

# Beteende terapeuter

Rapport från **David Clarks** workshop:  
Kognitiv terapi för social ångeststörning



Årskongressen i Stockholm 2015

Succé för  
"öppet spår"!

**Min syn på** – Erik Andersson om KBT och tvångssyndrom

**Pristagare 2015** – De belönades för sina utmärkta insatser inom KBT

**Nya i styrelsen** – Möt de nyvalda ledamöterna



# Beteende terapeuten

Utgives av  
Beteendeterapeutiska föreningen

## Redaktionen

Anna Eriksson, redaktör och ansvarig utgivare  
Nenad Paunovic, vetenskaplig redaktör  
Johan Westöö  
Michaela Thomas

## Styrelsen

Linda Jüris, ordförande  
[linda.juris@kbt-centrum.se](mailto:linda.juris@kbt-centrum.se)  
Henrik Engelman, medlemssekreterare  
[btf.medlemssekreterare@gmail.com](mailto:btf.medlemssekreterare@gmail.com)  
Ljufur Dagsson, kassör  
[ljufurdagsson@hotmail.com](mailto:ljufurdagsson@hotmail.com)

## Övriga ledamöter

Alexander Rozental  
[alexander.rozentel@psychology.su.se](mailto:alexander.rozentel@psychology.su.se)  
Monica Buhrman  
[Monica.Buhrman@psyk.uu.se](mailto:Monica.Buhrman@psyk.uu.se)  
Andreas Karlsson  
[andreas.karlsson@miun.se](mailto:andreas.karlsson@miun.se)  
Erik Hjalmarsson  
[erik.hjalmarsson@psykiatripartners.se](mailto:erik.hjalmarsson@psykiatripartners.se)  
Lena Fagerström  
[lenfa593@gmail.com](mailto:lenfa593@gmail.com)  
Li Wolf  
[li.wolf@neurokbtgbg.se](mailto:li.wolf@neurokbtgbg.se)  
Margareta Bylund-Andersson  
[margareta.bylund-andersson@sll.se](mailto:margareta.bylund-andersson@sll.se)  
Diana Fabian  
[diana.fabian@kbtvast.se](mailto:diana.fabian@kbtvast.se)  
Lise Bergman Nordgren  
[lise.bergman.nordgren@lin.se](mailto:lise.bergman.nordgren@lin.se)  
Frida Andersson (studeranderepresentant)  
[fridand@hotmail.com](mailto:fridand@hotmail.com)

## Redaktionellt

Beteendeterapeutens vårnummer består som vanligt till stor del av material från årskongressen. Kongressgruppen hade satt ihop ett väldigt intressant program och det blev ett välbesökt och allmänt lyckat evenemang. Redaktionen var på plats och dokumenterade ett antal programpunkter i text och bild. Missa inte Nenad Paunovics detaljerade rapport från David Clarks workshop om KBT för socialt ångestsyndrom – den innehåller allt du behöver för att uppdatera dina kunskaper på området!

Årskongressen innebär inte bara intressanta föreläsningar och workshops utan även årsmöte. I år blev det en del diskussion på årsmötet, framför allt kring styrelsens förslag att uppdatera BTF-loggan. Om detta kan du läsa mer i professor emeritus Lars-Göran Östs debattartikel och styrelsens replik på denna. Fortsättning följer!

Min syn på är tillbaka efter ett kort uppehåll och i detta nummer möter vi Erik Andersson som berättar om OCD. Erik är också en av BTF:s pristagare som presenteras i detta nummer, redaktionen framför ett stort grattis till samtliga pristagare.

BT-redaktionen tar nu ett välbehövligt sommaruppehåll till 10 augusti, då det är manusstopp för material till nr 3. Bidra gärna med material – medlemstidningen blir ännu bättre då!

**Anna Eriksson**  
Redaktör Beteendeterapeuten

## I detta nummer:

Årskongressen i Stockholm.....	4
Workshop med David Clark.....	12
BTF:s priser 2015.....	22
Min syn på: Erik Andersson om KBT och tvångssyndrom...26	
Debatt.....	28
EABCT på kongressen.....	29
Krönika.....	30
Styrelsesidor.....	32
Nya i styrelsen.....	34

**Manusstopp för nästa nummer:** 10 augusti 2015  
Bidrag skickas till: [marvellette@hotmail.com](mailto:marvellette@hotmail.com)  
Textformat: Word/RTF  
**Omslag:** Foto: Linda Jüris  
**Tryck och repro:** Trydells Tryckeri AB  
**Redigering och layout:** Emma Olevik

## Ledare:

# Norrskan, solförmörkelse och en himmelsk årsmöteskongress!

**E**tt verksamhetsår är förbi och jag tackar för att jag får förtroendet att sitta kvar som ordförande i ett år till. Årets höjdpunkt var som sig bör årsmöteskongressen, som ägde rum i Stockholm och första kvällen fick vi bevittna ett fantastiskt norrsken över staden.

**Återigen, ett stort TACK** till årsmötesgruppen! Rebecca Andersson, Malin Bygård, Marina Järvinen Katz, Andreas Larsson, Sara Renström, Anna Sewall och Katja Sjöblom, vilket fantastiskt arbete ni gjort! Att själva kongressen vad gäller innehåll och organisation blev en stor succé är uppenbart. Jag fick dessutom möjlighet att på nära håll observera sådant som pågick bakom kulisserna, t ex högst professionell problemlösning.

**Särskilt extra jättenöjd** är jag med årsmötesgruppens arbete med att sprida KBT till allmänheten. Detta skedde som tidigare år främst genom att programmet innehöll ett så kallat öppet spår, ett spår öppet för allmänheten, där flera av föreningens mest namnkunniga personer ställde upp med sin tid och expertis.

**Vid ett tillfälle** när jag inte kunde hitta till en lokal (vilket berodde på mitt dåliga lokalsinne, inte på årsmötesgruppen som alltid gjorde sitt bästa för att leta rätt på den viltsna ordföranden) mötte vi på vår väg en väldigt stor grupp människor och drog slutsatsen att halva KI skulle titta på solförmörkelsen, samtidigt. Efter en stund går det upp för oss: det är deltagarna på "öppet spår"! Lite rörd blev jag allt när jag förstod att 250-300 personer var på plats för sakens skull. Jag hörde dessutom många nöjda kommentarer och har fått fina mail om de ingående föreläsningarna, bland annat från inbjudna politiker och andra viktiga bundsförvanter!

**Utbildningsradion var på plats** och filmade stora delar av öppna spåret samt professor David Clarks keynote om IAPT. Alla som vill kommer alltså att kunna se dessa föreläsningar, först via Kunskapskanalen och sedan via URs webb. UR var för övrigt mycket nöjda och bad att få återkomma till EABCT16. Här har vi en mycket fin möjlighet att sprida vårt budskap till allmänheten!

PS –  
om du inte har fått  
mitt mail på KBT-listan men är  
intresserad av att ha synpunkter på  
BTF:s nya grafiska profil, kontakta mig:  
[linda.juris@kbtpsykologerna.com!](mailto:linda.juris@kbtpsykologerna.com)



Årsmötesgruppen: bakre raden Andreas Larsson med Tage, Sara Renström, Malin Bygård och Rebecca Andersson. Främre raden Marina Järvinen Katz, Anna Sewall och Katja Sjöblom. Foto: Linda Jüris.

**Att själva kongressen  
vad gäller innehåll och  
organisation blev en stor  
succé är uppenbart.**

**Årsmötet 2016** blir som tidigare beskrivet inte kopplat till en kongress, eftersom vi kommer ha europeiska kongressen i KBT i Stockholm i månadsskiftet augusti/september 2016. Själva årsmötet ska vi såklart ändå genomföra, det kommer gå av stapeln fredagen den 18:e mars 2016. Det kommer äga rum i Stockholm och vi tittar vidare på om vi kan koppla någon typ av vetenskaplig/vidareutbildande företeelse till detta.

**Gott Nytt Verksamhetsår!**

**Linda Jüris**  
Ordförande  
Beteendeterapeutiska föreningen





# Fullspäckat för deltagarna och succé för "öppet spår"

Årets BTF-happening lockade runt 350 kongressdeltagare till Karolinska institutets lokaler i Solna i mars. Utöver det besökte mellan 200 och 300 personer det s k "öppna spåret" med föreläsningar riktade till allmänheten. Beteendeterapeutens redaktion var också där och presenterar här, i text och bild, några axplock ur ett fullspäckat program.

Text: Anna Eriksson

Foto: Malin Bygård, Linda Jüris

Kongresstemat "Scientist as practitioner" syftar på den forskande klinikern, som utgör en viktig länk mellan patientvård och forskning. Det handlar om att utveckla frågeställningar baserade på kliniska frågor som man möter i praktiken och hur man gör för att föra ut forskningsresultat i klinisk rutinvård. Likaså om hur man gör systematiska kliniska utvärderingar och varför det är viktigt att utvärdera evidensbasen för psykoterapi. Årets tema märktes i kongressprogrammet bland annat genom ett flertal symposier som presenterade aktuell forskning inom psykologisk behandling. Arrangörsgruppen hade - bland annat - som ambition att lyfta fram behandlingsmetoder med gott empiriskt stöd som ännu inte är väl spridda i Sverige.

**Samtliga pre-workshops var välbesökta och uppskattade av deltagarna.**

Årskongressen inleddes på torsdagen med tre pre-workshops: David M. Clarks "An Update on Cognitive Therapy for Social Anxiety Disorder" (en rapport från denna WS ges i separat

artikel i detta nummer), Lars-Göran Östs "Vikten av evidensbaserad psykoterapi - Hur ska vi säkra KBT:s framtid i Sverige" (se rapport i BT nr 3 2014) samt Anthony Mannarinos "Basics of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy". Samtliga pre-workshops var välbesökta och uppskattade av deltagarna.

**Fredagen inleddes tidigt** med Maria Bragesjös workshop "PE vid PTSD". Maria är hittills den enda svensk som blivit certifierad i prolonged exposure och fått titeln certified supervisor i PE (se BT nr 2 2013). Workshopen inleddes med fakta om PTSD och samsjuklighet, som är mycket vanligt (t ex pågående ångest- eller förstämningssyndrom 92%, pågående depression 69%). Maria stack sedan hål på ett antal myter om traumafokuserad KBT, och visade att de är just myter. Exempelvis att behandlingen är rigid och inte tillåter en anpassning till patientens enskilda behov, att behandlingen leder till symptomökning, återtraumatisering och

höga "drop out rates" samt att det bara är ett fåtal behandlare som klarar av att arbeta med traumafokuserad KBT.

**En minoritet av patienter** i PE-behandling uppvisar en reliabel ökning av symptom, men denna är inte kopplad till avhopp från behandlingen eller sämre behandlingsutfall. I en meta-analys av 18 RCT:s (van Minnen et al, 2014) uppvisade deltagarna minskning av samsjuklighet eller oförändrad sådan - de försämrades alltså inte. Maria beskrev vanliga hinder från behandlarperspektiv för att erbjuda patienter PE: psykiatrisk samsjuklighet, kognitiva begränsningar och låg motivation från patientens sida. Ytterligare en faktor kan vara behandlaren eget undvikande. Då PE kan vara påfrestande även för behandlaren är det viktigt att ta hand om sig själv. Forskning har visat att äldre behandlare klarar sig bättre från utbrändhet och att behandlare som följer manualen blir mindre utbrända. PE har ett flertal fördelar: behandlingen har det största antalet studier som stödjer både *efficacy* och effekt; den har funnits vara effektiv med det bredaste spannet av traumapopulationer; den har studerats på många oberoende center över hela världen; den har stor



Pre-workshop med David M. Clark.

spridning över världen och dess effekt även i händerna på icke-expertter har dokumenterats i flera studier.

**I workshopen ingick** en genomgång av teorin bakom PE där Maria beskrev rädslstruktur (känslstruktur), tidiga PTSD-symtom, återhämningsprocessen och felaktiga och ohjälpsamma kognitioner underliggande PTSD. Hon gick även igenom hur PE fungerar och vem som kan bli hjälpt av behandlingen. Därefter följde en genomgång av behandlingsupplägg, inklusive vad man kan behöva diskutera inför behandlingen och sådant som kan underlätta en god behandlingsallians. Maria beskrev de olika delarna i PE: rational för behandlingen, traumaintervju, kontrollerad andning, psykoedukation, in vivo-exponering och imaginativ exponering. Hon diskuterade även faktorer som stör känslomässigt engagemang och hur man som behandlare kan hantera dessa.

**Efter lunchbuffé** och mingel fortsatte dagen för min del med föreläsningen "Beteendeterapi och ACT med ungdomar" som hölls av Elin Wesslander. Det har gjorts en begränsad mängd studier inom området, och i dessa har

man funnit liknande resultat som för vuxna. En brist är att forskning ofta inriktas på "ångest" snarare än på specifika ångestsyndrom, en annan att man inte undersökt vad som är specifikt för gruppen ungdomar. I en meta-analys om terapi vid ångest hos barn och unga utförd av Reynolds et al 2012 visades att KBT har god effekt. I samma meta-analys konstaterades bland annat att föräldraintervention inte ger bättre resultat, att individuell terapi ger bättre resultat än gruppterapi, att specifik diagnos ger bättre resultat än "blandad ångestgrupp" och att KBT ger bättre resultat än icke-KBT. Vad gäller ACT finns fortfarande alltför lite forskning för att kunna dra slutsatser, men man har sett lovande resultat för vissa problemområden.

**Elin rekommenderade** att man gör en noggrann beteendeanalys och utgår från evidensbaserad behandling. Hon betonade vikten av att utvärdera arbetet kontinuerligt och att åldersanpassa behandlingen - arbete med ungdomar innebär action! Det ställs höga krav på relationen, som kan vara extra förstärkande. Ungdomar är vanligen mottagliga för förändring och det finns "massor av framtid" att jobba med.

Det är viktigt att ha en välkomnande hållning, visa öppenhet för olikheter och respektera den unges val. Som terapeut behöver du tänka på hur du ställer frågor och hur det ser ut på din mottagning, exempelvis vad gäller HBTQ-frågor.

**Hur kan man då "hotta upp" terapin?** Elin slog ett slag för att göra saker tillsammans. Övningar kan introduceras som experiment för att göra den unge mer nyfiken och engagerad. Metaforer brukar funka, så länge de är begripliga och inte för "mossiga". Att visa bilder, se filmklipp och använda appar är fler förslag, samt funktionellt arbete med tankar och engagerande exponering och färdighetsträning. Det är viktigt att terapeuten vågar bjuda på sig själv, modellera och "göra bort sig". När man gör övningar tillsammans med patienten blir det lättare att få koll på hens säkerhetsbeteenden, ångestnivå o dyl. Sådant kan vara svårare för ungdomar (i jämförelse med vuxna) att beskriva för terapeuten. Elin talade också om värdearbete med ungdomar. Hennes tips här är att alltid utgå från den unges egen riktning och ta hen på allvar. Många behöver hjälp med att hitta värden, och här kan man ta hjälp av ACT samtalskort.





Glada miner och applåder under invigningen.

Den som arbetar med psykologisk behandling med ungdomar bör komma ihåg att de i jämförelse med vuxna upplever känslor starkare, och har ännu inte lärt sig att reglera dem. Elins sammanfattande rekommendationer var att möta de unga där de är, ha fokus på deras riktning, bejaka det lekfulla, gå "all in" och GÖR, våga stanna i känslor!

Dr Anthony Mannarino höll en keynote med titeln "Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT): What is It, How Good is It, and Why Families Need It".

**I början fick han höra att det inte riktigt var ett legitimt område och att han borde ägna sig åt något annat. Lyckligtvis lyssnade han inte på dessa råd.**

Mannarino inledde sin presentation med att gå igenom olika slags trauman som kan inträffa i barndomen och en del statistik (från USA). Vid 16 år har 2/3 av ungdomar upplevt något slags trauma, och 25% av flickor och 10-15% av pojkar har blivit sexuellt antastade

vid 18 år. Alla utvecklar förstås inte PTSD, men ett traumas inverkan på personen kan vara länge. Trauma är en riskfaktor för att utveckla både psykiatrisk och somatisk problematik. De flesta återhämtar sig över tid, men en signifikant minoritet utvecklar PTSD och behöver behandling.

Barn som varit med om trauma har olika psykiatriska symtom och samsjuklighet. Vid komplexa trauman och/eller kronisk traumaexponering finns ofta omfattande svårigheter med känsloreglering, interpersonella svårigheter, kroppslig problematik och allvarliga svårigheter med självförtroende.

De flesta traumatiserade barn identifieras inte. Om de identifieras får de inte alltid behandling, och ännu mer sällan evidensbaserad sådan. Den kliniska bilden kan innefatta betydande beteendeproblem och känslomässiga svårigheter, och därför blir barnet kanske inte ens tillfrågat om trauma. Enligt dr Mannarino kan beteendebehandling vara inefektiv eftersom man inte genomför

traumaexponering. Tillståndet kan förvärras över tid och leda till ökat vårdbehov. Mannarino gick igenom några vanliga hinder för traumabehandling, exempelvis rädsla hos behandlaren för att "återtraumatisera" barnet. Barnet bär dock på sina traumaupplevelser oavsett.

Vad är då TF-KBT? Mannarino beskrev det som en "hybridbehandlingsmodell" som integrerar traumakänsliga interventioner, KBT-principer, attachmentteori, utvecklings-neurobiologi, familjeterapi, "empowerment therapy" och humanistisk terapi. TF-KBT passar för barn med känd traumahistorik och barn med uttalade traumasymtom (PTSD, depression, ångest med/utan beteendeproblem). Barn med svåra beteendeproblem kan behöva tilläggsbehandling. Helst bör en förälder eller motsvarande delta i behandlingen. TF-KBT har visat sig fungera för barn från tre till 18 års ålder, barn med autismspektrumtillstånd som fungerar på en högre nivå och för barn från olika kulturer. Hittills har 15 RCT:s utförts, varav Mannarinos team har gjort åtta. Två studier har utförts i Kongo och en i Norge. I en studie som genomfördes i Holland fick TF-KBT och EMDR jämförbara resultat v g PTSD-symtom, men TF-KBT var mer effektivt för

**Ofta finns en önskan att kontrollera det man inte kan kontrollera: känslor, tankar, andra människor och framtiden.**



Andreas Larsson höll föreläsning.

att minska samsjuklighet. Mannarino berättade att de barn som deltagit i studierna haft olika slags trauman, och att de förbättrats v g PTSD, depression, ångest, skam och beteendeproblem jämfört med klientcentrerad och icke-direktiv terapi. Även föräldrarnas problematik minskade, och de blev mer stödjande. Mannarinos team har en websida där de erbjuder tre webbaserade kurser – hittills har 225000 personer registrerat sig och cirka 50% har slutfört någon kurs.

TF-KBT innefattar individuella sessioner för både barn och förälder. Barn och förälder har samma terapeut, och barn och förälder får ungefär samma tid varje session. Terapin pågår från åtta till 25 sessioner och indelas i tre faser. Den första kallas stabiliseringsfasen och innehåller psykoedukation, föräldrafärdigheter, färdigheter för avslappning, känsloreglering och kognitiv bearbetning. Därefter följer återberättande och bearbetande av traumat. Slutligen integreringsfasen, som bl a innehåller in vivo-exponering för sådant som påminner om traumat och arbete med att förbättra säkerhet och sociala färdigheter. Vanligen utgör varje del en tredjedel av den totala terapin, men vid komplext trauma utgör stabiliseringsfasen 1/2 och övriga delar

1/4 var. Samtliga tre komponenter bör alltid ingå i behandlingen.

Fredagens program avslutades som brukligt med årsmöte. Som ordförande för detta valdes Viktor Kaldo. Mötet följde sedan det utlysta programmet - nedan återges några utvalda punkter:

- Vid genomgång av verksamhetsberättelsen nämndes att styrelsen under året haft fyra livemöten, en arbetshelg och sex telefonmöten. Man konstaterade att det varit (för) många nya styrelsemedlemmar på tunga positioner och att man behövt ta en del hjälp av tidigare styrelsemedlemmar. Styrelsen har arbetat på att bli mer synliga och haft fokus på utåtriktad proaktiv verksamhet t ex FB, ny hemsida och lobbyverksamhet.
- Utbildning: BTF och sfKBT har inlett ett samarbete för att undersöka om föreningarna kan ha en gemensam utbildningsplan.
- Information om EABCT: förberedelserna fortskrider (mer om detta i kommande nummer av BT utlovas!).
- Media, opinion: man har bl a startat en arbetsgrupp med fokus på lobbyarbete/påverkansarbete av politiker.
- P g a EABCT 2016 blir det ingen årskongress nästa år, däremot årsmöte som vanligt.
- Val av styrelse: samtliga föreslagna ledamöter godkändes.

Proposition om stadgeändring avseende reglering av handledarkommitteens arbete – omröstning för andra gången, samtliga närvarande var för denna stadgeändring vilket innebär att den antas.

Proposition CBT, där förslaget löd: CBT-redaktionen får formellt mandat att rekrytera internationella ledamöter till redaktionen. Vid omröstning var en majoritet för förslaget, men för stadgeändring behöver propositionen röstas igenom nästa år.

Under årsmötet uppkom en diskussion kring styrelsens förslag att ändra BTF-logotypen, och frågan lyftes om styrelsen har mandat att fatta beslut om detta. Det hela beskrivs närmare i professor emeritus Lars-Göran Östs debattartikel i detta nummer.

Lördagen inleddes för min del med Susan Orsillos workshop "The Mindful Way through Anxiety: Acceptance-based behavioral therapy in Practice". Susan Orsillo sammanfattade vad sk "ABB"-terapi har gemensamt; deras likheter med traditionella former av KBT (baserade på inlärningsteori, inkluderar psykoedukation, självmonitorering, "tankar som tankar", exponering, flexibel respons, öka färdigheter) och subtila skillnader (betonar



**Vad ska då vi göra med Dodofågels utlåtande? Lars-Görans dom: Begrav det, det är en myt och lika dött som Dodofågeln själv!**



Ingen kongress utan fika!

inte behov av att förändra tankar och känslor, fokuserar explicit på att öka livskvalitet, ökat användande av upplevelsebaserade övningar för att främja nyinlärning).

**Varför modifiera KBT för just GAD?**

Ja, GAD är en vanligt förekommande diagnos (3% punktprevalens; 5,7% livstidsprevalens), det är den näst vanligaste psykiatriska diagnosen inom primärvården. GAD är handikappande i sig, tillståndet påverkar livskvalitet och arbetsförmåga och det är vanligt med samsjuklighet i form av depression, missbruk och suicidalitet. Det är också ett svårbehandlat tillstånd där det är vanligt med bensodiazepiner, och 38-74% som genomgår KBT får inte så bra utfall. Varför är KBT inte mer effektivt? Orsillo nämnde några orsaker:

- patienterna tror att problemen är

utanför deras kontroll

- de etablerade behandlingarna adresserar inte samsjuklighet och interpersonella problem tillräckligt väl
- KBT fokuserar på obehag/undvikande av fobiskt stimulus, men vilket är detta i GAD?

**Det fobiska stimuli** vid GAD är inre upplevelser: tankar, känslor och bilder. Dessa fruktas p g a ”problematiska relationer”. Följande undvikandebeteenden finns vid GAD:

- oro (orons funktion är upplevelsebaserat undvikande och minskar obehag kring osäkerhet)
- beteende som drivs av ”borde”/undvika obehag, inte att följa värderingar
- personen är inte fullt ut engagerad i personligen värderade aktiviteter.

**Orsillo presenterade** en konceptuell modell över GAD och relaterade

tillstånd, ett slags ”ond cirkel” där beteendemässigt undvikande, upplevelsebaserat undvikande och problematisk relation till inre upplevelser påverkar varandra.

**Vid fallkonceptualiseringen** kartlägger terapeuten bl a patientens inre upplevelser och hens relation till dessa, upplevelsebaserat undvikande och konsekvenser i form av symtom och beteenden. Behandlingen består av 16 sessioner och indelas i två faser. I den första fasen inleds sessionerna med MN-övning och genomgång av hemuppgifter. Sedan följer psykoedukation, t ex om känslors funktion, och terapeuten undersöker hur väl detta överensstämmer med patientens upplevelser. Man använder metaforer och övningar för att illustrera begrepp. Sessionen avslutas med nya hemuppgifter. I terapins andra fas väljer patienten

MN-övning och därefter tillämpas strategier man gått igenom i fas 1, i och utanför sessionerna.

**En orsak till** att personer med GAD är rädda för känslor är att de oroar sig för att följa känslans impuls. Susan Orsillo gick igenom en distinktion man använder i terapin: mellan ”klara” och ”grumliga” känslor – de senare är starkare/ håller i sig längre, är mer diffusa och svåra att förstå. Några orsaker till att känslor blir ”grumliga” är brister i självomsorg; att de är känslor relaterade till framtida/föreställda/tidigare händelser, att det finns en problematisk relation till känslan (reaktion på reaktion) och att känslan följer på försök att kontrollera saker utanför vår kontroll/andra människor/framtiden.

**I terapin arbetar** man med medveten närvaro på flera sätt: genom självobservation, t ex att registrera situation och orosområde vilket senare kompletteras med känslor och beteenden, genom formella MN-övningar och genom MN i vardagen. Formell MN övas i sessionerna och däremellan. Man ”bygger färdigheter” i neutral kontext och jobbar mot mer känslomässigt laddade fokus. Övningar bör kopplas till patientens målsättningar. Vanliga svårigheter för patienten i arbetet med MN brukar vara att avsätta tid, missuppfattningar kring arbetet med ”self-compassion” (t ex att det handlar om att ösa falskt



Yngst på kongressen var troligtvis Tage, som uppskattade BTF-ballongerna.

**Det är viktigt att känna till personens kontext för att förstå beteenden och strategier som verkar annorlunda.**

beröm över sig själv eller att ignorera/förneka misstag) och att patienten inte tror att hen förtjänar det. Ofta behöver terapeuten korrigera sådana missuppfattningar, och introducera övningar som experiment (”är du villig att utgå från detta och testa...”).

**I behandlingens** andra fas (session 9-16) identifieras de beteenden som är i patientens värderade riktning, och man arbetar med smärtsamma känslor. Arbetet med värderingar sker ofta genom skrivuppgifter, t ex kan patienten få beskriva hur hans ångest står i vägen för relationer, arbete, utbildning, träning, engagemang i samhället och att ta hand om sig själv. Man behöver definiera vad värderingar är och skillnaden mellan värderingar och mål. Det går att utgå från mål och hitta underliggande värderingar, t ex från ”jag vill gå ner i vikt 10 kg” till ”jag värderar en hälsosam livsstil”. Ofta finns en önskan att kontrollera det man inte kan kontrollera: känslor, tankar, andra människor och framtiden. Terapeuten kan validera önskan och samtidigt betona konsekvenser av detta t ex att patienten är fast i en ”ond cirkel” av oro.

**Nästa programpunkt** var professor emeritus Lars-Göran Östs keynote med titeln ”Stämmer Dodo-fågels utlåtande om ingen skillnad i effekt mellan olika terapier?” Lars-Göran inledde med att presentera bakgrunden till ”Dodo-bird” d v s påståendet ”det finns ingen skillnad i behandlingseffekt mellan olika terapier” som hävdades av Wampold et al (1997). För att undersöka Dodo bird-utsagan har Lars-Göran Öst genomfört ett flertal metaanalyser där han inkluderat alla RCT:s han hittat. Totalt har 75 studier inom områdena ångeststörningar, depression, ätstörningar och personlighetsstörningar ingått, och sammanfattningsvis har KBT visat ett signifikant bättre resultat.

ES är inte stora men statistiskt signifikanta och skillnaderna kvarstår vid uppföljning 1-60 månader efteråt (förutom vid personlighetsstörning). Vad ska då vi göra med Dodofågels utlåtande? Lars-Görans dom (som följdes av kraftiga applåder): Begrav det, det är en myt och lika dött som Dodofågeln själv!

**Under sin keynote** lyfte Lars-Göran Öst också en viktig fråga: görs jämförande studier på ett sätt som är rättvist för de terapier som ingår i studien? Några viktiga frågor att ta ställning till är följande: utförs terapin på det sätt som det ska göras enligt upphovspersonens manual (t ex v g antal sessioner och sessionslängd)? Har terapeuterna tillräcklig och likvärdig kompetens? Hur är det med följsamhet till manualen? Lars-Göran gick igenom sin granskning av fem studier. Sammanfattningsvis konstaterade han att PDT-metoden i fyra av fem fall fått styra metodiken vad gäller behandlingsproceduren. Mätning av terapeutisk kompetens hade inte gjorts alls eller med litet sample i fyra av fem studier. Dessutom var bortfallet i KBT-betingelsen signifikant högre. Lars-Göran påpekade att många jämförande RCT:s verkar ”riggade” för att passa den terapi som projektledaren föredrar. Det gör att den andra terapin inte får en rättvis chans att prestera så bra som möjligt. Studiernas interna validitet var hotad. Detta är dålig användning av forskningsmedel och skattepengar.

**På lördagseftermiddagen** deltog jag i workshopen ”DBT för män med BPD och antisociala beteenden” som hölls av min kollega Dan Wetterborg, psykolog och doktorand. Dan inledde med att gå igenom bakgrunden till sin forskning. Borderline personlighetsstörning (BPD) är en diagnos som många förknippar med kvinnor, men nyare studier har visat på allt mindre





Lunchpaus under kongressen.



Lördagens symposium om prokrastinering.

könsskillnader. I studier av kliniska populationer är cirka ¾ med BPD kvinnor (APA), men så ojämn ser fördelningen inte ut i befolkningen över lag. Män som får diagnosen BPD har lika mycket psykiatrisk samsjuklighet och självskadebeteende som kvinnor. Vissa typer av samsjuklighet är vanligare hos kvinnor (äts störningar, ångestsyndrom) respektive män (missbruksproblematik, neuropsykiatriska tillstånd). Vad gäller våld och kriminalitet hos män med BPD är det särskilt förknippat med impulsiva våldsbrott och partnervåld. 14-30% av fängelseinterner har BPD och 20% av brottsdömda i frivården. Denna grupp har högre psykiatrisk samsjuklighet, högre suicidrisk och högre återfall i brott. Särskilt illa är det vid kombinationen BPD och antisocial personlighetsstörning (APD). Inom öppenvårdspsykiatri erbjuds kvinnor med BPD mer farmakologisk och psykoterapeutisk behandling än män, och störst könsskillnader återfinns i DBT.

**Forskning om DBT** för män med antisociala beteenden har främst gjorts

i rättspsykiatrisk- och anstaltsmiljö i USA och Storbritannien. Det är få publikationer, som huvudsakligen är beskrivningar av vad man gör snarare än behandlingsstudier. Mycket få behandlingsstudier har gjorts i öppenvård, och i de som gjorts var patienterna dömda till vård. På så sätt är Dan Wetterborgs studie unik. Projektet började 2008 med en pilotstudie med sju patienter. Utvärdering skedde genom "single case design". Sex deltagare fullföljde behandlingen, fyra halverade poängen på BDI och tre visade sjunkande trendlinjer för problembeteenden. I den pågående studien får deltagarna 12 månaders DBT i öppenvård och mätningar görs före, efter och vid uppföljning med självskattningar, anhörigskattningar, intervjuer, veckokort och registerdata. Ingen kontrollgrupp

ingår i studien. Hittills har 29 patienter påbörjat behandling varav 78% hade APD-diagnos vid behandlingsstart, 68% missbrukade, 85% hade dömts för brott, 58% hade gjort suicidförsök och 61% hade självskadebeteende.

**Det är viktigt att känna till personens kontext för att förstå beteenden och strategier som verkar annorlunda.**

**Under workshopen** gick Dan igenom sådant som kan vara särskilt viktigt att ha i åtanke vid bedömning och beteendeanalys. Enligt hans erfarenhet har många män svårt att beskriva BPD-symtom spontant, man behöver därför "gräva" och ställa

detaljerade frågor. Som behandlare ska man inte gå på "jag ångrar inget-snack", utan tänka funktionellt, då det ofta finns ett undvikande av skam/skuld. Vanliga överskotts-beteenden är att undanhålla information, ljuga, missbruka, hota (dock inte terapeuter!) och

emotionellt undvikande. Vanliga underskotts-beteenden är tillitsfulla beteenden, sanningsenliga beskrivningar av eget mående, att be om hjälp, att validera sig själv och andra. Dan påpekade att det är viktigt att känna till personens kontext för att förstå beteenden och strategier som verkar annorlunda.

**Den senare delen** av workshopen var praktiskt inriktad och deltagarna fick prova att rollspela parvis, där en agerade terapeut och den andra patient ur målgruppen. Vi fick även prova några olika slags mindfulnessövningar.

**Lördagen avslutades** med Susan Orsillos keynote "Acceptance-based behavioral therapy for GAD: An overview of the research". Susan Orsillo stötte på problem med tekniken och hennes powerpointpresentation kunde inte visas för åhörarna, men hon tapade inte modet. Tillsammans med kollegor har hon forskat på den modell hon beskrev tidigare under dagen, och funnit stöd för samtliga tre delar:

- personer med GAD är mer

fokuserade på "threat cues"; de har ett generellt undvikande av känslor; de är mer "fused" med sina tankar och antaganden (detta gäller även personer med andra ångestsyndrom)

- personer med GAD oroar sig för att distrahera sig från ännu jobbigare saker
- de har lägre livskvalitet inom alla livsområden t ex arbete, pengar och ett lägre engagemang i värderade aktiviteter.

**Den första behandlingsstudien** var en pilotstudie som genomfördes i grupp om 16 sessioner. I deltagarnas feedback framkom önskemål om mer individuell behandling. Deltagarna uppvisade signifikant minskning av bl a symtom på GAD, depression och upplevelsebaserat undvikande vilket forskargruppen bedömde som "lovande resultat". Nästa studie var en RCT där man jämförde ABBT och en väntelistekontrollgrupp. Här fick man signifikanta resultat på utfallsmåtten, även vid uppföljning. I en RCT med 81 deltagare jämfördes ABBT och TA. Här blev det ingen signifikant skillnad

mellan grupperna, och det verkar som att effekterna håller i sig över tid (uppföljning gjordes vid 12 och 24 mån). Susan Orsillo påpekade att det finns likheter mellan TA och ABBT t ex att patienten lär sig uppmärksamma tidiga signaler i kroppen. Det verkar som att båda behandlingarna verkar genom att öka decentrering, och att förändring i decentrering föregår förändring i ångest. Ytterligare ett forskningsresultat Susan Orsillo nämnde är att ABBT visat sig mer acceptabel än andra behandlingsmetoder för minoritetsgrupper och marginaliserade grupper.

**Mitt sammantagna intryck** är att kongressen var välplanerad och -organiserad och mycket uppskattad av deltagarna. Programmet innehöll väldigt många intressanta föreläsningar och workshops - ibland var det riktigt svårt att välja. Tyvärr deltog jag inte på kongressfesten, men säkra källor säger att även den var riktigt lyckad. Nästa EABCT16!



# Workshop med David Clark: Kognitiv terapi för social ångeststörning

**Under BTF:s årskongress presenterade David Clark sin kognitiva terapi för social ångeststörning. I denna rapport återges i någorlunda detalj workshopen, som var inriktad på den metodologiska aspekten av hur man genomför behandlingen.**

Text: Nenad Paunovic  
Foto: Malin Bygård

## DSM-5-kriterierna för social ångeststörning

Clark började med att gå igenom DSM-5-kriterierna för social ångeststörning. Diagnosen innefattar för det första en ihållande rädsla för en eller flera sociala situationer. För det andra handlar rädslan om att man kommer att agera på ett sätt som leder till förnedring, genas eller avvisande. De sociala situationerna ska nästan alltid framkalla ångest. De fruktade situationerna undviks eller står ut med ett omfattande obehag. Den enda förändringen i kriterierna från DSM-IV är att klienten skulle själv inse att rädslan var utom proportion för vad som var rimligt - i DSM-5 räcker det att bedömarens anser att så är fallet. Den sociala ångesten ska ha hållit i sig under åtminstone sex månader och orsakar signifikant lidande och funktionsnedsättning.

## Prevalens, naturligt förlopp och konsekvenser av social ångeststörning

Social ångeststörning uppges vara den vanligaste ångeststörningen med en livstidsprevalens på 12 % (Kessler et al., 2005). Debuten av störningen inträffar vanligast under barndomen (median 13 år) och är ofta livslång om ingen behandling sätts in. Det naturliga tillfrisknandet inträffar hos 37 % vid social fobi under loppet av 12 år (Bruce et al., 2005). Social ångeststörning är förknippad med en ökad risk för suicid, alkohol- och drogmissbruk, depression

och andra ångeststörningar. Den är starkt förknippad med ett underpresterande i utbildningssammanhang. Personer som lider av social ångeststörning har den högsta sannolikheten för att lämna skolan tidigt, att få bristande studieresultat, att bli befordrade i mindre omfattning när de blir yrkesarbetande, att tjäna mindre pengar, och de har en mindre sannolikhet att gifta sig och få barn.

## Några typiska tankar vid social ångeststörning

I inledningen av den kognitiva modellen för social ångeststörning nämndes några typiska tankar vid denna störning: "det som jag säger låter dumt", "jag är tråkig", "jag kommer att göra mig till åtlöje", "de tycker inte om mig", "de ser att jag är ångestfylld" (det sistnämnda uppges vara den allra vanligaste tanken).

## Clark och Wells socialfobimodell

Clark och Wells socialfobimodell från 1995 introducerades. Denna modell vidhåller att social ångeststörning upprätthålls av:

- (1) Att man skiftar fokus för sin uppmärksamhet internt (mot sig själv): Detta får som konsekvens att man inte följer upp vad någon annan säger, att man inte fångar upp sociala signaler etc. Av bl a den anledningen hjälper det inte att man endast exponerar klienten för sociala situationer.
- (2) Att man använder sig av "inre"

(interoceptiv, känslomässig) information för att komma fram till vilket intryck man gör på andra personer. Denna "inre" information utgör ett bevis för klientens värsta farhågor som uttrycker sig på följande sätt: (a) "På grund att jag känner mig mycket ångestfylld så måste jag se mycket ångestfylld ut inför andra människor". D v s dessa personer överskattar hur ångestfyllda de ser ut. Dock, i allmänhet är våra känslor osynliga för andra. (b) Människor har mentala bilder av hur de ter sig inför andra. Vid social ångeststörning existerar det många konstruerade bilder av hur dessa klienter föreställer sig att de ser ut. De föreställer sig att de ser ut på ett visst sätt utifrån "observatörens perspektiv", d v s de ser sig själva som från observatörens perspektiv. Dessa bilder visualiserar personernas värsta farhågor. Ett exempel på en bild: "Det ser ut som om jag spänner läpparna i ett litet 'o'. Jag ser verkligen ut som en jubelidiot". Dessa visuella bilder är mycket förvrängda. (c) Att man känner sig distanserad från andra människor. T ex beskrevs ett exempel på en lärare som under en kafferast på morgonen då samtliga lärare samlades innan den första undervisningen kände sig på detta vis. David Clark illustrerade känslan med att sätta en stol i ett hörn och peka på var de andra befann sig "känslomässigt". Trots att man sitter mitt i gruppen "känns det som om" man befinner sig långt distanserad från de övriga personerna. Denna "känsla" av

att vara separerad från alla andra utgör för personen ett bevis på att andra människor inte tycker om en.

(3) Säkerhetsbeteenden. Detta är beteenden som man utför i föreställningen om att man förhindrar fruktade sociala katastrofer från att inträffa. David Clark gav ett exempel på en person som kände sig yr inför andra människor. För att "förhindra" att han skulle svimma och "göra bort sig inför alla andra" tog han sin hand mot ett fast stöd för att stå stadigt. Han var övertygad om att den enda anledningen till att han inte kollapsade var att han höll sin hand mot ett fast stöd. Det poängterades att säkerhetsbeteenden är helt i sin ordning, och är i vissa fall essentiella för vår säkerhet och trygghet, om rädslan är realistisk. Dock är säkerhetsbeteenden inte adekvata vid social ångeststörning därför att rädslan är orealistisk. Säkerhetsbeteenden leder till att man inte kommer att upptäcka att en frånvaro av dem inte leder till en social katastrof. D v s säkerhetsbeteenden förhindrar människor från att upptäcka att sociala situationer inte är farliga. Säkerhetsbeteenden får dessutom många andra negativa konsekvenser. Många säkerhetsbeteenden är saker som människor gör i sitt huvud, sådant som man inte kan se. Clark illustrerade ett exempel på ett säkerhetsbeteende och tog upp samma lärare som har nämnts tidigare. Den aktuella läraren läser artiklar ur fem nyhetstidningar varje morgon, gör anteckningar från genomläsningen, och förbereder sig på så sätt att vara "päläst" inför varje morgonfika med lärarkollegorna. Denna lärare gör allt detta för att framstå som "smart". Han tror att om han hade varit sitt normala jag så skulle kollegorna upptäcka hur tråkig han är. När läraren talar till sina kollegor om det pålästa tidningsmaterialet har han innan sina yttranden memorerat i sitt huvud det han har sagt tidigare, och jämfört det tidigare sagda med det som för närvarande finns i tankarna, för att besluta sig om det som är aktuellt i tankarna ska yttras vid det aktuella tillfället. Under tiden som han agerar på detta sätt ger han ett särskilt intryck när någon annan talar till honom. Läraren ger intrycket av att inte vara närvarande, av att inte vara särskilt intresserad av den andra personen. Hur reagerar den andra personen? Vanligtvis slutar man att prata och blir mindre vänligt inställd. Detta utgör exempel på konsekvenser av säkerhetsbeteenden i sociala situationer, att en

del av den sociala rädslan kan realiseras på detta vis. Det tragiska i detta fall är att läraren som lider av social ångeststörning verkligen vill vara vän med de andra lärarna. Men han ger helt felaktiga sociala signaler. Det som gör det än mer komplicerat är att andra människor inte visar sina reaktioner. En ytterligare aspekt av säkerhetsbeteenden är att dessa beteenden ofta uppmärksammas, någonting som personer med social ångeststörning inte vill och fruktar. T ex om man "gömmar undan" sin blyghetsreaktion genom att täcka för sitt ansikte med sina händer så kommer andra människor att märka det. Detta kan göra dessa personer ännu mera självfokuserade. Dessutom kan säkerhetsbeteenden öka somatiska och kognitiva symtom. T ex om man håller i en kopp mycket hårt kommer man troligen att känna spänningen i handen.

## Aktiverade antaganden

En annan viktig beståndsdel i den kognitiva modellen för social ångeststörning är "aktiverade antaganden" (activated assumptions). Sociala situationer kan aktivera antaganden vid social ångeststörning. De flesta sociala interaktioner innehåller tveydiga aspekter som kan tolkas på olika sätt. I dessa situationer tolkar personer med social ångeststörning neutrala ansikten på ett negativt sätt. T ex, om man under en konversation ser att motparten råkar kasta en blick mot ett fönster kan detta tolkas som exempelvis "Gud vad jag måste vara tråkig". Personer med social ångeststörning har en hel serie av problematiska antaganden om sig själva och om sin sociala omvärld. För det första har de utomordentligt höga krav på sig själva vad gäller social prestation. T ex "Mitt tal måste ha ett perfekt flyt" eller "Jag måste framstå som intelligent och kvick". För det andra har de tillägnat sig dysfunktionella villkorsantaganden. T ex "Om jag inte håller med någon, då kommer de att tro att jag är korkad", "Om jag verkar ångestfylld, då kommer människor att tycka illa om mig", eller "Om andra vill lära känna mig, då kommer de att tillkännage detta till mig". För det tredje innehar de obetingade antaganden om sig själva. T ex "Jag är ointressant, annorlunda, konstig", "Jag är

ogillad". Clark avslutade denna del med att säga att vi inte skulle möta någon ny bekantskap om vi trodde på dessa antaganden.

## Terapeutfällor

Under nästa avsnitt beskrev Clark att social ångeststörning kan innebära fällor för terapeuten i större grad än andra störningar. För det första är terapeuten ett fobiskt objekt för klienten.

**Många säkerhetsbeteenden är saker som människor gör i sitt huvud, sådant som man inte kan se.**

När klienten sitter mittemot terapeuten sätts hela hans system av tänkande och beteenden igång. Klienten kommer att framstå som förhållandevis distanserad och ointresserad i terapin. Terapeuten möter personen med säkerhetsbeteenden, d v s inte "den riktiga personen". Den andra fällan utgörs av att terapeuten kan tro på det bevis som hen ser med sina egna ögon. T ex om klienten får frågan "hur tror du att du ser ut i andras ögon" så kan svaret bli "andra ser att jag rodnar". Om terapeuten ser att klienten rodnar så kan hen tro att klientens uppfattning är realistisk. Dock är klientens föreställning av sig själv mycket värre än det som terapeuten kan uppfatta med sina sinnen.

## Randomiserad studie och metaanalyser

Clark sammanfattade kort en randomiserad kontrollerad studie i vilken kognitiv terapi, exponering plus tillämpad avslappning, samt en väntelistegrupp avslappning, och 0 % hos väntelistegruppen. Vid ett års uppföljning kvarstod skillnaderna i utfall. Clark sammanfattade också sju randomiserade kontrollerade studier genomförda i Storbritannien, Sverige och Tyskland enligt följande: individuell kognitiv



terapi är överlägsen exponeringsbehandling, två versioner av gruppbase- rade kognitiva beteendeterapier, inter- personell psykoterapi, psykodynamisk psykoterapi, medicinering (SSRI-pre- parat), placebo och ingen behandling.

Därefter gavs en liknande presentation utifrån ”nätverksmetaanalys” (network meta-analysis; Mayo-Wilson et al., 2014). Denna består av 101 randomi- serade kontrollerade studier, 13164 deltagare, 41 interventioner eller kon- trollerade betingelser som har utvärde- rats samtidigt. Vid direkta jämförelser visade sig kognitiv terapi för social fobi vara överlägsen gruppbase- rad kognitiv beteendeterapi, exponeringsbehandling, psykodynamisk terapi, interperso- nell psykoterapi, SSRI-preparat, medi- cinering (flexibel), placebomedicinering och väntelista. Dessutom härleddes det att kognitiv terapi för social fobi är överlägsen mindfulness, stödterapi, psykologisk placebo, KBT självhjälp samt uppmuntran till att motionera (exercise promotion).

### Clark och Wells kognitiva terapi för social fobi

Workshopens nästa avsnitt handlade om *vad som händer i kognitiv terapi*. Fokus är på mål i enlighet med Clark & Wells (1995) modell:

- En personlig modellversion
- Upplevelsebaserade övningar som demonstrerar negativa/ogynnsamma effekterna av självfokuserad uppmärksamhet och säkerhetsbeteenden
- Video- (och foto-/bild-) feedback för att korrigera negativa självbilder
- Uppmärksamhetsträning för att främja ett yttre fokus
- Beteendexperiment för att pröva klientens rädslofyllda prediktioner i sociala situationer när man släpper på sina säkerhetsbeteenden och/eller agerar för att pröva sina rädslofyllda utfall
- Enkäter för att upptäcka hur andra människor ser på fruktade utfall
- Minnesarbete (diskrimineringssträning och minnesomskrivning [memory rescripting]) för att minska påverkan av tidigare sociala trauman.

### Clark: mycket viktigt att arbeta igenom grundligt

Clark uppgav att resultaten är bättre vid 90 minuters terapissessioner än vid 60 minuters sessioner. Han förmedlade att det är mycket viktigt att se till att man ger sig ordentligt med tid med klienten för att arbeta igenom de olika komponenterna, så att syftet med dem ”sätter



David Clark under workshopen på årskongressen.

sig” hos klienten. Dessutom är det viktigt att se till att arbeta igenom vad som än dyker upp vad gäller tveksamheter hos klienter (d v s kvarvarande negativa övertygelser/tankar). Clark hänvisade till ett kapitel om man vill ta del av experimentella bevis som stödjer den kognitiva modellen för social fobi. I detta kapitel summeras både experimentella bevis samt behandlingen (Clark, 2005). Han rekommenderade att man läser detta kapitel om man vill sätta sig in i dessa aspekter i detalj.

### Vad leder säkerhetsbeteenden faktiskt till?

Nästa avsnitt handlade om säkerhetsbeteenden. Säkerhetsbeteenden syftar utifrån klientens synvinkel till att förhindra fruktade katastrofer. Dock leder säkerhetsbeteenden till följande:

- Förhindrar diskonfirmering av den sociala katastroftanken
- Ökar självfokuseringen
- Orsakar fruktade symptom (t ex svettningar, handskakningar, mentala blockeringar)
- Får dig att framstå som tillbakadragen och ovänlig (”kontaminering”)
- Kan dra uppmärksamheten till

fruktade beteenden (t ex att rodna, svettas) och till en själv (att prata tyst).

### Exempel på vanliga, problematiska och komplicerade säkerhetsbeteenden

Vanliga, problematiska (mentala) och komplicerade (planerade) säkerhetsbeteenden illustreras:

**Rädsla för att rodna:** (a) Att ta på sig smink, syftar till att hindra människor från att se att man rodnar. Annars tror man att människor kommer att uppmärksamma att man rodnar. Därför anses smink vara en bra ide för att förhindra detta. Grönt smink nämns som en bra färg som uppfyller detta syfte. (b) Att ha långt hår för att täcka sitt ansikte. (c) Att ha ett stort halsband (avleda uppmärksamheten o dyl). (d) Inta läkemedel som tar bort symptomet. (e) Försöka hålla sig lugn och kall genom att konsumera kalla drycker (t ex vatten), undvika kaffe, ha på sig luftiga kläder, öppna fönstret, dimma ljuset. (f) Undvika ögonkontakt.

Vid säkerhetsbeteenden finns det tre nivåer. Den första nivån handlar om beteendena i sig. Den andra nivån är att människor kommer att märka det

som fruktas. Den tredje nivån handlar om att människor kommer att se ner på en på något vis. Clark nämnde en särskilt problematisk typ av säkerhetsbeteenden: kognitiva processer (”mental operations”). T ex kan personer som är rädda för att rodna inför andra frukta olika saker. En person kan vara rädd för att andra ska tro att hen är ångestfylld, en annan att hen ljuger i ett socialt sammanhang och en tredje att detta är tecken på att hen är sexuellt attraherad av den andra personen (när hen inte är det). Personen som lider av social ångeststörning kan förmedla följande till andra människor för att ur sitt perspektiv förhindra följande inbillade sociala katastrofer: ”Det är varmt idag”, ”Jag har feber just nu”, ”Jag har precis återhämtat mig från en influensa”. D v s man ger andra människor alternativa förklaringar, för att ur sitt perspektiv förhindra en social katastrof (”De kommer att tänka något dåligt om mig”).

Ett särskilt komplicerat säkerhetsbeteende illustrerades av David Clark. Det var en kvinna som gick i kognitiv terapi vid Oxford för sin sociala ångeststörning. Terapeuten befann sig långt från klientens hem. Syftet med att ha en terapeut så långt hemifrån var att klienten inte ville att andra människor skulle veta att hon gick i terapi. Hon hade föreställningen att andra skulle tycka något mycket negativt om henne om det visste att hon gick i terapi. För att ha en bra ursäkt för var hon hade varit om hon skulle få den frågan (eftersom resan och allt inkluderat kunde ta en lång tid) planerade och genomförde hon ett komplicerat säkerhetsbeteende. Hon köpte ett antal varor i Oxford som hon aldrig packade upp. Hon hade butikspåsarna till hands som hon tog fram för att kunna visa ”vad hon har gjort” varje gång hon kom tillbaka från terapeuten. Detta för att ingen skulle få reda på att hon gick i terapi, vilket ur klientens perspektiv skulle innebära en social katastrof.

Ett exempel på ett mentalt säkerhetsbeteende illustrerades. En kvinna fruktade att manliga kollegor skulle se att hon rodnade och att detta skulle få dem att tro att hon vill ha sex med dem. Hennes säkerhetsbeteenden utgjordes av följande. För det första använde hon sig av en ”inre skala av attraktion”, d v s hon skattade respektive man utifrån en skala av hur attraherad hon tyckte att han var. Om hon skattade graden av attraktion till 2 på en 0-10-skala (0 =

inte alls, 10 = maximalt) så kunde hon vara övertygad om att denne man inte ville ha sex med henne. Men det var inte alltid hon var övertygad om sina skattningar vilket föranledde mer omfattande mentala operationer (kognitiva processer). Ett annat säkerhetsbeteende som samma kvinna hade var att hon i en social situation kunde vända sig om för att den person som hon fruktade skulle se att hon rodnade då inte kunde göra detta. Det fick henne att slappna av för stunden. Dock kunde en konsekvens av detta bli att folk undrade vad det var som pågick, varför hon vände sig om.

### Rollspel: socialfobiker vs. icke-socialfobiker

Under workshopen fick vi göra ett rollspel i par under ett par minuter. Den ene fick en lapp där det stod hur man skulle agera och därefter fick man föra något vardagligt samtal. Jag fick ingen lapp och skulle således agera ”normalt”. Min rollspelspartner började under samtalet att dölja sin panna och att föra in händerna under armhållorna regelbundet. Han tittade samtidigt neråt regelbundet under samtalet. Efteråt diskuterades detta först mellan rollspelsdeltagarna och därefter mellan Clark och samtliga åhörare. I mitt rollspel kunde jag förmedla att personen som spelade socialfobiker inte verkade intresserad av att föra samtal med mig. Att hans ”sociala signaler” kunde uppfattas som om han var besvårad av mig, och ville avsluta samtalet så snart som möjligt. En alternativ förklaring till personens beteende var att han kanske var nervös. Han försökte undvika ögonkontakt, verkade ångestfylld och hade något svårt för att hålla igång samtalet. Hur som helst så kändes det som om jag inte hade någon riktigt bra kontakt med honom. På frågan om man skulle vilja umgås med en sådan person socialt så är svaret troligen nej.

### Vad kognitiv terapi för social ångeststörning är

Den hjälper dig att förändra vad du är uppmärksam på. Den går ut på att du ska släppa på dina säkerhetsbeteenden och upptäcka att människor accepterar dig ändå. Den fokuserar på negativa övertygelser, d v s sociala

katastroftankar. Den demonstrerar de negativa effekterna av säkerhetsbeteenden som förhindrar dig från att lära dig något. Man växlar mellan att använda sig av respektive släppa på sina säkerhetsbeteenden och se vad det ena och det andra leder till. Dessutom korrigerar man negativa självbilder.

## I mitt rollspel kunde jag förmedla att personen som spelade socialfobiker inte verkade intresserad av att föra samtal med mig.

I terapin börjar terapeuten med att dela med sig av den kognitiva modellen och utformar den utifrån klientens version. Man börjar där personen befinner sig i sin problembild. Man försöker om och om igen tills klienten förstår modellen. Därefter genomför man en upplevelse- baserad övning. Detta utifrån att klienten med social ångeststörning resonerar känslomässigt. *Man vill förändra känslan först*. Att hantera sina problem som man gör leder bara till att det blir värre, inte bättre. Det är viktigt att lära sig i början. Härnäst fokuserar man på klientens bilder av hur andra människor ser hen i sociala sammanhang. Här använder man sig av videofeedback och relaterade metoder. Den viktigaste frågan här är ”ser du verkligen ut som du tror att du gör utifrån andra människors perspektiv när de tittar på dig?”. Här ska klienten jämföra bilden som hen själv har om hur andra ser på hen, med den video som har spelats in. Den nästkommande metoden går ut på att klienten ska träna sig i att uppmärksamma den sociala situationen. Hen ska skifta från det inre fokuset som sker i hens eget huvud och ut i den sociala situationen. Därefter genomförs beteendexperiment (från ca session 5 och framåt enligt Clark). Klienten ska släppa på sina säkerhetsbeteenden och testa sina övertygelser med hjälp av olika övningar. Eftersom man inte kan testa allt kan man därför i det kommande steget genomföra enkäter i vilka människor ute på gatan tillfrågas om saker som är centrala för klientens sociala rädsla. Den sista övningen går ut på att klienten genomför minnesarbete. D v s behandlingen är inte alltid



eller hela tiden fokuserad på det som sker i nuet. Klienten kan t ex få hjälp att bearbeta tidigare sociala trauman från barndomen.

### Vad kognitiv terapi för social ångeststörning inte är

För det första så går terapin inte ut på att exponera och habituera klienten till olika sociala situationer som man gör i beteendeterapi. Fokus är på att förändra sociala katastroftankar, att göra saker i terapin för att maximera förändringar i de sociala katastroftänkarna, att inte göra samma sak om det inte leder till att katastroftanken förändras. Repetition är inte viktigt. Man använder sig aldrig av exponeringshierarkier. Det finns inget inneboende intresse av att rangordna situationer utifrån någon aspekt. Det finns inget intresse av att skatta ångest med undantag av när man vill ta reda på om säkerhetsbeteenden leder till ökad ångest. Man använder sig inte av något protokoll för negativa tankar. Clark sa att det bästa är att testa de sociala katastroftänkarna i handling, dvs att identifiera de sociala katastroftolkningarna och att direkt testa dem genom att göra något. Clark uppgav att man inte ska registrera tankar efter sociala situationer i något "tankeprotokoll" eftersom detta kan främja grubblerier om de sociala situationerna i efterhand, vilket man vill undvika. Man använder sig inte av social färdighetsträning. Personer med social ångeststörning brukar i regel fungera helt adekvat socialt när de inte befinner sig i sociala situationer som väcker ångest.

### Vad händer om man frågar vad de tänker?

Clark uppgav att personer med social ångeststörning har svårigheter att uttrycka vad de tänker och kan uttrycka sig t ex i termer av "jag kände mig pinsam".

### Vikten av att anpassa sig till klienten

Det är av mycket stor vikt att man som terapeut anpassar sitt beteende i början gentemot klienten för att få denne att bli mindre självfokuserad. Man kan t ex undvika ögonkontakt och börja med att arbeta med hjälp av en tavla på vilken man skriver upp relevanta saker. Dessutom kan terapeuten med flit göra misstag för att framstå som felbar.

### Rekommenderade mätningar

Clark delade in mätningar i sådana som man kan använda för att utvärdera behandlingen (innan behandling, under och efter behandling), samt sådana som kan administreras flera gånger under behandlingsgång (processmätning). Clark rekommenderade särskilt Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) som utfallsmått. Den består av 21 items som innefattar vanliga sociala situationer som man vanligtvis undviker. Fördelen är att man kan få en snabb överblick över vilka sociala situationer som klienten undviker och i hur stor omfattning. Enligt Clark ger skalorna en enorm mängd information och det är viktigt att inte endast förlita sig på en klinisk intervju i vilken bristfällig information är det vanliga resultatet. Man kan administrera LSAS i mitten av

behandlingen för att se hur det går för klienten i de olika sociala situationerna och hur mycket hen undviker dem. Det andra utfallsmåttet som nämndes är Social Phobia Inventory (SPIN) men Clark gick inte in på den överhuvudtaget. Vad gäller processmått presenteras följande tre: *Social cognitions questionnaire (SCQ)*, *Social Behaviors Questionnaire (SBQ)* och *Social Attitudes Questionnaire (SAQ)*. Clark uppgav att SCQ kan användas för att mäta sociala katastroftankar regelbundet med målet att minska deras trovärdighet mer och mer. Den kan användas veckovis. SBQ behöver däremot inte användas veckovis. Man kan t ex administrera SBQ före, under och efter behandlingen. Det är viktigt att man t ex i mitten av behandlingen administrerar SBQ för att se om klienten använder sig av säkerhetsbeteenden trots att den sociala ångesten har gått ner (säkerhetsbeteenden behöver inte ha förändrats därför att den sociala ångesten har gått ner).

### Bedömning

Syftena med bedömningen är följande:

- Att etablera en bra och stödjande relation
  - Att få fram en detaljerad bild av det nuvarande sociala ångestproblemet
  - Att få en kort beskrivning av hur problemet har utvecklats. Här kan det vara viktigt att ta reda på var katastrofbilder kommer från för att man ska länka bilden till klientens erfarenhet
  - Länka social ångest och komorbiditet. Klienter med social ångeststörning har oftast depression. Vilken är relationen mellan social ångest och depression? Fanns det en social ångest före depressionen? Är depressionen sekundär eller ett separat problem? Be klienten att berätta om de problem som har identifierats. Clark illustrerade "magiska-spö-frågan": "om din sociala ångest skulle försvinna, skulle du fortfarande vara deprimerad?". Om inte är troligen depressionen sekundär till den sociala ångesten. Vissa klienter tror sig fortfarande förbli deprimerade. Om så är fallet är det viktigt att behandla depressionen separat. Dock, vad ska man behandla först?
  - Att introducera mätningarna för att hålla behandlingen under uppsikt
  - Att förklara strukturen i kognitiv terapi
  - Att utveckla en kognitiv modell (idiosynkratisk)
- När man utvecklar en kognitiv modell utifrån klientens problembild kan

man börja med ett exempel som klienten nyligen har varit med om. Man använder sig av skattningarna för att identifiera tankar och säkerhetsbeteenden (dessa kan man läsa igenom innan intervjun). I en vanlig intervju kan man vanligen endast identifiera ett fåtal säkerhetsbeteenden och tankar, och med hjälp av skattningar många ytterligare. Det går oftast mycket bättre om man använder sig av en skrivtavla. Clark uppgav att man nästan aldrig ska ta kortare tid på sig än 30 minuter - man ska vara grundlig med att utveckla klientens idiosynkratiska kognitiva modell. Terapeuten frågar efter klientens tankar och hur klienten kände sig: "Hur fick detta dig att känna dig?". Man frågar följande om klientens ångest: "När du märker att du känner ångest, vad uppmärksamar du då i din kropp?". I samband med att man frågar om tanken igen ställer man följande frågor: "Vad gör du? Känner du dig självmedveten? Har du en bild av hur du ser ut? Berätta vad du ser. När du har denna bild vad tror du kommer att hända? Finns det något du gör för att förhindra att det du fruktar inte ska inträffa? Beskriv vad du gör för saker."

### Illustration av tidigare socialt trauma och dess roll vid social fobi

Clark gick igenom ett exempel på en klient som hade varit med om ett socialt trauma i barndomen. I tonåren blev han mobbad och fysiskt misshandlad av en äldre skolkamrat. Klienten uppgav att han var nära att brista i gråt när denna bild kom upp. Den var förknippad med att klienten kände sig förnedrad. Förnedringen var kopplad till den ursprungliga erfarenheten i minnet. Den hade mycket nära kopplingar till nuvarande sociala katastroftankar. Denna känsla aktiveras i sociala situationer hos den nu vuxna klienten. Det känns på samma sätt som i den ursprungliga situationen. Clark pekar på en skillnad gentemot PTSD. Här upplever klienten endast känslan av förnedring, men inte minnet av mobbaren som man skulle göra vid PTSD.

### Använd begrepp som klienterna är bekanta med

Det är viktigt att man inte använder sig av begrepp som klienter inte förstår. Nästan inga klienter är bekanta med begreppet "säkerhetsbeteenden". Clark rekommenderade att man använder vardagliga beskrivningar som t ex "vad gör du för att förhindra att det du fruktar ska inträffa?".

### Självfokuserings- och säkerhetsbeteendexperiment

Clark uppgav att man inte ska utveckla en modell tillsammans med klienten och att man inte ska genomföra psykoedukation - det är viktigt att låta klienten upptäcka allt via egen erfarenhet. Terapeut och klient planerar tillsammans hur man ska genomföra konkreta experiment i vilka klienten manipulerar sitt uppmärksamhetsfokus och sina säkerhetsbeteenden. Clark gav ett exempel på när man kommer överens med klienten om att denne kan ha ett samtal med en person som klienten inte har mött tidigare. Exemplet handlade om en kollega eller bekant person till Clark. När detta är avklarat ställer man följande frågor/ger följande instruktioner:

- "Vad är det värsta som du tror kommer att inträffa?" (klientens prediktion av den sociala katastrofen)
  - "Vad skulle du göra för att undvika att detta inträffade?" (man hjälper klienten att identifiera sina säkerhetsbeteenden)
  - "Jag vill att du ska bete dig som en normal person i detta skede" (i detta skede vill man att klienten ska fokusera utåt och att släppa på sina säkerhetsbeteenden)
  - "Jag vill att du ska fokusera all din uppmärksamhet på dig själv" (här vill man att klienten ska agera "som vanligt" med sitt inre fokus eller förstärka det)
  - "Jag vill dessutom att du ska ha mindre ögonkontakt och att du sitter på dina händer (undviker att visa skakningar)" (här ges klienten instruktion om att använda sina säkerhetsbeteenden)
  - "Stanna kvar i rummet för att se vad som händer" (instruera klienten att stanna kvar för att få en erfarenhet av vad som händer i den sociala situationen)
  - "Hur gick det?" (klienten får utvärdera experimentet)
  - "Fokusera på dig själv, hur ångestfylld kände du dig? Tror du att du rodnade? Hur mycket? Tror du att du lät korkad? I hur stor utsträckning? Hade du en bild? Tack för att du gjorde detta!" (här ställer man frågor för att klienten ska skatta sina sociala katastroftankar och därefter förstärker terapeuten klientens engagemang)
- Därefter skiftar man fokus för experimentet enligt följande:
- "Gå nu ut ur ditt huvud och lyssna på konversationen. Låt oss nu ha mera ögonkontakt

än tidigare" (här får klienten instruktioner om att i samma sociala situation skifta uppmärksamheten på den yttre situationen samt släppa på sina säkerhetsbeteenden)

• Ibland behöver man genomföra ett rollspel som en förberedelse på hur man ska genomföra experimentet på ett korrekt sätt.

Clark uppgav att klienten nästan alltid upptäcker följande: när uppmärksamheten inte är fokuserad på hen själv,

## Samspelet och relationen i rummet ses som en modell och plattform för nyinläring som klienten förhoppningsvis generaliserar till vardagen utanför terapirummet.

och när hen inte sysselsätter sig med säkerhetsbeteenden så känner hen sig mindre ångestfylld. Detta sker huvudsakligen genom att klienten får upptäcka detta själv via olika experiment. Som hemuppgift får klienten öva på att skifta fokus utåt och släppa på sina säkerhetsbeteenden i normala vardagliga situationer. Terapeuten kan fråga: "Vilka sociala situationer kommer att dyka upp den kommande veckan?" (så att klienten vet i vilka situationer hen ska göra experimentet i), och "Kan det bli några problem i att genomföra detta?" (här undersöker man om det finns hinder för genomförandet av hemuppgiften).

Clark påpekade att terapeuten inte ska göra en klient mer ångestfylld i onödan. T ex ska man inte säga att man framöver kommer att genomföra ett antal olika övningar som kan upplevas som ångestväckande och stressande för klienten. Dessutom: om man berättar för klienten vad som kommer att hända, kommer klienten inte att upptäcka detta själv. Man planerar med klienten så att hen genomför övningar i det verkliga livet för att se vad som verkligen händer. Man undersöker den kognitiva modellen med hjälp av denna genomförda övning. Den viktiga frågan är "Vad är det värsta som du tror kommer att hända?". Clark uppgav att klienten behöver känna ångest, men att man inte ska skapa ångest hos klienten i onödan.

### Video- och audiofeedback

Terapeuten visar här videon från



Clark lockar ofta stora grupper åhörare, så även här under kongressens keynote.



rollspelet som genomfördes under den första sessionen. Man jämför hur klienten tror att hen ser ut, med hur de ser ut på videon. Man kan säga: "Låt oss jämföra hur du tror att du ser ut med hur du ser ut på video". Hur får man till en videospelning? Enligt Clark ska man inte säga något i stil med "Här är en stor kamera, låt oss zooma in den. Vi kommer att visa dig detta nästa gång". Istället introducerar man kameran mera lättstamt, t ex enligt följande: "Vi kommer att gå igenom många saker och vi kommer att glömma en del. Därför kan du spela in detta samtal på din mp3-spelare (eller liknande), och jag skulle vilja ha en inspelning för att kunna titta på i efterhand, och gå igenom den till nästa session. Se där, där har vi en kamera. Jag vill bara trycka på inspelningsknappen..." Inget sagt om att "Vi kommer att titta på inspelningen". Clark uppgav att han vill göra denna del så omärklig som möjligt så att den inte uppmärksammas.

Vilka saker kan "gå fel" i samband med videouppspelningen? Klienten kan bli ångestfylld igen. Det finns en risk att klienten projicerar sina känslor på videospelningen. För att detta inte ska ske kan terapeuten göra följande: be klienten att försöka separera hur hen känner sig och hur hen ser ut, be klienten att försöka titta på sig själv som om det var en annan person på videospelningen, be klienten att ignorera sina känslor. Ett annat problem är när klienten upplever videospelningen som defekt. T ex kan en klient med rädsla för att rodna säga något i stil med: "Den där kameran fängade inte in det faktum att jag rodnade". För att motverka detta kan man placera kameran så att klienten ser den. Ovanför klienten kan man placera en plansch med en graderad färgskala från "mycket röd" till "lätt rosa". På så sätt kan klienten i efterhand jämföra sin ansiktsfärg med den graderade färgskalan. Klienten brukar nästan alltid skatta sig själv som mer röd än hur hen i själva verket ser ut i ansiktet. Clark visade en videospelning av en klient som var rädd för hur andra tänkte om honom när han kände att hans händer skakade. I inspelningen illustrerades instruktioner från Clark enligt följande ordning:

- "Ta några djupa andetag" (varva ner inför första experimentet)
- "Jag vill att du ska fokusera belt och hållet på dig själv och din kropp. Försök att kontrollera dina skakningar så mycket som du någonsin kan" (klienten ombeds att "spela ut" sitt primära inre fokus och säkerhetsbeteende)
- "Hur var detta?" (klienten ombeds att

utvärdera sin upplevelse av att ha ett inre fokus och av att använda sig av sitt säkerhetsbeteende)

- "Lägg nu inte din uppmärksamhet på din kropp" (klienten instrueras att fokusera sin uppmärksamhet utåt. Clark kommenterar skämtsamt att man ibland måste gå in i "mörka platser" för att få terapin att fungera. Uppenbart är Clark inte intresserad av fotboll när han diskuterar just fotboll med klienten. Klienten är mycket intresserad av fotboll och syftet i detta skede är att hjälpa honom att komma ut ur sitt huvud, och fokusera på den sociala interaktionen).
- "Hur var detta?" (klienten tillfrågas att utvärdera sin upplevelse av att ha fokuserat sin uppmärksamhet utåt)
- Klienten svarar: "Inte så farligt, jag tror inte att jag var så skakig"
- "Hur mycket ångest kände du?" (det är enligt Clark endast i samband med dessa experiment samt när man släpper på sina säkerhetsbeteenden som man skattar sin ångest)
- Klienten svarar: "Ca 2-3" (på en 0-10 skala där 0 = ingen ångest, 10 = maximal ångest)
- Känner du dig skakig? (terapeuten, d v s Clark, frågar)
- Klienten svarar: "inte så mycket"
- "Jämför skillnaden mellan hur skakig du känner dig och hur skakig du ser ut" (här kan klienten jämföra sin upplevelse med hur han verkligen ser ut på video)
- Klienten säger: "det känns mycket bättre" (enligt Clark är detta kärnan i dessa experiment som man vill uppnå, samt att klienten lär sig att självfokus och säkerhetsbeteenden får honom att känna sig mera ångestfylld).

Här illustreras klientens rädsla för hur han ser ut och jämförs med hur han verkligen ser ut:

- Låt klienten visa hur mycket han tror att han skakade koppen (detta gäller en klient som är rädd för att andra ska se att han skakar när han t ex håller i en kopp)
- Säg åt klienten att hålla detta i sitt minne en stund
- Visa videon på hur klienten verkligen ser ut när han upplever denna rädsla
- I detta fall svarade klienten "Herregud, jag kände mig som om jag skakade, men det gjorde jag inte, jag ser inte ut som jag känner mig" (här lär sig klienten ut upptäcka hur han verkligen ter sig, samt att distinktionerna mellan sina känslor och hur han verkligen ter sig)
- Terapeuten visar klienten hur han verkligen ser ut, att det inte ser ut som hans katastrofbilder av honom själv.

Klienten lär sig att dessa bilder av själv är vilseledande, att de egentligen inte säger någonting om hur han verkligen ser ut.

#### Feedback från andra personer

Denna information ska inte tas in förrän klienten har genomfört föregående typer av övningar. Ett syfte med denna typ av feedback är att klienten tar reda på huruvida andra personer "kan se ens känslor". I samband med denna diskussion uppgav Clark att det är viktigt att terapeuten alltid ser till att inte hamna i argumentation med klienten.

#### Användande av stillbilder/fotografier

Terapeuten kan be klienten skatta sig själv hur hen tror att hen ter sig i jämförelse med bilder på personer som har olika grader av ångestrelaterade ansiktsuttryck. Klienten kan välja det foto som hen tror ser ut som hen själv gör. T ex kan klienter uttrycka: "Jag ser ut så här när jag har ångest" eller "Jag tror att mitt ansikte ser ut så här". Därefter kan man fotografera klienten när hen upplever ångest, och jämföra med det utvalda fotot. Clark illustrerade ett exempel på en klient som trodde att alla stirrade på hennes BH. Ett annat exempel var om en person som var rädd för att obekanta personer skulle vara ohövliga mot henne om en fråga ställdes till dem. Klienten fick gå ut med terapeuten och ställa frågan till en obekant person om var en viss plats var belägen någonstans. Klienten var rädd för att denna person skulle titta konstigt på henne. Under ögonblicket när klienten hade ställt frågan togs ett kort på personen som svarade. Därefter jämfördes det tagna kortet av ansiktsuttrycket med klientens prediktion av hur personen skulle se ut.

Klienten kan ta kort på sig själv när hen känner sig ångestfylld och göra olika saker vid två olika tillfällen: (1) göra säkerhetsbeteenden plus ha ett inre fokus, och (2) släppa sina säkerhetsbeteenden och uppmärksamma yttre stimuli. Därefter jämförs upplevelsen av (1) respektive (2). Den aktuella klienten som diskuterades upplevde ingen skillnad i hur hon såg ut på fotot. Dessutom kunde klienten uppleva sig själv mera avslappnad när hon hade ett yttre fokus. Man kan för en klient som är rädd för att rodna ta kort på "färgskalan" (från mycket röd till svag rosa färg) samt klientens ansikte (under skalan) och låta klienten skatta hur mycket hen

ser ut att rodna i ansiktet. Detta kort ska vara taget i ögonblicket då klienten verkligen rodnar. Därefter frågar man klienten "Vad tänker du om detta?". Klienten som var i fokus drog slutsatsen att hennes känslor inte är synliga för andra människor.

Clark drog ett annat exempel på en klient som råkade ut för en hemsk socialt förnedrande händelse som vuxen. Han hade innan händelsen varit blyg. Någon hade fotograferat klienten i ett socialt sammanhang när han blundade. Därefter hade man lagt upp detta foto på en anslagstavla för allmän beskådan samt skrivit "Han är tråkig". Klienten upplevde denna händelse som extremt obehaglig och skrämmande. Han hoppade omedelbart av skolan efter incidenten. Hans bild av sig själv i början av behandlingen var i princip identisk med nämnda fotografi. Klienten fick vid ett tillfälle vara ute med en av terapeutens medhjälpare i ett socialt sammanhang, samt titta på andra människor runtomkring honom för att undersöka huruvida de tittade på honom. Klienten ler och ser ut att må bra på fotot som är taget i denna situation. Han fick frågan "Hur tycker du att du ser ut?" varpå klienten svarade "Rätt så attraktiv". Därefter frågade terapeuten "Hur ser Richard ut då?" (detta var en av terapeuterna som agerade medhjälpare och som satt bredvid klienten med stängda ögon, och ser något tråkig ut). Terapeuten (d v s Clark) frågar "Är Richard på detta sätt?" varpå klienten svarar "definitivt inte!".

#### Uppmärksamhetsträning

Denna strategi innebär att klienten ska lära sig att skifta sitt uppmärksamhetsfokus mellan *inre fokus* och *yttre fokus*. Klienten ska med hjälp av ett antal olika övningar träna på att vara självfokuserad samt att fokusera sin uppmärksamhet utåt. I början ska övningarna vara fokuserade på icke-sociala aspekter. Närmast ges ett exempel på tillvägagångssättet. **Gör inte följande!** "Lyssna på ljuden runtomkring dig medan jag tittar på dig". Säg åt klienten och se till att du inte tittar på hen. Få klienten att bli mer och mer absorberad i ljuden runtomkring sig. Fråga i efterhand "Hur var detta för dig? Hur kände du dig?". Några vanliga responser är "Jag kände mig mera avslappnad" och "omvärlden verkade mera verklig och jag kände mig mera bekväm". Därefter kan man be klienten att öppna ögonen och att fokusera på färgerna i rummet. Be klienten att även fokusera på

skuggor. Lyssna på musik och på samtliga nyanser av ljuden. När sessionen börjar gå mot sitt slut fokuserar man på den sociala interaktionen. Terapeuten tittar på klienten och läser upp en historia från en bok, och frågar sedan klienten hur detta kändes. Man växlar hela tiden mellan ett inre och yttre fokus för uppmärksamheten. Terapeuten ber klienten att stänga ögonen och att lägga märke till så många olika ljud som möjligt och att bli uppslukad av dem helt och hållet. Därefter kan man fråga klienten hur många ljud som uppmärksammades, samt vilken typ av rörelser som kunde härledas från vissa ljud. Terapeuten kan också be klienten att fånga upp bakgrundsljud, t ex fråga klienten om denne hör några bilar eller bussar (om sådana ljud finns). Därefter kan klienten öppna sina ögon. Terapeuten frågar då klienten hur övningen upplevdes, var klientens uppmärksamhet var riktad någonstans, och hur detta kändes. Klienten ombeds skatta proportionen av uppmärksamhet utåt vs inåt. Om skattningen ligger någonstans mellan 80-90 (på 100 skala, 0 = inte alls, 100 = väldigt mycket) så har uppmärksamheten utåt gått bra. En vanlig respons på hur uppmärksamhet utåt kan upplevas är "Jag accepterade omvärlden för vad den är" och ett inre fokus "Omvärlden är skrämmande och hotfull". Terapeuten kan läsa högt för klienten ur en bok och instruera klienten att att skifta sin uppmärksamhet utåt mot terapeuten respektive inåt varje gång som man slår till med fingret (d v s växelvis skifta uppmärksamheten inåt-utåt ett antal gånger på en ljudsignal). Därefter frågar terapeuten klienten hur detta upplevdes. Vanligtvis upplevs ett yttre fokus som att man koncentrerar sig bättre, att man känner sig mer bekväm och att man är mer närvarande i det som händer. Denna färdighet kan därefter användas av klienten i beteendexperiment.

#### Beteendexperiment

Här är syftet att klienten ska erfara fördelar av att uppleva obehag. Att klienten inte ska göra som hen brukar när hen blir ångestfylld i sociala situationer och använder sig av säkerhetsbeteenden. I varje experiment ska klienten bete sig

annorlunda genom att släppa på sina säkerhetsbeteenden. Därefter ska följande fråga ställas till klienten "Vad säger denna erfarenhet om din övertygelse?" (d v s den sociala katastroftanken). Här är syftet att testa specifika prediktioner. Exempel på prediktioner är "Människor kommer att stirra på mig" eller "Jag kommer att se ut att ha ångest". Därefter kan terapeuten fråga klienten följande: "Om

## Vanligtvis upplevs ett yttre fokus som att man koncentrerar sig bättre, att man känner sig mer bekväm och att man är mer närvarande i det som händer.

detta händer, vad skulle detta betyda för dig?". Klienten kan t ex säga något i stil med "Människor kommer att tycka illa om mig". Terapeuten vill få det värsta att inträffa och att man i samband med det ska göra prediktioner i förväg innan man går in i sociala situationer. Man är intresserad av att skapa den reaktion hos klienten som är mest fruktad. T ex att bli blyg och att se vad som händer då. Klienten måste släppa på säkerhetsbeteendena, och upptäcka att hen är accepterad som hen är, att hen inte behöver gömma sig eller kamouflera sig. Man kan fokusera på den svåraste sociala situationen som händer dagligen, det är den bästa situationen att göra ett beteendexperiment i. Första steget är att beskriva situationen. Därefter vad som är prediktionen/förutsägelsen (t ex "då kommer människor att tycka att jag är korkad"). Den viktigaste frågan är hur man kan testa denna övertygelse. Den sistnämnda prediktionen kan testas genom att klienten ska säga vad som faller hen in i tanken omedelbart. Klienten ska observera andra personers observationer noga. Därefter ska hen reflektera över det som händer med hjälp av följande frågor: "Vad händer?", "Vad lärde jag mig?".

Konsten i kognitiv terapi är att alltid lyssna på och vara uppmärksam på klientens tveksamheter. Det finns två grundläggande tillvägagångssätt. Det ena är att låta klientens tveksamheter vara så länge, och komma tillbaka till dem i nästa session. Clark uppmanar till att man aldrig ska göra detta. Man



ska diskutera tveksamheter omedelbart. Upptäck dem och diskutera dem! Om klienten t ex säger ”Jag vill mer eller mindre göra detta test” ska terapeuten fokusera på ”...mindre...”. Man ska be klienten att berätta mer om det som har med ”mindre” att göra, fråga vad klienten menar med detta. Om något verkar svårt, fråga vad som kommer att vara svårt. T ex sa klienten som läste fem morgontidningar innan han gick till fikamötet med kollegorna på arbetet varje morgon att han har lagt ner mycket pengar på dessa tidningar.

## Klienternas negativa bilder kommer ofta från tidigare sociala traumatiska eller generande upplevelser.

Detta ledde till att klienten ombads att inte titta i tidningarna överhuvudtaget samt stoppa in dem i ett skåp omedelbart. När klienten genomförde detta beteendetest, dvs att inte förbereda sig inför varje morgonfika med kollegorna, upptäckte han en sak: ”Jag har gett dem en föreläsning varje morgon”. På frågan om han verkade korkad när han inte förberedde sig upplevde han inte längre situationen på det sättet.

### Beteendexperiment kan delas upp i två grupper

#### 1. Att hålla tillbaka i konversationer (”censurera”)

Clark uppgav att han har 60 olika videonuttag som visar hur man kan göra olika beteendexperiment. T ex en klient som var rädd för att låta dum om hon yttrade sina tankar i en social situation släppte på sitt säkerhetsbeteende (att avhålla sig från att säga något) genom att säga vad som var i hennes tankar omedelbart utan att tänka efter vilket utgjorde att släppa på det centrala säkerhetsbeteendet. Att INTE hålla tillbaka i sociala konversationer.

#### 2. Om det värsta händer, vad kommer att hända då?

Låt klienten göra det värsta och se vad som händer. T ex om man svettas, vad händer då? Reagerar människor runtomkring på ett sätt som innebär en social katastrof för klienten? T ex en klient som är rädd för att andra ska se att hen darrar kan tappa sin kopp på golvet för att se vad som händer. När

David Clark gjorde det med en klient i ett socialt sammanhang frågade han klienten vad som hände. Detta måste dock göras i rätt del av terapin. Här näst illustrerades en klient som är rädd för att andra ska se att han svettas. På frågan vad som skulle vara så hemskt med det svarade klienten att ”det är helt avskräckande”. När klienten tillfrågades ”hur vet du om folk tycker det?” svarade klienten ”vissa människor kommer att stirra och se äcklade ut och vissa kommer att se förlägna ut”. Terapeuten frågade då klienten om de kan testa detta. När klienten sa att han inte svettas sa Clark att man kunde hålla mineralvatten på sin tröja så att det ser ut som om man är svettig. Clark agerade som modell genom att hålla vatten på sin egen skjorta och fråga en försäljare i en butik hur mycket vissa specifika batterier kostar. Klienten observerade försäljarens

beteende noga. Därefter tillfrågades klienten vad som noterades i situationen. Klienten svarade ”Det var tydligt att hon såg det, hon tyckte förmodligen inte om det, men såg inte äcklad ut”. Klienten får därefter frågan ”Vad säger detta dig?”. Klienten svarade skämtsamt ”Det ser inte äckligt ut när DU gör det!”. Klienten fick då göra samma sak, dvs blöta ner sin tröja och be om ett cigarettpaket i en annan affär. Efteråt fick klienten frågan ”Vad la du märke till?”. Klienten kom fram till att det inte fanns någon skillnad i försäljarens reaktion. Ett annat exempel illustrerades: om man rodnar, vad händer då? Prediktionen för klienten i detta exempel var ”alla kommer att stanna upp och titta på mig”. Klienten hade precis varit på toaletten och sminkat sig (säkerhetsbeteende) innan hon gick in i den aktuella sociala situationen. Klienten måste ta av sig sminket. Därefter gick klienten med terapeuten på en gata där människor passerade med korta mellanrum. Sedan gick de in på McDonalds, där det var mer folk. Kassören tittade på klienten när hon gav tillbaka växeln. Den stund då klienten väntade på sin mat utgjorde ”dötid”. Vad kan göras under denna tid för att samla in information? Kan klienten medan hon väntar på sin mat göra något för att andra ska uppmärksamma henne? Klienten vände sig flera gånger för att titta runtomkring sig, och tog några extra servetter. Klienten tittade på varje person som gick för att sätta sig ner och äta. Ingenting hände.

Detta händelseförlopp illustrerar hur viktigt det är att inte bli passiv som terapeut, att man hela tiden ska planera med klienten att pröva saker för att minimera ”dötid”. Detta eftersom klienternas övertygelser vanligtvis är oerhört negativa, samt att man inte kan veta på förhand exakt vad som kommer att fungera för den enskilda klienten.

### Enkäter

Man kan formulera enkäter på följande sätt och fylla i de idiosynkriska sociala katastroftolkningarna som respektive klient uppvisar:

”Om någon [...] fyll i det som klienten fruktar ska uppmärksammas...] skulle du tycka att de är [fyll i det som klienten är rädd för att andra ska tycka]?”

Ett exempel gavs på en gatuundersökning där man undersökt åsikter om att folk rodnar. Frågor till förbipasserande personer utgjordes av följande:

”Vad tycker du när du ser att folk rodnar?”

”Vad kan vara anledningar till att folk kan rodnar?”

”Om någon rodnade, skulle du märka det?”

”Skulle du döma någon som rodnade som svag eller inkompetent?” (alla svarade ”inte alls, det är naturligt att rodnar”)

(vanligt svar var ”ja, ja”)

”Rodnar du själv?” (vanliga svar: ”ja det gör jag”)

”När du rodnar, hur får detta dig att känna dig?” (exempel på svar: ”fnittrig”, ”skrattande”, ”häftig”)

”Vad gör du när du rodnar?” (t ex ”jag tänker inte på det”, ”jag täcker för mitt ansikte”, ”jag skrattar”, ”ok, nu är det lite varmt här”)

David Clark sammanfattade med att människor tänker olika kring det faktum att vissa människor rodnar och att de själva kan göra det. Detta är vad klienterna får ut av enkäter.

### Beteendexperiment (ytterligare exempel)

”Människor stirrar på mig när jag befinner mig i folksamlingar”

I delrubriken ovan sammanfattas både situationen och vad man är rädd för kommer att hända. Vad utgör ett experiment i detta fall? T ex kan klienten få instruktioner att titta ner i marken, göra en prediktion av hur många som kommer att stirra på hen, och sedan titta upp. Vanligen tittar väldigt få människor på en, men naturligtvis händer det att någon tittar på en. Det kan handla om det som kallas ”ögonparkering”. Detta innebär att man vilar sina ögon på någonting. Vi tittar inte

på en främling under en längre tid. Vi kan växla mellan att titta på reklam när vi sitter t ex i tunnelbanan eller väntar på bussen. När någon läser sina tidningar kan man parkera sina ögon på dem. Man kan testa om det man ser är ögonparkering.

”Jag är tråkig”

Man kan t ex försöka lägga märke till hur många människor som verkar tråkiga när man är på väg någonstans. Vad kan man göra för experiment? Man kan växla mellan att ha uppmärksamheten på sig själv respektive att uppmärksamma yttre saker. Vanligt är att klienter känner sig tråkiga när de fokuserar på sig själva. När man samtalar kan man fråga sig själv upprepade gånger ”är jag tråkig?”. Kan man testa detta denna kväll? Gå in i ett samtal och prata om någonting som är tråkigt och se vad

som händer. Vanligtvis brukar samtalen bara flyta på. Man kan fråga sig själv: har man sagt något som kan sändas på TV denna dag, vecka, år? Detta brukar vara mycket befriande för personer som har en social ångeststörning.

### Minnesarbete

Klientens bilder av hur de ter sig utifrån andras perspektiv innehåller ofta en motsvarighet av det som hände i obehagliga sociala händelser som inträffade i samband med den sociala fobins debut (Hackman et al., 2000). Klienternas negativa bilder kommer ofta från tidigare sociala traumatiska eller generande upplevelser. Clark nämnde t ex ett fall där en klient i barndomen hade blivit misshandlad och mobbad av en äldre elev. Den känsla som är kopplad till denna ”debuthändelse” är exakt densamma som klienten upplever

i nuvarande sociala situationer. Dock är situationerna helt annorlunda. Man kan arbeta med dylika minnen med hjälp av två metoder:

**1. Diskrimineringssträning:** när klienten får en känsla som i det sistnämnda exemplet ska hen notera allting i den nuvarande situationen som är annorlunda jämfört med den ursprungliga oerhört obehagliga sociala situationen.

**2. Minnesomskrivning (memory rescripting):** denna metod använder man endast om diskrimineringssträningen inte fungerar. Clark hänvisade till en artikel av honom och Jennifer Wild (Wild & Clark, 2011). Denna beskrivs som en terapeutmanual. Clark uppgav att han inte skulle genomföra denna metod om diskrimineringssträningen visar sig vara effektiv.

## Referenser

Bruce, S.E., Yonkers, K.A., Otto, M.W., Eisen, J.L., Weisberg, R.B., Pagano, M., Shea, M.T., & Keller, M.B. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1179-1187.

Clark, D.M. (2005). A cognitive perspective on social phobia. In R. Crozier and L. Alden (Eds.). *The Essential Handbook of Social Anxiety for Clinicians*; Wiley, Chichester.

Clark, D.M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N.; Waddington, L. & Wild, J. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 568-578.

Clark, D. M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social Phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 69–93). New York: The Guilford Press.

Hackmann A., Clark D.M., & McManus F. (2000). Recurrent images and early memories in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 601–610.

Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.

Mayo-Wilson, E., Dias, S., Mavranzouli, I., Kew, K., Clark, D.M., Ades, A.E., & Pilling, S. (2014). Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 1, 368-376.

Wild, J., & Clark, D.M. (2011). Imagery Rescripting of Early Traumatic Memories in Social Phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 433-443.

David M. Clark, University of Oxford, e-mail: david.clark@psy.ox.ac.uk





**I år delades BTFs priser ut i 4 kategorier. Vi gratulerar pristagarna till deras enastående insatser!**

Text: Gösta Liljeholm  
Foto: Privat



Informationsspridning om KBT

**Pristagare: Lars-Göran Öst**

Priset delas ut till en pristagare som fått två av varandra oberoende nomineringar.

Pristagaren reste under hösten 2014 till fyra olika städer med workshopen: ”Vikten av evidensbaserad psykoterapi - hur skall vi säkra KBT:S framtid i Sverige”. WS var gratis för medlemmar och värvade också en del nya medlemmar. Det var pristagarens eget initiativ att genomföra denna serie WS. Han har också ner ett gediget och omsorgsfullt arbete på att finna empiriskt förankrade svar på alla deltagares frågor. Allt arbete skedde också på ideell basis och resultatet blev en högaktuell och viktig workshopserie. Under året har även denne persons arbete med föreningens remissvar till Socialstyrelsen under våren 2014 uppmärksammats i nomineringarna.



Uppsats för psykologexamen, C eller D-nivå om KBT

**Pristagare: Loviisa Lundberg och Katri Frankenstein**

För deras uppsats:

”Kognitiv beteendeterapi för kvinnor med psykisk ohälsa till följd av en traumatisk förlossning -En randomiserad kontrollerad studie av internetadministrerad vägledad självhjälpshandling”

Årets pris för bästa uppsats delas ut till författarna till en examensuppsats från psykologprogrammet vid Linköpings Universitet. Uppsatsen undersöker KBT för en grupp som är nästintill osynlig inom behandlingsforskningen. Nämligen kvinnor som genomgått en traumatisk förlossning. I uppsatsen utvärderas en internetadministrerad KBT under 8 veckor och 56 deltagare ingick i studien. Deltagarna randomiserades till behandlingsgrupp och kontrollgrupp. Resultaten visar på stora inomgrupps effekter för posttraumatiska symtom i behandlingsgruppen och mellangruppskillnaden var signifikant och effektstorleken stor. Uppsatsen är välskriven och bidrar med viktig kunskap på ett eftersatt område.



Livsgärning för BTF/KBT

**Pristagare: Professor Gerhard Andersson**

Årets pristagare är, som tur är, (för BTF och för alla som arbetar med KBT) fortfarande mitt i karriären. Han har dock redan, med över 400 publicerade vetenskapliga artiklar och 15 böcker samt årets stora utmärkelser Nordiska Medicinpriset och stora psykologpriset etablerat sig som en av de mest tongivande profilerna inom KBT i Sverige. Otaliga studenter, doktorander och kunskapsörstande kliniker har årets pristagare att tacka för inspiration och vägledning både i lärosalar, handledning och inte minst på vår egen på kbt-lista.



Doktorsavhandling om BT/KBT

**Pristagare: Erik Andersson**

För avhandlingen:

”Enhancing cognitive-behavior therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder”.

Årets pris för bästa doktorsavhandling går till en avhandling från Karolinska Institutet. Avhandlingen består av fyra behandlingsstudier med huvudsakligt syfte att förbättra redan existerande KBT-behandlingar vid tvångssyndrom.

Inom ramen för denna avhandling testas pristagaren flera olika slags behandlingar (Internetförmiddlad KBT, boosterprogram för att förbättra långtidsutfallet, läkemedlet D-Cykloserin för att förbättra utsläkningsprocessen av exponering) och han har även adderat en mediationsstudie där han undersöker huruvida kognitiva interventioner medierar behandlingsutfallet.

Arbetet har lyfts fram som bland det bästa som gjorts inom fältet OCD. Eller som professor Sabine Wilhelm avslutade opponeringen med att säga ”this is by far the best thesis I’ve ever read!”.

## Hej pristagare!

1. Hur känns det att ha fått pris på BTF:s årskongress?
2. Vad vill du hälsa föreningen och dess medlemmar?



**Erik Andersson**

– Det känns hur bra som helst. Det betyder att min forskning är relevant för kliniker och för mig är det jätteviktigt.

– Det finns massor av klinisk erfarenhet i föreningen som jag tror man kan ta tillvara på bättre. Om du har en idé på intervention som du testat med patienter, hör av dig till mig så kanske vi kan testa den empiriskt i en forskningsstudie.



**Loviisa Lundberg och Katri Frankenstein**

– Det känns oerhört bra! Vi är mycket stolta och glada över priset.

– Nu när vi får chansen vill vi gärna berätta lite om varför projektet har känts så viktigt och angeläget. För de allra flesta kvinnor leder inte en förlossning, oavsett hur dramatisk och omskakande den var, till traumasymtom. Men för en liten andel blir minnesbilderna så skrämmande att det leder till kliniskt signifikant lidande, detta finns väl beskrivet i den vetenskapliga litteraturen. Det finns däremot ingen kunskap kring vilken behandling som är verksamt för dessa kvinnor, vilket sannolikt är en del av förklaringen till varför de ofta hamnar mellan stolarna och inte får den behandling de behöver. Dessutom finns det fortfarande föreställningar om att en förlossning är en typ av händelse som är ”naturlig” och därmed ej potentiellt traumatiserande. Vilket inte stämmer. Vår studie, som

är en del av ett större forskningsprojekt, hoppas vi verkligen leder till att dessa kvinnor på sikt får bra och rätt behandling. (Och det verkar som att det är en bra idé med KBT).

Läs mer på nästa uppslag!



# Hej pristagare!

1. Hur känns det att ha fått pris på BTF:s årskongress?
2. Vad vill du hälsa föreningen och dess medlemmar?



## Lars-Göran Öst

– Det är väldigt trevligt att bli uppmärksammas för det arbete jag har gjort för BTF och KBT i Sverige. Det betyder att föreningen anser att det är viktigt att lyfta fram och sprida kunskap om evidensbasen, inte bara för KBT utan för psykoterapi i allmänhet. Det är för övrigt tredje gången jag tilldelas ett pris av BTF (kliniska insatser 2000, livsgärning 2009, och nu informationsspridning 2015).

– Ända sedan beteendeterapi utvecklades i USA och England på 1960-talet har den empiriska förankringen varit en viktig grundsten. Det räcker inte med att utveckla kliniskt användbara behandlingsmetoder, man måste också testa hur dessa fungerar under kontrollerade former; med single-case designer eller randomiserade kontrollerade gruppstudier (RCTs). Det är genom sådan forskning som evidensbasen för olika terapimetoder byggs upp. I och med att BT var den nya

terapiformen på 60-, 70- och 80-talet så motarbetades den av etablissemangen (psykoanalys och PDT). I Sverige fick vi som grundade BTF (1971) under många år arbete i ”uppförsbacke och motvind”. Det som då höll kvar BT på banan (åtminstone en liten bit av den) var dels att vi kunde hänvisa till forskning (i början internationell men ganska snart nationell) som visade att våra terapimetoder fungerade för patienter med olika störningar, dels att vi drev utbildning av hög kvalitet. Om vi inte hade haft dessa faktorer som talade till BTs fördel tror jag att vi hade blivit ”sopade av banan” p.g.a. vårt låga antal i jämförelse med psykodynamiker.

Under de senaste två decennierna har KBT blivit etablissemangen, om inte hela så en stor del av det, och det blir allt vanligare att evidensbaserad vård och terapi ses som en självklarhet. I detta läge får inte BTF slå sig till ro utan vi måste fortsätta att hålla evidensfanan högt. Då och då framför representanter för olika typer av terapi argument av typen ”Vi har också evidens för vår terapi” eller ”Evidensbaserad terapi är en fluga som kommer att blåsa över”. Det senare argumentet tror jag är orealistiskt men det förre måste tas på allvar. I varje enskilt fall då någon framför att den terapiform man företräder är evidensbaserad tycker jag man skall respondera med ”Vad intressant, kan jag få referenserna på studierna eller meta-analyser som visar detta?” Detta gäller både andra typer av terapi och nya metoder inom KBT-paraplyet. Eftersom beslutsfattare på olika myndigheter oftast saknar den nödvändiga kompetensen blir det vi som kan psykoterapiforskning som får göra granskningen om empirin håller vad argumentet lovar. I det flesta fall kommer man att finna att så inte är fallet, vilket exemplifieras av min meta-analys om ACT (Öst, 2014). Jag tycker att BTF skall tillsätta en kommitté som har denna uppgift och att sammanställningen av evidensbaserade terapier läggs på den nya hemsidan. Tills detta blir verklighet kan man på hemsidan hitta ett urval på ca 80 av de frågor som workshopsdeltagare i Göteborg, Malmö, Stockholm och Uppsala under hösten 2014 ställde och mina svar på frågorna.

Vad händer om BTF bara stillatigande accepterar vad olika terapiföreträdare framför utan att reagera? Jag tror att Dodo-fågeln utlåtande kommer att bli accepterat som en sanning, d.v.s. det är ingen skillnad i effekt mellan olika terapier, och i konsekvensens namn behöver man inte granska den empiriska terapiforskningen för att evidensbasera olika terapier. Om detta blir verklighet tror jag att BTF och KBT kommer att försvinna, helt enkelt p.g.a. av skillnaden i numerär. För några år sedan var det endast 5% av legitimerade psykoterapeuter i Sverige som hade KBT-inriktning; idag kanske det har ökat till 10%, men vi är fortfarande i minoritet. Om BTFs medlemmar vill att föreningen skall leva kvar är det viktigt att engagera sig i dessa frågor och sprida informationen om hur evidensbasen ser ut. Det finns ingen orsak att ”skämmas för” att KBT har effektiva behandlingsmetoder eller att ”tycka synd om och inte påtala” den stora avsaknaden av evidensbas för andra terapier.



## Gerhard Andersson

– Jag var med via Skype och det var en kul upplevelse. Blev minst sagt förvånad och glad. Det är förstås en stor ära att få priset för livsgärning. Jag ser fram emot fler spännande år med BTF!

– Jag hoppas att vi i BTF kan fortsätta med det vi gör - det vill säga att ge bra behandlingar och utföra intressant forskning. Se nu till att boka in EABCT nästa år! Vi jobbar för fullt med förberedelserna och det blir en oförglömlig konferens.

**HUMAN  
ACT**

*din självklara utbildningspartner i KBT & ACT*

### FOCUSED ACT

Strosahl, Gustavsson & Robinson  
Stockholm den 20-21-22 april 2015

INGA PLATSER KVAR

### INTRODUKTION TILL ACT

Rikke Kjelgaard  
Malmö den 28-29 maj 2015

2 PLATSER KVAR

### UNGDOMAR & SUICIDALITET

Gustavsson, Nordahl, Stenmark & Birgersson  
Halmstad den 5 juni 2015

KOSTNADSFRETT

### SELF-COMPASSION

Kristin Neff  
Köpenhamn den 24 juli 2015

FÅTAL PLATSER KVAR

### CBT FOR EATING DISORDERS

Christopher Fairburn  
Stockholm den 10-11 september 2015

FÅTAL PLATSER KVAR

### ERGT

Kim Gratz & Matthew Tull  
Stockholm den 21-22-23-24 september 2015

INTRO & ADVANCED WORKSHOP

### PROLONGED EXPOSURE

Edna Foa  
Stockholm den 5-6-7-8 oktober 2015

FÅTAL PLATSER KVAR

### FOKUSERAD ACT

Thomas Gustavsson & Rikke Kjelgaard  
Malmö den 14-15-16 oktober 2015

FACT på SVENSKA

ytterligare information och anmälan: [www.humanact.se](http://www.humanact.se)



## Erik Andersson om KBT och tvångssyndrom

**Hur är det nu med tvångssyndrom och KBT? Själv har jag träffat ett fåtal patienter med denna diagnos eftersom jag kommit att arbeta inom ett annat område (missbruk och beroende). Jag tror vi är fler inom BTF som känner behov av en uppfräschning inom detta tillstånd. Denna gång har vi därför vänt oss till en person med gedigen kunskap om tvångssyndrom/OCD (Obsessive Compulsive Disorder). Erik Andersson är klinisk psykolog och har nyligen disputerat på OCD.**

Text: Johan Westöö  
Foto: Privat

### Vilken är din yrkesbakgrund och vad arbetar du med just nu?

Jag är leg. psykolog, medicine dr. och har nyligen disputerat på psykologisk och farmakologisk behandling av OCD. Fyra dagar i veckan arbetar jag som lärare på Karolinska Institutets psykologprogram samt sköter forskningsstudier inom ramen för barn- och ungdomspsykiatri i Stockholm (CAP research center). En dag i veckan ägnar jag åt reguljära psykiatripatienter på Wemind Psykiatri.

### Vad bör varje KBT:are känna till om OCD och psykologisk behandling?

Jag träffar många OCD-patienter som blivit felbehandlade. Det vanligaste misstaget, enligt min erfarenhet, är att terapeuten inte gjort någon ordentlig analys vad patienten ska exponera för. Det centrala i KBT vid OCD är ju att man exponerar för tvångstanken. Det är lätt att missa detta vilket kan få till följd att exponeringen inte riktar sig mot den centrala rädslan. Så om det är något jag tycker en KBT:are ska fokusera på så är det just att tänka efter riktigt noggrant vad man exponerar för och varför. Det låter enkelt men ofta är det inte det. Jag tycker oftast att det hjälper att bolla beteendeanalysen med en kollega.

### Är exponering med responsprevention (ERP) den enda psykologiska behandlingen, eller finns det andra som har evidens eller fungerar?

Kognitiv terapi vid OCD har visat sig vara effektiv i flera olika studier. Viktigt att förstå i sammanhanget är att kognitiv terapi vid OCD skiljer sig avsevärt från den klassiska Beckianska modellen. I den kognitiva modellen vid OCD så jobbar man aldrig med att ifrågasätta innehållet i tvångstankarna, utan istället att förändra olika trosföreställningar som patienten har om sina tvångstankar. En vanlig kognitiv intervention vid sexuella tvångstankar är att informera patienten om att 80-96% av befolkningen emellanåt får tankar om att våldta, plundra och mörda andra människor. Att normalisera tankar gör att de blir mindre dramatiska och på så vis ökar vi också sannolikheten för att patienten börjar exponera sig. Jag ser kognitiva interventioner vid OCD som att man jobbar med att förändra etablerade omständigheter; man gör det mer förstärkande för patienten att börja bete sig annorlunda.

### Vilka patientgrupper inom OCD är mer krävande vad gäller specialistkunskaper inom OCD-behandling?

Jag har själv jobbat mycket med autism och OCD vilket ställer en del krav på kunskaper i operant analys och hur man ska kunna shapa in alternativa beteenden med hjälp av positiva förstärkare.

En annan patientgrupp som jag upplever är extra krävande är patienter med koverta ritualer och/eller komorbid GAD. Behandlingsresultaten för dessa patienter är generellt mycket sämre och vi genomför därför just nu en randomiserad studie som primärt fokuserar på just koverta beteenden (baserat på Olle Wadströms bok om ältande och grubblande). Problemet med koverta beteenden är att det är svårt att göra klassisk responsprevention. Man kan inte be patienten sluta tänka neutraliserande tankar utan man måste istället försöka hitta ett inkompatibelt beteende med att tänka en neutraliserande tanke. Det kan i många fall vara lite lurigt.

### Vad krävs av en KBT-terapeut i utbildning och erfarenhet för att kunna erbjuda en rimligt effektiv behandling för OCD?

Centralt vid OCD-behandling är att man behärskar respondent och operant analys som ett rinnande vatten. Detta tar årtal att lära sig (jag känner

**Om det är något jag tycker en KBT:are ska fokusera på så är det just att tänka efter riktigt noggrant vad man exponerar för och varför.**

mig fortfarande som en nybörjare). För att kunna ta sig till mer avancerad nivå (exempelvis förstå de olika subtyperna på djupet, hur arbetsminnet fungerar vid upprepat kontrollbeteende etc) behöver man genomgå en specialistkurs i ämnet.

### Hur ser du på olika format av behandling avseende grupp, individuellt, internetbehandling, frekvens och längd på sessioner?

Individuell KBT vid OCD är den behandling som har överlägset bäst evidens. Gruppbehandling har visat sig fungera men de studierna är färre och av sämre kvalitet. Vi har också genomfört ett gäng studier på internetbehandling vid OCD med lovande resultat och studier från Australien pekar i samma riktning, men mer forskning behövs.

Majoriteten av behandlingsstudierna vid OCD har varit relativt intensiva (i snitt två sessioner per vecka) och jag tror att detta är nödvändigt för de allra flesta patienter. Men det räcker inte bara med att göra behandlingssessionerna intensiva utan patienten behöver också få påminnelser i vardagen om att göra ERP på egen hand, någon som peppar en helt enkelt. Att involvera familj och



Erik Andersson

vänner är därför ett utmärkt sätt att maximera behandlingseffekterna. Det är lätt att glömma just de kontextuella faktorerna när man jobbar med vuxna av någon anledning.

### Hur ser du på kunskapsläget inom OCD, ångest och psykologisk behandling, vad behöver vi veta mer om, finns det några nya intressanta områden/data gällande OCD och KBT?

Inom OCD har det publicerats hundratal experimentella studier sedan tidigt 70-tal. Mitt intryck är det är få kliniker som läser dessa studier. Det är synd för att labbforskning, såsom den görs inom OCD-fältet, är extremt kliniskt användbar och informativ. Så om det är någonting jag tycker vi ska lyfta fram

så är det att börja titta bakåt och läsa på om det som gjorts de senaste 30-40 åren. Ett tips är att gå igenom alla studier av Stanley Rachman; starkt beroendeframkallande. Rachman kommer för övrigt till EABCT i Stockholm.

*Tack Erik för en intressant uppdatering på detta område!*

### Tips från Erik på en intressant artikel av Rachman:

Rachman, S., Radomsky, A., Elliot, C., & Zysk, E. (2011). Mental contamination: The perpetrator effect. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, (43), 587-593.



## Märkliga beslut av BTFs styrelse och årsmöte

**BTFs årsmöte 2015** hölls på Karolinska Institutet 19-21 mars och var en bra konferens. Jämfört med 2014 års konferens i Göteborg bestod programmet i år av betydligt större andel programpunkter med ett empiriskt underlag, vilket är glädjande. Programmet hade en bra mix av inbjudna utländska och inhemska experter, de praktiska arrangemangen samt middagen var också bra.



Foto: Linda Jüris

**Det jag tycker** var högst tveksamt var två av besluten på årsmötet. Det första gäller en proposition från styrelsen om ändrad skrivning av paragraf 7 i stadgarna till:

*"Valberedningen föreslår kandidater till styrelsen, revisorer och revisorssuppleanter samt redaktörer för föreningens tidskrift. Redaktörerna har i sin tur mandat att rekrytera de internationella ledamöterna till redaktionen."* (Den sista meningen är ny.)

För det första är detta en helt onödig ändring. Ända sedan vetenskapliga tidskrifter började publiceras för 350 år sedan (Philosophical Transactions, utgiven av The Royal Society i Storbritannien) har den informella men välfungerande regeln varit den att tidskriftens ägare utser chefredaktör och denne har

i sin tur frihet att själv knyta en redaktion (editorial board) inklusive biträdande redaktörer till tidskriften. Det är alltså en överflödigt handling att skriva in detta i stadgarna. För det andra skapar årsmötets beslut ett problem när stadgarna innebär att redaktörerna har mandat att rekrytera de internationella ledamöterna till redaktionen. För närvarande finns det sju svenskar med i redaktionen, två som associate editors och fem som medlemmar i editorial board. Hur har styrelsen tänkt sig att dessa skall rekryteras? Skall det röstas om dem på årsmötet, eller? Jag tycker att man skall följa den gamla amerikanska ordspråket "If it ain't broke don't fix it."

**Det andra beslutet** som jag anser vara ännu mer tveksamt eftersom styrelsen inte ens har tagit upp det för omröstning på årsmötet är att byta ut BTFs logotype som vi har haft sedan 1970-talet. Bytet av logotype är inbakat i beslutet att föreningen skall få en ny hemsida och att det för 2015 har avsatts en avsevärd summa för detta ändamål. Jag har inget att invända mot att hemsidan moderniseras och blir användarvänligare men jag invänder starkt mot att samtidigt byta logotype. Detta är enligt min mening näst intill lika viktigt som att byta namn på föreningen, vilket är reglerat i stadgarna och kräver två konsekutiva årsmötesbeslut. Jag anser naturligtvis inte att byte av logotype är av samma dignitet som ett namnbyte men det borde bli föremål för ett enkelt beslut av årsmötet

och ha skickats ut med kallelsen till årsmötet. Nu skedde detta inte utan det är "gömt" i en post i budgetförslaget för 2015 och beslutet kommer att fattas av styrelsen. Detta anser jag vara fel och kan ses som exempel på bristande respekt för medlemmarna, som inte har fått möjlighet att ta ställning i frågan. Det hade varit enkelt att använda KBT-listan till att få vägledning i frågan. De tre förslag till ny logotype som har tagits fram kunde styrelsen skicka ut till KBT-listan och be medlemmarna som är anknutna att ange vilken man tycker är bäst. Det förslag som då fick flest röster kunde ställas mot den nuvarande logotypen för en omröstning med enkel majoritet vid årsmötet. Det faktum att styrelsen har valt att inte göra på detta sätt får mig att undra vilket motiv som finns bakom förslaget till att byta ut den logotyp som har fungerat väl i mer än 35 år. Det är desto märkligare när man skriver en proposition om en onödig förändring av stadgarna och samtidigt inte för upp en betydligt viktigare fråga till omröstning. Jag ser fram emot styrelsens förklaring till hur man har behandlat dessa två frågor.

### Lars-Göran Öst

*Professor emeritus i klinisk psykologi, Stockholms universitet, Leg psykolog, leg psykoterapeut, handledare i KBT. En av föreningens grundare och tre gånger prisbelönad av BTF (2000, 2009, 2015)*

i samband med nya hemsidan. Se efter hur logotypen ser ut på nuvarande hemsida, där den röda versionen inte förekommit på länge.

Vi ser följaktligen inte denna typ av anpassning av en logotyp som alls lika viktigt som namn på en förening, och den är INTE reglerad i stadgarna. Diskussionen om omröstning bland medlemmar är aktuell i styrelsen men som bekant gavs styrelsen mandat att besluta självständigt i denna fråga under årsmötet. De flesta synpunkter vi fått från medlemmar v g uppdatering har hittills varit positiva.

För styrelsen, **Linda Jüris**

## Svar från styrelsen:

**Styrelsen gick igenom** detta på årsmötet och har dessutom förtydligat fråga nummer två på KBT-listan.

1. Valberedningen och CBTs redaktion är helt överens om punkt ett, därför ser styrelsen ingen anledning att lägga sig i detta utan låter valberedning och redaktion arbeta i lugn och ro.

2. Eftersom styrelsen tycker det är olyckligt att vår logotyp internationellt kan sammanblandas med något som signalerar fara (biohazard) vill vi som sagt UPPDATERA den, inte byta ut den. Alltså använda samma grundform men förnya den och variera färgen. Detta då vi kan göra det kostnadsfritt

CAUTION



BIOHAZARD



Beteendeterapeutiska  
föreningen

# EABCT 2016 på årskongressen



Tadeusz Jarawka, Erica Skagius Ruiz, Björn Paxling

Vi i arrangörgruppen inför EABCT 2016 i Stockholm hade två givande dagar under BTF:s årskongress. Tack till alla er som kom fram till vår monter och för trevliga och inspirerande samtal!

## Följ oss gärna:

[www.eabct2016.org](http://www.eabct2016.org)



: EABCT 2016

## Vad är EABCT 2016?

EABCT står för "European Association of Behavioural and Cognitive Therapies". EABCT:s 46:e kongress kommer att gå av stapeln 29 augusti- 3 september i Stockholm och temat är "Roots and present branches of CBT".

Grattis:  
**Malin Bygård!**

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

**OBS!**

Manusstopp för nästa nummer av  
Beteendeterapeuten är

**10 augusti 2015**

Maila ditt alster till Anna Eriksson:  
[marvelette@hotmail.com](mailto:marvelette@hotmail.com)



# Krönika

## På västfronten en massa nytt

Text:  
Michaela Thomas



Saker händer. Som om jag har köpt en Trisslott – plötsligt händer det. Den första klienten har rekommenderat mig och jag har fått en till svensk klient. 100% ökning bara sådär, rätt bra. Innan min hemsida ens hade lanserats! Nu ligger den uppe till allmän beskådan och orostankarna flyger vilt. Duger innehållet? Är det överväldigande att läsa? Är det för lite att läsa? Tänk om, tänk om, tänk om... jag vet inte vad. Men nu är det som det är! Jag jobbar febrilt för att hitta det som ”duger”, det ”lagom” jag vill sträva efter. En vän har gjort mig en tjänst genom att designa en vektor-design av en fin liten hjärna som logo för företaget, CBT Innovation. Hurra! En annan vän säger ”den ser ut som broccoli”. Hurra..? Så går det när man försöker komma åt folks underliggande tankar genom att be dem titta på en logotyp kl 03.00 efter ”lagoma” mängder vin.

**Jag tänker inte överge den offentliga vården i utbyte mot praktfulla soffkuddar.**

Det blir en sådan kontrast mellan privat och offentlig verksamhet i Storbritannien, mycket mer än vad jag har upplevt i Sverige. Jag sitter i olika behandlingsrum på mitt jobb inom IAPT och har fått mer och mer problem med en inflammation i benet efter att ha suttit fel i obekväma stolar under det senaste året. Rummet jag oftast sitter i har ingenting på väggarna (förutom fläckar), ingenting på hyllorna (förutom fläckar) och ingenting på sidobordet mellan stolarna (förutom... ja, ni fattar). Stolarna har också fläckar, så att de passar in.

Jag har tagit in lite dekorationer, såsom små vaser och origamitränor. Varje gång jag kommer in i rummet har någon ställt undan dem på en hylla. VILL de ha ett bart intryck i rummet? Som kontrast har jag tittat på rum att ha min privata terapiverksamhet i kring Kings Cross. Mjuk matta på golvet, vacker grå tygsoffa med kuddar på, vaser och tavlor och gardiner och och och... Som ett hemtrevligt vardagsrum, helt enkelt. Inte ett rum där det ekar, man hör personerna i rummet bredvid och det faktiskt stinker bajs (ursäkta) i korridoren utanför. Ska det få vara sådana klasskillnader kring vården man får?

Hur som, jag tänker inte överge den offentliga vården i utbyte mot praktfulla soffkuddar. Men det känns lockande att etablera en balans mellan nödvändig vård för de som behöver det bäst och att jobba i misär och stress på ett sätt som inte tar hand om den individuella psykologen heller. Jag tänker mer och mer på hur jag ska kunna jobba inom IAPT på lång sikt. Kan inte tänka mig att det ska kunna fungera att jobba på det här viset när jag någon gång i framtiden blir gravid, eller har småbarn hemma. Det löpande bandet rullar alldeles för fort, jag vill hoppa av.

Nu ska jag avsluta den här krönikan med ett ACT-åtagande som handlar om att ta hand om mig själv plus att ta mig framåt i värderad riktning på lång sikt: Jag vill vara en hälsosam individ som är fysiskt och psykiskt tålig, samt en person som ambitiöst tar steg framåt med karriären i den riktning som främjar välbefinnande. Detta mynnar ut i två mål: jag vill ge mig själv tiden att träna på gymmet eller hemma tre gånger i veckan och att skriva på min bok (på ett förutsättningslöst sätt på ett café) en gång i veckan.

### Hett just nu:

- Mitt företag! Hemsidan ligger uppe på [www.cbttinnovation.co.uk](http://www.cbttinnovation.co.uk) och jag har hittat lokaler.
- Det kreativa skapandet kring att ha ett ”start up” - logos, visitkort, nätverkande, osv.
- Arbetet kring en gruppbehandling med Compassion Focused Therapy har gått framåt.

### Kallt just nu:

- Kalla strömmar från dogmatisk ledning som inte värderar personal med handling.
- Stillasittande terapiverksamhet får fysiska konsekvenser – inflammation i benet.
- Den emotionella tyngden från IAPT:s dagliga verksamhet hindrar min kreativitet.



## 45th Annual EABCT Congress

Jerusalem, Israel

August 31-September 3, 2015

### CBT: A Road to Hope and Compassion for People in Conflict



### Program Highlights:

- Opening remarks via video from Prof. Aaron T. Beck
- Opening Keynote by Prof. Mark Williams, Oxford University
- Special ECNP lecture by Professor Hans Ulrich Wittchen on **The Epidemiology of Mental Disorders**

### Over 25 additional keynote lectures, including:

Professors / Alean Al Krenawi / David H. Barlow / David M. Clark / Edna B. Foa / Ron Rapee / Paul Salkovskis

Scientific and social programs that are sure to please researchers and clinicians alike.

For the full list of keynotes and updates about the congress:

**[www.EABCT2015.com](http://www.EABCT2015.com)**

Deadline for symposium, roundtable, & expert panels submissions: 31.3.15

Deadline for posters: 31.5.15



Syftet med nyhetsbrevet är att som ett komplement till protokollet kort berätta vad styrelsen arbetar med för närvarande. Här lyfter vi särskilt fram det vi vill nå ut med till alla i BTF.

Har du synpunkter eller frågor vill vi mycket gärna att du startar en diskussion på KBT-listan om det är något du vill rikta till hela BTF. Du kan även skriva direkt till styrelsen eller kanske låta dig inspireras till att skriva en motion till årsmötet.

## Nyhetsbrev från styrelsen, 2015-02-03

Styrelsen hade telefonmöte.

**Ordföranderapport:** Ordförande meddelar att verksamhetsberättelsen är sammanställd. Hon informerar också vilka personer som valberedningen har föreslagit som nya styrelsemedlemmar.

**Årsmötesgruppen:** Ett behov finns att utveckla riktlinjer gällande subventionerade avgifter för föreläsare, vshållare m m. Frågan återkommer från de olika årsmötesgrupperna. Ett möte med årsmötesgruppen planeras.

**Media och opinion:** Möte med politiker och beslutsfattare planerades i samband med årsmötet. Brev med inbjudningar skickats till politiker.

**Behandlarlistan:** En genomsökning av medlemmarnas intyg görs. Tekniska problem har försvårat arbetet. Många har fått legitimationsgrundad kompetens godkänd via personnummer som medlemssekreterare/kanslist stämt av med socialstyrelsen enligt fortsatt gällande praxis. De som ansökt om medlemskap på senare år har sina intyg på sidorna och att det är ordning på internloggen.

**Hemsidan:** Offerter har tagits emot för utveckling av hemsidan. Verktöget Wordpress rekommenderas av de flesta leverantörerna. Offerterna ligger mellan 80-130tkr. En av de mest rekommenderade är den billigaste. Kostnad för webshotell är inte inräknat och beslut om detta kan fattas när sidan är klar att driftsättas.

**Utbildningsfrågor:** Monica och Andreas från styrelsen planerar möte med sfKBT angående revidering/utveckling och koordinering av våra utbildningsplaner.

**Medlemsstatistik:** 1264 individer i föreningen, varav 777 medlemmar, 487stödmedlemmar, 110 studenter och 26 pensionärer.

**Studerandefrågor:** Studerandenätverket har nu även representant i Umeå. Representant på KI har informerat i klasserna. På Stockholms universitet hölls en workshop av Elin Wesslander och Ola Jameson om heteronormativitet i terapirummet. SU har ordnat en föreläsning med

Johan Eriksson och Andreas Ottosson om KBT på vårdcentral. Magnus Johansson har varit i Uppsala och föreläst med titeln "Förändra världen med beteendeanalys". Frida från Lund och Lowe från KI representerar BTF på PS15 i Östersund 13-15/3.

### Beslutspunkter:

#### **Ny styrelseroll**

Förslag kom upp om att inrätta en ny roll i styrelsen med ansvar för forskning och relaterade frågor i syfte att kunna ge medlemmar och arbetsgrupper underlag i vetenskapliga frågor. Detta eftersom enligt stadgarna ska BTF bl a främja beteendeterapeutisk forskning. Styrelsen beslutade att frågan bereds vidare och att beslut kan fattas i samband med det konstituerande mötet för nya styrelsen

#### **Deltagande PS15**

Styrelsen beslutade att delta i PS15 med mässplats (5000 kr) samt att bekosta resor (3500 kr) och boende (3200 kr) för två representanter som hjälper till på mässan. Detta kostar sammantaget max 11 700 kr.

#### **Hemsida & IT**

Styrelsen beslutade att vi går vidare med den leverantör som lämnat det lägsta budet. Styrelsen beslutar vidare att samtidigt ta fram en sammanhållen grafisk profil för föreningen och se över logotypen.

#### **Frågor under fortsatt beredning**

Undersöka möjligheten att med medlemmars hjälp skapa ett enkelt informationsblad om föreningen som kan delas ut vid exempelvis mässor och events för att informera om föreningens verksamhet, syfte och liknande.

Nästa år står BTF värd för EABCTs kongress. Föreningen ska ha årsmöte 2016, även om ingen kongress äger rum. Hur och när årsmötet äger rum ska diskuteras vidare.

För styrelsen,  
**Monica Buhrman**

## Nyhetsbrev från styrelsen, 2015-03-21

Konstituerande styrelsemöte i Stockholm.

### **Styrelsens konstituerande**

Styrelsen gjorde en genomgång av styrelsens olika ansvarsområden och hur arbetet inom dessa kan se ut för att sedan se över fördelningen av ansvarsområden. Nya medlemmar i styrelsen presenterades: Lena Fagerström (läkare, leg psykoterapeut, Linköping), Lise Bergman Nordgren (psykolog, leg psykoterapeut, fil dr, Linköping), Erik Hjalmarsson (psykolog, psykoterapeut, Helsingborg), Alexander Rozental (psykolog, doktorand, Sthlm) och studeranderepresentant Frida Djuva Andersson (Lunds universitet) (Läs mer på nästa uppslag!).

### **Ansvarsområden:**

**Ordförande:** Linda Jüris

**Kassör:** Ljurfur Dagsson

**Medlemssekreterare:** Henrik Engelmark

**Utbildningsfrågor:** Andreas Karlsson med stöd från Monica Buhrman

**Media och opinion:** Li Wolf och Alexander Rozental

**Behandlarlistan:** Erik Hjalmarsson

**Studerandenätverket:** Frida Andersson

**Stipendier och priser:** Diana Fabian

**Kontakt med EABCT:** Linda Jüris, via Björn Paxling

**sfKBT:** Linda Jüris

**Forskning & vetenskap:** Lise Bergman Nordgren med stöd från Monica Buhrman

**Beteendeterapeuten & CBT:** Monica Buhrman

**Hemsida/IT:** Erik Hjalmarsson

**Infogrupp/annons** (innefattar nu även monitorering av annonsering på KBT-listan): Margareta Bylund Andersson  
Suppleant: Lena Fagerström

Område som kvarstår att fördela:

Kontaktperson för Årsmötesgruppen (sannolikt begränsat årsmöte 2016 med hänvisning till EABCT)

För styrelsen,

**Monica Buhrman**

## Nyhetsbrev från styrelsen, 2015-03-28

Hela styrelsen samlades den 28:e mars för en uppstarts dag på kansliet i Stockholm. Dagen bestod av både rapporter och formalia och diskussioner om framtida utvecklingsområden.

### **Beslutspunkter:**

#### **Årsmöte 2016**

2016 går EABCT av stapeln. För att inte konkurrera med det mötet anordnas nästa år inte en fullskalig årskongress. För att ändå samla tillräckligt med deltagare till ett årsmöte bör en heldag med attraktivt tema anordnas. Styrelsen beslutade att årsmöte hålls den 18/3, med en heldag inklusive årsmötesförhandlingar.

Läs om nya styrelsemedlemmarna på nästa sida!

Ansökan om att anordna utbildning i samarbete med BTF Nova akademi har inkommit med en förnyad ansökan om att anordna grundläggande psykoterapiutbildning i samverkan med BTF. Beslut om tillstyrkan har tidigare fattats 2013, men utbildningen har av olika skäl inte startat. Styrelsen beslutade att återigen bekräfta tidigare beslut och därmed tillstyrka ansökan.

För styrelsen,  
**Monica Buhrman**



# Nya i styrelsen

1. Vem är du?
2. Förväntningar/förhoppningar på styrelsearbetet?



## Lise Bergman Nordgren

Fil dr, leg psykolog, leg psykoterapeut. Arbetar på Linköpings Universitet som lektor vid avdelningen för Psykologi och som egen företagare. Universitetsarbetet innebär undervisning och forskning, jag tillhör en grupp som i huvudsak håller på med internetförmedlad KBT. I den egna firman gör jag sedvanligt psykologarbete (vad det nu kan vara). Jag läste till psykolog i Linköping och blev färdig 2007. Jag har tidigare, innan jag disputerade, arbetat hos Psykologpartners. Jag disputerade 2013 med en avhandling om internetförmedlad KBT-behandling vid olika ångestsyndrom, och vann med den BTFs ärofyllda pris för bästa doktorsavhandling. Då jag har svårt att sitta stilla så sysselsätter jag mig gärna med fysiskt arbete, och med att träna med min hund.

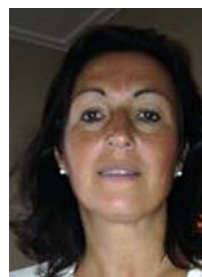
Mina förväntningar och förhoppningar med styrelsearbetet är att dels ge tillbaka till den förening som erbjöd mig som nybakad beteendeterapeut en hemvist där jag var bland likasinnade och inte blev ifrågasatt för min teoretiska inriktning, men också att arbeta för att psykoterapi i allmänhet och beteendeterapi i synnerhet som förmedlas till patienter runt om ska hålla en god kvalitet.



## Alexander Rozental

Jag är leg. psykolog och doktorand i psykologi vid Stockholms universitet. Jag har tidigare arbetat inom vuxenpsykiatri och på Unga vuxna, samt varit lärare och basgruppshandledare vid Kompetenscentrum för psykoterapi vid Karolinska institutet. I min forskning undersöker jag förekomsten av biverkningar av internetbaserad psykologisk behandling, samt olika former av behandling för prokrastinering. På min fritid gillar jag och min sambo att promenera med vår hund, åka skidor, umgås med vänner, styrketräna, jogga, läsa romaner och resa.

Jag ser fram emot att tillsammans med Li Wolf arbeta med att nå ut med vår verksamhet till en bredare allmänhet, dels genom att bli bättre på att figurera i media, dels att påverka olika opinionsbildare. Jag hoppas på ett aktivt och spännande år med många förändringar och större fokus på att synas utåt.



## Lena Fagerström

Jag är smärtläkare vid Smärt och rehab C vid Universitetssjukhuset i Linköping. Jag jobbar med både medicinska frågeställningar och KBT, det senare inom smärtrehabilitering, men jag har också andra klienter med t ex ångest och depressionsproblematik. Jag har precis fått mitt leg efter min steg 2-utbildning som avslutades i januari här i Linköping. I min yrkeskarriär har jag rört mig från det allra mest akuta, rent medicinska, till rehabilitering av långvariga tillstånd och har lärt mig vikten av att se hela människan. Beteendemedicin står högt i kurs. Privat är jag gift, har tre vuxna barn i ett tidigare äktenskap, gillar att simma och ägnar den mesta fritiden åt att sjunga jazz i olika konstellationer.

Min önskan med styrelsearbetet är att försöka överbrygga de ofta (fortfarande!) vattentäta skotten mellan psyke och soma, att lobba för KBTs fortsatta inträde i den medicinska världen och att nätverka omkring detta.



## Frida Andersson

Jag heter Frida Andersson, jag bor i Malmö och är psykologstudent på te8 vid Lunds Universitet. Mitt intresse för KBT väcktes tidigt i programmet, bland annat tack vare vår lokala studentförening för KBT (SKBT) som jag själv har varit aktiv i till och från under utbildningen. Våren 2014 gjorde jag min praktik på Hamnen, som är första linjens psykiatri för barn och unga på Gustavsbergs Vårdcentral i Stockholm. I samma veva gick jag med i BTF och så har jag varit med i Studerandenätverket sedan det startades i höstas. Utöver psykologstudierna ägnar jag stor del av min tid åt att skriva och spela musik - det är bland det roligaste jag vet! Jag har släppt två album med mitt hjärteprojekt Sister Fay och ser mycket fram emot en Europaturné i sommar.

Min främsta uppgift och det som motiverar mig mest när det gäller mitt engagemang i BTF är arbetet med Studerandenätverket. Syftet med nätverket är att öka antalet studerandemedlemmar i BTF och att sprida och stärka BT/KBT och en vetenskaplig grundsyn inom psykolog- och psykoterapeutprogrammen. Vi vill också främja samarbete och utbyte mellan universiteten, studenterna och föreningens yrkesverksamma medlemmar. För att uppnå detta har vi hittills ordnat föreläsningar, workshops och kurser på våra respektive lärosäten. Flera BTF-medlemmar har ställt upp, vilket vi är mycket tacksamma för! Jag är övertygad om att ett fortsatt aktivt Studerandenätverk har mycket att ge såväl psykolog- och psykoterapeututbildningarna som BTF. I förlängningen hoppas jag att vi kan bidra till implementeringen av en god evidensbaserad praktik i Sverige!



## Erik Hjalmarsson

Jag arbetar som psykolog och biträdande verksamhetschef på Södermottagningen i Helsingborg, som är en privatägdd psykiatrisk öppenvårdsmotagning med landstingsavtal. Vårt mål och uppdrag är att erbjuda evidensbaserad psykiatrisk behandling till boende i södra delarna av kommunen.

KBT, i olika format och intensitet, finns ofta med som en central del i det multiprofessionella behandlingsarbetet. I mina två roller arbetar jag både kliniskt med behandling, och med utveckling av verksamheten samt innehållet i vården som ges. När jag inte är på jobbet tillbringar jag min tid i Sveriges fotbollshuvudstad Malmö. Jag gillar att läsa, springa, slappa och (kanske uppenbart) se på fotboll.

Det jag tänker att jag kan bidra med i BTF:s styrelse är erfarenheter från implementering av KBT i sedvanlig vård, både vad gäller olika utmaningar/problem man kan stöta på och lyckade exempel. Jag har erfarenheter av detta från både privat och offentlig vård samt primärvård och psykiatri. Jag hoppas att jag, i och med mitt arbete i styrelsen, kan verka för att höja kvaliteten på den behandling som ges under namnet KBT ute i landet, och samtidigt öka tillgången till evidensbaserad behandling för de som behöver.

## KBT-PSYKOLOGERNA UPPLAND AB

Ny *specialistkurs* ht 2015:

### Beteendemedicinsk beteendeanalys och behandling

Kursen riktar sig till psykologer och andra yrkeskategorier med minst KBT steg I-kompetens som vill fördjupa sina kunskaper inom det beteendemedicinska fältet. Fokus ligger på beteendeanalys, både individuell och multidisciplinär, samt behandling av olika beteendemedicinska problem som bl.a. *långvarig smärta, IBS, tinnitus, diabetes och insomni*. Kursen passar både den som redan arbetar med beteendemedicinsk problematik inom till exempel somatisk vård eller primärvård, och den som är intresserad av att göra det. När det gäller specialistutbildningen är kursen ackrediterad som fördjupningskurs inom hälsopsykologi och psykologisk behandling, samt för andra inriktningar som breddkurs.

Kursen omfattar åtta heldagar uppdelade på fyra tillfällen om två heldagar. Totalt ingår 42 lärarledda undervisningstimmar och sex timmar för examination. Pris 16 000 kr + moms.

#### Kursansvariga

Monica Buhrman, leg psykolog, leg psykoterapeut, fil dr (examinator)  
Linda Jüris, leg psykolog, leg psykoterapeut, med dr  
Katarina Molin, leg psykolog

#### Anmälan och kontakt

[katarina.molin@kbtpsykologerna.com](mailto:katarina.molin@kbtpsykologerna.com)

Mer information på [www.kbtpsykologerna.com](http://www.kbtpsykologerna.com)

### Styrelsen:

Linda Jüris, ordförande  
Henrik Engelmark, medlemssekreterare  
Ljufur Dagsson, kassör  
Erik Hjalmarsson  
Andreas Karlsson  
Alexandra Arnberg  
Li Wolf  
Diana Fabian  
Margareta Bylund Andersson  
Lise Bergman Nordgren  
Lena Fagerström  
Alexander Rozental  
Monica Buhrman  
Frida Andersson (studeranderepresentant)

### Mediakontakt:

Dan Katz  
[dan.katz@katzkbt.se](mailto:dan.katz@katzkbt.se)  
Liria Ortiz  
[liriaortiz@hotmail.com](mailto:liriaortiz@hotmail.com)

### Administrativa funktioner och förtroendeuppdrag:

Justina Gudelyte, kanslist:  
[btf.kansli@gmail.com](mailto:btf.kansli@gmail.com)  
KBT-listan (Justina Gudelyte):  
[btf.listadmin@gmail.com](mailto:btf.listadmin@gmail.com)  
Anders Görling, webbredaktör  
Revisorer:  
Rolf Olsson, Johan Wetterlöf  
Revisorssuppleanter:  
Håkan Wisung, Lotta Reuterskiöld  
Medlemsregistrerare:  
Cecilia Brant-Lundin, Piret Kams  
Valberedning:  
Johanna Morén, Maria Jannert  
Vendela Zetterqvist  
Hemsidor och IT:  
Lars Ström

### Handledarkommittén:

Eva Magoulia  
Mehrdad Beigi  
Eva Gafvelin-Ramberg  
Marianne Lundahl

### Nätverk:

KBT-nätverket i Norrbotten  
Behavioristiska studentnätverket  
BTF Skåne  
Författarnätverket  
KBT vid psykos  
KBT Västerbotten  
Svenska ACT-gruppen för verk-samma kliniker  
Mitt KBT-nätverk (Västernorrland, Jämtland mfl)  
KBT vid smärta  
Redaktörer Cognitive Behaviour Therapy:  
Per Carlbring  
Gordon J.G. Asmundson  
Biträdande red CBT:  
Gerhard Andersson  
Maria Tillfors  
Michael J. Zvolensky  
Sherry H. Stewart



## Avancerad utbildning i **DBT Prolonged Exposure Protocol**

Melanie S. Harned, Ph.D., ABPP  
Annie McCall, MA, LMCH  
University of Washington

**Stockholm 19-21 augusti 2015**

Vi har glädjen att erbjuda en interaktiv workshop i prolonged exposure inom ramen för DBT. Teman kommer att vara olika svårigheter som kan komma i vägen för behandling, t.ex. dissociation, ilska, skam och återgång i självskadebeteende. Ta med fall och frågor! Undervisningen kommer att varvas med praktiska övningar och rollspel.

För att tillgodogöra dig utbildningen på bästa sätt bör du ha grundkunskaper i prolonged exposure och DBT.

Kostnad: 7500 kr exkl moms. Lunch, förmiddags- och eftermiddagsfika ingår.

Plats: Ersta Konferens & hotell, Stockholm.

Anmälan med fakturadress sker till [anna.lindstrom@sll.se](mailto:anna.lindstrom@sll.se). Anmälan är bindande. Sista anmälningsdatum är 8/6 2015.

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

För mer information om utbildningen:

Anna Lindström, [anna.lindstrom@sll.se](mailto:anna.lindstrom@sll.se) alt 08-123 488 38

Ulrika Lind, [ulrika.lind@sll.se](mailto:ulrika.lind@sll.se) alt 08-123 488 39

**För att skapa bästa möjliga förutsättningar för aktivt deltagande kommer antalet platser att vara begränsat**



Mindful Self-Compassion, MSC to Sweden  
with Christopher Germer and Christine Brähler

October 18-23, 2015

Five days with the creator of the MSC-program  
Christopher Germer, PhD together with Christine Brähler,  
PhD.

Mindful Self-Compassion (MSC) is an empirically-supported, training program designed to cultivate the skill of self-compassion. Based on the groundbreaking research of Kristin Neff and the clinical expertise of Christopher Germer, MSC teaches core principles and practices that enable participants to respond to difficult moments in their lives with kindness, care and understanding.

In the beginning of this year Agneta Lagercrantz, former journalist at the Swedish daily newspaper "Svenska Dagbladet" made an interview with Kristin Neff and Christopher Germer. She is also the author of the first book in Swedish about Self-Compassion. Listen to the interviews on her webpage.

To register visit  
[www.cfms.se](http://www.cfms.se)



Välkommen till årets specialistutbildning!

# ACT

## i teori och praktisk tillämpning

10 heldagar i Stockholm

27-28 aug, 1-2 okt, 15-16 okt, 12-13 nov & 9-10 dec

### En kurs för Dig som önskar fördjupa dina kunskaper i ACT

Målsättningen med kursen är att ge fördjupade kunskaper i den teori som utgör grunden för ACT, att ge goda färdigheter i ACT-konceptualisering samt att visa på tillämpning av olika behandlingsmetoder inom ACT. Efter avslutad utbildning ska du kunna arbeta mer självständigt med ACT i ditt kliniska arbete.

Kursen är godkänd inom ramen för specialistutbildningen för psykologer. Examinationsuppgift är frivillig, men nödvändig för att kunna räkna kursen som specialistkurs.

### Kursens omfattning och upplägg

Kursen omfattar tio heldagar vid fem tillfällen. Varje tillfälle består av en dag med teoretisk undervisning och en dag med praktisk workshop. Under workshopen ligger fokus på färdighetsträning där du som deltagare får tillfälle att både observera och själv öva dig i tillämpning av ACT-tekniker.

### Förkunskapskrav

För att delta krävs att du deltagit i en ACT-workshop eller har motsvarande erfarenhet. Du bör också arbeta kliniskt.

### Utbildare

Tobias Lundgren, *leg. psykolog, leg. psykoterapeut, fil.dr, ACT-trainer*

JoAnne Dahl, *leg. psykolog, leg. psykoterapeut, handledare, docent i klinisk psykologi, ACT-trainer*

Niklas Törneke, *leg. läkare, leg. psykoterapeut*

Thomas Parling, *leg. psykolog, fil.dr.*

### Examinator:

Lennart Melin, *professor i klinisk psykologi, leg. Psykolog, leg. psykoterapeut.*

**Stockholm:** Startar i januari och augusti varje år.

**Mer information om kursen finns på vår hemsida. Där är du också välkommen med din anmälan.**



Foto: Emma Olerik

*Trevlig sommar önskar Beteendeterapeutens redaktion!*

[www.svenskapsykologinstitutet.se](http://www.svenskapsykologinstitutet.se)

Kontakt: Moa Manneberg [moa.manneberg@svenskapsykologinstitutet.se](mailto:moa.manneberg@svenskapsykologinstitutet.se)



# Psykologpartners utbildningar i höst & vinter

---

## Specialistkurs: Motiverande Samtal, MI

Stockholm den 10-11 september och 6 november + 28-29 januari och 18 mars

Göteborg den 17-18 mars och 29 april + tre dagar under hösten 2016 som bokas med gruppen

## Specialistkurs: Klinisk beteendeanalys

Stockholm den 12-13 november och 26-27 november och 14-15 januari

## Specialistkurs: Positivt beteendestöd - arbeta evidensbaserat med problemskapande beteenden inom skola och omsorg

Stockholm den 20-21 januari, 17-18 februari och 7 april

## Specialistkurs:Handledning utifrån beteendeanalys

Stockholm den 3-4 februari, 25-26 februari och 16-17 mars

## Föreläsningsserie: Lyssna till ledande psykologer i KBT

Malmö 25 september - Anna Käver om känslorokuserad KBT

27 november - Jonas Ramnerö om depression

5 februari 2016 - Martin Forster om ångest, oro och självkänsla hos barn

15 april 2016 - Johan Holmberg om samtal som fungerar

## Kurs i Integrative Behaviour Couples Therapy (IBCT)

Göteborg den 16-18 september

## Internetbehandling med KBT, en introduktionsdag

Malmö den 16 september

## Bli en bättre behandlare - öka dina färdigheter i internetbehandling

Malmö den 20 november

Stockholm den 3 december

## Beteendeterapi och ACT med unga - en workshop om att skapa meningsfull och engagerande terapi

Stockholm den 4 november

## Transdiagnostisk gruppbehandling

Linköping den 9 november

## Det är inte lätt att göra rätt - en utbildningsdag om att få rätt saker gjorda

Göteborg den 15 januari

## Handledning inom socialt arbete, KBT-inriktning

Stockholm den 3-4 september, 8-9 oktober, 19-20 november, 21-22 januari, 18-19 februari, 11 mars och 8 april

## Utbildning i KBT för ST-läkare & specialister i allmänmedicin

Stockholm under vårterminen, omfattar sju föreläsningsdagar och fyra handledningstillfällen

## Acceptance and Commitment Therapy: en utbildning i tre fristående delar

Del 1: Inlärningsteori, Funktionell Kontextualism, Relational Frame Theory & ACT

Stockholm den 8-9 och 15-16 september

Göteborg den 15-16 och 22-23 oktober

Malmö den 21-22 och 28-29 januari

Del 2: Att lära sig ACT genom upplevelsebaserad inlärning

Stockholm den 15-16 oktober

Göteborg den 3-4 december

Malmö den 17-18 mars

Del 3: Färdighetsträning i ACT

Stockholm den 9-11 februari

## Grundutbildning i Motiverande samtal (MI) med kodning av eget samtal

Malmö den 14-15 september och 2 november

Göteborg den 8-9 oktober och 20 november

Stockholm den 10-11 december och 12 februari

## Fortsättningsutbildning i Motiverande samtal (MI) med kodning av eget samtal

Göteborg den 20-21 januari och 4 mars

---

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



psykologpartners