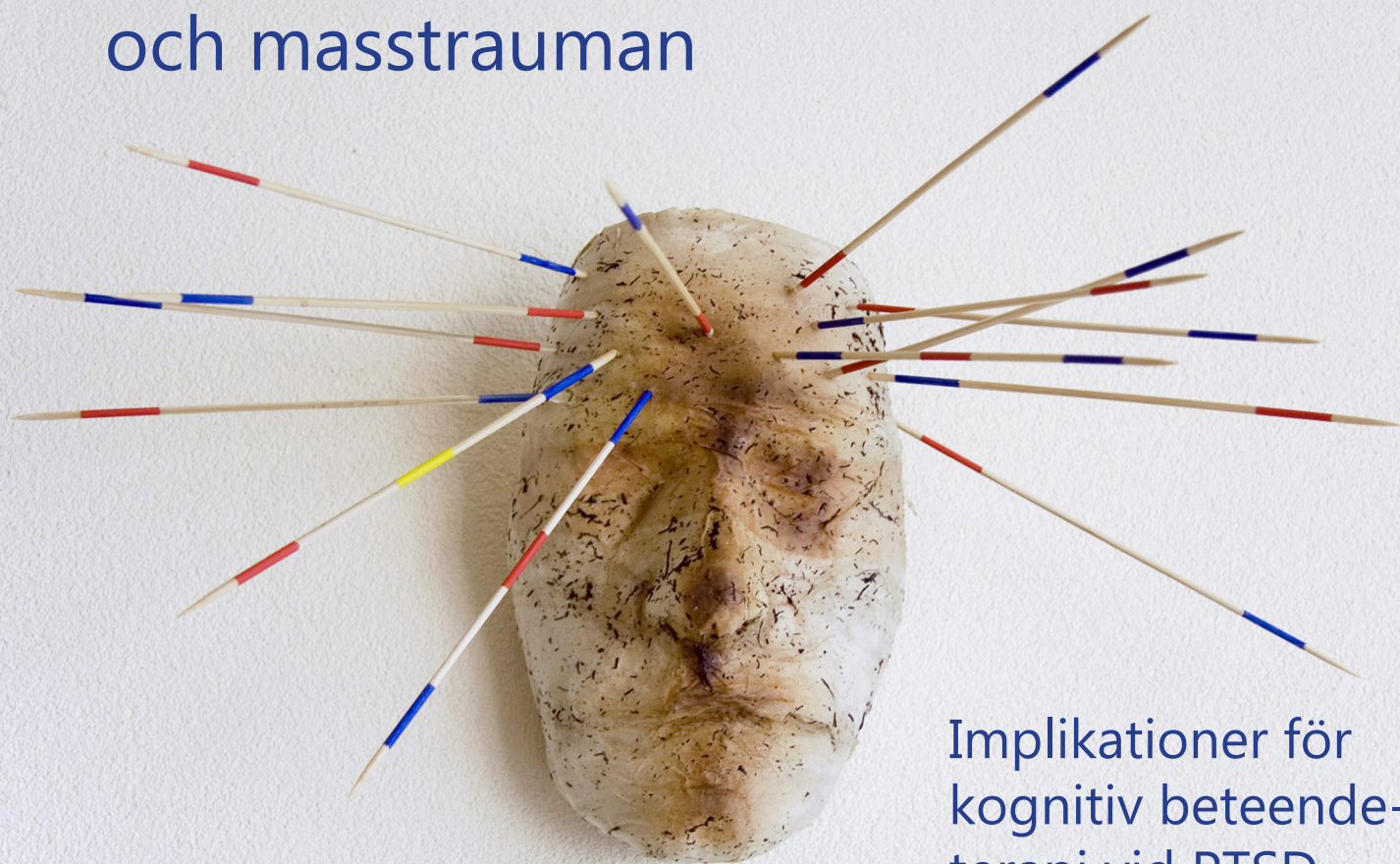


# Beteende terapeuter

Överlevande från tortyr  
och masstrauman



Implikationer för  
kognitiv beteende-  
terapi vid PTSD

Patient-terapeutrelationen:  
icke avgörande faktor i KBT?

Senaste nytt  
från styrelsen

**Min syn på** – Jonas Bjärehed om KBT och självskadebeteende  
**EABCT2016** – Hur går arbetet?

**Boktips** – ADHD, flygfobi och mindfulnessbaserad kognitiv terapi  
vid depression



# Beteende terapeuten

Utgives av  
Beteendeterapeutiska föreningen

## Redaktionen

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

## Styrelsen

Linda Jüris, ordförande  
[linda.juris@kbt-centrum.se](mailto:linda.juris@kbt-centrum.se)  
Henrik Engelman, medlemssekreterare  
[bjf.medlemssekreterare@gmail.com](mailto:hjf.medlemssekreterare@gmail.com)  
Ljufur Dagsson, kassör  
[ljufurdagsson@hotmail.com](mailto:ljufurdagsson@hotmail.com)  
**Övriga ledamöter**  
Alexander Rozental  
[alexander.rozentel@psychology.su.se](mailto:alexander.rozentel@psychology.su.se)  
Monica Buhrman  
[Monica.Buhrman@psyk.uu.se](mailto:Monica.Buhrman@psyk.uu.se)  
Andreas Karlsson  
[andreas.karlsson@miun.se](mailto:andreas.karlsson@miun.se)  
Erik Hjalmarsson  
[erik.hjalmarsson@psykiatripartners.se](mailto:erik.hjalmarsson@psykiatripartners.se)  
Lena Fagerström  
[lenfa593@gmail.com](mailto:lenfa593@gmail.com)  
Li Wolf  
[li.wolf@neurokbtgbg.se](mailto:li.wolf@neurokbtgbg.se)  
Margareta Bylund-Andersson  
[margareta.bylund-andersson@sll.se](mailto:margareta.bylund-andersson@sll.se)  
Diana Fabian  
[diana.fabian@kbtvast.se](mailto:diana.fabian@kbtvast.se)  
Lise Bergman Nordgren  
[lise.bergman.nordgren@lin.se](mailto:lise.bergman.nordgren@lin.se)  
Frida Andersson (studeranderepresentant)  
[fridand@hotmail.com](mailto:fridand@hotmail.com)

## Redaktionellt

När jag skriver dessa rader är det (till min stora förtjusning) fortfarande sommar, men när du håller papperstidningen i din hand har nog hösten hunnit göra sitt intåg i Sverige åtminstone så smått. Förhoppningsvis har din sommar innehållit såväl ledighet som aktivitet av önskad frekvens, intensitet och duration - resor, socialt umgänge, läsning, husrenovering eller vad som nu ligger i din värderade riktning.

Årets BT-höstnummer innehåller både det ena och det andra. Vår vetenskaplige redaktör Nenad Paunovic har skrivit en omfattande artikel om tortyr och masstrauman. Den är intressant läsning i sig och innehåller bland annat en förklarande modell för uppkomst och vidmakthållande av PTSD i denna specifika population, samt tips vid genomförandet av KBT.

I Min syn på möter du Jonas Bjärehed, psykolog och forskare med området självskadebeteende som specialitet, och som varit en av de drivande i att introducera behandlingsmetoden ERGT i Sverige. Alejandro Muñoz Retamal fortsätter oförtrutet sina anteckningar om den terapeutiska relationen och bidrar också med att introducera en ny självskattningsskala för depression, AMR9. Dessutom rapporterar Björn Paxling om förberedelserna inför EABCT16 – missa inte det!

**Anna Eriksson**  
Redaktör Beteendeterapeuten

## I detta nummer:

Överlevande från tortyr och masstrauman.....	4
Arbetet med EABCT2016 – hur går det?.....	16
KBT och den terapeutiska relationen eller KBT och patient-terapeut-relationen som icke avgörande faktor?.....	18
AMR9 - Hur har du känt dig? – ett snabbscreeningsformulär.....	20
MADRS självskattning.....	22
Krönika.....	23
Min syn på: Jonas Bjärehed om KBT och självskadebeteende.....	24
Boktips.....	26
Styrelsesidor.....	30

**Manusstopp för nästa nummer:** 10 november 2015  
Bidrag skickas till: [marvette@hotmail.com](mailto:marvette@hotmail.com)  
Textformat: Word/RTF

**Omslag:** Foto: Freeimages.com/Gerla Brakkee  
**Tryck och repro:** Trydells Tryckeri AB  
**Redigering och layout:** Emma Olevik

## Ledare:

# • *Arion vulgaris*, inte längre i trädgården; 3486.

**M**itten av augusti, fortfarande semestertider och jag hoppas ni haft det bra i sommar trots vädret. Styrelsen tar det ganska lugnt under sommaren, men ibland sliter vi oss från semesterlunken för att arbeta med någon av våra stadgereglade uppgifter. Under Almedalsveckan hade vi till exempel åter en debattartikel i Dagens Nyheter, denna gång med titeln "Förbjud oseriös behandling av psykiskt sjuka patienter". Vi samarbetade i år med sfKBT, Psykologförbundet, Läkarförbundet samt föreningen Vetenskap och Folkbildning (vilken har till uppgift att främja folkbildning om vetenskapens metoder och resultat).

## Styrelsen tar det ganska lugnt under sommaren, men ibland sliter vi oss från semesterlunken för att arbeta med någon av våra stadgereglade uppgifter.

**Arbetet med nya hemsidan** pågår för fullt även i sommartider och vi i styrelsen är jättetacksamma över att så många av de medlemmar vi tillfrågat bidragit med sina expertkunskaper och sin tid. Vilka resurser den här föreningen har!

**I övrigt planeras** det för styrelsens årliga arbetshelg i början av september. I år har vi lagt den i Tallinn och vi passar på att främja samarbete med vår estniska systerförening samt göra reklam för EABCT16.

**Styrelsen vill påminna** om att det inte blir någon årskongress 2016, eftersom vi hoppas att EABCT16 i Stockholm blir vår naturliga möjlighet till vidareutbildning och nätverkande under kommande år. Årsmöte skall vi naturligtvis ha ändå, vilket kommer äga rum den 18:e mars i Stockholm, mer information om detta kommer under hösten.



Spansk skogssnigel (*Arion vulgaris*), populärt kallad mördarsnigel.

### Mitt sommarlov?

- Soldagar totalt (t o m 10/8); 10.
- Vattenskadorna i huset; 1. Antal berörda rum; 3.
- Barnkalas i vattenskadade huset med 18 deltagande barn; 1.
- Resdagar; 23 (varav 15 EFTER ovan nämnda vattenskada, tur i oturen).
- Arbetsplatser i flytt- alt byggkaos; 3 av 4 möjliga inklusive hemkontoret.
- Skönlitterära böcker, lästa; 5.
- KBT-böcker, lästa; 5 (Rickardson, Gustavsson, Ström och Carlbring bland författarna).
- Barnböcker om bajs, lästa; 287.
- Julklappar, inhandlade; 8.
- Längtan efter vardag och rutiner långt bort från Leos Lekland; stor.
- Längtan efter solresa med familjen i september; mycket stor.



**Linda Jüris**  
Ordförande  
Beteendeterapeutiska föreningen



# Överlevande från tortyr och masstrauman

samt implikationer för kognitiv beteendeterapi vid PTSD

**I denna artikel kommer några avsnitt att presenteras som är relevanta för kognitiv beteendeterapeutisk konceptualisering och behandling av PTSD som ett resultat av tortyr och masstrauman.**

Text: Nenad Paunovic

Foto: Freeimages.com/Gary Mcinnes, Martin Boulanger, Griszka Niewiadomski, Gerla Brakkee, Can Berkol, Philippe Ramakers, Cathy Kaplan, Brian Dimarucot, Phillip Collier

## Kognitiv terapi för överlevande från tortyr

Young (2009) använder sig av *begreppet tyranni* för att lära överlevande från tortyr att förstå hur vanliga människor kan komma att börja tortera andra människor. Denna modell består av fem steg. För det första att separera människor i grupper i termer av "vi" och "dem" (inomgruppen vs. utanförgruppen). Genom att separera människor i grupper av "vi" och "dem" kan man inta ett förhållningssätt inför den egna gruppen som den "rätta" och människor som är utanför denna grupp som "icke önskvärda" (bl a i termer av "ofarliga" och "mycket farliga" i olika hög grad).

För det andra ger man undervisning om människors naturliga tendens att lyda auktoritet (t ex Milgram, 1963). I situationer när en auktoritet ger order om att man ska skada andra människor tenderar många att lyda dessa order, särskilt om man uppfattar att ens egen säkerhet kan vara kompromissad om man inte skulle lyda order. T ex kan läkare tvingas att delta i tortyrprocessen på olika sätt (t ex genom att tillhandahålla behandling efter tortyren eller genom att fungera

som angivare åt "förtryckarna"). Dessa beteenden antas inte på något sätt vara frivilliga insatser, utan genomförs under hot om vedergällning. Detta leder till att i grunden goda människor kan börja göra hemska saker mot andra goda människor. För det tredje instrueras människor av auktoritära ledare att skada människor i utanförgruppen. Bandura (1986) uppger att för att skada andra i "utanförgruppen" så måste människors moraliska hinder överkommas. Dessa innefattar att omdefiniera omoraliska beteenden som hedervärda, lösgöra den individuella skulden, minimera/ignorera skadliga konsekvenser samt avhumanisera och beskylla offret. För det fjärde lär man människor i den egna gruppen att effektivt förtrycka meningsskiljaktigheter. Det gäller att i specifika situationer snabbt och våldsamt trycka ner motståndet och på så sätt eliminera hotet effektivt. För det femte lär man människor i den egna gruppen att förintä/döda personer som tillhör utanförgruppen ("utrota"). Här börjar människor att skada andra människor allvarligt, och t o m döda dem utan moraliska betänkligheter (se t ex

Zimbardo, 2007).

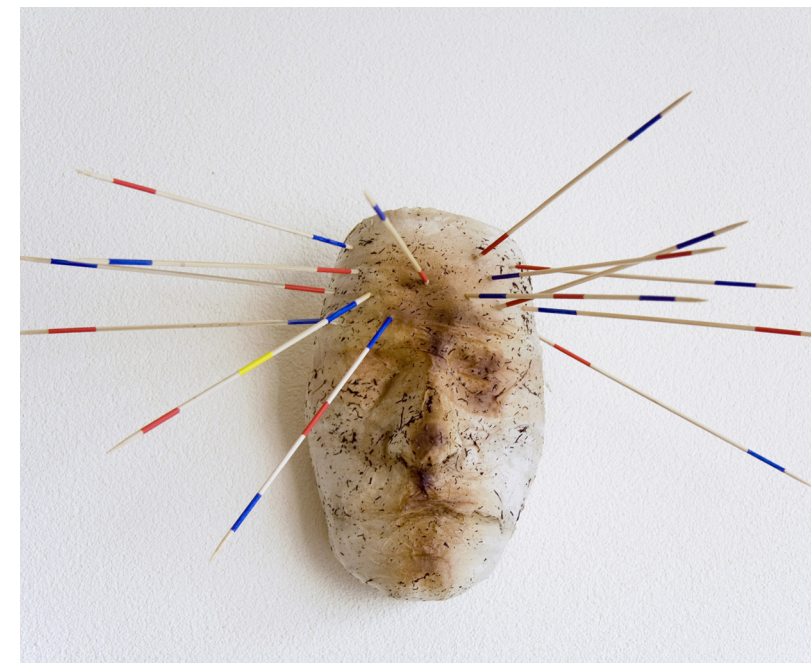
**Vilka metoder som än används så är den gemensamma nämnaren att man vill uppnå en kontrollförlust hos den som torteras.**

## Tortyrens främsta syfte är att skapa en total förlust av kontroll och prediktion av tortyren

Tortyrens syfte är att bryta ner människors psykiska kapacitet att kunna förutsäga och kontrollera sin extremt aversiva och farliga omgivning. Basoglu och Minekla (1999) beskriver en fasmodell för tortyr för att förklara den okontrollerbarhet och oförutsägbarhet som överlevande från tortyr upplever. Det beskrivs även hur människor utsatta för tortyr försöker motverka oförutsägbarheten av situationen för att återfå kontrollen i dessa extremt hotfulla situationer.

**Fas 1 - innan arresteringen/häktningen:** En möjlig prediktor för hur en fänge kommer att reagera på att bli arresterad och häktad är graden av oförutsägbarhet av häktningen och tortyren. Politiskt aktiva individer har i regel förberett sig inför den stress som olika former av politiskt förtryck innebär. Dessa individer kan även ha utvecklat förväntningar av kontroll genom sina tidigare erfarenheter. Dessa erfarenheter kan till viss del ha immuniserat dem mot tortyr. I motsats till detta så innebär en arrestering och häkning för individer utan en hög grad av politiskt engagemang och medvetenhet en mycket oförutsägbar händelse. Denna oförutsägbarhet och brist på immunisering via tidigare erfarenheter förväntas leda till högre nivåer av ångest och stress jämfört med hos personer som har varit politiskt aktiva.

**Kognitiva processer spelar en viktig roll i anpassningen av både den omedelbara och den långsiktiga psykologiska effekten av tortyr.**



**Fas 2 - häkning och förhör:** Tortyr kan utföras på många olika sätt. Vilka metoder som än används så är den gemensamma nämnaren att man vill uppnå en kontrollförlust hos den som torteras. Tortyrmetoderna ska vara oförutsägbara och blockera den torterades försök att hantera situationen. Syftet är att åstadkomma dylika maximala effekter. Efter arresteringen avskiljs ofta den häktade och hålls i fullständig isolering från andra fångar och omvärlden. Detta inkluderar släktingar och alla andra människor. Isolering under fängelseperioden genererar starka stressreaktioner. Efter arresteringen och flytten till ett förhørscenter är möjligheterna att undvika svår tortyr större om fången kan upprätthålla en kontakt med omvärlden. Många politiska grupper har utvecklat sofistikerade sätt att ha sina medlemmar under kontinuerlig uppsikt så att deras frånvaro kan noteras om de blir tillfångatagna av myndigheterna. Detta förfaringsätt utgör viktiga trygghets signaler för den häktade. Isolering tar ifrån fången sådana trygghets signaler och intensifierar känslor av hjälplöshet. Total isolering syftar också till att vidga gapet mellan mäktiga auktoriteter och hjälplösa individer så att några likheter i mänskliga kvaliteter dem emellan inte ska existera. Detta kan intensifiera torterarens hat och förakt för den häktade och främja aggressivt beteende. Detta ökar också fångens upplevelse av att helt och hållet vara i den ohämmat aggressiva förövarens våld.







## Tortyr kan resultera i extrema undergivna beteenden och ett beroende gentemot torterarna, vilket man vill åstadkomma.



Torterarens försök att underminera all känsla av hopp eller tillförsikt hos fången sker via olika former av förhörstekniker och tortyrmetoder som en totalt utsatt och isolerad fånge.

**Tortyrmetoder varierar** ofta från dag till annan med syfte att hitta den mest effektiva formen för den enskilda individen. Syftet är att öka fångens upplevelse av oförutsägbarhet och hindra denne från att utveckla psykologiska och andra motåtgärder mot tortyren. Svår misshandel kan ske rutinmässigt. Mera sofistikerade metoder inkluderar att använda elektricitet mot mun, öron, bröst och genitalier. Falanga innebär att fotsulorna blir slagna med en betong. En kombination av metoder kan användas för att förstärka skräcken hos den torterade individen. T ex falanga kan utföras när man samtidigt gör fången helt orörlig. Ofta sätter man ögonbindel på fången för att denne inte ska veta när och vad som kommer att hända härnäst (d v s maximera oförutsägbarhet). T ex kan flera individer omringa fången och slumpmässigt utdela slag så att varje nästkommande slag blir oförutsägbart. Ett annat exempel är att hota att slå fången med ögonbindel mot ett hårt objekt samtidigt som denne knuffas åt olika håll. Fången vet här inte när nästa slag kommer. Ytterligare exempel på tortyrmetoder som används för att inducera maximal psykologisk skada är följande:

- Att klä av fången naken vars syfte är att inducera ännu mer hopplöshet, upplevelser av fara samt förnedring.
- Skenavrättningar: ibland skjuter man med ett oladdat vapen mot fången. Vid andra tillfällen kan man tvinga fången att bevittna avrättningar av andra fångar. Vissa fångar kan tvingas att bevittna avrättningen av en nära släkting eller vän. Detta kan åsamka fången maximal psykologisk skada (t ex skuldskänslor).
- Ibland åsamkas fången oåterkalleliga kroppsliga skador, t ex mot genitalierna.
- Hot mot släktingar: torterarna kan hota att skada eller döda fångens släktingar. Detta kan inducera en mycket intensiv skräck och följsamhet hos många fångar. Det kan även väcka en mycket stark ilska mot torterarna.
- Man kan tvingas att bevittna hur

andra människor torteras, och ibland kan man själv tvingas att tortera andra människor.

- Man kan utsätta fången för ljud- och videospelningar av tortyr.
- Verbala hot: man inducerar oförutsägbara förväntningar om tortyr genom konstanta och väl avvägda verbala hot. De verbala hoten sker med varierande intervall för att förstärka skräcken och hjälplösheten hos fången. Syftet är att öka förutsägbarheten av när tortyren ska inträffa. De fångar som upplever att de kommer att bli dödade blir i regel mer traumatiserade än fångar som tror att de endast kommer att åsamkas fysisk smärta.
- Förnedring av fången: t ex kan torteraren trycka in en batong i fångens anus vilket är både extremt smärtsamt men också mycket förnedrande (bl a fråntar det fångens värdighet som människa).
- "Waterboarding": att utsätta fången för nära-drunkningsupplevelser. Denna kan genomföras med vatten, men kan även utföras med avföring och spyor.
- Hot om våldtäkt eller genomförd våldtäkt.
- Tortyr mot nära anhöriga.
- Verbala förolämpningar används för att skada individens identitetskänsla och självkänsla. I början reagerar fången vanligtvis med ilska och hot, men med tiden ger många upp och utvecklar en mycket stark hjälplöshet.

**Psykologiska reaktioner** under häktningen och förhören kan delas in i två grupper. Dels reaktioner mellan tortyrepisoder, och dels reaktioner under tortyren då fysisk smärta åsamkas. Psykologiska reaktioner under tortyren innefattar ofta depersonalisering ("detta händer inte mig, detta är inte min kropp"), derealisering ("detta är inte verkligt"), och känslomässig avtrubning. Tortyr kan resultera i extrema undergivna beteenden och ett beroende gentemot torterarna, vilket man vill åstadkomma.

**Fas 3 – fängelsevistelsen:** Man kan även under denna fas återigen bli förhörd och torterad. Dock är fängelsevistelsen i regel förknippad med mindre oförutsägbarhet, samt utgör ett mindre livshot än situationen i den föregående fasen. Levnadsförhållandena är dock ofta mycket förtryckande och hemska.

**Fas 4 – efter fängelsevistelsen:** En kritisk faktor under denna fas är

tillgängligheten av socialt stöd. Det är mycket viktigt att man blir fortsatt erkänd och accepterad av kamrater samt att man är förmögen att återgå till ett socialt (och eventuellt politiskt) fungerande. Ett dylikt socialt stöd beror delvis på hur den överlevande har betett sig under fängelsevistelsen och följt de moral-koder samt värderingar som är viktiga för den egna gruppen. Ibland kan torterade efter fängelsevistelsen bemötas osympatiskt från allmänheten. Den torterade kan bli skuldbelagd för att ha åsamkat sig själv tortyren. Vanligaste psykologiska reaktioner under denna fas innefattar PTSD-symptom samt somatiska symptom. Även psykotiska symptom förekommer (särskilt paranoidea reaktioner).

**Denna fasmodell** som är utvecklad av Basoglu och Mineka (1999) har sina begränsningar. Den är utvecklad utifrån en särskild grupp av torterade individer, vilket inte kan generaliseras till andra grupper, länder och förtryckande makthavare. Det är alltid viktigt att hålla ett vakande öga på hur olika former av förtryck och tortyr sker från olika makthavare. Dessutom, en fasmodell är en generell modell som endast kan tillämpas som en allmän riktlinje. Det kan variera avsevärt mellan individer i termer av hur de passar in på dessa faser i modellen. Dessutom kan "individuella modeller" avsevärt skilja sig från denna generella modell. T ex kan tortyr bedrivas systematiskt under en fängelsevistelse (fas 3). Och även efter fängelsevistelsen (fas 4) kan den torterade individen, samt dennes familj och vänner, fortsättningsvis komma att utsättas för ett systematiskt förtryck.

**Att hantera tortyrhotet: upprätthålla kontroll och förutsägbarhet**  
Fångens försök att undvika eller minimera tortyren börjar från det första ögonblicket och faller in under två områden: (1) beteenden som syftar till att minska stressen som skapas av isoleringen och oförutsägbarheten av när tortyren kommer att inträffa, och (2) beteenden som syftar till att minimera den fysiska och psykologiska smärtan

under tortyren. Alla upptänkliga försök görs för att få kontakt med fångar eller utomstående för att få reda på vad förtryckarna vill få ut av dem, vem mer som har blivit arresterad, vem som har sagt vad under förhör med mera. Speciella koder för kommunikation kan utvecklas. En realistisk bedömning av risken för tortyr minskar oförutsägbarheten av situationen även om man är säker på att tortyr troligen kommer att inträffa. När kommunikation inte är möjlig försöker man utveckla andra sätt att sända

meddelanden, t ex knacka i väggar på särskilda sätt. Effekten av isolering maximeras när man begränsar fångens möjlighet att röra sig vilket tar bort möjligheten att utöva nästan all slags kontroll över sig själv. Beteendemässiga och kognitiva strategier syftar till att upprätthålla en upplevd självkontroll. Ex-fångar uppger ofta hur viktigt det var att utöva någon slags kontroll över händelser även när det de gjorde troligen skulle leda till ytterligare bestraffning. T ex att medvetet vara olydig eller att vägra att uttrycka tecken på stark smärta under tortyren är menat att frustrera torterarna. Att göra detta kan vara tillfredsställande eller frustrationsreducerande därför att man slutar att vara en passiv mottagare av andras handlingar. Att motstå tortyren är ett effektivt sätt att revanschera sig när torteraren misslyckas i att knäcka fången. Detta kan få torteraren att känna sig generad och att förlora sin prestige bland andra torterande kollegor. Kognitiva processer spelar in en viktig roll i anpassningen av både den omedelbara och den långsiktiga psykologiska effekten av tortyr. Personer som har en större medvetenhet om den socio-politiska kontexten av tortyr och dess syften verkar vara bättre skyddade mot den traumatiska effekten av tortyr.

**Tillgänglighet av känslomässigt stöd** från andra fångar verkar vara en kritisk faktor för hur snabbt man återhämtar sig från effekterna av tortyr. En viktig strategi under förtryckande fängelseförhållanden är kollektiva hungerstrejker. Sådana handlingar kan leda till uppmärksamhet från nationella och

internationella nyhetsmedier vilket sätter press på fängelseledningen såväl som regeringen. Hungerstrejker kan öka solidariteten och kontrollen mellan fångarna, men kan även leda till svält och t o m död. Att svälta sig själv som respons på okontrollerbar stress kan betraktas som ett ytterligare sätt att återfå sin kontroll.

**Efter fängelsevistelsen** kommer de personer som har återhämtat sig under fängelsevistelsen att anpassa sig bättre och uppleva mindre psykiska problem. För dem som inte har återhämtat sig under fängelsevistelsen avgör flera faktorer hur de kommer att klara sig. En viktig faktor är graden av fortsatt hot mot en själv eller ens vänner och släktingar. Acceptansen från kamrater är kritisk under denna fas. En positiv attityd från ens kamrater ger inte endast ett känslomässigt stöd utan skapar också förutsättningar för att man återtar sina sociala (och eventuellt politiska) aktiviteter. Socialt stöd kan vara nödvändigt för att man ska kunna återhämta sig från känslor av hjälplöshet och kontrollförlust som upplevdes under tortyren. Den överlevande måste också anpassa sig till den verbalt inducerade hjälplösheten, som kan motarbetas på lång sikt i och med att den överlevande blir varse om att många eller de flesta negativa konsekvenser som torterarna hotade med inte har realiserats.

### Att motverka offerrollen med kognitiva interventioner

En viktig beståndsdel i psykoterapi är kognitiva interventioner som syftar till att den överlevande ska överge sin "offerroll" i följderna av tortyren. Detta syftar till att hjälpa den överlevande i att återfå en upplevelse av kontroll över tortyrminnena såväl som nuvarande miljömässiga omständigheter. Vittnesmålsmetoden (Cienfuegos & Monelli, 1983; Agger & Jensen, 1990) syftar till att vända hjälplösheten inför tortyrminnena till ett effektivt politiskt instrument mot tortyren och torterarna. Detta ger tortyren en helt ny betydelse. Att återfå kontroll över rädslainducerande tortyrminnen förväntas minska känslor av hjälplöshet.

### Kognitiva beteendeterapeutiska strategier vid behandling av tortyrrelaterad PTSD (Basoglu, 1999, Basoglu & Aker, 1996)

Psykoedukation om PTSD-symptom ökar motivation till behandling och





## Tortyr innebär att tilliten till en yttre auktoritet har våldförts på ett intensivt och brutalt sätt. Inget är viktigare än att adressera den brustna tilliten till andra människor.

kan i sig vara terapeutiskt. Detta kan vara särskilt viktigt för personer som somatiserar sin ångest och tror att PTSD-symptom är ett resultat av en inre psykisk skada som har orsakats av tortyren. Kognitiv terapi kan inriktas på att utmana dylika och andra felaktiga övertygelser om PTSD-symptom. När en gemensam förståelse för PTSD-symptom har nåtts mellan terapeut och klient tittar man på hur symptomen har påverkat klientens sociala fungerande. Till exempel hur irritabilitet och ilska kan inverka negativt på ens relationer i privatlivet och på arbetet. Klienten behöver till fullo förstå rationellen för att konfronteras med sina tortyrminnen. Den främsta anledningen är att man vill hjälpa klienten att habituera sina smärtsamma känslor inför exponering för tortyrminnet och andra utlösande situationer så att dessa inte längre framkallar dessa känslor. Undvikandet av smärtsamma tankar och situationer som påminner klienten om tortyren upprätthåller PTSD-symptomen. Det yttersta målet är att återfå ett normalt socialt

fungerande. Det är viktigt att klienten informeras om att en initial förväring av PTSD-symptomen kan ske. En dylik symptomökning i början av terapin innebär vanligtvis att klienten har påbörjat att aktivt återuppleva minnena av tortyren.

**De mest obehagliga** och handikappande tortyrminnena kan prioriteras i terapin. Tortyren återupplevs vid en PTSD-diagnos, inkluderat blyxtminnen och mardrömmar. Symptombilden innefattar vanligtvis även svåra sömnstörningar, starka rädslor och undvikanden av situationer som påminner om tortyren, som framkallar en orealistisk rädsla för att återigen bli arresterad, utsatt för tortyr eller dödad, samt depression. Även om allvarliga suicidtankar inte är framträdande bör depression prioriteras i terapin eftersom denna undergräver en motivation och behandlingen. Depression kan dessutom blockera habituering vid traumaexponering. Prioriteter i behandling diskuteras fullt ut med klienten och konsensus eftersträvas. Man

försöker inte att pådyvla klienten sitt perspektiv utan man försöker istället att stimulera ett aktivt engagemang från klienten.

**Behandlingssessioner genomförs** initialt 2-3 ggr/vecka. Varje session varar i ca 1,5-2 timmar och ibland längre beroende på det material som täcks och hur fort det går att gå igenom respektive material. Antal sessioner varierar mellan 10-20. Terapeuten börjar med att be klienten att berätta om händelser som ledde fram till arresteringen, fängelsevistelsen och tortyren. En kronologisk redogörelse är att föredra eftersom detta möjliggör att man gradvis kan nå fram till de mest obehagliga och skrämmande tortyrminnena. Detta hjälper även terapeuten att upptäcka möjliga minnesluckor. När de mest smärtsamma delarna av tortyrminnet börjar återberättas ber man klienten att föreställa sig den traumatiska situationen så tydligt som möjligt, samt att om och om gå igenom de smärtsamma minnena. Detta fortsätter man med tills

en tydlig minskning av ångesten, rädslan och skräcken uppnås (t ex minst 30-50% reduktion av skattningar av subjektivt obehag [t ex enligt en 0-100 skala]). Två sorters stimuli kan presenteras under sessionen: traumaspecifika stimuli och betingade stimuli. Traumaspecifika stimuli innefattar minnena av tortyren, metoder som användes och den fysiska samt psykiska smärtan som man upplevde. Betingade stimuli är ofarliga stimuli som under traumat och dess följder blir förknippade med den tortyrrelaterade rädslan och skräcken. Terapeutens roll är

att vägleda klienten att återberätta och återuppleva ett antal smärtsamma tortyrminnen, samt främja ett återupprepat återberättande och känslomässigt engagemang inom ramen för en trygg miljö. En icke-dömande, omvårdande och stödjande attityd är nödvändig från terapeuten. En riktlinje för hur mycket material man ska gå igenom under en session är att man ska se till att man inte utmattar klienten fysiskt och psykiskt. Ett utmattningstillstånd kan blockera en känslobearbetning och förväxlas med habituering. En utmattad klient kan fortfarande uppfatta och återge smärtsamma tortyrminnen, men är för tillfället oförmögen att reagera känslomässigt på dem (s k avtrubbnings-symptom). Enligt Basoglu (1999) är traumaspecifika känsloreaktioner lättare att få tillgång till och habituera än betingade stimuli såsom skuld, skam, förnedring och andra känslomässiga reaktioner. Sådana reaktioner kan istället bearbetas med hjälp av kognitiva interventioner. Basoglu föreslår dock att man väntar med kognitiv terapi tills en betydande grad av habituering har åstadkommit. Klienter som reagerar med extrem rädsla och skräck under exponeringsbehandling behöver i regel ett betydligt mer gradvist närmande till sina tortyrminnen och in vivo situationer för att rädslan och ångesten ska vara tolererbar vid varje steg. Terapeuten uppmuntrar klienten att genomföra exponeringsuppgifter på egen hand. Klienten måste få ett omfattande känslomässigt stöd, uppmuntran och verbalt beröm för varje framsteg. Det är viktigt att klienten registrerar sina hemuppgifter i en

**En icke-dömande, omvårdande och stödjande attityd är nödvändig från terapeuten.**

dagbok så att framsteg kan analyseras och svårigheter lösas under nästkommande session.

**Kognitiva interventioner** är viktiga med tanke på att depression är mycket vanligt vid tortyrrelaterad PTSD. Kli-

enter som ser sig själva som misslyckade i att anpassa sig till tortyren eller som har uppvisat "ovärdiga" beteenden för att förhindra ytterligare tortyr kan se sitt misslyckande som ett tecken på en inneboende "svaghet" i sin personlighet eller som en brist på stabila värderingar. De ursprungliga

värderingarna har förstärkts av den grupp som man har tillhört (t ex en politisk grupp). Det faktum att man inte har kunnat upprätthålla sina värderingar under tortyren kan leda till en efterföljande hög grad av skuld, skam, och socialt tillbakadragande. Klienten uppmanas här att tänka på vad man gjorde under tortyren som var en nödvändig mänsklig reaktion av överlevnadsskäl. Att man var utsatt för en extrem påfrestning som syftade till att bryta ner en psykologiskt, och att man har blivit utsatt för en situation som innebar att man tvingades att fatta ett "omöjligt val". Att bryta ihop under en dylik extrem situation inte är ett tecken på svaghet. Självförebärrelser kan innebära att man har betett sig på ett sådant sätt eller sagt saker som har lett till att vänner eller släktingar har arresterats, torterats eller dödats. Förnedringar och nedvärderingar som upplevdes under tortyren kan leda till en låg självkänsla, skam och skuld. En bristande förmåga att tillskriva en mening till sina upplevelser är ofta i stark konflikt med att man innan tortyren har levt med övertygelser om att omvärlden är en rättvis plats att leva i. Den genomgripande misstänksamheten och bristen på tillit till andra människor hos torterade överlevande innebär att man har förlorat den mest grundläggande tilliten till andra människor.

**Basoglu (1999) uppger** att partiella eller korta exponeringar vanligtvis är ineffektiva. Detta kan förklara förvärrade symptom hos vissa torterade klienter. Detta har att göra med hur

tortyrcentra ställer sig i förhållande till exponeringsbehandling. Vissa tortyrcentra bemödar sig om att inte påminna den överlevande om tortyren när de genomgår ett rehabiliteringsprogram. Ett ställningstagande till att undvika traumaväckande stimuli kan vara antiterapeutiskt. Rehabiliteringsprogram brukar dock innehålla exponering för påminnelser av traumat trots en "antiexponeringsattityd". Medicinska undersökningar, fysioterapi, och andra procedurer kan påminna om tortyr situationen och på så sätt utgöra viktiga delar i en exponeringsbehandling för tortyrrelaterad PTSD. Genom att medvetandegöra dessa situationers betydelse för klienter och annan vårdpersonal kan man förbättra samarbetet och på ett effektivt sätt hjälpa klienten att habitueras inför tortyrminnen och betingade stimuli. Detta kan dock kräva ett omfattande samarbete mellan psykoterapeuter och olika instanser inom sjukvården.

### Kliniska dilemman i det kliniska arbetet med torterade klienter

Ett antal potentiella kliniska dilemman vid behandling av torterade överlevanden har beskrivits av Pope och Garcia-Peltoniemi (1991). Vissa kliniker kan uppleva en i det närmaste fobisk reaktion inför att höra detaljer om tortyren. Å andra sidan kan andra kliniker bli alltför nyfikna så att de på ett otillbörligt sätt pressar klienten på för mycket detaljer. Kliniker måste se till så att deras politiska övertygelser och dylikt inte påverkar relationen till klienten. Vissa klienter som har utsatts för tortyr kan fortfarande vara rädda för att utsättas för fara, t ex vid den aktuella kliniken där de söker psykologisk/psykoterapeutisk behandling. En försvårande omständighet är asylsökande som inte har ett uppehållstillstånd för att vistas i det aktuella landet. Kliniker kan ibland konfronteras inför faktumet att professionella kollegor från klientens land har varit involverade i tortyren av klienten. Den psykoterapeutiska situationen kan i vissa avseenden påminna om tortyr situationen, t ex följande aspekter:

- Att man träffar en professionell (ofta legitimerad) som uppfattas som en representant för staten eller samhället.
- Att klienten upplever sig sårbar och i behov av hjälp.
- Att mötet sker i ett privat lokal eller att lokalen eller byggnaden



- påminner om tortyrplatsen.
- Att man får frågor som är oerhört personliga.
- Att man upplever processen som påträngande.
- Att det finns en diskrepans i maktföroganden.
- Att intensiva känslor väcks.

Klinikern har ett viktigt ansvar att ha en uppsikt över sina reaktioner, att tillförsäkra sig allt nödvändigt stöd, och att se till så att hen inte blir för starkt negativt påverkad för att fungera effektivt. Det är viktigt att tänka på att tortyr innebär att tilliten till en yttre auktoritet har våldförts på ett intensivt och brutalt sätt. Inget är viktigare än att adressera den brustna tilliten till andra människor. Det är viktigt att tillförsäkra sig klientens tillit vilket man måste göra sig förtjänt av. Detta innefattar bl a att ha en gedigen kunskap om tortyr och dess psykologiska konsekvenser. Såväl miljön som vissa procedurer (t ex att få vänta länge inför en session) kan utlösa tortyrminnen. På basis av en kunskap om dessa faktorer kan man minimera så många aspekter som möjligt som skulle kunna utlösa traumaminnen. För vissa klienter kan bedömningssituationen påminna om tortyrsituationen. Aspekter som är viktiga att tänka på är att klienten kan uppleva att de används som försökskaniner, att de känner att privatlivet är kompromissat, och att bedömningssituationen är för främmande i relation till ens egna kulturella värderingar. För många torturerade klienter är kognitiv funktionsnedsättning ett vanligt problem. Koncentrationssvårigheter och minnesproblem inverkar störande på tillägnet av nya språk, förmågan att hålla kvar ett arbete eller att genomgå en utbildning.

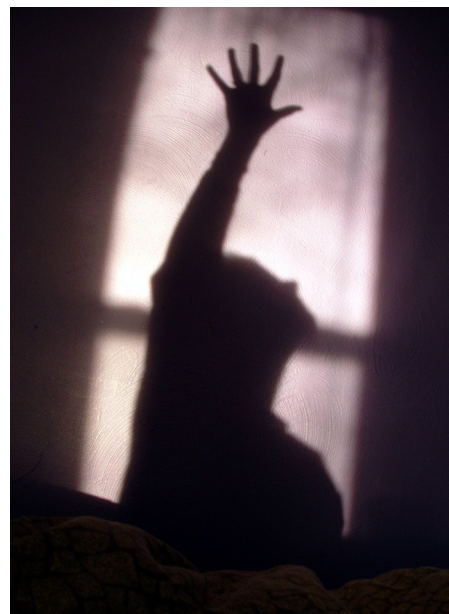
## Somatiskt fokuserade frågor kan leda till att man får fram kliniskt relevantare information.

### Den kulturella/religiösa betydelsen av PTSD-symptom och panikattacker hos kambodjanska flyktingar (Hinton, 2006)

Många kambodjaner som har överlevt Pol Pots regim har upplevt multipla trauman. Inom denna flyktinggrupp har ett flertal anpassningssvårigheter yttrat sig. Bristfälliga språkkunskaper, bristfällig utbildning, en hög grad av

analfabetism i modersmålet. DSM-systemet har kritiserats för att inte innefatta kulturspecifika reaktioner på trauman. Traumatiserade kambodjaner uppvisar kulturspecifika symptommanifestationer. Det är viktigt att fokusera på somatiska symptom. Kambodjaner somatiserar ofta traumarelaterade symptom. Det kulturella syndromet "svagt hjärta" är vanligt bland kambodjanska flyktingar. Kambodjaner ser PTSD och ångeststörningar som ett uttryck för en kroppslig svaghet som de kallar "svagt hjärta". Man oroar sig för att ett "svagt hjärta" kan resultera i olika farliga fysiologiska händelser såsom "bristande vind och blodflöde" som potentiellt kan orsaka olikartade fysiska katastrofer såsom

en "vindattack". Centralt för kambodjanernas tolkning av ångestsymptom är begreppet "vind" vilket innebär någon slags "inre vind" som man tror obehindrat blåser genom de olika delarna av kroppen ungefär som blod. Kambodjaner tolkar ångestsymptom som orsakade av ett avbräck i ett lämpligt flöde av "vinden" och blodet i kroppen. Dessa typer av katastroftankar om somatiska symptom är vanliga i sydostasien (Laos, Vietnam m m). När man får en panikattack kallar man det för en "vindattack". Därefter ägnar man sig vanligen åt självbehandlingar som syftar till att ta bort "vinden" (s k "wind-removal techniques"). Dessa självbehandlingar utgör säkerhetsbeteenden som förstärker katastroftankarna om "vinden". T ex använder man sig ibland av metoden "myntning" som innebär att man doppar ett mynt i "vindolja" och därefter trycker myntets kant mot skinnet och drar det i en viss riktning. Oftast görs detta på armar, bröst och rygg. Klienten undersöker färgen efter strykningen. Vid röd färg har man en låg grad av "vind", och vid en mörkare färg har man en högre grad av "vind" i kroppen. Om man märker en mörkare färgton (t ex lila) blir man mera oroad och därefter upprepar man myntningen eller tar till ytterligare metoder för att få bort "vinden". T ex "koppning" som innebär att man lägger ett varmt glas mot skinnytan. Detta leder till att skinnet



dras uppåt mot glaset vilket man tror leder till att man drar ut "vinden" från kroppen.

Betydelsen av somatiska symptom måste också förstås i relation till traumatiska minnen. En lång rad olika fysiska sensationer kan utlösa traumarelaterade minnen. Somatiska symptom utgör också metaforer för nuvarande livsproblem (t ex att vara skuldsatt, äktenskapskonflikt o dyl), och omvänt, tankar om nuvarande livsproblem kan leda till somatiska

## Den psykoterapeutiska situationen kan i vissa avseenden påminna om tortyrsituationen.

symptom. Kambodjaner har således trefaldiga associationer av somatiska ångestrelaterade sensationer. För det första rädslan för att ha ett "svagt hjärta", för det andra överväldigande traumatiska minnen, och för det tredje de svåra livsproblem som de föregående väcker (ekonomiska problem, barn som har involverats i gäng etc). Det är mycket viktigt att förstå dessa betydelser som tillskrivs de somatiska symptomen hos denna klientgrupp. Det finns en lång rad olika associationer som somatiska symptom kan väcka hos kambodjanska flyktingar.

- **Yrselsymptom** är en indikation på att "vinden" och blodet kommer upp i huvudet som kan leda till en fysisk katastrof. Traumaassociationer som sker är att man ofta svimmade av att stå i Pol Pots koncentrationsläger efter en dags hårt arbete och kontinuerlig svält. Sjukdomar såsom malaria framkallade också yrselsymptom via ett flertal sjukdomssymptom. Exempel på en metafor som t ex föräldrar kan uttrycka är "min son får mig att bli yr" (en son som upprör sina föräldrar).
- **Hjärtklappning** utlöser en oro över att man har ett "svagt hjärta". Hjärtklappning upplevdes ofta av kambodjaner som respons på en mängd olika trauman. Ett exempel på en metafor är t ex när man blir förolämpad vilket uttrycks som "att ha smärta i hjärtat".
- **Magsensationer** kan leda till en oro över att dessa symptom är tecken på att det sker en "uppåtgående vind" som kan leda till fysiska katastrofer (t ex hjärtstopp, brustna nackådror). Traumaassociationer som ofta förknippas med sensationer i magen är en lång omfattande svält i koncentrationsläger. Metaforer som förknippas med sensationer i magen är exempelvis att vara "överfull av en situation" eller att

ha bilder av äckelkänslor, "han får mig att känna mig spyfärdig".

- **Kalla lemmar** som t ex kalla fötter kan tolkas som att flödet av "vinden" och blodet har blivit blockerat i ett ben och i andra lemmar. Man är rädd för att lemman ska dö av brist på närande blod. Vad gäller kopplingen till trauman så upplevde man kyla och svåra förkylningar i samband med svåra väderförhållanden i koncentrationslägret. Även när det var varmt så kunde man uppleva dessa symptom p g a sjukdomar (t ex malaria). Ett exempel på en relaterad metafor är att uttrycka att kroppen känns "varm" när man upplever en personlig närhet till någon.
- **Obehag i lederna och ömma lemmar-muskler** tolkas som indikationer på att flödet av "vinden" och blodet har blockerats, precis som vid andra kroppsliga symptom. Vad gäller associationer till trauman så tvingades man att arbeta upp till 20 timmar per dag i Pol Pots koncentrationsläger vilket ledde till ömma leder och muskler. Ett exempel på en metafor är att en blockerad lem representerar en blockering av flödet i livet och i ens relationer.
- **Spänningar i nacken** tolkas av kambodjaner som ett stort tryck av "vinden" och blodet som kan leda till en bristning i nackkärnen. Traumaassociationerna relateras till ett mycket tungt arbete i koncentrationslägret då man fick bära mycket tunga hinkar på sina axlar vilket skapade mycket stora spänningar i nacken. En annan association är en form av avrättning under Pol Pots regim då man slog människor i bakhuvudet och orsakade en "bristning i nackådrorna". Metaforiskt kan kambodjaner uttrycka t ex ekonomiska och andra problem med att de är "tunga i nacken".

Somatiskt-fokuserad KBT för traumatiserade kambodjanska flyktingar kan sammanfattas i ett antal viktiga punkter:

- Att fråga dessa flyktingar typiska frågor om PTSD-symptom och ångestsymtom vid panikstörning resulterar ofta i felaktiga nej-svar. För det första förstår man inte frågan. Man vet t ex inte vad ett blixtninne är (d v s "flashback").
- Man kanske inte vill ge någon information därför att man är rädd för att återuppleva händelsen genom att prata om den.
- Man kan uppleva frågor som för privata. Man kanske inte vill dela med sig personlig information utanför familjen.
- Man kan vara rädd för att dela med sig information därför att man tror att den kommer att användas emot en.
- Man kan dölja information därför att man skäms, antingen utifrån personliga eller kulturella anledningar.

Somatiskt fokuserade frågor kan leda till att man får fram kliniskt relevantare information (Hinton, Chhean m.fl., 2005; Hinton, Pham m.fl., 2004; Hinton, Safren m.fl., 2006). Genom att fråga om ett särskilt tillfälle under vilket ett somatiskt symptom upplevdes kan man få fram adekvat information av flera anledningar. För det första kommer sådana frågor att lättare förstås. För det andra kommer det att hjälpa klienten att minnas traumat. På grund av att man vill ha en lindring i sina somatiska symptom kan man berätta om dessa i hopp om att man kommer att få en symptomlindring. Ett fokus på somatiska symptom har förutsättningar att leda till en empatisk relation, öka klientens motivation och förbättra samarbetet mellan terapeut och klient som blir mycket villigare att dela med sig av viktig information.

Referenser till artikeln på nästa sida!

# Referenser

Agger, I., & Jensen, S.B. (1990). Testimony as ritual and evidence in psychotherapy for political refugees. *Journal of Traumatic Stress, 3*, 115-130.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Basoglu, M. (1999). Behavioural and cognitive approach in the treatment of torture-related psychological problems. In M. Basoglu (Ed.), *Torture and its consequences: Current treatment approaches*, pp. 402-429. Cambridge: Cambridge University Press.

Basoglu M and Aker T (1996) Cognitive-behavioural treatment of torture survivors: A case study. *Torture, 6*, 61-65.

Basoglu, M. & Mineka, S. (1999). The role of uncontrollable and unpredictable stress in post-traumatic stress responses in torture survivors. In M. Basoglu (Ed.), *Torture and its consequences: Current treatment approaches*, pp. 182-225. Cambridge: Cambridge University Press.

Cienfuegos, A.J., & Monelli, C. (1983). The testimony of political repression as a therapeutic instrument. *American Journal of Orthopsychiatry, 53*, 43-51.

Hinton, D.E. (2006). Symptom presentation and symptom meaning among traumatized Cambodian refugees: Relevance to a somatically focused cognitive-behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice, 13*, 249-260.

Hinton, D.E., Chhean, D., Pich, V., Safren, S.A., Hofmann, S.G., & Pllack, M.H. (2005). A randomized controlled trial of CBT for Cambodian refugees with treatment-resistant PTSD and panic attacks: A cross-over design. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 617-629.

Hinton, D.E., Pham, T., Tran, M., Safren, S.A., Otto, M.W., & Pollack, M.H. (2004). CBT for Vietnamese with treatment-resistant PTSD and panic attacks. *Journal of Traumatic Stress, 17*, 429-433.

Hinton, D.E., Safren, S.A., Pollack, M.H., & Tran, M. (2006). Cognitive-behavior therapy for Vietnamese refugees with PTSD and comorbid panic attacks. *Cognitive and Behavioral Practice, 13*, 271-281.

Milgram, S. (1963). Behavioral study of obedience. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 67*, 371-378.

Pope, K.S., & Garcia-Peltoniemi, R.E. (1991). Responding to victims of torture: Clinical issues, professional responsibilities, and useful resources. *Professional Psychology: Research and Practice, 22*, 269-276.

Young, K. (2009). Cognitive therapy for survivors of torture. In N. Grey (ed.), *A casebook of cognitive therapy for traumatic stress reactions*, pp. 247-264. East Sussex: Routledge.

Zimbardo, P.G. (2007). *The Lucifer effect: Understanding how good people turn evil*. New York: Random House.

Grattis:  
**Alejandro Muñoz Retamal!**

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

**OBS!**

Manusstopp för nästa nummer av  
Beteendeterapeuten är

**10 november 2015**

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



psykologpartners

## Grundläggande psykoterapiutbildningar i KBT

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

Kommande kursstarter

Linköping, anpassad för ST-läkare (tre terminer), start den 30 november 2015

Stockholm, start den 19 januari 2016

Malmö, start i september 2016

Information och anmälningsformulär hittas på [www.psykologpartner.se/utbildningar](http://www.psykologpartner.se/utbildningar)



ANNA EHNVALL  
KBT KOMPETENS

Lillian  
Noring  
Andersson

Sally Marshall  
Cognitio

För andra året arrangerar Anna Ehnvall KBT-Kompetens, Lillian Noring Andersson samt Sally Marshall Cognitio

## Grundläggande psykoterapiutbildning

(steg-1) i KBT, Göteborg, start 9 februari 2016

Utbildningen motsvarar 45 högskolepoäng och ges under tre terminer på halvfart.

Anmälan senast 18 december, 2015

Läs mer på [www.ehnvalkbtkompetens.se](http://www.ehnvalkbtkompetens.se)





## 8th World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies

Advances and innovations in the behavioural and cognitive therapies across the world

22-25 June 2016

Melbourne Convention and Exhibition Centre  
Australia

[www.wcbct2016.com.au](http://www.wcbct2016.com.au)



**President and Convenor: Ross G. Menzies**  
**Chair, Scientific Committee: Michael Kyrios**



**AUSTRALIAN ASSOCIATION FOR  
COGNITIVE AND BEHAVIOUR THERAPY**

Dear EABCT Member Organisation

## 8th World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies 2016 (WCBCT). June 22-25, 2016. Melbourne, Australia

On behalf of the Organising Committee and the Australian Association for Cognitive and Behaviour Therapy (AACBT), it is my great pleasure to invite you to the 8th World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies 2016 (WCBCT).

The theme of the congress is **Advances and innovations in the behavioural and cognitive therapies across the world** and we are seeking to showcase the latest and greatest developments in cognitive and behavioural procedures. We are particularly interested in research from emerging countries, and in regions where CBT has not been the dominant treatment modality in the past. We also invite delegates from beyond the traditional disciplines of mental health. CBT is not owned by any single profession - we want to hear about applications of the cognitive and behavioural sciences in experimental psychology, clinical psychology, psychiatry, nursing, social work, and a range of related areas in allied health and health policy. The 8th WCBCT 2016 is an inclusive event and is relevant to all individuals and organizations that seek to apply cognitive and behavioural principles to help people change their lives.

We hope to bring together over 4,000 practitioners, researchers and policy specialists from around the world to discuss advances and innovations in the behavioural and cognitive therapies. The Congress will provide delegates with a scientific program of global significance and regional relevance, and will aim to share ideas, upskill practitioners, inform researchers, and facilitate networking amongst the cognitive and behavioural therapy community. We live in exciting times with research outcomes, clinical and other applied expertise, and policy developments constantly augmenting our understanding of how best to help treat dysfunction and maximize wellbeing. The 8th WCBCT 2016 will bring together the best practitioners, researchers and thinkers in our domain.

### The scientific program will consist of:

- State-of-the-art keynote addresses by internationally renowned experts covering key areas within the cognitive and behavioural therapies
- Invited addresses by international experts on specific topics
- Symposia - both invited and submitted
- Panel discussions and forums with experts – both invited and submitted
- A comprehensive program of full-day and half-day workshops presented by world-class practitioners
- Coverage of controversies in the cognitive and behavioural therapies: Invited debates and panels
- Streams of individual papers highlighting specific topics of interest
- Short oral presentations and interactive poster sessions
- Specific invited and submitted streams highlighting issues in the cognitive and behavioural therapies, including policy developments in healthcare systems, use of technologies, and working in multidisciplinary teams.

The Congress will be held in Melbourne from June 22-25, 2016. Melbourne was Australia's first Olympic city, and is still considered the sporting, food and shopping capital of 'Oz'. With its style and sophistication, the city is known for its distinct bohemian atmosphere and cultural charm. It's no surprise that this cosmopolitan treasure has been voted the **'World's Most Liveable City'**.

Our Congress venue, the Melbourne Convention and Exhibition Centre (MCEC), was the world's first 'Six Green Star' environmentally rated centre. It is fully integrated with the Hilton South Wharf Hotel and is nestled on the Yarra River with fabulous restaurants, bars, cafes, shops, hotels and galleries. Notably, the MCEC is among the most centrally located, large convention centres in the world. A simple stroll across the Yarra takes you directly into the heart of Melbourne.

In addition to this outstanding scientific program, you can be assured of an exciting range of social events including dinners, dancing, wine tastings, and pre- and post-Congress tours. We understand that for many delegates, Australia seems a long way to come. So be assured that we will do all we can to facilitate your trip 'down under' by offering you an exceptional range of tour options direct from the Congress website. We want you to see all of Australia, the sixth largest country on the planet, when you come to us in 2016. Visit spectacular Sydney, with its iconic harbour and astonishing Opera House. Head to Queensland for the Great Barrier Reef, the beaches of the Sunshine and Gold Coast, and explore the amazing Daintree Rainforest. Fly to the outback of central Australia to visit Uluru. Learn, from Indigenous guides, why the rock and surrounding land have such huge spiritual significance to the Aboriginal people.

These are just some of the options for your trip to Oz. Why not visit the beautiful Island state of Tasmania? The wine regions of South Australia? The stunning west coast with its national parks, beaches, and indigenous experiences? We want you to see the kangaroos and cuddle a koala - its all waiting for you in Australia!

Finally, we wish to emphasize that the future of the cognitive and behavioural therapies rests in the minds of the young. So we make a special call to postgraduate students and early career researchers and clinicians – come and show us where you will take the field in the decades ahead. Come to Melbourne and make this the greatest meeting in the history of our disciplines.

Find out more at [www.wcbct2016.com.au](http://www.wcbct2016.com.au).

Ross Menzies, PhD. President and Convenor, 8th WCBCT, Melbourne, Australia 22-25, June 2016.





# Arbetet med EABCT2016 – hur går det?

Text & foto: Björn Paxling,  
ordförande i styrgruppen för  
EABCT2016

I skrivande stund är det två och en halv vecka kvar tills årets EABCT-kongress, som den här gången kommer att hållas i Jerusalem. För oss som arrangerar 2016 års kongress är det en lite särskilt spännande tidpunkt, eftersom det är den sista EABCT-kongressen innan det är vår tur att stå som värdar i Stockholm! För några av oss började den här resan redan sensommaren 2011, då beslut togs om att sfKBT och BTF tillsammans skulle ansöka om att få hålla en EABCT-kongress, under förutsättning att samarbetet med att arrangera gemensamma nationella kongresser KBT-dagarna gick bra. Det kan tyckas överdrivet försiktigt, särskilt utifrån hur bra KBT-dagarna faktiskt blev, men vid den tidpunkten hade våra båda föreningar inte direkt någon lång rik historia av gemensamma arrangemang. Mycket har hunnit hända under de fyra år som gått sedan resan påbörjades, men samtidigt är det under det kommande femte och sista planerings- och förberedelseåret som merparten av arbetet ska genomföras. Alla vi som arbetar med kongressen är väldigt taggade på denna något utdragna ”slutspurt”, samtidigt som jag villigt ska erkänna att en kännbar nervositet också är närvarande.

**Majoriteten av oss** i EABCT2016s styrgrupp har tidigare arrangerat en eller flera nationella KBT-kongresser, erfarenheter vi haft stor nytta av under det här arbetets gång. Samtidigt är storleken på EABCT-kongressen något helt annat, och med det också de ekonomiska ramarna. En kongress som ska rymma en bra bit över 1000 deltagare kräver en kongressanläggning i den dyrare klassen, för att nå ut ordentligt till en internationell målgrupp krävs en marknadsföringsinsats som vida överskuggar vad som behövs för nationella kongresser, och så vidare. Det är, med handen på hjärtat, lite läskigt att

ta beslut om stora utgiftsposter kopplade till kongressen när vi inte säkert vet hur många som kommer på kongressen (vilket ju är den större delen av kongressens intäkter) förrän precis innan kongressen hålls. Då känns det tryggt att vi blir granskade av personer utanför arrangörgruppen, nämligen av en sorts revisionsgrupp bestående av fyra personer från både sfKBT och BTF som regelbundet tar del av våra planeringsdokument, mötesprotokoll, budget med mera, och som ställer initierade frågor om hur vi resonerar i olika frågor!

**Något av det roligaste** i arbetet med kongressen är att fler och fler personer ansluter ju längre vi håller på. Till en början bestod vi bara av en liten styrgrupp, medan vi idag är ett helt nätverk av planerande och

förberedelsearbetande personer grupperade i vetenskaplig kommitté, expo-grupp, galamiddagsgrupp, grupp för sociala aktiviteter, sponsorgrupp samt marknadsföringsgrupp, sammantaget drygt 30 personer. Under september kommer ett första stormöte att hållas i Stockholms utkanter, där olika arbetsgrupper ska sammanstråla och synergier väntas uppstå – rapport från detta möte kommer i nästa nummer av Beteendeterapeuten!

**Marknadsföringen** av vår kongress har fått ett mycket stort fokus i arbetet, och särskilt under 2015 har det blivit mycket utåtriktat arbete. Medlemmarna i marknadsföringsgruppen har besökt både svenska och utländska KBT-relaterade arrangemang och berättat om vår kongress. Vidare har kongressens hemsida lanserats ([www.eabct2016](http://www.eabct2016).



Marknadsföringsgruppens Frida Gustafsson och Marie Brorell tillsammans med EABCTs tidigare president Rod Holland på BABCP-kongress i Warwick.



Erica Skagius Ruiz och Jens Högström längst till höger från arrangörgruppen tillsammans med Jorma Fredriksson, Kirsti Piirttijärvi och Minna Koskinen från finska FACBT-styrelsen i samband med en större workshop med Arnoud Arntz i Helsingfors.

org), och mängder av marknadsföringsmaterial i olika former har designats, tryckts och distribuerats (från flyers och foldrar till ”pull-ups”, t-shirts och gnuggis-tatueringar). Under arbetets gång har vi fått många goda råd från personer inom EABCT-rörelsen som hållit i kongressen tidigare, och det är min fasta övertygelse om att vi med vår väl genomtänkta marknadsföringskampanj kommer att locka ett riktigt stort antal besökare till Stockholm! Ett tag var jag lite orolig för att vi fokuserat för mycket på internationella deltagare och inte i tillräcklig utsträckning på svenska KBT-are (med värsta tänkbara scenario att nästan inga svenskar skulle komma förutom oss som arrangerat kongressen, vilket i sin tur skulle leda till ett lågt deltagarantal och ett ekonomiskt fiasko). Gensvaret vi fick i monter på BTFs årskongress i Stockholm tidigare

i år inte bara lugnade mig, utan överväldigade mig rentav. Så många ni var som kom fram och uttryckte att ni var glada och tycker det känns spännande att vi ska hålla en av världens största KBT-kongresser i Sverige – tack snälla! Vi lutar oss dock inte tillbaka, utan en särskild marknadsföringsplan för just svenska KBT-are har också utarbetats och håller på att genomföras i skrivande stund.

**Trots ett stort** och välbehövligt fokus på marknadsföringen har inte de andra aspekterna av kongressplanerandet försummats. Ett avtal har tecknats med kongressanläggningen Waterfront, potentiella sponsorer kontaktas av ett hårt arbetande team, de flesta keynotes är inbokade och workshoputbudet är under utarbetande. Vidare så utarbetar och uppdaterar vi styrdokument kring

frågor som ekonomiska ramar, miljövänlighet, könsbalans och inklusionsfrågor, och så vidare. Min avsikt är att skriva mer om förberedelsearbetet i de kommande numren av Beteendeterapeuten fram tills att kongressen hålls, så mer detaljer om både det ena och andra är att vänta. Ni får också mycket gärna skicka in frågor och funderingar (och förslag förstas!) till mig och de andra i arrangörgruppen, och om ni vill så svarar jag gärna på frågeställningar i Beteendeterapeuten (maila till mig eller redaktör Anna).

**Gasen i botten – nu spurtar vi i förberedelsearbetets sista år och ser fram emot en fantastisk kongress i slutet på sommaren 2016!**



# Anteckning 14: KBT och den terapeutiska relationen eller KBT och patient-terapeut- relationen som icke avgörande faktor?

Text: Alejandro Muñoz Retamal

Utifrån det jag skrev förra gången kan jag fortsätta skissera några tankar kring patient-terapeutrelationen som ett KBT-perspektiv. Så här långt kan jag glädjas av ett samarbete med en patient som har hjälpt mig att gå vidare med det här och som har inspirerat mig till att skriva dessa rader. Jag har gått och funderat en del om hur man kan gå vidare i en beskrivning av det terapeutiska mötet eller den terapeutiska relationen av KBT-karaktär eller den terapeutiska KBT-relationen eller KBT-relationen för att särskilja den från den traditionella psykodynamiska benämningen.

**Hur ska man göra** i det kliniska arbetet? Ska man prata om sexualitet som drift och som avgörande faktor för det terapeutiska resultatet? Ska man prata om patientens sexualitet, om terapeutens sexualitet, om patientens sexualitet gentemot sina föräldrar, eller vad? Hur påverkar terapeutens sexualitet och terapeutens problem relationen gentemot sin patient eller tvärtom? Eller aggressivitet som drift? Ska terapeuten inta en roll som föräldragestalt och bemöta patienten som om den skulle vara ett litet barn? Är det vad KBT-terapeuterna sysslar med eller ska syssla med?

**Det går att ta tydligt avstånd** från det psykodynamiska synsättet. Det går också att ta tydligt avstånd från det påståendet att "det är relationen grundat på driften sexualitet, aggressivitet och rollen som viktigt föräldragestalt" som är avgörande för terapins resultat. Terapeuten möter sin patient i ett terapirum individuellt eller i grupp och man försöker hjälpa patienten med sina svårigheter. Det finns mycket information som framkommer under samtalsgången men man behöver som KBT-terapeut arbeta med den informationen utifrån inlärnings- och kognitiv teori. Man kan förstå sin utveckling och förändra sina mönster med hjälp av träning och under vägledning av en KBT-terapeut.

**Man kan välja rätt tidpunkt** och vänta med att ta upp ett tema eller välja att ta upp det direkt i ett här- och nuperpektiv eller koppla det till dåtiden. Dysfunktionella mönster byggs inte alltid upp på bara några månader. Dysfunktionen kan ha börjat redan i barndomen och då följer man problemets uppkomst från början tills idag och ser hur det har utvecklats. Det är utan tvekan ett arbete som kräver flexibilitet.

**Sedan kan man komma** ett steg närmare till det vi beskriver som en

arbetsrelation om vi har en tydlig agenda och gör kontinuerliga utvärderingar av de olika förändringar som sker eller inte sker. Vad är det som hjälper patienten och hur ser det ut i praktiken, steg för steg? Vad tycker patienten? Vad väljer patienten för vård och förhållningssätt?

**Jag har bett min patient** om hjälp för att gå vidare med beskrivningen av kontakten mellan psykologen och patienten. Hon fick följande alternativ och hon kunde kryssa för mer än ett alternativ:

**Kontakten mellan patienten och psykologen kan beskrivas som:**

- ..... En intim relation
- ..... En relation präglad av intimitet
- ..... En nära relation
- X En relation av förtroende
- ..... En relation präglad av trygghet och förtroende
- X En professionell relation
- ..... En fråga om bra bemötande

Hon kryssade för a) En relation av förtroende och b) En professionell relation. Sedan lade hon till kommentarer som man kan sammanfatta på följande sätt: "Jag tänker att jag blivit bra bemött men jag tror inte att relationen handlar

**Det finns mycket information som framkommer under samtalsgången men man behöver som KBT-terapeut arbeta med den informationen utifrån inlärnings- och kognitiv teori.**

om det. Förtroende är det viktigaste. Jag tänker att kombinationen av professionalitet och förtroende är viktigt. Det ska vara professionellt för att patienten ska känna förtroende. Det är det som är skillnad med en intim relation. Det är så mycket olika roller. För en intim relation krävs det två parter som delar privata, personliga saker. Här är det bara jag som pratar om mina privata saker. Vår relation kan benämnas som en relation mellan patient och terapeut."

**Plötsligt kändes det** som att pusselbitarna började hitta sin plats. KBT kan gå till en beskrivning av det terapeutiska mötet också utifrån patientens perspektiv och att en patient väljer både förtroende och professionalitet som de mest centrala begrepp för att beskriva vår egen kontakt. Mer spännande kan det inte vara. **Relationen patient/terapeut kan definieras som en professionell relation som möjliggör en relation av förtroende.** Professionalitet och förtroende är vår grund, vår ram, vår kontext. Den här beskrivningen går väl ihop med den som sätter **effektivitet och förståelse** som viktiga komponenter i en patient-terapeutrelation.

**Hur pass stor del** av den terapeutiska förändringen kan tillskrivas

patient-terapeutrelationen? Lars-Göran Öst föreläste inom BTF, hösten 2014, om terapeutisk allians och utfall. Han hittade fem metaanalyser för perioden mellan 1991 och 2011 med sammanlagt 416 studier. I dessa fem metaanalyser visar man att effektstorleken är mellan 0.20 och 0.27 och som ger en förklarad varians mellan 4.0 % och 7.3 %. **Man kan uppmärksamma här att mindre än 8 % av förändringen kan bero på patient-terapeutrelationen!** Detta innebär att allt jag har skrivit om detta ämne här under flera år har handlat om en faktor som är mindre än 8 % viktig när man pratar om terapins resultat.

Slutligen, kan man avrunda dessa rader genom att säga att det man kallar för **patient-terapeutrelationen är inte den avgörande faktorn för terapins resultat** men att vi alltid kan fortsätta leta efter bättre beskrivningar av det som kan påverka terapins resultat.



# Ett snabbscreeningsformulär med 9 frågor: AMR9 - Hur har du känt dig?

## En kort variant av MADRS-S

Text: Alejandro Muñoz Retamal

Vid det första mötet mellan terapeuten och klienten kan det vara värdefullt att ge klienten tillfälle till att ostörd försöka formulera en beskrivning av sig själv och anledningarna till besöket - ge terapeuten en möjlighet att snabbt bedöma hur starkt klienten avviker från en normalgrupp.

**Vid Karolinska Institutet** i Stockholm har utvecklats ett formulär, MADRS-S, med ett antal frågor av självskattningstyp, avsedda att användas vid bedömning av depressiva symtom (Svanborg, P & Åsberg, M, 1994). MADRS är en självskala som kan användas fritt och det går att ladda ner den från nätet. Den skattar 9 symptom: 1. Sinnesstämning, 2. Oroskänslor, 3. Sömn, 4. Matlust, 5. Koncentrationsförmåga, 6. Initiativförmåga, 7. Känslomässigt engagemang, 8. Pessimism, 9. Livslust.

**MADRS självskala** ligger till grund för den omarbetning som presenteras här och som svarar på frågan om det går att få fram en enklare version av skalan, en version som kan vara mer patientvänlig.

**Den nya versionen** av skalan har fått namnet: AMR9 – Hur har du känt dig och består av samma nio självbedömningsfrågor som finns i MADRS-S, men skillnaden är att svaret ges i en grafisk skattningsskala med sju steg. För att göra det lättare för klienten att snabbt ta ställning har endast ändpunkterna med värdet 0 respektive 6 i varje fråga definierats. En preliminär utprovning har gjorts i en grupp av 43 klienter vid en psykiatrisk enhet i Stockholm och en normalgrupp om 13 vårdstuderande, d v s totalt 56 personer.

Efter en statistisk bearbetning blev följande resultat: Man har konstaterat

att frågorna hänger väl samman med varandra – poängsummans reliabilitet (beräknad som Cronbachs alfa) är 0,82 för den kliniska gruppen och 0,92 för totalgruppen, där skillnaderna i summapoäng är större.

**Alla 56 deltagarna** i den preliminära utprovningen besvarade också frågeformulären BAI (Beck's Anxiety Inventory) och BDI (Beck's Depression Inventory). Sambandet mellan BAI och AMR9 var 0,69 i den kliniska gruppen och 0,80 i totalgruppen. Motsvarande samband med BDI var 0,73 respektive 0,85.

AMR9 ger alltså liknande information som de båda Beck-inventorierna, med viss övervikt för depressionstillstånd. När det gäller att särskilja den kliniska gruppen från normalgruppen visar sig AMR9 vara minst lika effektiv som de båda Beck-måtten. Korrelationen med grupptillhörighet var 0,73 för AMR9, medan den var 0,57 för BAI och 0,64 för BDI.

Den preliminära utprovningen av AMR9 gav följande poängsummevärden för klientgruppen: M= 28,5; s= 8,7 och för normalgruppen: M= 8,0; s=6,4. Preliminära riktlinjer för bedömningen av en poängsumma från AMR9 kan alltså utgå från att två tredjedelar av en normalgrupp får poäng mellan 2 och 15, medan två tredjedelar av en klinisk grupp får poäng mellan 20 och 37. Mindre än 10 procent av en normalgrupp kan förväntas ha mer än 17 poäng, och mindre än 10 procent i en klinisk grupp kan förväntas ha mindre än 18 poäng.

### Nuläget

Med dessa preliminära resultat i handen kan man se att man kan tolka skalans resultat med samma mall som

man använder för att tolka det vanliga MADRS-S.

0-12 poäng: väsentligen obesvärad  
13-19 poäng: mild depression  
20-34 poäng: måttlig depression  
>34 poäng: svår depression

### Svartiden

Till 21 personer i klientgruppen gavs AMR9 en andra gång under terapierioden. Samtidigt gavs även MADRS-S, och tiden för besvarandet registrerades. Det visade sig att svartiden för AMR9 varierade mellan 50 och 95 sekunder med ett medianvärde på 55 sekunder, medan MADRS-S tog mellan 95 och 303 sekunder att besvara, med ett medianvärde på 205 sekunder. Om ett frågeformulär ska användas för att snabbt avgöra om en klient avviker mycket eller litet från variationen i en normalgrupp, kan tydligen AMR9 vara lämpligt.

### Slutligen

Vad är det man vinner på att använda AMR9- Hur har du känt dig, som är en kortare variant av MADRS-S? Det är två saker: 1) tiden blir kortare, det blir mindre papper och bättre överblick och 2) patienten blir mindre uttråkad när han/hon ska svara på skalan flera gånger.

### Det som saknas

Att man forskar mer på den här korta versionen av MADRS-S.

Läs om MADRS självskattning på nästa uppslag!

## AMR9 - Hur har du känt dig?

Sätt ett kryss på den siffra som du tycker bäst stämmer med hur du känt dig de senaste tre dagarna. Om du tvekar mellan två olika alternativ, kan du sätta ditt kryss på linjen mellan dem. Sätt endast ett kryss på varje rad. Tänk inte alltför länge, utan försök arbeta snabbt!

Inte alls nedstämd	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6	Mycket nedstämd
Inte alls orolig	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6	Mycket orolig
Sover mycket bra	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6	Sover mycket dåligt
Har mycket bra aptit	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6	Har mycket dålig aptit
Har mycket bra koncentration	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6	Har mycket dålig koncentration
Har mycket lätt att göra saker	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6	Har mycket svårt att göra saker
Mycket intresserad av omvärlden	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6	Inte alls intresserad av omvärlden
Mycket optimistisk	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6	Mycket pessimistisk
Livet är meningsfullt	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6	Livet är meningslöst

AMR9 – Alejandro Muñoz Retamal. Skalan kan användas och kopieras fritt.

Efter en ursprunglig version av MADRS-S, Svanborg, P & Åsberg, M (1994). A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the comprehensive psychopathological rating scale. *ACTA Psychiatrica Scandinavia*, 89(1), 21–28.



# MADRS självskattning

## Bakgrund

Skattningsskalan MADRS (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale) introducerades 1979. Den konstruerades på basis av skattningar av engelska och svenska patienter med hjälp av en omfattande psykopatologisk skattningsskala, CPRS (Comprehensive Psychopathological Rating Scale). MADRS är väl studerad och har använts i många studier vid behandling med antidepressiva läkemedel, framför allt i Europa. Skalan finns i två versioner, dels MADRS för expertbedömning innehållande 10 frågor samt MADRS-S för självskattning innehållande 9 frågor. På varje fråga kan man få mellan 0 och 6 poäng. Ju högre poäng desto svårare depression. En liten förändring i poäng kan betyda en signifikant förbättring av patientens egen uppfattning av sin situation. Exempelvis att gå från 4 till 2 poäng när det gäller skattning av självmordstankar.

Avsikten med skalan är att ge en bild av patientens nuvarande sinnesstämning. Patienten ska försöka gradera hur han/hon mått under de senaste tre dygnen. MADRS-S ger viktiga fördelar jämfört med skattningsskalorna HAM-D och CGI-I. Den består av flera punkter än CGI-I, vilket gör den mer exakt. Den har färre punkter än HAM-D, vilket gör den kortare men lika tillförlitlig. En fördel med MADRS är att dess variabler nästan är identiska med de symptom som ingår i DSM-IV:s A-kriterier för egentlig depression.

## Anvisningar

Formuläret innehåller en rad påståenden om hur man kan må i olika avseenden. Påståendena uttrycker olika grader av obehag, från frånvaro av obehag till maximalt uttalat obehag. Patienten ska själv välja det alternativ som han/hon tycker bäst stämmer med hur han/hon mått de senaste tre dagarna, och ringa in endast ett alternativ per fråga. Patienten ska inte tänka länge, utan svara spontant.

## Tolkning av självskattningen

Självskattning är endast ett hjälpmedel för behandlingsuppföljning. Diagnostik av depression sker i första hand i mötet med patienten. En del patienter kommer att underskatta respektive överskatta sina problem. Enskilda symptom skattade med en poäng 4 eller högre talar för klinisk signifikant besvärsgång.

- 0-12 poäng: väsentligen obesvärade
- 13-19 poäng: mild depression
- 20-34 poäng: måttlig depression
- >34 poäng: svår depression

I litteraturen kan man finna något varierande avgränsningar när det gäller poäng på MADRS-skalan och svårighetsgrad av depression.

## Referenser

Montgomery S A & Åsberg M. (1979). *Br J Psychiatry*, 134, 382-9.

Khan A et al. (2002). *Int Clin Psychopharmacol*; 17(6), 281-5.

Text: Alejandro Muñoz Retamal

# Krönika

## På västfronten en massa nytt

Text:  
Michaela Thomas



Sedan min förra krönika i april har jag hunnit göra en hel del saker. Jag har regelbundna klienter i mitt privata företag och försöker skriva en bloggpost per vecka eller så. Det är underligt att skriva en blogg, eftersom jag inte har någon aning om vem (om någon) som kommer att läsa den. Det finns tillräckligt med navelskådning på Internet utan mitt bidrag, men förhoppningsvis kan jag sprida lite mer information om KBT till personer som kanske aldrig har hört talas om det. Som lider i det tysta utan att våga prata om hur de mår. Kan jag nå en enda person så är det värt det.

Jag har hållit mitt ACT-åtagande om att väva in mer fysisk aktivitet i vardagen, med Body Pump, Boxercise och yoga. Jag har till och med hittat ett nyöppnat yogacentrum där vi åker på familjesemester varje år. Yoga fyra dagar i rad på semestern, kändes nästan som att gå på moln. Jag får dock jobba hårt med acceptansen när de pratar om att andas in i olika shakran och om hur jag ska absorbera den "feminina energin i rummet" och "kraften från månen genom golvet". Undrar i mitt stilla sinne var evidensen är för shakrafärger. Men jag försöker att inte låtsas om det, och istället fokusera på hur andningen från yoga känns närliggande till den inom Compassion Focused Therapy (CFT). Jag har, efter en

**Ni vet vad de säger: Bättre än tio på någon annans referenslista.**

del googling, förstått att Sverige också har börjat inse det briljanta med CFT. Jag har precis fått tillstånd att göra lite ändringar på pilotgruppen vi just kört med CFT, efter att vi har tittat på single case-utvärdering, och sedan få köra tre grupper i rad under det kommande året. Hurra! Klinisk forskning! Ja, efter etisk prövning förstås.

Med tanke på hur jag använder Compassion Focused Therapy inom både min privata och offentliga verksamhet, och kommer att föreläsa om det vid University of East London, så känns det väl lämpligt att åka på ett retreat i Thailand med CFT? Chris Irons har en fem dagar lång utbildning där i november och jag har precis bokat en plats. Utbildning, övningar att använda med individuella klienter och i grupp, och på oss själva. Practise what you preach, helt enkelt. Dessutom i Thailand, med yoga, god mat och massage. Något kul ska jag väl få investera i för alla extra timmar jag jobbar privat nu? Jag har pratat med arrangörerna om att göra en annan typ av retreat i framtiden, men det får hållas lite hemligt för tillfället.

Däremot har jag inte hållit mitt löfte om att skriva på min bok. Jag har kommit på ett nytt bokuppslag, men vad gör det om hundra år om jag inte skrivit något än? Jag måste fila lite på hur jag vill utforma boken/böckerna och sedan helt enkelt börja. Ni vet vad de säger: Bättre än tio på någon annans referenslista.

### Hett just nu:

- Forskning! Äntligen får jag bedriva forskning på mitt kliniska arbete, med CFT.
- Gruppbehandlingen med CFT är avslutad med bra resultat, hoppas på publikation.
- Mitt företag går framåt och jag får regelbundna remisser.

### Kallt just nu:

- För lite tid för alla planer, eller kanske för många planer?
- Har inte hunnit skriva något mer på boken jag har i tankarna (och en till har uppkommit).
- Kommer inte på någon tredje punkt. Det måste ju vara rätt bra.



## Jonas Bjärehed om KBT och självskadebeteende

**Beteendeterapeuten har under sommaren intervjuat Jonas Bjärehed; hängiven cyklist, psykolog och forskare inom området självskadebeteende.**

Text: Anna Eriksson  
Foto: Privat

### Kan du ge en kort presentation av dig själv och din yrkesbakgrund?

Jag är i grunden psykolog, utbildad i Linköping, och har som yrkesverksam huvudsakligen arbetat med behandling inom vuxenpsykiatrisk öppenvård. Jag bytte ganska snart spår från det rent kliniska och satsade på forskning som fokuserat på självskadebeteende, det ämne som jag sedan dess uppehållit mig vid på olika sätt. Mitt arbete kring självskadebeteende har spånt från grundforskning till mer tillämpad behandlingsutvärdering samt stort fokus på implementering och verksamhetsutveckling/verksamhetsutformning inom sjukvården.

### Var, och med vad arbetar du just nu?

Idag arbetar jag huvudsakligen som lektor vid Lunds universitet, där jag ansvarar för kurser på psykologutbildningen och deltar i forskning kring implementering av behandlingsmodeller för självskadebeteende. Jag har också varit med och startat upp ett särskilt team för behandling av självskadebeteende inom psykiatri i Malmö.

### Berätta lite om ERGT-projektet!

ERGT står för emotion regulation group therapy och är en gruppbehandlingsmodell för patienter med självskadebeteende (och subkliniska eller kliniska symptom på emotionellt instabil personlighetsstörning). Modellen är framför allt inspirerad av ACT, och i viss mån DBT, men också en bredare integration av mer grundforskningsbetonade fynd kring självskadebeteende.

Metoden är utvecklad ffa av en amerikansk forskare som heter Kim Gratz. Modellen har prövats i några studier i USA och inom det s k ERGT-projektet i Sverige görs ett försök att utvärdera metoden efter en svensk anpassning. ERGT-projektet ingick i en större statlig satsning, Nationella självskadeprojektet, som pågått sedan några år och har utformats som en pilotprövning/feasibilitystudie som förhoppningsvis på sikt kan utmyнна i en mer kontrollerad effektutvärdering. Studien genomförs på KI, i samarbete med Lunds universitet och ett antal sjukvårdsorganisationer.

### Hur (på vilket sätt) har du arbetat med personer med självskadebeteende?

När jag började arbeta som psykolog, direkt efter utbildningen, kom jag i kontakt med flertalet unga patienter med självskadebeteende. Vid denna tidpunkt fanns ingen direkt kompetens kring denna problematik vid mottagningen, eller något verkligt intresse att utveckla det för den delen, så vi fick göra så gott vi kunde. Jag sökte i alla fall fatt i den litteratur som jag då kunde hitta kring en sorts allmän KBT-modell för behandling, vilket verkade fungera bra för de patienterna som inte hade ett allt för befast eller omfattande självskadebeteende. Jag gled sedan över mer till forskning och mer allmänna metodfrågor, exempelvis kring hur man kan identifiera och bedöma självskadebeteenden. Under de senaste åren har jag sedan mest arbetat med att påverka

utformningen av vården (val av terapeutiska metoder, men också utformning av bemötande, allmän omvårdnad och samordning av olika vårdinsatser) för personer med självskadebeteende, d v s ett mer indirekt arbete, parallellt med mitt eget avhandlingsarbete och forskning.

### Hur ser du på kunskapsläget idag när det gäller självskadebeteende avseende forskning och behandling enligt KBT?

Idag finns några förhållandevis bra behandlingsmodeller, och stöd för dessa, för några ”standardbehandlingsupplägg” vid självskadebeteende. Dessa modeller, som DBT, MBT och möjligen ERGT, är uppbyggda kring tanken om en tämligen strukturerad och multimodal, huvudsaklig öppenpsykiatrisk pratterapi med en motiverad och relativt kompetent patient (verbal förmåga, relativt normal begåvningsnivå o s v). Det är ett jättesteg att vi har kommit hit och har dessa avancerade behandlingsmetoder. I praktiken ser vi dock också att detta inte är tillräckligt, eller hjälper för långsamt, för vissa patienter. Jag tror därför kunskapsläget skulle kunna förbättras inom en rad områden, exempelvis betydelsen av olika diagnoser (som s k neuropsykiatriska tillstånd), hur behandlingssinnehåll kan förenklas och göras mer lättillgängligt, betydelsen av patientgruppers varierande kulturella bakgrund och livsomständigheter (exempelvis ensamkommande flyktingungdomar) och hur heldygnsvårdsinsatser och andra

**Det är ett jättesteg att vi har kommit hit och har dessa avancerade behandlingsmetoder. I praktiken ser vi dock också att detta inte är tillräckligt, eller hjälper för långsamt, för vissa patienter.**



Jonas Bjärehed på cykeltur.

omvårdnads/vårdinsatser bättre kan integreras i behandlingen. Så, det finns också en hel del kvar att göra.

### Hur ser din ”teori” kring behandlingens verksamma mekanismer ut? Fångar någon modell detta bättre än någon annan? Har du någon ”favoritforskare” inom området?

I grunden tror jag att den vedertagna modellen som antas i alla KBT-modeller (som DBT, ERGT), d v s att betrakta självskadebeteende som en dysfunktionell emotionsregleringsstrategi, i brist på mer funktionellt hanterande, ofta i kombination med olika individuella psykosociala sårbarhetsfaktorer och följaktligen ett starkt fokus i terapin på att utveckla emotionsregleringsstrategier/alternativa beteenderesponser är den viktigaste hörnstenen för behandling. För utvecklingen av denna förståelse har ett stort antal ffa amerikanska forskare och kliniker förstås varit betydelsefulla (t ex Marsha Linehan).

Till detta tror jag dock det också är viktigt att tillägga betydelsen av den bättre förståelse för självskadebeteende i allmänhet och särskilt kring de upplevelser från bemötande i vården som ffa framkommit av brittiska forskare som Keith Hawton. D v s behandlingsteorin behöver inte bara fånga själva problem-beteendet, utan också innefatta en förståelse (och lösningar) kring vad som händer när problembeteendet uttrycks i sin sociala miljö (ex hur patienten bemöts av vården). I Sverige tycker jag att exempelvis Therese Sterner gjort en

mycket värdefull insats kring att skapa förståelse för hur patienters problem många gånger försvåras i interaktion med ett oförstående och oändamålsenligt vårdssammanhang. Det kan handla om sådana saker som överdrivet bruk av repressiva tvångsåtgärder och långdragna och ostrukturerade vårdinsatser. Mycket viktiga insikter har också framkommit från många av de som själva varit drabbade av dessa problem, exempelvis genom föreningen Shedo.org.

### Har du några favoritinterventioner som oftast är effektiva eller roliga att jobba med?

Jag säger: beteendeanalysen. Jag tror att bedömnings- och kartläggningsfasen är central vid självskadeproblematik. Gör man en noggrann, saklig och tillräckligt detaljerad analys innebär det ofta en tydlig aha-upplevelse för patienten och det blir något tydligt att falla tillbaka på under behandlingen. Jag har många gånger slagits av hur vi inom vården många ofta tror oss ha en adekvat problembeskrivning kring dessa patienter (”patienten har självskadebeteende”) men att denna sedan är helt otillräckligt detaljerad för att kunna generera rimliga åtgärder. Exempelvis kan det vara att behandlaren, eller journalanteckningarna, inte alls kan redogöra för särskilt många detaljer kring beteende (typ av beteende, hur ofta, när började, varför, o s v), och patienten upplever inte heller, helt rimligt, att vederbörandes problem är tillräckligt utrett, kanske trots en mångårig vårdkontakt. Med en noggrann, kollaborativ, beteendeanalys

och behandlingsplanering undviker man nog detta.

### Vilka områden känns viktiga eller intressanta att forska mer kring när det gäller självskadebeteende?

Jag brukar tänka på självskadefältet som ett sådant där 1000-bitarspussel, en landskapsvy över ett alplandskap, eller vad det kan vara. Vi har kommit en ganska bra bit med att få ihop några av de centrala motiven i det pusslet (”öppenvårdsmodeller”, förståelse för funktion o s v), medan vi fortfarande inte alls har börjat lägga andra delar av helheten. Det är nog dessa ”blinda fläckar” som intresserar mig mest nu, exempelvis hur (om?) en slutenvårdsmiljö kan utformas på ett sådant sätt att den kan ha tydligt terapeutisk effekt och grundforskningsfrågor som riskfaktorer, progression över tid, o s v.

### Någonting mer du vill tillägga?

För den som är intresserad av självskadebeteende rekommenderar jag en titt på nationelasjlvskadeprojektet.se, där finns webutbildning, kvalitets- och kunskapsdokument, annat arbetsmaterial, och en massa annan intressant information. Jag skulle också vilja uppmantra alla som vill stödja, och använda sig av, föreningen Shedo (shedo.org), vars ideella arbete kring psykisk ohälsa och självskadebeteende är imponerande.



## ADHD-hjälpen för ett liv i balans

av Katarina A Sörngård

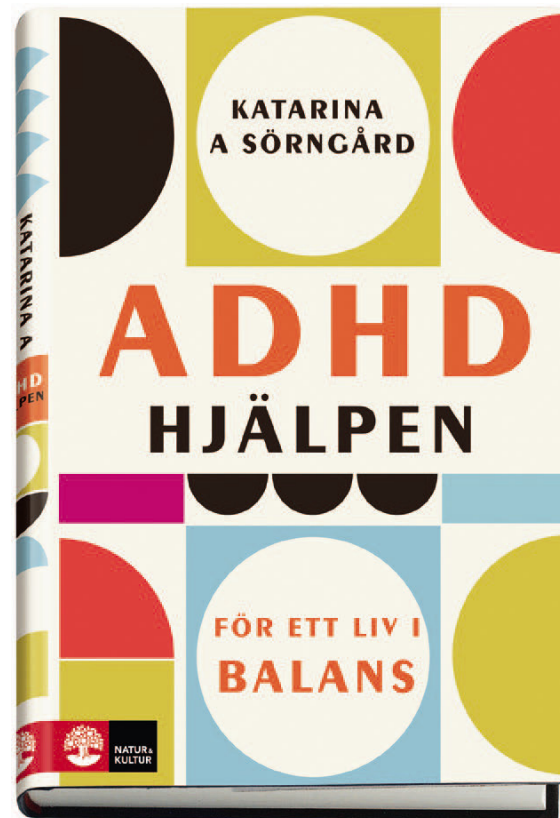
Förlag: Natur och Kultur  
ISBN: 9789127137011  
Utgivningsår: 2014  
Omfattning: 272 sidor

Katarina Sörngård är psykolog, psykoterapeut och specialist i neuropsykologi. Hennes bok handlar om ADHD och de typiska svårigheter som är förknippade med tillståndet. Läsaren får veta mer om ADHD och KBT-strategier för vardagen när det gäller planering, organisation, impuls kontroll, känsloreglering, uppmärksamhet, kommunikation och konflikthantering. Detta är en informations- och självhjälpsbok som vänder sig till personer som har ADHD. Den ger en tydlig beskrivning av vad ADHD är och hur man kan hantera de typiska svårigheterna. Som illustration används fallbeskrivningar av personer som författaren mött i sitt arbete med ADHD. Dessa har gett sitt samtycke och författaren har även blandat informationen så att ingen kan identifieras. Beskrivningarna av personerna känns vardagliga och "äkta" och man kan lätt sätta sig in i svårigheterna via det som beskrivs om de fem fallpersonerna, som läsaren får följa genom bokens olika avsnitt.

**I boken finns flera bra metaforer och liknelser för att illustrera de typiska svårigheterna utifrån ett neuropsykologiskt perspektiv.**

kapitel för anhöriga om strategier som kan vara till glädje för dem. Anhöriga till personer med ADHD är en grupp som påverkas i hög utsträckning och det är bra att boken ägnar dem särskilt fokus. I slutet av boken finns också ett avsnitt om samsjuklighet mellan ADHD och andra tillstånd. Det ingår även ett antal formulär som bilagor. Det är enkla och lättfattliga blanketter som kan användas i samband med de olika övningar som presenteras i del två.

Boken är indelad i två delar där den första delen beskriver fakta om ADHD och behandling och del två innehåller effektiva strategier för att hantera svårigheterna. Del två har mer formen av en arbetsbok med uppgifter man arbetar med. I slutet finns även ett



Författaren har lång erfarenhet av att arbeta med personer som har ADHD, vilket märks när man läser boken. Det är bra information presenterad på ett tydligt och enkelt sätt vilket jag tror passar målgruppen bra. I boken finns flera bra metaforer och liknelser för att illustrera de typiska svårigheterna utifrån ett neuropsykologiskt perspektiv. Det är snyggt gjort och något man som kliniker kanske kan låna när man jobbar med psykoedukation. Jag skulle rekommendera den här boken även till behandlare och personal som arbetar med patientgruppen. Det är en bra och lättläst bok som täcker mycket inom området med både en faktadel och en behandlingsdel. Personer med ADHD kan läsa den på egen hand och den kan även användas som extra resurs i behandling enskilt eller i grupp.

Johan Westöö

## Mindfulnessbaserad kognitiv terapi vid depression (andra utgåvan)

av John D. Teasdale, Mark G. Williams och Zindel V. Segal

Förlag: Natur och Kultur  
ISBN: 9789127137813  
Utgivningsår: 2014  
Omfattning: 518 sidor

## Mindfulnessbaserad självhjälp

av John D. Teasdale, Mark G. Williams och Zindel V. Segal

Förlag: Natur och Kultur  
ISBN: 9789127139381  
Utgivningsår: 2015  
Omfattning: 224 sidor

Mindfulnessbaserad kognitiv terapi vid depression (MBKT) är en gruppbehandling där mindfulness, kognitiva tekniker och meditationer integreras för att förebygga återfall i depression hos deltagarna. Metoden erbjuds i Sverige ofta inom psykiatrisk öppenvård. I denna nya, reviderade och uppdaterade utgåva beskriver metodens grundare MBKT:s teoretiska bas, den forskning som gjorts inom området och det vetenskapliga stödet hittills. Med många exempel och dialoger visar författarna hur gruppdeltagarna får hjälp att radikalt förändra sitt förhållningssätt till tankar, känslor och kroppsförnimmelser – och därigenom minska risken att åter drabbas av depression.

**Ett kapitel ägnas åt betydelsen av att ha medkänsla med sig själv.**

Boken består av tre delar, varav den första fokuserar på psykoedukation om depression och behandling. Här beskrivs varför människor som har tillfrisknat från depression får återfall samt utvecklingen av mindfulnessbaserad kognitiv terapi. Bokens andra del består huvudsakligen av själva behandlingsprogrammet på åtta veckor. Denna del inleds med praktisk information till instruktören om behandlingens struktur, tips kring att leda övningar, att ge deltagarna hjälp till självhjälp och liknande. Därefter följer information om bedömning och förberedande samtal inför kursen. Kapitel 7-18 utgörs av material till de åtta kurstillfällena. I den tredje delen presenteras utvärdering och spridning av metoden. Här kan läsaren ta del av forskningsresultat och läsa om hur effekterna av MBKT uppstår, t ex vad som förmodas hända i hjärnan hos utövarerna. Boken avslutas med användbara förslag för att komma igång med sin egen mindfulnesspraktik och litteraturtips.

Nyheter i denna reviderade och uppdaterade utgåva är ett kapitel om processen med utforskande, mindfulnessbaserad

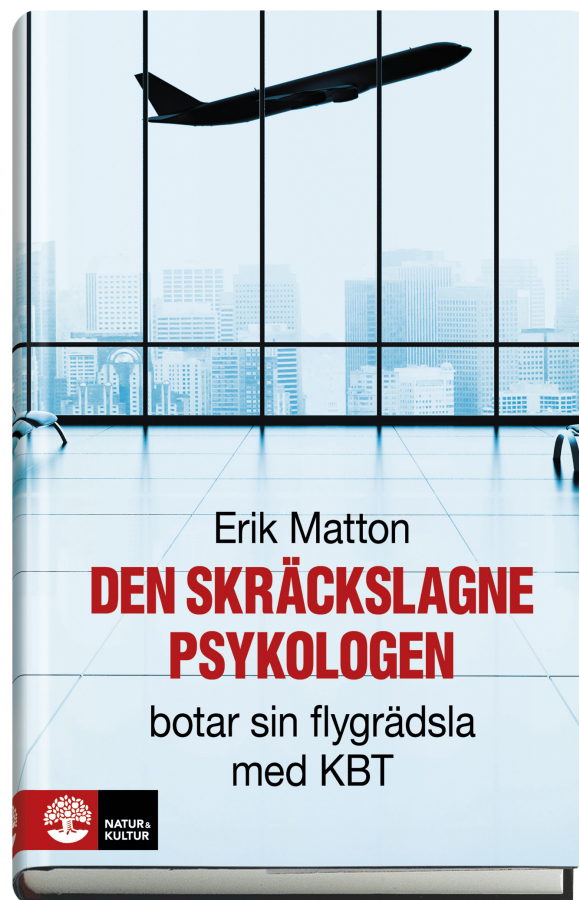


yoga och en heldag med mindfulness under programmets sju veckor. Några kapitel har döpts om för att utveckla innehållet i vissa lektioner. Ett kapitel ägnas åt betydelsen av att ha medkänsla med sig själv och av att förkroppsliga vänlighet samt dessa områdens roll i programmet. Generellt har dessa aspekter fått en starkare betoning i hela boken. Den nya utgåvan innehåller också en gedigen genomgång av den forskning som hittills gjorts som ger stöd för MBKT och för hur metoden kan inverka på tendensen till återfall i egentlig depression. Manualen innehåller ett antal formulär och arbetsblad som får användas och kopieras fritt, dessa finns även på förlagets hemsida tillsammans med ljudinspelningar av de mindfulnessövningar som finns i boken. I omslagstexten beskrivs boken som "en ovärderlig kunskapskälla och läsoplevelse för alla som arbetar med depressionsbehandling och mindfulness". Sammanfattningsvis är jag benägen att hålla med om detta omdöme.

Författarna har också utvecklat arbetsboken Mindfulnessbaserad självhjälp som gruppdeltagarna kan använda när de arbetar sig igenom åttaveckorsprogrammet. Denna kan även användas utanför programmet med eller utan en terapeut. Boken beskriver innehållet i varje gruppträff, och dessutom får läsaren en beskrivning av bakgrunden till varje övning samt värdefulla tips om hur hen kan utöka sin praktik. Arbetsboken är en utmärkt resurs som tillhandahåller allt studiematerial, formulären till alla hemuppgifterna, kalendrarna, dikter, ljudspår och annat innehåll som tas upp under åttaveckorsprogrammet. Den innehåller många förtydligande fall exempel och citat från tidigare deltagare i MBKT-program. I boken ingår illustrationer av lämpliga kroppsställningar vid MN-övningar, och i den finns också plats för att föra anteckningar från övningarna, samt dagböcker, checklistor och handlingsplaner.

Anna Eriksson





## Den skräckslagne psykologen botar sin flygrädsla med KBT

av Erik Matton

Förlag: Natur och Kultur  
ISBN: 9789127140141  
Utgivningsår: 2015  
Omfattning: 296 sidor

**Boken, som är mycket underhållande skriven utan att bli för hurtfriskt skojig, beskriver Eriks egen resa från flygfobiker till globetrotter.**

**B**ara för att man är psykolog går man inte fri från ångest, fobier och liknande tillstånd. Det kan Erik Matton, författare till denna självhjälpsbok, intyga. Erik har en lång historia av flygfobi som under många år var så handikappande att han gjorde allt han kunde för att undvika flygresor. Flygrädslan ställs på sin spets när Eriks sambo får ett tidsbegränsat arbetsuppdrag i Japan, och frågan kommer på tal om Erik ska besöka henne där. Hans omedelbara respons är förstas panik med starka undvikandeimpulser, men parallellt sås ett frö hos honom – en början till motivation till förändring. Erik blir allt mer på det klara med att hans undvikande begränsar såväl honom själv som hans familj, och han börjar successivt ifrågasätta sitt beteende. Han funderar på hur flygrädslan kommer att påverka hans liv i framtiden och ser en stor risk att bli bitter. Efter hand beslutar han sig för att tillämpa sina yrkeskunskaper på sig själv: att genomgå en egen KBT-behandling med målsättningen att klara att genomföra en långflygning. För att höja och bibehålla sin förändringsmotivation och se till att verkligen utföra exponeringar bestämmer Erik sig för att dokumentera allt han gör. Tanken att detta faktiskt skulle kunna hjälpa andra flygrädda leder vidare till idén att skriva en bok.

Författaren beskriver boken som ”dels en självbiografisk

terapeutisk resa, dels en självhjälpsbok för flygrädda och dels en teoretisk kursbok i KBT med fokus på fobibehandling”. Det är en bra sammanfattning. Boken, som är mycket underhållande skriven utan att bli för hurtfriskt skojig, beskriver Eriks egen resa från flygfobiker till globetrotter. Läsaren får följa honom dels i beskrivande och resonerande text, dels i dialog mellan den fobiske Erik och ”psykolog-Erik” vilket är ett pedagogiskt lyckat grepp. Erik beskriver på ett lättfattligt sätt vad ångest och KBT är, viktiga komponenter i behandlingen och riktlinjer för effektiv exponering. Det ingår även ett kapitel om pilotens rutiner och säkerhet, inklusive 33 FAQ som besvaras av en expert på området flygsäkerhet.

**Erik formulerar konkreta mål** för behandlingen, analyserar sin flygrädsla i termer av katastroftankar, undvikande- och säkerhetsbeteenden samt upplevelse av ångest; han gör beteendeanalyser och ångesthierarki, planerar och genomför imaginär och in vivo-exponering och beteendeeexperiment, och han använder andningsövningar och snabbavspänning som coping. Han dokumenterar flitigt genom att anteckna och filma, håller koll på sina prediktioner, experimentens utfall och hur hans ångestnivå fluktuerar. Eftersom flygfobi kan se olika ut och ofta innefattar flera olika rädslor (t ex höjdrädsla, klaustrofobi, rädsla

**Som flygrädd kommer du att ha stor glädje av denna bok – igenkänningsfaktorn är garanterat hög och boken erbjuder dessutom användbara verktyg på vägen mot förändring.**

för att få en panikattack och tappa kontrollen) presenteras också ett par fiktiva personer och deras terapiarbete i fall-exempel. Kopplade till nämnda behandlingsinterventioner ingår fem separata självhjälpsavsnitt kallade ”Terapi-moduler” med konkreta råd att utgå från för den som vill göra en egen terapeutisk resa. Det finns även kostnadsfritt material och formulär att hämta på Eriks hemsida fobibehandling.se.

**Erik beskriver** på ett målande och trovärdigt sätt såväl den ångest och de katastroftankar som han rids av inför behandlingen och under de första exponeringarna in vivo, som det tvivel han drabbas av i samband med ett bakslag och slutligen den stolthet han upplever då han till sist klarar att inte bara flyga, utan även att acceptera fullt ut att det är helt OK att få ångest ibland – han kallar det sistnämnda att ”knäcka koden till ångesten”.

**Som flygrädd kommer du** att ha stor glädje av denna bok – igenkänningsfaktorn är garanterat hög och boken erbjuder dessutom användbara verktyg på vägen mot förändring. Stora delar av boken passar lika väl för andra fobier och för ångesttillstånd som exempelvis paniksyndrom. För behandlare innehåller boken matnyttig information om flygfobi och användbart material för behandlingsupplägg.



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

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

## Nyhetsbrev från styrelsen, 2015-04-28

Styrelsen hade telefonmöte.

**Hemsidan:** Styrelsen fortsätter arbetet med att uppdatera föreningens hemsida. Texter rörande exempelvis behandling och diagnoser kommer att ses över för att bättre stämma överens med nya rön och ändringar i diagnoskriterier. Likaså ska de personer som står som experter på hemsidan kontaktas för att diskutera deras möjligheter till att även i fortsättningen vara behjälpliga i mediasammanhang. Diskussionen om föreningens logotyp kommer samtidigt att fortsätta, och ett flertal viktiga synpunkter har redan inkommit beträffande bland annat val av färg och möjligheten till tryck i gråskala.

**Media och opinion:** Den 4:e och 5:e maj sänds årsmötesföreläsningarna på Utbildningsradion, och kommer sedan att finnas på ur.se. Broschyren om kognitiv beteendeterapi kommer att granskas med anledning av ändringar i diagnoskriterier.

**Utbildningsfrågor:** Samtal tillsammans med sfKBT om auktoriseringen av utbildningar fortsätter.

För styrelsen,  
**Monica Buhrman**

**Styrelsen:**  
Linda Jüris, ordförande  
Henrik Engelman, medlemssekreterare  
Ljufur Dagsson, kassör  
Erik Hjalmarsson  
Andreas Karlsson  
Alexandra Arnberg  
Li Wolf  
Diana Fabian  
Margareta Bylund Andersson  
Lise Bergman Nordgren

Lena Fagerström  
Alexander Rozental  
Monica Buhrman  
Frida Andersson  
(studeranderepresentant)

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

**Administrativa funktioner och förtroendeuppdrag:**  
Justina Gudelyte, kanslist:  
btf.kansli@gmail.com  
KBT-listan (Justina Gudelyte):  
btf.listadmin@gmail.com  
Anders Görling, webbredaktör  
**Revisorer:** Rolf Olsson, Johan Wetterlöf  
**Revisorssuppleanter:** Håkan Wisung, Lotta Reuterskiöld

## Nyhetsbrev från styrelsen, 2015-05-30

Styrelsen samlades den 30:e maj på kansliet i Stockholm. Dagen bestod av både rapporter och formalia och diskussioner om framtida utvecklingsområden.

**Hemsidan:** Arbetet med den nya hemsidan och dess funktion, innehåll och struktur fortlöper. Flera medlemmar har bidragit med uppdaterade informationstexter om KBT.

**Årsmötet 2016:** Med anledning av EABCT16 kommer ingen ordinarie årskongress att hållas 2016. Styrelsen arbetar nu istället med att planera föreläsningar/vetenskapliga genomgångar samt ett öppet spår för allmänheten i samband med årsmötet. Detta kommer att äga rum i Stockholm den 18:e mars 2016.

**Medlemsstatistik 2015-05-30:** 981 individer i föreningen (+32 jämfört med april), varav 605 medlemmar och 376 stödmedlemmar. 84 studenter (+1 jämfört med april). 15 pensionärer (+1 jämfört med april).

### Beslutspunkter

#### Omarbetad logotyp

Efter att ha inhämtat synpunkter från föreningens medlemmar (via KBT-listan och medlemstidningen) gällande den omarbetade logotypen var styrelsen nu redo

att fatta beslut i frågan. Styrelsen beslutade att använda den nya logotypen på BTF:s nya hemsida (kbt.se) samt på EABCT16-sidan. Under en period kommer den gamla och den nya versionen av logotypen att användas parallellt. Inga nya trycksaker kommer att produceras förrän de gamla har tagit slut.

#### Representanter till nationella och internationella kongresser

Styrelsen skickar representanter till sfKBT:s årskongress i Göteborg i oktober, och kommer vara närvarande vid EABCT15 i Jerusalem. Linda Jüris representerar föreningen vid ABCT i Chicago i november 2015. Styrelsen kommer kunna hjälpa representanterna från EABCT16:s arbetsgrupp med att sprida information under dessa kongresser.

#### Debattartikel i DN

Styrelsen beslutade att tillsätta en arbetsgrupp i syfte att skriva en debattartikel i DN om kvacksalveri som uppföljning på förra årets artikel "Ta ansvar för psykiskt sjuka och stoppa kvacksalveri". Styrelsens Alexander Rozental sammankallar denna arbetsgrupp.

För styrelsen,  
**Monica Buhrman**

**Medlemsregistrerare:**  
Cecilia Brant-Lundin, Piret Kams  
**Valberedning:**  
Johanna Morén, Maria Jannert  
Vendela Zetterqvist  
**Hemsidor och IT:**  
Lars Ström  
**Handledarkommittén:**  
Eva Magoulas  
Mehrhad Beigi  
Eva Gafvelin-Ramberg  
Marianne Lundahl

**Nätverk:**  
KBT-nätverket i Norrbotten  
Behavioristiska studentnätverket  
BTF Skåne  
Författarnätverket  
KBT vid psykos  
KBT Västerbotten  
Svenska ACT-gruppen för verk-samma kliniker  
Mitt KBT-nätverk (Västernorrland, Jämtland mfl)  
KBT vid smärta

**Redaktörer Cognitive Behaviour Therapy:**  
Per Carlbring  
Gordon J.G. Asmundson  
**Biträdande red CBT:**  
Gerhard Andersson  
Maria Tillfors  
Michael J. Zvolensky  
Sherry H. Stewart



# Psykologpartners utbildningar i höst & vinter

---

## Grundläggande psykoterapiutbildning i KBT

Linköping med start den 30 november - anpassad för ST-läkare, omfattar tre terminer

Stockholm med start den 19 januari - omfattar fyra terminer

## Specialistkurs: Klinisk beteendeanalys

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

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

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

## Specialistkurs:Handledning utifrån beteendeanalys

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

## Specialistkurs: Motiverande Samtal, MI

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

## Föreläsningsserie: Lyssna till ledande psykologer i KBT

Malmö 25 september - Anna Käver om känslor fokuserad KBT

27 november - Jonas Ramnerö om depression

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

15 april 2016 - Johan Holmberg om samtal som fungerar

## Internetbehandling med KBT, en introduktionsdag

Malmö den 16 september

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

Malmö den 20 november

Stockholm den 3 december

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

Stockholm den 4 november

## Transdiagnostisk gruppbehandling

Linköping den 9 november

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

Göteborg den 15 januari

## Handledning inom socialt arbete, KBT-inriktning

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

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

Stockholm under vårterminen, omfattar sju föreläsningsdagar och fyra handledningstillfällen

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

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

Göteborg den 15-16 och 22-23 oktober

Malmö den 21-22 och 28-29 januari

Del 2: Att lära sig ACT genom upplevelsebaserad inlärning

Stockholm den 15-16 oktober

Göteborg den 3-4 december

Malmö den 17-18 mars

Del 3: Färdighetsträning i ACT

Stockholm den 9-11 februari

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

Malmö den 14-15 september och 2 november

Göteborg den 8-9 oktober och 20 november

Stockholm den 10-11 december och 12 februari

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

Göteborg den 20-21 januari och 4 mars

## Kurs i Integrative Behaviour Couples Therapy (IBCT)

Stockholm den 13-15 april

---

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



psykologpartners