

Beteende terapeuter



Christopher Martell
på BABCP-konferensen
– nya rön om
beteendeaktivering

Aktuellt om KBT – Ny vetenskaplig del med forskningsfokus

Min syn på – Bengt Daleflod om Aggression Replacement Training
Säkerhetsbeteenden vid ångest – Symposium på BABCP-konferensen
Boknytt – Recensioner av nya KBT-böcker

Beteende terapeuten

Utgives av
Beteendeterapeutiska föreningen

Redaktionen

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

Styrelsen

Linda Jüris, ordförande
linda.juris@kbt-centrum.se
Henrik Engelmärk, medlemssekreterare
bif.medlemssekreterare@gmail.com

Ljufur Dagsson, kassör
ljufurdagsson@hotmail.com

Övriga ledamöter

Gösta Liljeholm
gosta.liljeholm@gmail.com
Monica Buhrman
Monica.Buhrman@psyk.uu.se
Andreas Karlsson
andreas.karlsson@miun.se
Alexandra Arnberg
alexandra.arnberg@momentpsykologi.se
Maria Gustavsson
mariagustafsson81@gmail.com
Li Wolf
li.wolf@neurokbtgbg.se
Margareta Bylund-Andersson
margareta.bylund-andersson@sll.se
Diana Fabian
diana.fabian@kbtvast.se
Magnus Johansson
pgm.jobansson@gmail.com
Anna Wretman (studeranderepresentant)
annawretman@gmail.com

Redaktionellt

BTF-medlemmar som varit med några år minns säkert *Aktuellt om KBT*, som innehöll sammanfattningar av vetenskapliga artiklar och böcker. *AKBT* gick från att ha varit en separat bilaga till att bli en del av Beteendeterapeuten. Tråkigt nog avvecklades *AKBT* 2012 på grund av bristande inflöde, och sedan dess har tidningen varit utan en avdelning med tydligt vetenskapligt fokus. Jag vet att många medlemmar saknat en sådan, och därför känns det väldigt roligt att välkomna *AKBT* tillbaka. Ny vetenskaplig redaktör är Nenad Paunovic, som ger en presentation av sig själv och nya *AKBT* i detta nummer.

I *Min syn på* får vi stifta bekantskap med Bengt Daleflod vars område är KBT vid antisocialt beteende, särskilt ART. Nr 3 innehåller också nedslag från Storbritanniens motsvarighet till BTF:s årskongress, BABCP-konferensen. Missa inte Michaela Johanssons rapporter från workshops och föreläsningar! Vår utrikeskorrespondent har utlovat ytterligare några godbitar från detta arrangemang i nästa nummer.

Anna Eriksson
Redaktör Beteendeterapeuten

I detta nummer

Nya rön om beteendeaktivering.....	4
IBCT – workshop med Christopher Martell.....	6
Säkerhetsbeteenden vid ångestproblematik.....	9
Anteckning 11 – Den psykoteraeutiska relationen.....	12
EABCT 2016 – Möteshelg i Löderup.....	13
<i>Min syn på</i> – Bengt Daleflod om ART.....	14
<i>Aktuellt om KBT</i>	16
Boktips.....	19
Krönika.....	24
Styrelsesidor.....	25

Manusstopp för nästa nummer: 10 november 2014
Bidrag skickas till: marvette@hotmail.com
Textformat: Word/RTF

Omslag: Foto: Michaela Johansson
Tryck och repro: Trydells Tryckeri AB
Redigering och layout: Emma Olevik

Ledare

Distraction som strategi – hur man överlever ett fotbolls-VM

Det är 32 grader varmt. Idag igen. Jag tror knappt det är sant men enligt min kalender går ändå sommaren mot sitt slut. För egen del har årstiden varit en fantastiskt trevlig blandning av resor och umgänge med familj och fina vänner, mycket tid för sömn och återhämtning, och kanske ännu mer tid för legorelaterade aktiviteter. Hoppas ni alla haft det minst lika bra som jag!

Allt har dock inte varit guld och gröna skogar i sommar. I juni förväntades jag nämligen av flertalet anhöriga att tillbringa mycket tid framför TV:n. Det pågick något slags världsmästerskap som verkade vara lika plågsamt för deltagarna att utföra som för mig att titta på. Men jag använde tiden på bästa möjliga sätt – jag var medvetet onärvarande vad gäller det som försiggick på skärmen, och läste i stället en massa riktigt bra KBT-litteratur. Jag distraherade mig med hjälp av bland andra Käver, Bates, Forster, Wicksell, Svirsky och Anderbro, med den omedelbara konsekvensen: kraftig obehagsreduktion. Jag ber dock att få återkomma med de mer långsiktiga effekterna.

En bok jag la mycket tid på (två semifinaler och en finalmatch) och särskilt rekommenderar är *Thrive* av Richard Layard & David Clark. Där har vi medlemmar i BTF väldigt mycket att hämta och referera till när det gäller att sprida KBT/evidensbaserade terapier, även om det naturligtvis finns diskutabla slutsatser i boken också. Boken blir min självklara julklapp i år till alla jag känner som har beslutsfattande positioner inom psykiatrisk/psykologisk behandling.

Under sommaren har BTF:s styrelse haft två möten, ett i Stockholm i mitten av juni och ett via telefon i början av augusti. Många för oss aktuella ämnen kan delas in i dels kvalitetssäkring/evidensbaserad vad gäller utbildning, handledning och behandling, dels hur vi ska bli fler psykologiska behandlare som väljer ”vår” bana. Rent konkret har vi under sommaren fattat beslut om vidare samarbete med sfKBT vad gäller bland annat kursplaner. Vi har beslutat om vilken kandidat BTF kommer rösta på som ny ordförande i EABCT. Vi har samarbetat med professor Lars-Göran Öst kring höstens workshop om evidensbaserad psykoterapi, vilken fått mycket uppmärksamhet av er, tack för det.

Inför styrelsens årliga arbetshelg i slutet av augusti planerar vi att vidare diskutera hur vi ska främja evidensbaserade psykoterapier (främst KBT såklart). Vi kommer i samband med detta diskutera åtgärder för att motverka de på KBT-listan ofta kritiserade alternativmedicinare och kvacksalvare som

finns i branschen. BTF har gjort en hel del mycket bra informativa insatser på detta fält historiskt sett. Har vi mer problem med skadliga eller överksamma så kallade behandlingsformer för psykisk sjukdom i Sverige än i andra länder? Brist på lagstiftning har av flera utpekats som ett av problemen. Så länge en person inte har legitimation från Socialstyrelsen får hen som bekant göra nästan vad som helst med personer som har psykisk sjukdom. Innehar behandlaren legitimation är det i och för sig ingen större skillnad, även om jag sett några anmälningsärenden där OCD behandlats med icke evidensbaserade metoder. Spelar den låga tillgängligheten av evidensbaserad psykoterapi också en roll för uppkomst av diverse ovetenskapliga ”behandlingsmetoder”?

Jag tror del av lösningen ligger i ett mer proaktivt förhållningssätt för BTF, vi måste synas mer, ta mer plats, dela mer, diskutera mer offentligt. Det kan bidra till att evidensbaserade metoder konkurrerar ut icke evidensbaserade metoder, och till att vi blir flera som faktiskt utför vårt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Jag vill därmed ge massor av individuellt anpassad positiv förstärkning till er medlemmar som representerar evidensbaserad psykoterapi i media, ni som syns i TV-sofforna, ger begärade svar i spalter, skriver böcker, forskar och rapporterar om forskning! Tack!

Jag tror del av lösningen ligger i ett mer proaktivt förhållningssätt för BTF, vi måste synas mer, ta mer plats, dela mer, diskutera mer offentligt.

I fikarummet har det inte varit mycket verksamhet under sommaren, vare sig på universitetet eller på mottagningen. När jag haft kontakt med mina kollegor i sommar har det pratats mycket om höstens konferenser och kongresser. Planeringen för vår egen årsmöteskongress i mars i Stockholm är i full gång. Innan dess äger andra spännande

konferenser rum, som t ex EABCT-kongressen i Haag i september, sfKBT:s årsmöteskonferens i oktober samt ABCT:s årliga kongress i Philadelphia i november.

Sist men inte minst – det här numret kommer ut precis samtidigt som vårt riksdagsval, antingen någon dag innan, eller någon dag efter. Är det någon dag innan den 14:e september, blir det här en påminnelse om att rösta, även om jag är helt säker på att ingen BTF:are behöver påminnelse. Alla vet att varje röst är viktig, särskilt i år.

Uppsala 8 augusti 2014

Linda Jüris
Ordförande
Beteendeterapeutiska föreningen



Nya rön om beteendeaktivering

– Christopher Martell och Heather O'Mahen

Heather O'Mahen talade under BABCP-konferensen om beteendeaktivering för mammor med postnatal depression, och Christopher Martell presenterade forskning om BA för ungdomar.

Text och foto: Michaela Johansson



Christopher Martell menar att det är viktigt att arbeta med värderingar hos deprimerade ungdomar.

Beteendeaktivering skulle vara ett stort spår under BABCP-konferensen i Birmingham i juli i år. Carl Lejeuz skulle ha en workshop om sin kortare version av beteendeaktiveringsprotokollet som utvecklats av Martell et al. Tyvärr kunde Lejeuz inte komma, då hans flyg blev inställt. Istället gav Martell och Heather O'Mahen ett kortare symposium om nya rön inom beteendeaktivering.

O'Mahen talade om ett underutvecklat område inom behandling för depression – neonatal och postnatal depression. Hon har jobbat med ett projekt i samband med internetforumet "Netmums" postnatala del. Hon upptäckte att många nyblivna mödrar skrev inlägg om svårigheter kring att få stöd och hjälp med symtom som har koppling till postnatal depression, snarare än att ha blivit mamma överlag. Det fanns ett starkt stigma kring att

uttrycka hur svårt det var med sömn och mat, av rädsla för att vara en dålig mor och att någon skulle ta barnet ifrån dem. När hon undersökte vad dessa mödrar ville ha, svarade de att de ville ha färdigheter. Nyblivna mödrar har dock svårt att komma till behandling rent fysiskt – de har ju ett litet barn hemma! O'Mahen tänkte därför på internetbaserad behandling, då

mammorna redan hade använt det mediet för att komma i kontakt med stöd.

"MumiBA", beteendeaktivering specifikt för mammor med postnatal depression utvecklades därför. Det bestod av 11 sessioner levererat via Netmums.com och utgjordes av självhjälp i olika moduler. De som fullföljde programmet upplevde en signifikant skillnad i måendet. Det var dock bara 37 % som fullföljde programmet, då många tyckte att en mentor saknades. Detta resultat skiljer sig inte mot övrig självhjälpbehandling – bättre resultat uppnås med en coach eller mentor.

Många sätter en för hög ribba när det gäller hur man ska vara i sin nya roll och hur mycket man ska orka med.

Martell sa skämtsamt att han aldrig hade avsett att TRAP och TRAC skulle bli "the Holy Grail of BA".

Programmet vidareutvecklades till att bestå av 12 sessioner med telefonstöd från en *Psychological Wellbeing Practitioner* (en specifik roll inom IAPT, svårt att översätta till svenska termer). Det nya programmet innehöll fem sessioner med grundläggande beteendeaktivering och sedan kunde mammorna välja vilka övriga moduler de ville lägga till från följande:

- ältande (så kallat "sticky thinking")
- kommunikation
- ångest
- sömn
- att "duga" som mamma, vara "tillräckligt" bra
- rollförändring
- relationer

Modulerna innehöll genuina berättelser om hur kvinnor har upplevt dessa problem, för att normalisera och avstigmatisera. Inom de fem sessionerna beteendeaktivering användes funktionell analys och TRAP/TRAC. I den andra studien där man använde det förbättrade programmet fullföljde 86 % av ett sampel på 83 personer programmet. De flesta valde modulen kring att vara tillräckligt bra som mamma, vilket talar för att många sätter en för hög ribba när det gäller hur man ska vara i sin nya roll och hur mycket man ska orka med. O'Mahen sammanfattade att de har insett vikten av att rekrytera kvinnor där de redan är – på internetforum om att vara förälder.

Martell å andra sidan pratade mer om ett beteendeaktiveringsprogram för ungdomar. Det tråkiga med den presentationen var att jag insåg att jag skrev samma protokoll för fyra år sedan... Jag var i kontakt med Martell kring hur man skulle utveckla ett program för tonåringar och hur man skulle inkludera föräldrarna i detta. Jag och Kerstin Larm utförde ett pilotprojekt på BUP i Uppsala där vi testade i liten skala (en grupp av fyra ungdomar).

Inte tänkte jag på att skriva ihop något om det, det var ett sådant litet sampel och endast en pilotstudie. Det kändes därför snopet när Martell presenterade sin pilot, testad på sex ungdomar, på BABCP:s konferens. De komponenter han inkluderade bygger bland annat på Lewisohn, Clarke, Hops och Andrews (1990), "Adolescents Coping With Depression" och är klassiska komponenter inom beteendeaktivering överlag:

- aktivitetsregistrering
- schemaläggande av aktiviteter
- funktionell analys (ABC)
- hinder (ältande, undvikande) = TRAP och TRAC

Martell sa skämtsamt att han aldrig hade avsett att TRAP och TRAC skulle bli "the Holy Grail of BA". Som många säkert känner till handlar beteendeaktivering om att komma i kontakt med förstärkande kontingenser, som gör det mer sannolikt att själva beteendet ska uppstå igen. Martell beskrev också hur svårt det är att jobba med belöning när belöningsystemet i hjärnan kan vara biologiskt blockerat och det kan ta tid innan personen kan känna någon glädje eller tillfredsställelse. Han menade därför att förstärkning inte är samma sak som belöning och att förstärkning är en process, inte ett utfall. Det är därför viktigt att också arbeta med värderingar hos ungdomen. Till exempel: ungdomen provar ett nytt (eller tidigare) beteende att sms:a en kompis hen inte orkat ta kontakt med på länge. Kompisen svarar och beteendet förstärks. Inte genom belöning från kompisen nödvändigtvis, eftersom kompisen också kan ge en negativ respons. Förstärkningen kommer från att ha agerat som den typ av bra kompis ungdomen vill vara, i linje med hens värderingar.

Behandlingen rekommenderas bestå av 24 sessioner för ungdomar, vilket kan vara svårt att motivera i

öppenvården. Forskarna provade olika modeller kring att involvera föräldrarna och drog slutsatsen att föräldrarna måste vara mer involverade än vad de ursprungligen hade tänkt (endast 1-2 sessioner i början av behandlingen). Ungdomar har relativt liten kontroll över sina kontingenser och det är därför viktigt att involvera föräldrarna för att kunna öka förutsättningarna för att förstärkning ska inträffa. Martell talade om studier utförda av andra personer, snarare än om sin egen forskning. ("Själv jobbar jag inte med ungdomar", sa han. Intressant.) En kort översikt över två BA-program från Ritschell respektive McCauley följer därför nedan.

Ritschells behandlingsprogram består av 18 sessioner indelade i sex faser. Martell gav dock bara en översiktlig genomgång av detta program:

1. Information om behandlingen, återgång till behandlingen (session 1-3)
2. Börja bli aktiv (session 4-6)
3. Problemlösning (session 7-9)
4. Målsättning och delmål (session 10-11)
5. Öva, öva, öva (session 12-16)
6. Återfallsprevention och avslut (session 17-18)

McCauley har ett kortare program på 12 sessioner, kallat "A-BAP":

1. Komma igång (session 1-2) – aktivitets- och humörregistrering, Situation – Känsla – Aktivitet i onda cirklar.
2. Börja bli aktiv (session 3-4) – målinriktat beteende och funktionell analys av konsekvenser av beteenden.
3. Bygga färdigheter (session 5-8) – Problemlösning, COPE för föräldrarna, "SMART goals", hinder för förändring (inre eller yttre), komma över undvikande (TRAP/TRAC)
4. Bemästra färdigheter (session 9-12) – Sätta ihop allt till en helhet, öva och förebygga återfall.

BABCP: Integrative Behavioural Couples Therapy (IBCT)

– workshop med Christopher Martell

Christopher Martell, vanligtvis mer associerad med beteendeaktivering, höll en workshop i Integrative Behavioural Couples Therapy före BABCP-konferensen i Birmingham i juli.

Text och foto: Michaela Johansson

I England verkar det vara mer vanligt med Behavioural Couples Therapy (BCT, Don Baucom), medan det i Sverige verkar finnas en hel del IBCT-terapeuter. Denna workshop-sammanfattning kan därför uppfattas som väl översiktlig och innehåller en del jämförelser med BCT.

IBCT grundar sig på Andrew Christensens och Neil Jacobsons arbete med par och delar en hel del komponenter med mer traditionell beteendeterapi för par. En viktig skillnad är hur IBCT integrerar förändringsarbete med acceptans, för att hjälpa par att släppa fokus på direkt förändring i alla lägen. IBCT fokuserar också på mönster och teman i relationen, med mer betoning på process än på innehåll. Martell vidhöll under workshopen också att IBCT är mer emotionsorienterat än traditionell BCT.

Tre grundstenar inom IBCT

• *Behaviour exchange* (utbyte av beteenden): båda parter skriver en lista med beteenden de kan göra för sin partner, med åtagandet bundet till terapin, inte till partnern. Terapeuten utformar uppgiften på detta sätt för att undvika

att parterna fastnar i tänkande i stil med ”jag har redan gjort allt jag kan för min partner, det är hens tur nu”. Med åtagandet att göra det för terapins skull kan man minimera den risken. Problem kan dock uppstå vid jämförelsen av de två listorna, såsom ”du har ju bara skrivit tre saker och jag har femton!”. Den andra parten rankar sedan hur mycket hen skulle gilla varje aktivitet. När man sedan går med på att göra aktiviteter för varandra, kan man utforma det som ”kärleksdagar” (till att börja med kan det handla om så lite som en halvtimme) eller i Quid Pro Quo (ett rent utbyte, ”du gör detta för mig så gör jag det där för dig”). Beteenden bör formuleras i positiva termer, snarare än ”jag ska skrika mindre”.

• *Kommunikationsträning*: paret får lära sig betydelsen av aktivt lyssnande, med reflektioner och ”jag-budskap” för att talaren ska kunna ta ansvar för hur hen tänker/känner om något. Jag-budskap bör vara äkta, inte ett sätt att mörka att man kritiserar partnern. Till exempel att uttrycka sig i termer som ”i situation x, när du gör y, känner JAG z”, istället för ”JAG tycker att du är en idiot när du gör så”. Både talaren och lyssnaren får öva sig i effektiv kommunikation, genom att tala i små stycken som lyssnaren kan ta in.

• *Problemlösningsträning*: paret får lära sig klassisk problemlösning, i det att de får identifiera problemet, generera lösningar (även löjliga förslag är tillåtna, om terapeuten kan hantera lite humor!) och sedan testa dem. De kan sedan vävas in i kontrakten kring hur man utbyter beteenden.

Varför IBCT snarare än BCT då? IBCT och BCT skiljer sig inte åt i

utfall i behandlingsstudier – båda är effektiva. Martell menade dock att BCT enbart håller medan paret deltar i behandling, medan IBCT ger högre skattning av tillfredsställelse med relationen när man tittar på paren två år efter behandling. Det är dock viktigt att betona att varken IBCT eller BCT strävar efter att rädda förhållandet, enbart att förbättra det. Det ses inte som en misslyckad behandling om paret väljer att gå isär, då det ibland är det bästa utfallet för just det paret.

Teorin bakom IBCT

• *Kontextualism*: att inte förändra individerna, snarare förändra kontexten de befinner sig i. Man tittar på historiska faktorer som har påverkat paret (deras inlärningshistoria) och hur det då är förstäligt att det blivit som det blivit i vissa situationer. Man tittar också på yttre stressfaktorer som påverkar paret i dagsläget, t ex småbarn, arbetslöshet, byte av jobb, sjukdom etc.

• *Funktionell analys*: att titta på syftet/funktionen av individernas beteenden, inom ramen för deras förhållande. Det är inte en formell analys, mer ett sätt att känna medkänsla och förståelse för varandras beteende och se hur de vidmakthålls. ”Han var så generös och omtänksam när vi träffades” kan bli ett problemområde oavsett om det har fortsatt att vara så eller om beteendet har upphört - ”han tänker mer på andra än på oss och slösar bort våra pengar på välgörenhet” jämfört med ”han har blivit snål, han är inte längre den generösa person jag föll för”. Det är viktigt att formulera betydelsen av beteendet på så vis.

• *Teman*: att titta på beteenden i stora drag, snarare än på specifik nivå. Det är viktigt att se återkommande mönster eller teman för att förstå hur också hur parets perception påverkar hur de ser dessa teman. Gottman har uttryckt det som ”du har valt personen du älskar OCH du har valt alla problemen som kommer att driva dig

till vansinne”. Detta innebär också att det som först gjorde att paret drogs till varandra, senare kan vara det som leder till friktion.

Förändring vs acceptans

• *Förändring*: kan appliceras som inom traditionell beteendeterapi, där man modifierar beteendet hos agenten eller ”förövaren” (använd helst inte detta ord med paret!). Man fokuserar på öka/minska frekvensen, intensiteten eller durationen av beteenden. Man kan använda regelstyrda beteenden (”ge en komplimang när hen har klippt håret”) eller förstärkningsprinciper (uttryck av uppskattning när en spontan och genuin komplimang kommer), eller både och. Regelstyrda beteenden kan vara väldigt bra för att initiera rörelse, t ex att sätta upp dejer eller introducera nya beteenden. Förstärkningen kan göra att de generaliseras och att de vidmakthålls. Inom IBCT jobbar man ofta med att försöka förändra stimuli (ofta kontexten, den utlösande faktorn) snarare än responsen (beteendet som reaktion på det utlösande).

• *Acceptans*: modifiering av mottagaren snarare än agenten, d v s att man jobbar med hur partnern reagerar på sin partners beteende. Man kan hjälpa dem att förändra sin emotionella reaktivitet, att bygga upp tolerans för saker som partnern inte kan förändra. Så kallad ”empathic joining”, ett sätt att dela känslor och tankar kring situationer, kan göra att partnern får en ökad förståelse och som bonus en minskad irritation över beteendet. Detta trots att beteendet i sig inte förändras. Att gemensamt distansera sig från problemet kan göra att paret går ihop som ett team och ser problemet som ett ”det”. Man övar också på att se skillnaden mellan ”impact” och ”intent”, d v s att förstå att bara för att man själv reagerar starkt på något eller blir ledsen, betyder det inte att det var den andre personens avsikt.

Behandlingen

Som redan nämnts handlar behandlingen om balansen mellan förändring och acceptans, att se teman/mönster och att skapa förbättring, inte om att rädda förhållandet. Man jobbar aktivt med paret genom att låta dem försöka komma i kontakt med känslor de annars undviker, och för att skapa mer av positiva känslor genom t ex ”empathic joining”. Som exempel är det lättare för ett par att

hantera sorg, ledsamhet och besvikelse än ilska, irritation och förakt. Om en partner känner besvikelse och tar ut det genom sarkasm och förakt mot sin partner, blir det svårt för denne att validera besvikelsen och göra något åt orsaken bakom besvikelsen.

I stora drag innehåller behandlingen dessa komponenter:

• Cirka 24 sessioner (detta möttes av vissa protester från terapeuter inom offentlig sjukvård...)

• Inledande session med paret – grundläggande problem och mål, vad de såg hos varandra

• Enskild session med båda parter – inlärningshistoria, erfarenheter av relationer

• Feedback och fallformulering gemensamt – etablera problem och teman, också styrkor

• **DEEP:**

* *Differences/incompatibilities*: hitta likheter och olikheter paret emellan, i värderingar och uppfostran, i livsmål och sätt att se världen. Etablera vad som är viktigt för dem i en relation. Man kan namnge deras olikheter med humor, t ex ”Fru Planera och Herr Det-blir-som-det-blir”.

* *Emotional reactions/sensitivities*: etablera personlighetstyper och mönster i beteenden under t ex konflikter. En person drar sig undan och blir ledsen, den andre går på och blir irriterad, o s v. Inlärningshistoria påverkar dessa reaktioner. Här kan man tillämpa ”empathic joining”, så att bägge kan sätta sig in i den andres situation emotionellt, och validera den andres sätt att reagera.

* *External stressors/circumstances*: allt som kan tänkas påverka paret i deras miljö. Här kan man applicera problemlösning och tolerans för stress.

* *Patterns of interaction/communication*: hur de vanligtvis interagerar och talar med varandra, för att se vad de behöver hjälp med när det gäller kommunikationsträning. Det är viktigt att få paret att nå de ”mjukare” känslorna här, i stället för de sekundära och ”hårda” uttrycken och att hjälpa paret inleda konversationer på ett mjukare sätt - att t ex säga ”jag uppskattar verkligen att du lagade middag idag och jag skulle vilja prata med dig om något...” istället för ”nu är vi här igen, att du aldrig...”

• Bygga tolerans genom att ”fejka” beteenden: partner A har ett visst beteendemönster som uppstår när A hamnar i affekt. Det kan då vara svårt



Klocktornet på campus vid Birminghams universitet.

att validera och förstå hur B känner sig, att beteendet kan vara sårande eller kränkande. A får därför spontant uppvisa det problematiska beteendet när A inte känner behovet av det, t ex skrika eller kritisera ”på låtsas”, för att vara mer medveten om reaktionen det leder till hos B. Efter ca 60-90 sekunder avslöjar A att det var ett ”terapifejk” och de kan utvärdera vad som hände för B på ett sansat sätt. Detta bygger empati från A för B, men också tolerans hos B, som kan förstå A bättre. Tolerans för vissa beteenden som inte går att förändra innebär dock också att B måste jobba på att få sina behov tillfredsställda på något vis. Om partner A exempelvis har Aspergers syndrom, måste B kanske leva med att det alltid finns sociala färdighetsbrister, men kan då också umgås med andra.

Slutligen, Martell ursäktade sig och sa att han gick bet på undertecknad och Michael Worrell när vi rollspejade ett gift par i terapi med Martell

som terapeut. IBCT har många bra poänger, men när den ena partnern kallar den andra fula namn (tack Michael!), måste det finnas ett grundläggande antagande om att detta inte är acceptabelt i rummet. Inom Behavioural Couples Therapy (BCT) hade detta hamnat i fokus och shaping och

färdighetsträning inom kommunikation hade tillämpats. Det verkade gå lättare för paren i demonstrationsfilmerna vi såg under workshopen - de svarade lydigt på frågorna och talade inte spontant mellan eller medan terapeuten talade. Detta är inte min erfarenhet av par i behandling - det

kan vara fullskaligt verbalt krig och smutskastning på hög nivå! En beteendemässig input är då nödvändig. Det var hur som helst en mycket intressant workshop som rekommenderas som en introduktion till Integrative Behavioural Couples Therapy.

Säkerhetsbeteenden vid ångestproblematik

På BABCP:s årskonferens i Birmingham hölls ett symposium om säkerhetsbeteenden inom ångeststörningar. Fyra forskare berättade om sina upptäckter inom området, varefter KBT-originalet Paul Salkovskis stack hål på några myter kring säkerhetsbeteenden.

Text: Michaela Johansson
Foto: University of Bath

Terapeuternas liv – överdrivna försäkringar
Brynjar Halldorsson

Den vanligaste interpersonella reaktionen vid hot och ångest är att söka försäkringar och trygghet från andra – detta är något vi alla gör! Det kan vara hjälpsamt, men slutar att vara hjälpsamt när det blir överdrivet. Halldorsson talade därför mycket om funktionen av säkerhetsbeteenden, då detta som tidigare känt är viktigare än formen av försäkringar eller säkerhetsbeteenden.

Beteendet att söka försäkringar kan vara allt från direkt och öppet till subtilt och dolt. Till exempel, om en person med hälsoångest uppvisar ett symptom för läkaren och denne inte blir orolig, kan detta fungera som en indirekt försäkran om att inget är fel. Nå, är det inte den responsen vi alla vill ha när vi går till doktorn? Vad är det som är dåligt med det då? Halldorsson menade att beteendet att söka försäkringar är mer komplext än så – det handlar om vad vi gör med försäkringen.

Söka försäkringar → få försäkring → göra något med den

I typfallen rekommenderas KBT-terapeuter att inte försäkra personen med ångest, ”fyyyy dig, dålig KBT-terapeut!” Halldorsson har därför undersökt vad nästan 200 utbildade KBT-terapeuter ansåg om säkerhetsbeteenden och gjort en faktoranalys på olika faktorer inom terapeutantaganden:



Brynjar Halldorsson

Beteendet att söka försäkringar kan vara allt från direkt och öppet till subtilt och dolt.

1. Tillrädlighet kring att ge försäkringar - ”man borde inte försäkra”
2. Länk mellan försäkringar och ångest - ”försäkran ger högre ångest”
3. Svårigheter kring att hantera försäkringar - ”det gör terapeuten ångestfull”
4. Svårigheter att inte försäkra klienten - ”får dåligt samvete över deras lidande”
5. Positiva antaganden kring försäkringar - ”det är alltid hjälpsamt”

Det intressanta i studien var att internationella experter inom KBT inte skilde sig från nyligen utbildade terapeuter - de var överens om att det är svårt att stå emot och att det är jobbigt att se klienterna lida, men experterna var bättre på att se när de bör låta bli att ge försäkringar och att då lyckas stå emot.

Ett substitut för att söka försäkringar kan vara att söka stöd och support, vilket är något Halldorsson nu tittar närmare på. Till exempel att uppmuntra beteenden som att kommunicera till sin partner att man har rört något som man upplever som smutsigt och behöver en kram för att lindra ångesten, snarare än att be partnern bekräfta om händerna är rena eller inte. Man har tidigare sett att personer med hälsoångest inte söker denna stöd, vilket leder oss in på nästa presentation.

Vidmakthålls hälsoångest av att söka efter hälsorelaterad information på internet?

Kate Muse

Kate Muse presenterade hur vanligt det är att allmänheten söker efter hälsorelaterad information på internet - 60-80% av internetanvändare gör det! Det finns dock både en kvantitativ och en kvalitativ skillnad mellan befolkningen i stort och personer med hälsoångest. Kate Muse har undersökt fenomenet ”cyberchondriasis” vidare, dvs när personer med hälsoångest söker information om symptom på internet i syfte



ANNA EHNvall
KBT KOMPETENS



www.octc.co.uk

Astrid Palm Beskow

För andra året arrangerar Anna Ehnvall KBT-Kompetens, Astrid Palm-Beskow samt Oxford Cognitive Therapy Centre

Handledar- och lärarutbildning i KBT

Göteborg, OBS NYTT STARTDATUM 4 maj 2015

För legitimerade psykoterapeuter med utbildning i kognitiva och beteendeorienterade terapier, KBT

Utbildningen motsvarar 45 högskolepoäng och ges under tre terminer på halvfart, fördelad på sex studieveckor. Anmälan senast 1 mars, 2015

Läs mer på www.ehnvallkbtcompetens.se

Vikten av evidensbaserad psykoterapi – hur ska vi säkra KBTs framtid i Sverige?

Kostnadsfri workshop med professor Lars-Göran Öst!

Vill du bli trygg i och skicklig på att prata evidens i samband med att viktiga beslut skall fattas i din verksamhet och kanske även vid fikabordet?

Huvudtemat för denna workshop är evidensbaserad psykoterapi och hur man kan sprida den kunskapen i olika sammanhang. Workshopen ges i syfte att medlemmarna ska få möjlighet att öka sina färdigheter i att föra ut kunskap om evidensbaserad psykoterapi, specifikt KBT.

ANMÄLAN PÅ WWW.KBT.NU – FÖRST TILL KVARN

Göteborg 17.9 Malmö 29.10 Stockholm 27.11 FULLT! Uppsala 5.12 FULLT!



Beteendeterapeutiska
föreningen

att försöka lindra sin ångest. Hon har tittat på personer med låg och hög nivå av hälsoångest och fann, föga förvånande, att personer med högre nivå av hälsoångest tillbringar mer tid på internet när de söker efter information, använder internet i detta syfte mer frekvent och mår sämre efter att

de har gjort det, jämfört med personer med lägre nivå av hälsoångest. Den genomsnittlige personen hittar det hen letar efter, blir lugnad/försäkrad och slutar söka. Personer med hög hälsoångest letar inte bara efter de

symtom de redan har, utan också efter odiagnostiserade sjukdomar och efter andras sjukdomar i specifika forum.

Muse talade vidare om det vådliga med att använda Google som ett sätt att söka information, då träffarna som kommer upp inte behöver vara tillförlitliga. Personer med hög hälsoångest uppvisar inte den källkritik som behövs för att kunna sälla mellan relevant och pålitlig information och rena spekulationer eller klagomål på forum. De högsta träffarna på Google har också de allvarligaste sjukdomarna. Så undertecknad testar detta i skrivande stund - skriver in "huvudvärk" och den första associerade träffen är "gravid". Heja. Ett recept på ångest för alla ångsliga tonårsflickor.

Muse drog slutsatsen att internetsökande kan vara en faktor som förvärrar hälsoångest, men påpekade också att hennes forskning endast är korrelationsstudier. Hon menade sammanfattningsvis att det är viktigt att titta på funktionen av beteendet, exakt hur man använder internet för att få svar på sina frågor, hur länge, vilka källor, hur man använder informationen och så vidare. Salkovskis höll inte riktigt med om detta, men vi kommer till det.

Prestationsrelaterade säkerhetsbeteenden inom social ångest stör konversationer

Clare Mein

Kanske väl förberedd på sägning av Salkovskis höll Clare Mein en gedigen presentation om hur social ångest stör samverkan mellan personer i en konversation.

Mein förklarade inledningsvis att personer med social ångest inte är "rädda för människor" eller sociala situationer i sig, utan snarare fruktar de negativa bedömningar som andra människor kan göra av deras sociala prestationer. "De kommer att tycka att jag är dum, konstig, tråkig" och så vidare. De kan

Muse drog slutsatsen att internetsökande kan vara en faktor som förvärrar hälsoångest.

antingen undvika dessa risker för negativ utvärdering genom att inte alls gå till en tillställning, eller genomlida tillställningen genom att granska sin egen sociala prestation kontinuerligt. Detta kommer naturligtvis från

Clark & Wells modell för social fobi, där man menar att säkerhetsbeteenden förhindrar inlärning och att rädsla släcks ut, att de orsakar mer ångest under situationen och att de stör det sociala samspelet. Personer som undviker att riktigt ge sig in i konversationen, eller övar vad de ska säga innan de talar, missar ju chanser att interagera med andra fullt ut. Mein liknade det vid en duett eller en pardans - det blir ju lite klumpigt och konstigt om bara en person dansar med i tangon.

Hon illustrerade detta med exempel på små fyllnadsbeteenden som människor gör i interaktioner med andra. Undertecknad brukar beskriva det som "social glue" i behandling och det innefattar sådant som att använda kroppsspråk (nicka, gapa i förväning, höja ögonbrynen, etc), att imitera den andres kroppsspråk och språkbruk, att hålla gemensam ögonkontakt (även att titta på samma sak som den andre tittar på) och att fylla i ord när den andre talar. Det hela ser ut som att det är "i synk". Vid social ångest kan detta saknas, vilket helt enkelt får konversationen att falla platt. Dessutom förstärker och understryker det sådant som den socialt ångestfyllda personen redan tror om sig själv - "jag är dum, konstig och tråkig". Människor är naturligt benägna att ägna oss åt dessa beteenden då vi är flockdjur och det är

Hjärnan är helt enkelt för upptagen med flera saker samtidigt och detta stör det naturliga beteendet att "klicka" med andra.

belönande att knyta an till andra människor i rent överlevnadssyfte. Mein menade därför att det inte handlar om en färdighetsbrist för de flesta med social ångest, utan mer om att den ångestfyllda är för upptagen med att parallellt bearbeta hur hen framstår i den sociala kontexten. Hjärnan är helt enkelt för upptagen med flera saker samtidigt och detta stör det naturliga beteendet att "klicka" med andra. Mein har påvisat samma effekt då hon fick personer utan social ångest att göra mentala övningar såsom att räkna stavelser i ord sagda i en konversation - de personerna klarade inte heller av det naturliga sociala samspelet! Det handlar alltså om en kognitiv distraktion, inte om en färdighetsbrist.

Meins slutsatser var alltså att färdighetsträning inte är indicerat vid social ångest, att en gemensam social konversation är en automatisk och inte en inlär process, samt att man i behandling behöver inkludera beteendeeperiment för att släppa säkerhetsbeteenden såsom mentala förberedelser i konversationer, för att personen ska kunna "förlora sig" i konversationen utan att samtidigt utvärdera sin egen sociala prestation.

Säkerhetsbeteenden i vardagen

Fjola Dögg Helgadottir

Som Thwaites och Freeston sade redan 2005 så är skillnaden mellan säkerhetsbeteenden och normala adaptiva beteenden svår att fastställa. Helgadottir har tittat på behandling för stamning och sett att personer som stammar och samtidigt har en psykisk sjukdom lättare återfaller efter avslutad behandling. Dessa personer tog den logopediska behandlingen för stamning väldigt bokstavigt och behövde säga "slappna av..." till

sig själva i större utsträckning än personer utan psykisk ohälsa. Detta var ett adaptivt beteende som lärdes ut under behandlingen, då stress ökar sannolikheten att "fastna" på ord. Andra färdigheter som lärdes ut var att upprepa mentalt vad man ska säga innan man säger det, att undvika ämnen som gör

en ångestfylld och att välja "trygga" personer som sänker ångestnivån. Nå, detta låter som generell dåliga tips för att hantera ångest, i alla fall om man frågar en KBT-terapeut. Behandlingen för stamning fungerar dock väl för personer UTAN ångest... men Helgadottir insåg att dessa tips var mindre bra när personen har en stamning som åtminstone delvis vidmakthålls av ångestrelaterade undvikanden och en rädsla kring hur andra uppfattar en för att man stammar.

SäkerhetsSÖKANDE beteenden

Paul Salkovskis

Emotionellt och socialt smidig som en valross - Salkovskis ångade på kring bristerna i den forskning som hade presenterats. Han gick därefter själv upp på scenen och talade passionerat om hur många som har missuppfattat det här med säkerhetsbeteenden. Han citerade Adam Radomsky (undertecknad har även sett Radomsky tala under konferensen, se/läs honom om ni kan) kring hur det är säkerhetsSÖKANDE beteenden, inte säkerhetsbeteenden, som problematiska. Salkovskis kallar säkerhetsbeteenden istället för närmandebeteenden för att klara av svåra situationer. Om man gör något som betyder att man klarar av att möta sin rädsla, då är det ett beteende som stöder närmande (att man närmar sig istället för att undvika). Han gav som exempel en person som vågar plocka upp en orm med händerna om hen har skyddsutrustning på sig, men aldrig skulle våga närma sig ormen annars. Då har denna person ju tagit sig ett steg närmare det fobiska stimuli.

Salkovskis menade också att det är problematiskt att bara säga "sluta då" när det gäller säkerhetsbeteenden, åsyftande hur Kate Muse talat om att minska hur frekvent man använder internet för hälsorelaterade informationssökningar. Det låter teoretiskt bra, men hur jobbar vi med klienter i behandling för att få dem att sluta, undrade Salkovskis. Personer som söker försäkringar eller ångestreducering och inte får det när de har ett starkt behov kan bli arga och besvikna på omgivningen. Det känns väldigt hotande och avfärdande att inte få den typen av stöd, speciellt om klienten har fått försäkringar från sin omgivning i många år. Dessutom är det svårt för terapeuten att se ångesten klienten



Paul Salkovskis

Vi måste därför förstå funktionen av det säkerhetsökande beteendet. Vad är det som driver det, vad händer om klienten inte får göra det?

får av att helt behöva släppa alla försäkringar på en gång.

Salkovskis påpekade att en viktig skillnad är huruvida vi ser säkerhetsbeteenden som motiverade av ångest eller av en felaktig perception kring hot. Han förordade det sistnämnda, att de är kognitivt snarare än emotionellt drivna, så att känslan ångest är en produkt av den katastrofala feltolkningen kring hotbilden. Om vi tror att ormen kommer att hugga oss på en gång när vi plockar upp den och därför känner ångest och helt undviker ormen, då kan säkerhetsbeteendet eller "närmandebeteendet" att bära skyddsutrustning vara ett funktionellt beteende för att göra ett beteendeeperiment och justera feltolkningen. Plockar man upp en ickestressad orm rätt så hugger den inte. Detta ger då stöd för Teori B, snarare än A. Att enbart reducera hur ofta man gör något ändrar ju inte antaganden, det justerar bara beteendet, menade han lite ångvålslikt.

Vi måste därför förstå funktionen av det säkerhetsökande beteendet. Vad är det som driver det, vad händer om klienten inte får göra det? Vi måste titta på meningen som personen tillskriver undvikandet, till exempel att alla gånger som de har satt sig vid en panikattack så har de undkommit döden med en hårssmån. Hade de fortsatt att stå upp så hade de dött av en stroke. Det antagandet är helt annorlunda än "jag blev matt i benen av panikattacken, så jag satte mig ner för att orka med situationen utan att få kramp i benen som jag har fått många gånger förr". Det sistnämnda är ett sätt att hantera situationen och stå ut med obehaget.

Sammanfattningsvis menar Salkovskis att säkerhetsSÖKANDE beteenden vidmakthåller det katastrofala antagandet om hot genom att förhindra upptäckten av information som påvisar att det värsta inte kommer att inträffa.

Anteckning 11: Den psykoterapeutiska relationen utifrån ett KBT-perspektiv

Text: Alejandro Muñoz Retamal

Illustration: Michal Zachharzewski (sxc.hu)

Den terapeutiska relationen är en mänsklig relation som kan beskrivas som en kontaktyta mellan två eller fler personer i ett psykoterapeutiskt sammanhang. Ett ögonblick då man uppmärksammar varandra av en gemensam anledning: att hantera en viss situation. Om man koncentrerar sig på en diad behöver man en terapeut och en patient. De ska kunna komma överens om att arbeta tillsammans under bestämda ramar utifrån ett KBT-perspektiv. Det finns kriterier som definierar ramen för att kunna arbeta psykoterapeutiskt. Det finns krav på metodiken och på patienten. Frågan är om det kan finnas krav på terapeuten. Vad är det som gör att en patient väljer att stanna hos en terapeut för att etablera en arbetsrelation? Det är en enkel fråga, men frågan kan bli komplicerad när man tänker på patientens och terapeutens förväntningar som kan dyka upp redan vid första mötet.

Vid första mötet vill både patienten och terapeuten "att det ska funka". Utifrån patientens perspektiv kan det t ex finnas tankar om att inte vilja säga nej till terapeuten för att då kan terapeuten bli ledsen. Det kan också finnas prestationsångest, kanske från bägge håll. Ängest kan skapas vid första samtalet då "man inte vet hur man gör" eller för att "man blir bedömd". Dessa spänningar kan ju släppa efter första samtalet och kanske kan man då känna att man klarade situationen mycket bättre än man hade tänkt sig.

Efter några bedömningsamtal är den naturliga frågan om man kan fortsätta arbeta tillsammans. Då blir patientens bedömning avgörande och svaret kan bli ja på en gång eller nej eller att patienten föredrar att fortsätta arbeta tillsammans med en annan terapeut. Det kan också bli ett nja eller ett "jag

vet inte", som kan innebära att man fortsätter tillsammans eller att det blir en ny terapeut. Att fortsätta tillsammans kräver en tydlig definition av arbetsramen där patientens tveksamhet får en viktig roll. Man kan alltid ha några gånger på prov och sätta upp kortsiktiga mål.

Efter att man har börjat arbeta kan terapeuten följa upp patientens reaktioner, nöjdhet och bemötandet patienten får samt hur patienten uppfattar det. Dessa kontinuerliga utvärderingar av bemötande är givetvis starkt relaterade till behandlings mål och avslut av kontakten. Kontinuerliga beteendeanalyser och bedömning av hur man följer planeringen är grundläggande i alla nya situationer som uppkommer. Mot slutet av terapin kan man konstatera att man har haft ett bra samarbete, att det har fungerat. Patienten kan tycka att terapeuten har hjälpt henne att ta itu med sina svårigheter i ett vänligt, varmt, empatiskt klimat som har gynnat utvecklingen av förtroendet och som har påverkat resultatet.

I det här letande av en beskrivning av interaktionen terapeut – patient försöker jag behålla ett KBT-perspektiv. Hur kan vi BT-/KBT-terapeuter beskriva den terapeutiska relationen så att det kan vara vår egen beskrivning? Hur kan vi beskriva interaktionen med patienten utan att glida in i den psykodynamiska/psykoanalytiska driftteorin där patientens och terapeutens sexualitet och aggressivitet blir en central komponent? Vi behöver utveckla en egen beskrivning utifrån en KBT-teoretisk modell och förhållningssätt.

Vad är det som gör att en patient väljer att stanna hos en terapeut för att etablera en arbetsrelation?



EABCT 2016: Möteshelg i Löderup



Från vänster: Erica Skagius Ruiz, Torun Kallings, Jens Högström, Björn Paxling, Kristoffer Månsson, Olof Johansson.

Om bara två år går den stora EABCT-kongressen i Stockholm av stapeln och vi i organisationskommittén är glada att kunna dela våra framsteg med er. Den 16:e till 18:e maj träffades vi för en möteshelg i Löderup på Österlen. Vi tillbringade helgen i Björn Paxlings föräldrars sommarstuga och är mycket tacksamma för deras generositet. Under helgen hade vi tid för både vårt organisationsarbete och för att njuta av den fantastiska naturen. Gruppen svetsades ytterligare samman och vi har en riktigt bra teamgeist. Innehållsmässigt redovisade vi vilka punkter som har avklarats och formulerade kommande uppgifter.

När planeringen inför kongressen nu fortskrider behöver vi i styrgruppen

hjälpa med att arbeta i detalj med olika delar av kongressen. Därför bildar vi nu arbetsgrupper med speciella uppdrag. I nuläget har en arbetsgrupp för sociala evenemang grundats som bl a ansvarar för öppningsceremonin, det har även bildats en separat arbetsgrupp för galamiddagen och en för sponsring.

Vi arbetar vidare med lokalfrågor bl a för pre-congress workshops. Eftersom vi var så ambitiösa i vår bid och lovade 15 heldags- och 12 halvdagspre-congress workshops behöver vi nu 21 lokaler för dessa och det är inte så lätt att få ett prisvärt erbjudande. Stora delar av kongressens grafiska profil är klara. Vi utvecklar vidare vår webbstrategi där bl a en riktig hemsida ingår (än så länge är hemsidan i princip

bara ett visitkort). Vi diskuterar hur vi bäst kan använda sociala medier och placera länkar till vår hemsida på t ex andra europeiska KBT-föreningarnas hemsidor. En konferens-app är självklart viktig men behöver planeras mycket noggrant för att vara användarvänlig.

Arbetet med sponsring och utställningar fortskrider. Ett viktigt beslut kommer att vara hur vi vill använda platsen för utställningar eftersom detta sätter en ram och gräns för antal sponsorer och utställare. Ett annat viktigt beslut gäller vilket system vi kommer att välja för hanteringen av abstracts. Dessutom diskuterar vi nya kreativa idéer vilka vi dock inte vill avslöja ännu. Helt klart är att några spännande nyheter är att vänta!

Vad händer framöver? I september kommer vi att göra reklam för vår kongress på EABCT-kongressen i Haag. Där kan ni träffa oss i vår monter och bidra till att locka utländska KBT:are till Stockholm. First announcement-material kommer att färdigställas och delas ut i Haag och på kommande andra kongresser. Professor Gerhard Andersson kommer att rekrytera fler personer till den vetenskapliga kommittén och tillfråga key-notes för vår kongress, vilka är avgörande för att locka deltagare. Sist men inte minst kommer vi att fundera vidare på hur vi kan åstadkomma en miljömässigt hållbar kongress.

Text och foto: Tadeusz Jarawka



Grundläggande psykoterapiutbildning i KBT

Psykologpartners ger grundläggande psykoterapiutbildningar i KBT med huvudfokus på inlärningspsykologi och beteendeterapi.

Kommande kursstart
Stockholm, januari 2015

Information och anmälningsformulär hittas på www.psykologpartner.se/utbildningar

Bengt Daleflod

om Aggression Replacement Training, ART

Denna gång är vi intresserade av att höra Bengt Daleflods tankar kring ART. Han är psykolog och psykoterapeut med mångårig erfarenhet av att arbeta med ART och "målgruppen" utagerande aggressiva ungdomar. Bengt är ordförande i SWE ART och vice president i Prepsec International, organisationer som arbetar med ART på olika sätt.

Text: Johan Westöö
Foto: Privat

Vilken är din bakgrund och aktuella verksamhet när det gäller att jobba med aggressivitet och normbrytande beteende?

Under studietiden jobbade jag extra som skötare på BUP-kliniken i Uppsala, fortsatte som PTP-psykolog och sedan som leg psykolog. På den tiden var jag snabb och vältränad så det föll sig naturligt att jag fick tampas med de bråkiga och utagerande barnen. Vid den tidpunkten fanns ingen KBT inom BUP. All verksamhet vilade på psykodynamisk grund. I lönnedom var vi några stycken som började använda beteendeterapeutiska analys- och behandlingsmetoder (med framgång). Jag började därefter på ett särskilt ungdomshem. Även där var allt psykodynamiskt inriktat om än i en lite taffligare version. Där jobbade jag i 10 år som klinisk psykolog. Därpå med forskningsuppgifter, metodutveckling, projektledning och utbildning. I nära samarbete med ART-programmets upphovsman, Arnold Goldstein, introducerade jag ART i Sverige i mitten av 1990-talet. I dagsläget är jag på halvtid projektledare för ART-programmet som finns på 20 av SiS (Statens institutionsstyrelse) 32 ungdomshem. På min andra halvtid arbetar jag med utbildning, handledning och föreläsningar inom området.

Hur skulle du beskriva ART kortfattat?

ART är i grunden ett socialt multimodalt program bestående av tre grundkomponenter: social färdighetsträning, ilskek kontroll och moralträning. Syftet med ART är att ge barn och ungdomar sociala alternativ till aggression. ART innebär också ett aktivt förhållnings-sätt. ART vilar på social inlärningsteori och modellinlärning. Så mycket handlar det om att förändra sitt eget beteende. Proceduren i ART adresserar alla responskanaler i beteendet (hur vi tänker, känner och handlar). Metoderna som ingår i ART är väletablerade och står givetvis på egna ben och kan användas var för sig.

Hur ser evidensen ut för ART?

Självklart skulle man önska att evidensen vore oantastlig och att ART var bedömt som ett modellprogram. Forskningsläget är dock tillräckligt bra för att köra vidare. I de flesta översikter klassas ART antingen som lovande eller effektivt. Inga skadliga eller negativa effekter har rapporterats. Det verkar svårt att göra randomiserade studier under verkliga förhållanden. Många har haft den ambitionen, men fått nöja sig med mindre avancerade upplägg. Ett besvärande faktum är att

det är väldigt få som bedriver forskning inom detta område (i Sverige bedrivs ingen forskning). Det man gör i ART ligger dock helt i linje med det forskningen säger att man ska göra (principerna för "what works").

Är ART bara till för unga och hur skulle man eventuellt kunna anpassa programmet till andra målgrupper än de det var tänkt till från början?

ART är i grunden framtaget för ungdomar med sociala färdighetsbrister och överskott på aggressiva- och utagerande beteenden. Metoderna kan enkelt anpassas till olika åldrar och de flesta mål- och åldersgrupper där behov av ART-träning föreligger. Social färdighetsträning kan t ex bedrivas såväl med små barn som med vuxna.

Hur ser du på utvecklingen av de behandlingsprogram som finns inom området aggressivitet, normbrytande beteende/kriminalitet och vad tror du om framtiden?

Det finns en uppsjö av program och metoder. De som har visat sig fungera någorlunda bra är alla beteendebaserade och har i stort sett samma innehåll. Det är angeläget att arbeta mer förebyggande och försöka förhindra



Bengt Daleflod introducerade ART i Sverige i mitten av 1990-talet.

Det är angeläget att arbeta mer förebyggande och försöka förhindra antisociala karriärer så tidigt som möjligt.

antisociala karriärer så tidigt som möjligt. Ungdomsbrottsligheten i stort har sjunkit en aning medan andelen våldsbrott ligger kvar på samma nivå. Samhället borde satsa mycket mer på primär och sekundär prevention och inte vänta till det är för sent. Kunskap om riskfaktorer och utvecklingsvägar är vid det här laget väl kända. Mer borde satsas på att angripa de kända orsakerna till antisocialt och normbrytande beteende.

ART har så klart utvecklats under de snart 30 år som programmet har funnits. Medlemmar i moderorganisationen för ART, Prepsec International (<http://prepsec.no/>), har publicerat ett antal ART-baserade program. Som ett resultat av ett nordiskt samarbete kommer vi nästa år att lansera AART (adapterad ART) som tar tillvara de erfarenheter och rön som har inkommerats under årens lopp.

Olyckligtvis har "curlingtrenden" smugit sig in även i ungdomsvården. Det anses av många fel att ställa krav och att ge konsekvenser på beteenden. Grunden till inlärning tas därmed bort. Barnen får ingen feedback på sitt beteende i form av positiva och negativa

konsekvenser. Ett exempel på felriktad humanism. I all välmening gör man ungdomarna en gigantisk björntjänst.

Vilka är dina tankar kring implementering av metoder och program som till exempel ART?

Inget program oavsett hur stark evidens det än har fungerar om det inte är väl infört och utfört. God implementering och programtrohet är avgörande. För ART finns det tydliga riktlinjer för implementering och kvalitetssäkring. Tyvärr är det inte alla som följer dessa anvisningar. Detta är ett skäl till att vi startat den ideella föreningen SweART (www.swe-art.se).

Man får ha klart för sig att ett avgränsat program inte ger några varaktiga resultat. Många har en lång inlärningshistoria och korta isolerade insatser biter inte. Det som ofta fallerar är generaliseringen och vidmakthållandet av nya strategier och färdigheter. Återgång till gamla och invanda beteenden är regel såvida man inte aktivt planerar för motsatsen. Behandlingsinnehållet måste därför införlivas och genomsyra det sammanhang och den kultur man befinner sig i, t ex institution, skola, behandlingshem, familj.

Hur ska man utbilda och kvalitetssäkra?

Välutbildade tränare som följer manualerna är en förutsättning för god behandling. Utbildningen för tränare ska vara så konkret som möjligt. Korta introducerande teoripass ska följas av aktiv träning med detaljerad feedback. Tränarutbildningen ska innehålla konkreta hemuppgifter som ska utföras mellan kursträffarna. När man sedan startar upp ska varje session detaljgranskas. ART-tränarna behöver också ha tillgång till kompetent KBT-handledning och möjlighet till boosterträning.

Hur bör utbildningskravet se ut för den/dem som ska leda ART-sessioner?

Utbildningen som erbjuds inom SiS omfattar 10 heldagar. Ett formellt krav för att gå utbildningen är att man har tvåårig eftergymnasial utbildning. När man har att göra med utagerande barn och ungdomar är formell utbildning relativt oviktigt. Det är andra egenskaper som avgör om man når fram och kan skapa motivation hos ungdomarna. Däremot behöver det finnas någon välutbildad person i bakgrunden som är ansvarig och kan övervaka programmet.

Tack Bengt för en intressant inblick i ART!

Från och med detta nummer innehåller Beteendeterapeuten en vetenskapligt inriktad del, *Aktuellt om KBT*. Under förra året framkom önskemål om ett ökat forskningsfokus i BTF, t ex i medlemsenkäten. Styrelsens diskussioner kring detta mynnade ut i ett förslag om att rekrytera en vetenskaplig redaktör, vilket BTF:s redaktion givetvis nappade på. Redaktör blev **Nenad Paunovic**, som här ger en presentation av sig själv och en introduktion till *Aktuellt om KBT*.



Jag arbetar för närvarande med primärvårdspatienter samt med en kurs i verksamhetshandledning för psykologer.

Jag har utvecklat ett kognitivt beteendeterapeutiskt behandlingsprogram för hypersexuell störning och är för närvarande intresserad av att hitta ett sammanhang i vilket detta program kan genomföras. Behandlingsprogrammet är utvecklat på basis av en teori för hypersexuell störning som jag har utvecklat och som kan laddas ner gratis på internet (se referens nedan). Grundaren av diagnosen hypersexuell störning, Martin Kafka, har uppgett att denna teori är evidensbaserad. Detta p g a att den baserar sig på etablerade teorier inom kognitiv beteendeterapi, samt även innefattar vissa nya element. Dessutom är den utvecklad särskilt med åtanke på diagnosen hypersexuell störning vilket dess olika delar tydligt illustrerar.

Jag har även utvecklat en teori för posttraumatisk stresstörning som kan laddas ner gratis på internet (se referens nedan). Denna baserar sig på en integration av evidensbaserade kognitiva beteendeteorier som är etablerade inom området PTSD, forskningsområdet relaterade till känslolöshetssymptom och mental imagery, samt innefattar ett fåtal andra element. Med tanke på att diagnosen för PTSD har ändrats i en relativt hög utsträckning i DSM-5, att den har tagits bort från diagnoskategorin ångeststörningar och placeras in i en egen diagnoskategori för traumarelaterade störningar, så är det även viktigt att teorier och behandlingsmetoder

för PTSD vidareutvecklas och prövas. Jag har även börjat skriva på en bok om kognitiv beteendeterapi för PTSD.

Jag doktorerade 2001 med avhandlingen *Cognitive-behavioral treatment and theory in posttraumatic stress disorder* med professor Lars-Göran Öst som handledare. Innan dess hade jag haft professor Sten Rönnerberg som handledare under cirka två år då jag fördjupade mig avsevärt inom kunskapsfältet posttraumatisk stresstörning, inkluderat studier om psykologiska behandlingsmetoder för PTSD. Efter avhandlingen utvecklade jag en ny behandling för PTSD som testades i ett antal fallstudier samt en kontrollerad pilotstudie. Dessa studier i kombination med två psykometriska prövningar ledde till att jag ansökte om docentbevis några år senare vilket beviljades 2004. Denna ansökan gjordes på basis av uppmaning från Lars-Göran Öst.

Bakgrunden till en ny vetenskapligt inriktad del i Beteendeterapeuten är att vi som kognitiva beteendeterapeuter och vetenskapspraktiker ("scientist practitioners") med fördel kan ta del av ny kunskap inom vårt kunskapsfält. Syftet är att få tillgång till sammanfattningar av nya forskningsområden samt vetenskapliga rön relevanta för kognitiv beteendeterapi. Tilläggnandet av ny kunskap underlättas betydligt om vi har tillgång till korta sammanfattningar eftersom många har begränsat med tid till att ta del av denna kunskap.

Upplägget för *Aktuellt om KBT* är att man sammanfattar en intressant vetenskaplig artikel som har relevans för

kognitiv beteendeterapi, och skickar in den till *Aktuellt om KBT* till min email-adress kontakt@kbterapi.se.

Sammanfattningen av artikeln ska vara på cirka 1-1,5 sida. Typen av artikel kan innefatta en randomiserad studie, open clinical trial (psykoterapistudie utan kontrollgrupp), en meta-analys, en fallstudie eller någon annan typ av artikel som har ett nyhetsvärde samt relevans för kognitiv beteendeterapi. Upp till fem sammanfattningar per nummer kommer att publiceras förutsatt att vi har fått in tillräckligt många bidrag.

Jag har förhoppningar om att det finns ett tillräckligt stort intresse av att skicka in bidrag till *Aktuellt om KBT*. Som uppmuntran till de som skickar in relevanta artiklar kommer en bok att delas ut för varje bidrag. Ni kommer att få välja en bok från en lista som vår redaktion har tillgång till.

Paunovic, N. (2010). Behavioral-cognitive inhibition theory: conceptualization of posttraumatic stress disorder and other psychopathology disorders. *Psychology, 1*, 349-366.

Paunovic, N., & Hallberg, J. (2014). Conceptualization of hypersexual disorder with the behavioral-cognitive inhibition theory. *Psychology, 5*, 151-159.

Vänliga hälsningar

Nenad Paunovic

Leg. psykoterapeut, handledare i psykoterapi
Fil. dr. och docent i psykologi

Schwartz, D.R. & Carney, C.E. (2012). Mediators of cognitive-behavioral therapy for insomnia: A review of randomized controlled trials and secondary analysis studies, *Clinical Psychology Review, 32*, 664-675.

Syftet med denna artikel är att (a) undersöka om KBT för insomni (KBT-I) fungerar i enlighet med dess påstådda mekanismer, samt (b) att utvärdera hur området utvecklas i sin förståelse för dessa processer. Mekanismer är kausala länkar mellan behandling och dess utfall, och mediatorer förklarar varför och hur behandlingen får sin effekt.

Artikeln går först igenom de tre huvudsakliga KBT-teorierna vid insomni: beteendemodellen, den kognitiva modellen samt hyperaktivitetsmodellen. Därefter beskrivs komponenterna i KBT-I: stimuluskontroll, sömnrestriktion, kognitiv terapi, sömnhygien samt avslappningsträning. Efter detta sammanfattar man hypotetiska mediatorer i KBT-I (d v s indikatorer för centrala mekanismer):
1. Minskad tid i sängen, tupplurar, samt minskad variation av tiden för sänggående och när man går upp ur sängen (beteendemodellen);
2. Minskade maladaptiva övertygelser och attityder om sömn, minskade ansträngningar att sova, ökad sömnrelaterad själveffektivitet och ökad sömnrelaterad inre attribuering av kontroll (kognitiva modellen);
3. Minskad fysiologisk aktivering samt minskad kognitiv aktivering (hyperaktivitetsmodellen).

Slutligen presenterar man den meta-analytiska studien som undersöker

huruvida det finns vetenskapliga belägg för att KBT-I inriktar sig på dess teoretiskt baserade mekanismer. Inklusionskriterierna löd enligt följande: (a) publicerade randomiserade kontrollerade studier (RCTs), (b) vuxna som uppfyllde kriterierna för insomni, (c) att en behandlingsbetingelse innefattar en eller flera komponenter från KBT-I, samt (d) att de beroende variablerna mäts med utfallsmått för sömn. Dessutom valde man att sammanfatta studier som innefattade sekundära analyser av RCT-data i vilka man undersökte mediatorer i KBT-I.

Femtiofyra RCTs av KBT-I uppfyllde studiens kriterier. Av dessa studier inkluderade endast 21 en eller flera av de påstådda mediatorerna vid KBT-I. Dessutom fann man endast 11 studier med sekundära analyser av ursprungliga RCT-data. Studien kan sammanfattas enligt följande:

1. Generellt sett fann man att KBT-I resulterade i en reduktion av tid som man tillbringar i sängen, tupplurar, variation av tiden för sänggående och när man går upp från sängen samt hyperaktivitetssymptom. Vidare fann man förbättringar i maladaptiva övertygelser och attityder om sömn, sömnrelaterad själveffektivitet och sömnrelaterad inre attribuering av kontroll. Dessutom fann man signifikanta förbättringar av KBT-I i jämförelse med kontrollgrupper.
2. Dock drar man slutsatsen att det

inte går att fastställa att de påstådda mediatorerna ledde till de signifikanta resultaten i KBT-I framför allt p g a följande: (a) mediator-variablerna mättes antingen som utfallsmått, mått på behandlingens integritet eller som moderatorer (att på basis av mått före behandling undersöka dess inverkan på utfallsmått), (b) vissa påstådda viktiga mediatorer undersöktes inte eller undersöktes i en mkt liten utsträckning: t ex ingen av studierna fokuserade på ansträngningar att sova. Dessutom analyserade man inte relevanta data i vissa studier som hade registrerats i sömndagböcker, och (c) en ytterst liten del av studierna undersökte hyperaktivitet som en mekanism vid insomni. De studier som undersökte kognitiv och fysiologisk aktivering fann minskningar av dessa symptom efter behandling, men inga analyser av mekanismer gjordes.

En annan viktig aspekt man tar upp är att p g a bristen på studier av mekanismer vid KBT-I så går det inte att dra några säkra slutsatser om den relativa effekten av de olika komponenterna i KBT-I. De enskilda komponenterna i KBT-I kan vara differentiellt relaterade till behandlingsutfall för insomni.

Nenad Paunovic

Ehde, D.M., Dillworth, T.M., & Turner, J.A. (2014). Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: Efficacy, innovations, and directions for research. *American Psychologist, 2*, 153-166.

I denna artikel har författarna gjort en genomgång/presentation av (a) evidensbasen för KBT vid kronisk smärta, (b) senaste innovationerna för målgrupper och utförandemetoder som breddar tillämpningen av KBT till populationer som erhåller otillräckliga resurser, (c) aktuella begränsningar och kunskapsluckor, och (d) lovande inriktningar för att förbättra effekten av KBT och tillgängligheten för patientgrupper som lever med kronisk smärta.

Ett antal litteraturstudier och

meta-analyser har utvärderat effekten av KBT för kronisk smärta. Man har dragit slutsatsen att KBT, i jämförelse med standardbehandling ("treatment-as-usual") eller en väntelistegrupp, har en statistiskt signifikant men liten effekt för smärta och funktionsnedsättning, och måttliga effekter på negativa sinnesstämningar och katastrofiering. En kritik mot studierna är att flertalet av dem anses ha en låg kvalitet. Dessutom har man använt sig av olika utfallsmått vilket har satt begränsningar för jämförelser mellan studier. En annan

aspekt är att metanalyser har gjorts utifrån olika typer av behandlingsmetoder samt med olika typer av smärtpatienter.

Avsnittet om innovativa applikationer av KBT för kronisk smärta fokuserar på barn och tonåringar, äldre vuxna, individer med neurologiska tillstånd, grupper med låg läs- och skrivkunighet/ underprivilegerad social ställning, samt patienter med akuta och subakuta smärtor. Meta-analyser stödjer effekten av kognitiva och beteendeinriktade metoder för

behandling av smärta hos barn. De flesta studier med denna målgrupp fokuserar på huvudvärk. I en meta-analys av 12 studier för smärta hos äldre vuxna, varav 5 okontrollerade, drog man slutsatsen att KBT har en signifikant men låg effekt på smärta hos denna patientgrupp. Vad gäller studier av KBT för smärta relaterad till neurologiska tillstånd finns endast ett fåtal studier varav de flesta är fokuserade på ryggmärgsskador. Större och mer rigorösa studier behövs. Dessutom, i dags dato har man inte genomfört en enda RCT i vilken KBT utvärderas för smärta hos individer med traumatisk hjärnskada. Vidare så har man endast funnit en RCT som utvärderar KBT för smärta hos grupper med låg läs- och skrivkunnsighet. Ett flertal hinder för ett framgångsrikt genomförande av KBT-behandling anses vanligt i dessa patientgrupper, t ex svårigheter att genomföra hemuppgifter. Slutligen summerar man studier av patienter med akut smärta (som har pågått mindre än 7 veckor) och subakut smärta (som har pågått ca 7-12 veckor). Slutsatsen dras att trots att det finns lovande resultat i ett fåtal studier finns det fortfarande en otillräcklig evidens för KBT som sekundär prevention för olika smärttillstånd. De flesta studier har fokuserat på ryggsmärtor, troligen på grund av att dessa problem är relativt vanliga.

De senaste innovationerna riktade mot målgrupper och utförandemetoder innefattar teknologiska tillämpningar av KBT, användandet av andra professionella yrkesgrupper utöver psykologer, samt samarbetsmetoder inom primärvården. KBT-baserade behandlingar kan utföras via telefon, interaktiv röstresponsteknologi ("interactive voice response technology"), videokonferens, och internetbaserade program. Datorbaserade KBT-interventioner har fått stöd i ett fåtal studier som behandling för smärta, men ytterligare forskning behövs för att verifiera resultaten. Möjliga fördelar med att förmedla KBT via dessa olika typer av teknologier kan vara en ökad tillgång av KBT samt en minskad stigmatisering som förhindrar vissa patienter från att söka behandling. Andra professionella yrkesgrupper utöver psykologer kan med fördel implementera KBT-behandlingar för smärta till de patientgrupper som de oftast kommer i kontakt med. T ex tandtekniker och tandläkare kan behandla patienter som lider av smärta i käkmuskulerna (t ex "temporomandibular joint dysfunction"), sjuksköterskor inom vården, och sjukgymnaster med patienter som lider av muskulära smärtor. Man uppger att det inom den mentala hälsovården inte finns evidens för att personer som har doktorsexamen i psykologi

är mera effektiva som psykoterapeuter än personer med mindre utbildning. Detta område har man forskat mycket lite om inom smärtområdet. Vidareutvecklade samarbetsmetoder inom primärvården som innefattar ett samarbete mellan personal inom sjukvården, socialarbetare och andra yrkeskategorier, som patienten regelbundet kommer i kontakt med, kan möjligen förbättra behandlingen av smärtpatienter inom primärvården.

Framtida inriktningar för att förbättra effekten och spridningen av KBT för kronisk smärta innefattar följande områden: (a) kunskapsbrister om optimal behandling avseende innehåll, format och dos, (b) kunskapsbrister avseende kvaliteten av psykoterapistudier, rapporteringen av behandlingen samt rapporteringskvaliteten i övrigt, (c) kunskapsbrister med avseende på behandlingens integritet vilket innefattar bristande terapeutkompetens, (d) brister i patienters engagemang i psykoterapi, (e) kunskapsbrister om behandlingsmekanismer och moderatorer, samt (f) brister i översättningen av kunskaper till olika tillämpningsområden/miljöer.

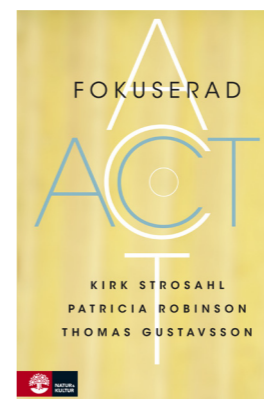
Nenad Paunovic

Boktips

Fokuserad ACT

av Kirk Strosahl,
Patricia Robinson och
Thomas Gustavsson

Förlag: Natur och Kultur
ISBN: 9789127136076
Utgivningsår: 2014
Omfattning: 290 sidor



Fokuserad ACT är en svensk översättning av den amerikanska boken som kom ut 2012. De tre författarna är ACT-terapeuter och har arbetat med korta interventioner inom några olika fält. De har utvecklat behandlingsmodellen Fokuserad ACT. Kirk Strosahl och Patricia Robinson är verksamma i USA, samt världsledande inom ACT. Thomas Gustavsson är verksam vid Segesholms behandlingshem och Human ACT i Skåne, och har arbetat med ACT sedan slutet av 1990-talet. Han skriver i förordet att Natur och Kultur visade intresse för boken sedan den kommit ut på New Harbinger och den översattes till svenska. Ola Jameson har gjort översättningen och även namngett vissa begrepp inom ACT som det tidigare bara funnits engelska ord för.

Boken är indelad i fyra delar med grundläggande principer, verktyg och metoder, fall-exempel och en del om par och grupper. Den sistnämnda handlar även om implementering av metoden i en verksamhet. Del ett handlar om olika korttids terapier och några gemensamma nämnare för olika terapiformer inom korttidsinterventioner. Här tar man också upp hur man inom ACT ser på psykologiska problem, lidande och hur man ser på förändring. Modellen ser inte psykiska symtom som sjukliga utan som ständigt närvarande responser på livet. Det som istället kan ställa till det är vad man kallar för rigiditet eller brist på psykologisk flexibilitet som enligt modellen delvis är en konsekvens av att vi till stor del styrs av regelstyrda beteenden. I stället vill man inom FACT lära klienterna att vara kvar i nuet, acceptera störande privata upplevelser på ett icke-dömande sätt och att agera i enlighet med egna personliga värden.

Del två ägnas åt verktyg och metoder för att hjälpa klienter att lära sig färdigheter som bidrar till en större psykologisk flexibilitet. Här presenteras hur man gör en fokuserad intervju med målet att snabbt komma igång i en behandlingsfas ganska direkt. Man vill veta vad klienten hoppas få ut av samtalet, vad personen tidigare gjort för att hantera sitt problem, hur de tidigare strategierna fungerat och vad de har kostat klienten. Sedan fokuserar man på klientens livsmål och

förmedlar bilden att det går att både leva i en värderad riktning och att ha ett lidande och känslomässigt bagage med sig. Man arbetar också med att hjälpa klienten göra en ny inramning av problemet. Man använder ofta ord-språk, berättelser, analogier och metaforer för att skapa en tydlig definition av problemet. Det går ut på att hjälpa klienten se att det ofta är kontrollen av känslor som är problemet och inte lösningen och att det inte handlar om att känna sig bättre utan att bli bättre på att känna. Ibland räcker det med att genom fokuserande frågor och en ny inramning hjälpa personen att bli redo för att göra förändringar och ibland går man vidare med olika övningar för att stärka motivationen och tydliggöra problemet. Eftersom det är en korttidsintervention är det viktigt att även under sessionen hålla koll på klientens framsteg för att kunna ändra intervention vid behov. I boken finns appendix med bedömningsmallar och formulär som är tänkta att användas på ett enkelt sätt även under sessionerna. Det sista kapitlet i del två handlar om hur man stärker den psykologiska flexibilitetens tre grundpelare; närvaro, öppenhet och engagemang. Detta illustreras bland annat genom dialogutdrag som visar hur behandlaren kan hjälpa klienten öka sin förmåga att vara här och nu, öppen för privata upplevelser och att bete sig mer i enlighet med sin värderade riktning i motsats till undvikande, kontroll av problemet och regelstyrning.

Del tre innehåller illustrerande fall-exempel om hur man kan arbeta med barn och familjer, missbruksproblem, trauma och äldre personer med depression. Tanken är att fallbeskrivningarna ska ge en tydlig bild av olika interventioner och bedömningsverktyg. Del fyra beskriver hur man kan arbeta med par och grupper i FACT. Det illustreras på liknande sätt som i del 3 men innehåller även sammanfattningar och kommentarer. Här finns också ett läsvärt kapitel om implementering där Thomas Gustavsson utifrån sina erfarenheter som konsult beskriver vad man behöver tänka på och hur man kan lägga upp arbetet. Han har också tagit med några fallbeskrivningar som exempel.

Fokuserad ACT ger en bra introduktion till ACT-modellen och passar även mer erfarna behandlare.

Fokuserad ACT ger en bra introduktion till ACT-modellen och passar även mer erfarna behandlare som vill läsa om hur man kan träna praktiska färdigheter i ACT. Den innehåller också en del användbara blanketter och formulär som man kan använda med klienter. Avsnittet om hur man implementerar FACT ger en bra bild över vad man bör tänka på för att lyckas införa nya metoder i en verksamhet. Det är ett tydligt och enkelt språk i boken och det är en bra översättning som gör att det inte känns som en direktöversättning från engelska. Det är lite uppfriskande att läsa om korta interventioner och även om hur FACT egentligen vänder upp och ned på den gängse problem-fokuseringsfällan som finns i samhället och inom vården.

Johan Westöö

Vill du bidra till *Aktuellt om KBT*?

Sammanfatta en intressant vetenskaplig artikel som har relevans för kognitiv beteendeterapi, och skicka in den till *Aktuellt om KBT*:

kontakt@kbterapi.se.

Grattis: Alejandro Muñoz Retamal!

Du har vunnit boken **Handbok för oglada**.
Ta kontakt med BTF:s kanslist Justina
Gudelyte som nås på btf.kansli@gmail.com
för att få boken hemskickad till dig.

OBS!

Manusstopp för nästa nummer av
Beteendeterapeuten är

10 november 2014

Maila ditt alster till Anna Eriksson:
marvette@hotmail.com

Handbok i Motivarande samtal – MI (andra reviderade utgåvan)

av Carl Åke Farbring

Förlag: Natur och Kultur
ISBN: 9789127138476
Utgivningsår: 2014
Omfattning: 320 sidor

Handbok i motiverande samtal är en bok om MI som handlar både om teorierna bakom MI och om det praktiska hantverket i metoden. Författaren är en förgrundsgestalt inom MI i Sverige och arbetar med undervisning, utveckling och implementering av metoden. Han är medlem i Motivational Network of Trainers (MINT).

Målgruppen för boken är både yrkesverksamma och studerande. Detta är den andra reviderade upplagan och innehåller de teoretiska grunderna i MI med uppdaterad information om nya rön och perspektiv som vuxit fram sedan MI först presenterades av upphovsmännen Miller och Rollnick. Den praktiska delen är upplagd som sex samtalsguider för en kort intervention på sex sessioner. Det innebär en översiktlig struktur med nyckelpunkter och fördjupningar när det gäller olika teman som tas upp i respektive session 1-6. Tanken är att man följer en processstruktur som innebär en rörelse för klienten mot en möjlig förändring av något problemområde. På vägen handlar det om att arbeta med motstånd, bekräfta och affirmera klienten och att locka fram förändringsprat, som enligt lingvistisk forskning predicerar beteendeförändringar.

Samtalsguiderna utgör ett pedagogiskt upplägg och stöd för att lära sig metoden. Som tillägg finns en arbetsbok med formulär som kan laddas ned från förlagets hemsida. Det finns också ett avsnitt om coaching i metoden med tillhörande protokoll för coaching. Det ser ut att vara ett lovande initiativ till hur man kan arbeta med att säkerställa kompetens och metodtrogenhet när det gäller praktisk tillämpning i en verksamhet. Sedan tidigare finns metoder för att utvärdera MI-samtal som utvecklats för forskning, men inte är helt anpassade för krav på enkelhet och genomförbarhet i en daglig verksamhet. Tanken är att coachningsprotokollet som Farbring utarbetat ska vara en lite enklare och mer lättadministrerad variant som lättare kan implementeras i klinisk praktik.

Nytt i denna upplaga är att man förutom att arbeta utifrån principer och färdigheter introducerar en modell som delar in MI-behandling i fyra processer. Den engagerande processen handlar om att bygga en allians med klienten och att förmedla empati men även om att utforska klientens värderingar och möjliga



mål med framkallande frågor. Den fokuserande processen handlar om att hitta förändringsmål och det blir här viktigt att hålla en strategisk riktning i samtalet. Den framkallande processen inträder efter det att man kommit överens om ett mål. Här används en framkallande stil och ibland arbetar man med diskrepans för att tydliggöra fördelar med det valda målet för förändring. Här jobbar man också med balansen mellan att vilja och att kunna göra en förändring. Det är viktigt att stärka såväl viljan till förändring som tilliten till den egna kompetensen hos klienten. Den planerande processen utgörs av det praktiska genomförandet av den förändring man arbetat med genom de tidigare processerna. Här kommer även mer renodlat behandlingsarbete utifrån KBT eller andra kompletterande insatser in.

Det är intressant att läsa om hur man delvis ändrat förståelsen av motivation.

Boken ger också förslag till implegering (författarens eget begrepp för implementering och integrering) – hur MI kan implementeras och integreras inom en verksamhet. Detta tyckte jag var intressant läsning som inte alltid finns med i metodböcker. Här tar författaren upp olika problem och fallgropar när det gäller att införa en ny metod inom en verksamhet och hur man kan hantera dessa för att öka chansen att lyckas med implementering och integrering.

Boken är genomarbetad och innehåller många konkreta beskrivningar av hur man arbetar med MI. Det är också intressant att läsa om hur man delvis ändrat förståelsen av motivation och förändring utifrån forskning. Jag kan rekommendera denna bok till alla som arbetar med psykoterapi. Det är en grundläggande bok som ändå innehåller fördjupningar och konkreta övningar och formulär som man med fördel kan använda sig av.

Johan Westöö

Internetbaserad psykologisk behandling – Evidens, indikation och praktiskt genomförande

av Erik Hedman, Per Carlbring, Brjánn Ljótsson och Gerhard Andersson

Förlag: Natur och Kultur
ISBN: 9789127132962
Utgivningsår: 2014
Omfattning: 216 sidor

Internetbehandling har visat sig fungera lika bra som traditionell psykologisk behandling vid flera tillstånd såsom ångest och depression. På senare år har behandlingsformen blivit en del av det reguljära psykiatriska vårdutbudet. Det finns flera fördelar med upplägget, till exempel att tillgången på KBT ökar generellt samt att man når personer som annars inte skulle ha fått effektiv behandling. Sverige har bidragit med en hel del forskning om internetbehandling. Författarna till *Internetbaserad psykologisk behandling* har omfattande erfarenhet av området, och delar i boken med sig av sina erfarenheter från såväl forskning som klinisk verksamhet. I inledningen skriver de att ambitionen varit att besvara de centrala frågorna: för vilka problemområden är internetbehandling effektiv? Vilka resultat ger den? Vilka klienter kan ha nytta av internetbehandling? Vilka förutsättningar krävs för att internetbehandling ska kunna bedrivas? Efter att ha läst boken tycker jag mig ha fått både tillfredsställande svar på dessa frågor och generellt bättre koll på området internetbehandling.

Boken inleds med en historisk bakgrund samt internetbehandlingens utveckling i Sverige, och en guide till boken. Därefter följer ett introducerande kapitel om hur internetbehandling går till i praktiken. Den viktigaste principen, enligt författarna, är att komponenterna är desamma som i sedvanlig psykologisk behandling – men de förmedlas på ett nytt sätt. Man går också igenom vad vägledad internetbehandling innebär, samt varför internetbehandling behövs. I kapitel 2 beskrivs vilket innehåll och vilken struktur som krävs för att behandlingen ska fungera. Här återfinns detaljerad information om behandlingskontot ("ett virtuellt terapirum"), hur man kan skraddarsy behandlingens innehåll efter klienten, de olika stegen i internetbehandlingsprocessen samt hur man förmedlar vanliga psykologiska interventioner via internet.

Kapitel 3 ägnas åt bedömning och mätningar på internet. Här beskrivs hur man kan integrera strukturerad psykiatrisk bedömning samt process- och utfallsmätning i internetbehandling. Vikten av korrekt diagnostik och utvärdering tas upp. Behandlarstöd har visat sig ge bättre behandlingseffekt och minska bortfall, och

därför ägnas kapitel 4 åt hur man agerar som internetbehandlare och vad som utmärker en god sådan. Områden som belyses är generella förutsättningar, klientkontakt samt vikten av teoretisk kunskap. Man tar också upp frågan om behandlaren måste vara psykolog, samt vilken betydelse terapeutens erfarenhet har. Terapeutisk allians skapas även i internetbehandling, men dess effekt för utfall tycks vara begränsad. Vilken grad av formell kompetens och erfarenhet som krävs för en lyckad internetbehandling återstår ännu att se, skriver författarna.

Kapitel 5 handlar om juridik och teknik vid internetbehandling. Lagstiftningen som reglerar internetbehandling skiljer sig inte från den som reglerar sedvanlig behandling, men vid internetbehandling uppstår en hel del frågor om hur lagar och regler ska tolkas som man sällan behöver bekymra sig om i sedvanlig behandling – frågor som ofta är kopplade till teknikaliteter. Här kan man läsa om att hantera personuppgifter, kommunikationsplattformar, juridisk skyldighet kopplat till suicidrisk, säkerhetspolicy, datainspektion och andra resurser.

Följande tre kapitel – 6, 7 och 8 – handlar om internetbehandling av ångestsyndrom, depression och beteendemedicinska problem. Kapitlen har liknande upplägg med beskrivning av problematiken i fråga, genomgång av behandling med sedvanlig KBT, samt beskrivning av internetbehandling för respektive problematik. I kapitel 6 som har fokus på ångestsyndrom beskrivs varje ångestsyndrom (samt hälsoångest) för sig. En sammanställning av forskning ingår också i varje kapitel, samt utmaningar och möjligheter.

Boken avslutas med ett kapitel (9) om framtida möjligheter och olika utvecklingsspår. Här nämns internetbehandling för barn och unga, kombinationen internetbehandling och farmakologiska "kognitiva förstärkare", internetbehandling i mobiltelefonen och internetbehandling som prevention för att förebygga psykisk ohälsa och funktionella besvär, samt som återfallsprevention. Man diskuterar också nya behandlingsområden som tandvårdsrädsla, dysmorfofobi och självskadebeteenden, samt hur tillgängligheten på internetbehandling kan öka i hela landet. Författarna förutspår avslutningsvis att internetbehandling framöver i större utsträckning kommer att integreras i sedvanlig behandling, i syfte att uppnå behandlingseffekter som är ännu starkare än de vi ser idag. En kombination av det bästa från flera världar, helt enkelt.

Anna Eriksson



Social ångest (tredje reviderade och utökade utgåvan)

av Anna Kåver

Förlag: Natur och Kultur
ISBN: 9789127135598
Utgivningsår: 2014
Omfattning: 190 sidor



Som Anna Kåver konstaterar i slutordet har det hänt en hel del på området sedan bokens första utgåva 1999. Både kunskapsläget gällande social ångest och tillgången på evidensbaserad behandling, KBT, är mycket bättre. Det är glädjande eftersom social ångest är ett av de vanligaste ångestsyndromen, som kan innebära ett stort hinder för den drabbade.

Jag införskaffade ett exemplar av den första utgåvan av boken (som då hette *Social Fobi*) under psykologutbildningen, och hade god nytta av den i arbetet med en utbildningsklient. Under mina första fem-sex år som yrkesverksam användes boken flitigt både med enskilda patienter och i gruppbehandling. Jag lånade ut boken flera gånger till såväl patienter som kollegor och någonstans på vägen försvann den. Det var inte första gången jag tänkte att jag borde ha bättre koll på mina böcker, men såhär i efterhand tycker jag att förlusten även kan ses som ett bevis för bokens användbarhet.

Den tredje utgåvan är inte bara uppdaterad, exempelvis med de nya diagnoskriterierna i DSM-5, utan också förtjänstfullt utökad med ett par nya avsnitt. Efter förord skrivet av Gerhard Andersson samt författarens eget förord följer ett inledande kapitel om temperament och personlighet, mer specifikt introversion. Anna Kåver ifrågasätter här det extroverta ideal som råder i det moderna samhället, och slår ett slag för att uppvärdera den mer lågmälda personligheten. Introversion och extroversion handlar (till skillnad från social ångest) om preferenser och båda personlighetstyperna behövs, såväl i samhället över lag som på t ex en specifik arbetsplats. Vårt temperament är till stor del biologi, men omgivning och erfarenheter formar vår personlighet. Detta är något vi behöver acceptera, samtidigt som en del av oss med fördel kan öva på att tänja på sin sociala bekvämlighetszon åt det ena eller andra hållet. Det är viktigt att målet för en behandling av social ångest bestäms på ett sätt som även fångar klientens personlighet. "En viktig del av behandlingen bör därför vara att öka klientens självkänedom, acceptans och självrespekt - inte enbart att bota en fobisk rädsla för

att befinna sig tillsammans med eller framträda inför andra människor", skriver Anna Kåver i kapitlets sammanfattning.

I bokens andra del beskrivs vad social ångest är, hur det yttrar sig, hur vanligt det är, varför man får det och vanliga följder. Denna del innehåller också ett kapitel med ett evolutionärt perspektiv på diagnosen, samt ett kapitel om social ångest hos barn och ungdom. Återstoden av boken är inriktad på behandling. Efter en presentation av kognitiv beteendeterapi följer den mest framgångsrika KBT-modellen för social ångest, utarbetad av Clark & Wells och komplett med den välkända "onda symtomcirkeln". Därefter går Anna Kåver igenom de elva steg som ingår i individualterapi. Upplägget är konkret och användarvänligt med tydliga exempel på de olika teknikerna (en sammanfattning session för session återfinns i slutet av boken). Förutom de traditionella kognitiva och beteendeterapeutiska inslagen betonas värdet av att arbeta med acceptans, medkänsla och självvalidering. Individualterapi kapitlet har utökats med ett avsnitt om att redigera traumatiska bildminnen – ett komplement som visat sig lovande för personer som inte drar tillräckligt stor nytta av sedvanlig behandling. Behandlingsdelen innehåller även två fallbeskrivningar samt ett kapitel om gruppbehandling som i stort följer Heimbergs modell. I slutet av boken finns information om användbara skattningsskalor och terapimateriel samt arbetsblad, extramaterial kan även laddas ned på bokförlagets hemsida.

Bokens målgrupp är studerande och yrkesverksamma inom psykiatri, samt alla som själva lider av social ångest. Anna Kåver skriver i förordet att det faktum att målgruppen är så vid innebär en balansgång, och att hon hoppas att hon inte gjort sig skyldig till vare sig alltför grova förenklingar eller alltför komplicerade beskrivningar. När jag läste boken

slogs jag faktiskt av just detta – att boken funkar väl för en bred målgrupp, av det skälet att den varken förenklar eller komplicerar. Upplägget är logiskt och tydligt med kärnfulla sammanfattningar i slutet av varje kapitel, språket flyter väl och fallbeskrivningarna är illustrativa och trovärdiga. För mig som tidigare arbetat en hel del med social ångest var boken en välbehövlig påminnelse och uppdatering inom området, där avsnitten om introversion och arbetet med bildminnen var extra intressanta. Jag är övertygad om att även den läsare som är ny på området kommer att ha stor användning av boken, oavsett om det gäller att planera en behandling eller att öka sin kunskap om social ångest.

Anna Eriksson

Bidra med material till nästa nummer och delta i utlottning av "Social ångest"!

När förändring är svårt (andra utgåvan)

av Liria Ortiz

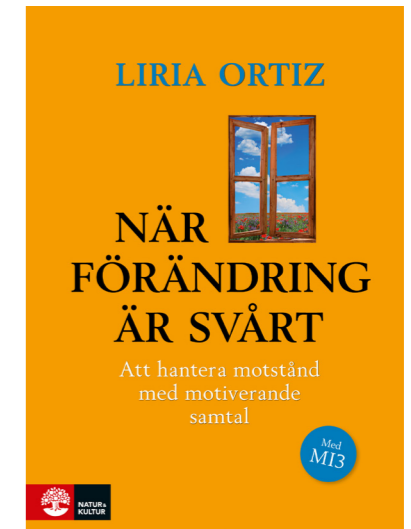
Förlag: Natur och Kultur
ISBN: 9789127138483
Utgivningsår: 2014
Omfattning: 210 sidor

Liria Ortiz skriver i förordet att boken är avsedd att fungera som ett hjälpmedel för alla som har samtal som arbetsverktyg i sina möten med olika individer, och där syftet med samtalet är att motivera till förändring. Boken riktar sig också till alla som känner sig frustrerade över klienter som har brist på motivation eller ger uttryck för motstånd. Metoden och de redskap som beskrivs i boken kan användas i alla slags samtal oavsett svårighetsgrad. *När förändring är svårt* utgör en bra introduktion till MI, samtidigt som den tydligt illustrerar hur de olika MI-verktygen kan användas för att förebygga och hantera motstånd vid samtal om förändring. För den som redan är bekant med MI tillför boken ett nytt perspektiv och visar på nya sätt att använda sig av MI vid motstånd i samtal.

I den nya upplagan av boken har de senaste tilläggen inom MI tillkommit. Ett av dessa tillägg innebär att begreppet *motstånd* har delats upp i två olika typer av motståndsprat. Den ena typen kan uppstå i klientens relation till samtalsledaren, och den andra rör "status quo-prat" dvs prat som handlar om de fördeklar kring sin aktuella situation eller sitt eget problembeteende som klienten upplever i nuläget eller uttrycker i samtalet. Ett annat viktigt tillägg är att förhållningssättet MI-anda delvis förändrats genom att numera även inbegripa bland annat acceptans och välvilja ("compassion").

Boken är indelad i fem kapitel. I det första beskrivs motstånd och motivation som fenomen, samt hur dessa kan förstås. Här presenteras också, med konkreta exempel, olika sätt att samtala som kan förebygga motstånd och öka motivationen hos klienten. Kapitlet avslutas med ett moment som kallas *Tid för eftertanke och egen aktivitet*, där läsaren med hjälp av ett antal frågor kan identifiera egna (problem-)beteenden och hantera eget motstånd. Detta moment återkommer genom hela boken.

Kapitel två ger en orientering om det förhållningssätt och de olika samtalsverktyg som används inom MI. Här tas även evidensstödet för metoden upp, när motiverande samtal kan användas och för vilka klienter det passar. Kapitel tre fokuserar på de nya färdigheter för att förebygga motstånd som uppmärksammats alltmer på senare tid. Dessa färdigheter verkar ha ett tydligt samband med förändring hos klienten och kan handla om att samtalsledaren och klienten tillsammans kartlägger klientens



förväntningar på behandlingen, att samtalsledaren proaktivt använder bekräftelser av klienten vid samtalen samt ger plats för hen att uttrycka så kallat åtagandeprat. Här ingår övningar för att träna sig i att använda de färdigheter som presenteras.

I kapitel fyra beskrivs hur man kan hantera motstånd. Bland annat beskrivs färdigheter hos samtalsledaren som att hejda rättningsreflexen, tydliggöra kognitiv dissonans med hjälp av utforskning av klientens värderingar, kartlägga samt att hjälpa klienten att komma förbi ambivalens. Kapitlet innehåller övningar i att hantera motstånd, och slutet av boken finns arbetsmaterial som kan användas för att undersöka klientens värderingar, utforska ambivalens, förändringsplan och vidmakthållandeplan. I det avslutande kapitlet återfinns dialoger som visar hur MI kan användas i olika sammanhang. I dialogerna anges vilken sorts MI-inslag samtalsledaren använder, vilket gör upplägget tydligt och pedagogiskt. Exemplet känns väldigt användbara i klientarbetet åtminstone för min del - låter följande scenarion bekanta?

- klienten tycker att problembeteendet är mindre viktigt
- klienten tror inte på sin egen förmåga och kan inte bestämma sig
- klienten bryr sig inte om att beteendet är riskfyllt
- klienten har tvingats uppsöka dig
- klienten tror sig inte kunna klara av en förändring
- klienten söker hjälp för att någon annan vill det
- klienten behöver motiveras till aktivitet
- klienten vill sluta ta medicin eller avbryta en behandling
- klienten behöver motiveras att lära sig hantera ilska
- klienten har ett riskbeteende
- klienten tiger eller är fåordig
- klienten förminskar problemet

När förändring är svårt är en praktisk och användbar bok som visar att samtalsledaren kan göra stor skillnad, och att olika sätt att samtala kan förebygga motstånd och öka motivationen - eller tvärtom.

Anna Eriksson

Krönika

På västfronten en massa nytt



Text:
Michaela Johansson

Nu har jag äntligen gjort slag i saken och lämnat mitt jobb på IAPT i Barnet. Jag jobbar numera, sedan första juli, på IAPT i Cope Camden and Islington (fortfarande i London). Jag har min bas i King's Cross och mina två vårdcentraler ligger kring Hampstead Heath. Mina tankar kring det nya jobbet är än så länge mycket positiva, efter att nu ha varit där en månad. Rummen är trevligare, folk i teamet är trevliga och ser inte så stressade ut. Jag får jobba tillsammans med en annan KBT-terapeut utbildad i Behavioural Couples Therapy och kan få stöd från en annan person kring att utveckla parterapi inom IAPT. Det kan vara svårt att sätta upp ett nytt team inom ett team, när det lilla teamet består av bara en person.

Jag förstår inte hur jag orkade så länge som jag gjorde i Barnet. Aldrig mer behöver jag gå nerför "Piss Stairway" eller längs "Rape Alley" för att komma till jobbet. Självklart finns det fattigdom och svåra psykiska problem kring King's Cross också, det är ju centrala London. Hemlösheten är hög, men det finns också andra resurser för att hjälpa utsatta människor på ett effektivt sätt.

Jag har dock blandade känslor kring att ha lämnat Barnet. När jag började där 2010 var vi fyra kliniker och några chefer, när jag slutade var vi 40. Det både tråkiga och turliga kring mitt avsked var att jag slutade precis innan Barnet skulle tas över av Surrey Borders (ett annat "landsting", ungefär). Barnet blev mer eller mindre uppköpt av dem eftersom beslutsfattarna blev

betagna av den mindre budget Surrey Borders fastslog för att driva verksamheten. En budget som baserar sig på att radikalt skära ner i personalomfattning och klara av att träffa samma antal patienter med färre kliniker helt enkelt tack vare att alla får max åtta KBT-sessioner. Många får 3-4 sessioner i grupp. Det är inte så nice, sa NICE. Najsbajs var ordet, sa Bull.

Men för att använda mitt wisemind, jag har flyttat till ett bättre jobb och kan äntligen få växa lite. Det finns utrymme att engagera sig i forskningsprojekt genom UCL (University College London), jag får gå på utbildningar och får en mycket bättre resa till jobbet.

När jag lämnade Barnet hade jag också avslutat mina första två par med Behavioural Couples Therapy. Fantastiskt hur väl det fungerar! Att jobba med par betyder att man aldrig kan bedriva terapi på autopilot och låta tankarna vandra, t ex kring vad man ska äta till middag. Man måste vara konstant beredd på oschyssta passningar paret emellan och direkt använda shaping för att forma paret i riktning mot målbeteendet. Jag trivs med metoden eftersom den är så behavioristisk och det känns som ett sätt att hålla mina beteendeanalysrötter vid liv (hej hej Skinner och Martin Forster!). I detta nummer kan ni också läsa om Integrative Behavioural Couples Therapy, en workshop jag deltog i i samband med BABCP-konferensen. Att jobba med par är inte bara utmanande och spännande under själva sessionerna eller i diskussionerna i handledningen kring paren – det är också fantastiskt givande för mitt eget förhållande. Mitt jobb som parterapeut har inneburit förbättrad kommunikation, problemlösning och beslutsfattande i min relation. Ett år av planering inför bröllop samtidigt som vi båda har bytt jobb, köpt lägenhet, flyttat till ny bostadsort och börjat pendla in till London – färdigheterna har kommit väl till pass!

Hett just nu:

Nya jobbet, BABCP-konferensen och pyssel inför bröllopet i september.

Kallt just nu:

Stress inför bröllopet, att ge och få mindre handledning i nya jobbet och att ha lämnat de gamla kollegorna i djup osäkerhet kring hur deras arbetsplats kommer att se ut.

Styrelse sidor

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 från styrelsen, 2014-05-20

Styrelsen hade telefonmöten den 22 april och 20 maj.

Årskongressen i Göteborg: Det rapporterades att årskongressens pre-workshop gick med vinst men inte själva kongressen.

Årskongressen i Stockholm 2015: Årsmötesgruppen har bildats och nästa års kongress har börjat planeras.

Media och opinion: BTF har varit representerad vid förhandsvisning av dokumentärfilm på Filmhuset, Dan Katz närvarade. Alexandra Arnberg har inhämtat synpunkter från medlemmar gällande socialstyrelsens förarbete inför revidering av nationella riktlinjer för ångest och depressionstillstånd. Lars-Göran Öst och Alexandra Arnberg har representerat BTF på hearing ordnad av Socialstyrelsen 9:e april. Skriftligt svar till socialstyrelsen formuleras. Styrelsens Alexandra Arnberg har pratat om oro i P1-programmet Kropp & Sjal, en länk till programmet finns på BT:s facebookside.

Utbildningsfrågor: Mindmeet AB planerar fortsätta utbildningsinsatser i Kina. De har bett BTF att granska och kommentera två utbildningskoncept, en tredagars- och en femdagarsutbildning av orienteringskaraktär.

Utbildningarna i sig ser rimliga ut.

Medlemsstatistik: Vi är 1048 medlemmar varav 660 medlemmar och 388 stödmedlemmar.

Vidare rapporterades att BTF var representerade på psykologkonferensen, PS14 då sju nya medlemmar tillkom.

EABCT: Ny ordförande/president för EABCT 2016 kommer att väljas. Björn Paxling kommer att sammanställa kandidaterna för BTF-styrelsen och ge rekommendation på vem han ska rösta på för BTFs räkning.

Beslutspunkter: Vid styrelsemötet den 22:e april beslutades att föreningens facebookside ska finnas kvar och ligga under media- och opinionsgruppen men även studerandepresentant ska engagera sig i sidan. Man beslutade även att om student tecknar medlemskap för 2014 under PS14 ingår medlemskap för 2015. Vidare beslutades att genomföra WS med Lars-Göran Öst i enlighet med förslaget med arbetstitel "Säkra KBT:s framtid" och tillsätta en arbetsgrupp som ansvarar för utförandet tillsammans med Lars-Göran Öst.

För styrelsen,
Monica Buhrman

Nyhetsbrev från styrelsen, 2014-06-14

Styrelsen samlades den 14:e juni på kansliet i Stockholm. Dagen bestod av både rapporter och formalia och diskussioner om framtida utvecklingsområden.

Det finns ett stort intresse för den WS som ska hållas av Lars-Göran Öst framförallt i Stockholm och Uppsala. Antalet medlemmar har ökat något till 1063 varav 668 medlemmar och 395 är stödmedlemmar. Lars-Göran Öst har inkommit med ett brev till styrelsen gällande innehåll i årskongressen i Göteborg och innehållet i BT. Styrelsen formulerade ett svar som ska skickas till Lars-Göran Öst.

Beslutspunkter: BTF:s ordförande representerar vid ABCT konferensavgiften och middag betalas av BTF. Ordförande representerar även på sFKBT årsmöte. BTF har hyrt ut sitt rum till Moment psykologi och detta ska förlängas under samma villkor till oktober 2014.

Vidare beslutades att be kursordnare om mer information innan beslut fattas om annonsering när tveksamhet om innehållet föreligger.

För styrelsen,
Monica Buhrman

Nyhetsbrev från styrelsen, 2014-08-05

Styrelsen hade telefonmöte den 5:e augusti.

Hemsida & IT: Styrelsen har fått mailkonton btf.ordf@gmail.com och btf.styrelsen@gmail.com

Årskongressen i Stockholm 2015: Planeringen fortlöper.

Media och opinion: Styrelsen diskuterade frågan som har förts på KBT-listan gällande oseriösa utbildningsaktörer och konstaterade att vi kommer behöva hålla den aktuell under hela den kommande perioden.

Utbildningsfrågor: I början av höstterminen planeras träff med sfKBTs representant och BTFs representant Andreas Karlsson för att diskutera utbildningsplan och säkrande av utbildningskvalitet i KBT.

Tidskriften CBT: Chefredaktören för CBT, Per Carlbring, har lyft fram förslaget att öka sidantalet på tidskriften och därmed antalet nummer. Detta ska diskuteras vidare och beslutas om på styrelsemötet den 30-31 augusti då mer information har inhämtats från förlaget.

Studerandefrågor: Förslag om att starta ett studentnätverk med representanter från psykolog- och

terapeutprogram med styrelsens studeranderepresentant som ”spindeln i nätet” har inkommit. Representanterna anordnar aktiviteter lokalt för studenter.

Besluts punkter: Beslut fattas att ordförande plus en styrelsemedlem i sfKBT får delta i konferens utan att betala konferensavgift i BTFs årsmöte, varje år. Utbytet gäller inte resa, logi, festmiddag eller workshops. För den generella proceduren vid val av president för EABCT bestäms att BTFs EABCT-representant rekommenderar och motiverar val av president för styrelsen, som sedan fattar beslut. Vid årets val i Haag väljer styrelsen att rösta på Thomas Kalpakoglou som kommande president i EABCT.

Styrelsen planerar konferenshelg till den 30-31 augusti 2014 i Göteborg.

För styrelsen,
Monica Buhrman

Styrelsen:

Linda Jüris, ordförande
Henrik Engelman, medlemssekreterare
Ljufur Dagsson, kassör
Gösta Liljeholm
Andreas Karlsson
Alexandra Arnberg
Li Wolf
Diana Fabian
Maria Gustavsson
Margaretha Bylund-Andersson
Magnus Johansson
Monica Buhrman
Anna Wretman (studeranderepresentant)

Mediakontakt:

Dan Katz
dan.katz@katzkbt.se
Liria Ortiz
liriaortiz@hotmail.com

Administrativa funktioner och förtroendeuppdrag:

Justina Gudelyte, kanslist:
btf.kansli@gmail.com,
samt kontaktperson KBT-listan:
btf.listadmin@gmail.com
Anders Görling, webbredaktör

Revisorer:

Rolf Olsson, Johan Wetterlöv
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 Magoulas
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 verksam 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



Svenska föreningen för kognitiva och beteendearterapier

SfKBT inbjuder till årskonferens 2014 i Stockholm TRANSDIAGNOSTISKA METODER

Konferensen äger rum på Viking Lines kryssningsfartyg Cinderella

16 – 17 oktober avgång kl 16.00 på torsdagen och åter i Stockholm kl 16.00 på fredagen.

Föreläsare:

Ed Watkins, professor i Experimental and Applied Clinical Psychology, University of Exeter, UK. Ed är en framstående forskare och kliniker. Han har samarbetat med bl a professor John Teasdale och är flitigt anlitad expert i ämnet transdiagnostiska metoder. Ed håller sin föreläsning på engelska.

Katja Boersma, leg. psykolog, docent och universitetslektor, Örebro universitet. Katja forskar på transdiagnostik.

Sofia Bergbom, leg. psykolog, doktor i psykologi samt programansvarig psykologprogrammet, Örebro universitet. Sofia forskar på transdiagnostik.

Erik Nilsson, leg. psykolog på *Verksam psykologi* i Göteborg, flitig skribent i Sokraten, föreläsare.

Konferensavgifter:

Medlem	1 900 kr
Heltidsstuderande medlem	1 375 kr
Icke medlem	2 300 kr

I priset ingår enkel B-insideshytt, smörgås vid ankomst, buffémiddag (inkl. öl och vin) frukost- och lunchbuffé (kaffe, thé och frukt hela konferensen) samt föreläsningar!

Varianter på priser finns (delad hytt, utsideshytt etc)

Mer information och anmälan via www.sfkbt.se

Välkommen!

Psykologpartners utbildningar hösten 2014

Specialistutbildning: Basutbildning i inlärningspsykologi & beteendeanalys
Stockholm med start den 16 september

Specialistutbildning: Påbyggnadsutbildning i klinisk beteendeanalys
Stockholm med start den 4 november

Specialistutbildning: Internetbehandling
Linköping den 3-4 och 24-25 november

Specialistutbildning: MI (Motiverande samtal), två delar med kodning
Del 1: Göteborg 13-14 november och 8 december
Del 2: Göteborg mars 2015

KBT & samtal för ST-läkare och specialister i allmänmedicin
Stockholm med start den 1 oktober

Bli en vassare föreläsare - kombinera psykologisk forskning med effektiv presentationsteknik
Stockholm den 26 september

KBT i primärvården - att öka tillgängligheten till psykosocial kompetens inom primärvården
Grundutbildning: Stockholm den 2 september
Fortsättningsutbildning: Stockholm den 3 september

Internetbehandling med KBT - kom igång med internetbehandling i din verksamhet
Malmö den 2 september
Stockholm den 18 september

Kurs i Integrative Behaviour Couples Therapy (IBCT)
Göteborg den 3-5 december

Acceptance and Commitment Therapy: en utbildning i tre delar
Del 1: Inläringsteori, Funktionell Kontextualism, Relational Frame Theory & ACT
Malmö den 11-12 och 25-26 september
Stockholm den 9-10 och 23-24 oktober

Del 2: Att lära sig ACT genom upplevelsebaserad inläring
Malmö den 16-17 oktober
Stockholm den 4-5 december

Del 3: Avancerad färdighetsträning i ACT
Malmö den 30-31 oktober och 14 november
Stockholm januari 2015, datum sätts senare

Grundutbildningar i Motiverande samtal, MI
Linköping den 7-8 oktober och 28 november
Malmö den 13-14 oktober och 24 november
Stockholm den 13-14 november och 11 december

Fortsättningsutbildningar i Motiverande samtal, MI
Stockholm den 16-17 september och 4 november



psykologpartners



Lära för livet - en heldagsföreläsning om Tillämpad beteendeanalys (TBA)
Stockholm den 21 november

www.pedagogikochutveckling.se

Mer information om samtliga utbildningar hittas på www.psykologpartners.se/utbildningar

Psykologpartners erbjuder plats i öppna handledningsgrupper. Maila utbildning@psykologpartners.se om du vill veta mer.

Gå gärna med i vår Facebookgrupp *Psykologpartners utbildning*. Du kan också få information om våra utbildningar genom att anmäla dig till vårt nyhetsbrev på www.psykologpartners.se