är så centralt. Foa hävdar att utifrån preliminära studieresultat, när man jämför 90 vs 60 min sessioner, så ser det lovande ut för 60 min-sessionerna. Det kan på sikt påverka den förespråkade längden på sessionerna i manualen.

**Således**, inom-sessions habituering av rädsla anses inte längre vara kritiskt för att bli bättre gällande PTSD-symptom,

utan det viktigaste är att patienten är emotionellt involverad i terapin (ena foten i minnet, andra foten i rummet t.ex.) och att patienten får insikter gällande sina negativa föreställningar om sig själv och världen samt att mellan-sessionens minskning i SUD-nivå kan observeras i behandlingen.

### DAG 3

Huvudfokus under dag 3 låg på den imaginativa exponeringen, hur man ger rational till patienten gällande den typen av arbete, hur man genomför den imaginativa exponeringen med patienten, hur man hjälper patienten att processa fram ny information om minnet och sig själv, andra personer och omvärlden. Foa bjöd på en mängd kliniska erfarenheter om hur man engagerar patienten i detta behandlingsmoment, t.ex. vikten av att använda ett positivt språk när man berättar för patienten om gången i arbetet: ”att möta minnet”, ”att närma sig minnet”, ”att bjuda in minnet” snarare än att ”att konfrontera minnet”. Sedan är det viktigt att rikligt förstärka patientens ansträngningar. Även användning av metaforer var något som Foa rekommenderade, särskilt vid den inledande rationalen, men även under det pågåendet arbetet. Allt för att motivera patienten att fortsätta med det viktiga exponeringsarbetet. En intressant reflektion som Foa delade med sig av var att i början av utvecklingsarbetet med PE rekommenderas terapeuterna vara tysta och återhållsamma särskilt under den imaginativa exponeringen. Foa säger ”Vi

skulle vara tysta eftersom vi var rädda att störa habitueringssprocessen. Idag är vi mycket mer generösa med uppmuntran till patienten”. Huvudfokus är att känslomässigt engagera patienten i den bearbetande processen, något som är smärtsamt och kräver mod och en del stöd från terapeuten. Det som är viktigt att vara uppmärksam på är om patienten har undvikandebeteenden under den imaginativa exponeringen. Det kan t.ex. handla om att patienten pratar runt om minnet, något som Foa kallade ”editing”. De kan handla om att patienten kommenterar saker den har tänkt om händelsen mitt under den imaginativa exponeringen, såsom ”hur kunde han göra så mot mig” istället för att ”vara i minnet”. Då är det viktigt att hjälpa patienten tillbaka till den imaginativa exponeringen genom lämpliga instruktioner såsom exempelvis ”vad händer sedan?” I processdelen kan vi fördjupa oss i hur händelsen har påverkat patienten och där finns utrymme för att utforska det samt tillhörande känslor. Under sista delen av dagen gick vi igenom hur man identifierar de s.k. ”Hot Spots” (”brännpunkter” i svenska manualen), de delar av det traumatiska minnet som upplevs som mest smärtsamt för patienten och hur vi kan hjälpa patienten att närma sig dem. För mig som terapeut upplevdes undervisningsmomentet som svårt med många möjliga fallgropar. Den tröst som Edna gav oss under dagen var att PE är en förlåtande och robust behandling så även om man gör fel vid en situation så kan man reparera det vid nästa. Eller: så länge vi ser till att patienten får ta del av de viktigaste komponenterna i behandlingen såsom beskrivs i manualen, så kommer patienten bli rimligen förbättrad. Det viktiga är att man är lyhörd för patientens process, och anpassar terapin därefter. Samt genomför regelbunden utvärdering och symptommätning genom t.ex. BDI-II och PCL-5.

#### DAG 4

Fjärde dagen var kanske den mest intressanta utifrån att Foa bjöd på en mängd videouppspelningar av verkliga patientsessioner, där vi fick se olika problemsituationer som kan uppstå under behandlingen. Det kunde handla om allt från hur man motverkar praktiska hinder att genomföra behandlingen, hur man hanterar patienter som inte gör sina hemuppgifter eller uteblir från sessionen. Det mest givande upplevde jag var delen som handlade om under-



Edna Foa

respektive överengagerade patienter, ett tillstånd hos patienten som kopplas till den imaginativa delen av exponeringsarbetet. De flesta PTSD patienter är inledningsvis underengagerade och de behöver hjälp med att väcka eller komma i kontakt med de känslomässiga komponenterna av det traumatiska minnet, något som är stommen i PE behandlingen. Men det finns en mindre del av patienterna som lätt blir känslomässigt överengagerade vid exponeringsarbetet. De här patienterna behöver istället hjälp med att reglera sina känslor för att möjliggöra inlärning. Då PE utgår från att patienten undviker sina minnen och helst inte vill återbesöka dem bygger instruktionerna vid den imaginativa exponeringen på att engagera patienten känslomässigt, t.ex. genom att instruera patienten att berätta sin historia i presens och i jag-form, samt beskriva dofter, känslor/sensationer, tankar, ljud och annat som den upplevde under händelsen. De patienter som hamnar i ett överengagerat läge kan behöva få en mer anpassad instruktion t.ex. genom att de får berätta i dåtid eller att de får skriva om händelsen. Det viktiga är att patienterna befinner sig i sitt ”inlärningsfönster” som Foa kallade det

önskade tillståndet hos patienten under exponeringsarbetet. Samtidigt som Foa talade om anpassning uppmuntrade hon oss terapeuter att inte vara allt för snabba med att göra ändringar i standard PE, då de flesta patienter klarar av att genomföra behandlingen så som det är tänkt.

#### Några sista ord om WS

Det var mycket givande, intensiva och väl genomtänkta 4 dagar med undervisning blandat med praktiska övningar. Det mest givande var nog möjligheten att få ta del av Foas kliniska erfarenheter serverade på ett fat tillsammans med de många inspelningarna av verkliga patientsessioner under dag tre och fyra, något som bör betraktas som unikt i sammanhanget. Det som skulle kunna önskas var mer tid till övning och reflektion, något som man kanske räknar med ska ske under handledningen istället som rekommenderas av Foa. Man skulle också önska sig att de filmsnuttar som visades hade något bättre ljud och bildkvalité men det är kanske svårt att begära av ett material som är inspelat med VHS-teknik mest under 90-talet.

# Intervju med Edna Foa

**Mycket spontant i slutet av 3:e dagen bestämde jag mig för att fråga om Foa kunde ge Beteendeterapeuten en kortare intervju. Till min förvåning och en del obehag som följt tackade hon ja till det.**

**Följande är en kort sammanfattning av intervjun. Under intervjun medverkade Edna Foa, Nitsa Nacash och Marie Svensson.**

Efter slutet av fjärde dagen, när de flesta av åhörarna har lämnat salen närmade jag mig Edna Foa, denna KBT gigant. Med mig hade jag min turistengelska och en del oro i kroppen, jag har ju hört en del om Foas vassa sidor. Inledningsvis började jag med att lite väl långgrandigt förklara min oro och osäkerhet inför intervjun, något som på ett mindre kärleksfullt men ack så effektivt avbröts av Foas ”Ska du intervjua mig eller inte?!” Stärkt av det sista inledde jag med att ställa några av de frågor som jag hastigt hade förberett och oron försvann stegvis under samtalet.

**Du som föreläser runt om i världen och som också har varit i Sverige så många gånger, finns det något som utmärker de svenska WS som du medverkat i?**

– Jag har varit i Sverige många gånger, minns inte hur många. Men de WS som organiseras här av Rikke och Casper i Danmark är oftast mycket väl förberedda (Läs: Rikke Kjelgaard och Casper Aaen). Det är alltid en njutning att undervisa här. Jag har upplevt att de åhörare som jag träffat här i Skandinavien vet hur man skapar en god balans mellan att nyfiket ställa frågor och samtidigt visa respekt för föreläsaren och agendan. I vissa länder ställer folk mer frågor, kanske avbryter dig mitt i en mening, vilket jag får hantera. Hit är det alltid skönt att komma.

**Vilka länder anser du vara bäst på PE? Både gällande mängden terapeuter men också följsamheten till manualen?**

– Nu använder man sig av PE på många ställen i världen och av de studier jag vet gällande graden av följsamhet till modellen verkar USA vara det bästa landet. Mycket beroende på den enorma mängd

resurser som US department of Veteran Affairs satsat på att tillgängliggöra evidensbaserad behandling till veteraner, där PE var en av de valda behandlingarna, så vi har tränat 100-tals kliniker i metoden.

**...Och i Europa? Vilka länder är bäst på PE där?**

– Jag tror att i Europa är det förmodligen Sverige som är det bästa landet på PE. Och jag frågar mig själv alltid varför vill Sverige ha så mycket PE? Var är alla dessa offer som skulle behöva PE? Jag tror att delvis det är så för att DBT är så utvecklat här och DBT folket har inkorporerat PE som en del av sin behandling. Jag märker att det är många DBT-folk som kommer till mina WS här i Sverige. Men säg att jag har hållit i 7 WS här i Sverige och på varje kommer ca 40 personer, då betyder det att i Sverige borde det vara ca 300 utbildade PE terapeuter. Nu är frågan också hur många av de åhörare som har gått WS som använder PE i sin terapeutiska vardag men min uppfattning är att de använder det eller i alla fall säger att de använder det. Så det finns definitivt ett intresse av PE här i Sverige. Vilket också bekräftas av att det redan finns ett kontrakt på översättning av andra upplagor till manualen, två dagar efter att den har kommit ut på engelska!

– Jag och Dr. Nitsa Nacash ville göra en studie av hur många som har gått WS som faktiskt använder sig av PE i deras kliniska vardag. Men det har vi inte gjort än. Vi har gett dessa 4-dagars-WS två gånger om året under de senaste 15 åren. Så ca 30 WS har vi gett över hela världen. Mängden deltagare har varierat mellan 30–45 så det borde vara minst 900 terapeuter. Men det är nog svårt att ta reda på om de faktiskt använder sig av manualen. Det finns ju ett generellt motstånd mot att använda sig av evidensbaserade behandlingar så det borde vara samma sak med PE. Manualen kräver en del arbete. Å andra sidan kräver den inte så stora förkunskaper, men det är alltid lättare att sitta med patienten och fråga hur veckan har gått.

**Vad anser du vara ett minimum av utbildning eller förkunskaper för att kunna leverera en tillräckligt bra PE behandling?**

– Om man tänker sig i termer av vilken utbildningsnivå PE-terapeuter bör ha innan de går utbildningen så behöver man ha någon typ av diagnostiska förkunskaper så att man urskilja exempelvis psykotiska patienter. Men det behövs verkligen ett minimum bara. Det skulle kunna vara psykiatrisköterskor, socialarbetare, och så även de med mer utbildning, psykologer, psykiater. Det viktigaste är att de har någon typ av akademisk utbildning så att man kan differentiera vem som ska erhålla PE-behandlingen och vem som har mer nytta av annan behandling.

**Ok. Om man nu har dessa förkunskaper du kräver och har gått denna 4-dagars-WS, räcker det för att starta behandling?**

– Från början har vi inte krävt att folk som har gått dessa WS i PE ska ha handledning men vi rekommenderar det starkt, det räcker med handledning på 2–3 patienter för vara säker på att man gör rätt saker i behandlingen. Vi har precis avslutat en studie där vi noterade att de terapeuter som har gått i handledning levererade mer PE-komponenter och att det även resulterade i mer omfattande symptomminskning hos patienterna jämfört med gruppen terapeuter som inte hade handledning. Utifrån det är det lämpligt att tänka sig handledning.

**Exponering som komponent har förändrats en del inom KBT-fältet, genom forskning och nya fynd. Har du förändrat synen på exponeringsarbete?**

– Det vi har märkt och tagit till oss är att ångestreducering under sessionen inte är så viktigt, men desto viktigare är ångestreducering mellan sessionerna. Idag fokuserar vi mycket mer på vad som händer från ena sessionen till den andra. Vi upptäckte att om man gör PE varje dag har det samma effekt för patienten som om man gör PE en gång i veckan eller flera dagar i veckan även om det blir färre möjligheter att göra hemuppgifter på. Den kunskapen är mycket hjälpsam om du träffar en patient som inte har möjlighet till kontinuerliga träffar under en längre period men kan istället avsätta tid till mer intensivt arbete så går det bra det

också. Särskilt gäller det soldater som är hemma på permissioner under en begränsad tid.

### Jag har en följdfråga på det. Finns det fler utvecklingsmöjligheter för PE? Under WS nämnde du att det pågår studier om att förkorta sessionstiden från 90 till 60 minuter. Finns det fler sådana tankar kring att förbättra och effektivisera PE?

– Jag tror att i framtiden kommer PE kunna dra nytta av en kombinerad medicinering som syftar till att påskynda nödvändiga utsläkningsprocesser hos patienten. Vi studerar nu en kombinationsbehandling med d-cycloserine (DCS) och PE. Resultaten är inte särskilt imponerade, de är mest mixade. Vi forskar även på att kombinera PE med methylene blue (MB). Resultaten är något mer lovande men inte fantastiska jämfört med standard PE. Nu ska vi starta en studie med östrogen. Vi vet från djurstudier att om man betingar exempelvis en mus till att vara rädd för exempelvis ett rött ljus och sedan vill avbeta rädsleresponsen så underlättas den processen av östrogen. Från både djur och människostudier vet vi att östrogen påskyndar utsläkningsprocessen men också hjälper att bibehålla resultatet.

### Är det en pågående studie eller tänker du dig att göra en sådan studie i framtiden?

– Vi har fått pengar för att göra det och har man fått pengar att göra det så får man också göra jobbet. Vi kommer påbörja det inom snar framtid.

(Dr. Nitsa Nacash tillägger senare)

– Vi gör nu även en pilotstudie för att göra en MDMA assisterad PE-behandling med målgruppen i Israel. MDMA

ska öka patientens s.k. ”window of tolerance” och kan mycket väl vara viktig för de som undviker behandlingen pga. rädsla för exponeringsövningar. MDMA hjälper även att släcka ut rädslorukturer, höja patientens medkänsla för sig själva och hjälper dem att hantera skuldskänslor de har. MDMA är inte en medicin för PTSD utan en assisterad behandling som kan förbättra effekten av PE. Det finns redan en del lovande forskning i USA.

### Utöver det du har nämnt vad tänker du mer av vad som kommer att ske med PE i framtiden?

– Vi vet att PE fungerar men det fungerar inte för alla. Alla patienter blir inte helt fria från sina symptom. Så vi vill gärna öka behandlingens effektivitet, minska antalet nödvändiga sessioner och minska tiden för varje session. Det är de tre aspekter av behandlingen som vi vill fokusera på och förändra. Det finns ingen behandling som är perfekt. Vi är även intresserade av hur man kan förbättra implementeringen och spridningen av behandlingen. Det är ju ingen mening att en behandling, hur bra den än är, inte används. Sedan måste vi även titta på bakomliggande mekanismer som mer detaljerat kan förklara varför PE fungerar. T.ex. har man funnit att förändringar av de negativa föreställningarna hos patienten om att världen är en farlig plats och att de är extremt inkompetenta inte bara korrelerar med ångestreduceringen utan även orsakar en ångestreducering och symptomminskning. Så vi fortsätter att lära oss mer om vilka komponenter som behöver utvecklas i PE för att matcha de underliggande mekanismerna hos patienterna. Andra saker som vi vill veta mer om är det faktum att PTSD har en stor komorbiditet med andra psykiatriska tillstånd. Därför är det viktigt att fortsätta forska i hur PE behandlingen står sig med PTSD patienter och samsjuk-

lighet. Jag tror att det är högst intressant att utforska huruvida PE har effekt på gruppen patienter med komorbiditet med alkohol- och drogberoende. Man har gjort vissa studier exempelvis med COPE (Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure, som har mycket lovande resultat. (Finns som manual, se referenslista under Back för detaljer.) I USA är opiatberoende ett stort problem. Jag skulle vilja titta mer på den gruppen, om de har nytta av PE-behandlingen. Vi vet att bland opiatberoende har minst 50% en PTSD-diagnos. Om jag får pengar, för studier kostar massor med pengar, så skulle jag vilja veta om PE tillsammans med medicinsk underhållningsbehandling kan hjälpa gruppen med opiatberoende.

### En av de sista frågorna: När kommer du till Sverige nästa gång?

– Jag vet faktiskt inte. Vi har pratat om att komma tillbaka någon gång, inget är inplanerat, men vi har löst pratat om Stockholm i september, nästa år. Och det vi har sagt utifrån att på denna WS har det varit 45 deltagare, men 30 fick inte plats, så att om vi hittar 15 till, vilket vi säkert gör, så kommer jag och dr. Nitsa Nacash.

Jag tackar er så mycket för er tid och välkommen tillbaka i Sverige när det nu blir.

**Ett mycket stort tack till Marie Svensson som har bidragit till korrekturläsningen av både intervju och WS referatet samt även skrivit om utbildningsgången inom PE och delat med sig sina referenser. Hon har varit en oerhörd stor hjälp under artikelskrivningen.**

Text och foto:  
Tomasz Kunatowski

## FAKTARUTA om utbildningsgången i PE

### PE Handledare i Sverige:

Marie Svensson, Leg. Psykolog  
Mottagningen Emotionell Instabilitet, Region Skåne.  
E: Marie.el.svensson@skane.se  
T: 0709- 617131

Maria Bragesjö, Leg. Psykolog  
Karolinska University Hospital Solna  
E: maria.bragesjo@karolinska.se  
T: 0703-399387

Hanna Dimbodius, Leg. Psykolog  
KriTra Kris- och Traumapsykolog, Göteborg  
E: dimbodius@ptsd.se

### PE-trainers i Sverige:

(de får alltså hålla i 4-dagars utbildningen).  
Maria Bragesjö, Leg. Psykolog  
Karolinska University Hospital Solna  
Psykologkliniken  
171 76 Stockholm  
E: maria.bragesjo@karolinska.se

Hanna Dimbodius, Leg. Psykolog  
KriTra Kris- och Traumapsykolog, Göteborg  
E: dimbodius@ptsd.se

### PE Certifieringsprocessen

När man har gått 4-dagars utbildningen i Prolonged Exposure får man ett certifikat från Center for the Treatment and Study of Anxiety, Philadelphia (CTSA), USA där dr Foa är verksam. Det innebär att efter genomgången godkänd utbildning kvalificerar man sig för att gå vidare för att, om så önskas, bli certifierad i metoden. Detta sker genom handledning av certifierad handledare i Prolonged Exposure av två till tre fall. Mer information finns nedan.

### För att bli certifierad PE-terapeut:

- Fullföljt en 4-dagars workshop i PE utfärdad av en CTSA-certifierad PE-trainer. T.ex Dr Foa!
- Fullföljt handledning av en certifierad PE handledare av åtminstone 2 kompletta fall, ca 10 sessioner vardera.
- Att bli rekommenderad av handledaren att bli certifierad ”PE terapeut” till CTSA.

**Denna del kan utföras i Sverige! Maria, Hanna och Marie är behöriga för att certifiera och handledningen kan göras över SKYPE t.ex.**

### För att bli certifierad PE handledare:

- Genomfört alla steg för att bli certifierad PE-terapeut.
- Genomfört åtminstone 5 kompletta patientärenden, ca 10 sessioner utifrån PE.
- Fullföljt 5-dagars PE handledarutbildning vid CTSA i Philadelphia.

### För att bli certifierad PE Trainer:

- Genomfört alla steg för att bli certifierad PE-handledare.
- Genomfört åtminstone 15 PE fall.
- Observerat två workshops i PE som genomförts av en certifierad PE trainer.
- Fullföljt 3-dagars PE Trainer Workshop som utförs av CTSA i Philadelphia.

### PE terapeut certifieringsprocess, mer i detalj:

För att uppnå PE terapeut certifieringsstatus behöver terapeuten fullfölja 1-till-1 handledning av minst 2 patientärenden. Först behöver terapeuten bli klar med ett patientfall, innan den går vidare till nästa för PE-HL. Men viss överlappning kan inträffa.

Inför varje PE-kandidat har HL och terapeut ett ”inför PE samtal”. Här diskuteras möjliga PE-kandidater, vad som är viktigt att tänka på under den första sessionen, hur videofilm kommer delas (via någon säker krypterad elektronisk källa på nätet eller liknande). PE-handledaren måste först godkänna en patient som lämplig kandidat för PE, innan terapeuten kan börja med PE.

Under förutsättning att patienten har godkänt, så filmar terapeuten sessionerna för att dela med HL. HL kommer se på 45 min av filmen inför varje HL-tillfälle. PE konsultationen inträffar på bestämd tid innan terapeuten träffar patienten för nästa session. Under PE-HL går terapeuten igenom sessionen som den sett på, svarar på frågor, och förbereder terapeuten för nästa session. HL är 30 min och kan ske via SKYPE, telefon t.ex.

Då terapeuten har fullföljt 2 PE-patientfall som vanligtvis är 10 sessioner, rekommenderas terapeuten till CTSA att bli certifierad PE-terapeut. I vissa fall behövs en tredje patient för PE-HL för att säkerställa att terapeuten har tillräckliga PE färdigheter.

För mer information om tillgängliga PE-HL, kostnad, m m ta kontakt med någon av ovan nämnda handledare. \* Informationen är tagen från CTSA´s hemsida 2019-10-01 och är sammanställd av Marie Svensson.

## Referenser:

Back, S.E., Foa, E.B., Killeen, T.K., Mills, et al. (2014). Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure (COPE). Therapist Guide. OUP, USA.

Cloitre M, Courtois C. C., Charuvastra A, Carapezza R, Stolbach B. C., Breen B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. Journal of Traumatic Stress. 24, 616–627.

Cloitre M, Garvert D. W., Brewin C. R., Bryant R. A., Maercker A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. European Journal of Psychotraumatology, 4, 20706.

De Jongh, A., Resick, P.A., Zoellner, L.A., van Minnen, A., Lee, C.W., Monson, C.M., Foa, E.B., Wheeler, K., ten Broeke, E., Feeny, N., Rauch, S.A.M., Chard, K.M., Mueser, K.T., Sloan, D.M., van der Gaag, M., Rothbaum, B.O., Neuner, F., de

Roos, C., Hehenkamp, L.M.J., Rosner, R. and Bicanic, I.A.E. (2016) Critical analysis of the current treatment guidelines of complex PTSD in adults. Depression and Anxiety, 33 (5). pp. 359-369.

Foa, E.B., Hembree, E.A., Rothbaum, B.O., and Rauch, S.A.M (2019). Prolonged Exposure Therapy for PTSD. Emotional Processing of Traumatic Experiences - Therapist Guide. Oxford Press. Treatments that work.

Foa, E.B., & Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. Psychology Bulletin, 99, 20-35.

Foa, E. B. & Rothbaum, B.O. (1998). Treating the trauma of rape Cognitive behavioral therapy for PTSD. New York Guilford Press.



# Könsdysfori och schematerapi

Text: Annika Ackelman

Foto: Karina Carvalho/Unsplash

Ibland är det personliga erfarenheter som ger ett professionellt uppvaknande, som när jag blev medveten om en avsaknad av tillräcklig kunskap inom området könsdysfori. För mig var det mitt yngsta barn som under högstadietiden behövde hjälp med frågor gällande hans könsidentitet och sexuella läggning. Mitt barn kom ut som ickebinär samtidigt som jag började skriva boken **Schematerapi i teori och praktik** (Studentlitteratur, 2019), vilket gjorde mig uppmärksam på vikten av att skriva inkluderande och icke-normativt. Till min glädje hittade jag en artikel

**Diagnosen könsdysfori ökar kraftigt bland såväl barn och ungdomar som vuxna, och ökningen ses över hela världen.**

om schematerapi för könsdysfori, en terapi som är under utveckling. Jag har också tagit del av det informationsmaterial samt det nationella kunskapsstödet om vård vid könsdysfori som Socialstyrelsen gav ut 2015. År 2022 kommer Socialstyrelsen att uppdatera sitt nationella kunskapsstöd om vård vid könsdysfori.

**De senaste åren** har könsbekräftande medicinsk och kirurgisk behandling för *barn och unga* debatterats livligt. SBU (Statens beredning för medicinsk och social utredning) har på regeringens uppdrag genomfört en systematisk kunskapsöversikt gällande barn och unga med könsdysfori, för att utreda det vetenskapliga underlaget inom området. SBU skulle även samla kunskap om orsakerna till ökningen av barn och unga som söker vård för att utredas för könsdysfori. I slutet av december 2019 visade SBU:s rapport på så många som 24 kunskapsluckor inom området, främst i form av brist på systematiska vetenskapliga översikter. Kunskaps-

luckorna gäller såväl orsaker till ökningen, som medicinsk och kirurgisk behandling.

Denna artikel tar inte ställning för eller emot kirurgiska ingrepp eller medicinering, utan är avsedd som upplysning om könsdysfori och bemötande av vuxna personer med denna diagnos.

## HBTQI+

HBTQ som begrepp är välkänt i Sverige idag och många verksamheter skaffar sig HBTQ-certifiering som ett led i att bli mer inkluderande och förbättra

såväl bemötande som arbetsmiljö. Hur välintegrerat är ett inkluderande och icke-normativt perspektiv i våra psykoterapeutiska verksamheter? Är vi i vår kliniska vardag medvetna om vårt samhälles heteronormativa bias? Om jag får gissa så tror jag att

de flesta av oss är vana vid och bekväma med frågor gällande homosexualitet och bisexualitet. Men hur är det med T, Q, I och + i paraplybegreppet HBTQI+? Med tanke på att psykisk ohälsa är särskilt frekvent bland personer som definierar sig inom HBTQI+ så anser jag det vara viktigt att vi som terapeuter är kunniga inom området.

På RFSL:s hemsida (2018) finns fakta om HBTQI+:

- H för homosexualitet och B för bisexualitet handlar om *sexuell läggning*, alltså vem man blir kär i eller attraherad av.
- T för transpersoner handlar om hur man *definierar och uttrycker sin könsidentitet*.
- Q för queer kan gälla såväl sexuell

läggning, könsidentitet, *relationer och sexuell praktik*, som att vara ett uttryck för ett *normkritiskt förhållningssätt* till det heteronormativa samhälle vi lever i.

- I står för *intersex/intersexualism*, där inter betyder mellan och sexus betyder kön på latin. Intersexuell betyder således mellan könen. Det handlar om ett medfött tillstånd i vilket könskromosomerna, könskörtlarna eller könsorganens utveckling är atypisk. Man kan vara man, kvinna eller något annat som intersexuell. Det säger ingenting om personens sexuella läggning.
- + står för resterande begrepp, så som pansexuell, asexuell etc.

## Könsdysfori

Termen *cisperson* innebär att en persons könsidentitet överensstämmer med det biologiska kön hen fötts som. Termen *transperson* innebär att personens könsidentitet däremot inte är överensstämmande med det biologiska, medfödda könet. I DSM-5 (2014) används idag begreppet "tilldelad könstillhörighet" om det medfödda könet. Den ängest som många transpersoner upplever på grund av denna motsägande upplevelse benämns *könsdysfori*. I DSM-IV användes begreppet "könsidentitetsstörning". I DSM-5 infördes i stället diagnosen könsdysfori. I ICD-10 används fortfarande termen "transsexualism". I ICD-11 används den diagnostiska termen *gender inkongruens*, vilket torde översättas till *könsinkongruens* i den kommande svenska upplagan. Det förändrade språkbruket speglar en önskan om minskad stigmatisering. Diagnosen klassificeras inom de psykiatriska diagnoserna, men det finns ett ökande motstånd mot att frågeställningar om könsidentitet betraktas som patologiska.

Diagnosen könsdysfori ökar kraftigt bland såväl barn och ungdomar som

vuxna, och ökningen ses över hela världen. Vid Astrid Lindgrens barnsjukhus i Stockholm, som har en av sex nationella mottagningar för könsidentitetsutredningar för barn och unga, tog man under åren 2000-2011 emot mindre än 20 remisser per år för utredning av könsdysfori. År 2012-2014 ökade antalet till drygt 40 per år, för att 2016 öka dramatiskt till 197 remisser på ett år (Frisén, Söder & Rydelius, 2017). För alla åldersgrupper i hela befolkningen visar statistiken att ca 1200 personer sökte vård för utredning av könsdysfori år 2016 (Könsdysforiregistret, 2016a). En sammanställning av statistik från Socialstyrelsens (2017) patientregister visar att diagnosen har ökat totalt sett i befolkningen under perioden 1998-2015. Från ca 1 av 100 000 personer som fick diagnosen för första gången år 2005, till ca 8 av 100 000 år 2015. Den totala förekomsten av personer som diagnostiserats med könsdysfori 1998-2015 var 0,04 procent av befolkningen år 2015, vilket motsvarade cirka 3 500 personer i landet.

Sett över hela befolkningen är könsdysfori lika vanligt hos personer med tilldelad könstillhörighet man som kvinna vid födseln. För personer upp till 29 år är det något vanligare hos dem som tilldelats en kvinnlig könstillhörighet. Det finns ännu ingen forskning som visar varför könsdysfori ökar, men de hypoteser som ofta framförs rör bland annat den ökade öppenhet och kunskap gällande könsuttryck och könsidentitet som finns i samhället idag, samt att utredning och behandling har utvecklats.

Sverige var det första landet i världen som införde möjligheten att ändra juridiskt kön, redan 1972. Könstillhörighetlagen (1972:119, lagen om fastställande av könstillhörighet i vissa fall) reglerar även kirurgiska könskorrigeringar ingrepp. Socialstyrelsens

Rättsliga Råd är den instans som beviljar tillstånd för byte av juridiskt kön samt ingrepp i könsorganen. För andra könsbekräftande behandlingar behöver man inte söka tillstånd. För att få tillstånd att ändra juridisk könstillhörighet krävs att man är över 18 år och under lång tid (praxis minst två år) har upplevt sig tillhöra det motsatta könet, samt att man sedan viss tid (praxis minst ett år) har levt i motsvarande könsroll och förväntas att fortsätta göra det. Intyg från specialiserat utredningsteam ska bifogas ansökan (Könsdysforiregistret, 2016b).

Alla transpersoner upplever sig inte tillhöra motsatt kön, utan många upplever sig som ickebinära, vilket innebär att man varken känner sig som kvinna eller man. Som ickebinär kan man identifiera sig mellan, bortom eller med båda könskategorierna. Ibland används även begreppet ickebinär som ett paraplybegrepp för olika könsidentiteter som inte följer tvåkönsnormen, t.ex. intergender eller genderqueer. Att definiera sig som ickebinär innebär inte samma sak för alla personer. En del känner sig som både kvinna och man, andra att de befinner sig mellan de kategorierna. Många ickebinära identifierar sig inte med något kön alls. En del – men inte alla – ickebinära vill förändra kroppen med hormoner och/eller kirurgi (RFSL, 2018).

2018 beslutade riksdagen, efter en motion från Miljöpartiet, att utreda möjligheten att införa ett tredje juridiskt kön i Sverige som ett könsneutralt alternativ för ickebinära personer (Riksdagen, 2018). Möjligheten finns redan i några länder, men reglerna ser så olika ut i olika länder, att det i dagsläget inte går att ge en tillförlitlig lista över dessa länder. En del länder som har ett tredje juridiskt kön ger exempelvis endast den möjligheten till barn som föds med oklar könstillhörighet, och utesluter därmed ickebinära personer.

Efter en uppmärksammas dom i Regeringsrätten 2009 (den s.k. "Jan-Olov Madeleine-domen"), så är det i Sverige tillåtet att använda sig av könskonträra förnamn, dvs namn som anses typiska för ett annat juridiskt kön än ens eget. Svenska medborgare får fritt välja förnamn oavsett juridiskt kön, och samma person kan samtidigt ha både könsneutrala, traditionellt manliga och traditionellt kvinnliga namn.

## Psykisk ohälsa vid könsdysfori

En artikel om schematerapi för könsdysfori av Cesar A. Gonzalez, verksam vid Mayo Clinic i Minnesota, USA, presenterades i *The Schema Therapy Bulletin nr 10*, 2018. Gonzalez är medlem i *World Association for Transgender Health* och forskar bland annat inom psykisk hälsa och ohälsa för personer som de-



finierar sig inom HBTQI+. Psykisk ohälsa är betydligt vanligare hos transpersoner än hos cispersoner, vilket för med sig att kunskapen inom området behöver öka hos psykoterapeuter. Exempelvis nämner Gonzalez att livstidsfrekvensen för självmordsförsök bland transpersoner i USA är 40–50 procent, och att räknat på en 12-månadersperiod lider så många som 47 procent av depression.

I Sverige visar statistik från Folkhälsomyndigheten (2015) att en stor andel av transpersonerna lider av psykisk ohälsa och att det är vanligt att bli utsatt för kränkningar. 36 procent av respondenterna hade under senaste året haft allvarliga suicidtankar. Över hälften hade under de tre senaste månaderna blivit utsatta för kränkningar och 65 procent hade avstått från aktiviteter eller sociala sammanhang av rädsla för kränkande behandling. Cirka 20 procent hade någon gång blivit utsatta för fysiskt våld och drygt 30 procent för psykiskt våld på grund av sin transerfarenhet. Många hade blivit utsatta för sexuellt våld och 30 procent hade blivit tvingade till sex mot sin vilja. Endast 10 procent uppgav att de kunde leva helt i enlighet med sin könsidentitet.

Cesar A. Gonzalez kallar den schematerapi han håller på att utveckla för *gender-affirming schema therapy*. Ett syfte är att hjälpa patienterna med den minoritetsstress de vanligen upplever genom att de ofta stigmatiseras, diskrimineras och behandlas fördomsfullt. Liksom i annan schematerapi är målet att hjälpa patienten att identifiera, minska och bryta schemadrivna maladaptiva mönster samt att stärka den sunda vuxna sidan så att patienten får uppleva autonomi, tillhörighet och kompetens i vardagen. Utöver detta behöver denna

grupp hjälp med att bemöta negativa budskap från omgivningen, att utforska sin könsidentitet och att uttrycka den på det sätt som bäst stämmer överens med den egna upplevelsen. Vid eventuell könskorrigering behövs patienterna ofta stöd i kontakterna med sjukvårdssystemet i USA, vars bemötande Gonzalez menar tyvärr ofta är schemaförstärkande.

Folkhälsomyndighetens (2015) rapport visar att det även i Sverige finns problem i bemötandet av transpersoner. 43 procent av respondenterna hade lågt förtroende för sjukvården, 60 procent för polisen och 58 procent för socialtjänsten - det vill säga några av de samhällsinstitutioner som ska vårda, stödja och skydda medborgarna. I Sverige arbetar myndigheterna för att förbättra kunskap och bemötande genom bland annat kunskapsstöd från Socialstyrelsen för vård och behandling av såväl barn och unga (2015a) som vuxna (2015b) med könsdysfori. Dessa riktlinjer kommer att uppdateras år 2022. Folkhälsomyndigheten gav 2017 ut en rapport om metoder som främjar hälsa och förebygger psykisk ohälsa hos HBTQ-personer.

#### Bemötande

Gonzalez sammanfattar *gender-affirming schema therapy* som en schematerapi med fokus på att vara medveten om och visa förståelse för att vi lever i ett samhälle baserat på heteronormativitet – som styr hur individer ser sig själva, andra personer och sin framtid. Att som psykoterapeut visa att man validerar och bekräftar patienten börjar redan i det första mötet genom att man frågar vilket namn och pronomen som personen föredrar att använda.

Socialstyrelsen (2015d) tar bland annat upp följande för ett respektfullt

mötande: fråga vilket tilltalsnamn och pronomen personen vill tilltalas med, och använd detta namn och pronomen både i samtal och i dokumentation. Vi behöver i samtal vara medvetna om de normer som riskerar att exkludera eller särbehandla personer, i detta fall kopplade till våra föreställningar om könsidentitet. När det gäller mottagningsmiljön är viktigt att tänka på att det finns könsneutrala toaletter, och att det gärna får finnas informationsmaterial om könsdysfori i väntrummet. Min erfarenhet är att en av de vanligaste frågor som transpersoner får är vad hen hette tidigare. Jag rekommenderar att man som terapeut inte ställer den frågan – patienten har ju valt att göra sig av med sitt gamla namn, vilket indikerar att det inte är ett namn som hen vill förknippas med.

#### Presentation av författaren

Annika Ackelman är socionom, legitimerad psykoterapeut med KBT-inriktning och certifierad schematerapeut. Hon driver terapimottagningen KBT Nyköping där hon tillsammans med kollegor arbetar med primärvårds- och psykiatripatienter. Annika undervisar även i KBT och föreläser om schematerapi. Hennes bok **Schematerapi i teori och praktik** (Studentlitteratur, 2019) innehåller den första utförliga presentationen av adaptiva och maladaptiva scheman på svenska. I boken görs en grundlig genomgång av de schematerapeutiska begreppen och behandlingsinterventionerna. Den schematerapeutiska behandlingen för varje dysfunktionellt schema beskrivs utförligt utifrån såväl Jeffrey Youngs ursprungliga modell som den senaste forskningen och utvecklingen.

## Referenser

- APA, American Psychiatric Association (2002). *Mini-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR*. Stockholm: Pilgrim Press.
- APA, American Psychiatric Association (2014). *Mini-D 5. Diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. Stockholm: Pilgrim Press.
- Folkhälsomyndigheten (2015): *Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner. En rapport om hälsoläget bland transpersoner i Sverige*. Solna/Östersund: Folkhälsomyndigheten. Artikelnr 15038.
- Folkhälsomyndigheten (2017): *Metoder för att främja en god hälsa bland hbtq-personer*. Solna/Östersund: Folkhälsomyndigheten. Artikelnr 03648-2017.
- Frisén, L., Söder, O. & Rydelius, P-A. (2017). Kraftig ökning av könsdysfori bland barn och unga. *Läkartidningen*, 09-10, 2017. (Hämtad 2017-02-23 från <http://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap/klinisk-oversikt/2017/02/kraftig-okning-av-konsdysfori-bland-barn-och-unga/>).
- Gonzalez, C.A. (2018). Dresses, Spiderman, and gender dysphoria: a gender affirming schema therapy approach. *The Schema Therapy Bulletin* 10, s. 3-7.
- Könsdysforiregistret (2016a): *Ett nytt Nationellt Kvalitetsregister – Könsdysforiregistret*. (Hämtad 2019-12-30 från <https://konsdysforiregistret.se/vardpersonal/>).
- Könsdysforiregistret (2016b). *Könsdysfori – utredning och behandling*. (Hämtad 2019-12-30 från <https://konsdysforiregistret.se/patient/vad-ar-konsdysfori/>).
- RFSL (2018). *Begreppsordlista*. (hämtad 2018-04-02 från [www.rfsl.se/hbtq-fakta/hbtq/begreppsordlista/](http://www.rfsl.se/hbtq-fakta/hbtq/begreppsordlista/)).
- Riksdagen (2018). Införande av ett tredje juridiskt kön. Motion 2018/19:289. (Hämtad 2019-12-30 från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/motion/inforande-av-ett-tredje-juridiskt-kon\\_H602289](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/motion/inforande-av-ett-tredje-juridiskt-kon_H602289)).
- SBU (2019): *Könsdysfori hos barn och unga – vetenskapliga kunskapsluckor*. (Hämtad 2019-12-30 från [https://www.sbu.se/contentassets/ba7070c014854bdf9f1fa16a896038ee/konsdysfori-hos-barn-och-unga\\_vetenskapliga-kunskapsluckor.pdf](https://www.sbu.se/contentassets/ba7070c014854bdf9f1fa16a896038ee/konsdysfori-hos-barn-och-unga_vetenskapliga-kunskapsluckor.pdf)).
- SBU (2019): *Könsdysfori hos barn och unga. En kunskapskartläggning*. (Hämtad 2019-12-30 från <https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-bereder/konsdysfori-hos-barn-och-unga/>).
- Socialstyrelsen (2011). ICD-10-SE. (Hämtad 2018-03-08 från [www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder](http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder)).
- Socialstyrelsen (2015a): *God vård av barn och ungdomar med könsdysfori. Nationellt kunskapsstöd*. Stockholm: Socialstyrelsen. Artikelnr 2015-4-6.
- Socialstyrelsen (2015b): *God vård av vuxna med könsdysfori. Nationellt kunskapsstöd*. Stockholm: Socialstyrelsen. Artikelnr 2015-4-7.
- Socialstyrelsen (2015c): *Till dig med könsdysfori*. Stockholm: Socialstyrelsen. Artikelnr 2015-6-1.
- Socialstyrelsen (2015d): *Till dig som möter personer med könsdysfori i ditt arbete*. Stockholm: Socialstyrelsen. Artikelnr 2015-6-2.
- Socialstyrelsen (2017): *Könsdysfori ökar – särskilt bland unga*. (Hämtad 2019-12-30 från <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/konsdysfori-okar-sarskilt-bland-unga/>).
- WHO, World Health Organization (2018). ICD-11. (Hämtad 2019-06-16 från <https://icd.who.int/en/>).

**Vi behöver i samtal vara medvetna om de normer som riskerar att exkludera eller särbehandla personer, i detta fall kopplade till våra föreställningar om könsidentitet.**

# Människohandel, traumatiska upplevelser och psykologisk behandling - hur ser problemet ut?

Text: Elena Timofeeva

Foto: Privat

## Ett utbrett problem

Människohandel är en av de största brottsliga verksamheterna i världen. Det ligger i samma nivå som narkotika- och vapenhandel. Enligt Palermo-protokollet (FN, 2000) innebär människohandel rekrytering, transporter, överförande, husering av eller mottagande av människor genom användande av hot, våld eller andra former av tvång, kidnappning, bedrägeri, luredrejeri eller genom att missbruka en maktposition/sårbarhet eller genom att ge betalning eller andra förmåner, för att uppnå kontroll över en annan person i utnyttjande syfte.

Huruvida någon ger sitt samtycke till detta är irrelevant om dessa kriterier uppfylls. All form av rekrytering, transporter, överförande, husering eller mottagande av barn (definierat som någon under 18) i exploateringsyfte räknas som trafficking, oavsett hur det går tillväga eller om tvång är inblandat.

Enligt Global Slavery Index befinner sig 40,3 miljoner människor i människohandel. Av dem är 71% kvinnor, 29% är män. Varje land i världen påverkas av människohandel. Barn utgör nästan en tredjedel av alla offer för människohandel över hela världen.

## Personen betraktas som en vara

Personer som faller offer för människohandel behandlas som varor som säljs, köps och utnyttjas för att tjäna pengar. Människor är mer lönsamma för kriminella strukturer än vapen eller narkotika eftersom de kan säljas många gånger. De kan utnyttjas sexuellt eller som arbetskraft, tvingas begå stölder eller andra kriminella aktiviteter, tigga eller smuggla samt utnyttjas för organhandel. Offren för människohandel utsätts bland annat för olika typer av

fysiskt våld och psykologiskt förtryck som till exempel hot, misshandel, övergrepp, våldtäkt, tortyr, förödmjukelser och förnedring.

## Psykisk hälsa och sjukdomar

Offren för människohandel kan visa olika somatiska sjukdomar som till exempel infektioner, magproblem/gastrit, hepatit, leversjukdom, HIV, hjärtsjukdom, lungsjukdomar och negativa psykologiska konsekvenser. En del av offren har upplevt våld under uppväxten. Det kan handla både om sexuellt/fysiskt och psykologiskt våld.

Vad gäller psykiskt trauma efter människohandel och våld är det vanligt med reaktioner som chock och smärta, hög stressnivå och överväldigande känslor som är svåra att hantera. Reaktioner av stark ångest, depression, PTSD och hög suicidrisk förekommer ofta. Tidigt upplevt våld och dessutom upplevd människohandel kan leda till att offren utvecklar en mer komplex symptomatologi och komplex PTSD.

Reaktionen på traumatiska händelser beror på många faktorer, som exempelvis ålder (unga personer brukar ha mer signifikant reaktion på händelsen), typ och omfattning av skadorna (fysiska, emotionella, spirituella), mängden av händelser som personen bevittnade, individuella drag och sårbarhet.

## Psykologisk behandling

I början av en terapi är det viktigt att bemöta de drabbade på ett rätt och etiskt sätt. En psykolog måste vara professionell, etisk och vara förberedd att lyssna och acceptera vad patienten är redo att säga. Det kan ta tid att etablera en terapeutisk relation. Många patienter känner en stor skam på grund av sina trauman och har



*Elena Timofeeva arbetar med frågor om människohandel, att ge terapeutiskt stöd till utsatta människor. Hon är också grundare av Nationellt Centrum mot mänsklig exploatering och våld (NCEV) [www.ncev.org](http://www.ncev.org)*

svårt att lita på andra människor. De känner sig svikna av omgivningen och uppfattar världen som farlig. Detta kan påverka den terapeutiska processen där psykologen och patienten behöver skapa en allians för att kunna arbeta tillsammans.

Målet för de första sessionerna är att hålla fokus på trygghet och förtroende under samtalsgången. Det är viktigt att patienten inte skuldbeläggs och att psykologen visar sin kompetens. Man ska inte hoppa, vara tillgänglig och stödjande.

Eftersom patienten kan ha livserfarenhet som består av olika traumatiska händelser är det viktigt att kartlägga och undersöka dessa händelser. Patienter berättar vilka händelser hon

har upplevt och vilken innebörd dessa händelser har för henne. Terapeuten undersöker vilket undvikande beteende det finns och vad det är som patienten undviker (tankar, platser, människor och så vidare). Terapeuten hjälper patienten att bearbeta hennes känslor i samband med trauman. Det är önskvärdt att terapeuten observerar sig själv och sina egna reaktioner. Vid behov ska terapeuten vara beredd att söka handledning och stöd hos andra kollegor med kompetens och erfarenhet av problematiken.

I behandlingen arbetar man med patientens känslor och sambandet med trauman. Det kan vara svårt för patienten att delta i en exponeringsprocess och göra hemuppgifter. Det är vanligt att patienten undviker att göra sina hemuppgifter, vill boka om sessioner eller lämnar återbud/uteblir. Terapeuten visar acceptans för det som händer men tar upp det under någon session samtidigt som man förklarar hur undvikandet fungerar. Om en exponering skapar alldeles för kraftiga reaktioner hos patienten bör man samtala om det och kanske ta ett steg tillbaka i exponeringsprocessen. Att satsa på små steg, anpassa sig till patienten och skynda långsamt kan behövas.

## Viktigt

Överlevande av människohandel och våld behöver känna sig trygga trots att det är så mycket otrygghet och osäkerhet i deras liv. Att skapa en bra arbetsrelation är en grundläggande förutsättning för en psykologisk intervention. Man behöver skapa tillit, intimitet, känsla av kontroll, positiv självkänsla. Det är viktigt med en bra beteendeanalys och psykoedukativa interventioner, korrekt bemötande och exponering för att hjälpa patienten att må bättre.

Redaktionellt

## Hej alla medlemmar!

Nu har 2020 börjat och vår tidning nr 1 kommer med ett bidrag av Tomasz Kunatowski om prolongerad exponering. Jag har valt att använda orden prolongerad exponering i stället för prolonged exposure. Det var något nytt för mig som ville använda ett svenskt ord för att prata om en förlängd exponering. Annika Ackelman har skrivit en artikel om könsdysfori och schematerapi, Elena Timofeeva har svarat på en nyfiken fråga från mig om människohandel som leder mina tankar till det sociala sammanhanget som vi kommer i kontakt med mest via media. Klimatet blir också ett ämne i detta nummer. I Biblioteket på en tidslinje tar jag upp några historiska ögonblick. Nästa år fyller BTF 50 år.

Förra årets kongress handlade om inlärningspsykologi, psykologi för individen, gruppen och samhället. I år blir det KBT i samhället och man satsar på att använda våra lokala förmågor som vår ordförande Johanna Morén skriver i ledarsidan. Redaktionen tar emot alla bidrag om kongressens alla händelser, bilder, anteckningar, kommentarer, reflektioner, intryck, referat, sammanfattningar, krönikor.

Vi ses i Linköping!

**Alejandro Muñoz Retamal**  
Redaktör Beteendeterapeuten



Jennie Åström

# Ett bibliotek på en tidslinje

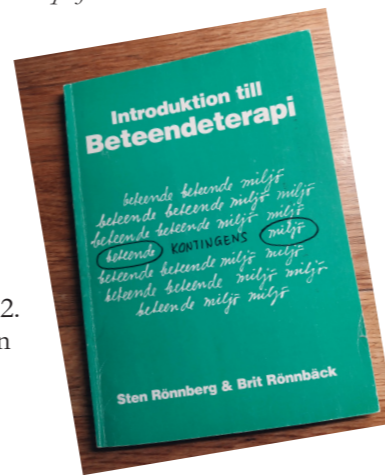
Text: Alejandro Muñoz Retamal

## Sten Rönnerberg 1969 - 1983

Bok: **"Introduktion till Beteendeterapi"** av Sten Rönnerberg och Britt Rönnerbäck fjärde och reviderade upplagan 1983.

Boken gavs upp för första gången 1969 och sedan 1970 som "En introduktion till beteendemodifikation och beteendeterapi". Året 1977 och 1983 blev titeln "Introduktion till beteendeterapi" och den reviderade upplagan tar upp flera aspekter som kan vara en intressant läsning även idag som BT/KBT möjlig utveckling och behov av en psykoterapeutisk utbildning. Sten Rönnerberg skrev då:

*"Beteendeterapeutisk förenings utbildning i beteendeterapi I Sverige började kurser i beteendeterapi ges vid universitet och högskolor, ofta med stöd av studieförbund, 1969. När beteendeterapeutiska föreningen bildades 1971 blev en av dess viktigaste uppgifter att värna om utbildningen i beteendeterapi. Småningom växte en tvåårig utbildning i beteendeterapi fram. Denna utbildning som skall kvalificera för självständigt utövande av beteendeterapi har getts av Beteendeterapeutiska föreningen sedan år 1974. Behöriga att delta i utbildningen är psykologer, läkare, socionomer och personer som har högskoleexamen (fil. kand.) med minst 60 poäng i psykologi, med kand. examen eller motsvarande. Majoriteten av dem som hittills gått utbildningen har varit psykologer."*



Sten Rönnerberg är legitimerad psykolog, filosofie doktor och docent i pedagogik vid Stockholms universitet. Han har lång erfarenhet som terapeut, lärare och forskare i beteendeterapi. Britt Rönnerbäck är pedagogisk konsult och arbetar på en avhandling om självstyrning.

En introduktion till Beteendeterapi presenterar i lättläst form de teoretiska grunderna och den senaste utvecklingen inom detta alltmer betydelsefulla område bland existerande former för psykologisk-pedagogisk behandling. Boken syftar främst till att presentera den analys och terapi av mänskliga problem som utvecklats ur ett inläringsteoretiskt synsätt.

Några andra böcker och alster:

- 1) En introduktion till beteendemodifikation och beteendeterapi /Sten Rönnerberg, 1969.
- 2) Metodik för beteendeobservation /Sten Rönnerberg, 1970.
- 3) En introduktion till beteendemodifikation och beteendeterapi. 2. rev. Uppl., 1970.
- 4) APPU : ett forskningsprogram i beteendeterapi : preliminär rapport, Rönnerberg, Sten 1972.
- 5) Beteendeterapi; utvecklingslinjer och tillämpningar i Sverige /Gudrun Björklid; red.: Sten Rönnerberg, 1977.
- 6) Introduktion till beteendeterapi / Sten Rönnerberg 3., revid. och utök. uppl., 1977 ;
- 7) Beteendeterapi i kriminalvården : en skiss till ett större arbete / Sten Rönnerberg, 1978
- 8) Beteendeanalys : riktlinjer för analys, datainsamling och utvärdering i beteendeterapi = [Principles of behavioural assessment and analysis in clinical behaviour therapy] / Sten Rönnerberg, 1978 ;
- 9) Beteendeterapi för alkoholproblem : en litteraturoversikt / Sten Rönnerberg, 1982.
- 10) Beteendevetenskaplig forskning om tobaksbruk : en litteraturoversikt jämte förslag på forskningsuppgifter i Sverige / Sten Rönnerberg, 1982.
- 11) Tio fall med beteendeanalys av alkoholproblem /Sten Rönnerberg & Christer Sandahl, 1983.
- 12) Introduktion till beteendeterapi /Sten Rönnerberg, Britt Rönnerbäck, 4., revid. och utök. Uppl., 1983
- 13) Beteendeterapi, Sten Rönnerberg, red., Natur och kultur, 1977.

Några andra böcker och alster:

- 1) En introduktion till beteendemodifikation och beteendeterapi /Sten Rönnerberg, 1969.
- 2) Metodik för beteendeobservation /Sten Rönnerberg, 1970.
- 3) En introduktion till beteendemodifikation och beteendeterapi. 2. rev. Uppl., 1970.
- 4) APPU : ett forskningsprogram i beteendeterapi : preliminär rapport, Rönnerberg, Sten 1972.
- 5) Beteendeterapi; utvecklingslinjer och tillämpningar i Sverige /Gudrun Björklid; red.: Sten Rönnerberg, 1977.
- 6) Introduktion till beteendeterapi / Sten Rönnerberg 3., revid. och utök. uppl., 1977 ;
- 7) Beteendeterapi i kriminalvården : en skiss till ett större arbete / Sten Rönnerberg, 1978
- 8) Beteendeanalys : riktlinjer för analys, datainsamling och utvärdering i beteendeterapi = [Principles of behavioural assessment and analysis in clinical behaviour therapy] / Sten Rönnerberg, 1978 ;
- 9) Beteendeterapi för alkoholproblem : en litteraturoversikt / Sten Rönnerberg, 1982.
- 10) Beteendevetenskaplig forskning om tobaksbruk : en litteraturoversikt jämte förslag på forskningsuppgifter i Sverige / Sten Rönnerberg, 1982.
- 11) Tio fall med beteendeanalys av alkoholproblem /Sten Rönnerberg & Christer Sandahl, 1983.
- 12) Introduktion till beteendeterapi /Sten Rönnerberg, Britt Rönnerbäck, 4., revid. och utök. Uppl., 1983
- 13) Beteendeterapi, Sten Rönnerberg, red., Natur och kultur, 1977.

Källa: Det Kungliga Bibliotekets databas (med undantag för nr 13).

# KBT ur ett barnperspektiv – förhållningssätt och anpassningar i psykiatriskt arbete

Av: Anna Rosengren med förord av Martin Forster  
Förlag: Natur & Kultur  
ISBN: 978-91-27-82324-2  
Utgivningsår: 2019

I juni 2018 röstade riksdagen för regeringens förslag att göra barnkonventionen till svensk lag och den 1 januari 2020 trädde lagen i kraft. Anledningen till att man valt att göra den till lag är att det trots strategiska åtgärder och trots att barnets rättigheter fortlöpande gett avtryck i ny lagstiftning har rättigheterna inte fått tillräckligt genomslag i beslutsprocesser som rör barn, ansåg regeringen. Regeringen ansåg att det behöver tydliggöras att Sveriges konventionsåtaganden enligt barnkonventionen ska säkerställas på alla nivåer inom offentlig verksamhet och att ett barnrättsbaserat synsätt ska genomsyra all verksamhet som berör barn och unga. (www.regeringen.se)

"KBT ur ett barnperspektiv" tar i inledningen avstamp i just barnkonventionen och hur man kan arbeta utifrån ett barnperspektiv i praktiken och ges ut i en tid när frågan om hur man i högre utsträckning kan beakta barnets behov och barnets bästa inom bl.a. barn- och ungdomspsykiatri är mycket aktuell. Boken handlar om hur man inom barn- och ungdomspsykiatri arbetar utifrån ett barnperspektiv samt hur man använder sig av de metoder som är verksamma vid psykisk ohälsa hos barn och ungdomar. Boken vänder sig enligt författaren till den som vill lära sig mer om behandling av barn och tonåringar och som har kompetens att göra psykiatriska bedömningar samt bedriva kbt. Författaren har i boken valt att kalla denne för psykolog utifrån att vissa arbetsuppgifter som nämns i boken är psykologspecifika samt att psykologer är den profession som enligt författaren förväntas ha ovanstående kompetens. Men även andra professioner kan ha användning av innehållet.

Ett ökat barnperspektiv innebär inte enligt författaren att barnet eller tonåringen ska bestämma över allt som rör hen men däremot att du som behandlare "tar med barnets åsikt i behandlingen, har hens bästa i fokus, gör behandlingen begriplig och anpassar den till barnets villkor och förutsättningar". Författaren menar att ett ökat barnperspektiv behövs både för att den psykiatriska vården av barn och unga ska bli mer etiskt försvarbar och för att den ska bli mer effektiv. T.ex. förmår kanske inte barn eller tonåringar följa överenskommelser som inte är på deras villkor, de kanske inte vågar berätta om svåra saker om samtalet inte är för deras skull och i värsta fall kan kontakten med psykiatri bli skadlig om barnet eller tonåringen upplever sig negligerad.

Boken är uppdelad i fyra delar. Tre delar utgår från de olika åldrar man möter i barn- och ungdomspsykiatri, 0-5



år, 6-12 år och 13-17 år och den fjärde delen kallas "Föräldrar, familjer och förhållningssätt". De tre första delarna innehåller ett kapitel om bedömning och ett kapitel om behandling av respektive åldersgrupp. I tonårdsdelen finns även ett kapitel om utmaningar i behandling av tonåringar. Den fjärde delen innehåller kapitel om föräldrakontakter, HBTQ+ och normkritiskt förhållningssätt, familjer som bråkar, neuropsykiatriska utredningar, trauma och barn som far illa, suicidalitet samt psykologens egna reaktioner. Boken innehåller genomgående många dialogexempel på hur man kan samtala med barn, ungdomar eller föräldrar om olika saker. Hela boken genomsyras också av hur man genom hela kontakten, både i bedömningsfasen och behandlingsfasen, tar med barn och ungdomars perspektiv och utgår från vad som blir bäst för barnet.

Vidtecknad upplever att det är just detta som är bokens största förtjänst, hur den lyfter barnperspektivet och hur man inom barn- och ungdomspsykiatri kan efterleva barnkonventionen i en ännu större utsträckning. Boken kan därför vara ett bra komplement ute på klinikerna nu när man diskuterar hur man ska göra detta. Boken kan även vara en bra grund för nyutbildade och för de som är nya inom barn- och ungdomspsykiatri. Jag kan också rekommendera boken för andra yrkeskategorier än psykologer som arbetar med barn och ungdomar med psykisk ohälsa.

Text: Linda Ekman Kunatowska

**Europeisk KBT-kongress i Aten**  
2-5 september 2020  
**Tema: Att anpassa KBT till olika sociala- och kulturella sammanhang.**

## Tomasz Kunatowski

Du har vunnit en KBT-bok! Ta kontakt med BTF:s kanslist på [btf.kansli@gmail.com](mailto:btf.kansli@gmail.com) för att få en lista över tillgängliga böcker.

## OBS!

Manusstopp för Beteendeterapeuten är **10/1, 10/4, 10/8, 10/11**  
Maila ditt alster till [alemunoz675@gmail.com](mailto:alemunoz675@gmail.com)

# Kommande utbildningar hos Psykologpartners:

**Digital psykologi**  
**Internetbehandling med KBT**

Stockholm 19 mars

**Bli en bättre internetbehandlare**

Stockholm 20 mars

**Skapa internetbaserade stöd-  
och behandlingsprogram**

Stockholm 7 maj

**Partterapi**  
**IBCT**

Stockholm 27 maj

**Acceptance and  
Commitment Therapy (ACT)**

**Grundkurs i ACT**

Stockholm 5 februari

Linköping 26 februari

Malmö 16 mars

Umeå 25 maj

**Fördjupningskurser i ACT**

ACT färdighetsträning (Fördjupningskurs)

Stockholm 4 mars

ACT med compassion

Stockholm 31 mars

ACT för barn och ungdomar

Göteborg 31 mars

**Positivt beteendestöd (PBS)**

**PBS för boenden, daglig verksamhet inom  
LSS och SoL**

Stockholm 20 februari

**Positivt beteendestöd inom HVB**

Linköping 5 mars

**Introduktionsutbildning PBS i skolan**

Linköping 4 mars

Göteborg 30 mars

**Fördjupningskurs i PBS i skolan**

Linköping 21 april

Göteborg 27 april

**KBT**

**Emotionsexponering i KBT**

Stockholm 3 april

**Utforska ditt eget ledarskap**

**Att leda sig själv och andra**

Norrköping 12 mars

**Motiverande samtal (MI)**

**Onlineutbildning i MI flexibelt startdatum**

**Grundkurs MI**

Göteborg 20 april

**MI fördjupning, neuro**

Stockholm 14 maj

**Behandling vid missbruk med hjälp av KBT**

Malmö 24 februari

## Specialistkurser för psykologer

**Individuellt och organisatoriskt perspektiv på stress**, Stockholm 27 januari

**Att komma igång med och bedriva KBT via distans**, Stockholm 25 mars

**Utveckling av grupper och team**, Stockholm 30 mars

**Processbaserad KBT**, Stockholm 6 april

**Handledning utifrån beteendeanalys**, Stockholm 11 maj, Göteborg 30 september

**Specialistkurs Acceptance and Commitment Therapy**, Stockholm 2 september

[psykologpartners.se](http://psykologpartners.se)

Psykologpartners är Nordens ledande psykologföretag, våra tjänster bidrar till att utveckla ett hållbart, friskt och rättvist samhälle. Vi är ett företag som baserat på den senaste psykologiska forskningen utvecklar individer, metoder och organisationer inom både offentlig och privat verksamhet. Psykologpartners är medarbetarägt och drivs av värme, kunskap utveckling och mod!