

Beteende terapeut



Träffar, möten och kongresser

SfKBT's årskongressen 2023 - Återgivning av föreläsningar och workshop
Intervju med Erik Andersson - Pristagare av stora psykologpriset
Bokrecension av Niklas Törneke - Om den nytvignna boken Interbehaviorism

Beteende terapeuten

Utgives av

Beteendeterapeutiska föreningen

Redaktionen

George Lärkefjord, redaktör

Georgelfjord@gmail.com

Styrelsen

Johanna Morén, ordförande

Elin Wesslander, kassör

Christopher Zaar sekreterare

Martin Oscarsson medlemssekreterare

Övriga ledamöter

Kristoffer Pettersson (led)

Linda Lövefors (led)

Barbara Weishaupt (led)

Eli Linderholm (led)

Erik Olsson (led)

Sabina Hahn (led)

Anna Oremark (led)

Kristoffer Pettersson (led)

Simo Glumoff (led)

Astrid Brunnström

(studeranderepresentant)

Kontakta styrelsen genom kontaktformulär på hemsidan,
www.beteendeterapeutiska.org

Beteendeterapeuten arbetar med att samla och förmedla information inom föreningen och därför är vi alltid tacksamma för era bidrag: bilder, tankar, sammanfattningar, rapporter, åsikter, kommentarer, information om det ni gör och om det som händer på fältet. Texter där skribent inte anges är skrivna av redaktören.

Innehåll

Nr 2 2023



3 Ledare

Styrelsesidor



4 Till minne av Jonas Ramnerö



5-6 BTF besöker PS23 i Stockholm



7-14 Rapportering från SfKBT's årskongress



16-17 Workshop med Hoffman

Mötet



18-20 Intervju med pristagare Erik Andersson



21-23 SWABA's höstträff

Kunskapens källa



24-25 Bokrecensioner



26-38 Översatt forskning av Alejandro Muñoz Retamal



39-40 Annonser & evengemang

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

Bidrag skickas till: Georgelfjord@gmail.com

Textformat: Garamond, News Gothic Std & Metric

Följ oss på Facebook: <https://www.facebook.com/BTF.SABT>

Följ oss på LinkedIn: <https://www.linkedin.com/company/beteendeterapeutiska-foreningen>

Låt livet ta plats

Jonas Ramnerös plötsliga död den 18 oktober sänder fortfarande svallvågor i min och många andras existens. Allas vår tid är utmätt och det här livet går inte i repris – så vad ska ditt liv handla om? När beskedet om Jonas död kom befann jag mig redan på den platsen man säkert kommer till som 50-plussare där livets olika faser börjar summeras. Återstoden av dagarna och åren inte är oändliga. Lever jag lika länge som Jonas har jag tio år kvar. Lever jag lika länge som min pappa har jag tretton år kvar. Lever jag lika länge som min mormor har jag 23 år kvar, men lever jag lika länge som morfar har jag 50 år kvar. Farfar dog före farmor men så nära i tid att de kunde ha en dubbelbegravning. Det var lite passande för farmor hade fått för sig att det skulle vara gotländskt tema på begravningen, men det var ju hon som kom från Gotland och inte farfar. Jag var tretton år och minns två vita kistor klädda med murgröna och att min pappa grät. Men jag kan dö imorgon - vem och var vill jag vara då? För mig representerade Jonas Ramnerö en person som var på en riktigt bra plats i tillvaron. Det intygade han också till mig också när jag såg honom i livet bara en dryg månad innan han dog.

En serie som jag har längtat efter och som jag redan nu sörjer att den kommer att ta slut är ”The Gentle Art of Swedish Death Cleaning”. I denna reser psykologen Katarina Blom med två andra svenskar till USA och hjälper amerikanare att dödsstäda. Mina barn på tröskeln till vuxenlivet och jag själv på tröskeln till ålderdomen skrattar och gråter om vartannat. Det blir så tydligt att vårt fokus på fel saker kan lägga hinder för att låta livet ta plats. Det kan vara upptagenhet med nostalgi, det kan vara skuld för att släppa taget om saker förknippade med en älskad anhörig,

Johanne Morén

men det kan det också vara rädslan att våga be om stöd i livets slutskede. Det finns helt klart saker för mig att sortera i.

Vi befinner oss i en tid med så mycket dödande. Det är svårt att ta in gängbråk och krig. Jag kan inte se det stora i att avancera trupper och bevaka revir. Det väcker anstöt hos mig att spela krigsspel eller att romantisera om krig och våld. Samtidigt förstår jag vikten av att försvara vissa värden, men skulle så önska att det fanns en annan väg. Den stora behållningen för mig när jag var på ett armémuseum i Paris var de intervjuer med människor från andra världskriget som kunde hitta tillbaka till livet trots sina upplevelser, finna en mening och försonas med sitt öde.

Min främsta plats i livet är i mötet och stunder av närvaro. Jag minns min pappas närvaro i livet och hur det var i samvaro med andra han kunde säga ”Det här var en fin stund”. Jonas Ramnerö hade en plats reserverad 11 december för sin BTF-salong om sin senaste bok om exponering. Tiden är kvar, boken är kvar och han finns i vårt medvetande. Vi kommer att reflektera kring innehållet i boken och minnas honom. På kongressen i mars i Linköping kommer vi att träffas och det kommer vara givande möten under temat ”KBT i samhället” och ett symposium till Jonas ära. Det kommer att vara många fina stunder! Låt livet ta plats! Din, min och vår stund på jorden.



Jonas Ramnerö in Memoriam

Jonas Ramnerö, legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut, docent i klinisk psykolog, verksam vid KCP (kompetenscentrum för psykoterapi) och författare samt medförfattare till en flera böcker i psykologi, rycktes hastigt ifrån oss 18 oktober i samband med ett akut hjärtstopp. Dessförinnan hade han planerat att hålla salong utifrån sin senaste bok.

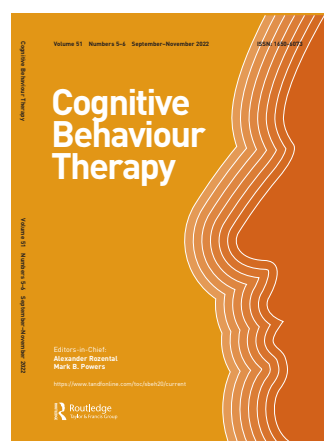
Nu kommer i stället styrelsemedlemmen i BTF Kristoffer Pettersson och ordförande i BTF Johanna Morén hålla en övergripande genomgång av innehållet i boken och där även lyfta reflektioner från en bokcirkel som har läst boken. Detta för att hedra minnet av Jonas och sprida kunskap om den bok där Jonas på sitt klarsynta sätt klargör och begripliggör denna centrala komponent i psykologisk behandling. Detta kommer hållas 11:e december klockan 19:00-20:00.

Efter genomgång finns möjlighet till frågor och reflektioner eller att dela fina minnen av Jonas.

Föreläsningen sker online via Zoom på den här länken: https://us02web.zoom.us/j/84663417061?pwd=cExkVkl6d3N4ZzlBTjViZlJlTdzJlZz09&fbclid=IwAR1kxTvIexw1YuAhf_0i1vvF9V-j0p8B99yOH2zt8SbYqaZp3opVHjL8ml-GU#success



Bild på Jonas vid BTF's årskongress 2023



I Cognitive Behaviour Therapy finns en minnesruna för Jonas Ramnerö med en kort sammanfattning av Jonas karriär. Läs hela texten här: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/16506073.2023.2281869>

BTF besöker psykologstudenter vid PS23



Studentrepresentat Astrid Brunnström (vänster) och redaktör George Lärkefjord (höger) närvarade och besvarade studenters frågor kring KBT och BTF. Anna Krylborn (mitten) är en av studentmedlemmarna som hjälpte sätta upp detta fina bås under kongressen.

Inom BTF så välkomnar vi både studenter, verksamma och de som har intresse för KBT. PS23 är en årlig kongress för psykologstudenter från alla lärosäten i hela landet. Varje PS har ett tema och detta år var temat hållbarhet vilket är ett aktuellt tema i Sverige och världen över. Kongressen hölls i Karolinska institutets lokaler i Stockholm. BTF var bara en av de flertal föreningar som var på plats, andra föreningar som närvarade var exempelvis psykoterapistiftelsen och psykoterapi i

centrum. Stora namn inom KBT-Sverige kom för att hålla föreläsningar, exempelvis Gerhard Andersson som berättade om hur det är att ha dubbla karriärer som forskare och kliniker, Christian Rück pratade om temat som tagits upp i hans bok "Olyckliga i paradiset" för att nämna några. Det var ungefärligt 550 besökare på årets kongress och BTF fick 40st nya medlemmar som vi varmt välkomnar. Under denna kongress hyllades också vinnarna för lilla och stora psykologpriset.



Burk-kast blev en riktigt dragplåster för studenterna

Kort innan deltagarna anländer förberedts godiebags



BTF lottade också ut priser till medlemmar som närvarade på kongressen, här ser vi de tre vinnarna!

Rapportering från SfKBT's årskongress i Göteborg 2023



Bild: George Lärkeford

SfKBT bjöd in till kongressen med möjligheten att närvara digitalt.

SfKBT höll sin årliga kongress och vilken spännande kongress det var, fyllt med föreläsningar av kliniker samt forskare med både internationella och nationella kända namn.

Judith Beck

Årets tema kring kongressen var känslor i terapirummet med den roliga slogan ”känns det rätt eller tjänstefel?”. Judith Beck var den första föreläsaren som kom på scenen efter att publiken välkomnats till årskongressen. Judith är föreståndaren för Beck Institute och var närvarande digitalt där hon berättade både om institutet och kring en av hennes insikter från att ha arbetat som terapeut om alliansens vikt i KBT. Föreläsningen började med ett eget exempel där klienten kände sig väldigt sviken när Judith var tvungen att avsluta samtalet då tiden hade gått ut även när klienten berättade

om ett svårt problem de sista minuterna innan de skulle avsluta. Hon beskrev hur man även i dessa svåra lägen kan stärka alliansen utan att för den delen rucka på viktiga strukturer. Judith tog upp att när klientens symptom förbättras så stärks också alliansen och att hon har som terapeutisk stil att använda sig av självavslöjande vilket innebär att man lyfter upp likheter mellan klienten och terapeutens egna upplevelser/erfarenheter. En stor del av Judiths föreläsning handlade om hur vi kan reparera alliansrupturer och hantera misstag under terapin.



Ingen årskongress är fullständig utan en gemensam lunch.



Det var rymliga lokaler i världskulturmuseet där kongressen hölls till.

Judith förespråkade att terapeuter ska be om feedback under terapin och inte enbart vid slutet av en behandling, särskilt när vi lägger märke till negativa affekter i rummet och att det är viktigt att förstärka all form av feedback från klienten. På många sätt förespråkade Judith för en empatisk syn på vår roll som terapeuter när vi öppnar upp för att se våra brister.

använde sig av kognitiv modell av KBT vilket Aaron och hans institut är känd för. Judith menade att reaktionerna som en klient ger i terapirummet blir alltid rimlig om man vet vilka tankar som klienten hade under stunden och att deras känsloreaktioner kan man alltid förstå om man förstår klientens grundantaganden.

Jag förväntar mig att ingen terapeut kan hjälpa alla patienter, patienter ska vara svåra, det är därför de kommer till terapin - Judith Beck

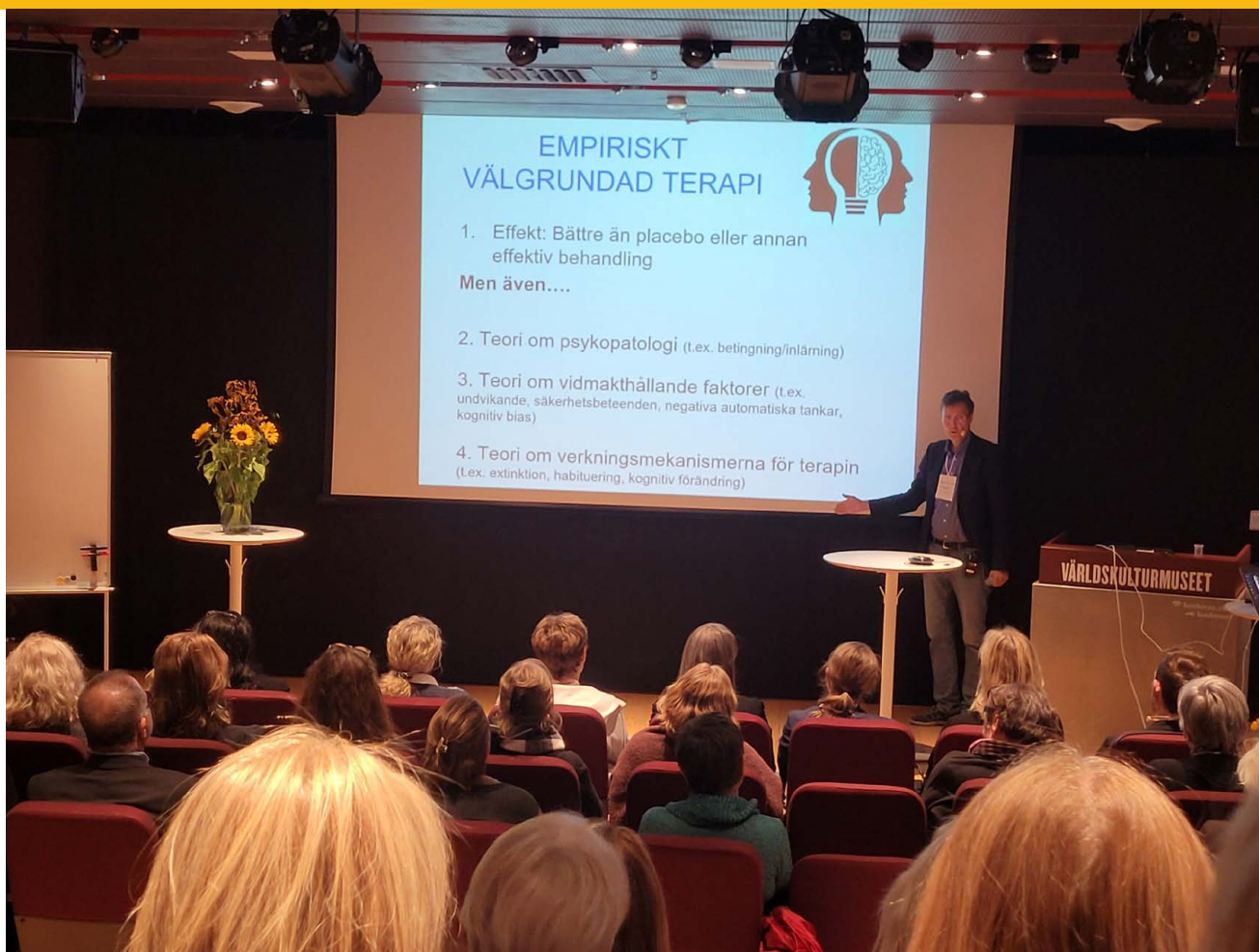
Om man märker av att man som terapeut är anledningen till ett misstag så kanske man ska arbeta med ens egna kognitiva föreställningar och inställningar som kan varit orsaken till problemet. Om alliansrupturen inte sker på grund av terapeutens misstag så ska terapeuten vara empatisk och inse att många gånger så sker alliansrupturer på grund av att klienten känner sig sårbar. Om klienten skulle råka ha tankar som skapar ett hinder för alliansen så ska terapeuten förstärka att klienten ger feedback och även försöka prata om tankarna för att testa hur verklighetstrogha de är.

Då både publiken och Judith kände mycket för Aaron Beck som tyvärr gick bort 2021 så ägnades en del av föreläsningen att minnas Aaron. Han var grundaren till institutet och en av pionjärerna för hur man kan arbeta med tankar kring depression. Aaron forskade faktiskt kring psykoanalys till en början och var övertygad att psykoanalys var viktigt och relevant, men under hans studier så tyckte han sig se motsatsen och det var då han släppte idén att psykoanalysen var lösningen för depression. Det var tydligt att både publiken och Judith kände att Aarons arbete var inspirerande i sin helhet var det en mycket givande föreläsning.

Judith hade lite egna processer hon utförde för att konsekvent jobba med sig själv som terapeut. Exempelvis så föreslog hon att man varje dag skulle gå igenom ens klientlista, om man märker av att det finns någon klient som väcker tanken, ”jag hoppas denna samtalsbokas av” så är det ett tecken att vi ska jobba med oss själva. Judith menade att vi terapeuter ska ta hand om oss själva och sträva efter självutveckling. Judith berättade att hon var mycket öppen för olika terapeutiska metoder och att en stor del av hennes förbättring är på grund av att hon integrerat olika synsätt, samtidigt fanns det tydliga tillfällen då Judith



Böcker av Billy Larsson fanns också att köpa under eventet.



Tomas Furmark

Tomas som är professor vid Uppsala universitet kom till årskongressen för att prata om ”vad händer i hjärnan vid KBT interventioner och/eller SSRI behandling”. Temat om terapins och medicineringens verksamhet i olika situationer är mycket aktuellt inom KBT-Sverige. Denna föreläsning tar fokus på hur jämför sig KBT med medicingruppen SSRI (selektiva serotoninåterupptagshämmare) fungerar för patientgruppen med social ångest. Beroende på hur man studerat så verkar det vara så att mellan 2–20 procent av Sveriges befolkning har symptom av social ångest, men man ser också att det finns en grupp av ungefär 5 procent av befolkningen som säger att de inte alls räds för sociala situationer på något sätt. Tomas Furmark har både gjort studier med PET (Positron emission tomography)

och fMRI (Functional magnetic resonance imaging) vilket kan användas både för att se vilka delar av hjärnan som aktiveras vid olika situationer samt undersöka metaboliska processer vilket kan berätta mer hur hjärnan fungerar. Under sin forskning så har Tomas lagt märke till att amygdala, vilket är hjärnans larmcentral, är mycket viktigt vid social ångest och att en behandling som lyckas minska ångest också minskar mängd amygdalaaktivitet. Det Tomas också såg var att SSRI och KBT gav både förbättring i symptom och förändrad aktivitet i viktiga hjärnområden men man såg även att SSRI påverkade större delar av hjärnan vilket i sig inte måste vara positivt utan att läkemedlet påverkar många områden som inte är direkt knutna till social ångest.



Stefans föreläsning avslutades med en öppen dialog med publiken.

Stefan G. Hofmann

De senaste 30 åren så har forskning kring emotioner ökat och temat som Stefan ville fördjupa sin föreläsning om var hur man kan hjälpa klienter att reglera sina känslor. För att vi ska kunna reglera känslor så behöver vi först veta vad de är för något, de är inte bara ett fenomen som sker inuti en person, utan det är en upplevelse som formas av våra sociala interaktioner. Stefan berättade att i olika kulturer så tar sig sjukdomar olika uttryck vilket visar att känsloproblem också påverkas av kontexten vi är i. Exempelvis i Cambodja så kan paniksyndrom ta sig i uttryck som en smärta i nacken och inte en smärta i bröstet (vilket är vanligt i västerländsk kultur) och att i den kulturen behandlas patientens symptom av att sjukvårdspersonal gnuggar ett mynt på baksidan av nacken vilket åtgärdar problemet och dämpar personens ångest. Stefan började med att förtydliga

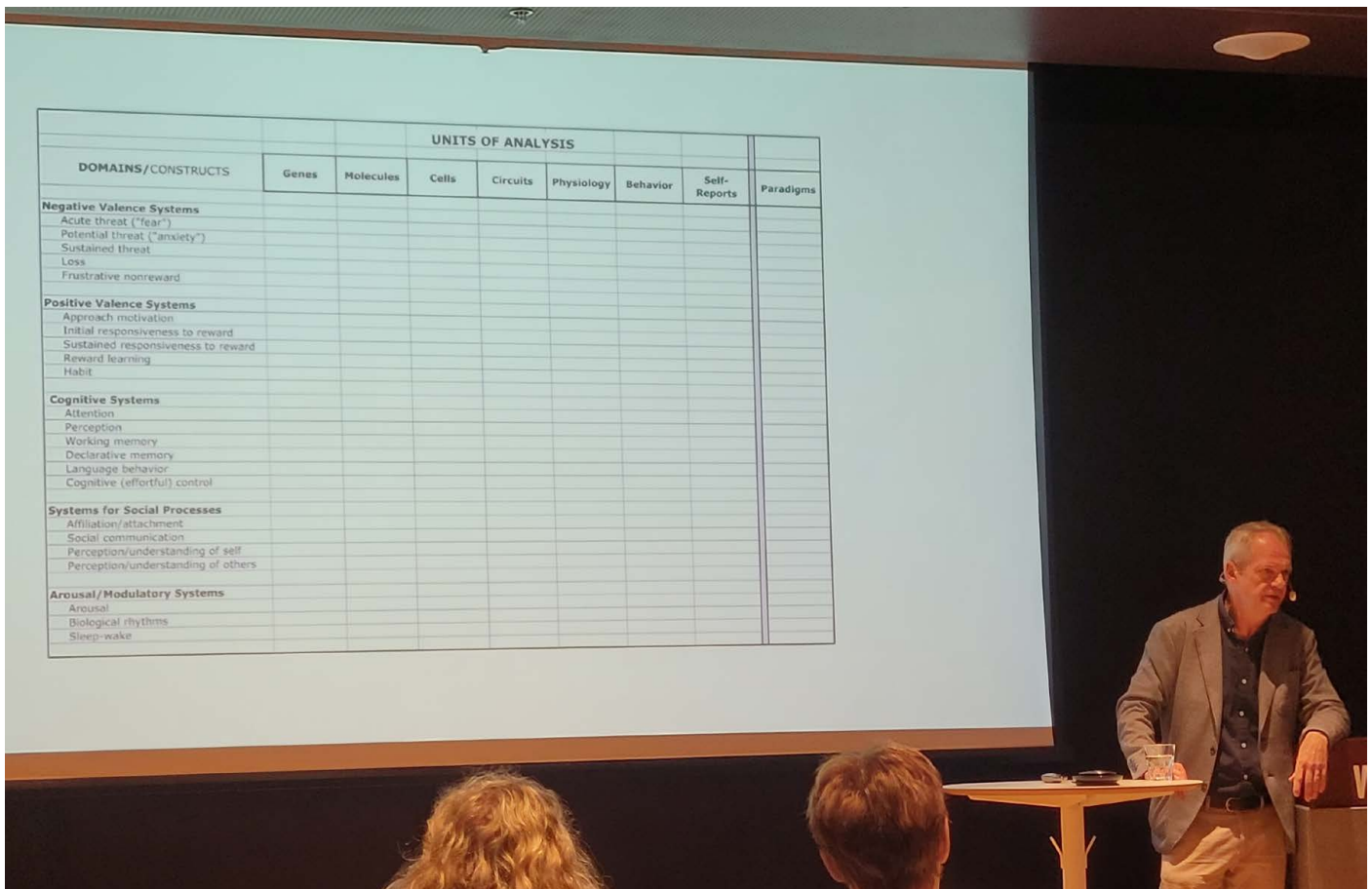
att i hans mening så har vi historisk varit dåliga på att berätta om vad känslor är för något och att vi ibland använt felaktiga djurmodeller för att förklara människors upplevelser. Mycket av tidigare forskning om "rädsla" gjordes på djur när man utsatte dem för en fara, men detta menar Stefan är mer studerande av hot-reaktion, vi vet inte vilken känsla som djuret upplever, vilket inte kan likställas med den rädsla som vi människor upplever. Vi människor blandar vad vi råkar ha i vårt arbetsminne med kunskap vi samlat på oss sedan innan för att sedan få upplevelsen av rädsla. Vidare pratade Stefan om att känslor ofta förenklas, känslor ses som en avgränsad upplevelse men människor känner känslor om känslor och de är sällan tydligt avgränsade utan mer en stor blandning av flera känslor. Ett annat misstag som ofta görs i forskning är att man

använder hjärtrytm för att avgöra hur ”stark” en känsla upplevs hos test-deltagare men att detta inte stämmer överens med hur känslor upplevs i verkligheten. Stefan menade att för att forskningen ska kunna gå framåt så behöver man skapa en sammanhängande filosofi kring känslor och att vi i fortsättningen behöver ett tydligt språk som ett första steg för att skapa användbara teorier om känslor.

Men det skapas positiva framsteg och vi börjar lära oss mer om hur känslor fungerar och kan användas i terapirummet. Exempelvis vet vi mer om rädsla nu, i stället för att se rädsla som en simpel amygdalareaktion på ett hot så hade Stefan som forskare skapat en modell som visar att beroende på hur nära ett hot är så aktiveras olika delar i våra hjärnor. Vidare har man också sett hur undantryckande av känslor

påverkar mående och fysiska reaktioner, där större undantryckande leder till mer negativ påverkan. Tidigare har man fokuserat mycket på att minska negativa känslor men att man nu ser att även för lite positiva känslor kan vara ett fokus i terapin.

Stefan pratade en del om hur känslor påverkas av yttre omständigheter men att vi människor inte är passiva i förhållande till vår miljö utan att vi ofta använder andra för att reglera våra känslor och att vi behöver lära oss att göra detta på ett funktionellt sätt. På det viset så är terapi också ett möte mellan två personer och att klienten kan använda sin terapeut för att lära sig reglera sina känslor. Det Stefan menade också var att ta in det sociala i terapirummet, exempelvis bjuda in viktiga relationella personer i terapin då dessa är en del i att hjälpa klienten reglera sina emotioner.



Stefan beskriver olika delar som kan uppmärksammas när man beskriver känslor.

Dialog med Stefan

Efter föreläsningen bjöds det in till en allmän diskussion där publiken kunde fråga och reflektera kring saker med Stefan. Här under följer en ungefärlig återberättande av några teman som diskuterades.

- Tycker du att psykopatologi ökar?

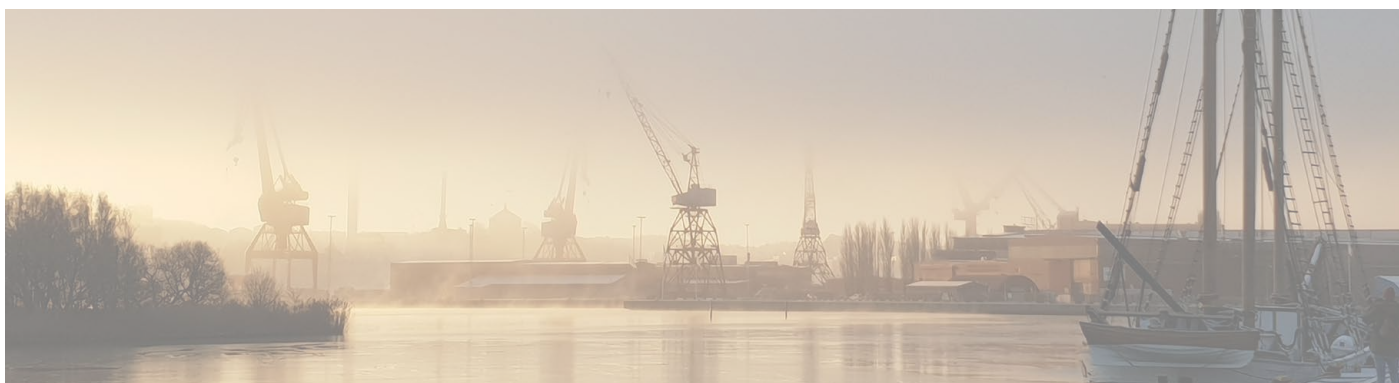
Jag tycker inte vi har objektiva mått på att sjukdomar ökar i populationen. Men det finns processer som kan göra att vi uppmärksammar vissa sjukdomar mer, när medicinska företag hittar behandlingar så ökar diagnostiseringen. Att övermedicinera och medicinera för tidigt har dock varit ett problem, exempelvis fanns det ett fall där en barnläkare skrev ut starka mediciner då barnet uppfyllde kriterierna för bipolär diagnos men barnet gick senare bort på grund av medicinerna. Detta ledde till att DSM lade till ”intermittent explosive disorder” så att man inte behövde tillskriva barn bipolär diagnos och att samma händelse skulle återupprepas. Så även DSM påverkas av politiska krafter och inte enbart medicinsk data. Det kan dock finnas större händelser som tillfälligt ökar problem, exempelvis isoleringen som pandemin förde med sig men det är en skillnad i om kriserna som samhället utsätts för är korta eller utdragna vilket är viktigt att ta i beaktning.

-Hur ser du på barns ökade användning av digitala verktyg som en kompensation för verkliga sociala kontakter?

De digitala verktygen kan vara hjälpsamma exempelvis vid vissa behandlingar men verktygen kan göra oss mer isolerade. Vi behöver bara några få vänner inte hundratals följare för att må bra. Det vi kan göra är att förstärka barnens sociala band. Vi kan använda det digitala för att skapa mötesplatser för barnen så de kan sedan också ses i verkligheten. Vi behöver förstå att olika generationer använder teknik på olika sätt så de behöver kanske en möjlighet att utforska, men vi behöver också lita på att de kan lösa detta. Barn kommer att lära sig hantera negativa känslor.

-Du nämnde att behandlingar verkar ha mindre effekt nu jämfört med tidigare studier, hur kommer det sig?

Det kan vara så att vi tror att vi vet hur vi behandlar ett problem, så vi tänker inte så mycket på hur vi ger vår behandling. Det kan vara så att placebo-behandlingarna vi ger nuförtiden är bättre, eller att kvaliteten på moderna studier är mer rigorösa och därmed leder till mindre men mer säkra resultat.



Hanna Sahlin

Sist men inte minst höll forskare, psykolog, psykoterapeut, med dr Hanna Sahlin en föreläsning om hur vi kan arbeta med känslor i terapin. Hon började sin karriär inom DBT och borderline personlighetssyndrom är ett hjärteämne för Hanna där hantering och förståelse av känslor har en central roll i behandlingen. Det finns många olika sätt att arbeta med känslor, för att behandla med ett känslufokus innebär att tar fokus på känslorna och att man försöker påverka känslors intensitet i terapirummet. Klienten behöver komma i fysisk kontakt med sina känslor och detta är inte samma sak som att enbart prata eller sätta ord på känslor.

Att öva på att sätta ord på känslor berättade Hanna kan vara viktigt i terapin men att man inte sett mycket vetenskapligt stöd för detta i forskningen. Att känslor underlättar för hjärnan att leta och sälla i sin upplevelse, Hanna liknade detta till kartonger man har på vinden där saker kan ligga spritt huller om buller mellan dessa lådor, det vi gör i terapin då är att vi tittar i lådorna och funderar tillsammans med klienten i vilken låda de faktiskt tillhör. Sättet detta görs i praktiken kan vara genom SOR-K'ar eller funktionella analyser men Hanna lyfter upp att en viktig förmåga vi behandlare behöver öva på är att vi ska lägga märke till våra egna känslor i terapin. Ofta när vi möter en klient som har det svårt så finns det en tendens hos terapeuter att exempelvis vilja trösta klienten och minska de jobbiga känslorna som kommer upp men klienten behöver lära sig acceptera och ibland stå ut med sina känslor. I vissa fall så kan det vara mer funktionellt att validera de jobbiga känslorna klienten känner och låta det läka ut av sig självt.

Känsloreglering beskrevs som en ständig pågående process mellan önskat tillstånd och vad som upplevs just nu. I praktiken innebär det att vi övar på att ändra form, frekvens, upplevelse, intensitet eller hur känslan kommer till uttryck och vårt mål som terapeuter är att hjälpa klientens beteenden att följa uppsatta mål och inte den tillfälliga känslan.

Det vi terapeuter strävar efter är att minska diskrepanser mellan önskade tillståndet och upplevelsen just nu och för att uppnå detta kan man använda olika metoder av känsloreglering. Om vi inte klarar av att reglera och lyssna på våra känslor när de först väcks så läggs sekundära känslor till likt en snöboll som rullar nedför en backe och när den väl blir stor nog att uppmärksammas så kan de ofta upplevas som svårbegripliga. Detta leder till konflikter och svårhämmande impulsiva beteenden och likt mycket andra beteenden så är undvikande av känslor en av grundbultarna som håller problemet vid liv. Det finns dock funktionella former av tillfälligt undvikande som lärs ut vid Emotion Regulation Group Therapy (ERGT) där klienten kan ta en paus från sina känslor genom att exempelvis arbeta i trädgården, gå på promenad men att det ska finnas en villighet att återgå till känslan.

Det finns alltså mycket nytt som kommer upp inom forskningen om känslor och gamla teorier prövas och nya metoder kommer fram men efter detta årsmöte tror jag att många deltagare fick upp ögonen för hur mycket ny och utforskad kunskap som finns kring något vi alla bär nära intill oss, nämligen känslor.

Workshop med Stefan Hofmann

Första dagen av SfKBT's årskongress började med en givande Workshop. Den hölls av professor Stefan G. Hoffman som har en lång rad av meriter bakom sig exempelvis har han varit expertrådgivare till DSM manualerna, publicerat forskning i flertal psykologiska områden och senast samarbetat med Steven Hayes kring processbaserad terapi vilket var temat för workshoppen.

Stefan beskrev sig själv som en traditionell CBT person till skillnad från Steven Heyes och att de tidigare i sina karriärer ofta debatterade om KBT's framtid från sina olika läger men att de sällan kom framåt. Hoffman beskrev en rörande berättelse för ungefär 10 år sen hur han och Hayes kom närmre varandra under en av deras konferenser och att de sedan dess begravt yxan och arbetade tillsammans för att föra KBT framåt istället för mot varandra. Av detta blev processbaserad terapi eller förkortat till PBT vilket Hoffman menar är en metod som kan användas oavsett vilken terapeutisk inriktning man kommer ifrån.

Hur PBT beskriver sjukdom

Tidigt beskrev Stefan att PBT som synsätt inte tänker på problem utifrån diagnoser. Så Stefan vill sällan använda ord som symptom, sjukdomar och diagnoser då dessa missar att se klientens problem som en process. Stefan använde hellre ordet "problem" för att beskriva de svårigheter som klienten vill ha hjälp med när de söker sig till terapeutisk vård. Psykopatologi utifrån PBT ses som en missanpassning till sin kontext. Det är alltid kontexten som avgör vad som är ett hälsosamt beteende och inte. I PBT ser man att missanpassning kan ske i någon av fyra delar: variation, selektion, retention och kontext. Ohälsa innebär att någon av dessa fyra delar är bristfälliga.

Latent syn på sjukdom =

Vi hittar sjukdomar hos en person genom att vi tittar på specifika symptom eller beteenden som är unika för en viss diagnos. När en person uppfyller tillräckligt med specifika symptom så kan vi tillskriva dem en diagnos som beskriver hur vidare behandling ska utföras. Ett förenklat exempel är att om en person har både feber och frossa så kan vi bedöma att denne har influensa.

Processbaserad syn på sjukdom =

Att undersöka vilka processer som uppkommer i och med patientens "problem" samt att se hur dessa påverkar varandra för att leda till en sjukdomsbild. Detta synsätt gör det möjligt att inkludera hur olika faktorer påverkar varandra och att flytta sig från en linjär synsätt (A leder till B) som finns i den latent synen till en multivariat synsätt (A leder till B men B påverkar också A) vilket beskriver bättre vissa patienters problem.

...but a limited list of effective strategies

- Contingency management
- Stimulus control
- Shaping
- Self-management
- Arousal reduction
- Coping and emotion regulation
- Problem solving
- Exposure strategies
- Behavioral activation
- Interpersonal skills
- Cognitive reappraisal
- Modifying core beliefs
- Cognitive defusion
- Experiential acceptance
- Attentional training
- Values choice and clarification
- Mindfulness practice
- Enhancing motivation
- Crisis management and treating suicidality

Inom PBT använder man flertal tekniker tagna från olika terapeutiska inriktningar.

Klientens problem ses som en process

Hoffman beskrev att PBT inte vill skapa nya interventioner utan enbart samla interventioner som redan visat sig fungera och på det viset lånar interventioner från många olika skolor. PBT som synsätt består av några beståndsdelar, det första är att man tittar på sjukdomar som en process, till skillnad från det nuvarande synsättet vilket representeras i ICD-10 och DSM-V som är en latent syn på sjukdomar. Hoffman menade också att denna snäva syn på sjukdom har lett till att varje diagnos får sin egna manual, och att kliniker tror att man måste ha specialistkunskap för att behandla varje unikt problem. Under pausen berättade Hoffman att fokus bör vara på att förstå principerna för terapin, att ha goda verktyg och sedan flexibelt använda dessa för att behandla helheten av patientens problem. Motsatsen är att lära sig unika

modeller, protokoll och metoder för varje diagnos vilket missar klienter som inte faller perfekt inom ramarna för diagnosen. Klienternas problem är mer än enbart några symptom men att vi kliniker ofta tränas till att fokusera på just unika symptom. Att ha ett sådant stort fokus på syndrom och syndrom så kommer det leda till att kliniker blir mer tekniska än hantverkare.

Forskningens brister

En del av Hoffmans föreläsning handlade också om att forskningen pekar på negativa trender gällande terapeutisk behandling och diagnosticering. Över ett span av runt 14 år så har effektiviteten av KBT behandling har stadigt minskat när man utfört forskning på stora grupper. Samt att den vanligaste diagnosformen som tilldelas utifrån DSM

manualen är ”icke-specificerad typ” vilket var tänkt att mycket sällan användas, men att Hoffman menar på att få människors problem faller innanför de snäva ramarna av diagnoskriterierna som finns. Vidare berättar Hoffman att mycket forskning är gjord på stora grupper av individer och statistiken kollar på skillnad i grupper, men dessa typer av verktyg fångar inte upp enskilda individers förbättring eller försämring. En annan vanlig forskningsmetod som använts är mediationanalyser, vilket man använt för att försöka förklara hur sekundära faktorer påverkar ett problem. Men även mediationanalyser har stora brister, metoden tar sällan i beaktning mer än en till två faktorer, men i verkligheten så vet vi att det är många fler faktorer som mynnar ut i hur klienten upplever sitt problem. Det tredje är att många analyser förutsätter ett linjärt samband, exempelvis att om du sover dåligt så leder detta till ökad depression, men i verkligheten är det ofta flera saker som tillsammans orsakar ett visst resultat.

Diagnoser kan fylla en roll

Hoffman var dock tydlig med att han inte var helt emot att ha diagnoser och sjukdomar om de var effektiva verktyg för att hantera klientens problem, han tog ett exempel att om man har en patient som har en tydlig fobi och som inte har komplicerande faktorer så vet vi att det finns flertal effektiva manualer som ger effekt inom kort tid. Men problemet blir om vi försöker använda detta synsätt när problematiken är mer komplex och när symptomen överlappar vilket är ofta fallet. Även om klienten har en specifik sjukdom så behöver vi inte alltid veta dessa för att kunna skapa en positiv förändring, när vi vet vad som påverkar problemet så kan vi börja behandla.



Intervju med Erik Andersson

Erik är docent och studierektor för psykologprogrammet på Karolinska institutet i Stockholm. Han vann också nyligen Stora psykologpriset vilket delas ut årligen av Sveriges psykologförbund till personer som har bidragit med psykologisk kunskap i aktuella samhällsfrågor, har en bredd i sitt förändringsarbete samt påverkar många människor i flera sammanhang.

En av anledningarna varför Erik nominerades är att hans karriär består av att han både arbetar kliniskt, forskar samt lär ut sin kunskap som lärare vid Karolinska institutet vilket kan vara en utmaning att få ihop. Erik är en aktiv person, han har under 2023 varit med i 14 vetenskapliga publikationer och när vi når honom för en telefonintervju så är Erik uppe i ett lågintensivt joggingpass vilket han tar till jobbet varje morgon.

Må jag fråga vad det inneburit för dig att vinna Stora psykologpriset?

För mig är det ett kvitto att jag valde rätt väg trots allt, det är en ganska obekvämlig väg att ha en sådan delad karriär, det är tre olika ben jag försöker stå på samtidigt. Samtidigt tycker jag att ”det är så här det borde vara”, man kan tvivla på sitt vägval ibland då det är så olika världar och få dem att gå ihop. Men det betyder för mig att någon har sett detta och det är viktigt för mig.

Hur kom du i kontakt med Beteendeterapi? Och hur är det närvarande i ditt liv idag?

Jag är stenhårt BT skolad kan man säga, jag hade exempelvis Olle Wadström som handledare och från honom lärde mig mycket. BTF kan man också säga var mitt universitet, det var så jag lärde mig om beteendeterapi genom att mejla på KBT-listan. Jag kom i kontakt med beteendeterapi under första terminerna på psykologprogrammet, under en av mina kurser så raljerade lärarna lite och sa att behaviorismen var död. Det hade jag så otroligt svårt att förstå detta då det vetenskapliga tillvägagångssättet bakom behaviorism kändes så vettigt. Jag studerade i Linköping och då fick man också möjlighet att läsa vad man ville, så det var en väldigt fri miljö att lära sig om det som intresserade en. Därför tog jag chansen att fördjupa mig inom beteendeterapi och jag tror att om man har ett genuint intresse så kan man utvecklas väldigt mycket.

“ Jag vill att våra studenter ska bli så bra rustade det går för praktiskt arbete i sjukvården, det är min ”sole mission”.

Intervju med Erik Andersson

Du intresserar dig i OCD och lokal evidens, är det även denna typ av kunskap du vill hjälpa att sprida generellt?

OCD, lokal evidens och oro är ämnesområden som jag har expertis inom och på ett sätt så brinner jag för att sprida kunskap om detta. Någonting jag försöker att generellt sprida är att jag alltid försökt att utveckla psykologprogrammet så att det vi lär ut ska också vara förankrat i verkligheten. Detta gör jag genom att jag jobbar kliniskt och samtidigt är lärare, så jag försöker jag integrera de två världarna. Anledningen för detta är att det annars blir ett sådant stort fall när man tar examen från ett psykologprogram som inte är förankrad i hälso- och sjukvården för det är där många kommer jobba. Jag får ofta följa studenter under deras karriär, de kanske börjar som studenter som ska ut på praktik som jag har hand men som sedan kommer ut i vårdsystemet och senare kanske till och med blir mina chefer. Så jag har försökt forma min pedagogik för att förbereda studenter att kunna arbeta kliniskt inom sjukvård då det är detta jag valt att inrikta mig inom. Till exempel att integrera kunskaper mellan organisationspsykologi med klinisk psykologi. Denna typ av kunskap tror jag att studenter behöver kunna för att det är väldigt sällan man kör fast med en patient att det är fel på en själv utan att många hinder blir en organisatorisk fråga. Patienterna kommer med många andra slags problem än vad skolböckerna lär ut, sedan kan det vara så att långa väntelistor hindrar en från att kunna arbeta med den bästa evidensbaserade metoden så det kan vara sådana problem som



Bild: Andreas Andersson

nyexaminerade hamnar i om man inte är förberedd i hur verkligheten ser ut sedan innan. Här gör många andra hälso- och sjukvårdsutbildningar det kliniska arbetet väl integrerat, om du är student på läkarprogrammet så får många lära sig hur det ser ut i verksamheterna redan vid första terminen och det är på ett sådant sätt jag hade velat utveckla psykologutbildningen vidare.

Du är utbildad psykolog men vad tänker du om andra professioners roll i att öka och sprida denna typ av kunskap?

Jag tänker så här att en annan superviktig del, är att våra studenter ska kunna jobba interprofessionellt. Att studenterna ska få följa med en läkare, en fysioterapeut, en mentalskötare för att verkligen få se och förhoppningsvis lära sig ”hur tänker en fysioterapeut” för detta är en framgångsfaktor enligt mig. Ett vanligt sätt att jobba interprofessionellt lärande är att man plussar ihop olika studentgrupper så de får lära sig

av varandra men det jag tror är bäst är när man får vara ute i verksamheten och får följa med en person som redan jobbar i verksamheten. En profession har en inneboende logik ofta och sitt sätt att tänka och det behöver man sätta sig in i, med frågor som ”vad är fysioterapins logik, vad är det en klinisk fysioterapeut tänker på och vad är det de belyser som viktigt när de träffar en klient?”. När jag studerade till psykolog så jobbade jag som mentalskötare parallellt till utbildningen, detta ledde till att jag kunde applicera det jag lärde mig på ett helt annat sätt. Jag hade haft svårt att lära mig användbar kunskap om jag skulle enbart lära mig en massa saker bakom skolbänken och sedan bara applicera detta under ett halvår vilket är hur lång praktiken var på psykologprogrammet. Under min tid som mentalskötare så fick jag också exempelvis ta gå rygg på en sjuksköterska och lära sig vad de tänkte, det fick upp ögonen för mig varför detta var viktigt, till exempel så förslår jag mina studenter att få följa med mentalskötare som jobbar på jousen, de är så otroligt kunniga. Jag har lärt mig jättemycket av att jag jobbat med människor som varit mentalskötare sedan 70-talet.

Du har valt en ganska unik karriär där du både arbetar kliniskt, med forskning samt lär ut, hur kommer det sig?

Jag gjorde min praktiska tjänstgöring vilket man behöver göra efter psykologprogrammet på en mottagning för ångestsyndrom, där kom jag i kontakt med Christian Rück som sen blev min doktorandhandledare det var också så jag kom in på banan att arbeta med OCD. Det som var inspirerande med Christian var att han alltid jobbat kliniskt, han var alltid en integrerad

del i det praktiska arbetet. Så vi gjorde forskning för internetbehandlingar för OCD på mottagningen. Jag tycker man lär sig så mycket av människor som är kliniker och att få vara i en klinisk miljö, så för mig blev det självklart att man gör forskning på en riktig klinik. Det tredje aspekten som är viktigt, som jag pratat mycket med Christian om är att Psykologer ofta är duktiga på vetenskaplig metod men ibland är sämre rustade för praktiskt arbete i hälsosjukvården om jag ska jämföra med logopedier, sjuksköterskor och läkare. Så i mitt arbete har jag fått lära mig mycket från andra professioner och jag funderar mycket hur man kan tillämpa detta i utbildningen i stort.

I vårt förra nummer så var temat om internetbehandlingens möjligheter, du har nyligen publicerat forskning kring internetbaserad KBT både för dysmorfofi och OCD. Må jag fråga om du upptäckt något som du tror få personer känner till gällande potentialen eller riskerna med internetbaserade behandlingar?

Det jag blev förvånad över, det är att det funkar så bra även när det integreras som en vanlig del i patientbehandlingen. Men de studier vi har gjort där vi implementerat detta, både i Sverige, England och Singapore, visar på förvånansvärt bra effekter. En annan viktig grej är att det inte bara är behandlingen som är verksam utan proceduren runtomkring som är viktigt, tex att det är ofta en noggrann diagnostik som är systematisk, det finns exempelvis eftermätningar så behandlingen står inte bara på egna ben utan det är en hel struktur och kompetens runt sig som gör att den är så verksam.

SWABA's höstträff

SWABA

Svenska föreningen för beteendeanalys

SWABA är en intresseförening för de som brinner för tillämpad beteendeanalys, eller applied behavior analysis som det heter på engelska. Lördagen den 21 oktober välkomnade ordförande Dag Strömberg ett 40-tal deltagare till SWABA's höstträff.

Höstmötet öppnades på en tung punkt gällande Jonas Ramnerös bortgång, både Dag och föreläsare berättade om några av de fina saker som Jonas fört med sig till alla oss som berörts av honom och avslutade med en tyst minut i minne av Jonas Ramnerö.

Peter Karlsson och Eva Thormann

Förskolan som arbetsplats är en unik verksamhet, personalen arbetar med barn så unga som ett år och personalen har stor kunskap i hur man skapar och värnar om relationer till barnen samt hur man stöttar barnen i sitt lärande. Men ändå är det vanligt att när det blir problem så saknar personal ofta verktygen att kunna systematiskt analysera vad som vidmakthåller problemen och hur dessa kan ändras. Peter Karlsson och Eva Thormann har publicerat en ny bok kring positiv beteendestöd i förskolan, båda författarna arbetar som psykologer och har arbetat med barn och skola. Positiv beteendestöd vilar på inlärningsteori där man utgår från att alla beteenden har en funktion



Ordförande Dag Strömberg öppnar höstträffen

och mycket likt funktionella analyser så tittar man på vad som vidmakthåller problem och ser till att öka möjligheten för alternativa beteenden. Peter och Eva såg att det fanns ett behov av att se mer PBS i förskolans värld. Inom skolans värld arbetar man främjande/förebyggande som första linje, insatser för barn i riskzon och i sista hand individuella insatser för barn med stora behov. Boken riktar sig till både den förebyggande arbetet samt insatser på individnivå. PBS skiljer sig från TBA att det flyttar fokus från individen till organisatoriska förutsättningar och implementering. Peter är sedan tidigare förskolelärare och bokens språk är anpassad för att introducera skolpersonal i inlärningspsykologi. Detta gör de praktiskt genom att författarna med tydliga strukturer och metoder som personalen kan analysera och reflektera utifrån. Ett stort fokus hos boken är det relationella perspektivet vilket författarna menar är en naturlig del i beteendeterapins kontextuella synsätt. Föreläsningen gav således mycket kunskap i hur PBS kan konkret tillämpas i förskolans värld och författarnas erfarenheter av att arbeta med skolpersonal kring beteendeterapeutiska metoder.



Författarna Peter Karlsson och Eva Thormann

Sara Ingvarsson

Därefter hade Sara Ingvarsson en föreläsning om sin nyligen disputerade avhandling om hur vi kan sluta göra onödiga insatser inom hälso- och sjukvård. Avhandlingen var en del i ett projektarbete under institutionen för lärande, informatik, management och etik förkortad till LIME. Det finns insatser inom sjukvård som har större risker än nytta, som inte visat sig effektiv i praktik eller forskning. Namnet för dessa ineffektiva insatser kallas på engelska low value care, vilket översattes av Sara och hennes kollegor till lågvärdevård. Exempel på sådana insatser är beställning av labprover som klinikern inte har ett tydligt syfte med, eller utskrivning av antibiotika vid sjukdom för att nämna några. Beteenden i sig är inte felaktiga utan har sitt syfte men det som behöver övas in är diskrimineringsinlärning vilket står för att klinikern vet när ska ett viss beteende utövas och vid vilka tillfällen ska den inte utövas. Forskningen var således mycket praktiskt där de tittade hur man kan släcka ut beteenden av lågvärdevård. Det var mycket intressant att höra hur Sara's forskning visade på hur man kunde använda en funktionell analys för att se vart förstärkarna fanns som bibehöll lågvärdevård.

Ett exempel som nämndes var att patienternas respons kunde vara en källa till varför sjukvårdspersonal fortsatte ge lågvärdevård. Man märkte att sjukvårdspersonal ibland beställde röntgen även när det inte var till nytta då patienter visade glädje och gav uppskattning (förstärkning) när de fick en konkret insats i form av röntgen och blev sura och konfliktsökande när de inte fick röntgen (bestraffare). Mycket förenklat så åtgärdade man detta genom att ge kort och tydliga instruktioner samt en kort föreläsning för att sjukvårdspersonal kunde få nya regler att följa, sjukvårdspersonal upplevde också insatserna förbättrade deras kommunikation varför röntgen inte beställdes och fick då förståelse från patienterna och minskade konflikter. Om man vill veta mer så finns föreläsningarna inspelade och tillgängliga på SWABA's hemsida för alla som är medlemmar inom deras förening.

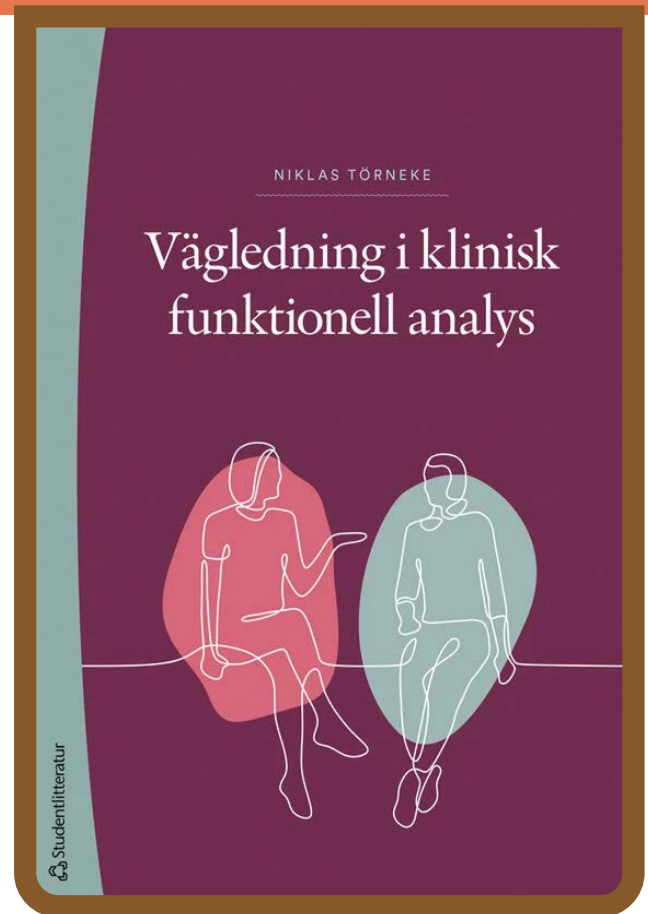
Även andra mycket spännande teman togs upp under höstträffen, Susanna Tagesdotter är psykolog och författare berättade i sin föreläsning hur beteendeterapi går att använda som ett verktyg inom parterapi.



Sara Ingvarsson berättar om implementeringsforskning

Rasmi Krippendorf besökte från Norge lärde ett konkret verktyg som heter ”standard celeration chart” vilket är ett sätt att systematiskt kartlägga beteenden som man vill antingen öka eller minska. Standard celeration chart används mest inom skolans värld men har även används inom andra verksamheter som militären och sportlag.

Ett tema som togs upp både under Sara, Peter och Eva’s föreläsning var att det finns fortfarande mycket fördomar om behaviorism ute på arbetsplatserna och nyttan med att kunna förmedla nyttan med beteendeterapi och inlärningsteorin till många som bildat sig uppfattningar som inte stämmer. Sara beskrev teorier som vanligtvis används inom implementeringsforskning (vilket är det fält denna avhandling hamnar inom) och som åskådare så märks det snabbt att teorierna enbart förklarar varför beteenden sker utan att beskriva hur en förändring kan gå till. Att enbart kunna förklara varför något sker utan att göra en förändring eller prediktion brukar man kalla för en dåligt ”operationaliserad” teori, vilket har alltid varit ett viktigt tema för beteendeterapi och en av dess styrkor då förespråkare ofta strävat efter att både kunna förändra/förutspå beteende och inte enbart berätta om varför saker är som dem är i teorin. Många teorier som florerar är baserade på mycket teoretiserande och att man samlat in information genom enkäter i stället för att testa teorierna i verkligheten vilket skulle kunna göras genom att man tittar på konkreta beteenden jämfört med vad test-deltagare svara på en enkät. Det märks således att viktiga teman kring beteendeterapi pratas fortfarande både inom forskningens värld och vi som jobbar med det praktiskt.



BTF tipsar om kommande böcker

Ny bok av BTF medlem Niklas Törneke!

Nu under hösten kommer en ny bok av Niklas Törneke som tar fokus på funktionella analyser. Funktionella analyser är en gammal och välbeprövad metod, den återfinns också på många sätt i de nya rönerna av KBT exempelvis i ACT och DBT. Så detta är ett verktyg som har visat sig vara verksam i många områden och kommer fortsätta vara det. I denna bok kommer man som kliniker kunna fördjupa sina kunskaper i hur funktionella analyser kan användas för förändringsarbete med klienter. Boken använder sig av kliniska dialoger också för att förtydliga och underlätta inlärning av hur funktionell analys kan praktiskt tillämpas.

Om du som medlem vill recensera denna bok kontakta redaktionen!

Välkommen till Autismland

Text av Ana Gabriella Latorre

Boken som kombinerar ett psykiatriskt perspektiv med personliga memoarer. Denna hade jag gärna läst under psykologprogrammets första kurser i NPF-variationer och diagnostik. Diagnoskriterierna fick jag väl med mig – jag saknade dock personliga upplevelsebeskrivningar, som vi får här av Bergmann.

Författaren visar oss, med pedagogiska och personliga exempel, hur A- och B-kriterier kan te sig i verkligheten, i livets olika skeden och sfärer. Begreppet ”högfungerande autist” problematiseras – lindrig autism är inte lika med lindriga svårigheter. AST medför en omfattande funktionsvariation i flera livsområden, även hos begåvade och socialt privilegierade. Bergmann uppmanar diagnostiker att ägna sig åt ett grundligt detektivarbete för att gruppen skall erhålla rätt diagnos, och anpassningar utifrån den.

Förutom dessa exemplifieringar får läsaren inblick i vanligt förekommande symtom och egenskaper hos många med autism. Dessvärre stress, ångest, depressioner och tvång. Samtidigt också starka rättvisekänslor, förmåga att verkligen förkovra sig och potential för unika vänskapsband.

Bergmann delger även några tankar om differentialdiagnostik. Att bena ut



autism från närliggande diagnoser kan vara komplext. Det handlar om finger-visningar – dock väldigt uppskattade av mig som nylegitimerad!

Jag vet inte om det kan kallas ett ”lyckligt slut” – Bergmanns livsberättelse fortsätter, med de utmaningar och superkrafter som autismdiagnosen medför. Jag gläds i alla fall åt författarens arbetssituation (hör och häpna – inom vården!). I läkarrollen har Bergmann fått individuella anpassningar med bland annat makt över den egna tidboken och möjlighet att arbeta ostört. Till följd orkar denna psykiater dra nytta av sin sjukdomshistoria i de viktiga mötena vi ju har patienter. Hoppfullt för oss i branschen med ett eget förflutet.

Rekommenderas till patienter med liknande profil, studenter inom psykiatri/klinisk psykologi samt kliniker nya i branschen.

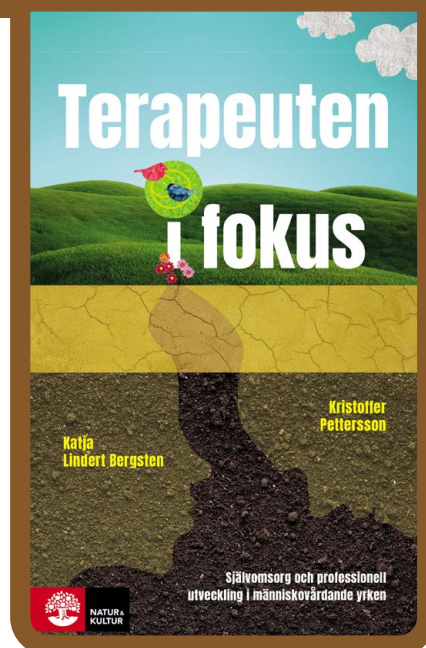
Terapeuten i fokus

Text av George Lärkefjord

”Terapeuten i fokus” vänder sig som namnet angiver till terapeuter, både till de som är i utbildning och de som är erfarna vilket poängteras tydligt i introduktionen och i innehållet som en helhet. Författarnas mål är att denna bok ska bjuda in läsaren till att reflektera över sig själv med samma vänliga inställning som vi delar med oss till klienter.

Boken är skriven av Kristoffer Pettersson och Katja Lindert Bergsten. Båda författarna är legitimerade psykologer och man kan uppleva att boken blivit inspirerad av den upplevelse-baserade komponenten som finns i författarnas psykoterapeutiska inriktningar. Kristoffer är doktorand vid Mälardalens Universitet, han arbetar med ACT, affektfokuserad och compassionfokuserad terapi medan Katja arbetar med affektfokuserad terapi.

Bokens fokus är mer av en fenomenologisk typ där läsaren ofta bjuds in att fundera utifrån sig själv vilket är mycket passande med tanke på att författarna vill att boken ska ha en upplevelsebaserad ingång till ämnet. I boken tas några relevanta fall exempel upp som ger en möjlighet att reflektera hur man kan hantera svåra situationer under terapin. Exempelvis tas det upp hur man ska möta en klient som är osäker på om dennes behandling ger resultat vilket många kan uppleva som ett svårt tema. Terapeuten i fokus bjuder in läsaren att överblicka sig själv i stort och se om det finns mönster i ens beteende som orsakar lidande för oss själva eller de vi jobbar med. Exempelvis har författarna inte begränsat sig till att enbart beskriva mönster terapeuter



kan ha i mötet med klienter utan även hur terapeuter kan förhålla sig till sina metoder eller hur vi som terapeuter kan förhålla oss till krav på arbetsplatsen eller till kollegor.

Bokens utformning är med flertal fall exempel ur en terapeuts synvinkel, ibland i samtal med klient, i relationerna till sina nära och kära samt är fall exemplen ur terapeutens barndom. Språket är också mycket målade och lättläst vilket underlättar en att komma ihåg de viktiga punkterna i de olika kapitlen. Sättet boken är skriven på upplevs inte vara regelrätt KBT orienterat utan använder ibland förklaringsmodeller som liknar mer en affektfokuserad inriktning, trots att boken använder sig av båda inriktningarna upplevs inte förklaringarna som spretiga. Författarna belyser ofta den tveeggade funktionen som dysfunktionella känslor kan ha, där känslorna tidigare haft en funktion som vid detta lag är utdaterad. Att se känslornas funktion och förstå kontexten de formats under är vanligt använd inom affektfokuserad terapi en sällan har jag läst en bok som vill att vi som terapeuter ska uppmärksamma detta hos oss själva och att försöka varmt omfamna dessa väldigt mänskliga brister.

**En forskningsartikel har
översatts från spanska av vår
medlem Alejandro Muñoz
Retamal. Nedan följer artikeln i
sin helhet samt originaltexten.**

**Psykotering med våldtagna och torterade kvinnor
- efter statskuppen i Chile den 11 september 1973 -**

Alejandro Muñoz Retamal

Psykolog, psykoterapeut, handledare med KBT inriktning

Serafens Spanskspråkiga psykiatriska mottagning vid Serafens vårdcentral

Emilio Quintana,

Socionom

Serafens spanskspråkiga psykiatriska mottagning vid Serafens vårdcentral.

Stockholm, 1987.

Psykoterapi med våldtagna och torterade kvinnor - efter statskuppen i Chile den 11 september 1973 -

A. Muñoz. E. Quintana
Stockholm 1987

////////////////////////////////////
Varför denna artikel

Syftet med denna artikel är att socialisera vår terapeutiska erfarenhet inom ett område som till för ett tag sen till synes nästan varit förbjudet för oss män. Detta har inneburit att vi fått arbeta med vårt eget motstånd och våra kvinnliga medarbetarnas motstånd – våra kvinnliga medarbetare som haft psykodynamisk inriktning och psykoanalytisk handledning.

Att vara man och arbeta med våldtagna kvinnor har inte varit en kombination som vid första anblicken kunnat fungera. Utgångspunkten för vår start på detta område har varit det stora arbetstrycket och den efterfrågan på vård som finns på vår mottagning, men också det faktum att det under en pågående terapi kommit fram att dessa kvinnor varit utsatta både för tortyr och våldtäkt.

Hur var det för oss att arbeta med våldtagna kvinnor?

Det ska vi försöka berätta här nedan.

Början av kontakten

När dessa patienter söker hjälp eller kommer på remiss med psykiatrisk symptomatologi är det inte alltid varit känt att de hade varit utsatta för våldtäkt p.g.a. sitt politiska engagemang, utan de får bara en kallelse med namnet på terapeuten.

Aj, en man!

När patienterna läser namnet på terapeuten och ser att det är en man reagerar de med att säga 'Aj, en man!', vilket är deras första reaktion. Detta utlöser ambivalens och tvivel för att komma eller inte, för hur ska de kunna berätta det som hände för en man? De börjar kanske fundera att en kvinnlig terapeut skulle passa bättre.

Däremot gör brådskan och behovet av terapeutisk hjälp att de ändå kommer till bedömningen, trots att obeslutsamheten inte försvinner förrän väl inne i den terapeutiska processen. De uttrycker ambivalens trots att de litar på den kulturella och professionella kompetensen hos terapeuten som vårdgivare.

Varför en man

Denna fråga är en av de första frågorna som kommer upp under den första kontakten. Under denna session och även senare kommer patienternas motivation för att ändå komma till mottagningen fram. De tänker att det är en latinamerikansk man, med professionella studier och med sekretessplikt kan förstå deras dels deras problem, men även kränkningen och sammanhanget där det hände.

Översatt forskningsartikel

Den kulturella faktorn

Våldtäkten upplevs som en attack, som den starkaste attacken som en person kan drabbats av och som kränker bl.a. deras integritet, deras frihet, deras oberoende och differentiering från andra människor.

I vår kultur finns det en negativ syn på den våldtagna kvinnan p.g.a. machisms starka närvaro och religionens inflytande, vilket inte gör det lätt för en kvinna att berätta om sådana traumatiska upplevelser, då det finns en rädsla för stigmatisering och nedvärdering.

Som en konsekvens av den traumatiska situationen möter kvinnor stora problem när det gäller individuellt och socialt fungerande. De känner sig trasiga i sitt jag, i sin värdighet, självkärlek och självförtroende och en del känner sig osäkra när de använder klänning eller kjol. Reaktionen efter våldtäkten kan också påverkas av upplevd osäkerhet och instabilitet i livet i stort. Sedan kan kvinnan vara mer eller mindre introvert eller extrovert i olika sociala sammanhang och i terapin.

Att berätta om våldtäkten och att exponera sig för smärtan kan skapa starka reaktioner. Detta särskilt om kvinnan inte varit förberedd på eller informerad om att detta kan hända, nämligen att våldtäkt är en tortyrmetod som används av militären, polisen och säkerhetstjänsten.

Sammanhanget

Sammanhanget är politiskt. Idag används våldtäkt återigen av repressiva regimer i Latinamerika, och särskilt i Chile, som en form av tortyr vars syfte är att kontrollera politiska individer genom att förintä deras individuella motstånd. Genom tortyren försöker militären och polisen att få information om den politiska verksamheten och desorganisera, desorientera, förstöra, straffa, skrämja och sprida rädsla både hos individer eller grupper. Allt detta resulterar i konsolideringen av ett effektivt förtryckssystem som gör det möjligt för dessa regimer att stanna vid makten. På så sätt har våldtäkten blivit ett effektivt politiskt vapen som påverkar den psykologiska stabiliteten hos kvinnan som drabbats av traumat, men som även straffar andra i hennes omgivning; familj, vänner, flickvänner, kollegor, kamrater, pojkvänner och makar.

Den första sessionen

Under det första mötet berättar patienterna om sina tankar om att få en kvinnlig terapeut men dessa tankar försvinner under kontaktens gång när alliansen fördjupas och patienten känner sig tryggare i kontakten. Den icke verbala kommunikationen, kroppsspråk, ögonkontakt spelar också en roll i sammanhanget, kommunikationen skapar förtroende.

Det märks att kultur- och språkkompetens är en avgörande faktor för att skapa en allians, och i synnerhet en arbetsrelation med patienten som inte behöver komma in i detaljer eller onödiga förklaringar gällande bakgrund och sammanhang. Dessutom intar vi som terapeuter en position av icke neutralitet och vi uttrycker tydligt att vi står för mänskliga rättigheter och mot tortyr.

Ur en symptomatologisk synvinkel kan symptom och följder av tortyren ses som depression, ångest, sömnproblem, mardrömmar, koncentrationssvårigheter, minnesstörningar, spänningar, traumasekvenser från arrestering, återkommande bilder, negativa eller självdestruktiva tankar, ilska, likgiltighet, hopplöshet, somatisering.

Även reaktioner som är förstadier till psykos kan observeras – exempelvis problem med perceptionen om vad de hör eller tror att de hör, vad de ser och vad de tror att de ser – men dessa reaktioner bör bedömas med försiktighet.

Patienten får en detaljerad information om mottagningen, lagar som reglerar verksamheten, våra roller, sekretessen om att ingen information lämnas till utomstående eller andra institutioner utan patientens tillstånd.

Det terapeutiska arbetet

Det terapeutiska arbetet är fokuserat på

- Att bygga och utveckla den terapeutiska relationen där det kvinnliga och det manliga möts från första stunden.
- Att exponera sig för smärtan orsakad av den traumatiska situationen. Identifiera, verbalisera och integrera känslorna som utlöstes samt aktuella reaktioner.
- Att försöka förstå orsaken till våldtäkten (varför? , varför jag?), chocken, upplevelsen av upplösningstillstånd, psykisk desorganisation.
- Att ta upp skuld-känslor och aggressivitet som kvinnor vänder mot sig själva och/eller mot sina män.
- Att ta upp de traumatiska upplevelsorna genom patientens sociokulturella prisma (t.ex. oskuld, graviditet, abort, äktenskap, machismo, skam).
- Sexuella- och parproblem. Det är frågor som tas upp av både gifta och ogifta kvinnor.
- Det kommer upp frågor om att göra slut eller fortsätta med relationen eller börja om. Det har observerats att kvinnor som har varit oskulder och/eller ensamstående bryter sina förlovningar eller gör slut.

Rättvisa och hämnd

Normalt sett i ett demokratiskt samhälle går en kvinna till polisen för att anmäla brottet när hon blir våldtagen. Polisen ger stöd och börjar arbeta för att gripa våldtäktsmannen, eller gärningsmännen så att de får sitt straff.

Sedan barndomen lär sig människor att polisen arbetar för att skydda samhällets medborgare från brottslingar. Det sägs att polisen och väpnade institutioner fyller en säkerhetsfunktion för den sociala gruppen. Men vad händer när det är de själva som begår brott mot civilbefolkningen?

En av konsekvenserna är att kvinnor som har blivit våldtagna drabbats av en känsla av rädsla, total hjälplöshet, desorientering, hjälplöshet och ilska. Dessa känslor och reaktioner kan vändas mot sin omgivning och mot sina nära och kära, vilket blir destruktivt för kvinnornas relationer. Det kan uppstå starka självmordstankar och en stark vilja eller önskan att hämnas på alla män och även på sina partner.

Under det terapeutiska arbetet uppnår patienterna en större förståelse för orsakerna som står bakom deras reaktioner så att de kan förstå sig själva bättre. Att kunna samtala om det oförklarliga och att ta sig igenom hela traumat är en viktig del av terapin. Detta gör det möjligt för dem att ta viktiga steg i försoningen med det motsatta könet och fördömandet av regimen som orsakat dessa skador. På den vägen får de upprättelse.

Alla, med undantag för ett fall där det saknas information, tog de en för dem viktigt beslut: att återuppta sina politiska aktiviteter. I slutet av terapin hade en del börjat arbeta politiskt och andra var på väg att göra det.

Den terapeutiska ramen

Samtalen var både 45 minuter och 90 minuter långa. Kontrakten var både öppna och stängda. Insatserna varierade mellan kris-, stöd- och korta kontakter. Kontakten utvärderades kontinuerligt och avslutningen var en ömsesidig överenskommelse.

Psicoterapia con mujeres violadas y torturadas en Chile después del Golpe de Estado del 11 de septiembre de 1973

A. Muñoz, E. Quintana,
Estocolmo, 1987

Introducción

En septiembre de 1970 se eligió en Chile a Salvador Allende como Presidente de la República con el apoyo de una coalición de izquierda y con el de la Democracia Cristiana. Hasta entonces había tenido el país una de las democracias más estables de Latinoamérica.

El 11 de septiembre de 1973 los militares y la derecha realizaron un sangriento Golpe de Estado. El Presidente Allende fue asesinado y muchos otros más fueron también asesinados, torturados, perseguidos.

Un gran número de refugiados llegó a Suecia y, en Estocolmo, se puso en marcha un Consultorio Psiquiátrico para Hispanohablantes/Serafens Vårdcentral. En ese Consultorio atendimos a muchas víctimas de la tortura, especialmente de Chile, para tratamiento terapéutico. La mayoría de las personas que buscaron ayuda eran mujeres, cerca del 53 %. Nos enfrentamos con muchos desafíos y tratamos de trabajar en forma flexible para darle a los pacientes una buena atención psicológica y psicosocial.

En ese contexto, escribí en 1987, junto con el sociólogo Emilio Quintana, un artículo en español para intentar comprender y describir la problemática inusual con la que nos encontramos.

También pudimos transmitir nuestra experiencia a otros profesionales de la salud. A 50 años del Golpe de Estado hemos hecho una traducción al idioma sueco. Constatamos que el artículo tiene todavía un valor y que transmite una posibilidad de tratamiento psicológico que puede ser de utilidad para otros profesionales de la salud. Debemos decir que este artículo no es un estudio científico, sino una descripción general de la difícil problemática con la que trabajamos, durante los años de la década de 1980 con las víctimas de la dictaduras militares de América Latina.

El por qué de este artículo

El objetivo de este artículo es socializar nuestra experiencia terapéutica dentro de un campo que nos parecía vedado hasta hace un tiempo atrás. Esto implicó vencer nuestras propias resistencias y que nuestras compañeras de trabajo vencieran, a su vez, las suyas.

Ser hombre y trabajar con mujeres violadas no era una combinación que, a primera vista, pudiera funcionar.

El punto de partida para nuestro inicio en este campo fue la gran presión de trabajo y la demanda de atención que hay sobre nuestro consultorio, pero, además, el hecho de que dentro de la situación de terapia, de tratamiento de la tortura, salía también la experiencia traumática de la violación.

¿Cómo ha sido para nosotros trabajar con mujeres violadas?

Esto es lo que trataremos de explicar en las siguientes líneas.

El principio del contacto

Cuando las pacientes necesitan ayuda o llegan por interconsulta, pocas veces se ha sabido detrás de su sintomatología, que han sufrido violación. En la carta de respuesta a su solicitud de atención se les pide que esperen si no hay posibilidad de atenderlas inmediatamente o, de lo contrario, se les envía una hora con el nombre del terapeuta.

¡Ay, un hombre!

La reacción de las pacientes frente a la carta es: “¡Ay, un hombre!” -relatan como primera reacción al leer que han recibido hora con un terapeuta masculino. Esto desencadena ambivalencias y dudas acerca del venir o no venir, de cómo contarle a un hombre, lo que les pasó. De que sería, tal vez mejor, una mujer. Pero, la urgencia y la necesidad de la ayuda terapéutica las empuja a venir aunque la indecisión no desaparece sino hasta bien avanzado el proceso terapéutico. Ellas se expresan ambivalentes pese a que confían en la competencia cultural y profesional del terapeuta como elemento de ayuda.

¿Por qué un hombre?

Este es uno de los temas que primero surge durante el primer contacto. Durante esta sesión y las posteriores, van surgiendo las otras motivaciones que las impulsaron y que las impulsan a venir: que es un hombre latinoamericano, con estudios profesionales, que puede guardar el secreto profesional, quiere ayudarlas y está preparado para entender su problemática, la violación y el contexto en que ésta se produce.

El contexto

El contexto es político. Hoy día la violación es usada, una vez más, por los regímenes represivos en América Latina y, especialmente en Chile, como una forma de tortura que tiene como fin sacar del camino a los opositores políticos.

Mediante la tortura se persigue desorganizar, desorientar, desestructurar, castigar, amedrentar, sembrar el miedo tanto en forma individual como social, además de realizar la tradicional búsqueda de información. Todo esto trae como consecuencia el afianzamiento de un sistema eficiente de opresión que les permite a esos regímenes mantenerse en el poder.

De esta manera, la violación de mujeres se ha convertido hoy en una efectiva arma política que afecta la estabilidad psíquica tanto de la mujer que la sufre como del núcleo que la rodea: familia, amigos, amigas, compañeros, compañeras, novio, marido y otros.

En el marco de nuestro trabajo terapéutico hemos constatado que en Chile también los hombres han comenzado a ser violados. El desarrollo de las formas de tortura incluye, entonces, también la violación de los hombres los que presentan su propia sintomalogía. Pero, no vamos a tocar el tema en este artículo.

El factor cultural

La violación es vivenciada como el ataque, el atentado más fuerte que una persona puede sufrir y que vulnera y daña, entre otras cosas, su integridad, libertad, independencia y diferenciación de los demás. En nuestra cultura existe una valoración negativa de la mujer violada, por la fuerte presencia del machismo y de la influencia de la religión católica. Debido a esto, no es común ni

fácil que la mujer cuente semejantes experiencias traumáticas por temor a ser estigmatizada y desvalorizada.

También como consecuencia de la situación traumática, afrontan las mujeres grandes problemas de funcionamiento individual y social. Ellas se sienten quebrantadas en su yo, en su dignidad, amor propio y seguridad en sí mismas. Por ejemplo, algunas se sienten inseguras usando vestidos. Pero, sin lugar a dudas, se puede afirmar que la intensidad de la reacción frente a la vivencia traumática está en relación directa con la fortaleza de la estructura de personalidad y, también, de este factor dependerá, la manera cómo ellas enfrentarán la relación terapéutica. Las personas pueden ser más o menos introvertidas o extravertidas en el contacto psicológico.

La intensidad con que la persona va a reaccionar a la situación traumática depende, además, del montaje psicológico con que ella lo enfrente. En el caso de las mujeres, esto implica que ellas consideren la violación como una posibilidad real, como algo que les va a pasar si son detenidas o encarceladas, y no como algo lejano y ajeno. El considerar la violación en el campo de las posibilidades reales, es decir, con gran certidumbre de ocurrir, debe ser tomada en cuenta e incorporarse a un trabajo de profilaxis porque puede contribuir a disminuir los daños de la tortura.

La primera sesión

Desde el punto de vista de la sintomatología, pueden distinguirse síntomas y secuelas de la tortura tales como: por ejemplo depresión, angustia, problemas de sueño, pesadillas, concentración, memoria, tensiones, secuencias del trauma desde la detención, imágenes recurrentes, pensamientos negativos o autodestructivos, rabia, indiferencia, desesperanza, somatización. También síntomas, reacciones, de tipo prepsicótico/psicótico. Problemas con la percepción: lo que escuchan o creen escuchar, lo que ven y lo que creen ver.

Durante el primer encuentro siempre las pacientes hablan acerca de los deseos de contar con un terapeuta femenino. Pero este deseo desaparece con el transcurso del contacto. Realizar la alianza y profundizarla es una fase relevante del proceso terapéutico en donde la comunicación no verbal juega un papel no carente de importancia para establecer la confianza.

Una de las premisas iniciales es establecer un marco de referencia que se traduce en una detallada información acerca del contrato terapéutico y de la institución a la que han llegado, la reafirmación del secreto profesional y lo que esto implica: que sin su autorización, no se entrega ninguna información hacia afuera, ni a personas ni a instituciones.

La competencia cultural e idiomática son un factor determinante en el progreso de la alianza, en que la paciente se sienta comprendida, porque evita que entre en detalles y explicaciones sobre los elementos del contexto del que proviene, lo que permite una comprensión más plena de su realidad interna. Además, nosotros asumimos una posición de no neutralidad y nos identificamos claramente por los derechos humanos y contra la tortura.

El esfuerzo terapéutico

El esfuerzo terapéutico se ha dirigido a:

- Construir y desarrollar la relación terapéutica donde lo femenino y lo masculino se encuentran desde el primer momento.
- Narración de la situación traumatizante. Identificación, verbalización e integración de los sentimientos que se desencadenaron.
- Para ayudar a superar el estado de desorganización y de chock se evalúa como importante el hacer un intento de comprensión del por qué de la violación (por qué, por qué a mí?).

Se discuten:

- Los sentimientos de culpabilidad que las mujeres dirijen contra sí mismas y/o contra su pareja.
- Las vivencias traumáticas a través del prisma sociocultural de la paciente (por ejemplo, virginidad, embarazo, aborto, matrimonio, machismo, vergüenza, etc.).
- Los problemas de orden sexual y de pareja (se ha observado que las mujeres que han sido vírgenes y/o solteras rompen sus pololeos o noviazgos).
- Los deseos de justicia y de venganza.

¿Romper?, ¿Seguir?, ¿Empezar de nuevo?. Son interrogantes que se plantean tanto las solteras como las casadas.

La justicia y la venganza

Normalmente, en una sociedad democrática, cuando una mujer es violada, acude al servicio policial que les brinda apoyo y la posibilidad de tratar de aprehender al violador para que enfrente un proceso y reciba su castigo.

Desde pequeñas se le inculca a las personas que la policía les garantiza una cierta protección a los diferentes individuos dentro de la sociedad. Se dice que la policía y las instituciones armadas

cumplen una función de protección y de seguridad para el grupo social. Pero, ¿qué ocurre, qué sucede cuando son ellos mismos los que perpetran delitos en contra de la población civil?

Una de las consecuencias es que las mujeres que han pasado por el trauma de la violación sufren una sensación de miedo, de desamparo total, de desorientación, de impotencia y de rabia que se expresa al comienzo de manera destructiva dirigida tanto en contra de sí mismas como de su entorno. Así aparecen las ideas de suicidio y, por otro lado, el deseo de vengarse de los hombres, incluso de su propia pareja.

Durante el proceso terapéutico las pacientes logran una mayor comprensión de las causas que han originado su situación y de lo que pasa con ellas mismas. El poder explicarse lo inexplicable, el comprender el por qué de sus vivencias traumáticas es la fase más relevante de esta parte del proceso terapéutico. Esto posibilita que ellas den pasos importantes tanto en la reconciliación con el sexo opuesto como en la condena del régimen que les ocasionó el daño. Desde esta perspectiva, todas (con excepción de un caso en donde se carece de información) las que no mantuvieron su actividad política, la han retomado o comenzado a realizarla, incluso, antes de la finalización de la terapia.

El marco terapéutico

Las sesiones han sido tanto de 45 como de 90 minutos. Los contratos han sido cerrados y abiertos. Los primeros han variado entre terapias de crisis, de apoyo y cortas. Los segundos, se han ido evaluando con la propia paciente hasta terminar de común acuerdo.

Apreciaciones generales

La base de nuestra experiencia la conforman 20 pacientes que han solicitado ayuda en forma directa o llegado por interconsulta durante el último tiempo al Consultorio Psiquiátrico para Hispanohablantes. El promedio de edad ha sido de aproximadamente 28 años y el término medio de sesiones de 12. En sólo 6 de los casos los terapeutas han tenido conocimiento previo de la existencia de la violación.

A manera de resumen queremos resaltar lo siguiente:

- Que la mayoría de las mujeres son jóvenes, solteras y políticamente activas.

Översatt forskningsartikel

- La cuarta parte de ellas era virgen al momento de la violación.
- Predominan los lugares de detención desconocidos.
- La violación va asociada a otras formas de tortura y maltrato.
- La causa de la violación es la actividad política propia para la mayoría de ellas.
- En algunos casos, las mujeres quedan embarazadas y se ven obligadas a realizar aborto (*), lo que conlleva problemas afectivos, morales y legales (porque no está permitido).
- Las ideas, planes y / o intentos de suicidio predominan.
- El porcentaje de abandono a la terapia es bajo.
- Las que terminan el tratamiento lo hacen libres de síntomas y de medicinas.

(*) A veces, la posibilidad del aborto no existe y la mujer da a luz a un hijo de sus violadores. Pero, esta problemática no se presentó en los casos que tratamos.

A modo de conclusión

Nosotros consideramos:

- Que es indispensable llamar la atención sobre la utilización de la violación como instrumento de opresión por parte de las fuerzas represivas en Latinoamérica.
- Que es posible que nosotros como terapeutas masculinos realizemos psicoterapias exitosas con las mujeres que han pasado por esa experiencia traumática.

Estocolmo, 1987. /Revisión 11 septiembre 2023 – A 50 años del Golpe de Estado en Chile/

////////////////////////////////////

Otras referencias de la época:

CFT
INSTITUTET

COMPASSIONFOKUSERAD TERAPI FÖR ÄTSTÖRNINGAR (CFT-E)

En introduktion
med Dr. Ken Goss

18– 19 April
Stockholm

- Introduktion till teorin, principerna, och teknikerna för Compassionfokuserad terapi (CFT).
- Hur dessa tekniker kan modifieras och tillämpas för att hjälpa människor att tillfriskna från ätstörningsproblematik (Compassion Focused Therapy for Eating Disorders – CFT-E).
- Forskning som stöder inkorporering av CFT-E i vanlig behandling av ätstörningar kommer att presenteras.

Pris: 6500 + moms.
(fika & lunch ingår)

Gör din anmälan och
läs mer på
www.cftinstitutet.se



Har du en forskningsartikel du vill publicera?

Våran vetenskapliga tidskrift **Cognitive Behavior Therapy** tar emot artiklar kring teman om **KBT-upplärning, handledning och implementering i deras kommande specialnummer!**

Vill du veta mer så ta dig till CBT's hemsida: https://think.taylorandfrancis.com/special_issues/cognitive-behaviour-therapy-cbt-training-supervision-and-implementation/?utm_source=TFO&utm_medium=cms&utm_campaign=-JPG15743&_ga=2.252184012.478072660.1697443816-1986686502.1697002506

Ariklarna behöver vara på engelska.

