

Beteende terapeuter



Nytt inslag i Beteendeterapeuten: Min syn på

I detta nummer: Ros-Mari Envall om KBT vid smärtproblematik

BTF och sfKBT publicerar gemensam beskrivning av KBT

ADHD-veckan: KBT och preventiva beteendebaserade interventioner

Beteende terapeuten

Utgives av

Beteendeterapeutiska föreningen

Redaktionen

Anna Eriksson, redaktör och ansvarig utgivare

Liv Larsson

Johan Westöö

Michaela Johansson

Styrelsen:

Björn Paxling, Ordförande

bjorn.paxling@gmail.com

Torun Kallings, Medlemssekreterare

btf.medlemssekreterare@gmail.com

Olof Johansson, Kassör

johanssonolof@gmail.com

Mari von Bahr, Sekreterare

mvonbar@yahoo.se

Övriga ledamöter:

Kaj Huggare

kaj.huggare@gmail.com

Maria Jannert

maria.jannert@liu.se

Iman Alaie

imanalai@gmail.com

Tove Wahlund

tovewahlund@gmail.com

Dan Katz

dan.katz@katzkbt.se

Jonas Bjärehed

jonas.bjarehed@gmail.com

Mats Dahlin

mats.dahlin@gmail.com

Jens Högström

jens_hogstrom@yahoo.se

Kerstin Mill

Kerstin.mill@orebroll.se

Manusstopp för nästa nummer

10 april 2012

Bidrag skickas till:

marvette@hotmail.com

Textformat: Word

(eller RTF om du använder Mac)

Omslag

Foto: Michaela Johansson

Tryck och repro

Dahlströms tryckeri, Nyköping

Redigering

Lennart Östlund, Learning Partner,

Nyköping

Redaktionellt

Beteendeterapeutens redaktion är glada över att i detta nummer kunna presentera ett nytt inslag i medlemstidningen: Min syn på! Här kommer du att få stifta bekantskap med KBT:are runtom i Sverige som arbetar inom vitt skilda fält, men har den gemensamma nämnaren ”stor erfarenhet av något specifikt område”. Vissa är välkända inom och utanför BTF medan andra är mer av doldisar. Hör gärna av dig till redaktionen med förslag på KBT:are du skulle vilja läsa mer om.

BTF och sfKBT har tagit sig an den stora uppgiften att sammanfatta vad KBT är, och i årets första nummer av Beteendeterapeuten kan du ta del av deras välskrivna och tydliga dokument. Missa inte heller rapport från ADHD-veckan med fokus på KBT- och BT-interventioner.

17-18 mars är det dags för BTF:s årskongress som i år äger rum i Östersund, med temat beteendemedicin och hälsopsykologi. Om du inte redan gjort det - gå in på hemsidan för att läsa mer om programmet och anmäla dig!

Anna Eriksson

Redaktör Beteendeterapeuten

I detta nummer:

ADHD-veckan: KBT och preventiva beteendebaserade interventioner 4

Min syn på:

Ros-Mari Envall om KBT vid smärtproblematik 8

En gemensam ram för KBT i Sverige 11

Styrelsesidor 16-17

Aktuellt om KBT - en tidning i tidningen 18-19

Krönikan 21

Ledare

I det här verksamhetsårets sista nummer av Beteendeterapeuten vill jag börja med att särskilt hälsa våra nygamla medlemmar välkomna tillbaka till BTF! Under hösten 2011 gjorde styrelsen en genomgång av hur medlemsomsättningen ser ut i föreningen, och fann att nästan en tredjedel av föreningens medlemskår bytts ut varje år under de senaste tre åren. Ett sätt att se på detta är att det förstås är trevligt att BTF har sådan attraktionskraft att flera hundra nya medlemmar tillkommer varje år. Samtidigt väcker dessa siffror en helt annan fundering: varför är det så många som väljer att inte förnya sitt medlemskap egentligen?

I styrelsen hade vi en förhoppning, att vi förlorade medlemmar på grund av att medlemmarna helt enkelt glömt bort att förnya sitt medlemskap, och att detta i sin

varför är det så många som väljer att inte förnya sitt medlemskap egentligen?

tur skulle kunna hänga samman med att det varit för krångligt att betala medlemsavgiften. Således skickade vi ut ett brev till alla 1100 personer som varit med i föreningen någon gång mellan 2008 och 2010 men som inte längre var medlemmar 2011. I brevet skrev vi som det var, att vi saknade dem som medlemmar och att vi gärna ville ha dem åter i föreningen. Vi informerade även om vad som händer i BTF för tillfället och inom den närmaste framtiden, och passade på att fråga om det fanns någon särskild anledning till att de inte förnyat medlemskapet med en uppmaning om att höra av sig via epost. För att med eftertryck visa att vi menade det som stod i brevet, att vi ville ha medlemmarna åter och undrade varför de försvunnit, så signerade jag och ytterligare två personer ur styrelsen, Tove och Torun, samtliga 1100 brev – något som gav oss en smak på livet som autografsignerande rockstjärnor eller hockeyproffs (fast utan förstärkning att få omedelbara glada reaktioner på signerandet).

Föreningens medlemssekreterare Torun hade svårt att hålla tillbaka glädjen när hon presenterade nya medlemsstatistiken, färskt framplockad av våra fantastiska registrerare Piret och Cecilia: i november 2011 hade föreningen fått nästan 100 nya medlemmar (99 för att vara exakt) jämfört med 7 nya under samma period föregående år! Att ha många medlemmar är måhända

inget mål i sig för en ideell förening, men när tidigare medlemmar väljer att komma tillbaka till en förening de väl känner till så inbillar jag mig att chansen är stor att de stannar kvar, och kassör Olof blir förstås inte heller ledsen över ökade medlemsintäkter när budgeten ska balanseras. Vi arbetar nu vidare med hur det kan bli ännu smidigare framöver att förnya sitt medlemskap i föreningen och hoppas på lägre tapp varje år.

när tidigare medlemmar väljer att komma tillbaka till en förening de väl känner till så inbillar jag mig att chansen är stor att de stannar kvar

Utöver fler medlemmar så har vi också fått viktig information om vad som låg bakom att vissa aktivt valde att inte förnya medlemskapet. Två personer upplevde att avgiften var för hög sedan de blev pensionärer, något som föranlett att vi nu bereder frågan om en pensionärsrabatt motsvarande studentrabatt (om vi landar i att en sådan är önskvärd kommer frågan att avgöras på årsmötet). Inte mindre än fyra personer hörde också av sig och beskrev att ett obehagligt klimat på KBT-listan gjorde att de inte ville vara med i föreningen längre, samtliga lyfte fram en upplevelse av fientlig ton gentemot icke-legitimerade med grundläggande psykoterapiutbildning i KBT (tidigare steg 1). Från styrelsens sida tycker vi att det bör vara högt i tak gällande debattklimatet på listan, men samtidigt är det viktigt att kritik som framförs är saklig, konkret och framförd på ett så trevligt sätt som möjligt. Vi vill att KBT-listan ska vara en trevlig diskussionslista för allt BT/KBT-relaterat, och uppmanar alla som upplever otrevligheter på listan att ta kontakt med oss i styrelsen – kanske kan vi göra något åt saken.

KBT-listan ska vara en trevlig diskussionslista för allt BT/KBT-relaterat

Avslutningsvis vill jag återigen välkomna våra nygamla medlemmar, uppmana samtliga medlemmar att hålla god ton på KBT-listan, och jag ser fram emot att träffa så många som möjligt av er på årsmötet i Östersund!

BJÖRN PAXLING
Ordförande
i Beteendeterapeutiska föreningen



ADHD-veckan: KBT och preventiva beteendebaserade interventioner

Text: Anna Eriksson Foto: Hannah Jakobsson

För tredje året i rad arrangerade Cereb AB ADHD-veckan i Stockholm, i år i IVA Konferenscenters lokaler. Åhörarna bjöds på flera spännande föreläsningar med det senaste inom ADHD-relaterad forskning. Beteendeterapeuten gjorde ett nedslag i utbudet och rapporterar om ett par av de psykologiska behandlingsmetoder som beskrevs.

Det blir allt mer känt att ADHD är ett relativt vanligt förekommande tillstånd inte bara hos barn, utan även hos vuxna. ADHD kan ta sig olika uttryck beroende av en mängd faktorer som exempelvis personens

ålder, kön, samsjuklighet och begåvning. I vissa populationer är andelen personer med ADHD särskilt hög, till exempel inom psykiatrisk vård. För många vuxna dröjer det dock länge innan de får rätt diagnos och behandling. En vanlig orsak är bristfällig kunskap hos vårdpersonal om hur tillståndet kan se ut hos vuxna. Omfattande samsjuklighet som ”döljer” ADHD är en annan försvårande omständighet.

Sandra Kooij som är psykiatriker och chef för PsyQ, ett expertcentrum för vuxna med ADHD i Haag, Nederländerna, var en av de inbjudna föreläsarna. Hon



Sandra Kooij

berättade om sin forskning och sitt kliniska arbete med vuxna med ADHD. Åhörarna bjöds på nya rön inom intressanta områden som koppling mellan ADHD och säsongsbunden depression (SAD), fetma och generell hälsa; ADHD hos äldre samt ADHD och sömnproblem. Kooij beskrev även den behandling vuxna med ADHD får på PsyQ. Första steget är psykoedukation, som i tur och ordning följs av läkemedelsbehandling för ADHD och samsjuklighet, coachning och KBT, ljusterapi för SAD och förskjuten sömn, samt stödgrupper.

”Den psykologiska behandlingen som bedrivs på PsyQ beskrevs som praktisk, stödjande och direktiv, med KBT-liknande interventioner”

Läkemedelsbehandling med centralstimulantia har generellt god effekt vid ADHD, och är ofta en förutsättning för att en person ska kunna dra nytta av psykologisk behandling. Sandra Kooij beskrev att coachning och KBT utan medicin ofta är mindre effektiv, på grund av patientens uppmärksamhetsbrist och irritabilitet samt att besökstider och hemuppgifter glöms bort. Den psykologiska behandling som bedrivs på PsyQ beskrevs som praktisk, stödjande och direktiv, med KBT-liknande interventioner. Följande teman ingår i coachningen:

- Tidshantering (med hjälp av klocka, timer, agenda, mobil och handdator)
- Organisation av vardagslivet (hushållet, barn och administration)
- Att orientera sig mot att återgå till utbildning eller arbete
- Att planera tid och närhet med sin partner
- Att skapa överblick över sin ekonomi
- Processen att acceptera tillståndet och behovet av läkemedelsbehandling
- Att lära sig sociala- och organisationsfärdigheter

Sandra Kooij beskrev att coachningen på PsyQ är praktiskt orienterad medan KBT är mer kognitivt orienterad. Båda metoderna är strukturerade och målinriktade och har fokus på ”här och nu”. Alltför mycket av hemuppgifter kan leda till känslor av misslyckande hos många personer med ADHD. Coachningen beskrevs vidare som en aktiv och praktisk guidning som syftar till

att lösa vardagliga problem och att ge information, och klimatet ska vara stödjande och motiverande. Eftersom coachningen bedrivs i grupp om 6-8 patienter brukar en känsla av samhörighet uppstå. Två terapeuter leder gruppen, som träffas vid ett tillfälle varje eller varannan vecka under en period på 6-8 veckor. Man följer en bestämd struktur och använder power point-bilder och filmer. Coachinggrupper på PsyQ har olika teman, exempelvis:

- Att lära sig uppnå personliga mål
- Att lära sig organisations-, administrativa och tidshanteringsfärdigheter
- Kvinnor med ADHD
- Professionella (t ex psykologer och läkare) med ADHD
- KBT
- Sömnedukation
- Att uppföstra barn när man är förälder med ADHD

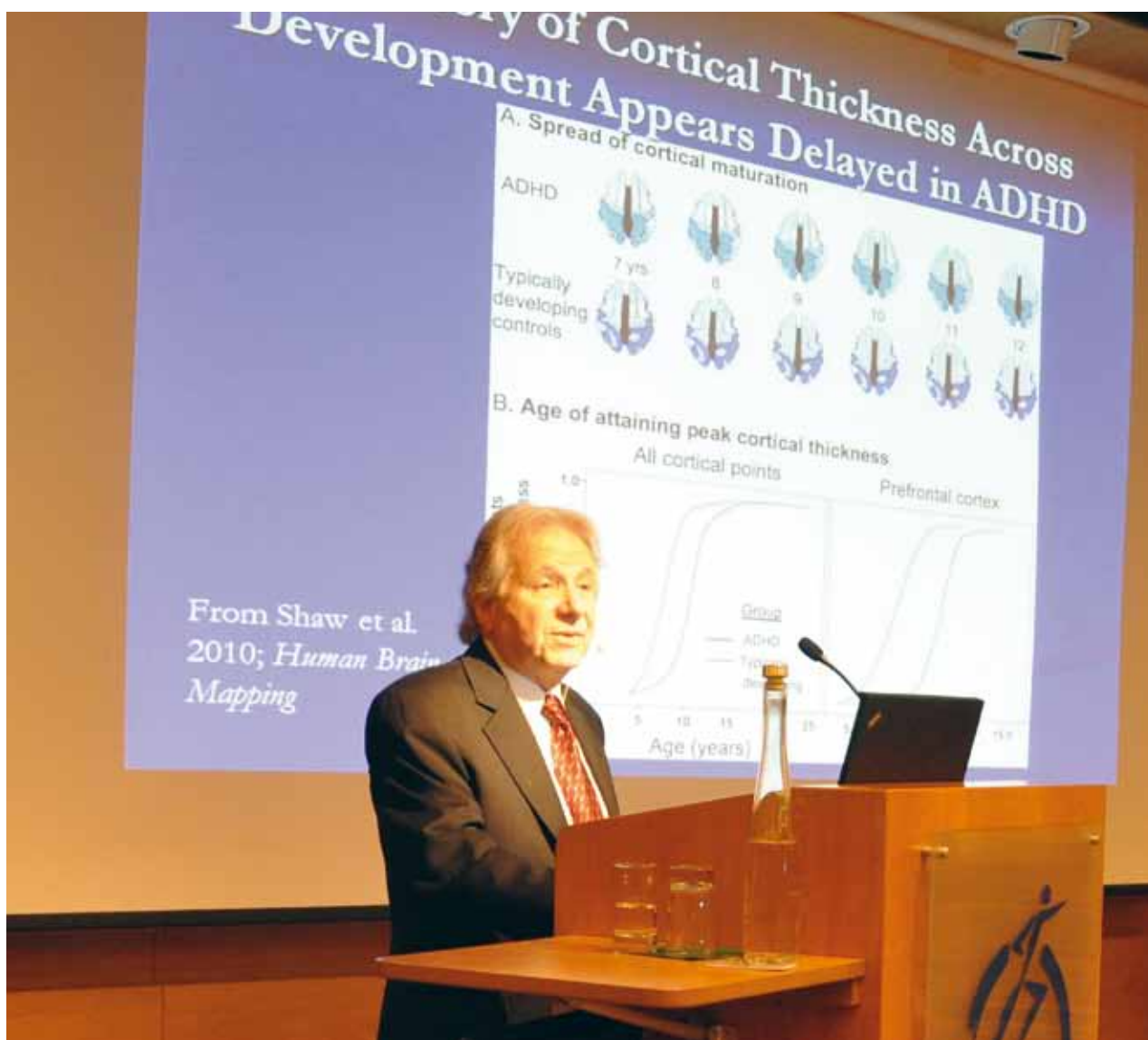
Regelrätt KBT erbjuds också. KBT för ADHD kan ha fokus på svårigheter med organisation och planering, impulskontrollbrist och problem med självförtroende och självkänsla (intresserade läsare hänvisas till Beteendetareaputen 1, 2010). Sandra Kooij nämnde att man börjat utveckla schemafokuserad terapi för vuxna med ADHD, eftersom det finns likheter med axel II-problematik i det att ADHD är en djupt rotad problematik. Många vuxna upplever ADHD-symtom och relaterade problem som en del av sin personlighet.

En annan av de inbjudna föreläsarna var dr Jeffrey Halperin, Distinguished Professor inom utvecklingspsykiatri och neuropsykologi vid Queens College, City University of New York, USA. Han berättade bland annat om preventiva behandlingsinterventioner för ADHD, som inte längre är science fiction. ”Kan vi ändra ADHD:ns bana under en persons livstid, om det

Några fakta om ADHD och samsjuklighet

- Prevalensen av ADHD hos vuxna uppskattas till ca 4-5%
- Bland patienter i psykiatrisk vård beräknas prevalensen vara ca 20%
- Vuxna med ADHD har i genomsnitt 3 psykiatriska tillstånd, och 75% har minst ett
- Depression, ångestsyndrom, beroende/missbruk och sömnstörningar är vanliga
- Många vuxna med ADHD är intresserade av psykologisk behandling,

Källa: Sandra Kooij, föreläsning 120112



Jeffrey Halperin.

”Många vuxna upplever ADHD-symtom och relaterade problem som en del av sin personlighet”

upptäcks tidigt?” var en fråga han började fundera på efter många års ADHD-forskning. Går det att förebygga eller minska ADHD:ns svårighetsgrad genom att träna hjärnan? Med utgångspunkt i tidigare forskning utformade Halperin och kollegor en pilotstudie där de utvärderade metoden TEAMS (Training Executive, Attention and Motor Skills). Behandlingen riktade sig till barn i åldern 4-5 år med ADHD, och deras föräld-

rar. Målet var att utveckla en behandling som resulterar i ihållande förbättringar av beteenden, och ändrad ”ADHD-bana” hos barnen. Interventionen innebar att barnen, i grupper om fem, deltog i lekliknande aktiviteter där de tränade neurokognitiva och motoriska färdigheter. Föräldrarna deltog i stödgrupper där de fick psykoedukation om ADHD. Ett viktigt syfte där var att uppmuntra föräldrarna att genomföra lekövningar med barnen 30-45 minuter dagligen som hemuppgifter, samt

”Går det att förebygga eller minska ADHD:ns svårighetsgrad genom att träna hjärnan?”



Många åhörare hade samlats.

föra registreringar. Interventionen pågick fem veckor, ett tillfälle per vecka à 90 minuter.

Barnen tränade färdigheter som motorisk kontroll, arbetsminne, att känna igen och organisera visuella-spatiala mönster och att inhibera impulser. Aktiviteterna liknade vanliga barnlekar, till exempel att kasta, studsa, och fånga en boll, hoppa hage, imitera ett beteende, komma ihåg något, lägga pussel och trä pärlor på tråd. Varje barn började med övningar på en passande nivå och svårighetsgraden ökade vartefter. Forskarna valde att genomföra behandlingen i en social kontext, då de antog att detta skulle underlätta inlärning och generalisering. De vinnlade sig om att lekaktiviteterna i behandlingen skulle vara belönande - roliga - i sig själva. De antog att detta skulle vara mer effektivt än någon form av yttre belöning som beröm, och att det skulle öka chansen att barnet på egen hand fortsätter med aktiviteterna över tid och i olika miljöer.

I pilotstudien (N=29) var närvaron hög och en stor andel slutförde behandlingen. Både barn och föräldrar var nöjda med interventionen, enligt skattningar. Bar-

Forskarna valde att genomföra behandlingen i en social kontext, då de antog att detta skulle underlätta inlärning och generalisering

nens skattade ADHD-symtom hade minskat signifikant efter behandling, och resultaten höll i sig vid uppföljning efter sex månader. Jeffrey Halperin summerade:

- sekundära preventiva interventioner utgör ett nytt alternativ och ett tillägg till befintlig behandling av ADHD
- TEAMS och andra lekbaserade tidiga interventioner har visat lovande resultat, men mycket mer forskning krävs
- man behöver identifiera vilka mekanismer som är verksamma, och vilka barn som svarar bäst på interventionen.

Läs mer:

Halperin, J. M. & Healey, D. M. (2010). The influences of environmental enrichment, cognitive enhancement, and physical exercise on brain development: Can we alter the developmental trajectory of ADHD? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35, 621–634.

Kooij, S. J. J. et al. (2010). European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry*, 3(Suppl 10):67.

Beteendeterapeuten 1 2010, 4-7.

Min syn på

Ros-Mari Envall om KBT vid smärtproblematik

Text: Liv Larsson

Under 2012 kommer du som läsare av Beteendeterapeuten att få ta del av en ny artikelserie, där människor som arbetar inom olika områden intervjuas om sina erfarenheter av att

tillämpa KBT. Först ut i denna artikelserie är socionom Ros-Marie Envall, vars område är KBT vid smärtproblematik.

Hej Ros-Marie! Var arbetar du?

Jag arbetar på en smärtklinik i Säters i Dalarna.

Vilka patienter kommer till er klinik?

Hit kommer människor med långvariga muskuloskeletal smärttillstånd. De har ofta depressioner, ångesttillstånd, sömnsvårigheter och stressproblematik. Patienterna kommer från hela Dalarna, alltså från ett stort upptagningsområde. Teamarbetet är en förutsättning för att lyckas med patienterna. På kliniken finns utöver socionom också sjukgymnaster, psykologer och läkare.

Teamarbetet är en förutsättning för att lyckas med patienterna

Hur ser ni på långvarig smärta på kliniken?

Vi arbetar utifrån ett helhetsperspektiv där vi försöker öka funktionen inom alla områden. Vi har ett biopsykosocialt perspektiv på smärta.

Hur länge har du arbetat inom smärtområdet?

Jag började arbeta här 1995. Vi hade då en handledare som var utbildad kognitiv beteendeterapeut och han inspirerade mig att läsa den grundläggande terapeututbildningen inom KBT, vilken jag avslutade 1998.

Vilka arbetsuppgifter har du?

Jag gör bedömningar, behandlingar och sysslar med yrkesrehabilitering.

Hur märks det i ditt arbete att du jobbar med KBT?

KBT genomsyrar det mesta jag gör, framförallt när det gäller bedömningar och behandlingar. Det märks minst när jag arbetar med yrkesrehabilitering.

Kan du berätta mer konkret om vad de olika arbetsuppgifterna handlar om? Bedömningar till exempel, vad är det du gör då?

Eftersom vi arbetar i team träffar flera vårdgivare samma patient. Min roll vid bedömningar är att försöka få en bild av hur väl- eller icke välfungerande patienten är i livet. Utöver psykiatriska problem

bedömer jag hur smärtan påverkar vardagslivet. Jag försöker se vilka behov patienten har och vilka behov vi ska börja med för att försöka förbättra situationen för patienten.

Det handlar mycket om att deltagarna ska lära sig tillgodose sina egna behov

Vad konkret arbetar du med inom behandlingsområdet?

Det handlar både om individuella kontakter och gruppbehandlingar. Jag ansvarar för två olika gruppbehandlingar. Den ena gruppen är en stressgrupp. I den går deltagare som utöver smärtan bedöms ha stor grad av interpersonell stress. Det innebär att deltagarna har mycket stress kopplat till sina relationer. De är navet i familjehjulet, ger ständigt till andra utan att tillgodose sina egna behov.

Hur går arbetet med stressgrupperna till?

Vi försöker vara två vårdgivare men

det är inte alltid möjligt och då har jag grupperna ensam.

Efter ett individuellt bedömnings-samtal följer åtta grupp-sessioner samt uppföljning i grupp och individuellt efter åtta veckor. Under grupp-sessionerna jobbar vi med att träna kommunikationsfärdigheter. Det handlar ofta om att deltagarna måste lära sig sätta gränser och säga nej. Vi försöker också få deltagarna att prioritera energigivande aktiviteter. Deltagarna får hemuppgifter mellan sessionerna som bygger på situationsanalyser där de ska göra annorlunda mot tidigare och lära sig se beteendets konsekvenser på kort respektive lång sikt. Vi jobbar också med korta meditationer. Det handlar mycket om att deltagarna ska lära sig tillgodose sina egna behov. Stressgrupperna är jätteroliga att arbeta med för de är verkligen dynamiska och vi ser skillnader hos deltagarna från session till session. Jag har arbetat med dessa grupper i 7-8 år nu och än så länge har det bara varit kvinnliga deltagare, aldrig några män!

Du jobbar med en annan gruppbehandling också, vad handlar den om?

Den andra gruppen är en ACT-grupp för smärta. Deltagarna i den gruppen är färdigutredda avseende smärtan och man kan säga att de kommit till vägs ände. Det finns ingen annan verksam behandling att erbjuda dem för att bli av med smärtan. Deltagarna får därför lära sig att förhålla sig till smärtan, att vara i nuet och inte oroa sig över hur det ska bli. Vi använder oss av längre meditationer, upplevelsebase-rade övningar samt åtaganden. Det sistnämnda innebär att deltagarna

ska utmana sig själva inom något område mellan sessionerna. De ska göra något de under lång tid låtit bli på grund av smärta, och berätta om detta för gruppen. Våra erfarenheter är att deltagarna efter en gruppbehandling ökar sina aktiviteter, de har fortfarande ont men är aktivare.

”de har fortfarande ont men är aktivare

Du har ju jobbat länge med KBT inom smärtområdet, skiljer sig ditt arbetssätt idag jämfört med för tio år sedan?

Jag jobbar mer och mer med ACT. Jag tycker att det är ett bra arbetsredskap med smärtpatienter. Innan ACT kom in i bilden visste jag ju ändå att de patienter som accepterat sin situation fann sätt att gå vidare medan patienter som inte kunde acceptera ”fastnade”. Skillnaden är att jag nu har metoder att hjälpa även de patienter som fastnat att komma vidare, och det är tillfredsställande.

”Försvårande är den ekonomiska osäkerhet som många patienter lever med. Denna osäkerhet kan förstöra en hel rehabilitering

Vad är det svåraste i ditt arbete?

Den svåraste arbetsuppgiften är att arbeta med arbetsåtergång. Vi är en yrkesrehabiliteringsklinik så att fokusera på arbetsåtergång är ett viktigt inslag i vår verksamhet. Samtidigt är det svårt att jobba med detta när många aktörer finns på marknaden, coacher etc. Vår roll har blivit otidigare jämfört med tidigare. Nu handlar min insats mest om att stötta patienterna när det gäller rehabmöten och liknande. Försvårande är den ekonomiska osäkerhet som många patienter lever med. Denna osäkerhet kan förstöra en hel rehabilitering.

Vad tänker du om framtiden när det gäller ditt arbete?

Jag vill fortsätta arbeta med ACT och utveckla mina terapeutiska färdigheter. Jag tycker att man är modig om man vågar jobba med ACT, att våga gå med patienten, vara med dem i det svåra och framförallt göra annorlunda saker under samtalet, för det krävs mod. Som behandlare är det lättare att ta upp sitt anteckningsblock och börja intervjua eller ”bara” samtala med patienten istället för att agera med patienten här och nu.

Det var intressant att höra om dina erfarenheter. Tack för att du ville medverka!

Tack själv!

Finns det någon välkänd, okänd, linslus eller doldis som du vill att vi intervjuar om deras arbete i kommande nummer – maila gärna förslag till redaktionen!

Avancerad utbildning i DBT

Charles Swenson, MD, USA
Stockholm 4-5 juni 2012

Två dagar och fyra teman
Case Conceptualization
Treating Therapy Interfering Behaviors
Dialectics and Dialectical Strategies in DBT
Strengthening Consultation Teams

Kom förberedd med fall och frågor då undervisningen kommer att varvas med praktiska övningar och rollspel kopplade till konkreta fall.

Målgrupp: Utbildningen vänder sig till Dig som har gedigen erfarenhet av att arbeta med DBT och som vill utvecklas inom metoden.

Kostnad: 4000 kr exkl moms. Lunch, förmiddags- och eftermiddagsfika ingår.

Anmälan till: maria.bragesjo@sll.se. Anmälan är bindande. Ange fakturaadress vid anmälan. Sista anmälingsdatum 23 april.

Arrangör: DBT-teamet Behandlingsenheten City, Norra Stockholms Psykiatri.

För mer information om utbildningen:

Anna Lindström, anna.lindstrom@sll.se alt 08-1234 88 38

Maria Bragesjö, maria.bragesjo@sll.se alt 08-1234 88 50

Sökes!

Fler redaktionsmedlemmar!

Sökes!

Sökes: BTF-medlemmar av alla åldrar, kön och professioner med intresse för redaktionellt arbete. Research, spånande, artikelskrivande, fotografering och korrekturläsning är möjliga arbetsuppgifter, men ta det lugnt - du behöver inte fixa allt. Idériakedom, intresse för *all things KBT* och hyfsad förmåga att hålla en deadline är önskvärda egenskaper.

Finnes: Redaktion baserad i Stockholm, bestående av fyra medlemmar varav en utrikeskorrespondent i London. Många goda idéer kläcks på våra möten, men vår fåtalighet begränsar oss ibland. Ett glatt gäng som längtar efter att bli fler, helt enkelt.

Intresserad? Ja, vad kul! Tveka inte, hör genast av dig till redaktör Anna på e-postadress marvelette@hotmail.com



Nuvarande redaktion.

Välkommen till BTF:s årskongress 2012

Årets stora KBT-händelse äger rum 17-18 mars då det är dags för BTF:s årskongress, denna gång i Östersund. Skriv ett referat från en workshop, fota föreläsare, ta roliga mingelbilder, intervju någon i styrelsen, årsmötesgruppen eller deltagare på kongressen - eller skriv kort och gott ner dina reflektioner och skicka in till marvelette@hotmail.com. Om du har riktig tur vinner du en BTF-workshop, annars belönas du med en valfri KBT-bok från kansliet.

OBS!
MANUSSTOPP
för nästa nr är
10:e april

Maila ditt alster till Anna Eriksson
marvelette@hotmail.com

OBS!

En gemensam ram för KBT i Sverige

Sammanställning och foto: Alejandro Muñoz Retamal

Beteendeterapeutiska föreningen (BTF) och Svenska föreningen för kognitiva och beteendeeinriktade terapier (sfKBT) har kommit överens om en gemensam beskrivning av kognitiv beteendeterapi som terapiform. Beskrivningen

kommer att finnas tillgänglig på Psykotera-pimässan i maj 2012 och på samrådsforums hemsida. En del av beskrivningen kan man läsa redan nu - här nedan. Mer dialog och enighet i KBT-Sverige - KBT-våren är här!

Kognitiv beteendeterapi

Kognitiva och beteendeeinriktade terapier är ett paraplybegrepp för behandlingsmodeller som har gemensamt att de i teori och praktik integrerar inlärningspsykologi med kognitiv psykologi/teori och dess analys- och behandlingsmetoder. I vardagstal brukar man för enkelhetens skull använda begreppet kognitiv beteendeterapi (KBT) för samtliga modeller under paraplyet. Underliggande antaganden är att olika svårigheter i livet i stor utsträckning har sitt ursprung i (eller vidmakthålls och förvärras av) inlärningspsykologiska och kognitiva processer. De olika KBT-strategierna syftar till att vara ett medel för patienten att undersöka och bearbeta dessa processer, dvs de sätt individen ser på sig själv och sin omgivning (kognitioner) samt de sätt på vilket individen interagerar med omgivningen (beteenden).

KBT är idag den snabbast växande terapiformen i världen och tillämpas förutom individuellt, även som par-, familje- och gruppterapi. Under de senaste åren har även internetförmedlad KBT utvecklats.

KBT är idag den snabbast växande terapiformen i världen

KBT historiskt

Beteendeterapi (1950-)

Den tidiga beteendeterapi utvecklades parallellt i främst England, Sydafrika och USA mellan 1950-1970. Förgrundsgestalter var bl a den sydafrikanske psykiatern Joseph Wolpe, den tysk-brittiske psykologen Hans Eysenck och den amerikanske psykologen Burrhus F. Skinner. Även om skillnader fanns mellan deras arbetssätt och teorier

företrädde de alla ett inlärningspsykologiskt synsätt på människan. De såg psykoterapins grund som en vidareutveckling av kända och välstuderade inlärningsmekanismer, samt att vetenskaplig prövning var den nödvändiga grunden för psykoterapier.

Kognitiv terapi (1960-)

Utvecklingen av kognitiv teori och kognitivt orienterade analys- och behandlingsmetoder ägde rum i USA under 1960-talet och framåt. Företrädare för kognitiv terapi arbetade utifrån en bred teoretisk grund där människans mindre anpassade sätt att uppfatta, bearbeta och tolka intryck och händelser (kognitiva processer) förespråkades som viktiga att fokusera för att uppnå förändring t ex av sätt att tänka om sig själv och sin omgivning. Några pionjärer i denna ”kognitiva våg”

Från mitten av 80-talet började integration mellan den klassiska beteendeterapi och de kognitivt orienterade metoderna att rejält ta fart



KBT-våren har kommit till Sverige.

var amerikanerna Albert Bandura, Aaron T. Beck, Albert Ellis och Donald Meichenbaum. Av dessa är det sannolikt Aaron T. Beck som med sin kognitiva terapi haft störst inflytande på modern KBT.

Kognitiv beteendeterapi (1980-)

Från mitten av 80-talet började integration mellan den klassiska beteendeterapien och de kognitivt orienterade metoderna att rejält ta fart. Integrationen underlättades av den så kallade "kognitiva revolutionen" inom psykologin under 1960 till 1970-talen. Många började därför benämna terapiformen kognitiv beteendeterapi eller kognitiv och beteendeorienterad metod – en ny och integrativ terapiform där kognitiva och beteendeterapeutiska teorier och metoder kombinerats till en lyckosam mix.

Hur går det till?

I avsnittet presenteras några kända drag för KBT. Det bör dock påpekas att det inte finns någon universell lista över kända drag, men följande punkter är sådana som de flesta terapeuter med KBT-inriktning sannolikt instämmer i.

Målinriktat arbetssätt

Patienten och terapeuten sätter tillsammans upp tydliga och uttalade mål för det psykoterapeutiska arbetet. Diskussionerna kring målen med terapin hjälper patienten att klargöra sina förväntningar på terapin. Eventuella missuppfatt-

KBT-terapeuten strävar efter ett uttalat samarbete med patienten

ningar kring det terapeutiska arbetet kan därför tidigt undanröjas. Att tillsammans diskutera konkreta mål för terapin leder även till en betoning på möjligheter och förändring och förstärker patientens aktiva roll i det terapeutiska arbetet.

Samarbete mellan terapeut och patient, aktiv terapeut och patient

KBT-terapeuten strävar efter ett uttalat samarbete med patienten. Patientens problem anses bättre kunna förstås och lösas om båda är aktivt engagerade, bidrar med sina respektive kunskaper och tar ett delat ansvar för att lösa problem. Terapeuten är aktiv genom att t ex ställa så kallade sokratiska frågor (frågor som leder till eftertanke och reflektion och därmed hjälper patienten att se saker från andra synvinklar), lära ut nya färdigheter, undervisa om patientens problem, planera hemuppgifter, etc. Patienten är aktiv genom att t ex registrera beteenden och tankar, utföra hemuppgifter, praktisera nya färdigheter, värdera och balansera negativa tankar samt bidra till sessionerna genom att inför dessa tänka igenom vad han/hon vill ta upp.

Strukturerade sessioner

Strukturen hjälper KBT-terapeuten att använda tiden på ett så ändamålsenligt sätt som möjligt för att kunna genomföra olika behandlingsåtgärder och uppnå de uppsatta målen. Vidare förmedlar det strukturerade arbetssättet de färdigheter och beteenden som terapeuten vill lära ut, nämligen målorienterat och aktivt problemlösande fokuserat på specifika svårigheter. Naturligtvis varierar dock graden av struktur utifrån problemtyp och steg i terapin.

Strukturen hjälper KBT-terapeuten att använda tiden på ett så ändamålsenligt sätt som möjligt

Hemuppgifter

En behandlingssession varar vanligtvis mellan 45–60 minuter. Om en klient enbart arbetar med sin problematik under den tiden betyder det att veckans resterande 167 timmar inte används terapeutiskt. Det leder i sin tur till att kontinuiteten i behandlingen tappas och att behandlingstiden därmed förlängs. Hemuppgifter där patienten får en möjlighet att på egen hand arbeta med det som är i fokus under sessionerna används därför rutinmässigt. Dessa hemuppgifter kan exempelvis handla om att göra systematiska observationer av sitt tänkande och agerande, att söka upp fobiska situationer, arbeta med olika typer av självhjälpsmaterial, på egen hand undersöka och ifrågasätta egna tankemönster, eller prova nya färdigheter i de situationer där de är tänkta att vara till hjälp för individen.

Korttidsterapi

KBT är i första hand korttidsterapi och en vanlig behandlingstid är 10–25 sessioner. Ett visst antal sessioner behöver dock inte nödvändigtvis bestämmas i förväg utan efter en viss tids behandling (t ex 6–10 sessioner) kan en utvärdering göras och fortsatt planering av terapin ske. KBT-tillämpningar finns dock med behandlingstid alltifrån en session (t ex vid specifika fobier) till be-

handlingslängder över ett år (t ex vid borderline personlighetsstörning).

Flexibelt användande av tiden

Alla sessioner behöver inte vara av samma längd eller ges med samma periodicitet. En serie av sessioner kan t ex följas av en serie kortare telefon samtal eller kontakt över e-post. Bedömningssamtal kan även många gånger förlängas till 80-90 minuter (och därmed reduceras i antal) så att själva behandlingen kan komma igång snabbare. Behandlingen kan inledas med mer frekventa sessioner, t ex två gånger i veckan, så att patienten snabbt kan komma över de värsta besvären. Sessioner kan även förlängas under vissa faser av behandlingen. Eller det motsatta, förkortas när patienten börjar må bättre, och därmed själv kan ta ett större ansvar för behandlingen.

Vanliga behandlingsmetoder

KBT-inriktade psykoterapeutiska metoder fokuserar huvudsakligen på att direkt påverka dysfunktionellt beteende och/eller tänkande och därigenom även åstadkomma känslomässig förändring. Med vägledning av den aktuella patientens problematik och utifrån den kliniska

Det är vanligt att terapeuten flexibelt använder sig parallellt av ett flertal metoder i ett och samma fall för att uppnå så god behandlingseffekt som möjligt

fallanalysen väljer terapeuten behandlingsmetoder. Det är vanligt att terapeuten flexibelt använder sig parallellt av ett flertal metoder i ett och samma fall för att uppnå så god behandlingseffekt som möjligt. Det finns ett stort antal kognitiva och beteendeterapeutiska psykoterapi-metoder – några av de vanligaste är de nedanstående:

Psykoedukation (patientutbildning)

Psykoedukation används för att informera om karaktären hos de problem patienten beskriver, delge hypoteser om orsaker och vidmakthållande faktorer, beskriva behandlingsmetoder eller kanske rätta ut olika missuppfattningar kring problematiken. Dessa pedagogiska inslag lägger en grund för vidare KBT-interventioner.

Bearbetning av kognitioner

Ett flertal varianter av mer renodlat kognitiva metoder finns. De syftar till att förändra kognitioner direkt via samtal för att initiera och befästa förändring eller vara ett förberedelsearbete inför andra, t ex beteendeterapeutiska tekniker, och efterföljande kognitiv förändring. Inledningsvis ”tränas” patienten att bli mer uppmärksam på de hastiga, värderande och negativa tankar som åtföljer olika emotioner och längre fram i terapin hjälper terapeuten patienten att värdera och balansera dessa.

Exponering och beteendeeperiment

Vid exponering konfronteras patienten med det som utlöser ångesten (t ex ett objekt eller en situation), tills den minskar eller helt försvinner. Metoden används för att lösa upp den starka kopplingen mellan

Exponering är därför en mycket användbar metod för att åstadkomma kognitiv förändring

rädsla och ångest och olika fobiska (men objektivt ofarliga) stimuli och därmed hjälpa patienten att utveckla mer flexibla och mindre ångeststyrda strategier i tidigare ångestväckande situationer. Patienten får även uppleva att det man fruktar inte inträffar om man stannar kvar i situationen och låter ångesten komma och exponering är därför en mycket användbar metod för att åstadkomma kognitiv förändring. Exponeringen överlappar ofta sk beteendeeperiment där olika förutsägelser om vad som skall hända i en situation testas (t ex att patienten kommer att svimma om han/hon inte gör något för att kontrollera ångesten under en panikattack).

Självhjälp

Med självhjälp menas vanligen användandet av skrivet material, ofta i form av en självhjälpmanual, som vägleder patienten genom behandlingen. Denna typ av material används ofta i KBT som ett komplement till den terapeutledda behandlingen. Ett flertal sådana patientmanualer finns för de mest skiftande områden.

Beteendeaktivering

Bristande initiativlust kan ofta observeras hos deprimerade. Oavsett om detta är en orsak till depressionen, eller en konsekvens av depressionen, leder den till en negativ spiral där passiviteten även

skapar en deprimerande livssituation. Beteendeaktivering är därför en av de viktigaste behandlingsmetoderna vid depressionsbehandling och syftar till att bryta denna onda spiral.

Avslappningsövningar och medveten närvaro – ett accepterande förhållningssätt

Om ångest- och stressreaktioner utgör ett inslag i problembilden är många gånger avslappnings- och meditationstekniker av värde. Ett av de enklaste sätten att uppnå viss avslappning är sannolikt att planera in lustfyllda aktiviteter och tid för sig själv i veckoschemat. Ett flertal mer specialiserade metoder finns dock, som exempel kan nämnas tillämpad avslappning - en form av snabbavslappningsteknik - och medveten närvaro - en form av meditation där skeenden (tankar och känslor) noteras men inte värderas. Ett icke dömande och accepterande förhållningssätt förespråkas.

Ett icke dömande och accepterande förhållningssätt förespråkas

Social färdighetsträning

Att en patient har svårigheter med vissa sociala färdigheter kan bero på flera saker. En anledning kan vara hindrande ångest. Men svårigheterna kan också bero på att man i sitt liv inte lärt sig vissa beteenden. Att klargöra vad det rör sig om för den specifika patienten är viktigt under utredningsfasen, eftersom det leder till olika behandlingar. Om det visar sig att verkliga brister finns

i förmågan är social färdighetsträning, där patienten i rollspel får träna upp sin sociala kompetens, en värdefull metod.

De främsta utmaningarna just nu är att värna om kvaliteten på utbildningar och att det finns kvalificerade och legitimerade personer som kan utföra behandlingarna på ett bra och säkert sätt

Var kan man få KBT?

De riktlinjer som Socialstyrelsen utfärdat för behandling av psykiska problem lyfter tydligt fram kognitiva och beteendeterapeutiska metoder. En effekt av den alltmer ökande efterfrågan på KBT är att terapiformen i annonser m m erbjuds av ”vårdgivare” utan formell kompetens i KBT. De främsta utmaningarna just nu är att värna om kvaliteten på utbildningar och att det finns kvalificerade och legitimerade personer som kan utföra behandlingarna på ett bra och säkert sätt. Tillgången till KBT inom primärvården samt psykiatrien är varierande även om tillgången på KBT ökat inom hälso- och sjukvården de senaste åren. Du kan hitta terapeuter via Beteendeterapeutiska föreningen (BTF) och Svenska föreningen för kognitiva och beteendeterapeutiska terapier (sfKBT).



Referenser

Några grundläggande KBT-böcker på svenska:

Andersson, G. (2007). *Ut ur depression och nedstämdhet med kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur och Kultur.

Carlbring, P. & Hanell, Å. (2011). *Ingen panik, 2:a utgåvan*.

Fri från panik och ångestattacker i 10 steg med kognitiv beteendeterapi.

Stockholm: Natur och Kultur.

Furmark, T., Holmström, A.,

Sparthar, E., Carlbring, P. &

Andersson, G. (2006). *Social*

fobi – effektiv hjälp med kognitiv

beteendeterapi. Stockholm: Liber.

Hayes, S. C. & Smith, S. (2007).

Sluta grubbla, börja leva. Stock-

holm: Natur och Kultur.

Kåver, A. (2006). *KBT i utveck-*

ling. En introduktion till kognitiv

beteendeterapi. Stockholm: Natur

och Kultur.

Perris, C. (1986, reviderad

1996). *Kognitiv terapi i teori och*

praktik. Stockholm: Natur och

Kultur.

Ramnerö, J. & Törneke, N.

(2006). *Beteendets ABC - En*

introduktion till behavioristisk psyko-

terapi. Lund: Studentlitteratur.

Öst, L.-G. (Red.), (2006). *Kog-*

nitiv beteendeterapi inom psykiatrien.

Stockholm: Natur & Kultur.

Styrelsen/Kansliet påminner:

- BTF finns till för och består av sina medlemmar.
- BTF beviljar ekonomiska bidrag vid uppstart av nya nätverk.
- Stämmer informationen på Styrelsesidorna, eller har vi missat något/någon? Hör av dig!

Styrelsen	
Björn Paxling , ordförande E-post: bjorn.paxling@gmail.com	Tove Wahlund E-post: tovewahlund@gmail.com
Torun Kallings , medlemssekreterare E-post: btf.medlemssekreterare@gmail.com	Dan Katz E-post: dan.katz@katzkbt.se
Olof Johansson , kassör E-post: johanssonolof@gmail.com	Jonas Bjärehed E-post: jonas.bjarehed@gmail.com
Mari von Bahr , sekreterare E-post: mvonbar@yahoo.se	Mats Dahlin E-post: mats.dahlin@gmail.com
Kaj Huggare E-post: kaj.huggare@gmail.com	Jens Högström E-post: jens_hogstrom@yahoo.se
Maria Jannert E-post: maria.jannert@liu.se	Kerstin Mill E-post: Kerstin.mill@orebroll.se
Iman Alaie E-post: imanalaie@gmail.com	
Administrativa funktioner och företroendeuppdrag	
Migle Paulauskaite , kanslist E-post: btf.kansli@gmail.com	Andreas Larsson , teknisk adm. KBT-listan E-post: psykolog.andreas@gmail.com
Revisorer: Rolf Olofsson Johan Wetterlöv	Medlemsregistrerare: Cecilia Brant-Lundin Piret Kams
Valberedning: Johan Holmberg Sara Widén Johanna Morén	Årsmötesansvariga: Andreas Karlsson (2012) Hemsidor och IT: Lars Ström
Mediakontakt	Redaktionen Cognitive Behavior Therapy
Dan Katz E-post: dan.katz@katzkbt.se Liria Ortiz E-post: e-post@mail.com	Per Carlbring Gerhard Andersson Ata Ghaderi
Regionala nätverk	Handledarkommittén
KBT-nätverket i Norrbotten BTF Örebro Beteendeterapier för långvarig smärta KBT Västerbotten Mitt KBT-nätverk Nätverket för PTSD	Eva Magoulias Stina Blom-Törne Aina Lindgren

Nyhetsbrev från styrelsen 2011-11-01

Här kommer en kort rapportering från styrelsens telefonmöte den 25/10.

Arbetet med att förbättra föreningens hemsida fortsätter. Senast har möjligheten nu tillkommit att nominera till BTFs stipendier och priser direkt från medlemsidorna. Där finns också instruktioner för detta samt en förteckning över de olika priserna. Nominering sker under länken "kontakt" på de personliga sidorna och det går bra att redan nu börja nominera inför nästa årsmöte.

Styrelsen diskuterade kommande årsmötet. Årsmötesgruppen i Östersund arbetar vidare och vi ser fram mot en spännande tillställning som kommer att hållas på Campus i Östersund 17-18 mars. Passa på att boka av dessa dagar och redan nu!

Styrelsen diskuterade också internationella kontakter. EABCT (den europeiska KBT-föreningen) har inkommit med en förfrågan om BTF önskar nominera någon

till posten som kongresskoordinator för EABCT. Vi tycker att det vore roligt om någon från föreningen skulle vilja arbeta med detta och den som har förslag på lämplig person (ex sig själv) får gärna höra av sig till styrelsen.

Slutligen diskuterades samarbetet med sfKBT. Vi har tidigare informerat om att BTF och sfKBT vill göra en gemensam ansökan om att få ordna en EABCT-kongress i Sverige. Som ett första steg planerar de båda föreningarna att gemensamt anordna "KBT-dagarna" under 2012. Det håller därför på att bildas en arbetsgrupp med personer från båda föreningarna som ska leda arbetet med KBT-dagarna. Om du som medlem är intresserad av att arbeta i en sådan grupp, så tveka inte att höra av dig till vår ordförande Björn Paxling så snart som möjligt.

**FÖR STYRELSENS RÄKNING,
MARIA JANNERT**

Nyhetsbrev från styrelsen, 2011-12-01

På senare år har medlemsantalet i BTF varit stillastående och sjunkit något. Styrelsen beslutade att skicka ut brev till ett stort antal tidigare medlemmar som varit med i BTF någon gång mellan 2008 och 2010, men inte är med idag. Det första glädjande beskedet är att antalet medlemmar ökade med 90 personer i november i jämförelse med 7 personer november 2010. BTF välkomnar alla nya medlemmar samt medlemmar som återanslutit sig!

BTFs hemsida har haft besvär med tekniska problem i några omgångar i början av december. Det mesta ska vara i sin ordning nu men om något verkar gale så kan man kontakta webbredaktören direkt.

Länken från www.kbt.nu till Cognitive Behaviour Therapy har inte fungerat under en period men det är nu löst. Nu går det att logga in direkt via medlemsnätverket/artiklar på hemsidan.

Det är få personer i Beteendeterapeutens redaktion. Medlemmar som är intresserade av att bidra till medlemstidningen eller med redaktionsarbete är välkomna att kontakta Beteendeterapeutens redaktion.

Samarbetet med sfKBT är i full gång i och med KBT-dagarna samt ansökan om att få anordna EABCT i

Sverige 2016. KBT-dagarna kommer att äga rum i Stockholm 7-8e september 2012. Mera information kommer framöver.

I samband med årsmötet 2012 kommer BTF enligt traditionen att dela ut priser till välförtjänta medlemmar. Syftet är att uppmärksamma viktiga insatser inom föreningens ändamålsparagraf. Ifall du vill nominera medlem så kan du göra detta via medlemsnätverket på hemsidan.

Inför 40-årsjubileet trycktes en ny upplaga av BTFs broschyr med information om föreningen och BT/KBT. Broschyren har varit och är populära och de är nästan slut på kansliet. Styrelsen har bestämt sig för att beställa fler. Vårt att påminna att broschyren finns även på hemsidan, första sidan, i pdf-format.

Och såklart, en påminnelse angående årsmötet i Östersund 17-18/3 2012. Förhoppningsvis har du kommit ihåg att boka datumen!

**MED VÄNLIG HÄLSNING,
KAJ HUGGARE
BTF- STYRELSE**

KBT vid specifik fobi för kräkning



Text: Thomas Jakobsson

Artikelsammanfattning

Veale, D. (2009). Cognitive behaviour therapy for a specific phobia of vomiting. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 2, 272-288.

Veale sammanfattar i sin artikel aktuell kunskap om och behandling av specifik fobi mot kräkning (SPOV). Jämfört med andra specifika fobier är SPOV en relativt ovanlig diagnos som kan ses som åsidosatt inom forskningen. Generellt har diagnosen specifik fobi en prevalens över 12 månader på 7-13% medan de få studier som gjorts av SPOV indikerar en signifikant lägre prevalens. Överlappningen med hälsoångest och tvångssyndrom (OCD) är hög. Studier som har gjorts visar att diagnosen ofta utvecklas under barndomen och har en duration på ca 25 år.

SPOV förekommer nästan uteslutande hos kvinnor. Vanligast är att personer med diagnosen är rädda för att själva kräkas. En minoritet är dock mer rädda för att se andra kräkas och dessa brukar beskrivas som en undergrupp till SPOV eller få en annan diagnos. Vidare anses SPOV vara mer svårbehandlad än andra specifika fobier då de drabbade begränsas i större utsträckning av SPOV.

Det är relativt enkelt att diagnostisera en klient med SPOV. Enligt DSM-IV klassificeras SPOV som en undergrupp till specifik fobi och får då tillägget "annan form". Denna klassificering kan ha haft den oönskade effekten att SPOV har missgynnats i forskning. SPOV har vissa topografiska likheter med andra ångeststörningar, t.ex. social fobi, paniksyndrom och OCD men också med anorexia nervosa (AN). Komorbiditet med andra ångeststörningar och AN förekommer ibland och det är särskilt viktigt att tidigt ta reda på om så är fallet och hur diagnoserna påverkar varandra och behandlingen.

Förklaringsmodellen för uppkomst av SPOV visar att inlärning sker genom respondent betingning där personen associerat tidiga egna eller andras (modellinlärning) kräkning med starkt obehag. Generalisering till andra stimuli sker sedan så att även andra stimuli, yttre och inre, förvärvat förmågan att utlösa obehag som tidigare associerats med kräkning. När associationen väl lärts in signalerar illamående en kommande kräkning. Personen känner en extrem avsky inför denna "föreliggande kräkning" vilket leder till ökad ångest och illamående. Flertalet undvikande-

de- och säkerhetsbeteenden används som strategier för att undkomma det kraftiga obehag som associerats med kräkning eller hot om kräkning. I en funktionell analys skulle dessa beteenden få de långsiktiga konsekvenserna att diskonfirmation av hot om kräkning och att nyinlärning undviks. Frekvens av negativa tankar runt kräkning och undvikandet av obehag ökar vilket medför att fobin vidmakthålls över tid.

Personer med SPOV är ofta inledningsvis ambivalenta inför förändring varför tid bör läggas på att gemensamt skapa tydliga behandlingsmål och värderade riktningar. Under psykoedukationen bör terapeuten bl.a. normalisera kräkning som en önskvärd process som ökar klientens chans till överlevnad i händelse av sjukdom eller förgiftning. En pedagogisk förklaringsmodell för vidmakthållande av fobin kan vara till hjälp.

Den evidensbaserade behandlingen för fobier är exponering in vivo. Inledningsvis görs en sedvanlig ångesthierarki innan exponeringar genomförs inom sessionerna och/eller som hemuppgifter. Den vägledande principen vid exponering in vivo vid SPOV är att den genomförs i närvaro av både yttre och inre ångestutlösande stimuli samt utan säkerhetsbeteenden då dessa stör effekten av behandlingen. Målet är att släppa alla beteenden som vidmakthåller rädslan, såväl inre som yttre. Rationalen för antingen habituering eller beteendexperiment kan användas. Imaginär exponering kan vara effektiv, den har dock ännu inte utvärderats för SPOV men vid bl.a. social fobi har den visat god effekt.

Ett stort grattis till
Thomas Jakobsson!
En valfri BTF-workshop är nu din!

Vill du läsa spännande forskningsartiklar och kanske sammanfatta en eller rentav flera av dem till **Aktuellt om KBT**? Klart du ska!

Välj och vraka ur tidskrifter som BTF prenumererar på, t.ex. **Behaviour Research and Therapy**, **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, **Behavior Therapy**, och **Journal of Anxiety Disorders**. Genom ditt medlemskap i BTF har du fri tillgång till alla dessa tidskrifter via Science Direct, helt utan kostnad!

Har du ännu inte aktiverat din användarprofil på Science Direct? BTF:s kansli skickar regelbundet ut aktiveringsmail med uppgifter som du använder för att aktivera en användarprofil på Science Direct. Om du inte har kvar detta mail eller har problem med aktivering eller inloggning på Science Direct kan du kontakta kansliet på btf.kansli@gmail.com

Skriv din sammanfattning i Word-mallen som finns att ladda ned från www.kbt.nu/akbt och skicka in din sammanfattning till redaktionen via akbt@kbt.info

Manusstopp till nästa upplaga är 10 april.

VIDGA VYERNA!

PSYKOTERAPIMÄSSAN 10-12 MAJ 2012
Stockholmsmässan Älvsjö

Den 10 maj öppnas portarna till PsykoterapiMässan 2012.
Anmälan för deltagare, på hemsidan, pågår för fullt.

PsykoterapiMässan är platsen för psykoterapi på bred basis. Här är det möjligt att få en introduktion till en psykoterapiinriktning eller att ta tillfället till en fördjupning tillsammans med erfarna kollegor.

Här kan man ta del av den senaste psykoterapiforskningen, lyssna till och diskutera med intressanta författare och debattera med politiker.

Nya böcker presenteras och paneler inbjuder till dialog mellan föreläsare för olika terapiformer.



Internationella gästföreläsare, bl.a.:
Louis Castonguay, USA, Russ Harris, Australien,
Kristin Osborn, USA och Scott D Miller, USA



Nytt för i år är att vi visar en film, som ingår i serien *Se och lär av mästare*, med Otto Kernberg: Live Case Consultation.

Program, anmälan & info:
www.psykoterapimassan.se



Krönikan

På västfronten en massa nytt

Text: Michaela Johansson

Så. Jul och nyår har passerat, men jag tog endast en dag ledigt utöver julledigheten. Istället slet jag med att ladda upp nya remisser i vårt datorsystem, så att de sedan kan godkännas av min vårdansvariga chef genom en pappersscreening där hon tittar på remissen och säger bu eller bä. Nästa steg är att boka in klienterna för telefonscreening, något som jag har ondgjort mig över i tidigare krönikor. Men misströsta icke! Telefonscreenings är inte så kallt och anonymt som kan tros, då klienterna i många fall har beskrivit att det har varit lättare att komma till den första KBT-sessionen när de redan har blivit väl mottagna av någon som har lyssnat på en översikt av deras problem över telefonen. Under uppladdningen av data från remisserna måste vi också utröna om de kommer från en husläkare som är så kallad GMS eller PMS (de sistnämnda husläkarna är precis så griniga som akronymen antyder). Dessa termer har att göra med om deras vårdcentraler tillhandahåller sin egen counsellor eller inte. Om de gör det, betyder det att de inte får skicka sina klienter på remiss till oss. Reglerna är sådana eftersom husläkarna är de som hushåller med pengarna för psykoterapi i varje borough (område) i London. Underligt nog.

Nåväl, där satt vi och matade in data för glatta livet och åt presenter

från klienter för ännu glattare liv. Jag fick champagnetryffel från en klient som jag effektivt behandlade för PTSD, specific fobi för knivar och panikattacker på åtta (ÅTTA) sessioner. Boom! Tyvärr ser den kliniska verkligheten sällan ut så, därav det förhöjda nöjet av att fira tillsammans med kollegorna över den lyckliga utgången för just den klienten. Enter: champagne truffles.

Jag fick champagnetryffel från en klient som jag effektivt behandlade för PTSD, specific fobi för knivar och panikattacker på åtta (ÅTTA) sessioner

Ibland känns det som att vi behandlar klienter och matar in data som ett gäng nissar i Kalle Ankas tomtverkstad. Under julen roade vi oss därför även med att rita karikatyrer av varandra på whiteboarden (i sann KBT-anda). En lustig karikatyr av chefen med Justin Bieber-frisyr smög sig upp på tavlan, hur hamnade den där? Så omoget. Fast det är ju inte vårt fel att han har samma frisyr som Justin Bieber. Kanske har vi alla en sådan press på oss att prestera, att vi därför behövde rensa luften lite. Det bästa är att vår chef hade skrattat gott om

Kanske har vi alla en sådan press på oss att prestera, att vi därför behövde rensa luften lite

han hade sett bilden av sig själv. Det är ett sådant bra team vi har. Nyligen kom en svensk psykolog på besök till mig i Barnet, efter att ha fått nys om att jag jobbar med KBT i London. Det var en hemskt trevlig överraskning att bli kontaktad och jag uppskattade att få visa någon runt och tala mig varm om min kliniska vardag. SR+ i form av en Aladdinask och pepparkakor, lagom till min svenska julfest, var en oväntad bonus. Tack och bock. Jag tar hemskt gärna emot andra besökare om de så önskar. Inför framtida besök: jag tycker om lakrits, cocktails och fred på jorden.

Hett just nu:

- Den stundande Thailandsresan = mindfulness i vackra omgivningar!
- Min bästa kollega och vän flyttar kanske till Highgate där jag bor = samåka till jobbet!
- Jag får en kortare handledarutbildning under 2012 = jag utvecklas på jobbet!
- Retroaktiv löneförhöjning från december 2011 = inte längre betala 50% av nettolönen i hyra!

Kallt just nu:

- London är kallt. Nej, jag är ingen riktig viking.
- Min familj och mina vänner är långt borta. Nej, Skype och Facebook är inte samma sak.
- Min lön även med höjning. Nej, inte ens Stockholm har ens i närheten av så höga hyror som här.

WMTW

What Makes Therapy Work?

*En internationell psykoterapikonferens anordnas
i Lund 23-25 maj 2012*

Tema: Vad är verksamt i KBT och andra evidensbaserade psykoterapier?

Följande internationellt erkända forskare och kliniker är inbjudna föreläsare:

**Gerhard Andersson, Arnoud Arntz, Ruth Baer, David A Clark, JoAnne Dahl, Seth Gillihan,
Emily Holmes, Thomas Lynch, John Markowitz, Edward Watkins och Lars-Göran Öst**

Flera workshops med fokus på klinisk tillämpning kommer
att arrangeras i anslutning till konferensen.

*Varmt välkommen till Lund för intressanta föreläsningar, workshops
och trevligt umgänge med kollegor!*

För mer information om programmet och anmälan gå till www.forumlundense.com

Arrangör:

Forum Lundense

Ideell förening för främjandet av vetenskaplig forskning och klinisk tillämpning inom
KBT och andra evidensbaserade psykoterapier



Utbildningar i Lund 2012

Workshop med Ann Hackmann: Visualisering i KBT

Tvådagars workshop, den 20-21 september

Workshop med Niklas Törneke: Introduktion till ACT

Tvådagars workshop, den 26-27 april

KBT vid sömnproblematik

Tvådagarskurs med Gunilla Bliding, den 1 och 8 mars

Mer information & anmälningsformulär: www.kognio.se

Saxat ur KBT-listan!

Dessa inlägg om kommande spännande kongresser har redaktionen spanat in och tar sig friheten att sammanställa.

2012:

BTF:s årsmöte och konferens om beteendemedicin och hälsopsykologi, 17-18 mars i Östersund, Sverige

BABCP 40th Annual Conference and Workshops, 26-29 juni i Leeds, Storbritannien

42nd EABCT Congress, 29 augusti - 1 september i Genève, Schweiz

KBT-dagarna, ett samarbete mellan BTF och sfKBT för KBT i Sverige, 7-8 september i Stockholm, Sverige

2013:

7th World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies, 22-25 juli i Lima, Peru

43rd EABCT Congress, 25-28 september i Marrakesh, Marocko

Så håll korppluggarna öppna för inspiration och kompetensutveckling!
/Redaktionen

Grattis Alejandro Muñoz Retamal!

Du har vunnit en 1-dagsworkshop i BTF:s regi. Maila namn och hemadress till BTF:s kanslist Migle Paulauskaite, btf.kansli@gmail.com så får du workshopintyget hemskickat.

Annonsering i Beteendeterapeuten

Från och med 1/1 2012 gäller nya priser för att annonsera i medlemstidningen:
Helsida 2000 kr
Halvsida 1500 kr
Kvartssida 1000 kr
I priset ingår annonsering på KBT-listan!

Respons vi blir glada för

Hej!

Tack för påminnelse att jag missat att betala för BTF! Och inte minst - en sån' trevlig påminnelse!! Vål formulerat, utan hårda ord om mitt slarv, fick mig att bums sätta in slantarna på kontot. Detta kanske är mer än bara ett tack - kanske en feedback om att trevlig påstötning ger resultat! Ofta har man (åtminstone jag) ju så många föreningar etc som förr skickade ut avier, men nu förutsätts man hålla kolla själv, ack, så svårt... Så denna metod fungerade bra på mig!

Vänliga hälsningar
Kerstin Tilfors
leg psykolog, leg psykoterapeut

Psykologpartners utbildningar våren 2012

Workshop med Russ Harris - ACT helt enkelt

Stockholm den 7-8 maj & Köpenhamn (Danmark) den 14-16 maj.

Workshop med Kelly Wilson - Focusing on Mindfulness and Values Work in ACT

Malmö den 21-22 maj & Århus (Danmark) den 28-29 maj.

Motiverande Samtal + kodning

Grundutbildning i MI, inklusive kodning

Stockholm den 8-9 mars + 20 april.

Malmö den 14-15 mars + 27 april.

Göteborg den 26-27 april + 15 juni.

Fortsättningsutbildning i MI, inklusive kodning

Stockholm den 3-4 maj + 11 juni.

Göteborg den 31 maj & 1 juni + 24 augusti.

Malmö den 8-9 oktober + 10 december.

Acceptance and Commitment Therapy

ACT - upplevelsebaserad inläring

Stockholm den 15-16 mars.

Göteborg den 19-20 mars.

ACT-fördjupning

Göteborg den 19-20 april (teori) + 11-12 juni (färdighetsträning).

ACT i grupper - Transdiagnostiska gruppbehandlingar

Malmö den 8-9 mars.

Kurs i parterapi - Integrative Behaviour Couples Therapy (IBCT)

Tre dagars introduktions- och färdighetsträning.

Göteborg den 12-14 juni.

Kurs i behandling av suicidnära patienter

Två dagars teori och färdighetsträning.

Malmö den 31 maj och 1 juni.

Introduktion till Mindfulness

Två halvdagar om medveten närvaro.

Malmö den 14 och 21 februari kl 14.00-17.00.

Orienteringsutbildning i KBT

Fem dagars utbildning i inlärningspsykologi och KBT.

Halmstad den 7, 8, 21, 28 maj + 5 juni

Information om alla utbildningar och
anmälningsformulär hittas på
www.psykologpartners.se/utbildningar

