

# Beteende terapeuter



- Intervju med Andrew Christensen
- IAPT i Storbritannien
- AKBT i Beteendeterapeuten **Nyhet!**

**Tema: Årskongress i Linköping**

# Beteende terapeuten

## Utgives av

Beteendeterapeutiska föreningen

## Redaktionen

Anna Eriksson, Redaktör

Liv Larsson

Johan Westöö

Michaela Johansson

Lars Klintwall Malmqvist

## Styrelsen:

Viktor Kaldo, Ordförande

viktor.kaldo@ki.se

Tove Wahlund, Medlemssekreterare

tovewahlund@gmail.com

Inga Axbrink, Kassör

inga.axbrink@pk.artisan.se

Sara Widén, Sekreterare

widensara@gmail.com

## Övriga ledamöter:

David Blank

d.blank@mac.com

Rio Cederlund

rio.cederlund@gmail.com

Annika Deverud

annika.deverud@psychiat.umu.se

Maria Eklund

mgeklund@gmail.com

Dan Katz

dan.katz@swipnet.se

Kristina Nilsson

rudolfsdotter@yahoo.se

Björn Paxling

bjorn.paxling@gmail.com

Jonas Ramnerö

jramn@psychology.su.se

Cecilia Sjödén

cecilia.sjoden@psykologpartners.se

## Manusstopp för nästa nummer

10 augusti 2010

Bidrag skickas till:

marvelette@hotmail.com

Textformat: Word

(eller RTF om du använder Mac)

## Omslag

Kelly Wilson. Foto Michaela Johansson

## Tryck och repro

Dahlströms tryckeri, Nyköping

## Redigering

Lennart Östlund, Learning Partner,

Nyköping

## Redaktionellt

Efter en lång vinter är våren äntligen här, till stor glädje för mig och alla andra soldrykare. Med våren brukar också årets andra nummer av BTF:s medlemstidning dyka upp. Så även 2010 och nr 2 är fullspäckat med intressanta artiklar och reportage. Som brukligt i nr 2 ägnas en större del av tidningen åt skriftlig och visuell dokumentation av Årskongressen. Av allt att döma var det ett väldigt lyckat arrangemang med en mängd intressanta föreläsningar, workshops och möten människor emellan. Missa inte heller intervjun med Andrew Christensen i detta nummer!

Från och med nu ingår AKBT i Beteendeterapeuten. Det innebär en välkommen förstärkning av medlemstidningen som nu får mer tyngd och ännu mer intressant innehåll.  $1 + 1 = 3$ , tycker i alla fall vi i redaktionerna. Återstår att se om BTF:s medlemmar håller med. Som vanligt är bidrag till Beteendeterapeuten välkomna och du har god tid på dig – manusstopp för nr 3 är inte förrän 10 augusti.

Anna Eriksson

Redaktör Beteendeterapeuten

## I detta nummer:

**Kelly Wilson - Mindfulness in ACT** 4

**Från KBT-behandling till konsultsamtal** 7

**Behandlarens ABC** 10

**Evidensbaserade psykoterapier** 11

**Aktuellt om KBT - en tidning i tidningen** 13-16

**Translational Research Strategies for Enhancing  
Psychotherapy for Anxiety Disorders** 17

**Storbritanniens satsning på  
evidensbaserade terapier (IAPT)** 19

**Intervju med Andrew Christensen** 21

**Psykometriker utan mentalism – Denny Borsboom** 22

**Nätbaserad KBT – en vinst för både individen  
och samhället** 24

# Ledare

Jag vill börja med att återigen tacka arrangörerna för årskongressen i Linköping för en mycket väl genomförd och innehållsrik tillställning! Att två av de största namnen faktiskt inte var där märktes knappt bland alla intressanta föreläsningar.

När det gäller själva årsmötet var det nog det mest odramatiska hittills – inga propositioner eller motioner att diskutera, ingen ekonomisk kris och inga oklarheter i stadgarna som plötsligt uppdagades. Skönt på vissa sätt, men samtidigt måste jag erkänna att jag hoppas det händer lite mer på nästa årsmöte.

**”Har du som medlem något du vill driva i föreningen är alltså nu ett bra tillfälle att sätta igång”**

Styrelsen har fått många nya medlemmar och kommer när detta går i tryck nyss ha setts för ett lite längre möte i vårt nya kansli på Kammakargatan 62 i Stockholm. Vi kommer då att börja lägga upp en plan för verksamhetsåret 2010/11, där huvudfokus kommer att ligga på vilka större frågor vi vill driva. Då ideella föreningar inte alltid är så snabba i vändningarna är det viktigt att ha en viss framförhållning. Så har du som medlem något du vill driva i föreningen är alltså nu ett

bra tillfälle att sätta igång – lobbyingfönstret står på vid gavel! Diskutera med likasinnade och kontakta gärna styrelsen med funderingar och åsikter. Som vanligt gäller – ju mer förberedd en fråga är och ju mer du själv engagerar dig, desto större kan genomslaget bli.

En sak som kommer att hända redan under våren är att en ny uppdatering av hemsidan kommer göras. Den innebär att medlemsregistret förändras en del, vilket sannolikt betyder att samtliga medlemmar och stödmedlemmar får uppdatera och komplettera sin personliga information. Inte den mest exalterande selsättningen kanske, men då det behövs för att kunna göra en rad förbättringar hoppas vi att ni under en period ”ursäktar röran”.

Till sist vill jag upplysa alla om möjligheten att få vara med och skapa den hittills troligen största BT/KBT-händelsen som skådats Sverige – BTF:s 40-årsjubileum! En projektgrupp har dragit igång, men det är ännu inte för sent att ansluta sig så passa på! Kontakta mig på [viktor.kaldo@ki.se](mailto:viktor.kaldo@ki.se) så lotsar jag vidare.

**VIKTOR KALDO**  
Ordförande  
i Beteendeterapeutiska föreningen



## *Att skriva i Beteendeterapeuten...*

*...behöver inte vara så svårt och är mycket välkommet!*

*Tidningens innehåll ska framförallt innehålla bidrag från BTF:s medlemmar och inte enbart från redaktionen. Med förhoppningen att fler känner sig manade att skriva och vågar ta steget att bidra till tidningen erbjuder Beteendeterapeutens redaktion hjälp med återkoppling på inskickade bidrag före publiceringen i tidningen, om så önskas. Kontakta redaktören och be om att få synpunkter på det du skrivit så hjälper redaktionen gärna till. Foton är också mycket välkomna och ju högre upplösning desto bättre!*

# Kelly Wilson – Mindfulness in ACT

Text: Michaela Johansson

Kelly Wilson blandar och ger av fakta, diskussion och upplevelsebaserad inläring under sin endagsworkshop, med fokus på mindfulness såsom det används inom ACT. Wilson har en mycket karismatisk scennärvaro, vilket paradoxalt nog gör att han känns både genuin och noggrant inövad på samma gång. Något som blir tydligt exempelvis när han vid två olika tillfällen förkunnar att han är tacksam över möjligheten att få resa jorden runt och förälska sig i människor.

Enligt Wilson handlar mindfulness (eller medveten närvaro) inte bara om sittande 45-minutersmeditationer. Faktum är att dessa stillasittande övningar kan medföra problem, vilket Wilson illustrerar något teatraliskt genom att sätta sig på en stol och högljutt försöka att räkna sina andetag. Han poängterar hur lätt det är att kontinuerligt bli distraherad när man försöker slappna av, vilket han menar beror på att hjärnan hatar att vara arbetslös. Har hjärnan ingenting att göra hittar den på egna uppgifter att fokusera på, såsom att tänka negativa tankar. Evolutionen har förberett oss på problemlösning, med tanke på att de som inte kunde uppmärksamma ett problem (ett analkande lejon) samt lösa det (springa däri-

från) dog ut. Wilson kallar detta "the savannah mind", dvs att vi fortfarande bär med oss en beredskap för agera i farliga situationer på samma vis som djur på savannen. Det problematiska är att sådan fara är långt mindre sannolik att uppstå i den kontext vi befinner oss i nu.

Han drar paralleller till hur Viktor Frankl, överlevande från koncentrationslägren och sedermera förfat-

**Har hjärnan ingenting att göra hittar den på egna uppgifter att fokusera på, såsom att tänka negativa tankar.**

tare, letade efter livets mening. Wilson menar att Frankl inte fann ro förrän han till slut sade ja till problemen han hade och slutade kämpa. Kontentan är att Frankl kunde känna sig befriad först när han fattade beslutet att stanna kvar i lägret.

Wilson menar att psykoterapin är så upptagen med att få saker gjorda, att minska symtomen hos patienterna, att man missar en hel värld av rikedom. Men han betonar att han inte tycker att det är dåligt att jobba med symtomreduktion, utan menar mer att han personligen inte är intresserad av det. Han drar in Frankl igen och uppger sig vara fascinerad av hur han fann mening och vägledning i sitt liv när han hjälpte sina medfångar, trots att han inte kunde förändra sin kontext det minsta lilla. Wilson sammanfattar detta med budskapet att vi kan känna oss fria först när vi slutar fixa och kontrollera. På samma vis kan vi styra vår medvetna uppmärksamhet till att bara vila vid saker, utan att försöka fixa och kontrollera våra tankar.

Ett återkommande tema i Wilsons workshop är psykologisk flexibilitet. Han menar att modeller för specifik



Kelly Wilson och Hana Jamali  
Foto: Maria Gybrant.

## ”vi kan känna oss fria först när vi slutar fixa och kontrollera”

fobi som utvecklades för djur är för begränsade för att kunna helt appliceras på människor. Han beskriver att människor inte bara har problem med hög arousal/ångest och undvikande av det som väcker obehaget, utan även att de har för snäva beteenderepertoarer. Det blir alltså viktigt att motverka underskotten av beteenden och öka flexibiliteten i människors ageranden, samt känsligheten för kontexten.

En stor del av workshopen går Wilson igenom komponenterna i hexaflexmodellen inom ACT, d v s den sexkantiga figur som innehåller medveten närvaro, själv som kontext, acceptans, fusion/defusion, värderingar och commitment (i brist på svensk översättning). Han knyter an till denna när han presenterar hur man kan använda mindfulness i alla dimensioner av livet.

- **Medveten närvaro:** Vi kan motverka oro, ruminering, ouppmärksamhet och fixering hos våra klienter genom att hjälpa dem att fokusera på här och nu. En viktig lärdom är att det inte finns någon särskild plats som är dåtiden eller framtiden, det finns bara en rad av ”nu” och ”nu” och ”nu”. Patienter kan uppvisa förmågan att fokusera, i det att de kan minnas många detaljer ur sina berättelser om dåtiden. Men många behöver hjälp med förmågan att flexibelt flytta detta fokus till att gälla här och nu.
- **Själv som kontext:** Wilson beskriver många människors svårigheter att tänka flexibelt och varierat kring sig själv, i det att de ofta är polariserade och ser enbart en sida av prismet. Exempel på inflexibelt tänkande om den egna personen kan vara ”förr var jag någon, nu är jag ingen alls”. Det finns inget ”jag” utanför den egna berättelsen om oss själva, med de etiketter vi sätter på oss själva och de kategorier vi placerar oss i.

## ”många behöver hjälp med förmågan att flexibelt flytta detta fokus till att gälla här och nu”

- **Acceptans:** Inom ACT innebär inte förbättring per definition en minskning av tankar, ångest eller smärta. Det handlar snarare om att hitta nya förhållningssätt till våra påträngande tankar och att kunna acceptera dem som de är. Att kunna släppa taget och sluta kämpa. Wilson poängterar dock att det inte handlar om radikal acceptans om vi försöker acceptera våra tankar och vår ångest för att slutgiltigt kunna bli av med dem.
- **Defusion/fusion:** Språket har en central betydelse för hur vi definierar oss själva och hur vi kategoriserar andra. Vi gör polariserade kategoriseringar för att spara tid, men risken är att vi blir för inflexibla och begränsade i våra liv. Defusion handlar om att förändra funktionen av våra tankar och hur vi förhåller oss till innehållet, snarare än att förändra själva innehållet (som är praxis inom Beckiansk kognitiv terapi). Wilson exemplifierar detta med att repetera ”I’m not enough” så många gånger att innehållet går förlorat i upprepningarna. Till slut är det så defuserat att han kan sjunga opera med meningen.
- **Värderingar:** Vid starka undvikandebeteenden är det lämpligt att ta bort åtagandet till förändring och förmedla att klienten inte behöver göra något i första steget. Det handlar snarare om att se vilka värderingar de har, för att öka flexibiliteten. En metafor kan vara att be klienten att beskriva alla matvaror den skulle vilja ha i sitt skafferi, utan att be klienten att laga till en måltid av dem än. Värderingar ska dock inte ses som ”saker” som man kan förvara någonstans, utan snarare som föränderliga verb.
- **Commitment:** Det är viktigt att bryta ner värderingarna i små delmål för att patienten ska våga ta ett första steg i sin värderade riktning. Man kan t.ex. fråga vad klienten kan göra inom de närmaste 24 timmarna för att leva i linje med sina värderingar. Här kan man använda beteendeaktivering för att schemalägga beteenden som går i värderad riktning. Man bör även förvänta sig något som Wilson kallar ”the NO show”, dvs. att varje nytt beteende som betyder något även kommer att generera en uppsjö av undvikanden i stil med ”nej, jag hinner inte”, ”nej, jag kan göra det imorgon” osv.

Då det är en upplevelsebaserad workshop, avslutar Wilson med en övning som han kallar ”The Sweet Spot”. Alla i publiken ombeds välja ett minne från ett ögonblick då vi kände oss tillfreds och lyckliga. Vi instrueras att gå in i minnet med hjälp av medveten närvaro och sedan förmedla minnet till vår bänkgranne genom att mycket långsamt och nästan fragmentariskt beskriva platsen, händelserna och känslan. Detta medan vår bänkgranne har full uppmärksamhet på oss och avhåller sig från att nicka, humma eller le. Utmaningen i övningen är att enbart hålla stadig ögonkontakt och hela tiden styra uppmärksamheten till det bänkgrannen berättar om, utan att ge förstärkning på något sätt. De reaktioner som förmedlas efteråt tyder på att de flesta hade en intensiv upplevelse av nära samhörighet med personen vars ögon de stirrade in i.

Slutligen uppmanar Wilson terapeuter att öva sig på ”pacing” på samma vis som maratonlöpare och

”även vi terapeuter behöver använda mindfulness i terapirummet, för att kunna vara alltjämt närvarande med klienten”

musiker, dvs. att kunna sakta ner till en takt som vi kan behärska. Det är viktigt att inte låta sig speglas av klientens tempo och dras med i verbala undvikanden. Sammanfattningsvis kan man säga att även vi terapeuter behöver använda mindfulness i terapirummet, för att kunna vara alltjämt närvarande med klienten. Vill man lära sig mer om det så finns Wilsons nyutkomna bok Mindfulness for Two.



**OBS!**  
**MANUSSTOPP**  
för nästa nr är  
**10:e augusti**  
Maila ditt alster till Anna Eriksson  
[marvelette@hotmail.com](mailto:marvelette@hotmail.com)  
**OBS!**

# Från KBT-behandling till konsultsamtal – Brief Interventions

Text och foto: Maria Gybrant

På halkiga trottoarer kommer vi fram till missionskyrkan i Linköping, där BTF-konferensen hålls i år. I musikrummet på andra våningen gör Tomas Gustavsson, Gisela Wisung, Mats Dahlin och Kristofer Zettervist i ordning för en workshop om korta interventioner med fokuserad klinisk beteendeanalys i primärvård och psykiatri. Modellen är utarbetad av Kirk Strosahl och Patricia Robinson, som båda arbetar på vårdcentraler i hemstaden Yakima, USA. Ett fyrtiotal personer fyller det lilla

rummet och efter en stund drar det igång. Tempot är högt från starten! Tiden flyger iväg.

Tomas, Gisela, Mats och Kristofer har arbetat med modellen, som kallas Brief interventions, i primärvård respektive öppenvård psykiatri. De berättar att det är en stor omställning att gå över från att arbeta som KBT-psykolog till ”konsult”. En tydlig ram ges till patienten redan från början. Samtalstiden förkortas och idén är att kunna både ta emot, möta patienten och återge till läkare på cirka en

**”Tanken är att med en kort intervention få till stånd en liten förändring i patientens liv”**

halvtimme. För att möjliggöra detta går man igenom kontextuella faktorer såsom sociala relationer, återhämtning i vardagen och hur arbetssituationen ser ut, med en slags checklista av stängda frågor.

Genom att då och då fråga om patienten har funderat på att ändra vissa beteenden kan behandlaren ”provtrycka” för att se hur motivationen är för förändring inom detta område.

Det är inte terapi i vanlig mening. Istället gör man korta insatser med en snabb översikt av kontextuella faktorer för att sedan göra en konceptualisering och till sist en intervention som syftar till att höja funktionen inom något område. Symtomreducering fokuserar man inte på. Istället använder man den omgivande situationen som validering för symtomen, t ex ”det är inte konstigt att du känner dig nedstämd när det är så



Tomas Gustavsson, Mats Dahlin, Kristofer Zetterqvist och Gisela Wisung.



Rollspel: Terese Andersson och Maria Berglund

mycket som du saknar i din vardag: vänner, att göra sånt du tycker är roligt (och så vidare utifrån patientens situation)”. Sedan tittar man på vad patienten kan göra utifrån hur det ser ut nu. Tanken är att med en kort intervention få till stånd en liten förändring i patientens liv, som låter patienten få kontakt med fler positiva förstärkare i sin vardag och på så sätt vända en utveckling från en avsmalnande beteendepertoar till större psykologisk flexibilitet.

**Utvärderingar visar att majoriteten av patienterna tycker att de får tillräckligt mycket hjälp**

Stor tonvikt läggs vid att det är patienten som har ansvar för sin förändring. Vid slutet av samtalet frågar behandlaren om patienten vill ha ett nytt besök och i så fall när. Förvånande ofta, berättar Gisela, säger patienten mycket längre tid framåt än man själv skulle föreslagit.

Om patienten är djupt deprimerad kan det emellertid vara bra att komplettera med e-mailkontakt för att höja sannolikheten för beteendeförändring. Genomsnittligt träffar konsulten patienter tre gånger. Utvärderingar visar att majoriteten av patienterna tycker att de får tillräckligt mycket hjälp och att många uppskattar att få psykologisk rådgivning så snart som samma dag de kommer. Forskning visar också på att modellen bidrar till minskade vårdkostnader, ökad funktionsnivå och bättre välmående än sedvanlig behandling samt att den leder till bättre följsamhet till medicinsk och psykologisk behandling.

Metoden innebär ett tätare samarbete med annan sjukvårdspersonal. Genom att ha korta och få kontakter skapas utrymme att också träffa patienter genom att ”gå ut och fiska” i korridoren, det vill säga undersöka om det finns andra patienter på vårdcentralen just nu som kan ha nytta av psykologiska interventioner. På detta sätt kan betydligt fler patienter fångas upp, och samarbetet ger också information till läkare om hur de kan använda psykologens

kompetens för patienter med olika slags svårigheter. Då arbetet kan bli mycket intensivt för psykologen gäller det att också hitta en balans mellan effektivitet och egen återhämtning mellan varven.

**Över hälften av patienterna som kommer till vårdcentral har psykosociala svårigheter**

Över hälften av patienterna som kommer till vårdcentral har psykosociala svårigheter, och en majoritet av patienterna har svårigheter där man inte kan fastställa någon somatisk grund. Den traditionella psykiatriska modellen räcker heller inte till inom primärvård för att fylla det behov som finns. Av de som remitteras vidare till psykiatri kommer cirka 75 procent inte ens dit till ett första besök. De flesta med psykisk ohälsa som kommer till primärvården föredrar, har det visat sig, att bli



## Får de vänta i ett par veckor på samtalskontakt kan motivationen hinna svalna

hjälpna där. Det är också lätt att i patientflödet i primärvården missa dem som kan ha användning av beteendeförändringar i vardagen. Brief Interventions – modellen gör det möjligt att fånga upp fler patienter tidigt. Dessutom är det viktigt att fånga upp patienter just då de är motiverade till förändring. Får de vänta i ett par veckor på samtalskontakt kan motivationen hinna svalna. För många patienter tycks det också

vara värdefullt att få hjälp så snabbt som möjligt. Då kan man förhoppningsvis i tid påverka ett förlopp som annars kan övergå i den berömda negativa spiralen, eller hejda att den går alltför långt.

På ett sätt har vi alla varit med om en utvidgad brief-intervention denna dag: tydliga ramar för dagen, kort översikt av vår situation, vad vi kan, vad vi vill, information, rådgivning, modellinlärning, pröva-själva (med rollspel) och diskussion. Efteråt är vi nog alla ganska möra. En sak är säker: vi har fått många nya intryck och mycket att fundera på. Kanske man vågar pröva, ändå... ett steg i taget!

**Not:** All fakta i artikeln är hämtad från föreläsningdelen i workshopen. Om du är intresserad av mer information om modellen så kan du kontakta Mats Dahlin, Dahlin@psykologpartners.se eller kristofer.zetterqvist@psykologpartners.se. Vidare läsning som rekommenderas av föreläsarna är: Behavioral consultation and primary care. Robinson, P. & Reiter, J. (2007). Springer. Behavioral integrative care. Treatments that work in the primary care setting. O'Donohue, W et al. (2005). Brunner – Routledge. Integrated behavioral health in primary care. Hunder, C et al (2009). APA

## Grattis Michaela Johansson!

*Du har vunnit en 1-dagsworkshop i BTF:s regi.  
Maila namn och hemadress till BTF:s kanslist  
Therése Seglert, [btf.kansli@gmail.com](mailto:btf.kansli@gmail.com)  
så får du workshopsintyget hemskickat.*

## Grattis Maria Gybrant!

*Du har vunnit boken "När förändring är svårt – att hantera motstånd med motiverande samtal" av Liria Ortiz.  
Maila namn och hemadress till BTF:s kanslist  
Therése Seglert, [btf.kansli@gmail.com](mailto:btf.kansli@gmail.com)  
så får du boken hemskickad.*

# Göran Sunna – Behandlarens ABC

Text och foto: Michaela Johansson



**Göran Sunna presenterade budskapet i sin halvtimmesföreläsning genom ord på A, B eller C.**

- **Ability/kunna:** Ett vanligt misstag är att tänka ”om jag och patienten bara förstår vad det handlar om, så löser sig allt”. Det handlar istället mer om att våga än att kunna, t.ex. att våga vara spontan, att våga släppa KBT-manualen och att våga misslyckas.
- **Acceptans:** Av sin egen uppväxt, t.ex. i arbetarklass. Att sluta kämpa för att passa in.
- **Artisteri:** Att se KBT-behandling som ett konsthantverk, där man behöver utveckla egna psykologfärdigheter (ögat och handen) innan man köper dyrare penslar (metoder). Detta för att undvika fixering vid metod och teknik, snarare än hantverket.
- **Arbiträra förstärkningar:** Dessa är sällan

naturliga, så använd hellre naturliga/primära förstärkningar. Istället för att säga ”bra, snyggt!” när patienten lyckas, fråga hellre ”vad kommer det här nya beteendet att göra med dig, ditt liv och dina relationer?”

- **Balans:** Variera ditt tempo, röstläge och kroppsspråk med patienten. Hitta balansen mellan acceptans och förändring, stöd och krav. Se dig själv som ägare av två metaforiska händer, där den ena pressar patienten i ryggen (med risk att knuffa omkull) och den andra handen ligger stödjande på bröstkorgen (med risk att bromsa).
- **Spräckta Brallans teori:** Metaforiskt för att man som terapeut antingen kan smyga med och känna vaksamhet inför att man har gjort något fel (har spräckta brallor), eller skämta om det och visa det öppet för att avdramatisera.
- **Catt bland hermelineer:** Beskriver hur man som terapeut kan känna sig tvungen att gömma något från uppväxten för kollegorna på arbetsplatsen, de som borde vara tränade i validering och förståelse. Har vi kanske dubbla människosyner, i det att vi kan acceptera våra patienters svårigheter men inte våra kollegors?
- **CSB-RGB:** Contingency Shaped Behaviour vs. Rule Governed Behaviour, innebär att vi som terapeuter kan bli för fokuserade på att följa regler och manualer, så att vi missar det som händer i rummet eller i oss själva. Använd manual för att lära dig tekniken, men släpp den sedan!
- **Compassion:** Måste man älska sina klienter? Nej. Måste man vara nyfiken? Ja, för enbart diagnoser säger inget om hur livet har blivit för personen man har framför sig. Så fråga mer!

# Lars-Göran Öst – Evidensbaserade psykoterapier för barn och ungdomar: en översikt av forskningen

Text och foto: Michaela Johansson

Lars-Göran Öst inledde sin presentation med att definiera hur metaanalyser och effektstorlek har använts för att utvärdera evidensen. Sedan presenterade han de kriterier för evidensbaserade psykosociala behandlingar som Silverman och Hinshaw (2008) har formulerat:

## **1. Väletablerade behandlingar:**

Det måste finnas åtminstone två bra gruppdesignexperiment, utförda i åtminstone två oberoende forskningsmiljöer, av två oberoende forskarteam. Man måste använda behandlingsmanualer, behandla en population med specifika problem med specificerade inklusionskriterier, använda reliabla och valida utfallsmått och använda lämpliga dataanalyser. Behandlingen ska demonstreras vara antingen statistiskt signifikant överlägsen piller- eller psykologisk placebo eller annan behandling, ELLER vara ekvivalent med en redan etablerad behandling i experiment med tillräcklig power.

## **2. Troligen effektiva behandlingar:**

Det måste finnas åtminstone två bra experiment som visar att behandlingen är statistiskt signifikant överlägsen en väntlistekontrollgrupp, ELLER en eller flera bra experiment som uppfyller kriterierna för väletablerade

behandlingar, förutom att de inte har utförts i åtminstone två oberoende miljöer eller av två oberoende team.

## **3. Möjligen effektiva behandlingar:**

Åtminstone en bra studie visar att behandlingen är effektiv och det finns inga motsägande evidens.

## **4. Experimentella behandlingar:**

Behandlingen har ännu inte testats i studier som uppfyller kriterierna för forskningsmetodik.

Med dessa kriterier som bas redogjorde Lars-Göran Öst för evidensen inom varje område, i form av effektstorlekar. Nedan följer en översikt av vad som är mest



Lars-Göran Öst

effektivt inom varje område, med effektstorlekarna inom parentes.

- **Specifika fobier:** Östs egen ensessionsexponering (2.30)
- **Social fobi:** Beidels Social Effectiveness Training (1.74)
- **Tvångssyndrom:** Exponering + responsprevention (1.98)
- **GAD, separationsångest, social fobi:** KBT individuellt eller i grupp (Kendalls Coping Cat) (1.61)
- **PTSD:** Traumafokuserad KBT (dock främst studier på sexuella övergrepp) (1.59)
- **Depression:** KBT i grupp (0.58)
- **Uppförandestörning/trotssyndrom:** Problemlösning/färdighetsträning (1.19), Interaktionsterapi för förälder och barn (1.33)
- **ADHD:** Beteendeterapeutisk föräldraträning (0.90)
- **Ätstörningar:** För få studier för metaanalys, men i en beskrivande litteraturoversikt anses familjeterapi enl. Maudsleymodellen vara väletablerad för anorexia nervosa, medan familjeterapi och KBT-vägledad självhjälp anses vara möjligen effektiva för bulimia nervosa.
- **Tics/Tourettes syndrom:** Det finns ännu ingen metaanalys, men i en beskrivande översikt bedöms habit reversal training (2.15) vara väletablerad medan exponering plus responsprevention bedöms vara troligen effektiv.
- **Autism:** Två olika beskrivande översikter anser att Early Intervention Behavior Treatment (1.30) respektive Applied Behavior Analysis är väletablerade.
- **Självskadande:** Forskningen på området är mycket begränsad,

vilket gör att en metaanalys saknas. En litteraturoversikt beskriver kombinationen av problemlösning, KBT och DBT i grupp (0.61) som möjligen effektiv.

Lars-Göran Öst beskrev vidare hur den kliniska responsen ser ut för ett antal diagnosområden. Den kliniska responsen definierades vara att patienten antingen inte längre uppfyller diagnoskriterierna, eller har fått en kliniskt signifikant förbättring. En sådan förbättring kan ses genom att förändringen från före till efter behandling är såpass stor att den är statistiskt reliabel, eller att patientens värde på mätinstrumenten ligger innanför normalgruppens eller utanför den obehandlade patientgruppens fördelning av värden. När man gör uppföljningsmätningar har depression störst klinisk respons, men även specifika fobier, social fobi, OCD, GAD och PTSD ger en ökning i klinisk respons vid uppföljning.

**”KBT för de flesta diagnoserna fungerar lika bra i den kliniska rutinvården som i forskningsstudierna”**

Slutligen jämförde Öst efficacy (forskningsresultat) med effectiveness (kliniska resultat), för att påvisa att KBT för de flesta diagnoserna fungerar lika bra i den kliniska rutinvården som i forsk-

ningsstudierna. Undantagen är OCD, som fungerar bra i klinisk vård och väldigt bra i forskningsstudier, medan det är tvärtom för uppförandestörning.

**”Enbart tio procent av barn och ungdomar med psykiska störningar får någon behandling över huvud taget”**

Sammanfattningsvis sade Öst att det finns minst en väletablerad KBT-metod för specifika fobier, OCD, GAD, PTSD, depression, uppförandestörning och trotssyndrom, ADHD, anorexia nervosa, tics/Tourettes och autism. Forskningen kring effektiva psykoterapier för barn och ungdomar har utvecklats mycket starkt de senaste tio-femton åren, men enbart tio procent av barn och ungdomar med psykiska störningar får någon behandling över huvud taget. Bristen på KBT-terapeuter i Sverige gör att ett ännu mindre antal får tillgång till en evidensbaserad terapi. Med tanke på att många störningar debuterar i tidiga år snarare än i vuxenåldern, framhävde Öst vikten av att satsa mer resurser på att få så effektiva behandlingar som möjligt för våra barn och ungdomar. Det behövs speciellt mer forskning inom självskadande, bulimia nervosa och social fobi.



## KBT-behandling för IBS via Internet

Text: Linda Bylin

### Artikelsammanfattning

Ljótsson m.fl. (in press). Internet-delivered exposure and mindfulness based therapy for irritable bowel syndrome – A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*.

Irritable bowel syndrome (IBS) har en prevalens på 5-11 % och är den vanligast förekommande diagnosen bland de s.k. funktionella gastrointestinala tillstånd. Diagnosen ställs utifrån Rom-III-kriterierna, vilka inkluderar smärta eller obehag i magen i kombination med diarré och/eller förstoppning. Symtom såsom trängande behov, svullen mage och en känsla av inkomplett tarmtömning är också vanliga.

Ljótsson m.fl. har utvecklat ett KBT-protokoll innehållande exponering och övningar i medveten närvaro, vilket syftar till ökad acceptans istället för ökad kontroll över IBS-symtom och de sekundära besvär (ångest, depressivitet, minskad livskvalitet) dessa ofta medför. Protokollet har utprovats i gruppformat och i föreliggande studie utprovas det i ett tio veckor långt självhjälsprogram med e-poststöd varje vecka.

193 personer anmälde intresse för deltagande i studien. För att undvika att deltagarna skulle ta skada av behandlingen användes strikta inklusions- och exklusionskriterier. Dessa innebar bl.a. att man skulle ha fått diagnosen IBS av en läkare och att man uppfyllde Rom-III-kriterierna. P.g.a. att man inför studien inte genomförde gastroenterologiska undersökningar exkluderades presumtiva deltagare som rapporterade s.k. alarmsymtom (t.ex. symtomdebut efter 50 års ålder, snabb viktnedgång som ej kan häröras från ändrade kostvanor, nattliga symtom, blod i avföringen). Personer som rapporterade suicidalitet,

svår depression, alkohol eller drogberoende, psykos, manisk episod eller anorexia nervosa exkluderades. Totalt 86 personer randomiserades till behandling respektive väntelistkontrollgrupp (VLK).

Självhjälsprogrammet som deltagarna i behandlingsbetingelsen fick ta del av bestod av fem steg. Det första av dessa innehöll rational och instruktioner i medveten närvaro. De tre därpå följande stegen innehöll ytterligare övningar i medveten närvaro och presentationer av en psykologisk modell för IBS, t.ex. en beskrivning av hur beteenden som syftar till att öka kontrollen över IBS-symtom ofta leder till ökad intensitet av och uppmärksamhet på dem. Det femte och sista steget, vilket deltagarna skulle ha nått i mitten av tioveckorsperioden, bestod av exponeringsövningar som de utförde under de följande fem veckorna. Dessa övningar kan indelas i tre huvudkategorier; övningar som syftar till att framkalla symtom, eliminering av olika kontroll- och säkerhetsbeteenden samt exponering för olika situationer i vilka symtom är särskilt ovälkomna. Behandlingen avslutades med återfallsprevention. Under behandlingen hade deltagarna tillgång till ett forum på Internet, där de kunde diskutera de olika komponenterna med övriga deltagare.

Även deltagarna i VLK hade tillgång till ett Internetforum och de hade också möjlighet att ta kontakt med en av terapeuterna i projektet om de önskade generell stöd.

Primära utfallsmått var grad av IBS-symtom och sekundära utfallsmått var IBS-relaterad livskvalitet, gastrointestinalspezifisk ångest, depression och generell funktionsnivå. Mätningar gjordes före och direkt efter interventionen samt tre månader efter avslutad behandling.

90 % av deltagarna i behandlingsbetingelsen och samtliga i VLK deltog i eftermätningen. Deltagarna i behandlingsbetingelsen rapporterade 42 % minskning medan deltagarna i VLK rapporterade 12 % minskning av primära IBS-symtom, vilket gav en stor effektstorlek. Jämfört med VLK förbättrades deltagarna i behandlingsgruppen på samtliga sekundära utfallsmått. Effekten på livskvalitet var stor och fortsatte öka fram till uppföljningsmätningen. 74 % av deltagarna i behandlingsgruppen nådde det femte steget.

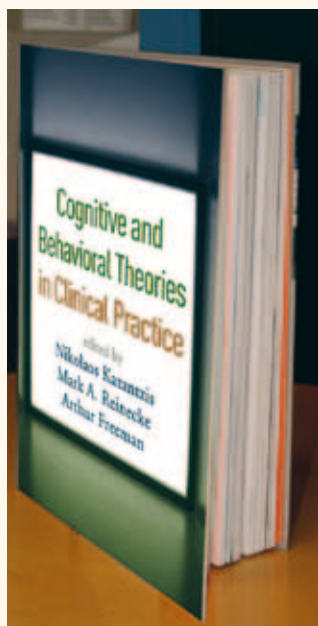
Trots vissa begränsningar i studien drar författarna slutsatsen att denna form av KBT kan vara effektiv vid behandling av IBS.

# Teori och praktik inom kognitiv beteendeterapi

Text: Martin Cernvall

## Bokrecension

*Cognitive and Behavioral Theories in Clinical Practice* – Kazantzis, N., Reinecke, M. A., och Freeman, A. (Red.) New York: Guilford Press, 2010. 380 sidor. ISBN 9781606233429.



Utgångspunkten i den här boken är att KBT är ett paraplybegrepp och syftet med denna volym är att ge en överblick över samtida teoretiska modeller och kliniska implikationer inom olika terapeutiska modeller, i det pletora som KBT idag utgör. Bokens redaktörer har bjudit in författare som i enskilda kapitel beskriver olika KBT-modeller. I tur och ordning får läsaren

exempel på teori och praktik inom KT, ACT, DBT, BA, MBCT, REBT, emotionsfokuserad/interpersonell terapi, problemlösningsterapi, kognitiv analytisk terapi och positiv psykologi. Vad som är mycket bra är att alla kapitel följer samma struktur och ger en inledning och historisk bakgrund, följt av filosofiska och teoretiska grundstenar, empirisk evidens samt demonstrering av kliniska implikationer och interventioner inom respektive modell.

Även om vissa av kapitlen är väl skrivna och informativa så är den stora behållningen av boken framför allt det inledande och initierade kapitlet författat av Emmelkamp, Ehring och Powers. Där redogör de för filosofi och psykologi samt orsaker och behandling av psykiska problem inom KBT. De ger en övergripande och klagörande redogörelse för hur fältet har utvecklats samt diskuterar aktuella frågor som fältet står inför. Bland annat redogör de för för- och nackdelar med evidensbaserad av behandlingspaket kopplat till ett visst DSM-definerat syndrom. De

menar att detta evidensbaseringsprojekt i viss mån urvattnar eller sidosteppar den roll som filosofi och teori kan och bör spela i en vetenskap om psykologisk behandling samt kontrasterar detta med att diskutera en eventuell framgång av evidensbaserad av väl teoretiskt grundade behandlingsmekanismer. De avslutar med att påkalla ökad fokusering på att minska avståndet mellan grundläggande forskning, behandlingsutveckling, processforskning samt vardaglig klinisk verksamhet.

Redaktörerna för boken sammanfattar i ett avslutande kapitel att de är nöjda med att kunna redovisa en mängd olika teorier inom fältet och hävdar att detta är av godo i och med att det ger kliniker en flexibilitet att anpassa interventioner efter klientens behov samtidigt som de understryker vikten av en god och teorigrundad fallkonceptualisering. Dock så visar boken att vissa av de modeller som presenteras ligger tämligen långt ifrån varandra och trots att kapitlen innehåller samma rubriker så blir de mycket svåra att jämföra då tolkningen av rubrikerna och det som respektive författare fyller under dem skiljer sig väsentligt. Detta pekar på en potentiell svårighet och nackdel då det speglar ett mycket mångfaldigt fält där man ligger långt ifrån varandra i termer av grundläggande filosofi och teori (men kanske inte alltid praktik). Frågan är vad som tjänar fältet bäst – mångfald vad gäller teori och i bästa fall flexibilitet eller en mer renodlad och koherent teori samt uppsättning med begrepp som kan användas på bred front och inom många olika områden?

Oavsett denna diskussion så torde boken vara användbar till att introducera KBT som ett paraplybegrepp och den presenterar på ett klart och tydligt sätt samtida centrala teorier och modeller. Vissa av kapitlen har också transkriberat interaktion mellan behandlare och klient vilket ytterligare tydliggör tillvägagångssättet.

Boken har ett ambitiöst och viktigt syfte – att tydliggöra, diskutera och exemplifiera kopplingen mellan teori och praktik inom KBT. Trots att boken också lyfter fram viktiga mer övergripande frågor för framtiden så är den gissningsvis ingen blivande ”klassiker”.

# Terapeutisk följsamhet för barns engagemang

Text: Mona Guath

## Artikelsammanfattning

Chu m.fl. (2009). *Therapist responsiveness to child engagement: Flexibility within manual-based CBT for anxious youth*. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 736-754.

Studien undersöker terapeutisk flexibilitet inom manualbaserad KBT för ungdomar. Man tittar också på hur ungdomarnas engagemang i tidigare respektive senare delen av terapin påverkas av terapeutens flexibilitet samt hur alla tre komponenter påverkar resultatet av terapin. Inom processrelaterad forskning har man fokuserat på olika typer av flexibilitet, dock har få studier tidigare tittat på hur terapeuten anpassar sig inom varje session, minut för minut.

Flexibilitet definieras brett som behandling som anpassas inom ramarna för behandlingsmetoden. I föreliggande studie definieras flexibilitet som engagemangshöjande strategier.

De hypoteser man satte upp var följande: (H1) Terapeuten är flexiblare när barnet är oengagerat i syfte att återfå dess engagemang, (H2) terapeutens flexibilitet är positivt korrelerad med barns engagemang senare i terapin, (H3) högre engagemang hos barnet senare i terapin jämfört med tidigare leder till förbättrat behandlingsresultat, (H4) terapeutens flexibilitet förklarar ett förbättrat engagemang hos barnet under terapins gång, samt (H5) barnets tidiga engagemang i terapin kommer att moderera sambandet mellan flexibilitet och barnets engagemang senare i terapin.

För att undersöka dessa påståenden utbildade man 16 kliniska doktorander i kodning av flexibilitet och engagemang hos barn. Sammanlagt deltog 63 barn, varav 39 hade GAD, 13 separationsångest och 11 social fobi. De centrala mått som användes i kodningen för terapeutflexibilitet var CCPAC-F (Coping Cat Adherence Checklist-Flexibility Scale) och TFQ-R (Therapist Flexibility Questionnaire-Revised). För barnens engagemang användes CIRS (Child Involvement Rating Scale) och man skilde mellan den första delen i terapin (session 2-5) och senare delen (session 6-10). Kodningen utfördes så att en och samma person tittade på 10 minuters videosnuttar av varje session.

Resultaten visade på att terapeutens flexibilitet inte ändras då barnets engagemang är lågt i början av terapin (H1). Däremot var terapeutens flexibilitet korrelerad med barnets engagemang senare i terapin (H2). Vidare predicerade senare engagemang hos barnet behandlingsresultat (H3), däremot visade medieringsanalyser inte på att terapeutens flexibilitet förklarar barnets engagemang (H4). Dock fick den femte hypotesen stöd i det att man såg en korrelation mellan barnets tidiga engagemang och behandlingsresultat.

Vid en vidare analys av resultaten kunde man konstatera att ett barn som var engagerat från början väckte en större flexibilitet hos terapeuten medan ett oengagerat barn inte gjorde det. Tvärtom vad man hypotiserat. Däremot såg man inga skillnader i terapeutisk flexibilitet som kunde härröras till diagnos, etnicitet eller social härkomst. Ett annat positivt resultat är att studien visar på att terapeuten kan individanpassa ett behandlingsprotokoll utan att behandlingseffekten äventyras.

Författarna nämner några begränsningar med studien. En är att man bara förlitar sig på ett perspektiv när man mäter processerna – i framtida studier bör även patient, terapeut och föräldraperspektiv inkluderas. Viktigast för framtida studier tycker man dock är att försöka förstå hur man kan engagera barn med litet intresse i början av en terapi.

Lottdragningen gjorde denna gång **Mona Guath** till vinnaren av en valfri workshop!

*Grattis från redaktionen!*

# MBCT som tilläggsbehandling vid kronisk depression

Text: Goranka Lozanovic

## Artikelsammanfattning

Barnhofer m.fl. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 366-373.

Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) är ett behandlingsprogram som från början var speciellt utformat för behandling av depressionens latenta sårbarhet. I MBCT kombineras övningar i mindfulness med kognitiva interventioner för akut depression och den genomförs som gruppbehandling. Genom att använda sig av mindfulness lär sig patienterna att utveckla förmågan att känna igen och befria sig från negativa automatiska och repetitiva tankar.

I två föregående RCT-studier av patienter som tidigare haft två eller tre depressionsepisoder följde man upp deltagarna ett år efter avslutad behandling och det visade sig att MBCT halverade risken för återfall. En senare studie visade att MBCT var lika effektiv som ”maintenance therapy” med antidepressiva mediciner i att förebygga återfall 15 månader efter behandling. Samtliga tre studier har dock enbart inkluderat patienter som befunnit sig i remission eller som höll på att tillfriskna. Längre trodde man att de kognitiva kraven att regelbundet praktisera meditation överstiger deprimerade patienters begränsade kapacitet. Dock finns det idag flera rapporter som tyder på att MBCT framgångsrikt kan minska symtom hos patienter med egentlig depression. Träning i mindfulness har visat på lovande resultat i att ändra på maladaptiva tankemönster.

Syftet med föreliggande studie var att undersöka effekten av MBCT för patienter med antingen pågående depression, kronisk depression eller depression i partiell remission. För inklusion krävdes att patienterna haft minst tre tidigare depressionsepisoder. Genom en RCT-design med enkelblindhet jämfördes omedelbara effekter av MBCT utöver ”treatment as usual” (TAU) med enbart TAU. Studien fokuserade på patienter som tidigare gjort suicidförsök, då den kognitiva sårbarheten anses speciellt stark inom denna grupp. Totalt 28 patienter fullföljde behandlingarna. Som mätinstrument användes bl.a. Beck Depression Inventory-II (BDI-II). Målet med

MBCT-behandlingen var att initial poäng på BDI-II skulle ha minskat med minst 50 % efter behandlingen, med en förväntan om att poäng på BDI-II inte skulle överstiga 13 poäng (som är övre gräns för mild depression).

MBCT-behandlingen följde Segals manual från 2002 med smärre ändringar rörande suicidalitet och akuta symtom. Man träffades två timmar per vecka under åtta veckor, samt fick till hemuppgift att göra olika mindfulnessrelaterade övningar en timme per dag under sex dagar i veckan.

Av de som uppfyllde alla kriterier för egentlig depression nådde 70 % i MBCT-gruppen och 18 % i TAU-gruppen det uppsatta målet. Däremot visade behandlingarna inte någon signifikant minskning av suicidtankar, vilket kan bero på att de flesta rapporterade en relativt låg nivå redan i början av studien. Denna studie kunde alltså bekräfta resultaten från tidigare studier som visat att MBCT leder till signifikant minskning av självrapporterade symtom. En viktig begränsning, förutom det relativt låga deltagarantalet, var att det rådde obalans i grupperna när det gäller antalet patienter som hade pågående egentlig depression eller restsymtom efter en full depressionsepisod. En annan viktig begränsning var att resultatet grundades på självrapportering av depressiva symtom. Dock menar författarna att resultatet är generellt uppmuntrande med tanke på både den korta behandlingstiden samt den ekonomiska fördelen som arbete i grupp ger.

Surfa in på  
[www.kbt.nu/akbt](http://www.kbt.nu/akbt)  
och välj en artikel  
att sammanfatta!



# Stefan Hofmann – Translational Research Strategies for Enhancing Psychotherapy for Anxiety Disorders

Text och foto: Michaela Johansson

Hofmann fokuserade sin föreläsning på hur man kan förbättra KBT för ångestsyndrom genom att antingen lägga till något nytt till eller modifiera redan existerande metoder. Han presenterade en översikt för hur man traditionellt behandlar ångestsyndrom, d v s med KBT, med medicinering (främst SSRI) eller kombinationsbehandling. Föredraget innehöll flertalet studier presenterade i rask takt, vilket gjorde det något svårt för åhörarna att hinna fånga budskapet. Något som dock var tydligt var att Hofmann menade att SSRI-preparatet Fluoxetin inte tillför något alls till behandlingen av social ångest. Han belyste detta med en behandlingsstudie där enbart KBT jämfördes med KBT + Fluoxetin, KBT + placebo, enbart Fluoxetin samt enbart placebo. Alla behandlingar i studien fick bättre resultat än enbart placebo, men behandlingsresultatet förbättrades inte av ett SSRI-tillägg.

**Hofmann ville hitta en raket att sätta på KBT-sköldpaddan**

*Stefan Hofmann*

I en annan studie av Barlow et al (2008) gav KBT + placebo bättre resultat för paniksyndrom än den aktiva medicineringen.

Hofmann resonerade kring tre problem som uppstår vid medicinering av ångestsyndrom. Det första är att state dependency learning uppstår, d v s att man med medicineringen uppnår ett visst tillstånd där inlärning kan ske, som förloras när medicineringen sätts ut. Det andra är att patienten attribuerar framgångarna till medicineringen, t ex att man inte hade klarat att exponera sig utan tablettorna. Det

tredje problemet liknade Hofmann vid ett sköldpaddslöpp, i det att om man har långsamt verkande metoder och är trägen nog (d v s behandlar tillräckligt länge och med tillräckligt höga doser/många sessioner), så går sköldpaddorna i mål. Hofmann ville hitta en raket att sätta på KBT-sköldpaddan, för att få den att gå i mål snabbare. Det är här D-cycloserine (DCS) kommer in.

Undertecknad blev smått förvirrad kring vad DCS är och var tvungen att göra några egna efterforskningar för att ens kunna förstå Hofmanns föredrag. Att döma av





Stefan Hofmann och Gerhard Andersson.

frågestunden i slutet av föredraget är detta en upplevelse som troligen delades med övriga publiken.

DCS är en partiell NMDA-agonist som traditionellt har använts som antibiotika mot tuberkulos. NMDA (N-metyl-D-aspartat) är receptorer som finns i amygdalan och associeras med inlärning och minne. De är undertyper till glutamatreceptorerna. Använt i mycket mindre doser än vid tuberkulos har man sett att DCS även kan främja utsläkningsinlärning av betingade rädslor, om det administreras ca en timme innan exponering. Hofmann poängterade vidare att DCS kan hjälpa till vid utsläckning, men att ny associationsinlärning går alldeles för snabbt för att DCS ska hinna ha effekt.

**Hofmann visade på goda resultat av låga doser DCS vid två-fem exponeringssessioner för social fobi, paniksyndrom och tvångssyndrom**

Visserligen har mycket av forskningen hittills utförts på råttor, men det finns några mindre studier på människor också. Hofmann visade på goda resultat av låga doser DCS vid två-fem exponeringssessioner för social fobi, paniksyndrom och tvångssyndrom, där försöksperso-

nerna uppgav lägre ångestskattningar efter exponeringarna och även fortsatte att exponera sig i större utsträckning efter behandlingens slut. Det är dock av största vikt att inte överdosera DCS, då denna kan förvandlas till en antagonist och det kan till och med få en dödlig utgång. Man bör enbart administrera DCS vid tre-fem tillfällen under en behandling,

men än så länge finns ingen konsensus kring vad som är optimala doser. Man vet inte heller vad som är det optimala antalet exponeringssessioner i kombination med DCS. Hofmann menade trots detta att det är säkert att administrera DCS i låga doser, med livliga drömmar som den vanligaste biverkningen. Det intressanta med DCS är att effekterna syns först efter färdig exponering, d v s att patienterna inte uppnår något särskilt ångestdämpande tillstånd innan de ska utsätta sig för rädslan. Effekten bör alltså skiljas från den ångestdämpning man får från anxiolytika. Dessutom påvisade Hofmann att patienterna inte kan gissa om de har randomiserats till DCS eller placebo. Än så länge finns det emellertid för lite forskning för att kunna inkorporera DCS i generella riktlinjer för ångestbehandlingar.

# Storbritanniens satsning på evidensbaserade terapier (IAPT)

Text och foto: Michaela Johansson

Dr Jon Wheatley tar emot undertecknad på sitt lilla kvava kontor i Westminster i västra London, där han arbetar som KBT-psykolog och handledare inom IAPT-programmet. Andemeningen för programmet kan härledas ur namnet; Improving Access to Psychological Therapies, d v s att kunna förse fler vuxna patienter inom The National Health Service i Storbritannien med evidensbaserade terapier för depression och ångestsyndrom. Den brittiska regeringen satsar hela 309 miljoner pund för att utbilda 3600 stycken KBT-terapeuter mellan 2008 och 2010.

Initiativet var ursprungligen en satsning för att återföra människor i arbete efter sjukskrivning p g a psykisk ohälsa, men Wheatley poängterar att programmet numera fokuserar mer på ”wellness” (välbefinnande) än på arbetsmarknadsrehabilitering. Paralleller kan dras till den svenska regeringens satsning på rehabiliteringsgarantin, men enligt Wheatley finns vid dags dato inget annat etablerat program som motsvarar IAPT. En skillnad mot Sverige är att det brittiska programmets satsning på en adekvat nivå av träning i KBT är långt mer omfattande än den lägsta acceptabla nivån i Sverige.

På frågan om det finns någon risk att urvattna KBT om man massutbildar terapeuter och på så vis tumma på kvaliteten i de KBT-behandlingar som erbjuds, svarar Wheatley att han förstår det potentiella problemet. Han vidhåller dock att det är ett intensivt ettårigt träningsprogram som ska ge adekvat standard på kunskapsnivån hos de som genomgår det.

**”Paralleller kan dras till den svenska regeringens satsning på rehabiliteringsgarantin”**

*Jon Wheatley*

Programmet innehåller patientarbete tre dagar per vecka som ”high/low intensity trainee” inom öppenvårdspsykiatri och universitetsstudier med klientarbete två dagar per vecka. Wheatley ser snarare IAPT som ett sätt att stärka KBT, genom att se till att de



som praktiserar KBT-metoderna har kännedom om de senaste forskningsrönen och ständigt övar sina färdigheter. Därför har IAPT-programmet även påbyggnadsutbildningar för tidigare utbildade KBT-terapeuter.

Sveriges svårigheter med att hitta och anställa tillräckligt många erfarna KBT-handledare för att matcha antalet som utbildar sig i KBT är ett bekymmer även i London, speciellt på arbetsplatserna där det kliniska arbetet ska ske. Mängden handledning är nämligen också annorlunda mot Sverige, i det att traineeterapeuten har obligatorisk handledning på det kliniska patientarbetet inom psykiatri, såväl som på klientarbetet inom universitetet. Man examineras genom videofilmer, sessionsrapporter och uppsatser.

**”man försöker hushålla med resurserna genom att matcha svårighetsgraden i patientens problematik mot terapeutens kompetensnivå”**

Wheatley vidhåller också att man försöker hushålla med resurserna genom att matcha svårighetsgraden i patientens problematik mot terapeutens kompetensnivå. För att traineeterapeuten ska utveckla sina färdigheter på bästa sätt tar man hänsyn till dennes tidigare erfarenheter av komplexa ärenden och anpassar svårighetsgraden efter det. Undertecknad påtalar risken med att nischas IAPT enbart mot depressioner och ångest, då verkligheten ofta är betydligt mer komplex än renodlade diagnoser. Wheatley bemöter detta med en beskrivning av hur graden av komplexitet stiger under utbildningsåret. Traineeterapeuten får lära sig att hantera komorbiditet, att prioritera bland problemområden för behandling och att upptäcka underliggande faktorer till

depression och ångest, såsom sexuella övergrepp och neuropsykiatri. När allt inte går som på räls tränas de i att styra behandlingen tillbaka på spåret igen, en teknik som Wheatley hänvisar till Glenn Waller (se Beteendeterapeuten nr 4 2009).

Undertecknad lyfter problemet med växande psykisk ohälsa hos barn och ungdomar och frågar varför IAPT riktar sig enbart mot vuxna. Wheatley svarar att det är där KBT har starkast evidens. Det finns dock planer för att inkludera barn och ungdomar i framtiden.

Det är ett faktum att fler människor behöver psykologisk behandling i sämre tider, bland annat på grund av kopplingen mellan arbetslöshet och depression. Wheatley spekulerar dock kring vad som händer med den fortsatta finansieringen av IAPT om det blir det ett partiskifte vid nästa val i Storbritannien. Det finns frågetecken kring hur regeringen väljer att satsa dyrbara pengar i och med finanskrisen, vilket leder Wheatley till att fundera kring moraliska dilemman.

**”IAPT verkar vara en lovande satsning som främjar patienter, terapeuter och ekonomin”**

Sammanfattningsvis kan man säga att Wheatley är väldigt entusiastisk och lovtalar IAPT-programmet varmt. Han beskriver också att programmet, som är en betald tjänst, öppnar dörrar för de personer som inte skulle ha haft råd att betala för en KBT-utbildning vid universitetet. Dessutom leder utbildningsåret till fortsatt anställning på arbetsplatsen, något som inte alltid är fallet med våra svenska PTP:er. Summa summarum, IAPT verkar vara en lovande satsning som främjar patienter, terapeuter och ekonomin.



### NY BOK!

Att en patient, klient, brukare eller elev tvekar inför en förändring, inte vågar ta det första steget eller skjuter upp på förändringen är vanligt. Att personen inte följer rekommendationer eller inte gör det överenskomma är också vanligt och frustrerande.

Den här boken är praktisk inriktad, innehåller olika verktyg och vägledning om HUR man kan göra vid olika samtalsituationer. Det kan handla om korta och enstaka konsultationer eller rådgivning såväl som mera ingående och långa samtalskontakter.

Liria Ortiz är leg psykolog, leg psykoterapeut, författare och föreläsare.

[www.liriaortiz.com](http://www.liriaortiz.com)

# Intervju med Andrew Christensen

Text: Therese Anderbro & Liv Svirsky

Ett område som människor i allmänhet inte förknippar med KBT är parterapi. De flesta kommuner som har familjerådgivning erbjuder oftast parbehandling baserad på familjeterapi eller på psykodynamisk grund. Integrative Behavior Couples Therapy (IBCT) är en KBT-baserad behandling för par som i studier visat sig vara effektiv vid relationsproblem. Behandling kombinerar inslag av förändring med inslag av acceptans. Vi fick en pratstund med en av grundarna till denna verksamma behandlingsmetod, Andrew Christensen, professor vid UCLA. Han kommer till Sverige i september och planerar då att då hålla en öppen föreläsning för allmänheten om IBCT på ABF i Stockholm. Kanske kan han bidra till att öka allmänhetens kännedom om KBT-baserad parterapi. Här berättar Andrew för Beteendeterapeutens läsare bland annat om hur det kom sig att han en gång började sin bana som forskare och vad som gjorde honom intresserad av parterapi. Dessutom avslöjar han kommande resultat från en långtidsuppföljning av par som genomgått IBCT och varför han kan danska.

## **Berätta lite om din yrkesmässiga bakgrund.**

”Efter att ha studerat psykologi på college, arbetade jag först ett år som socialarbetare i Los Angeles och därefter ett år med att undervisa på college. De erfarenheterna övertygade mig om att jag ville arbeta som psykolog. När jag påbörjade studierna var jag mest intresserad av ångeststörningar men efter att ha sett hur Gerry Patterson och hans kollegor arbetade med par och familjer riktades mitt intresse mot det området istället. Min avhandling bestod av en klinisk prövning av ett beteendefokuserat behandlingsprogram för familjer. Efter min kliniska praktik (PTP) på Rutgers Medical School, där jag fick lära mig sexterapi av Sandra Leiblem och prova andra typer av par- och familjeterapi fick jag anställning vid UCLA. Jag har sedan dess varit vid UCLA och fokuserat mitt arbete på par och familjer. Mitt intresse har under

åren kommit att handla mer och mer om parkonflikter och behandling av par. Vid sidan av min undervisning och forskning inom de här områdena har jag också drivit en liten privatpraktik för parterapi”.

**”Det finns en uppfattning om att ”research” delvis är “me search” och det är nog sant även för mig**

## **Vad fick dig att bli intresserad av parterapi?**

”Det finns en uppfattning om att ”research” delvis är “me search” och det är nog sant även för mig. Mitt intresse för parkonflikter och parterapi väcktes ur en önskan att bättre förstå mina egna erfarenheter av relationer. I det terapeutiska arbetet upplevde jag dessutom en mycket större utmaning än vad jag gjorde i individualterapi. Att hantera två vuxna som har starka känslor för varandra, att knyta an till var och en av dem och hjälpa dem i deras kamp med varandra, det intresserar och stimulerar mig”.

## **Hur stort är IBCT i USA jämfört med andra former av parterapi?**

”Jag antar att de flesta terapeuter i USA fortfarande är ganska eklektiska men influerade av psykodynamiska teorier. Mina studenter och jag har undervisat många terapeuter och många har också läst våra böcker och läst om vår forskning. Snart kommer jag att påbörja ett projekt i samarbete med the Veteran’s Administration (VA) sjukhus i USA för att träna deras terapeuter. VA är intresserade av evidensbaserade behandlingar och utför många parterapi som en del i behandlingen av unga män och kvinnor som är krigsveteraner från Iran och Afghanistan. De tillämpar IBCT både som en behandlingsmetod i sig själv och som en kompletterande behandling för veteraner med specifika psykiska störningar som PTSD”.

**Är IBCT välkänt bland gemene man?**

”IBCT har fått ganska mycket publicitet genom åren. När vi i vår kommer att presentera resultaten från vår femårsuppföljning kommer även det att generera en hel del publicitet”.

**IBCT är en effektiv behandlingsmetod för parkonflikter**

**Vad säger forskningsdata om IBCT?**

”Resultaten visar att IBCT är en effektiv behandlingsmetod för parkonflikter, även för par som har svåra och ihållande relationsproblem. Resultat från långtidsuppföljningen visar att effekten kvarstår fem år efter att behandlingen avslutats”.

**Vad handlar din forskning om just nu?**

”Vi håller fortfarande på att skriva om vissa av resultaten från femårsuppföljningen. Vi har också nyligen påbörjat ett projekt, finansierat av den amerikanska regeringen, där vi anpassar IBCT till internetanvändning för att testa detta på par med milda till måttliga problem”.

**Slutligen, vi har hört ryktas att du kan prata danska – stämmer det?**

”Nja det kanske inte stämmer helt men jag kan lite grann. Mina föräldrar är danska men vi pratade engelska hemma så jag kan bara säga några ord men förstår lite mer”.

**För mer info om Christensens workshops i september se [www.kbt-arrangemang.se](http://www.kbt-arrangemang.se)**

**Psykometriker utan mentalism – Denny Borsboom**

*Text: Lars Klintwall Malmqvist*



Denny Borsboom är något så ovanligt som en pragmatisk filosof. Både psykologer och lekmän kritiserar psykometrisk testning såsom IQ-test och personlighetsformulär. Ofta kommer kritiken i ett anti-psykiatriskt paket med etiska undertoner, eller så ifrågasätter man testernas validitet: IQ-test mäter inte intelligens på något bra sätt. När Denny Borsboom inte spelar bas i ett obskyrt popband eller promenerar Amsterdams gator så är det psykometri han funderar på. Han är som så många andra kritisk, men med den intressanta vinklingen att vara det från psykometrins insida. Mycket av det han skriver är självklarheter för en behaviorist, det nya är att Borsboom pekar ut orimligheter som uppstår internt i

**det nya är att Borsboom pekar ut orimligheter som uppstår internt i det psykometriska paradigmet**

det psykometriska paradigmet.

Vad, frågar sig Borsboom, mäter egentligen psykometriska test? Mentalistiska begrepp som intelligens och personlighet förmodas existera oberoende av våra metoder för att mäta dem, och antas också påverka observerbara beteenden som exempelvis hur man svarar på ett IQ-test och hur man beter sig i sociala situationer. Men vad

menar man inom psykometri med slutpoängen på ett test, och att detta orsakar beteenden? Vad menar man när man säger att ett psykometriskt test har en viss reliabilitet?

Historiskt kommer tänkandet om reliabilitet och true score från 1800-talets astronomi. När man med olika metoder mätte avståndet till en viss stjärna fann man snabbt att resultatet aldrig blev exakt detsamma. Man antog, på det hela taget riktigt, att det sanna avståndet egentligen var konstant – men att slumpmässiga mätfel, atmosfäriska störningar, fluktuationer i instrumenten och liknande lade till ett litet felvärde till varje mätning. Varje mätning innehöll alltså true score + mätfel. Detta är analogin som den klassiska testteorin tog sin utgångs-

punkt i. Varje person som gör ett personlighetstest har ett true score för testet, men på grund av brister i vår apparatur och fluktuationer i testpersonen så varierar resultatet en liten smula varje gång.

## Vad tänker vi oss att ett true score är inom psykologin?

Men, invänder Denny Borsboom, hur kan det finnas ett mätfel när jag svarar på frågan huruvida jag tycker om att gå på fester? Och kanske viktigare, vad tänker vi oss att ett true score är inom psykologin? Det vanliga verkar vara att tolka true score realistiskt, det vill säga som att det finns oberoende av vår testning. Detta är naturligtvis orimligt – inte ens den mest entusiastiske IQ-anshångaren skulle hävda att hans konstrukt faktiskt existerar någonstans inne i testpersonens huvud, och förstås än mindre att varje människa ständigt går omkring med ett true score för BDI, BDI-II, PSWQ, SCL-90 och dessutom ett true score för alla potentiellt existerande psykometriska test. Rimligare, och ovanligare, är att förstå true score operationellt, det vill säga som att testet självt definierar sin true score. Ett test ger inte en indikator på någonting underliggande, det definierar ett eget konstrukt.

Och vad finns det då kvar av kausaliteten? Anhängare av psykometriska test vill gärna förklara beteenden med hänvisning till resultat på test. Att barn med högt IQ klarar sig bättre i skolan är samma sak som att långa personer är bra på basket, de använder sina egenskaper för att fungera adaptivt. Det är uppenbart hur långt används i en

basketmatch, men på vilket sätt använder man sin IQ för att svara på en tentafråga? När jag funderar på om jag vill gå på en mingelfest, var i processen kommer personlighetsdraget extraversion in och påverkar mitt beslut? Problemet uppstår när man använder statistiska modeller som är gjorda för att förklara variation på gruppnivå till att förklara individers beteenden. Även om IQ och skolbetyg samvarierar på gruppnivå så säger detta ingenting om en kausal process på individnivå. Statistiska metoder utformade för att förklara variation säger ingenting om variabler som antas vara momentant statistiska, som ju IQ och personlighet förmodas vara.

## Psykometrins alla skattningsskalor och tester tycks på något sätt ha passerat under radarn för praktiserande beteendeanalytiker

Raljanta skrifter om populära teoribygggen är underbar läsning, men lämnar mer att önska åt oss som ändå vill kunna predicera och kontrollera mänskligt beteende. Varför fungerar ändå exempelvis IQ-test någorlunda bra för just prediktion? Om detta säger Borsboom mindre, och här finns uppenbarligen en viktig lucka att fylla. Vilka beteenden är det som används för att svara på frågorna i ett intelligenstest, och vilka av dessa är gemensamma med de som krävs för att få höga skolbetyg – kan man göra ett behavioristiskt intelligenstest?

Borsboom är en del av en tradition av skepticism – en inställning

som tvivelsutan varit psykologin till stort gagn de senaste hundra åren. Diagnostik och psykodynamisk teori kritiserades tidigt, men psykometrins alla skattningsskalor och tester tycks på något sätt ha passerat under radarn för praktiserande beteendeanalytiker. Antaganden och metoder bakom dessa mätningar är minst lika svajiga som någonsin psykodynamisk teori och väl värt att tänkas över två gånger innan man börjar använda test med patienter. Bara för att det är kvantifiering är det inte kosher.

Det vackra landet Holland har varit hemvist åt stora filosofer förr. Under 1600-talet ansträngde sig René Descartes för att hitta på och göra reda bland mentala idéer och processer. Fyrahundra år senare anstränger sig Denny Borsboom för att rensa upp bland dem igen. Eftersom hans doktorsavhandling vann pris till och med av ”The Psychometric Society” får man förmoda att hans ansträngningar inte är förgäves.



### Utvald vidare läsning av Denny Borsboom:

Borsboom, D. *Measuring the Mind: Conceptual Issues in Contemporary Psychometrics*. Cambridge University Press, 2005

Borsboom, D., Mellenbergh, G.J. & van Heerden, J. (2003) *The Theoretical Status of Latent Variables*. *Psychological Review*. 110, 203-219

Borsboom, D. (2008). *Psychometric perspectives on diagnostic systems*. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 1089-1108.

# Nätbaserad KBT – en vinst för både individen och samhället

Text: Åsa Palmkron Ragnar

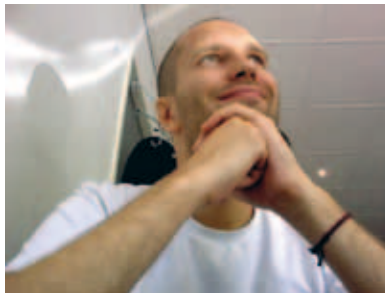
När Björn Paxling och hans kurskamrater på psykologprogrammet i Linköping 2006 startade en studie om internetförmedlad KBT som behandling för generaliserat ångestsyndrom var de först i världen. Det blev sedan en australiensare som fick den första publiceringen, men Björn verkar ta det med ro när jag träffar honom under hans sista arbetsdag på Hjärnhälsan i Lund.

Han ligger i startgroparna för att sammanställa sin forskning om kliniska effekter och hälsoekonomiska aspekter på nätbaserad GAD-behandling. Allt material är insamlat och nu är det bara skriva, skriva, skriva som gäller. Han hoppas kunna lägga fram sin avhandling, som baseras på tre olika studier, på Vrije i Amsterdam till vintern. Att det blev Amsterdam beror på att man där kommit längre än i Sverige med forskning om hälsoekonomi.

## ORIGO

Akronymen ORIGO är en lek med orden "oro- internet- GAD" och det passade bra som namn på den första studien.

"Vi valde GAD eftersom nätbaserad KBT inte var prövad på den diagnosen. I Uppsala hade man gjort studier på panikångest, social fobi och depression och i Linköping på depression, men GAD var obruten mark. Vi ville se om samhället helt enkelt kan spara in pengar genom att ge behandling jämfört med att inte göra det".



Björn Paxling.  
Foto: Privat

Ett holländskt formulär för att skatta kostnadseffektivitet översattes till svenska och sedan var det bara att köra igång. 89 personer inkluderades och slumpades till aktiv behandling eller väntelista. Behandlingsupplägget utgick från Pennsylvaniaprofessorn Tom Borkovecs KBT-modell för behandling av GAD.

"Vi tog med allt som finns i den när vi konstruerade vår manual", berättar Björn. "Vi sökte även efter andra interventioner som var evidensbaserade för att få en så komplett behandling som möjligt. Beteendebaserade interventioner som schemalagd oro och orosexponering, kognitiv omstrukturering, tillämpad avslappning och psykoedukation, sammanlagt åtta moduler".

## Stora samhällsvinster

När behandlingen var avslutad uppfyllde 64 % i gruppen som fått aktiv behandling inte längre diagnoskriterierna för GAD, medan bara 16 % i kontrollgruppen inte längre gjorde det.

"Det här borde politikerna vara intresserade av", säger Björn. "Det är en vinst för både individen och samhället".

**Det är en vinst för både individen och samhället**

Samhällskostnaden för GAD är inte bara besök i sjukvården och mediciner utan också kostnader för sjukskrivningar eller minskad effektivitet för dem som varit på jobbet, men varit mindre produktiva på grund av sin ångest.

## Jämförelse med psyko-dynamisk behandling

I den andra studien jämförs nätbaserad KBT med nätbaserad psyko-dynamisk behandling. Resultatet är ännu inte helt analyserat, med preliminära data tyder på att både KBT och PDT var effektiva jämfört med kontrollgruppen.

## Lika effektiv som individualterapi

Den tredje studien är en implementeringsstudie där ORIGO testats i den allmänna psykiatrin i Malmö. Patienterna rekryterades från de tre stora offentliga mottagningarna, Drottninggatan, Fosievägen och MAS, Malmö Akademiska sjukhus.

"Resultatet visar att nätbehandling har lika god effekt som indivi-



duell behandling”, fortsätter Björn. ”Det finns också andra fördelar med nätbaserad terapi. Patienterna behöver inte ta ledigt från jobbet utan kan arbeta med materialet när som helst på dygnet. De har all information skriftligt och kan gå tillbaka till den när som helst, t ex om de får ett återfall i sin GAD”.

Ett sätt att mäta hälsoeffektivitet är att jämföra tidsåtgången för nätbehandling respektive individualterapi.

”Nätbehandlingen tog 89 minuter psykologtid plus 30-40 minuter

**”Patienterna behöver inte ta ledigt från jobbet utan kan arbeta med materialet när som helst på dygnet”**

för SCID via telefon”, berättar han. ”KBT-manualer för face-to-face brukar räkna med åtta till tio tim-

mar, men vi som jobbar med GAD vet att det ofta tar betydligt längre tid. Med internetförmiddad behandling kan långa köer kortas”.

Björn är inte ensam om att se fördelar med nätterapi. Både SBU(2005) och Socialstyrelsen (2010) har konstaterat att den är effektiv som behandlingsmetod.

Snart får de nya data om klinisk effektivitet och hälsoekonomiska aspekter vid GAD.

Så snart Björn Paxlings avhandling har lämnat pressarna i Amsterdam.

## *Några bilder från årskongressen i Linköping...*

*Foto: Michaela Johansson*



*...och några till*



## Psykologpartners kommande utbildningar

### Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

ACT - upplevelsebaserad inläring  
Stockholm den 7-8 juni (Fullbokad)  
Göteborg den 19-20 augusti  
Helsingborg den 25-26 november

ACT - teori och praktisk tillämpning  
10 dagars utbildning i Uppsala under höstterminen 2010

Teorikurs i Inlärningspsykologi, Funktionell Kontextualism, RFT & ACT  
Malmö den 23 september, 7 oktober, 14 oktober & 21 oktober

ACT - advanced training  
Malmö den 16-17 december

### Motiverande Samtal + kodning

Grundutbildning i MI, inklusive kodning  
Stockholm den 23-24 augusti + 4 oktober  
Göteborg den 16-17 september + 29 oktober  
Malmö den 18-19 oktober + 29 november

Fortsättningsutbildning i MI, inklusive kodning  
Stockholm den 1-2 november + 6 december  
Göteborg den 10-11 februari + 25 mars, 2011  
Malmö den 4-5 april + 16 maj, 2011

### Orienteringsutbildningar i KBT

Orienteringsutbildning för socionomer, behandlingsassistenter och annan  
behandlingspersonal  
Malmö den 10 september, 24 september, 6 oktober & 20 oktober

Orienteringsutbildning för läkare och psykologer  
Malmö den 10 september, 24 september, 8 oktober, 22 oktober & 28 oktober

### Kommunikationsträning för par

Fungerande kommunikation är en grundförutsättning för alla typer av relationer – inte minst parrelationer. Under hösten 2010 erbjuder Psykologpartners i Stockholm en förebyggande kommunikationskurs för par. Kursen, som kommer att genomföras vid fyra tillfällen på helger och kvällar mellan oktober och november, är öppen för alla oberoende av ålder eller kön.

---

Mer information om samtliga utbildningar hittas på  
[www.psykologpartners.se](http://www.psykologpartners.se)



Beteendeterapeutiska föreningen

**WOULD YOU LIKE  
TO KNOW MORE?**

**[www.kbt.nu](http://www.kbt.nu)**