

Beteende terapeuter

Sigrid Salomonsson

- psykologisk behandling
inom primärvården

Maria Bragesjö

- grundläggande
Prolonged Exposure

**Motiverande samtal
för att förebygga
själv mord**

Beteende terapeuten

Utgives av

Beteendeterapeutiska föreningen

Redaktionen

Johan Åhlén, redaktör och ansvarig utgivare

ahlenjohan@gmail.com

Erling Hansen

erling.hansen@gmail.com

Anna Clara Hellstadius

hellstadius@gmail.com

Styrelsen

Lise Bergman Nordgren, ordförande

lnordgren@gmail.com

Josef Neib, medlemssekreterare

btf.medlemssekreterare@gmail.com

Ljúfur Dagsson, kassör

Övriga ledamöter

Li Wolf

li.wolf@neurokbtgbg.se

Lisa Clefberg

lclefberg@gmail.com

Daniel Björkander

daniel.bjorkander@hotmail.com

Tomasz Kunatowski

kunatowski@gmail.com

Malin Angberg

malin.angberg@gmail.com

Klara Edlund

klara.edlund@kbt-konsulterna.se

Olof Molander

olof.molander@ki.se

Molly Zetterberg

molly.zetterberg@gmail.com

Amanda Simonsson

Bendik Hjelm Waaler

bendik.waaler@gmail.com

Redaktionellt

Så var det dags för ett nytt nummer av Beteendeterapeuten! I detta nummer intervjuar vi Lars-Göran Öst om evidensbaserad praktik där Lars-Görans delar med sig om sina tankar kring de problem och utmaningar som vi står inför på detta område. Vi intervjuar även Sigrd Salomonsson som berättar om sin doktorsavhandling i vilken hon har tittat just på evidensbaserad psykologisk behandling i praktiken, i hennes fall inom primärvård. Vi är också glada att få ta del av en längre text där Liria Ortiz beskriver motiverande samtal (MI) för att förebygga självmord. Slutligen får vi även en rapport från BTFs årskongress och ett referat från en av kongressens workshops författat av vår nya medlem i redaktionen, Anna-Clara Hellstadius.

Vi i redaktionen är tacksamma för alla bidrag till tidningen, och vi uppmanar alla medlemmar att fortsätta att bidra med kunskap och tankar!

Glad sommar!

Johan Åhlén

Redaktör Beteendeterapeuten

I detta nummer:

BTF:s årskongress 2018.....	4
Workshop med Maria Bragesjö.....	6
MI för att förebygga självmord.....	8
Intervju med Lars-Göran Öst.....	14
Boktips.....	16
Prisutdelning 2018.....	17
Hej pristagare!.....	18
Intervju Sigrd Salomonsson.....	20
Notiser.....	23
Styrelsesidor.....	24
Nya i styrelsen.....	26

Ledare:

Tack för det fortsatta förtroendet!

Att vid förra årsmötet bli vald till ordförande kändes stort, att bli återvald var nog snäppet bättre. Jag är hedrad över att ni ger mig möjligheten att fortsätta som ordförande i Beteendeterapeutiska föreningen. Samtidigt triggas det tankar om att det är ett stort ansvar att förvalta detta förtroende på ett klokt sätt, kan jag det? Att leva upp till föreningens stadgar, att kunna lyssna men också vara tydlig, och att fylla ordförandens funktion av att leda styrelsens arbete. Stora skor.

Jag vill passa på att tacka alla er som på olika sätt arbetat med årskongressen; tack för er tid och ert engagemang, för ett spännande program, för en trevlig lokalisering, en god middag och en trevlig fest. Och för att ni fixade mackor och kaffe till det konstituerande mötet på lördagen. Tack också Björn Paxling och Anneli von Cederwald som höll i ordförandeklubban respektive pennan vid årsmötet. Det är lätt att presentera styrelsens arbete med så säker navigering. Årskongress, årsmöte, nya styrelsedeltagare – återigen påminns jag om hur många ytterst kompetenta människor vår förening består av, och är tacksam att flera av dessa väljer att lägga sin fritid på att aktivt arbeta för BTF. Så här många tack har jag inte skrivit sedan jag avslutade min avhandlingskappa. Tur att jag säger tack oftare än jag skriver det. Tack är ett ekonomiskt sätt att använda språket – ett enda ord, många responser kopplade till det. Hade jag varje gång varit tvungen att skriva ut alla saker som inryms i det där 'tack' hade det tagit mycket plats, mer plats än den här ledaren får ta i anspråk.

Så här många tack har jag inte skrivit sedan jag avslutade min avhandlingskappa.

Nu startar vi arbetet i den nya styrelsen, vilken konstituerades dagen efter årsmötet. Under en intensiv timme på lördagen gick vi igenom rutiner, policydokument, stadgar, ansvarsområden, beslutade om firmatecknare med mera. Protokollet ligger som vanligt på hemsidan. De nya styrelsemedlemmarna presenteras också i det här numret av BT. Styrelsen har visserligen bara haft möjlighet att träffas utanför den digitala världen vid det enda mötet, men därifrån gick jag med upplevelsen av att 'det blir bra det här'. Det är verkligen inte alla arbetsgrupper genom åren som fått mig att lämna första mötet med den känslan, i vissa lägen har det varit tur att känslan inte fått bestämma mina beteenden. Det blir spännande att se vad nästa verksamhetsberättelse innehåller, vad det här verksamhetsåret bär med sig. En sak vet jag i alla fall, nästa årskongress blir i Stockholm. Vi ses där, om inte förr.

**På återhörande,
Lise**



Lise Bergman Nordgren
Ordförande i BTF

Manusstopp för nästa nummer: 10 augusti 2018

Bidrag skickas till: ahlenjohan@gmail.com

Textformat: Word/RTF

Omslag: Sigrd Salomonsson, foto: privat.

Tryck och repro: Trydells Tryckeri AB

Redigering och layout: Emma Olevik

Glimtar från BTF:s årskongress 2018 "Trauma och migration"

Text: Anna-Clara Hellstadius

Foto: Li Wolf

Temat för årets årskongress, "Trauma och migration", kan ses som en aktuell kommentar till medias återkommande rapportering vad gäller världens oroshärdar, flyktingar och flyktingar. De programpunkter jag hade möjlighet att närvara på gav mig i några fall välbehövlig repetition av bedömnings- och behandlingsprinciper inom kognitiv beteendeterapi, men också inblickar i psykologers insatser i för mig mer eller mindre obekanta verksamheter. Jag hade tyvärr inte möjlighet att stanna under hela årskongressen varför min rapport förstås är ofullständig.

Jag hade gärna deltagit i de båda workshops som gavs före själva årskongressen, men eftersom jag mycket gärna ville gå "Grundläggande PE" med Maria Bragesjö föll valet på den. Det jag tar med mig från Marias väl genomförda presentation är nödvändigheten av att vara noggrann vid diagnostisering av PTSD och annan samtidig symtologi, att i bedömning och behandling sträva mot att så snart som möjligt påbörja exponeringsbehandling samt att vara uppmärksam på såväl klientens som mina egna undvikanden. Maria presenterade helt kort empirin för olika behandlingar vid PTSD och de behandlingar där exponering för traumatiska händelser är centrala interventioner är också de som har det starkaste stödet. När det gäller farmakologisk behandling framhöll Maria att Socialstyrelsen helt och hållet avråder från mediciner med bensodiazepiner vid PTSD!

Kvällen ägnades åt att i ett iskallt och blåsig Malmö leta rätt på en restaurang som kunde tillgodose fyra hungriga kongressdeltagares matpreferenser. Det lyckades till slut och med benäget bistånd från en tålmodig och

förekommande servitör blev det en mycket lyckad kväll!

Årskongressens keynote hölls av Tamar Neubauer som på ett engagerat och överskådligt sätt presenterade ett behandlingsupplägg för klienter med borderline personlighetsstörning och PTSD relaterad till sexuella övergrep under barndomen. Tamar är verksam som klinisk psykolog i Mannheim (Tyskland) och förutom symtom som vid BPD och PTSD plågas de klienter hon arbetar med av plågsamma skam- och skuld känslor. Detta betraktas som resultatet av en fullt begriplig anpassning till uppväxtmiljön, men kan dock leda till det Tamar benämnde "rejection sensitivity" vilket utgör en betydande utmaning vad gäller att få till en hållbar arbetsallians. Alla i ovan beskrivna klientgrupp i Mannheim erbjuds nu den anpassade DBT/PE-behandlingen, en eklektisk behandling med interventioner förutom från DBT och PE även från CFT (Compassion Focused Therapy) och ACT (Acceptance and Commitment Therapy). Denna behandling har prövats och utvärderats inom både slutenvård och öppenvård och består av följande faser – "Commitment", "Motivation & Planning", "Skills", "Exposure", "Acceptance", "Regain your life" och avslutningsvis "Farewell". Utvärderingarna av behandlingsupplägget är inte helt färdigställda, det Tamar ändå kunde rapportera var att



Maria Bragesjö och Tamar Neubauer

varken självskadebeteenden eller suicidala beteenden ökade och att behandlingen enligt klienterna verkar ha god "face validity" samt att den är verksam. Min slutsats blir att både Tamar och Maria förordar traumaexponering så snart som möjligt även med tungt symtombelastade klienter!

Nästa punkt på programmet för min del var Per Bengtssons programpunkt "Att hjälpa hjälparna". Per arbetar med krishantering och har tidigare tjänstgjort inom försvarets utlandsstyrkor som soldat och som psykolog. Han beskrev hur förväntningarna på honom som psykolog i de olika organisatoriska kontexter han verkat inom varierat och betonade vikten av att kontinuerligt anpassa både språkbruk och interventioner efter mottagaren och dennes behov. Per beskrev sitt sätt att arbeta som "situationsbaserad



Föreningens återvalda ordförande Lise Bergman Nordgren

problemlösning". Han framhöll vidare att det är viktigt att normalisera krisreaktioner och att återhämtning är fullt möjlig. BTF:S årsmöte avhölls senare på eftermiddagen och därefter var det så dags för mingel och kongressmiddag. Båda välbesökta och förutom servering av smaklig dryck och spis presenterades de medlemmar som förärdades årets BTF-pris.

Kongressens sista dag hann jag med att besöka "Krig, tortyr och flykt – vad det gör med människan och hur vi kan hjälpa" med Niklas Möller. Niklas är verksam som psykolog vid ett av Röda Korsets behandlingscenter och har tillsammans med Isabel Petrini och Ulf Gustavsson författat en bok i ämnet. De klienter han främst arbetar med har exponerats för våld på samhällsnivå såsom tortyr. Genom att Röda Korset/Röda Halvmånen är en världsomspännande humanitär hjälporganisation har den ett tillitskapital vilket är särskilt viktigt för klientgruppen. Inledningsvis frågade Niklas om "kulturkompetens"

behövs för att arbeta med dessa klienter och svaret på denna fråga var dels att det sannolikt är omöjligt att som behandlare ens tillägna sig sådan, dels att det inte heller är nödvändigt för att bedriva fungerande behandling med klientgruppen. Klienterna har inte bara varit utsatta för våld på samhällsnivå utan i många fall också upplevt långvarig osäkerhet i och med flykt och ankomst till Sverige, men det Niklas flera gånger framhöll är att trots de extrema erfarenheter klienterna bär på fungerar våra traditionella behandlingsmetoder!

Avslutningsvis vill jag tacka arrangörgruppen för intresseväckande och angelägna programpunkter och för en i alla stycken väl genomförd årskongress!



Publik, årskongressen 2018 i Malmö

Jag vill tacka arrangörgruppen för intresseväckande och angelägna programpunkter och för en i alla stycken väl genomförd årskongress!

WORKSHOP med Maria Bragesjö: Grundläggande "Prolonged Exposure"

Text: Anna-Clara Hellstadius

Foto: Privat

Maria Bragesjö (leg psykolog/leg psykoterapeut/specialist i klinisk psykologi) har arbetat med högt symtombelastade klienter i olika DBT-team. Hon inspirerades av Dr. Melanie Harned (<https://dbtpe.org/>) att erbjuda dessa klienter "Prolonged Exposure" (PE) så snabbt som möjligt, dock efter en karenstid om 2 månader utan självskada och/eller suicidförsök. Marias intresse för PE har lett till att hon nu genomgått flera utbildningar i metoden och kan titulera sig "PE-trainer". De senaste åren har Maria arbetat inom somatisk sjukvård med klienter som har varit med om traumatiska händelser. I nuläget är hon doktorand på Karolinska Institutet och forskar om hur utvecklingen av posttraumatiskt stressyndrom efter traumatiska händelser skulle kunna förebyggas. I det följande sammanfattar jag några teman i Marias workshop: Grundläggande PE.

Empirin visar att prolonged exposure ger goda resultat alldeles oavsett grad av symtombelastning.

Posttraumatiskt stressyndrom

PE är en behandling för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), inte en behandling för "trauma"! Diagnosen PTSD avviker från övriga DSM5-diagnoser genom att en utlösande händelse, dvs ett trauma, finns beskrivet i kriterierna. Dock, för att PTSD ska anses föreligga måste övriga diagnoskriterier också vara uppfyllda. Livstidsprevalensen för PTSD är omkring fem procent och punktprevalensen mellan en och tre procent. Kvinnor får oftare PTSD än män, bakgrunden till denna

könsskillnad är oklar. Att ha upplevt en traumatisk händelse innebär inte med nödvändighet att PTSD utvecklas, dock är risken större i de fall det finns en föröware och/eller vid brist på socialt stöd. De flesta återhämtar sig efter ett trauma, men den som fortfarande har symtom efter något år kan inte räkna med självläkning. Termen "komplex PTSD" bör enligt Maria undvikas eftersom enhetlig definition saknas. En diagnos med denna beteckning är dock på förslag i den kommande ICD-11, vilket Maria välkomnar. Samsjuklighet är snarare regel än undantag vid PTSD och klientens olika symtom behöver därför kartläggas noggrant. Maria menar att all

PTSD är "komplex" i någon mening men att empirin visar att PE ger goda resultat alldeles oavsett grad av symtombelastning. Det är viktigt att ha detta i åtanke eftersom klienterna med högst symtombelastning verkar få vad Maria kallade "experimentella behandlingar"! PE är ofarligt och terapeutundvikande är antagligen ett av de största hindren för att de klienter som behöver det ska få tillgång till denna behandling.

Vad krävs för att PE ska påbörjas?

En i världen vanligt förekommande föreställning är att den klient som ska erbjudas PE först behöver stabiliseras, men det är i regel oklart vad som avses med detta. Vid uppfyllda PTSD-kriterier är det dels svårt att vara "stabil" på grund av symtombelastningen, vidare kan en stabilisering funktionellt utvecklas till ett undvikande både hos klient

och behandlare. Om PTSD ska stå i fokus för behandlingen bör behandlaren fokus vara att så snart som möjligt påbörja PE. Eventuellt kan klienten först behöva hjälp med att tillägna sig relevanta färdigheter för känsloreglering, självomhändertagande och interpersonella färdigheter. Vidare behöver klientens psykosociala situation vara någorlunda stabil och PE bör kunna genomföras så som det är tänkt givet den organisatoriska kontexten.

Varför exponering?

PE utgår från antagandet att det i samband med ett trauma över tid bildas en så kallad rädslstruktur i minnet. Denna rädslstruktur ger upphov till påträngande minnesbilder och förhöjd "arousal" vilket i sin tur driver undvikande beteenden som kan ses som funktionella på kort sikt. De flesta bryter dock ett sådant undvikande på ett tidigt stadium och en återhämtning sker. Om så ej sker bildas en så kallad patologisk rädslstruktur vilken påverkar funktionsförmågan mycket negativt. Förutom inre och yttre undvikanden är det vanligt med icke-hjälpsamma föreställningar om att världen är farlig och att klienten ser sig själv som inkompetent. Professor Edna Foa, upphovskvinnan till PE, hade tidigare ägnat sig åt behandling av tvångssyndrom där exponering med responsprevention var den centrala interventionen. Enligt Foa borde alla ångestrelaterade störningar kunna behandlas på likartat sätt och exponering borde alltså vara verksamt även vid PTSD. PE-manualen blev slutresultatet.

Verksam behandling

PE enligt Foa består av 10 sessioner om 60-90 minuter. I behandlingen ingår psykoedukation, kontrollerad andning, imaginativ exponering,

exponering in-vivo samt vid avslut ett vidmakthållandeprogram.

Under den första sessionen får klienten psykoedukation. Detta innebär förutom rationalen för imaginativ exponering¹, och in-vivo-exponering även att gå igenom klientens icke-hjälpsamma föreställningar. Under denna session identifierar behandlare och klient måltraumat, det vill säga den traumatiska händelse som ger upphov till mest lidande i nuet. Rekommendationen är att i den imaginativa exponeringen fokusera på det klienten uppfattar som det svåraste traumat eftersom erfarenheterna från exponering för detta antas ge generaliseringseffekter. Vidare får klienten under denna första session lära sig kontrollerad andning.

I den andra sessionen går behandlare och klient igenom klientens symtom vilka utifrån den tidigare psykoedukationen nu blir mer begripliga för klienten. Exponering in-vivo planeras och påbörjas under denna session. Här är det viktigt som behandlare att tillsammans med klienten göra riskbedömningar vad gäller hur farliga de situationer som klienten undviker är? En tumregel är att utgå från vad behandlaren själv skulle kunna tänka sig att göra.

Imaginativ exponering PE:s signum, påbörjas redan under den tredje sessionen. Denna exponering är ett återbesök till den traumatiska händelsen, inte ett återupplevande av densamma. Klienten uppmanas blunda och beskriva händelsen i presens med målsättningen att få till en beskrivning av ett händelseförlopp med en början, en mitt och ett slut.

¹ Imaginativ exponering = exponering för en faktisk händelse (används vid behandling av PTSD); imaginär exponering = exponering för en tänkt händelse (används vid behandling av tvångssyndrom)



Maria Bragesjö

Under själva exponeringen efterfrågar behandlaren SUDS i rimlig omfattning. Den imaginativa exponeringen upprepas flera gånger. Det är dock viktigt att som behandlare se till att det finns tid att diskutera de slutsatser man kan dra av exponeringen. Efter att exponeringen avslutats uppmanas klienten att reflektera kring denna (nya) erfarenhet. Foas hypotes är att kognitiv omstrukturering är en given effekt av exponeringen och reflektionerna efteråt. Behandlaren förmedlar vidare sina iakttagelser till klienten, det kan exempelvis handla om att beskriva återkommande teman i klientens beskrivning.

Exponering in-vivo och imaginativ exponering står även i fokus för de nästkommande sessionerna, men från och med session sex bör fokus ligga på så kallade "hot-spots". Hot-spots är de detaljer i den traumatiska händelsen som klienten uppfattar är svårast att återbesöka. Mot slutet av behandlingen återbesöks hela minnet en sista gång. Behandlingen avslutas med en sammanfattning av behandlingen och en enkel vidmakthållandeplan.

En booster-session tre månader efter avslut kan enligt Maria också bokas in.²

Workshopen innehöll förstås mycket mer än ovanstående. Maria gick bland annat igenom vilka behandlingar som har starkast stöd vid PTSD och berättade också om några olika format för PE-behandling som t ex "telehealth" (vilket använts inom den amerikanska försvarsmakten) och "PE Boot Camp" (vilket består av dagliga sessioner under två veckor). Jag fick ut en hel del av denna workshop, särskilt intressant var den problematisering av "komplex PTSD" och "stabilisering" som gjordes – tack, Maria!

² 2013 "Emotionell bearbetning vid PTSD: Tera-
peutmanual vid traumafokuserad KBT", Foa, E.B.,
Hembree, E.A. & Rothbaum, B.O., Stockholm:
Natur & Kultur

Motiverande samtal för att förebygga självmord

Text: Liria Ortiz

I artikeln beskriver Liria Ortiz en modell för hur MI kan användas på ett strukturerat sätt för att förebygga självmord hos suicidnära personer.

Varje år tar 1 400 till 1 500 personer sitt liv i Sverige. I möten med självmordsnära personer väcks ofrånkomligen frågor om vad som gör livet värt att leva. Den som överväger självmord ser ofta bara två alternativ, att fortsätta att lida eller att välja att dö. På bland annat Självmordsupplysningen.se använder volontärerna motiverande samtal för att hjälpa självmordsnära personer att hitta skäl att vilja leva vidare trots allt, och att börja planera för lösningar som kan minska det omedelbara lidandet och på sikt ge plats för ett bättre liv.

Motiverande samtal – en allt mer använd metod

Motiverande samtal (eng. *Motivational Interviewing – MI*) utvecklades på 1980-talet av William Miller och Stephen Rollnick, vilka skrev den första läroboken i ämnet år 1991: *Motivational Interviewing. Preparing People to Change Addictive Behaviour*. Bokens tredje upplaga från år 2012 är översatt till svenska: *Motiverande samtal: att hjälpa människor till förändring*. Natur & Kultur.

Idag – drygt 30 år efter att metoden introducerades – är MI en internationellt spridd och brett använd samtalsmetod inom arenor som psykiatri, socialt arbete, skolhälsovård, beroendevård och kriminalvård. Mer än 1000 vetenskapliga studier av MI har publicerats.

MI har visat sig ha effekt (evidens) som intervention inom flera områden (t ex. Hettema m.fl. 2005; Lundahl m.fl. 2010):

- Alkohol- och drogproblem
- Tobaksrökning
- Problematiskt spel om pengar

- Riskbeteenden vid HIV-infektion
- Ohälsosamma kostvanor och bristande motionsvanor
- Högt blodtryck och höga blodfetter
- Problem med tandhygien och karies
- Bristande följsamhet till behandling
- Låg självförtroende till förmåga att lyckas med en förändring.

Effekten av MI är oftast robust, det vill säga den kan påvisas oavsett vilken profession som gör MI interventionen, i vilken verksamhet den görs, och vilket kön, ålder och etnicitet som den riktar sig till. Effekten kvarstår upp till ett år.

Det är viktigt att betona att MI är en metod för kommunikation vars primära syfte *inte* är terapeutiskt. Syftet är att hjälpa personen att hitta sin egen motivation till att göra en förändring av ett problematiskt beteende eller av en besvärlig situation. Ofta uppnås detta efter en till tre MI-samtal. Om klienten blivit motiverad till en förändring, men inte vet hur hen ska genomföra den, är praxis att komplettera MI-interventionen med andra insatser, som till exempel rådgivning eller färdighetsträning utifrån KBT.

Mest robust är dock MI när det används som en förbehandling. Personer som deltagit i förberedande MI-samtal blir till exempel mer aktiva i behandlingen och tenderar att slutföra behandlingen i större omfattning. Allt vanligare är att MI inte endast är en förbehandling utan också fortsätter som en integrerad del av en insats, program eller en behandling, som en samtalsstil för att bygga och vidmakthålla ett förtroende, eller för att motivera personen att vilja delta i vissa inslag i behandlingen eller

programmet. Något vi vet är att motivation är en färskvara som varierar och minskar över tid. Det handlar därför att stanna upp så fort vi noterar att personens motivation har minskat och att återigen använda MI. Detta kan göras så ofta det behövs, istället för att fortsätta och göra mer av det som inte fungerar.

Kärnan i MI är förhållningssättet

Motiverande samtal är en samtalsmetod för att hjälpa personen att fatta ett beslut om förändring, och består av olika delar och samtalsverktyg. Kärnan i MI är dock förhållningssättet, det som brukar kallas MI-andan. MI-andan kännetecknas av samarbete, acceptans, välvilja och att framkalla motivation. Detta görs med bland annat hjälp av ett aktivt lyssnande, bekräftelser, öppna frågor, reflektioner och sammanfattningar med målet att ge plats för personens tankar och känslor inför den förändring samtalen handlar om. Miller och Rollnick beskriver MI som ett sätt att bemöta människor med en accepterande och respektfull attityd.

MI-samtal består utöver detta förhållningssätt även av ett antal grundläggande kommunikationsfärdigheter; aktivt lyssnande, bekräftelser, öppna frågor, reflektioner och sammanfattningar. MI innehåller även mer komplexa verktyg som ambivalensutforskning, vikt- och kunna-skalar, beslutsbalans och information i dialog. Till stor del bygger dessa färdigheter och verktyg på kända och använda socialpsykologiska principer, som till exempel dissonansteorin av Leon Festinger och självattributions-teorin av Claude Steele samt Carl Rogers humanistiska

perspektiv och det klientcentrerat samtalet.

De fyra processerna i ett MI-samtal

MI-samtal har olika fokus och mål beroende på vilken situation personen befinner sig i. Fokus för samtalet kan vara att etablera en relation, att utreda en situation som uppstått, eller att motivera till en beteendeförändring, det som kallas för ett målbeteende. Ett målbeteende kan till exempel vara att lämna en destruktiv relation eller att sluta riskbruka alkohol. Ett målbeteende är ett beteende som klienten kan förändra (Ortiz, 2014).

MI-samtalet består av fyra processer: (1) Engagera, (2) fokusera, (3) framkalla och (4) planera. Processerna inträffar i normalfallet i den ordningen. Vissa sätt att samtala används dock oavsett i vilket skede samtalet har nått, och ibland kan det bli aktuellt för samtalsledaren att återanvända till en tidigare process. Som exempel kan anges när personens motivation har minskat trots att man redan har börjat planera för en förändring. Att vara flexibel kring dessa processer är nyckeln till att kunna vara personcentrerad i samtalet. Det är också väldigt individuellt för hur dessa processer sker. Ibland räcker med endast ett samtal för att personen ska komma till processen planera, medan det ibland kan behövas en serie samtal för att nå dit.

Engagera

Den första processen – att *engagera* – har som mål att vara relationsgrundande. Karakteristiskt är den personcentrerade och lyssnande hållningen för att förstå personens tankar och värderingar kring



MI-samtal har olika fokus och mål beroende på vilken situation personen befinner sig i.

det som är fokus för samtalet. Målet är att lära känna personen och att skapa ett förtroende. De färdigheter som kännetecknar denna process är förhållningssättet i MI och kommunikationsverktygen aktivt lyssnande: bekräftelser, öppna frågor, reflektioner och sammanfattningar.

Fokusera

Den andra processen – att *fokusera* – handlar om att påbörja samtal om vilken förändring som kan vara aktuell för personen att göra, och att komma överens om denna förändring som ett fokus för samtalet. Ibland är det oklart vilken förändring personen vill göra och då kan samtalsledaren behöva ägna ganska mycket tid till det här steget. Ett verktyg för att göra detta är meny-agenda, det vill säga att fråga personen vad hen vill prata om och göra en prioriteringslista utifrån personens önskemål.

Framkalla

Den tredje processen – att *framkalla* – innebär att samtalsledaren med hjälp av frågor, reflektioner och sammanfattningar uppmärksammar och förstärker det personen säger om förmåga till förändring. Syftet är att ge personen

möjlighet att uttrycka förändringsprat och ge plats för hans idéer om hur en eventuell förändring kan genomföras och när. Andra verktyg är skalfrågor kring vikten av en förändring och tilltron till att lyckas med den. Eller ambivalensutforskning vilket handlar om att kartlägga nackdelar med situationen som den är nu och vilka fördelar som finns med en förändring.

Planera

Den fjärde processen – att *planera* – innebär att hitta sätt att konsolidera och påbörja den förändring som personen har beslutat sig för. Det innebär även att göra tydligt hur förändringen kan göras på beteendenivå. Det är först när personen har ett tydligt mål och är beredd att göra förändringen som det är läge att börja planera för detta. Färdigheter som samtalsledaren kan använda i detta steg är att sammanfatta det förändringsprat som personen har uttryckt och ställa nyckelfrågor kring vad hen tänker sig ska vara nästa steg. Ett inslag i processen är att personen gör en handlingsplan. En sådan plan syftar till att steg för steg beskriva hur förändringen kan göras, och vilka personer och färdigheter som kan vara till

hjälp, samt vilka resurser som behöver tillkomma.

Myter om självmord kan påverka vårt bemötande av suicidnära personer

Det är en vanlig uppfattning att när en suicidal person beslutat sig för självmord, då finns inget utrymme för att få personen att ändra sig. En annan vanlig uppfattning är att det är farligt att prata om självmordstankar för att det kan locka ännu fler att få tankar i den riktningen, och därför närmast förstärka en självmordsbenägenhet. Underförstått i ett sådant synsätt är att den som bestämt sig för att ta sitt liv förr eller senare kommer att göra det, och att samtal om skälen till självmord närmast kan påskynda förloppet.

Psykologiska studier säger dock något annat. Det finns nästan alltid en uttalad ambivalens till att ta sitt liv. De flesta som försöker ta sitt liv och överlever dör av andra skäl än självmord (Stockholms läns landsting, 2002). Vi vet också att samtal om självmordstankar är viktiga för att upptäcka självmordsnära personer, och för att kunna hjälpa dem att hitta alternativa lösningar på det lidande som finns. Det finns inget belägg för att samtal om självmord ökar risken för självmordshandlingar förutsatt att det görs respektfullt, med en genuin vilja att förstå och med en intention att varsam samtala om möjliga skäl att ändå leva vidare.

En vanlig oro är att man i samtal med en suicidnära person måste säga de rätta orden, och att ett mindre lyckat samtal, kanske en enda klumpig formulering, kan utlösa ett självmordsförsök. Tänker man så blir det lätt så att frågan undviks. Erfarenheten säger också här något annat, nämligen att personen märker om man vill väl och har en hög tolerans för vår osäkerhet i situationen (Nyberg, 2013).

Det är väl känt att människors förmåga att orka igenom svåra situationer är stor, under förutsättning av man får stöd och inte minst hjälp att kunna upprätthålla en tilltro till att det kan bli bättre. Detta är centralt då den egna förmågan till att upprätthålla en sådan tilltro ofta är ned-satt i utsatta lägen. Om omgivningen är

passiv och tyst i kan det fungera validerande på personens negativa tankar om situationens hopplöshet.

Fakta om självmord

Antalet självmord har minskat kraftigt de senast 30 åren. Förmodligen som en följd av att psykisk sjukdom upptäcks tidigare och behandlas mer aktivt. Däremot har antalet självmord ökat något i den yngsta åldersgruppen 15–24 år. Varför det är så är inte helt klarlagt. Möjligen kan problem med alkohol och narkotika hos en växande grupp av unga som hamnar i socialt utanförskap och varken studerar eller arbetar vara en orsak.

Det finns nästan alltid en uttalad ambivalens till att ta sitt liv.

Schizofreni, bipolär sjukdom och svår depression är vanliga underliggande sjukdomstillstånd hos självmordsnära personer. Dock är ett observandum att självmord även kan inträffa vid lätt och måttlig depression.

Suicidforskningen säger att det är 1 000 gånger vanligare att tänka på att ta sitt liv än att dö på grund av självmord. Det är 100 gånger vanligare att planera ett självmord än att göra ett försök, och ungefär 90 procent av de som gör ett självmordsförsök överlever (Stockholms läns landsting, 2002).

Viktigt att hjälpa till med problemlösning

Den som är självmordsnära kan ha svårt att på egen hand kunna använda tidigare erfarenheter för att hitta lösningar på sitt dilemma (Nyberg, 2013). Det kan också vara så att de lösningar som använts hittills endast erbjudit en lättnad i stunden och fungerat som tillfällig flykt från psykisk smärta, som till exempel att dricka alkohol eller att skada sig.

I ett akut skede handlar det ofta om att hjälpa till att skapa en struktur och inge hopp. Den som är självmordsbenägen beskriver ofta sin situation som kaotisk, samt en stor ensamhet och uppgivenhet. Struktur och stöd gör att personen orkar ut ett tag till.

På längre sikt handlar det om att lära ut färdigheter som till exempel känsloreglering för att hjälpa personen att hantera sina livssvårigheter på andra sätt. Det kan även innebära att söka behandling för en underliggande psykisk sjukdom.

Stegen från tanke till självmordshandling är många och komplexa

I möten med självmordsnära klienter väcks frågor om vad som gör livet värt att leva. Den som överväger självmord ser ofta bara två alternativ – att fortsätta att lida eller att dö.

Som professionell kan det vara till hjälp att vara uppmärksam på detta, och även att vara uppmärksam på att den självmordsnära personen ofta har förlorat kontakten med de existentiella dimensionerna i sitt liv. Om vi kan hjälpa personen att reflektera över vad som är viktigt i livet, värt att hålla kvar vid eller vilja få uppleva, kan det bli en viktig vändpunkt i ett samtal.

En klinisk erfarenhet är även att små förbättringar kan göra stor skillnad i svåra situationer. Att motivera personen till att våga pröva att förändra något, även det som framstår som en liten sak, kan bryta upplevelsen av hopplöshet.

Ett inslag i självmordsprocessens dynamik är att det nästan alltid finns en uttalad ambivalens till att ta sitt liv. Eller med andra ord, styrkan i intentionen att gå till handling växlar i styrka, ofta med mycket korta intervall. Att uppmärksamma och inbjuda till att samtala om denna ambivalens är en viktig intervention i mötet med självmordsnära personer för att hjälpa personen att uppmärksamma de skäl som ändå finns för att leva vidare, och vad som kan göras på kort sikt för att minska personens lidande.

Och vad gör vi vid akut självmordsrisk?

Akut självmordsrisk kan vara när en person berättar om långt framskridna planer på att ta sitt liv, och när starka hopplöshetskänslor inte minskar under samtalet. Tankar om att vara en belastning för anhöriga eller uppfattningen att anhöriga inte skulle bli ledsna om man dog får betraktas som illavarslande tecken. Även de fall när personen ger ett förvirrat intryck är ett observandum. Om det även föreligger en historia av impulsivitet och aggressivitet, samt skäl att tro att personen är påverkad av alkohol eller narkotika, finns anledning att bedöma risken som överhängande. I sådana situationer finns alla skäl att handla resolut för att skydda liv och inte fundera över, eller fråga om, vad den självmordsnära personen själv önskar. Istället bör man i

dessa situationer följa de rutiner som finns på arbetsplatsen för att kontakta kristeam, psykiatrisk akutmottagning, polis eller räddningstjänst.

MI vid suicidala beteenden, en samtalsmodell i tre steg

MI vid suicidala beteenden (MI-SI) utvecklades av Britton m. fl. (2011) för att användas på akutpsykiatriska mottagningar, men har av författaren även anpassats till att vara en mer generell modell för hur MI kan användas på ett strukturerat sätt i möten med suicidnära personer. MI-SI syftar till att i ett och samma samtal kunna bedöma och förstärka personens motivation att leva. MI-SI består av tre faser och är tänkt att vara så fokuserat och målinriktat att det kan få plats i vardagsarbetet.

Den hypotetiska utgångspunkten för samtalsmodellen är att personen troligen är ambivalent till att ta sitt liv och att hen kan hitta sin egen motivation till att leva vidare om hen blir uppmärksam på det som talar för att livet har ett värde. Samtalet syftar även till att väcka hopp genom att samtala om möjliga lösningar på det som bidrar till lidandet.

Detta är faserna:

Fas 1: Personen får berätta om sina problem och skälen till att hen tänker på självmord som en lösning.

Fas 2: Sam-

talsledaren ber om lov att få utforska vilka skäl som hen kanske ändå har för att leva.

Fas 3: Personen erbjuds att göra en handlingsplan för att börja göra

de förändringar som kan minska det pågående lidandet, och på sikt göra livet mer värdefullt.

En studie (2012) av Britton, Conner och Maisto visade vid en tvåmånaders uppföljning att samtal utifrån MI-SI hade reducerat risken för suicid bland amerikanska krigsveteraner som befann sig inom psykiatrisk öppenvård, och bedömts som suicidnära.

Fas 1: Personen får berätta om sina problem och skälen till att hen tänker på självmord

I fas 1 fokuseras på de tankar och

känslor som gör att personen överväger självmord som lösning. Möjliga öppna utforskande frågor i fas 1 kan vara följande:

- Vad får dig att känna att livet inte är värt att leva?
- Vad är det som gör att du tänker på självmord?
- Vilka är de känslor, tankar eller situationer vill du undvika?
- Vad är det som har hänt som har fått dig att känna så här?

I fas 1 är målet att personen ska sätta ord på sitt lidande och att samtalsledare med hjälp av reflektioner och sammanfattningar bekräftar personen i hens lidande.

Ett exempel:

... det är besvärligt för dig...

... att känna dig så ensam, och ha svårt att tro att det ska bli bättre...

... att inte vilja misslyckas en gång till...

... att ha svårt att hitta någon mening...

... att känna att det är svårt att klara av detta... på egen hand...

Ett annat sätt att bekräfta är att fråga om hur personen har överlevt dessa svåra situationer, vilka strategier hen använde sig av, att fokusera och utforska resurser och styrkor. Det är viktigt att uppmärksamma hens lidande samtidigt som vi uppmärksammar styrkor som personen själv kanske har inte lagt märke till. Ett strategiskt val i fas 1 är att inte utforska och uppehålla sig kring *hur* personen vill ta sitt liv.

Fas 2: Samtalsledaren ber om lov att få utforska vilka skäl som finns för att leva

Målet i fas 2 är att hjälpa personen att tydliggöra och

förstärka den sida i ambivalensen som innehåller tankar och känslor om att livet är värt att leva.

Samtalsledaren ber om lov att fråga om detta och låter personen prata om sina tankar och känslor i den riktningen, för att slutligen sammanfatta det hen sagt.

En annan möjlighet är att använda Vikt-skalan i MI:

- På en skala 0 – 10, där 0 inte är alls viktigt och 10 är mycket viktigt, hur viktigt är det för dig att leva vidare?
- Vad fick dig att välja X? Berätta hur du tänker?

• Vad skulle behöva hända för att du ska komma till en högre siffra?

Ett exempel:

Samtalsledaren: *Du tänker på självmord som en lösning, samtidigt som du säger att du ändå inte vill ta livet av dig. Vad är det som talar för livet, som du ser på det?* (Sammanfattning, öppen fråga)

Personen: *Jag tänker på barnen, jag vill finnas tillhands för dem.*

Samtalsledaren: *Du vill vara tillhands för dina barn. Hur viktigt är det för dig att leva vidare utifrån att du vill vara tillhands för dina barn? Om du skattar det på en skala 0 – 10, där noll är inte viktigt och tio är mycket viktigt, vilken siffra väljer du?* (Reflektion, skalfråga)

Personen: *Fem.*

Samtalsledaren: *Du väljer siffran fem. Hur tänker du?* (Reflektion, skalfråga)

Personen: *Det är ju det att jag tänker på barnen, hur det ska gå för dem, och att de nog behöver mig, och skulle bli väldigt ledsna om jag försvann.*

Samtalsledaren: *Så barnen får inte bli ledsna, de behöver dig. Berätta mer om hur du tänker om det.* (Reflektion, öppen fråga)

Fas 3: Personen erbjuds att göra en handlingsplan

Det klienten berättat i fas 1 är utgångspunkten för ett samtal om vilka förändringar klienten tycker att hen behöver göra, eller få hjälp med, för att minska sitt omedelbara lidande och på sikt känna att livet är möjligt att leva.

Samtalsledaren betonar att klienten är expert på sig själv och sin situation, men att samtalsledaren gärna ger råd och information som kanske kan vara till hjälp om klienten önskar det. På så vis visar samtalsledaren respekt för klientens autonomi.

Många klienter behöver tid att överväga det som sagts under samtalet. Det kan utmana den oro som är lätt att uppleva som professionell i mötet med suicidnära klienter. Modellen påpekar utifrån det motivationspsykologiska tänkandet i MI att det är centralt att samtalsledaren ger utrymme för klienten att få överväga och återkomma, och inte låter sig styras av sin oro och med expertargument försöker motivera till insatser som hen inte är beredd till. Paradoxen är att sådana argument kan väcka eller förstärka motståndet till hjälp och insatser.

Samtalsledaren visar att denne har förstått personens situation genom att

sammanfatta de skäl personen har för att vilja ta livet av sig samt de skäl klienten har för att leva. Samtalsledaren frågar sedan vad klienten kan göra, eller behöva få hjälp med, för att minska sitt omedelbara lidande och på sikt känna att livet är värt att leva.

Klienten erbjuds att göra en handlingsplan som steg för steg beskriver hur hen på beteendenivå vill förändra situationen, eller få den hjälp som behövs, privat som professionellt. Ett inslag kan till exempel vara att söka behandling för en underliggande psykisk sjukdom. Ett annat inslag kan vara att lära sig att använda olika strategier för att minska sitt lidande, vilka är mer funktionella än de som använts hittills. Samtalsledaren kan i denna fas också be om lov att föreslå saker som kan vara hjälpsamma

och uttala att det är klienten som avgör om hen vill använda sig av det som föreslås.

MI används av Självordsupplysningen

Självordsupplysningen är en verksamhet som drivs av Mind, en ideell förening som sedan 1931 främjar den psykiska hälsan. Syftet med Självordsupplysningen är att erbjuda en öppen, icke-dömande och stödjande dialog kring självmord och psykisk ohälsa. Självordsupplysningen nås via www.mind.se och på sajten kan besökarna chatta, prata i telefon, blogga, diskutera och läsa mer om självmord och psykisk ohälsa.

De volontärer som arbetar vid Självordsupplysningen har fått utbildning

i suicidprevention och MI, och arbetar under tystnadslöfte. Tjänsten som startade i september 2012 hade under det första verksamhetsåret cirka 3000 chattsamtal. Under år 2013-2014 utbildade jag (Liria Ortiz) volontärerna i att använda MI i chattsamtalen och skrev en handbok i motiverande chattsamtal i samarbete med Mind. Volontärernas erfarenhet hittills är att MI har varit hjälpsamt för att bygga upp ett förtroende i samtalet, och för att samtala om den ambivalens till självmord som är så framträdande i samtalen. Handboken heter: "Att motivera till att vilja leva" och kan laddas ner här:

<http://mind.se/wordpress/wp-content/uploads/2014/09/Att-motivera-till-att-vilja-leva.pdf>



Välkommen till höstens ACT-utbildning!

ACT

i teori och praktisk tillämpning

10 heldagar i Stockholm

13-14 sep, 11-12 okt, 15-16 nov, 6-7 dec & 16-17 jan

Referenser:

Britton, P.C., Patrick, H., Wenzel, A & Geoffrey, C.W. (2011). Integrating motivational interviewing with cognitive behavioral therapy to prevent suicide. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 16-27.

Britton, C., Coner K R & Maisto SA (2012). An open trial of MI to address suicidal ideation with hospitalized veterans. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 961-71.

Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Hettema, J., Steele, J. & Miller, W.R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111.

Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D., & Burke, B. L. (2010). A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice*, 20, 137-160.

Miller, W.T. & Rollnick, S. (2013). *Motiverande samtal. Att hjälpa människor till förändring*. Stockholm: Natur & Kultur.

Nyberg, U. (2013). *Konsten att rädda liv – om att förebygga självmord*. Stockholm: Natur & Kultur.

Ortiz, L. (2014). *När förändring är svårt. Att hantera motstånd med motiverande samtal*. Stockholm: Natur & Kultur.

Ortiz, L. (2013). *Att motivera till att vilja leva. En handbok i motiverande chattsamtal*. Stockholm: Mind. Kan laddas ner här: <http://mind.se/wordpress/wp-content/uploads/2014/09/Att-motivera-till-att-vilja-leva.pdf>

Steele, C.M. (1988). The psychology of self-affirmation: Sustaining the integrity of the self. I L. Berkowitz (red.). *Advances in experimental social psychology* (s. 261-302). New York: Academic Press.

Stockholms läns landsting. (2002). *Regionalt vårdprogram. Vård av suicidnära patienter*. Medicinskt program, Arbete4. Stockholm: Stockholms läns landsting

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.

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. Vi erbjuder en introducerande workshop 23-24 augusti, bade för dig som vill gå vår fördjupningskurs och för dig som vill börja med att pröva två dagar.

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*

Moa Manneberg, *leg. psykolog*

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

Stockholm: Startar i januari och september varje år.

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

www.svenskapsykologiinstitutet.se

Kontakt: Moa Manneberg moa.manneberg@svenskapsykologiinstitutet.se

Intervju med professor emeritus Lars-Göran Öst

Text: Erling Hansen
Foto: Privat

Med anledning av den nya upplagan av boken KBT inom Barn- och Ungdomspsykiatri bad Beteendeterapeuten Lars-Göran Öst om en intervju. Vi hittade en tid precis innan Lars-Göran Öst skulle resa till Bergen, där han har en forskartjänst gällande arbete med en pågående studie i behandling av OCD. Det arbetet var också något vi ville höra med om, men inte hann med – kanske något att återkomma med i en senare intervju.

Hösten 2014 genomförde du en turné i landet för BTF med fokus på evidensbaserad praktik. Vad var bakgrunden till den idén och vad kom ut av den?

Bakgrunden var att i stort sett varje landsting i Sverige har riktlinjer om att man ska arbeta evidensbaserat, men om man tittar på hur det ser ut i verkligheten struntar man ofta fullständigt i detta, med allehanda ursäkter för varför. Syftet med den turnén var dels att uppdatera medlemmarna om hur evidensläget ser ut, dels att hjälpa medlemmar med att formulera bra argument emot felaktiga påståenden om psykoterapi, som att det inte finns skillnader mellan terapimetoder. Detta utmynnade i ett dokument med omkring 100 frågor och mina svar på dessa, som sedan lades upp på medlemssidorna på www.kbt.nu. Men tyvärr vi ser ju fortfarande att många medlemmar verkar tänka att ”har man fått en utbildning i KBT så arbetar man evidensbaserat per automatik”, vilket ju inte är fallet. Vi har ju dels frågan om ”therapist drift” till exempel att inte exponera in vivo vid agorafobi, eller situationen där till exempel en primärvårdschef specificerar att du får 5 sessioner, även om 12 eller 15 sessioner är vad behandlingsmetoden är utprövad och evidensbaserad för. Det kanske mest extrema exemplet är funktionell ACT (FACT), vilket är en kort behandling med tre till fem 20-minuters sessioner, vilket det inte finns en enda forskningsstudie på!

Jag menar att man inte å ena sidan kan säga att man arbetar evidensbaserat och sen i verkligheten göra saker som helt saknar evidens.

Så, det finns både bidrag från kliniker själva, såsom therapist drift, och organisatoriska faktorer, vilka samverkar på ett sätt som utgör ett hot mot god evidensbaserad praktik?

Det gör det. De organisatoriska faktorerna måste man motverka genom att informera chefer om vad som inte är evidensbaserat. Ett argument man ofta möter är argumentet att de patienter vi möter inom primärvården är inte lika svåra. Men då gäller det ju att vi visar att man i primärvården klarar sig med hälften eller en tredjedel så många terapisessioner som metoden är utprövad för, inte bara antar detta! Det är sådant man måste agera emot. Att själva hitta på eller tillämpa metoder som saknar forskningsunderlag är oetiskt gentemot patienterna. Vi kan göra det när vi provat en eller två evidensbaserade metoder och dessa inte hjälpt. I så fall kan man informera patienterna och inhämta deras informerade samtycke som de etiska riktlinjerna för forskning kräver.

Hur har det blivit såhär?

Jag tror att det delvis handlar om att vi har attraherat kliniker som inte är vana vid att läsa vetenskapliga studier. De är mer mottagliga för att ”hoppla på”

metoder helt enkelt för att de är nya, utan att beakta det vetenskapliga stödet för metoden. Tyvärr är det så inom svensk psykiatri att man gör nästan inga rutinmässiga utvärderingar av hur det går för patienterna. Istället räknar man pinnar och gör nöjdhetsskattningar. Mitt argument är att när patienten kommer, så ska det vara sista gången de behöver komma till psykiatri. Istället skapar man ”karriärpatienter” som går kvar för evigt och inte blir bättre.

Så att få den kvalitetskontrollen skulle vara så enkelt som att börja göra systematiska för- och eftermätningar?

Absolut. År 2016 kom jag ut med en bok på Natur och Kultur som heter ”Att utvärdera psykoterapi och kritiskt granska psykoterapistudier”, där jag visade på hur man kan göra detta med fritt tillgängliga självskattningsskalor. Ibland hör man då argumentet att självskattningar inte är tillräckligt bra utan att man istället skulle behöva ha oberoende bedömerskattningar. Men, då är man inte medveten om att självskattningar faktiskt ger mindre effektstorlekar än oberoende bedömerskattningar. Alltså, självskattningar är faktiskt mer konservativa! Man behöver alltså inte vara rädd för att få en överskattning av effekter med självskattningar, utan man får siffror att jämföra med befintliga behandlingsstudier. Klinikernas förmåga att bedöma framsteg och frånvaro av framsteg är notoriskt dålig, och man vill kanske inte veta hur dåliga effekter man har med sina metoder.

När det gäller de organisatoriska förutsättningarna för att kunna utföra evidensbaserad behandling, är vi som kliniker för flata i dialogen med beslutsfattare?

Det tror jag definitivt att vi är. Ett argument man skulle kunna ta upp är att jämföra med somatisk vård. En kirurg skulle aldrig gå med på att man får öppna bröstskorgen, men inte utföra operationen, för det är för dyrt. Jag tror att man inte förstått hur mycket



det kostar att ha så många människor med obehandlade psykiatriska besvär. Lönsamheten vore enorm om man istället erbjöd dem en evidensbaserad behandling. Subkliniska fall kan kanske ges en avkortad behandling, men då måste man först ha vetenskaplig empiri för att det är en effektiv behandling för det tillståndet.

Vad vet vi om hur primärvårdens patienter ser ut i det avseendet?

Jag vet inte om det finns forskning som kan visa det, men i studier som gjorts på Gustavsbergs vårdcentral, vilken var en del av Sigrid Samuelssons avhandling, där man använde Clinician Severity Rating – trots att vi sänkte kriteriet för att kunna inkludera även en del subkliniska fall, låg patientgruppens medelvärde mycket nära de studier jag gjort på olika ångestpatienter. Däremot hade de en kortare duration – fem år istället för 15-20 år – vilket kanske påverkar vilken omfattning av behandling de behöver, men även det är en empirisk fråga. Hur går det om man tex ger hälften så många behandlingssessioner – det vet vi inte.

Hur evidensbaserat är vårt utbildningssystem i KBT?

Tittar jag på utbildningarna i Stockholm, som jag själv varit med om att utforma, är det så att på psykologutbildningen får man färdigheter i generiska metoder som exponering och kognitiv terapi. De bygger på manualerna, men inte exakt. På psykoterapeutprogrammet

får man mer av manualbaserade metoder, men också en del annat. Det finns utrymme för förbättringar genom vissa omläggningar i utbildningar, då mycket av det vi står och föreläser om är sådant man inte behöver föreläsa om. Grundläggande teori till exempel, vilket kan läggas in i förinspelade föreläsningar och omdisponera lärtid till mer av praktisk träning av evidensbaserade metoder. Jämför vi med Storbritannien ger deras ”clinical courses” i slutet av psykologutbildningen mycket mer klinisk träning än i svensk psykolog- och psykoterapeututbildning. Det är en enorm skillnad. Mer systematisk skattning av terapeutfärdigheter underlättar också examinationen.

Hur ser du på psykologernas specialistutbildning i psykologisk behandling?

Jag är inte så insatt, men om det är en mer generisk och integrativ terapeutisk utbildning man får, så är det ju inte något det finns evidens för.

Berätta lite mer om den nya boken – den första upplagan kom ju 2010, alltså sju år emellan, vad var anledningen till att det var dags för en reviderad upplaga?

Anledningen är att det glädjande nog hänt en hel del på forskningsfronten på barn- och ungdomssidan. Den ligger fortfarande efter vuxensidan inom alla störningar som är gemensamma för barn och vuxna. Men ökningstakten är snabbare på barnsidan! Ta tex PTSD,

där har bara de två senaste åren kommit fem metaanalyser avseende PTSD hos barn, vilket avspeglar en stark ökning också av antalet originalstudier. Det samma gäller andra störningar – vilket är enormt glädjande, med tanke på att störningarna debuterar i barneåren. Hos 50% av vuxna med psykiska störningar har debuten skett innan 15 år ålder, och för 75% har debuten skett före 25. Individerna och samhället skulle tjäna enormt på att sätta in evidensbaserade insatser tidigt. Ibland hör man att det är en fas och att individen växer ur det, men har man haft problemet i sex månader är sannolikheten liten att man ska växa ur det, då behöver man ha en adekvat behandling.

Har du upplevt att förra upplagan ökat medvetenheten om möjligheten till effektiv och evidensbaserad behandling?

Jag har inte data för att kunna säga det, men man kan ju hoppas. Det finns fortfarande kliniker där andra skolor dominerar och där man inte vill släppa in evidensbaserade metoder. Utan att göra några mätningar säger man att ”vi vet baserat på lång klinisk erfarenhet att våra metoder fungerar.” Det är ett argument man hört sedan 50-talet, och det är fortfarande lika ogiltigt! Även här bör man framhålla vikten av mätning, helst varje session, för att försäkra sig om att man når de resultat som är optimala för patienten. Vi bör satsa mycket mer riktade resurser mot behandling för barn och unga. I Uppland har man tyvärr fått stänga BUP-mottagningar för att man inte kunnat attrahera personal. En bidragande anledning är att KBT-utbildade psykologer inte får arbeta med det man är utbildad i, då verksamheten styrs av andra grupper, och då får man svårt att anställa unga KBT-psykologer. Man hänvisar ofta till att man har en brist på läkare vilket leder till dyra lösningar med hyrläkare – men jag har länge ifrågasatt psykiatri som medicinsk specialitet. Psykologer kan göra det mesta vad gäller diagnostik och även lära sig bedöma vem som tex behöver en neurologremiss, och läkarresurserna kan sparas till de patienter som behöver en farmakologisk behandling.

Med många frågor kvar får jag tacka för en mycket givande intervju – och kanske får vi tillfälle till en uppföljning längre fram!

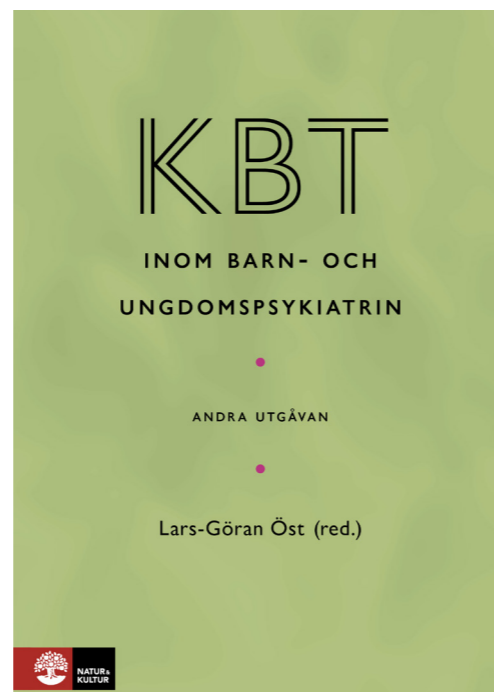
KBT inom barn- och ungdomspsykiatri (andra utg.).

av Öst, L-G. (Red.).
Förlag: Natur och Kultur
ISBN: 9789127819375
Utgivningsår: 2017
Omfattning: 341 sidor

Text: Erling Hansen

Den första utgåvan av KBT inom barn- och ungdomspsykiatri utkom 2010, och i slutet av 2017 utkom alltså en uppdaterad andra utgåva. Volymen är organiserad kring evidensbaserade syndromspecifika behandlingsprotokoll för flertalet inom barn- och ungdomspsykiatri vanliga tillstånd. Ett inledande kapitel av Liv Svirsky och Ulrika Thulin diskuterar frågor kring anpassning av arbetssätt vid behandling av barn, samt även relaterade frågor kring föräldramedverkan, skolsamarbete och juridiska aspekter. Volymens avslutande kapitel, skrivet av Lars-Göran Öst, är en genomgång av det empiriska stödet för KBT hos barn och ungdomar. Övriga kapitel behandlar vanliga tillstånd inom barn- och ungdomspsykiatri. Både specifika tillstånd för barnpsykiatri så som separationsångest, trotssyndrom och uppförandestörning diskuteras, men även tillstånd som föreligger inom både barn- och vuxenpsykiatri som ångestsyndrom, depression, PTSD och tvångssyndrom, men här utifrån en barnpsykiatrisk presentation.

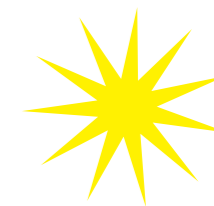
Även behandling av neuropsykiatriska tillstånd som ADHD och autism, likaså tillstånd som oftare är föremål för behandling inom barn- och ungdomspsykiatri än i behandling av vuxna, såsom Tourettes syndrom och tics diskuteras. Boken ger en tydlig och lättillgänglig genomgång av teori, empiri och behandlingsstrategier på en nivå som upplevs som kliniskt relevant och "hands on", och sannolikt en perfekt matchning för till exempel en psykolog som börjar en första anställning inom barn- och ungdomspsykiatri. Boken är även naturligtvis lämplig för utbildningar inom området samt som referens för alla andra som kommer i kontakt med dessa frågeställningar i sitt arbete. Även erfarna kliniker känner nog igen sig i att då och då stöta på en klinisk frågeställning vilken man inte har omfattande tidigare erfarenhet av. I sådana fall, vid behov av att gå till "the basics" - är en volym som denna en given startpunkt. Jag känner inte till att det finns någon direkt engelskspråkig motsvarighet till denna översikt, varför denna uppdaterade upplaga känns särskilt värdefull.



Boken ger en tydlig och lättillgänglig genomgång av teori, empiri och behandlingsstrategier på en nivå som upplevs som kliniskt relevant och "hands on".

Årets prisutdelning

Text: Daniel Björkander,
För styrelsen BTF



Sedan 1997 har föreningen delat ut priser vid årsmötet för att uppmärksamma och uppmuntra insatser för föreningen och för KBT. Det är föreningens medlemmar som föreslår pristagare och bedömning av nomineringarna sker av en grupp om fem föreningsmedlemmar som inte sitter i styrelsen. Styrelsen vill rikta ett stort tack till dessa för deras insatser. Juryn bestod av Therese Anderbro, Markus Jansson-Fröjmark, Dan Katz, Thomas Parling och Maria Tillfors. Årets pristagare kungjordes i samband med årsmötet. Priset innebär förutom diplom och äran en prissumma på 4 000 kr. Nedan presenteras årets pristagare med juryns motiveringar. Stort grattis till väl värda vinnare.

Pedagogiska insatser: GUNILLA BERGLUND

Gunilla Berglund har undervisat och handledt i kognitiv beteendeterapi på Stockholms universitet under större delen av 2000-talet. Hon har ansvarat för det handledda klientarbetet på psykolog- och psykoterapeutprogrammet och utvecklat den omtyckta KBT-kursen på psykologprogrammets termin 7. Hon har samordnat och stöttat de kliniska handledarna och många gånger fungerat som "superhandledare" för mindre erfarna kollegor.

Gunilla har handledt ett stort antal examensuppsatser och har på så sätt också inspirerat studenter till fortsatt kunskapsökande inom kognitiv beteendeterapi.

Gunillas sätt att arbeta med formativ bedömning och kliniska tillämpningsexaminationer gör henne till en pedagogisk förebild för kollegor. Hon har också erhållit Psykologiska Ämnesrådets pris för bästa lärare.

Gunilla tilldelas BTF:s pedagogiska pris då hon förtjänstfullt har spridit sin pedagogiska gärning över flera nivåer av utbildning inom såväl klinisk tillämpning som forskning inom kognitiv beteendeterapi.

Kliniska insatser: ULLA-BRITTA LINDH

Prisgruppen anser inte att vi kan "säga" det bättre än den person som nominerat Ulla-Britta. Ulla-Britta Lindh (leg psykolog/leg psykoterapeut/handledare) har varit kliniskt verksam sedan slutet av 1970-talet och hon har också handledt många, många studenter inom ramen för det klientarbete som ingår i psykologprogrammet. Ulla-Britta har alltid varit påläst och uppdaterad vad gäller teori och metod inom det allt bredare KBT-fältet, oförtrutet engagerad och genomgående bemött de som kommit i kontakt med henne i hennes yrkesroll med stor respekt och ödmjukhet. Hennes insats har haft stor betydelse för alla hennes klienter, studenter och kollegor - en allt igenom värdig representant för kliniskt verkliga KBT-psykologer och, framförallt, en god rollmodell för mig som nominerar.

Livsgärning för BTF: LARS STRÖM

Det har länge funnits en Lars Ström som alla har pratat om. Hans arbete har möjliggjort mycket av BTF:s verksamhet! Lars har under många år i föreningen slitit hårt med hemsidan och annan IT, utan mer än drickspengar som ersättning. Man får inte heller glömma att han skrivit flera böcker, där den senaste: "Handbok för oglada" är en mycket bra bok rörande beteendeaktivering. Vi i prisgruppen anser att priset bör gå till en av våra trognaste fotsoldater.

Examensuppsats på C- eller D-nivå: AMIRA HENTATI OCH FRIDA JÖNSSON

Nydanande forskning som är utförd på ett systematiskt sätt och med ett språk som flyter. Författarna Amira och Frida förmedlar komplexa fenomen på ett enkelt sätt utan att för den skull göra avkall på vetenskaplighet. En tydlig och väl-skriven studie i alla dess beståndsdelar (introduktion, metod, resultat och diskussion). Eller med andra ord: För ett "flow" i språket som gör att man som läsare blir uppslukad av texten. Läsaren befinner sig här och nu vilket i sin tur motverkar att hen oroar sig för att inte förstå budskapet.

Doktorsavhandling: KRISTOFER VERNMARK

En väl-skriven avhandling av god kvalitet som belyser viktiga frågor kring hur olika förmedlings sätt av psykologisk behandling för depression påverkar behandlingsutfall och terapeutisk allians. Avhandlingen förmedlas dessutom av författaren på ett elegant sätt som gör det lätt för läsaren att skapa: 1) en relation till författaren (Bond), 2) konsensus gällande det specifika ämnet som avhandlingen tar upp (Task), och 3) en ömsesidig överenskommelse om avhandlingens övergripande syfte (Goal).

Läs pristagarnas reaktioner på nästa uppslag!

Hej pristagare!

Hej Amira och Frida!

Hur kändes det att få BTFs pris för bästa examensuppsats?
Superroligt! Och häftigt! BTF är en förening som arbetar med frågor som betyder mycket för oss, vilket gör utnämningen oerhört betydelsefull.

Är det något ni vill hälsa föreningen och dess medlemmar?

Stort tack för utnämningen och priset, och för det viktiga och fina arbetet som görs. Vi är så glada att BTF existerar. För oss är BTF en arena där vi känner stor samhörighet och möjlighet till nyinläring.



Hej Gunilla Berglund!

Hur kändes det att få BTFs pris för pedagogiska insatser?

När motiveringen lästes upp kände jag mig avslappnad och lugn, förvissad om att det handlade om någon annan. När de sedan sade mitt namn, blev jag glad förstås och så skämdes jag lite, för att det fanns liksom ingen anledning till varför just jag. Vi är många BTF:are som är värda pris i så fall.

Är det något du vill du hälsa föreningen och dess medlemmar?

BTF är en väldigt viktig förening, lämna aldrig den. Det är fantastiskt med KBT-listan där man kan ge och få svar på alla frågor. Beteendeterapeuten är också ovärderlig och årsmöten och alla evenemang. Om alla drar sitt strå till stacken kommer föreningen att fortsätta blomstra. Det vore roligt om ni arrangerar saker med tanke på seniorerna också. Då kommer vi att ses även framledes.



Hej Lars Ström!

Hur kändes det att få priset "livsgärning för BTF"?

Jag känner mig oerhört hedrad, för priset för Livsgärning för BTF! Det är en utmärkelse som slår det allra mesta! Jag känner mig också väldigt glad att tillhöra en så generös och omfattande förening, som lyckas göra positiv förstärkning till något som verkligen fungerar! Så, nu blir det mer BTF för min del!

Är det något du vill du hälsa föreningen och dess medlemmar?

Samtidigt är jag glad att kunna ge något tillbaks för allt föreningen har gett mig över åren. Just därför är det också extra roligt att kunna berätta att BTFs grundligt uppdaterade hemsida kommer att aktiveras i det närmaste precis just nu.



Hej Ulla-Britta Lindh!

Hur kändes det att få BTFs pris för kliniska insatser?

Stort tack till BTF för det fina priset jag tilldelats. Jag känner mig oerhört hedrad och glad. Det var en fullständig överraskning, inget jag hade förväntat mig.

Är det något du vill du hälsa föreningen och dess medlemmar?

Jag har varit medlem i BTF sedan 70-talet och är glad åt att ha fått tagit del av utbildningar, bl a terapeut - och handledarutbildningarna, kongresser och workshops. Det har varit en fantastiskt möjlighet att genom BTF få tillgång till forskning och utveckling inom KBT-området. Jag har följt föreningens tillväxt och hoppas den fortskrider och borgar för en gynnsam dialog mellan klinik och forskning.



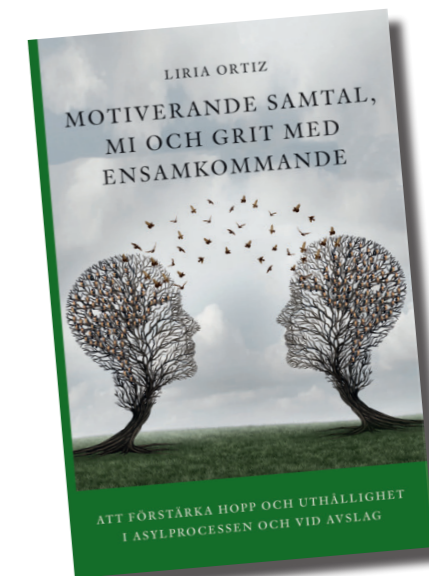
Hej Kristofer Vernmark!

Hur kändes det att få BTFs pris för doktorsavhandlingen?

Både roligt och hedrande att få den här utmärkelsen! Att få sätta samman delar av den forskning jag varit delaktig i till en avhandling har varit ett inspirerande arbete och har gått tack vare samarbete med framstående forskare på området, som min handledare Gerhard Andersson och min bihandledare Per Carlbring. Ett stort tack till dem, samt alla forskarkollegor och medförfattare!

Är det något du vill du hälsa föreningen och dess medlemmar?

Take home message från avhandlingen är att vi har mängder av sätt att förmedla effektiv psykologisk behandling på med hjälp av internet och digital teknik i det som kallas internetbehandling. Vi kan använda säkra epost, textbaserade självhjälpsprogram med minimalt behandlarstöd, interaktiva behandlingsprogram eller blanda träffar med självhjälpsmaterial som förmedlas via internet (blended treatment). Dessutom verkar patienters skattningar av allians vara i princip likadana som i traditionell KBT där vi vanligtvis träffar patienten på en mottagning. Det är ju ett mycket intressant fynd som får effekter på hur vi resonerar kring mätningar av allians i psykoterapi och själva konceptualiseringen av alliansbegreppet i sig. Internetbehandling gör med hjälp av relativt enkla verktyg psykologisk behandling tillgänglig till fler, samt säkerställer kvaliteten på de behandlingar som erbjuds patienterna inom hälso- och sjukvården. Dessutom får vi en modell för behandling som är lätt att utvärdera och forska på. Arbetet med att erbjuda internetbehandling har påbörjats i de flesta landsting och i flera landsting är det redan en fungerande och integrerad del av den reguljära vården, oftast förmedlat via vårdcentralerna som i exempelvis Dalarnas landsting och Region Östergötland. Jag hoppas att vi kan få med oss alla BTF:are på vägen mot en mer modern, kvalitets-säkrad och skalbar lösning för psykologisk behandling som ger ökade valmöjligheter för våra patienter. Det vi ser nu är bara början.



NY HANDFAST BOK

Motiverande samtal, MI och Grit med ensamkommande. Att förstärka hopp och uthållighet i asylprocessen och vid avslag.

Två dagars kurs med boken som kurslitteratur. Boken finns att köpa i Adlibris och Bokus.

Författare och kursledare: Liria.Ortiz@gmail.com

Sigrid Salomonsson

om psykologisk behandling inom primärvården

Text: Johan Åhlén
Foto: Privat



Sigrid Salomonsson

Utrycket *Bridging the gap between research and practice* har de senaste 20 åren använts flitigt. Trots detta finns det fortfarande ett stort behov av just detta; alltså att i den kliniska vardagen effektivt implementera modeller som visat sig vara effektiva i forskningen. En som sannerligen har något viktigt att bidra med i detta sammanhang är psykologen Sigrid Salomonsson. Sigrid har arbetat i drygt 10 år på Gustavsbergs vårdcentral där hon tillsammans med kollegor först byggt upp verksamheten Hamnen (en mottagning för barn, unga och föräldrar) och sedan arbetat som enhetschef för det psykosociala teamet på vårdcentralen. I nuläget har hon precis bytt arbetsplats och arbetar på Centrum för Psykiatrforskning (CPF), och den 23e februari i år disputerade hon med doktorsavhandlingen "CBT in primary care - Effects on symptoms and sick leave, implementation of stepped care and predictors of outcome".

Kan du berätta kort om din avhandling?

Utgångspunkten är att psykisk ohälsa (idag) är ett jättestort samhällsproblem. Mer och mer har samhället fått

upp ögonen för det lidande och de kostnader som psykisk ohälsa innebär. Det senaste årtiondet har till exempel psykisk ohälsa gått om smärtproblematik (problem med rörelseorganen) till att vara den vanligaste orsaken till sjukskrivning i Sverige.

Sjukskrivning får jättestora konsekvenser både för individ och samhälle.

Bakgrunden till avhandlingsämnet är att endast en mycket liten del av primärvårdens insatser för vanlig psykisk ohälsa såsom ångest, depression, stress och sömnsvårigheter är psykologisk behandling. De insatser som ges inom primärvård är framförallt medicinering och sjukskrivning. De psykosociala insatser som erbjuds är också underdimensionerade och relativt oriktade. Det är alltså som patient svårt att veta vad man får för hjälp och dessa psykosociala insatser har inte heller utvärderats ordentligt. I mitt arbete på Gustavsbergs vårdcentral arbetade vi med att bygga upp en vård byggd på evidensbaserade metoder gällande vanlig psykisk ohälsa (dvs. alla ångestsyndrom, depression, insomni, anpassningsstörning och utmattningssyndrom).

Ett syfte med avhandlingen var att implementera och utvärdera stegvis vård (*stepped care*) för vanlig psykisk

ohälsa. Ett annat syfte var att specifikt också utvärdera vilken effekt psykologisk behandling har på sjukskrivning.

Hur har det varit att ha en roll som både arbetande i det kliniska och samtidigt vara doktorand?

Det har fungerat jättebra! Det har verkligen gått hand i hand. Jag tycker att det både gett mig en förankring i vad som verkligen behöver utvärderas, och en praktisk förståelse för metoderna och hur de fungerar för patienter och behandlare. En annan fördel med en sådan roll har varit att vi efter dessa utvärderingar enkelt har kunnat fortsätta att implementera dessa interventioner på Gustavsbergs vårdcentral med de justeringar som varit nödvändiga. Jag har alltid haft ett forskningsintresse och har velat hålla på med forskning i den kliniska vardag där jag befinner mig, och där undersöka saker som jag brottas med.

Kan du berätta mer om det som kallas första linjens psykiatri?

Diskussionen om första linjens psykiatri har pågått på flera håll. Gustavsbergs vårdcentral har varit tongivande i frågan, men det är ju en fråga som har drivits från flera håll, till exempel från politiker och SKL (Sveriges kommuner och landsting). Utifrån genomlysningar av vården har man tittat på hur det fungerat kring psykisk ohälsa. Kort sammanfattat kan man säga att

alla instanser har varit överens om att det behövs en förstärkning av arbetet med psykisk ohälsa på alla nivåer, men, att det specifikt funnits ett stort glapp i det man kallar för första linjens psykiatri (t ex primärvården, elevhälsan, ungdomsmottagningar). Till exempel, 2009 kom det en rapport från Socialstyrelsen, i samband med de första nationella riktlinjerna för ångest och depression, där man drog slutsatsen att det skulle behövas omfattande utbildningsinsatser om dessa riktlinjer ska följas. Särskilt gällde detta primärvården.

En av dina studier i avhandlingen är en meta-analys där du undersökt skillnaden i effekt mellan psykologisk behandling och sedvanlig vård (ofta enstaka besök hos läkare) vad gäller sjukskrivning. Ett intressant resultat från meta-analysen är att psykologisk behandling ger bättre effekt en sedvanlig vård både vad gäller psykiska symptom och sjukskrivning. Däremot beskrivs det endast vara små effekter. Hur tänker du om det?

Sjukskrivning får jättestora konsekvenser både för individ och samhälle. Även om det kan tyckas vara små effekter mellan psykologisk behandling och sedvanlig vård, är dessa effekter fortfarande högst relevanta. Sedan är det viktigt att förstå

att ohälsa och sjukskrivning är delvis skilda processer. Sjukskrivning påverkas av flera andra faktorer som lagstiftning, konjunktur osv, vilket innebär att det inte helt enkelt låter sig påverkas av psykologisk behandling. Med det sagt tyder studien också på att det finns förbättringsutrymme, alltså potential för en starkare effekt. Alltså, när vi ännu mer förstår vad som driver och minskar sjukskrivning så borde det också vara möjligt att påverka mer.

Ett resultat från avhandlingen är att för de patienter som tycker att behandlingen verkar trovärdig och som deltar aktivt är behandlingen mer effektiv. Du drar slutsatsen att patientens preferens för behandling skulle kunna vara viktigt i val av behandlingsmetod. Hur viktigt tror du att denna aspekt är för behandlingsutfall?

Min studie jämför inte olika typer av behandling och relaterar det till vad man som patient skulle vilja ha. Jag tänker att metod spelar stor roll, och att sjukvården bör erbjuda den (eller de metoder) som är bäst. Men, den här studien (och andra) visar även att preferenser och trovärdighet kan spela roll. Om det till exempel finns fler evidensbaserade metoder med likvärdiga effekter att tillgå tycker jag att man ska beskriva det för patienten och involvera hen i val av behandling.

Säg ni några skillnader för hur bra KBT fungerade för olika diagnoser?

I den studie där vi utvärderade stegvis vård tittade vi specifikt på vad som predicerade en starkare effekt hos patienterna. Denna analys visade att alla patientgrupper (dvs. patienter med samma diagnos) blev hjälpta av behandlingen. Däremot såg vi att patienter med depression eller social fobi i lägre grad blev helt återställda av det första steget i den stegvisa vården, guidad självhjälp.

Vi utvärderade även KBT för patienter vilka var sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa. I den studien var merparten av patienter diagnostiserade med utmattningssyndrom och anpassningsstörning. Många av dessa uppfyllde även kriterier för ångest och depression, men stress var i fokus för dessa patienter. För dessa patienter finns ingen evidensbaserad behandling varför vi använde ett behandlingsprogram vi har arbetat med på Gustavsbergs vårdcentral i 10 år. Vi undersökte alltså hur det gick för dessa patienter jämfört med de som behandlades för ångest och depression. De senare fick alltså diagnosspecifik evidensbaserad behandling. Resultaten visade minst lika goda symptomeffekter för patienter med stressrelaterad ohälsa jämfört med de patienter som behandlades för ångest och depression.

Tittar man på er stegvisa vård så är totalt 63% av patienterna i remission efter hela behandlingsprogrammet (guidad självhjälp + individuell KBT). Hur tycker du att de resultaten står sig mot annan forskning?

Tittar man på hela modellen för stegvis vård så är det resultatet absolut i linje med bra KBT-behandling från forskningsstudier. Det innebär ju även en effektivitetsvinst eftersom så många som 40% verkar klara sig med endast det första steget; guidad självhjälp.

Hur upplever patienter stegvis vård? Finns det en risk att vissa patienter är mindre motiverade att genomföra ännu en behandling, dvs. om de inte blir hjälpta av första steget?

Här finns det mycket kvar att lära sig och undersöka. Vi hade inte arbetat så mycket med självhjälp när vi påbörjade den här studien. Det fanns en sådan rädsla, men den försvann när vi började med studierna, och går man till forskningen så finns det verkligen stöd för guidad självhjälp. Jag tror att det i grunden handlar om hur du presenterar behandlingen och därmed vad patienten får för förväntningar på behandlingen. Det är viktigt att tydliggöra att guidad självhjälp i sig innebär ett självständigt behandlingsprogram. Sedan finns det såklart patienter som redan från början behöver mer individuellt stöd för att de inte trivs med, eller klarar av, att läsa mycket text eller arbeta så självständigt.

Kan det till och med vara så att det första steget i behandlingsmodellen blir en förberedelse till att vara mer förberedd inför det andra steget?

Ja, det tycker jag att vi har sett i många fall. Som behandlare vill man redan från första början signalera att första steget är en fullvärdig behandling, så att inte patienten går och väntar på något annat. Men, både i studien och i den reguljära vården bygger man ju vidare från erfarenheter under steg 1. Patienterna har alltså med sig en del baskunskaper, vilket kan göra att behandlingen går snabbare och blir ännu bättre. Vårt att notera är ju dock att det inte är självklart att alla ska börja med självhjälp, utan det kan skilja sig mellan olika grupper. Det är något som vi behöver förstå bättre.

Vad är ditt ”take home message” till Beteendeterapeutens läsare?

1. Behoven är jätttestora vad gäller vanlig psykisk ohälsa, och det är verkligen dags att göra något åt detta. Olika aktörer har ju påbörjat ett sådant arbete, men många famlar kring att bygga upp olika modeller. Jag tycker att det är dags att börja implementera, och KBT som stegvis vård är en lämplig modell. Vården bör också kontinuerligt utvärderas!

2. Sjukskrivning är en stor fråga som behöver ses över ytterligare. Det är inte helt lätt att påverka, men det verkar finnas viss effekt av psykologisk behandling.

Jag tycker att det är dags att börja implementera, och KBT som stegvis vård är en lämplig modell.

Beteendeterapeutens redaktion växer

Beteendeterapeutens redaktion växer långsamt men stadigt. Till detta nummer är jag som redaktör mycket glad att kunna presentera en ny och mycket kompetent medlem i redaktionen, Anna-Clara Hellstadius, legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut samt handledare i KBT.

Anna-Clara, vad gör du när du inte arbetar med Beteendeterapeuten?

Jag är mottagningschef och mottagningsansvarig psykolog för KBT på Psykoterapimottagningen vid Stockholms universitet. I enskild firma erbjuder jag även verksamhetshandledning.

Har du några idéer för tidningen inför framtiden?

Beteendeterapeuten kan erbjuda en viss fördjupning i ämnen som i vid mening har relevans för den kognitiva beteendeterapin och dess utövare i Sverige. Dagsaktuell debatt förs i Psykologer på Facebook och även på KBT-listan – intressant och givande att följa, men det går fort. Jag tror att t ex att Beteendeterapeutens bokrecensioner kan vara värdefulla för många av BTF:s medlemmar och vinjetterna från olika nationella och internationella konferenser ger intressanta ut- och inblickar.

Text: Johan Åhlén

**Grattis
Liria Ortiz!**



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

OBS!

Manusstopp för nästa nummer av

Beteendeterapeuten är
10 augusti 2018

Maila ditt alster till

ahlenjohan@gmail.com



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

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

Nyhetsbrev 2018-01-31

Telefonmöte

Ordförandens rapport: Har varit en period med fokus på verksamhetsberättelse, revision och förberedelser för årsmöte och kommande verksamhetsår. Telefonmöte med ordförande i sfKBT angående möjlig samverkan, exempelvis diskuterades att ställa samman tidigare gjort arbete om en gemensam syn på organisationen av grundutbildningar.

Ekonomisk rapport: Föreningens ekonomi för 2017 sammanställd, förlust på ca -257 tkr enligt plan.

Medlemsstatistik: Antalet medlemmar uppgår till 967. Förberedelser för medlemsenkät pågår.

Beteendeterapeuten: Redaktionen består nu av Johan Åhlén, Erling Hansen och Anna-Clara Hellstadius.

KBT-listan: Funderingar finns om KBT-listans ämnen och diskussioner kan inspirera till teman som tas upp i Beteendeterapeuten.

Årskongressgruppen: Anmälningar har börjat inkomma. Fortsatt marknadsföring pågår.

Beslutspunkter:

1) Styrelsen fattar beslut om att när det finns möjlighet informera om föreningen på utbildningar som ges i samarbete med BTF.

2) Styrelsen fattar beslut om att person som intervjuats i Beteendeterapeuten kan få tillgång till artikeln efter publicering i Beteendeterapeuten om författaren godkänner detta.

3) Förfrågan från pristagare om att använda pris till en extern workshop avslås.

4) Styrelsen fattar beslut om förlängd tidsfrist för att hämta ut sitt pris i ett enskilt fall för pristagare som inte informerats om treårsfristen.

5) Beslut per capsulam om a) tillägg vg skrivningen i föregående protokoll av beslutet som rörde ansökningar om att hålla utbildning i samarbete med BTF, b) att BTF beslutar att delta i Psykologidagen och tecknar avtal med arrangören för detta, c) Budgetförslaget för 2018, d) Björn Paxling engageras även under 2018 som BTF:s representant i EABCT.

Frågor för fortsatt beredning: BTF:s kanslist kommer sluta, och en annons behöver skrivas till Beteendeterapeuten och KBT-listan.

För styrelsen,
Pia Enebrink

Kort sammanfattning av det konstituerande styrelsemötet 2018-03-17, Malmö

Styrelsemedlemmarna presenterade sig för varandra och Lise Bergman Nordgren informerade kort om styrelsens rutiner. Styrelsen gjorde en genomgång av styrelsens olika ansvarsområden och hur arbetet inom dessa kan se ut.

Till firmatecknare valdes Ljufur Dagsson (kassör) och Lise Bergman Nordgren (ordförande) var för sig.

Beslutspunkter:

1) BTF deltar vid PS18 med en mässplats för 5000 kronor exkl moms

2) Pre-kongress Workshop är att ses som utbildning.

3) Funktionär från årsmötesgruppen kan skjuta upp sin ersättning i form av avgiftsfritt kongressdeltagande maximalt ett år och skrivningen ändras till: ”uttag av ersättningen (kongressdeltagandet) kan vid sjukdom/skada skjutas upp maximalt ett år mot uppvisande av läkarintyg”

Styrelsen:

Lise Bergman Nordgren,

ordförande

Josef Neib,

medlemssekreterare

Ljufur Dagsson, kassör

Li Wolf

Lisa Clefberg

Daniel Björkander

Tomasz Kunatowski

Molly Zetterberg

Malin Angberg

Olof Molander

Amanda Simonsson

Klara Edlund

Bendik Hjelm Waaler

Kontaktuppgifter och information om
föreningen hittar du på www.kbt.nu

Nya i styrelsen

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



Molly Zetterberg

1. Jag är nyligen legitimerad psykolog och jobbar inom barn-och ungdomspsykiatri i Stockholm. På fritiden gillar jag att dansa, yoga samt umgås med familj och vänner. Har också ett nyförvärvat intresse i odling, och hoppas få något att gro på balkongen i vår.

2. Jag har tidigare varit aktiv i studerandenätverket BTF och är jätteglad för att få vara med i styrelsen detta år. Jag hoppas kunna bidra till det viktiga arbete BTF gör, och ser fram emot att lära känna styrelsen och föreningen.



Bendik Hjelm Waaler

1. Jag heter Bendik och läser min åttonde termin på psykologprogrammet i Uppsala. Vid sidan av studierna extraknacker jag på DBT-enheten och Åtstörningsenheten vid Akademiska sjukhuset. Jag har varit engagerad i BTF:s studerandenätverk i drygt ett år och gjort mycket roligt under den tiden, framför allt arrangerat föreläsningar och panelsamtal på olika teman. På fritiden åker jag gärna längdskidor och spelar schack på amatöرنivå.

2. Som nyinvald studeranderepresentant hoppas jag framför allt kunna bidra till att skapa en positiv bild av BTF på lärosätena och engagera studenter i hela landet för att skapa ett levande studerandenätverk. Detta i syfte att stärka en vetenskaplig grundsyn bland oss som ska arbeta med psykologi.



Malin Angberg

1. Leg Psykolog, psykoterapeut och snart färdig med handledarutbildningen. Jag arbetar på Psykologpartners, delvis som teamchef inom vårt affärsområde Pedagogik&Utveckling men också med handledning- och utbildningsuppdrag. I mina uppdrag träffar jag främst personalgrupper som arbetar med individer som kan vara begränsade i att föra fram sin egen talan och som kan befinna sig i utsatta situationer. Att få möjlighet att handleda personalgrupper och genom det se utveckling hos både individer och grupper är en av de saker som gör att jag verkligen gillar mitt jobb.)

2. Med mitt engagemang i styrelsen hoppas jag kunna lyfta fram arbetet med att sprida inlärningspsykologisk kunskap till målgrupper även utanför sjukvården. Jag ser fram mot årets styrelsearbete!



Ljúfur Dagsson

1. Till vardags driver jag en mottagning som heter Psykologbolaget där jag arbetar med KBT och NP-utredningar. Jag arbetar även mycket med behandlingar via videolänk.

2. Jag har suttit med i styrelsen tidigare och gör nu en comeback som kassör. Jag ser fram mot det kommande årets styrelsearbete och vill fokusera på hur vi som förening ska kunna attrahera nya medlemmar samt ge mervärde till de som redan är medlemmar. En fråga som jag tänker driva är om inte BTF ska arrangera billiga workshops för medlemmarna.



Olof Molander

1. Jag heter Olof Molander, är legitimerad psykolog boende i Stockholm och doktorerar för närvarande på ämnet spelberoende och psykiatrisk samsjuklighet på Karolinska Institutet.

2. Jag ser fram emot att vara med i BTF's styrelse och bidra till det viktiga arbete som föreningen gör. Jag är extra intresserad av att öka tillgången till evidensbaserad behandling inom hälso- och sjukvården.



Amanda Simonsson

1. Jag är psykolog och arbetar nu med verksamhetsutveckling samt kliniskt arbete inom primärvården. Efter att jag gick klart psykologprogrammet i Östersund 2013 arbetade jag inom psykiatri vid Akademiska sjukhuset i Uppsala. Sedan gick jag vidare till att arbeta på Årsta Vårdcentral i samma stad. Idag arbetar jag till största delen som projektledare för implementering av internet-behandling i primärvården i Region Uppsala. Ett annat engagemang jag har är #metoorörelsen där jag var en av initiativtagarna till psykologuppropet #berättarnisållyssnarvi

2. Jag hoppas på att få befinna mig i en miljö med andra kompetenta individer som är drivna vad gäller att promota KBT och evidensbaserad behandling i stort. Att lära mig av mer erfarna BTF-förmågor och att kunna bidra positivt till föreningens arbete.



Klara Edlund

1. Jag heter Klara Edlund är psykolog, psykoterapeut, handledare i KBT och docent i psykologi. Jag bor i Uppsala och delar min tid mellan att jobba som universitetslektor vid Uppsala universitet och att bedriva privat psykologverksamhet. Utöver det har jag ett starkt engagemang för idrott och ni hittar mig också i Svenska gymnastikförbundets medicinska expertteam. I min vardag gör jag många olika saker - jobbar med individuella KBT-behandlingar, undervisar framtidens psykologer och dietister, handleder studenter och personal inom till exempel psykiatri i KBT samt försöker att bedriva någon slags forskningsverksamhet i blygsam skala. Mitt huvudområde är sedan över 20 år tillbaka problem relaterade till mat, ätande och vikt - i alla dess former. När jag inte jobbar umgås jag helst med min familj, jag har tre barn. Vi tycker om att resa tillsammans och spenderar en del tid på somrarna i USA. Utöver det har yoga blivit en ganska ny del av mitt liv - en spännande upptäckt i flera dimensioner som verkligen tål att utforskas vidare.

2. BTF har genom åren varit en ovärderlig källa till utbildning, nätverk och arbete för evidensbaserade och effektiva behandlingsmetoder. Just evidensbaserade metoder och patientsäkerhet i vården är två saker som ligger mig varmt om hjärtat. Här har BTF genom åren hållit fanan högt och bidragit till att dessa frågor lyfts. Efter alla år som medlem känner jag att det är dags att försöka ge tillbaka något till föreningen. Min vision eller kanske önskan är att kunna bidra till att lyfta KBT inom idrotten i en högre utsträckning och att arbeta för att kvalificerad KBT når ut till idrottare i behov av den hjälpen. Jag hoppas också kunna vara en del av arbetet med att hålla nivåer på utbildning fortsatt hög samt att verka för en hög kompetens bland oss som praktiserar KBT.

Psykologpartners utbildningar 2018

Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Introduktion till ACT

Malmö den 3 september
Stockholm den 4 september
Göteborg den 10 september
Linköping den 10 oktober

Grundkurs i ACT

Göteborg den 24-26 september
Malmö den 24-26 september
Stockholm den 1-3 oktober
Linköping 5-7 december

Fördjupningskurser i ACT

ACT med Compassion
Stockholm den 20-21 november

Att tillämpa ACT på sig själv
Göteborg den 23-24 oktober

Färdighetsträning ACT interventioner
Stockholm den 22-23 januari

Specialistutbildningar för psykologer

Kliniska tillämpning av Relational Frame Theory (RFT)

Stockholm den 10-11 september, 9-10 oktober och 7-8 november

Psykosocialt arbete i primärvården

Stockholm den 20-21 september, 4 samt 18-19 oktober och 1 november

Klinisk beteendeanalys och dess tillämpning med barn och ungdom

Umeå den 1-3 samt 29-30 oktober och 4 december

Handledning utifrån beteendeanalys

Göteborg den 1 samt 15-16 oktober, 29-30 november samt 19 november

Utveckling av grupper och team

Stockholm den 8-9 oktober, 5-6 november, 7 december samt 11 januari

Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Stockholm den 15-17 januari, 12-14 februari samt 14 mars

Detta är ett urval av kommande utbildningar. Fullständig information och kursutbud finner du alltid på vår hemsida www.psykologpartners.se/utbildningar



psykologpartners